

**Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΗΤΕΙΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:**

**Ψυχική υγεία και διατροφή σε άτομα με καρκίνο του μαστού  
(Psychological health and nutrition in breast cancer patients)**

**Τσαπράζη Χ. Τριάδα (Tsaprazi C. Triada)**  
**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΧΑΡΩΝΙΤΑΚΗ ΚΑΤΕΡΙΝΑ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**που υποβάλλεται στο**  
**Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ – ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΗΤΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΣΗΤΕΙΑ 2009**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Αφιέρωση	3
Ευχαριστίες	4
Περίληψη	5
Abstract	6
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ</b>	
1.1 Καρκίνος	7
1.1.α Καρκινικό κύτταρο	7
1.1.β Κυτταρικός κύκλος	8
1.1.γ Απόπτωση	9
1.2 Καρκινογένεση	9
1.2.α Μετάσταση	10
1.2.β Αγγειογένεση	10
1.3 Είδη κακοήθων νεοπλασμάτων	11
1.4 Αίτια καρκινογένεσης	11
1.4.α Γενετικοί παράγοντες	12
1.4.β Ανοσολογικοί παράγοντες	12
1.4.γ Περιβαλλοντικοί παράγοντες	12
1.5 Αντικαρκινική αγωγή	12
1.5.α Χημειοθεραπεία	13
1.5.β Ακτινοθεραπεία	13
1.5.γ Χειρουργική θεραπεία	13
1.5.δ Ανοσοθεραπεία	13
1.6 Φαρμακευτική αγωγή	14
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ – ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ</b>	
2.1 Υγεία και ασθένεια	16
2.1.α Βιοϊατρικό μοντέλο	17
2.1.β Ολιστικό μοντέλο	18
2.2 Ψυχολογικοί παράγοντες	22
2.2.α Προνοσηροί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και επίπτωση του καρκίνου	24
2.2.β Προσωπικότητα του καρκινοπαθούς	27
2.3 Ψυχικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς από την γνώση της ασθένειας του	29
2.3.α Διαταραχή προσαρμογής	34
2.3.β Κατάθλιψη	35
2.3.γ Οργανικά ψυχοσύνδρομα	36
2.3.δ Άλλες καταστάσεις	38
2.3.ε Ψυχοπαθολογικά προβλήματα σχετιζόμενα με τη θεραπεία	39
2.4 Ψυχολογικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς και η επικοινωνία γιατρού-ασθενούς	41
2.4.α Επικοινωνία γιατρού-ασθενούς	42
2.5 Ψυχολογικά στάδια της νόσου και ψυχολογική παρέμβαση	43
2.5.1 Στάδια της νόσου και ψυχολογική παρέμβαση	44
2.5.2 Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση	50
2.5.2.α Ατομική ψυχοθεραπεία	50
2.5.2.β Ομαδική ψυχοθεραπεία	53

2.6 Θεραπεία συμπεριφοράς σε καρκινοπαθείς	57
2.6.1 Τροποποίηση συμπεριφοράς	59
2.6.2 Τεχνικές αυτοελέγχου στην αντιμετώπιση του πόνου	60
2.6.2.α Ύπνωση	61
2.6.2.β Χαλάρωση	63
2.6.2.γ Βιοανάδραση	63
2.6.3 Τεχνικές παρέμβασης στις παρενέργειες της χημειοθεραπείας	64
2.6.4 Αιτιολογία των προκαταβολικών αντιδράσεων	66
2.7 Θεραπευτική αντιμετώπιση ατόμων με καρκίνο μαστού	72
2.7.1 Η τακτική της ενημέρωσης	72
2.7.2 Σύσχετιση της θεραπείας κατά του καρκίνου με την ποιότητα ζωής και την εικόνα σώματος	76
2.8 Οι σχέσεις του καρκινοπαθούς με την οικογένεια	79
2.8.α Η σχέση των δυο συζύγων	79
2.8.β Η αντιμετώπιση της ασθένειας και ιδιαίτερα τα τελευταία στάδια της, από την οικογένεια	82
2.8.γ Τα συναισθήματα των παιδιών των καρκινοπαθών	83
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</b>	
3.1 Διατροφή και πρόληψη καρκίνου	85
3.1.1 Φρούτα, λαχανικά, σιτηρά ολικής αλέσεως και κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου	88
3.1.2 Φυτικές ίνες	91
3.1.3 Φυλλικό οξύ	93
3.1.4 Υπερβάλλον βάρος, παχυσαρκία και ενεργειακό ισοζύγιο	93
3.1.5 Κατανάλωση κρέατος και λίπους	100
3.1.6 Αλκοόλ	103
3.2 Μελέτες παρέμβασης	104
3.2.1 Αντικαρκινική αγωγή, συνέπειες διατροφικής κατάστασης ασθενούς και διαιτητικές συστάσεις	106
3.2.1.α Χημειοθεραπεία	106
3.2.1.β Ακτινοθεραπεία	111
3.2.1.γ Χειρουργική θεραπεία	112
3.2.1.δ Ανοσοθεραπεία	112
3.3 Συνήθειες φαρμακευτικές αγωγές	112
3.4 Διατροφή και θεραπεία καρκίνου	114
3.4.1 Διατροφικός κίνδυνος και κακή θρέψη στον ασθενή με καρκίνο	114
3.4.2 Στόχοι διατροφικής υποστήριξης	116
3.4.3 Διατροφική διαλογή και αξιολόγηση του ασθενούς με καρκίνο μαστού	116
3.4.4 Διατροφικές ανάγκες του ασθενούς με καρκίνο	117
3.4.5 Διατροφική αντιμετώπιση των παρενεργειών που προκαλούνται από τη θεραπεία	120
3.4.6 Διατροφική συμβουλευτική για το άτομο με καρκίνο	122
3.4.7 Ασθενής σε προχωρημένο καρκίνο	124
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ</b>	125
Βιβλιογραφία	126

**Στην μητέρα μου  
και στο αγόρι μου  
για την πολύτιμη  
υποστήριξή τους,  
με πολλή αγάπη**

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Είναι γνωστό ότι η πραγματοποίηση οποιουδήποτε επιστημονικού έργου απαιτεί την αρμονική συνύπαρξη αρκετών προσώπων, το συνταίριασμα αγάπης για την επιστήμη, εμπειρίας, γνώσης και οργάνωσης, και προπάντων την ύπαρξη συνεχούς και επίμονης προσπάθειας. Μέσα από τις λίγες αυτές γραμμές θα ήθελα να ευχαριστήσω ολόθερμα όσους έβαλαν το στίγμα τους και συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της μελέτης αυτής.

Η αφιέρωση της βιβλιογραφικής αυτής πτυχιακής εργασίας στην μητέρα μου αντανακλά τα αισθήματα ευχαριστίας για την βαθιά κατανόηση που έδειξε όλο αυτό το χρονικό διάστημα της εκπόνησης αυτής της εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα επιθυμούσα να εκφράσω ξεχωριστά στην επιβλέπουσα Καθηγήτρια κ. Κατερίνα Χαρωνιτάκη, για τη συμπαράσταση, καθοδήγηση και υποστήριξη που επέδειξε από την πρώτη στιγμή της επιστημονικής μας συνεργασίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στη σύγχρονη κοινωνία, εξαιτίας της ανάπτυξης της τεχνολογίας των προϊόντων διατροφής, της αύξησης της μόλυνσης του περιβάλλοντος και της υιοθέτησης του δυτικού τρόπου ζωής, η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου αυξάνεται με ραγδαίους ρυθμούς.

Στην αύξηση αυτή συντελούν πολλοί παράγοντες όπως είναι η κληρονομική προδιάθεση, οι γενετικές μεταβολές που υφίστανται φυσιολογικά κύτταρα σε έναν υγιή οργανισμό, διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες (π.χ. το χρόνιο άγχος, η μειωμένη εξωτερίκευση συναισθημάτων, η πίεση της κοινωνίας), οι διατροφικές συνήθειες, το κάπνισμα και η χρόνια κατανάλωση αλκοόλ.

Μετά τη διάγνωση του καρκίνου, ο ασθενής περνά από διάφορα ψυχολογικά στάδια (άρνηση, θυμός, συνδιαλλαγή, κατάθλιψη, αποδοχή) και χρειάζεται άμεση ψυχολογική υποστήριξη ώστε να συνεχίσει να ζει με τη γνώση της ασθένειάς του και να προσαρμοστεί στη νέα εικόνα του σώματός του.

Όσον αφορά τη διατροφή, έχει εκτιμηθεί ότι μπορεί να εξηγήσει την αιτία πρόκλησης του 30% των περιπτώσεων εμφάνισης καρκίνου στις δυτικές χώρες και έως και το 20% στις αναπτυσσόμενες χώρες. Οι πρόσφατες συστάσεις για τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου συμπεριλαμβάνουν τη διατήρηση ενός υγιούς σωματικού βάρους, τη συμμετοχή σε προγράμματα φυσικής δραστηριότητας τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας, την κατανάλωση πέντε ή περισσότερων μερίδων φρούτων και λαχανικών την ημέρα, τη μείωση της πρόσληψης λίπους από τη διατροφή, τον περιορισμό της κατανάλωσης παστών και αλατισμένων τροφίμων, την αποθήκευση τροφίμων για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος λοιμώξεων, και για εκείνους που καταναλώνουν αλκοόλ, τον περιορισμό της κατανάλωσης του.

**Λέξεις κλειδιά:** Καρκίνος μαστού, ψυχολογία, διατροφή

## ABSTRACT

In the modern society, because of the growth of technology of products of diet, the increase of pollution of environment and adoption of western way of life, the frequency of appearance of cancer is increased rapidly.

In this increase contribute a lot of factors as is the hereditary inclination, the genetic changes that suffer physiologic cells in a healthy organism, various psychological factors (eg the chronic stress, the decreased expression of sentiments, the pressure of society), the alimentary habits, the smoking and the chronic consumption of alcohol.

Afterwards the diagnosis of cancer, the patient passes from various psychological stages (refusal, anger, reconcilliation, depression, acceptance) and needs direct psychological support so that she continues living with the knowledge of his illness and be adapted in the new picture of his body.

With regard to the diet, it has been appreciated that can explain the cause of challenge of the 30% of cases of appearance of cancer in the western countries and up to the 20% in the developing countries. The recent constitution for the reduction of danger of appearance of cancer includes the maintenance of healthy body weight, the attendance in program of natural activity most days of week, the consumption five or more portions of fruits and vegetables the day, with decrease of engagement of grease from the diet, the restriction of consumption of pastries and salted foods, the storage of foods in order to minimize the danger of infections, and for those that consume alcohol, the restriction of his consumption.

**Keywords:** Breast cancer, psychology, nutrition

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Γενικά για τον καρκίνο**

### **1.1 Καρκίνος**

Ο καρκίνος αποτελεί την δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου αμέσως μετά τις παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος. Δεν αποτελεί μία νόσο, αλλά μέσα στη γενικότερη έννοια «νεοπλασίες» έχει πολλά είδη με διάφορα χαρακτηριστικά, με διάφορες πορείες και με ποικίλες εντοπίσεις που απαιτούν συνδυασμούς πολλαπλών θεραπειών. (Ζαμπέλας Α., 2007)

Ο καρκίνος μπορεί να οριστεί ως η νόσος των κυττάρων του οργανισμού. Η εξέλιξη του προϋποθέτει καταστροφή του κυτταρικού DNA η οποία επιδεινώνεται στο πέρασμα του χρόνου. Όταν ο οργανισμός αντιτίθεται στην ανάπτυξη και εξάπλωση τέτοιου είδους κυττάρων, το νεόπλασμα έχει ήδη εγκατασταθεί. Η ταξινόμηση των όγκων βασίζεται στην ανάπτυξή τους, στον ιστό προέλευσης και στην αλληλεπίδρασή τους με άλλους ιστούς. Ένα κακοήθες νεόπλασμα συνήθως καταστρέφει τον περιβάλλοντα ιστό και μπορεί στη συνέχεια να επεκταθεί σε άλλους ιστούς και όργανα, μια διαδικασία που είναι γνωστή ως μετάσταση. (Mahan L. K., Escott-Stump S., 2004)

Η μετατροπή ενός υγιούς και φυσιολογικού κυττάρου σε καρκινικό συμβαίνει σε τρία στάδια: Στο πρώτο στάδιο, στο φυσιολογικό κύτταρο συμβαίνει μια γενετική μεταβολή από μία καρκινογόνο ουσία, που δίνει τη δυνατότητα στο κύτταρο να πολλαπλασιαστεί ανεξέλεγκτα. Στο δεύτερο στάδιο, το μη φυσιολογικό κύτταρο πολλαπλασιάζεται και δημιουργεί τον καρκίνο. Στο τρίτο στάδιο, τα καρκινικά κύτταρα προσβάλλουν υγιείς ιστούς και διαδίδονται στον οργανισμό. (Ζαμπέλας Α., 2003)

Τα επιδημιολογικά δεδομένα περιγράφουν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση κακοηθειών με την πάροδο της ηλικίας. Η συχνότητα του καρκίνου είναι 11 φορές μεγαλύτερη στα άτομα άνω των 65 ετών ως προς τα άτομα κάτω των 65 ετών. (Ζαμπέλας Α., 2003)

#### **1.1.α Καρκινικό κύτταρο**

Το καρκινικό κύτταρο έχει ορισμένα γνωρίσματα που το διακρίνουν από το φυσιολογικό. Τα χαρακτηριστικά του γνωρίσματα είναι τα εξής: 1) απώλεια διαφοροποίησης, 2) αυξημένη διηθητική ικανότητα, 3) μειωμένη ευαισθησία στα φάρμακα και 4) απορρύθμιση του κυτταρικού κύκλου.



Τα καρκινικά κύτταρα δεν είναι απαραίτητο ότι πολλαπλασιάζονται πιο γρήγορα από τα φυσιολογικά. Η αριθμητική τους αύξηση συνδέεται με δύο παράγοντες: 1) απώλεια ελέγχου διακοπής κυτταρικού κύκλου και 2) απώλεια ελέγχου του φυσιολογικού αναμενόμενου κυτταρικού θανάτου (απόπτωση).

Οι μεταλλάξεις που συμβαίνουν στα γονίδια και στους μηχανισμούς που ελέγχουν αυτές τις δύο λειτουργίες είναι υπεύθυνες γι' αυτή τη συμπεριφορά των κυττάρων και έχουν σαν αποτέλεσμα την άθροιση των καρκινικών κυττάρων. Επομένως, όταν δε διακόπτεται η λειτουργία του κυτταρικού κύκλου και τα κύτταρα δεν πεθαίνουν είναι αναμενόμενη η αριθμητική τους αύξηση. Τα γονίδια που ελέγχουν την κυτταρική διαίρεση και τον κυτταρικό θάνατο είναι είτε ευοδωτικά είτε κατασταλτικά της συγκεκριμένης λειτουργίας. Ο συνδυασμός της λειτουργίας ή αδράνειας των γονιδίων αυτών σηματοδοτεί τελικά και το βαθμό του αποτελέσματος. (Aaronsen NK., Ahmedzai S., Bergman B., et al., 1993)

### **1.1.β Κυτταρικός κύκλος**

Κάθε κύτταρο που πολλαπλασιάζεται και διαιρείται σε γενετικά ομοιόμορφα θυγατρικά κύτταρα διέπεται από ορισμένους κανόνες που οδηγούν υποχρεωτικά το κύτταρο να διέλθει διαμέσου τεσσάρων ξεχωριστών φάσεων.

Κάθε λειτουργία του κυτταρικού κύκλου υπόκειται σε έλεγχο που προστατεύει την ομαλή λειτουργία και εξέλιξη. Ο έλεγχος αυτός κατευθύνεται από πολλούς παράγοντες ένας εκ των οποίων είναι οι κυκλίνες.

Υπάρχουν κάποια ένζυμα, οι τελομεράσες, οι οποίες βοηθούν στην ολοκλήρωση της σύνθεσης DNA. Η δραστηριότητα της τελομεράσης είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη βιολογία του καρκινικού κυττάρου, διότι όσο περισσότερο αυξάνεται αυτή η δραστηριότητα τόσο απεριόριστος γίνεται ο πολλαπλασιασμός των κυττάρων αυτών και η σύνθεση DNA. Και αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τη βιολογική διαφοροποίηση των καρκινικών κυττάρων από τα φυσιολογικά, τα περισσότερα εκ των οποίων στερούνται τελομεράσης.

Οι μηχανισμοί της απόπτωσης και του κυτταρικού κύκλου έχουν επικοινωνία μεταξύ τους και συγχρονισμό. Με αυτό τον τρόπο όταν επιταχύνεται ο κυτταρικός κύκλος, αυξάνεται και η απόπτωση. Αντίθετα, όταν ελαττώνεται η απόπτωση, επιβραδύνεται και ο κυτταρικός κύκλος. Αυτό εξηγεί το γεγονός ότι μια ανωμαλία στη λειτουργία του ενός μηχανισμού δεν είναι

αρκετή για τη συσσώρευση κυττάρων και δημιουργίας μάζας διότι υπάρχει αντιρρόπηση. Πρέπει να υπάρξει και δεύτερη ανωμαλία στον άλλον μηχανισμό ώστε να σταματήσει η αντιρρόπηση και ως εκ τούτου η άθροιση κυττάρων. (Aass N., Kaasa S., Lund E., et al., 1990)

### **1.1.γ Απόπτωση**

Η απόπτωση είναι είδος κυτταρικού θανάτου που είναι ενεργητικός, προγραμματισμένος και ελέγχεται από ορισμένες λειτουργίες. Τα κύτταρα σε απόπτωση έχουν μορφολογικά χαρακτηριστικά και βιοχημικές μεταβολές έτσι ώστε η αναγνώρισή τους να είναι δυνατή.

Οι λειτουργίες που ελέγχουν την απόπτωση προέρχονται από ποικίλες πηγές όπως είναι το κυτταρικό μικροπεριβάλλον (υποξία) αλλά κυρίως από συγκεκριμένα γονίδια (αντι – αποπτωτικό Bcl- 2, P53). Τέλος, σημαντικό ρόλο παίζουν οι κασπάσες (πρωτεάσες). (Amishetti M., Fellin G., Bolner A., et al., 1994)

### **1.2 Καρκινογένεση**

Τα γονίδια είναι κληρονομικές μονάδες που έχουν όλες τις πληροφορίες που μεταφέρονται από τη μια γενιά στην επόμενη. Τα γονίδια είναι υπεύθυνα για τη φαινοτυπική έκφραση του κάθε ατόμου. Είναι είτε πρωτοογκογονίδια που διευκολύνουν λειτουργίες είτε κατασταλτικά που αναστέλλουν λειτουργίες. Η γενετική σταθερότητα που χαρακτηρίζει τα φυσιολογικά κύτταρα είναι υπεύθυνη για τη σταθερή και μόνιμη μεταβίβαση πληροφοριών στους απογόνους.

Μάλιστα, τα φυσιολογικά κύτταρα έχουν τη δυνατότητα να διατηρούν σταθερά και ανέπαφα τα γονίδια κατά τη διάρκεια της ζωής τους από μικρές βλαπτικές επιδράσεις είτε μέσω επανόρθωσης βλαβών στο DNA είτε ακόμα και αυτοκτονίας τους μέσω της απόπτωσης. Εάν όμως συμβούν μεταλλάξεις σε γονίδια επανόρθωσης του DNA ή του κυτταρικού κύκλου και της απόπτωσης τότε η γενετική σταθερότητα χάνεται, το κύτταρο χάνει τα φυσιολογικά του χαρακτηριστικά τα οποία μεταβιβάζονται στις επόμενες γενιές και εμφανίζονται όλα εκείνα τα γνωρίσματα του καρκινικού κυττάρου.

Από τη στιγμή που θα γίνει μια μετάλλαξη και θα δοθεί η έναρξη της καρκινογένεσης μέχρι να εκδηλωθεί κλινικά ο καρκίνος περνούν πολλά χρόνια. Ο μηχανισμός της

καρκινογένεσης είναι πολυπαραγοντικός και πολυσταδιακός. Έτσι διαχρονικά και διαμέσου πολλών επιδράσεων σε διάφορα γονίδια θα προκληθούν λειτουργίες ή θα ανασταλλούν λειτουργίες που στο σύνολό τους θα καθορίσουν την πορεία του καρκίνου. Αυτός είναι και ο λόγος που σήμερα αλλά περισσότερο στο μέλλον η ταυτότητα ενός καρκίνου δε θα χαρακτηρίζεται από την ιστολογική του εικόνα αλλά από τη γονιδιακή του σύνθεση. (Andreyev HZ., Norman AR., Oates J., et al., 1998)

### **1.2.α Μετάσταση**

Η μετάσταση είναι η επέκταση του καρκίνου από τον πρωτοπαθή όγκο σε άλλα απομακρυσμένα όργανα και περιοχές. Αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα των κακοηθών νόσων και έχει μεγάλη σημασία για τη διάγνωση, σταδιοποίηση και χάραξη θεραπευτικής στρατηγικής. Η διαδικασία της μετάστασης αρχίζει πολύ νωρίς αφότου δημιουργείται η κακοήθεια και δυναμώνει και πολλαπλασιάζεται στην πορεία παράλληλα με την εξέλιξη της πρωτοπαθούς εστίας.

Μεμονωμένα καρκινικά κύτταρα ή αθροίσεις αυτών από τον πρωτοπαθή όγκο διασχίζουν το τοίχωμα του τριχοειδούς αγγείου που τροφοδοτεί τον όγκο και εισέρχονται στην κυκλοφορία. Ορισμένα μόνο κύτταρα θα κατορθώσουν να σχηματίσουν νέες μεταστατικές εστίες στα σημεία που θα εγκλωβιστούν. Η μετάσταση είναι μια κλιμακωτή διαδικασία που κάθε βήμα της ελέγχεται από παράγοντες, κυρίως γονίδια, που είτε επιταχύνουν είτε αναστέλλουν τη διαδικασία. (Andreyev HZ., Norman AR., Oates J., et al., 1998)

### **1.2.β Αγγειογένεση**

Ένα κρίσιμο σημείο για την ανάπτυξη του όγκου είναι η ανάπτυξη τροφικών αγγείων, η αγγειογένεση. Η αγγειογένεση είναι πολύ σημαντική για τη μετάσταση. Μια μάζα < 0,5 mm μπορεί να λάβει οξυγόνο και τροφή μέσω διάχυσης. Μεγαλύτερη μάζα όμως χρειάζεται αγγείωση. Η αγγειογένεση αρχίζει με την καταστροφή της βασικής μεμβράνης των γειτονικών τριχοειδών και μετακίνηση των ενδοθηλιακών κυττάρων προς τον όγκο.

Τα ενδοθηλιακά κύτταρα έχουν ειδικούς υποδοχείς που υπό την επίδραση αυξητικών παραγόντων πολλαπλασιάζονται και σχηματίζουν αγγεία. Ο αγγειακός ενδοθηλιακός αυξητικός

παράγοντας (VEGF) είναι ο υπεύθυνος παράγοντας και πιθανώς εκκρίνεται από τα καρκινικά κύτταρα. Υπάρχουν όμως και παράγοντες στον οργανισμό που αναστέλλουν την αγγειογένεση. Ο βαθμός της νεοαγγειογένεσης φυσικά εξαρτάται από το τελικό αποτέλεσμα των αντικρουόμενων αυτών παραγόντων.

Η αγγειογένεση έχει γίνει το επίκεντρο έρευνας και αρκετά φάρμακα που αποδεικνύουν αντί – αγγειογενετική ικανότητα δοκιμάζονται εναντίον του καρκίνου σε κλινική πράξη. (Bauman GS., Venkatesan VM., Ago CT., et al., 1998)

### **1.3 Είδη κακοήθων νεοπλασμάτων**

Τα κακοήθη νεοπλάσματα παίρνουν το όνομά τους βάσει του ανθρώπινου ιστού από τον οποίο προέρχονται. Οι μεταστάσεις των νεοπλασμάτων σε άλλα όργανα διατηρούν τα χαρακτηριστικά του ιστού προέλευσής τους. Κάποια συνήθη νεοπλάσματα και ο ιστός προέλευσής τους είναι τα εξής: 1) Καρκινώματα: είναι νεοπλάσματα του επιθηλιακού ιστού (π.χ. καρκίνος μαστού, στομάχου, πνεύμονα), 2) Σαρκώματα: είναι νεοπλάσματα του συνδετικού ιστού, μυών και οστών (π.χ. ινοσάρκωμα, λειομυοσάρκωμα, οστεοσάρκωμα), 3) Λεμφώματα: είναι νεοπλάσματα του λεμφικού ιστού (π.χ. Hodgkin και Μη Hodgkin λεμφώματα), 4) Μελανώματα: είναι νεοπλάσματα που προέρχονται από τα μελανοκύτταρα του καλυπτικού ιστού (π.χ. μελάνωμα δέρματος), 5) Λευχαιμίες: είναι νεοπλασίες που προέρχονται από τα έμμορφα συστατικά του αίματος (π.χ. Χρόνια Μυελογενής Λευχαιμία, Οξεία Λεμφοβλαστική Λευχαιμία, Μεγακαρυοκυτταρική Λευχαιμία), 6) Γλοιώματα: είναι νεοπλάσματα του εγκεφάλου που προέρχονται από τη νευρογλοία. (Bauman GS., Venkatesan VM., Ago CT., et al., 1998)

### **1.4 Αίτια καρκινογένεσης**

Η δημιουργία και η ανάπτυξη του καρκίνου είναι ένα πολυπαραγοντικό γεγονός. Πολλοί παράγοντες υπεισέρχονται οι οποίοι συνήθως σε συνδυασμό συμβάλλουν στην καρκινογένεση. Τέτοιοι παράγοντες είναι κυρίως γενετικοί, ανοσοποιητικοί και περιβαλλοντικοί. (Aaronson NK., Ahmedzai S., Bergman B., et al., 1993)

#### **1.4.α Γενετικοί παράγοντες**

Υπάρχουν καρκίνοι που το γενετικό υλικό τους αποτελεί τον κύριο παράγοντα ανάπτυξής τους. Είναι εκείνοι που αναπτύσσονται σε προδιαθεσικό υπόστρωμα που κληρονομείται και η παρουσία του σε πολλές οικογένειες είναι εμφανής. Χαρακτηριστική είναι η παρουσία του γονιδίου BRCA1 και BRCA2 σε γυναίκες οικογενειών στις οποίες η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου μαστού είναι μεγαλύτερη από ότι στο γενικό πληθυσμό. (Caro MM., Laviano A., Pichard C., et al., 2007)

#### **1.4.β Ανοσολογικοί παράγοντες**

Ανεπάρκεια ανοσολογικού συστήματος προδιαθέτει στην ανάπτυξη καρκίνου. Η ανεπάρκεια αυτή μπορεί να προέρχεται είτε από φάρμακα όπως η χημειοθεραπεία είτε λοιμώξεις από ιούς όπως HIV. Επίσης, η αυξημένη ανάπτυξη καρκίνου με την πάροδο της ηλικίας έχει σχέση και με τη συνεχώς μειούμενη ανοσολογική επάρκεια κατά τη διάρκεια της ανθρώπινης ζωής. (Coia LR., Hanks GE., 1988)

#### **1.4.γ Περιβαλλοντικοί παράγοντες**

Το περιβάλλον συμβάλλει σημαντικά στην καρκινογένεση. Η ακτινοβολία, ο ήλιος, ο αμίαντος, η μολυσμένη ατμόσφαιρα και το κάπνισμα αποτελούν κύριους παράγοντες που σε ορισμένα άτομα συμβάλλουν στην ανάπτυξη του καρκίνου. Ένας άλλος σπουδαίος παράγοντας είναι η διατροφή. (Cullen M., James N., 1996)

#### **1.5 Αντικαρκινική αγωγή**

Η αντικαρκινική θεραπεία περιλαμβάνει τη χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία, τη χειρουργική θεραπεία, την ανοσοθεραπεία ή συνδυασμούς των προαναφερθέντων. (Daniell HW., Tam E., Filice A., 1993)

### **1.5.α Χημειοθεραπεία**

Η αντινεοπλασματική χημειοθεραπεία έχει προορισμό την καταστροφή των νεοπλασματικών κυττάρων. Η χημειοθεραπεία είναι συστηματική θεραπεία και έχει δράση σε όλο τον οργανισμό σε αντίθεση με την ακτινοθεραπεία και τη χειρουργική επέμβαση που εφαρμόζονται τοπικά. (Fossa SD., Aass N., Kaalhus O., 1989)

### **1.5.β Ακτινοθεραπεία**

Περισσότερο από το 10% των αρρώστων εμφανίζουν απώλεια σωματικού βάρους > 10% όταν η ακτινοθεραπεία συνεχίζεται για 6-8 εβδομάδες.

Η ακτινοθεραπεία προκαλεί διαταραχές θρέψης είτε λόγω δυσκολίας λήψεως της τροφής σε περιπτώσεις ακτινοθεραπείας της κεφαλής και του τραχήλου είτε από συνδυασμό δυσφαγίας και δυσαπορρόφησης σε περιπτώσεις ακτινοθεραπείας της κοιλιάς. (Fossa SD., Aass N., Kaalhus O., 1989)

### **1.5.γ Χειρουργική θεραπεία**

Η χειρουργική θεραπεία αποτελεί πρωταρχική θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς με κακοήγη νεοπλάσματα και μπορεί να συνδυαστεί με προεγχειρητική ή μετεγχειρητική συμπληρωματική χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία. (Giacchetti S., Raoul Y., Wibbult P., et al., 1993)

### **1.5.δ Ανοσοθεραπεία**

Οι βιολογικοί τροποποιητές οι οποίοι περιλαμβάνουν τις ιντερφερόνες και τις κυτταροκίνες στην κλινική πράξη έχουν χρησιμοποιηθεί σε ορισμένα νεοπλάσματα (π.χ. νεφρού, ουροδόχου κύστης) με συζητήσιμα αποτελέσματα.

Οι ασθενείς όμως που υποβάλλονται σε τέτοιου είδους θεραπεία μπορεί να έχουν διάφορες παρενέργειες (π.χ. ναυτία, έμετος, διάρροια, δυσκοιλιότητα, δυσπεπτικά ενοχλήματα, ανορεξία, κόπωση, εφίδρωση, πυρετό με ρίγος) οι οποίες μπορεί να έχουν αρνητικές συνέπειες

στην διατροφική τους κατάσταση και πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στο σχεδιασμό της διατροφικής τους υποστήριξης. (Giacchetti S., Raoul Y., Wibault P., et al., 1993)

### **1.6 Φαρμακευτική αγωγή**

Οι καρκινοπαθείς συχνά έχουν την ανάγκη να χρησιμοποιούν φάρμακα για να αντιμετωπίσουν διάφορα συμπτώματα τα οποία είτε οφείλονται στην ίδια τη νόσο και έχουν σχέση με το σύστημα ή το όργανο που προσβάλλεται, είτε αποτελούν παρενέργειες της χημειοθεραπείας ή της ακτινοθεραπείας.

Το άλγος είναι ένα πρόβλημα το οποίο αντιμετωπίζει συχνότατα ο καρκινοπαθής και καλείται να επιλύσει ο θεράπων ιατρός του. Τα συνήθη παυσίπονα παρέχουν αναλγησία 3-4 ωρών στη δοσολογία που κυκλοφορούν. Τα πιο ισχυρά προσφέρουν αναλγησία 4-5 ωρών. Στα ενέσιμα η διάρκεια είναι 5-7 ώρες. Ορισμένα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη έχουν ισχυρή παυσίπονη δράση, γι' αυτό και χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις πολύ ισχυρού άλγους. Ανάλογα με την ένταση, το είδος και το σημείο εντόπισης του άλγους χρησιμοποιούνται: 1) Απλά παυσίπονα (π.χ. παρακεταμόλη), 2) Οπιοειδή (π.χ. υδροχλωρική δεξτροπροποξυφαίνη, πεθιδίνη, μορφίνη), 3) Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (π.χ. ινδομεθακίνη, νιμεσουλίδη).

Επιπλέον, η χορήγηση υπνωτικών, ηρεμιστικών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι συχνή σε ασθενείς με κακοήθη νεοπλάσματα. Χρησιμοποιούνται είτε για την καταπολέμηση του άλγους, των φοβικών διαταραχών, της κατάθλιψης και των διαταραχών του ύπνου, είτε για την αντιμετώπιση του άλγους που επιφέρει ο καρκίνος. Τα διάφορα αντικαταθλιπτικά και τα ηρεμιστικά φάρμακα έχουν σαφή συνεργική δράση με τα παυσίπονα καθώς αυξάνουν την περίοδο αναλγησίας.

Κάποια από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα ηρεμιστικά – υπνωτικά είναι τα εξής: διαζεπάμη, λοραζεπάμη, λολπιδέμη ταρταρική. Από τα αντικαταθλιπτικά η σιταλοπράμη και η υδροχλωρική φλουοξένη χρησιμοποιούνται ευρύτατα.

Αρκετά φάρμακα χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της εξάντλησης του ασθενούς και για τη θεραπεία της καρκινικής καχεξίας. Η οξεϊκή μεγεστρόλη βελτιώνει την όρεξη και προάγει την αύξηση του βάρους.

Η χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων γίνεται κυρίως για την αντιμετώπιση της ναυτίας και των εμέτων που παρουσιάζονται και ως παρενέργεια της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας.

Τέλος, συχνή είναι η χρήση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων. Αρκετά κυτταροστατικά όπως η φλουοροουρακίλη, η ιρινοτεκάνη προκαλούν σοβαρά διαρροϊκά σύνδρομα.

Η χορήγηση όλων των προαναφερθέντων φαρμάκων είτε μέσω του τρόπου δράσης τους είτε λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών επηρεάζουν τη θρέψη και παίζουν το ρόλο τους στη διατροφική κατάσταση των ασθενών. (Graydon J., Galloway S., Palmer – Wickam S., et al., 1997)



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ψυχολογία ατόμων με καρκίνο – καρκίνο του μαστού**

### **Ιστορικά στοιχεία**

Η σχέση ψυχοπαθολογικών καταστάσεων και καρκίνου αποτέλεσε αντικείμενο παρατήρησης από την εποχή του Ιπποκράτη.

Το 2<sup>ο</sup> αι. μ. Χ. ο Γαληνός έγραφε: «Εναργώς γαρ άπαντα τα τοιαύτα πάθη και μάλισθ' ο καρκίνος υπό μελαγχολικού γίνεται χυμού» (Ρηγάτος και Κάππου – Ρηγάτου, Christodoulou 1987) και οι αντιλήψεις αυτές για την αιτιολογική σχέση κατάθλιψης και καρκίνου μεταφέρθηκαν στη Ρωμαϊκή Ιατρική, την Αραβική Ιατρική, την Περσική Ιατρική (Αβικένας, 980-1037) και τη Βυζαντινή Ιατρική (Μιχαήλ Ψελλός, 1018-1078), για να διηθηθούν στη σύγχρονη ψυχοσωματική αντίληψη, που υποστηρίζει ότι η γένεση, πορεία και εξέλιξη του καρκίνου υπόκειται στην επίδραση όχι μόνο βιολογικών αλλά και ψυχοκοινωνικών συντελεστών (βιο-ψυχο-κοινωνική θεώρηση). (Χριστοδούλου Γ.Ν. και συν., 2002)

### **2.1 Υγεία και ασθένεια**

Η έννοια της υγείας εξαρτάται από τον τρόπο που αντιλαμβάνεται ο καθένας τον ζωντανό οργανισμό και τον τρόπο που αλληλεπιδρά με το περιβάλλον. Και εφόσον ο τρόπος αντίληψης μεταβάλλεται από τον ένα πολιτισμό στον άλλο, παράλληλα μεταβάλλεται και η έννοια της υγείας.

Στις ανεπτυγμένες χώρες, έχουν καθιερωθεί στην ιστορία της ιατρικής δύο ιδεολογικές θεωρήσεις σχετικά με την υγεία και την ασθένεια:

A) το Βιοϊατρικό (ή Γραμμικό) Μοντέλο (πάνω στο οποίο στηρίζεται κυρίως η σύγχρονη άσκηση της ιατρικής) και

B) το Ολιστικό Μοντέλο (αποτελεί μια νέα προσέγγιση στον τομέα της υγείας). (Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ., 1986).

## 2.1.α Βιοϊατρικό Μοντέλο

Τα χαρακτηριστικά του βιοϊατρικού μοντέλου είναι τα εξής:

- 1) Το ανθρώπινο σώμα θεωρείται ως μια «μηχανή» με επιμέρους συστατικά, και η σωματική ασθένεια αντιμετωπίζεται σαν μια βλάβη του «βιολογικού μηχανισμού».
- 2) Η ασθένεια θεωρείται «εχθρός» ο οποίος απειλεί και προσβάλλει τον ανθρώπινο οργανισμό.
- 3) Κάθε αποτέλεσμα (σύμπτωμα, νόσος) έχει μια και μόνο αιτία.

Η καθιερωμένη αυτή προσέγγιση του βιοϊατρικού μοντέλου στηρίζεται σε θεωρίες οι οποίες διαχωρίζουν την ψυχή από το σώμα και οδηγούν τον εκάστοτε θεράποντα ιατρό να επικεντρώνεται στη βιολογική λειτουργία του οργανισμού, αγνοώντας τις ψυχοκοινωνικές και περιβαλλοντικές όψεις της ασθένειας. Όμως, η εφαρμογή του μοντέλου αυτού στην κλινική πράξη έχει ορισμένες συνέπειες που παρατίθενται παρακάτω:

- 1) Τα ιατρικά προβλήματα ανάγονται σε «κυτταρικά φαινόμενα» ώστε να εντοπιστεί ο μηχανισμός που προκαλεί το κάθε πρόβλημα. Κατά αυτόν τον τρόπο, η Βιοϊατρική αυτοπεριορίζεται ως προς τα φαινόμενα που μελετά, αφού σε ελάχιστες περιπτώσεις οι βιολογικοί μηχανισμοί αποτελούν το μοναδικό αίτιο μιας πάθησης.
- 2) Ο ρόλος του ιατρού σταματά στην επέμβαση (π.χ. χειρουργική, χημειοθεραπευτική), έως ότου διορθώσει το βλάβη του βιολογικού μηχανισμού.
- 3) Ο ιατρός εστιάζει στη θεραπεία ενός οργάνου, χωρίς να βλέπει ότι αυτό μπορεί να αντανakλά μια διαταραχή ολόκληρου του οργανισμού. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην βλέπει ο ιατρός τον ασθενή σαν οντότητα και η άσκηση της ιατρικής να γίνεται απρόσωπη.
- 4) Η παρέμβαση από την πλευρά του ιατρού είναι εξωτερική χωρίς να συνυπολογίζεται το θεραπευτικό δυναμικό που κρύβει στο σώμα του ο ασθενής (π.χ. ανοσοποιητικό σύστημα). (Ορισμένοι παράγοντες όπως οι καιρικές συνθήκες, η κόπωση, το στρες επηρεάζουν την αντίσταση του οργανισμού σε κάποιο νοσογόνο παράγοντα.)
- 5) Οι περισσότεροι άνθρωποι επειδή φοβούνται την κριτική του τρόπου ζωής τους και αρνούνται να αλλάξουν τις ανθυγιεινές συνήθειες τους, υποτάσσονται στο βιοϊατρικό μοντέλο και αναθέτουν την ευθύνη της υγείας τους στον ιατρό. Έτσι ο τελευταίος,

αναλαμβάνει την ευθύνη της υγείας του ασθενούς και μόνο αυτός θεωρείται ότι μπορεί να κάνει κάτι που θα οδηγήσει στη βελτίωσή της. Στην πραγματικότητα όμως, μια τέτοιου είδους σχέση δεν μπορεί να είναι τόσο αποτελεσματική όσο θα μπορούσε να είναι μια ολιστική προσέγγιση.

- 6) Η αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς, δεν ισοδυναμεί απαραίτητα με τη θεραπεία της σωματικής του ασθένειας. Η ιατρική παρέμβαση δεν μπορεί να προσφέρει πολλά, όταν δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει ψυχολογικούς παράγοντες ή μια παρατεταμένη κατάσταση στρες που μπορεί να συμβάλλει στην επανεμφάνιση της ασθένειας ή στη μετατροπή της σε ψυχική διαταραχή.
- 7) Τέλος, το βιοϊατρικό μοντέλο δεν έχει ουδεμία σχέση με κάθε φιλοσοφική και υπαρξιακή προέκταση σε σχέση με σοβαρές ασθένειες που πιθανόν να έχουν σαν επακόλουθο το θάνατο, με αποτέλεσμα, ο ιατρός να μην ξέρει πώς να συμπεριφερθεί απέναντι στον ετοιμοθάνατο και την οικογένειά του.

Βέβαια, πρέπει να σημειωθεί ότι είναι πολύ σημαντική η προσφορά και οι επιτυχίες της βιοϊατρικής προσέγγισης, οι οποίες έχουν συμβάλλει ουσιαστικά στην πρόοδο της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης. Η ανακάλυψη της πενικιλίνης το 1948, αποτέλεσε την απαρχή της εποχής των αντιβιοτικών, ενώ κατά τη δεκαετία του '50 ανακαλύφθηκαν και διαδόθηκαν τα ψυχοφάρμακα (ηρεμιστικά, αντικαταθλιπτικά) τα οποία αντικατέστησαν τις απάνθρωπες τεχνικές του εξωτερικού καταναγκασμού (ηλεκτροσόκ, υπογλυκαιμικό κώμα, ψυχοχειρουργική) και μείωσαν το χρόνο παραμονής στα νοσοκομεία. Το ίδιο εντυπωσιακές ήταν και οι εξελίξεις στον τομέα της χειρουργικής, με την εφαρμογή της αντισηψίας, την πρόοδο της αναισθησιολογίας, την αντικατάσταση κατεστραμμένων ιστών και οστών με τεχνητά υλικά και τη μεταμόσχευση ζωτικών οργάνων. (Kiebert GM., Haes J., Van de Velde C., 1991)

## **2.1.β Ολιστικό Μοντέλο**

Ένας δεύτερος τρόπος σκέψης, ο Ολιστικός και το βιο – ψυχο – κοινωνικό μοντέλο έχει αρχίσει να προβάλλεται και να επιβάλλεται τα τελευταία χρόνια, παρά την κυριαρχία του γραμμικού μοντέλου.

Στο μοντέλο αυτό, ασθένεια και υγεία είναι οι δύο όψεις ενός συνεχούς, ενιαίου, μεταβαλλόμενου συστήματος οι οποίες συμπληρώνουν η μία την άλλη.

Εφόσον η κατάσταση της υγείας ενός ατόμου εξαρτάται από το φυσικό – οικολογικό και ψυχοκοινωνικό περιβάλλον του, είναι αδύνατο να υπάρξει ένα απόλυτο επίπεδο υγείας, ανεξάρτητο από το συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Οπότε είναι αδύνατο να χαραχθεί μια σαφής οριακή γραμμή ανάμεσα στη υγεία και την ασθένεια.

Η υγεία και η ασθένεια είναι αλληλένδετες: Κάποια συναισθηματικά προβλήματα ή η κοινωνική απομόνωση μπορούν να κάνουν ένα άτομο να νιώθει άρρωστο παρά τη φυσική του προσαρμοστικότητα.

Μια θετική διανοητική στάση και μια κοινωνική υποστήριξη, μπορούν να εξισορροπήσουν τη σωματική ασθένεια, έτσι που η συνολική κατάσταση να εξισωθεί με την ευεξία. Όλες αυτές οι πολλαπλές διαστάσεις της υγείας επιδρούν η μία με την άλλη, και το ισχυρότερο αίσθημα υγείας προκύπτει όταν εξασφαλίζεται μεταξύ τους η ισορροπία και η αρμονία. Υγιής λοιπόν, δε θεωρείται αυτός που δεν παρουσιάζει συμπτώματα ασθένειας και οι ιατρικές του εξετάσεις δίνουν τιμές που βρίσκονται σε φυσιολογικά επίπεδα, αλλά αυτός που μέσα στις συνθήκες στις οποίες ζει, παρουσιάζει μια δυναμική ισορροπία μεταξύ της ψυχοκοινωνικής και σωματικής του υπόστασης. (Kiebert GM., Haes J., Van de Velde C., 1991)

Επομένως, σύμφωνα με το νέο αυτό μοντέλο, ο άνθρωπος θεωρείται ένα ολοκληρωμένο σύνολο όπου η σωματική, η διανοητική και η συναισθηματική του υπόσταση λειτουργούν αθροιστικά και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, ενώ παράλληλα βρίσκονται σε ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Στα πλαίσια αυτού του τρόπου σκέψης, όλες οι διαταραχές της υγείας είναι «ψυχοσωματικές» με την έννοια ότι συμμετέχουν στην αλληλουχία του νου και του σώματος ως προς την πρόκληση, ανάπτυξη και θεραπεία τους.

Συχνά όμως, οι «ψυχοσωματικές διαταραχές» παρερμηνεύονται και λανθασμένα θεωρούνται εκείνες που δε συνοδεύουν κάποιο οργανικό αίτιο, γι' αυτό και αναφέρονται ως φανταστικές ή ανύπαρκτες.

Ωστόσο, ανάλογα με τις εκδηλώσεις της ασθένειας, γίνεται συχνά ένας διαχωρισμός μεταξύ «ψυχοσωματικών» και «σωματοψυχικών» φαινομένων.

Τα ψυχοσωματικά φαινόμενα είναι τα σωματικά φαινόμενα που προέρχονται κυρίως από ψυχολογικούς παράγοντες. Ενώ αντίθετα, τα σωματοψυχικά φαινόμενα είναι τα ψυχολογικά προβλήματα που προέρχονται κυρίως από σωματικές διαταραχές. Για παράδειγμα, το χρόνιο στρες προκαλεί σε ένα άτομο έντονες ημικρανίες (ψυχοσωματική διαταραχή). Οι ημικρανίες γίνονται η νέα πηγή στρες η οποία προστίθεται στις προηγούμενες πηγές κι επηρεάζει τον

ψυχισμό του ατόμου προκαλώντας εκνευρισμό, αϋπνίες, άγχος (σωματοψυχικές διαταραχές) που αυξάνουν και παρατείνουν το χρόνιο στρες του ατόμου. Έτσι, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος. (Kiebert GM., Haes J., Van de Velde C., 1991)

Πολλές από τις ασθένειες πρέπει να αντιμετωπιστούν σε σχέση με το περιβάλλον, με τα προβλήματα της ζωής, με τις αντιξοότητες, με τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις πεποιθήσεις του κάθε ατόμου. Συχνά, η ασθένεια είναι μια μορφή προειδοποίησης πως κάτι δεν πάει καλά. Δεν είναι κάτι κακό, αλλά ένα «σήμα κινδύνου» ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα στη γενική ισορροπία του οργανισμού και γίνεται μια προσπάθεια από πλευράς του να επαναφέρει την αρμονία του συστήματος.

Υπάρχουν τρία αλληλοεξαρτώμενα επίπεδα υγείας: ατομικό, κοινωνικό και οικολογικό. Για να διατηρηθεί η υγεία στα τρία αυτά επίπεδα χρειάζεται ευκαμψία και επίτευξη δυναμικής ισορροπίας που σημαίνει ότι ο οργανισμός πρέπει να είναι σε θέση να αποκαθιστά από μόνος του την ισορροπία, ύστερα από κάθε διαταραχή. Να φθάνει δηλαδή σε ισορροπία (σε οργανικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο) μέσα από κατά καιρούς διακυμάνσεις και να προσαρμόζεται στις περιβαλλοντικές μεταβολές. Το να νοσεί κανείς και να θεραπεύεται είναι δύο αδιαχώριστες πλευρές/όψεις της διαδικασίας αυτοοργάνωσης του οργανισμού.

Κάπου εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει τίποτα απομονωμένο. Κάθε διαταραχή σε κάποιο επίπεδο, επιφέρει διαταραχές και στα υπόλοιπα επίπεδα. Μέσα λοιπόν από αυτό τον τρόπο ερμηνείας της ασθένειας, το κάθε άτομο πρέπει να αρχίσει να ελέγχει τη συμπεριφορά του σε σχέση με την υγεία του, να συνειδητοποιήσει τις σχέσεις μεταξύ ασθένειας, τρόπου ζωής και συναισθημάτων που υποβοηθούν στη μείωση της άμυνας του οργανισμού. Πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι η ασθένεια δεν είναι ένας εξωτερικός εχθρός που πρέπει να τον «πολεμήσει», αλλά χρειάζεται να ανακαλύψει τι σημαίνει και τι συμβολίζει για το ίδιο το άτομο μια σωματοποίηση των εσωτερικών του συγκρούσεων, ιδιαίτερα σε περιόδους της ζωής του που χαρακτηρίζονται από παρατεταμένη ένταση, άγχος και στρες.

Έτσι, μπορεί να οδηγηθεί σε μια πιο ολοκληρωμένη αυτογνωσία, μια καινούρια εικόνα για τον εαυτό του σε σχέση με το περιβάλλον του, και πιθανόν να επιφέρει κάποιες αλλαγές στον τρόπο που αισθάνεται, σκέφτεται, ενεργεί. Η ασθένεια δηλαδή, προτρέπει το άτομο να αναθεωρήσει τη ζωή του αν θέλει να μείνει ή να γίνει υγιές. Μια τέτοια αλλαγή δε σημαίνει μόνο καλύτερη υγεία αλλά και βελτίωση της ποιότητας ζωής του.

Από τη στιγμή που ο ασθενής αποδεχθεί ότι έχει λάβει μέρος στην πρόκληση – ανάπτυξη – εξέλιξη της ασθένειάς του, ίσως τότε αποδεχθεί να λάβει μέρος και στη διαδικασία της θεραπείας. Η έννοια της συμμετοχής οδηγεί στην ιδέα της ευθύνης στην ασθένεια (αυτούπευθυνότητα). (Giovannucci E., Stampfer MJ., Colditz GA., 1993)

Μέσα από μια ολιστική προσέγγιση, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή να συνειδητοποιήσει ότι η συμπεριφορά του και το περιβάλλον επηρεάζουν την υγεία του. Αναθεωρώντας τον τρόπο ζωής του, μπορεί να αντιμετωπίζει αποτελεσματικότερα το καθημερινό στρες και να προσαρμόζει τη συμπεριφορά του όταν αυτή έχει αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία του.

