

ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ



026000200269





A.
198

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Μωσής Ελισάφ, Καθηγητής Παθολογίας

**ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ**

Κακαϊδή Βαρέβα
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2005



Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει απόδοχή των γνώμων του συγγραφέα
N. 5343/32, άρθρο 202, παράγραφος 2



ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ:
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΟΡΙΣΜΟΥ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ:

10-09-1998
379α/11-05-99

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ

ΕΛΙΣΑΦ ΜΩΥΣΗΣ

Καθηγητής Παθολογίας
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΜΕΛΗ

ΓΟΥΔΕΒΕΝΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Αναπλ. Καθηγητής Παθολογίας/Καρδιολογίας
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΔΑΜΙΓΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΟΡΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ:
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ

16-07-1999
26-10-2005

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ

ΕΠΑΜΕΙΝΩΝΔΑΣ ΤΣΙΑΝΟΣ

Καθηγητής Παθολογίας
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΛΙΣΑΦ ΜΩΥΣΗΣ

Καθηγητής Παθολογίας
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΓΟΥΔΕΒΕΝΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Καθηγητής Παθολογίας/Καρδιολογίας
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΜΑΥΡΕΑΣ ΒΕΝΕΤΣΑΝΟΣ

Καθηγητής Ψυχιατρικής
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΔΑΜΙΓΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΥΦΑΝΤΗΣ ΘΩΜΑΣ

Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΤΣΙΑΡΑ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

Επίκουρος Καθηγήτρια Παθολογίας
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΚΙΟΡΤΣΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

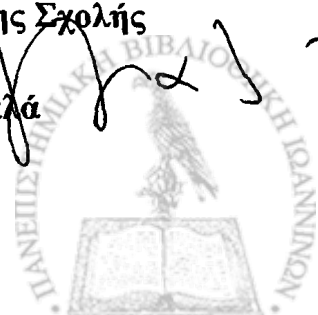
Επίκουρος Καθηγητής Φυσιολογίας
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΒΑΘΜΟΣ:

Άριστα

Η Γραμματέας της Σχολής

Ε. Τσαγγαλά



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Τελειώνοντας τη διδακτορική μου διατριβή θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όσους με βοήθησαν:

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. *Ελισάφ Μωυσή* Καθηγητή παθολογίας για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε αναθέτοντάς μου τη διατριβή. Επίσης θα ήθελα να τον ευχαριστήσω για την επιστημονική καθοδήγηση σε όλα τα στάδια της έρευνας, ώστε να ολοκληρωθεί η παρούσα διατριβή.

Σημαντική υπήρξε η βοήθεια του Καθηγητή Παθολογίας-Καρδιολογίας κ. *Ιωάννη Γουδέβενο* τον οποίο και ευχαριστώ ιδιαίτερος για την εύρεση του δείγματος.

Τον Επίκουρο Καθηγητή στην Ιατρική Ψυχολογία κ. *Δαμίγο Δημήτριο* για την πολύπλευρη επιστημονική συμβολή σε όλα τα στάδια της εκπόνησης αυτής της μελέτης.

Τα υπόλοιπα μέλη της εξεταστικής επιτροπής:

Τον κ. *Μαυρέα Βενετσάνο* Καθηγητή Ψυχιατρικής για την υποκίνηση αναζητήσεων προς εύρεση ορισμένων ειδικών βιβλιογραφικών αναφορών.

Τον κ. *Υφαντή Θωμά* Επίκουρο Καθηγητή Ψυχιατρικής για τη σημαντική βοήθεια και καθοδήγηση στη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας καθώς επίσης και για την επιστημονική του καθοδήγηση.

Τον Επίκουρο Καθηγητή Φυσιολογίας κ. *Κιότση Δημήτριο* για τη σημαντική βοήθεια στην επεξεργασία των διατροφικών συνηθειών στις δύο ομάδες.

Την Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας κ. *Τσιάρα Σταυρούλα* για τη συνεχή και πολύτιμη καθοδήγησή της σε όλα τα στάδια της μελέτης.

Όλους όσους δέχτηκαν με προθυμία να συμμετάσχουν στην έρευνα καθώς και

Την οικογένειά μου για την κατανόηση και ψυχολογική υποστήριξη που μου προσέφεραν.



ΑΦΙΕΡΩΝΕΤΑΙ

Στη μνήμη του πατέρα μου,

Στην οικογένειά



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 1 |
| 1.1 | ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ | 5 |
| 2 | ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΕΝΗΛΙΚΟΥ | 7 |
| 2.1 | Η ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ | 9 |
| 2.2 | ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΕΥΣΕΝΚ | 10 |
| 2.3 | Η ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΒΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΤΟΥ ΕΥΣΕΝΚ | 12 |
| 3 | ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΥΠΟΥ Α ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ | 15 |
| 3.1 | Η ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗ ΔΙΕΓΕΡΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΨΥΧΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΥΠΟΥ Α | 19 |
| 3.2 | ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ | 20 |
| 4 | ΣΧΟΛΕΣ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ | 23 |
| 4.1 | ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ | 25 |
| 5 | ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ STRESS: ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΤΗΣ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΗΣ | 33 |
| 5.1 | ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ STRESS | 33 |
| 5.2 | Ο ΚΥΡΙΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ STRESS: ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΥ-ΥΠΟΦΥΣΙΑΚΟΥ -ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΟΥ ΑΞΟΝΑ | 35 |
| 5.3 | Η ΣΧΕΣΗ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ, ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ | 36 |
| 5.4 | ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΣΤΟ STRESS | 37 |
| 5.5 | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ | 41 |
| 5.6 | ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΚΑΙ ΚΡΙΣΗ | 43 |
| 5.7 | Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΩΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΡΙΣΗΣ | 45 |
| 6 | ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ | 47 |
| 7 | ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝΤΕΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ | 48 |
| 8 | ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ | 49 |
| 9 | ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ | 55 |



| | | |
|------|---|-----|
| 10 | Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΘΥΜΟΥ | 57 |
| 11 | ΕΞΩΣΤΡΕΦΗΣ- ΕΞΩΣΤΡΕΦΗΣ | 59 |
| 11.1 | ΕΞΩΣΤΡΕΦΗΣ ΤΥΠΟΣ | 59 |
| 11.2 | Η ΓΕΝΙΚΗ ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΥ | 60 |
| 11.3 | Η ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΥΝΕΙΔΗΤΟΥ | 61 |
| 11.4 | Ο ΕΞΩΣΤΡΕΦΗΣ ΤΥΠΟΣ | 62 |
| 11.5 | Η ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΥΝΕΙΔΗΤΟΥ | 63 |
| 11.6 | ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ | 64 |
| 11.7 | Η ΚΛΑΣΙΚΗ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΩΣΗΣ | 65 |
| 12 | ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ | 67 |
| 12.1 | ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ | 68 |
| 12.2 | ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ | 68 |
| 12.3 | ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ | 70 |
| 13 | ΔΙΑΤΡΟΦΗ- ΟΡΙΣΜΟΙ-ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ | 73 |
| 13.1 | ΔΙΑΤΡΟΦΗ -ΥΓΕΙΑ | 73 |
| 13.2 | ΔΙΑΙΤΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ | 74 |
| 13.3 | ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ | 75 |
| 14 | ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ | 77 |
| 15 | ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ | 81 |
| 16 | ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ Η.Δ.Η.Ο | 83 |
| 17 | ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΟΥ EYSENCK PERSONALITY QUESTIONNAIRE | 87 |
| 18 | ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΤΟΥ WILLET | 89 |
| 19 | ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ | 91 |
| 20 | ΣΥΖΗΤΗΣΗ | 103 |
| 21 | ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | 121 |
| 22 | ΠΡΟΤΑΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ | 127 |
| | ΠΕΡΙΛΗΨΗ | 131 |
| | SUMMARY IN ENGLISH | 133 |
| | ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 135 |
| | ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ | 165 |



1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Γιατί τη γλύκα στη ζωή (τὴ φέρνει) ο νηφάλιος στοχασμός, αὐτός που διερευνά τους λόγους για τους οποίους, προτιμάμε ἢ αποφεύγουμε καθετί και αποδιώχνει τις δοξασίες που με τόση ταραχή γεμίζουν την ψυχή μας»

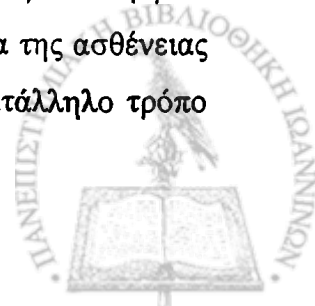
ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ

(Επιστολή προς Μενουκέα)

Μ.τ.φ.ρ. Νίκος Σκουτερόπουλος Εκδ.

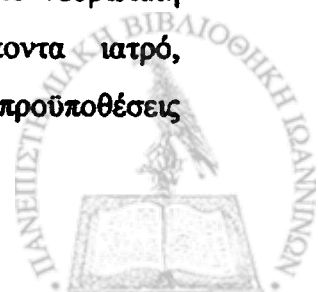
Στιγμή Αθήνα 2000

Η τεχνολογική πρόοδος και οι σημαντικές ανακαλύψεις των τελευταίων αιώνων στην ιατρική έδωσαν την ελπίδα εξάλλειψης των ασθενειών. Θεωρήθηκε ότι για κάθε διαταραχή υπάρχει και το αντίστοιχο αίτιο που με την κατάλληλη θεραπεία θα μπορούσε να εξουδετερωθεί. Δυστυχώς η πραγματικότητα δεν επιβεβαίωσε αυτές τις ελπίδες και οι πανάρχαιες ιδέες για τη σύνθετη αιτιολογία των οργανικών διαταραχών αναδύθηκαν και ήρθαν πάλι στο προσκήνιο. Η ιατρική αναγκάστηκε να ζητήσει βοήθεια και από άλλες επιστήμες για να εξηγήσει τη φύση των ανθρώπινων δεινών. Η ενότητα της ψυχής και του σώματος, όπως εμφανίσθηκε στα αρχαία ελληνικά φιλοσοφικά κείμενα, ξανακέρδισε το χαμένο της έδαφος και σε συνδυασμό με τις νεότερες ανακαλύψεις οδήγησε σε μια νέα αντίληψη της ιατρικής σκέψης. Η σύγχρονη αντίληψη της ιατρικής μας υποχρεώνει να επανεντάξουμε τον άνθρωπο και συνεπακόλουθα την ασθένεια εκεί που ανήκει, στο περιβάλλον του (οικολογικό, οικογενειακό, κοινωνικό) με το οποίο αλληλεπιδρά με ποικίλους τρόπους. Όπως αναφέρει ο Groddeck στις αρχές του 20^{ου} αιώνα (1) «...η ασθένεια είναι κάτι πολύ περισσότερο από τη συνάντηση ενός βακίλου και ενός ανθρώπου». Οι θανατηφόρες νόσοι που προσβάλλουν τους κατοίκους της Β. Αμερικής και της Ευρώπης (καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος κ.ά.), καθώς και τα σύγχρονα κοινωνικά προβλήματα συσχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τις διατροφικές συνήθειες, το κάπνισμα, τον τρόπο ζωής, τις ψυχολογικές ανάγκες, την κοινωνική ταυτότητα και τις υπαρξιακές αναζητήσεις των ατόμων που «ασθενούν». Ο όρος «ασθένεια» χρειάζεται να επαναπροσδιορισθεί, να εμπλουτισθεί και να συμπεριλάβει όλους εκείνους τους παράγοντες που η ανάπτυξη της φαρμακολογίας δεν κατάφερε να εξουδετερώσει. Η νέα αυτή αντίληψη προσπάθησε α) να προσεγγίσει θέματα που αφορούν τη βιο-ψυχοκοινωνική διάσταση του ατόμου πριν αλλά και κατά τη διάρκεια της ασθένειας και β) να μπορέσει μέσα από αυτή τη γνώση να παρέμβει με τον κατάλληλο τρόπο



στην ανάρρωση του. Η ιατρική αυτή ονομάστηκε ψυχοσωματική σε αντιδιαστολή με την «κλασική» ιατρική. Σύμφωνα με τον Kreisler (1994) (2)... Η ψυχοσωματική ιατρική αποδέχεται και συμπεριλαμβάνει τους συγκρουσιακούς παράγοντες στην αιτιολογία ή στην ανάπτυξη των σωματικών ασθενειών. Επιπλέον «η ψυχοσωματική» ως λέξη περικλείει δύο όρους και γράφεται χωρίς ενωτική παύλα για να δηλώσει τη θεμελιακή ενότητα των δύο συστατικών της που πρέπει να εκφράσει.

Η ψυχοσωματική ιατρική ξεκίνησε τις δεκαετίες του '30 και του '40 λειτουργώντας με σχετικά αδιαφοροποίητες θεωρητικές κατασκευές και τα επόμενα 40 χρόνια της ανάπτυξης της επέδειξε σημαντική λειτουργική και δομική εξειδίκευση στις έννοιες και στις τεχνικές που χρησιμοποιεί. Στη δεκαετία του 1980 η ψυχοσωματική ιατρική βασίζονταν σταθερά σε ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της νόσου, το οποίο λαμβάνει υπόψη του την περίπλοκη αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων σε όλα τα νοσήματα. Τα συναισθήματα θεωρούνται τώρα παρεμβαίνουσες μεταβλητές και όχι αίτια της νόσου. Η διάκριση μεταξύ «ψυχοσωματικών» και «πραγματικών» νοσημάτων έχει εξαλειφθεί. Ορισμένοι συγγραφείς, μάλιστα, αποθαρρύνουν τη χρήση του όρου «ψυχοσωματικό νόσημα» (ή διαταραχή ή σύμπτωμα), καθώς τείνει να διαιωνίζει την απαρχαιωμένη ιδέα της ψυχογένεσης, η οποία είναι ασύμβατη με το δόγμα της πολλαπλής αιτιολογίας της νόσου. Όμως, παρά το γεγονός ότι η «ψυχοσωματική ιατρική αναγνωρίζει» το «αδιαχώριστο και την αλληλεξάρτηση των ψυχοσωματικών και των βιολογικών (φυσιολογικών, σωματικών) πλευρών του ανθρώπινου είδους» (3), προσπαθεί συνεχώς να διερευνήσει για ποιό λόγο ορισμένοι άνθρωποι είναι πιο ευάλωτοι στη νόσο από κάποιους άλλους και να εξηγήσει τους μηχανισμούς διαμέσου των οποίων οι ψυχοσωματικές εμπειρίες μπορεί να επηρεάσουν τη σωματική λειτουργία. Βαθμιαία καθίσταται σαφές ότι οι άνθρωποι που εμφανίζουν μεγάλη ευπάθεια στην ανάπτυξη σωματικών νοσημάτων πάσχουν από ψυχολογικά ελλείμματα και όχι από ειδικές ψυχολογικές συγκρούσεις και ότι απαιτείται ένα διαφορετικό μοντέλο ψυχοπαθολογίας προκειμένου να γίνουν κατανοητές οι περιπλοκότητες των ψυχικών τους διαταραχών. Τα άτομα τα οποία είναι επιρρεπή στην εμφάνιση σωματικών νοσημάτων εκδηλώνουν μερικές φορές σοβαρά ελλείμματα του Εγώ. Τα σωματικά νοσήματα επιλέκονται συχνά από νευρωτική συμπτωματολογία και μπορούν να παραπλανήσουν το θεράποντα ιατρό, αποκρύπτοντας την πραγματική διαταραχή και να δημιουργήσουν τις προϋποθέσεις για μια μη ικανοποιητική θεραπευτική έκβαση (2).



Η ανάπτυξη της ψυχοσωματικής ματιάς στην ιατρική επιστήμη φαίνεται ότι δίνει κάποιες ελπίδες για την καλύτερη προσέγγιση και αποκατάσταση της υγείας στους ασθενείς όλων των κατηγοριών. Ο Robert Ader (4) στο ετήσιο συνέδριο της Αμερικανικής Ψυχοσωματικής Εταιρείας το Μάρτιο του 1980 τόνισε «.. μια απλή παγκόσμια παρατήρηση αποτελεί τη βάση της ψυχοσωματικής έρευνας. Είναι η παρατήρηση ότι όταν ένας πληθυσμός ατόμων εκτεθεί στα ίδια παθογενετικά ερεθίσματα, μόνο μερικά άτομα θα νοσήσουν. Παρά όλες τις εκλεπτυσμένες τεχνικές που σχεδιάζονται με τρόπο ώστε να πετύχουν ομοιομορφία, η πολυπλοκότητα επηρεάζει αποφασιστικά όλα τα σχεδιασμένα βιολογικά πειράματα. Ο βιολόγος που λειτουργεί μέσα από εννοιολογικούς και τεχνικούς περιορισμούς οι οποίοι προέρχονται από τα εξειδικευμένα όρια μιας συγκεκριμένης φιλοσοφίας, προσπαθεί να ελέγξει ή να μειώσει (ή να αγνοήσει) την πολυπλοκότητα. Για τον ψυχοσωματικό αυτή η πολυπλοκότητα είναι το σημείο εκκίνησης της έρευνας του: ορίζει τη λειτουργία των μεταβλητών τις οποίες μετράει.» Στην πρακτική της εφαρμογή, ωστόσο, η έρευνα στο ψυχοσωματικό πεδίο συναντά πολλές μεθοδολογικού τύπου δυσκολίες, εξαιτίας της πολύπλευρης και πολυεπίπεδης λειτουργίας της ανθρώπινης φύσης που καλείται να διερευνήσει.

