



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»  
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

**Σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα σε ασθενείς με  
μεταστατικό καρκίνο του μαστού. Η προοπτική της  
μετατραυματικής εξέλιξης**

**Σπουδαστής:**

Κυριακόπουλος Δημήτριος, Ιατρός (Α.Μ. 10)

**Επιβλέπων καθηγητής:**

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο  
Ιωαννίνων

**Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:**

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο  
Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων  
Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

**Ιωάννινα, 2006**

## **Ευχαριστίες**

Στην εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας συνέβαλε κατά πρώτο λόγο ο Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κ. Δημήτρης Δαμίγος που ως επιβλέπων καθηγητής εκδήλωσε έντονο ενδιαφέρον για την παρούσα μελέτη και επόπτευσε καίρια τις ερευνητικές αναζητήσεις μου. Η ενθάρρυνσή του και η συνολική προσέγγιση του ζητήματος της ασθένειας, όπως αυτή αποτυπώθηκε στη διδασκαλία του κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος, με παρακίνησαν να ασχοληθώ με το συγκεκριμένο θέμα.

Επίσης, η Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παρηγορητικής Αγωγής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ<sup>α</sup> Κυριακή Μυστακίδου συμμετείχε αποφασιστικά στον αρχικό σχεδιασμό και σε όλα τα επόμενα στάδια κατάρτισης της παρούσας μελέτης, ενώ παραχώρησε σε πνεύμα αγαστής επιστημονικής συνεργασίας τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν. Χωρίς τις παροτρύνσεις της και την αδιάλειπτη μέριμνά της η παρούσα εργασία δεν θα είχε πραγματοποιηθεί. Επιπλέον, οφείλω θερμές ευχαριστίες στις ψυχολόγους Έφη Πάρπα και Ελένη Τσιλικά, μέλη της θεραπευτικής ομάδας της Μονάδας Ανακούφισης Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής, για τη σημαντική αρωγή και τις εύστοχες παρατηρήσεις τους.

Ο κ. Νίκος Μαλάμος, Διευθυντής του Παθολογικού-ογκολογικού Τμήματος του Νοσοκομείου «Έλενα Βενιζέλου», με δέχτηκε στο Τμήμα του παρέχοντας την αμέριστη συμπαράστασή του και με βοήθησε συγκεκριμένα κατά την προσέγγιση μιας τόσο ιδιαίτερης κατηγορίας πασχόντων, η καθοδήγησή του υπήρξε υποδειγματική. Προσωπικά θα ήθελα να εξάρω επιμέρους τη συμπεριφορά που επέδειξε το προσωπικό του Τμήματος, το οποίο υποστήριξε με τη βοήθειά του την πραγματοποίηση της εργασίας, και ειδικά την ουσιαστικά συνεργατική διάθεση της κ<sup>α</sup>ς Αργυρώς Παπαδοπούλου.

Τις γυναίκες που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην παρούσα εργασία, ενώ η ζωή τους βρίσκεται σε αυτό το σημείο καμπής, θα επιθυμούσα να τις ευχαριστήσω και από τη θέση αυτή.

Τέλος, ο κ. Τάσος Τυφλόπουλος διεξήλθε την τελική εκδοχή του κειμένου της εργασίας και έκανε σχόλια και παρατηρήσεις για τη γλωσσική μορφή του.

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

## Μέρος Ι

<b>Εισαγωγή</b>	<b>5</b>
<b>1. Καρκίνος του μαστού</b>	<b>7</b>
1.1. Επιδημιολογία	7
1.2. Αιτιολογία	7
1.3. Παθολογοανατομικοί χαρακτήρες	8
1.4. Κλινική σταδιοποίηση	9
1.5. Κλινική εικόνα-Διάγνωση	10
1.6. Πρόγνωση	11
1.7. Θεραπεία	11
<b>2. Σωματικά συμπτώματα</b>	<b>13</b>
2.1. Διαταραχές του ύπνου	13
2.2. Κόπωση	14
2.3. Πόνος	16
2.3.1. Σύνδρομα πόνου στον καρκίνο	16
2.3.2. Ο ρόλος του πόνου	18
<b>3. Ψυχολογικές αντιδράσεις στη διάγνωση</b>	<b>22</b>
3.1. Η ασθένεια ως κατάσταση κρίσης	22
<b>4. Ψυχιατρικές διαταραχές</b>	<b>25</b>
4.1. Κατάθλιψη	25
4.1.1. Κατάθλιψη στον καρκίνο του μαστού	27
4.2. Αγχώδεις διαταραχές	29
<b>5. Η μετατραυματική εξέλιξη</b>	<b>32</b>

## Μέρος ΙΙ

<b>1. Σκοποί και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης</b>	<b>36</b>
<b>2. Υλικό και μέθοδος</b>	<b>38</b>
2.1. Υλικό	38
2.2. Διαδικασία	39
2.3. Ερευνητικά εργαλεία	39
2.3.1. Ερωτηματολόγιο μέτρησης συμπτωμάτων του M.D. Anderson	39
2.3.2. Νοσοκομειακή κλίμακα άγχους και κατάθλιψης	40
2.3.3. Ερωτηματολόγιο μετατραυματικής εξέλιξης	41
2.4. Στατιστική επεξεργασία	42
<b>3. Αποτελέσματα</b>	<b>44</b>
3.1. Κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ του δείγματος	44
3.2. Στοιχεία σχετιζόμενα με τη νόσο και τη θεραπεία	45
3.3. Ερωτηματολόγιο μέτρησης συμπτωμάτων του M.D. Anderson	46
3.4. Νοσοκομειακή κλίμακα άγχους και κατάθλιψης	46
3.5. Ερωτηματολόγιο μετατραυματικής εξέλιξης	47
3.6. Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών	51
3.7. Αποτελέσματα λογαριθμικής παλίνδρομης ανάλυσης	52
<b>4. Συζήτηση</b>	<b>54</b>
<b>Συμπεράσματα</b>	<b>59</b>
<b>Ξενόγλωσση βιβλιογραφία</b>	<b>60</b>
<b>Ελληνική βιβλιογραφία</b>	<b>66</b>
<b>Παράρτημα</b>	<b>67</b>

## Εισαγωγή

Η διάγνωση του καρκίνου παρά τις σημαντικές εξελίξεις στον τομέα της θεραπευτικής του αντιμετώπισης εξακολουθεί να είναι φορτισμένη με το στίγμα μιας νόσου συνδεδεμένης με υψηλή θνησιμότητα και μεγάλο βαθμό σωματικής και ψυχολογικής καταπόνησης. Η σημαντική πρόοδος στον τομέα της Ογκολογίας, αν και είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική επιμήκυνση της επιβίωσης, σε μικρό βαθμό κατάφερε να κλονίσει τη «μυθολογία» που συνοδεύει τον καρκίνο (Sontag 1993).

Τις τελευταίες δεκαετίες, η αναγνώριση της πολυπλοκότητας της καρκινικής διεργασίας και των σημαντικών αλληλεπιδράσεών της με κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες έδωσε ώθηση σε μια σφαιρικότερη προσέγγισή της, οδηγώντας στην ανάπτυξη του κλάδου της ψυχο-ογκολογίας. Πολλοί επιστήμονες μέσα από ερευνητικά δεδομένα και κλινικές παρατηρήσεις επιχειρούν να συμβάλλουν στην κατανόηση της αλληλεπίδρασης των σωματικών και των ψυχοκοινωνικών παραμέτρων που εμπλέκονται στον καρκίνο κινούμενοι σε δύο άξονες. Τόσο σε σχέση με τις ψυχολογικές λειτουργίες των πασχόντων και των οικογενειών τους (ψυχοκοινωνικό επίπεδο), όσο και σε σχέση με την επίδρασή τους στη νοσηρότητα και τη θνητότητα της ασθένειας (ψυχοβιολογικό επίπεδο) (Holland JC, 1998).

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκίνου στις γυναίκες με μεγάλη ετερογένεια ως προς την κλινική πορεία και την έκβασή του (Key και συν. 2001). Στην εργασία αυτή μελετήθηκαν τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα γυναικών με μεταστατικό καρκίνο του μαστού (στάδιο IV) και η μεταξύ τους διασύνδεση. Η επιλογή της συγκεκριμένης ομάδας πασχόντων πραγματοποιήθηκε επειδή κατά κανόνα το προχωρημένο στάδιο της νόσου συνδέεται με αυξημένη συχνότητα σωματικών συμπτωμάτων όπως ο πόνος, τα οποία ενδέχεται να αλληλεπιδρούν με ψυχολογικές λειτουργίες. Παράλληλα η μεγάλη συνήθως χρονική απόσταση από τη διάγνωση επιτρέπει την εξέλιξη της διαδικασίας προσαρμογής στην εμπειρία της ασθένειας. Η διάγνωση του καρκίνου σηματοδοτεί για τον πάσχοντα την έναρξη μιας μακροχρόνιας σε κάποιες περιπτώσεις προσπάθειας επεξεργασίας του βιώματος της νόσου, η οποία καθορίζεται από τη σωματική συνιστώσα, από το διαθέσιμο υποστηρικτικό πλαίσιο και από τις ψυχολογικές παραμέτρους.

Ως προς την ψυχολογική επιβάρυνση περιοριστήκαμε στη μελέτη των διαταραχών άγχους και κατάθλιψης, οι οποίες είναι και οι συχνότερες μεταξύ

ασθενών με σωματικά νοσήματα (Derogatis και συν. 1983). Τέλος εκτιμήθηκε ο βαθμός μετατραυματικής εξέλιξης θεωρώντας ότι η καρκινική διεργασία μπορεί να αποτελέσει αφετηρία αναθεωρήσεων και αλλαγών στη στάση ζωής, καθώς έχει τη δυναμική μιας κατάστασης κρίσης για τον ψυχισμό.

Όσον αφορά στη διάρθρωση της εργασίας αρχικά γίνεται μια αναφορά στον καρκίνο του μαστού περιλαμβάνοντας βασικά στοιχεία σχετικά με την επιδημιολογία, την αιτιολογία, την κλινική εικόνα και τη θεραπεία στην οποία υποβάλλονται οι ασθενείς. Στο δεύτερο κεφάλαιο ακολουθεί μια συνοπτική παρουσίαση κάποιων σωματικών συμπτωμάτων που βιώνουν οι ασθενείς με καρκίνο και συγκεκριμένα των διαταραχών του ύπνου και της κόπωσης, ενώ ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στα σύνδρομα πόνου. Εξετάζεται ο ρόλος του πόνου στον ψυχισμό των πασχόντων και η πιθανή διασύνδεσή του με τις ψυχολογικές τους λειτουργίες. Ακολούθως γίνεται αναφορά στις ψυχολογικές αντιδράσεις του ασθενούς στη διάγνωση, κυρίως υπό το πρίσμα της συστημικής θεωρίας, καθώς ο καρκίνος αντιμετωπίζεται ως κατάσταση κρίσης. Το επόμενο κεφάλαιο περιλαμβάνει μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την εμφάνιση διαταραχών άγχους και κατάθλιψης σε ογκολογικούς ασθενείς γενικά και ειδικότερα σε πάσχοντες από καρκίνο του μαστού. Τέλος, γίνεται αναφορά στην έννοια της μετατραυματικής εξέλιξης ως μιας πιθανής εκδοχής κατά την πορεία της νόσου.

Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται ο γενικός σκοπός της παρούσας μελέτης, οι ερευνητικές υποθέσεις, το υλικό, καθώς και τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων. Ακολουθεί η περιγραφή των στατιστικών δοκιμασιών που εφαρμόστηκαν για την ανάλυση των δεδομένων, η παρουσίαση των αποτελεσμάτων και των συσχετίσεων που προέκυψαν. Τέλος ακολουθεί η σύζηση των αποτελεσμάτων και η διατύπωση συμπερασμάτων.

# 1. Καρκίνος του μαστού

## 1.1 Επιδημιολογία

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκίνου στις γυναίκες. Υπολογίζεται ότι στις Η.Π.Α. το 2006 θα διαγνωστούν 212.000 νέες περιπτώσεις της νόσου και περίπου 40.000 γυναίκες θα πεθάνουν από αυτή (Jemal και συν. 2006). Στην Ευρώπη υπολογίζεται ότι οι νέες περιπτώσεις της νόσου το 2004 ήταν 370.000, ενώ οι θάνατοι έφτασαν τους 130.000. Ο κίνδυνος να νοσήσει μια γυναίκα από καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της είναι 12,2%, δηλαδή μια ανά οκτώ γυναίκες και ο κίνδυνος να πεθάνει από τη νόσο 2% (μια στις πενήντα γυναίκες). Η συχνότητα της νόσου είναι μεγαλύτερη στις αναπτυγμένες χώρες της Βορείου Αμερικής και της Δυτικής Ευρώπης σε σχέση με τις υπανάπτυκτες χώρες της Αφρικής και της Ασίας (Boyle και Ferlay 2004).

## 1.2 Αιτιολογία

Επιβαρυντικοί παράγοντες που έχουν συσχετιστεί με την εκδήλωση της νόσου, αφορούν στην έμμηνο ρύση, την αναπαραγωγή, το οικογενειακό και ατομικό ιστορικό, τις καλοήθειες παθήσεις του μαστού και την έκθεση σε φάρμακα ή σε ιονίζουσα ακτινοβολία.

Συγκεκριμένα έχει βρεθεί ότι ο κίνδυνος νόσησης είναι μεγαλύτερος σε γυναίκες που η περίοδός τους άρχισε σε μικρή ηλικία (κάτω των 10 ετών) ή σταμάτησε σε μεγάλη ηλικία (άνω των 50-53 ετών). Γυναίκες που είχαν τουλάχιστον μια τελειόμηνη κύηση έχουν 25% μικρότερο κίνδυνο να νοσήσουν συγκριτικά με τις άτοκες και η προστασία αυτή αυξάνεται με τον αριθμό των κυήσεων. Επίσης, όσο μικρότερη ήταν η ηλικία τους κατά την πρώτη κύηση, τόσο λιγότερο κινδυνεύουν να νοσήσουν (Key και συν. 2001). Οι Lipworth και συν. (2000) διαπίστωσαν ότι ο θηλασμός φαίνεται να δρα προστατευτικά ιδιαίτερα όταν διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα. Γυναίκες των οποίων οι συγγενείς πρώτου βαθμού πάσχουν από καρκίνο του μαστού, παρουσιάζουν δύο έως τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Ο κίνδυνος γίνεται υψηλότερος όσο πιο νέα είναι η πάσχουσα, καθώς και αν ο καρκίνος είναι αμφοτερόπλευρος. Έτσι ο κίνδυνος να νοσήσει μια γυναίκα είναι σαράντα φορές μεγαλύτερος από το γενικό πληθυσμό, αν

πάσχει η αδερφή της η οποία είναι προεμμηνοπαυσιακή και ο καρκίνος της είναι αμφοτερόπλευρος. Η γονιδιακή επιβάρυνση που σχετίζεται με τις μεταλλάξεις των γονιδίων BRCA1 και BRCA2 έχει ιδιαίτερη σημασία για την πιθανότητα εκδήλωσης της νόσου, αλλά ευθύνεται μόλις για το 5% έως 10% του συνόλου των περιπτώσεων καρκίνου (Whittemore 1997). Γυναίκες με καλοήγη πάθηση του μαστού (άτυπος υπερπλασία των πόρων ή των λοβίων) έχουν αυξημένο κίνδυνο νόσησης από καρκίνο. Όσον αφορά στη λήψη φαρμάκων έχει βρεθεί ότι γυναίκες που λαμβάνουν ορμονική θεραπεία υποκατάστασης για περισσότερο από πέντε χρόνια έχουν αυξημένο κίνδυνο νόσησης, (σχετικός κίνδυνος 1,24) καθώς και γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά ιδιαίτερα αν έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου (Grabrick και συν. 2000), ανάλογα με τη διάρκεια λήψης. Τέλος επιβαρυντικό παράγοντα αποτελεί η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία ιδιαίτερα αν αυτή συμβεί σε ηλικία μικρότερη των σαράντα ετών. Υπολογίζεται ότι το 1% περίπου των καρκίνων του μαστού στις Η.Π.Α. αποδίδεται στη διαγνωστική μαστογραφία (Evans και συν. 1986). Η κατάχρηση αλκοόλ φαίνεται ότι αυξάνει τον κίνδυνο νόσησης (Singletary και συν. 2001), ενώ η μελέτη παραγόντων όπως η παχυσαρκία, η φυσική δραστηριότητα και η διατροφή, έχουν δώσει ασαφή αποτελέσματα (Key και συν. 2001).

### **1.3 Παθολογοανατομικοί χαρακτήρες**

Οι κακοήθεις όγκοι του μαστού είναι συνήθως επιθηλιακοί (αδενοκαρκινώματα) και σπανιότερα μη επιθηλιακοί (σαρκώματα, μελανώματα). Τα αδενοκαρκινώματα παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία ως προς την προέλευση και την ιστολογική εικόνα. Συχνότερος ιστολογικός τύπος είναι το διηθητικό πορογενές αδενοκαρκίνωμα (52%) και οι συνδυασμοί του με άλλους σπανιότερους τύπους (26%). Λιγότερο συχνά απαντάται το μυελοειδές καρκίνωμα (6%), το λοβιδιακό (5%), το βλεννώδες, το σωληνώδες, το φυλλώδες, το αδενοκυστικό και το φλεγμονώδες (Wood και συν. 2005).



## 1.4 Κλινική σταδιοποίηση

Η αποδεκτή σταδιοποίηση για τον καρκίνο του μαστού είναι η TNM (Tumor- Nodes –Metastasis) σύμφωνα με την Αμερικανική επιτροπή σταδιοποίησης του καρκίνου (American Joint Committee for Cancer Staging). Βασίζεται σε πληροφορίες οι οποίες είναι διαθέσιμες πριν από τη θεραπεία και περιλαμβάνει ευρήματα τόσο της κλινικής εξέτασης όσο και των απεικονιστικών μεθόδων.

Η κλινική σταδιοποίηση του πρωτοπαθούς όγκου (T) είναι η ακόλουθη:

Tx: ο πρωτοπαθής όγκος δεν μπορεί να εκτιμηθεί

T0: απουσία πρωτοπαθούς όγκου

Tis: in situ καρκίνωμα, πορογενές ή λοβιδιακό, ή νόσος Paget της θηλής χωρίς υποκείμενο όγκο.

T1: όγκος μέχρι 2 cm

T2: όγκος >2 cm, αλλά ≤ 5 cm

T3: όγκος >5 cm

T4: όγκος οποιουδήποτε μεγέθους με απευθείας επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή το δέρμα.

Οι περιοχικοί λεμφαδένες (N) σταδιοποιούνται ως εξής:

Nx: Οι περιοχικοί λεμφαδένες δεν είναι δυνατό να εκτιμηθούν

N0: Δεν υπάρχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες

N1: Μετάσταση σε έναν ή περισσότερους κινητούς λεμφαδένες της σύστοιχης μασχάλης

N2: Μετάσταση σε έναν ή περισσότερους λεμφαδένες, οι οποίοι είναι συνδεδεμένοι μεταξύ τους (block) στη σύστοιχη μασχάλη

N3: Μετάσταση στους σύστοιχους έσω μαστικούς λεμφαδένες

Οι απομακρυσμένες μεταστάσεις σταδιοποιούνται ως εξής:

Mx: Δεν είναι δυνατό να εκτιμηθεί η παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων

M0: Δεν υφίστανται απομακρυσμένες μεταστάσεις

M1: Διαπιστώνονται απομακρυσμένες μεταστάσεις (περιλαμβάνονται και οι μεταστάσεις σε έναν ή περισσότερους σύστοιχους υπερκλειδίους λεμφαδένες).

Η κλινική σταδιοποίηση T. N. M. ομαδοποιείται σε στάδια 0- I- II- III- IV και παρουσιάζεται στον πίνακα 1.

**Πίνακας 1:** Κλινική σταδιοποίηση καρκίνου του μαστού (Wood και συν. 2005).

ΣΤΑΔΙΟ	T.N.M
0	TisN0M0
I	T1N0M0
IIA	T0N1M0 T1N1M0 T2N0M0
IIB	T2N1M0 T3N0M0
IIIA	T0N2M0 T1N2M0 T2N2M0 T3N1M0 T3N2M0
IIIB	T4N0M0 T4N1M0 T4N2M0
IIIC	Κάθε T,N3,M0
IV	Κάθε T, κάθε N, M1

### 1.5 Κλινική εικόνα- Διάγνωση

Ο καρκίνος του μαστού συνήθως ανακαλύπτεται από την ασθενή ως μια ανώδυνη μάζα στο μαστό. Τα περισσότερα καρκινώματα είναι σκληρά με ανώμαλα όρια και μπορούν εύκολα να προσδιοριστούν. Πόνος στο μαστό, ρυτίδωση του δέρματος, έκκριμα της θηλής, εισολκή ή διαβρώσεις οδηγούν συχνά στη διάγνωση. Η προσκόλληση του όγκου στο δέρμα ή την περιτονία του θωρακικού μυός, το οίδημα, η εξέλκωση και η παρουσία εκτεταμένων μεταστάσεων στους μασχαλιαίους λεμφαδένες είναι σημεία προχωρημένης νόσου.

Η έγκαιρη διάγνωση είναι μεγάλης σημασίας για την κλινική πορεία της νόσου. Για το λόγο αυτό έχει δοθεί μεγάλο βάρος στην εξέταση ασυμπτωματικού πληθυσμού

με τη μαστογραφία, η οποία μπορεί να οδηγήσει στη ανίχνευση υποκλινικού όγκου του μαστού. Η διάγνωση του καρκίνου όταν διαπιστωθεί ογκίδιο είτε με την κλινική εξέταση είτε με τη μαστογραφία, τίθεται πάντα με ιστολογική εξέταση (Wood και συν. 2005).