Με τον τρόπο αυτό η σχέση μεταξύ ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενούς ξεπερνά τα πλαίσια μιας ιεραρχίας όπου «θεραπευτής» και «ασθενής» στέκονται ο ένας πάνω από τον άλλο. Δεν υπάρχει μια σχέση «δύναμης» ή «υπεροχής» αλλά μια ισότιμη σχέση όπου συνεργάζονται για να αποκτήσουν μια βαθύτερη κατανόηση των οργανικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που συνέβαλαν στην ανάπτυξη της ασθένειας.

Η διατήρηση της υγείας δεν πρέπει να είναι υπόθεση μόνο του ατόμου (προσωπική ευθύνη του καθενός για την υγεία του) αλλά και του συνόλου, όπου οι προσπάθειες των δύο θα συντονίζονται και θα αλληλοσχετίζονται. (Giovannucci E., Stampfer MJ., Colditz GA., 1993)

Άλλωστε η παραδοχή ότι υπάρχει ατομική ευθύνη για την υγεία, υπόκειται σε μια σειρά περιορισμών. Τα άτομα μπορούν να θεωρηθούν υπεύθυνα μόνο όταν διαθέτουν την ελευθερία να φροντίσουν τον εαυτό τους, αλλά στην πράξη η ελευθερία αυτή είναι περιορισμένη από κοινωνικούς, πολιτιστικούς, οικονομικούς και εργασιακούς παράγοντες, των οποίων η μεταβολή απαιτεί συλλογική δράση.

Η κοινωνική μέριμνα για την υγεία θα πρέπει να χωρίζεται σε δύο κλάδους:

A) Στην *εκπαίδευση για την υγεία* που σκοπό θα έχει να μεταδώσει γνώσεις και να διαμορφώσει πρότυπα συμπεριφοράς που θα οδηγήσουν στην προάσπιση, προαγωγή και βελτίωση του επιπέδου υγείας και ποιότητας ζωής. Παράλληλα θα πρέπει να ενθαρρύνει και να κινητοποιεί τον πληθυσμό να θέλει να είναι υγιής, να γνωρίζει πως θα παραμείνει υγιής, να εντάσσει εκπαιδευτικά προγράμματα αγωγής υγείας στα σχολεία και να προβάλλει στα μέσα μαζικής ενημέρωσης προγράμματα ευαισθητοποίησης της δημόσιας υγείας.

B) Στην *πολιτική της υγείας* που στόχος της θα είναι ο περιορισμός των διαφημίσεων ανθυγιεινών προϊόντων, καθορισμός προδιαγραφών τροφίμων, καταπολέμηση των

περιβαλλοντικών πηγών μόλυνσης, βελτίωση του οικονομικού επιπέδου των εργαζομένων, τροποποίηση των θεσμών μέριμνας για την υγεία. (Giovannucci E., Stampfer MJ., Colditz GA., 1993)

Στην Ολιστική προσέγγιση της θεραπείας, τις προσπάθειες θα πρέπει να κάνει ομάδα ειδικών από διάφορους επιστημονικούς κλάδους. Θα πρέπει ακόμα να αναδιοργανωθεί η ιατρική εκπαίδευση. Ο ιατρός θα παρακινείται να καταστεί περισσότερο πληροφορημένος γύρω από τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις των ασθενών. Για την ολιστική εκτίμηση του ασθενή, τη διάγνωση και τη θεραπεία, θα πρέπει να συγκεντρώσει πληροφορίες (ιστορικό) από τις τρεις διαστάσεις του ατόμου (βιολογική, ατομική, περιβαλλοντική) και για τρία χρονικά επίπεδα (παρόν, πρόσφατο παρελθόν, γενετικό υπόβαθρο). (Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ., 1999)

Ο ιατρός βέβαια, δε χρειάζεται να είναι ειδικός σε όλους τους τομείς, αλλά να διαθέτει μια λειτουργική γνώση των αρχών και των συμπερασμάτων στους πέραν της ιατρικής επιστημονικούς κλάδους. Τότε μόνο η προσέγγιση του ασθενούς θα είναι ολοκληρωμένη πολύπλευρα και θα μπορούν ως ένα βαθμό να καλυφθούν οι ειδικές ανάγκες όσων έχουν βρεθεί αντιμετώπι με τη διάγνωση του καρκίνου. (Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ., 1986)

## **2.2 Ψυχολογικοί παράγοντες και καρκινογένεση**

Πριν μερικές δεκαετίες, ο καρκίνος θεωρείτο πως είναι μια χρόνια, αναπότρεπτη ασθένεια, που έρχεται ως φυσικό επακόλουθο της γήρανσης του οργανισμού. Η αντίληψη αυτή τροποποιήθηκε όταν δεδομένα επιδημιολογικών ερευνών επισήμαναν πως το κάπνισμα σχετίζεται αιτιολογικά με τον καρκίνο του πνεύμονα και πως και άλλοι προσδιορισμένοι παράγοντες συνδέονται με την έναρξη και προαγωγή του καρκίνου.

Οι περισσότεροι από τους παράγοντες αυτούς ανήκουν στην κατηγορία των «Παραγόντων κινδύνου», χαρακτηριστικά δηλαδή του ατόμου που αυξάνουν την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου πάνω από το επίπεδο κινδύνου στο γενικό πληθυσμό. Το ποσοστό των περιπτώσεων καρκίνου το οποίο έχει αποδοθεί σε «περιβαλλοντικές» αιτίες διαφέρει μεταξύ των ερευνητών κυμαινόμενο από 70% έως 90%. (Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ., 1986)

Οι Doll και Peto (1981) παρουσίασαν τις εκτιμήσεις τους για τα ποσοστά θανάτων από καρκίνο στην Αμερική που μπορεί να αποδοθούν σε διάφορους παράγοντες, οι επιπτώσεις των οποίων θα μπορούσαν να αποφευχθούν με την εφαρμογή προληπτικών μέτρων.

Οι παράγοντες που περιέλαβαν είναι:

- *Η διατροφή (35%) που θεωρείται ως πιθανός αιτιολογικός παράγοντας για πολλές κακοήθεις νεοπλασίες όπως του στομάχου, του παχέος εντέρου, του ενδομητρίου, του μαστού.*
- *Το κάπνισμα (30%) που συσχετίζεται έντονα με τον καρκίνο του πνεύμονα, αλλά και με τους καρκίνους της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα, λάρυγγα, οισοφάγου, ουροδόχου κύστεως και πιθανόν του παγκρέατος και του νεφρού.*
- *Οι λοιμώδεις παράγοντες (10%) όπως ο ιός Epstein - Barr, ο ιός της ηπατίτιδας τύπου Β, ο ιός του απλού έρπητα τύπου 2.*
- *Η αναπαραγωγική και γενετήσια συμπεριφορά (7%) όπου για παράδειγμα ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας συσχετίζεται θετικά με την πολλαπλότητα των σεξουαλικών σχέσεων, ενώ η αυξημένη πιθανότητα προσβολής από καρκίνο του μαστού συνδέεται με μεγάλη ηλικία πρώτου τοκετού, πρόιμη εμμηνοαρχή και καθυστερημένη εμμηνόπαυση.*
- *Οι επαγγελματικοί καρκινογόνοι παράγοντες (4%) όπως ο αμιάντος, με εντόπιση τους πνεύμονες στους εργάτες ορυχείων και υφαντών, το χλωριούχο βινύλιο με εντόπιση το ήπαρ στους εργάτες πλαστικών.*
- *Το αλκοόλ (3%) όπου η κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών συσχετίζεται με τους καρκίνους της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα, λάρυγγα, οισοφάγου και πιθανώς του ήπατος.*
- *Οι γεωφυσικοί παράγοντες (3%) όπως η ηλιακή ακτινοβολία, που συμβάλλει στην αιτιολογία του μελανώματος και των βασικοκυτταρικών και ακανθοκυτταρικών καρκινωμάτων του δέρματος.*
- *Η μόλυνση του περιβάλλοντος (2%) που περιλαμβάνει την ατμοσφαιρική ρύπανση και ανθυγιεινές ενώσεις στο νερό και τα τρόφιμα.*
- *Οι ιατρογενείς καρκινογόνοι παράγοντες (1%) όπως η ιονίζουσα ακτινοβολία η χρησιμοποιούμενη για θεραπευτικούς και διαγνωστικούς σκοπούς, τα οιστρογόνα, τα αντισυλληπτικά δισκία, οι αλκυλιούντες παράγοντες.*

Το άθροισμα των εκτιμώμενων ποσοστών δεν είναι ακριβώς 100%. Αυτό προκύπτει επειδή ορισμένοι παράγοντες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους ώστε να προκληθεί η ασθένεια. Η απόδοση δηλαδή σε διάφορες αιτίες του κινδύνου του καρκίνου γίνεται πολύπλοκη από το



γεγονός ότι μερικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν με άλλους ώστε το αποτέλεσμα να είναι μεγαλύτερο από το άθροισμα των επιμέρους αποτελεσμάτων των ίδιων παραγόντων (συνέργεια). Άλλοτε η απομάκρυνση ενός των παραγόντων μπορεί να έχει σχεδόν το ίδιο αποτέλεσμα όπως η απομάκρυνση και των δύο μαζί. Για παράδειγμα, το κάπνισμα δρα σε συνέργεια με το αλκοόλ για την πρόκληση του καρκίνου του άνω αναπνευστικού και του πεπτικού συστήματος. Άλλες φορές, ορισμένοι διατροφικοί παράγοντες, όπως η β-καροτίνη, μπορεί να μειώνουν τον κίνδυνο καρκίνου πολλών εντοπίσεων περιλαμβανομένου του καρκίνου του πνεύμονα στους καπνιστές.

Είναι κοινώς παραδεκτό ότι ο «τρόπος ζωής» επηρεάζει καθοριστικά την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου. Ένα απροσδιόριστο ποσοστό μάλιστα των αιτίων καρκίνου αποδίδεται από τους Doll και Peto (1981) σε παράγοντες που συμβάλλουν κατά αδιευκρίνιστο τρόπο στην επίπτωση του καρκίνου. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνεται το ψυχολογικό στρες και η κατάρρευση του ανοσολογικού ελέγχου.

Ο Fox (1978) εκτιμά σε 10% περίπου την συμβολή των ψυχολογικών παραγόντων και του στρες στην καρκινογένεση. Ο ίδιος ερευνητής ισχυρίζεται πως στις νεοπλασίες της παιδικής ηλικίας και εφηβείας βαρύνει η κληρονομική προδιάθεση, ενώ στις νεοπλασίες της τρίτης ηλικίας βαρύνει η χρόνια έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες, η μεγαλύτερη πιθανότητα τυχαίας μεταλλαγής των υγιών κυττάρων σε καρκινικά, η αλλαγμένη ορμονική ισορροπία, το ανεπαρκές ανοσολογικό σύστημα. Μένουν οι ηλικίες μεταξύ 35-55 χρόνων που πιθανώς χαρακτηρίζονται από τη μεγαλύτερη συμβολή των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην καρκινογένεση.

## **2.2.α Προνοσηροί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και επίπτωση του καρκίνου**

Όταν γίνεται αναφορά στους ψυχολογικούς παράγοντες και την καρκινογένεση εννοούνται εκείνα τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που αλλάζουν τόσο την συμπεριφορά ενός ατόμου όσο και την κατάσταση του οργανισμού του.

Η μεταβολή της συμπεριφοράς ενός ατόμου που οδηγείται στο να αυξάνει ή να μειώνει την έκθεσή του σε καρκινογόνους παράγοντες γίνεται άλλοτε με ατομική ευθύνη (π.χ. το κάπνισμα, η χρόνια χρήση αλκοόλ, η διατροφή, η αναπαραγωγική και σεξουαλική συμπεριφορά) και άλλοτε κάτω από κοινωνική πίεση.

Η μεταβολή της κατάστασης του οργανισμού σε βιολογικό επίπεδο, χωρίς την άμεση παρέμβαση ενός εξωτερικού καρκινογόνου παράγοντα, συνίσταται σε βιοχημικές αλλαγές στον οργανισμό (π.χ. αυξημένη έκκριση κορτικοστεροειδών), όταν το άτομο βρίσκεται κάτω από συνθήκες τις οποίες αντιλαμβάνεται ως στρεσογόνες (Harnack L., Block G., Subbar A., et al., 1998)

Έχει υποστηριχτεί πως η εμφάνιση καρκίνου σε ένα άτομο συνδέεται με μια κατάσταση ανισορροπίας, μερικούς μήνες πριν την διάγνωση της ασθένειας. Ο κλωνισμός δημιουργείται από ένα παρατεινόμενο ή έντονο στρες, με την απώλεια κάποιας σημαντικής ανθρώπινης σχέσης, από απειλή σε κάποιο ρόλο του ατόμου, ή από καταστάσεις απ' τις οποίες δεν υπάρχει τρόπος διαφυγής. Το άτομο που πλήττεται συνήθως έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και έκφρασης συγκινήσεων, όπως μειωμένη εκφόρτιση των συναισθημάτων και αδυναμία εξωτερίκευσης οργής, θυμού, εχθρότητας.

Υπάρχουν έρευνες που έγιναν με γυναίκες με καρκίνο μαστού στις οποίες δεν βρέθηκε κάποια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εμφάνισης του καρκίνου και της ύπαρξης στρεσογόνων εμπειριών στη ζωή του ατόμου, στο πρόσφατο ή απώτερο παρελθόν (Greer S. & Morris T., 1975). Όμως μερικές έρευνες με ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα κατέληξαν σε μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης του καρκίνου και της απώλειας μιας κεντρικής ανθρώπινης σχέσης στη ζωή του ατόμου στο διάστημα των πέντε τελευταίων χρόνων πριν εκδηλωθεί η ασθένεια (Home R. L. & Picard R. S., 1979). Άλλες πάλι έρευνες δεν διαπίστωσαν κάποια σχέση μεταξύ της εμφάνισης του καρκίνου και προηγούμενων τραυματικών εμπειριών (Grissom J. J., Weiner B. J. & Weiner E. A., 1975).

Σε γυναίκες που παραπέμφθηκαν για περαιτέρω βιοψία μετά από Pap test, οι Schmale και Iker (1966) βρήκαν ότι οι ασθενείς με καρκίνο τραχήλου της μήτρας διέφεραν λίγο από τα άτομα χωρίς καρκίνο όσον αφορά τα πρόσφατα εντατικά γεγονότα στη ζωή τους. Παρόλα αυτά οι καρκινοπαθείς ανέφεραν πιο συχνά αισθήματα απελπισίας και απόγνωσης ως προδιαθεσική αντίδραση σε κρίσιμες εμπειρίες που παρουσιάστηκαν στη ζωή τους, τους τελευταίους 6 μήνες.

Για την καταγραφή και μελέτη των στρεσογόνων γεγονότων της ζωής έχει κυρίως χρησιμοποιηθεί η κλίμακα Κοινωνικής Προσαρμογής των Holmes και Rahe (1967). Σύμφωνα με τους δημιουργούς της, κάθε σημαντικό γεγονός της ζωής (ακόμη και ευχάριστο) εξασκεί πάνω στα άτομα κάποιο στρες. Με το σκεπτικό αυτό κατασκεύασαν μια σειρά από γεγονότα όπως: θάνατος συζύγου, διαζύγιο, προσωπική ασθένεια, απόλυση από την εργασία, αλλαγή

οικονομικής κατάστασης, που το καθένα έχει και μια βαρύτητα στρες. Π.χ. ο θάνατος συζύγου 100 μονάδες, η απόλυση από την εργασία 47 κ.ο.κ. Ο «βαθμός» αυτός του στρες δηλώνει το μέγεθος των απαιτήσεων για προσαρμογή των ατόμων στις αλλαγές της ζωής τους.

Οι Holmes και Rahe (1967) πίστευαν ότι όσοι συγκεντρώνουν περισσότερες από 300 μονάδες στρες μέσα σε ένα ορισμένο χρονικό διάστημα έχουν περισσότερες πιθανότητες να πάθουν κάποια σωματική ασθένεια σε σύγκριση με όσους συγκεντρώνουν λιγότερες από 200 μονάδες.

Όμως, στο σημείο αυτό πρέπει να γίνουν ορισμένες παρατηρήσεις πάνω σε αυτό:

- Η κλίμακα έγινε με βάση ένα συγκεκριμένο πληθυσμό (τον Αμερικάνικο) και δεν είναι απαραίτητο τα γεγονότα να έχουν την ίδια βαρύτητα και στην Ελλάδα.
- Πρέπει να διευκρινιστεί αν το στρες είναι παροδικό ή χρόνιο. Επίσης να εξεταστεί το ιστορικό προηγούμενων στρεσογόνων καταστάσεων στη ζωή του ατόμου.
- Πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ατομικές διαφορές. Π.χ. η αναχώρηση γιου ή κόρης από το σπίτι - που υπάρχει στην κλίμακα - έχει διαφορετική σημαντικότητα για τον καθένα. Επίσης παίζουν ρόλο οι συνθήκες κάτω από τις οποίες έφυγε το παιδί από το σπίτι, δηλαδή για σπουδές, για στρατιωτική θητεία, ή μετά από σύγκρουση με την οικογένεια.
- Σημασία δεν έχει λοιπόν αυτό καθαυτό το γεγονός αλλά το πώς το αντιλαμβάνεται το άτομο, με ποιο τρόπο αντιδρά για να αντιμετωπίσει αυτό το γεγονός και πόσο υποστηρικτικά του παραστέκονται οι άλλοι.
- Η λανθάνουσα περίοδος, δηλαδή μέχρι να εκδηλωθεί κλινικά ο καρκίνος, είναι πολύ μεγάλη, μπορεί να υπερβαίνει και τα 20 χρόνια ανάλογα με τον τύπο της νεοπλασίας και τον τύπο των κυττάρων. Ακόμη και για την ίδια εντόπιση, το χρονικό διάστημα μέχρι να γίνει δυνατή η κλινική διάγνωση του καρκίνου, παρουσιάζει μεγάλο εύρος διακυμάνσεων (π.χ. από 2 έως 17 χρόνια στον πρωτοπαθή καρκίνο του μαστού). Έτσι, τα πιο πρόσφατα γεγονότα μπορεί να είναι και τα πιο «άσχετα» με την υποκλινική έναρξη της νόσου. Ωστόσο μπορεί να υποτεθεί ότι τα απόμακρα στρεσογόνα γεγονότα συνδέονται με την έναρξη της νεοπλασίας, ενώ τα πρόσφατα συνδέονται με την επιτάχυνση της ανάπτυξης του όγκου και ο οποίος έτσι μπορεί να εμφανιστεί μέσα σε ένα βμηνο μετά από κάποιο στρεσογόνο γεγονός όπως είναι ο θάνατος συζύγου (Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ., 1986)

- Τέλος, όταν ανακαλεί κάποιος στη μνήμη του γεγονότα, τείνει να θυμάται καλύτερα τα πιο πρόσφατα. Άρα δεν πρέπει να αποδίδεται η ίδια βαρύτητα αξιοπιστίας στα πρόσφατα και στα απόμακρα γεγονότα. Ιδιαίτερα τα τραυματικά γεγονότα όλοι τείνουν να τα «απωθούν» από τη μνήμη.

Οι δυσκολίες λοιπόν με τέτοιες κλίμακες είναι πολλές (Paykel E. S., 1983), αυτό όμως δεν σημαίνει ότι το χρόνιο στρες, το οποίο δεν αντιμετωπίζεται επιτυχώς, δεν μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη ανοσοεπάρκεια, που ίσως αποτελεί προϋπόθεση εξέλιξης του καρκίνου σε κυτταρικό επίπεδο.

## **2.2.β Προσωπικότητα του καρκινοπαθούς**

Ένα ερώτημα που έχει απασχολήσει αρκετά τους ερευνητές είναι: Υπάρχει καρκινική προσωπικότητα; (Wellish D. K. & Yager J., 1981). Δηλαδή τα άτομα που αναπτύσσουν καρκίνο μήπως διακρίνονται με βάση συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας;

Ο Baltrusch (1978) έχει προτείνει ένα ψυχοδυναμικό μοντέλο για την καρκινογένεση. Σε αυτό, οι πρώτες παιδικές εμπειρίες αποτελούν τη βάση για την μετέπειτα ψυχολογική ανάπτυξη του ατόμου. Στους καρκινοπαθείς, κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, σημειώθηκε διαταραχή και εξασθένηση των σχέσεων με τα «αντικείμενα». Οι γονείς αυτών των ατόμων περιγράφονται σαν ψυχροί, απόμακροι και απορριπτικοί, απαιτώντας από τα παιδιά τους να δεχτούν και να ακολουθήσουν τα κοινωνικά πρότυπα, όπως και να ανταποκριθούν και να πραγματοποιήσουν τις δικές τους προσδοκίες και τις υπερβολικές απαιτήσεις τους. Κατά συνέπεια, τα παιδιά αισθάνονται απομονωμένα, ανασφαλή και ανεπαρκή.

Αργότερα, η οργάνωση της ψυχολογικής τους άμυνας χαρακτηρίζεται από την άρνηση, την απώθηση και την ολοκληρωτική απώλεια της ικανότητας να κάνουν κατανοητές στους άλλους τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους. Κάτω από ουσιαστικές και ευχάριστες διαπροσωπικές σχέσεις κρύβεται πάντα μια καταπιεσμένη και ψυχρή προσωπική ζωή. Νιώθουν ανασφάλεια και πιστεύουν πως το να εμπλακούν σε έντονες, βαθιές ανθρώπινες σχέσεις θα τους πληγώσει, θα πονέσουν, με αποτέλεσμα να τις θεωρούν απειλητικές και να δημιουργούν μόνο επιφανειακές σχέσεις. Ακόμα, έχουν την πεποίθηση ότι «κάτι δεν πάει καλά» μέσα τους και είναι ανίκανοι να απολαύσουν υγιείς ανθρώπινες σχέσεις.

Έτσι οι πρώτες προσπάθειες να αποκαταστήσουν την απογοήτευση από τις σχέσεις στην παιδική τους ηλικία, αναπληρώνονται με την υπερβολική ανάγκη των καρκινοπαθών, προκειμένου να διατηρήσουν κάτι, να προσκολλώνται σε αυτό ή σε άλλους στόχους στη ζωή, να εξαρτώνται έντονα από άλλα άτομα, δημιουργώντας σχέσεις εξάρτησης, χωρίς αυτονομία και αυθεντικότητα. Επομένως, για να νιώθουν ασφάλεια, πρέπει να είναι πάντα ικανοί να αρνούνται, να απωθούν, να καταπνίγουν τα συναισθήματά τους και τις συγκρούσεις που βιώνουν σε συγκεκριμένες καταστάσεις. Έτσι, δεν είναι σε θέση να εκφράσουν τη συναισθηματική ένταση που νιώθουν, το άγχος, την οργή, την ταραχή, τη στενοχώρια, την επιθετικότητα, την ενόχλησή τους και προσποιούνται ότι δεν συμβαίνει τίποτα. Η σεξουαλικότητα τους παραμένει ανώριμη, ενώ υφίσταται πολλαπλές αναστολές.

Σε περιόδους ψυχοκοινωνικής πίεσης στρέφονται στο αλκοόλ και το κάπνισμα, προσπαθώντας έτσι να αποβάλλουν την ένταση και το άγχος. Η ένταση κρύβεται κάτω από ένα προσωπείο ξεγνοιασιάς, γαλήνης και ηρεμίας. Όταν παρουσιαστεί κάποια απώλεια, άνθρωποι με καρκινική προσωπικότητα δεν είναι ικανοί να ανταπεξέλθουν ικανοποιητικά στην οποιαδήποτε δύσκολη κατάσταση και αποτυγχάνουν στην προσπάθεια τους να δημιουργήσουν καινούριες και ουσιαστικές σχέσεις. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης, με αποτέλεσμα την εμφάνιση αισθημάτων απελπισίας, απόγνωσης, παραίτησης και απομόνωσης, μια γενική κατάθλιψη που εκφράζεται λεκτικά. Όλες αυτές οι καταστάσεις δημιουργούν παρατεταμένο στρες που έχει ως αποτέλεσμα την παράλυση ή εξασθένηση του ανοσοβιολογικού συστήματος, που θεωρείται μια προϋπόθεση για καρκινογένεση. (Harnack L., Block G., Subbar A., et al., 1998).

Ο Kissen (1963) μελετώντας πριν από την διάγνωση άνδρες με καρκίνο πνεύμονα και ομάδα ελέγχου με μη κακοήθεις πνευμονικές παθήσεις υποστήριξε την υπόθεση ότι η ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα σχετίζεται με μειωμένη έκφραση συναισθημάτων (Kissen D. M., 1964). Δηλαδή οι καρκινοπαθείς έχουν αυξημένη ικανότητα να συγκρατούν και να απωθούν συναισθηματικές συγκρούσεις χωρίς να τις εκδηλώνουν εξωτερικά. Ο ίδιος δέχτηκε ότι τόσο αυτό το χαρακτηριστικό όσο και το ίδιο το κάπνισμα συμβάλλουν στην ανάπτυξη του καρκίνου του πνεύμονα. Επόμενες έρευνες των Abse και συν. (1972) διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα δεν αποτελούν τυχαίο δείγμα καπνιστών. Συγκεκριμένα τόνισαν ότι η μειωμένη έκφραση συναισθημάτων μεταξύ καρκινοπαθών και ομάδας ελέγχου ήταν πιο έντονη στις μικρές ηλικίες (Abse D. W. et al. 1974).

Όσον αφορά τις ασθενείς με καρκίνο μαστού, οι Greer και Morris (1974) έλεγξαν την υπόθεση συσχέτισης χαρακτηριστικών προσωπικότητας και εμφάνισης καρκίνου πριν η διάγνωση γίνει γνωστή. Δεν επιβεβαίωσαν προηγούμενα ευρήματα που σέτιζαν την ύπαρξη καρκίνου μαστού με εξωστρέφεια, άρνηση και αυτοτιμωρητικότητα. Υπήρξε όμως σχέση μεταξύ της διάγνωσης καρκίνου και ενός τύπου (pattern) συμπεριφοράς που εξακολουθούσε και στην ενηλικίωση και αντανακλούσε έντονη καταπίεση ιδιαίτερα του θυμού - οργής (anger). Όμως η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική μόνο για τις γυναίκες ηλικίας κάτω των 50 ετών. Ο Wirsching και συν. (1982) βρήκε ότι άτομα με καρκίνο στήθους παρουσίαζαν λιγότερο άγχος, περισσότερη καταπίεση των συγκινήσεων και μεγαλύτερη τάση να αποφεύγουν τις συγκρούσεις. Οι Scherg και συν., (1981) συνέκριναν γυναίκες με καρκίνο μαστού με ασθενείς με καλοήγη όγκο και υγιείς. Βρήκαν πάλι ότι οι καρκινοπαθείς εξέφραζαν την οργή πιο σπάνια σε σχέση με τις ομάδες ελέγχου.

Ωστόσο, αν και ορισμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας στους καρκινοπαθείς έχουν περιγραφεί, ο μηχανισμός μέσω του οποίου κάποια αιτιώδης σχέση μπορεί να λειτουργεί είναι τουλάχιστον αδιευκρίνιστος. Ο ανθρώπινος οργανισμός διαθέτει αποθήκες συλλογής πληροφοριών (ανοσολογικό και ορμονικό σύστημα) που έχουν υποθεθεί ότι αποτελούν το μέσον δια του οποίου συμβαίνει η καρκινογένεση. Είναι όμως ελάχιστες οι πληροφορίες για το πώς γίνεται αυτό (Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ., 1986).

### **2.3 Ψυχικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς από τη γνώση της ασθένειάς του**

Ο τρόπος που αντιδρά κάποιος όταν συνειδητοποιήσει ότι πάσχει από καρκίνο, έχει περιγραφεί από πολλούς συγγραφείς.

Τα ψυχολογικά προβλήματα που σχετίζονται με έναν ήδη εγκατεστημένο καρκίνο δεν εξαρτώνται μόνο από το είδος, την εντόπιση, την έκταση, το ρυθμό ανάπτυξης και την αναπηρία που προκαλεί, αλλά και από το πώς «αντιλαμβάνεται» κανείς την πάθησή του, δηλαδή από το βαθμό της απειλής που εκπροσωπεί η νόσος για το συγκεκριμένο άτομο. (Χριστοδούλου Γ.Ν. και συνεργάτες, 2002)

Η Kubler – Ross (1969) μελέτησε τις ψυχικές αντιδράσεις πολλών βαρέως πασχόντων και πήρε συνέντευξη από 200 και πλέον ασθενείς που γνώριζαν ότι θα πεθάνουν από την ασθένειά τους και οι οποίοι στη μέγιστη πλειονότητα ήταν καρκινοπαθείς. Κατά την Kubler-Ross, κάθε άτομο που πάσχει από βαριά ασθένεια, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου,

διέρχεται από πέντε στάδια από την στιγμή που συνειδητοποιεί ότι νοσεί.

Το πρώτο στάδιο είναι της άρνησης και της απομόνωσης. Η πρώτη αντίδραση της μέγιστης πλειονότητας των 200 και πλέον ασθενών της Kubler-Ross, όταν πληροφορήθηκαν για την αρρώστια τους, ήταν: «Όχι. Όχι εμένα. Δεν είναι δυνατόν να είναι αλήθεια». Η δεύτερη αντίδραση ήταν: «Και όμως, είναι αλήθεια». Τότε οδηγήθηκαν σε απομόνωση και περισυλλογή.

Το δεύτερο στάδιο είναι αυτό του θυμού, που μπορεί να περιγραφεί καλύτερα με τη φράση των ασθενών: «Γιατί εγώ;». Ο θυμός στρέφεται προς άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος ή προς τους υγιείς γενικά ή προς τους γιατρούς ή ακόμη και προς το Θεό.

Το τρίτο στάδιο είναι της συνδιαλλαγής. Ο ασθενής ηρεμεί και αρχίζει τις ικεσίες. Μοιάζει σα να ζητά αναβολή του μοιραίου και για αντάλλαγμα προσφέρει την καλή του συμπεριφορά. Μπορεί να παρομοιαστεί με ένα μικρό παιδί που ζητάει μια χάρη και οι γονείς του την αρνούνται. Στη συνέχεια θυμώνει και κλαίει. Όταν διαπιστώνει ότι οι γονείς του δεν υποκύπτουν σ' αυτή του τη συμπεριφορά, γίνεται μειλίχιο και παρακαλεί.

Το τέταρτο στάδιο είναι εκείνο της κατάθλιψης. Κατά την Kubler-Ross, υπάρχουν δυο είδη (ή τύποι) κατάθλιψης αυτών των ασθενών. Το πρώτο είναι η αντιδραστική κατάθλιψη. Τυπικό παράδειγμα αντιδραστικής κατάθλιψης είναι της γυναίκας που υποβάλλεται σε μαστεκτομή. Αντιλαμβάνεται ότι δεν είναι πλέον πλήρης γυναίκα και πέφτει σε κατάθλιψη. Ενώ βρίσκεται σε κατάθλιψη, η ασθενής συνήθως έχει έντονη ανάγκη να συζητεί. Η εξωτερίκευση των αισθημάτων της και η ανταλλαγή απόψεων με τους γιατρούς, τις κοινωνικές λειτουργούς και κυρίως με συγγενικά και φιλικά της πρόσωπα και τέλος η χρήση συνθετικού προσθετικού μαστού, συνήθως έχουν ως αποτέλεσμα να βγει η ασθενής γρήγορα από αυτόν τον τύπο της κατάθλιψης. Το δεύτερο είδος της κατάθλιψης είναι η προπαρασκευαστική κατάθλιψη. Ο ασθενής «προπαρασκευάζεται» για το τελικό στάδιο. Η κατάθλιψή του δεν είναι αποτέλεσμα περασμένων απωλειών ή αποτυχιών αλλά συνέπεια της επικείμενης απώλειας των πάντων.

Όταν ο ασθενής δεν είναι δυνατόν πλέον ν' αρνηθεί την νόσο του, όταν τα συμπτώματά του συνεχώς επιδεινώνονται, όταν οι δυνάμεις του τον εγκαταλείπουν, δεν μπορεί πλέον να χαρεί. Οποιοσδήποτε φυσιολογικός άνθρωπος παρουσιάζει μελαγχολία όταν χάνει ένα προσφιλές του πρόσωπο. Ο ασθενής που γνωρίζει ότι μπορεί να πεθάνει, έχει πλήρη συναίσθηση του γεγονότος ότι θα χάσει όλα τα προσφιλή του πρόσωπα. Θα χάσει τα πάντα. Γι' αυτό πέφτει σε κατάθλιψη. Σε αντίθεση με την αντιδραστική κατάθλιψη, που μπορεί να χαρακτηριστεί ως φλύαρη, η προπαρασκευαστική κατάθλιψη, είναι βουβή. Το να επιδιώξει

κανείς να βελτιώσει τη διάθεση κάποιου ασθενή που εμφανίζει τέτοια κατάθλιψη, όχι μόνο δεν έχει ευνοϊκά αποτελέσματα, αλλά επιδεινώνει την κατάθλιψή του.

Τέλος, το πέμπτο στάδιο είναι εκείνο της αποδοχής. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται το επικείμενο τέλος του. Βαθμιαία περιορίζει τα ενδιαφέροντα του στο ελάχιστο δυνατό. Οι επισκέψεις τον ενοχλούν. Θέλει να μείνει μόνος του. Η συσκευή της τηλεόρασής του είναι μονίμως κλειστή. Η επικοινωνία του με το περιβάλλον του τις περισσότερες φορές γίνεται με νοήματα και σπάνια με την ομιλία. Συχνά κοιμάται ακανόνιστα, μέχρι που ενδεχομένως να έρθει η στιγμή που θα κοιμάται για πάντα.

Πρέπει να σημειωθεί ότι κατά την Kubler-Ross, η χρονική διάρκεια κάθε σταδίου δεν είναι η ίδια για όλους τους ασθενείς. Για παράδειγμα αναφέρεται ότι δυο γυναίκες επί συνόλου διακοσίων και πλέον ασθενών εμφάνιζαν άρνηση της νόσου (πρώτο στάδιο) επί μήνες. Η μια εκ των δύο μεταπήδησε κατευθείαν στο στάδιο της αποδοχής (πέμπτο στάδιο) λίγες μέρες πριν τον θάνατό της, ενώ η δεύτερη κατέληξε χωρίς ίσως να βγει από το στάδιο της άρνησης. Επιπρόσθετα, πρέπει να σημειωθεί ότι τα διάφορα στάδια δεν είναι στεγανά. Είναι δυνατόν ένας ασθενής να μεταπίπτει από ένα στάδιο στο επόμενο ή στο προηγούμενο αρκετές φορές την ίδια μέρα.

Ο Fiore (1979) από την άλλη, ανέφερε ότι τα κύρια στοιχεία των ψυχικών αντιδράσεων στα διάφορα στάδια από τα οποία διέρχεται ο καρκινοπαθής, είναι η ανησυχία, ο φόβος, το συναίσθημα του αβοήθητου (helplessness), η απελπισία (hopelessness) και η κατάθλιψη. Αυτές οι ψυχικές αντιδράσεις δεν εμφανίζονται μόνο στον καρκινοπαθή. Ένα ατύχημα, η απώλεια αγαπημένου προσώπου, μια αποτυχία, μια οποιαδήποτε βαριά ασθένεια, μπορούν να έχουν το ίδιο αποτέλεσμα. Στον καρκινοπαθή όμως το συναίσθημα του ότι είναι αβοήθητος (helplessness) είναι εντονότερο, γιατί πιστεύει ότι η διάγνωση του καρκίνου συνεπάγεται πάντοτε το θάνατο. Σ' αυτό το ιδιαίτερο συναίσθημα του αβοήθητου του καρκινοπαθούς, δίνει ιδιαίτερη σημασία ο Fiore, ο οποίος ήταν ο ίδιος καρκινοπαθής. Ο Fiore, ψυχολόγος και ψυχοθεραπευτής, εμφάνισε εμβρυονικό καρκίνωμα στους όρχεις και πνευμονικές μεταστάσεις. Το 1974, σε ηλικία 33 ετών, υποβλήθηκε σε ορχεοεκτομή και χημειοθεραπεία. Όταν μετά τη θεραπεία του επανήλθε στην επαγγελματική του δραστηριότητα, προσκλήθηκε σε διάφορες ιατρικές σχολές των ΗΠΑ και έδωσε διαλέξεις σχετικά με τις ψυχικές αντιδράσεις που εμφανίζει ο καρκινοπαθής όταν μάθει ότι πάσχει από καρκίνο.

Για την αντιμετώπιση αυτού του συναισθήματος χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή εκ



μέρους του θεράποντος ιατρού. Όταν ο θεράπων ιατρός δίνει σ' έναν τέτοιο ασθενή μόνο εντολές χωρίς να του εξηγεί τη σκοπιμότητα κάθε εντολής, δεν τον βοηθάει να βγει απ' αυτό το συναίσθημα. Πιθανόν μάλιστα να του το επιτείνει, γιατί ο καρκινοπαθής συνειδητοποιεί ότι δεν έχει άλλη εκλογή στο μοιραίο. Μερικοί ασθενείς βρίσκουν την εξής διέξοδο - εναλλακτική: αρνούνται να υποβληθούν στη θεραπεία που τους συνιστά ο ιατρός τους. Μόνο όταν πεισθούν για την σκοπιμότητα της θεραπείας, την αποδέχονται ακόμη και αν αυτή είναι εξαιρετικά επώδυνη. (Fiore N., 1979).

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς είναι παρούσες ακόμη και όταν δε γνωρίζει τη διάγνωση. Συνήθως τα μη - λεκτικά μηνύματα από το γιατρό, το νοσηλευτικό προσωπικό, τους συγγενείς και το ευρύτερο περιβάλλον του ασθενούς είναι πολύ αποκαλυπτικά. Εξάλλου ο ασθενής παίρνει αρκετά μηνύματα από την ίδια του την κατάσταση. Το άλγος, η δυσφορία, ο περιορισμός της κινητικότητας και της λειτουργικότητας καθώς επίσης και τα ποικίλα σωματικά συμπτώματα αποτελούν αδιάψευστα τεκμήρια σοβαρής νόσου.

Οι πιθανές ψυχολογικές αντιδράσεις του καρκινοπαθή ποικίλλουν και κυμαίνονται από το άγχος και το φόβο μέχρι την κατάθλιψη και τις παρανοειδείς εκδηλώσεις. Το είδος και ο βαθμός των ψυχολογικών αντιδράσεων ποικίλλει κατά περίπτωση, με κύριο διαμορφωτικό παράγοντα το είδος των ψυχολογικών αμυντικών μηχανισμών (Lipowski Z.L. 1969). Τους μηχανισμούς αυτούς κινητοποιεί ο ασθενής ασυνείδητα προκειμένου να μειώσει την ένταση του άγχους και των άλλων συναισθηματικών του αντιδράσεων.

Οι κυριότεροι ψυχολογικοί αμυντικοί μηχανισμοί είναι η άρνηση, η απώθηση, η υπεραναπλήρωση, η προβολή. Με το μηχανισμό της άρνησης ο ασθενής αρνείται ή ελαχιστοποιεί τα συμπτώματα της νόσου του και τις επιπτώσεις της (Lipowski Z.L. 1969). Εξαιτίας του ψυχολογικού αυτού μηχανισμού συχνά καθυστερεί πολύ η προσέλευση στο γιατρό και δυσχεραίνεται η συνεργασία γιατρού - ασθενούς, με αποτέλεσμα να μη γίνεται έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Συχνά ο ασθενής, ενώ γνωρίζει την ύπαρξη της νόσου του, αδιαφορεί, δεν ασχολείται με αυτήν και τη βάζει στο περιθώριο. Όταν αυτό συμβαίνει σε ασυνείδητο επίπεδο, πρόκειται για το μηχανισμό της απώθησης, ενώ όταν συμβαίνει συνειδητά πρόκειται για το μηχανισμό της καταπίεσης. Η υπεραναπλήρωση βοηθάει τον ασθενή να αντιμετωπίσει σε ασυνείδητο επίπεδο την απώλεια της αυτοεκτίμησής του. Κινητοποιώντας το μηχανισμό της υπεραναπλήρωσης, ο ασθενής γίνεται πιο δραστήριος απ' ό,τι πριν νοσήσει, τουλάχιστον σε ορισμένους τομείς, που του επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του. Τέλος με την προβολή ο

ασθενής γίνεται δύστροπος, εριστικός, παρανοειδής, ακόμη και επιθετικός. Με το μηχανισμό αυτόν η επιθετικότητα στρέφεται προς τους άλλους και αποφεύγονται οι ιδέες ενοχής και αυτοκαταστροφής.

Στους καρκινοπαθείς ο μηχανισμός που συνήθως υπερισχύει είναι η άρνηση. (Bahnsen, C.B. 1981). Όμως συχνά συνυπάρχουν και συλλειτουργούν περισσότεροι του ενός μηχανισμοί άμυνας. Το ποιος θα υπερισχύει και μέχρι ποιο βαθμό, εξαρτάται από μια σειρά παραγόντων, που περιλαμβάνουν την προσωπικότητα του ασθενή, τη φύση και τη βαρύτητα της νόσου, την προσωπική της σημασία για τον ασθενή και την ψυχολογική αλληλεπίδραση του ασθενή με το περιβάλλον του (Αλιβιζάτος, Ι. Γ. 1980). Από τους παράγοντες αυτούς το σημαντικότερο ρόλο παίζει η βασική προσωπικότητα του ασθενή. Όμως και οι άλλοι παράγοντες είναι πολύ αξιόλογοι, αν και κατά κανόνα ο μόνος που λαμβάνεται υπόψη είναι η βαρύτητα της πάθησης. Συνήθως ο παράγοντας που αμελείται είναι η ψυχοσυναλλαγή του ασθενή με το περιβάλλον του. Σ' αυτήν κεντρικό ρόλο παίζει η επικοινωνία γιατρού - ασθενούς.

Κάτι επιπλέον που σχετίζεται με τις ψυχολογικές αντιδράσεις των ατόμων με καρκίνο του μαστού είναι ότι παρουσιάζεται σεξουαλική δυσλειτουργία που μπορεί να οδηγήσει σε «θάνατο» της σεξουαλικής τους ζωής. Αυτό οφείλεται στις μεθόδους θεραπείας (μαστεκτομή, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία) οι οποίες έχουν άμεση επίδραση στην εικόνα σώματος του ατόμου κάνοντάς το να νιώθει λιγότερο επιθυμητό. Κατ' επέκταση αισθάνονται ανασφάλεια, έχουν χαμηλή αυτοπεποίθηση και σαν αποτέλεσμα μειωμένη ερωτική επιθυμία. (Molassiotis A., 1998)

Δυο επιπλέον στοιχεία του ψυχισμού του καρκινοπαθούς που αξίζει να σημειωθούν είναι τα ακόλουθα: το αίσθημα ενοχής και η υποβολιμότητα (suggestibility).

Πολλές φορές ο καρκινοπαθής αισθάνεται κοινωνικά στιγματισμένος όπως αισθανόταν παλιότερα ο άρρωστος που έπασχε από φυματίωση.

Ο καρκινοπαθής συνήθως υποβάλλεται εύκολα. Αυτό συμβαίνει για διάφορους λόγους. Ο ασθενής έχει ανάγκη από βοήθεια. Βλέπει το θεράποντα ιατρό ως αυθεντία, από την οποία κυρίως αναμένει βοήθεια. Γι' αυτό κάθε πράξη και κάθε λέξη του γιατρού ή και του νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να έχει μεγάλη θετική ή αρνητική επίπτωση στον ψυχισμό του. Λέξεις που έχουν ιδιαίτερα αρνητικές επιπτώσεις είναι: «καρκίνος», «κακοήθης όγκος», «τοξικό φάρμακο», «χημειοθεραπεία» και τα παρόμοια. Επιπλέον, ο ασθενής δεν αντιλαμβάνεται πλήρως τους δυσνόητους επιστημονικούς όρους που χρησιμοποιούν οι γιατροί

πάνω από το κρεβάτι του. Αισθάνεται δέος από την χρήση των πολύπλοκων μηχανημάτων και των διάφορων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων που εφαρμόζονται πάνω του. Τέλος, τίθεται κατ' ανάγκη σε παθητικό ρόλο. Δέχεται απλά εντολές.

Για όλους αυτούς τους λόγους υποβάλλεται εύκολα. Μπορεί εύκολα να πιστέψει ακόμα και απίθανες υποσχέσεις για θεραπεία όπως επίσης μπορεί να γίνει θύμα ανεύθυνων προσώπων ή αγυρτών.

Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στις ψυχιατρικές επιπλοκές του καρκίνου. Οι κυριότερες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις που συνοδεύουν τον καρκίνο είναι α) η διαταραχή προσαρμογής, β) η κατάθλιψη και γ) τα οργανικά ψυχοσύνδρομα. (Χριστοδούλου Γ.Ν. και συν., 2002)

### **2.3.α Διαταραχή προσαρμογής**

Αποτελεί την πιο συνηθισμένη μορφή αντίδρασης που παρατηρείται σε άτομα με καρκίνο. Εμφανίζεται σε ποσοστό περίπου 70% των περιπτώσεων και ακολουθεί την συνειδητοποίηση και την πληροφόρηση του ατόμου ότι πάσχει από καρκίνο.

Οι ασθενείς αισθάνονται συντετριμμένοι και νιώθουν αδυναμία να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της καθημερινότητας. Πολλές φορές εκδηλώνουν αϋπνία, κεφαλαλγία, προκάρδιους παλμούς και άλλα σωματικά συμπτώματα που δε σχετίζονται με τον καρκίνο.

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις των καρκινοπαθών περιλαμβάνουν φόβο του θανάτου, φόβο αναπηρίας, φόβο εγκατάλειψης από τα αγαπημένα τους πρόσωπα, φόβο απώλειας της ανεξαρτησίας τους, ανησυχίες οικονομικής φύσης, φόβο απώλειας του επαγγελματικού και οικονομικού τους κύρους. Οι ασθενείς αισθάνονται ότι απειλούνται από ακόμα πιο σημαντικές απώλειες, όπως η οριστική απώλεια της ίδιας τους της ύπαρξης. Ωστόσο δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που η συνειδητοποίηση της ασθένειας είναι τόσο οδυνηρή, ώστε να αρνείται κανείς την ύπαρξή της, με αποτέλεσμα, αντί για θλίψη να εκδηλώνεται άλλοτε μια αδικαιολόγητη ευφορία, άλλοτε συμπεριφορά αντίθετη με τον ηθικό κώδικα του αρρώστου και άλλοτε καταφυγή στο κάπνισμα, το ποτό ή τον ύπνο.

Η θλίψη που ακολουθεί τη συνειδητοποίηση της αρρώστιας δε θα πρέπει να θεωρηθεί παθολογική και δεν είναι απαραίτητο να αντιμετωπιστεί με αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Βασικό ρόλο παίζει η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς από τον θεράποντα ιατρό, ενώ

ταυτόχρονα μπορούν να χρησιμοποιηθούν αγχολυτικά ή υπνωτικά φάρμακα.

Η διαταραχή προσαρμογής διαρκεί συνήθως μερικές εβδομάδες, σε ορισμένες όμως περιπτώσεις μπορεί να διαρκέσει και χρόνια. Η καθοδήγηση του θεράποντος γιατρού από τον ψυχίατρο καθώς και η ψυχιατρική παρέμβαση μπορούν να συμβάλλουν ουσιαστικά στην ψυχολογική αντιμετώπιση. Πολλές φορές όμως η παραπομπή στον ψυχίατρο αν γίνεται αμήχανα και επιθετικά, προκαλεί στον άρρωστο περισσότερο άγχος και σε πολλές περιπτώσεις εισπράττεται ως απόρριψη. Ο γιατρός δεν πρέπει να υποκύψει στον πειρασμό παραπομπής του ασθενούς μόνο και μόνο επειδή υποφέρει ο ίδιος από την επαφή με τον άρρωστο, νιώθοντας ότι δεν μπορεί να του προσφέρει τίποτα. Στην πραγματικότητα, υπάρχουν πολλά που μπορεί να του προσφέρει.

Η ψυχολογική υποστήριξη που θα δώσει στον ασθενή μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του και υπάρχουν ενδείξεις ότι μπορεί ακόμη και να τροποποιήσει την έκβαση της αρρώστιας.

Η συμπτωματική αγωγή που θα εφαρμόσει, θα απαλλάξει τον ασθενή από το σωματικό πόνο, το άγχος, την αϋπνία και άλλα βασανιστικά συμπτώματα που αυξάνουν την οδύνη του. (Χριστοδούλου Γ.Ν. και συν., 2002)

### **2.3.β Κατάθλιψη**

Σε ορισμένες περιπτώσεις η αντίδραση του ασθενή αποκτά διαστάσεις κλινικής κατάθλιψης. Αυτό παρατηρείται σε ποσοστό περίπου 13% των καρκινοπαθών. Στις περιπτώσεις αυτές, η παρέμβαση ψυχιάτρου είναι απαραίτητη, όπως απαραίτητη είναι η παρέμβαση όταν υπάρχει συνύπαρξη (συν – νοσηρότητα) καρκίνου και κατάθλιψης. Στις περιπτώσεις αυτές είναι απαραίτητη η αντιμετώπιση της κατάθλιψης με αντικαταθλιπτικά φάρμακα και άλλα θεραπευτικά μέσα, παράλληλα με την ψυχολογική υποστήριξη.

Επιπλέον, πρέπει να τονιστεί ότι η φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται για την αντιμετώπιση του καρκίνου μπορεί να είναι υπεύθυνη για την κατάθλιψη του ασθενούς και το ίδιο ισχύει για τυχόν συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις.