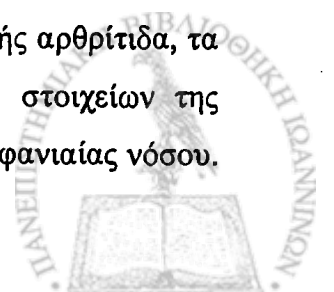
Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω η ανάπτυξη της ψυχοσωματικής ιατρικής, με τη βοήθεια μεγάλων ερευνητικών κέντρων, ερευνητικών δεδομένων και κλινικών παρατηρήσεων προσπαθεί να μειώσει τις ασάφειες και να συμβάλλει στη γνώση, δίνοντας απαντήσεις σε τρία βασικά ερωτήματα

A). Η προσωπικότητα ενός ατόμου, οι σχέσεις του με τους άλλους και με το περιβάλλον, καθώς και οι τυχόν συναισθηματικές στέρσεις και τα ψυχολογικά αδιέξοδα που έχει βιώσει συσχετίζονται με την εμφάνιση και την εξέλιξη των νοσημάτων;

B). Πόσο αποτελεσματικές μπορεί να είναι οι ψυχολογικές παρεμβάσεις στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών;

Γ). Ποιές είναι οι επιπτώσεις και ο αντίκτυπος της νόσου σε ψυχολογικό επίπεδο, σε περιπτώσεις μακροχρόνιας επιβίωσης;

Παρότι η στεφανιαία νόσος δεν ανήκει στα κλασικά επτά «ψυχοσωματικά νοσήματα», όπως το βρογχικό άσθμα, η ελκώδης κολίτιδα, η ατοπική ρευματίτιδα, το έλκος του δωδεκαδακτύλου, η ιδιοπαθής υπέρταση και η ρευματοειδής αρθρίτιδα, τα τελευταία χρόνια υπάρχει έντονο ενδιαφέρον για τη διασύνδεση στοιχείων της προσωπικότητας με την εμφάνιση και την εξελεκτική πορεία της στεφανιαίας νόσου.



Το ενδιαφέρον γίνεται εμφανές από το πλήθος των μελετών και ερευνών που έχουν δημοσιευθεί προκειμένου να διερευνηθεί η πολυπλοκότητα της νόσου. Τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών αφήνουν πραγματικά αιχμές για το ρόλο που μπορούν να διαδραματίσει η προσωπικότητα του ασθενή, καθώς και ολόκληρο το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο στη διεργασία της νόσου. Οι μέχρι τώρα μελέτες επιχείρησαν να συσχετίσουν την προσωπικότητα τύπου Α με την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Παραδοσιακά η προσωπικότητα τύπου Α είναι διαφορετική από το ψυχολογικό άγχος, το νευρωτισμό και την εσωστρέφεια, παρόλο που αυτή η προσωπικότητα παρουσιάζει μια θετική συσχέτιση με το stress (5,6). Τα άτομα που ανήκουν στην προσωπικότητα τύπου Α χαρακτηρίζονται κυρίως από υψηλά επίπεδα επιθετικότητας, είναι βιαστικά και έχουν μια έντονη ανάγκη να ασκούν σταθερά και απόλυτα έλεγχο στο περιβάλλον τους. Επίσης τους είναι δύσκολο να παρακολουθούν ρυθμούς ζωής διαφορετικούς από τους δικούς τους. Δεν υπάρχουν μελέτες επικεντρωμένες στη διαφοροποίηση μεταξύ ενδοστρεφόμενης και εξωστρεφόμενης επιθετικότητας οι οποίες να έχουν εστιάσει αναλυτικά στις διάφορες παραμέτρους (υποκλίμακες) που προσδιορίζουν την επιθετικότητα ενός ατόμου. Μέσα λοιπόν από αυτή την προβληματική σχεδιάστηκε και θεμελιώθηκε η παρούσα μελέτη.

Η εργασία αυτή δεν φιλοδοξεί να προσεγγίσει τη σχέση αιτίας-αιτιατού σε ότι αφορά τους προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Επιχειρεί ωστόσο να απαντήσει σε κάποια από τα ερωτήματα που έθεσαν παλαιότερες έρευνες και να προχωρήσει λίγο περισσότερο αξιολογώντας πιο εξειδικευμένα στοιχεία της προσωπικότητας και επιδιώκοντας να εντάξει τα αποτελέσματα της σε ένα ευρύτερο θεωρητικό πλαίσιο.

Βασικός στόχος αυτής της ερευνητικής εργασίας ήταν η μελέτη της διασύνδεσης ορισμένων στοιχείων της προσωπικότητας (όπως η επιθετικότητα, η νεύρωση, ο ψυχωτισμός και η τάση του ατόμου να υποκρίνεται) με τη στεφανιαία νόσο, παράλληλα με τους κλασικούς και αδιαμφισβήτητους παράγοντες κινδύνου της νόσου (κάπνισμα, διατροφή). Η επιλογή του θέματος αυτής της διατριβής έγινε με τη συνεργασία του καθηγητή παθολογίας Κου Ελισάφ Μωυσή, καθηγητή καρδιολογίας Ι. Γουδέβενου και του επίκουρου καθηγητή Δ. Δαμίγου.

Από την κλινική εμπειρία και τη μελέτη της βιβλιογραφίας οι ερευνητικές υποθέσεις που ορίστηκαν και εξετάστηκαν στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης ήταν:



Α) Είναι τα επίπεδα της ενδοστρεφόμενης επιθετικότητας των ασθενών υψηλότερα από τα επίπεδα των υγιών ατόμων; Είναι τα επίπεδα της εξώστρεφόμενης επιθετικότητας των ασθενών χαμηλότερα από την ομάδα των υγιών ατόμων;

Β) Εμφανίζουν οι στεφανιαίοι ασθενείς υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού, ψυχωτισμού, εσωστρέφειας και μιας τάσης να παρουσιάζουν τον εαυτό τους διαφορετικό από αυτό που είναι σε σύγκριση με την ομάδα των υγιών ατόμων;

Γ) Ποιες είναι οι καπνιστικές και διατροφικές συνήθειες των ασθενών σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου;

Δ) Υπάρχει σχέση μεταξύ της προσωπικότητας και της στεφανιαίας νόσου; Πόσο ευθύνεται το προφίλ της προσωπικότητας για τις ενδεχόμενες βλαπτικές επιλογές και συμπεριφορές;

1.1 Δομή της παρούσας έρευνας

Όσον αφορά τη δομή της παρούσας εργασίας, στο Γενικό Μέρος γίνεται αναφορά στην οργάνωση, τη δομή και τις διαστάσεις της προσωπικότητας του ενήλικου, όπως αυτή έχει καταγραφεί από επιστήμονες και φιλοσόφους στην πορεία των χρόνων. Στη συνέχεια ακολουθεί μια επισκόπηση των αντιλήψεων για τη διασύνδεση των στοιχείων της προσωπικότητας με την εμφάνιση της νόσου. Επίσης, γίνεται αναφορά στην έννοια της επιθετικότητας και την κατεύθυνσή της και στην πιθανή διασύνδεση της με τη στεφανιαία νόσο. Η αναφορά αυτή περιλαμβάνει συμπεράσματα ερευνών για το ρόλο της προσωπικότητας, της επιθετικότητας, του καπνίσματος και των διατροφικών συνθηκών με τη νόσο.

Για την πραγματοποίηση της έρευνας συγκροτήθηκαν δύο ισοδύναμες ομάδες ως προς το μέγεθος, το φύλο και την ηλικία, εκ των οποίων η βασική ερευνητική ομάδα αποτελούνταν από ασθενείς που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία μετά από κάποιο καρδιακό επεισόδιο, οι οποίοι όμως δεν είχαν ιστορικό υπέρτασης, σακχαρώδη διαβήτη, ή υπερλιπιδαιμίας, ενώ την ομάδα ελέγχου την αποτέλεσαν υγιή άτομα της ίδιας ηλικίας και φύλου. Ο αριθμός των ατόμων που συμμετείχαν ήταν 100 στεφανιαίοι ασθενείς και 100 υγιή άτομα αντίστοιχα. Η συγκέντρωση του δείγματος έγινε στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Ιωαννίνων στα τακτικά παθολογικά εξωτερικά ιατρεία και στην καρδιολογική κλινική από το Σεπτέμβριο του 1998 έως



και το Μάιο του 1999. Για τη συλλογή των δεδομένων συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο εχθρότητας και κατεύθυνσης της επιθετικότητας (Hostility and direction of hostility questionnaire), το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck και το ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφών του Willett.

Έγινε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων με το στατιστικό πακέτο SPSS και υπογραμμίστηκαν οι σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων.

Στο ειδικό μέρος, αρχικά, παρουσιάζεται αναλυτικά ο σκοπός της παρούσας μελέτης και οι ερευνητικές υποθέσεις και στη συνέχεια το υλικό που χρησιμοποιήθηκε για την πραγματοποίηση της έρευνας και τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων. Ακολουθεί η μέθοδος, η ανάλυση των δεδομένων, καθώς και η παράθεση των αποτελεσμάτων. Τέλος, γίνεται μια προσπάθεια συζήτησης των αποτελεσμάτων και διατυπώνονται ορισμένα συμπεράσματα που εκπορεύονται από τα δεδομένα της μελέτης.



2. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΕΝΗΛΙΚΟΥ

Η προσωπικότητα προκύπτει από τη δυναμική οργάνωση των μορφολογικών, φυσιολογικών, συναισθηματικών, βουλητικών και διανοητικών στοιχείων του ατόμου. Κατά τον Janet η διαμόρφωση της προσωπικότητας είναι το αποτέλεσμα «μιας διεργασίας πριν την ενοποίηση και τη διαφοροποίηση. Είναι το σύνολο των ενεργειών και των ασήμαντων ή σημαντικών πράξεων, που βοηθούν ένα άτομο, να συγκροτήσει και να τελειοποιήσει την ενότητα του και να ενισχύσει τη διαφορά του από τον υπόλοιπο κόσμο». Αυτό σημαίνει ότι η προσωπικότητα οικοδομείται κατά μία διπλή έννοια: α) αναπτύσσεται στηριζόμενη σε ένα βιολογικό υπόστρωμα και β)προσαρμόζεται στις κοινωνικοπολιτιστικές απαιτήσεις του περιβάλλοντος (7).

Σύμφωνα με ένα άλλο ορισμό η προσωπικότητα είναι η συνισταμένη της δυναμικής συνέργειας όλων των ψυχικών και σωματικών χαρακτηριστικών και λειτουργιών ενός ατόμου, όπως αυτά προκαθορίστηκαν από την κληρονομική του καταβολή και τροποποιήθηκαν από το φυσικό και πολιτιστικό του περιβάλλον. Η συνισταμένη αυτή καθορίζει το μοναδικό τρόπο προσαρμογής του ατόμου στη ζωή και το βαθμό που μπορεί να επηρεάσει τα υπόλοιπα άτομα. Η πραγματοποίηση της δυναμικής αυτής απαρτίωσης διασφαλίζει την ατομικότητα και την ιδιαιτερότητα ενός ατόμου σε σχέση με τα άλλα άτομα. Κάθε περιγραφή της προσωπικότητας πρέπει να περιλαμβάνει τις ικανότητες του ατόμου, τις ροπές του, τον τρόπο της συναισθηματικής του αντίδρασης και τα κατάλοιπα των εμπειριών του, τα οποία έχουν διαμορφώσει το άτομο, όπως εμείς το βλέπουμε (8,9).

Η ενστικτο-συναισθηματική ανάπτυξη που αναφέρεται στην εξέλιξη της παιδικής λιβιδούς (libido)ενέπνευσε το Freud και τους διαδόχους του. Η θεωρία του υποδεικνύει ένα τρόπο οργάνωσης της προσωπικότητας του ενήλικου, που στηρίζεται στη δυναμική και την εξέλιξη των παιδικών ενορμήσεων. Η ψυχαναλυτική προσέγγιση της ανάπτυξης της προσωπικότητας αποδίδει πρωταρχική σημασία στα πρώτα χρόνια της ζωής. Η διαμόρφωση της προσωπικότητας νοείται ως μία προοδευτική κοινωνικοποίηση στην οποία συμβάλλει αποφασιστικά ένα δυναμικό ασυνείδητο. Σε αυτά τα πλαίσια η προσωπικότητα εξαρτάται αφενός από τη λειτουργία του ψυχισμού και αφετέρου από τη συγχρονική και διαχρονική ανάπτυξη και ωρίμανση αυτής της προσωπικότητας (7).

Η προσωπικότητα είναι το μέσο με το οποίο κάθε άτομο εκφράζει κατά ένα μοναδικό τρόπο τον ψυχικό του κόσμο, ενεργεί και αντιδρά στους διάφορους



ερεθισμούς του περιβάλλοντος, αντιμετωπίζει τη ζωή, εκπληρώνει τις ανάγκες του και πετυχαίνει τις επιδιώξεις του. Είναι δηλαδή η περισσότερο χαρακτηριστική ολοκλήρωση της δομής και των δραστηριοτήτων του ατόμου που έχει το χαρακτηριστικό της μοναδικότητας και της διαφοροποίησης του ατόμου από άλλα άτομα (10).

Όπως είναι φανερό η μελέτη της προσωπικότητας εστιάζεται μεταξύ άλλων στις ατομικές διαφορές. Η έρευνα της προσωπικότητας δεν έχει να κάνει με τη μελέτη της αντίληψης, αλλά περισσότερο με το πώς μεμονωμένα άτομα διαφέρουν στις αντιλήψεις τους και ποιά σχέση έχουν αυτές οι διαφορές με την όλη λειτουργικότητα τους. Η προσωπικότητα επίσης αντιπροσωπεύει εκείνα τα χαρακτηριστικά του ατόμου που καλύπτουν σταθερά σχήματα συναισθημάτων, σκέψης και συμπεριφοράς.

Από όλα τα παραπάνω μπορεί να διαπιστώσει κανείς ότι υπάρχουν πολλοί ορισμοί για την προσωπικότητα. Κανένας ορισμός όμως δεν μπορεί να θεωρηθεί σωστός ή λάθος. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι ο κάθε ορισμός μπορεί να συμβάλλει περισσότερο ή λιγότερο στην κατανόηση σημαντικών τομέων γνώσης. Μία θεωρία για την προσωπικότητα προτείνει τρόπους συλλογής και συστηματοποίησης μιας μεγάλης ποικιλίας ευρημάτων. Μπορεί να υποδεικνύει επίσης ποιές είναι δυνητικά οι χρησιμότερες κατευθύνσεις της έρευνας.

Κάποια βασικά στοιχεία για τη μελέτη της προσωπικότητας είναι:

Η δομή: οι βασικές μονάδες ή τα δομικά στοιχεία της προσωπικότητας.

Οι διεργασίες: οι δυναμικές πτυχές της προσωπικότητας συμπεριλαμβανομένων και των κινήτρων.

Η ανάπτυξη και η εξέλιξη: το πώς δηλαδή ένας άνθρωπος αναπτύσσεται και φθάνει να γίνει μοναδικό άτομο.

Η ψυχοπαθολογία και η αλλαγή της συμπεριφοράς: η φύση και τα αίτια της διαταραγμένης λειτουργίας της προσωπικότητας, ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι αλλάζουν και τα αίτια της αντίστασης μερικές φορές στην αλλαγή (8, 11, 12).



2.1 Η δομή της προσωπικότητας

Επειδή η έννοια της προσωπικότητας είναι πολύπλοκη χρειάζεται πολλές φορές για να κατανοηθεί πληρέστερα και να μελετηθεί πειραματικά να αναλυθεί στα στοιχεία που την αποτελούν. Με αυτό τον τρόπο κατανοούνται καλύτερα οι βαθύτερες εκδηλώσεις της συμπεριφοράς του εξεταζόμενου ατόμου και οι αιτίες των αντιδράσεων του.