## 1.6 Πρόγνωση

Ως κύριοι προγνωστικοί παράγοντες μπορεί να θεωρηθούν ο αριθμός των διηθημένων λεμφαδένων και το μέγεθος του όγκου, ενώ ο ιστολογικός τύπος του όγκου, φαίνεται να έχει δευτερεύοντα ρόλο. Τέλος, η ηλικία αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα, με τις νεαρότερες γυναίκες να έχουν χειρότερη πρόγνωση. Η επιβίωση των γυναικών σε σχέση με το κλινικό στάδιο φαίνεται παρακάτω:

**Πίνακας 2:** Επιβίωση γυναικών με καρκίνο μαστού ανάλογα με το κλινικό στάδιο (Osborne 1994).

Στάδιο	Πενταετής επιβίωση (%)
I	85%
II	66%
III	41%
IV	10%

## 1.7 Θεραπεία

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι τοπική (χειρουργική, ακτινοθεραπεία) και συστηματική (χημειοθεραπεία, αντιοιστρογόνα)

Όσον αφορά στη χειρουργική θεραπεία μέχρι το 1970 περίπου, η ριζική μαστεκτομή αποτελούσε την κύρια μέθοδο χειρουργικής αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού. Συνίσταται στην en block εξαίρεση του μαστού, του μείζονος και του ελάσσονος θωρακικού μυός και των αδένων της μασχάλης. Μια λιγότερο ακρωτηριαστική επέμβαση η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή διαφοροποιείται από τη ριζική στο γεγονός ότι διατηρείται ο μείζων θωρακικός μυς, ενώ παρατηρείται καλύτερο αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα. Τα τελευταία χρόνια ανάλογα και

με το στάδιο της νόσου εφαρμόζονται συχνότερα πιο συντηρητικές τεχνικές που αποβλέπουν στην εξαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου και των λεμφαδένων της μασχάλης, ενώ στη συνέχεια ακολουθεί ακτινοβολία του υπολειπόμενου μαστού. Με τις επεμβάσεις αυτής της κατηγορίας (τμηματική μαστεκτομή), οι οποίες έχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα ως προς τον τοπικό έλεγχο της νόσου και την επιβίωση των πασχόντων, διατηρείται ο μαστός με θετικές επιπτώσεις τόσο στη φυσική όσο και στην ψυχολογική λειτουργία της γυναίκας.

Το δεύτερο σκέλος της τοπικής θεραπείας, η ιονίζουσα ακτινοβολία, μπορεί να συνδυαστεί με τις προαναφερθείσες χειρουργικές τεχνικές και αποσκοπεί στην αποστείρωση της περιοχής από καρκινικά κύτταρα. Η ακτινοβολία μετά τη μαστεκτομή μειώνει κατά 2/3 την πιθανότητα τοπικής υποτροπής. Η ακτινοβολία εφαρμόζεται στην περιοχή του μαστού και του θωρακικού τοιχώματος ή, εάν χρειάζεται, και των επιχώριων λεμφαδένων, με τη χρήση κατάλληλων τεχνικών που επιτρέπουν τη χορήγηση της μεγαλύτερης δυνατής δόσης στο μικρότερο πεδίο με τη μεγαλύτερη δυνατή ομοιογένεια. Τόσο η χειρουργική θεραπεία όσο και ακτινοβολία έχουν ως στόχο να ελέγξουν τοπικά τη νόσο, ενώ η επιβίωση και το ελεύθερο νόσου διάστημα εξαρτάται από την ύπαρξη συστηματικής νόσου (μικρομεταστάσεις) η οποία αντιμετωπίζεται με τη χρήση ορμονικών και κυτταροστατικών σκευασμάτων.

Η ορμονοθεραπεία περιλαμβάνει τη χορήγηση αντιοιστρογόνων με γνωστότερο την ταμοξιφαίνη και έχει θετικά αποτελέσματα στην επιβίωση τόσο των προεμμηνοπαυσιακών όσο και των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών. Τελευταία στην κατηγορία των φαρμάκων αυτών έχουν προστεθεί και οι εκλεκτικοί τροποποιητές των ορμονικών υποδοχέων (Selective Estrogen Receptors Modulators) οι οποίοι δεν διεγείρουν το ενδομήτριο. Άλλοι διαθέσιμοι ορμονικοί χειρισμοί περιλαμβάνουν τη χρήση αναστολέων αρωματάσης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και GnRH αναλόγων.

Τέλος η χημειοθεραπεία αποτελεί σημαντικό παράγοντα αύξησης της επιβίωσης των γυναικών με καρκίνο του μαστού και εφαρμόζεται είτε προφυλακτικά, είτε θεραπευτικά. Χρησιμοποιούνται συνδυασμοί κυτταροστατικών φαρμάκων με θετικά αποτελέσματα, αλλά συνοδεύονται από παρενέργειες οι οποίες καθιστούν την χημειοθεραπεία μια επίπονη σωματικά και ψυχολογικά διαδικασία (Wood και συν. 2005).

## **2. Σωματικά συμπτώματα**

Η καταπόνηση του πάσχοντος από τα συμπτώματα τα οποία είτε σχετίζονται με την ίδια τη νόσο, είτε με τη θεραπεία έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα του πάσχοντος (Cleeland και συν. 2000). Οι McCorkle και Young (1978) ορίζουν ως καταπόνηση από τα συμπτώματα «το βαθμό της δυσφορίας που αναφέρεται από τους ασθενείς, η οποία σχετίζεται με την αντίληψη των συμπτωμάτων που βιώνουν». Ο παραπάνω ορισμός επικεντρώνεται ιδιαίτερα στην αντίληψη του πάσχοντος, αφού το πιο έντονο και συχνό σύμπτωμα δεν είναι πάντα και αυτό που καταπονεί περισσότερο. Στην κατεύθυνση αυτή αναπτύχθηκαν κλίμακες αυτοαναφοράς που εκτιμούν την ένταση των συμπτωμάτων αυτών με στόχο τον πιο αποτελεσματικό έλεγχο τους. Το ερωτηματολόγιο συμπτωμάτων του M.D. Anderson (Cleeland και συν. 2000) αποτελεί ένα σύντομο εργαλείο που εκτιμά την ένταση των συμπτωμάτων που βιώνουν ασθενείς με καρκίνο και το βαθμό παρέμβασής τους στη λειτουργικότητα και τη διάθεση. Θα αναφερθούμε σε κάποια από αυτά τα οποία αποτέλεσαν και το αντικείμενο διερεύνησης της παρούσας μελέτης και συγκεκριμένα στις διαταραχές του ύπνου, την κόπωση, καθώς και τον πόνο στον οποίο θα γίνει μια πιο εκτεταμένη αναφορά. Τα συμπτώματα αυτά τις περισσότερες φορές συνυπάρχουν και ο ανεπαρκής έλεγχος κάποιων οδηγεί σε επίταση και των υπολοίπων. Έτσι, τόσο ο πόνος όσο και οι διαταραχές του ύπνου οδηγούν σε αίσθημα κόπωσης. Η τελική αντίληψη των συμπτωμάτων όμως διαμορφώνεται σε σημαντικό βαθμό από το νόημα που τους αποδίδει ο ασθενής στο πλαίσιο της πορείας της νόσου και επομένως συνδέεται με ψυχολογικές παραμέτρους.

### **2.1 Διαταραχές του ύπνου**

Οι διαταραχές του ύπνου αποτελούν ένα συχνό κλινικό πρόβλημα σε ασθενείς με καρκίνο, το οποίο επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους (Dow και συν. 1996). Ο τύπος και η βαρύτητα των διαταραχών αυτών, έχει προσεγγιστεί με διαφορετικό τρόπο από αρκετούς ερευνητές, με αποτέλεσμα η συχνότητά τους να ποικίλλει σημαντικά. Ειδικά για τον καρκίνο του μαστού, ο ύπνος έχει προσεγγιστεί είτε εκτιμώντας άμεσα τις διαταραχές του, είτε στο πλαίσιο των παρενεργειών από τη χημειοθεραπεία και

την ακτινοθεραπεία, είτε των θετικών επιδράσεων της άσκησης κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Fortner και συν. 2002). Οι παραπάνω ερευνητές μελετώντας ασθενείς με καρκίνο του μαστού διαπίστωσαν ότι βίωναν διαταραχές του ύπνου σε ποσοστό 61% οι οποίες δεν συνδέονταν με το είδος της θεραπείας. Οι ασθενείς απέδιδαν την κακή ποιότητα του ύπνου σε παράγοντες όπως ο πόνος.

Σε ανάλογα συμπεράσματα κατέληξαν και οι Koorman και συν. (2002) οι οποίοι μελέτησαν ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του μαστού. Περίπου 63% των πασχόντων αντιμετώπιζαν προβλήματα με τον ύπνο, τα οποία αφορούσαν είτε υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας (21%), είτε αφύπνιση κατά τη διάρκεια της νύχτας (45%). Οι διαταραχές αυτές σχετιζόνταν με ανεπαρκή έλεγχο του πόνου και οδηγούσαν σε αυξημένο αίσθημα κόπωσης και περιορισμό της καθημερινής δραστηριότητας. Διαπιστώθηκε αυξημένη συχνότητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε γυναίκες που ανέφεραν προβλήματα στον ύπνο, αλλά λόγω του σχεδιασμού της μελέτης δεν είναι δυνατό να εκτιμηθεί η αιτιώδης κατεύθυνση αυτής της σχέσης. Άλλωστε η δυσλειτουργία του σεροτονινεργικού συστήματος με την οποία συνδέεται η αϋπνία, αποτελεί βασικό παράγοντα της νευροβιολογίας της κατάθλιψης. Τέλος η έλλειψη επαρκούς ψυχοκοινωνικής υποστήριξης συσχετίστηκε με κακή ποιότητα του ύπνου.

## **2.2 Κόπωση**

Η κόπωση θα μπορούσε να οριστεί ως ένα υποκειμενικό αίσθημα αδυναμίας και μειωμένης ικανότητας για σωματική και πνευματική εργασία (Stone και συν. 1998). Ωστόσο το γεγονός ότι πρόκειται για ένα σύμπτωμα το οποίο αναφέρεται τόσο από τον υγιή πληθυσμό όσο και από πάσχοντες από σωματικά ή ψυχικά νοσήματα καθιστά δύσκολη την εκτίμησή της. Η συμπερίληψη της κόπωσης η οποία συνδέεται με τον καρκίνο ως ξεχωριστής οντότητας στη Διεθνή Ταξινόμηση των νοσημάτων μετά την 10<sup>η</sup> αναθεώρηση-κλινική τροποποίηση (ICD-10 CM) αντανάκλα την ανάγκη συστηματικής μελέτης της τόσο ως προς την αιτιολογία όσο και ως προς την αποτελεσματικότερη διαχείριση (Portenoy και Itri 1999). Οι Glaus και συν. (1996) υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς με καρκίνο βιώνουν τρεις διαστάσεις του αισθήματος της κόπωσης. Τη σωματική διάσταση η οποία σχετίζεται με αδυναμία να εκτελέσουν δραστηριότητες, τη συναισθηματική διάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από απουσία

κινήτρου και κακή διάθεση και τη γνωσιακή διάσταση, η οποία αφορά στην αδυναμία συγκέντρωσης και τη διαταραχή της προσοχής.

Πρόκειται για ένα ιδιαίτερα συχνό σύμπτωμα, το οποίο έχει μελετηθεί τόσο σε σχέση με τη χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία, όσο και με το στάδιο της νόσου. Περίπου 60% με 80% των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο αντιμετωπίζουν έντονο αίσθημα κόπωσης. Οι παράγοντες που συνδέονται με αυτή μπορούν να διαιρεθούν σε σωματικούς και ψυχολογικούς, αν και όπως αναφέρθηκε, συχνά συνυπάρχουν και αλληλεπιδρούν. Η απώλεια βάρους και η καχεξία που συμβαίνουν σε προχωρημένα στάδια της νόσου οδηγούν σε απώλεια μυϊκού ιστού, η οποία σχετίζεται με το αίσθημα κόπωσης (Brueger και συν. 1989). Το ίδιο ισχύει και για άλλα κοινά συμπτώματα σε καρκινοπαθείς όπως ο πόνος και οι διαταραχές του ύπνου. Αιματολογικές και βιοχημικές διαταραχές όπως η αναιμία, υποκαλιαιμία, υπομαγνησιαίμια, υποφωσφαταιμία, υπασβεστιαίμια οι οποίες προκαλούνται σε ασθενείς με καρκίνο είτε λόγω της νόσου, είτε λόγω της θεραπείας σχετίζονται με την πρόκληση καταβολής (Stone και συν. 1998). Όσον αφορά στις ψυχολογικές παραμέτρους η κατάθλιψη συνδέεται με την κόπωση, αλλά η κατεύθυνση της αιτιώδους σχέσης τους είναι δύσκολο να προσδιοριστεί. Οι Bower και συν. (2006) μελέτησαν 763 γυναίκες με καρκίνο του μαστού ως προς το σύμπτωμα αυτό σε δύο φάσεις. Αρχικά σε διάστημα ενός έως πέντε ετών, και στη συνέχεια πέντε έως δέκα έτη μετά από την ολοκλήρωση της θεραπείας τους. Διαπίστωσαν υψηλά επίπεδα κόπωσης ακόμα και μετά την πάροδο τόσο μεγάλων διαστημάτων από τη διάγνωση και επιπλέον ότι ασθενείς οι οποίες εκδήλωσαν καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τα πρώτα χρόνια από τη διάγνωση της νόσου, ήταν πιθανότερο να υποφέρουν από κόπωση πολλά χρόνια μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Τέλος οι αγχώδεις εκδηλώσεις, αρκετά συχνές ανάμεσα στους ασθενείς με καρκίνο, συχνά εξαντλούν τα αποθέματα ενέργειας και περιορίζουν τη δραστηριότητα (Bennett και συν. 2004).

## 2.3 Πόνος

### 2.3.1 Σύνδρομο πόνου στον καρκίνο

Η συχνότητα του πόνου στους καρκινοπαθείς αυξάνει με την εξέλιξη της νόσου. Έτσι, ενώ το ένα τρίτο περίπου των ασθενών αρχικού σταδίου εμφανίζουν σοβαρό πόνο ανεξαρτήτως εντόπισης, το ποσοστό ανέρχεται στο 60% με 90% περίπου σε ασθενείς τελικού σταδίου. Ο πόνος ανάλογα με τη διάρκειά του χαρακτηρίζεται ως οξύς ή χρόνιος στην περίπτωση που υπερβαίνει το διάστημα των τριών μηνών. Περίπου στο 65% με 85% των ασθενών αυτών, ο πόνος οφείλεται στην εξέλιξη της νόσου. (επέκταση του όγκου, μεταστάσεις) Συχνότερα αίτια είναι οι οστικές εντοπίσεις και η διήθηση νευρικών πλεγμάτων. 15% με 25% των ασθενών έχουν πόνο σχετιζόμενο με τη θεραπεία και στο 3% με 10% ο πόνος δεν συνδέεται με τον καρκίνο (Brueger και συν. 2003).

Οι ασθενείς με καρκίνο διακρίνονται σε πέντε κατηγορίες ανάλογα με τη διάρκεια αλλά και την αιτιολογία του επώδυνου συνδρόμου (πίνακας 3).

**Πίνακας 3:** Κατηγορίες ασθενών με καρκινικό πόνο.

---

#### Κατηγορία I

Ασθενείς με οξύ άλγος σχετιζόμενο με τη νόσο, ή με τη θεραπεία για τη νόσο (χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία)

---

#### Κατηγορία II

Ασθενείς με χρόνιο πόνο σχετιζόμενο με την εξέλιξη της νόσου, ή με τη θεραπεία για τη νόσο (χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία)

---

#### Κατηγορία III

Ασθενείς με προϋπάρχοντα χρόνιο πόνο και πόνο σχετιζόμενο με τη νόσο.

---

#### Κατηγορία IV

Ασθενείς με ιστορικό εθισμού σε φάρμακα και πόνο σχετιζόμενο με τη νόσο.

---

#### Κατηγορία V

Ασθενείς τελικού σταδίου με πόνο σχετιζόμενο με τη νόσο

---



Η παραπάνω διάκριση των ασθενών αυτών είναι σημαντική καθώς οδηγεί σε διαφορετική αντιμετώπιση του επώδυνου συμπτώματος ανάλογα με την κατηγορία των πασχόντων.

Για την υποομάδα των ασθενών της κατηγορίας Ι στους οποίους ο πόνος σχετίζεται με τη νόσο, ο πόνος ήταν το αρχικό σύμπτωμα που οδήγησε στη διάγνωση του καρκίνου. Επομένως το σύμπτωμα αυτό αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα καθώς σηματοδοτεί την έναρξη της νόσου, και η επανεμφάνισή του κατά την πορεία ή μετά τη χορήγηση επιτυχούς αρχικής θεραπείας, συνδέεται από τον πάσχοντα με υποτροπή της νόσου. Ο πόνος στην περίπτωση των ασθενών αυτών μπορεί συνήθως να ελεγχθεί ικανοποιητικά με τα υπάρχοντα θεραπευτικά μέσα. Η δεύτερη υποομάδα ασθενών αυτής της κατηγορίας υποφέρουν είτε από μετεγχειρητικό πόνο, είτε από στοματικά έλκη λόγω της χημειοθεραπείας, είτε από άλλα αίτια σχετιζόμενα με τη θεραπεία. Σε κάθε περίπτωση τα συμπτώματα αυτά είναι συνήθως αυτοπεριοριζόμενα και αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά, ενώ για τους ασθενείς αντιπροσωπεύουν το τίμημα μιας επιτυχούς έκβασης.

Η δεύτερη κατηγορία των ασθενών περιλαμβάνει τους καρκινοπαθείς με χρόνια πόνο είτε λόγω της νόσου, είτε λόγω της εφαρμοσθείσας θεραπείας. Πρόκειται για μια δυσκολότερη από την προηγούμενη ομάδα στην οποία ο πόνος σχετίζεται με διήθηση παρακείμενων ιστών. Οι διαθέσιμες φαρμακευτικές παρεμβάσεις δεν είναι πάντα αποτελεσματικές με συνέπεια την επίταση του συναισθήματος του αβοήθητου και της απελπισίας, ενώ παράλληλα ο ανεπαρκής έλεγχος των συμπτωμάτων τροφοδοτεί το φόβο του επικείμενου θανάτου. Η προσέγγιση αυτής της κατηγορίας οφείλει να γίνεται με γνώμονα τον πολυδιάστατο χαρακτήρα του χρόνιου πόνου και να περιλαμβάνει και ψυχολογικές παρεμβάσεις. Η δεύτερη υποομάδα των πασχόντων αυτής της κατηγορίας περιλαμβάνει ασθενείς με χρόνια πόνο λόγω των θεραπευτικών χειρισμών (πόνος μετά από μαστεκτομή, μέλος φάντασμα). Είναι συχνά νευροπαθητικός, δηλαδή συνδέεται με βλάβη νευρικού ιστού και ανάπτυξη νευρωμάτων. Τα διαθέσιμα μέσα για την αντιμετώπισή του είναι συχνά ανεπαρκή με αποτέλεσμα την επιβάρυνση της ψυχολογικής κατάστασης των πασχόντων κάτι που απαντάται επίσης και σε ασθενείς με χρόνια πόνο μη καρκινικής αιτιολογίας. Επιπρόσθετα όμως στους καρκινοπαθείς ο χρόνιος πόνος αποτελεί μια συνεχή σωματική υπόμνηση του γεγονότος της διάγνωσης του καρκίνου, έστω και αν δεν σχετίζεται με υποτροπή ή εξέλιξη της νόσου.

Οι ασθενείς της κατηγορίας III υποφέρουν από μη κακοήγη χρόνιο πόνο πριν τη διάγνωση του καρκίνου και στη συνέχεια προστίθεται πόνος σχετιζόμενος με τη νόσο τους. Πρόκειται επομένως για άτομα ήδη σημαντικά επιβαρημένα από το χρόνιο άλγος, τα οποία καλούνται να διαχειριστούν επιπλέον και το φορτίο της διάγνωσης του καρκίνου και των επακόλουθων συμπτωμάτων.

Στην κατηγορία IV περιλαμβάνονται ασθενείς με ιστορικό εθισμού σε ισχυρές αναλγητικές ουσίες οι οποίοι πάσχουν από πόνο σχετιζόμενο με τον καρκίνο. Τρεις υποομάδες ασθενών μπορούν να προσδιοριστούν. Ασθενείς που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών, ασθενείς σε πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη και ασθενείς με ιστορικό χρήσης ουσιών, οι οποίοι όμως έχουν απεξαρτηθεί. Οι ασθενείς αυτής της κατηγορίας συνήθως υποθεραπεύονται λόγω των επιφυλάξεων κυρίως των επαγγελματιών υγείας. Η προσέγγιση τους οφείλει να είναι εξατομικευμένη και να αποσκοπεί στην παροχή επαρκούς αναλγησίας. Επιπλέον στην προσέγγιση των ασθενών των δύο τελευταίων υποομάδων πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η πιθανότητα υποτροπής των συμπεριφορών εξάρτησης υπό την πίεση της διάγνωσης της νόσου.

Η κατηγορία V περιλαμβάνει ασθενείς τελικού σταδίου με πόνο σχετιζόμενο με την νόσο. Οι ασθενείς αυτοί διαχωρίζονται από εκείνους της κατηγορίας II, καθώς η ψυχολογική τους επιβάρυνση είναι σαφώς μεγαλύτερη και απαιτεί ειδικούς χειρισμούς όσον αφορά στα αισθήματα απελπισίας και αδυναμίας παροχής βοήθειας (hopelessness and helplessness) καθώς και το ζήτημα του επικείμενου θανάτου. Η χρήση ισχυρής αναλγητικής αγωγής είναι επιβεβλημένη προκειμένου να επιτευχθεί η ανακούφιση των επώδυνων συμπτωμάτων κατά το δυνατό (Foley 2005).

### **2.3.2 Ο ρόλος του πόνου**

Ο καρκινικός πόνος είναι ένα σύνθετο φαινόμενο, το οποίο προσδιορίζεται από οργανικές παραμέτρους αλλά και από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες όπως η προσωπικότητα, η συμπεριφορά και το κοινωνικό πλαίσιο του πάσχοντος (Stiefel 1993). Η αλληλεπίδραση των διαστάσεων αυτών συνθέτουν το βίωμα του πόνου, η προσέγγιση του οποίου οφείλει να συνυπολογίζει όλες τις συνιστώσες που το διαμορφώνουν. Το γεγονός ότι ακόμα και σήμερα η ανακούφιση του καρκινικού πόνου εξακολουθεί να είναι πλημμελής (Cleeland και συν. 1994) οφείλεται σε σημαντικό βαθμό στην ελλιπή εκτίμηση και διαχείριση όλων των διαστάσεών του και κυρίως της ψυχολογικής συνιστώσας. Η θεώρησή του ως αμιγώς οργανικού

φαινομένου, το οποίο αντιμετωπίζεται μόνο με αναλγητικά, παραβλέπει τις προεκτάσεις του και ενδέχεται να ενισχύει την έντασή του. Η ερμηνεία που αποδίδει ο ασθενής στον πόνο φαίνεται να διαδραματίζει κομβικό ρόλο τόσο στις επιπτώσεις όσο και στην ίδια την αντίληψή του. Οι Cleeland και Daut (1982) διαπίστωσαν ότι ασθενείς με καρκίνο που συνέδεαν έναν πρόσφατο πόνο με καλοήγη αιτία, ανέφεραν λιγότερη επίδραση στη δραστηριότητά τους από τους ασθενείς που συνέδεαν άμεσα το αλγεινό αίσθημα με την πρόοδο της νόσου τους.