Όταν ο καρκίνος εντοπίζεται στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) ή όταν πρόκειται για ορμονοπαραγωγικό καρκίνο, τότε υπάρχει μεγάλη πιθανότητα η κατάθλιψη να οφείλεται άμεσα στον καρκίνο. (Χριστοδούλου Γ.Ν. και συν., 2002)

**Πίνακας 1.** Κατάθλιψη σε συνάρτηση με τον καρκίνο

<i>Διαταραχή προσαρμογής καταθλιπτικού τύπου</i>	Σχετίζεται με τη συνειδητοποίηση της διάγνωσης και πρόγνωσης της νόσου
<i>Καταθλιπτική διαταραχή</i>	Φάση κατάθλιψης που επιδεινώθηκε, υποτροπίασε, επανεμφανίστηκε ή απλώς συνέπεσε με τον καρκίνο
<i>Δυσθυμική διαταραχή</i>	Οφείλεται σε κατάσταση που ήδη προϋπήρχε και επιδεινώθηκε ενδεχομένως από τον καρκίνο
<i>Κατάθλιψη άμεσα οφειλόμενη στον καρκίνο</i>	Ορμονοπαραγωγικοί όγκοι Όγκοι του ΚΝΣ
<i>Κατάθλιψη οφειλόμενη σε παθολογικές επιπτώσεις του καρκίνου</i>	Ουραιμία Ιογενείς εγκεφαλοπάθειες Διαταραχές ηλεκτρολυτών
<i>Κατάθλιψη σχετιζόμενη με τη θεραπεία κατά του καρκίνου</i>	Χημειοθεραπευτικά φάρμακα
<i>Κατάθλιψη σχετιζόμενη με άλλες θεραπείες</i>	Αντιυπερτασικά, αντιπαρκινσονικά, αναστολείς των β-υποδοχέων

Πηγή: Χριστοδούλου Γ.Ν. και συνεργάτες, 2002, Ψυχιατρική 1<sup>ος</sup> τόμος, Ψυχιατρική κλινική πανεπιστημίου Αθηνών, εκδόσεις Βήτα, σελ: 453

### **2.3.γ Οργανικά Ψυχοσύνδρομα**

Τα οργανικά ψυχοσύνδρομα παρατηρούνται στον καρκίνο με συχνότητα που προσεγγίζει τη συχνότητα της κατάθλιψης. Υπολογίζεται ότι 8% περίπου των ασθενών ικανοποιούν τα κριτήρια για τη διάγνωση του συγχυτικού παραληρήματος (delirium), ενώ στην προθανάτια περίοδο το ποσοστό αυτό αγγίζει το 75%.

Τα οργανικά ψυχοσύνδρομα οφείλονται σε αιτίες που προκαλούν άμεση ή έμμεση αποδιοργάνωση των εγκεφαλικών λειτουργιών. Εκφράζονται κλινικά με τη διανοητική σύγχυση (συγχυτική κατάσταση), το συγχυτικό ονειρισμό, το οξύ παραλήρημα (οξύ εγκεφαλικό σύνδρομο) και τη συγχυτική εμβροντησία (συγχυτικό stupor). Στα οργανικά ψυχοσύνδρομα παραβλάπτονται κυρίως οι γνωσιακές λειτουργίες, δηλαδή η συνείδηση και οι

σχετιζόμενες με αυτήν λειτουργίες μνήμης, προσοχής, συγκέντρωσης.

Άμεση αποδιοργάνωση των εγκεφαλικών λειτουργιών μπορεί να προκληθεί από τοπική επέκταση μιας εστίας καρκίνου, από διήθηση των μηνίγγων στις αιματολογικές νεοπλασματικές νόσους, από μεταστάσεις, από την προϊούσα πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια (μια επιπλοκή νεοπλασματικής νόσου του λεμφικού ιστού και του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος).

Έμμεση αποδιοργάνωση μπορεί να προκύψει από ελάττωση της οξυγόνωσης του εγκεφάλου σαν συνέπεια αναπνευστικής ανεπάρκειας, αναιμίας ή καρδιακής ανεπάρκειας, από ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια, διαταραχές ηλεκτρολυτών, διαταραχή του ισοζυγίου του ύδατος.

**Πίνακας 2.** Συνήθεις αιτίες που προκαλούν οργανικά ψυχοσύνδρομα σε ασθενείς με καρκίνο.

<i>Ελάττωση της οξυγόνωσης του εγκεφάλου (αναπνευστική ανεπάρκεια, αναιμία, καρδιακή ανεπάρκεια)</i>
<i>Ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια</i>
<i>Μεταβολές στα αέρια του αίματος</i>
<i>Ηλεκτρολυτικές διαταραχές</i>
<i>Όγκοι του εγκεφάλου (πρωτογενείς ή μεταστατικοί)</i>
<i>Μεταβολική εγκεφαλοπάθεια</i>
<i>Λοιμώξεις (συχνά οφειλόμενες σε ανοσοκαταστολή)</i>
<i>Ορμονικές διαταραχές</i>
<i>Διαταραχές θρέψης</i>
<i>Φάρμακα (χημειοθεραπεία, κορτικοστεροειδή, αναλγητικά, αντιεμετικά, ηρεμιστικά)</i>

Πηγή: Χριστοδούλου Γ.Ν. και συνεργάτες, 2002, Ψυχιατρική 1<sup>ος</sup> τόμος, Ψυχιατρική κλινική πανεπιστημίου Αθηνών, εκδόσεις Βήτα, σελ: 454

Επιπλέον, πρέπει να σημειωθεί ότι ο άνθρωπος που πάσχει από καρκίνο συχνά εκτίθεται στην επίδραση παραγόντων που είναι γνωστό ότι επιβαρύνουν την εκδήλωση συγγυτικών παραληρημάτων και άλλων οργανικών ψυχοσυνδρόμων. Οι παράγοντες αυτοί είναι το ψυχολογικό στρες, η στέρηση του ύπνου, η αισθητηριακή αποστέρηση και η ακινησία.

Στις νεοπλασματικές νόσους, η οργανική εγκεφαλική δυσλειτουργία παίρνει τον

χαρακτήρα ενός ελάσσονος οργανικού ψυχοσυνδρόμου ακαθόριστης αιτιολογίας, που εκφράζεται με βυθιότητα και ήπιες διαταραχές της μνήμης και της συγκέντρωσης. Υποστηρίζεται ότι οι ασθενείς που παρουσιάζουν την ήπια αυτή εγκεφαλική δυσλειτουργία έχουν καλύτερη προσαρμογή και μακρότερο προσδόκιμο επιβίωσης.

Βέβαια, υπάρχουν και περιπτώσεις που το οργανικό ψυχοσύνδρομο, παίρνει εκρηκτικό χαρακτήρα, όπως συμβαίνει σε ένα οξύ συγχυτικό παραλήρημα. Η συμπτωματική αντιμετώπιση αποσκοπεί σε αποκατάσταση της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας, ενυδάτωση, καταστολή της διέγερσης με βενζοδιαζεπίνες (ενδοφλέβια χορήγηση διαζεπάμης) ή με βουτυροφαινόλες (ενδομυϊκή χορήγηση αλοπεριδόλης). (Χριστοδούλου Γ.Ν. και συν., 2002)

### **2.3.δ Άλλες καταστάσεις**

Η υπερβολική ψυχολογική εξάρτηση του ασθενούς από το νοσοκομείο και το γιατρό οδηγεί συχνά σε ένα είδος ψυχολογικής αναπηρίας, που επιπροστίθεται στην ενδεχόμενη σωματική αναπηρία. Αυτή η ψυχολογική εξάρτηση, που πολλές φορές είναι υπεύθυνη για αδικαιολόγητη παράταση του χρόνου νοσηλείας, εντάσσεται στο πλαίσιο των διαταραχών συμπεριφοράς στη νόσο (abnormal illness behavior), δηλαδή της διαταραγμένης και μη αναμενόμενης συμπεριφοράς ενός ασθενούς κατά τη διάρκεια της νόσησής του.

Από τις άλλες ψυχολογικές καταστάσεις που συνοδεύουν τον καρκίνο, οι παρανοειδείς καταστάσεις απαντούν με μεγαλύτερη συχνότητα. Εκδηλώνονται κυρίως με μεταβολή της συμπεριφοράς, που χαρακτηρίζεται από καχυποψία και επιφυλακτικότητα, μερικές φορές όμως παίρνουν τον χαρακτήρα ανοικτών παραληρητικών καταστάσεων με ιδέες συσχέτισης, δίωξης, δηλητηρίασης, που απαιτούν την παρέμβαση ψυχιάτρου και αντιμετώπιση με αντιψυχωσικά φάρμακα.

Αγχώδεις διαταραχές απαντούν σε ποσοστό περίπου 4% των καρκινοπαθών (απλή φοβία, διαταραχή πανικού, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή).

Επίσης ιδιαίτερος σχολιασμός χρειάζεται να γίνει για τον κίνδυνο αυτοκτονίας των καρκινοπαθών. Παρατηρείται μεγαλύτερη συχνότητα αυτοκτονίας σε πάσχοντες από καρκίνο του γαστρεντερικού, του μαστού και των γεννητικών οργάνων. (Χριστοδούλου Γ.Ν. και συν., 2002)

Οι Achte και Vaunkonen (1971) διαπίστωσαν ότι μεταξύ των νοσηλεύόμενων σε Γενικό

Νοσοκομείο, η συχνότητα αυτοκτονιών ήταν υψηλότερη στους καρκινοπαθείς, ενώ ο Campbell διαπίστωσε ακριβώς το αντίθετο, ότι δηλαδή οι καρκινοπαθείς Γενικού Νοσοκομείου αυτοκτονούν σε αναλογία μικρότερη από τους λοιπούς ασθενείς του Νοσοκομείου. Οι Louhivuori και Hakama (1979) διαπίστωσαν ότι η συχνότητα αυτοκτονιών των καρκινοπαθών ανδρών ήταν 1,3 φορές υψηλότερη, και των καρκινοπαθών γυναικών 1,9 φορές υψηλότερη σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Οι καρκινοπαθείς που υποβάλλονταν σε χειρουργική θεραπεία ή σε ακτινοθεραπεία για την αντιμετώπιση της ασθένειάς τους, ελάχιστα διέφεραν από το γενικό πληθυσμό στη συχνότητα αυτοκτονιών, ενώ εκείνοι που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία, εμφάνιζαν 2,4 φορές υψηλότερη συχνότητα αυτοκτονιών σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Σε σχετική έρευνα που έγινε στην Φιλανδία, δεν έγινε σύγκριση της συχνότητας αυτοκτονιών μεταξύ ασθενών που πάσχουν από καρκίνο και εκείνων, που πάσχουν από άλλες χρόνιες νόσους. Επιπλέον, στην έρευνα δεν αναφέρεται αν οι καρκινοπαθείς που αυτοκτόνησαν ήταν ενημερωμένοι για την πάθησή τους, ούτε αναφέρεται ο τρόπος με τον οποίο είχαν τυχόν ενημερωθεί.

Σε γενικές γραμμές πάντως, ο κίνδυνος αυτοκτονίας του καρκινοπαθούς έχει σαφώς υπερεκτιμηθεί και πρέπει να σημειωθεί ότι οι καρκινοπαθείς αυτοκτονούν τόσο συχνά, όσο και οι μη καρκινοπαθείς. Πρέπει ιδιαίτερα να τονιστεί ότι οι διάφορες ψυχικές αντιδράσεις που έχουν περιγραφεί, όπως η ανησυχία, ο φόβος, το συναίσθημα του αβοήθητου (helplessness), η απελπισία και η κατάθλιψη που μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στην αυτοκτονία, παρατηρούνται όχι μόνο σ' εκείνους που τους έχει ειπωθεί επισήμως ότι πάσχουν από καρκίνο, αλλά και σε εκείνους που χωρίς να τους έχει ανακοινωθεί η διάγνωση, αντιλαμβάνονται μόνοι τους με διάφορους τρόπους ότι πάσχουν από καρκίνο.

Έτσι λοιπόν, πρέπει να ερευνηθεί ο καλύτερος δυνατός τρόπος που θα οδηγήσει τον ασθενή στη συνειδητοποίηση της αρρώστιας του, ώστε να εμφανίσει τις ηπιότερες ψυχικές αντιδράσεις και τις λιγότερες ψυχιατρικές επιπλοκές. (Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ., 1999)

### **2.3.ε Ψυχοπαθολογικά προβλήματα σχετιζόμενα με τη θεραπεία**

Πολλές φορές η θεραπεία για τον καρκίνο προκαλεί μείζονα προβλήματα, τα οποία προστίθενται στα προβλήματα από τον ίδιο τον καρκίνο.



Η ακτινοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλοπάθεια με αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης (κεφαλαλγία, ζάλη, ναυτία, έμετος), που μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές των γνωσιακών λειτουργιών και αντιδραστικά ψυχολογικά προβλήματα καταθλιπτικού ή φοβικού τύπου.

Η χημειοθεραπεία εκτός από τη ναυτία και τον έμετο, μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλοπάθεια, νευροπάθεια, κατάθλιψη και ψυχωσική συμπτωματολογία με ψευδαισθήσεις.

Όσον αφορά τον πόνο, τις περισσότερες φορές ο ασθενής υποφέρει περισσότερο από αυτόν, παρά από την προοπτική του θανάτου. Για το λόγο αυτό συνιστάται οτιδήποτε μπορεί να τον βοηθήσει, από τα απλά αναλγητικά μέχρι τα οπιούχα, και σε δόσεις που (λόγω της εθιστικής ιδιότητας των οπιούχων και πολλών αναλγητικών) μπορεί να ξεπερνούν κατά πολύ τις θεραπευτικές δόσεις.

Το ποσοστό των καρκινοπαθών που βιώνουν τον πόνο κυμαίνεται από 25 – 75%, ανάλογα με το εξελικτικό στάδιο της νόσου.

Υπάρχουν ψυχοφάρμακα που έχουν σημαντική θέση στην θεραπευτική αντιμετώπιση του πόνου, γιατί ισχυροποιούν τη δράση των οπιούχων. Την ιδιότητα αυτή έχουν τα αντικαταθλιπτικά, αντισπασμικά και πολλά αντιψυχωσικά, όπως οι φαινοθειαζίνες και οι βουτυροφαινόνες. (Χριστοδούλου Γ.Ν. και συν., 2002)

Πρέπει να σημειωθεί ότι ο πόνος δεν είναι συναρτημένος μόνο με το μέγεθος της υπάρχουσας ιστικής βλάβης. Υπάρχουν ενδείξεις ότι στην περίπτωση των οστικών μεταστάσεων ο αναφερόμενος πόνος είναι συχνά δυσανάλογος με τον αναμενόμενο πόνο. (Front D., Scheck SO, Frankel A., et al, 1979)

Η σύγχρονη αντίληψη για τον πόνο αναγνωρίζει τον πολυπαραγοντικό χαρακτήρα που διαθέτει. Γίνεται δηλαδή αποδεκτό, ότι ο πόνος είναι φαινόμενο συναρτημένο με φυσιολογικούς, αισθητηριακούς, συναισθηματικούς, γνωσιακούς, συμπεριφορικούς και κοινωνικο-πολιτισμικούς παράγοντες. Για παράδειγμα το άγχος αυξάνει τη μυϊκή τάση, με αποτέλεσμα αύξηση του πόνου. Επιπλέον, αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η κατάθλιψη ενισχύει την αντίληψη του πόνου. (Χριστοδούλου Γ.Ν. και συν., 2002)

## 2.4 Ψυχολογικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς και η επικοινωνία γιατρού – ασθενούς

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις των καρκινοπαθών είναι παρούσες ακόμη και όταν η διάγνωση δεν τους έχει ανακοινωθεί. Οι αντιδράσεις αυτές εξαρτώνται κυρίως από το είδος των ψυχολογικών αμυντικών μηχανισμών που κινητοποιούνται. Στους καρκινοπαθείς ο μηχανισμός που συνήθως υπερισχύει είναι η άρνηση, όμως συχνά συνυπάρχουν και άλλοι όπως: απώθηση - καταπίεση, υπεραναπλήρωση και προβολή. Στη διαμόρφωση των Ψυχολογικών αντιδράσεων του ασθενούς καθοριστικός παράγοντας είναι η ψυχοσυναλλαγή του με το περιβάλλον, η οποία περιλαμβάνει και την επικοινωνία με το γιατρό. (Abse D. W. et al. 1974).

Παραδοσιακά ο ρόλος του ασθενούς είναι ρόλος εξάρτησης και αλλοτρίωσης, ενώ του γιατρού είναι ρόλος αυταρχικός και εξουσιαστικός με αποτέλεσμα η σχέση των δύο πλευρών να είναι έντονα φορτισμένη συναισθηματικά. Σύμφωνα με τη σύγχρονη αντίληψη, η σχέση γιατρού - ασθενούς προϋποθέτει μια καθαρά συνεργατική διαδικασία ανάμεσα στις δύο πλευρές με κοινό στόχο την προαγωγή της υγείας του ασθενούς. Όταν η συναισθηματική σύζευξη γιατρού - ασθενούς είναι παρούσα, η επικοινωνία με τον ασθενή είναι ουσιαστικότερη και οι ψυχολογικές του αντιδράσεις μπορούν να αντιμετωπισθούν ικανοποιητικά. Στη σύγχρονη κλινική πράξη, ο γιατρός πρέπει συστηματικά να αποφεύγει το δίλημμα «ναι ή όχι» στην ενημέρωση όλων των καρκινοπαθών γενικώς και αδιακρίτως. Η τακτική του θα πρέπει να εξατομικεύεται μετά από προσεκτική εκτίμηση της προσωπικότητας του κάθε ασθενή και μετά από στάθμιση των ιδιαίτερων συνθηκών του περιβάλλοντος του.

Έχει αποδειχθεί ότι οι ψυχολογικές αντιδράσεις των καρκινοπαθών επηρεάζουν ακόμη και την καθαρά βιολογική πλευρά της πορείας της νόσου τους. (Bahnsen, C.B. 1981). Καλά μεθοδευμένες μελέτες σύγκρισης ομάδων καρκινοπαθών που διέφεραν μόνο ως προς την έκβαση της νόσου από πλευράς επιβίωσης και λειτουργικής επάρκειας έδειξαν ότι ασθενείς με δυσμενέστερη έκβαση εμφανίζουν: υψηλότερα επίπεδα άγχους, μειωμένη ικανότητα έκφρασης συναισθημάτων, συχνότερη τάση για άρνηση της νόσου τους, πιο παθητική γενικά στάση και πιο συχνή καταθλιπτική αντίδραση. (Στεφανής Κ. Μπούτης Α., Παπαϊωάννου Α., Παπαχαραλάμπους Ν., Τριχόπουλος Δ 1981). Τα ευρήματα των εργασιών αυτών υπογραμμίζουν την ανάγκη της διαπίστωσης αλλά και της αντιμετώπισης των ψυχολογικών αντιδράσεων του καρκινοπαθούς στα πλαίσια της επικοινωνίας γιατρού - ασθενούς.

#### 2.4.α Επικοινωνία Γιατρού – Ασθενούς

Ο ρόλος του ασθενή είναι παραδοσιακά ρόλος εξάρτησης και αλλοτριώσης. Ποτέ κανένας ενήλικος δεν διανοείται να αναθέσει τη φροντίδα του εαυτού του σε κάποιον άλλο, εκτός από την περίπτωση της ασθένειας, οπότε αυτό γίνεται υποχρεωτικά. Η παραχώρηση αυτής της φροντίδας στο γιατρό είναι συναισθηματικά φορτισμένη, επειδή συνοδεύεται από ένα βαθμό ενδόμυχης σύγκρουσης που αφορά αυτό που ο ενήλικος εκλαμβάνει σαν παλινδρόμηση στην παιδική ηλικία, σε μια εποχή που υπήρχε εξάρτηση από τους γονείς.

Αντίθετα ο ρόλος του γιατρού παραδοσιακά είναι ρόλος εξουσίας και ρόλος αυταρχικός με τον τρόπο με τον οποίο συχνά ασκείται (Αλιβιζάτος, Ι. Γ. 1980). Ο γιατρός είναι ο τεχνοκράτης της υγείας, ο άνθρωπος που ξέρει ό, τι είναι απαραίτητο για να γίνει καλά ο ασθενής ή έστω για να ανακουφιστεί από τη δυσφορία του. Το καθιερωμένο μοντέλο ιατρικής εκπαίδευσης και άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος ευνοεί την αντιμετώπιση περισσότερο ασθενειών παρά ασθενών. Συνειδητά ή ασυνείδητα, ο γιατρός αποφεύγει την ψυχολογική αντίδραση του συγκεκριμένου ασθενή στη συγκεκριμένη νόσο. Φαίνεται ότι για να προστατευτεί από το άγχος ή την κατάθλιψη που θα του προκαλέσουν τα αντίστοιχα συναισθήματα του ασθενή, προτιμά να αποπροσωποποιεί τη σχέση.

Η σύγχρονη αντίληψη στην ιατρική εκπαίδευση και στην κλινική πράξη θέλει τη σχέση γιατρού - ασθενούς κοινωνικά ισότιμη (Lewis J. M. & Usdin G. 1979). Προϋποθέτει μια καθαρά συνεργατική διαδικασία ανάμεσα στις δύο πλευρές με κοινό στόχο την προαγωγή της υγείας του ασθενούς. Έτσι ο ασθενής δεν μένει άβουλος στη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων και της θεραπείας, αλλά συμμετέχει ενεργά μέσα από μια αμφίδρομη επικοινωνία με το γιατρό, κατά την οποία ανταλλάσσονται πολύτιμες και για τους δύο πληροφορίες. Στα πλαίσια αυτής της επικοινωνίας, ο γιατρός πριν από οποιαδήποτε ενέργειά του λαμβάνει υπόψη τις προηγούμενες αντιδράσεις του καρκινοπαθή και ο ασθενής αποκτώντας συνείδηση του υπεύθυνου ρόλου του, τροφοδοτεί το γιατρό με τις πληροφορίες εκείνες που θα προωθήσουν την υπόθεση της υγείας του.

Ο γιατρός, έχοντας συνεχώς αντίληψη των αντιδράσεων του ασθενή του, μεθοδεύει την όλη του δραστηριότητα έτσι ώστε αυτή να μην έχει αρνητική ψυχολογική επίδραση στον ασθενή. Φυσικά ο γιατρός χρησιμοποιεί τις επιστημονικές του γνώσεις και την κλινική του εμπειρία κατά τον επωφελέστερο για κάθε ασθενή τρόπο. Απλώς αυτό δεν γίνεται ερήμην του

ασθενούς, όπως συχνά συμβαίνει κατά την εφαρμογή του παραδοσιακού αυταρχικού μοντέλου. Για την ουσιαστική επικοινωνία με τον ασθενή, είναι απαραίτητη η παρουσία συναισθηματικής σύζευξης γιατρού - ασθενούς. Κατ' αυτήν, ο γιατρός έχει ενσυναίσθηση του συνολικού προβλήματος του ασθενή τόσο από τη σωματική όσο και από την ψυχολογική του πλευρά και ο ασθενής καταλαβαίνει ότι ο γιατρός του ενδιαφέρεται πραγματικά (Αλιβιζάτος, Ι. Γ. 1980). Πρόκειται δηλαδή για μια σχέση που στηρίζεται σε μια έννοια γνωστή ως «θεραπευτική συμμαχία».

## **2.5 Ψυχολογική υποστήριξη του καρκινοπαθούς**

Το πλέγμα των σχέσεων γύρω από τη διάγνωση του καρκίνου είναι πολύ σύνθετο. Πρώτον, πρόκειται για μια ασθένεια που στην κοινή αντίληψη συνδέεται με τον πόνο και τον επικείμενο θάνατο, που αποτελεί κοινωνικό «στίγμα» και που φέρνει το άτομο μπροστά σε μια κρίσιμη κατάσταση (φυσικά, συγκινησιακά, κοινωνικά, υπαρξιακά). Δεύτερον, υπάρχει ο ασθενής που έχει το δικό του χαρακτήρα, βιώματα, ανάγκες, συναισθήματα και αδυναμίες. Τρίτον, υπάρχει ο γιατρός με τη δική του προσωπικότητα, παιδεία, στάση απέναντι στη ζωή και το θάνατο, την ιδιαίτερη επαφή του στις ανθρώπινες σχέσεις, τα δικά του διλήμματα, ευθύνες και φόβους. Τέλος, υπάρχει το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή και το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό. Όλοι αυτοί οι παράγοντες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους σε ένα δυναμικό χώρο. (Bahnsen, C.B. 1981)

Το να καθορισθούν όλοι αυτοί οι παράγοντες, ώστε να προταθούν συγκεκριμένες μορφές δράσης στο χώρο αυτό, είναι σαφώς δύσκολο, αλλά μπορούν να δοθούν κάποιοι γενικοί προσανατολισμοί και τακτικές για την υποστήριξη των καρκινοπαθών.

Αρχικά, θα αναφερθούν τα ψυχολογικά εκείνα στάδια από τα οποία θα περάσει ο ασθενής από την ώρα που θα αναπτυχθεί σε αυτόν το κακόηθες νεόπλασμα, ώστε να κατανοηθούν ορισμένες από τις αντιδράσεις των καρκινοπαθών και κάποιες από τις καταστάσεις που συμβαίνουν στην οικογένειά τους, για να προταθούν κάποιοι τρόποι αντιμετώπισης της οικογένειας από τους θεράποντες. Στην πορεία, θα αναλυθεί η προσωπικότητα του καρκινοπαθούς και θα παρουσιαστούν κάποια προγράμματα ψυχολογικής παρέμβασης που μπορεί να εφαρμοστούν.

Ένας τέτοιος χειρισμός του θέματος ίσως να έχει ως αποτέλεσμα ένα βαθμό ευαισθητοποίησης στην ψυχολογία των καρκινοπαθών, για καλύτερες προϋποθέσεις ψυχοκοινωνικής προσαρμογής και καλύτερη ποιότητα ζωής αυτών των ατόμων. (Bahnsen, C.B. 1981).

### **2.5.1 Στάδια της νόσου και ψυχολογική παρέμβαση**

Μια ψυχολογική παρέμβαση πρέπει να λάβει υπόψη της το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από τον ίδιο τον ασθενή, την προσδοκώμενη συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης της ασθένειας (πρώιμο - ενδιάμεσο - τελικό). Το ψυχολογικό σχήμα και η παρέμβαση ανάλογα με τα στάδια ανάπτυξης της νόσου έχει ως ακολούθως:

#### **1η Φάση – Πρώιμο στάδιο**

Μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης, οι ασθενείς αντιδρούν με πανικό και σοκ, που ακολουθούνται ή από άρνηση που οδηγεί στην καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής βοήθειας, ή από άγχος για επιβεβαίωση της διάγνωσης. Άλλοι λοιπόν αποφεύγουν να έχουν πληροφόρηση και άλλοι αναζητούν πληροφορίες για να μειώσουν το άγχος. Όταν η πιθανότητα κακοήθους νεοπλασίας δεν μπορεί να αποκλεισθεί, το άτομο θα πρέπει να μπει στο νοσοκομείο. Μέχρι τη στιγμή της εισαγωγής, πολλά άτομα θα είναι αγχώδη, ανήσυχα, σε κατάθλιψη και συχνά εκφράζουν ένα φόβο ακρωτηριασμού ή θανάτου. Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο, το άτομο είναι αναγκασμένο να αποσυρθεί από την ενεργό ζωή, το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν είναι γνώριμο, η ανεξαρτησία και ο έλεγχος χάνονται, ενώ πρέπει να υποβληθεί σε πρόσθετες εξετάσεις. Όλα αυτά μπορούν να προκαλέσουν ένα συναίσθημα αποπροσανατολισμού και έλλειψης βοήθειας (Maguire P. 1982). Υπάρχουν όμως και οι μακροπρόθεσμες διαστάσεις που συνδέονται πρώτα με τις επιπτώσεις που θα έχει η ασθένεια στην οικογενειακή, κοινωνική ζωή, επαγγελματική δραστηριότητα και στα οικονομικά, και δεύτερον, με την κακοήθεια της αρρώστιας που βιώνεται ως μια απειλή στη συνέχεια της υγείας και της ίδιας της ζωής.

Ωστόσο ο τρόπος κατά τον οποίο ο ασθενής θα αντιμετωπίσει τη νοσηλεία, την ασθένεια και τις συνέπειές της (στον ίδιο και στους άλλους) εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο μέρος από το πώς είχε αντιμετωπίσει στο παρελθόν σοβαρά προβλήματα, κρίσεις και εντάσεις στη ζωή. Αν για παράδειγμα δεν είχε ποτέ στο παρελθόν συζητήσει με άλλους τα συναισθήματα ή τα προσωπικά του προβλήματα ανοιχτά και επικοινωνιακά, γίνεται δυσκολότερη η προσαρμογή του στο στάδιο αυτό.

Οι στόχοι της ψυχολογικής παρέμβασης στη φάση αυτή είναι οι εξής:

- Να βοηθηθεί ο ασθενής να μπορεί να ζει με τη γνώση της σοβαρής ασθένειας και των συνεπειών της.
- Να βοηθηθεί στην αντιμετώπιση της αβεβαιότητας επανεμφάνισης της ασθένειας και τις άλλες σχετικές ανησυχίες.
- Να βοηθηθεί να προσαρμοστεί στη νέα (αλλαγμένη) εικόνα σώματος και εαυτού.
- Να βοηθηθεί ώστε να επαναπροσαρμοστεί στο κοινωνικό περιβάλλον.

Οι πρώτες συναντήσεις με τον ασθενή πρέπει να αφιερώνονται στην ενημέρωσή του γύρω από τη λειτουργία της πτέρυγας του νοσοκομείου που έχει εισαχθεί και στην κατατόπισή του στους ρόλους που έχει το νοσοκομειακό προσωπικό (επισκέψεις γιατρών, νοσοκόμας, χορήγηση θεραπευτικής αγωγής, θέματα κοινωνικής υπηρεσίας, ζητήματα διατροφής). Κατόπιν θα λαμβάνεται ένα λεπτομερειακό ιστορικό. Αν ο ασθενής πρόκειται να υποβληθεί σε μια χειρουργική επέμβαση, πρέπει να ενημερωθεί και να προετοιμαστεί ψυχολογικά. Στην περίπτωση μιας γυναίκας που πρόκειται να υποβληθεί σε μαστεκτομή: α) πρέπει να περιγραφούν οι διαδικασίες που η ίδια θα περάσει πριν και μετά την επέμβαση, να δοθούν πληροφορίες για τη διαδικασία της επέμβασης, την έκτασή της, το διάστημα ανάρρωσης, τα μετεγχειρητικά προφυλακτικά μέτρα και τις παρενέργειες της θεραπευτικής αγωγής. Με το να είναι προετοιμασμένη, δεν δημιουργείται ασυνέπεια μεταξύ προσδοκώμενων γεγονότων, το άγχος μειώνεται και αίρεται μια πιθανή ψυχολογική αντίφαση. β) Πρέπει να αντιμετωπιστούν λανθασμένες αντιλήψεις γύρω από την ασθένεια, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, τα μετεγχειρητικά προβλήματα και να ενθαρρυνθεί το άτομο να δει αυτές τις πλευρές με ένα θετικό τρόπο ξεπερνώντας αδικαιολόγητους και αβάσιμους φόβους. (Harnack L., Block G., Subbar A., et al., 1998)

## 2<sup>η</sup> Φάση – Ενδιάμεσο στάδιο

Διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος δεν θεραπεύτηκε αποτελεσματικά, επανεμφανίστηκε και υφίσταται ανάγκη εφαρμογής άλλων μορφών θεραπείας. Ο άρρωστος έχει μια γνώση της εξέλιξης της υγείας του με βάση τη φυσική του κατάσταση, την ένταση και έκταση του πόνου, την αδυναμία και καχεξία και άλλα συμπτώματα όπως αιμορραγίες. (Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ., 1986)

Μερικοί ασθενείς καθυστερούν να δουν το γιατρό όταν εμφανίζονται συμπτώματα πιθανής υποτροπής του καρκίνου. Είναι αυτοί οι ασθενείς που θέλουν να αποφύγουν να αντικρύσουν την επιστροφή του καρκίνου, μιας και αυτό θα ανακινούσε παλιούς φόβους για τη διάγνωση. Η επανεμφάνιση θα σήμαινε γι' αυτούς την αρχή του τέλους που τίποτε δεν μπορεί να γίνει για να το αποτρέψουν, θα δημιουργείτο φόβος για τις παρενέργειες της αντικαρκινικής θεραπείας, η οποία θα εφαρμοστεί στο νέο αυτό στάδιο ανάπτυξης της ασθένειας και θα βρίσκονταν δικαιολογίες για να αρνηθούν την υποτροπή («χάνω βάρος γιατί δεν πρόσεξα την διατροφή», «η δύσπνοια προκλήθηκε από κρύωμα όταν βγήκαμε για να επισκεφτούμε κάποιους συγγενείς»).

Κάποιοι άλλοι ασθενείς κατηγορούν το γιατρό ή την αρχική θεραπευτική αγωγή για την επανεμφάνιση του καρκίνου, μπορεί να αμφισβητήσουν τις καθιερωμένες θεραπευτικές μεθόδους και να θελήσουν να προσανατολιστούν σε όχι πάντα επιστημονικά παραδεκτές λύσεις, όπως φαρμακευτικά σκευάσματα βιταμινών, γιατροσόφια, διαλογισμό. Ο γιατρός πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή ότι μια τέτοια αγωγή είναι ανούσια και να τον κατευθύνει στις παραδεκτές θεραπείες. Ο γιατρός μπορεί ακόμα να του προτείνει να δει έναν άλλο ογκολόγο για μια δεύτερη γνώμη ή να σταθεί πρόθυμος να συζητήσει με τον ασθενή νέες διαθέσιμες θεραπείες που μέχρι τότε δεν είχαν χρησιμοποιηθεί.

Ορισμένοι ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο για μεταστατικό καρκίνο βρίσκουν πως η ατέλειωτη σειρά εργαστηριακών εξετάσεων είναι μια ιδιαίτερα δυσάρεστη πλευρά της νοσηλείας. Η αναμονή των αποτελεσμάτων φαίνεται πως είναι από τις πιο δύσκολες στιγμές, ενώ όταν τα αποτελέσματα βγουν και επιβεβαιώνουν τις υποψίες, ο γιατρός και η νοσοκόμα πρέπει να εξηγήσουν στον ασθενή και την οικογένεια του το θεραπευτικό πρόγραμμα που σχεδιάζουν. Επίσης πρέπει να εξηγηθούν οι παρενέργειες της θεραπείας, ώστε ο ασθενής να είναι έτοιμος να τις αντιμετωπίσει με ψυχραιμία (Silberfarb P.M., Philibert D. & Levine P.M.

1980). Χωρίς κάποια εξήγηση, ο ασθενής μπορεί να αποδώσει αυτές τις παρενέργειες της θεραπείας σε επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του εξαιτίας χειροτέρευσης της νόσου και να θορυβηθεί ιδιαίτερα. Πρέπει ο ογκολόγος να εξηγήσει στον ασθενή και τους συγγενείς του τα υπέρ και τα κατά της χημειοθεραπείας και να προετοιμάσει τον ασθενή να τα δεχτεί (Silberfarb P.M., Philibert D. & Levine P.M. 1980). Θα πρέπει να γίνει σαφές στον ασθενή ότι τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της θεραπείας μπορεί να τον απασχολούν και να τον ενοχλούν, όμως υπάρχει ο κλονισμός της υγείας του από την αρρώστια που είναι σοβαρότερος. Πρέπει να υπομείνει τις παρενέργειες, οι οποίες άλλωστε με το πέρασμα του χρόνου θα εκλείψουν και η προτεραιότητα να δοθεί στην αντιμετώπιση της κυρίως νόσου. Όταν ο ασθενής υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, ο ακτινοθεραπευτής θα πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή πώς λειτουργεί αυτή η θεραπεία, ποια αποτελέσματα και ποιες παρενέργειες μπορεί να φέρει, ώστε να μειωθεί το άγχος και ο φόβος, όταν οι παρενέργειες εμφανιστούν (Peck A. & Boland J. 1977). Επίσης, ανάλογη πληροφόρηση πρέπει να έχουν και οι συγγενείς του αρρώστου.

Η μεταστατική νεοπλασματική νόσος μπορεί να έχει σοβαρά αποτελέσματα στη ζωή του ασθενούς. Ο έντονος πόνος και οι φυσικοί περιορισμοί τον αναγκάζουν να μη μπορεί να εργαστεί πια, να παραμένει στο σπίτι, να σταματήσει να συμμετέχει σε δραστηριότητες που παλιότερα τον ευχαριστούσαν. Η ζωή του μπορεί να διακόπτεται από επανειλημμένες εισόδους στο νοσοκομείο για χημειοθεραπεία ή ακτινοβολίες, ενώ ο ανεξέλεγκτος πόνος μπορεί να του θυμίζει συνεχώς ότι κάτι το μοιραίο έπεται. Με την επιδείνωση της αρρώστιας ο ασθενής φοβάται ότι ο γιατρός και η οικογένειά του θα τον εγκαταλείψουν. Έτσι μερικοί ασθενείς γίνονται πράοι, υπάκουοι, χωρίς παράπονα, ώστε να αποφύγουν καταστάσεις που ίσως οδηγούσαν τους άλλους στο να τους εγκαταλείψουν. Πρέπει λοιπόν ο γιατρός και οι συγγενείς να βεβαιώσουν τον ασθενή ότι θα μείνουν κοντά του και ότι θα κάνουν τα πάντα για να νιώθει περισσότερο ανακουφισμένος. Πρέπει να ακούσουν τις ανησυχίες, τους φόβους, τις ανάγκες του, να τον υποστηρίξουν συναισθηματικά, να του δώσουν κουράγιο και ελπίδα στη μάχη του αυτή με τη μεταστατική νόσο. Τότε θα μειωθεί το άγχος, η κατάθλιψη, η σύγχυση, οι ιδέες θανάτου ή αυτοκτονίας, η επαφή μαζί του θα βελτιωθεί, θα γίνει πιο συνεργάσιμος και θα έχει περισσότερη εμπιστοσύνη σε όσους φροντίζουν γι' αυτόν. (Silberfarb P.M., Philibert D. & Levine P.M. 1980)



### 3<sup>η</sup> Φάση – Τελικό στάδιο

Σε αυτό το στάδιο, όπου η θεραπεία είναι μόνο ανακουφιστική, ο ασθενής μαζί με το γιατρό αντιμετωπίζουν το ενδεχόμενο του θανάτου. Κατά τη διάρκεια της τελικής αυτής φάσης της ασθένειας, ο ασθενής μπορεί να ταλαντεύεται μεταξύ άρνησης και αποδοχής. Μπορεί να φαίνεται πως ξέρει ότι πρόκειται να πεθάνει, αλλά την ίδια στιγμή μπορεί να εκφράζεται σαν να μη γνωρίζει τίποτα για την ασθένειά του. Επίσης, μπορεί να κατηγορήσει το γιατρό του ότι δεν τον είχε προειδοποιήσει για τις επιπλοκές ή για τον ενδεχόμενο θάνατο, παρά το γεγονός ότι καθ' όλη τη διάρκεια της ασθένειας μπορεί να ενημερωνόταν για την πρόγνυσή της. (Thomas J. & Retsas A., 1999)

Ο θάνατος δεν έρχεται σαν ένα ξαφνικό σοκ στον καρκινοπαθή σε προχωρημένο στάδιο. Θα έχει περάσει πολλούς μήνες σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, θα έχει υποβληθεί σε εγχειρήσεις, θα έχει μπει και βγει από πολλές μονάδες νοσοκομείων, πιθανόν να έχει δει άλλους αρρώστους να πεθαίνουν στα νοσοκομεία από την ίδια ασθένεια. Οπότε μπορεί να προτιμήσει τη νοσηλεία στο σπίτι, διότι στο τελευταίο στάδιο ενδιαφέρεται περισσότερο να βρίσκεται κοντά στα αγαπημένα του πρόσωπα, παρά για το είδος της φροντίδας που θα του παρείχαν σε ένα νοσοκομείο. Όμως οι συγγενείς δύσκολα δέχονται την παρουσία ενός «ξένου» (π.χ. γιατρός, νοσηλεύτης) στο σπίτι. Για το λόγο αυτό δημιουργούνται προγράμματα για την ενημέρωση της οικογένειας και του καρκινοπαθούς για βοήθεια και θεραπεία στο σπίτι. (Ahlner-Elmqvist M. et al (2008).

Αλλά ο φυσικός θάνατος που όλα τα ζωτικά όργανα παύουν να λειτουργούν, είναι μόνο μια μορφή θανάτου. Υπάρχει ο κοινωνικός θάνατος, όπου ο ασθενής απομονώνεται και αποχωρίζεται από τους άλλους ή με αυτοεγκατάλειψη ή οι συγγενείς απομακρύνονται και σταματούν να τον επισκέπτονται. Υπάρχει ο ψυχικός θάνατος, στον οποίο ο ασθενής αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο και αποσύρεται στον εαυτό του. Συνήθως ο ψυχικός και ο φυσικός θάνατος συμβαίνουν ταυτόχρονα, αλλά μερικοί ασθενείς δέχονται το θάνατο πρόωρα, εγκαταλείπουν τον αγώνα απελπισμένα - στηριζόμενοι στο ανίατο του καρκίνου - και αρνούνται να συνεχίσουν να ζουν. Ακόμη υπάρχει ο βιολογικός θάνατος, που ορίζεται από την απουσία συνείδησης ή γνωστικών λειτουργιών. (Ahlner-Elmqvist M. et al 2008)

Είναι σημαντικό για τον καρκινοπαθή σε αυτή τη φάση να γνωρίζει ότι ο γιατρός, το νοσηλευτικό προσωπικό, ο ψυχολόγος δεν πρόκειται να τον εγκαταλείψουν αλλά ότι θα μείνουν

δίπλα του και θα είναι διαθέσιμοι να συζητήσουν τις φυσικές ή ψυχολογικές ανησυχίες του, να του παρέχουν ανακούφιση και υποστήριξη ως την τελευταία στιγμή (Abrams R.D. 1966).

Πίσω απ' όλα αυτά τα στάδια και τις φάσεις κρύβεται κάτι που μέχρι την τελευταία στιγμή δεν σβήνει, η ελπίδα. Είναι η ελπίδα πως όλα αυτά είναι απλώς ένας εφιάλτης και όχι αλήθεια, ότι ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά. Ο ασθενής παίρνει κουράγιο για να αντέξει για λίγο καιρό ακόμη. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι γιατροί πρέπει να πουν ψέματα στον ασθενή. Σημαίνει ότι πρέπει να μοιραστούν μαζί του την ελπίδα πως κάτι απρόβλεπτο μπορεί να αλλάξει τη ροή των πραγμάτων. Θα πρέπει να προσέξουν ώστε να μην απελίσουν τον ασθενή, ενώ χρειάζεται ακόμα την ελπίδα. Αν εγκαταλείψουν έναν τέτοιο άρρωστο και παραιτηθούν, μπορεί να εγκαταλείψει και ο ίδιος τον εαυτό του και η περαιτέρω ιατρική βοήθεια θα μπορούσε να έρχεται πολύ αργά, βρίσκοντάς τον απροετοίμαστο για μια νέα μάχη. (Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ., 1999)

Στον ασθενή σε τελικό στάδιο, οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να κάνουν πιο τακτικές επισκέψεις, υποστηρίζοντάς τον και δείχνοντάς του ότι δεν τον ξεχνούν. Πρέπει να ζητήσουν από την οικογένεια, φίλους και συγγενείς του να μην τον εγκαταλείψουν. Να συζητήσουν το θέμα της χειροτέρευσης της κατάστασης με τον ίδιο τον ασθενή και να φροντίσουν να έχει διευθετήσει όλες τις υποθέσεις του. Πρέπει να του δώσουν την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες, τις ανάγκες, τα συναισθήματα του και να του δείχνουν κατανόηση, συμπάραση. Επιπλέον, πρέπει να βεβαιωθούν ότι εκτός του ελέγχου των σοβαρών συμπτωμάτων, χορηγείται στον ασθενή αγωγή για τον έλεγχο του πόνου. Η κάποια ανακούφιση από τον αφόρητο πόνο είναι τόσο σημαντική για το πρόσωπο που πεθαίνει όσο και η συναισθηματική υποστήριξη. Το να κρατηθεί ο ασθενής με το λιγότερο δυνατό πόνο αλλά ωστόσο διατηρώντας συνείδηση, είναι ο στόχος πολλών φαρμακευτικών σχημάτων με τη χρήση ή μη ναρκωτικών. Έχει υποστηριχτεί πως το είδος αυτό της θεραπείας δεν ευνοεί την τόσο επίφοβη τοξικομανία, αλλά αντίθετα μετά από μια αγωγή μερικών ημερών τέτοια που ο άρρωστος να διαπιστώσει πως έπαψε να πονά ή ο πόνος μειώθηκε, είναι δυνατή η ελάττωση των δόσεων και η χορήγησή τους σε σταθερή δοσολογία. Αυτό είναι κατανοητό αν κάποιος σκεφτεί την εξάλειψη της αγχώδους αναμονής του πόνου, που ασκεί άμεση επίδραση στην έντασή του (placebo effect). (Ahlner-Elmqvist M. et al (2008)

## 2.5.2 Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση

Εκτός όμως από τη συμβολή του ψυχολόγου στην αντιμετώπιση αυτών των πρακτικών προβλημάτων του καρκινοπαθούς που συνδέονται, τόσο με τη νόσο όσο και με τη θεραπευτική προσέγγιση της, η κύρια ψυχολογική προσφορά έγκειται στο επιλεγμένο ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα (Kubler – Ross E. 1969) που θα εφαρμόσει ο ψυχολόγος, δηλαδή ατομική (αναλυτική, υποστηρικτική, συμπεριφορική) ψυχοθεραπεία και ομαδική ψυχοθεραπεία, ανάλογα με το ποια θα κριθεί σαν η πιο κατάλληλη. Στόχος είναι η τροποποίηση της συμπεριφοράς μέσω αλλαγής των διαστάσεων της προσωπικότητας (Leshan L. 1977).

### 2.5.2.α Ατομική ψυχοθεραπεία

Αρχίζοντας ατομική ψυχοθεραπεία με έναν καρκινοπαθή, στόχος του θεραπευτή είναι να μάθει ο ασθενής να αισθάνεται ενεργητικός, με εμπιστοσύνη στον εαυτό του, να εκφράζει τα δικά του συναισθήματα, αντιλήψεις και ανάγκες, ακόμη και αν όλα αυτά δεν είναι πλήρως αποδεκτά από τους άλλους. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να ξαναβρεί την ελπίδα και τη δύναμη να αγωνιστεί για τη ζωή του.

Αρχικά, ο ασθενής πρέπει να μάθει να αντικαθιστά την παθολογική ανάγκη που τον χαρακτηρίζει να είναι διαρκώς καλός, συμπαθής και αρεστός στους άλλους, πράγμα που συνεπάγεται την κινητοποίηση μηχανισμών άρνησης και απώθησης στην καθημερινή ζωή και στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Δεύτερον, να αναπτύξει νέους τρόπους να εκφράζεται, να προβάλλει τον εαυτό του και να πραγματώνει τις αποφάσεις που παίρνει, ανεξάρτητα από το τι λένε ή σκέπτονται οι άλλοι.

Τρίτον, να μάθει να εγκαθιστά ικανοποιητικές, λειτουργικές, βαθιές και ειλικρινείς ανθρώπινες σχέσεις.

Αυτή η στάση λοιπόν του ψυχολόγου απέναντι στον ασθενή, όπου κάποιος προσπαθεί να τον βοηθήσει να κατανοήσει τον εαυτό του, να εκτιμήσει και να αναπτύξει τις θετικές πλευρές του χαρακτήρα του, να ωριμάσει μέσα από την καταστροφή, να βρει ένα νόημα στη ζωή και μια ανθρώπινη επαφή, είναι πολύ σημαντική. Ακόμη και αν ο θάνατος είναι αναπόφευκτος, αυτό που έχει αξία είναι το πώς ζει κανείς μέχρι την ώρα που πεθαίνει και πως αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί χωρίς απομόνωση και αυτοεγκατάλειψη. Δίνεται στον άρρωστο η ευκαιρία για

μια διέξοδο, να εξελιχθεί σ' αυτό που ο ίδιος είναι και όχι εκείνο που οι άλλοι θέλουν να είναι. (Fossa SD., Aass N., Ous S., et al., 1991)

Ο Δυτικογερμανός ερευνητής Baltrusch (1978) καθορίζει ως εξής τα ευνοϊκά σημεία πρόγνωσης έκβασης της ψυχοθεραπείας και της ίδιας της ασθένειας:

- Αναγνωρίζει την αρρώστια.
- Έχει ισχυρότερη και μεγαλύτερη ικανότητα να αντιδράσει συναισθηματικά και να εκφράσει εχθρότητα και επιθετικότητα.
- Παρουσιάζει ετοιμότητα να παλέψει για την υγεία του και τον εαυτό του.
- Μπορεί να αποκαταστήσει παλιές σχέσεις και είναι ικανός να κάνει καινούργιες σχέσεις με αντικείμενα και να τα εμπιστευτεί, να καθορίσει νέα ιδανικά και στόχους.
- Μπορεί να κάνει μεταβίβαση στο θεραπευτή, είναι δεκτικός στην ψυχοθεραπεία, ενώ μπορεί να κάνει ανάλυση σε συγκινησιακές συγκρούσεις.

Τα αποτελέσματα της εφαρμογής ψυχοθεραπείας σε καρκινοπαθείς είναι ενθαρρυντικά και σε σχέση με την προσδοκώμενη επιβίωση, που σε ορισμένες αν και λίγες επιλεγμένες περιπτώσεις έχει μεγαλώσει. Λαμβάνοντας υπόψη δηλαδή, ότι μια ορισμένη δομή προσωπικότητας του ασθενούς και μια αρνητική ψυχολογική αντίδραση στον καρκίνο μπορεί να έχουν επίδραση στα αποτελέσματα (πρόγνωση και επιβίωση), δίνει την απάντηση στο λόγο για τον οποίο η ψυχολογική παρέμβαση σύμφωνα με διάφορους ερευνητές σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να επιμηκύνει τη διάρκεια της ζωής, τροποποιώντας διαστάσεις της προσωπικότητας και τη στάση του καρκινοπαθούς απέναντι στην αρρώστια και τη ζωή γενικότερα. (Fossa SD., Aass N., Ous S., et al., 1991)

Στην κατεύθυνση αυτή έχει αναπτυχθεί η μέθοδος των Carl και Stephanie Simonton (1978) που είναι μια πολυδιάστατη προσέγγιση του καρκίνου. Το προσδοκώμενο επιβίωσης των ασθενών τους είναι σχεδόν διπλάσιο από εκείνο των ασθενών άλλων ιδρυμάτων και η ποιότητα ζωής και ο βαθμός δραστηριότητας όλων όσων εισάγονται με το χαρακτηρισμό «μη ιάσιμος» βρίσκονται σε πολύ υψηλό επίπεδο.