Μια προσπάθεια περιγραφής τέτοιων χαρακτηριστικών έχει γίνει από πολύ παλιά και ξεκινά από τον Ιπποκράτη. Ο πρώτος που συστηματοποίησε τη μελέτη αυτών των χαρακτηριστικών είναι ο Allport στη δεκαετία του 1930 (13). Κατά τον Allport τα επιμέρους χαρακτηριστικά της προσωπικότητας δεν είναι εμφανή στη συμπεριφορά του ατόμου. Κάθε πράξη είναι αποτέλεσμα της κινητοποίησης όλων των διαθέσιμων δυνάμεων. Μόνο μία ολοκληρωμένη δραστηριότητα παρατηρείται την κάθε χρονική στιγμή. Τα διάφορα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας χάνονται μέσα σε αυτή τη δραστηριότητα. Για να έλθουν στην επιφάνεια το άτομο πρέπει να μελετηθεί κάτω από διάφορες δραστηριότητες, ώστε να αποκαλυφθούν οι διάφοροι παράμετροι της προσωπικότητας.

Τα κυριότερα στοιχεία που προσδιορίζουν την προσωπικότητα είναι ο *χαρακτήρας*, η *συναισθηματική ιδιοσυγκρασία*, τα *κίνητρα*, η *νοημοσύνη* και η *φυσική διάπλαση του ατόμου* (8).

Η νοημοσύνη είναι μια πολύπλοκη ψυχική λειτουργία που μπορεί να ορισθεί ως η γενική ικανότητα του ατόμου να αφομοιώνει νέες εμπειρίες, να διδάσκεται από αυτές και με την παράλληλη χρησιμοποίηση της προηγούμενης γνώσης να λύνει προβλήματα που θέτουν αυτές οι εμπειρίες. Δεν αποτελεί μία μέθοδο για την επωφελή χρησιμοποίηση της γνώσης, για τη σύλληψη νέων καταστάσεων και τη λύση προβλημάτων.

Η συναισθηματική ιδιοσυγκρασία του ατόμου αποτελεί ένα συνδυασμό από υποκειμενικές εμπειρίες και αντικειμενικές φυσιολογικές(σωματικές) μεταβολές. Οι υποκειμενικές εμπειρίες μπορούν να εκφραστούν και να περιγραφούν μόνο μερικά, ενώ το υπόλοιπο ασυνείδητο μέρος τους συγχέεται με τα κίνητρα και τα ένστικτα. Οι αντικειμενικές φυσιολογικές (σωματικές) μεταβολές μπορούν να διερευνηθούν επιστημονικά με τη χρήση διαφόρων φυσιολογικών μεθόδων. Με τη μελέτη της



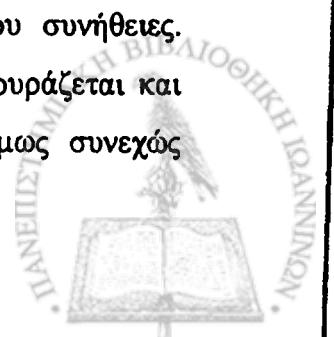
συναισθηματικής ιδιοσυγκρασίας του ανθρώπου αποδεικνύεται αναμφισβήτητα το αδιάσπαστο και αδιαχώρητο του ψυχοσωματικού συνόλου του οργανισμού.

Χαρακτήρας: Ο όρος χαρακτήρας αναφέρεται σε περισσότερες από μία έννοιες. Στο ώριμο άτομο ο χαρακτήρας είναι γενικευμένος και ενοποιημένος. Αυτή όμως η γενίκευση και η ενότητα δεν υπάρχει κατά το χρονικό διάστημα της ψυχοβιολογικής ανάπτυξης του ανθρώπου. Στην αρχή δημιουργούνται με τη μάθηση στα παιδιά ειδικές και ασύνδετες μεταξύ τους έξεις. Στη συνέχεια δημιουργούνται κάπως πιο γενικευμένες μορφές χαρακτηρισιολογικής αντίδρασης και τέλος αποκτάται μία πλήρης και ενιαία χαρακτηρισιολογική ενότητα στο ώριμο άτομο. Μία τέτοια όμως ενοποίηση του χαρακτήρα δεν συμβαίνει σε ανώριμα, από χαρακτηρισιολογική άποψη, ενήλικα άτομα (14, 15).

2.2 Οι διαστάσεις της προσωπικότητας κατά Eysenck

Προσωπικότητα είναι μία «κατά το μάλλον και ήττον» σταθερή και διαρκής οργάνωση του χαρακτήρα, της συναισθηματικής ιδιοσυγκρασίας, της νοητικής κατάστασης και της φυσικής διάπλασης ενός ατόμου, που καθορίζουν το μοναδικό για το άτομο τρόπο προσαρμογής του στο περιβάλλον Eysenck (8).

Η θεωρία του Eysenck, που βασίζεται σε επιστημονικά δεδομένα έχει ορισμένες ομοιότητες με τη θεωρία του Γαληνού, ο οποίος πίστευε ότι ο χαρακτήρας του ατόμου καθορίζεται από τα τέσσερα «υγρά» του σώματος, το αίμα, το φλέγμα, την κίτρινη χολή και τη μαύρη χολή (16). Τη θεωρία του Γαληνού, που βασίζεται στις αρχές του Ιπποκράτη, επεξεργάστηκαν ο Kant και ο Wunt. Κατά τον Kant(17,18) το αιματώδες άτομο είναι ανέμελο και γεμάτο ελπίδες, ενδιαφέρεται για τα πράγματα της στιγμής που τα ξεχνά αμέσως μετά. Έχει την πρόθεση να κρατά τις υποσχέσεις του, αλλά δεν τα καταφέρνει γιατί, όταν τις δίνει, ουδέποτε υπολογίζει αν θα είναι σε θέση να τις κρατήσει. Ο αιματώδης τύπος είναι καλόκαρδος και βοηθά τους άλλους, αλλά ζητά συνεχώς πίστωση χρόνου για να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις του. Είναι κοινωνικός, κάνει αστεία, δεν παίρνει τίποτα στα σοβαρά και έχει πολλούς φίλους. Δεν είναι κακός αλλά δεν μπορεί να γλιτώσει από τις κακές του συνήθειες. Μετανιώνει (χωρίς αισθήματα ενοχής) αλλά ξεχνά πολύ γρήγορα. Κουράζεται και βαριέται εύκολα την εργασία του, δεν έχει επιμονή, βρίσκεται όμως συνεχώς



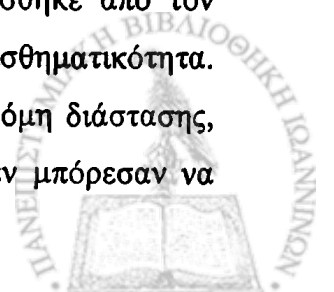
μπλεγμένος σε διάφορες ερασιτεχνικές ασχολίες, που παρουσιάζουν πολλές μεταπτώσεις.

Τα άτομα με μελαγχολική διάθεση δίνουν μεγάλη σημασία σε οτιδήποτε έχει σχέση με αυτά. Ανακαλύπτουν παντού αιτίες για άγχος και είναι οι πρώτοι που παρατηρούν τις δύσκολες καταστάσεις, σε αντίθεση με τα αιματώδη άτομα. Δεν δίνουν εύκολα υποσχέσεις, διότι πρέπει να είναι βέβαια ότι οπωσδήποτε θα μπορέσουν να τις κρατήσουν. Όλα αυτά δεν οφείλονται σε ηθικές αναστολές, αλλά στο γεγονός ότι η συναλλαγή με τους άλλους ανθρώπους τα στεναχωρεί, τα κάνει φιλύποπτα και σκεπτικά. Για αυτό ακριβώς το λόγο τα άτομα αυτά δεν είναι ευτυχισμένα.

Το χολερικό άτομο είναι ευέξαπτο και ευερέθιστο, ηρεμεί όμως εύκολα, αλλά η κακία του δεν διαρκεί. Αντιδρά γρήγορα, αλλά δεν επιμένει. Είναι δραστήριο, αλλά δεν εμπλέκεται σε επιχειρήσεις γιατί του λείπει η επιμονή. Του αρέσει να δίνει εντολές, χωρίς να ενδιαφέρεται να ελέγξει την εκτέλεσή τους. Θέλει να το αναγνωρίζουν και να το κολακεύουν δημόσια. Αγαπά τις δημόσιες εμφανίσεις είναι γεμάτο υπερηφάνεια και αγάπη για τον εαυτό του. Είναι τυπικά ευγενικό και υποφέρει επειδή οι άλλοι αρνούνται να συμφωνήσουν με τις προθέσεις του. Με μία λέξη το χολερικό άτομο είναι το λιγότερο ευτυχισμένο, γιατί προκαλεί την αντίθεση του περιβάλλοντος.

Φλέγμα κατά τον Kant, σημαίνει έλλειψη συναισθηματικής δόνησης όχι τεμπελιά. Το φλεγματοδες άτομο έχει την τάση να μη συγκινείται εύκολα και γρήγορα, αλλά αργά και σταθερά. Ένα τέτοιο άτομο «ζεσταίνεται» αργά, αλλά διατηρεί τη ζεστασιά του πολύ περισσότερο. Δρα με βάση συγκεκριμένες αρχές και όχι με τα ένστικτα. Η χαρούμενη διάθεση του μπορεί να συμπληρώσει την έλλειψη σοφίας. Είναι λογικό στις σχέσεις του με τους άλλους και συνήθως επιτυγχάνει το σκοπό του επιμένοντας στα σχέδια του, ενώ ταυτόχρονα δίνει την εντύπωση ότι δέχεται τις γνώμες των άλλων.

Η φιλολογική αυτή περιγραφή των τεσσάρων τύπων της προσωπικότητας του Γαληνού, όπως μας τις παραθέτει ο Kant συσχετίζονται με τη θεωρία του Eysenck. Τα αποτελέσματα της έρευνας του (18,19) έδειξαν την ύπαρξη δύο σταθερών και ανεξάρτητων αξόνων της προσωπικότητας. Ο ένας άξονας ονομάστηκε από τον Eysenck εσωστρέφεια/εξωστρέφεια και ο άλλος νευρωτισμός ή συναισθηματικότητα. Μερικά χρόνια αργότερα ο Eysenck διατύπωσε την ύπαρξη μιας ακόμη διάστασης, στην οποία περιέλαβε χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που δεν μπόρεσαν να

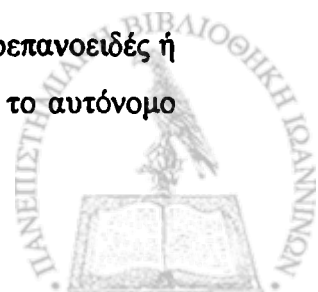


περιληφθούν στις άλλες δύο διαστάσεις (18, 20, 21). Τη διάσταση αυτή την ονόμασε ψυχωτισμό. Οι τρεις αυτές διαστάσεις είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους. Ο εσωστρεφής είναι συγκρατημένος, σοβαρός και τακτικός. Τον ενδιαφέρουν οι μοναχικές δραστηριότητες (όπως το διάβασμα), είναι ήσυχος, απόμακρος, με κάποιες αναστολές. Ο εξωστρεφής είναι κοινωνικός και διαχυτικός. Αναζητά συναρπαστικές δραστηριότητες, είναι αυθόρμητος, ανήσυχος, ομιλητικός, αισιόδοξος και εύθυμος. Τα άτομα που παρουσιάζουν υψηλό βαθμό νευρωτισμού είναι ιδιότροπα, ανυπόμονα και πολύ συναισθηματικά, στεναχωρούνται και αγωνιούν εύκολα και συχνά είναι θλιμμένα. Τα άτομα με υψηλό βαθμό ψυχωτισμού είναι μονήρη, επιθετικά και εχθρικά. Δεν εκδηλώνουν κανένα συναίσθημα, αδιαφορούν για τα συναισθήματα των άλλων και συχνά αντιστέκονται στα κοινωνικά ήθη. Όσοι παρουσιάζουν υψηλό βαθμό νευρωτισμού θεωρούνται πιο ευάλωτοι στη νευρωτική νόσο. Αντίστοιχα, όσοι παρουσιάζουν υψηλό βαθμό ψυχωτισμού θεωρούνται πιο ευάλωτοι στην ψύχωση κάτω από πιεστικές και αγχογόνες συνθήκες. Η πλειονότητα των ανθρώπων βρίσκεται στο μέσο των αξόνων εσωστρέφειας-εξωστρέφειας και νευρωτισμού-σταθερότητας. Στη διάσταση ψυχωτισμού-σταθερότητας όμως οι περισσότεροι άνθρωποι βρίσκονται στο άκρο της σταθερότητας (18, 22).

2.3 Η βιολογική βάση της θεωρίας του Eysenck

Η βασική υπόθεση του Eysenck είναι ότι γενετικοί παράγοντες καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τη συμπεριφορά του ατόμου

Στην εκδήλωση των χαρακτηριστικών της εξωστρέφειας, της εσωστρέφειας και του νευρωτισμού μεσολαβούν γνωστές νευροφυσιολογικές διαδικασίες. Ο Eysenck συνδέει την εξωστρέφεια με τη διέγερση του εγκεφαλικού φλοιού. Οι εξωστρεφείς θεωρείται ότι έχουν ένα χαμηλότερο επίπεδο διέγερσης του φλοιού από τους εσωστρεφείς και αναζητούν ερεθίσματα για να αυξήσουν περισσότερο αυτό το επίπεδο. Οι εσωστρεφείς θεωρείται ότι βρίσκονται συνεχώς σε κατάσταση υπερδιέγερσης και αναπτύσσουν στρατηγικές αποφυγής ενός πρόσθετου και υπέρμετρου ερεθισμού. Τον νευρωτισμό ο Eysenck τον συνδέει με το δρεπανοειδές ή μεταιχμιακό σύστημα του εγκεφάλου, το οποίο συσχετίζεται άμεσα με το αυτόνομο



νευρικό σύστημα και παρεμβαίνει στις θυμικές αντιδράσεις του ατόμου. Στους νευρωτικούς το αυτόνομο νευρικό σύστημα είναι πιο ασταθές και ανταποκρίνεται γρήγορα στα ερεθίσματα. Έτσι, οι νευρωτικοί εκδηλώνουν πιο συχνά αυτόνομες θυμικές αντιδράσεις και πιο εύκολα ακραίο βαθμό άγχους, που μπορεί να ενεργοποιηθεί από αρχικά ουδέτερα ερεθίσματα. Ο ψυχωτισμός δεν έχει στερεή βιολογική βάση στη θεωρία του Eysenck. Αν υποθεθεί, συνεχίζει ο Eysenck, ότι το άγχος, οι φόβοι, οι φοβίες και τα ψυχαναγκαστικά φαινόμενα είναι εξαρτημένες συναισθηματικές αντιδράσεις που αποκτούνται με την εξάρτηση (σύμφωνα με τον Pavlov), τότε πρέπει τα διάφορα τραυματικά συμβάματα να αποτελούν τα ανεξάρτητα ερεθίσματα αυτής της εξάρτησης. Όταν λοιπόν αυτά τα ανεξάρτητα ερεθίσματα επιδρούν στο γενικό πληθυσμό, τότε αναμένεται ότι άτομα στα οποία δημιουργούνται εύκολα εξαρτημένα αντανακλαστικά, όπως τα ενδοστρεφή άτομα, να τείνουν να προσβάλλονται περισσότερο από τις παραπάνω νευρωτικές διαταραχές, σε σύγκριση με τα εξωστρεφή άτομα (8, 23, 24, 25).

Αιτιολογικοί παράγοντες

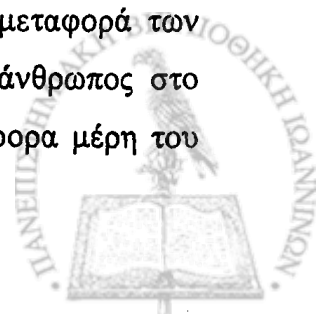
Είναι σήμερα παραδεκτό ότι η προσωπικότητα που διαμορφώνεται τελικά είναι το προϊόν της επίδρασης μιας σειράς πολλαπλών παραγόντων και επιρροών. Οι πολλαπλοί αυτοί παράγοντες συνοψίζονται γενικά σε δύο μεγάλες κατηγορίες: στους βιολογικούς και στους περιβαλλοντικούς παράγοντες (8).

Βιολογικοί παράγοντες

Η διερεύνηση του ρόλου των βιολογικών επιδράσεων στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ανθρώπου παρουσιάζει μεγάλες και πολλές φορές ανυπέρβλητες δυσκολίες. Οι κυριότεροι βιολογικοί παράγοντες που συντελούν στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ανθρώπου είναι το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), το αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ), οι ενδοκρινείς αδένες και κυρίως η κληρονομικότητα (8).