Ο Δαμίγος (2006) προσεγγίζει το βίωμα του πόνου ως μια αναπόδραστη εμπειρία, συνυφασμένη με την ύπαρξη, στην οποία ο πάσχων επιχειρεί να αποδώσει ένα νόημα. Ένα εγχείρημα εξαιρετικά δύσκολο ιδιαίτερα για τον πόνο στο πλαίσιο μιας απειλητικής για τη ζωή νόσου όπως ο καρκίνος. Στην περίπτωση αυτή δεν έχει πάντα χαρακτήρα του προειδοποιητικού σήματος, καθώς ενδέχεται να εμφανιστεί σε προχωρημένο στάδιο της νόσου, όπου οι δυνατότητες θεραπευτικής παρέμβασης είναι περιορισμένες. Μοιάζει επομένως να στερείται χρησιμότητας, μια ανώφελη εμπειρία που σηματοδοτεί την επιδείνωση της νόσου, τροφοδοτώντας τους φόβους που συνδέονται με την επικείμενη ανικανότητα ή και το θάνατο. Ο ασθενής τις περισσότερες φορές αδυνατεί να διαχειριστεί τον παράλογο χαρακτήρα αυτής της έντονα ψυχοπιεστικής κατάστασης ιδιαίτερα στην περίπτωση που δεν παρέχεται υποστήριξη.

Το βίωμα του πόνου μοιάζει να διαφεύγει της δυνατότητας λεκτικής έκφρασης και ουσιαστικής επεξεργασίας. Οι ανατομικές περιγραφές του και η ποσοτικοποίηση της έντασής του διευκολύνουν περισσότερο την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας σωματικών θεραπειών παρά την ανακούφιση του πάσχοντα από ένα βίωμα τόσο κοινό και παράλληλα τόσο δύσκολο να νοηματοδοτηθεί. Ο πόνος, ιδιαίτερα όταν υπερβαίνει την ανοχή του ατόμου, κινείται στο περιθώριο της ανθρώπινης ικανότητας για κατανόηση. Το βίωμα, το οποίο τόσο δύσκολα μπορεί να οριοθετηθεί λεκτικά, μοιάζει να οριοθετεί το ίδιο με έναν άξεστο τρόπο την ύπαρξη, μια υπόμνηση της φθοράς και του τέλους συνιστώντας μια παράμετρο την οποία οι καθαρά σωματικές αναλγητικές παρεμβάσεις αδυνατούν να τροποποιήσουν.

Ο Δαμίγος (2006) θεωρεί τον πόνο ως μια πληροφορία την οποία ο οργανισμός αδυνατεί να επεξεργαστεί και επομένως οδηγεί σε αποσταθεροποίησή του, ιδιαίτερα αν απουσιάζει το υποστηρικτικό πλαίσιο. Σε αυτή την προσπάθεια απόδοσης νοήματος, ο ψυχισμός καταφεύγει σε παθολογικές ερμηνείες της

εμπειρίας του, οι οποίες παγιώνουν την απορύθμισή του και μπορεί να οδηγήσουν ακόμα και σε εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών.

Στην μελέτη των Derogatis και συν. (1983) διαπιστώθηκε ότι το 39% των ασθενών με καρκίνο, οι οποίοι έπασχαν από κάποια ψυχιατρική διαταραχή είχαν αναφέρει πόνο έντασης πάνω από 50 mm σε μια κλίμακα οπτικών αναλόγων μήκους 100 mm όπου το μηδέν αντιστοιχεί στην απουσία πόνου, ενώ το 100 στο χειρότερο δυνατό πόνο. Αντίθετα μόνο το 19% των ασθενών χωρίς ψυχιατρική διαταραχή είχαν υψηλής έντασης πόνο. Οι ψυχιατρικές διαγνώσεις των ασθενών με πόνο ήταν διαταραχή προσαρμογής (69%), ενώ σε αρκετά υψηλό ποσοστό βρισκόταν και η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (15%).

Σε αντίστοιχα συμπεράσματα κατέληξαν και οι Spiegel και συν. (1994) που διέκριναν δύο κατηγορίες ασθενών. Στην πρώτη περιλαμβάνονταν όσοι ανέφεραν πόνο υψηλής έντασης και στη δεύτερη όσοι είχαν ηπιότερη συμπτωματολογία. Διαπίστωσαν ότι ο επιπολασμός των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε όλη τη διάρκεια της ζωής ήταν υψηλότερος για την ομάδα των ασθενών με λιγότερο πόνο, ενώ η συχνότητα της διαταραχής κατά την περίοδο της εξέτασης ήταν υψηλότερη στους ασθενείς με ισχυρότερο πόνο.

Η κατεύθυνση της αιτιώδους σχέσης του πόνου και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων δεν είναι εύκολο να προσδιοριστεί. Η αλληλεπίδραση του βιώματος του άγχους με βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες συνδέεται με την εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Όταν ο ασθενής αναπτύσσει κάποια διαταραχή στα πλαίσια ανεπαρκούς αντιμετώπισης των επώδυνων συμπτωμάτων, είναι εξαιρετικά δύσκολο στη συνέχεια να ελεγχθεί ο πόνος. Μείζων κατάθλιψη, υψηλά επίπεδα άγχους και συναισθηματικής δυσφορίας μοιάζουν να τροποποιούν την αντίληψη του πόνου και σχετίζονται με την αναγκαιότητα υψηλότερων δόσεων οπιοειδών για την επίτευξη αναλγητικού αποτελέσματος (Wasan και συν. 2005). Ενώ ο ικανοποιητικός έλεγχος του πόνου φαίνεται να συνδέεται με ύφεση των συμπτωμάτων μιας διαταραχής προσαρμογής με καταθλιπτικά ή αγχώδη στοιχεία, είναι μάλλον απίθανο από μόνος του να οδηγήσει σε ύφεση μιας μείζονος καταθλιπτικής ή μιας γενικευμένης αγχώδους διαταραχής.

Τέλος, η ανεπαρκής αντιμετώπισή του έχει συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού. Οι Chochinon και συν. (1995) διαπίστωσαν ότι το 45% των ασθενών τελικού σταδίου με καρκίνο έκαναν σκέψεις σχετικές με το θάνατο, ενώ στο 8,5% υπήρχαν παθητικές ευχές θανάτου ή αυτοκτονικός ιδεασμός. Οι Massie και

συν. (1994) μελετώντας ένα πληθυσμό 185 ασθενών με καρκινικό πόνο διαπίστωσαν ότι το 17% αυτών είχαν αυτοκτονικό ιδεασμό. Και στις δύο μελέτες η επιθυμία θανάτου δεν συνδεόταν τόσο με την ένταση του πόνου, όσο με την καταθλιπτική διάθεση των ασθενών αυτών. Φαίνεται ότι η ψυχολογική συνιστώσα της επώδυνης εμπειρίας, η οποία δεν έτυχε αποτελεσματικής διαχείρισης, μπορεί να οδηγήσει όχι μόνο σε εκδήλωση ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, αλλά να σηματοδοτήσει και το πέρασμα στην οδύνη την οποία ο πάσχων αδυνατεί να υποφέρει.

### **3. Ψυχολογικές αντιδράσεις στη διάγνωση**

#### **3.1 Η ασθένεια ως κατάσταση κρίσης**

Σύμφωνα με τη συστημική θεωρία ο άνθρωπος θεωρείται ένα «βιοψυχοκοινωνικό σύστημα», δηλαδή ένα σύνολο με διαπλεκόμενα επίπεδα λειτουργίας, σε συνεχή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον. Το σύστημα υπόκειται σε δυναμική εξέλιξη με εναλλασσόμενες περιόδους ισορροπίας και κρίσεων. Ως κρίση ορίζεται μια μεταβατική περίοδος κατά τη διάρκεια της οποίας, η ισορροπία του συστήματος διαταράσσεται ή απειλείται. Οι κρίσεις αποτελούν κομβικές στιγμές για την εξέλιξη και λειτουργία του συστήματος, οδηγώντας είτε σε αυξημένη πολυπλοκότητα μετά από επιτυχή επεξεργασία, είτε σε αποδιοργάνωση (Δαμίγος και Σιαφάκα 2006).

Το άτομο που αντιμετωπίζει τη διάγνωση μιας χρόνιας, απειλητικής για τη ζωή ασθένειας όπως ο καρκίνος, εισέρχεται σε κατάσταση κρίσης. Η διάγνωση της ασθένειας αποτελεί μια ρήξη στη συνέχεια της ζωής του ατόμου και σηματοδοτεί την έναρξη μιας περιόδου ανασφάλειας και αβεβαιότητας διαταράσσοντας την οργάνωση και λειτουργία του πάσχοντος τόσο σε βιολογικό, όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο (Δαμίγος 1990). Το άτομο αδυνατεί να επεξεργαστεί τα νέα δεδομένα, κάτι που σχετίζεται όχι τόσο με το ίδιο το γεγονός της ασθένειας, αλλά με την ερμηνεία και το νόημα που αποδίδεται σε αυτό από τον πάσχοντα και το περιβάλλον του (Παπαδάτου και συν. 1984). Ο καρκίνος καταλήγει να υποδηλώνει ως αναπόφευκτη προοπτική το θάνατο. Αυτό που δεν αποτελεί παρά μια ενδεχόμενη έκβαση της νόσου στο μέλλον βιώνεται ως βεβαιότητα στο παρόν. Μια πιθανή αμυντική αντίδραση του αρρώστου αποτελεί η προσπάθεια να σταματήσει το χρόνο, προκειμένου η απειλή του θανάτου, ανέκκλητα τοποθετημένη στο μέλλον, να παραμένει σε απόσταση. Κατά τον Green (1975) η έκφραση αυτού του χρόνου χαρακτηρίζεται ως νεκρός χρόνος, μια κατάσταση όπου ο ψυχισμός αδυνατεί να διαχειριστεί την απειλή της νόσου. Το άτομο εισέρχεται σε μια οριακή κατάσταση που συνοδεύεται από σύγχυση του φαντασιωσικού με το πραγματικό.

Το γεγονός της ασθένειας μπορεί να λειτουργήσει είτε ως θετική ανάδραση που αποδιοργανώνει τις ψυχικές λειτουργίες του πάσχοντος, είτε ως αρνητική ανάδραση κινητοποιώντας δυνάμεις σε αναζήτηση νέων ισορροπιών. Σε κάποιες περιπτώσεις ο ασθενής βιώνει τη νόσο ως μια ενδιάμεση περίοδο, μεταξύ μιας

κατάστασης ισορροπίας που έπαυσε να υφίσταται και μιας νέας που είναι προς αναζήτηση, ενώ σε άλλες ο ψυχισμός αποδιοργανώνεται καθώς αδυνατεί να επεξεργαστεί τα δεδομένα που προκύπτουν. Κομβική σημασία για την κατεύθυνση που θα ακολουθήσει η διεργασία που ξεκίνησε με την ανακάλυψη μιας απειλητικής για τη ζωή ασθένεια έχει η ύπαρξη και η ποιότητα ενός υποστηρικτικού πλαισίου, αλλά και η δομή της προσωπικότητας του ατόμου, τα γεγονότα που βιώνει, συνθέτοντας ένα ιδιαίτερα πολύπλοκο δυναμικό πλαίσιο (Δαμίγος 1990).

Οι ασθενείς που έρχονται αντιμέτωποι με τη διάγνωση του καρκίνου βιώνουν έντονη ψυχολογική πίεση, η οποία σχετίζεται με τις κρατούσες αντιλήψεις για τη νόσο, τις κλινικές της εκδηλώσεις, αλλά και το στίγμα που τη συνοδεύει. Για τους περισσότερους ασθενείς κύριος φόβος είναι αυτός του επώδυνου θανάτου, ενώ έντονη ανησυχία για ενδεχόμενη ανικανότητα και εξάρτηση, για αλλαγή στην εμφάνιση και σωματική λειτουργία και επιδείνωση των διαπροσωπικών σχέσεων, συνθέτουν ένα πλαίσιο σημαντικής ψυχολογικής καταπόνησης. Ενώ οι συνδεόμενες με τη νόσο ανησυχίες είναι κοινές για τους περισσότερους ασθενείς, ο βαθμός αποτελεσματικής επεξεργασίας αυτής της κατάστασης κρίσης συνδέεται με τρεις κατηγορίες παραγόντων:

- Ιατρικούς, οι οποίοι σχετίζονται με την εντόπιση, το στάδιο της νόσου κατά τη στιγμή της διάγνωσης, την πρόγνωση της νόσου, τις διαθέσιμες θεραπείες και την παρουσία συμπτωμάτων όπως ο πόνος.

- Ψυχολογικούς, οι οποίοι συνδέονται με τους διαθέσιμους μηχανισμούς άμυνας, τη διαχείριση ανάλογων καταστάσεων στο παρελθόν, τις δεξιότητες αντιμετώπισης (coping ability), το στάδιο της ζωής που συμβαίνει το γεγονός της νόσου και τις ενδεχόμενες ανακατατάξεις που απαιτούνται.

- Κοινωνικούς, οι οποίοι αναφέρονται στην ύπαρξη επαρκούς υποστηρικτικού πλαισίου το οποίο μπορεί να περιλαμβάνει την οικογένεια, τη θεραπευτική ομάδα, ή και ευρύτερα την κοινότητα, το οποίο θα βοηθήσει τον πάσχοντα να μεταβολίσει το γεγονός της ασθένειας, απορροφώντας τους κραδασμούς που προκαλούνται (Massie και συν. 1994).

Μετά την πάροδο χρονικού διαστήματος που κυμαίνεται από λίγες ημέρες έως εβδομάδες, από τη διάγνωση ή την υποτροπή της νόσου, υπολογίζεται ότι περίπου οι μισοί ασθενείς με τη βοήθεια των παραγόντων που αναφέρθηκαν, επιστρέφουν στο προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας, ενώ οι άλλοι μισοί θα

εκδηλώσουν συναισθηματικές διαταραχές με κυρίαρχο το καταθλιπτικό συναίσθημα (Ιακωβίδης και Ιακωβίδης, 2001).

Οι Derogatis και συν. (1983) σε μια από τις πρώτες συστηματικές απόπειρες να αποτυπώσουν τη συχνότητα των ψυχιατρικών διαταραχών σε ασθενείς με καρκίνο, χρησιμοποίησαν το ταξινομικό σύστημα DSM-III και διαπίστωσαν ότι το 53% των ασθενών προσαρμόστηκαν φυσιολογικά στο γεγονός της νόσου, ενώ το 47% περίπου εμφάνισαν κάποια ψυχιατρική διαταραχή. Συγκεκριμένα τα 2/3 είχαν διαταραχή προσαρμογής είτε με αγχώδεις είτε με καταθλιπτικές εκδηλώσεις, ενώ το 13% των ασθενών με ψυχιατρική διαταραχή είχαν μείζονα συναισθηματική διαταραχή, 8% είχαν οργανικό ψυχοσύνδρομο, 7% διαταραχή προσωπικότητας και 4% προϋπάρχουσα αγχώδη διαταραχή. Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι σε ποσοστό πάνω από 90% η ψυχιατρική διαταραχή που εμφάνισαν οι ασθενείς ήταν αντίδραση είτε στην εκδήλωση της νόσου είτε στη θεραπεία.



## 4. Ψυχιατρικές διαταραχές

### 4.1 Κατάθλιψη

Η μελέτη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με καρκίνο δεν έχει γίνει με ενιαίο τρόπο από τους διάφορους ερευνητές με αποτέλεσμα να εγείρονται σοβαρά μεθοδολογικά ερωτήματα, αλλά και να παρατηρούνται μεγάλες διαφορές στα αποτελέσματα που προκύπτουν. Η διακύμανση των συμπτωμάτων από την απλή θλίψη έως τη μείζονα συναισθηματική διαταραχή σε ασθενείς οι οποίοι αντιμετωπίζουν μια απειλητική για τη ζωή νόσο, υποβάλλονται σε επίπονες θεραπείες και υποφέρουν από έντονα σωματικά συμπτώματα όπως ο πόνος, καθιστά ιδιαίτερα δύσκολη τη διάγνωση αυτών των διαταραχών. Ορισμένοι ερευνητές την προσδιορίζουν έμμεσα μέσα από γεγονότα απώλειας που την προκαλούν, ενώ άλλοι χρησιμοποιούν ψυχιατρικά κριτήρια εστιάζοντας στην αναγνώριση συγκεκριμένων συμπτωμάτων (Σιαφάκα 2000). Στην πρώτη κατηγορία εντάσσονται μελέτες που θεωρούν το αίσθημα της αδυναμίας παροχής βοήθειας και της απελπισίας (helplessness and hopelessness) εξαιτίας της απώλειας της υγείας, ισότιμα της κατάθλιψης, ενώ στη δεύτερη κατηγορία η προσέγγιση γίνεται μέσω ερωτηματολογίων που εκτιμούν την παρουσία συγκεκριμένων συμπτωμάτων.

Πολλά από τα συμπτώματα της κατάθλιψης όπως αυτή προσεγγίζεται σε ψυχιατρικούς ασθενείς αλληλεπικαλύπτονται με αυτά του καρκίνου. Έτσι η ανορεξία, η απώλεια βάρους, η κόπωση και οι διαταραχές του ύπνου απαντούν σε ασθενείς με καρκίνο ως συνέπεια είτε της νόσου είτε της θεραπείας, ενώ παράλληλα αποτελούν και συμπτώματα της κατάθλιψης. Πολλοί ερευνητές προτείνουν την εξαίρεση αυτών των συμπτωμάτων κατά την εκτίμηση ασθενών με σωματικά νοσήματα και προτείνουν να δοθεί έμφαση στα μη σωματικά συμπτώματα. Συγκεκριμένα οι Bukberg και συν. (1984) διαπίστωσαν ότι η συχνότητα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής έπεσε από το 42% στο 24% σε πληθυσμό ασθενών όταν εξαιρέθηκαν τα σωματικά συμπτώματα κατά τη διαγνωστική προσέγγιση. Οι Cohen-Cole και συν. (1993) περιγράφουν τέσσερις διαγνωστικές προσεγγίσεις της κατάθλιψης σε πάσχοντες από σωματικά νοσήματα. Η πρώτη συμποσωτική (inclusive) προσέγγιση αξιολογεί όλα τα καταθλιπτικά συμπτώματα είτε προέρχονται

από τη σωματική νόσο είτε όχι. Η προσέγγιση αυτή παρουσιάζει αυξημένη ευαισθησία, χαμηλή ειδικότητα και δεν διερευνά την αιτιολογία των συμπτωμάτων. Αντίθετα η αιτιολογική (etiologic) προσέγγιση αξιολογεί ένα καταθλιπτικό σύμπτωμα μόνο αν δεν είναι δευτεροπαθές της σωματικής νόσου. Η προσέγγιση μέσω υποκατάστασης (substitutive), αντικαθιστά συμπτώματα κοινά σε σωματική και ψυχική νόσο με άλλα που συνδέονται μόνο με τις ψυχικές λειτουργίες (π.χ. αντικατάσταση της κόπωσης με την αναποφασιστικότητα). Τέλος η θεώρηση μέσω αποκλεισμού (exclusive) εξαιρεί όλα τα συμπτώματα που θα μπορούσαν να συνδέονται με τη νόσο, παρουσιάζοντας αυξημένη ειδικότητα αλλά μειωμένη ευαισθησία. Οι παραπάνω ερευνητές προτείνουν ότι όταν τα διαγνωστικά εργαλεία χρησιμοποιούνται για κλινικούς και όχι ερευνητικούς σκοπούς πρέπει να συνυπολογίζονται και τα σωματικά συμπτώματα έτσι ώστε να αυξάνεται η ευαισθησία έστω και εις βάρος της ειδικότητας της μεθόδου.

Η εκτίμηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με καρκίνο είτε στα πλαίσια διαταραχής προσαρμογής είτε σπανιότερα με τη μορφή της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, έχει μελετηθεί με τη βοήθεια διάφορων διαγνωστικών εργαλείων. Οι Chochinov και συν. (1997) συνέκριναν τη χρήση δομημένης συνέντευξης με διάφορα ψυχομετρικά εργαλεία για τη διάγνωση της κατάθλιψης σε καρκινοπαθείς. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η δομημένη συνέντευξη είναι πιο ακριβής μέθοδος, αλλά μειονεκτεί στο ότι είναι χρονοβόρα και αυξημένου κόστους, καθώς απαιτεί ιδιαίτερες δεξιότητες και εκπαίδευση από τον ερευνητή. Τα ψυχομετρικά εργαλεία μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην πρωταρχική αναγνώριση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε καρκινοπαθείς και στην επιλογή υποομάδας πληθυσμού για περαιτέρω ψυχιατρική διερεύνηση.

Η συχνότητα των διαταραχών του καταθλιπτικού φάσματος ποικίλλει από 1% έως 53% (DeFlorio και Massie, 1995). Το μεγάλο αυτό εύρος μπορεί σε σημαντικό βαθμό να αποδοθεί στην έλλειψη ενιαίας μεθοδολογίας και διαγνωστικής προσέγγισης. Σε μια μετά-ανάλυση 58 μελετών που διενεργήθηκαν από το 1980 έως το 1994, οι Spijker και συν. (1996) κατέληξαν ότι οι ασθενείς με καρκίνο είχαν ελαφρώς αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τους υγιείς, αλλά δεν διέφεραν στα επίπεδα άγχους και ψυχικής καταπόνησης. Επίσης παρατηρήθηκε ότι τα επίπεδα κατάθλιψης ήταν υψηλότερα σε μελέτες που διενεργήθηκαν πριν το 1988 καθώς και σε συγχρονικές μελέτες συγκριτικά με προοπτικές. Η διακύμανση αυτή οφείλεται σε μεθοδολογικούς λόγους όπως η χρήση διαφορετικών εργαλείων, η μελέτη ασθενών

σε διαφορετικά στάδια της νόσου, καθώς και σε παράγοντες που σχετίζονται με τη νόσο. Σύμφωνα με τον Bottomley (1998), 20% με 25% των πασχόντων από καρκίνο εκδηλώνουν κάποια διαταραχή του καταθλιπτικού φάσματος κατά την διάρκεια της νόσου τους.

Η εντόπιση του καρκίνου φαίνεται να σχετίζεται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Σε πολλές μελέτες έχει βρεθεί αυξημένη συχνότητα μείζονος κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο παγκρέατος και του φάρυγγα, συγκριτικά με ασθενείς με καρκίνο άλλων εντοπίσεων (Massie, 2004). Η συμπτωματολογία ειδικά για τον καρκίνο του παγκρέατος αποδίδεται σε διαταραχές ορμονών και νευροδιαβιβαστών στους ασθενείς αυτούς (Green και Austin, 1993).

Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να συνδέεται με τα συμπτώματα κατάθλιψης είναι η παρεχόμενη θεραπεία. Υψηλές ποσότητες χημειοθεραπευτικών παραγόντων όπως η λ-ασπαραγινάση, η αμφοτερικίνη -β, η βινπλαστίνη, η ιντερφερόνη επάγουν τέτοια συμπτώματα. Επίσης η θεραπεία με κορτικοστεροειδή μπορεί να προκαλέσει ψυχιατρικές διαταραχές με αυτοκτονικό ιδεασμό (Massie και Holland, 1990).