Ένας από τους πρώτους στόχους της μεθόδου τους είναι να ανατρέψουν την καθιερωμένη εικόνα του καρκίνου, εφόσον είναι ασυμβίβαστη με τις διαπιστώσεις των σύγχρονων ερευνών. Οι ασθενείς παρακινούνται να δουν τον καρκίνο όχι σαν ένα τοπικό πρόβλημα αλλά σαν μια διαταραχή του συστήματος του οργανισμού, όχι σαν ένα ξένο, νέο

«πλάσμα» που βασανίζει το σώμα τους, αλλά σαν αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης ανάμεσα στους βιολογικούς, ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ένα δεύτερο βήμα είναι να βοηθηθούν οι καρκινοπαθείς να συνειδητοποιήσουν πως δεν είναι πάντα θύματα της ασθένειας αλλά πως και οι ίδιοι μπορεί να συνέβαλαν στην ανάπτυξη της, να παρακολουθήσουν την εξέλιξη της και να αποκαλύψουν τις σημαντικότερες καταστάσεις στρες του πρόσφατου παρελθόντος. Ένα τρίτο βήμα είναι να ενισχυθεί η πίστη των ασθενών στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας και της αμυντικής και ανανηπτικής ικανότητας του οργανισμού τους.

Η κύρια τεχνική ενίσχυσης του αμυντικού συστήματος είναι η μέθοδος της χαλάρωσης και της διανοητικής φαντασίωσης (ενόραση). Ο ασθενής ενθαρρύνεται να απεικονίσει στη φαντασία του συμβολικές εικόνες του καρκίνου και του τι πιστεύει πως συμβαίνει στο σώμα του. Για παράδειγμα τα λευκά αιμοσφαίρια μπορεί να παρασταθούν σαν ένας στρατός από ιππότες επάνω σε λευκά άλογα, που επιτίθενται, νικούν και εξοντώνουν τον εχθρό, που δεν είναι άλλος από τα καρκινικά κύτταρα παριστάμενα σαν μικρά, αργά κινούμενα όντα.

Στην τεχνική αυτή στόχος είναι να «δει» ο ασθενής ότι (α) τα καρκινικά κύτταρα είναι ανίσχυρα και εύθραυστα, πως η ιατρική θεραπεία είναι ισχυρή και τα καταστρέφει, ενώ δεν επιφέρει υπολογίσιμες μεταβολές στα υγιή κύτταρα, και (β) ότι τα λευκά αιμοσφαίρια είναι πολλά, επιθετικά και υπερνικούν τη δύναμη των καρκινικών.

Αλλάζοντας την ιδέα για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και την ισχύ των αμυντικών μηχανισμών του οργανισμού, μπορεί να επέλθουν αλλαγές στο πολύπλοκο ανοσολογικό σύστημα, επηρεάζοντας έτσι την ασθένεια.

Ωστόσο η ενόραση (και οι φυσικές ασκήσεις στις οποίες οι ασθενείς καλούνται παράλληλα να επιδοθούν) παρότι παίζουν έναν πολύ σημαντικό ρόλο στα πλαίσια της θεραπευτικής αγωγής των Simonton, δεν αρκούν για να «θεραπεύσουν» τους καρκινοπαθείς. Αν η σωματική πάθηση αποτελεί μια εκδήλωση των βαθύτερων ψυχολογικών ή κοινωνικών προβλημάτων, όσο αυτά τα προβλήματα παραμείνουν άλυτα, ο άρρωστος δεν πρόκειται να θεραπευτεί ακόμη και αν «εξαφανιστεί» προσωρινά ο καρκίνος από το σώμα του. Έτσι, οι Simonton, προσπαθώντας να βοηθήσουν τους ασθενείς τους να λύσουν τα πραγματικά τους προβλήματα, τις αιτίες της πάθησής τους, υιοθέτησαν την ψυχολογική συνέντευξη και την ψυχοθεραπεία σαν δύο ουσιαστικά στοιχεία της προσέγγισής τους.

Οι καρκινοπαθείς ενθαρρύνονται στο να εντοπίσουν υγιέστερους τρόπους αντιμετώπισης των κρίσιμων καταστάσεων στρες στη ζωή τους, να αναδιοργανώσουν το σύστημα αξιών και πεποιθήσεών τους για την ασθένεια και τη θεραπεία, να επανεξετάσουν το σύστημα πίστης τους για τις κοινωνικές σχέσεις και τα γεγονότα της ζωής τους και τις ευρύτερες αντιλήψεις τους για τον κόσμο. (Fossa SD., Aass N., Ous S., et al., 1991)

Μετά την ψυχοθεραπεία, μόλις εκδηλωθούν τα συναισθήματα ελπίδας και προσδοκίας, αυτά μεταφράζονται σε βιολογικές διεργασίες που αρχίζουν να αποκαθιστούν την ισορροπία του οργανισμού, να μειώνεται η παραγωγή των ατελών κυττάρων και να δυναμώνει το αμυντικό σύστημα. (Fossa SD., Aass N., Ous S., et al., 1991)

### **2.5.2.β Ομαδική ψυχοθεραπεία**

Η ασθένεια, ιδίως στα τελευταία στάδια της, συντελεί ώστε ο άρρωστος να απομονώνεται διατηρώντας ελάχιστη επαφή με τον εξωτερικό κόσμο, μη θέλοντας να γίνει βάρος στους φίλους και στην οικογένεια με τους φόβους και τις ανησυχίες του. Καθώς λοιπόν ο καρκινοπαθής βαθμιαία αποκόβει δεσμούς - επικοινωνία, παραμένει όλο και περισσότερο μόνος. Σε τέτοιες περιπτώσεις αλλά και σε άλλες, η ομαδική ψυχοθεραπεία κρίνεται σαν η πιο προσιτή μέθοδος παρέμβασης.

Τα κυριότερα πλεονεκτήματα που παρουσιάζει έναντι της ατομικής ψυχοθεραπείας είναι:

1) Η συμμετοχή σε ομάδα με άλλους καρκινοπαθείς που αντιμετωπίζουν τις ίδιες συνθήκες καταστάσεων που απειλούν τη ζωή, παρέχει μια αίσθηση ότι ανήκουν σε μια κοινότητα και μειώνει τα αισθήματα απομόνωσης και μοναξιάς, που βιώνουν οι περισσότεροι από αυτούς τους ασθενείς. Η απομόνωση αυτή οφείλεται αφ' ενός στο ότι οι συγκεκριμένοι άρρωστοι αποκόβουν επαφές με το κοινωνικό περιβάλλον, γιατί δεν θέλουν να αναστατώνουν τους δικούς τους με τις ανησυχίες τους και τις νοσηρές ενασχολήσεις τους και αφ' ετέρου οι συγγενείς τους απομακρύνονται φοβούμενοι μήπως «κολλήσουν» τον καρκίνο ή γιατί δεν θέλουν ή δεν μπορούν να συμμετέχουν στη σοβαρότητα της κατάστασης.

Στην ομάδα τα μέλη ενθαρρύνονται να εκφράσουν όλες τις ανησυχίες τους και να συζητούν τους αμοιβαίους φόβους τους γύρω από δυσκολίες στη θεραπευτική αγωγή, τρόπους αντιμετώπισης ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων, έλεγχο πόνου, θέματα επικοινωνίας με το γιατρό, προβλήματα με την οικογένεια τους και άλλες πρακτικές συμβουλές.

2) Ο ασθενής μέσα στην ομάδα αισθάνεται ότι είναι χρήσιμος στους άλλους, δίνοντας από τον εαυτό του αλλά και παίρνοντας από τους άλλους. Συμβάλλει στη βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης και στην ευημερία των άλλων, ενώ παράλληλα αυξάνεται η αίσθηση ότι αξίζει, ότι είναι αποδεκτός, ότι δεν είναι αδύναμος ή αβοήθητος, κοντά σε ανθρώπους που τον συμμερίζονται και συμπάσχουν μαζί του.

Ακόμη, όταν κάποιο μέλος της ομάδας πεθάνει, ο άρρωστος μπορεί να εκφράσει τον πόνο του και να θρηνησει, αισθανόμενος ότι και οι άλλοι του συμπαραστέκονται.

3) Η ομάδα βοηθά στην απευαισθητοποίηση των ασθενών με την ιδέα του θανάτου. Αγγίζοντας το θέμα αυτό και προσεγγίζοντας το επανειλημμένα, συζητώντας θέματα όπως η μετά θάνατο ζωή, εξοικειώνονται με την ιδέα του θανάτου και είναι περισσότερο έτοιμοι να δεχτούν ένα τέτοιο ενδεχόμενο χωρίς έντονο πανικό, άγχος, κατάθλιψη ή αποδιοργάνωση.

4) Στην ομάδα δίνεται έμφαση στις αξίες και προτεραιότητες κάθε ατόμου που πλέον κινητοποιείται να ζήσει το υπόλοιπο της ζωής του κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο (Spiegel D. 1981).

Όμως οι έρευνες επάνω στην ομαδική ψυχοθεραπεία με καρκινοπαθείς είναι ελάχιστες. Κάπου εδώ θα γίνει μια ανασκόπηση των κυριότερων ερευνητικών προγραμμάτων ομαδικής θεραπείας, με τέτοιους ασθενείς. Οι Yalom και Greaves (1977) παρουσίασαν την τετράχρονη εμπειρία τους σε ομαδική θεραπεία με ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο, κυρίως του μαστού. Η ομάδα συναντιόταν μια φορά την εβδομάδα για 90'. Οι ασθενείς ήταν όλοι πλήρως ενήμεροι για τη φύση και πρόγνωση της ασθένειάς τους. Ασθενείς που εμφάνιζαν ολική άρνηση της αρρώστιας και των επιπτώσεών της, όπως και άρρωστοι που είχαν άριστη πρόγνωση, αποκλείστηκαν.

Ήταν μια ανοιχτή ομάδα, που τα μέλη έρχονταν τόσο συχνά όσο τους το επέτρεπε η φυσική τους κατάσταση και για όσο διάστημα ένιωθαν πως ωφελούνταν από την εμπειρία αυτή. Ο αριθμός αυτών που παρακολουθούσαν τις συναντήσεις κυμαινόταν από 3 έως 12, με μέσο όρο 6 - 7 μέλη. Αν συγκεντρώνονταν πάνω από 7 μέλη, η ομάδα χωριζόταν σε δύο μικρότερες, σε συνάντηση μιας ώρας, και στη συνέχεια ενώνονταν όλοι σε μια ομάδα για το υπόλοιπο ημίωρο. Συνήθως σε κάθε ομάδα υπήρχαν 3 - 4 θεραπευτές, ψυχίατροι ή σύμβουλοι, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι υπήρχε ανάγκη στην ομάδα για τόσους θεραπευτές.

Η συνοχή της ομάδας ήταν αποτέλεσμα, τουλάχιστον εν μέρει, των προβλημάτων επικοινωνίας και επαφής που υπήρχαν ανάμεσα στους ασθενείς και το ιατρικό προσωπικό. Τα

συναισθήματα των ασθενών προς τους γιατρούς ήταν αμφιθυμικά: από τη μια τους περιέβαλαν με κύρος, τους απέδιδαν υπεράνθρωπες ικανότητες, αυθεντία, ενώ από την άλλη ένιωθαν μια δικαιολογημένη ή παράλογη εχθρότητα.(Fossa SD., Dahi AA., Haaland CF., 1999)

Βασικά η παράλογη οργή, όπως ερμηνεύουν οι ερευνητές αυτοί, πηγάζει από την αποτυχία του γιατρού να εκπληρώσει υπερβολικές, μη ρεαλιστικές απαιτήσεις των ασθενών. Κατά βάθος οι καρκινοπαθείς προσδοκούν από τους γιατρούς να είναι παντογνώστες και προστατευτικοί. Εναποθέτουν την πίστη τους στους γιατρούς, αλλά ο γιατρός όπως είναι φυσικό δεν μπορεί να πάρει το ρόλο του έσχατου «σωτήρα – λυτρωτή».

Ωστόσο αρκετή από την εχθρότητα δικαιολογείται. Ο χειρουργός και οι ογκολόγοι έχουν σχεδιάσει το πρόγραμμά τους κατά τέτοιο τρόπο, ώστε δεν μπορούν να αφιερώσουν το χρόνο τους για την υποστήριξη και πληροφόρηση που οι ασθενείς επιθυμούν. Οι ασθενείς αισθάνονται τους γιατρούς πολύ απρόσωπους και αυταρχικούς. «Το φέρουν βαρέως» που δεν έχουν επαρκή πληροφόρηση και που αποκλείονται από σημαντικές αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία. Πολλοί ασθενείς αναφέρουν πως οι γιατροί τους αποσύρονται συναισθηματικά από αυτούς μόλις συμβεί υποτροπή. Αισθάνονται εγκαταλελειμμένοι τη στιγμή που χρειάζονται περισσότερη υποστήριξη. Έτσι προκύπτουν τα εχθρικά συναισθήματα.

Οι Yalom και Greaves (1977) περιγράφουν ότι οι ασθενείς στην ομάδα μαθαίνουν ο ένας στον άλλο τι μπορούν και τι δεν πρέπει να περιμένουν από τους γιατρούς τους. Λαμβάνουν μέρος σε ένα «παίξιμο ρόλων» για το πώς να κάνουν ερωτήσεις στους γιατρούς, θίγουν ζητήματα γύρω από το πόσα πολλά θέλουν να γνωρίσουν μέσω των γιατρών όσον αφορά την πάθησή τους. Επεξεργάζονται θέματα, όπως π.χ.: «Κρύβουν οι γιατροί πληροφορίες; Ή ο ασθενής κάνει ερωτήσεις με τέτοιο τρόπο, που οι γιατροί απλά συμμορφώνονται με την επιθυμία του αρρώστου να αποφύγει να πάρει τις πληροφορίες που φαινομενικά θέλει;».

Με το πέρασμα του χρόνου, οι ασθενείς της ομάδας συνειδητοποιούν την έντονη ανάγκη τους για μια υποστηρικτική σχέση όταν η αρρώστια τους δεν κρίνεται πια ιάσιμη και όταν πολλοί από τους γιατρούς είναι τρομαγμένοι ή αποθαρρυνμένοι, ώστε δεν μπορούν να παρέχουν την παρουσία που οι ασθενείς απαιτούν. Η «παρουσία» είναι η υπέρτατη ανάγκη και το κοινό «αγαθό» που η ομάδα παρέχει. Σχεδόν χωρίς εξαιρέσεις, οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν το θάνατο αισθάνονται αποκομμένοι και εγκαταλελειμμένοι από τους «ζωντανούς». Ο ασθενής ξέρει ότι οι «ζώντες» γνωρίζουν πως έχει μια ασθένεια στα τελευταία της στάδια, και στηριζόμενος σε μηνύματά τους, κυρίως μη λεκτικά (π.χ. μια θλίψη, ένα «μαζεμένο» τρόπο, μια



τάση να 'ναι λιγότερο θερμοί), καταλαβαίνει ότι κρατούν κάπως μεγαλύτερη απόσταση απ' αυτόν. (Fossa SD., Dahi AA., Haaland CF., 1999)

Ακόμη οι ασθενείς, φοβούμενοι μήπως γίνουν βάρος, μήπως φέρουν κατάθλιψη ή τρομάξουν τους φίλους και τους συγγενείς, αποφεύγουν να τους μιλήσουν για οποιοδήποτε σοβαρό θέμα τους απασχολεί και τους βασανίζει. Έτσι, αυξάνουν την απομόνωσή τους. Τόσο η εγκατάλειψη του ασθενή από τους άλλους όσο και η αυτοεγκατάλειψη του, εκτός από την υπαρξιακή μοναξιά, μπορεί να αντιμετωπιστούν στην ομάδα. Επίσης θέματα όπως η πτώση των μαλλιών από τη χημειοθεραπεία, η δυσμορφία από εγχειρήσεις, ο αναμενόμενος πόνος, ο φόβος της στιγμής του θανάτου, η ύπαρξη μετά θάνατο ζωής, η ευθανασία, ζητήματα διαθήκης, μπορεί να συζητούνται και να δίνονται απαντήσεις και να τίθενται προβληματισμοί.

Οι Ferlic και συν. (1979) ανέπτυξαν ένα πρόγραμμα συμβουλευτικής για μια ομάδα 30 καρκινοπαθών προχωρημένου σταδίου. Παράλληλα δημιουργήθηκε μια ομάδα ελέγχου από ασθενείς με μερικά κοινά χαρακτηριστικά με τα άτομα της πειραματικής ομάδας, που δεν παρακολούθησαν το πρόγραμμα. Η ομάδα συντονιζόταν από έναν κοινωνικό λειτουργό, δυο γιατρούς, ένα εργοθεραπευτή, ένα διαιτολόγο και δυο ιερείς. Συνήθως εναλλάσσονταν, αλλά μόνο δύο από αυτούς ήταν σε κάθε συνεδρία.

Το πρόγραμμα περιλάμβανε 6 συνεδρίες τρεις φορές την εβδομάδα για μιάμιση ώρα. Ο χρόνος κάθε συνεδρίας μοιραζόταν σε εισηγήσεις θεμάτων που διάλεγαν τα μέλη, σε παρουσίαση ενός θέματος από τους θεραπευτές και συζήτηση. Μερικά από τα θέματα που τέθηκαν προς συζήτηση από τους θεραπευτές ήταν η λειτουργία του νοσοκομείου, καθήκοντα γιατρών, νοσοκόμων και υποχρεώσεις ασθενών, επικοινωνία γιατρού αρρώστου, γενική περιγραφή του καρκίνου, θεραπευτικές μέθοδοι και παρενέργειες, θεωρίες σχετικά με την αιτιολογία του καρκίνου, ψυχοσωματική του καρκίνου, στρατηγικές προσαρμογής, ψυχολογικές διαστάσεις, προβλήματα στην οικογένεια, μεταβολές στο σώμα και στη σεξουαλικότητα, διατροφή και φυσική λειτουργικότητα, θρησκεία και πίστη, αντιμετώπιση του θανάτου.

Μετά το τέλος του προγράμματος εκτιμήθηκε ότι οι ασθενείς που το παρακολούθησαν, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, αισθάνονταν καλύτερα προσαρμοσμένοι στο νοσοκομειακό περιβάλλον, είχαν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στις σχέσεις τους με το νοσηλευτικό προσωπικό, παρουσίαζαν καλύτερη κατανόηση της κατάστασής τους και πιο ήρεμη στάση απέναντι στο θάνατο. Επίσης τα άτομα του προγράμματος απέκτησαν κάπως καλύτερη γνώση των συναισθημάτων τους προς τις οικογένειές τους, ενώ διαπιστώθηκε πως η συμμετοχή τους στο

πρόγραμμα δεν οδήγησε σε κάποια διαταραχή στην προσωπικότητά τους, που ίσως περίμενε κανείς λόγω των συζητήσεων γύρω από τον καρκίνο και το θάνατο.

Οι Spiegel, Bloom και Yalom (1981) εφάρμοσαν ένα πρόγραμμα ομαδικής υποστηρικτικής θεραπείας σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του μαστού. Η ομάδα συναντιόταν μια φορά την εβδομάδα για μιάμιση ώρα και διευθυνόταν από έναν ψυχίατρο και μια σύμβουλο που είχε καρκίνο μαστού σε ύφεση. Δημιουργήθηκε μια ομάδα ελέγχου για να συγκριθούν τα αποτελέσματα από την παρέμβαση ή μη. Με τη χρήση tests όπως το Health Locus of Control, το Profile of Mood States, μετρήσεις της άρνησης, διαπιστώθηκε ότι με τη συμμετοχή στις συνεδρίες της ομάδας για ένα έτος, οι ασθενείς έγιναν λιγότερο αγχώδεις, καταθλιπτικοί, φοβισμένοι, με μικρότερο βαθμό άρνησης της αρρώστιας, καθώς και μεγαλύτερη κοινωνικότητα, αυτοεκτίμηση, αίσθηση προσφοράς στους συνανθρώπους και βελτιωμένη ποιότητα ζωής.

Τέλος οι Spiegel και Glafkides (1983) μελέτησαν την αποτελεσματικότητα εφαρμογής ομαδικής θεραπείας σε γυναίκες με καρκίνο μαστού σε προχωρημένο στάδιο. Τα μέλη της ομάδας ήταν 7 έως 10 και συναντιόνταν επί ένα έτος μια φορά την εβδομάδα για 90'. Η ομάδα ήταν υποστηρικτική και δίνονταν λίγες ερμηνείες, ενώ οι συζητήσεις επικεντρώνονταν γύρω από το θάνατο και την πορεία προς το θάνατο, μεταβολές στην εικόνα του εαυτού, οικογενειακά προβλήματα, δυσκολίες με τη θεραπεία, προβλήματα επικοινωνίας με τους γιατρούς, συζήτηση ανησυχιών και φόβων, θρήνος για τα μέλη που χειροτέρευαν ή πέθαιναν.

Παρατηρήθηκε ότι η συμμετοχή σε ομάδα με άλλους ασθενείς τελικού σταδίου βοηθά τα μέλη να αντιμετωπίσουν κοινά προβλήματα και να ελαττώσουν την άμυνα της άρνησης. Προσεγγίζουν τον καρκίνο και τις συνέπειές του πολύπλευρα, και οδηγούνται σε καλύτερη γνώση λύσης προβλημάτων και σε μια αίσθηση ότι ανήκουν σε ένα υποστηρικτικό δίκτυο. Το μεγάλο πρόβλημα που τους απομόνωνε από τους φίλους είχε γίνει ο κοινός τους δεσμός στην ομάδα. (Fossa SD., Dahi AA., Haaland CF., 1999)

## **2.6 Θεραπεία συμπεριφοράς σε καρκινοπαθείς**

Το ενδιαφέρον για τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις του καρκίνου έχει επεκταθεί ώστε να περιλαμβάνει τη συμπεριφορική ανάλυση και παρέμβαση στις συνθήκες που δημιουργεί η ασθένεια και η θεραπεία της. Ένα σημαντικό ζήτημα είναι ο έλεγχος των ψυχοσωματικών

συμπτωμάτων. Οι συμπεριφορές πόνου (παράπονα, κλάματα) συχνά αποσκοπούν στην ανάπτυξη κοινωνικών επαφών και επικοινωνίας.

Τέτοιες συμπεριφορές μπορούν να αντιμετωπιστούν με την εφαρμογή ειδικών τεχνικών. Υπάρχουν τεχνικές για τη μείωση της έντασης και διάρκειας του πόνου, όπως και τεχνικές που συμβάλλουν στον έλεγχο των προκαταβολικών αντιδράσεων (ναυτίας, εμέτου) στη χημειοθεραπεία. Στο σημείο αυτό, προβάλλονται τόσο οι μέθοδοι αντιμετώπισης των συμπεριφορών που σχετίζονται με τον πόνο, όσο και οι συμπεριφορικές τεχνικές (χαλάρωση, ύπωση, βιοανάδραση) που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη μείωση του πόνου, της προκαταβολικής ναυτίας και τάσης για έμετο. Επισημαίνονται τα μεθοδολογικά και κλινικά προβλήματα που μπορεί να παρουσιαστούν και προτείνονται κατευθύνσεις για την εξέλιξη της έρευνας στο χώρο αυτό της συμπεριφορικής ιατρικής.

Η συμβολή του ψυχολόγου στον ιατρικό χώρο συνίσταται στο να αναγνωρίσει τα ψυχολογικά προβλήματα ή τις διαταραχές που εμφανίζονται στη συμπεριφορά των καρκινοπαθών, να αναπτύξει τακτικές παρέμβασης ώστε να αντιμετωπιστούν αυτά τα προβλήματα και να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της ψυχολογικής θεραπείας που εφαρμόστηκε. (Fossa SD., Dahi AA., Haaland CF., 1999)

Η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση των ατόμων με καρκίνο γίνεται άλλοτε σε ατομικό επίπεδο, κι άλλοτε στο επίπεδο μιας ομάδας καρκινοπαθών.

Η Ατομική Ψυχοθεραπεία έχει σκοπό την κατανόηση και τροποποίηση της συμπεριφοράς των ασθενών, αλλάζοντας ορισμένες διαστάσεις της προσωπικότητάς τους. Η προσωπικότητα των ατόμων που αναπτύσσουν καρκίνο χαρακτηρίζεται κυρίως από φτώχη συγκινησιακή εκφόρτιση, αδυναμία εξωτερίκευσης αρνητικών και επιθετικών συναισθημάτων, γιατί το άτομο έχει την ανάγκη να είναι συμπαθές και αρεστό στους άλλους, καταπιέζοντας τις δικές του ανάγκες, επιθυμίες και συναισθήματα, καθώς και από την τάση του ν' αντιμετωπίζει κρίσιμες καταστάσεις με μια αίσθηση απόγνωσης, ματαιότητας και απελπισίας.

Η Ομαδική Ψυχοθεραπεία από την άλλη πλευρά, έχει σκοπό να βοηθήσει τους ασθενείς να δημιουργούν βαθιές και ειλικρινείς διαπροσωπικές σχέσεις, να μοιράζονται μεταξύ τους προσωπικές εμπειρίες, να επεξεργάζονται προβλήματα στις σχέσεις τους με την οικογένεια και με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, να εκδηλώνουν με κατάλληλο τρόπο οδυνηρά συναισθήματα (οργή, θλίψη, απογοήτευση) και να δίνουν προτεραιότητες στις ανάγκες τους, κα-

λύπτοντας τη ζωή τους με τον καλύτερο δυνατό τρόπο (Αναγνωστόπουλος Φ. & Βελισσαρόπουλος Χρ., 1984)

Μέσα στα πλαίσια της ψυχολογικής προσέγγισης του καρκινοπαθούς, ο ψυχολόγος μπορεί να κάνει χρήση ορισμένων συμπεριφορικών τεχνικών, όπως είναι η χαλάρωση, η ύπνωση, η βιοανάδραση. Οι ίδιες τεχνικές εφαρμόζονται με θεραπευτικά αποτελέσματα και σε παθήσεις όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου, ο διαβήτης, η παχυσαρκία, οι ημικρανίες και η υπέρταση.

Στην περίπτωση των καρκινοπαθών, οι συμπεριφορές που πρέπει να τροποποιηθούν, αφορούν:

α) Ανεξάρτητες μεταβλητές, δηλαδή συμπεριφορικές και κοινωνικοπολιτισμικές μεταβλητές που επηρεάζουν τόσο τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου όσο και την έκβαση της νόσου. Παραδείγματα ανεξάρτητων μεταβλητών που ασκούν άμεση επίδραση στην εμφάνιση της νόσου είναι διαστάσεις στον τρόπο ζωής των ατόμων, όπως το κάπνισμα, η υπερβολική και χρόνια χρήση αλκοόλ, η έκθεση σε καρκινογόνες ουσίες, που βάζουν τον οργανισμό σε κίνδυνο. Παραδείγματα παραμέτρων που έχουν έμμεση επίδραση στην προοδευτική εξέλιξη της νόσου είναι η μη συμμόρφωση με τις οδηγίες των γιατρών, η καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής συμβουλής και εντόπισης της νόσου, η μη εφαρμογή προληπτικών μεθόδων εξέτασης, όπως είναι η αυτοεξέταση μαστών.

β) Εξαρτημένες μεταβλητές, οι οποίες αποτελούν συνέπειες του καρκίνου ή της θεραπείας του. Τέτοιες είναι: ο πόνος, η ναυτία, ο έμετος, η ανορεξία, το άγχος, η ένταση, οι διαταραχές ύπνου. Καταστάσεις δηλαδή, που αποτελούν στόχο για ψυχολογική παρέμβαση (Levy S. M. 1982).

### **2.6.1 Τροποποίηση συμπεριφοράς**

Συχνά η κατάσταση της υγείας του καρκινοπαθή, ο χρόνος επιβίωσης και η προσωπικότητά του δεν δίνουν τη δυνατότητα μιας ατομικής ή ομαδικής ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η εφαρμογή μιας συμπεριφορικής θεραπείας αποβλέπει στον έλεγχο ορισμένων συμπτωμάτων ή διαταραχών της συμπεριφοράς, όπως παρατεταμένα

κλάματα, φωνές, ουρλιαχτά, άρνηση λήψης τροφής, συνεχή αδικαιολόγητα παράπονα, ψυχοσωματικός βήχας και έμετος.

Σε πρώτο επίπεδο, ο ψυχολόγος προσπαθεί να αποδώσει αυτή τη συμπεριφορά στις πραγματικές αιτίες: οφείλεται σε μια αντικειμενική αιτία; Στη διάθεση του καρκινοπαθή να πετύχει κάποια δικά του οφέλη (προσοχή, ενδιαφέρον, φροντίδα από το περιβάλλον του); (Η οποία είναι μια συντελεστική εξαρτημένη αντίδραση, δηλαδή μια αντίδραση που ο οργανισμός μαθαίνει ότι συντελεί στη μεταβολή του περιβάλλοντός του). Ή τέλος η συμπεριφορά αυτή του καρκινοπαθή είναι μια κλασική εξαρτημένη αντίδραση (ανεξάρτητο - εξαρτημένο ερέθισμα);

Το επόμενο βήμα είναι να αναγνωρίσει ο ίδιος ο ασθενής τα κίνητρα της συμπεριφοράς του και να προσπαθήσει να την τροποποιήσει, ικανοποιώντας παράλληλα τις ανάγκες του με άλλες τακτικές καλύτερης συνεργασίας, ξεκινώντας από την ευκαιρία που του δίνεται μέσα από την ψυχολογική σχέση.

Οι καρκινοπαθείς συχνά πρέπει να υποβληθούν σε παραμορφωτικές επεμβάσεις ή οδυνηρές θεραπείες, που μπορεί να διαρκέσουν για μήνες ή χρόνια. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις αυτών των εμπειριών επιδεινώνονται όταν ο ασθενής τοποθετείται σε απομόνωση ή ακινητοποιείται στο κρεβάτι. Κάτω απ' αυτές τις συνθήκες είναι φυσιολογικό να βιώνει έντονη κοινωνική αποστέρηση, και τα μόνα διαθέσιμα μέσα που μπορεί να χρησιμοποιεί για να ελέγξει ερεθίσματα από το κοινωνικό περιβάλλον είναι η ανάπτυξη συμπτωμάτων που απαιτούν περισσότερη κοινωνική επαφή και μέριμνα.

Ως αποτέλεσμα, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και οι συγγενείς παρέχουν περίθαλψη, το ενδιαφέρον και τη συμπάθεια που επιδιώκει ο καρκινοπαθής, καθώς εκείνος χρησιμοποιεί τα συμπτώματά του για να τους φέρει κοντά του. Επιπρόσθετα, παρέχεται ενίσχυση στον ασθενή αφού με το να παραπονεθεί, δίνει πληροφορίες στη νοσοκόμα ή το γιατρό για συμπτώματα που μπορεί να βοηθήσουν στην ιατρική παρέμβαση (συμπτωματικό άλγος). Τέλος ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη συμπτωμάτων στη συμπεριφορά είναι μια αυξημένη ευαισθησία σε περιοχές του δεξιού ημισφαιρίου (Harnack L., Block G., Subbar A., 1998).

## 2.6.2 Τεχνικές αυτοελέγχου στην αντιμετώπιση του πόνου

Για την αντιμετώπιση του πόνου έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί τεχνικές όπως η ύπνωση, η χαλάρωση, ο διαλογισμός και η βιονάδραση (Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ., 1986).

### 2.6.2.α Ύπνωση

Η ύπνωση δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή να αναπτύξει τεχνικές που τον βοηθούν να ελέγξει την αντίληψη του πόνου. Μερικές από αυτές τις τεχνικές που περιγράφει ο Sacerdote (1970) είναι:

α) Η Υπνοαναισθησία που οδηγεί στη μείωση της ευαισθησίας του ατόμου στον πόνο σαν συνέπεια υπνωτικής υποβολής. Ο θεραπευτής ζητά από τον καρκινοπαθή να θυμηθεί στιγμές που είχε νιώσει αναισθησία, όπως για παράδειγμα στο αποτέλεσμα της novocaine (νοβοκαΐνη: τοπικό αναισθητικό, λέγεται και προκαΐνη) στον πόνο των δοντιών. Η ανάκληση τέτοιων αναμνήσεων βοηθά στη μείωση της ευαισθησίας στον πόνο γιατί διακόπτει την επικέντρωση του ασθενούς στον παρόντα πόνο και δίνει ανακούφιση αφού θυμάται ότι ο πόνος μπορεί να ελεγχθεί και να σταματήσει.

β) Η προσοχή του καρκινοπαθούς συγκεντρώνεται σε ένα άλλο μέρος του σώματος του που δεν πονά (π.χ. στο χέρι) και ο θεραπευτής ζητά από τον ασθενή να φανταστεί ότι το χέρι του σύντομα θα πάψει να είναι ευαίσθητο στον πόνο, μόλις ο ασθενής αναφέρει ότι το χέρι του «παρέλυσε». Η αναισθησία αυτή τότε μπορεί να «μεταφερθεί» σε ένα άλλο μέρος του σώματος που πονά.

γ) Μετάθεση: ο πόνος μετατίθεται από το αρχικό σημείο σε άλλο σημείο του σώματος, ώστε να είναι πιο υποφερτός. Για παράδειγμα, ο πόνος μπορεί να μετατοπιστεί από το υπογαστρίο στο μικρό δάκτυλο, καλύπτοντας μικρότερη περιοχή και ενεργώντας σε ένα λιγότερο κρίσιμο όργανο.

δ) Αποσύνδεση: ο ασθενής οδηγείται σε μια κατάσταση που νιώθει ότι ένα μέλος του σώματός του που πονά (π.χ. το χέρι του) και είναι αποσυνδεδεμένο - αποκομμένο από το υπόλοιπο σώμα του. Ως αποτέλεσμα δε νιώθει πόνο, αφού πλέον δεν «μεταφέρονται» από το χέρι αλγινά (οδονηρά) ερεθίσματα ή ο πόνος βιώνεται σαν να αφορά κάποιον άλλον.

ε) Η ποιότητα του πόνου τροποποιείται και ο άρρωστος παρακινείται να βιώσει ένα αίσθημα σύντομου, οξέος πόνου, αντί ενός ισχυρού και διαρκούς πόνου.

στ) Η σωματική εμπειρία του πόνου διαχωρίζεται από τη νοητική. Ο καρκινοπαθής μπορεί να μάθει να φαντάζεται ότι βρίσκεται σε μια ήσυχη παραλία που ξεκουράζεται παρατηρώντας τη γαλήνη της θάλασσας.

ζ) Απόσπαση της προσοχής: αφού δεν είναι δυνατόν να συγκεντρωθεί η προσοχή ταυτόχρονα σε δύο εμπειρίες, μπορεί ο ασθενής να εκπαιδευτεί να επικεντρώνει σε μια άλλη εμπειρία παρά στον πόνο.

η) Στον καρκινοπαθή δίνονται οδηγίες να θυμηθεί μια περίοδο της ζωής του που δεν ήταν ασθενής και δεν πονούσε. Με τον τρόπο αυτό, βυθίζεται σε αυτή την ανάμνηση και αναβιώνει λιγότερο οδυνηρά αισθήματα.

θ) Ψευδαισθήσεις: Ο ασθενής μπορεί να μάθει να φαντάζεται ότι το μέρος που πονά «δεν είναι εκεί» ή «δεν είναι δικό του».

ι) Ο υποκειμενικός χρόνος συντομεύεται σε σχέση με τον πραγματικό, ώστε για παράδειγμα το χρονικό διάστημα μετά τη χορήγηση του ναρκωτικού για τον πόνο να βιώνεται σαν μεγαλύτερο (Abrahm J. L. 1982).

Η κλινική έρευνα σχετικά με τον πόνο στο χώρο της ογκολογίας είναι σποραδική, χαρακτηρίζεται από μεθοδολογικά προβλήματα και δεν αποδεικνύει ότι η ύπνωση είναι αξιόπιστα αποτελεσματική στις περιπτώσεις των ατόμων με καρκίνο. Οι 5 - 6 εργασίες που έγιναν πριν 12 - 25 χρόνια, έστω κι αν ανέφεραν ότι η τεχνική της ύπνωσης οδήγησε στην ανακούφιση από τον πόνο, όλες σχεδόν είναι ανέκδοτες, χωρίς ομάδες ελέγχου, με λίγους ασθενείς που συμμετείχαν (από 4 έως 22), και χωρίς συστηματικό follow – up (Lack S. 1984).

Μονάχα οι Spiegel και Bloom (1983) μελέτησαν μια ομάδα 34 γυναικών με πρωτοπαθή καρκίνο του μαστού σε προχωρημένο στάδιο και τη συγκρίνανε με μια ομάδα ελέγχου 24 γυναικών.

Η πειραματική ομάδα των καρκινοπαθών συναντιόταν στα πλαίσια μιας υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας μια φορά την εβδομάδα για 90 λεπτά επί ένα χρόνο. Οι συνεδρίες τελείωναν με μια ολιγόλεπτη άσκηση αυτοϋπνωσης που είχε σκοπό να βοηθήσει τις ασθενείς να ελέγξουν την εμπειρία του πόνου τους.

Με την αυτοϋπνωση, η αίσθηση του πόνου μειώθηκε, ενώ παράλληλα μειώθηκε το άγχος και η κατάθλιψη σχετικά με την εξέλιξη της ασθένειας. Η εμπειρία του πόνου και του άγχους

αλληλοεπηρεάζονταν και αλληλοενισχύονταν. Κατά συνέπεια, η υποστήριξη στην ομάδα που μετρίασε τις συναισθηματικές διαταραχές των μελών της, συνέβαλε και στην ελάττωση της αίσθησης του πόνου και της δυσφορίας. (Krebs – Smith S., Heimendinger J., Patterson B., et al., 1995)

### **2.6.2.β Χαλάρωση**

Με την εφαρμογή της χαλάρωσης, ο στόχος είναι να αποτραπεί ο κύκλος: Άγχος - μυϊκή ένταση - μυϊκός πόνος - εντονότερο άγχος.

Η χαλάρωση βέβαια δεν επηρεάζει τον πόνο που προκαλείται από τον ίδιο τον καρκίνο, αλλά έχει θετικές επιπτώσεις σε δευτερεύοντες πόνους (όπως π.χ. μυϊκούς σπασμούς), που συχνά εμφανίζονται σε αγχώδεις και φοβισμένους καρκινοπαθείς. Παράλληλα, η βαθιά χαλάρωση οδηγεί τον ασθενή σε μια κατάσταση υπναγωγική και τον βοηθά να ξεπεράσει ενδεχόμενες διαταραχές του ύπνου (αϋπνίες). (Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ., 1986)

### **2.6.2.γ Βιοανάδραση**

Με τη τεχνική της βιοανάδρασης, οι μεταβολές στην κατάσταση μιας συγκεκριμένης σωματικής λειτουργίας (π.χ. πίεση του αίματος, ρυθμός της καρδιάς) καταγράφονται από ειδικά όργανα και στη συνέχεια το ηλεκτρικό σήμα μετασχηματίζεται σε μια αναγνωρίσιμη μορφή (π.χ. ήχος, φως). Οι μεταβολές στην ένταση ή συχνότητα του ήχου ή του φωτός αντανακλούν τις μεταβολές που γίνονται στη σωματική λειτουργία του ατόμου, το οποίο τις πληροφορείται και τις συνειδητοποιεί. Με την κατάλληλη εκπαίδευση, το άτομο μπορεί να μάθει να χρησιμοποιεί τις γνωστικές του διεργασίες για να επηρεάσει και να ασκήσει αυτοέλεγχο στις φυσιολογικές σωματικές του λειτουργίες. Η μεταβολή στη σωματική λειτουργία δηλώνεται από το τροποποιημένο σήμα που εκπέμπουν τα ειδικά όργανα συσκευές βιοανάδρασης. (Krebs – Smith S., Heimendinger J., Patterson B., et al., 1995)

Η βιοανάδραση έχει χρησιμοποιηθεί για τον έλεγχο της κεφαλαλγίας, της ημικρανίας, του καρδιακού ρυθμού, της πίεσης του αίματος, της θερμοκρασίας του δέρματος, της ηλεκτροδερμικής και ηλεκτροεγκεφαλικής δραστηριότητας, του άσθματος, της επιληψίας, της φοβίας, του συνδρόμου Parkinson, του τραυλισμού, της σεξουαλικής διεγερσιμότητας, του



πόνου. Όμως οι μελέτες γύρω από τη χρησιμότητα της βιοανάδρασης στους καρκινοπαθείς είναι ελάχιστες και παραμένει αβέβαιο αν αυτή η τεχνική είναι αποτελεσματικότερη από τη χαλάρωση και την ύπνωση. (Krebs – Smith S., Heimendinger J., Patterson B., et al., 1995)

Ο Pelletier (1979) χρησιμοποίησε τη βιοανάδραση με συσκευή καταγραφής και τροποποίησης κυμάτων του εγκεφάλου (EEG) ως μέσο για τη μείωση του στρες και του άγχους. Αναφέρει μάλιστα την περίπτωση μιας γυναίκας 38 ετών με λέμφωμα, της οποίας η θεραπεία κράτησε για 15 εβδομαδιαίες 45λεπτες συνεδρίες. Η κάθε συνεδρία αφιερωνόταν σε 10λεπτη ανασκόπηση της εμπειρίας της προηγούμενης εβδομάδας και ίσο χρονικό διάστημα για EEG άλφα - τόνος, απεικόνιση στη φαντασία, συζήτηση των αποτελεσμάτων και καθοδήγηση για εκτέλεση των ασκήσεων στο σπίτι. Μετά από 4 μήνες, οι ψηλαφήσιμοι λεμφαδένες είχαν μικρύνει σε μέγεθος και αυτό επιβεβαιώθηκε και σε 11μηνη παρακολούθηση.

Επιπλέον, με τις τεχνικές της ύπνωσης, της χαλάρωσης και της βιοανάδρασης που αναφέρθηκαν, δίνεται σε όλους τους καρκινοπαθείς και η κατάλληλη υποστήριξη και ενθάρρυνση ότι μπορούν να κάνουν κάτι για τον πόνο τους και ότι μπορούν να έχουν κάποιο έλεγχο στην κατάσταση της υγείας τους.

Όταν ο άρρωστος συνειδητοποιεί ότι έχει κάποια επίδραση - έλεγχο και μπορεί να μειώσει τον πόνο του, νιώθει λιγότερο εξαρτημένος, αβοήθητος ή αμέτοχος σε ένα θέμα που αφορά τη δική του υγεία. Η ενεργητική συμμετοχή του αυξάνει την αυτοπεποίθησή του και παράλληλα μειώνει το άγχος του. (Krebs – Smith S., Heimendinger J., Patterson B., et al., 1995)

### **2.6.3 Τεχνικές παρέμβασης στις παρενέργειες της χημειοθεραπείας**

Συμπεριφορικές ερμηνείες και παρέμβαση μπορούν να εφαρμοστούν και σε άλλο φαινόμενο: στις παρενέργειες της χημειοθεραπείας. Η χημειοθεραπεία είναι μια από τις συχνότερα χρησιμοποιούμενες μεθόδους θεραπείας στον καρκίνο του μαστού. Χορηγείται μόνη της ή σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία ή/και χειρουργική επέμβαση. Η χημειοθεραπεία τυπικά περιλαμβάνει την κατά διαστήματα χορήγηση φαρμάκων, τα οποία δρουν τοξικά στα ταχέως διαιρούμενα καρκινικά κύτταρα. Δυστυχώς, τα τοξικά αυτά αποτελέσματα δεν περιορίζονται μόνο στα νεοπλασματικά κύτταρα, αλλά προσβάλλουν και το φυσιολογικό ιστό. Κατά συνέπεια τα αντικαρκινικά φάρμακα συχνά επιφέρουν διαταραχές στο μυελό των οστών, στο γαστρεντερικό σωλήνα, το αναπαραγωγικό σύστημα, στα κύτταρα της ρίζας των τριχών, και

χαρακτηρίζονται από νευροτοξικότητα, καρδιοτοξικότητα, πνευμονική και ουρολογική τοξικότητα. Αποτελέσματα μιας τέτοιας τοξικής δράσης είναι και η ναυτία, ο έμετος και η πτώση των μαλλιών. (Marin Caro MM., Laviano A., Pichard C., 2007)

Για πολλούς καρκινοπαθείς η μεγαλύτερη δυσφορία προκαλείται από τη ναυτία και τον έμετο (Coates A., Abraham S., Kaye S. B., et al 1983), που τυπικά αρχίζουν μία έως δύο ώρες μετά την ένεση και μπορεί να διαρκέσουν επί μερικές ημέρες. Εκτός της μεταθεραπευτικής ναυτίας και τάσης για έμετο, μερικοί ασθενείς που ήδη υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, αναφέρουν ότι βιώνουν παρόμοιες αντιδράσεις πριν από τη θεραπεία. Νιώθουν ναυτία καθώς πλησιάζουν το νοσοκομείο για θεραπεία, καθώς βλέπουν τις νοσοκόμες ή τους γιατρούς της πτέρυγας, όταν η νοσοκόμα ετοιμάζει την ένεση ή ακόμα όταν απλώς μιλούν για τη χημειοθεραπεία, ή δέχονται κάποιο τηλεφώνημα από το νοσοκομείο, ενώ βρίσκονται στο σπίτι τους. Αυτή η κατάσταση βέβαια είναι πολύ δυσάρεστη, δημιουργεί ένταση, ταραχή και εξάντληση και αποτελεί βασικό παράγοντα διακοπής της θεραπείας. Ένα ποσοστό τουλάχιστον 25% των ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία αναπτύσσουν τέτοιες αντιδράσεις αποστροφής.

Δύο ερωτήματα έχουν απασχολήσει ορισμένους ερευνητές σχετικά με την προκαταβολική ναυτία και τον έμετο: α) Τι ποσοστό των ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία αναπτύσσει προκαταβολικές αντιδράσεις και (β) Ποια χαρακτηριστικά διακρίνουν αυτούς τους ασθενείς που αναπτύσσουν προκαταβολική ναυτία ή/και έμετο από αυτούς που δεν αναπτύσσουν (Andrykowski M. A., 1986).

Όσον αφορά το πρώτο ερώτημα, τα αναφερόμενα ποσοστά των ασθενών διαφέρουν μεταξύ των μελετητών. Από τα χαμηλότερα είναι αυτό του Nicholas (1982) όπου το ποσοστό με τις προκαταβολικές αντιδράσεις είναι περίπου 18%. Ποσοστό μεγαλύτερο του 50% έχει αναφερθεί από τον Nerenz D. (1979). Οι διακυμάνσεις αυτές στα ποσοστά οφείλονται στους διαφορετικούς ορισμούς που δίνουν οι ερευνητές στο φαινόμενο της προκαταβολικής ναυτίας και εμέτου, καθώς και στη διαφορετική μεθοδολογία προσέγγισης του ζητήματος.

Τα προκαταβολικά φαινόμενα ορίζονται ως (α) ναυτία ή/και έμετος πριν από μια έγχυση χημειοθεραπείας, ή (β) ναυτία ή/και έμετος πριν από ή κατά την διάρκεια μιας χημειοθεραπείας, ή (γ) ναυτία ή/και έμετος πριν η έγχυση χημειοθεραπείας συνδυαστεί με κάποιο ερέθισμα (θέα σύριγγας, είσοδος στο νοσοκομείο), ή (δ) προ - θεραπευτική ναυτία ή έμετος που δεν μπορούν να αποδοθούν σε κάποιον φυσιολογικό ή φαρμακολογικό παράγοντα (γαστρεντερικές

ανωμαλίες, εγκεφαλικές μεταστάσεις) και που συμβαίνει την πρώτη ημέρα ενός κύκλου χημειοθεραπείας. Οι διαφορετικοί αυτοί ορισμοί οδηγούν στην εκτίμηση διαφορετικών αποτελεσμάτων (Marin Caro MM., Laviano A., Pichard C., 2007).

Υπάρχουν διαφορές ως προς τα εφαρμοζόμενα πρωτόκολλα Χ/Θ (χημειοθεραπείας), όπως για παράδειγμα στη σύνθεση, τις δόσεις και τα χρονικά διαστήματα χορήγησης των φαρμάκων.

Οι προκαταβολικές αντιδράσεις αναπτύσσονται με την πάροδο του χρόνου. Ο Nerenz D. (1979) υποστηρίζει πως ο αριθμός των ασθενών που εμφανίζουν προκαταβολικές αντιδράσεις αυξάνει καθώς αυξάνονται οι κύκλοι χημειοθεραπείας. Άρα διαφορές στα ποσοστά των ασθενών μπορεί να προκύπτουν αν οι ασθενείς μελετώνται σε διαφορετικά χρονικά σημεία της θεραπείας (π.χ. στον 3ο κύκλο, στον 5ο κύκλο).