Το νευρικό σύστημα

Το περιφερικό νευρικό σύστημα είναι επιφορτισμένο με τη μεταφορά των διαφόρων ερεθισμάτων, εσωτερικών ή εξωτερικών, που δέχεται ο άνθρωπος στο ΚΝΣ και τη μεταφορά διαφόρων εντολών από το ΚΝΣ προς τα διάφορα μέρη του



σώματος. Γνωστή είναι επίσης η σχέση ανάμεσα στο ΑΝΣ και στο συναισθηματικό κόσμο του ανθρώπου. Ο βαθμός τελειότητας, ανάπτυξης και ακεραιότητας των δομών και των λειτουργικών μηχανισμών του νευρικού συστήματος (κεντρικού, περιφερικού και αυτόνομου), που διαφέρει από άτομο σε άτομο, είναι καθοριστικής σημασίας για την εμφάνιση της συμπεριφοράς του και επομένως και για την προσωπικότητα του. Αυτή η διαπίστωση ενισχύεται από την εμφάνιση διαταραχών της ανθρώπινης συμπεριφοράς σε περιπτώσεις εκτεταμένων βλαβών του νευρικού συστήματος (26).



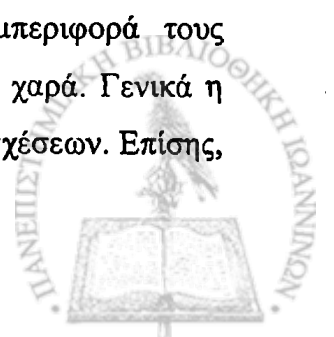
3. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΥΠΟΥ Α ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ

Οι R.H. Rosenmann και M. Friedman (1964),(27) πρώτοι, διατύπωσαν τη συσχέτιση της στεφανιαίας νόσου με ένα σύμπλεγμα συγκινησιακών, γνωσιακών και συμπεριφορικών χαρακτηριστικών. Το σύμπλεγμα αυτό ορίσθηκε «πρότυπο συμπεριφοράς τύπου Α» (Type A Behavior Pattern) ή απλά τύπος Α.(βλ.σχήμα1)

| |
|---|
| Σχήμα 1 |
| Χαρακτηριστικά Προσωπικότητας Α |
| Εχθρότητα Ανυπομονησία Φιλοδοξία Ανταγωνιστικότητα Υπερκινητικότητα Εκρηκτική ομιλία |

Σε επόμενες μελέτες οι Rosenmann και M. Friedman, καθώς και άλλοι ερευνητές, υποστήριξαν ότι ο τύπος Α είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου και ότι οι άλλοι ψυχολογικοί παράγοντες έχουν σημασία μόνο σε συσχέτιση με αυτόν τον τύπο προσωπικότητας (28) [Σχ. 1]

Στον τύπο Α ανήκουν άτομα που βρίσκονται σε ένα χρόνιο και αποκλειστικό αγώνα για να επιτύχουν και να κερδίσουν ένα απεριόριστο αριθμό πραγμάτων μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα. Τα πιο τυπικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του τύπου Α είναι η ανταγωνιστικότητα, η εχθρότητα (hostility), η σταθερή επιθετικότητα (aggressive), η ανυπομονησία, η έλλειψη ανοχής και η ανάγκη το άτομο να εξασκεί σταθερά και απόλυτα τον έλεγχο στο περιβάλλον του. Είναι άτομα βιαστικά που προσπαθούν να εκτελέσουν ένα μεγάλο αριθμό έργων σε ένα περιορισμένο χρονικό διάστημα. Αν και τα χαρακτηριστικά του τύπου Α είναι παρόντα σε όλες τις δραστηριότητες της ζωής, αυτά τα χαρακτηριστικά τείνουν να εκδηλώνονται περισσότερο στις εργασιακές δραστηριότητες, όπου συνήθως (όχι πάντα) τα χαρακτηριστικά αυτά συνοδεύονται από υψηλή απόδοση. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν μια υπερτροφική τάση για εργασία, εργάζονται εντατικά και επίμονα, επιδίδονται σε πολλαπλές ασχολίες και δεν επιτρέπουν στους άλλους να τους βοηθήσουν. Έχουν πολύ αναπτυγμένο το αίσθημα της ευθύνης, μιλούν γρήγορα, τρώνε γρήγορα, κινούνται γρήγορα και γίνονται τρομερά ανυπόμονοι όταν κάποιος επέμβει ή προκαλέσει καθυστέρηση στη δουλειά τους. Η συμπεριφορά τους χαρακτηρίζεται από ατέρμονες προσπάθειες, που δεν τους φέρνουν χαρά. Γενικά η προσωπικότητα τύπου Α εκδηλώνεται στο πλαίσιο των κοινωνικών σχέσεων. Επίσης,



αυτή η προσωπικότητα δεν παρουσιάζει καταθλιπτικά στοιχεία, τουλάχιστον σημαντικού βαθμού, και έτσι δεν παρουσιάζει εκείνα τα υποκειμενικά συμπτώματα που θα τον οδηγούσαν να ζητήσει βοήθεια (28, 29).

Τα άτομα με προσωπικότητα τύπου Α αντιστέκονται στην αλλαγή όταν πληροφορούνται τους κινδύνους που απορρέουν από τη συμπεριφορά τους, καθώς θεωρούν ότι μία μετακίνηση προς μια συμπεριφορά τύπου Β θα επέφερε μείωση της παραγωγικότητας τους και απώλεια όλων αυτών που έχουν επιτύχει μέχρι εκείνη τη στιγμή.

Αντίθετα, η προσωπικότητα τύπου Β χαρακτηρίζεται από χαμηλή ανταγωνιστικότητα, χαμηλή επιθετικότητα και έλλειψη βιασύνης στο χρόνο. Τα άτομα που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία ακολουθούν γενικά ένα πιο ήρεμο τρόπο ζωής. Η συμπεριφορά τύπου Β θεωρείται ότι είναι χαμηλού κινδύνου για την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Πράγματι αυτή η προσωπικότητα λειτουργεί προστατευτικά όσον αφορά την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου, ακόμη και όταν είναι παρόντες και άλλοι παράγοντες κινδύνου. Ο τύπος Β είτε σε εργασιακό είτε σε προσωπικό επίπεδο συσχετίζεται με μια καλύτερη ποιότητα ζωής και με υγιεινή ζωή. Πραγματικά αυτά τα άτομα δεν καπνίζουν, δεν καταναλώνουν αλκοόλ, ασκούνται, έχουν καλύτερη διατροφή και εμφανίζουν μικρότερη ένταση και επιθετικότητα. Πρέπει να σημειωθεί ότι ο τύπος Β δεν είναι αναγκαστικά λιγότερο παραγωγικός από τον τύπο Α. Πράγματι, συχνά η μείωση του όγκου των δραστηριοτήτων έχει ως αποτέλεσμα την ποιοτική βελτίωση της απόδοσης αυτών των ατόμων.

Φυσικά η τυπολογία Α και Β στην απόλυτη έκφραση τους δεν είναι συχνή. Στην κλινική πράξη υπάρχουν ποικίλες μορφές αυτών των χαρακτηριστικών. Επίσης στο ίδιο άτομο αυτά τα χαρακτηριστικά μπορούν κατά κάποιο τρόπο να αλλάξουν εξ αιτίας ορισμένων καταστάσεων ή γεγονότων της ζωής.

Ένα ερώτημα που τίθεται είναι αν ο τύπος Α δρα ως παράγων κινδύνου διαμέσου ψυχολογικών μηχανισμών ή έμμεσα με την ενίσχυση των κλασσικών παραγόντων κινδύνου.

Πράγματι, τα χαρακτηριστικά του ατόμου με προσωπικότητα τύπου Α φαίνεται ότι ευνοούν συνήθειες που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου. Για παράδειγμα αυτά τα άτομα πίνουν μεγάλες ποσότητες καφέ, αλκοόλ και καπνίζουν με στόχο τη χαλάρωση. Ο ρυθμός εργασίας τους κάνει πολύ δύσκολη μια σωστή διατροφή και δεν επιτρέπει τη φυσική ζωή και τη σωματική άσκηση, με αποτέλεσμα την αύξηση του σωματικού βάρους. Διάφορες άλλες μελέτες,



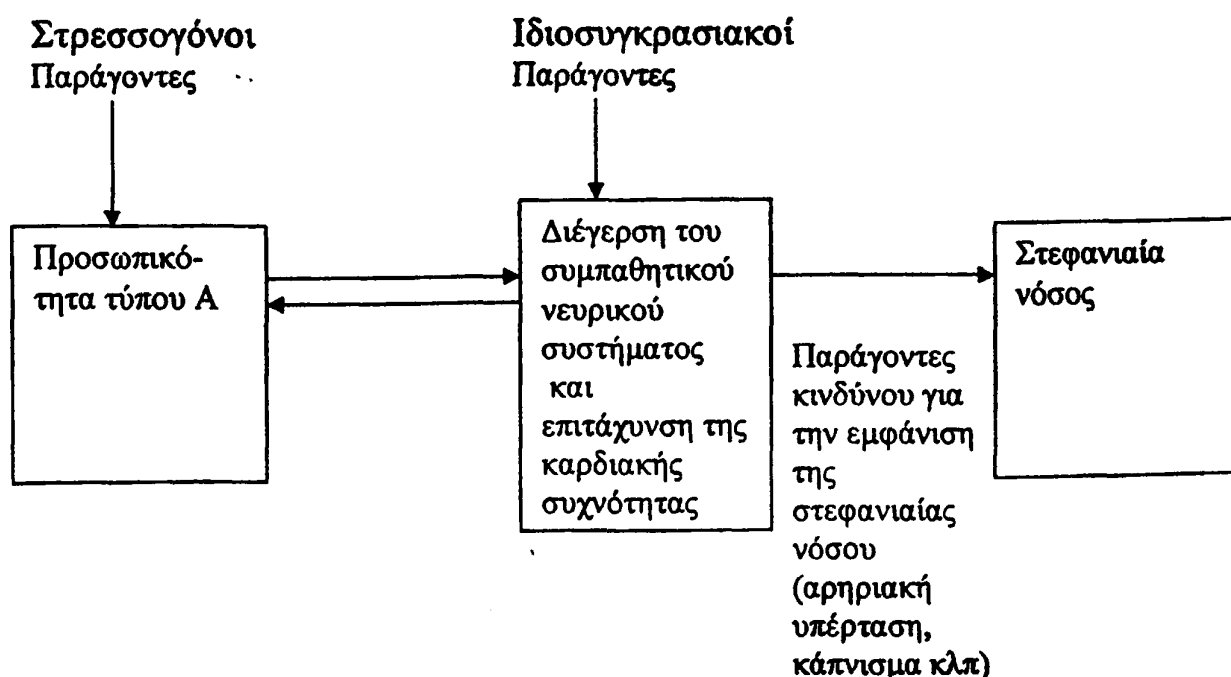
υποστηρίζουν ότι η προσωπικότητα τύπου A δρα άμεσα ως ένας δύννητικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Προοπτικές μελέτες μάλιστα έδειξαν ότι με την αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου μειώνεται η θνησιμότητα από τη στεφανιαία νόσο. Ωστόσο η θνησιμότητα παραμένει υψηλή στους ασθενείς με προσωπικότητα τύπου A (30).

Η σχέση όμως μεταξύ της προσωπικότητας τύπου A και της στεφανιαίας νόσου είναι περίπλοκη. Οι Kranz και Durel (31) περιέγραψαν ένα μοντέλο κατανόησης για τη συσχέτιση αυτών των δύο παραμέτρων. Σύμφωνα με αυτή την άποψη οι γνωστικές, συμπεριφοριολογικές και συναισθηματικές αντιδράσεις που χαρακτηρίζουν την προσωπικότητα A είναι απόρροια των περιβαλλοντικών προκλήσεων. Πάντως η προσωπικότητα τύπου A συμβάλλει στην εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου, αφού επηρεάζει τη καρδιακή λειτουργία (31). Οι Kranz και Durel (31) υπέθεσαν επίσης ότι ακόμη και η ερμηνεία της μη φυσιολογικής καρδιακής αντίδρασης συμβάλλει στην εμφάνιση της προσωπικότητας τύπου A. Ένα άτομο, δηλαδή, μπορεί να ερμηνεύσει εσωτερικά ερεθίσματα (όπως το χτυποκάρδι) ως σημάδι απειλής. Έτσι η σχέση μεταξύ της προσωπικότητας τύπου A και της εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου είναι αμφίδρομη. Γενετικοί και ιδιοσυστατικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την έκφραση αυτής της καρδιακής αντίδρασης (31). Πιο πρόσφατα οι Smith και Anderson (32) προσέθεσαν επιπρόσθετα δεδομένα στην περιγραφή του παραπάνω μοντέλου. Άτομα με προσωπικότητα τύπου A δεν αντιδρούν απλά στις περιβαλλοντικές προκλήσεις με τυπικές γνωστικές, συμπεριφοριολογικές και συναισθηματικές αξιώσεις, αλλά, οι ίδιοι μετατρέπουν αυτές τις προκλήσεις σε στρεσογόνες καταστάσεις, εξαιτίας των σκέψεων τους και της συμπεριφοράς τους.

Σε μια κλασική πραγματεία, ο Price, ανέπτυξε τη σημασία του θεωρητικού, μοντέλου της Social Learning Theory για την εξήγηση της προσωπικότητας τύπου A (31). Αυτή η πραγματεία υποστηρίζει ότι υπάρχουν κοινωνικοί, πολιτιστικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, καθώς και προηγούμενες προσωπικές συμπεριφορές (πολιτιστικά πιστεύω και ψυχολογικές επιδράσεις), τα οποία αλληλεπιδρούν και συμβάλλουν στη διαμόρφωση της προσωπικότητας. Όταν η αλληλεπίδραση αυτή έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία φόβων, το άτομο έχει την ανάγκη για μια συνεχόμενη απόδειξη της αξίας του και των ικανοτήτων του, καθώς επίσης και μια διαρκή φοβία ανεπάρκειας (32, 33). Η ελλειμματική αυτή κατάσταση οδηγεί στην εμφάνιση της προσωπικότητας τύπου A.



Σε ότι αφορά τη σχέση του φύλου, με την προσωπικότητα τύπου Α και την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου, είναι γνωστό ότι το ποσοστό των ατόμων με προσωπικότητα τύπου Α στο γενικό πληθυσμό είναι μεγαλύτερο στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες. Ωστόσο είναι γνωστό ότι η επίπτωση της στεφανιαίας νόσου αυξάνεται και στις γυναίκες, ιδιαίτερα στις δυτικές βιομηχανικές χώρες. Η γυναίκα συμμετέχει περισσότερο σε δραστηριότητες εκτός οικογένειας, με μεγαλύτερη έκθεση στο στρες και τον ανταγωνισμό της εργασίας. Είναι λοιπόν λογικό να περιμένουμε αύξηση της επίπτωσης της προσωπικότητας τύπου Α και στις γυναίκες και σε αυτή την περίπτωση ενδέχεται να παρατηρηθεί η συσχέτιση μεταξύ της προσωπικότητας τύπου Α και της στεφανιαίας νόσου και στις γυναίκες. Πράγματι, πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ της προσωπικότητας τύπου Α και της επίπτωσης της στεφανιαίας νόσου και σε γυναίκες, (32,33). Πρέπει να αναφερθεί ότι οι γυναίκες με προσωπικότητα τύπο Α εμφανίζουν σε πειραματικές συνθήκες ανταγωνιστικού τύπου την ίδια αύξηση της καρδιακής συχνότητας και της αρτηριακής πίεσης..



Σχήμα: 2



3.1 Η φυσιολογία της υπερβολικής αντίδρασης στην περιβαλλοντική διέγερση και οι ψυχοφυσιολογικές συσχετίσεις με την προσωπικότητα τύπου A

Όπως έχει ήδη επισημανθεί, η προσωπικότητα τύπου A (σχ.3) συμβάλλει στην εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου, εξαιτίας της επίδρασής της στο συμπαθητικό νευρικό σύστημα. Υπάρχουν πολλές μελέτες που έδειξαν ότι άτομα με προσωπικότητα τύπου A όταν αντιμετωπίζουν περιβαλλοντικές προκλήσεις ή έχουν αναλάβει υπερβολικές ευθύνες εμφανίζουν υψηλότερες τιμές αρτηριακής πίεσης, και αύξηση του καρδιακού ρυθμού (31, 34)

Υπάρχουν σήμερα σημαντικές ενδείξεις ότι η ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος

στη διάρκεια των συμπεριφοριολογικών προκλήσεων συμβάλλει στην επιτάχυνση της αθηρωματικής διαδικασίας και στην εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου (31, 34). Πράγματι σε μια μελέτη εξετάστηκαν πίθηκοι οι οποίοι εμφάνιζαν αυξημένη ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος σε στρεσογόνα ερεθίσματα (34). Παρατηρήθηκε ότι αυτοί οι πίθηκοι εμφάνισαν μεγαλύτερου βαθμού αθηρωματικές βλάβες σε σύγκριση με πθήκους που δεν εμφάνιζαν αυξημένη συμπαθητική διέγερση σε στρεσογόνα ερεθίσματα. Η διαίτα και των δύο ομάδων ήταν πτωχή σε λιπαρά. Θεωρήθηκε ότι αιμοδυναμικοί παράγοντες (π.χ η αυξημένη αρτηριακή πίεση) και νευροενδοκρινικοί μηχανισμοί (π.χ οι επιδράσεις των κατεχολαμινών, η αύξηση του καρδιακού ρυθμού, κλπ) διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο σχηματισμό αυτών των αθηρωματικών βλαβών. Η ακριβής όμως επίδραση της συμπαθητικής διέγερσης δεν έχει ακόμη διευκρινισθεί.