Τέλος οι Caramella και Poli (2001) βρήκαν ότι η κατάθλιψη ήταν αυξημένη μεταξύ των ασθενών με μεταστατική νόσο, χωρίς όμως να συνδέεται με το χρόνο διάγνωσης των δευτεροπαθών εντοπίσεων.

#### **4.1.1 Κατάθλιψη στον καρκίνο του μαστού**

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πλέον μελετημένος σε σχέση με τις ψυχολογικές του επιπτώσεις, αφενός γιατί αποτελεί την συχνότερη μορφή καρκίνου στις γυναίκες, αφετέρου γιατί συνεπάγεται την προσβολή ενός οργάνου συνυφασμένου με τη γυναικεία φύση. Η σημαντική πρόοδος τόσο στον τομέα της πρώιμης διάγνωσης, όσο και της θεραπείας στον τομέα αυτό, έχει οδηγήσει σε αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, αλλά και του διαστήματος ελεύθερου νόσου. Έτσι η πλειοψηφία των γυναικών που διαγιγνώσκονται αναμένεται να ζήσουν αρκετό διάστημα μετά τη διάγνωση. Ωστόσο, όπως αναφέρθηκε, οι θεραπείες για τον καρκίνο μπορεί να είναι ιδιαίτερα τοξικές και εξαντλητικές, απαιτώντας αποθέματα τόσο σωματικής όσο και ψυχικής δύναμης από τις πάσχουσες.

Επιπλέον η διαθεσιμότητα περισσότερων θεραπευτικών χειρουργικών επιλογών (τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή με ακτινοθεραπεία, η δυνατότητα

αποκατάστασης του μαστού μετά την μαστεκτομή) σε σχέση με το παρελθόν, επιτρέπει στη γυναίκα να συμμετάσχει πιο ενεργά στη λήψη αποφάσεων για την αντιμετώπιση της νόσου της.

Η συχνότητα της κατάθλιψης σε γυναίκες με καρκίνο μαστού όπως αποτυπώνεται στη βιβλιογραφία κυμαίνεται από 1,5% έως 46% (Massie 2004) ανάλογα με το στάδιο της νόσου, το είδος των θεραπειών που εφαρμόστηκαν, αλλά και τη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε. Οι Aapro και Cull (1999) υποστηρίζουν ότι κατά μέσο όρο το ένα τέταρτο των γυναικών με καρκίνο του μαστού θα εκδηλώσουν σε κάποια φάση της νόσου τους καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Κάποιοι ερευνητές έχουν μελετήσει την ψυχολογική επιβάρυνση ανάλογα με τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης που εφαρμόστηκε. Η μαστεκτομή αποτέλεσε για πολλές δεκαετίες τη μοναδική χειρουργική θεραπευτική παρέμβαση και ακόμα και σήμερα αποτελεί την προτεινόμενη θεραπεία για μεγάλο αριθμό γυναικών. Η απώλεια του μαστού και η μεταβολή της εικόνας εαυτού που συνεπάγεται έχουν μελετηθεί σε σχέση με τις ψυχολογικές αντιδράσεις και την προσαρμογή των πασχόντων. Στις περισσότερες ωστόσο μελέτες δεν βρέθηκαν ιδιαίτερες διαφορές στα ποσοστά κατάθλιψης ανάλογα με τον τύπο της επέμβασης. Οι Steinberg και συν. (1985) διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μερική μαστεκτομή είχαν καλύτερη εικόνα εαυτού, αλλά δεν διέφεραν στον τομέα της ψυχολογικής προσαρμογής από γυναίκες στις οποίες εφαρμόστηκε μαστεκτομή. Σχετικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, οι Fallowfield και συν. (1990) μελέτησαν ασθενείς σταδίων I και II στις οποίες εφαρμόστηκαν διαφορετικές χειρουργικές προσεγγίσεις. Το ποσοστό της κατάθλιψης μεταξύ των γυναικών που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή ανήλθε στο 21%, ενώ στην ογκεκτομή ήταν 19%. Παρουσιάζει ενδιαφέρον το γεγονός ότι οι γυναίκες στις οποίες δόθηκε η δυνατότητα να επιλέξουν τον τύπο της επέμβασης στην οποία θα υποβληθούν, παρουσίαζαν μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης. Έτσι 23% όσων επέλεξαν τη μαστεκτομή παρουσίασαν καταθλιπτική συμπτωματολογία, σε σύγκριση με το 38% εκείνων στις οποίες η μαστεκτομή ήταν η σύσταση του χειρουργού τους.

Η ύπαρξη προηγούμενου ψυχιατρικού ιστορικού φαίνεται να αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της ασθένειας. Σε μια συγχρονική μελέτη 303 ασθενών με καρκίνο μαστού αρχικού σταδίου, οι Kissane και συν.(1998) διαπίστωσαν αυξημένη συχνότητα κατάθλιψης μεταξύ των γυναικών με προηγούμενο ιστορικό.

Η λήψη ορμονικής θεραπείας έχει συσχετιστεί με ψυχολογικές επιπτώσεις. Οι Cathcart και συν. (1993) διαπίστωσαν ότι σε έναν πληθυσμό γυναικών με καρκίνο μαστού και αρνητικούς λεμφαδένες, το 15% όσων λάμβαναν ταμοξιφαίνη παρουσίασαν καταθλιπτικά συμπτώματα, σε σύγκριση με το 3% των γυναικών που δεν λάμβαναν. Κάποιες μάλιστα από τις γυναίκες διέκοψαν την ορμονική θεραπεία, λόγω των συμπτωμάτων αυτών.

Τέλος, οι μελέτες που προσπαθούν να συσχετίσουν την συχνότητα της κατάθλιψης με το στάδιο της νόσου, έχουν δώσει αντικρουόμενα αποτελέσματα. Οι Silberfarb και συν. (1980) σε μια πρώιμη μελέτη διαπίστωσαν 10% κατάθλιψη σε ασθενείς αρχικού σταδίου, 15% σε φάση υποτροπής και 4,5% σε προχωρημένο στάδιο της νόσου. Η φυσική ανικανότητα δεν φάνηκε να συνδέεται με την ψυχολογική επιβάρυνση. Σε μια πρόσφατη μελέτη, οι Kissane και συν. (2004) διαπίστωσαν ότι το 9,6% των ασθενών αρχικού σταδίου είχαν μείζονα κατάθλιψη συγκριτικά με το 6,5% των ασθενών τελικού σταδίου, ενώ ήπια καταθλιπτική συμπτωματολογία διαπιστώθηκε στο 27,1% και το 24,5% των δύο αυτών ομάδων ασθενών αντίστοιχα.

## 4.2 Αγχώδεις διαταραχές

Η εμφάνιση αγχώδων εκδηλώσεων στους ασθενείς με καρκίνο συνδέεται κυρίως με την ανακοίνωση της διάγνωσης, αλλά και με κρίσιμα ή μεταβατικά σημεία κατά την πορεία της νόσου. Τέτοια μπορεί να είναι μια υποτροπή της νόσου, η αναμονή της θεραπείας, είτε χειρουργικής, είτε συστηματικής, η ολοκλήρωση μιας μακροχρόνιας και επίπονης θεραπείας καθώς και η επιδείνωση της κλινικής κατάστασης κατά την μετάβαση στο τελικό στάδιο της νόσου (Noyes και συν. 1998). Ενώ στους περισσότερους ασθενείς η αντιμετώπιση αυτών των καταστάσεων προκαλεί ανησυχία η οποία αναμένεται ως φυσιολογική αντίδραση και βαθμιαία υποχωρεί, σε κάποιους άλλους η απειλή της νόσου και των διαδικασιών που συνδέονται με αυτή, πυροδοτούν έντονα αγχώδη συμπτώματα που επιμένουν και επηρεάζουν σοβαρά τη λειτουργικότητά τους. Ανάλογα με το βαθμό επίδρασης στη λειτουργικότητα του ατόμου, σταθμίζεται και η ανάγκη αντιμετώπισής τους. Συχνά το άγχος εξετάζεται είτε ως μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου (trait anxiety), είτε ως αποτέλεσμα της κατάστασης που βιώνει (state or situational anxiety). Το μόνιμο

άγχος συνδέεται με υπερβολική ανησυχία για ζητήματα της καθημερινότητας το οποίο ο ασθενής αδυνατεί να ελέγξει. Το άγχος που σχετίζεται με τις καταστάσεις που βιώνει ο καρκινοπαθής μπορεί να εμφανιστεί σε επιδείνωση της κλινικής εικόνας και της πρόγνωσης (Wasan και συν. 2005).

Η μελέτη των αγχωδών εκδηλώσεων σε ασθενείς με καρκίνο παρουσιάζει ανάλογες δυσκολίες με την προσέγγιση της κατάθλιψης με την οποία τις περισσότερες φορές συνυπάρχει. Συμπτώματα από το καρδιαγγειακό και το γαστρεντερικό σύστημα κυρίως, τα οποία σχετίζονται με τη νόσο ή αποτελούν παρενέργειες της θεραπείας, αλληλεπικαλύπτονται με τη σωματική έκφραση των διαταραχών άγχους. Προβλήματα όπως η αδυναμία συγκέντρωσης, η εύκολη κόπωση, η αϋπνία είναι δύσκολο να αποδοθούν αποκλειστικά στην ίδια τη νόσο ή την ψυχολογική καταπόνηση που συνυπάρχει, αφού τα συμπτώματα αυτά φαίνεται να προκύπτουν από τη δυναμική αλληλεπίδραση των δύο αυτών παραμέτρων.

Η εκτίμηση αυτών των διαταραχών έχει γίνει κυρίως με τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων και λιγότερο με δομημένες συνεντεύξεις. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την ετερογένεια του πληθυσμού που έχει μελετηθεί, αποτελούν σημαντικούς μεθοδολογικούς περιορισμούς.

Στη μελέτη του Derogatis και συν. (1983) 21% των ασθενών που μελετήθηκαν είχαν αγχώδη συμπτωματολογία, με συχνότερη τη διαταραχή προσαρμογής με μικτή συμπτωματολογία (13%), 6% διαταραχή προσαρμογής με αγχώδεις εκδηλώσεις και 2% αγχώδη διαταραχή. Ειδικά για τον καρκίνο του μαστού η συχνότητα των διαταραχών αυτών κυμαίνεται από 9% (Hopwood και συν. 1991) έως 39% (Fallowfield και συν. 1990) χωρίς να παρατηρούνται διαφοροποιήσεις συγκριτικά με ασθενείς που πάσχουν από νόσο διαφορετικής εντόπισης.

Ως προς τους αιτιολογικούς παράγοντες που συνδέονται με την εκδήλωση αγχώδους συμπτωματολογίας, μια υποκατηγορία ασθενών με προϋπάρχουσα αγχώδη διαταραχή του τύπου της φοβίας ή της διαταραχής πανικού είναι δυνατόν να βιώσουν επιδείνωση των συμπτωμάτων τους κατά την πορεία της νόσου (Massie και Holland, 1992).

Οι μελέτες που επικεντρώθηκαν στο στάδιο της νόσου και την πιθανή συσχέτισή του με τις αγχώδεις εκδηλώσεις έχουν δώσει αντικρουόμενα αποτελέσματα. Οι Noyes και συν. (1990) διαπίστωσαν ότι ο βαθμός της σωματικής καταπόνησης συνδέεται με αυτή την κατηγορία συμπτωμάτων.

Η εφαρμοζόμενη θεραπεία είτε χειρουργική, είτε συστηματική συνδέεται με την εκδήλωση αγχώδων διαταραχών. Οι Maraste και συν. (1992) διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή εκδήλωναν αγχώδη συμπτωματολογία σε υψηλότερο βαθμό (44%) από τις γυναίκες στις οποίες εφαρμόστηκε πιο συντηρητική επέμβαση (4%). Η αναμονή έναρξης της χημειοθεραπείας έχει συσχετιστεί με αγχώδη συμπτώματα, ιδιαίτερα σε γυναίκες που είχαν έντονες παρενέργειες σε προηγούμενες θεραπείες. Οι Jacobsen και συν. (1993) διαπίστωσαν ότι ασθενείς στις οποίες το άγχος ήταν μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους (trait anxiety) εμφάνιζαν συχνότερα αγχώδη συμπτώματα τόσο πριν από την πρώτη όσο και στις επόμενες χημειοθεραπείες. Οι εκδηλώσεις αυτές αποκτούσαν και τη σωματική τους έκφραση με τη μορφή της ναυτίας ως πρόδρομης αντίδρασης στη χημειοθεραπεία (anticipatory nausea) (Andrykowski, 1990).

Φαρμακευτικοί παράγοντες που συχνά λαμβάνουν οι καρκινοπαθείς, όπως τα κορτικοστεροειδή ή τα βρογχοδιασταλτικά, μπορεί να σχετίζονται με το άγχος, όπως και κάποια μεταβολικά αίτια όπως ο υποθυρεοειδισμός, ορμονοπαραγωγοί όγκοι, ή και όγκοι του εγκεφάλου. Κάποια νεοπλάσματα όπως του παγκρέατος και του πνεύμονα συνοδεύονται από παρανεοπλασματικά σύνδρομα, με ψυχιατρικές επιπλοκές μεταξύ των οποίων και το άγχος. Τέλος ο ανεπαρκής έλεγχος του πόνου έχει βρεθεί ότι συνδέεται με εμφάνιση αγχώδους συμπτωματολογίας. Το έντονο άγχος ενισχύει την αντίληψη του πόνου μέσω τόσο βιολογικών όσο και ψυχοκοινωνικών μηχανισμών. Η διέγερση του συμπαθητικού με αύξηση της νοραδρενεργικής δραστηριότητας, η αύξηση των έκτοπων νευρωνικών διεγέρσεων, καθώς και η απουσία δεξιοτήτων χειρισμού του πόνου οδηγούν σε επίταση των αγχώδων εκδηλώσεων (Wasan και συν. 2005).

## 5. Η μετατραυματική εξέλιξη

Ένας κυρίαρχος στρεσογόνος παράγοντας θα μπορούσε να θεωρηθεί γεγονός ζωής που επηρεάζει την εξέλιξη του ατόμου και συμβάλλει στη διατήρηση ή τη διαταραχή ισορροπιών. Όταν η ένταση του γεγονότος δεν επιτρέπει την αποτελεσματική επεξεργασία του από τον ψυχισμό, τότε αυτό ενδέχεται να προκαλέσει διαταραχές στην ψυχική οργάνωση λαμβάνοντας τραυματικό χαρακτήρα (Δαμίγος και Σιαφάκα 2006).

Η καρκινική εμπειρία απαρτίζεται από μια σειρά γεγονότων που έχουν ως αφετηρία τη διάγνωση και περιλαμβάνουν τη διαδικασία της θεραπείας, της ανάρρωσης και του συστηματικού επανελέγχου. Κατά τη διάρκειά της προκύπτουν σημαντικές διακυμάνσεις ως προς την απειλή που μπορεί να εκπροσωπεί για τον πάσχοντα. Ακόμα και μετά την επιτυχή ολοκλήρωση της θεραπείας το ενδεχόμενο της υποτροπής εξακολουθεί να τροφοδοτεί το αίσθημα της αβεβαιότητας. Επομένως μπορεί να θεωρηθεί ότι αποτελεί ένα τραυματικό βίωμα το οποίο ο ψυχισμός επιχειρεί να επεξεργαστεί.

Όπως αναφέρθηκε, η ψυχολογική καταπόνηση και οι δυσλειτουργίες που αποτελούν συνέπειες της νόσου έχουν μελετηθεί εκτενώς στον πληθυσμό των πασχόντων από καρκίνο. Όμως κάποιοι ασθενείς μέσω της τραυματικής εμπειρίας ενδέχεται να οδηγηθούν σε αναθεωρήσεις του τρόπου σκέψης τους, τις οποίες χαρακτηρίζουν ως θετικές αλλαγές (Manne και συν. 2004).

Ο Parkes (1971) χρησιμοποίησε τον όρο «ψυχοκοινωνική μετάβαση» (psychosocial transition) αναφερόμενος σε μείζονα γεγονότα ζωής που οδηγούν το άτομο σε επανακαθορισμό του τρόπου ζωής του και της οπτικής του στον κόσμο. Οι Tedeschi και Calhoun (1996) εισήγαγαν την έννοια της μετατραυματικής εξέλιξης προκειμένου να περιγράψουν τις θετικές αλλαγές που μπορεί να βιώσει το άτομο ως συνέπεια ενός τραυματικού γεγονότος. Προϋπόθεση για μια τέτοια μεταβολή είναι η έκθεση σε ένα ανεπιθύμητο και έντονο γεγονός, το οποίο δυνητικά μεταβάλλει τις αντιλήψεις του ατόμου για τη ζωή και ενδέχεται να οδηγήσει σε επαναπροσδιορισμό των στόχων και των προτεραιοτήτων του. Η εμπειρία μιας απειλητικής για τη ζωή ασθένειας όπως ο καρκίνος πληροί αυτή την προϋπόθεση. Η προσέγγιση αυτή βρίσκεται στο ίδιο πνεύμα με τη συστημική θεωρία, σύμφωνα με την οποία η αποτελεσματική επεξεργασία του βιώματος της ασθένειας μπορεί να οδηγήσει σε



αύξηση της πολυπλοκότητας του συστήματος του οργανισμού και διαμόρφωση μιας νέας κατάστασης ισορροπίας (μετατραυματική εξέλιξη).

Οι Tedeschi και Calhoun (1996) διακρίνουν τρεις ευρείες κατηγορίες που συνθέτουν τη μετατραυματική εξέλιξη:

- Αλλαγές στην αντίληψη του εαυτού
- Αλλαγές στις διαπροσωπικές σχέσεις
- Αλλαγές στη φιλοσοφία ζωής

Όσον αφορά στην πρώτη κατηγορία, υποστηρίζουν ότι κάποια άτομα, μετά την επεξεργασία ενός τραυματικού γεγονότος που βίωσαν, αναφέρουν ότι απέκτησαν περισσότερη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους. Στο επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων κάποιες φορές παρατηρήθηκε ενδυνάμωση των υπαρχόντων σχέσεων, κυρίως στο οικογενειακό πεδίο, ενώ αλλαγές στη φιλοσοφία ζωής αφορούν τροποποιήσεις είτε στις προτεραιότητές τους είτε στις θρησκευτικές και πνευματικές αντιλήψεις. Σε κάποιους οι θρησκευτικές πεποιθήσεις αποδυναμώθηκαν, ενώ σε μερικούς η θρησκευτική πίστη έγινε ισχυρότερη.

Η ανάγκη αξιόπιστης ποσοτικής εκτίμησης του βαθμού, κατά τον οποίο άτομα ύστερα από ένα τραυματικό γεγονός βιώνουν θετικές αλλαγές στη ζωή τους, οδήγησε τους παραπάνω ερευνητές στην ανάπτυξη ενός ερωτηματολογίου μετατραυματικής εξέλιξης. Το ερευνητικό εργαλείο περιλαμβάνει 21 ερωτήσεις που ταξινομούνται σε πέντε βασικές κατηγορίες: σχέση με τους άλλους, νέες δυνατότητες, προσωπική δύναμη, πνευματική αλλαγή και εκτίμηση της ζωής. Το εργαλείο δημιουργήθηκε για τη μέτρηση της εξέλιξης ύστερα από διάφορα τραυματικά γεγονότα, αλλά έχει χρησιμοποιηθεί από ερευνητές και σε πάσχοντες από καρκίνο.

Οι Cordova και συν (2001) μελετώντας την μετατραυματική εξέλιξη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού διαπίστωσαν ότι αυτή σχετίζεται με το βαθμό της απειλής που εκπροσωπούσε για αυτές η διάγνωση του καρκίνου, αλλά και ότι η απειλή μεγεθυνόταν όσο αυξανόταν το χρονικό διάστημα που μεσολαβούσε από τη διάγνωση. Οι διαπιστώσεις αυτές συμφωνούν με την υπόθεση των Tedeschi και Calhoun (1996), οι οποίοι υποστήριξαν ότι ένα τραυματικό γεγονός που θέτει σε αμφισβήτηση κατεστημένες απόψεις του ατόμου για τον εαυτό του και το μέλλον μπορεί, ύστερα από κατάλληλη επεξεργασία για επαρκές χρονικό διάστημα, να οδηγήσει σε μετατραυματική εξέλιξη. Ως προς τον χρόνο που μεσολάβησε από το τραυματικό γεγονός, οι παραπάνω ερευνητές υποστηρίζουν ότι το ζήτημα δεν αφορά

τόσο το χρονικό άνωσμα, όσο τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των πασχόντων, καθώς και τις συνθήκες που αντιμετώπισαν κατά την ανάρρωση, τα οποία συνολικά επηρεάζουν την αντίληψη των θετικών μεταβολών εξαιτίας της νόσου. Οι Manne και συν. (2004) σε μια προοπτική μελέτη γυναικών με καρκίνο μαστού για ενάμιση χρόνο μετά τη διάγνωση διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς βίωσαν σχετικά νωρίς θετικές αλλαγές στη ζωή τους, οι οποίες σταδιακά έγιναν εντονότερες, κυρίως στους τομείς της προσωπικής ισχύος, της συνειδητοποίησης νέων δυνατοτήτων, των διαπροσωπικών σχέσεων και της εκτίμησης της ζωής. Επίσης, οι γυναίκες σε νεαρή ηλικία παρουσίαζαν υψηλότερο βαθμό μετατραυματικής εξέλιξης. Η διαπίστωση αυτή επιβεβαιώθηκε και από τη μελέτη των Belizzi και Blank (2006) οι οποίοι υποστηρίζουν ότι πιθανόν ηλικιωμένες ασθενείς αντιμετωπίζουν επιπλέον παράλληλα προβλήματα και επομένως επηρεάζονται σε μικρότερο βαθμό από τη νόσο τους. Παράμετροι, όπως η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση και η σοβαρότητα της νόσου, διαπιστώθηκε ότι επηρεάζουν τομείς της μετατραυματικής εξέλιξης. Έγγαμες γυναίκες, οι οποίες διέθεταν χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, ανέφεραν θετικές αλλαγές στον τομέα των σχέσεων με τους άλλους, ενώ η βαρύτητα της νόσου διαπιστώθηκε ότι προκαλεί θετικές αλλαγές στον τομέα των διαθέσιμων καινούριων δυνατοτήτων αλλά όχι και στην εκτίμηση της αξίας της ζωής.