Όλοι όσοι αναπτύσσουν προκαταβολική ναυτία δεν αναπτύσσουν και προκαταβολική τάση για έμετο και αντίστροφα. Οι Morrow G. και συν. (1982) έδειξαν ότι η προκαταβολική ναυτία είναι τριπλάσια συχνότερη από ότι η προκαταβολική τάση για έμετο. Άρα πρέπει να διαχωρίζονται ποιά φαινόμενα μελετώνται : ναυτία ή/και έμετος;

Υπάρχουν δυσκολίες στον ορισμό της απουσίας προκαταβολικών αντιδράσεων. Συνήθως ο ορισμός δίνεται όταν οι ασθενείς αναφέρουν κατά τη χρονική στιγμή της εξέτασης από τον ερευνητή, ότι δεν είχαν ποτέ μέχρι τότε προκαταβολική ναυτία. Διαφεύγουν έτσι οι ασθενείς που διέκοψαν πρόωρα τη θεραπεία (λόγω σοβαρών παρενεργειών, λόγω αλλαγής της μορφής θεραπείας όπου υποβάλλονταν ή γιατί πέθαναν), αφού ίσως εμφάνιζαν προκαταβολική ναυτία, αν συνέχιζαν την χημειοθεραπεία. (Marin Caro MM., Laviano A., Pichard C., 2007)

Ως προς το δεύτερο ερώτημα, τα χαρακτηριστικά που διαχωρίζουν τους ασθενείς που αναπτύσσουν προκαταβολικές αντιδράσεις από αυτούς που δεν αναπτύσσουν, τα ευρήματα είναι ελάχιστα. Αν η προκαταβολική ναυτία οριστεί ως «ναυτία πριν την πρώτη ημέρα του κύκλου χημειοθεραπείας» έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς που αναπτύσσουν προκαταβολική ναυτία χαρακτηρίζονται από σοβαρότερη μεταθεραπευτική ναυτία, περισσότερο χρονοβόρες χημειοθεραπευτικές διαδικασίες και μεγαλύτερο άγχος σχετιζόμενο με την έγχυση (Morrow G. 1982).

#### 2.6.4 Αιτιολογία των προκαταβολικών αντιδράσεων

Κατά το μικρό χρονικό διάστημα που μελετάται το θέμα των προκαταβολικών αντιδράσεων, έχει προταθεί ένας αριθμός πιθανών ερμηνειών, για την αιτιολογία των φαινομένων. Οι θεωρητικές αυτές ερμηνείες ταξινομούνται ως: φυσιολογικές, ψυχολογικές και θεωρίες μάθησης (Overgaard M., Nielsen HM., Overgaard G., 2007).

**Φυσιολογική αιτιολογία:** Η διαδικασία του εμέτου και πιθανώς της ναυτίας ρυθμίζεται από το κέντρο του εμέτου στην περιοχή του προμήκη μυελού (Scogna D. M. & Smalley R. V. 1979). Υπάρχουν πολλές εισοδοί στο κέντρο του εμέτου: (α) από την παρακείμενη στην 4η κοιλία περιοχή που ονομάζεται Chemotherapy Trigger Zone, (β) από το αιθουσαίο σύστημα, (γ) από το δρεπανοειδές σύστημα και τις ανώτερες φλοιώδεις περιοχές, (δ) από το γαστρεντερικό σωλήνα. Το κέντρο του εμέτου είναι κέντρο κινητικό όσο και αντανακλαστικό, το οποίο συντονίζει τη διαδοχή των λειτουργιών σχετικών με τον έμετο. Η ναυτία και ο έμετος συμβαίνουν και όταν το κέντρο αυτό ερεθιστεί.

**Ψυχολογική αιτιολογία:** Ο κύριος παράγοντας που εδώ φαίνεται να συνδέεται με τον έμετο είναι το άγχος. Δηλαδή ή (α) η προκαταβολική ναυτία προκαλεί το άγχος πριν τη θεραπεία ή (β) το προ - θεραπευτικό άγχος προκαλεί προκαταβολική ναυτία, ή (γ) τόσο το προ - θεραπευτικό άγχος όσο και η προκαταβολική ναυτία προκαλούνται από την προσδοκία της μεταθεραπευτικής ναυτίας, ή (δ) το προ - θεραπευτικό άγχος ευνοεί τη διαδικασία εξάρτησης (Conditioning process) των προκαταβολικών αντιδράσεων. Υπάρχουν δεδομένα που μερικώς υποστηρίζουν και τις τέσσερις εξηγήσεις, πιο πιθανή ωστόσο εμφανίζεται η τέταρτη εξήγηση.

**Θεωρίες μάθησης:** Η θεωρία της «συντελεστικής» μάθησης προτείνει πως μια συμπεριφορά, η οποία έχει ήδη εκδηλωθεί, αναπτύσσεται και εξακολουθεί, αν ενισχύεται. Ο ασθενής δηλαδή ενισχύεται και έχει οφέλη (μεγαλύτερη προσοχή από το προσωπικό και την οικογένεια) όταν εμφανίζει τη συμπεριφορά ναυτίας και εμέτου εκ των προτέρων.

Αυτή η εξήγηση δεν είναι επαρκής αφού η εξάντληση από τις προκαταβολικές αντιδράσεις είναι σοβαρότερη σε σύγκριση με το όφελος - ενίσχυση που παίρνει ο ασθενής από το περιβάλλον του, όταν τις εκδηλώνει. (Overgaard M., Nielsen HM., Overgaard G., 2007)

Κατά τον Nesse και συν. (1980) η εμφάνιση της προκαταβολικής ναυτίας και του εμέτου αποδίδεται σε μια εξαρτημένη μάθηση. Λόγω επανειλημμένων συνδυασμών με τη χημειοθεραπεία και τα αποτελέσματά της, προηγούμενα ουδέτερα ερεθίσματα (π.χ. ήχοι, οπτικές

εικόνας, οσμές και γεύσεις στο περιβάλλον που γίνεται η θεραπεία), αποκτούν ιδιότητες ικανές να προκαλέσουν την εμφάνιση ναυτίας και τάσης για έμετο.

Υπάρχουν ορισμένες έμμεσες ενδείξεις που παρέχουν υποστήριξη στην εξήγηση του φαινομένου των προκαταβολικών αντιδράσεων:

(α) Η πορεία ανάπτυξης των αντιδράσεων αυτών. Η προκαταβολική ναυτία και ο έμετος συμβαίνουν αφότου ένας αριθμός χημειοθεραπειών έχει προηγηθεί. Δεν έχουν αναφερθεί περιπτώσεις ασθενών που εμφανίζουν προκαταβολικές αντιδράσεις περιμένοντας την πρώτη χημειοθεραπεία. Μάλιστα έχει υποστηριχτεί πως η ένταση των αντιδράσεων αυτών είναι τόσο ισχυρότερη όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των χορηγήσεων χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

(β) Οι νευρικές διασυνδέσεις που υπάρχουν από κέντρα ανώτερων εγκεφαλικών λειτουργιών στο λιμπικό σύστημα και στο φλοιό που σχετίζονται με μνήμες, προσδοκίες και υποβολές, προς το κέντρο του εμέτου στο δικτυωτό σχηματισμό στο μυελό. Δηλαδή υπάρχει ένα νευρικό δίκτυο με το οποίο μπορεί να γίνεται η σύνδεση των εμπειριών της χημειοθεραπείας, της μνήμης και των προκαταβολικών αυτών συμπεριφορών. (Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ., 1986)

(γ) Το εύρος των εκλυτικών ερεθισμάτων. Οι προκαταβολικές αντιδράσεις συμβαίνουν όχι μόνο σε οπτικά ερεθίσματα, αλλά και σε ήχους, γεύσεις τροφών και φαρμάκων, οσμές στο περιβάλλον της ηλιοθεραπείας, κινήσεις και αλλαγές στη θέση του ασθενούς. Δηλαδή έχουμε γενίκευση των ερεθισμάτων λόγω φαινομένων μάθησης.

(δ) Η αποτελεσματικότητα των θεραπειών συμπεριφοράς που εφαρμόζονται, ενισχύει την άποψη ότι οι προκαταβολικές αντιδράσεις είναι απόρροια των φαινομένων μάθησης.

Μια συχνή μέθοδος που χρησιμοποιείται για τον έλεγχο της ναυτίας και της τάσης για έμετο από τη χημειοθεραπεία είναι η χρήση αντιεμετικών φαρμάκων (π.χ. φαινοθειαζίνες και σε περιορισμένη κλίμακα τετραϋδροκαναβινόλη).

Όμως αυτά τα αντιεμετικά φάρμακα δεν ελέγχουν αποτελεσματικά τη ναυτία ενώ παράλληλα προκαλούν ηρεμιστικά - υπνωτικά αποτελέσματα, καθώς και εξωπυραμιδικές παρενέργειες, όπως ακαμψία, αίσθημα κόπωσης, παρκινσονικό σύνδρομο (Laszlo J. & Lucas V. S.1981). Οι παρενέργειες της τετραϋδροκαναβινόλης συμπεριλαμβάνουν υπνηλία, ψευδαισθήσεις και επιληπτικές κρίσεις.

Η χορήγηση λοιπόν αυτών των αντιεμετικών δεν φέρνει αποτέλεσμα στην προκαταβολική τάση για έμετο, δηλαδή πριν το άτομο δεχτεί τη χημειοθεραπεία. Μάλιστα η

λήψη αντιεμετικών πριν τη θεραπεία ίσως ενσωματώνεται στα ερεθίσματα που φέρνουν προκαταβολικές παρενέργειες και έτσι μπορεί να προκαλούν προκαταβολική ναυτία και έμετο.

Γι' αυτό και μέσα στα πλαίσια μιας συμπεριφορικής προσέγγισης εφαρμόζονται ορισμένες τεχνικές που έχουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα:

α) Ύπνωση με καθοδηγούμενη χαλάρωση μέσω φαντασίας.

β) Ηλεκτρομυογραφική βιοανάδραση συνδυασμένη με εκπαίδευση χαλάρωσης.

γ) Συστηματική αποευσθητοποίηση.

Οι Morrow G. και Morrell C. (1982) μελέτησαν 500 ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία. Οι 100 ασθενείς εμφάνιζαν προκαταβολική ναυτία ή έμετο τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια της τέταρτης θεραπείας τους. Σχηματίστηκαν τρεις ομάδες: Συστηματικής αποευσθητοποίησης, ομάδα συμβουλευτικής (για να ελεγχθούν πιθανές επιδράσεις της προσοχής και του ενδιαφέροντος του θεραπευτή προς τον ασθενή), και ομάδα στην οποία δεν εφαρμόστηκε κανένα πρόγραμμα ψυχολογικής παρέμβασης.

Στην ομάδα που χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της συστηματικής αποευσθητοποίησης οι ασθενείς εκπαιδεύτηκαν στη μυϊκή χαλάρωση.

Ο θεραπευτής στις συναντήσεις με κάθε ασθενή σε χώρο μακριά από το νοσοκομείο του ζητούσε να φανταστεί και να αναφέρει με σειρά σοβαρότητας τις καταστάσεις που του δημιουργούσαν προκαταβολικές παρενέργειες και άγχος. Τέτοιες καταστάσεις περιλάμβαναν γεγονότα της ημέρας πριν από τη θεραπεία, στη διάρκεια των γευμάτων, την ημέρα της θεραπείας ή καθώς πλησίαζε στο νοσοκομείο και στο θάλαμο νοσηλείας. Κατόπιν ο ασθενής, ενώ φανταζόταν κάθε ένα από αυτά τα γεγονότα, μάθαινε με την καθοδήγηση του θεραπευτή να χαλαρώνει για να ελέγχει το άγχος και την τάση του για έμετο.

Ανάμεσα στις τρεις ομάδες παρατηρήθηκε ότι στην ομάδα συστηματικής αποευσθητοποίησης μειώθηκε η ένταση και η διάρκεια της προκαταβολικής ναυτίας καθώς και η συχνότητα του εμέτου. Διαφορές ως προς το άγχος, την προσδοκία για βελτίωση της υγείας, την αίσθηση ελέγχου του ασθενούς και τη σημασία της προσοχής και φροντίδας από το θεραπευτή, δεν παρατηρήθηκαν μεταξύ των ομάδων.

Σε μια άλλη έρευνα, ο Redd και οι συνεργάτες του (1982) μελέτησαν έξι γυναίκες ασθενείς που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία και οι οποίες παρατηρήθηκε ότι για τουλάχιστον τρεις διαδοχικούς κύκλους θεραπείας έκαναν έμετο πριν από την έναρξη της χημειοθεραπείας. Όλες οι ασθενείς είχαν πάρει αντιεμετικά αλλά χωρίς καμιά μείωση στη ναυτία και την τάση για

έμετο. Στη συμπεριφορική θεραπεία χρησιμοποιήθηκαν ύπνωση, υποβολή και χαλάρωση με νοητική απεικόνιση, πριν και κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας. Σε όλες τις ασθενείς παρατηρήθηκε μείωση στη ναυτία πριν, κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας και μετά. Επίσης, η τάση για έμετο μειώθηκε. Όταν η ύπνωση δεν χρησιμοποιήθηκε για κάποιες συνεδρίες, η προκαταβολική τάση για έμετο επανεμφανίστηκε. Όταν όμως άρχισε να χρησιμοποιείται και πάλι, η προκαταβολική αυτή τάση ελέγχθηκε. Η τεχνική της ύπνωσης είχε θετικά αποτελέσματα ανεξάρτητα από το σημείο της αγωγής με χημειοθεραπεία που η ύπνωση εισαγόταν και ανεξάρτητα από τη συχνότητα που στο παρελθόν είχε συμβεί προκαταβολική τάση για έμετο στους ασθενείς. (Overgaard M., Nielsen HM., Overgaard G., 2007)

Ακόμη, πρέπει να αναφερθούν τα εξής: 1) οι ασθενείς ανέφεραν ότι κατάφεραν να αναστείλουν την τάση για έμετο κατά τη διάρκεια των πρώτων φάσεων της χημειοθεραπείας, αλλά η τάση για έμετο ήταν πολύ έντονη ώστε να ελεγχθεί μετά από 4 - 5 χημειοθεραπείες, 2) μερικοί ασθενείς ανέφεραν ότι οσμές συνδυασμένες με τη θεραπεία (όπως η οσμή του οινοπνεύματος) προκαλούσαν ναυτία. Κάποιοι ανέφεραν ότι τους προκαλούσε ναυτία η θέα των ιατρικών συσκευών ενώ σε άλλους ερχόταν ναυτία όταν βρίσκονταν στο σπίτι τους και ετοιμάζονταν να πάνε στο νοσοκομείο για θεραπεία.

Οι Lyles και συν. (1982) μελέτησαν σε ένα δείγμα 50 ασθενών πολλών εντοπίσεων καρκίνου την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης στη χαλάρωση και της κατευθυνόμενης νοητικής απεικόνισης (Imagery) με σκοπό τη μείωση των παρενεργειών της χημειοθεραπείας. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες: την ομάδα εκπαίδευσης στη χαλάρωση, την ομάδα υποστήριξης και ενθάρρυνσης από το θεραπευτή, και την ομάδα ελέγχου, όπου τα άτομα δε δέχθηκαν καμιά ειδική παρέμβαση πλην της χημειοθεραπείας. Από συγκριτικά αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που μετείχαν στην ομάδα εκπαίδευσης στην προοδευτική μυϊκή χαλάρωση και κατευθυνόμενη νοητική απεικόνιση ήταν λιγότερο αγχώδεις, λιγότερο καταθλιπτικοί, με λιγότερα προβλήματα στην πίεση του αίματος και στην καρδιακή λειτουργία και με μειωμένη την ένταση της ναυτίας.

Οι Burish T.G. και Lyles J.N. (1981) κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα, αλλά τα αποτελέσματα στη μείωση της ναυτίας και της φυσιολογικής διεγερσιμότητας δεν ήταν τόσο εντυπωσιακά όταν ο θεραπευτής δεν ήταν παρών και οι ασθενείς οδηγούνταν στη χαλάρωση μόνοι τους.

Η χαλάρωση είναι βασικός συντελεστής των συμπεριφορικών τεχνικών που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο της προκαταβολικής ναυτίας και τάσης για εμετό. Η αποτελεσματικότητα της τεχνικής της χαλάρωσης ίσως να οφείλεται σε ορισμένους σημαντικούς παράγοντες:

α) Η βαθιά μυϊκή χαλάρωση ίσως διακόπτει τις μυϊκές κινήσεις που απαιτούνται για να συμβεί ο έμετος. Στη ναυτία και τον έμετο πιστεύεται ότι μετέχουν μυϊκές συσπάσεις στο άνω λεπτό έντερο, στομάχι και οισοφάγο. Η πρόκληση βαθιάς μυϊκής χαλάρωσης ενδεχομένως να καταστέλλει αυτή τη μυϊκή δραστηριότητα, που προειδοποιεί για τη ναυτία και τον έμετο ενώ παράλληλα μειώνει το άγχος, τη μυϊκή ένταση και τη γαστρεντερική δυσφορία (Nerenz D. R., Leventhal H. & Love R. R. 1982). Το αν η χαλάρωση εξυπηρετεί στο να μειωθεί η ναυτία - τάση για έμετο, μέσω αναστολής της μυϊκής δραστηριότητας δεν έχει διευκρινιστεί. Φαίνεται όμως ότι δρα έτσι, γιατί αφ' ενός τα αντιεμετικά που χορηγούνται για τις σχετικές παρενέργειες της χημειοθεραπείας προκαλούν χαλάρωση ή ηρεμιστικά αποτελέσματα, αφ' ετέρου τα αντιεμετικά έχουν και δράση σε ανώτερο εγκεφαλικό επίπεδο που πιστεύεται ότι εμπλέκεται στην πρόκληση ναυτίας και εμέτου.

β) Ίσως όμως η αποτελεσματικότητα της χαλάρωσης να οφείλεται και στη διάσπαση της προσοχής του αρρώστου, που συγκεντρώνεται στο τι υποβάλει ο θεραπευτής ή σε άλλες ευχάριστες σκέψεις, και κατά συνέπεια ξεφεύγει από μια αρνητική ψυχολογική κατάσταση και από δυσάρεστα ερεθίσματα του περιβάλλοντός του, που σχετίζονταν με τη ναυτία και το άγχος του για την χημειοθεραπεία.

γ) Η υποστήριξη και επικοινωνία με το θεραπευτή παίζει σημαντικό ρόλο όταν ο καρκινοπαθής προσδοκά ότι θα βελτιωθεί το πρόβλημά του με τη χαλάρωση και όταν αποκτά ένα αίσθημα ελέγχου στις παρενέργειες, τη θεραπεία και τη νόσο του.

Όμως για να σταθεροποιηθούν τα αποτελέσματα της χαλάρωσης πρέπει να αποσύρεται βαθμιαία ο θεραπευτής και να αυξάνει την ευθύνη του ασθενούς για αυτοχαλάρωση, ενώ παράλληλα η νοσοκόμα που χορηγεί τη χημειοθεραπεία να εκπαιδεύεται ώστε να συνεχίζει η ίδια να παρέχει εκπαίδευση χαλάρωσης στον ασθενή. Ακόμη, είναι σημαντικό οι συγγενείς ή φίλοι που επισκέπτονται τον ασθενή στο νοσοκομείο να μπορούν να εκπαιδεύονται, ώστε να τον καθοδηγούν οι ίδιοι στη χαλάρωση κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.



## 2.7 Θεραπευτική αντιμετώπιση ατόμων με καρκίνο του μαστού

### 2.7.1 Η τακτική της ενημέρωσης

Επειδή η έννοια της «εξατομίκευσης της ενημέρωσης του αρρώστου» είναι πολύ γενική, κρίνεται σκόπιμο να αναλυθούν ορισμένα δεδομένα και να χαραχτούν βασικές κατευθυντήριες γραμμές που θα βοηθήσουν το θεράποντα ιατρό στην ενημέρωση των καρκινοπαθών ασθενών του.

Αρχικά, η ενημέρωση και η εν γένει αντιμετώπιση κάθε καρκινοπαθούς σπάνια είναι έργο ενός μόνο ατόμου. Συνήθως σε αυτή συμβάλλουν πολλά άτομα. Τα άτομα αυτά, είτε μεμονωμένα είτε σε ομάδες, αλληλοεπηρεάζονται και αλληλοϋποστηρίζονται και φυσικά βρίσκονται υπό την επήρεια του κοινωνικού περιβάλλοντος στο οποίο ζουν. Ο γιατρός που είναι υπεύθυνος για την αντιμετώπιση ενός καρκινοπαθούς πρέπει να το έχει αυτό υπόψη του και στην κάθε περίπτωση να προσπαθεί να αξιολογήσει τη βαρύτητα που έχει κάθε ένα από αυτά τα άτομα στην αντιμετώπιση του ασθενή του. Για το καλό του καρκινοπαθή απαιτείται συντονισμός των ενεργειών όλων των ατόμων που συμβάλλουν στην αντιμετώπισή του. Χωρίς συντονισμό είναι δυνατόν ένας από τους εμπλεκόμενους στην αντιμετώπιση του ασθενή να τορπιλίσει τις προσπάθειες όλων των άλλων. Συντονιστής αυτών των ενεργειών πρέπει να είναι ο υπεύθυνος θεράπων ιατρός. Αυτός πρέπει να συνεργάζεται με την οικογένεια, να προσπαθεί να την πείσει για την ορθότητα του τρόπου αντιμετώπισης του ασθενή, να λύνει τυχόν απορίες και να υποδεικνύει λύσεις στα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν.

Επομένως, ο θεράπων ιατρός είναι ο κύριος καθοριστικός παράγοντας της ενημέρωσης του ασθενή. Από το είδος της προσωπικότητάς του θα καθοριστεί ο τρόπος της ενημέρωσης και της εν γένει αντιμετώπισης του καρκινοπαθή. Αν ο ίδιος ο γιατρός καταλαμβάνεται από πανικό με την ιδέα του θανάτου και επιπλέον, αν πιστεύει ότι η διάγνωση του καρκίνου ισοδυναμεί απαραίτητως και πάντοτε με το θάνατο, είναι αδύνατο να εμφυσήσει θάρρος και να δώσει ελπίδα στον ασθενή του (Paszat LF., Vallis KA., Benk VM., et al., 2007).

Ο γιατρός που αντιμετωπίζει καρκινοπαθείς πρέπει να είναι πεπεισμένος ο ίδιος ότι με τα σημερινά δεδομένα η διάγνωση του καρκίνου δεν συνεπάγεται απαραίτητως το θάνατο και πολύ περισσότερο δεν συνεπάγεται πάντοτε το θάνατο στο εγγύς μέλλον.

Είναι αδύνατο να μη γνωρίζει ότι καθημερινά γίνονται τεράστιες πρόοδοι στην έρευνα και τη θεραπεία του καρκίνου. Για να αναφερθούν μόνο δύο παραδείγματα, ο γιατρός της δεκαετίας του 1950 δεν ήταν δυνατόν να φανταστεί ότι όσοι έπασχαν από τη νόσο του Hodgkin θα είχαν την πρόγνωση που έχουν σήμερα, ούτε ο γιατρός της δεκαετίας του 1960 μπορούσε να διανοηθεί τα σημερινά αποτελέσματα της αντιμετώπισης των όγκων του όρχεως. Κανείς επομένως δεν γνωρίζει με ακρίβεια τι επιφυλάσσει η επόμενη δεκαετία στην αντιμετώπιση του καρκίνου. (Paszat LF., Vallis KA., Benk VM., et al., 2007)

Πρέπει επίσης να γνωρίζει ο γιατρός ότι η αποστολή του δεν τελειώνει μετά την αφαίρεση ενός τεμαχίου κακοήθους ιστού από το σώμα του αρρώστου. Ο ασθενής έχει ανάγκη της συμπαράστασης (το ψυχολογικό στοιχείο της θεραπείας του καρκίνου) του γιατρού του από τη στιγμή της διάγνωσης της ασθένειας μέχρι της αποθεραπείας του ή μέχρι του θανάτου του. Ο Fiore (1979) διακρίνει 6 τουλάχιστον στάδια στα οποία ο θεράπων ιατρός, βοηθούμενος ενδεχομένως από ομάδα ειδικών, μπορεί και πρέπει να βοηθάει τον ασθενή του.

Πρώτον, στο χρόνο της διάγνωσης, θα βοηθήσει τον ασθενή να αποδεχτεί και να κατανοήσει τη διάγνωση του καρκίνου, να λάβει αποφάσεις σχετικά με τις διάφορες προτεινόμενες εναλλακτικές λύσεις θεραπείας και να αντιμετωπίσει πιθανές αντιδράσεις των μελών της οικογένειάς του. (Paszat LF., Vallis KA., Benk VM., et al., 2007)

Δεύτερον, στην προεγχειρητική περίοδο, θα βοηθήσει τον ασθενή να «προπαρασκευαστεί» για τα αποτελέσματα της χειρουργικής θεραπείας και θα του ελαττώσει το άγχος που έχει γι' αυτά.

Τρίτον, μετά την εγχείρηση, θα τον βοηθήσει να αναλάβει και να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση που μπορεί να συνεπάγεται αλλοίωση της λειτουργικότητας διαφόρων οργάνων του ή απώλεια μελών, και να προετοιμαστεί για τυχόν επακόλουθη συμπληρωματική θεραπεία (ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, χημειοθεραπεία).

Τέταρτο, κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής συμπληρωματικής θεραπείας, θα προλάβει πρόωρη διακοπή της θεραπείας και θα ελαττώσει το άγχος και την ψυχική υπερένταση του ασθενή σχετικά με τις διάφορες εξετάσεις και τις παρενέργειες της θεραπείας.

Πέμπτο, κατά το τέλος της συμπληρωματικής θεραπείας, θα τον βοηθήσει να επανέλθει σε ενεργό δράση και να μεταπηδήσει από την κατάσταση της πλήρους εξάρτησής του από τους γιατρούς και τα φάρμακα, σε φυσιολογική ψυχολογική κατάσταση, που χαρακτηρίζεται κυρίως από αυτοπεποίθηση. (Paszat LF., Vallis KA., Benk VM., et al., 2007)

Έκτο, κατά την απώτερη παρακολούθηση, θα βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει το φόβο υποτροπής της νόσου και τις τυχόν παρενέργειες της θεραπείας.

Τέλος, ο άρρωστος που βρίσκεται στα τελικά στάδια της νόσου, έχει ανάγκη περισσότερο από κάθε άλλη φορά της συμπαράστασης του γιατρού του (Brewin T. B. 1976).

Σε όλα τα στάδια που ο άρρωστος έχει ανάγκη της βοήθειας και της συμπαράστασης του γιατρού, η καλύτερη αντιμετώπιση δεν είναι η χορήγηση φαρμάκων, αλλά η ψυχολογική υποστήριξη. Και η σωστή ψυχολογική υποστήριξη δεν είναι δυνατόν να γίνει με ψέματα. Χρειάζεται αλήθεια.

Πάντως η απάντηση στο ερώτημα «πόση αλήθεια θέλει και μπορεί να δεχτεί ο άρρωστος;» δεν είναι εύκολη. Συνεπάγεται αρκετές πιθανότητες λάθους. Ίσως ο τρόπος που εξασφαλίζει τη μικρότερη πιθανότητα λάθους είναι να αφήσει ο γιατρός τον ασθενή να εκφράσει πρώτα εκείνος τις απορίες του, τους φόβους του, την αγωνία του, την επιθυμία του να ενημερωθεί και το βάθος στο οποίο θέλει να προχωρήσει η ενημέρωση. Δεν είναι απαραίτητο, και τις πιο πολλές φορές είναι και επικίνδυνο, να δίνονται όλες οι πληροφορίες σε μια συνάντηση ή την ίδια μέρα. Ο γιατρός πρέπει να επισκέπτεται κάθε μέρα τον ασθενή του. Και σε κάθε συνάντηση να διαθέτει χρόνο. Αν οι πληροφορίες της πρώτης ημέρας δεν ικανοποίησαν τον ασθενή και δεν έλυσαν όλες τις απορίες του, είναι βέβαιο ότι θα ξαναρωτήσει. Πρέπει να καταβάλλεται συνεχής προσπάθεια ώστε κάθε φορά να δίνονται τόσες πληροφορίες όσες επιθυμεί και μπορεί να δεχτεί ο ασθενής. Η πείρα του γιατρού στην αντιμετώπιση ατόμων με καρκίνο θα τον βοηθήσει να βρει στην κάθε περίπτωση το σωστό μέτρο της ενημέρωσης των ατόμων αυτών. Εκτός από την πείρα, βασικά στοιχεία της συμπεριφοράς του γιατρού στις συναντήσεις αυτές με τον ασθενή, είναι η ειλικρίνεια και η ανθρωπιά. (Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ., 1986).

Το κύριο μέλημα του γιατρού είναι να βρίσκεται κοντά στον ασθενή ακόμα και αν ξέρει ή υποθέτει πως ο ασθενής έχει λίγο χρόνο ζωής. Εάν ο γιατρός ανακοινώσει στον ασθενή ότι η περίπτωσή του είναι μη αναστρέψιμη, τότε ο ασθενής παύει να έχει ελπίδες. Ακόμη και μικρά δείγματα ενδιαφέροντος από τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό προς τον ασθενή, όπως η χορήγηση ενός αναλγητικού που θα ανακουφίσει για λίγες ώρες τον άρρωστο από τον πόνο, η βοήθεια για ήσυχο ύπνο, η αλλαγή της θέσης του αρρώστου ώστε να κάθεται πιο αναπαυτικά, μία συμβουλή ή τουλάχιστον ένας καλός λόγος, όλα αυτά δεν είναι απλώς «κάτι». Είναι πολύ σπουδαία για τον άρρωστο.

Πέραν αυτών, σε ορισμένες περιπτώσεις η μη ορθή ερμηνεία στατιστικών δεδομένων μπορεί να δημιουργήσει στον ασθενή ψυχικά αδιέξοδα ή τουλάχιστον να προκαλέσει δυσμενείς ψυχικές επιπτώσεις. Είναι σφάλμα να λεχθεί στον άρρωστο, π.χ. ότι η επιβίωση αυτών που πάσχουν από την αρρώστια του, είναι 5%. Αν ο ασθενής υποβάλλει τέτοια ερώτηση, γεγονός που συμβαίνει σπανίως, θα του λεχθεί ότι οι στατιστικές αναφέρονται σε μεγάλες σειρές περιπτώσεων.

Τέλος, ορισμένες λέξεις, όπως «καρκίνος», «κακοήθης όγκος», «χημειοθεραπεία» και τα παρόμοια πρέπει να χρησιμοποιούνται όσο το δυνατόν σπανιότερα.

Δεν είναι απολύτως γνωστό το πως αντιμετωπίζουν το θέμα της ενημέρωσης του καρκινοπαθούς οι Έλληνες γιατροί, οι Έλληνες ασθενείς και γενικά η Ελληνική κοινωνία.

Στην πλειοψηφία τους, ιατροί και ασθενείς, καταφεύγουν στην προσωπική τους πείρα. Στην μέγιστη πλειονότητα των Ελλήνων ασθενών, όταν ακόμα μπει απλώς υποψία κακοήθους νόσου, οι συγγενείς του αρρώστου παρακαλούν το θεράποντα ιατρό να μην γνωστοποιήσει την ασθένεια στον άμεσα ενδιαφερόμενο. Συνήθως, ο ιατρός συμφωνεί. Από τη στιγμή εκείνη και σε όλη τη διάρκεια της ασθένειας, οι πάντες καταβάλλουν προσπάθεια να αποπροσανατολίσουν τον άρρωστο από τη διάγνωση του καρκίνου. Συνήθως ενημερώνεται από το θεράποντα ιατρό η οικογένεια ή τουλάχιστον ένα μέλος της οικογένειας του ασθενή για τη διάγνωση της νόσου, για την ενδεικνυόμενη θεραπεία, τις επιπλοκές και την πρόγνωση. Αν χρειαστεί να παραπεμφθεί ο ασθενής σε ειδικό ιατρό για περαιτέρω θεραπεία (χειρουργική, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία), παρακαλείται και ο ειδικός ιατρός να μην ανακοινώσει στον ασθενή την πραγματική διάγνωση της νόσου. Και ο ειδικός ιατρός συνήθως συμφωνεί και ακολουθεί την ίδια τακτική (Nourissat A., Mille D., Delaroche G., et al., 2007).

Στον ασθενή ανακοινώνεται μια διάγνωση, που δεν ανταποκρίνεται προς την πραγματικότητα και δίνεται εμφιατικά από όλους η διαβεβαίωση ότι δεν είναι τίποτε σπουδαίο και ότι όλα θα πάνε καλά. Όμως ο ίδιος μαθαίνει κάποτε μόνος του με διάφορους τρόπους ή υποψιάζεται έντονα ότι πάσχει από κακοήθη νόσο. Παρόλα αυτά, η οικογένεια και ο θεράπων ιατρός προσπαθούν να άρουν τις υποψίες του και μέχρι τέλους τον διαβεβαιώνουν ότι δεν είναι τίποτε σοβαρό.

Σε πάρα πολύ μικρό ποσοστό ασθενών ανακοινώνεται η πραγματική διάγνωση. Επίσης σε πολύ περιορισμένο αριθμό περιπτώσεων αποκρύπτεται η πραγματική διάγνωση και από τον άρρωστο και από την οικογένειά του. (Nourissat A., Mille D., Delaroche G., et al., 2007)

Ιδιαίτερος σχολιασμός πρέπει να γίνει για την αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς από ομάδα ειδικών. Υπάρχουν συγγραφείς που υποστηρίζουν ότι κάθε καρκινοπαθής πρέπει να αντιμετωπίζεται από ομάδα ειδικών, που να αποτελείται τουλάχιστον από τον ογκολόγο, τον ψυχοθεραπευτή, το διαιτολόγο και έναν άλλο καρκινοπαθή. Η ομάδα αυτή συζητά με τον ασθενή και την οικογένειά του, δίνει λύσεις σε τυχόν προβλήματα που προκύπτουν και βοηθάει τον άρρωστο να επανέλθει στη δραστηριότητα που είχε πριν νοσήσει ή να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες της ζωής του. Τέτοια αντιμετώπιση των καρκινοπαθών, η οποία είναι αναμφισβήτητα δυσεφάρμοστη, γίνεται σε πολύ λίγα νοσοκομεία και φαίνεται ότι δεν είναι απαραίτητη. (Nourissat A., Mille D., Delaroche G., et al., 2007)

Τέλος, αν η ενημέρωση κάθε καρκινοπαθούς ακολουθήσει τις κατευθυντήριες γραμμές που ήδη έχουν αναλυθεί, σπάνια θα προκύψουν ψυχιατρικά προβλήματα στον καρκινοπαθή. Αν όμως εμφανιστούν, στις πιο πολλές περιπτώσεις είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν από το θεράποντα ιατρό. Αναμφισβήτητα θα υπάρξουν και περιπτώσεις με δύσκολα προβλήματα στα οποία ο θεράπων ιατρός δε θα μπορέσει μόνος του να δώσει λύση. Σ' αυτές τις περιπτώσεις θα καλέσει σε βοήθεια τον ψυχίατρο.

Ο ψυχίατρος δεν είναι απαραίτητο πάντοτε να αναλαμβάνει ο ίδιος την αντιμετώπιση του ασθενή. Μπορεί απλώς να δώσει τη γνώμη του για να βοηθήσει και να καθοδηγήσει το θεράποντα ιατρό και τους λοιπούς παράγοντες που συμμετέχουν στην αντιμετώπιση του αρρώστου. Τέλος, θα υπάρξουν και πολύ λίγες περιπτώσεις στις οποίες θα απαιτηθεί και ψυχιατρική θεραπεία. (Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ., 1986)

### **2.7.2 Συσχέτιση της θεραπείας κατά του καρκίνου με την ποιότητα ζωής και την εικόνα σώματος**

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνεται σημαντικά ανάλογα με την ηλικία και μάλιστα σε μια έρευνα στην Σουηδία το 2004 παρατηρήθηκε ότι σε δείγμα 6900 γυναικών που είχαν καρκίνο του μαστού, περίπου το 65% ήταν μετεμμηνοπαυσιακές και το 30% ήταν  $\geq 70$  ετών (National Board of Health and Welfare, 2004). Οι επιδράσεις της χημειοθεραπείας (Χ/Θ) στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού φαίνεται να είναι θετικές τόσο για προεμμηνοπαυσιακούς όσο και για μετεμμηνοπαυσιακούς ασθενείς (EBCTCG, 2005).

Ωστόσο, πολύ λίγα άτομα τρίτης ηλικίας συμπεριλήφθηκαν σε τέτοιου είδους μελέτες (Talarico et al., 2004).

Όμως τέτοιου είδους θεραπείες προκαλούν διαφόρων ειδών παρενέργειες οι οποίες με την σειρά τους οδηγούν σε χειροτέρευση της ποιότητας ζωής (De Jong et al, 2002). Ωστόσο λόγω του ότι οι περισσότερες μελέτες εστίαζαν γενικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών, δεν υπάρχουν πολλά στοιχεία για την ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Engel et al., 2003). Επιπλέον, οι περισσότερες μελέτες ερευνούν τα συμπτώματα που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής (Brandberg et al., 2003) όπως: ο πόνος, η κούραση (Beck et al., 2005), οι διαταραχές ύπνου (Fortner et al., 2002), η κατάθλιψη (Badger et al., 2004) και η ναυτία (Dibble et al., 2003).

Η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από την ηλικία, τις κοινωνικό-δημογραφικές και κλινικές μεταβλητές, το στάδιο της νόσου και το είδος της θεραπείας (Armstrong, 2003). Στην παρούσα φάση δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την επίδραση των βοηθητικών θεραπειών (adjuvant) για τον καρκίνο του μαστού σε ηλικιωμένες γυναίκες (Eaker et al., 2006).

Οι θεραπείες είχαν ως αποτέλεσμα μια γενική αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής, στην λειτουργικότητα του ατόμου, στο άγχος και στην εικόνα σώματος, ενώ αντίθετα προκάλεσαν μια αύξηση στην εμφάνιση κούρασης, δύσπνοιας, πόνου και ναυτίας. Οι Watters και συν. (2003) βρήκαν ότι οι νεότερες γυναίκες ( $\leq 64$  ετών) που ακολουθούσαν Χ/Θ, είχαν μεγαλύτερη μείωση στην λειτουργικότητα σε σχέση με γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Παρόμοια αποτελέσματα είχε και η έρευνα των Aroga και συν. (2001) σε γυναίκες  $\leq 60$  ετών.

Οι Browall και συν. (2008), απέδειξαν ότι τα άτομα που ακολουθούσαν Χ/Θ εμφάνισαν αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και μείωσης της κοινωνικότητάς τους. Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν από την έρευνα των Knobf and Sun (2005) σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας με καρκίνο του μαστού.

Ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών που ακολουθούσαν Α/Θ (ακτινοθεραπεία), ανέφεραν μυοσκελετικά προβλήματα που απαιτούσαν τη λήψη μεγάλων ποσοτήτων αναλγητικών. Μια πιθανή εξήγηση γι' αυτό είναι ότι πολλές από αυτές τις γυναίκες είχαν υποστεί εκτεταμένη ενδοκρινική θεραπεία πριν από την έναρξη της Α/Θ. Αυτά τα προβλήματα μπορούν πιθανώς να εξηγήσουν την μείωση της λειτουργικότητας στις γυναίκες αυτές.

Η εικόνα σώματος αποτελεί μέρος του συνόλου της υγείας, της φροντίδας του σώματος και της εξωτερικής εμφάνισης, των σωματικών λειτουργιών και της φυσικής κατάστασης. Η

εικόνα σώματος αναπτύσσεται κατά την διάρκεια της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας. Είναι το σύνολο των συναισθημάτων ενός ατόμου για τον εαυτό του με τα εξής πέντε κύρια αλληλένδετα στοιχεία που καθένα από τα οποία ή όλα μαζί μπορούν να επηρεαστούν κατά την διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου:

- i. Οι αλλαγές στο σώμα του
- ii. Κατάθλιψη
- iii. Αυτό-αντίληψη της έννοιας του καρκίνου
- iv. Οι αλλαγές στις διαπροσωπικές σχέσεις
- v. Διαφορετικότητα μεταξύ του πραγματικού και ιδανικού εαυτού

Η διάγνωση του καρκίνου, η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία, είναι καταστάσεις που προκαλούν σοβαρές αλλαγές στην ψυχολογία των ασθενών. Συγκεκριμένα ο καρκίνος του μαστού έχει σοβαρή επίδραση στην γυναικεία αυτοεκτίμηση και την εικόνα σώματος (Kullmer U., Stenger K., Milch W. et al, 1999).

Σε μια μελέτη που συνέκρινε την συντηρητική θεραπεία στήθους (breast conserving therapy) με την τροποποιημένη ολική μαστεκτομή (modified radical mastectomy) ως μέσα θεραπείας του καρκίνου του μαστού σε αρχικό στάδιο, βρέθηκε ότι επηρεάστηκαν συγκεκριμένοι τομείς της ποιότητας ζωής οι οποίοι περιλάμβαναν την εικόνα σώματος, τον φόβο για επανεμφάνιση της ασθένειας και την ικανοποίηση από την θεραπεία. Επίσης, παρουσιάστηκε καλύτερη εικόνα σώματος σε εκείνους του ασθενείς με συντηρητική θεραπεία στήθους παρά σε εκείνους με την τροποποιημένη ολική μαστεκτομή (Curran D., Van Dongen J.P., Aaronson N.K., et al 1998).

Σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση από τους Kiebert G.M., Haes J., Van de Velde C. (1991), βρέθηκε ότι δέκα στις δώδεκα έρευνες είχαν ως αντικείμενο μελέτης την επίδραση της θεραπείας στην εικόνα σώματος και ανέφεραν στα αποτελέσματα ότι οι ασθενείς ένοιωθαν λιγότερο ανασφαλείς με την εμφάνισή τους.

## 2.8 Οι σχέσεις του καρκινοπαθούς με την οικογένεια

### 2.8.α Η σχέση των δύο συζύγων

Οι δομές των οικογενειών είναι ευαίσθητα πλέγματα και χαρακτηρίζονται από διάφορα συστήματα αξιών και μορφών επικοινωνίας. Μερικές οικογένειες έχουν πρότυπα επικοινωνίας σύμφωνα με τα οποία μόνο ευχάριστα συναισθήματα ενισχύονται και αμείβονται, ενώ δυσάρεστες συγκινησιακές καταστάσεις αποκλείονται. Τα μέλη της οικογένειας που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τη διάγνωση του ασθενούς, που αρνούνται να γνωρίσουν τους φόβους του, που δεν δέχονται τα δάκρυά του ή δεν δίνουν την υποστήριξη και το ενδιαφέρον που αυτός χρειάζεται, μπορεί να καθηλώσουν την ικανότητά του να αντιμετωπίσει την αρρώστια (Petruson KM., Silander EM., Hammerlid EB., 2005).

Ένα από τα πιο συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα μέλη οικογενειών και οι φίλοι καρκινοπαθών είναι μια αμηχανία που εκφράζεται με το φόβο ότι δεν θα ξέρουν τι να πουν. Ειλικρινή αισθήματα πρέπει να εκφράζονται και όταν δεν μπορούν να βρεθούν λέξεις, μια αίσθηση εγγύτητας μπορεί να μεταδοθεί χωρίς λόγια. Το κράτημα του χεριού του ασθενή ή μια τρυφερή ματιά μπορεί να μεταφέρουν συναισθήματα, που διαφορετικά δύσκολα εκφράζονται. Μια τέτοια φυσική επαφή βοηθά στο να μειωθεί το αίσθημα του χωρισμού από την οικογένεια και τους φίλους που μπορεί να νιώθει ο ασθενής λόγω της αρρώστιας του και μη ξέροντας πώς να αντιδράσει απέναντι τους, απομακρύνεται απ' αυτούς.

Πολλές οικογένειες που υποθέτουν πως ο καρκίνος είναι κατά κανόνα θανατηφόρα ασθένεια μπορεί να αγνοήσουν τις θετικές και ελπιδοφόρες στάσεις του ασθενή απέναντι στην πρόγνωση, θεραπεία και αποκατάστασή του. Έτσι αποτυγχάνουν να δώσουν στον καρκινοπαθή την υποστήριξη που χρειάζεται. (Petruson KM., Silander EM., Hammerlid EB., 2005)

Συχνά τα μέλη της οικογένειας, ενώ βρίσκονται γύρω από τον άρρωστο, μπορεί να προσποιηθούν ότι δεν γνωρίζουν την κατάστασή του. Σαν απάντηση, ο ασθενής επίσης μπορεί να υποκρίνεται άγνοια, ώστε να προστατεύσει την οικογένειά του. Ως αποτέλεσμα, ένα πλαίσιο αμοιβαίας απάτης αναπτύσσεται, καθιστάμενο διαρκώς συνθετότερο καθώς η νόσος εξελίσσεται. Ο ασθενής μπορεί να αντιδράσει με δυσπιστία στην άρνηση του καρκίνου από την οικογένειά του και στις ανησυχίες τους, και μπορεί να απομακρυνθεί από αυτούς. Έτσι ο άρρωστος και η οικογένειά του μπορεί άθελά τους να εγκαταλείψει ο ένας τον άλλο και να



αναπτυχθούν αμοιβαία αισθήματα απόρριψης. (Petruson KM., Silander EM., Hammerlid EB., 2005)

Επιπλέον, δεν είναι αναγκαίο τα μέλη της οικογένειας να αφιερώνουν όλο τους το χρόνο στον ασθενή. Χρειάζονται χρόνο μακριά του, για να φύγουν από τη συνεχή ένταση που δημιουργούν η παρουσία της ασθένειας, η φροντίδα του αρρώστου, οι νέες ευθύνες και ρόλοι. Έτσι στην περίπτωση που η μητέρα είναι η άρρωστη, ο πατέρας πρέπει να διαθέσει αρκετές ώρες κατά τις οποίες να φροντίζει τα παιδιά στο σπίτι, στο σχολείο, στις εξωσχολικές τους δραστηριότητες, να παίζει μαζί τους ή απλά να βρίσκεται κοντά τους. Για να διατηρήσει όμως την ψυχολογική ισορροπία που χρειάζεται για να αντιμετωπίσει τόσο τα δικό του αισθήματα όσο και τις συναισθηματικές ανάγκες της συντρόφου του, πρέπει να έχει ευκαιρίες διεξόδου που να εκφορτίζεται.

Οι άνδρες μπορεί να μείνουν σεξουαλικά απαθείς για ένα διάστημα ή οι γυναίκες να αποτύχουν να νιώσουν ερωτική επιθυμία. Αν όμως στο ζευγάρι υπάρχει αμοιβαία κατανόηση και συζητούν όλα τα θέματα, τότε αυτά τα προβλήματα θα ξεπεραστούν και μπορεί να οδηγηθούν σε μια νέα, στενότερη, ευαίσθητη σχέση και η ποιότητα της επαφής τους να βελτιωθεί. (Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ., 1986)

Η χειρουργική επέμβαση στον καρκίνο του στήθους (μαστεκτομή), έχει μεγάλη σημασία διότι έχει σαν στόχο την αποκατάσταση της εικόνας σώματος. Κατά τον Lehmann (1999) θεωρείται ένας «ακρωτηριασμός», ο οποίος είναι μια πολύ δύσκολη απόφαση για τα άτομα γιατί μετά ντρέπονται και αισθάνονται αποστροφή για τον εαυτό τους. Η προσωπικότητά τους διαταράσσεται διότι δέχονται τα βλέμματα τρίτων σαν διείσδυση σε αυτήν. Η σεξουαλική τους ζωή είναι επίσης διαταραγμένη καθώς δε δέχονται ούτε ένα απλό άγγιγμα, γεγονός που μπορεί να οδηγεί και σε διάφορα οικογενειακά προβλήματα. Από την άλλη όμως, υπάρχουν ορισμένα ζευγάρια που έρχονται πιο κοντά ο ένας στον άλλο και αποκτούν μεγάλο συναισθηματικό δέσιμο (Untas A., Quintard B., Koleck M., et al (2007).

Το «επιπέγασμα» (coping) είναι μια προσέγγιση των Lazarus και Folkman (1992) που ανταποκρίνεται στις διάφορες στρατηγικές που μπορεί να ακολουθηθούν για να ανταπεξέλθουν τα άτομα σε ένα στρεσογόνο γεγονός. Το “coping” έχει ερευνηθεί και μελετηθεί κυρίως σε ατομικό επίπεδο. Και έχουν γίνει λίγες έρευνες όσον αφορά τις σχέσεις του ζευγαριού στην περίπτωση που η σύζυγος βρεθεί σε τέτοια κατάσταση.

Το 1990 ο Bodenmann προτείνει ένα συστημικό μοντέλο για να γίνει καλύτερα αντιληπτό το φαινόμενο του στρες στο γάμο. Αναφέρει ότι το στρες και ο χειρισμός του είναι ένα φαινόμενο αλληλεπίδρασης ανάμεσα στα δύο μέλη. Τα σημεία του στρες του ενός δημιουργούν αντιδράσεις διαχείρισης στον άλλο (δυναμική διαχείριση του στρες). Οπότε κατά τον Bodenmann το δυναμικό “coping” ανταποκρίνεται στο σύνολο διαδικασιών του ενός ή και των δύο συζύγων, δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο διαχειρίζονται στρεσογόνα γεγονότα. Επιπρόσθετα, συμπεριλαμβάνει στρατηγικές διαχείρισης που στόχο έχουν τη συγκράτηση ή αποκατάσταση της ισορροπίας, της δομής, της λειτουργικότητας και της συμπεριφοράς του δυναμικού συστήματος, όπως και της ισορροπίας του καθενός από τους δύο συζύγους.

Τρεις φάσεις απαρτίζουν τη δομή της δυναμικής διαχείρισης του στρες:

- 1) Η επικοινωνία που αφορά το ίδιο το στρες: το να μοιράζονται λεκτικά το στρες και να ζητάει ο ένας από τον άλλο υποστήριξη τόσο πρακτική όσο και συναισθηματική,
- 2) Το δυναμικό «επιστέγασμα» (coping): η αντίδραση των συζύγων έπειτα από αυτή την επικοινωνία και
- 3) Το “feedback”: η αποτελεσματικότητα και η ικανοποίηση που δέχονται από τη διαχείριση του στρες σαν ζευγάρι.