Σχήμα 3

Ψυχολογικοί και συμπεριφοριολογικοί παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου.

Συγκινησιακοί παράγοντες

Άγχος
Κατάθλιψη
Ξαφνική αλλαγή στο περιβάλλον της εργασίας

Προσωπικότητα τύπου A

Εχθρότητα
Θυμός

Κοινωνικοπολιτιστικοί παράγοντες

Εργασιομανία
Καθημερινό στρες
Έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης



3.2 Ερευνητικά δεδομένα

Επιδημιολογικές μελέτες

Σε μια μελέτη ελέγχθηκαν 280 άντρες και 270 γυναίκες ηλικίας 20-64 ετών. Στη μελέτη αυτή συσχετίστηκε η ισχαιμική καρδιοπάθεια με τους κλασικούς παράγοντες κινδύνου, όπως η αρτηριακή πίεση, το κάπνισμα, το αυξημένο σωματικό βάρος και η υψηλή χοληστερόλη, καθώς και με ψυχολογικούς παράγοντες. Η επίπτωση της ισχαιμικής καρδιοπάθειας ήταν 4 φορές μεγαλύτερη σε άτομα με προσωπικότητα τύπου A σε σύγκριση με τα άτομα τύπου B. Επιπρόσθετα η αρτηριακή υπέρταση ήταν συχνότερη κατά 1,6 φορές στα αγχώδη άτομα, κατά 1,4 φορές στα επιθετικά και κατά 2 φορές στα παχύσαρκα άτομα (36, 37).

Πολλές αναδρομικές μελέτες έδειξαν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της συμπεριφοράς τύπου A και της στεφανιαίας νόσου.

Μια πολυκεντρική μελέτη εκτίμησε τους παράγοντες κινδύνου σε 3154 άνδρες, ηλικίας 39-59 ετών. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων αυτής της μελέτης έδειξε ότι τα άτομα με προσωπικότητα τύπου A είχαν διπλάσια νοσηρότητα σε σύγκριση με άτομα με προσωπικότητα τύπου B. Η αύξηση της επίπτωσης παρέμενε ακόμη και όταν έγινε διόρθωση για τους άλλους παραγόντες κινδύνου (38).

Σε μια μεταγενέστερη μελέτη σε άνδρες ηλικίας 55-64 ετών βρέθηκε ότι άτομα με προσωπικότητα τύπου A, απωθημένη επιθετικότητα και εργασιομανία είχαν μεγαλύτερη επίπτωση εμφραγμάτων του μυοκαρδίου, θρόμβωσης των στεφανιαίων αγγείων και γενικά στεφανιαίας νόσου σε σύγκριση με άνδρες που είχαν προσωπικότητα τύπου B (39). Άλλες μελέτες έδειξαν επίσης τη συσχέτιση μεταξύ της προσωπικότητας τύπου A και του βαθμού αθηρωμάτωσης των στεφανιαίων αγγείων, όπως αυτή εκτιμήθηκε με στεφανιογραφία.

Ωστόσο ο Pickering το 1985 σε μια μελέτη δεν βρήκε καμιά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της προσωπικότητας τύπου A και της σοβαρότητας της στεφανιαίας νόσου.

Αντίθετα σε μια πιο πρόσφατη μελέτη σε 2.200 ασθενείς βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της προσωπικότητας τύπου A και της σοβαρότητας της στεφανιαίας νόσου (38).

Σε μια άλλη μελέτη 424 ασθενείς υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία και σε ταυτόχρονο έλεγχο της προσωπικότητας. Το 75% των ασθενών με υψηλά επίπεδα



εχθρότητας είχε εκτεταμένη αθηρωμάτωση των στεφανιαίων αγγείων (41). Το 1980, 424 άτομα με προσωπικότητα τύπου A, οι οποίοι είχαν ένα καρδιακό επεισόδιο υποβλήθηκαν σε αγγειογραφία προκειμένου να πιστοποιηθεί η διάγνωση της αθηρωματικής νόσου. Ταυτόχρονα είχαν υποβληθεί και σε ερωτηματολόγιο προσωπικότητας, Minnesota Multiphase Personality Inventory, (M.M.P.I). Οι ασθενείς που συγκέντρωσαν υψηλούς δείκτες επιθετικότητας είχαν επίσης και μεγαλύτερου βαθμού αθηρωμάτωση των στεφανιαίων αγγείων σε σύγκριση με αυτούς που είχαν χαμηλά επίπεδα εχθρότητας. Επιπρόσθετα σε καταστάσεις άγχους τα άτομα με προσωπικότητα τύπου A εμφάνισαν μεγαλύτερες αυξήσεις των τιμών της αρτηριακής πίεσης(38).



4. ΣΧΟΛΕΣ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ

Τον 20^ο αιώνα τρεις ψυχοσωματικές σχολές διεκδίκησαν τα πρωτεία: η ψυχαναλυτική, η ψυχοφυσιολογική και η ψυχοβιολογική (ή ολιστική ή βιοψυχοκοινωνική).

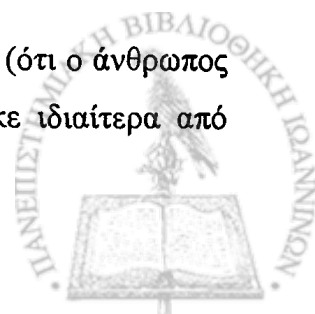
Η ψυχαναλυτική σχολή, με κύριο εκπρόσωπο τον F. Alexander (1891- 1964), (43) προσπάθησε να εφαρμόσει την ψυχαναλυτική μέθοδο στη σωματική νόσο. Έτσι η σχολή αυτή απέδωσε ένα μεγάλο αριθμό σωματικών διαταραχών αγνώστου αιτιολογίας στην ψυχογένεση. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν το δωδεκαδακτυλικό έλκος, το βρογχικό άσθμα, η ελκώδης κολίτιδα, η θυρεοτοξίκωση, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η νευροδερματίτιδα και η ιδιοπαθής υπέρταση.

Η ψυχογένεση επισήμανε ότι υποθετικές συγκρούσεις που αφορούν κυρίως τις ενορμήσεις ή τις ανάγκες του ατόμου μπορούν να οδηγήσουν σε σωματικές διαταραχές.

Ο Freud αποδέχονταν τη συμβολική έκφραση μίας ψυχοσύγκρουσης για την εκτόνωση της συναισθηματικής έντασης. Σε αντίθεση ο F. Alexander θεωρούσε ότι η σωματική έκφραση είναι αποτέλεσμα προσαρμογής του ανοσοποιητικού συστήματος στην ενδοψυχική σύγκρουση. Πίστευε μάλιστα ότι η εμπλοκή του αυτόνομου νευρικού συστήματος δεν γίνεται τυχαία, - αλλά ότι συγκεκριμένες ασυνείδητες συγκρούσεις και συναισθήματα οδηγούν σε συγκεκριμένη σωματική διαταραχή (43). Ο F. Alexander διατύπωσε την άποψη ότι οι σωματικές διαταραχές είναι αποτέλεσμα ψυχολογικών διαταραχών (44, 45).

Η ψυχοφυσιολογική σχολή βασίστηκε στις μελέτες του Pavlov για τα εξαρτημένα αντανακλαστικά και του Cannon για τις φυσιολογικές (σωματικές) συνιστώσες των συναισθημάτων. Σημαντικότερος εκφραστής της σχολής αυτής ήταν ο H.G. Wolff, ο οποίος μελέτησε με αυστηρή επιστημονική μεθοδολογία την επίπτωση των γεγονότων ή συμβάντων της ζωής στην υγεία, τα φυσιολογικά (σωματικά) ανάλογα των συγκινησιακών καταστάσεων, τα φυσιολογικά (σωματικά) ανάλογα παθήσεων, όπως η στεφανιαία νόσος, καθώς και τους φυσιολογικούς (σωματικούς) μηχανισμούς που κινητοποιούνται όταν το άτομο εκτεθεί σε σημαντικά και ιδιαίτερα στρεσογόνα ερεθίσματα.

Η ψυχοβιολογική σχολή ξεκίνησε από τις ιδέες του A. Meyer (ότι ο άνθρωπος είναι μία ολοκληρωμένη βιοψυχοκοινωνική ενότητα). Αναπτύχθηκε ιδιαίτερα από

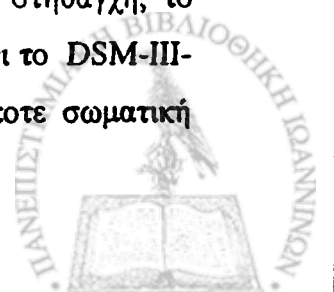


την F. Dunbar. Η θεωρία της υποστηρίζει την ανάγκη για μία βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση στη μελέτη και στο θεραπευτικό χειρισμό όλων των νόσων και όχι μόνο των ονομαζόμενων ψυχοσωματικών νοσημάτων. Η Dunbar ήταν πραγματικός εκπρόσωπος της ολιστικής προσέγγισης του ασθενή. Η ολιστική άποψη της Dunbar ενέπνευσε την ενοποιημένη θεωρία της ανθρώπινης συμπεριφοράς, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της νόσου και την πολυπαραγοντική αιτιολογική υπόθεση της νόσου (44, 46).

Έτσι, είναι φανερό ότι ο όρος «ψυχοσωματικός» ακόμη και σήμερα χρησιμοποιείται με δύο έννοιες: τον ψυχογενετικό και τον ολιστικό.

Η δεύτερη έννοια, η ολιστική, θεωρείται σήμερα ως η μόνη σωστή, γιατί αναφέρεται σε ένα σύστημα υποθέσεων για την ψυχή και το σώμα, καθώς και στο ρόλο των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην υγεία και την νόσο. Η ενότητα ψυχής-σώματος είναι βασικό φιλοσοφικό αξίωμα. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες θεωρούνται ότι εμπλέκονται σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό σε κάθε νόσο. Κάθε πάθηση θεωρείται ότι έχει πολλαπλή αιτιολογία, είναι, δηλαδή, το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων. Κάθε μία από τις τρεις τάξεις των μεταβλητών μπορεί να διαδραματίσει είτε απαραίτητο είτε συντελεστικό (=ότι δηλαδή συμβάλλει) αιτιολογικό ρόλο. Συντελεστική αιτία μπορεί να είναι μία μείζων αλλαγή της ζωής του ατόμου και η ψυχολογική αντίδραση σε αυτή, που αυξάνει την πιθανότητα να νοσήσει το άτομο. Αν η συντελεστική αιτία απομακρυνθεί ή αποδυναμωθεί, η πιθανότητα να συμβεί η νόσος ελαττώνεται. Είναι πολύ πιθανό ότι ψυχολογικοί παράγοντες και κοινωνικοί παράγοντες αποτελούν συντελεστικούς μόνον και όχι απαραίτητους ή επαρκείς παράγοντες για να νοσήσει κάποιο άτομο (45, 47, 48).

Όλα τα παραπάνω αξιώματα ουσιαστικά αναλύουν την ολιστική άποψη του όρου «ψυχοσωματικός». Στην κατηγορία αυτή υπάγονται σωματικές καταστάσεις που θεωρούνται ότι έχουν είτε αποδεδειγμένη «οργανική» παθολογία (π.χ ρευματοειδής αρθρίτιδα) είτε γνωστή παθοφυσιολογική διεργασία (π.χ ημικρανική κεφαλαλγία) και στις οποίες περιβαλλοντικά ερεθίσματα με ψυχολογική σημασία συσχετίζονται χρονικά με την έναρξη ή την παρόξυνση τους. Κοινά παραδείγματα τέτοιων καταστάσεων είναι η παχυσαρκία, η κεφαλαλγία τάσης, η στηθάγχη, το άσθμα, το γαστρικό έλκος, η ελκώδης κολίτιδα κ.ά. Όπως, όμως τονίζει το DSM-III-R η κατηγορία αυτή θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για οποιαδήποτε σωματική



κατάσταση στην οποία κρίνεται ότι ψυχολογικοί παράγοντες διαδραματίζουν συντελεστικό ρόλο.

Σύμφωνα λοιπόν με τις σύγχρονες αντιλήψεις του ολιστικού μοντέλου προσέγγισης των νοσημάτων, κάθε νόσος ή σωματική διαταραχή αποτελεί εκδήλωση της ανθρώπινης ψυχοσωματικής ολότητας. Καμία διανοητική επεξεργασία ή δραστηριότητα της φαντασίας δεν είναι δυνατή χωρίς το σώμα. Αντίθετα, μέσα από τη διανοητική μας ζωή, τα συναισθήματα μας και τις αναπαραστάσεις μας τα αισθητήρια ερεθίσματα και οι εμπειρίες του σώματος αποκτούν σημασία για μας. Οι λειτουργίες του σώματος είναι απαραίτητες για τις ψυχικές διεργασίες, αλλά και οι διανοητικές λειτουργίες έχουν αντίκτυπο στο σώμα. Υπό την ευρεία αυτή έννοια, *κάθε γεγονός που παρατηρείται στο ανθρώπινο σώμα, συμπεριλαμβανομένης και της νόσου, είναι ψυχοσωματικό (49).*

4.1 Ψυχοσωματική Ιατρική

Η σχέση μεταξύ ψυχολογίας και υγείας ήταν γνωστή στους αρχαίους πολιτισμούς των Κινέζων, των Αιγυπτίων και των Ελλήνων μια και οι παραπάνω λαοί προσπαθούσαν να διερευνήσουν την πιθανή σχέση μεταξύ της ψυχής και του σώματος. Μία αναζήτηση που έδωσε την ευκαιρία σε πολλούς φιλοσόφους τη δυνατότητα διατύπωσης απόψεων (49-51).

Σύμφωνα με τον Πλάτωνα η ικανότητα των γιατρών να θεραπεύσουν ήταν περιορισμένη «επειδή παρέβλεπαν το όλο, που έπρεπε επίσης να μελετηθεί, καθώς το μέρος δεν μπορεί ποτέ να γίνει καλά, εκτός αν γίνει το όλο καλά». Η μοντέρνα έννοια του όρου «ψυχοσωματικός» είναι ακριβώς αυτή της αρχαίας Ελλάδας: η «ολιστική» άποψη του ανθρώπου και της ιατρικής ότι δηλαδή ψυχή και σώμα είναι συνθετικά τμήματα του ατόμου, που διαχωρίζονται μόνο τεχνητά για λόγους μελέτης και ανάλυσης, αλλά που στη φύση είναι αδιαίρετα (51). Μέχρι περίπου το 1920 με 1930, ο όρος «ψυχοσωματικός» χρησιμοποιούνταν με μεγάλη ασάφεια. Κάτω από την επίδραση της ψυχανάλυσης, της ψυχοφυσιολογίας και της ψυχοβιολογίας άρχισε ο όρος προοδευτικά να χρησιμοποιείται όλο και πιο σωστά. Ο ασθενής σταμάτησε να αντιμετωπίζεται μόνο ως σώμα παραγνωρίζοντας τις ψυχολογικές και κοινωνικές του διαστάσεις. Η σύγχρονη ιατρική επιστήμη ανακαλύπτει για μία ακόμη φορά το



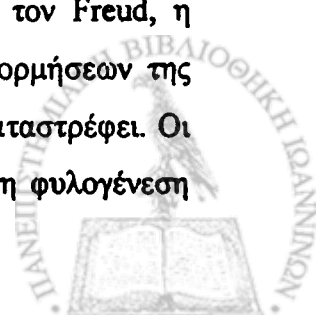
σημαντικό ρόλο που μπορεί να διαδραματίσουν ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες αφενός στην εμφάνιση και στην εξέλιξη, και αφετέρου στην πρόληψη και τη θεραπεία των περισσότερων νόσων.

Είναι γνωστό ότι η Παγκόσμια οργάνωση υγείας δεν θεωρεί ένδειξη καλής υγείας μόνο την απουσία της νόσου. Απαραίτητη προϋπόθεση για καλή υγεία θεωρείται επίσης η συναισθηματική, η κοινωνική και η οικονομική κάλυψη των αναγκών του ατόμου. Σε αυτή τη βάση η υγεία συνιστά ένα πολυπαραγοντικό κοινωνικό φαινόμενο με σαφείς κοινωνικές, ψυχολογικές, βιολογικές και πολιτισμικές παραμέτρους (52, 53).

Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την εμφάνιση της νόσου είναι η ατομική προδιάθεση και το κοινωνικό περιβάλλον – παράγοντες που βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση και οδηγούν σε συμπεριφορές που προωθούν ή καταστέλλουν την υγεία. Συγκεκριμένοι ψυχοφυσιολογικοί μηχανισμοί οδηγούν στην εμφάνιση ή μη της νόσου.

Είναι ευρύτερα αποδεκτό ότι οι οργανικές (βιοχημικές, ορμονικές, ανατομικές κ.ά.) μεταβολές στον άνθρωπο ακολουθούνται απαραίτητα από αντίστοιχες ψυχολογικές διαδικασίες.

Μία άλλη διάσταση για αυτό το θέμα δόθηκε από τον Freud . Από τις πρώτες κιόλας μελέτες έκανε λόγο για τη σωματική μετατροπή, περιγράφοντας τη μεταβίβαση της συναισθηματικής έντασης σε σωματικά συμπτώματα. Σε μετέπειτα έργα του ο Freud αναφέρεται στη δυναμικότητα της σχέσης μεταξύ της ενόρμησης της ζωής και της ενόρμησης του θανάτου. Υποστήριζε επίσης ότι η επικράτηση της μίας ενόρμησης επί της άλλης εξαρτάται από τα στοιχεία της εσωτερικής διοργάνωσης και αποδιοργάνωσης. Σε ατομικό επίπεδο, η επικράτηση μίας από τις ενορμήσεις εξαρτάται από παράγοντες απρόβλεπτους, τραυματικούς ή αναζωογονητικούς, που ποικίλουν από άτομο σε άτομο. Το ένστικτο του θανάτου προέρχεται ακόμη από παρορμήσεις σκληρότητας, επιθετικότητας, καταστροφικότητας, αυτοκαταστροφής και αυτοτιμωρίας. Η επιθετικότητα είναι μία εκδήλωση της ψυχικής λειτουργίας της ορμής του θανάτου, που ο Freud πίστευε ότι είναι έμφυτη σε κάθε κύτταρο του σώματος, με αποτέλεσμα σταδιακά να αφανίζεται η οργανική υπόσταση κάθε ζώντος οργανισμού (54). Σύμφωνα με τον Freud, η γέννηση και η ασθένεια είναι δύο αντιπροσωπευτικοί τύποι των ενορμήσεων της ζωής και του θανάτου, από τις οποίες η μία δημιουργεί και η άλλη καταστρέφει. Οι μηχανισμοί αυτών των δύο ενορμήσεων οι οποίες προκύπτουν από τη φυλογένεση



και την κληρονομικότητα αποτέλεσαν και τη βάση της ψυχοσωματικής ιατρικής (55). Όπως είναι γνωστό, σε περιπτώσεις υστερίας, (μετατρεπτική νεύρωση), ο ασθενής εμφανίζει διαταραχές των λειτουργιών που ελέγχονται από το κεντρικό νευρικό σύστημα (τύφλωση, κώφωση, παράλυση). Ο Freud (56) όμως πέρα από τη σωματική έκφραση αυτής της κατάστασης, διέκρινε και ψυχολογικά αίτια, θεωρώντας ότι τα σωματικά συμπτώματα αποτελούσαν συμβολική έκφραση κάποιας βαθύτερης ασυνείδητης σύγκρουσης. Έτσι, υποστήριζε ότι η μετατροπή μιας ψυχολογικής σύγκρουσης σε σωματικό σύμπτωμα, είναι μια διεργασία που γίνεται ασυνείδητα. Κι ενώ ο Freud προσπάθησε να προσεγγίσει τη μεταβίβαση από τη συναισθηματική ένταση στα σωματικά συμπτώματα στη μελέτη της υστερίας, νεότεροι μελετητές προβληματίστηκαν γύρω από την εδραίωση της ψυχοσωματικής «ψυχοπαθολογίας», την οποία έθεσαν στις αρχικές φάσεις της ανάπτυξης του Εγώ και μάλιστα στις φάσεις της εξατομίκευσης, του αποχωρισμού και της ανάπτυξης των αντικειμενοτρόπων σχέσεων (55). Η M. Mahler και ο R. Spitz περιγράφουν χαρακτηριστικά τις πρώτες προσπάθειες των βρεφών για την απομάκρυνση από τη μητέρα τους και την ανάπτυξη της σωματικής τους εικόνας. Πιο συγκεκριμένα, ο R. Spitz, (56) στις αναφορές του για τα στάδια εξέλιξης των σχέσεων του αντικειμένου, αρχικά κάνει λόγο για το προ-αντικειμενοτρόπο ή χωρίς αντικείμενο στάδιο, που χαρακτηρίζεται από τη μη διαφοροποίηση του Εγώ από το μη Εγώ και στη συνέχεια, για το πρόδρομο στάδιο του αντικειμένου, στο οποίο τοποθετείται η αρχή του στοιχειώδους Εγώ, αυτό που ο Freud ονομάζει σωματικό Εγώ.

Επίσης, σύμφωνα με τη Mahler (57), κατά τη φυσιολογική συμβιωτική φάση, με την οποία χαρακτηρίζει την κατάσταση της μη διαφοροποίησης μεταξύ βρέφους και μητέρας, το Εγώ παραμένει αδιαφοροποίητο από το Εκείνο, με αποτέλεσμα οι λιβιδινικές και επιθετικές τάσεις να συνυπάρχουν. Στην επόμενη φάση του αποχωρισμού-ατομικοποίησης αρχίζουν οι διεργασίες της διαφοροποίησης και της ανάπτυξης της εικόνας του σώματος. Οι επιθετικές ενορμήσεις αυτής της φάσης είναι πολύ σημαντικές για την περαιτέρω ανάπτυξη του παιδιού. Στην περίπτωση που δεν υπάρξει σωστός χειρισμός τους από την πλευρά της μητέρας, είναι πιθανό η επιθετικότητα αυτών των ενορμήσεων να στραφεί προς το ίδιο το σώμα του ατόμου όταν αυτό φαντασιώνει ότι αποχωρίζεται τη μητέρα του ή όταν ο αποχωρισμός γίνεται στην πραγματικότητα, γεγονός που όταν επαναλαμβάνεται και στις μετέπειτα φάσεις της ζωής ενός ατόμου, μπορεί να συνδεθεί με την ενδοβολή αρνητικών συναισθημάτων και τη μη εξωτερικότητά τους.



Εξίσου σημαντικές είναι και οι παρατηρήσεις του Winnicott (59-61) για τους ψυχοσωματικούς ασθενείς, σύμφωνα με τον οποίο στα άτομα αυτά δεν έχει επέλθει διαφοροποίηση μεταξύ ψυχής και σώματος, γεγονός που είναι δυνατό να εξηγήσει την έλλειψη φαντασίας και τη μηχανιστική συγκεκριμένη σκέψη των ψυχοσωματικών ατόμων. Πιο συγκεκριμένα, ο Winnicott υποστήριζε ότι η ψυχική υγεία είναι το αποτέλεσμα της φροντίδας που παρέχει η μητέρα στο παιδί, φροντίδα που επιτρέπει τη συνέχεια της συναισθηματικής του ανάπτυξης. Όταν όμως η μητέρα δεν είναι ικανή να εκπληρώσει αυτό το ρόλο, τότε το παιδί κατακλύζεται από έντονο άγχος που οι ενήλικες δεν μπορούν να φαντασθούν. Πρόκειται για ένα άγχος εκμηδενισμού, κομματιάσματος, κατά το οποίο το παιδί χάνει την επαφή με το σώμα του. Ο Winnicott συνδέει αυτό το άγχος με τις διαταραχές οργάνωσης του Εγώ, το οποίο χαρακτηρίζεται από 3 τάσεις:

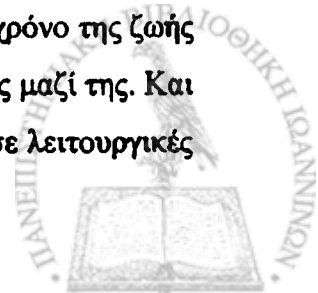
1). την τάση της απαρτίωσης (integration) σε σχέση με το κράτημα (holding) από τη μητέρα.

2). την τάση για προσωποποίηση (personalization), δηλ. μία σταθερή ένωση του Εγώ και του σώματος, σε σχέση με τον τρόπο που η μητέρα φροντίζει το μωρό και τους χειρισμούς που κάνει (handling) και

3). την εγκατάσταση μίας σχέσης μέσα από τον τρόπο που η μητέρα όχι μόνο ικανοποιεί τις ανάγκες του μωρού, αλλά το αφήνει να βρει το αντικείμενο (στήθος, μπιμπερό) και να το εξερευνήσει, έτσι η μητέρα δίνει την ψευδαίσθηση στο μωρό ότι το δημιούργησε (62, 63).

Υποστηρίζεται λοιπόν ότι η δυσλειτουργική συμπεριφορά της μητέρας ανακινεί ορισμένους ψυχολογικούς παράγοντες που προκαλούν στο βρέφος ψυχοσωματικές διαταραχές και αυτό γιατί το βρέφος, μη διαθέτοντας οργανωμένο ψυχισμό, αντιδρά σε αυτούς τους παράγοντες με καθολικό τρόπο, μέσα από την αδιαφοροποίητη ψυχοσωματική του ολότητα. Σε αυτή την περίοδο που η συναισθηματική κατάσταση έλλειψης οργανωμένου ψυχισμού δεν επιτρέπει άλλου τύπου αντιδράσεις πέρα από τις σωματικές, πιστεύεται ότι δημιουργείται η απαρχή των μελλοντικών ψυχοσωματικών ασθενειών (63, 65).

Μιλώντας για ψυχοσωματική διαταραχή στο βρέφος, εννοούμε γενικά κάθε αντίδραση του, η οποία έχει σχέση με τη συγκινησιακή του κατάσταση και την επαφή με τη μητέρα, μια και η συναισθηματική ζωή του παιδιού κατά τον 1^ο χρόνο της ζωής του εξαρτάται πλήρως από τη μητέρα, εξαιτίας της συμβιωτικής σχέσης μαζί της. Και στο βρέφος τα συμπτώματα δεν περιορίζονται μόνο σε αντιδράσεις ή σε λειτουργικές

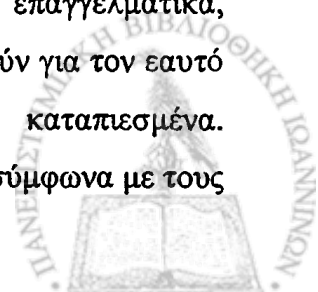


διαταραχές, αλλά κατά τον 1^ο χρόνο της ζωής μπορούν να πάρουν τη μορφή ψυχοσωματικής ασθένειας, μια και αυτός ο χρόνος θεωρείται το «κρίνο» των ψυχοσωματικών ασθενειών του ενήλικα (63).

Παρόλο που οι ψυχαναλυτές έχουν δώσει βαρύτητα στο ρόλο της μητέρας στην ανάπτυξη του βρέφους, δεν έχουν παραλείψει να ασχοληθούν και με το ρόλο του πατέρα και τη συμμετοχή του στην ψυχική ανάπτυξη του παιδιού και στη δόμηση της σεξουαλικής του ταυτότητας. Αναγνωρίζεται λοιπόν ότι η παρουσία του πατέρα (πραγματική και συμβολική) είναι καθοριστικής σημασίας για το πέρασμα από τη δυαδική-συμβιωτική σχέση μητέρας – βρέφους στην τριαδική σχέση μεταξύ των δύο γονιών και του παιδιού. Επίσης, όταν στη συνέχεια ο ιδιαίτερος δεσμός που παρατηρείται κατά την τριαδική σχέση ανάμεσα στο γιο και τη μητέρα και ανάμεσα στην κόρη και τον πατέρα, διαταράσσεται από αίσθημα ζήλιας και ανταγωνισμού προς το γονέα του ίδιου φύλου (σύμπλεγμα της Ηλέκτρας), είναι η τελική έντονη ταύτιση με το γονέα του ίδιου φύλου που θα αποτελέσει τη λύση αυτής της περιόδου. Οι εμπειρίες και τα συναισθήματα που βιώνονται σε αυτή τη φάση συσχετίζονται και με τη διαμόρφωση του Εγώ και του Υπερεγώ. Είναι αυτονόητο λοιπόν ότι ταυτίσεις με τους δύο γονείς, ως μέρος της πορείας του οιδιπόδειου συμπλέγματος διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του παιδιού.

Επιπλέον θεωρείται ότι εξίσου ουσιώδους σημασίας για την ανάπτυξη του παιδιού είναι και η αναγνώριση του λόγου του πατέρα ως φορέα του νόμου και της τάξης, που η μητέρα μεταφέρει με τα λόγια της και εδραιώνει στη ζωή του παιδιού. Αν δεν παρουσιασθεί στο παιδί ο πατέρας ως φορέας του νόμου ή αν η μητέρα δεν αναγνωρίσει στον πατέρα αυτή τη θέση, το παιδί παραμένει καθηλωμένο στη δυαδική σχέση (61, 63).

Υποστηρίζεται λοιπόν, ότι άτομα που βίωσαν συνθήκες απώλειας ή τραυματικών γεγονότων, συγκρουσιακές καταστάσεις και ιδιαίτερες αποτυχίες στα αρχαία στάδια της μητρικής λειτουργίας, στην ενήλικη ζωή τους δεν καταφέρνουν να αναπτύξουν ή χάνουν την ικανότητα να αντιμετωπίσουν τα στρεσογόνα ερεθίσματα. Το αμυντικό τους σύστημα είναι εύθραυστο ευάλωτο, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν κατάθλιψη ή να περιορίζεται η διανοητική τους ζωή σε καθημερινές μηχανιστικές σκέψεις. Κάποιοι μπορεί να λειτουργούν καλά επαγγελματικά, οικογενειακά, ή κοινωνικά, αλλά όταν κάποιος τους ακούσει να μιλούν για τον εαυτό τους, τότε καταλαβαίνει ότι τα συναισθήματά τους είναι καταπιεσμένα. Παρατηρούνται μηχανισμοί που λειτουργούν ως άμυνα του ατόμου, σύμφωνα με τους



οποίους ένα μέρος του αντικειμένου εξιδανικεύεται και το άλλο θεωρείται ως διώκτης του Εγώ, ενώ οι σχέσεις τους είναι ασταθείς. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι άμυνες του Εγώ δείχνουν μία φτωχή οργάνωση και οι δραστηριότητες αυτό-χαλάρωσης που παρατηρούνται σε άτομα που δουλεύουν εξοντωτικά, είναι υπερδραστήριοι κ.λ.π., αποδεικνύονται αναποτελεσματικοί στο να κρατήσουν την ψυχοσωματική ισορροπία, η οποία θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως προστατευτική ασπίδα ενάντια στην έκθεση της ψυχοσωματικής οντότητας σε απαιτητικά ερεθίσματα (51).

Από τις παραπάνω θεωρητικές προσεγγίσεις γίνεται εμφανές ότι τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ψυχοσωματικών ασθενών διαμορφώνονται ήδη κατά τις αρχαϊκές φάσεις ανάπτυξης του Εγώ και όπως υποστηρίζεται, η ψυχοσωματική «ψυχοπαθολογία» αποτελεί μία μορφή «αντίδρασης» στην αποτυχία ανάπτυξης των ορίων και της ταυτότητας του Εγώ (66).

Ο Marty επιχείρησε μία προσέγγιση των ψυχοσωματικών φαινομένων, θεωρώντας ότι η ασθένεια είναι μια «ειδική κατάσταση ισορροπίας» του ατόμου σε μια συγκεκριμένη στιγμή της ζωής του. Ο Marty υποστήριξε ότι κατά τη γένεση της παθολογικής εξέλιξης και της εμφάνισης μιας νόσου, συμμετέχουν τα πιθανά τραυματικά γεγονότα που το άτομο έχει βιώσει, καθώς και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του. Ο Marty θεωρούσε ότι η νόσος επέρχεται κάποια στιγμή στη ζωή του ατόμου ως αυτόματη λύση μιας κατάστασης, για την οποία δεν υπάρχει άλλη διέξοδος και κατά κάποιο τρόπο εξυπηρετεί την ύπαρξη ή την ταυτότητα του ατόμου. Εμφανίζεται δηλαδή, ως άμυνα στο άτομο που έχει ήδη αποτύχει να αντιμετωπίσει επιτυχώς την αγχογόνα εσωτερική ή εξωτερική πραγματικότητα. Έτσι, πίστευε ότι η ανισορροπία της νόσου δεν αποτελεί ένα παθολογικό γεγονός, αλλά έναν από τους παράγοντες «ομοιοστασίας» που δημιουργούν οι υφιστάμενες συνθήκες. Αυτή η ομοιοστασία έγκειται σε αντίθετες δυνάμεις, ορισμένες από τις οποίες συντελούν στην οργάνωση πολύπλοκων συστημάτων και άλλες συντελούν στην αποδιοργάνωση (67). Σύμφωνα με την ψυχοσωματική θεωρία του Marty, η προσωπικότητα χαρακτηρίζει κάθε άτομο από τα πρώτα χρόνια της ζωής του. Η θεώρηση αυτή στηρίζεται πάνω σε μια ψυχαναλυτική προσέγγιση.