Το ενδεχόμενο της μετατραυματικής εξέλιξης έχει γίνει αντικείμενο διερεύνησης και σε σχέση με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ασθενούς, όπως η αισιοδοξία, η ελπίδα και η ευχερής έκφραση των συναισθημάτων. Η τελευταία παράμετρος συνδέεται άμεσα με την εμπειρία θετικών αλλαγών στο πεδίο των διαπροσωπικών σχέσεων, καθώς σχετίζεται με τη δημιουργία αισθήματος οικειότητας και την αναγνώριση της διάθεσης συμπαράστασης του συνομιλητή. Παράλληλα, οι πάσχοντες, καθώς περιγράφουν την εμπειρία τους και τα συναισθήματα που προκύπτουν από αυτή, έχουν τη δυνατότητα να διαμορφώσουν μια δομημένη αφήγηση της νέας πραγματικότητας που αντιμετωπίζουν, αποκτώντας ενδεχομένως μια νέα προοπτική. Στην ευχέρεια έκφρασης των συναισθημάτων αποδίδεται και το γεγονός ότι οι γυναίκες βιώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό θετικές αλλαγές ως απόρροια τραυματικών γεγονότων από ό,τι οι άντρες. Ως προς τις δεξιότητες αντιμετώπισης (coping) του γεγονότος της νόσου, τα αποτελέσματα δεν είναι σαφή, αν και ασθενείς με δεξιότητες θετικής αντιμετώπισης μέσω της επανεκτίμησης μιας στρεσογόνου κατάστασης (positive reappraisal coping) αναφέρουν υψηλότερο βαθμό μετατραυματικής εξέλιξης (Sears και συν. 2003).

Ασαφής παραμένει η σχέση της μετατραυματικής εξέλιξης με την ψυχολογική κατάσταση του πάσχοντος. Κάποιοι ερευνητές (Cordova και συν 2001) δεν συσχετίζουν το καταθλιπτικό συναίσθημα με την αντίληψη θετικών αλλαγών, ενώ οι Jaarsma και συν (2006) υποστηρίζουν ότι πρόκειται για δύο ανεξάρτητες καταστάσεις που μπορεί να συνυπάρχουν. Αντίθετα οι Ho και συν. (2004) διαπίστωσαν ότι η μετατραυματική εξέλιξη συσχετίζεται τόσο με τα αγχώδη, όσο και με τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Οι επιφυλάξεις που έχουν διατυπωθεί σχετικά με την εισαγωγή της έννοιας της μετατραυματικής εξέλιξης επικεντρώνονται στο γεγονός ότι αυτή ενδέχεται να μην περιγράφει μια θετική ψυχολογική έκβαση, αλλά να αποτελεί αντανάκλαση της κοινωνικής πίεσης που ασκείται στον ασθενή να αναγνωρίσει θετικές πλευρές στην εμπειρία της νόσου (Held 2002). Στο ίδιο μήκος κύματος, οι Shedler και συν. (1993) υποστηρίζουν ότι η διαδικασία αναγνώρισης οφέλους ως συνέπεια τραυματικών γεγονότων αποτελεί μια μορφή άμυνας η οποία καταπιέζει την έκφραση των αρνητικών συναισθημάτων. Η μετατραυματική εξέλιξη αποτελεί μια πιθανή εκδοχή για τους πάσχοντες από καρκίνο, η οποία συνδέεται άμεσα με την αναζήτηση νοήματος στην εμπειρία της ασθένειας, αλλά δεν αποτελεί και το μοναδικό λειτουργικό τρόπο προσαρμογής σε αυτή. Η παρότρυνση από τους επαγγελματίες υγείας προς τους ασθενείς να ανακαλύψουν οφέλη στις δύσκολες καταστάσεις που βιώνουν μπορεί να λάβει προσβλητικό χαρακτήρα και να προκαλέσει ιδέες αυτομομφής, αν δεν διέπεται από σεβασμό στην προσωπική ιστορία και τον ιδιαίτερο τρόπο επεξεργασίας του βιώματος της νόσου.

## 1.Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Γενικός σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της διασύνδεσης των σωματικών συμπτωμάτων —και κυρίως του πόνου σε γυναίκες με μεταστατικό καρκίνο του μαστού— με την ψυχολογική τους καταπόνηση και συγκεκριμένα με την παρουσία άγχους και κατάθλιψης, καθώς και η εκτίμηση του βαθμού της μετατραυματικής τους εξέλιξης.

Η επιλογή αυτής της ομάδας ασθενών έγινε λόγω του γεγονότος ότι το προχωρημένο στάδιο της νόσου έχει ως αποτέλεσμα αυξημένη συχνότητα σωματικών συμπτωμάτων που ενδέχεται να σχετίζονται με αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση των πασχόντων. Ο καρκίνος του μαστού είναι ίσως ο πιο εξαντλητικά μελετημένος σε σχέση με τις ψυχολογικές του προεκτάσεις, αφενός λόγω της μεγάλης συχνότητάς του, αφετέρου λόγω της προσβολής ενός οργάνου συνυφασμένου με τη γυναικεία σεξουαλικότητα και την αναπαραγωγή. Οι περισσότεροι ερευνητές έχουν επικεντρωθεί σε γυναίκες στα αρχικά στάδια της νόσου και στον τρόπο επεξεργασίας του βιώματος τόσο της διάγνωσης όσο και της θεραπευτικής διαδικασίας. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, πρόκειται για μια νόσο με μεγάλη ετερογένεια ως προς την πορεία, τις κλινικές εκδηλώσεις και την πρόγνωσή της, η οποία προσβάλλει γυναίκες διαφόρων ηλικιών. Οι γυναίκες με μεταστατική νόσο συνιστούν μια λιγότερο ανομοιογενή ομάδα πασχόντων σε σχέση με τα κλινικά τους χαρακτηριστικά και επιπλέον κατά κανόνα έχει παρέλθει αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα από τη διάγνωση της νόσου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη επαρκούς χρόνου επεξεργασίας του βιώματος της νόσου που μπορεί να οδηγήσει σε μετατραυματική εξέλιξη.

Οι ειδικοί στόχοι αυτής της μελέτης περιλαμβάνουν την αποτύπωση της συχνότητας διαταραχών άγχους και κατάθλιψης σε γυναίκες με μεταστατικό καρκίνο μαστού και την πιθανή συσχέτιση με δημογραφικούς παράγοντες όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, αλλά και με παράγοντες που σχετίζονται με τη νόσο όπως ο χρόνος από την έναρξη της νόσου, ο αριθμός των μεταστάσεων και οι ληφθείσες θεραπείες. Συγκεκριμένα εξετάστηκε η λήψη χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας.

Μελετήθηκε η συχνότητα σωματικών συμπτωμάτων καθώς και ο βαθμός παρέμβασής τους στη δραστηριότητα του ασθενούς, καθώς και η παρουσία πόνου.

Συγκεκριμένα μετρήθηκε τόσο η ένταση του πόνου, όσο και ο βαθμός επίδρασης σε καθημερινές ασχολίες, στη διάθεσή του και στις διαπροσωπικές σχέσεις, στα πλαίσια της προσέγγισής του ως μιας πολυδιάστατης εμπειρίας που επηρεάζει τη γενική λειτουργικότητα.

Τέλος μελετήθηκε ο βαθμός μετατραυματικής εξέλιξης των ασθενών αυτών και η σύνδεσή του τόσο με τους δημογραφικούς παράγοντες που αναφέρθηκαν όσο και με την παρουσία ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων.

Οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης συνοψίζονται ως εξής:

Όσον αφορά στα καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα η υπόθεσή μας ήταν ότι θα είναι αυξημένα σε ασθενείς με εντονότερα σωματικά συμπτώματα και ιδιαίτερα με πόνο ο οποίος δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς. Θεωρήσαμε ότι τα σωματικά συμπτώματα ιδιαίτερα όταν επιδεινώνουν τη γενική λειτουργικότητα, δημιουργούν την αίσθηση της επιδείνωσης της κλινικής κατάστασης και της μειωμένης δυνατότητας ελέγχου, οδηγώντας σε ψυχολογική καταπόνηση. Ιδιαίτερα στο θέμα του πόνου τα ευρήματα που υπάρχουν στη διεθνή βιβλιογραφία τον συνδέουν με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, αν και είναι δύσκολο να τεκμηριωθεί αιτιώδης σχέση. Το παραπάνω δεν αποτέλεσε επιδίωξη της δικής μας μελέτης λόγω του συγχρονικού σχεδιασμού της. Επίσης θεωρήσαμε ότι αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης θα παρουσιάζουν γυναίκες με περισσότερες δευτεροπαθείς εντοπίσεις, καθώς και οι άγαμες ή οι χήρες συγκριτικά με τις έγγαμες, πιθανολογώντας επαρκέστερο υποστηρικτικό δίκτυο σε γυναίκες που είχαν σύντροφο.

Ως προς το βαθμό μετατραυματικής εξέλιξης, εικάσαμε ότι θα είναι μεγαλύτερος σε ασθενείς νεαρής ηλικίας, οι οποίες θα είναι πιο πρόθυμες να επαναπροσδιορίσουν τις προτεραιότητές του από ότι πιο ηλικιωμένες. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση θεωρήσαμε ότι οι έγγαμες γυναίκες θα χαρακτηρίζονται από υψηλότερο βαθμό μετατραυματικής εξέλιξης, ενώ ως προς τα επίπεδα ψυχολογικής καταπόνησης και την παρουσία σωματικών συμπτωμάτων δεν προχωρήσαμε στη διατύπωση κάποιας ερευνητικής υπόθεσης, καθώς τα μέχρι τώρα αποτελέσματα όπως αποτυπώνονται στη βιβλιογραφία είναι αντικρουόμενα.

## 2. Υλικό και μέθοδος

### 2.1 Υλικό

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Παθολογικό-Ογκολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου «Ελενα Βενιζέλου», στη Μονάδα Ανακούφισης Πόνου και Παρηγορητικής αγωγής του Πανεπιστημίου Αθηνών και στο Εργαστήριο Ιατρικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων από τον Μάρτιο έως τον Σεπτέμβριο του 2006. Ορίστηκε το δείγμα της έρευνας να αποτελέσουν όλες οι ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο μαστού που προσήλθαν στο Εξωτερικό Ιατρείο του Ογκολογικού τμήματος του νοσοκομείου από τον Μάιο έως τον Ιούλιο του 2006 είτε για την υποβολή σε χημειοθεραπεία, είτε στα πλαίσια προγραμματισμένου επανελέγχου. Οι προϋποθέσεις για την συμμετοχή ήταν οι παρακάτω:

- Ηλικία μεγαλύτερη από τα 18 έτη.
- Επιβεβαιωμένη νόσηση από καρκίνο του μαστού με παθολογοανατομικά κριτήρια.
- Επιβεβαιωμένη ύπαρξη δευτεροπαθών εντοπίσεων της νόσου με βάση διαγνωστικές εξετάσεις.
- Απουσία άλλης κακοήθειας.
- Απουσία ψυχιατρικού ιστορικού και ιστορικού χρήσης ουσιών.
- Επαρκής γνώση της ελληνικής γλώσσας και ικανοποιητικό επίπεδο γνωστικών λειτουργιών έτσι ώστε να είναι αντιληπτές οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων.
- Την απόφαση για το αν πληρούνταν οι προϋποθέσεις συμμετοχής στην έρευνα θα τη λάμβαναν σε συνεργασία ο Διευθυντής του Ογκολογικού τμήματος και ο ερευνητής.

Οι ασθενείς που θα συμμετείχαν στη μελέτη πληροφορούνταν για το σκοπό της και έδιναν προφορική συγκατάθεση.

Οι γυναίκες με μεταστατική νόσο του μαστού που προσήλθαν στο Εξωτερικό Ιατρείο του Ογκολογικού τμήματος το παραπάνω διάστημα ήταν 111.

Από αυτές οι 2 βρίσκονταν σε βαριά κλινική κατάσταση η οποία δεν επέτρεπε τη συμμετοχή τους στη μελέτη. Ανεπαρκής γνώση της ελληνικής γλώσσας οδήγησε

στην εξαίρεση άλλων 2 γυναικών, ενώ 7 αρνήθηκαν να συμμετάσχουν. Τελικά συμμετείχαν στη μελέτη 100 γυναίκες με μεταστατικό καρκίνο του μαστού.

## **2.2 Διαδικασία**

Πριν τη συλλογή των δεδομένων, πραγματοποιούνταν μια ενημερωτική συνάντηση του ερευνητή με τον Διευθυντή της κλινικής που αφορούσε τους προγραμματισμένους επανέλεγχους και τις θεραπείες των ασθενών που πληρούσαν τις προϋποθέσεις συμμετοχής στην έρευνα. Στη συνέχεια ο Διευθυντής ή κάποιος από τους γιατρούς του τμήματος αναλάμβανε να ενημερώσει τους ασθενείς για την ερευνητική μελέτη και να φέρει σε επαφή τον ερευνητή μαζί τους.

Μετά από ενημέρωση των ασθενών για το σκοπό της μελέτης και αφού έδιναν τη συγκατάθεσή τους για τη συμμετοχή σε αυτή, καλούνταν να δώσουν κάποια κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία, καθώς και να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη. Σε περίπτωση δυσκολίας κατανόησης των ερωτήσεων γινόταν επεξήγηση κατά έναν, όσο ήταν δυνατό, αμερόληπτο τρόπο. Η διαδικασία πραγματοποιούνταν στο χώρο του γραφείου των γιατρών της κλινικής, προκειμένου να διασφαλιστεί η κατά το δυνατό απρόσκοπτη ολοκλήρωση της διαδικασίας. Η αναζήτηση των στοιχείων των σχετιζόμενων με τη νόσο του ασθενούς γινόταν από τον ερευνητή στον οποίο για τις ανάγκες της μελέτης είχε επιτραπεί από τον Διευθυντή του τμήματος η πρόσβαση στο ιστορικό των πασχόντων. Λαμβάνονταν όλα τα απαραίτητα μέτρα για τη διασφάλιση του εμπιστευτικού χαρακτήρα κάθε μορφής πληροφορίας.

Αναλυτικότερα για την πραγματοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά εργαλεία:

## **2.3 Ερευνητικά εργαλεία**

### **2.3.1 Ερωτηματολόγιο μέτρησης συμπτωμάτων του M. D. Anderson (M.D. Anderson Symptom Inventory) (Cleeland και συν. 2000)**

Το ερωτηματολόγιο μέτρησης συμπτωμάτων του M.D. Anderson είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που παρέχει μια σύντομη εκτίμηση της βαρύτητας και της επίδρασης συμπτωμάτων που συνδέονται με τον καρκίνο. Το

πρώτο μέρος περιλαμβάνει 15 συμπτώματα (πόνος, κόπωση, ναυτία, διαταραγμένος ύπνος, ανησυχία, δύσπνοια, προβλήματα μνήμης, ανορεξία, υπνηλία, ξηροστομία, θλίψη, εμετοί, μούδιασμα, διάρροια και δυσκοιλιότητα το τελευταίο 24ωρο), κάθε ένα από τα οποία βαθμολογείται σε μια εντεκάβαθμη κλίμακα σοβαρότητας τύπου Likert από το 0 έως το 10 (όπου 0 = το σύμπτωμα δεν παρουσιάστηκε και 10 = το σύμπτωμα ήταν το χειρότερο που μπορείτε να φανταστείτε). Το δεύτερο μέρος εκτιμά κατά πόσο τα συμπτώματα αυτά επηρέασαν πώς αισθανόταν και λειτούργησε ο ασθενής το τελευταίο 24ωρο. Περιλαμβάνει 6 θέματα (γενική δραστηριότητα, διάθεση, εργασία και ασχολίες του σπιτιού, σχέσεις με τους άλλους, περπάτημα, απόλαυση της ζωής). Η εκτίμησή τους γίνεται πάλι με εντεκάβαθμη κλίμακα τύπου Likert όπου το 0 αντιστοιχεί στο ότι το σύμπτωμα δεν παρενέβη και το 10 στο ότι το σύμπτωμα παρενέβη ολοκληρωτικά.

Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στην Ελληνική γλώσσα και έχει προσαρμοστεί από την Mystakidou και συν. (2004). Η προσαρμογή βασίστηκε σε δείγμα καρκινοπαθών προχωρημένου σταδίου που παρακολουθούνται σε μονάδα ανακουφιστικής φροντίδας. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες.

### **2.3.2 Νοσοκομειακή κλίμακα άγχους και κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Zigmond και Snaith, 1983)**

Η Νοσοκομειακή κλίμακα άγχους και κατάθλιψης αποτελεί ένα σύντομο και εύχρηστο μέσο εκτίμησης της διάθεσης των σωματικά πασχόντων, σχεδιασμένο ειδικά για χρήση σε νοσοκομειακό πλαίσιο. Περιορίζεται στην εκτίμηση των δύο συχνότερα εμφανιζόμενων εκδηλώσεων ψυχικής καταπόνησης των πασχόντων, του άγχους και της κατάθλιψης, κατά το διάστημα της εβδομάδας που προηγήθηκε από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Αποτελείται από 14 θέματα από τα οποία 7 εκτιμούν το άγχος και 7 την κατάθλιψη. Η μέτρηση γίνεται με τη βοήθεια μιας τετράβαθμης κλίμακας (0-3). Προκύπτουν δύο άθροισμα, ένα για την κατάθλιψη και ένα για τις αγχώδεις εκδηλώσεις. Οι Zigmond και Snaith (1983) στην αρχική μελέτη τους προτείνουν ως όρια για την εκτίμηση των διαταραχών αυτών άθροισμα <7 για την απουσία διαταραχής, το άθροισμα 8-10 για αμφίβολη διαταραχή και άθροισμα >11 για πιθανή



διάγνωση κατάθλιψης ή άγχους (το εύρος των αποτελεσμάτων κυμαίνεται μεταξύ 0 και 21 για κάθε παράμετρο). Επίσης πρότειναν ένα τρίτο οριακό σημείο, το άθροισμα 14-15 για σοβαρή διαταραχή.

Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως τόσο σε συγχρονικές όσο και σε διαχρονικές μελέτες. Χαρακτηρίζεται από ευαισθησία στην αναγνώριση της αλλαγής της ψυχολογικής κατάστασης των πασχόντων τόσο κατά τη διάρκεια της ασθένειας όσο και ως ανταπόκριση σε ιατρικές ή ψυχολογικές παρεμβάσεις. Η κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες πασχόντων από διάφορα σωματικά νοσήματα (Sensky και συν. 1988) (Underwood και συν. 1993) αλλά και σε πάσχοντες από καρκίνο (Razavi και Stiefel 1994). Οι Hopwood και συν. (1991β) σε μια μελέτη προσαρμογής του ερωτηματολογίου σε πάσχοντες από μεταστατικό καρκίνο του μαστού διαπίστωσαν ότι το όριο του 11 τόσο για την υποκλίμακα του άγχους, όσο και της κατάθλιψης παρουσίαζε την υψηλότερη ευαισθησία και ειδικότητα στη διάγνωση των διαταραχών αυτών. Το παραπάνω όριο χρησιμοποιήθηκε και στην παρούσα μελέτη.

Η Νοσοκομειακή κλίμακα άγχους και κατάθλιψης έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στην ελληνική γλώσσα από την Mystakidou και συν. (2004). Το δείγμα στο οποίο βασίστηκε η προσαρμογή περιλάμβανε 120 ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο διαφόρων εντοπίσεων οι οποίοι παρακολουθούνταν στη μονάδα ανακουφιστικής φροντίδας. Η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (Cronbach  $\alpha$ : 0,845 για την κλίμακα στο σύνολό της, 0,887 για την υποκλίμακα άγχους και 0,703 για την υποκλίμακα της κατάθλιψης) και αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων. Επίσης επιβεβαιώθηκε η αξιοπιστία της ως εργαλείου εκτίμησης δύο διακριτών εκφάνσεων της ανθρώπινης διάθεσης, του άγχους και της κατάθλιψης, τα οποία χαρακτηρίζονται από υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας.

### **2.3.3 Ερωτηματολόγιο μετατραυματικής εξέλιξης (Posttraumatic Growth Inventory) (Tedeschi και Calhoun 1996)**

Το Ερωτηματολόγιο Μετατραυματικής Εξέλιξης, είναι ένα εργαλείο το οποίο αναπτύχθηκε με στόχο την εκτίμηση των θετικών επιπτώσεων που αναφέρουν άτομα ως αποτέλεσμα τραυματικών βιωμάτων.

Αποτελείται από 21 θέματα- προτάσεις στις οποίες ο εξεταζόμενος καλείται να προσδιορίσει το βαθμό κατά τον οποίο βίωσε αυτή την αλλαγή ως αποτέλεσμα του τραυματικού γεγονότος (στην παρούσα μελέτη, ως τραυματικό γεγονός ορίζεται η ασθένεια) που του συνέβη. Χρησιμοποιείται μια εξάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-5) κυμαινόμενη από το «δεν βίωσα αυτή την αλλαγή ως αποτέλεσμα της ασθένειας» που αντιστοιχεί στο μηδέν, έως το «βίωσα αυτή την αλλαγή ως αποτέλεσμα της ασθένειας σε πολύ μεγάλο βαθμό» που αντιστοιχεί στο πέντε. Οι ενδιάμεσες τιμές αντιστοιχούν «σε πολύ μικρό βαθμό», «μικρό», «μέτριο» και «μεγάλο βαθμό». Τα 21 αυτά θέματα ταξινομούνται σε πέντε υποκατηγορίες που συνθέτουν τη μετατραυματική εξέλιξη του ατόμου: σχέση με τους άλλους, νέες δυνατότητες, προσωπική ισχύς, πνευματική αλλαγή και εκτίμηση της αξίας της ζωής.

Η ανάπτυξη του ερωτηματολογίου βασίστηκε σε πληθυσμό φοιτητών που κατά δήλωσή τους είχαν βιώσει ένα τραυματικό γεγονός την προηγούμενη πενταετία. Το εργαλείο παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (Cronbach  $\alpha=0.90$ ), αποδεκτή αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων και ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής.

Αν και η ανάπτυξη του βασίστηκε σε πληθυσμό υγιών με τραυματικά βιώματα που δεν σχετίζονταν απαραίτητα με την εμπειρία κάποιας νόσου, το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση της μετατραυματικής εξέλιξης πασχόντων από καρκίνο και συγκεκριμένα από καρκίνο του μαστού (Cordona και συν 2001). Για το λόγο αυτό το συμπεριλάβαμε στα ερευνητικά εργαλεία της παρούσας μελέτης.

## **2.4 Στατιστική επεξεργασία**

Κατά την στατιστική επεξεργασία εφαρμόστηκε μια ανάλυση σε δύο φάσεις. Στην πρώτη φάση (μονοπαραγοντική ανάλυση) για την περιγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων, των ψυχολογικών και των σωματικών συμπτωμάτων, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέση τιμή, διάμεσος, σταθερή απόκλιση, τυπικό σφάλμα μέσης τιμής). Για τη σύγκριση των κατηγορικών δεδομένων με τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης, καθώς και με την μετατραυματική εξέλιξη και τις υποκατηγορίες της χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test για ανεξάρτητα δείγματα και το μοντέλο της ανάλυσης διακύμανσης κατά ένα

παράγοντα (Για τις συγκρίσεις κατά ζεύγη που αφορούν στο επίπεδο εκπαίδευσης χρησιμοποιήθηκε το Bonferroni test). Η διερεύνηση των πιθανών συσχετίσεων μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών έγινε με το συντελεστή συσχέτισης του Pearson ( $r$ ). Συγκεκριμένα προσδιορίστηκε η συσχέτιση μεταξύ του βαθμού μετατραυματικής εξέλιξης και των ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων (πόνος, κόπωση και διαταραχές του ύπνου). Επίσης η συσχέτιση μεταξύ των διαταραχών άγχους και κατάθλιψης και των σωματικών συμπτωμάτων. Οι διαφορές για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ( $p < 0,05$ ).