Επιπλέον, το δυναμικό «επιστέγασμα» (coping) κατά τον Bodenmann μπορεί να παρουσιαστεί ως:

- 1) Η από κοινού διαχείριση: δηλαδή οι προσπάθειες των δύο συζύγων να ανταπεξέλθουν σε ένα πρόβλημα. Οι στρατηγικές μπορεί να επικεντρώνονται πάνω στο πρόβλημα (να προσπαθήσουν να το διαχειριστούν μαζί και να βρουν από κοινού λύσεις) ή πάνω στα συναισθήματα (συζήτηση περί συναισθημάτων και έκφραση των συναισθημάτων για να επέλθει ηρεμία).
- 2) Η δυναμική θετική υποστήριξη: αντιστοιχεί σε όλες τις μορφές υποστήριξης που ο ένας σύντροφος θα προσφέρει στον άλλο για να καθησυχάσουν μια κατάσταση στρες. Οι στρατηγικές μπορεί επίσης να επικεντρώνονται πάνω στο πρόβλημα (να βοηθήσει ο ένας σύντροφος τον άλλο να δει την κατάσταση κάτω από μια άλλη οπτική γωνία και να επαναξιολογήσει το πρόβλημα) ή πάνω στα συναισθήματα (το να δώσει ο σύζυγος στον άλλο την αίσθηση ότι τον καταλαβαίνει και ότι ενδιαφέρεται για το δικό του στρες).

- 3) Η δυαδική αρνητική υποστήριξη: συμπληρώνει αρνητικές μεθοδεύσεις του δυαδικού “coping” με χαρακτηριστικές τις σχεδόν εχθρικές (να δείχνει ο σύντροφος ότι δεν ενδιαφέρεται καθόλου για τα προβλήματα του άλλου) ή επιφανειακές (υποστηρίζει τον σύντροφο αλλά το κάνει χωρίς ιδιαίτερο ζήλο) συμπεριφορές.

Η δυαδική διαχείριση του στρες είναι μια ψυχολογική έννοια που αναπτύχθηκε για να δημιουργήσει μια θεωρία πάνω στη συντροφική σχέση. Π.χ. σε μια μελέτη με 600 ζευγάρια απέδειξε ότι το δυαδικό “coping” συνδέεται με τη συζυγική ικανοποίηση και λειτουργικότητα. Οπότε, τα ζευγάρια που ήταν ελάχιστα ικανοποιημένα από τις συζυγικές τους σχέσεις οδηγούνταν πιο πολύ στην αρνητική δυαδική υποστήριξη, σε σύγκριση με τους άλλους που ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι. Η δυαδική διαχείριση του στρες μεταφράζει λοιπόν μια αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο συντρόφων, καθώς και την ποιότητα αυτής της αλληλεπίδρασης.

Επομένως, ο καρκίνος του μαστού θα έχει διάφορες επιπτώσεις πάνω στον ασθενή αλλά και πάνω στην οικογενειακή και κυρίως στη συζυγική του ζωή (Untas A., Quintard B., Koleck M., et al 2007).

## **2.8.β Η αντιμετώπιση της ασθένειας και ιδιαίτερα τα τελευταία στάδιά της, από την οικογένεια**

Τα μέλη της οικογένειας περνούν μέσα από διάφορα στάδια προσαρμογής παρόμοια με εκείνα που περνούν οι καρκινοπαθείς. Στην αρχή πολλοί από αυτούς δεν μπορούν να πιστέψουν πως είναι αλήθεια. Αισθάνονται ένα «μούδιασμα» και μπορεί να αρνηθούν το γεγονός ότι υπάρχει μια τέτοια ασθένεια μέσα στην οικογένεια ή θα τριγυρνούν με τις εξετάσεις από γιατρό σε γιατρό με την ελπίδα πως αυτή ήταν μια λανθασμένη διάγνωση. Μπορεί να κανονίσουν ταξίδια σε ιδιωτικές, καλής φήμης κλινικές και μόνο βαθμιαία αντικρίζουν την πραγματικότητα που θα άλλαζε τη ζωή τους τόσο δραματικά. Αν τα μέλη της οικογένειας προσπαθήσουν να κρατήσουν ένα φράγμα επικοινωνίας ανάμεσα τους, θα καταστεί δύσκολη οποιαδήποτε προπαρασκευαστική θλίψη για τον άρρωστο.

Όπως ο ασθενής περνά από το στάδιο της οργής, έτσι και η οικογένειά του θα δοκιμάσει την ίδια συναισθηματική αντίδραση. Οι συγγενείς θα εξοργισθούν με το γιατρό που τους έθεσε

αντιμέτωπους με τη θλιβερή πραγματικότητα. Μπορεί να προβάλλουν την οργή τους στο προσωπικό του νοσοκομείου που δεν φροντίζει αρκετά τον άρρωστο. Επίσης υπάρχει ζήλεια και επιθετικότητα, αφού δεν τους επιτρέπουν να φροντίζουν τον άρρωστο όσο για παράδειγμα οι νοσοκόμες. Υπάρχει επίσης ενοχή για παλιές συμπεριφορές τους απέναντι στον ασθενή και τύψεις, ακόμη και για χαμένες ευκαιρίες. Αν δεν βοηθηθούν οι συγγενείς να εκφράσουν τις συγκινήσεις τους πριν από το θάνατο του δικού τους, τόσο θα νιώθουν την ένταση και νοσηρές ιδέες θα τους απασχολούν. Κατόπιν, η οικογένεια θα περάσει από τη φάση της προπαρασκευαστικής θλίψης. Πρέπει τα μέλη της οικογένειας να μοιράζονται με τον ασθενή τις γνήσιες συγκινήσεις τους και όχι μέσα από μια μάσκα προσποίησης (π.χ. ευθυμίας) την οποία ο ασθενής μπορεί να διαβλέψει. (Untas A., Quintard B., Koleck M., et al 2007)

Στην τελευταία φάση πρέπει τα μέλη της οικογένειας να επιτρέψουν στον άρρωστο να τους αποχωριστεί, να αποσπαστεί βαθμιαία, αποσυρόμενος από τις σημαντικές του σχέσεις. Μερικές οικογένειες, που δεν έχουν άλλο συγκινησιακό φορτίο, μπορεί να έχουν ξεγράψει τον ασθενή εσπευσμένα και να αρχίσουν να θρηνούν, ενώ αυτός είναι ακόμα ζωντανός. Σε τέτοιες περιπτώσεις, όταν προκύψει ο θάνατος, δεν δημιουργείται μια ιδιαίτερη κατάσταση αλλά μια προβλεπόμενη απώλεια, που έρχεται στο τέλος μιας σειράς γεγονότων. Η μακρά περίοδος που υπέφερε τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένειά του τέλειωσε και μια ανακούφιση γίνεται αισθητή. Ωστόσο, με το θάνατο του αρρώστου πρέπει να θρηνήσουν γι' αυτή την απώλεια, να μοιραστούν με τους υπόλοιπους γνωστούς τη θλίψη και το πένθος, να ξεπεραστούν κάποιες φαντασιώσεις, αυταπάτες, ψευδαισθήσεις σε σχέση με τον αποθανόντα. Με το πέρασμα του χρόνου η οδύνη θα έχει καθησυχαστεί, η απώλεια θα έχει γίνει αποδεκτή και η οικογένεια θα λειτουργεί πια κανονικά, αν και τα μέλη της μπορεί κατά καιρούς να επιστρέφουν στις παλιές ωραίες στιγμές που πέρασαν μαζί με τον εκλιπόντα (Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ., 1986.).

### **2.8.γ Τα συναισθήματα των παιδιών των καρκινοπαθών**

Τα παιδιά συχνά νιώθουν ανασφάλεια όταν βρίσκουν για παράδειγμα μια διαφορετική μητέρα, αδύναμη και θλιμμένη. Άλλα παιδιά τραυματίζονται ψυχικά με τις επισκέψεις στο νοσοκομείο, άλλα αισθάνονται ενοχή και υποθέτουν ότι εκείνα ευθύνονται για την ασθένεια της μητέρας τους. (Untas A., Quintard B., Koleck M., et al 2007)

Και οι δύο γονείς πρέπει να αποφασίσουν μαζί πώς θα πληροφορήσουν τα παιδιά για τη νοσηλεία και την αρρώστια της μητέρας τους.

Στα παιδιά λοιπόν πρέπει να εξηγηθεί ότι η μητέρα τους είχε παραμείνει για λίγο στο νοσοκομείο για ένα θέμα υγείας (εγχείρηση) και η μητέρα μπορεί να τους ζητήσει να τη βοηθήσουν ώστε να ξαναβρεί τον εαυτό της. Με το να δώσουν οι γονείς ειλικρινείς απαντήσεις στις ερωτήσεις που θα θέσουν τα παιδιά, θα τα βοηθήσουν να διαλύσουν τους φόβους τους. Οτιδήποτε έχουν φανταστεί τα παιδιά, συχνά είναι χειρότερο από την πραγματικότητα. Μερικά παιδιά είναι ανήσυχα και αγχώδη με το να μην κάνουν ερωτήσεις και να μην εκφράζουν τα συναισθήματά τους, αποσύρονται και εμφανίζονται σαν να μην ενδιαφέρονται. Στην πραγματικότητα όμως ενδιαφέρονται αλλά χρειάζονται βοήθεια ώστε να αρχίσει μια επικοινωνία (Peterson KM., Silander EM., Hammerlid EB., 2005).

Έτσι η περιέργεια ενός παιδιού πρέπει να ικανοποιηθεί ενώ η σιωπή ενός άλλου πρέπει να γίνει σεβαστή και ακολούθως να ενθαρρυνθεί να σπάσει αυτή η σιωπή. Κάπου εδώ πρέπει να σημειωθεί πως τα παιδιά, προκειμένου να δεχθούν τις οποιοσδήποτε πληροφορίες, θα πρέπει να είναι έτοιμα. Άλλωστε δεν θα πάνε να αγαπούν, όπως και να έρθουν τα πράγματα, τη μητέρα τους, αν αυτή είναι η άρρωστη. Οι έφηβοι μπορεί να σατίσουν τους γονείς τους με ξαφνικές και συγχυσμένες μεταβολές στη συμπεριφορά τους (εμπόλεμη διάθεση, αδιακρισίες), να αρχίσουν να μην πειθαρχούν, να μη βοηθούν τους γονείς σε μικροδουλειές, ή να αρνούνται να επισκεφτούν τη μητέρα στο νοσοκομείο. Εξηγήσεις για αυτές τις συμπεριφορές είναι πως οι έφηβοι τη στιγμή που αρχίζουν να σπάνε τους γονικούς δεσμούς προετοιμαζόμενοι να ζήσουν ανεξάρτητα, τα οικογενειακά αυτά προβλήματα τους αναγκάζουν να επιστρέψουν πίσω και γι' αυτό παρουσιάζονται επιθετικοί ή αρνητικοί.

Αν ο έφηβος είναι κορίτσι μπορεί να αναρωτηθεί μήπως είναι και αυτή ύποπτη για μελλοντική ανάπτυξη καρκίνου (αν η εντόπιση στη μητέρα είναι ο μαστός ή το ενδομήτριο), στα όργανα που στην εφηβεία παρουσιάζουν ευαισθησία. Οι γονείς νιώθοντας ενοχή (γιατί ίσως μεταφερθεί το στίγμα του καρκίνου στην κόρη τους) δεν επιβεβαιώνουν τους φόβους της κόρης, όμως το άγνωστο είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστεί από την αλήθεια που η κοπέλα θα ψάξει να μάθει οπωσδήποτε. (Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ., 1986)

## **Κεφάλαιο 3: Συσχέτιση διατροφής και καρκίνου του μαστού**

### **3.1 Διατροφή και πρόληψη καρκίνου**

Έχει εκτιμηθεί ότι η διατροφή μπορεί να εξηγήσει την αιτία πρόκλησης του 30% των περιπτώσεων εμφάνισης καρκίνου στις δυτικές χώρες και έως και το 20% στις αναπτυσσόμενες χώρες. Οι πρόσφατες συστάσεις για τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου συμπεριλαμβάνουν τη διατήρηση ενός υγιούς σωματικού βάρους, τη συμμετοχή σε προγράμματα φυσικής δραστηριότητας τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας, την κατανάλωση πέντε ή περισσότερων μερίδων φρούτων και λαχανικών την ημέρα, τη μείωση της πρόσληψης λίπους από τη διατροφή, τον περιορισμό της κατανάλωσης παστών και αλατισμένων τροφίμων, την αποθήκευση τροφίμων για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος λοιμώξεων, και για εκείνους που καταναλώνουν αλκοόλ, τον περιορισμό της κατανάλωσης του. (Hammerlid E., Wirblad B., Sandin C., et al., 1998)

Οι επιδημιολογικές μελέτες παρέχουν μια ισχυρή απόδειξη για τη συσχέτιση διατροφής και καρκίνου, με την πρόσθετη επιβεβαίωση από τις μελέτες ζώων και τις μελέτες κυτταροκαλλιέργειας. Οι οικολογικές μελέτες (ecologic), οι μελέτες περιπτώσεων – ομάδων ελέγχου (case-control), και οι μελέτες συνοχής (cohort) είναι μελέτες παρατήρησης, ενώ οι μελέτες παρέμβασης χρησιμοποιούν ένα πειραματικό πρωτόκολλο μελέτης. Οι οικολογικές μελέτες εξετάζουν τη σχέση μεταξύ των ατόμων και των τροφίμων μιας χώρας και της νοσηρότητας ή της θνητότητας από μια ασθένεια όπως ο καρκίνος. Παραδείγματος χάριν, οι πρώτες οικολογικές μελέτες υπέδειξαν ότι οι πληθυσμοί με αυξημένη κατανάλωση λίπους από τη διατροφή έτειναν να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά θνητότητας από καρκίνο του μαστού συγκριτικά με τους πληθυσμούς με χαμηλή κατανάλωση λίπους (Μανιός Γ., 2006). Οι μελέτες ασθενών-μαρτύρων συγκρίνουν τα διατροφικά πρότυπα μεταξύ ατόμων που πάσχουν από κάποια ασθένεια με ένα σύνολο ατόμων που δεν πάσχει από τη συγκεκριμένη ασθένεια. Υπάρχουν πολλές προοπτικές μελέτες που έχουν υποδείξει συσχετίσεις ανάμεσα στη διατροφή και στον καρκίνο. Οι προοπτικές μελέτες συλλέγουν βασικές πληροφορίες για τη διατροφική πρόσληψη θρεπτικών συστατικών και βιολογικά δείγματα από τους συμμετέχοντες που δεν έχουν εμφανίσει την ασθένεια. Αυτά τα άτομα παρακολουθούνται έπειτα κατά τη διάρκεια του χρόνου για να τεκμηριωθεί η ανάπτυξη νοσηρότητας και η θνητότητα. Στις μελέτες

παρατήρησης υπάρχουν περιορισμοί που πρέπει να εξεταστούν κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων τους. Συχνά οι μελέτες χρησιμοποιούν αυτοδηλούμενα δεδομένα για τη διατροφική πρόσληψη που οδηγούν σε λανθασμένα αποτελέσματα και προκατάληψη (Μανιός Γ., 2006).

Επίσης, η κατανάλωση τροφίμων ή η πρόσληψη θρεπτικών συστατικών κατά την διάρκεια της συλλογής δεδομένων μπορεί να διαφέρει από εκείνη στον κρίσιμο χρόνο της ανάπτυξης ασθενειών, ο οποίος επίσης μπορεί να είναι ασαφής. Συχνά, οι συμμετέχοντες σε μια μελέτη ακολουθούν παρόμοιες δίαιτες. Όταν αυτό συμβαίνει, είναι δύσκολο να αποκτηθεί ένα ικανοποιητικό φάσμα κατανάλωσης τροφίμων ή ενός θρεπτικού συστατικού για να είναι σε θέση οι ερευνητές να καθορίσουν το εάν όντως υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ διατροφής και κινδύνου εμφάνισης καρκίνου. Είναι συχνά πολύ δύσκολο να διαχωριστούν οι επιδράσεις ενός τροφίμου ή ενός θρεπτικού συστατικού από άλλες, δεδομένου ότι τα περισσότερα τρόφιμα έχουν ένα ευρύ φάσμα θρεπτικών συστατικών. (Mahan L. K. & Escott-Stump S., 2004)

Επιπλέον, μερικά πρότυπα διατροφικής πρόσληψης μπορούν να συσχετιστούν με ανατρεπτικούς παράγοντες (confounding factors) όπως είναι η παχυσαρκία ή η φυσική δραστηριότητα. Επομένως, γίνεται δύσκολο να καθοριστούν οι παράγοντες οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την ανάπτυξη ασθενειών. Οι ερευνητικές υποθέσεις σχετικά με τη σχέση ανάμεσα στη διατροφή και τον καρκίνο εξετάζονται συχνά με μελέτες παρέμβασης, οι οποίες είναι τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές. Αυτές οι μελέτες συγκρίνουν την επίδραση μιας διατροφικής παρέμβασης σε μια ασθένεια, με την επίδραση μιας θεραπείας στην ανάπτυξη ασθενειών ή τη θνητότητα (Hammerlid E., Wirblad B., Sandin C., et al., 1998).

Οι μελέτες ζώων και οι μελέτες με κυτταροκαλλιέργειες χρησιμοποιούνται συχνά για να παρέχουν περαιτέρω υποστήριξη για τις σχέσεις διατροφής και ασθενειών που έχουν υποδειχθεί μέσω της επιδημιολογικής έρευνας και για να διευκρινίσουν τους μηχανισμούς με τους οποίους ένα θρεπτικό συστατικό συμβάλλει ή μεταβάλλει την ανάπτυξη του καρκίνου. Ένας από τους νεότερους τομείς της έρευνας στη διατροφή και στον καρκίνο εστιάζεται στην αλληλεπίδραση διατροφής, γενετικής, και του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου. Σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση αυτού του είδους, ο Rock και συν. (2000) σημείωσαν ότι οι αλληλεπιδράσεις διατροφής - γονιδίων μπορούν να επηρεάσουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου ανάμεσα σε άτομα με παρόμοιες διατροφικές συνήθειες. Τα αποτελέσματα που βγήκαν από αυτή την έρευνα επιβεβαίωσαν και σε γονιδιακό επίπεδο ότι ομάδες τροφίμων (όπως π.χ. τρόφιμα πλούσια σε

φυτικές ίνες, φαινολικές ενώσεις και αντιοξειδωτικά) εμποδίζουν την εμφάνιση και ανάπτυξη καρκίνου, όμως δεν βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση όσον αφορά τα τρόφιμα εκείνα που προκαλούν την ανάπτυξη καρκίνου.

**Πίνακας 1.** Συστάσεις για τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου

Διατήρηση σωματικού βάρους (μεταξύ ενηλίκων) τέτοια ώστε ο Δείκτης Μάζας Σώματος να είναι 18,5- 24,9 kg/m <sup>2</sup> και να αποφευχθεί η αύξηση βάρους (>5 kg) κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής.
Διατήρηση συστηματικής σωματικής δραστηριότητας. Ο πρωταρχικός στόχος θα πρέπει να είναι η πραγματοποίηση σωματικής δραστηριότητας τις περισσότερες μέρες της εβδομάδας, με 60 λεπτά την ημέρα μέτριας έντασης άσκηση, όπως π.χ το βάδισμα, για να διατηρηθεί ένα υγιές σωματικό βάρος σε κατά τα άλλα άτομα που ακολουθούν καθιστικό τρόπο ζωής. Πιο έντονη άσκηση, όπως το γρήγορο βάδισμα, μπορεί να προσφέρει κάποια επιπρόσθετα οφέλη για την πρόληψη του καρκίνου.
Η κατανάλωση οινοπνευματωδών δεν συνιστάται: εάν γίνεται κατανάλωση, δε θα πρέπει να υπερβαίνει τις δυο μονάδες (10 gr αλκοόλ, που αντιστοιχούν σε 1 ποτήρι μύρα, κρασί ή οινοπνευματώδη) την ημέρα.
Η συνολική κατανάλωση των παστών τροφίμων και του άλατος θα πρέπει να γίνεται με μέτρο.
Περιορισμός των τροφίμων σε έκθεση στην αφλατοξίνη.
Η διατροφή θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει τουλάχιστον 400 gr ολόκληρα φρούτα και λαχανικά την ημέρα.
Για τα άτομα που δεν είναι χορτοφάγοι συστήνεται μια μέτρια κατανάλωση επεξεργασμένου κρέατος με συντηρητικά (π.χ. λουκάνικα, σαλάμι, μπέικον, ζαμπόν).
Αποφυγή πολύ καυτών τροφίμων ή ροφημάτων.

Πηγή: World Health Organization/Food and Agriculture Organization of the United Nations. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Who Technical Report Series 916. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003:95-104*



### 3.1.1 Φρούτα, Λαχανικά, Σιτηρά Ολικής Αλέσεως και Κίνδυνος Εμφάνισης Καρκίνου

Τα αποτελέσματα από πολυάριθμες επιδημιολογικές μελέτες προτείνουν ότι η υψηλή κατανάλωση λαχανικών και φρούτων μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου της στοματικής κοιλότητας, του οισοφάγου, του στομάχου, και πιθανώς του παχέος και του ορθού εντέρου. Αυτός ο μεγάλος αριθμός των αποδεικτικών στοιχείων είναι μέρος της λογικής πίσω από πολλές διεθνείς εκστρατείες για να αυξηθεί η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (Συντώσης Λ., 2008). Ενώ πολλές επιδημιολογικές μελέτες υποστηρίζουν τη συσχέτιση ανάμεσα στην υψηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και στο μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου, έχουν υπάρξει μερικές πρόσφατες μεγάλες προοπτικές αλλά και κλινικές ερευνητικές μελέτες που δεν ήταν ικανές να υποδείξουν μια προστατευτική επίδραση των φρούτων και των λαχανικών ενάντια στον καρκίνο του παχέος εντέρου ή του αδενώματος. Παραδείγματος χάριν, οι Michels και συν (2000) απέτυχαν να βρουν μια επίδραση της πρόσληψης φρούτων και λαχανικών στον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου του ορθού και του παχέος εντέρου σε δύο μεγάλες ομάδες ανδρών και γυναικών που παρακολουθήθηκαν για παραπάνω από δεκαέξι χρόνια.

Επιπλέον, σε μια μελέτη παρέμβασης τετραετούς διάρκειας (Rock C.L., Jakob R.A., Bowen P.E., 1996) δεν παρατηρήθηκε καμία επίδραση μεταξύ της αύξησης στην κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και φυτικών ινών, και στη μείωση στην πρόσληψη του λίπους στην επανεμφάνιση αδενώματος του παχέος εντέρου, που είναι μια προδρομική σωματική κάκωση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Τα αποτελέσματα των μελετών που εξετάζουν τις σχέσεις της διατροφής και του καρκίνου είναι συχνά αντικρουόμενα. Αυτή τη στιγμή, εν τούτοις, υπάρχουν επαρκή δεδομένα για να γίνει αποδεκτό ότι η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών συνδέεται πιθανώς με ένα μειωμένο κίνδυνο για τον καρκίνο του ορθού και του παχέος εντέρου. Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μπορεί επίσης να έχει αντίκτυπο και στην πρόληψη για άλλους καρκίνους.

Διάφορες μελέτες έχουν υποδείξει μια αντίστροφη σχέση μεταξύ της κατανάλωσης φρούτων ή και λαχανικών και του καρκίνου του πνεύμονα (Rock C.L., Jakob R.A., Bowen P.E., 1996). Οι καπνιστές, εντούτοις, τείνουν να έχουν χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, κάτι το οποίο μπορεί να αντιπαρατεθεί με τα αποτελέσματα μελετών που υποδεικνύουν μια τέτοια συσχέτιση. Οι ενδείξεις ότι η υψηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μειώνει τον

κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού είναι μικρές συγκριτικά με αυτές για άλλα όργανα-στόχους ή περιοχές εκδήλωσης καρκίνου (Hammerlid E., Wirblad B., Sandin C., et al., 1998).

Οι μελέτες ποικίλλουν δεδομένου ότι κάποιες υποδεικνύουν ότι μόνο τα λαχανικά, μόνο τα φρούτα, ή συγκεκριμένες ομάδες λαχανικών ή φρούτων συσχετίζονται με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Παραδείγματος χάριν, υπάρχουν στοιχεία ότι τα σταυρανθούς λαχανικά (μπρόκολο, κουνουπίδι, λάχανο, λαχανάκια Βρυξελλών, κατσαρό λάχανο) μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο μερικών καρκίνων, και ότι η κατανάλωση της ντομάτας και των προϊόντων βασισμένων στη ντομάτα έχει συσχετιστεί αντιστρόφως με τον καρκίνο του πνεύμονα, του στομάχου και του προστάτη (Hammerlid E., Wirblad B., Sandin C., et al., 1998).

Οι Van' t Veer και συν (2003) υπολόγισαν ότι ένα ποσοστό των καρκίνων θα μπορούσε να προληφθεί εάν τα άτομα αύξαναν την ημερήσια κατανάλωση φρούτων και λαχανικών κατά 100γρ/ημ. Υπολόγισαν ότι η συχνότητα του καρκίνου θα μειωνόταν κατά 19%. Τα φρούτα και τα λαχανικά έχουν μια ποικιλία θρεπτικών συστατικών και φυτοχημικών που μπορεί να συμβάλει στην προστατευτική επίδραση τους. Αυτά συμπεριλαμβάνουν τις φυτικές ίνες, τις βιταμίνες όπως η βιταμίνη C, E και το φυλλικό οξύ, τα μεταλλικά στοιχεία όπως το σελήνιο, και τα φυτοχημικά όπως τα καροτενοειδή, τα φλοβονοειδή, οι ισοφλαβόνες, οι διθιολιονίνες, τα άλατα ισοθιοκυανιδίων, τα συστατικά του σκόρδου και του πράσου, η ινδολη-3-καρβινόλη, οι σαπωνίνες, οι φυτοστερόλες, η εξοφωσφορική ινοσιτόλη, και η D-λημονίνη.

Για πλήθος ετών, η β-καροτίνη θεωρούνταν ότι έχει αντικαρκινογόνο δράση. Παρόλα αυτά, αποτελέσματα τεσσάρων μελετών που πραγματοποιήθηκαν τη δεκαετία του '90, δε βρήκαν καμία ένδειξη ότι τα συμπληρώματα β-καροτίνης προλαμβάνουν τον καρκίνο (Norman J. T. & Kerri K. G, 2003).

Ορισμένοι συγχυτικοί παράγοντες που πρέπει να αναφερθούν είναι οι εξής:

1. Η ποικιλία του τρόπου ζωής είναι ένας παράγοντας που εάν δε ληφθεί υπόψη, μπορεί να οδηγήσει επιδημιολογικές έρευνες σε σφάλματα. Αυτό είναι ένα κοινό χαρακτηριστικό σε μελέτες με φρούτα και λαχανικά: μια υψηλή κατανάλωση αυτών των τροφίμων συνήθως σχετίζεται με έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Για παράδειγμα σε μια μελέτη (Nurses' Health Study, Michels KB, Giovannucci E, Joshipura KJ, et al., 2000), η υψηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών ήταν μέρος ενός διατροφικού προγράμματος που περιλάμβανε αυξημένη κατανάλωση οσπρίων, ψαριών και δημητριακών ολικής άλεσης, με ταυτόχρονο χαμηλό

ποσοστό καπνιστών. Γενικά πολλές μελέτες, δεν έχουν λάβει συστηματικά υπόψη παράγοντες όπως την ενεργειακή πρόσληψη, την κατανάλωση αλκοόλ, τη φυσική δραστηριότητα, το δείκτη μάζας σώματος και το κάπνισμα. Πιο πρόσφατες έρευνες πάντως, (μετά τα μέσα του '90) είναι ποιοτικά καλύτερες. (Fung TT, Willett WC, Stampfer MJ et al., 2001)

2. Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (SES) είναι ένας ακόμη παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει σε σφάλματα, καθώς ομάδες που ανήκουν σε υψηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα έχουν αντιστρόφως ανάλογη συσχέτιση με τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου (Norman J. T. & Kerri K. G, 2003). Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο μπορεί να υπολογιστεί με διάφορους τρόπους που περιλαμβάνουν την παιδεία, το μορφωτικό επίπεδο, την οικονομική κατάσταση, τον τόπο διαμονής και τον τύπο του επαγγέλματος. Παλαιότερες έρευνες δε λάμβαναν υπόψη τους το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, ενώ πιο πρόσφατες έρευνες συμπεριλαμβάνουν το μορφωτικό επίπεδο αλλά όχι και τα υπόλοιπα μέρη του SES.
3. Ένας επιπλέον παράγοντας που δε λαμβάνεται υπόψη, είναι η κατανάλωση δημητριακών ολικής άλεσης. Η μεγάλη κατανάλωση τέτοιου είδους τροφίμων έχει συσχετιστεί με τη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου κατά 1/3 (Norman J. T. & Kerri K. G, 2003).
4. Επιπρόσθετα, σπάνια συνυπολογίζεται η χρήση συμπληρωμάτων βιταμινών και μετάλλων. Αυτού του είδους τα συμπληρώματα περιέχουν θρεπτικά συστατικά τα οποία μπορεί να επιδρούν στην καρκινογένεση. Συγκεκριμένα, τα περισσότερα από αυτά περιέχουν φυλλικό οξύ, το οποίο φαίνεται να ασκεί προστατευτική δράση έναντι ορισμένων τύπων καρκίνου, όπως ο καρκίνος του παγκρέατος και του παχέος εντέρου (Norman J. T. & Kerri K. G, 2003).

Η αδυναμία συνυπολογισμού αυτών των παραγόντων, μπορεί να οδηγήσει στην υπερεκτίμηση της προστατευτικής δράσης των φρούτων και των λαχανικών απέναντι στον καρκίνο (Norman J. T. & Kerri K. G.,2003).

Ενώ υπάρχει ενδιαφέρον για το ρόλο των θρεπτικών ή των χημικών συστατικών των τροφίμων στην πρόληψη του καρκίνου, μπορεί τελικά η προστατευτική δράση τους να είναι

αποτελεσμα ενός συνδυασμού των θρεπτικών συστατικών διαφόρων τροφίμων, ή ορισμένων θρεπτικών συστατικών, που περιέχονται σε ένα συγκεκριμένο τρόφιμο (Ζαμπέλας Α., 2007).

Τα φρούτα και τα λαχανικά μπορούν να αλλάξουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μέσω των αντιοξειδωτικών ή αντιφλεγμονωδών επιδράσεών τους, ενισχύοντας το μεταβολισμό και την έκκριση των καρκινογόνων συστατικών, διαμορφώνοντας την λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και αλλάζοντας τα πολυάριθμα κυτταρικά συστήματα που καθορίζουν τελικά τους κυτταρικούς πληθυσμούς (Temple NJ. 1999). Η κατανάλωση ισοφλαβονών, οι οποίες προέρχονται κατά ένα μεγάλο μέρος από τα τρόφιμα σόγιας, μπορεί να έχει οιστρογενή ή μη οιστρογενή επίδραση (Van Duyn M.A., Pivonka E., 2000). Πολλές μελέτες έχουν εξετάσει το ρόλο της υψηλής κατανάλωσης τροφίμων σόγιας στον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, αλλά αυτές είχαν αντικρουόμενα αποτελέσματα επειδή η εμφάνιση του συγκεκριμένου τύπου καρκίνου δεν αποδείχθηκε να εξαρτάται αποκλειστικά από την κατανάλωση σόγιας αλλά από την αλληλεπίδραση της με άλλα συστατικά (Messina M.J. & Loriginzi C.L., 2001). Τέλος, η υψηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μπορεί επίσης να οδηγήσει σε χαμηλότερη πρόσληψη θερμίδων και λίπους, η οποία μπορεί επίσης να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου.

Η υψηλή κατανάλωση σιτηρών ολικής αλέσεως έχει συσχετιστεί με μειωμένο κίνδυνο διάφορων καρκίνων, συμπεριλαμβανομένων των καρκίνων του ορθού και του παχέος εντέρου, του γαστρεντερικού σωλήνα και του ενδομητρίου (Jakobs Jr., Marquart L., Slavin J., et al., 1998). Πολλά από τα ίδια συστατικά που βρίσκονται στα φρούτα και στα λαχανικά βρίσκονται επίσης στα σιτηρά ολικής αλέσεως, συμπεριλαμβανομένων των φυτικών ινών, του «ανθεκτικού αμύλου» (resistant starch), των βιταμινών, των μεταλλικών στοιχείων και των φυτοχημικών. Τα σιτηρά ολικής αλέσεως μπορούν να διαμορφώσουν την υγεία του εντέρου, να ενισχύσουν την ανοσολογική προστασία και να προσφέρουν αντιοξειδωτικές ουσίες. Επιπλέον, η κατανάλωση σιτηρών ολικής αλέσεως αλλάζει το γλυκαιμικό φορτίο, το οποίο έχει συσχετιστεί με τον κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου (Giovannucci E., 2001).

### **3.1.2 Φυτικές Ίνες**

Έχει υπάρξει ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την επίδραση των φυτικών ινών στον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μετά από τις πρόωρες παρατηρήσεις των χαμηλών ποσοστών καρκίνου του

παχέος εντέρου μεταξύ των πληθυσμών με υψηλή πρόσληψη φυτικών ινών (Walker A. R. & Burkitt D. P., 1976). Η σχέση μεταξύ της πρόσληψης φυτικών ινών και του καρκίνου του παχέος εντέρου έχει μελετηθεί εκτενώς από τότε. Έχει υποθεθεί ότι οι φυτικές ίνες επιδρούν προστατευτικά μέσω της δέσμευσης, της αραίωσης, ή του μειωμένου χρόνου διέλευσης των καρκινογόνων συστατικών καθώς μεταφέρονται μέσω του γαστρεντερικού σωλήνα. Μια πρόσθετη θεωρία είναι ότι η ζύμωση μερικών φυτικών ινών από τα βακτηρίδια αλλάζει το PH του παχέος εντέρου, καθώς επίσης και τη σύνδεση των λιπαρών οξέων βραχείας αλύσου στην περιοχή του παχέος εντέρου, η οποία μπορεί να επηρεάσει τον κυτταρικό πληθυσμό του βλεννογόνου. Πολλές επιδημιολογικές μελέτες, άλλα όχι όλες, έχουν υποστηρίξει ότι υπάρχει μια αντίστροφη σχέση μεταξύ της πρόσληψης φυτικών ινών και του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου (Lupton J. R., 2000). Παραδείγματος χάριν, οι ερευνητές μιας μεγάλης Προοπτικής Ευρωπαϊκής Έρευνας στον Τομέα της Μελέτης Καρκίνου και Διατροφής (EPIC) ανέφεραν ότι ο διπλασιασμός της πρόσληψης φυτικών ινών μείωσε τον κίνδυνο του καρκίνου του ορθού και του παχέος εντέρου κατά 40% σε έναν πληθυσμό με χαμηλή πρόσληψη φυτικών ινών (Bingham S. A., Day N. E., Luben R., et al., 2003). Τα αποτελέσματα μελετών όμως, μπορούν να ποικίλουν λόγω του διαφορετικού εύρους πρόσληψης φυτικών ινών, της διάρκειας της μελέτης ή των μεθόδων συλλογής δεδομένων για τη διατροφική κατανάλωση.

Είναι δύσκολο να διαχωριστούν οι επιδράσεις των φυτικών ινών από αυτές άλλων συστατικών των φρούτων, των λαχανικών και των σιτηρών ολικής αλέσεως. Είναι ενδεχομένως πιθανόν ότι η μείωση του κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου που αποδίδεται στις φυτικές ίνες να προκύπτει πραγματικά από τα θρεπτικά συστατικά ή τα φυτοχημικά στα τρόφιμα που περιέχουν φυτικές ίνες, ή ότι οι φυτικές ίνες σε συνδυασμό με τα συστατικά των τροφίμων είναι απαραίτητες για την προστασία του οργανισμού. Κατά συνέπεια, αυτή τη στιγμή είναι ασαφές εάν οι φυτικές ίνες, από μόνες τους, είναι προστατευτικές. Η κατανάλωση επαρκούς ποσότητας φυτικών ινών ως συστατικά των φρούτων, των λαχανικών και των σιτηρών ολικής αλέσεως εντούτοις συστήνεται, παρόλο που οι μελέτες που εξετάζουν αυτή την σχέση συνεχίζονται (Terry P, Giovannucci E, Michels KB, et al., 2001).

### 3.1.3 Φυλλικό οξύ

Τα φρούτα και τα λαχανικά είναι καλές πηγές φυλλικού οξέος, το οποίο είναι απαραίτητο για την κανονική μεθυλίωση, τη σύνθεση και την επισκευή του DNA. Η πρόσληψη φυλλικού οξέος έχει συσχετιστεί αντιστρόφως ανάλογα με τον κίνδυνο εμφάνισης αδενώματος του παχέος εντέρου και του καρκίνου του παχέος εντέρου σε διάφορες επιδημιολογικές μελέτες, με πολλές να δείχνουν ότι η χαμηλή πρόσληψη φυλλικού οξέος αυξάνει αυτόν τον κίνδυνο. (Rohan TE, Jain M.G, Howe G.R, et al, 2000)

Μια μεγάλη προοπτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Giovannucci και συν. (2002) παρουσίασε μια μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου σε γυναίκες με πρόσληψη φυλλικού οξέος μεγαλύτερη από 400 μg ανά ημέρα από συμπληρώματα διατροφής και πολυβιταμινούχα σκευάσματα συγκριτικά με εκείνες με πρόσληψη μικρότερη ή ισόποση με 200 μg φυλλικού οξέος την ημέρα.

Ο υψηλός κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού έχει συνδεθεί επίσης με την ανεπάρκεια φυλλικού οξέος (Byers T., Nestle M., McTiernan A. Et al., 2002).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι αλληλεπιδράσεις φυλλικού οξέος και οιοπνεύματος μπορούν να διαφοροποιήσουν την συχνότητα εμφάνισης καρκίνου (Giovannucci E., 2002).

Επίσης, εικάζεται ότι το φυλλικό οξύ έχει προστατευτική δράση και απέναντι στον καρκίνο του μαστού κυρίως σε γυναίκες που καταναλώνουν αλκοόλ σε μεγάλο βαθμό. Το φυλλικό οξύ ίσως είναι το συστατικό εκείνο που εξηγεί για ποιο λόγο τα φρούτα, τα λαχανικά και τα δημητριακά ολικής άλεσης έχουν προστατευτική δράση απέναντι στον καρκίνο (Norman J. T. & Kerri K. G., 2003).

### 3.1.4 Υπερβάλλον Βάρος, Παχυσαρκία και Ενεργειακό ισοζύγιο

Είναι γνωστό εδώ και πολύ καιρό ότι ο ενεργειακός περιορισμός μειώνει την ανάπτυξη όγκων στα τρωκτικά (Hursting S. D., Lavigne J. A., Berrigan D., Perkins S. N, Barrett J. C., 2003). Δεδομένου ότι η θερμιδική πρόσληψη επηρεάζεται από το επίπεδο δραστηριότητας, είναι δύσκολο να συσχετιστεί μόνο η ενεργειακή πρόσληψη με τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου.

Αντίθετα, ο ρυθμός ανάπτυξης και το σωματικό βάρος χρησιμοποιούνται για να αξιολογήσουν το ενεργειακό ισοζύγιο. Το υπερβάλλον βάρος και η παχυσαρκία αυξάνουν τον

κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του οισοφάγου, του μαστού (σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες), του παχέος εντέρου, του ενδομητρίου και του νεφρού (Trentham – Dietz A., Newcomb P. A., Egan K. M., et al., 2000). Επιπλέον, η κατανομή του σωματικού λίπους μπορεί να έχει αντίκτυπο στον κίνδυνο εμφάνισης μερικών καρκίνων.

Η κεντρική παχυσαρκία, που αξιολογείται με τη αναλογία περιφέρειας μέσης προς περιφέρεια ισχίων ή με την περιφέρεια μέσης, έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού και του παχέος εντέρου (Conolly B. S., Barnett C., Vogt K. N., Li T., Stone J., Boyd N. F., 2002; Morimoto L. M., White E., Chen Z. Et al., 2002).

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες μπορεί επίσης να αυξηθεί από την αύξηση του σωματικού βάρους κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής (Morimoto L. M., White E., Chen Z. Et al., 2002).

Επιπλέον, το ύψος στην ενήλικη ζωή, που μπορεί να απεικονίσει την ενεργειακή κατανάλωση, και ο ρυθμός ανάπτυξης σε νεαρή ηλικία, έχουν επίσης συσχετιστεί θετικά με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού (van den Brandt P. A., Spiegelman D, Yaun S. S. Et al., 2000).

Η παχυσαρκία μπορεί να έχει αντίκτυπο στον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μέσω διάφορων μηχανισμών. Η παχυσαρκία μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα των οιστρογόνων σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, που έχουν συνήθως χαμηλά επίπεδα, αυξάνοντας κατά συνέπεια τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Τα οιστρογόνα συντίθενται στο λιπώδη ιστό και οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που είναι παχύσαρκες έχουν υψηλότερα επίπεδα ενδογενών οιστρογόνων συγκριτικά με τις γυναίκες φυσιολογικού βάρους (van den Brandt P. A., Spiegelman D, Yaun S. S. Et al., 2000). Τα υψηλότερα επίπεδα οιστρογόνων μπορούν να προωθήσουν την αύξηση όγκων στους ιστούς του μαστού και του ενδομητρίου. Η υπερβολική πρόσληψη ενέργειας, ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος και η κεντρική παχυσαρκία αλλάζουν επίσης την έκκριση της ινσουλίνης και των παρόμοιων με τη δράση της ινσουλίνης παραγόντων αύξησης, τα οποία θα μπορούσαν να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου.

Σε μια έρευνα που έγινε σε προ-εμμηνοπαυσιακές και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες σχετικά με την παχυσαρκία και τον καρκίνο του μαστού, αναφέρεται ότι η κατασκευή μιας γυναίκας, ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού και η πρόγνωσή του φαίνονται να συσχετίζονται. Στις περισσότερες αλλά όχι σε όλες τις έρευνες, μια αντίστροφη σχέση έχει βρεθεί μεταξύ του βάρους και του καρκίνου του μαστού μεταξύ των προ-εμμηνοπαυσιακών γυναικών. Εντούτοις,

οι περισσότερες μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι υπέρβαρες ή παχύσαρκες γυναίκες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν/εμφανίσουν μετεμμηνοπαυσιακό καρκίνο του μαστού. Πιστεύεται ότι ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος (BMI) συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με τον καρκίνο του μαστού από άποψη του μεγέθους των όγκων αλλά οι πληροφορίες για τη θέση των λεμφαδένων δεν επαληθεύουν κάτι τέτοιο. (Carmichael A. R. & Bates T., 2003).

Όλες οι μορφές θεραπείας για τον καρκίνο του μαστού όπως η χειρουργική επέμβαση, η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία και η ορμονική θεραπεία μπορούν να επηρεαστούν αρνητικά από την παρουσία παχυσαρκίας. Η επιβίωση γενικά, δυσχαιρένεται σε παχύσαρκες προ - και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με καρκίνο του μαστού (Carmichael A. R. & Bates T., 2003).

Η παχυσαρκία που θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μια μάστιγα του αναπτυσσόμενου κόσμου, έχει φθάσει σε ενδημικές αναλογίες και η επικράτησή της συνεχίζει να αυξάνεται, ιδιαίτερα στις εύπορες χώρες της Ευρώπης και των Ηνωμένων Πολιτειών. Στην Ευρώπη, υπολογίζεται ότι 10–20% όλων των ανδρών και 15–25% όλων των γυναικών είναι παχύσαρκοι (Prentice A, Jebb S.A., 1995). Επιδημιολογικές έρευνες στην Αγγλία, δείχνουν ότι η επικράτηση της παχυσαρκίας έχει σχεδόν τριπλασιαστεί μεταξύ 1980 και 1998, από 6% σε 17% στους άνδρες και από 8% σε 21% στις γυναίκες μεταξύ 16 και 64 ετών. Αυτή η αύξηση της παχυσαρκίας εμφανίζεται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και με τόσο γρήγορους ρυθμούς που πολλοί εικάζουν ότι είναι πιο πιθανό να ευθύνονται περιβαλλοντικοί παράγοντες γι' αυτό, παρά μια γενετική αιτία. Παράδοξα, έχει υπάρξει μια μείωση της τάξης των 20% στην κατανάλωση θερμίδων από το 1970, η οποία μπορεί εν μέρει να εξηγηθεί από μια μείωση των δαπανώμενων θερμίδων (λόγω μειωμένης σωματικής δραστηριότητας) (Carmichael A. R. & Bates T., 2003).

Ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) (βάρος σε κιλά/ύψος σε μέτρα<sup>2</sup>) ή ο τύπος παχυσαρκίας ανάλογα με το αν είναι κεντρική ή περιφερειακή η κατανομή του λίπους, είναι δύο ευρέως χρησιμοποιημένες τεχνικές οι οποίες μπορούν να αξιολογήσουν το βαθμό παχυσαρκίας. Η κεντρική παχυσαρκία ορίζεται ως μια αναλογία μέσης προς ισχίων (WHR) ίση με ή μεγαλύτερη από 0,95 στους άνδρες και 0,80 στις γυναίκες (Carmichael A. R. & Bates T., 2003). Η κατανομή του λίπους συσχετίζεται με προβλήματα υγείας που συνδέονται με την παχυσαρκία, π.χ. οι στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις είναι πιο κοινές σε ασθενείς με κεντρική παχυσαρκία. Το πάχος των δερματικών πτυχών στον κορμό και στα άκρα, η τομογραφία και η μαγνητική



απεικόνιση έχουν χρησιμοποιηθεί για να μετρήσουν το βαθμό και τον τύπο παχυσαρκίας (Carmichael A. R. & Bates T., 2003).

Στις περισσότερες μελέτες ομάδων, έχει βρεθεί μια αντίστροφη σχέση μεταξύ του βάρους και του καρκίνου του μαστού σε προ-εμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Μια μετανάλυση έφτασε στο συμπέρασμα ότι στις προ-εμμηνόπαυσιακές γυναίκες υπάρχει μια σημαντική τάση για έναν μειωμένο σχετικό κίνδυνο (RR) για τον καρκίνο του μαστού σε συνδυασμό με την αύξηση BMI. Η εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε αδύνατες, νέες γυναίκες φαίνεται να είναι συχνότερη σε εκείνες μικρότερης ηλικίας ( $\leq 35$  έτη) και συμπίπτει με τα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του μαστού στη χώρα διαμονής και με τα ποσοστά του βάρους κατά την διάρκεια της διάγνωσης. (Carmichael A. R. & Bates T., 2003).

Σε ορισμένες επιδημιολογικές μελέτες, η εμφάνιση του καρκίνου του μαστού σε αδύνατες γυναίκες στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα περιορίζεται σε όγκους που είναι μικρότεροι από 2,0 εκατ. σε διάμετρο, δεν συνδέονται με μεταστάσεις στους λεμφαδένες, και διαφοροποιούνται. Αυτά τα συμπεράσματα δείχνουν ότι ο υπερβολικός κίνδυνος καρκίνου του μαστού στις αδύνατες προ-εμμηνόπαυσιακές γυναίκες μπορεί να οδηγήσει τουλάχιστον εν μέρει στην πιο έγκαιρη διάγνωση των λιγότερο επιθετικών όγκων (Carmichael A. R. & Bates T., 2003).

Επιπλέον, ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος (BMI) σχετίζεται με αυξανόμενο κίνδυνο φλεγμονώδους καρκίνου του μαστού (Inflammatory breast cancer: IBC), ο οποίος είναι η πιο θανατηφόρα μορφή καρκίνου του μαστού τόσο στις προ-εμμηνόπαυσιακές όσο και στις μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Σε μια μελέτη 68 γυναικών με IBC (Inflammatory breast cancer) που αντιμετωπίστηκε στο ιατρικό τμήμα (Medical Department) Anderson, οι γυναίκες με το υψηλότερο BMI ( $BMI > 26.65 \text{ kg/m}^2$ ) συγκριτικά με εκείνες που είχαν το χαμηλότερο ( $BMI < 22.27 \text{ kg/m}^2$ ), είχαν έναν σημαντικά αυξανόμενο κίνδυνο εμφάνισης IBC (Inflammatory breast cancer) (Carmichael A. R. & Bates T., 2003). Μια βασισμένη στον πληθυσμό μελέτη (Wenten M, Gilliland FD, Baumgartner K, et al, 2002) ελέγχου που πραγματοποιήθηκε στο Μεξικό με ισπανικής ( $n = 694$ ) και μη - ισπανικής καταγωγής ( $n = 813$ ) λευκές γυναίκες, διαπίστωσε ότι η αλλαγή του σωματικού βάρους από την ηλικία των 18 ετών έως το σύνηθες ενήλικο βάρος, συνδέεται με τον αυξανόμενο κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Ο αυξανόμενος κίνδυνος από την αύξηση του βάρους περιορίστηκε κατά ένα μεγάλο μέρος στις γυναίκες που ήταν αδύνατες στην ηλικία των 18. Κάποια στοιχεία υποδεικνύουν ότι η αύξηση του βάρους

στην ενήλικη ζωή και η κεντρική παχυσαρκία αυξάνουν τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού σε προ-εμμηνόπαυσιακές γυναίκες. (Carmichael A. R. & Bates T., 2003).

Μια μελέτη (Schapira DV, Kumar NB, Lyman GH, Cox CE. Abdominal obesity and breast cancer risk. *Ann Intern Med* 1990;112(3):182-6) 216 προ - και μετεμμηνόπαυσιακών γυναικών με διηθητικό καρκίνωμα στήθους (invasive), έδειξε ότι η αναλογία/ποσοστό κινδύνου (RR) του καρκίνου του μαστού αυξάνεται με την αύξηση του βάρους (Schapira DV, Kumar NB, Lyman GH et al, 1990).

Οι περισσότερες μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι υπέρβαρες ή παχύσαρκες γυναίκες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν μετεμμηνόπαυσιακό καρκίνο του μαστού. Στην ανάλυση των στοιχείων από επτά μελέτες ομάδων με 337.819 γυναίκες με καρκίνο του μαστού και 4385 περιστατικά με διηθητικό καρκίνωμα στήθους (invasive), η αναλογία/ποσοστό κινδύνου (RR) της ανάπτυξης του μετεμμηνόπαυσιακού καρκίνου του μαστού βρέθηκε να είναι 1,26 (95% CI: 1,09, 1.46) σε γυναίκες με BMI  $\geq$  28 kg/m<sup>2</sup> (Carmichael A. R. & Bates T., 2003).