Στα πλαίσια διαφόρων θεωρητικών προσεγγίσεων επιχειρήθηκε η περιγραφή των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των ασθενών που παραδοσιακά χαρακτηρίστηκαν ως «ψυχοσωματικά, προσεγγίσεις οι οποίες συγκλίνουν στα ακόλουθα:



- Η σκέψη των ψυχοσωματικών ατόμων χαρακτηρίζεται ως μηχανιστική και συγκεκριμένη (52) Η φαντασία τους είναι στείρα και η συναισθηματική τους έκφραση εξαιρετικά πτωχή.
- Οι σχέσεις των ψυχοσωματικών ατόμων με τους άλλους περιγράφονται ως κενές, απρόσωπες και επιφανειακές. Οι ψυχοσωματικοί ασθενείς «βλέπουν» τους άλλους ως ακριβή αντίγραφα του εαυτού τους που πιθανά έχουν τις ίδιες ανάγκες. Αν οι άλλοι λειτουργούν διαφορετικά, η σχέση διακόπτεται και αρχίζει η ψυχοσωματική συμπτωματολογία.
- Όσον αφορά την κοινωνική τους ζωή, τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από κομπορμισμό, συμβατικότητα και από μια κοινωνικά αποδεκτή προσαρμογή, χαρακτηριστικά που ονομάστηκαν ως «ψευδοκανονικότητα»(68,69).

Τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά αποτελούν γενικά χαρακτηριστικά των ασθενών που πάσχουν από τις κλασικά περιγραφόμενες ψυχοσωματικές νόσους, , μία περιγραφή η οποία, βέβαια, δεν είναι δυνατό να συμπεριλάβει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε ασθενή. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι, επειδή, όπως αναφέρθηκε, η ψυχοσωματική δομή συνδέεται με τις αρχαϊκές φάσεις της ανάπτυξης του Εγώ, η αντιμετώπιση της «ψυχοπαθολογίας» των ψυχοσωματικών ασθενών θεωρείται εξαιρετικά δύσκολη, ενώ η απάλειψη των συμπτωμάτων ορισμένες φορές μπορεί να δημιουργήσει στους ασθενείς ένα μεγάλο συναισθηματικό χάσμα, που μπορεί να τους είναι ανυπόφορο.



5. ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ STRESS: ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΤΗΣ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΗΣ

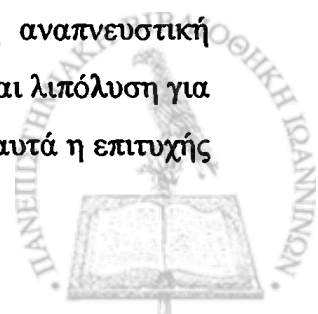
Η ζωή εξαρτάται από τη διατήρηση μίας πολύπλοκης δυναμικής ισορροπίας η οποία συνεχώς συγκρούεται με εσωτερικές και εξωτερικές δυνάμεις (στρεσογόνους παράγοντες). Το χρόνιο stress ή η δυσλειτουργία του συστήματος του stress μπορεί να έχει σοβαρές φυσιολογικές και συμπεριφερσιολογικές συνέπειες, οι οποίες στη συνέχεια επηρεάζουν την ευεξία του ατόμου, κάνοντας το ευάλωτο σε διάφορα νοσήματα (70)

5.1 Το Σύνδρομο του stress

Τόσο τα φυσικά μέσα όσο και τα συναισθηματικά στρεσογόνα γεγονότα κινητοποιούν κεντρικούς και περιφερικούς μηχανισμούς που είναι υπεύθυνοι για τη διατήρηση της ισορροπίας και εν γένει της εσωτερικής ομοιοστασίας σε ένα οργανισμό (71). Οι κεντρικοί μηχανισμοί περιλαμβάνουν δύο συστήματα:

1) Το σύστημα του εκκριντικού παράγοντα της κορτικοτροπίνης (CRH system)

2) Το σύστημα νορεπινεφρίνης-αυτόνομου νευρικού σύστημα της (Locus Coreuleuw-NE/autonomic system). Η κινητοποίηση αυτού του μηχανισμού έχει ως σκοπό την προσαρμογή της συμπεριφοράς και της περιφερικής λειτουργίας του οργανισμού, έτσι ώστε να διατηρηθούν οι βασικές λειτουργίες του και να επιβιώσει κάτω από αντίξοες φυσικές ή συναισθηματικές συνθήκες (70-73). Ο οργανισμός κινητοποιεί το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), μετά την επίδραση ενός φυσικού στρεσογόνου ερεθίσματος. Κινητοποιείται έτσι η εγρήγορση και η επιθετικότητα, ενώ συγχρόνως αναστέλλονται άλλες λειτουργίες, όπως η λήψη τροφής και η αναπαραγωγή. Επίσης η κινητοποίηση περιφερικών μηχανισμών αφορά κυρίως την προσαρμογή ορισμένων λειτουργιών, που έχουν σκοπό την ανακατανομή της προσφοράς ενέργειας σε όργανα με λειτουργία μεγάλης σημασίας. Έτσι οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά κατευθύνονται στο ΚΝΣ και στους ιστούς που υφίστανται την κύρια επίδραση του στρεσογόνου αιτίου. Επιπρόσθετα αυξάνει η καρδιακή λειτουργία (αύξηση καρδιακού ρυθμού και αρτηριακής πίεσης), η αναπνευστική λειτουργία (ο αριθμός των αναπνοών), καθώς και η νεογλυκογένεση και λιπόλυση για την εξασφάλιση οξυγόνου και πηγών ενέργειας. (πίνακας 1). Παρόλα αυτά η επιτυχής



αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου αιτίου δεν εξαρτάται μόνο από την ταχύτητα προσαρμογής και απάντησης του οργανισμού, αλλά από την ικανότητα του να καταστέλλει μία υπερένταση, που πιθανά είναι εξ ίσου βλαπτική. Στην αντιμετώπιση της φλεγμονής ή κάποιας συναισθηματικής έντασης, κάθε επιμέρους λειτουργία του συστήματος απάντησης στο stress, πρέπει να είναι άμεση και βραχείας διάρκειας, γιατί αλλιώς χάνει την αξία της ως προσαρμοστική λειτουργία και μπορεί να οδηγήσει σε παθολογικές καταστάσεις, όπως καχεξία, κατάθλιψη κ. λ. π (70, 74).

Πίνακας 1: Προσαρμογή της συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια του stress

Προσαρμογή της συμπεριφοράς

Αυξημένη εγρήγορση και κινητοποίηση
 Αυξημένη αντίληψη, επαγρύπνηση και εστίαση της προσοχής
 Ευφορία ή δυσφορία
 Αυξημένη θερμοκρασία
 Καταστολή της όρεξης
 Καταστολή του libido

Αντιρροπιστικοί Μηχανισμοί

Οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά κατευθύνονται στο ΚΝΣ και στους ιστούς που υφίστανται το stress
 Μεταβολή του καρδιακού ρυθμού και αύξηση της αρτηριακής πίεσης
 Αύξηση της αναπνευστικής λειτουργίας
 Αυξημένη γλυκονεογένεση και λιπόλυση
 Μειωμένη ανοσολογική απάντηση
 Μειωμένη απάντησης στο stress (70, 74).



5.2 Ο κύριος μηχανισμός του stress: φυσιολογία του υποθαλαμο-υποφυσιακού-επινεφριδιακού άξονα

Ο φλοιός των επινεφριδίων εκκρίνει γλυκοκορτικοειδή (κορτιζόλη στον άνθρωπο και κορτικοστερόνη στους επίμυες) ως απάντηση σε ένα πλήθος στρεσογόνων ερεθισμάτων. Αυτό είναι το τελικό στάδιο μιας νευροενδοκρινικής διεργασίας, που αρχίζει με την αντίληψη του στρεσογόνου ερεθίσματος (φυσικού ή συναισθηματικού) από τον εγκέφαλο και την έκλυση από τον υποθάλαμο του εκλυτικού παράγοντα της κορτικοτροπίνης (CRH) ή και άλλων εκλυτικών παραγόντων της κορτικοτροπίνης (ACTH), όπως πχ της βαζοπρεσίνης (AVP) (71). Στη συνέχεια ο CRH διεγείρει την έκκριση της ACTH από τα κορτικοφόρα κύτταρα του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης και η ACTH με τη σειρά της διεγείρει την έκκριση των γλυκοκορτικοειδών από το φλοιό των επινεφριδίων. Ακολούθως, τα εκρινόμενα γλυκοκορτικοειδή αλληλεπιδρούν με τον εγκέφαλο και την υπόφυση διαμέσου υποδοχέων και ρυθμίζουν τη λειτουργία του ΥΥΕ άξονα (72).

Η έκκριση του CRH υφίσταται ισχυρές επιδράσεις από μία μεγάλη ποικιλία στρεσογόνων ερεθισμάτων. Οι καταστάσεις που διεγείρουν τον CRH είναι πολλές και εκτείνονται από τις κακώσεις, τα χειρουργικά τραύματα, το άλγος, την υπογλυκαιμία, το ψύχος, μέχρι το φόβο, το θυμό, τις συγκινησιακές καταστάσεις και τα καθημερινά άγχη. Τα ερεθίσματα φθάνουν στον υποθάλαμο από όλες τις εγκεφαλικές περιοχές. Δύο, όμως, τμήματα του ΚΝΣ, το μεταιχμιακό σύστημα και ο δικτυωτός σχηματισμός, συμμετέχουν ενεργά στη ρύθμιση της έκκρισης της CRH με την ικανότητα που έχουν να τροποποιούν την ένταση των ερεθισμάτων που θα διοχετεύσουν στον υποθάλαμο (72).

Τα στρεσογόνα ερεθίσματα που επιδρούν στον CRH μπορούν να διαιρεθούν σε εκείνα που η δράση τους αναστέλλεται από τη χορήγηση της δεξαμεθαζόνης και σε όσα προκαλούν διέγερση της CRH παρά τη λήψη δεξαμεθαζόνης. Τα τελευταία ερεθίσματα αποδεικνύουν ότι υπάρχουν νευρικοί μηχανισμοί οι οποίοι διεγείρουν την έκκριση του CRH και είναι τόσο ισχυροί που μπορούν να εξουδετερώσουν την ανασταλτική επίδραση της δεξαμεθαζόνης, είτε δρουν ανεξάρτητα από αυτή (70, 71).

Πολλοί μηχανισμοί ανατροφοδότησης ρυθμίζουν την έκκριση των γλυκοκορτικοειδών. Έτσι, τα κυκλοφορούντα γλυκοκορτικοειδή δρουν στην υπόφυση και αναστέλλουν άμεσα την έκκριση του CRH.



Η αύξηση της κορτιζόλης επίσης αναστέλλει την έκκριση της ACTH, ενώ η απουσία της προκαλεί μεγάλη αύξηση της έκκριση της. Πρέπει να αναφερθεί ότι η κορτιζόλη δρα σε εξωποθαλαμικές περιοχές του εγκεφάλου και διαμέσου αυτών στο CRH. Συνθετικά παράγωγα της κορτιζόλης, όπως η δεξαμεθαζόνη, εμφανίζουν πολύ ισχυρότερη ανασταλτική δράση.

5.3 Η σχέση ανάμεσα στο νευρικό, ενδοκρινικό και ανοσολογικό σύστημα. Η έννοια του «νευρο-ενδοκρινικό-ανοσολογικού» άξονα.

Από τη διεθνή βιβλιογραφία έχει επανειλημμένα τονισθεί ότι η προσωπικότητα, οι συγκινησιακοί παράγοντες, παλιές τραυματικές εμπειρίες, διάφορες μορφές stress προηγήθηκαν ή συντέλεσαν στην ανάπτυξη διαφόρων νοσημάτων (71-78). Μολονότι οι παρατηρήσεις και οι εκτιμήσεις έχουν επιβεβαιωθεί και σε πειραματικό επίπεδο, εκείνο που κυρίως λείπει είναι η περιγραφή κάποιου χειροπιαστού «αγωγού» μέσα από τον οποίο το εξωγενές ερέθισμα θα μπορούσε να διοχετευθεί και να επιφέρει τη συγκεκριμένη διαταραχή του οργανισμού.

Φαίνεται ότι η ίδια η εξέλιξη των ειδών από το μονοκύτταρο οργανισμό στους πολυκύτταρους οργανισμούς απαίτησε την παρουσία συγκεκριμένων οργάνων και συστημάτων για την εξασφάλιση κάποιας καλύτερης και πιο εξειδικευμένης λειτουργίας, ισχυρότερης άμυνας και μακρότερης επιβίωσης. Ο Pietraoli στη μονογραφία του για τη φυλογενετική και οντογενετική εξέλιξη της συνεργασίας του νευροενδοκρινικού και ανοσολογικού συστήματος δίνει μια τελεολογική κατά κάποιο τρόπο ερμηνεία αυτής της οντότητας. «Προσπάθεια κάθε οργανισμού μέσα στη φύση ήταν και είναι η αθανασία» Στο φυλογενετικό και οντογενετικό βιολογικό προφίλ η προσπάθεια για την πραγματοποίηση αυτή εξασφαλίζεται από τη μια μεριά με την ικανότητα για αυτοάμυνα του οργανισμού (από εξωγενείς ή ενδογενείς βλαπτικούς παράγοντες) και από την άλλη με τη συνεχή αναπαραγωγή του είδους. Είναι δηλαδή πιο απλά με τη στατική και δυναμική συνύπαρξη του ανοσολογικού και ορμονο-αναπαραγωγικού συστήματος (78).

Η συνεργασία περισσοτέρων του ενός βιολογικών συστημάτων είναι εκείνη που τελικά καθορίζει τη διατήρηση και εξέλιξη των ειδών. Τα τρία αυτά συστήματα (νευρικό, ενδοκρινικό και ανοσολογικό) πρέπει να επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα την ανάπτυξη, ωρίμανση και λειτουργία και άλλων οργανικών συστημάτων. Το



αποκορύφωμα του βιολογικού αυτού συντονισμού με περισσότερες εκλεκτικές και ειδικές λειτουργίες φαίνεται να κατέχει «ο άνθρωπος».

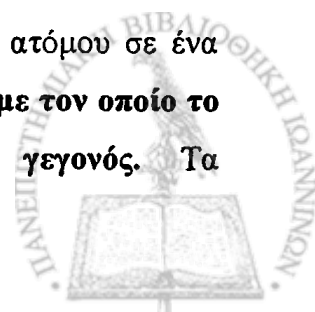
Υπάρχουν σήμερα ενδείξεις ότι το νευρικό, ενδοκρινικό και ανοσολογικό σύστημα βρίσκονται σε μία συνεχή δυναμική συνεργασία. Έτσι, γίνεται φανερό ότι τα συστήματα αυτά, αν και ανατομικά δεν συνέχονται, πρέπει να διατηρούν κάποια επικοινωνία μεταξύ τους. Υπεύθυνες για αυτήν την επικοινωνία φαίνεται ότι είναι διάφορες χημικές ουσίες, ορμόνες, καθώς και διάφορα οργανικά συστατικά του οργανισμού, όπως τα νεύρα, τα αγγεία κλπ. Βιβλιογραφικά δεδομένα επιβεβαιώνουν το γεγονός ότι η ανάπτυξη, η ωρίμανση και λειτουργία του ανοσολογικού συστήματος απαιτούν τη σύγχρονη δραστηριότητα και του νευρο-ενδοκρινικού συστήματος.

Έτσι λοιπόν στην πολυσυστηματική αυτή ανατομική και λειτουργική δομή τριών διαφορετικών συστημάτων, θα μπορούσε να δοθεί ο χαρακτηρισμός του «Νευρο-Ενδοκρino-Ανοσολογικού Άξονα» (NEA άξονα) (79).

5.4 Παράγοντες που καθορίζουν τον τρόπο αντίδρασης στο stress.