Με τη μέθοδο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression) επιχειρείται η απόδοση της σχέσης μιας εξαρτημένης μεταβλητής (dependent variable) με ένα σύνολο ανεξάρτητων μεταβλητών (independent variables) (Δαφέρμος 2005). Στη δεύτερη φάση της ανάλυσης (πολυπαραγοντική) εφαρμόστηκε η λογιστική παλινδρομη ανάλυση (logistic regression analysis) με σκοπό τη διερεύνηση των παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάζουν τη μετατραυματική εξέλιξη και τις υποκατηγορίες της. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος enter.

Όλες οι αναλύσεις των δεδομένων έγιναν με το στατιστικό πακέτο SPSS (Statistical Package for Social Sciences) (Nie 1975).

### 3. Αποτελέσματα

#### 3.1 Κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ του δείγματος

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν  $58,2 \pm 11,9$ , με εύρος από 31 έως 81 έτη. Οι περισσότερες ασθενείς ήταν έγγαμες (74%), ενώ το 26% δεν είχε σύντροφο (διαζευγμένες, χήρες, άγαμες).

Όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο, οι περισσότερες ασθενείς ήταν απόφοιτοι βασικής εκπαίδευσης. (43%) Το δημογραφικό προφίλ του δείγματος των ασθενών παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 1.

**Πίνακας 1: Κοινωνικο- δημογραφικό προφίλ του δείγματος**

<b>Ηλικία (σε έτη)</b>	
Ελάχιστη-Μέγιστη	31- 81
Μέση τιμή ( $x \pm SD$ )	58,2 $\pm$ 11,9
Διάμεση	56
Ηλικία $\leq$ 60	60 (60%)
Ηλικία $>$ 60	40 (40%)
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	
Άγαμη	11 (11%)
Έγγαμη	74 (74%)
Διαζευγμένη	1 (1%)
Χήρα	14 (14%)
Με σύντροφο	74 (74%)
Χωρίς σύντροφο	26 (26%)
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	
Απόφοιτος Βασικής εκπαίδευσης	43 (43%)
Απόφοιτος Μέσης εκπαίδευσης	38 (38%)
Απόφοιτος Ανώτατης εκπαίδευσης	19 (19%)

### 3.2 Στοιχεία σχετιζόμενα με τη νόσο και τη θεραπεία

Ο χρόνος από τη διάγνωση της νόσου ήταν  $6,1 \pm 5,0$  με εύρος από 0 έως 28 έτη. Ο χρόνος που μεσολάβησε από τη διάγνωση των μεταστάσεων ήταν 2,53 έτη. Όσον αφορά στις δευτεροπαθείς εντοπίσεις συχνότερες ήταν οι οστικές μεταστάσεις (81) και ακολουθούσαν οι πνευμονικές (39) και οι ηπατικές (23). Οι μισές από τις ασθενείς είχαν μόνο μια μετάσταση ενώ οι υπόλοιπες είχαν δύο ή και περισσότερες εντοπίσεις. Όσον αφορά στις ληφθείσες θεραπείες, όλες οι γυναίκες υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία, ενώ οι περισσότερες και σε ακτινοθεραπεία (71%).

Τα παραπάνω στοιχεία παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 2.

**Πίνακας 2: Στοιχεία σχετιζόμενα με τη νόσο και τη θεραπεία**

<b>Χρόνος από τη διάγνωση (σε έτη)</b>			
Ελάχιστος-Μέγιστος	0-28		
Μέση τιμή (x±SD)	6,11± 5,00		
<b>Χρόνος μεταστάσεων (σε έτη)</b>			
Ελάχιστος-Μέγιστος	0-7,5		
Μέση τιμή (x±SD)	2,53±1,84		
<b>Αριθμός μεταστάσεων</b>			
1	50 (50%)		
2+	50 (50%)		
<b>Συχνότητα μεταστάσεων</b>			
οστικές	81	τοπική υποτροπή	11
πνευμονικές	39	λεμφαδενικές	1
ηπατικές	23	εγκεφαλικές	1
<b>Χημειοθεραπεία</b>			
NAI			100 (100%)
OXI			0 (0%)
<b>Ακτινοθεραπεία</b>			
NAI			71 (71%)
OXI			29 (29%)

### 3.3 Ερωτηματολόγιο μέτρησης συμπτωμάτων του M.D. Anderson

Στο δείγμα της μελέτης μας τα σωματικά συμπτώματα, τα οποία αναφέρθηκαν συχνότερα, ήταν η κόπωση (75%), οι διαταραχές του ύπνου (46%) και ο πόνος (35%). Εξετάστηκε η συσχέτιση των συμπτωμάτων αυτών με το άγχος, την κατάθλιψη και τη μετατραυματική εξέλιξη. Η συχνότητα των υπόλοιπων συμπτωμάτων που εκτιμήθηκαν ήταν χαμηλή και για το λόγο αυτό δεν διερευνήθηκαν πιθανές συσχετίσεις τους. Συγκεκριμένα ναυτία ανέφερε το 16% των ασθενών, ανορεξία το 24% και έμετο μόνο μία ασθενής.

### 3.4 Νοσοκομειακή κλίμακα άγχους και κατάθλιψης (HAD- scale)

Η μέση τιμή για τις αγχώδεις εκδηλώσεις ήταν  $7,36 \pm 3,51$  και για τα καταθλιπτικά συμπτώματα  $6,18 \pm 3,59$ . Για το σύνολο της κλίμακας η μέση τιμή ήταν  $13,54 \pm 6,32$ . 27 από τους ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια (άθροισμα >11) είτε για αγχώδη, είτε για καταθλιπτική, είτε για μικτή αγχώδη και καταθλιπτική διαταραχή. Συγκεκριμένα 5 ασθενείς είχαν καταθλιπτική διαταραχή, 17 αγχώδη, ενώ άλλοι 5 παρουσίαζαν αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία ταυτόχρονα. Τα παραπάνω στοιχεία παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 3.

**Πίνακας 3: Νοσοκομειακή κλίμακα άγχους- κατάθλιψης (HAD- scale)**

	HAD- άγχος	HAD- κατάθλιψη	HAD- σύνολο
Ελάχιστη-Μέγιστη	1-16	0-17	3-31
Μέση τιμή (x ± SD)	7,36 ± 3,51	6,18 ± 3,59	13,54 ± 6,32
Άθροισμα ≤7	57 (57%)	65 (65%)	
Άθροισμα 8-10	21 (21%)	25 (25%)	
Άθροισμα ≥11	22 (22%)	10 (10%)	
Σύνολο	100 (100%)	100 (100%)	

Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων με κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, με τη ληφθείσα θεραπεία και με τον αριθμό των δευτεροπαθών εντοπίσεων. (πίνακας 4)

**Πίνακας 4: Σύγκριση του άγχους και της κατάθλιψης σε σχέση με κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, αριθμό μεταστάσεων και υποβολή σε ακτινοθεραπεία**

	<b>HAD- άγχος</b>	<b>HAD- κατάθλιψη</b>
<b>Ηλικία≤60(N=60)</b>	7,90±3,66	5,98±3,58
<b>Ηλικία&gt;60(N=40)</b>	6,55±3,16	6,48±3,62
<b>P value</b>	0,060	0,504
<b>Παρουσία συντρόφου(N=74)</b>	7,54±3,38	6,16±3,39
<b>Απουσία συντρόφου(N=26)</b>	6,85±3,89	6,23±4,16
<b>P value</b>	0,389	0,934
<b>Αριθμός μεταστάσεων 1(N=50)</b>	7,18±3,69	5,78±3,76
<b>Αριθμός μεταστάσεων 2+(N=50)</b>	7,54±3,36	6,58±3,39
<b>P value</b>	0,611	0,267
<b>Υποβολή σε ακτινοθεραπεία(N=71)</b>	7,42±3,41	6,08±3,43
<b>Μη υποβολή σε ακτινοθεραπεία(N=29)</b>	7,21±3,81	6,41±4,00
<b>P value</b>	0,782	0,679
<b>Βασική εκπ.(N=43)</b>	7,47±3,18	6,81±3,70
<b>Μέση εκπ.(N=38)</b>	7,39±3,85	6,24±3,65
<b>Ανώτατη εκπ.(N=19)</b>	7,05±3,72	4,63±3,13
<b>P value</b>	0,912	0,146

### **3.5 Ερωτηματολόγιο μετατραυματικής εξέλιξης**

Η μέση τιμή της μετατραυματικής εξέλιξης ήταν 43,76. Έγινε έλεγχος για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνόλου και των υποκατηγοριών της μετατραυματικής εξέλιξης με τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία. Από τον έλεγχο προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ηλικία ( $p=0,001$ ) και με την οικογενειακή κατάσταση (ύπαρξη συντρόφου) με  $p=0,007$ . Δεν προέκυψαν συσχετίσεις με τον αριθμό των μεταστάσεων και την υποβολή σε ακτινοθεραπεία.

όσον αφορά τόσο στο σύνολο, όσο και στις επιμέρους υποομάδες της μετατραυματικής εξέλιξης. Το επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίστηκε μόνο με τη δεύτερη υποομάδα της μετατραυματικής εξέλιξης η οποία αναφέρεται στη διαθεσιμότητα νέων δυνατοτήτων. Τα παραπάνω στοιχεία παρουσιάζονται αναλυτικά στους πίνακες 5,6,7,8,9,10 και 11.

**Πίνακας 5: Μέσες τιμές της κλίμακας μετατραυματικής εξέλιξης**

	Πιθανά αθροίσματα	Ελάχιστη-μέγιστη	Μέση τιμή (x ± SD)
<b>Μετατραυματική εξέλιξη (Σύνολο)</b>	0-105	13-96	43,76 ± 16,21
<b>Σχέση με τους άλλους</b>	0-35	3-34	15,01 ± 6,89
<b>Νέες δυνατότητες</b>	0-25	0-21	4,77 ± 4,47
<b>Προσωπική δύναμη</b>	0-20	1-20	11,07 ± 4,40
<b>Πνευματική αλλαγή</b>	0-10	0-10	5,15 ± 3,34
<b>Εκτίμηση της ζωής</b>	0-15	0-15	7,65 ± 4,24

**Πίνακας 6: Σύγκριση της μετατραυματικής εξέλιξης σε σχέση με την ηλικία**

	<b>Ηλικία≤60</b> (N=60)	<b>Ηλικία&gt;60</b> (N=40)	<b>P value</b>
<b>Μετατραυματική εξέλιξη (Σύνολο)</b>	48,05±17,07	37,33±12,47	<b>0,001</b>
<b>Σχέση με τους άλλους</b>	15,47±7,59	14,43±5,73	0,462
<b>Νέες δυνατότητες</b>	6,20±4,99	2,83±2,64	<b>0,000</b>
<b>Προσωπική δύναμη</b>	11,82±4,49	9,93±4,11	<b>0,035</b>
<b>Πνευματική αλλαγή</b>	5,32±3,18	4,90±3,59	0,543
<b>Εκτίμηση της ζωής</b>	9,25±4,04	5,25±3,33	<b>0,000</b>



**Πίνακας 7: Σύγκριση της μετατραυματικής εξέλιξης σε σχέση με την παρουσία συντρόφου**

	<b>Παρουσία συντρόφου (N=74)</b>	<b>Απουσία συντρόφου (N=26)</b>	<b>P value</b>
<b>Μετατραυματική εξέλιξη (Σύνολο)</b>	46,32±15,92	36,46±15,02	<b>0,007</b>
<b>Σχέση με τους άλλους</b>	15,88±6,79	12,69±6,76	<b>0,042</b>
<b>Νέες δυνατότητες</b>	5,22±4,59	3,81±4,20	0,172
<b>Προσωπική δύναμη</b>	11,53±4,55	9,73±3,80	0,074
<b>Πνευματική αλλαγή</b>	5,54±3,22	4,04±3,48	<b>0,048</b>
<b>Εκτίμηση της ζωής</b>	8,16±3,84	6,19±5,02	<b>0,041</b>

**Πίνακας 8: Σύγκριση της μετατραυματικής εξέλιξης σε σχέση με τον αριθμό των μεταστάσεων**

	<b>Αριθμός μεταστάσεων 1 (N=50)</b>	<b>Αριθμός μεταστάσεων 2+(N=50)</b>	<b>P value</b>
<b>Μετατραυματική εξέλιξη (Σύνολο)</b>	43,82±15,63	43,70±16,93	0,971
<b>Σχέση με τους άλλους</b>	14,70±6,82	15,40±7,03	0,614
<b>Νέες δυνατότητες</b>	4,74±4,23	4,96±4,82	0,809
<b>Προσωπική δύναμη</b>	10,92±4,50	11,20±4,37	0,753
<b>Πνευματική αλλαγή</b>	5,34±3,01	4,96±3,65	0,572
<b>Εκτίμηση της ζωής</b>	8,12±4,10	7,18±4,37	0,270

**Πίνακας 9: Σύγκριση της μετατραυματικής εξέλιξης σε σχέση με την υποβολή σε ακτινοθεραπεία**

	<b>Υποβολή σε ακτινοθεραπεία (N=71)</b>	<b>Μη υποβολή σε ακτινοθεραπεία (N=29)</b>	<b>P value</b>
<b>Μετατραυματική εξέλιξη (Σύνολο)</b>	44,63±17,08	41,62±13,88	0,402
<b>Σχέση με τους άλλους</b>	15,31±7,24	14,41±6,03	0,558
<b>Νέες δυνατότητες</b>	5,32±4,65	3,69±3,99	0,100
<b>Προσωπική δύναμη</b>	11,17±4,36	10,79±4,63	0,701
<b>Πνευματική αλλαγή</b>	4,79±3,30	6,03±3,31	0,090
<b>Εκτίμηση της ζωής</b>	8,04±4,18	6,69±4,32	0,149

**Πίνακας 10: Σύγκριση της μετατραυματικής εξέλιξης σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης**

	<b>Βασική</b> (N=43)	<b>Μέση</b> (N=38)	<b>Ανώτατη</b> (N=19)	<b>P value</b>
<b>Μετατραυματική εξέλιξη (Σύνολο)</b>	41,09±11,38	44,97±19,43	47,37±18,25	0,317
<b>Σχέση με τους άλλους</b>				
<b>Νέες δυνατότητες</b>	14,93±5,85	16,18±7,38	15,32±7,99	0,338
<b>Προσωπική δύναμη</b>	3,84±3,09	4,95±4,96	6,95±5,64	<b>0,041</b>
<b>Πνευματική αλλαγή</b>	10,63±4,28	11,61±4,85	10,95±3,88	0,610
<b>Πνευματική αλλαγή</b>	5,58±3,40	4,45±3,28	5,58±3,25	0,259
<b>Εκτίμηση της ζωής</b>	7,12±3,46	7,79±4,67	8,58±4,97	0,447

**Πίνακας 11: Σύγκριση της δεύτερης υποκατηγορίας της μετατραυματικής εξέλιξης με το επίπεδο εκπαίδευσης κατά ζεύγη**

<b>Νέες δυνατότητες</b>	<b>Εκπαίδευση</b>	<b>P value</b>	
	βασική	μέση	0,783
		ανώτατη	<b>0,036</b>
μέση	Βασική	ανώτατη	0,783
		βασική	0,329
ανώτατη	βασική	μέση	<b>0,036</b>
		μέση	0,329

### 3.5 Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών

Έγινε έλεγχος για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της μετατραυματικής εξέλιξης και των ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων. Διαπιστώθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της δεύτερης υποκατηγορίας της μετατραυματικής εξέλιξης (νέες δυνατότητες) και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. ( $r=-0,314$  και  $p<0,05$ ) Αντίθετα κατά τον στατιστικό έλεγχο δεν διαπιστώθηκε καμιά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των σωματικών συμπτωμάτων και της μετατραυματικής εξέλιξης. (πίνακας 12)

**Πίνακας 12: Συσχέτιση με το δείκτη του Pearson (r) μεταξύ της μετατραυματικής εξέλιξης και των ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων**

	HAD άγχος	HAD κατάθλιψη	HAD Σύνολο	πόνος	κόπωση	Διαταραχές ύπνου
Μετατραυματική εξέλιξη (Σύνολο)	0,054	-0,110	-0,032	-0,092	-0,023	0,116
Σχέση με τους άλλους						
Νέες δυνατότητες	-0,036	0,009	-0,015	-0,058	0,010	0,024
Προσωπική δύναμη	-0,095	<b>-0,314*</b>	-0,231	-0,168	-0,167	0,124
Πνευματική αλλαγή	0,080	-0,109	-0,015	-0,141	0,042	0,091
Εκτίμηση της ζωής	0,115	-0,105	0,067	-0,006	-0,011	0,034
	0,193	0,006	0,111	0,072	0,038	0,152

\*  $p<0,05$

\*\* $p<0,01$

\*\*\* $p<0,001$

Επίσης προέκυψαν συσχετίσεις με υψηλή στατιστική σημαντικότητα μεταξύ της ψυχολογικής επιβάρυνσης (άγχος και κατάθλιψη) και των σωματικών συμπτωμάτων που εξετάστηκαν (πόνος, κόπωση, διαταραχές του ύπνου). Οι υψηλότερες συσχετίσεις προέκυψαν μεταξύ της κατάθλιψης και τόσο του πόνου, όσο και της κόπωσης ( $p<0,001$ ). Τα παραπάνω στοιχεία παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 13.

**Πίνακας 13: Συσχέτιση με το δείκτη του Pearson (r) μεταξύ των ψυχολογικών και των σωματικών συμπτωμάτων**

	πόνος	κόπωση	διαταραχές ύπνου
<b>HAD-άγχος</b>	<b>0,218*</b>	<b>0,197*</b>	<b>0,271**</b>
<b>HAD-κατάθλιψη</b>	<b>0,386***</b>	<b>0,409***</b>	<b>0,269**</b>
<b>HAD-σύνολο</b>	<b>0,340**</b>	<b>0,341**</b>	<b>0,303**</b>

\* p<0,05

\*\*p<0,01

\*\*\*p<0,001

### 3.6 Πολυπαραγοντική ανάλυση

Η λογιστική παλίνδρομη ανάλυση (logistic regression analysis) εφαρμόστηκε για τον έλεγχο των παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάζουν την μετατραυματική εξέλιξη και τις υποκατηγορίες της. Ανεξάρτητες μεταβλητές θεωρήθηκαν η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, ο αριθμός των μεταστάσεων, η ακτινοθεραπεία, ο πόνος, η κόπωση, οι διαταραχές του ύπνου, η κατάθλιψη και το άγχος. Εξαρτημένες μεταβλητές θεωρήθηκαν η μετατραυματική εξέλιξη και οι υποκατηγορίες της.

Υπολογίστηκε ότι το συγκεκριμένο παλινδρομικό μοντέλο με την εισαγωγή των μεταβλητών που αναφέρθηκαν και τη χρήση της μεθόδου enter μπορεί να εξηγήσει το 31,4% της διασποράς στη δεύτερη υποκατηγορία της μετατραυματικής εξέλιξης (νέες δυνατότητες), το 28,4% της διασποράς στην πέμπτη υποκατηγορία (εκτίμηση της ζωής) και το 20,7% της διασποράς στο συνολικό άθροισμα. Δεν διαπιστώθηκε επίδραση των υπό μελέτη μεταβλητών στις άλλες υποκατηγορίες της μετατραυματικής εξέλιξης. Συγκεκριμένα ο συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (R square) ήταν 9,7% για την υποκατηγορία των σχέσεων με τους άλλους, 14,7% για την προσωπική δύναμη και 9,7% για την πνευματική αλλαγή. Όσον αφορά στους επιμέρους παράγοντες οι διαταραχές του ύπνου διαπιστώθηκε ότι επηρεάζουν τον τομέα των νέων δυνατοτήτων ( $\beta=0,290$ ,  $t=2,679$   $p=0,009$ ) και η παρουσία συντρόφου το συνολικό άθροισμα της μετατραυματικής εξέλιξης ( $\beta=0,274$ ,  $t=2,671$ ,  $p=0,009$ ). Τέλος, η νεαρή ηλικία επηρεάζει τη δεύτερη ( $\beta=-0,304$ ,  $t=-2,852$ ,  $p=0,005$ ), την πέμπτη υποκατηγορία ( $\beta=-0,417$ ,  $t=-3,828$ ,  $p<0,001$ ) και το συνολικό άθροισμα της

μετατραυματικής εξέλιξης ( $\beta=-0,243$ ,  $t=-2,123$ ,  $p=0,037$ ). Τα αποτελέσματα της λογαριθμικής παλίνδρομης ανάλυσης για τις τρεις κατηγορίες όπου προέκυψε στατιστικά σημαντικό εύρημα παρουσιάζονται στον πίνακα 14.