Η αύξηση του βάρους στην ενήλικη ζωή είναι ένας καθιερωμένος παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού στις μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Σε μια μελέτη – ελέγχου που διεξήχθη στον πληθυσμό της Σουηδίας (La Guardia M, Giammanco M. Breast cancer and obesity. *Panminerva Med* 2001;43(2):123-33), η οποία συμπεριέλαβε 3345 (84% του πληθυσμού της έρευνας) γυναίκες ηλικίας 50–74 ετών με διηθητικό καρκίνο του μαστού, και 3454 (82% επιλεγμένα άτομα - ομάδα ελέγχου) παρόμοιας ηλικίας γυναίκες οι οποίες είχαν βάσει  $\geq$ 30 κιλά από την ηλικία των 18 είχαν μια στατιστική πιθανότητα ίση με 2,04 (95% CI: 1.20–3.48) να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού έναντι εκείνων που είχαν διατηρήσει το βάρος τους αμετάβλητο. Η επίδραση της πρόσληψης βάρους ήταν σαφής σε εκείνα τα άτομα που δεν ακολουθούσαν θεραπεία ορμονικής αποκατάστασης αλλά δεν ίσχυε το ίδιο και για τα άτομα που ακολουθούσαν τέτοιου είδους θεραπεία. (La Guardia M, Giammanco M., 2001).

Ο ακριβής μηχανισμός για αυτόν τον αυξανόμενο κίνδυνο καρκίνου του μαστού στις παχύσαρκες γυναίκες δεν μπορεί να κατανοηθεί πλήρως αλλά θεωρείται πως είναι ένα αποτέλεσμα της έκθεσης στα οιστρογόνα καθ' όλη τη διάρκεια ζωής, δεδομένου ότι το περιβάλλον των οιστρογόνων παίζει σημαντικό ρόλο στην έναρξη και την πρόοδο των τραυμάτων καρκίνου του μαστού. Τα οιστρογόνα και ίσως, η προγεστερόνη, έχουν επιπτώσεις στο ποσοστό της κυτταρικής διαίρεσης που προκαλεί τον πολλαπλασιασμό των επιθηλιακών

κυττάρων του στήθους. Αυτά τα κύτταρα είναι επιρρεπή σε γενετικά λάθη κατά τη διάρκεια της απάντησης (replication) του DNA, τα οποία εάν δε διορθωθούν, μπορεί τελικά να οδηγήσουν στον κακοήγη φαινότυπο (Carmichael A. R. & Bates T., 2003).

Η παχυσαρκία συνδέεται με χαμηλά επίπεδα σφαιρινών (SHBG), οι οποίες αυξάνουν τη βιολογική διαθεσιμότητα των οιστρογόνων στις μετεμμηνοπαυσιακές παχύσαρκες γυναίκες. Επιπλέον, η αντίσταση στην ινσουλίνη είναι κοινή στις παχύσαρκες γυναίκες και συνδέεται με υπερινσουλιναιμία. Η ινσουλίνη μπορεί να υποκινήσει το μαστικό επιθήλιο *in vitro* μέσω των αποτελεσμάτων του IGF 1 που έχει μια συνεργαστική επίδραση με τα οιστρογόνα στην προώθηση της μαστικής καρκινογένεσης (Carmichael A. R. & Bates T., 2003).

Μια εναλλακτική υπόθεση εικάζει ότι η παχυσαρκία συνδέεται με την εμμηναρχή σε νεαρή ηλικία, με την καθυστερημένη ηλικία εμμηνόπαυσης και τη στειρότητα, η οποία μεγιστοποιεί τον αριθμό των ωορρηξιών, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η έκθεση του μαστικού επιθηλίου στα οιστρογόνα, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού (Carmichael A. R. & Bates T., 2003).

Μια έρευνα διαγνωσθέντων περιπτώσεων καρκίνου του μαστού ( $n = 966$ ) που διεξήχθη στη Βαλτιμόρη από το 1991 ως το 1997 διαπίστωσε ότι γυναίκες που ήταν υπέρβαρες ή παχύσαρκες ( $BMI \geq 27.3$ ), είχαν περισσότερες πιθανότητες να βρίσκονται σε ένα προχωρημένο στάδιο (περισσότερο από 2 εκατοστά σε διάμετρο) καρκίνου σε σύγκριση με τις γυναίκες με  $BMI < 27,3 \text{ kg/m}^2$ . Η σχέση μεταξύ του BMI και του σταδίου του καρκίνου που διαγνώστηκε ήταν ισχυρότερη στις γυναίκες με ηλικία μικρότερη των 50 ετών (Cui Y, Whiteman MK, Flaws JA, et al. Body mass and stage of breast cancer at diagnosis. *Int J Cancer* 2002;98(2):279-83).

Οι περισσότερες μελέτες έχουν βρει μια θετική συσχέτιση μεταξύ του μεγέθους των όγκων και της παχυσαρκίας αλλά τα στοιχεία που αφορούν τη θέση των λεμφαδένων δεν είναι τόσο επαρκή. Μια μελέτη 176 ασθενών με καρκίνο στήθους έδειξε μια ανεξάρτητη συσχέτιση μεταξύ της μετάστασης, της αρχικής αναλογίας (M/P) και της παχυσαρκίας ( $P = 0.0002$ ), και υπέθεσε ότι η παχυσαρκία συνδέεται με πρόωρες μασχαλιαίες μεταστάσεις και με την ταχεία ανάπτυξη αυτών (Daniell HW, Tam E, Filice A. Larger axillary metastases in obese women and smokers with breast cancer - an influence by host factors on early tumor behavior. *Breast Cancer Res Treat* 1993;25(3):193-201). Αυτή η υπόθεση υποστηρίζεται από μια μελέτη 248 γυναικών με καρκίνο του στήθους η οποία κατέδειξε ότι οι παχύσαρκες, μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες (σε αντίθεση με τις πιο αδύνατες) τείνουν να έχουν μεγαλύτερη συμμετοχή μασχαλιαίων όζων

(axillary node) ( $P = 0,001$ ) (Schapira D.V., Kumar N.B., Lyman G.H., et al. Obesity and body fat distribution and breast cancer prognosis. *Cancer* 1991;67(2):523-8).

Επίσης, η παχυσαρκία είναι ένας στατιστικά σημαντικός παράγοντας για την καθυστέρηση της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Οι παχύσαρκες γυναίκες έχουν διπλάσιες πιθανότητες να καθυστερήσουν να επισκεφτούν έναν επαγγελματία υγείας (περισσότερο από 3 μήνες από την εμφάνιση των συμπτωμάτων). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι παχύσαρκες γυναίκες συνήθως έχουν μεγαλύτερα στήθη, και ένα μαστικό ογκίδιο μπορεί να είναι ελάχιστα εμφανές ώστε να τραβήξει την προσοχή τους. Επιπρόσθετα, ένας δεύτερος παράγοντας καθυστέρησης της διάγνωσης καρκίνου του μαστού είναι η αυξανόμενη υπεροχή της παχυσαρκίας στις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις (Carmichael A. R. & Bates T., 2003).

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει τη χειρουργική επέμβαση, την ακτινοθεραπεία, τη χημειοθεραπεία και την θεραπεία ορμονικής αποκατάστασης. Όλες αυτές οι μορφές θεραπείας μπορούν να επηρεαστούν αρνητικά από την παρουσία παχυσαρκίας (Carmichael A. R. & Bates T., 2003).

Ένας  $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$  είναι ένας ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για τον κίνδυνο χειρουργικής μόλυνσης σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Η μασχαλιαία χειρουργική επέμβαση είναι μεγάλη πρόκληση στις παχύσαρκες γυναίκες και θεωρείται ότι συνδέεται με μια αυξανόμενη επίπτωση λυμφοιδήματος, ειδικά εάν η χειρουργική επέμβαση ακολουθηθεί από μόλυνση. Η μασχαλιαία χειρουργική επέμβαση σε παχύσαρκους ασθενείς συνδέεται με αυξημένες πιθανότητες μακροπρόθεσμων επιπλοκών, οι οποίες περιλαμβάνουν το λυμφοίδημα, τη μείωση της κινητικότητας των ώμων και βραχιόνιο plexopathy (δηλαδή πόνο, μειωμένη κίνηση, ή μειωμένη αίσθηση στο βραχίονα και τον ώμο λόγω προβλημάτων των νεύρων) (Carmichael A. R. & Bates T., 2003).

Υπάρχει σαφής ένδειξη ότι τα μεγάλα στήθη που είναι κοινά στις παχύσαρκες γυναίκες συνδέονται με τεχνικές δυσκολίες στην παροχή μιας επαρκούς θεραπείας για το σύνολο του στήθους. Κάποιοι ερευνητές έχουν προτείνει τη χρήση πολύ επιθετικών χειρουργικών τεχνικών (π.χ. η μείωση στήθους με πλαστική) στις παχύσαρκες γυναίκες, για να επιτύχουν τη μέγιστη ογκολογική θεραπεία. Τέλος, η συχνότητα των επιπλοκών που σχετίζονται με την ακτινοθεραπεία είναι υψηλότερη στους παχύσαρκους ασθενείς (Carmichael A. R. & Bates T., 2003).

Η χημειοθεραπεία έχει συνδεθεί με αμηνόρροια στις παχύσαρκες γυναίκες. Στους παχύσαρκους ασθενείς θα μπορούσε να δοθεί μια χαμηλότερη δόση χημειοθεραπείας προκειμένου να αποφευχθεί η τοξικότητα, η οποία θα οδηγούσε σε ανεπαρκή πρόγνωση (Carmichael A. R. & Bates T., 2003).

Η συστηματική σωματική δραστηριότητα έχει συσχετιστεί με μειωμένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού (McTiernan A., Kooperberg C., White E. Et al., 2003). Η σωματική δραστηριότητα μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο μέσα από έναν αριθμό διαφορετικών μηχανισμών (Westerlind K. C., 2003). Η σωματική δραστηριότητα που επηρεάζει το ενεργειακό ισοζύγιο, βοηθά τα άτομα να διατηρήσουν ένα υγιές σωματικό βάρος. Η σωματική δραστηριότητα μπορεί επίσης να μεταβάλλει τα επίπεδα των στεροειδών ορμονών, να μειώσει τα επίπεδα της ινσουλίνης και τα επίπεδα των παρόμοιων με τη δράση της ινσουλίνης αυξητικών παραγόντων, να μεταβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα, ή να αυξήσει την κινητικότητα του εντέρου, η οποία θα μείωνε την έκθεση του παχέος εντέρου και του μαστού σε καρκινογόνες ουσίες (Westerlind K. C., 2003). Η συστηματική σωματική δραστηριότητα έχει συστηθεί για να μειώσει τον κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου και του μαστού (Byers T., Nestle M., McTiernan A. et al., 2002).

### **3.1.5 Κατανάλωση Κρέατος και Λίπους**

Οι οικολογικές μελέτες έχουν προτείνει ότι οι πληθυσμοί με υψηλή κατανάλωση λίπους έχουν αυξανόμενο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, του παχέος εντέρου και του προστάτη. Εντούτοις, τα αποτελέσματα από μελέτες ασθενών-μαρτύρων και από προοπτικές μελέτες, που έχουν εξετάσει τη σχέση διατροφικού λίπους και καρκίνου, είναι αντικρουόμενα. Οι μεγάλες προοπτικές μελέτες συνοχής (cohort) δεν έχουν επιβεβαιώσει κάποια σχέση μεταξύ της ολικής πρόσληψης λίπους από τη διατροφή και του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Αυτό έγινε όλο και περισσότερο εμφανές όταν ελέγχθηκαν συγχετικοί παράγοντες όπως η ενεργειακή πρόσληψη (Ζαμπέλας Α., 2007).

Παρόλο που τα επιδημιολογικά στοιχεία είναι ισχυρότερα για τη συσχέτιση μεταξύ της υψηλής κατανάλωσης λίπους από τη διατροφή και του αυξημένου κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου, τα στοιχεία αυτά είναι εξίσου αντικρουόμενα (Byers T., Nestle M., McTiernan A. et al., 2002).

Η σχέση μεταξύ του λίπους από τη διατροφή και του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου μπορεί να εξαρτηθεί από τον τύπο του λίπους που καταναλώνεται (Byers T., Nestle M., McTiernan A. et al., 2002). Οι επιδράσεις του κορεσμένου λίπους στον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μπορεί να διαφέρουν από εκείνες των ακόρεστων λιπαρών οξέων. Επιπλέον, υπάρχει ενδιαφέρον για το εάν τα ω-3 λιπαρά οξέα έχουν τη δυνατότητα να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου. Η πηγή του διατροφικού λίπους μπορεί επίσης να είναι σημαντική. Παραδείγματος χάριν, η υψηλή κατανάλωση ζωικού λίπους έχει συσχετιστεί με έναν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του προστάτη, ενώ το φυτικό λίπος δεν έχει μια τέτοια επίδραση. (Byers T., Nestle M., McTiernan A. et al., 2002)

Υπάρχουν πολλά δεδομένα που υποστηρίζουν έντονα την υπόθεση ότι το διατροφικό λίπος, ανεξάρτητα από τη θερμιδική πρόσληψη, εμφανίζεται να έχει μια σημαντική επίδραση στα ποσοστά εμφάνισης και θνησιμότητας από καρκίνο. Ακόμη, τα αποτελέσματα ερευνών αδιαμφισβήτητα συνδέουν την καρκινογένεση με την πρόσληψη λίπους. Υπάρχουν ισχυρά στοιχεία ότι συγκεκριμένα λιπαρά οξέα έχουν επιπτώσεις στην ανθρώπινη καρκινογένεση. Αυτός ο συσχετισμός παρουσιάστηκε αρχικά στην εργασία του Tannenbaum στη δεκαετία του '50, η οποία κατέδειξε ότι τα διαιτητικά λίπη που δόθηκαν σε ζώα, μπορούσαν να ενισχύσουν σημαντικά την αύξηση όγκων. Ερευνητές τεκμηρίωσαν ότι το λινολεϊκό οξύ ενίσχυσε τη μετάσταση όγκων όταν εγχύθηκαν ανθρώπινα καρκινικά κύτταρα μαστού σε ιστό μαστού ποντικών, ενώ αντίθετα, τα ω-3 λιπαρά οξέα προκάλεσαν κάποια παρεμπόδιση. (Wynder E. L., Cohen L. A. & Winders B. L., 1997).

Υπάρχουν τεράστιες διαφορές στην εμφάνιση και τη θνησιμότητα καρκίνου του μαστού μεταξύ των Ηνωμένων Πολιτειών και της Ιαπωνίας που μπορούν να εξηγηθούν μόνο από άλλες διαφορές ίσου μεγέθους όπως είναι η διατροφή. Η υπόθεση ότι το χαμηλό ποσοστό θνησιμότητας μεταξύ των Γιαπωνέζων και των Κινέζων μπορεί να έχει μια γενετική βάση, αμφισβητείται από την τάση για την εμφάνιση των περισσότερων καρκίνων μεταξύ των Ασιατών μεταναστών στις Ηνωμένες Πολιτείες. Μια άλλη σημαντική πτυχή των οικολογικών στοιχείων αφορά το σχετικά χαμηλό ποσοστό καρκίνων τέτοιων όπως του στήθους, του προστάτη, και του παχέος εντέρου στις νότιες χώρες, ειδικότερα στην Ελλάδα, στην Ισπανία και στη νότια Ιταλία. Αυτά τα χαμηλά ποσοστά επίπτωσης στους πληθυσμούς που έχουν μια σχετικά υψηλή πρόσληψη ελαιολάδου, προτείνει, σε συνδυασμό, με τα ζωικά πειράματα, ότι το

ελαιόλαδο έχει μια ουδέτερη επίδραση, στην ανάπτυξη του καρκίνου στους ανθρώπους. (Wynder E. L., Cohen L. A. & Winders B. L., 1997).

**Πίνακας 2: Ρυθμοί θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού και συνολικής πρόσληψης λίπους για δέκα χώρες από το 1964 συγκρινόμενες με τα δεδομένα του 1978-1979**

<i>Χώρα</i>	<i>Ποσοστό θνησιμότητας ανά 100.000</i>		<i>Αναλογία ποσοστού θνησιμότητας 1978/1964</i>	<i>Αναλογία συνολικής πρόσληψης λίπους 1978/1964</i>
	1964	1978		
<b>Ιαπωνία</b>	3,8	5,2	1,37	2,00
<b>Ελλάδα</b>	7,5	14,3	1,91	1,50
<b>Ισπανία</b>	7,5	14,0	1,90	1,30
<b>Πολωνία</b>	10,3	14,0	1,36	1,31
<b>Πορτογαλία</b>	12,6	14,5	1,15	1,42
<b>Φινλανδία</b>	3,5	14,9	1,10	1,07
<b>Ιταλία</b>	15,7	18,5	1,18	1,67
<b>Νορβηγία</b>	16,9	19,1	1,13	1,14
<b>Αυστρία</b>	17,1	18,7	1,10	1,43
<b>Ηνωμένο Βασίλειο</b>	24,4	27,7	1,14	1,00

*Πηγή: Wynder E. L., Cohen L. A. & Winders B. L. (1997) The challenges of assessing fat intake in cancer research investigations. J Am Diet Assoc. 97(suppl): S5-S8.*

Υπάρχουν κάποια στοιχεία ότι η υψηλή κατανάλωση κρέατος ή και επεξεργασμένου κρέατος μπορεί να συσχετιστεί με τον αυξημένο κίνδυνο της εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου και του προστάτη. Οι μηχανισμοί για αυτήν τη σχέση δεν έχουν αποσαφηνιστεί ακόμα. Η περιεκτικότητα της διαίτας σε λίπος ή η αλληλεπίδραση του λίπους, της πρωτεΐνης και των θερμίδων από το κρέας μπορεί να συσχετιστεί με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Υπάρχει επίσης ενδιαφέρον για το κατά πόσο οι ετεροκυκλικές αμίνες, που βρίσκονται στο κρέας που μα-

γυριεύεται σε υψηλές θερμοκρασίες, διαδραματίζουν έναν ρόλο στην ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου στους ανθρώπους (Tiemersma EW, Voskuil DW, Bunschoten A. et al., 2004).

### **3.1.6 Αλκοόλ**

Υπάρχει μια υπεροχή των στοιχείων που δείχνουν ότι η υψηλή κατανάλωση οινοπνευματωδών αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου, και του ήπατος (Terry M. B., Zhang F. F., Kabat G., et al., 2006). Ο συνδυασμός του καπνίσματος με την κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει περαιτέρω τον κίνδυνο καρκίνου της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα και του οισοφάγου.

Πρόσφατες μελέτες έχουν υποδείξει ότι το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού και εξαρτάται από τη δόση κατανάλωσης, ενώ αυτά τα συμπεράσματα έχουν υποδειχτεί ακόμη και με μέτρια επίπεδα κατανάλωσης. Συγκεκριμένα, μια κατανάλωση 15-30 γρ./ημέρα συνδέεται με μια αύξηση 35% του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού (Terry M. B., Zhang F. F., Kabat G., et al, 2006).

Η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τα επίπεδα των οιστρογόνων που μπορούν να συμβάλουν στον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού (Smith-Warner S. A., Spiegelman D. Yaun S. S. et al., 1998).

Επιπρόσθετα, το αλκοόλ μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για μερικούς καρκίνους μεταβάλλοντας το μεταβολισμό του φυλλικού οξέος και τα επίπεδά του στο σώμα (Jiang R., Hu F. B., Giovannucci E. L. et al., 2003).

Γενικά συνιστάται στα άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ, να μην υπερβαίνουν την κατανάλωση περισσότερων από δύο ποτά την ημέρα, και μερικές οργανώσεις προσθέτουν τη σύσταση ότι οι γυναίκες δεν πρέπει να καταναλώνουν περισσότερο από ένα ποτό την ημέρα (Byers T., Nestle M., McTiernan A. et al., 2002).



### 3.2 Μελέτες Παρέμβασης

Σε μια επιδημιολογική μελέτη στον πληθυσμό της Αμερικής (Harnack L., Block G., Subar A., et al, 1998, Cancer Prevention-Related Nutrition Knowledge, Beliefs and Attitudes of U.S. Adults: 1992 NHIS Cancer Epidemiology Supplement, Journal of Nutrition Education 30(3)131-138) παρατηρήθηκε εντυπωσιακή αύξηση της αντίληψης ότι η διατροφή έχει ισχυρή επίδραση στον μηχανισμό της καρκινογένεσης. Σύμφωνα με την έρευνα, το έτος 1987 μόνο το 6% του πληθυσμού που συμμετείχε πίστευε ότι η διατροφή έχει κάποια επίδραση στην ανάπτυξη της ασθένειας. Με την πάροδο του χρόνου (μέχρι το 1992) εμφανίστηκε μια μικρή αύξηση στην αντίληψη αυτή που άγγιζε το 10% του πληθυσμού (Harnack L., Block G., Subar A., et al, 1998).

Ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού (6%) πίστευε πως πέντε ή περισσότερες μερίδες φρούτων και λαχανικών ημερησίως απαιτούνται για την πρόληψη της εμφάνισης του καρκίνου (Krebs-Smith S., Heimendinger J., Patterson B., 1995).

Τα τελευταία χρόνια παρόλο που οι γνώσεις σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου έχουν αυξηθεί, λίγοι είναι αυτοί που σύμφωνα με την συγκεκριμένη έρευνα, ξέρουν ποια τρόφιμα περιέχουν λίπος και φυτικές ίνες (Harnack L., Block G., Subar A., et al, 1998).

Οι διαφορές στις γνώσεις και τις αντιλήψεις σχετικά με την διατροφή οφείλονται σε πολλούς παράγοντες όπως: ηλικία (Cotugna N., Subar A., Heimendinger J., et al 1992), φύλο (Patterson R., Kristal A., Lynch J., et al, 1995), εθνικότητα (Cotugna N., Subar A., Heimendinger J., et al 1992), μορφωτικό επίπεδο και οικονομική κατάσταση (Patterson R., Kristal A., Lynch J., et al, 1995). Επιπλέον, δυο παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες είναι: το κόστος του γεύματος και η έλλειψη της υποστήριξης από την κοινωνία (social support) (Harnack L., Block G., Subar A., et al, 1998).

Ενώ μερικά συγκεκριμένα θρεπτικά συστατικά μπορούν τελικά να αναγνωριστούν ως ευεργετικά στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου, γενικώς, τα στοιχεία αυτή τη στιγμή συνηγορούν στο ότι αλλάζοντας τις διατροφικές συνήθειες θα επέλθει το μέγιστο όφελος. Ο παρακάτω πίνακας συνοψίζει τις αποδεδειγμένες σχέσεις διατροφής και καρκίνου από τον WHO/FAO Expert Consultation στη διατροφή, και τις σχέσεις διατροφής και χρόνιων νοσημάτων που ολοκληρώθηκε το 2003.

**Πίνακας 3. Ισχύς ενδείξεων σχετικά με τη διατροφή - σωματική δραστηριότητα και τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου**

<b>Ισχύς ενδείξεων</b>	<b>Μειωμένος κίνδυνος</b>	<b>Αυξημένος κίνδυνος</b>
<b>Πειστική</b>	Σωματική δραστηριότητα	Υπερβάλλον βάρος και παχυσαρκία
	Καρκίνος Παχέος εντέρου	Καρκίνοι του οισοφάγου, παχέος εντέρου και του ορθού, των νεφρών, του μαστού (μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες)
<b>Πολύ πιθανή</b>	Φρούτα λαχανικά	Αλκοόλ
		Καρκίνοι της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου, του ήπατος, του μαστού
	Καρκίνοι της στοματικής κοιλότητας, του οισοφάγου, του στομάχου, του παχέος εντέρου και του ορθού	Επεξεργασμένα ή διατηρημένα κρέατα
<b>Πιθανές/ Ανεπαρκής</b>	Σωματική δραστηριότητα	Καρκίνοι του παχέος εντέρου και του ορθού
	Καρκίνος του μαστού	Αλάτι και συντηρημένα τρόφιμα σε άλμη
<b>Πιθανές/ Ανεπαρκής</b>	Φυτικές ίνες	Ζωικό λίπος
<i>Οι επιλεγμένοι παράγοντες και ο πίνακας είναι προσαρμοσμένοι από το: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series 916. World Health Organization. Geneva, Switzerland, 2003: 95-104.</i>		

### **3.2.1 Αντικαρκινική Αγωγή, Συνέπειες Διατροφικής Κατάστασης Ασθενούς και Διαιτητικές Συστάσεις**

Η αντικαρκινική θεραπεία περιλαμβάνει τη χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία, τη χειρουργική θεραπεία, την ανοσοθεραπεία ή συνδυασμούς των προαναφερθέντων.

Συχνά σε ασθενείς με κακοήθη νοσήματα χορηγούνται φάρμακα για την αντιμετώπιση του πόνου (παυσίπονα, αντιφλεγμονώδη), των γαστρεντερικών διαταραχών (αντιεμετικά, αντιδιαρροϊκά) και των διαταραχών της όρεξης (ορεξιγόνα).

Τέλος, η χορήγηση ηρεμιστικών, αντικαταθλιπτικών, υπναγωγών είναι συχνή σε ασθενείς με κακοήθη νοσήματα (Ζαμπέλας Α., 2007).

#### **3.2.1α Χημειοθεραπεία**

Η αντινεοπλασματική χημειοθεραπεία έχει προορισμό την καταστροφή των νεοπλασματικών κυττάρων. Η χημειοθεραπεία είναι συστηματική θεραπεία και έχει δράση σε όλο τον οργανισμό σε αντίθεση με την ακτινοθεραπεία και την χειρουργική επέμβαση που εφαρμόζονται τοπικά. Τα κυτταροστατικά φάρμακα είναι φάρμακα με υψηλή τοξικότητα που εκδηλώνεται από διάφορα συστήματα (Kiebert GM., Haes J., Van De Velde C., 1991).

#### **A) Ναυτία και έμετοι**

Από τις πιο συνηθισμένες παρενέργειες των κυτταροστατικών φαρμάκων είναι η ναυτία και οι έμετοι. Φάρμακα όπως η σισπλατίνη, η κυκλοφωσφαμίδη, η ετοποσίδη, η καρμουστίνη έχουν σοβαρή εμετογόνο δράση.

Η εμετογόνο δράση των κυτταροστατικών εξαρτάται από το ίδιο το κυτταροστατικό, τη δόση του και τους συνδυασμούς των κυτταροστατικών.

Οι έμετοι ανάλογα με την ένταση και τη διάρκεια τους μπορεί να προκαλέσουν αφυδάτωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, αδυναμία λήψης τροφής και απώλεια βάρους.

Για την αντιμετώπιση της ναυτίας και των εμέτων χρησιμοποιούνται ανταγωνιστές των υποδοχέων της σεροτονίνης (Zofron, KytriI, Navoban, Anzemet). Ο συνδυασμός των παραπάνω

με κορτικοστεροειδή ελέγχει την ναυτία και τον εμετό στο 80% των ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία (Kiebert GM., Haes J., Van De Velde C., 1991).

<b>Δίαιτα</b>	<i>Υγρά και απλά φαγητά σερβιρισμένα κρύα (χυμοί, ανθρακούχα αναψυκτικά, ζελέ, φρούτα). Στερεά, απλά φαγητά (τοστ, κρακεράκια, κουλούρια σκέτα). Ξινά φαγητά και υγρά (λεμονάδα). Μικρές ποσότητες σε συχνά διαστήματα.</i>
<b>Συμπληρώματα</b>	Ολιγοσακχαρίτες της γλυκόζης, διαυγή υγρά
<b>Συστάσεις</b>	Το περιβάλλον πρέπει να είναι δροσερό, καλά αερισμένο, χωρίς μυρωδιές φαγητών. Οι ξηρές αμυλούχες τροφές (κρακεράκια, τοστ), πριν κανείς σηκωθεί βοηθούν στην πρόληψη των εμετών. Τα υγρά θα πρέπει να καταναλώνονται αργά.
<b>Προβληματικές τροφές</b>	Ζεστά φαγητά, λιπαρά φαγητά, φαγητά με έντονες μυρωδιές, πικάντικα φαγητά.

Πηγή: (Mary Courtney Moore, Διαιτολογία, 3η Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, 2005, σελ.: 197-216)

## B) Μεταβολή γεύσης

Διαταραχές της γεύσης μπορεί να προκαλέσουν αρκετά κυτταροστατικά φάρμακα όπως η σισπλατίνη, η πακλιταξέλη, η ντοσεταξέλη. Οι διαταραχές της γεύσης μπορεί να οδηγήσουν σε ανορεξία και ολιγοφαγία (DeWys W. D., 1978).

<b>Δίαιτα</b>	<b>Κανονικά φαγητά. Χρησιμοποίηση της μεθόδου δοκιμής/λάθους για την επιλογή των κατάλληλων τροφών</b>
<b>Συμπληρώματα</b>	Συμπληρώματα με γεύση φρούτων, ολιγοσακχαρίτες της γλυκόζης
<b>Προβληματικές τροφές</b>	Καφές, σοκολάτα, κόκκινο κρέας, διάφορα (ποικίλουν ανάλογα με το άτομο)

Πηγή: (Mary Courtney Moore, Διαιτολογία, 3η Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, 2005, σελ.: 197-216)

## Γ) Βλεννογονίτιδες στοματοφαρυγγικής κοιλότητας, οισοφάγου, χειλέων, γλώσσας

Η φθοριουρακίλη είναι κυτταροστατικό (ανήκει στην κατηγορία των αντιμεταβολιτών) που πολύ συχνά προκαλεί σοβαρές βλεννογονίτιδες. Άλλα κυτταροστατικά που προκαλούν

βλεννογονίτιδες είναι η δοξορουβικίνη, η επιρουμπικίνη, τα αλκαλοειδή της Vinca. Οι βλεννογονίτιδες των χειλέων, της γλώσσας, της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας και του οισοφάγου οδηγούν συχνά σε δυσφαγία και οδυνοφαγία. (Kiebert GM., Haes J., Van De Velde C., 1991).

Σε περίπτωση δυσφαγίας οι διαιτητικές συστάσεις είναι οι ακόλουθες:

<b>Δίαιτα</b>	Έμφαση πρέπει να δοθεί σε φαγητά που σχηματίζουν έναν ημιστερεό βλωμό στο στόμα (π.χ. μακαρόνια με τυρί)
<b>Συμπληρώματα</b>	Μονάδες υδατανθράκων ή πρωτεϊνών προστίθενται στην τροφή, παχύρρευστα υγρά συμπληρώματα
<b>Συστάσεις</b>	Μετατροπή των υγρών πιο παχύρρευστα με ξηρά δημητριακά πρωινού, με πουρέ, νιφάδες πατάτας ή καλαμποκάλευρο. Προσθήκη σάλτσας και ζωμών για να μαλακώσουν τα κρέατα και τα λαχανικά. Εάν η δυσφαγία είναι σοβαρή, ίσως χρειαστεί η σίτιση με καθετήρα
<b>Προβληματικές τροφές</b>	Αραιά υγρά, όπως το νερό, το τσάι, ο καφές. Τροφές με ανομοιομορφία στο περιεχόμενο όπως οι κρεατόσουπες. Ξηρά φαγητά όπως είναι τα πολυμαγειρεμένα κρέατα, τα σκληρά κουλούρια, οι ξηροί καρποί. Φαγητά που κολλάνε στον ουρανίσκο, όπως το φυστικοβούτυρο και το άσπρο ψωμί. Φαγητά γλοιώδη, όπως το ζελέ

Πηγή: (Mary Courtney Moore, Διαιτολογία, 3η Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, 2005, σελ.: 197-216)

#### Δ) Στοματικές επιπτώσεις

Σοβαρές στοματικές επιπτώσεις όπως λοιμώξεις του βλεννογόνου του στόματος, περιοδοντικές λοιμώξεις, ουλίτιδες, ουλορραγίες, ξηροστομία, οδονταλγία, γωνιακή χειλίτιδα προκαλούν ανορεξία, αδυναμία λήψης τροφής, οδυνοφαγία. (Hamilton C., Easton HD., Peckam MJ., 1986).

Σε περίπτωση στοματίτιδας οι διαιτητικές συστάσεις είναι οι ακόλουθες:

<b>Δίαιτα</b>	Τρυφερές, μαλακές τροφές σεβριτισμένες κρύες ή σε θερμοκρασία δωματίου: σερμπέτι, φρέσκα ή από κονσέρβα χαμηλά σε οξέα φρούτα, γρανίτες φρούτων, κρέμες, ζελέ, γιαούρτι, ανθότυρο, πουτίγκα, μαγειρεμένα ή από κονσέρβα λαχανικά, αυγά, σάντουιτς
<b>Συμπληρώματα</b>	Ολιγοσακχαρίτες γλυκόζης, ολοκληρωμένα υγρά συμπληρώματα
<b>Συστάσεις</b>	Πλύση του στόματος συχνά με φυσιολογικό ορό, σκέτο νερό, διάλυμα διττανθρακικού νατρίου (1 κουταλάκι σόδα/500 mL νερό) ή οξυζενέ αραιωμένο στο 1/6. Παχύρρευστη λιδοκαΐνη παρέχει τοπική αναλγησία, αλλά ο ασθενής πρέπει να προσέχει τι τρώει μετά από τη χρήση της γιατί οι αναισθητικοί ιστοί μπορεί να δαγκωθούν επικίνδυνα ή να καούν από ζεστά φαγητά ή αφειήματα
<b>Προβληματικές τροφές</b>	Όξινα φρούτα και χυμοί όπως τα εσπεριδοειδή (έλεγχος της βιταμίνης C, όταν αποφεύγονται τα εσπεριδοειδή). Αλμυρά ή πικάντικα φαγητά. Σκληρές ή αιχμηρές τροφές όπως τα τσιπς, οι ξηροί καρποί, τα σποράκια. Φαγητά που σεβρίζονται ζεστά

Πηγή: (Mary Courtney Moore, Διαιτολογία, 3η Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, 2005, σελ.: 197-216)

Σε περίπτωση ανορεξίας οι διαιτητικές συστάσεις είναι οι εξής:

<b>Δίαιτα</b>	Κανονικά φαγητά, ελκυστικά σεβριτισμένα, με ποικιλία στην υφή και στο χρώμα. Μικρά, συχνά γεύματα
<b>Συμπληρώματα</b>	Ολιγοσακχαρίτες της γλυκόζης και άλλα ιδιαίτερα απλά προϊόντα. Ολοκληρωμένα υγρά συμπληρώματα (πρέπει να επιτρέπεται στο άτομο να δοκιμάσει διάφορα και να επιλέξει εκείνο/α που προτιμά). Σκόνη γάλακτος προστιθέμενη σε υγρό γάλα, δημητριακά πρωινού, πουρές (εάν δεν υπάρχει δυσανεξία στη λακτόζη)
<b>Συστάσεις</b>	Αποφυγή αναψυκτικών μέχρι το άτομο να τελειώσει το φαγητό του, καθότι τα υγρά μπορεί να προκαλέσουν την αίσθηση της πληρότητας. Ενθάρρυνση της κίνησης
<b>Προβληματικές τροφές</b>	Τα μεγάλα γεύματα μπορεί να τρομάξουν το άτομο και να αναστείλουν την όρεξη

Πηγή: (Mary Courtney Moore, Διαιτολογία, 3η Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, 2005, σελ.: 197-216)

Σε περίπτωση ξηροστομίας οι διαιτητικές συστάσεις είναι οι ακόλουθες:

<b>Δίαιτα</b>	Κανονικά φαγητά που διαθέτουν υγρασία: φαγητά κατσαρόλας, σάλτσες, ζωμοί. Ενθάρρυνση της λήψης υγρών όπως οι γρανίτες, οι χυμοί φρούτων, το σερμπέτι, τα ζελέ, οι σούπες
<b>Συστάσεις</b>	Καλή στοματική υγιεινή, γιατί η οδοντική τερηδόνα είναι συχνή όταν η παραγωγή των σιέλων είναι ανεπαρκής για την εξουδετέρωση των οξέων που παράγονται από τα βακτήρια του στόματος. Συχνή πλύση του στόματος με φυσιολογικό ορό ή στοματικό διάλυμα. Καραμέλες και τσίκλες χωρίς ζάχαρη μεταξύ των γευμάτων για να διεγείρεται η παραγωγή σιέλου
<b>Προβληματικές τροφές</b>	Ψωμιά, ξηρές τροφές, γλυκές κολλώδεις τροφές, ζάχαρη στις τσίκλες ή στις καραμέλες

Πηγή: (Mary Courtney Moore, Διαιτολογία, 3η Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, 2005, σελ.: 197-216)

#### **E) Διάρροια, δυσκοιλιότητα, παραλυτικός ειλεός**

Η διάρροια μπορεί να εμφανισθεί είτε ως άμεση τοξική ενέργεια των κυτταροστατικών είτε ως βραχυπρόθεσμη επίπτωση λίγες ημέρες μετά την χορήγησή του υπόλογου φαρμάκου.

Δυσκοιλιότητα μπορούν να προκαλέσουν αρκετά κυτταροστατικά. Η προχωρημένη ηλικία την κάνει μεγαλύτερη και συχνότερη. Μερικές φορές η κατάσταση μπορεί να φθάσει μέχρι ειλεό. (Hamilton C., Easton HD., Peckam MJ., 1986).

Σε περίπτωση διάρροιας οι διαιτητικές συστάσεις είναι οι ακόλουθες:

<b>Δίαιτα</b>	Χαμηλή σε λακτόζη, σε λιπαρά και σε φυτικές ίνες. Αύξηση των υγρών. Έμφαση στις αμυλούχες τροφές
<b>Συμπληρώματα</b>	Ολιγοσακχαρίτες γλυκόζης, υγρά συμπληρώματα χωρίς λακτόζη
<b>Προβληματικές τροφές</b>	Γάλα, κρέμες, παγωτό, λιπαρά ή τηγανιτά φαγητά

Πηγή: (Mary Courtney Moore, Διαιτολογία, 3η Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, 2005, σελ.: 197-216)

Σε περίπτωση δυσκοιλιότητας οι διαιτητικές συστάσεις είναι οι εξής:

<b>Δίαιτα</b>	Υψηλή σε φυτικές ίνες. Τουλάχιστον 50 mL υγρών/kg/ημέρα
<b>Συμπληρώματα</b>	Πίτουρο, 2 κουτάλια ημερησίως

Πηγή: (Mary Courtney Moore, Διαιτολογία, 3η Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, 2005, σελ.: 197-216)

### **ΣΤ) Δυσαπορρόφηση**

Χημειοθεραπεία με μεθοτρεξάτη, φθοριουρακίλη, βινκριστίνη και αλκυλιούντες παράγοντες μπορεί να προκαλέσουν δυσαπορρόφηση (Matthys P. & Billiau A., 1997).

Η χορήγηση φθοριουρακίλης οδηγεί σε ανεπάρκεια της δισπεπτιδάσης και η χορήγηση μεθοτρεξάτης σε αναστολή των κυτταρικών μιτώσεων του βλεννογόνου της νήστιδας (Ζαμπέλας Α., 2007).

### **Ε) Μυελοκαταστολή (αναιμία, λευκοπενία, θρομβοπενία)**

Ο συχνότερος τρόπος έκφρασης της αιματολογικής τοξικότητας των κυτταροστατικών είναι η μυελοκαταστολή. Αποτέλεσμα της μυελοκαταστολής είναι η αναιμία, η λευκοπενία και η θρομβοπενία (Hamilton C., Easton HD., Peckam MJ., 1986).

#### **3.2.1.β Ακτινοθεραπεία**

Η ακτινοθεραπεία είναι, παρόμοια με τη χειρουργική επέμβαση, μια τοπική θεραπεία. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, δίνεται γενικά μετά από συντηρητική ή μετά από πιο εκτενή χειρουργική επέμβαση.

Όπως λέγεται εδώ και 20 χρόνια περίπου, η μαστεκτομή δεν απαιτείται για τους μικρούς όγκους και δεν βελτιώνει την πρόγνωση για την ασθένεια. Επομένως, πολλοί ασθενείς (80%) με καρκίνο του μαστού μπορεί να ωφεληθούν από την συντηρητική θεραπεία στήθους (BCT),



έχοντας τα ίδια ποσοστά επιβίωσης, έναντι της τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής. Στην πράξη, μέχρι και 50% των ασθενών θεραπεύονται με το BCT (Poortmans P., 2007).

Τέλος, περισσότερο από 10% των αρρώστων εμφανίζουν απώλεια σωματικού βάρους πάνω από 10% όταν η ακτινοθεραπεία συνεχίζεται για 6-8 εβδομάδες. (Poortmans P., 2007).

### **3.2.1.γ Χειρουργική θεραπεία**

Η χειρουργική θεραπεία αποτελεί πρωταρχική θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς με κακοήγη νεοπλάσματα του γαστρεντερικού και μπορεί να συνδυασθεί με προεγχειρητική ή μετεγχειρητική συμπληρωματική χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία. (Pierce LJ., Richer AS., 1994).

### **3.2.1.δ Ανοσοθεραπεία**

Οι βιολογικοί τροποποιητές οι οποίοι περιλαμβάνουν τις ιντερφερόνες και τις κυτταροκίνες στην κλινική πράξη έχουν χρησιμοποιηθεί σε ορισμένα νεοπλάσματα (νεφρού - ουροδόχου κύστης - μελάνωμα) με συζητήσιμα αποτελέσματα όπως επίσης και σε αιματολογικά κακοήγη νοσήματα (λευχαιμία εκ τριχωτών κυττάρων - ΧΜΛ).

Ασθενείς που υποβάλλονται σε τέτοιου είδους θεραπείες μπορεί να εμφανίσουν ναυτία, εμέτους, διάρροια, δυσκοιλιότητα, δυσπεπτικά ενοχλήματα, ανορεξία, κόπωση, εφίδρωση, πυρετό με ρίγος. Οι ανεπιθύμητες αυτές ενέργειες μπορεί να έχουν αρνητικές συνέπειες στην διατροφική κατάσταση των ασθενών και πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στον καθορισμό της διατροφικής υποστήριξης των ασθενών που υποβάλλονται σε αυτού του είδους τις θεραπείες. (Pierce LJ., Richer AS., 1994).

## **3.3 Συνήθεις Φαρμακευτικές Αγωγές**

Οι ασθενείς με νεοπλάσματα, συχνά έχουν την ανάγκη να χρησιμοποιούν φάρμακα για να αντιμετωπίσουν διάφορα συμπτώματα τα οποία είτε οφείλονται στην ίδια την νόσο και έχουν σχέση με το σύστημα ή το όργανο που προσβάλλεται, είτε αποτελούν παρενέργειες της χημειοθεραπείας ή της ακτινοθεραπείας. (Mahan L. K., Escott-Stump S., 2004)

Το άλγος είναι ένα πρόβλημα το οποίο συχνότατα αντιμετωπίζει ο καρκινοπαθής και καλείται να επιλύσει ο θεράπων ιατρός του . Τα συνήθη παυσίπονα παρέχουν αναλγησία 3-4 ωρών στην δοσολογία που κυκλοφορούν. Τα ισχυρότερα προσφέρουν αναλγησία 4-5 ωρών. Στα ενέσιμα η διάρκεια είναι 5-7 ώρες. Ορισμένα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη έχουν ισχυρή παυσίπονη δράση, γι' αυτό χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις πολύ ισχυρού άλγους. Ανάλογα με την ένταση, το είδος και την εντόπιση του άλγους χρησιμοποιούνται: 1) Απλά παυσίπονα όπως παρακεταμόλη, 2) Οπιοειδή όπως υδροχλωρική δεξτροπροποξυφαίνη, κωδεΐνη, πεθιδίνη, μορφίνη, 3) Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη όπως ινδομεδοκίνη, φαινυλβουταζόνη, νιμεσουλίδη.

Η χορήγηση υπνωτικών, ηρεμιστικών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι συχνή σε ασθενείς με κακοήγη νεοπλάσματα. Αυτό γίνεται είτε για την αντιμετώπιση του άγχους, των φοβικών διαταραχών, της κατάθλιψης και των διαταραχών του ύπνου που είναι συχνά στους καρκινοπαθείς, είτε για την καλύτερη αντιμετώπιση του άλγους που επιφέρει ο καρκίνος. Τα διάφορα αντικαταθλιπτικά και τα ηρεμιστικά φάρμακα έχουν σαφή συνεργική δράση με τα παυσίπονα, διότι τροποποιούν το «κατώφλι» του άλγους αυξάνοντας την περίοδο αναλγησίας. (Mahan L. K., Escott-Stump S., 2004)

Η διαζεπάμη, η λοραζεπάμη, η λολπιδέμη ταρταρική είναι από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα ηρεμιστικά - υπνωτικά. Από τα αντικαταθλιπτικά η σιταλοπράμη και η υδροχλωρική φλουοξετίνη χρησιμοποιούνται ευρύτατα.

Επιπλέον, αρκετά φάρμακα χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της εξάντλησης του ασθενούς και για την θεραπεία της καρκινικής καχεξίας. Η οξεϊκή μεγεστρόλη βελτιώνει την όρεξη και προάγει την αύξηση του βάρους. (Mahan L. K., Escott-Stump S., 2004)

Η χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων γίνεται κυρίως για την αντιμετώπιση της ναυτίας και των εμέτων που παρουσιάζονται και ως παρενέργεια της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας.

Συχνή τέλος είναι η χρήση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων. Αρκετά κυτταροστατικά όπως η φλουοροουρακίλη, η ιρινοτεκάνη προκαλούν σοβαρά διαρροϊκά σύνδρομα.

Η χορήγηση των φαρμάκων που προαναφέρθηκαν είτε μέσω του τρόπου δράσης τους είτε λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών επηρεάζουν την θρέψη και παίζουν σημαντικό ρόλο στην διατροφική κατάσταση των ασθενών. (Mahan L. K., Escott-Stump S., 2004)

### **3.4 Διατροφή και θεραπεία καρκίνου**

#### **3.4.1 Διατροφικός Κίνδυνος και Κακή θρέψη στον ασθενή με Καρκίνο**

Πολλά άτομα με καρκίνο βρίσκονται σε σημαντικό κίνδυνο για εμφάνιση κακής διατροφικής κατάστασης και το 20-40% των σχετικών με τον καρκίνο θανάτων μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της κακής θρέψης. Η περιοχή εκδήλωσης του καρκίνου, ο τύπος και το στάδιο, η θεραπεία που ακολουθείται και η εξατομικευμένη αντίδραση στη θεραπεία επηρεάζουν τον κίνδυνο για κακή θρέψη. Οι ασθενείς με κακή θρέψη είναι πιθανότερο να υποφέρουν από αδυναμία και ευαισθησία για λοιμώξεις, να έχουν κακή αντίδραση στη θεραπεία, αυξημένες επιπλοκές, μακροχρόνιες νοσοκομειακές νοσηλείες και, τελικά, μειωμένη επιβίωση.

Η παροχή της κατάλληλης και έγκαιρης διατροφικής παρέμβασης μπορεί να θεραπεύσει ή να αποτρέψει την κακή θρέψη, να ενισχύσει την αντίδραση στη θεραπεία, να προωθήσει την αποκατάσταση μετά από τη θεραπεία, και να μειώσει τον κίνδυνο περαιτέρω νοσηρότητας στους επιζώντες καρκίνου.

Η απώλεια βάρους, ένας δείκτης της θρεπτικής κατάστασης, είναι συχνή στους καρκίνους του γαστρεντερικού σωλήνα, του προστάτη, του πνεύμονα, του οισοφάγου, της κεφαλής και του λαιμού. Αντίθετα, ένα σχετικά χαμηλό ποσοστό των ασθενών με καρκίνο του μαστού παρουσιάζει απώλεια βάρους. Η απώλεια βάρους συνδέεται με μια αυξημένη τοξικότητα από τη θεραπεία, νοσηρότητα και θνητότητα, και μειωμένη ποιότητα ζωής. (Patterson R., Kristal A., Lynch J., et al., 1995)

Στους ασθενείς με καρκίνο, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη η γενική κατάσταση της υγείας και της ποιότητας ζωής τους στη θεραπευτική απόφαση. Η ποιότητα της ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια που απεικονίζει τη φυσική ικανότητα των ασθενών, τις συναισθηματικές, γνωστικές και κοινωνικές λειτουργίες τους και την παρουσία συμπτωμάτων λόγω της ασθένειας ή της θεραπείας. (Nourissat A., Vasson M.P., Merrouche Y. et al, 2008)

Οι ασθενείς με καρκίνο πάσχουν συχνά από υποσιτισμό εξαιτίας μιας πλειάδας παραγόντων που σχετίζονται με τον εντοπισμό του όγκου, το στάδιο της ασθένειας, την παρουσία διαφόρων συμπτωμάτων (π.χ. άλγος, εμετός, δυσκοιλιότητα) και του τύπου αντικαρκινικής θεραπείας. Υπάρχουν πέντε παράγοντες πρόβλεψης της υποθρεψίας (γένος, πεπτικός ή ωτορινολαρυγγικός εντοπισμός του όγκου, χημειοθεραπεία, καταθλιπτικό σύνδρομο

και κοινωνιοεπαγγελματική κατηγορία). Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να προσδιοριστούν μόλις εντοπιστεί ο καρκίνος κι έτσι μπορούν να ενημερωθούν οι ασθενείς όσο το δυνατόν πιο σύντομα. Η υποθρεψία είναι επίσης ένας ανεξάρτητος παράγοντας για την επιδείνωση της ποιότητας της ζωής. (Nourissat A., Vasson M.P., Merrouche Y. et al, 2008).

Η απώλεια βάρους σε ασθενείς με καρκίνο είναι αποτέλεσμα κυρίως της μείωσης του μυϊκού ιστού, η οποία συμβάλλει στην αδυναμία, απώλεια λειτουργικότητας, και μειωμένη θεραπεία ουλών και τραυμάτων. Μια απώλεια βάρους μεγαλύτερη του 10% του συνήθους σωματικού βάρους σε ένα χρονικό διάστημα 6 μηνών συνδέεται με έναν αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας και θνητότητας σε πολλές περιπτώσεις ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών με καρκίνο. Εντούτοις, η απώλεια βάρους κατά 5% του συνήθους σωματικού βάρους έχει επίσης συσχετιστεί με χαμηλότερα ποσοστά επιβίωσης σε μερικές μελέτες ασθενών με καρκίνο. (Patterson R., Kristal A., Lynch J., et al., 1995).

Η αυξημένη ενεργειακή κατανάλωση ή/και η ανεπαρκής πρόσληψη θρεπτικών συστατικών μπορούν να συμβάλουν στην απώλεια βάρους και στην υποθρεψία που συνδέονται με μια διάγνωση καρκίνου. Η ανορεξία εμφανίζεται σε περίπου 15-25% των ασθενών με καρκίνο. Το σύνδρομο ανορεξίας-καχεξίας του καρκίνου χαρακτηρίζεται από ανορεξία, μη - φυσιολογικό μεταβολισμό των θρεπτικών συστατικών και απώλεια βάρους. Οι λοιμώξεις, οι παρενέργειες της ακτινοβολίας, η χημειοθεραπεία ή άλλα φάρμακα, και η ανησυχία ή η κατάθλιψη μπορούν επίσης να συμβάλουν στην έλλειψη όρεξης, στον κάματο, στον πρόωρο κορεσμό, στη ναυτία, στον έμετο και στην αλλοίωση της γεύσης, τα οποία θα έχουν αντίκτυπο στη διατροφική πρόσληψη. (Nourissat A., Vasson M.P., Merrouche Y. et al, 2008)

Αν και ένα μεγάλο μέρος του στόχου της διατροφικής υποστήριξης είναι η πρόληψη της απώλειας βάρους, εντούτοις παρατηρείται και αύξηση βάρους σε μερικά άτομα με καρκίνο. Η αύξηση βάρους παρατηρείται συχνά στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού (Nourissat A., Vasson M.P., Merrouche Y. et al, 2008). Οι παράγοντες που μπορούν να επιφέρουν αύξηση του σωματικού βάρους σε άτομα με καρκίνο του μαστού είναι η χρήση συστηματικής χημειοθεραπείας και η έναρξη της εμμηνόπαυσης. Η αύξηση της ενεργειακής πρόσληψης, η μείωση της σωματικής δραστηριότητας (ή η μείωση της ενεργειακής κατανάλωσης) ή / και η μείωση του μεταβολικού ρυθμού μπορούν να συμβάλουν στην αύξηση του βάρους. Υπάρχουν επίσης στοιχεία που υποδεικνύουν ότι η αύξηση του σωματικού βάρους μετά από τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού αυξάνει την υποτροπή και τη θνητότητα (Nourissat A., Vasson M.P.,

Merrouche Y. et al, 2008). Κατά συνέπεια, ένας από τους στόχους για αυτούς τους ασθενείς είναι η διατήρηση του σωματικού βάρους με την κατανάλωση τροφίμων χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά και θερμίδες.

### **3.4.2 Στόχοι Διατροφικής Υποστήριξης**

Οι στόχοι της διατροφικής υποστήριξης του ασθενούς με καρκίνο είναι να αποτραπούν ή να διορθωθούν οι ανεπάρκειες θρεπτικών συστατικών, να αποτραπεί η απώλεια άλιπης μάζας, να μειωθούν οι παρενέργειες που σχετίζονται με τη διατροφή, να διατηρηθεί η βιοτική (λειτουργική) ικανότητα του ατόμου, να προληφθούν οι λοιμώξεις, να επιταχυνθεί η επούλωση των τραυμάτων και να διατηρηθεί η ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρυνθούν να καταναλώνουν μια όσο το δυνατόν πιο υγιεινή διατροφή πριν από, κατά τη διάρκεια και μετά από τη θεραπεία του καρκίνου. Για τον ασθενή σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου, οι στόχοι είναι να μειωθούν οι παρενέργειες, να προληφθούν οι λοιμώξεις και να διατηρηθεί η ποιότητα ζωής. (Van Duyn MA., Pivonka E., 2000).

### **3.4.3 Διατροφική Διαλογή και Αξιολόγηση του ασθενούς με Καρκίνο μαστού**

Η διατροφική διαλογή και αξιολόγηση είναι μια διεπιστημονική διαδικασία που πρέπει να ολοκληρωθεί πριν αρχίσει η θεραπευτική αγωγή. Αναγνωρίζοντας τους ασθενείς που βρίσκονται σε διατροφικό κίνδυνο, είναι δυνατό να αναπτυχθεί ένα σχέδιο διατροφικής υποστήριξης που μπορεί να αποτρέψει την επιδείνωση της διατροφικής κατάστασης και να βελτιώσει την ανταπόκριση του ασθενούς στη θεραπεία. Οι ασθενείς πρέπει επίσης να επαναξιολογηθούν περιοδικά κατά τη διάρκεια των περιόδων θεραπείας και αποκατάστασης. Τα στοιχεία διατροφικής διαλογής και αξιολόγησης για τον ασθενή με καρκίνο μαστού πρέπει να συμπεριλάβουν το σωματικό βάρος και την αλλαγή του βάρους, τις πρόσφατες αλλαγές στην κατανάλωση τροφίμων, την ανορεξία, τη δυσφαγία, τη ναυτία, τον έμετο, τη διάρροια, τη δυσκοιλιότητα, τις αλλαγές στη γεύση και όσφρηση, και τη βιοτική ικανότητα του ατόμου.

Οι οδηγίες για τη σημαντική απώλεια βάρους από το Blackburn (2003) χρησιμοποιούνται συχνά. Η απώλεια βάρους της τάξεως του 10% σε μια περίοδο 6 μηνών θεωρείται σημαντική. Επιπρόσθετα, μια ιατρική εξέταση θα παράσχει τις πληροφορίες για την απίσχναση, την

κατακράτηση υγρών και τα συμπτώματα τυχούσας ανεπάρκειας θρεπτικών συστατικών. Άλλες πληροφορίες που είναι σημαντικές συμπεριλαμβάνουν τις βασικές βιοχημικές τιμές, το διατροφικό και ιατρικό ιστορικό, τη φαρμακευτική αγωγή, την προγραμματισμένη θεραπεία και το εάν οι στόχοι της θεραπείας είναι θεραπευτικοί ή κατευναστικοί.

Η διατροφική αξιολόγηση γίνεται δύσκολη σε πολλούς ασθενείς με καρκίνο επειδή η ίδια η ασθένεια μπορεί να αλλάξει μερικές από τις παραμέτρους που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της θρεπτικής κατάστασης. Παραδείγματος χάριν, η συσσώρευση υγρών και η μάζα των όγκων μπορούν να αλλάξουν το σωματικό βάρος, και ο καρκίνος ή η θεραπεία του καρκίνου μπορεί να μεταβάλλει τις πρωτεΐνες του ορού του αίματος, τους ηλεκτρολύτες, και την κατάσταση του ανοσοποιητικού συστήματος (Nourissat A., Vasson M.P., Merrouche Y. et al, 2008). Μια πλήρης αξιολόγηση θα πρέπει να εξετάσει όχι μόνο την πρόσφατη κατάσταση θρέψης, αλλά και τα αναμενόμενα διατροφικά προβλήματα που μπορούν να προκύψουν από τη θεραπεία.

#### **3.4.4 Διατροφικές Ανάγκες του Ασθενούς με Καρκίνο**

Η επαρκής πρόσληψη ενέργειας και θρεπτικών συστατικών κατά τη διάρκεια της θεραπείας και της αποκατάστασης θα βοηθήσουν τον ασθενή να διατηρήσει το βάρος του και να αποτρέψουν τις πιθανές ανεπάρκειες θρεπτικών συστατικών. Η πρόληψη της απώλειας βάρους μπορεί να βελτιώσει την αντίδραση του ασθενούς στη θεραπεία, να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του, και να μειώσει το χρόνο αποκατάστασής του (Palestry J. A., Dudrick S. J., 2003).

Οι ενεργειακές ανάγκες των ασθενών με καρκίνο μπορούν να μειωθούν, να παραμείνουν αμετάβλητες ή να αυξηθούν συγκριτικά με τις φυσιολογικές ανάγκες (Tisdale M. J., 1999). Επομένως, οι συστάσεις για την ενεργειακή πρόσληψη πρέπει να εξατομικεύονται, και πρέπει να έχουν ως σκοπό την επιτυχία και διατήρηση ενός υγιούς βάρους κατά τη διάρκεια της θεραπείας και της αποκατάστασης (Brown J. K., Byers T., Doyle C. et al, 2003).

Στους ασθενείς που έχουν υψηλότερες ενεργειακές ανάγκες, περιλαμβάνονται εκείνοι που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση. Η μη-φυσιολογική έκκριση ορμονικών παραγόντων, των κυτταροκινών και άλλων παραγόντων, οι οποίοι παράγονται από τα καρκινικά κύτταρα του όγκου, είναι αποτέλεσμα της καχεξίας που συνοδεύει το σύνδρομο ανορεξίας-καρκίνου και συμβάλλουν στη μεταβολή του μεταβολισμού των θρεπτικών συστατικών, (Tisdale M.

J. 1999) αυξάνοντας συχνά τις ενεργειακές ανάγκες. Εντούτοις, η καχεξία δεν αυξάνει πάντα την ενεργειακή κατανάλωση. Μερικοί ασθενείς με καχεξία δεν ωφελούνται από την επιθετική διατροφική υποστήριξη. Η παροχή υπερβολικών θερμίδων δεν αντιστρέφει τις μεταβολικές αλλαγές της καχεξίας και η αύξηση του βάρους σε αυτήν την κατάσταση μπορεί να είναι σωματικό λίπος παρά άλιπη μάζα (Palestry J. A., Dudrick S. J., 2003).

Οι ενεργειακές ανάγκες των ασθενών μπορούν να υπολογιστούν με τις τυποποιημένες εξισώσεις υπολογισμού όπως είναι η εξίσωση Harris-Benedict. Η θεραπεία μικροχειρουργικών επεμβάσεων και καρκίνου θα αυξήσει τις ενεργειακές ανάγκες κατά 20-30% περισσότερο από τη βασική ενεργειακή κατανάλωση, ενώ οι σοβαρής μορφής χειρουργικές επεμβάσεις και ο υπερμεταβολισμός θα αυξήσουν τις ενεργειακές ανάγκες κατά 40%. (Van Duyn MA., Pivonka E., 2000).

Το σύνδρομο επανασίτισης συσχετίζεται με τις μετατοπίσεις ηλεκτρολυτών, τη δυσανεξία γλυκόζης, και την αναπνευστική, καρδιακή και νεφρική δυσλειτουργία. Αυτό το σύνδρομο μπορεί να εμφανιστεί στους καρκινοπαθείς ασθενείς με απίσχναση εάν τους παρέχονται υπερβολικές θερμίδες. Κατά συνέπεια, οι διατροφικά εξαντλημένοι ασθενείς με καρκίνο πρέπει να λάβουν αρχικά 20 θερμίδες/κιλό σωματικού βάρους για να αποτραπεί η εμφάνιση αυτού του συνδρόμου (Brown J. K., Byers T., Doyle C. et al, 2003).

Τέλος, τα άτομα που είναι υπέρβαρα κατά την διάρκεια μιας διάγνωσης καρκίνου μπορούν να μειώσουν την ενεργειακή τους πρόσληψη και να αυξήσουν τη σωματική τους δραστηριότητα για να επιτύχουν μια μέτρια απώλεια βάρους κατά τη διάρκεια της θεραπείας, εάν παρακολουθούνται προσεκτικά. (Brown J. K., Byers T., Doyle C. et al, 2003).

Η ενεργειακή πρόσληψη πρέπει να ισορροπεί με τη σωματική δραστηριότητα για να επιτύχει τους εξατομικευμένους στόχους όσον αφορά το σωματικό βάρος κατά τη διάρκεια της θεραπείας και της αποκατάστασης του καρκίνου. Τα τελευταία χρόνια, η έρευνα που εξετάζει τα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας για τα άτομα με καρκίνο έχει αυξηθεί. (Brown J. K., Byers T., Doyle C. et al, 2003).

Η άσκηση μπορεί να ωφελήσει πολλούς ασθενείς με καρκίνο βοηθώντας τους να διατηρήσουν τη δύναμη των μυών και τη λειτουργικότητα τους, και να μειώσουν τον κάματο και την κατάθλιψη τους. Εντούτοις, η σωματική δραστηριότητα πρέπει να εξατομικευτεί για να επηρεάζει τη θεραπεία, την καλή φυσική κατάσταση του ατόμου, και τη βιοτική του ικανότητα. Οι ανάγκες σε πρωτεΐνη αυξάνονται για τους ασθενείς που πάσχουν από κακή θρέψη και για

εκείνους που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση ή σε μεταμόσχευση μυελού των οστών. Τα περισσότερα άτομα με καρκίνο θα χρειαστούν 1,0 - 1,5 g πρωτεΐνης /kg σωματικού βάρους (Brown J. K., Byers T., Doyle C. et al, 2003). Οι γενικές οδηγίες για την πρόληψη ασθενειών πρέπει να χρησιμοποιηθούν για να καθορίσουν το ποσοστό των θερμίδων που θα προέρχεται από το λίπος και τους υδατάνθρακες. Η κατάσταση των υγρών πρέπει να αξιολογείται με προσοχή στα άτομα με καρκίνο, δεδομένου ότι η θεραπεία καρκίνου και η διατροφική υποστήριξη μπορούν να οδηγήσουν σε αφυδάτωση ή υπέρ-ενυδάτωση. (Ζαμπέλας Α., 2007).

Πολλοί ασθενείς αρχίζουν την κατανάλωση νέων συμπληρωμάτων διατροφής κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου (Patterson R. E., Neuhouser M. L., Hedderson M. M., et al., 2003). Η παροχή ενός πολυβιταμινούχου σκευάσματος σε καθημερινή βάση με πολλά μεταλλικά στοιχεία και με επίπεδα θρεπτικών συστατικών που ικανοποιούν τη Διατροφική Αναφορά Πρόσληψης (Dietary Reference Intake, DRI) συστήνεται συχνά στους ασθενείς με καρκίνο με κακή θρέψη ή που διατρέχουν κίνδυνο για εμφάνιση κακής θρέψης (Brown J. K., Byers T., Doyle C. et al, 2003). Αυτό θεωρείται γενικά ασφαλές (Norman H. A., Butrum R. R., Feldman E. et al. (2003).

Εντούτοις, τα οφέλη ή οι κίνδυνοι των συμπληρωμάτων διατροφής που παρέχουν μεγαλύτερες ποσότητες από τις συνιστώμενες ανάγκες θρεπτικών συστατικών δεν έχουν ερευνηθεί πλήρως. Παραδείγματος χάριν, δεν είναι γνωστό εάν τα συμπληρώματα αντιοξειδωτικών συστατικών σε επίπεδα πάνω από τη Διατροφική Αναφορά Πρόσληψης παρεμποδίζουν τη θεραπεία καρκίνου που στοχεύει στα κύτταρα καρκίνου με την πρόκληση μιας οξειδωτικής καταστροφής. Υπάρχει μια ανησυχία ότι τα υψηλά επίπεδα αντιοξειδωτικών θα μπορούσαν να έχουν αρνητικές επιδράσεις στα αποτελέσματα της θεραπείας καρκίνου. (Norman H. A., Butrum R. R., Feldman E. et al., 2003).

Δεν είναι επίσης σαφές εάν τα συμπληρώματα φυλλικού οξέος παρεμποδίζουν τις χημικοθεραπευτικές ενέργειες του φαρμάκου μεδοτρεξότη. (Brown J. K., Byers T., Doyle C. et al, 2003). Το Αμερικανικό Ίδρυμα για την Έρευνα του Καρκίνου πρόσφατα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα διατροφικά συμπληρώματα με αντιοξειδωτικά θρεπτικά συστατικά πάνω από τη Διατροφική Αναφορά Πρόσληψης δε συστήνονται ως ασφαλή ή αποτελεσματικά για τους ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε θεραπεία (Norman H. A., Butrum R. R., Feldman E. et al., 2003).



Μια έκθεση που παρουσιάστηκε το 2003 από την Αμερικανική Αντί-Καρκινική Εταιρεία σύστησε ότι οι επιζώντες καρκίνου που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία ή σε θεραπεία ακτινοβολίας δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα ανεκτά ανώτερα όρια της Διατροφικής Αναφοράς Πρόσληψης για τις αντιοξειδωτικές βιταμίνες. (Brown J. K., Byers T., Doyle C. et al, 2003). Άλλα διατροφικά σκευάσματα και συμπληρώματα βοτάνων λαμβάνονται μερικές φορές από τα άτομα με καρκίνο κατά τη διάρκεια και μετά από τη θεραπεία. Η ομάδα υγειονομικής περιθάλψης πρέπει να διατηρήσει ανοικτή επικοινωνία με τον ασθενή σχετικά με τη χρήση των συμπληρωμάτων διατροφής, ώστε να εξασφαλιστεί ότι αυτές οι ουσίες δεν παρεμποδίζουν τη θεραπεία καρκίνου (Brown J. K., Byers T., Doyle C. et al., 2003).

Τέλος, τα αποτελέσματα μερικών μελετών έχουν προτείνει ότι τα ω-3 συμπληρώματα λιπαρών οξέων μπορούν να βοηθήσουν να μειώσουν την προκληθείσα από τον καρκίνο απώλεια βάρους, αλλά αυτό απαιτεί περαιτέρω μελέτη. (Burns C. P., Halabi S., Clamon G. et al., 2004).

### **3.4.5 Διατροφική Αντιμετώπιση των Παρενεργειών που Προκαλούνται από τη Θεραπεία**

Η χειρουργική επέμβαση, η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η ανοσοθεραπεία έχουν τη δυνατότητα να μεταβάλουν την κατάσταση θρέψης. Μερικές παρενέργειες θα έχουν βραχυπρόθεσμες επιδράσεις, ενώ άλλες θα οδηγήσουν σε χρόνιες καταστάσεις που μπορούν να εμφανιστούν χρόνια μετά από τη θεραπεία. Πολλοί ασθενείς με καρκίνο αναμένεται να έχουν παρενέργειες ως αποτέλεσμα της θεραπείας τους, αλλά οι παρενέργειες είναι διαφορετικές για κάθε άτομο, και είναι σημαντικό να εξατομικευτεί η συμβουλευτική. Μια Αμερικάνικη μελέτη με περισσότερους από 1000 ασθενείς διαπίστωσε ότι ο μέσος αριθμός παρενεργειών που αναμένονται από τους ασθενείς ήταν εννέα και ότι τα συνηθέστερα αναμενόμενα συμπτώματα ήταν κούραση, ναυτία, διαταραχές ύπνου, απώλεια βάρους, τριχόπτωση και δερματικά προβλήματα. Η χημειοθεραπεία μπορεί να έχει επιπτώσεις όχι μόνο στον όγκο, αλλά και σε όλα τα κύτταρα του σώματος, ιδιαίτερα στα κύτταρα που διαιρούνται με ταχείς ρυθμούς όπως εκείνα του γαστρεντερικού βλεννογόνου και του μυελού των οστών. Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας που μπορούν να έχουν επιπτώσεις στην κατανάλωση τροφίμων και στην κατάσταση θρέψης συμπεριλαμβάνουν την ανορεξία, τη μεταβολή στην ικανότητα γεύσης και όσφρησης, τη στοματίτιδα, τη ξηροστομία, τα οδοντικά προβλήματα, τα προβλήματα ούλων, τη

δυσφαγία, τη ναυτία, τον έμετο, τη διάρροια, τη δυσκοιλιότητα, τον κάματο, την ουδετεροπενία, την αναιμία και την περιφερική νευροπάθεια (Brown J. K., Byers T., Doyle C. et al, 2003).

Η επιλογή της φαρμακευτικής αγωγής και η διάρκεια χορήγησης της και η δόση της θεραπείας θα καθορίσουν τον τύπο και την έκταση των παρενεργειών.

Η ανοσοθεραπεία μπορεί επίσης να προκαλέσει πυρετό και συμπτώματα παρόμοια με αυτά της γρίπης (Norman H. A., Butrum R. R., Feldman E. et al., 2003).

Ενώ η ακτινοθεραπεία εστιάζεται στον όγκο, επηρεάζει ωστόσο και τους περιβάλλοντες ιστούς. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να έχει οξείες ή χρόνιες επιδράσεις. Μερικές παρενέργειες μπορούν να συνεχίσουν για αρκετές εβδομάδες έως χρόνια μετά το τέλος της θεραπείας. Οι κοινές επιδράσεις της θεραπείας ακτινοβολίας που έχουν αντίκτυπο στη κατάσταση θρέψης συμπεριλαμβάνουν την ανορεξία, τις γαστρεντερικές διαταραχές, τον κάματο, και τις μεταβολές στην ικανότητα γεύσης και όσφρησης, αλλά οι παρενέργειες θα εξαρτηθούν από την περιοχή που έχει θεραπευτεί. Η ακτινοβολία στην περιοχή του θώρακα μπορεί να προκαλέσει δυσφαγία και οισοφαγίτιδα, ενώ η ακτινοβολία στην κοιλιακή περιοχή μπορεί να προκαλέσει οξεία ή / και χρόνια γαστρίτιδα, εντερίτιδα και κολίτιδα (Norman H. A., Butrum R. R., Feldman E. et al., 2003).

Ο συνδυασμός της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας θα οδηγήσει γενικά σε σοβαρότερα συμπτώματα. Παραδείγματος χάριν, σχεδόν όλοι οι ασθενείς με καρκίνο της κεφαλής και του λαιμού που λαμβάνουν το συνδυασμό χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας θα αναπτύξουν πληγές στη στοματική κοιλότητα και φλεγμονή του βλεννογόνου (Norman H. A., Butrum R. R., Feldman E. et al., 2003).

Περίπου το 60% των ασθενών με καρκίνο θα χρειαστούν χειρουργική επέμβαση. Οι ανάγκες του ασθενούς για ενέργεια και πρωτεΐνη αυξάνονται μετά από τη χειρουργική επέμβαση λόγω των αυξημένων μεταβολικών απαιτήσεων και της ανάγκης για επιπρόσθετα υποστρώματα που θα ενισχύσουν την επούλωση των τραυμάτων. Το άλγος και ο κάματος που ακολουθούν τη χειρουργική επέμβαση καθιστούν συχνά δύσκολο για τους ασθενείς να ικανοποιήσουν επαρκώς τις αυξημένες ανάγκες για θρεπτικά συστατικά (Brown J. K., Byers T., Doyle C. et al, 2003).

Η κακή θρέψη συσχετίζεται με τη φτωχή επούλωση των τραυμάτων και με τον αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων μετά το τέλος της χειρουργικής επέμβασης. Κατά συνέπεια, η προεγχειρητική μέσω της στοματικής οδού, η εντερική ή η παρεντερική σίτιση μπορεί να συστηθεί στους ασθενείς με κακή θρέψη για να μειωθεί ο κίνδυνος επιπλοκών και θνητότητας.

Μετά το τέλος της χειρουργικής επέμβασης, για εκείνους που μπορούν να καταναλώσουν τροφή από το στόμα, σκευάσματα διατροφής σε υγρή μορφή καθώς και τα μικρά και συχνά γεύματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να βοηθήσουν τους ασθενείς να αυξήσουν τη πρόσληψη θρεπτικών συστατικών (Brown J. K., Byers T., Doyle C. et al, 2003).

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για να βοηθήσουν τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν την ανορεξία συμπεριλαμβάνουν το φάρμακο μεγεστρόλη (megestrol) και τα κορτικοστεροειδή. Το megestrol, που είναι ένα συνθετικό φάρμακο προκυοφόρο (progestational), βελτιώνει την όρεξη, την πρόσληψη ενέργειας και το σωματικό βάρος στους ασθενείς με καρκίνο, και έχει λιγότερες παρενέργειες. Τα κορτικοστεροειδή μπορούν να βελτιώσουν την όρεξη για ένα μικρό χρονικό διάστημα, αλλά έχουν καταστροφικές παρενέργειες, συμπεριλαμβανομένης της εγγύς μυϊκής αδυναμίας, του παραληρήματος, της κατακράτησης υγρών, της καταστολής των επινεφριδίων, της δυσανεξίας στη γλυκόζη, και των διαταραχών των ηλεκτρολυτών. Τα αναλγητικά, τα αναισθητικά, και τα αντιφλεγμονώδη μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αντιμετωπίσουν τον πόνο, ο οποίος μπορεί επίσης να έχει αντίκτυπο στην κατανάλωση τροφίμων. (Wenten M., Gilliland FD., Baumgartner K., et al., 2002).

#### **3.4.6 Διατροφική Συμβουλευτική για το Άτομο με Καρκίνο**

Τα άτομα θα κάνουν συχνά αλλαγές στον τρόπο ζωής τους μετά τη διάγνωση του καρκίνου συμπεριλαμβανομένων αλλαγών στις διατροφικές συνήθειες, αύξηση στη σωματική δραστηριότητα και στην κατανάλωση νέων διατροφικών σκευασμάτων. Κατά συνέπεια, αυτοί είναι μια ομάδα ασθενών που πρέπει να είναι δεκτικοί σε, και να ωφεληθούν από, τη διατροφική συμβουλευτική (Patterson R. E., Neuhouser M. L., Hedderson M. M., et al, 2003).

Οι μελέτες που εξέτασαν την αποτελεσματικότητα της διατροφικής παρέμβασης ανάμεσα σε ασθενείς με καρκίνο έχουν δείξει ότι η παροχή διατροφικών συμβουλών μπορεί να οδηγήσει σε ευεργετικές αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες, να μειώσει τις παρενέργειες, και να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής (Ravasco P., Monteiro-Grillo I. & Camilo M. E., 2003).

Οι Isenring και συν. (2004) έδειξαν ότι η παροχή της εντατικής, εξατομικευμένης διατροφικής συμβουλευτικής οδήγησε στην αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών, και στη μικρότερη επιδείνωση της διατροφικής κατάστασης και της ποιότητας ζωής συγκριτικά με ένα τυποποιημένο πρωτόκολλο παροχής μόνο γενικών συμβουλών και ενός ημερολογίου διατροφής.

Ο διαιτολόγος θα πρέπει να συναντηθεί με τον ασθενή πριν από την αρχή της θεραπείας καρκίνου για να αξιολογήσει τη διατροφική του κατάσταση. Εκείνη την περίοδο θα πρέπει επίσης να αξιολογηθούν οι γνώσεις του ασθενούς σε θέματα διατροφής, οι γνώσεις του για τις πιθανές παρενέργειες της θεραπείας και οι γνώσεις του για τις μεθόδους που πρέπει να ακολουθήσει ώστε να διατηρηθεί η κατανάλωση τροφίμων και η πρόσληψη θρεπτικών συστατικών. Χρησιμοποιώντας αυτές τις πληροφορίες, ο ασθενής και ο διαιτολόγος πρέπει να συμφωνήσουν σχετικά με τους στόχους της διατροφικής υποστήριξης. (Wenten M., Gilliland FD., Baumgartner K., et al., 2002).

Ο διαιτολόγος μπορεί να υπολογίσει τις ενεργειακές ανάγκες του ασθενούς καθώς και τις ανάγκες σε θρεπτικά συστατικά και να τον βοηθήσει με ένα σχέδιο να διατηρήσει την καλή διατροφική του κατάσταση. Οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να σκέφτονται θετικά και να καταναλώνουν υγιή γεύματα με επαρκείς θερμίδες, πρωτεΐνη και θρεπτικά συστατικά όταν αισθάνονται αρκετά καλά για να φάνε. Ο διαιτολόγος μπορεί επίσης να συμβουλευσει τους ασθενείς να προγραμματίσουν έγκαιρα κάποιο διατροφικό πρόγραμμα γιατί θα υπάρξουν στιγμές κατά τη διάρκεια της θεραπείας που δε θα αισθάνονται καλά. Η συμβουλευτική μπορεί να συμπεριλάβει την αποθήκευση τροφίμων στο σπίτι εύκολης και γρήγορης επεξεργασίας, και το να ζητήσουν τη βοήθεια της οικογένειας και των φίλων για τις αγορές τροφίμων και την προετοιμασία γευμάτων. Ο διαιτολόγος πρέπει επίσης να συμβουλευσει τους ασθενείς πριν από την έναρξη της θεραπείας για τεχνικές που μπορούν να υιοθετήσουν για να αντιμετωπιστούν τα πιθανά διατροφικά προβλήματα. (Wenten M., Gilliland FD., Baumgartner K., et al., 2002).

Είναι πολύ σημαντικό για το διαιτολόγο να διατηρήσει μια καλή επικοινωνία με τους ασθενείς με καρκίνο καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου θεραπείας και αποκατάστασης. Περίοδοι παρακολούθησης και follow-up με τους ασθενείς πρέπει να προγραμματιστούν όπως απαιτούνται και θα πρέπει να συμπεριλάβουν μια συζήτηση για την κατανάλωση τροφίμων και τις παρενέργειες. Είναι χρήσιμο οι ασθενείς να διατηρήσουν ένα ημερολόγιο αναφοράς με τα διατροφικά προβλήματα, τη σημείωση των χρόνων θεραπείας και των προκυπτουσών παρενεργειών. Ο διαιτολόγος μπορεί να χρησιμοποιήσει αυτές τις πληροφορίες για να συζητήσει τις στρατηγικές με τον ασθενή για την αντιμετώπιση των παρενεργειών. Οι ασθενείς πρέπει να επαναξιολογηθούν περιοδικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας καρκίνου. Το σωματικό βάρος και η διατροφική κατάσταση πρέπει να παρακολουθούνται και το σχέδιο διατροφικής υποστήριξης

θα πρέπει να αναθεωρηθεί εάν είναι απαραίτητο. (Wenten M., Gilliland FD., Baumgartner K., et al., 2002).

### **3.4.7 Ασθενής σε προχωρημένο καρκίνο**

Για τον ασθενή σε προχωρημένο καρκίνο, η διατροφή και η σωματική δραστηριότητα είναι σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες για την ποιότητα της ζωής του (Brown J. K., Byers T., Doyle C. et al., 2003).

Οι Bosaeus και συν. (2002) εξέτασαν την πρόσληψη θρεπτικών συστατικών και την απώλεια βάρους περίπου 300 ασθενών σε προχωρημένο καρκίνο. Η μέση πρόσληψη θρεπτικών συστατικών ήταν χαμηλή (2610 kcal / kg σωματικού βάρους / ημέρα) και το 43% των ασθενών είχε μια απώλεια βάρους της τάξεως του 10%. Η ενεργειακή πρόσληψη δεν αυξήθηκε στους ασθενείς που είχαν υπερβολικά αυξημένο μεταβολισμό. Η απώλεια σωματικού βάρους και ο υπερβολικά αυξημένος μεταβολισμός συσχετίστηκαν με μειωμένη επιβίωση.

Πολλά άτομα σε προχωρημένο καρκίνο θα χρειαστούν βοήθεια για να αντιμετωπίσουν τις επιπλοκές του καρκίνου όπως είναι η ανορεξία, ο κάματος, η κατάθλιψη και το άλγος. (Brown J. K., Byers T., Doyle C. et al., 2003).

Τα διατροφικά σκευάσματα σε υγρή μορφή και τα πρόχειρα τρόφιμα μπορούν να παρέχουν ενέργεια και θρεπτικά συστατικά στους ασθενείς όταν εκείνοι είναι ανήμποροι να καταναλώσουν κανονικά γεύματα. Τα φάρμακα που αυξάνουν την όρεξη μπορούν επίσης να συνταγογραφηθούν για αυτούς τους ασθενείς. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η χρήση ω-3 λιπαρών οξέων μπορεί να βοηθήσει στο να βελτιώσει την όρεξη και το σωματικό βάρος ασθενών σε προχωρημένο καρκίνο. Οι αποφάσεις σχετικά με την καταπραϊντική υποστήριξη θα εξαρτηθούν από τις ανάγκες και τις επιθυμίες του ασθενούς. Η εντερική και η παρεντερική σίτιση χρησιμοποιούνται μερικές φορές για τη διατροφική υποστήριξη και για να ανακουφίσουν τον ασθενή, αλλά τα οφέλη και οι κίνδυνοι αυτών των τύπων σιτίσεως πρέπει να αξιολογηθούν προσεκτικά για κάθε ασθενή. (Brown J. K., Byers T., Doyle C. et al., 2003).

#### **Κεφάλαιο 4: Συμπέρασμα**

Όπως παρατηρήθηκε με την παρούσα βιβλιογραφική μελέτη, υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της ψυχικής υγείας και της διατροφής στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Τόσο η ψυχική υγεία των ατόμων, οι διατροφικές τους συνήθειες, το σωματικό τους βάρος και ο τρόπος ζωής, φαίνεται πως δρουν συνεργατικά στη δημιουργία και στην εξέλιξη του καρκίνου. Δεν μπορεί να ενοχοποιηθεί ένας και μόνο από τους προαναφερόμενους παράγοντες.

Ο καρκίνος του μαστού αν αντιμετωπιστεί σε αρχικό στάδιο μπορεί να «προλάβει» την εξέλιξη ή μετάσταση του όγκου και να αυξήσει κατά πολύ το προσδόκιμο της επιβίωσης. Φυσικά, οι μεταβολές στο σώμα όσο και στην ψυχολογία των ατόμων είναι τόσες πολλές που μπορεί να επηρεάσουν την οποιαδήποτε θεραπευτική αντιμετώπιση (φαρμακευτική, χειρουργική, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία). Γι' αυτό απαιτείται λεπτός χειρισμός τόσο από την πλευρά του γιατρού και του προσωπικού που πιθανώς να εμπλέκεται (νοσηλεύτες, ψυχολόγοι, διαιτολόγοι) στη θεραπεία, όσο και από την πλευρά της οικογένειας του καρκινοπαθούς.

Όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου, υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι μια καλή ψυχική υγεία και μια ισορροπημένη διατροφή, μπορούν να δράσουν θετικά. Το χαμηλό άγχος, η εξωτερίκευση των συναισθημάτων (είτε είναι θετικά είτε αρνητικά) και η υψηλή κατανάλωση ομάδων τροφίμων πλούσια σε αντιοξειδωτικά και φυτικές ίνες, μπορούν να έχουν ισχυρή προληπτική δράση στην εμφάνιση του καρκίνου.

Από την άλλη όμως δεν μπορεί να αγνοήσει κανείς και τη μεγάλη σημασία της κληρονομικότητας στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού, που στην περίπτωση της, ο συνδυασμός καλής ψυχολογικής και σωματικής κατάστασης δεν μπορεί να δράσει προληπτικά στο 100% των περιπτώσεων.

Το θετικό πάντως είναι ότι ο τομέας της ιατρικής έχει κάνει αρκετά βήματα πάνω στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού και αν υπάρχει έγκαιρη διάγνωση, τότε η θεραπεία που θα ακολουθηθεί μπορεί να έχει μεγαλύτερο ποσοστό επιτυχίας. Έτσι λοιπόν, είναι καλό για προληπτικούς λόγους να γίνεται τακτική εξέταση των μαστών (αυτοεξέταση, ψηλάφηση από γιατρό, μαστογραφία) και ιδιαίτερα σε γυναίκες που βρίσκονται ή έχουν περάσει κλιμακτήριο.

## Βιβλιογραφία

- ❖ Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993;85(5):365–76.
- ❖ Aass N, Kaasa S, Lund E, Kaalhus O, Skard Heier M, Fossa SD. Long-term somatic side-effects and morbidity in testicular cancer patients. *Br J Cancer* 1990;61:151-155.
- ❖ Ahlner-Elmqvist M. et al (2008) Characteristics and quality of life of patients who choose home care at the end of life. *Journal of pain and symptom management* 36: 217-227
- ❖ Amichetti M, Fellin G, Bolner A, et al. Stage I seminoma of the testis: long-term results and toxicity with adjuvant radiotherapy. *Tumori* 1994;80:141-145.
- ❖ Andreyev HJ, Norman AR, Oates J, Cunningham D. Why do patients with weight loss have a worse outcome when undergoing chemotherapy for gastrointestinal malignancies? *Eur J Cancer* 1998;34(4):503–9.
- ❖ Arai Y, Kawakita M, Hida S, Terachi T, Okada Y, Yoshida O. Psychosocial aspects in long-term survivors of testicular cancer. *J Urol* 1996;155:574-578.
- ❖ Bauer J, Capra S, Ferguson M. Use of the scored Patient- Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. *Eur J Clin Nutr* 2002;56(8):779–85.
- ❖ Bauman GS, Venkatesan VM, Ago CT, Radwan JS, Dar AR, Winqvist EW. Postoperative radiotherapy for stage I/II seminoma: results for 212 patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998;42:313-317.
- ❖ Browall M., Ahlberg K., Karlsson P. et al., Health – related Quality of Life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausal women, *European Journal of Oncology Nursing* (2008);12:180-189
- ❖ Brown JK, Byers T, Doyle C, et al. Nutrition and physical activity during and after cancer treatment: an American Cancer Society guide for informed choices. *CA Cancer J Clin* 2003;53(5):268–91.
- ❖ Caffo O, Amichetti M. Evaluation of sexual life after orchietomy followed by radiotherapy for early stage seminoma of the testis. *Br J Urol Int* 1999;83:462-468.

- ❖ Caffo O, Fellin G, Graffer U, Luciani L. Assessment of quality of life after cystectomy or conservative therapy for patients with infiltrating bladder carcinoma. A survey by a self-administered questionnaire. *Cancer* 1996;78:1089-1097.
- ❖ Caffo O, Fellin G, Graffer U, Luciani L. Assessment of quality of life after radical radiotherapy for prostate cancer. *Br J Urol* 1996;78:557- 563.
- ❖ Caro MM, Laviano A, Pichard C, Candela CG. [Relationship between nutritional intervention and quality of life in cancer patients]. *Nutr Hosp* 2007;22(3):337–50.
- ❖ Coia LR, Hanks GE. Complications from large field intermediate dose infradiaphragmatic radiation: an analysis of the patterns of care outcome studies for Hodgkin's disease and seminoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1988;15:29-35.
- ❖ Cotugna N., Subar A., Heimendinger J., Kahle L., Nutrition and cancer prevention knowledge, beliefs, attitudes and practices: The 1987 National Health Interview Survey. *J Am Diet Assoc* 1992;92:963-8
- ❖ Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951;16:297-334.
- ❖ Cui Y, Whiteman MK, Flaws JA, et al. Body mass and stage of breast cancer at diagnosis. *Int J Cancer* 2002;98(2):279-83
- ❖ Cullen M, James N. Adjuvant therapy for stage I testicular cancer. *Cancer Treat Rev* 1996;22:253-264.
- ❖ Curran D., Van Dongen J.P., Aaronson N.K., et al, Quality of life of early-stage breast cancer patients treated with radical mastectomy or breast-conserving procedures: Results of EORTC Trial 10801, *European Journal of Cancer*, (1998);34(3):307-314
- ❖ Daniell HW, Tam E, Filice A. Larger axillary metastases in obese women and smokers with breast cancer-an influence by host factors on early tumor behavior. *Breast Cancer Res Treat* 1993;25(3):193-201
- ❖ Fayers P, Bottomley A. Quality of life research within the EORTC-the EORTC QLQ-C30. European Organisation for Research and Treatment of Cancer. *Eur J Cancer* 2002;38 Suppl 4:S125–33.
- ❖ Fossa SD, Aass N, Kaalhus O. Radiotherapy for testicular seminoma stage I: treatment results and post-irradiation morbidity in 365 patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1989;16:383-388.



- ❖ Fossa SD, Aass N, Ous S, Waehre H. Long-term morbidity and quality of life in testicular cancer patients. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 1991;138:241-246.
- ❖ Fossa SD, Dahi AA, Haaland CF. Health-related quality of life in patients treated for testicular cancer. *Curr Opin Urol* 1999;9:425-429.
- ❖ Front D., Scheck SO, Frankel A., Robinson E. (1979) Bone metastases and bone pain in breast cancer: Are they closely associated? *JAMA* 19: 1747-1748
- ❖ Fung TT, Willett WC, Stampfer MJ, Manson JE, Hu FB. Dietary patterns and the risk of coronary heart disease in women. *Arch Intern Med* 2001;161:1857
- ❖ Giacchetti S, Raoul Y, Wibbult P, Droz JP, Court B, Eschwege F. Treatment of stage I testis seminoma by radiotherapy long-term results. A 30 year experience. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1993;27:3-9.
- ❖ Giovannucci E, Stampfer MJ, Colditz GA. A comparison of prospective and retrospective assessments of diet in the study of breast cancer. *Am J Epidemiol* 1993;137:502
- ❖ Graydon J, Galloway S, Palmer-Wickam S, et al. Information needs of women during early treatment for breast cancer. *J Adv Nurs* 1997;26:59-64.
- ❖ Gupta D, Lis CG, Granick J, Grutsch JF, Vashi PG, Lammersfeld CA. Malnutrition was associated with poor quality of life in colorectal cancer: a retrospective analysis. *J Clin Epidemiol* 2006;59(7):704–9.
- ❖ Hamilton C, Easton HD, Peckam MJ. Radiotherapy for stage I seminoma testis: results of treatment and complications. *Radiother Oncol* 1986;6:115-120.
- ❖ Hammerlid E, Wirblad B, Sandin C, et al. Malnutrition and food intake in relation to quality of life in head and neck cancer patients. *Head Neck* 1998;20(6):540–8.
- ❖ Harnack L., Block G., Subar A., et al, 1998, Cancer Prevention-Related Nutrition Knowledge, Beliefs and Attitudes of U.S. Adults: 1992 NHIS Cancer Epidemiology Supplement, *Journal of Nutrition Education* 30(3)131-138
- ❖ Karnofski D, Burchenal J. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: McLeod C, editor. *In evaluation of chemotherapeutic agents*. New York: Columbia University Press; 1949. p. 191–205.
- ❖ Kiebert G.M., Haes J., Van de Velde C., The impact of breast-conserving treatment and mastectomy on the quality of life of early breast cancer patients: a review, *J Clin Oncol* (1991);9:1059-1070

- ❖ Kim YI. Folate and cancer prevention: a new medical application of folate beyond hyperhomocysteinemia and neural tube defects. *Nutr Rev* 1999;57:314
- ❖ Kim YI. Folate and carcinogenesis: evidence, mechanisms, and implications. *J Nutr Biochem* 1999;10:66
- ❖ Krebs-Smith S., Heimendinger J., Patterson B., Subar A., Kessler R., Pivonka E., Psychosocial factors associated with fruit and vegetable consumption, *Am. J. Health Promotion* 1995;10:98-104
- ❖ Kullmer U., Stenger K., Milch W., et al, Self-concept, body-image and use of unconventional therapies in patients with gynecological malignancies in the state of complete remission and recurrence, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, (1999);82:101-106
- ❖ L. Kathleen Mahan, Sylvia Escott-Stump, Krause's Food, Nutrition & Diet Therapy, 2004
- ❖ La Guardia M, Giammanco M. Breast cancer and obesity. *Panminerva Med* 2001;43(2):123-33
- ❖ Marin Caro MM, Laviano A, Pichard C. Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. *Clin Nutr* 2007;26(3):289–301.
- ❖ Michels KB, Giovannucci E, Joshipura KJ, et al. Prospective study of fruit and vegetable consumption and incidence of colon and rectal cancers. *J Natl Cancer Inst* 2000;92:1740
- ❖ Molassiotis A. (1998) Measuring psychosexual functioning in cancer patients: psychometric properties and normative data of a new questionnaire, *European Journal of Oncology Nursing* 2(4): 194-205
- ❖ Moore Courtney Mary, Διαιτολογία, 3η Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, 2005, σελ.: 197-216.
- ❖ Nourissat A, Mille D, Delaroche G, et al. Estimation of the risk for nutritional state degradation in patients with cancer: development of a screening tool based on results from a cross-sectional survey. *Ann Oncol* 2007;18(11):1882–6.
- ❖ Oken MM, Creech RH, Tormey DC, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982;5(6):649–55.
- ❖ Ottery FD. Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. *Nutrition* 1996;12(1 Suppl):S15–9.

- ❖ Outcomes of cancer treatment for technology assessment and cancer treatment guidelines. American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol* 1996;14(2), 671-679.
- ❖ Overgaard M, Jensen M-J, Overgaard J, et al. Postoperative radiotherapy in high-risk postmenopausal breast-cancer patients given adjuvant Tamoxifen: Danish Breast Cancer Cooperative Group DBCG 82c randomised trial. *Lancet* 1999;353:1641-8.
- ❖ Overgaard M, Nielsen HM, Overgaard J. Is the benefit of postmastectomy irradiation limited to patients with four or more positive nodes, as recommended in international consensus reports? A subgroup analysis of the DBCG 82 b & c randomized trials. *Radiother Oncol* 2007;82:247-53.
- ❖ Paszat LF, Vallis KA, Benk VMA, Groome PA, Mackillop WJ, Wielgosz A. A population-based case-cohort study of the risk of myocardial infarction following radiation therapy for breast cancer. *Radiother Oncol* 2007;82:294-300.
- ❖ Patterson R., Kristal A., Lynch J., White E., Diet-Cancer related beliefs, knowledge, norms and their relationship to healthful diets. *J Nutr Educ* 1995;27:86-92
- ❖ Peiro G, Bornstein BA, Connolly JL, et al. The influence of infiltrating lobular carcinoma on the outcome of patients treated with breast-conserving surgery and radiation therapy. *Breast Cancer Res Treat* 2000;59:49-54
- ❖ Peltz G. Nutrition support in cancer patients: a brief review and suggestion for standard indications criteria. *Nutr J* 2002;1:1.
- ❖ Petruson KM, Silander EM, Hammerlid EB. Quality of life as predictor of weight loss in patients with head and neck cancer. *Head Neck* 2005;27(4):302-10.
- ❖ Piccart-Gebhart MJ, Procter M, Leyland-Jones B, et al. Trastuzumab after adjuvant chemotherapy in HER2-positive breast cancer. *N Engl J Med* 2005;353:1659-72
- ❖ Pierce LJ, Hutchins LF, Green SR, et al. Sequencing of tamoxifen and radiotherapy after breast-conserving surgery in early-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2005;23:24-9
- ❖ Pierce LJ, Richer AS. Postmastectomy radiotherapy: more than locoregional control. *J Clin Oncol* 1994;12:444-6
- ❖ Poen JC, Tran L, Juillard G, et al. Conservation therapy for invasive lobular carcinoma of the breast. *Cancer* 1992;69:2789-95.
- ❖ Poortmans P. A bright future for radiotherapy in breast cancer. *Radiother Oncol* 2007;82:243-6

- ❖ Poortmans PM, Ataman F, Davis JB, et al. Quality assurance in the EORTC phase III randomised ‘boost vs. no boost’ trial for breast conserving therapy: comparison of the results of two individual case reviews performed early and late during the accrual period. *Radiother Oncol* 2005;76:278–84.
- ❖ Prentice A, Jebb SA. Obesity in Britain: gluttony or sloth. *BMJ* 1995;311(7002):437-9.
- ❖ Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. Cancer: disease and nutrition are key determinants of patients’ quality of life. *Support Care Cancer* 2004;12(4):246–52.
- ❖ Rock C.L., Jakob R.A., Bowen P.E., 1996, Update on the biological characteristics of the antioxidant micronutrients: Vitamin C, Vitamin E and the carotenoids, *Journal of the American Dietetic Association*, 96(7):693-702
- ❖ Rohan TE, Jain MG, Howe GR, Miller AB. Dietary folate consumption and breast cancer risk. *J Natl Cancer Inst* 2000;92:266
- ❖ Schapira DV, Kumar NB, Lyman GH, Cox CE. Abdominal obesity and breast cancer risk. *Ann Intern Med* 1990;112(3):182-6
- ❖ Schapira DV, Kumar NB, Lyman GH, Cox CE. Obesity and body fat distribution and breast cancer prognosis. *Cancer* 1991;67(2):523-8
- ❖ Temple NJ. Fruit, vegetables, and cancer prevention trials. *J Natl Cancer Inst* 1999;91:1164
- ❖ Terry P, Giovannucci E, Michels KB, et al. Fruit, vegetables, dietary fiber, and risk of breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2001;93:525
- ❖ Thomas J. & Retsas A. (1999) Transacting self – preservation: a grounded theory of the spiritual dimensions of people with terminal cancer. *International Journal of Nursing Studies* 36: 191-201
- ❖ Tisdale MJ. Cancer anorexia and cachexia. *Nutrition* 2001;17(5):438–42.
- ❖ Van Duyn MA, Pivonka E. Overview of the health benefits of fruit and vegetable consumption for the dietetics professional: selected literature. *J Am Diet Assoc* 2000;100:1511
- ❖ Wenten M, Gilliland FD, Baumgartner K, Samet JM. Associations of weight, weight change, and body mass with breast cancer risk in Hispanic and non-Hispanic white women. *Ann Epidemiol* 2002;12(6):435-44

- ❖ Whoqol G. Study protocol for the World Health Organisation project to develop a quality of life assessment instrument. *Qual Lif res* 1993;2:153–9.
- ❖ Αναγνωστόπουλος Φ. & Βελισσαρόπουλος Χρ., (1984) Ομαδική ψυχοθεραπεία με καρκινοπαθείς. *Ελληνική Ογκολογία* 20(4): 247-260
- ❖ Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ., 1986, Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο, Εκδόσεις Φλόγα, Αθήνα.
- ❖ Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ., 1999, Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- ❖ Ζαμπέλας Αντώνιος, Η Διατροφή Στα Στάδια Της Ζωής, 2003, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα
- ❖ Ζαμπέλας Αντώνιος, Κλινική Διαιτολογία & Διατροφή με στοιχεία παθολογίας, Τόμος 2, 2007, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα
- ❖ Μανιός Γιάννης (2006), *Διατροφική αξιολόγηση*, Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης
- ❖ Συντώσης Λ. (επιστ. επιμ.), 2008, Διατροφή και Μεταβολισμός, 2<sup>ο</sup>ς τόμος, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα
- ❖ Χριστοδούλου Γ.Ν. και συνεργάτες, 2002, Ψυχιατρική 1<sup>ο</sup>ς τόμος, Ψυχιατρική κλινική πανεπιστημίου Αθηνών, εκδόσεις Βήτα