**Πίνακας 14: Αποτελέσματα λογαριθμικής παλίνδρομης ανάλυσης**

<b>Εξαρτημένη μεταβλητή νέες δυνατότητες</b>				
	<b>B</b>	<b>Std. Error</b>	<b>t</b>	<b>P value</b>
Ηλικία	-2,784	0,976	-2,852	<b>0,005</b>
Παρουσία συντρόφου	1,617	0,975	1,658	0,101
Εκπαίδευση	-0,092	0,652	-0,142	0,888
Αριθμός μεταστάσεων	0,866	0,871	0,994	0,323
ακτινοθεραπεία	1,039	0,928	1,119	0,266
Πόνος	-0,197	0,145	-1,357	0,178
Κόπωση	-0,176	0,150	-1,168	0,246
Διαταραχές ύπνου	0,384	0,143	2,679	<b>0,009</b>
HAD άγχος	-0,067	0,149	-0,452	0,653
HAD κατάθλιψη	-0,315	0,159	-1,982	0,051
<b>R square: 31,4%</b>		<b>F=3,668</b>		<b>P&lt;0,001</b>
<b>Εξαρτημένη μεταβλητή: εκτίμηση της ζωής</b>				
	<b>B</b>	<b>Std. Error</b>	<b>t</b>	<b>P value</b>
Ηλικία	-3,592	0,938	-3,828	<b>0,000</b>
Παρουσία συντρόφου	1,368	0,937	1,459	0,148
Εκπαίδευση	-0,448	0,627	-0,714	0,477
Αριθμός μεταστάσεων	-1,123	0,838	-1,340	0,184
Ακτινοθεραπεία	0,799	0,892	0,896	0,373
Πόνος	0,068	0,140	0,487	0,628
Κόπωση	-0,046	0,144	-0,317	0,752
Διαταραχές ύπνου	0,161	0,138	1,166	0,247
HAD άγχος	0,133	0,143	0,927	0,356
HAD κατάθλιψη	-0,094	0,153	-0,612	0,542
<b>R square: 28,4%</b>		<b>F=3,176</b>		<b>P=0,001</b>
<b>Εξαρτημένη μεταβλητή: μετατραυματική εξέλιξη (σύνολο)</b>				
	<b>B</b>	<b>Std. Error</b>	<b>t</b>	<b>P value</b>
Ηλικία	-8,010	3,773	-2,123	<b>0,037</b>
Παρουσία συντρόφου	10,069	3,769	2,671	<b>0,009</b>
Εκπαίδευση	-0,200	2,520	-0,079	0,937
Αριθμός μεταστάσεων	1,962	3,369	0,583	0,562
Ακτινοθεραπεία	2,567	3,588	0,716	0,476
Πόνος	-0,717	0,562	-1,277	0,205
Κόπωση	-0,130	0,581	-0,223	0,824
Διαταραχές ύπνου	1,002	0,554	1,809	0,074
HAD άγχος	0,061	0,576	0,106	0,916
HAD κατάθλιψη	-0,429	0,615	-0,698	0,487
<b>R square: 20,7%</b>		<b>F=2,082</b>		<b>P=0,030</b>

## 4. Συζήτηση

Προτού σχολιάσουμε αναλυτικά τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οφείλουμε να επισημάνουμε τους περιορισμούς που τη διέπουν. Όλα τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν βασίζονται στην αυτοαναφορά και επομένως υπόκεινται στα σφάλματα αυτού του τύπου εκτίμησης. Αποτυπώνεται η συχνότητα των υπό μελέτη παραμέτρων (άγχος, κατάθλιψη, κόπωση, πόνος, διαταραχές ύπνου, μετατραυματική εξέλιξη) στο συγκεκριμένο χωροχρόνο χωρίς να επιτρέπεται η διερεύνηση πιθανής χρονικής ή αιτιώδους σχέσης μεταξύ τους. Κάτι τέτοιο θα είχε ως προϋπόθεση τον διαφορετικό σχεδιασμό της μελέτης και θα περιελάμβανε την παρακολούθηση σημαντικού αριθμού πασχόντων για μεγάλο χρονικό διάστημα. Επίσης το δείγμα, στο οποίο βασίστηκε η εργασία, αποτελείται από γυναίκες με μεταστατικό καρκίνο του μαστού, οι οποίες στην πλειονότητά τους υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο λόγω υποτροπής της νόσου τους με συνέπεια τα αποτελέσματά μας να μην αποκτούν γενική ισχύ για άλλες ομάδες πληθυσμού. Ως προς την εκτίμηση της μετατραυματικής εξέλιξης, υπήρχε σημαντική διακύμανση του χρόνου που μεσολάβησε από τη διάγνωση τόσο της νόσου, όσο και των μεταστάσεων, οπότε δεν ήταν εφικτή η εκτίμηση της πιθανής επίδρασης του χρόνου στην αναγνώριση θετικών μεταβολών εξαιτίας της νόσου.

Όσον αφορά στα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, η μέση ηλικία των πασχόντων ήταν 58,2 έτη. Ανάλογη ήταν και η μέση ηλικία του δείγματος στη μελέτη των Pinder και συν. (1993) (60,5 έτη) αλλά και της Πατηράκη (1995), η οποία μελέτησε 100 ελληνίδες με μεταστατικό καρκίνο του μαστού (μέση ηλικία=55,7 έτη).

Ως προς τα στοιχεία που σχετίζονται με τη νόσο, ο μέσος χρόνος από τη διάγνωση ήταν τα 6,11 χρόνια, ενώ ο μέσος χρόνος από τη διάγνωση των μεταστάσεων ήταν περίπου δύομισι χρόνια. Το αποτέλεσμα συμφωνεί με την αντίληψη ότι ο μέσος χρόνος επιβίωσης των γυναικών με μεταστατικό καρκίνο του μαστού κυμαίνεται από δύο έως τέσσερα χρόνια. Παρουσιάζει ενδιαφέρον το εύρημα ότι στο 37% των ασθενών, ο χρόνος επιβίωσης μετά τη διάγνωση των μεταστάσεων ήταν μεγαλύτερος από τρία χρόνια, το οποίο υποδηλώνει πιθανόν την τάση επιμήκυνσης του μεταστατικού σταδίου της νόσου (Chung και Carlson, 2003).

Οι μεταστατικές εστίες εντοπίζονταν κυρίως στα οστά, το ήπαρ και τους πνεύμονες που αποτελούν και τις συχνότερες περιοχές όπου μεθίσταται ο καρκίνος

του μαστού. Η πλειονότητα των ασθενών είχε οστικές μεταστάσεις (81%), εύρημα το οποίο συμφωνεί με τις παρατηρήσεις άλλων μελετητών που υποστηρίζουν ότι πρόκειται για τις συχνότερες δευτεροπαθείς εντοπίσεις της νόσου, οι οποίες εμφανίζονται σε ποσοστό έως και 85% των ασθενών (Coleman και Rubens 1987).

Όσον αφορά στα σωματικά συμπτώματα, το συχνότερο ήταν η κόπωση που εμφανίστηκε στο 75% των ασθενών. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τις παρατηρήσεις των Stone και συν. (1999), οι οποίοι κατέληξαν στο ίδιο ποσοστό για ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο. Οι Bender και συν. (2005) μελετώντας ασθενείς με καρκίνο του μαστού σε διαφορετικά στάδια της νόσου διαπίστωσαν ότι το 92% των ασθενών με μεταστάσεις παρουσίαζαν κόπωση. Η κόπωση συσχετίστηκε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό τόσο με την καταθλιπτική ( $p < 0,001$ ), όσο και με την αγχώδη συμπτωματολογία ( $p < 0,05$ ). Ανάλογα είναι και τα ευρήματα τόσο των Stone και συν. (2000), όσο και των Bennett και συν. (2004). Οι παραπάνω ερευνητές διαπίστωσαν ότι η κόπωση συνδέεται με την ψυχολογική επιβάρυνση των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του μαστού και κυρίως με τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Ωστόσο, η διασύνδεση της κόπωσης με την ψυχολογική καταπόνηση είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη, καθώς φαίνεται να προκύπτει ως απόρροια της αλληλεπίδρασης σωματικών και ψυχολογικών παραμέτρων.

Από τα υπόλοιπα σωματικά συμπτώματα που μελετήθηκαν, οι διαταραχές του ύπνου παρουσιάστηκαν στο 46% των ασθενών. Οι διαταραχές αυτές συσχετίστηκαν με τα αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα ( $p < 0,01$ ). Σε υψηλότερο ποσοστό κατέληξαν οι Koorman και συν. (2002) οι οποίοι μελέτησαν γυναίκες με μεταστατικό καρκίνο του μαστού και διαπίστωσαν διαταραχές του ύπνου στο 63% των ασθενών. Το 44% είχαν προβλήματα με τον ύπνο κατά τη διάρκεια της νύχτας, ενώ το 22% ανέφερε υπνηλία κατά τη διάρκεια της μέρας.

Όσον αφορά στη συχνότητα του πόνου, 35% των ασθενών παρουσίασαν πόνο, ποσοστό το οποίο είναι χαμηλότερο από αυτά που συνήθως αναφέρονται στη βιβλιογραφία για πάσχοντες από μεταστατικό καρκίνο (Bruega και συν. 2003). Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στο γεγονός ότι το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν εξωτερικοί ασθενείς, οι οποίες στην πλειονότητά τους υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία λόγω δευτεροπαθών εντοπίσεων που είχαν πρόσφατα διαγνωστεί. Επομένως, μπορεί να υποτεθεί ότι η εξέλιξη των μεταστάσεων ήταν σε αρχικό στάδιο και δεν είχαν προκαλέσει ακόμα επώδυνα συμπτώματα. Ως προς τη διασύνδεση με τα ψυχολογικά συμπτώματα, ο πόνος συσχετίστηκε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό

τόσο με τα καταθλιπτικά, όσο και με τα αγχώδη συμπτώματα ( $p < 0,001$ ). Το εύρημα συμφωνεί με τα αποτελέσματα παρόμοιων ερευνών τόσο σε πάσχοντες από διάφορες μορφές καρκίνου (Ciaramella και Poli 2001), όσο και σε πάσχοντες από μεταστατικό καρκίνο του μαστού (Horwood και συν. 1991α). Αν και ο συγχρονικός χαρακτήρας της μελέτης δεν επιτρέπει την τεκμηρίωση αιτιώδους σχέσης, ο πόνος φαίνεται να συνδέεται με την ψυχολογική επιβάρυνση σε σημαντικό βαθμό καθώς οι πάσχοντες ενδεχομένως τον ταυτίζουν με την εξέλιξη της νόσου.

Άλλα συμπτώματα που παρουσιάζονται συνήθως σε πάσχοντες από καρκίνο όπως η ναυτία, ο έμετος και η ανορεξία διαπιστώθηκαν σε πολύ μικρά ποσοστά. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι τα συμπτώματα αυτά συνήθως συνδέονται με τη χημειοθεραπεία και η εκτίμησή τους στην παρούσα μελέτη έγινε πριν τη χορήγηση της θεραπείας.

Τα τρία συμπτώματα που μελετήθηκαν συσχετίστηκαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με την παρουσία άγχους και κατάθλιψης. Αξίζει να σημειωθεί ότι και τα τρία, αλλά ιδιαίτερα η κόπωση και οι διαταραχές του ύπνου, αποτελούν δυνητικές εκδηλώσεις της κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό. Παράλληλα, η έκπτωση της λειτουργικότητας που προκαλούν στους πάσχοντες από καρκίνο ενδέχεται να ευθύνεται για εκδήλωση διαταραχών της διάθεσης. Το εξαιρετικά σύνθετο πλαίσιο της καρκινικής διεργασίας επιτείνει την πολυπλοκότητα της μεταξύ τους αλληλεπίδρασης.

Ως προς την ψυχολογική επιβάρυνση διαπιστώθηκε ότι συνολικά 27% των ασθενών παρουσίαζαν είτε αγχώδη, είτε καταθλιπτική, είτε μικτή συμπτωματολογία. Το αποτέλεσμα είναι σε συμφωνία τόσο με αυτό των Pinder και συν. (1993), οι οποίοι διαπίστωσαν αντίστοιχη επιβάρυνση στο 25% του δείγματός τους, όσο και των Horwood και συν. (1991α), στους οποίους αγχώδη ή και καταθλιπτικά συμπτώματα παρουσίασε το 27% των ασθενών. Οι παραπάνω ερευνητές χρησιμοποίησαν την κλίμακα HAD για την εκτίμηση των αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων με διαγνωστικό όριο το άθροισμα  $>11$ , κάτι το οποίο εφαρμόσαμε και στην παρούσα μελέτη. Συγκεκριμένα 22% των ασθενών είχαν αγχώδη και 10% καταθλιπτική συμπτωματολογία. Τα αποτελέσματα συμφωνούν και με τις περισσότερες έρευνες σε ασθενείς με καρκίνο, οι οποίες υποστηρίζουν ότι η ψυχολογική επιβάρυνση χαρακτηρίζει περίπου το ένα τέταρτο αυτών (Aapro και Cull 1999). Ως προς τις κοινωνικο-δημογραφικές παραμέτρους δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση, αποτέλεσμα που έρχεται σε αντίθεση με τη μελέτη των Kissane και συν.



(2004), οι οποίοι διαπίστωσαν συσχέτιση της κατάθλιψης με τη νεαρή ηλικία σε γυναίκες που πάσχουν από μεταστατικό καρκίνο του μαστού. Ο αριθμός των μεταστάσεων δεν συσχετίστηκε με τα ψυχολογικά συμπτώματα, εύρημα το οποίο συμφωνεί με τη μελέτη των Pinder και συν. (1993). Φαίνεται ότι η παρουσία μεταστατικής νόσου καθαυτή δεν προκαλεί σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση, εκτός αν συνοδεύεται και από σωματικά συμπτώματα. Τέλος, η ερευνητική μας υπόθεση ότι η παρουσία συντρόφου θα συνδεόταν με μικρότερη ψυχολογική επιβάρυνση δεν επιβεβαιώθηκε. Το αποτέλεσμα συμφωνεί με αυτά των Pinder και συν. (1993), και των Kissane και συν. (2004) οι οποίοι δεν διαπίστωσαν συσχέτιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την οικογενειακή κατάσταση. Είναι πιθανό η παρουσία συντρόφου να μην ταυτίζεται με την παροχή επαρκούς υποστήριξης, η οποία θα επιδρούσε στις διαταραχές του συναισθήματος κατά την πορεία της νόσου.

Ως προς το βαθμό της μετατραυματικής εξέλιξης, η μέση τιμή που διαπιστώθηκε ήταν 43,76 με σταθερά απόκλισης 16,21. Το αποτέλεσμα αυτό είναι χαμηλότερο από αυτά αντίστοιχων μελετών ασθενών με καρκίνο του μαστού, όπως αυτή των Cordona και συν. (2001) όπου η μέση τιμή ήταν 64,1. Στη μελέτη των Manne και συν. (2004) εκτιμήθηκε η μετατραυματική εξέλιξη σε τρεις φάσεις με μεσοδιαστήματα 9 μηνών, και οι τιμές που προέκυψαν κυμαίνονται από 49,0 έως 55,7 ανάλογα με τη χρονική απόσταση από τη διάγνωση. Οι Jaarsma και συν. (2006) μελετώντας πληθυσμό με διαφορετικούς τύπους καρκίνου διαπίστωσαν ότι η τιμή της μετατραυματικής εξέλιξης ήταν 47,9. Η μικρότερη τιμή της μετατραυματικής εξέλιξης στο δείγμα μας ενδεχομένως σχετίζεται με το γεγονός ότι ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν υψηλότερος από αυτόν των μελετών που αναφέρθηκαν.

Ο βαθμός της μετατραυματικής εξέλιξης συσχετίστηκε με τη νεαρή ηλικία ( $p=0,001$ ) αποτέλεσμα το οποίο συμφωνεί με τις μελέτες τόσο των Manne και συν. (2004), όσο και των Bellizzi και Blank (2006). Η ερμηνεία αυτού του ευρήματος σχετίζεται πιθανόν με το γεγονός ότι ο καρκίνος του μαστού εκπροσωπεί μεγαλύτερη απειλή για τις νεότερες γυναίκες και ο βαθμός της απειλής συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικής εξέλιξης (Cordona και συν. 2001). Επίσης, οι γυναίκες νεαρής ηλικίας είναι ενδεχομένως περισσότερο διατεθειμένες να προβούν σε αναθεωρήσεις των προτεραιοτήτων και των πεποιθήσεών τους από ό,τι οι πιο ηλικιωμένες. Στις τελευταίες οι αντιλήψεις για τη ζωή έχουν παγιωθεί μέσα από τις εμπειρίες τους και είναι πιο δύσκολο να κλονιστούν ακόμα και από ένα τόσο ισχυρό

βίωμα όπως αυτό του καρκίνου. Η παρουσία συντρόφου επηρέασε θετικά τη μετατραυματική εξέλιξη και κυρίως τις υποκατηγορίες που αναφέρονται στη σχέση με τους άλλους, την πνευματική αλλαγή και την εκτίμηση της αξίας της ζωής. Το αποτέλεσμα είναι σύμφωνο με αυτό των Bellizzi και Blank (2006). Το πεδίο των σχέσεων με το σύντροφο είναι ίσως το πιο άμεσο όπου ο ασθενής αναγνωρίζει την ύπαρξη θετικών μεταβολών που η επεξεργασία της νόσου μπορεί να επιφέρει. Το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης φάνηκε να επηρεάζει θετικά μόνο την υποκατηγορία των διαθέσιμων νέων δυνατοτήτων. Το αποτέλεσμα έρχεται σε αντίθεση με αυτό των Bellizzi και Blank (2006), στη μελέτη των οποίων το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται με υψηλότερο βαθμό μετατραυματικής εξέλιξης στην υποκατηγορία των σχέσεων με τους άλλους. Η παρουσία σωματικών συμπτωμάτων δεν επηρέασε την μετατραυματική εξέλιξη, εκτός από τις διαταραχές του ύπνου που φάνηκε να επηρεάζουν τον τομέα των διαθέσιμων νέων δυνατοτήτων. Οι Bellizzi και Blank (2006) υποστηρίζουν ότι παράγοντες που σχετίζονται με τη βαρύτητα της νόσου επηρεάζουν τομείς της μετατραυματικής εξέλιξης, όπως η σχέση με τους άλλους, αλλά όχι και την εκτίμηση της αξίας της ζωής.

Όσον αφορά στα καταθλιπτικά συμπτώματα διαπιστώθηκε ότι συσχετίζονταν αρνητικά με τους τομείς της μετατραυματικής εξέλιξης που αναφέρονται στις διαθέσιμες νέες δυνατότητες. Το αποτέλεσμα έρχεται σε αντίθεση με τις μελέτες τόσο των Cordova και συν. (2001), όσο και των Jaarsma και συν. (2006) οι οποίοι δεν διαπίστωσαν συσχέτιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την μετατραυματική εξέλιξη. Φαίνεται ότι κάποιες υποκατηγορίες της μετατραυματικής εξέλιξης μπορεί να συνδέονται με καταθλιπτικά συναισθήματα, αν και ο τομέας αυτός απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση, καθώς οι παραπάνω μελετητές υποστηρίζουν ότι τα αρνητικά συναισθήματα μπορεί να συνυπάρχουν με την αντίληψη θετικών μεταβολών εξαιτίας της νόσου.

## Συμπεράσματα

Τα κύρια ευρήματα της μελέτης περιλαμβάνουν την επιβεβαίωση της ερευνητικής μας υπόθεσης σχετικά με τη διασύνδεση των ψυχολογικών και των σωματικών συμπτωμάτων, ενώ ο βαθμός της μετατραυματικής εξέλιξης διαπιστώθηκε ότι είναι υψηλότερος σε πάσχουσες νεαρής ηλικίας που έχουν σύντροφο.

Όπως έχει αναφερθεί, τόσο ο σχεδιασμός της μελέτης, όσο και η πολυπλοκότητα των αλληλεπιδράσεων μεταξύ σωματικών και ψυχολογικών παραγόντων που λαμβάνουν χώρα στο πλαίσιο της καρκινικής διεργασίας δεν επιτρέπουν τη διατύπωση ευθείας αιτιώδους σχέσης. Κάτι τέτοιο θα ήταν απλοϊκό και εκτός των αποδεκτών επιστημονικών ορίων.

Βασιζόμενοι στα ευρήματα που προέκυψαν μπορούμε να σημειώσουμε ότι τα ψυχολογικά και τα σωματικά συμπτώματα συχνά συνυπάρχουν σε πάσχοντες από μεταστατικό καρκίνο του μαστού, καθώς αυτά διαμορφώνουν μια εξαιρετικά δύσκολη κατάσταση την οποία καλείται να διαχειριστεί ο ασθενής. Είναι σημαντικό επομένως η φροντίδα που παρέχεται σε αυτήν τη φάση να μην περιορίζεται στην αντιμετώπιση των σωματικών συμπτωμάτων αλλά παράλληλα να λαμβάνεται μέριμνα για τις ψυχολογικές επιπτώσεις.

Ανάλογα με την προσωπικότητα και το διαθέσιμο πλαίσιο, η εμπειρία μιας απειλητικής για τη ζωή ασθένειας μπορεί να αποτελέσει το έναυσμα για επανακαθορισμό των προτεραιοτήτων του ατόμου, στον οποίο είναι ευκολότερο να προβούν άτομα νεαρής ηλικίας. Το βίωμα του καρκίνου επομένως συνδέεται και με την πιθανότητα μεταβολών τις οποίες ο ίδιος ο πάσχων χαρακτηρίζει ως θετικές. Οι μεταβολές αυτές συνθέτουν με ένα σχηματικό ίσως τρόπο την έννοια της μετατραυματικής εξέλιξης.

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια προκαταρκτική προσπάθεια μελέτης των παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν τη μετατραυματική εξέλιξη σε ασθενείς με μεταστατική νόσο, ενώ παράλληλα επικεντρώθηκε στην εκτίμηση των ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων τους. Τα αποτελέσματά της συνηγορούν υπέρ της ολιστικής προσέγγισης του ασθενούς, η οποία οφείλει να βασίζεται στην αναγνώριση και φροντίδα του συνόλου των αναγκών του.

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aapro M, Cull A. (1999) Depression in breast cancer patients: the need for treatment. *Annals of Oncology*, 10: 627-636
2. Andrykowski MA. (1990) The role of anxiety in the development of anticipatory nausea in cancer chemotherapy: a review and synthesis. *Psychosomatic Medicine*, 52: 458-475
3. Bellizzi KM, Blank TO. (2006) Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 25: 47-56
4. Bennet B, Goldstein D, Lloyd A, Davenport T, Hickie I. (2004) Fatigue and psychological distress-exploring the relationship in women treated for breast cancer. *European Journal of Cancer*, 40: 1689-1695
5. Bottomley A. (1999) Depression in cancer patients: a literature review. *European Journal of Cancer*, 7: 181-191
6. Bower JA, Ganz PA, Desmond KA, Bernaards C, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. (2006) Fatigue in long-term breast carcinoma survivors: a longitudinal investigation. *Cancer*, 106: 751-758
7. Boyle P, Ferlay J. (2005) Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. *Annals of Oncology*, 16: 481-488
8. Bruera E, Brenneis C, Michaud M. (1989) Association between asthenia and nutritional status, lean body mass, anemia, psychological status, and tumour mass in patients with advanced breast cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 4: 59-63
9. Bruera E, Kim HN. Cancer pain.(2003) *Journal of American Medical Association*, 290(18):2476-2479
10. Bukberg J, Penman D, Holland JC. (1984) Depression in hospitalized breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 46: 199-212
11. Cathcart CK, Jones SA, Pumroy CS, Peters GN, Knox SM, Cheek JH. (1993) Clinical recognition and management of depression in node negative breast cancer patients treated with tamoxifen. *Breast Cancer Research Treatment*, 27:277-281
12. Chung C, Carlson R. (2003) Goals and objectives in the management of metastatic breast cancer. *The Oncologist*, 8:514-520

13. Ciaramella A, Poli P. (2001) Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psycho-oncology*, 10: 156-165
14. Cleeland C, Gonin R, Hatfield A. (1993) Pain and its treatment in outpatients with metastatic breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 330: 592-596
15. Cleeland C, Mendoza T, Wang XS, Chou C, Harle M, Morrissey M, Engstrom M. (2000) Assessing symptom distress in cancer patients. The M.D. Anderson Symptom Inventory. *Cancer*, 89: 1634-1646
16. Cochinov HM, Wilson KG, Enns M. (1995) Desire for death in the terminally ill. *American Journal of Psychiatry*, 152: 1185-1191
17. Cochinov HM, Wilson KG, Enns M. (1997) "Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. *American Journal of Psychiatry*, 154: 674-676
18. Cohen-Cole SA, Brown FW, McDaniel JS. (1993) Diagnostic assessment of depression in the medically ill. In Stoudemire A, Fogel B (Eds.), *Psychiatric care of the Medical patient*. New York: Oxford University Press.
19. Coleman RE, Rubens RD. (1987) The clinical course of bone metastases from breast cancer. *British Journal of Cancer*, 55: 61-66
20. Cordova MJ, Cunningham LCC, Carlson C, Andrykowski MA. (2001) Posttraumatic Growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*, 3: 176-185
21. Daut RL, Cleeland CS. (1982) The prevalence and severity of pain in cancer. *Cancer*, 50: 1913-1918
22. DeFlorio M, Massie MJ. (1995) Review of depression in cancer: gender differences. *Depression*, 3: 66-80
23. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J. (1983) The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of American Medical Association*, 249: 751-757
24. Dow KH, Ferrell BR, Leigh S, Ly J, Gulasekaram P. (1996) An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Research Treatment*, 39: 261-273
25. Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, Baum M. (1990) Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside of a clinical trial. *British Medical Journal*, 301: 575-580

26. Foley K. (2005) Supportive care and quality of life: Management of cancer Pain. In DeVita V, Hellman S, Rosenberg S. (Eds.), *Cancer: Principles and practice of Oncology*, 7<sup>th</sup> edition, Lippincot Williams & Wilkins
27. Fortner B, Stepanski E, Wang S, Kasprovicz S, Durrence H. (2002) Sleep and quality of life in breast cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24: 471-480
28. Glaus A, Grow R, Hammond S. (1996) A qualitative study to explore the concept of fatigue/ tiredness in cancer patients and in healthy individuals. *Supportive Care in Cancer*, 4: 82-96
29. Grabrick DM, Hartmann LC, Cerhan JR, Vierkant RA, Therneau TM, Vachon CM, Olson JE, Couch FJ, Anderson KE, Pankratz VS, Sellers TA. (2000) Risk of breast cancer with oral contraceptive use in women with a family history of breast cancer. *Journal of American Medical Association*, 284:1791-1798
30. Green A. (1975) Le temps mort. *Nouvelle revue de Psychanalyse*, 11:35-44
31. Green AI, Austin CP. (1993) Psychopathology of pancreatic cancer, a psychobiologic probe. *Psychosomatics*, 34: 208-221
32. Held B. (2002) The tyranny of the positive attitude in America: observation and speculation. *Journal of Clinical Psychology*, 58: 965-991
33. Ho SMY, Chan CLW, Ho RTH. (2004) Posttraumatic growth in Chinese cancer survivors. *Psycho-oncology*, 13: 377-389
34. Holland JC. (1998) Societal views of cancer and the emergence of Psycho-oncology. In Holland JC. (Ed.), *Psycho-oncology*, Oxford University Press
35. Hopwood P, Howell A, Maguire P. (1991 $\alpha$ ) Psychiatric morbidity in patients with advanced cancer of the breast: prevalence measured by two self-rating questionnaires. *British Journal of Cancer*, 64: 349-352
36. Hopwood P, Howell A, Maguire P. (1991 $\beta$ ) Screening for psychiatric morbidity in patients with advanced breast cancer: validation of two self-report questionnaires. *British Journal of Cancer*, 64: 353-356
37. Jaarsma T, Pool G, Sanderman R, Ranchor A. (2006) Psychometric properties of the Dutch version of the posttraumatic growth inventory among cancer patients. *Psycho-oncology*, in press
38. Jacobsen PB, Bovberg DH, Redd WH. (1993) Anticipatory anxiety in women receiving chemotherapy for breast cancer. *Health Psychology*, 12: 469-475

39. Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Smigal C, Thun M. (2006) Cancer Statistics, 2006. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 56:106-130
40. Key TJ, Verkasalo PK, Banks E. (2001) Epidemiology of breast cancer. *Lancet Oncology*, 2:133-140
41. Kissane DW, Clarke DM, Ikin J, Bloch S, Smith GC, Vitteta L. (1998) Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: a cross-sectional survey. *Medical Journal of Australia*, 169: 192-196
42. Kissane DW, Grabsch B, Love A, Clarke L, Bloch S, Smith GC. (2004) Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 38: 320-326
43. Koopman C, Nouriani B, Erickson V, Anupindi R, Butler L, Bachmann M, Sephton S, Spiegel D. (2002) Sleep disturbances in women with metastatic breast cancer. *The Breast Journal*, 8: 362-370
44. Lipworth L, Bailey LR, Trichopoulos D. (2000) History of breast-feeding in relation to breast cancer risk: a review of the epidemiologic literature. *Journal of National Cancer Institute*, 92:302-312
45. Manne S, Ostroff J, Winkel G, Goldstein L, Fox K, Grana G. (2004) Posttraumatic Growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 66: 442-454
46. Maraste R, Brandt L, Olson H, Ryde-Brandt B. (1992) Anxiety and depression in breast cancer patients at start of adjuvant radiotherapy. *Acta Oncologica*, 18: 327-331
47. Massie MJ, Holland JC. (1990) Depression and the cancer patient. *Journal of Clinical Psychology (Suppl)*, 51: 18-19
48. Massie MJ, Holland JC. (1992) The cancer patient with pain: Psychiatric complications and their management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 7: 99-109
49. Massie M, Gagnon P, Holland J. (1994) Depression and suicide in patients with cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9: 325-331
50. Massie MJ. (2004) Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32: 57-71
51. McCorkle R, Young K. (1978) Development of symptom distress scale. *Cancer Nursing*, 373-378

52. Mystakidou K, Cleeland C, Tsilika E, Katsouda E, Primikiri A, Parpa E, Vlahos L, Mendoza T. (2004) Greek M.D. Anderson Symptom Inventory: validation and utility in cancer patients. *Oncology*, 67: 203-210
53. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. (2004) The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: psychometric analyses and applicability. *Supportive Care in Cancer*, 12: 821-825
54. Nie NH. (1975) *SPSS statistical package for the social sciences*. McGraw-Hill, New York
55. Noyes R, Holt C, Massie MJ. (1998) Anxiety disorders. In Holland J. (Ed.), *Psycho-oncology*, Oxford University Press
56. Osborne KC. (1994) Breast Cancer In Stein JH (Ed.), *Internal Medicine*, Mosby publications
57. Palmer C, Kagee A, Coyne J, DeMichele A. (2004) Experience of trauma, distress, and posttraumatic stress disorder among breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 66: 258-264
58. Parkes CM. (1971) Psychosocial transitions: a field for study. *Social Science and Medicine*, 5: 101-115
59. Pinder K, Ramirez A, Black E, Richards M, Gregory W, Rubens R (1993) Psychiatric disorder in patients with advanced breast cancer: prevalence and associated factors. *European Journal of Cancer*, 29: 524-527
60. Portenoy RK, Itri L. (1999) Cancer –related fatigue: Guidelines for evaluation and management. *The Oncologist*, 4: 1-10
61. Razavi D, Stiefel F. (1994) Common psychiatric disorders in cancer patients. Adjustments disorders and depressive disorders. *Supportive Care in Cancer*, 2: 223-232
62. Rowland J, Massie MJ. (1998) Breast Cancer. In Holland J. (Ed.), *Psycho-oncology*, Oxford University Press
63. Sears S, Danoff-Burg S, Stanton A. (2003) The yellow brick road and the Emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22: 487-497
64. Sensky T. (1988) Measurement of the quality of life in end-stage renal failure. *New England Journal of Medicine*, 319: 1353-1354
65. Shedler J, Mayman M, Manis M. (1993) The illusion of mental health. *American Psychology*, 48:1117-1131



66. Silberfarb PM, Maurer LH, Crouthamel CS. (1980) Psychological aspects of neoplastic disease: functional status of breast cancer patients during different treatment regimens. *American Journal of Psychiatry*, 137: 450-455
67. Sontag S. (1993) *Η νόσος ως μεταφορά, Το Aids και οι μεταφορές του*. Εκδόσεις Ύψιλον/βιβλία, Αθήνα
68. van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden H. (1996) Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, 59: 280-293
69. Steinberg MD, Juliano MA, Wise L. (1985) Psychological outcome of lumpectomy versus mastectomy in the treatment of breast cancer. *American Journal of Psychiatry*, 142: 34-39
70. Stiefel F. (1993) Psychosocial aspects of cancer pain. *Supportive Care in Cancer*, 1: 130-134
71. Stone P, Richards M, Hardy J. (1998) Fatigue in patients with cancer. *European Journal of Cancer*, 34: 1670-1676
72. Taylor SE, Brown JD. (1988) Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103: 193-210
73. Tedeschi R, Calhoun G. (1996) The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9: 455-471
74. Underwood MJ, Firmin RK, Jehn D. (1993) Aspects of psychological and social morbidity in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *British Heart Journal*, 69: 383-384
75. Wasan A, Artamonov M, Nedelkovic S. (2005) Delirium, depression and anxiety in the treatment of cancer pain. *Techniques in regional anesthesia & pain management*, 9: 139-144
76. Whittemore AS. (1997) Risk of breast cancer in carriers of BRCA gene mutations. *New England Journal of Medicine*, 337:788
77. Wood W, Muss H, Solin L, Olopade O. (2005) Cancer of the Breast. In DeVita V, Hellman S, Rosenberg S. (Eds.), *Cancer: Principles and practice of Oncology*, 7<sup>th</sup> edition, Lippincot Williams & Wilkins
78. Zigmond A, Snaith RP. (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67: 367-370

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Δαμίγος Δ. (1990) *Η ψυχολογική διάσταση στην καρκινική διεργασία*. Διδακτορική διατριβή, Ιωάννινα
2. Δαμίγος Δ. (2006) *Ψυχολογική και θεραπευτική θεώρηση του πόνου*. Στο Αργύρα Ε, Βαδαλούκα Α, Σιαφάκα Ι, Αναστασίου Ε, Παπαδόπουλου Γ. (Επιμ.) *Αντιμετώπιση οξέος και χρόνιου πόνου*. Εκδόσεις Εφύρα, Ιωάννινα
3. Δαμίγος Δ, Σιαφάκα Β. (2006) *Θέματα Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας*. Στο Φούντζηλα Γ, Μπαρμπούνη Β. (Επιμ.) *Βασικές Αρχές Θεραπείας του Καρκίνου*, τόμος ΙΙ, University Studio Press, Θεσσαλονίκη
4. Δαφέρμος Β. (2005) *Κοινωνική στατιστική με το SPSS*. Εκδόσεις Ζήτη, Θεσσαλονίκη
5. Ιακωβίδης Β, Ιακωβίδης Α. (2001) *Αρχές Ψυχο-ογκολογίας. Ψυχοσωματική και Σωματοψυχική θεώρηση του καρκίνου*. Εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη
6. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. (1995) *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
7. Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε. (1995) *Νοσηλευτική αξιολόγηση του πόνου αρρώστων με καρκίνο*. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα
8. Σιαφάκα Β. (2000) *Συγκριτική μελέτη ψυχολογικών παραγόντων και χαρακτηριστικών της προσωπικότητας σε ασθενείς με καρκίνο όρχεως και ομάδα υγιών ανδρών*. Διδακτορική διατριβή, Ιωάννινα

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Επώνυμο:

Όνομα:

Ηλικία:

Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμη

Έγγαμη

Διαζευγμένη

Χήρα

Επίπεδο εκπαίδευσης

Βασική

Μέση

Ανώτερη /Ανώτατη

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΗ ΝΟΣΟ

Χρόνος από τη διάγνωση:

Εντόπιση και χρόνος μεταστάσεων:

Ληφθείσες θεραπείες

Χημειοθεραπεία

Ακτινοθεραπεία

## Ελληνικό Ερωτηματολόγιο Μέτρησης Συμπτωμάτων του M. D. Anderson

### Μέρος Ι. Πόσο επώδυνα είναι τα συμπτώματά σας;

Θα θέλαμε να αξιολογήσετε πόσο έντονα ήταν για σας τα ακόλουθα συμπτώματα **το τελευταίο 24ωρο**. Παρακαλώ σημειώστε με ένα «✓» έναν από τους παρακάτω αριθμούς από το 0 (το σύμπτωμα δεν παρουσιάστηκε) μέχρι το 10 (το χειρότερο που μπορείτε να φανταστείτε) για κάθε ερώτηση.

<i>Το σύμπτωμα δεν παρουσιάστηκε</i>	<i>Το χειρότερο που μπορείτε να φανταστείτε</i>											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1. Αισθανθήκατε εντονότατο πόνο;												
2. Αισθανθήκατε την πιο έντονη κόπωση;												
3. Αισθανθήκατε την πιο έντονη ναυτία;												
4. Αντιμετωπίσατε τον πιο διαταραγμένο ύπνο;												
5. Αισθανθήκατε τη μέγιστη ανησυχία;												
6. Αισθανθήκατε να κόβεται η αναπνοή σας;												
7. Αντιμετωπίσατε εντονότατα προβλήματα μνήμης;												
8. Αντιμετωπίσατε εντονότατη Ανορεξία;												
9. Αισθανθήκατε πάρα πολύ νυσταγμένος;												
10. Είχατε εντονότατη ξηροστομία;												
11. Αισθανθήκατε εντονότατη θλίψη;												
12. Είχατε τους χειρότερους εμετούς; (σε ένταση και διάρκεια)												
13. Αισθανθήκατε εντονότατο μούδιασμα και μυρμήγκιασμα;												
14. Είχατε έντονου βαθμού διάρροιες;												
15. Είχατε έντονες δυσκολιότητες;												

**Μέρος II.** Πώς παρενέβησαν τα παραπάνω συμπτώματα στην ζωή σας;  
 Τα συμπτώματα αυτά πολύ συχνά επηρεάζουν το πως αισθανόμαστε και λειτουργούμε. Πόσο πολύ παρενέβησαν αυτά στα κάτωθι **τις τελευταίες 24 ώρες**;

	<i>Το σύμπτωμα δεν παρενέβη</i>											<i>Το σύμπτωμα παρενέβη ολοκληρωτικά</i>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Στη γενική δραστηριότητα;																						
17. Στη διάθεσή σας;																						
18. Στην εργασία και στις ασχολίες του σπιτιού;																						
19. Στις σχέσεις σας με τους ανθρώπους;																						
20. Στο περπάτημα;																						
21. Στην απόλαυση της ζωής;																						

**Επιπρόσθετα Συμπτώματα (Γ/Ε)**

Είχατε προβλήματα κατάποσης;											
Αισθανθήκατε ξηρότητα/ τσούξιμο στην περιοχή που ακτινοβολήθηκε;											

**Επιπρόσθετα Συμπτώματα (Π)**

Είχατε έντονο βήχα;											
Αισθανθήκατε έντονη ξηρότητα στο λαιμό;											

## Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (ΝΚΑΚ)

Όνομα:

Ημερομηνία:

Οι γιατροί γνωρίζουν ότι τα συναισθήματα παίζουν σημαντικό ρόλο στις περισσότερες ασθένειες. Εάν ο γιατρός σας είναι γνώστης αυτών, θα μπορέσει να σας βοηθήσει περισσότερο. Αυτό το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε για να βοηθήσει το θεράποντα ιατρό να μάθει πως αισθάνεστε. Διαβάστε προσεκτικά την κάθε ερώτηση και υπογραμμίστε την απάντηση που σας ταιριάζει σχετικά με το πώς αισθανθήκατε την περασμένη εβδομάδα.

	A	<b>Αισθάνομαι ένταση</b>
	3	Τον περισσότερο καιρό
	2	Συχνά
	1	Κάποιες φορές-περιστασιακά
	0	Καθόλου
		<b>Συνεχίζουν να με ευχαριστούν τα πράγματα που με</b>
K		<b>ευχαριστούσαν και στο παρελθόν</b>
0		Ναι, σίγουρα, όπως και πριν
1		Όχι τόσο πολύ
2		Λίγο
3		Καθόλου
		<b>Αισθάνομαι κάπως φοβισμένος/η με την ιδέα ότι κάτι θα</b>
	A	<b>συμβεί</b>
	3	Πάρα πολύ
	2	Ναι, αλλά όχι τόσο πολύ
	1	Λίγο, αλλά δεν με ανησυχεί
	0	Καθόλου
		<b>Μπορώ να χαμογελάω και να βλέπω την χιουμοριστική</b>
K		<b>πλευρά των πραγμάτων</b>
0		Τόσο, όσο πάντοτε
1		Όχι τόσο πολύ πλέον
2		Σίγουρα όχι τόσο τώρα πια
3		Καθόλου
	A	<b>Περνούν από το μυαλό μου σκέψεις που με ανησυχούν</b>
	3	Τον περισσότερο χρόνο
	2	Αρκετό χρόνο
	1	Κάποιες φορές αλλά όχι τόσο συχνά
	0	Μόνον περιστασιακά
		<b>Αισθάνομαι χαρούμενος/η</b>
K		Καθόλου
3		Όχι συχνά
2		Μερικές φορές
1		Τις περισσότερες φορές
0		
	A	<b>Μπορώ να κάθομαι αναπνευτικά και να χαλαρώνω</b>
	0	Βεβαίωτατα
	1	Συχνά
	2	Όχι συχνά
	3	Καθόλου

(Συνεχίζεται)

K 3 2 1 0		<b>Αισθάνομαι καταβεβλημένος/η</b> Σχεδόν συνέχεια Πολύ συχνά Μερικές φορές Καθόλου
	A 0 1 2 3	<b>Αισθάνομαι κάπως φοβισμένος/η σαν να έχω «ταραχή» στο στομάχι</b>  Καθόλου Περιστασιακά Αρκετά συχνά Πολύ συχνά
K 3 2 1 0		<b>Έχω χάσει το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου</b> Σίγουρα Δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε Ίσως, και να μην τη φροντίσω Τη φροντίζω όπως πάντα
	A 3 2 1 0	<b>Αισθάνομαι ανήσυχος/η σαν να πρέπει να είμαι σε συνεχή κίνηση</b> Πάρα πολύ Αρκετά Όχι τόσο πολύ Καθόλου
K 0 1 2 3		<b>Αναμένω με ευχαρίστηση να συμβούν διάφορα</b> Τόσο, όπως πάντα Κάπως λιγότερο από ότι συνήθιζα Πολύ λιγότερο από ότι συνήθιζα Καθόλου
	A 3 2 1 0	<b>Αντιμετωπίζω αιφνίδια αισθήματα πανικού</b>  Πολύ συχνά Αρκετά συχνά Όχι τόσο συχνά Καθόλου
K 0 1 2 3		<b>Μπορώ να ευχαριστηθώ με: ένα καλό βιβλίο, καλή μουσική ή ένα καλό τηλεοπτικό πρόγραμμα</b> Συχνά Μερικές φορές Όχι τόσο συχνά Πολύ σπάνια
		<i>Τώρα ελέγξτε εάν έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις</i>

**ΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟΝ**

K (8-10) \_\_\_\_\_

A (8-10) \_\_\_\_\_

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΤΑ-ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ

Υποδείξτε για κάθε μία από τις παρακάτω φράσεις/προτάσεις τον βαθμό στον οποίο αυτή η αλλαγή παρουσιάστηκε στη ζωή σας, ως αποτέλεσμα της (ασθένειας σας), χρησιμοποιώντας την κάτωθι σκάλα:

- 0 = δεν βίωσα αυτή την αλλαγή σαν αποτέλεσμα της ασθένειας μου.  
1 = βίωσα αυτή την αλλαγή σε πολύ μικρό βαθμό σαν αποτέλεσμα της ασθένειας μου.  
2 = βίωσα αυτή την αλλαγή σε μικρό βαθμό σαν αποτέλεσμα της ασθένειας μου.  
3 = βίωσα αυτή την αλλαγή σε μέτριο βαθμό σαν αποτέλεσμα της ασθένειας μου.  
4 = βίωσα αυτή την αλλαγή σε μεγάλο βαθμό σαν αποτέλεσμα της ασθένειας μου.  
5 = βίωσα αυτή την αλλαγή σε πολύ μεγάλο βαθμό σαν αποτέλεσμα της ασθένειας μου.

1. Άλλαξα τις προτεραιότητές μου για το τι είναι σημαντικό στη ζωή.	0	1	2	3	4	5
2. Έχω μεγαλύτερη εκτίμηση για την αξία της ίδιας μου της ζωής.	0	1	2	3	4	5
3. Έχω αναπτύξει νέα ενδιαφέροντα.	0	1	2	3	4	5
4. Έχω μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.	0	1	2	3	4	5
5. Έχω μεγαλύτερη κατανόηση για πνευματικά θέματα.	0	1	2	3	4	5
6. Βλέπω πιο ξεκάθαρα ότι μπορώ να στηριχτώ σε άλλους στις δύσκολες στιγμές.	0	1	2	3	4	5
7. Έκανα μια νέα αρχή στη ζωή μου.	0	1	2	3	4	5
8. Έχω πιο έντονη την αίσθηση της οικειότητας με τους άλλους.	0	1	2	3	4	5
9. Είμαι πρόθυμος να εκφράσω τα συναισθήματά μου.	0	1	2	3	4	5
10. Ξέρω ότι μπορώ να αντιμετωπίσω δυσκολίες.	0	1	2	3	4	5
11. Είμαι σε θέση να αξιοποιήσω καλύτερα τη ζωή μου.	0	1	2	3	4	5
12. Μπορώ να αποδεχτώ περισσότερο το πως εξελίσσονται τα πράγματα.	0	1	2	3	4	5



13. Εκτιμώ καλύτερα την κάθε μέρα.	0	1	2	3	4	5
14. Νέες ευκαιρίες είναι διαθέσιμες, οι οποίες δεν υπήρχαν πριν.	0	1	2	3	4	5
15. Έχω μεγαλύτερη συμπόνια για τους άλλους ανθρώπους.	0	1	2	3	4	5
16. Προσπαθώ περισσότερο για τις σχέσεις μου.	0	1	2	3	4	5
17. Προσπαθώ περισσότερο να αλλάξω πράγματα που χρειάζεται να αλλάξουν.	0	1	2	3	4	5
18. Έχω πιο έντονη την θρησκευτική μου πίστη.	0	1	2	3	4	5
19. Ανακάλυψα ότι είμαι πιο δυνατός απ'ότι νόμιζα.	0	1	2	3	4	5
20. Έμαθα πολλά για το πόσο υπέροχοι είναι οι άνθρωποι.	0	1	2	3	4	5
21. Αποδέχομαι καλύτερα πως έχω ανάγκη τους άλλους ανθρώπους.	0	1	2	3	4	5

Μετάφραση-αξιολόγηση εγκυρότητας & αξιοπιστίας: Μυστακίδου Κ., Τσιλίκα Ε., Πάρπα Ε., Παθιάκη Μ., Γαλανός Α., Βλάχος Λ.