Ο τρόπος αντίδρασης στο stress εξαρτάται τόσο από τα χαρακτηριστικά των στρεσογόνων ερεθισμάτων, όσο και από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του stress αποτελούν ένα πολύ σημαντικό παράγοντα, μια και η αντίδραση σε αυτό εξαρτάται από τη σοβαρότητα των στρεσογόνων ερεθισμάτων, τη συνθήκη κάτω από την οποία εξελίσσεται το στρεσογόνο ερέθισμα, καθώς και τις αλλαγές που αυτό συνεπάγεται στη ζωή του ατόμου. Το παροδικό stress είναι συνήθης κατάσταση της ζωής, αφού η αλληλεπίδραση μεταξύ του οργανισμού και του περιβάλλοντος συχνά μπορεί να προκαλέσει μια απώλεια της ευελιξίας των προσαρμοστικών δυνατοτήτων. Το παρατεταμένο και έντονο stress, όμως, μπορεί να είναι επιβλαβές και είναι πιθανό να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη σωματικών και ψυχικών νοσογόνων διεργασιών (84).

Ο Richard Lazarus (80-83) υποστήριξε ότι η αντίδραση ενός ατόμου σε ένα στρεσογόνο ερέθισμα εξαρτάται, κατά κύριο λόγο, από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται και ερμηνεύει το συγκεκριμένο γεγονός. Τα



χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός ατόμου διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση στρεσογόνων ερεθισμάτων ή καταστάσεων. Σημαντικό επίσης ρόλο διαδραματίζει ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα επιλέγουν να αντιδράσουν στα ερεθίσματα αυτά. Γενικά, άτομα που διαθέτουν ώριμους αμυντικούς μηχανισμούς, όπως η μετουσίωση, το χιούμορ, η προβλεψιμότητα και ο αλτρουισμός, καθώς και όσοι διατηρούν ισχυρούς οικογενειακούς και φιλικούς δεσμούς είναι ευέλικτοι και ελαστικοί στον τρόπο αντίδρασης και επεξεργασίας των στρεσογόνων ερεθισμάτων. Επιπλέον, κοινωνικοί παράμετροι, όπως είναι το υποστηρικτικό περιβάλλον του ατόμου, συμβάλλουν σημαντικά στον τρόπο αντίληψης και αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων.

Είναι αυτονόητο ότι αγχογόνα γεγονότα βιώνουν όλοι οι άνθρωποι, αλλά τα γεγονότα αυτά δεν έχουν την ίδια «παθογόνα» δράση σε όλα τα άτομα. Ένας από τους παράγοντες που καθορίζει την πιθανότητα «παθογόνου δράσης» θεωρείται ότι είναι οι τραυματικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία (διαζύγιο γονέων, θάνατος γονέων, κ.ά.), οι οποίες αλληλεπιδρούν με στρεσογόνα γεγονότα της ενήλικης ζωής και αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων (84-86).

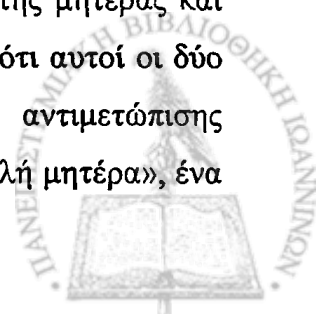
Σύμφωνα με τη Φροϋδική άποψη, ως τραύμα θεωρείται η ψυχική υπερφόρτωση, λόγω κατακλυσμού του Εγώ από αρνητικά ερεθίσματα, με αποτέλεσμα τη δημιουργία του αισθήματος αβοηθησίας (helplessness). Το τραύμα βιώνεται ως άγχος και συνοδεύεται από σωματικά ή ψυχικά συμπτώματα. Ο Freud ονομάζει ως τραύματα τα εξωτερικά ερεθίσματα που είναι ικανά να διασπάσουν το «φραγμό» που περιβάλλει τον ψυχικό κόσμο, και τον προστατεύει από τα αδιάλειπτα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, Ενώ ο φραγμός αυτός όπως υποστηρίζει ο Freud, ελέγχει τα εξωτερικά ερεθίσματα, δεν ασκεί καμιά επιρροή στα αισθήματα ηδονής και δυσαρέσκειας, τα οποία προκαλούνται από εσωτερικές διεργασίες. Η οργάνωση αυτού του συστήματος συνήθως εμποδίζει την υπερβολική αύξηση της διέγερσης και τη συνακόλουθη εμφάνιση δυσαρέσκειας, όταν όμως ένα εξωτερικό τραυματικό ερέθισμα διασπάσει το «φραγμό», αναστατώνει την ενεργειακή οικονομία του οργανισμού και θέτει εκτός μάχης την αρχή της ηδονής, αφού πια κατακλύζεται ολόκληρο το ψυχικό όργανο από μεγάλες ποσότητες διέγερσης. Σε αυτή την περίπτωση, πάντα στα πλαίσια μιας υπόθεσης, η μόνη άμυνα που διαθέτει το άτομο είναι η συγκέντρωση αντίστοιχων μεγάλων φορτίων ενέργειας στα σημεία διάσπασης, για να εξουδετερωθούν τα τραυματικά ερεθίσματα (84).



Ορισμένοι ψυχαναλυτές προτείνουν ένα γενικό μοντέλο εξήγησης της σωματικής αποδιοργάνωσης. Πιο συγκεκριμένα, η Α. Ποταμιάνου προτείνει ένα μοντέλο που βασίζεται στην ανικανότητα –ακαταλληλότητα της ψυχικής ενέργειας. Υποστηρίζει λοιπόν ότι μέσα από την κλινική πρακτική είναι εμφανές ότι πολλές προσυνειδητές εμπειρίες ή συσσωρευμένα τραυματικά γεγονότα είναι δυνατό να προκαλέσουν ρήγματα στη συνέχεια της ψυχικής – διανοητικής οργάνωσης ενός ατόμου. Αυτές οι μη κανονικότητες μπορεί να εκδηλώνονται ως ένα είδος ψυχικού μαρασμού ή μέσα από ένα βασικά καταθλιπτικό μηχανιστικό τρόπο ψυχικής λειτουργίας που εγκαθίσταται μέρα με τη μέρα, με περιορισμένες δυνατότητες να επαναδιαπραγματευθεί τις εμπειρίες του ή να τους δώσει μια συμβολική σημασία, κάτι που θα έκανε πιο ανώδυνο τον αντίκτυπο της κρίσης ή του τραυματικού γεγονότος. Σε αυτή την αλληλουχία των ανεπαρκών ψυχικών διεργασιών, η παθητικότητα ή η δεκτικότητα της εσωτερικής ψυχικής κινητικότητας απωθείται, τα αισθήματα απομονώνονται και η φαντασία περιορίζεται, με εφαρμογή μηχανισμών άμυνας, όπως είναι η απώθηση και η μόνωση. Αυτές οι καταστάσεις προετοιμάζουν ένα ευνοϊκό έδαφος για σωματική δυσλειτουργία και αποδιοργάνωση, γιατί δεν υπάρχουν επαρκείς στερεώσεις –καθλώσεις στο διανοητικό επίπεδο που θα βοηθούσαν το Εγώ να οργανώσει αποτελεσματικές ψυχικές άμυνες, οι οποίες θα μπορούσαν να προστατέψουν το σώμα. Οι καταθλιπτικές αντιδράσεις δεν συνδέονται με την απώλεια και τις ματαιώσεις, αλλά με το κενό των εσωτερικών αντικειμένων και με την πλήρη ανικανότητα ή τη μεγάλη δυσκολία στο να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν στενούς ψυχικούς δεσμούς. Η σωματική παλινδρόμηση μπορεί να οδηγήσει είτε σε αναδιοργάνωση είτε στην έναρξη μιας σοβαρής αποδιοργανωτικής διεργασίας (87).

Το ερώτημα γιατί το ίδιο στρεσογόνο ερέθισμα προκαλεί διαφορετικές αντιδράσεις σε διαφορετικούς ανθρώπους αποτέλεσε θέμα έντονου προβληματισμού. Ο Freud έδειξε μεγάλο ενδιαφέρον για τους λόγους για τους οποίους το καθημερινό stress προκαλεί την εμφάνιση μιας νόσου μόνο σε μερικά άτομα, ενώ σε άλλα δεν προκαλεί, η ερμηνεία που έδωσε όμως απορρίφθηκε από τις μετέπειτα ψυχαναλυτικές μελέτες.

Ενδιαφέρουσα ήταν η άποψη του Winnicott (57) για το ρόλο της μητέρας και του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο μεγαλώνει το παιδί, θεωρώντας ότι αυτοί οι δύο παράγοντες συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ικανότητας αντιμετώπισης ψυχοπνευματικών γεγονότων και έκανε εκτενή λόγο για την «αρκετά καλή μητέρα», ένα



πρόσωπο το οποίο ανταποκρίνεται ενεργητικά στις ανάγκες του παιδιού, λειτουργεί ως προστατευτική ασπίδα, αλλά σταδιακά το παιδί παύει να κατανοεί αυτή την αποτυχία εκπλήρωσης των επιθυμιών του και να αντέχει στη ματαίωση. Η κατάρρευση της μητέρας ως προστατευτικής ασπίδας μπορεί να αποτελέσει μια τραυματική εμπειρία για το παιδί, η οποία ανάλογα με τη χρονική στιγμή που ξεκίνησε και με τη διάρκεια της, αποτελεί, σύμφωνα με τον Winnicott, ένα προδιαθεσικό παράγοντα για τις διαταραχές προσαρμογής του ατόμου, όταν στην ενήλικη ζωή του χρειασθεί να αντιμετωπίσει στρεσογόνα γεγονότα.

Γενικά λοιπόν, η απάντηση στο *stress* καθορίζεται από παράγοντες βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς, γεγονός το οποίο καθιστά απαραίτητο τον εντοπισμό και την αποσαφήνιση της φύσης των στρεσογόνων ερεθισμάτων, αλλά και τη βαθιά γνώση της προσωπικότητας του ατόμου, στις περιπτώσεις που επιθυμούμε να εκτιμήσουμε γιατί το άτομο αντιδρά με ένα συγκεκριμένο τρόπο στο *stress* (81, 82, 4).

Στα πλαίσια της συστημικής προσέγγισης προτάθηκε ένα μοντέλο για τη μελέτη των σχετιζόμενων με το *stress* σωματικών διαταραχών από τον G. Schwartz. Το μοντέλο αυτό ονομάζεται μοντέλο απορύθμισης και βασίζεται στην έννοια της αρνητικής Ανάδρασης. Σύμφωνα με το μοντέλο της απορύθμισης, λοιπόν, στον ανθρώπινο οργανισμό κάποια διαταραχή μπορεί να προκύψει εξαιτίας βλάβης του συστήματος. Στο σύστημα παρατηρείται απορύθμιση:

- Όταν οι περιβαλλοντικές απαιτήσεις είναι τόσο υψηλές, ώστε ξεπερνούν τις δυνατότητες του οργανισμού για εξισορρόπηση.
- Όταν υπάρξει δυσλειτουργία στην επεξεργασία των πληροφοριών στο ΚΝΣ, με αποτέλεσμα να σημειωθεί υποαντίδραση ή υπεραντίδραση στο ερέθισμα.
- Όταν υπάρξει «βλάβη» σε κάποιο όργανο, το οποίο δεν μπορεί να απαντήσει στα σήματα που προέρχονται από τον εγκέφαλο (88).

Συνοψίζοντας τα όσα αναφέραμε, μπορούμε να διακρίνουμε, λοιπόν, 3 ομάδες παραγόντων που καθορίζουν τη μορφή της αντίδρασης σε ένα στρεσογόνο ερέθισμα:

Το ίδιο το ερέθισμα (φύση, διάρκεια, τρόπος εμφάνισης: αναμενόμενο-μη αναμενόμενο-κατακλυσμιαίο, δυνατότητα αναστρεψιμότητας, βαρύτητα, αλλαγές που συνεπάγεται στη ζωή του ατόμου κ.ά)



Η προσωπικότητα-ιδιοσυγκρασία του ατόμου (ηλικία, φύλο, προσωπική ιστορία, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, οικογενειακή κατάσταση κ.ά).

Η τρέχουσα κατάσταση του οργανισμού (σε βιολογικό, κοινωνικό, ψυχολογικό επίπεδο (90)).

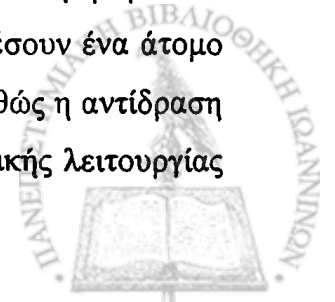
5.5 Εκτίμηση των στρεσογόνων παραγόντων

Η μελέτη των παραγόντων που θέτουν τον ανθρώπινο οργανισμό σε μια κατάσταση stress είναι εξαιρετικά δύσκολη, εξαιτίας της πολυπλοκότητας που χαρακτηρίζει την ανθρώπινη λειτουργία, καθώς και εξαιτίας της αδυναμίας εφαρμογής ελεγχόμενων εργαστηριακών πρωτοκόλλων, λόγω δεοντολογικών και ηθικών αρχών. Οι περιορισμοί αυτοί οδηγούν στην αναγνώριση της αναγκαιότητας ανάπτυξης και εφαρμογής μιας θεωρητικής και μεθοδολογικής προσέγγισης, ικανής να προσδιορίσει με σαφήνεια τον τρόπο, με τον οποίο οι διάφοροι παράγοντες που συνδέονται με το stress εμπλέκονται στη λειτουργία ενός οργανισμού.

Αν και οι περισσότεροι μελετητές δέχονται ότι μόνο τα γεγονότα που δεν βιώνονται ως επιθυμητά είναι αυτά που έχουν σοβαρές επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό και μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση κάποιας νόσου, οι Holmes and Rahe (89) υποστηρίζουν ότι ακόμη και τα επιθυμητά γεγονότα (π.χ γάμος) δυνητικά προκαλούν stress, υπό την έννοια ότι αναγκάζουν το άτομο να καταβάλλει επιπρόσθετη προσπάθεια για να πετύχει καλύτερη προσαρμογή (90, 91).

Δημιουργήθηκαν διάφορες κλίμακες για την εκτίμηση των στρεσογόνων ερεθισμάτων. Σύμφωνα με τους δημιουργούς τους κάθε σημαντικό γεγονός ακόμα και ευχάριστο μπορεί να προκαλέσει κάποιας μορφής stress.

Χρησιμοποιώντας, όμως, αυτή την κλίμακα ή ανάλογες δεν είναι δυνατό να προβλέψει κανείς τον τρόπο αντίδρασης του ατόμου σε αυτές τις καταστάσεις που μπορεί να απαιτούν από εμάς να αλλάξουμε τις συνήθειές μας, το επίπεδο των σχέσεων μας ή την εικόνα που έχουμε για τον εαυτό μας. Το stress μπορεί να προδιαθέτει για την εμφάνιση νόσου, αλλά ο καθοριστικός παράγοντας δεν είναι τα αγχογόνα γεγονότα, αλλά η ερμηνεία που το ίδιο το άτομο δίνει σε αυτά, καθώς και η ικανότητα που διαθέτει για την αντιμετώπιση των προβλημάτων. Η εκτίμηση και ο προσδιορισμός των στρεσογόνων καταστάσεων που μπορούν να θέσουν ένα άτομο σε κατάσταση κρίσης στην πραγματικότητα είναι πολύ δύσκολη, καθώς η αντίδραση του ατόμου είναι συνάρτηση όχι μόνο της βιολογικής και φυσιολογικής λειτουργίας

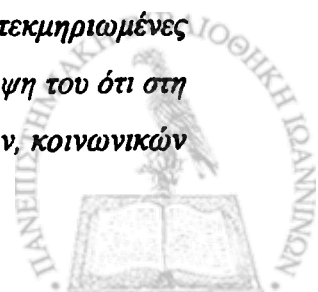


του, αλλά και της προσωπικής του ιστορίας, καθώς και του οικογενειακού και κοινωνικού πλαισίου μέσα στο οποίο εξελίσσεται. Ο άνθρωπος λοιπόν αποτελεί ένα σύστημα που λειτουργεί και εξελίσσεται στο σύνολο του και με αυτόν τον τρόπο πρέπει να αντιμετωπίζεται, για να μπορεί να κατανοηθεί πληρέστερα (92).

Για αυτό ακριβώς το λόγο οι μελετητές επικεντρώθηκαν στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, οι οποίες βέβαια συνδέονται και καθορίζονται από την προσωπικότητα του ατόμου και την προσωπική του ιστορία (93). Έρευνες γύρω από το θέμα κατέληξαν ότι οι ψυχολογικά πιεσμένοι – επιβαρημένοι ασθενείς είναι αυτοί που χρησιμοποιούν παθητικές, υποτακτικές και ανασταλτικές στρατηγικές αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων, ενώ οι ασθενείς με τη μικρότερη ψυχολογική δυσανεξία είναι αυτοί που τείνουν να επιλύουν άμεσα τα προβλήματά τους, επιζητούν πληροφορίες για ότι τους απασχολεί, μοιράζονται τις ανησυχίες και τις σκέψεις τους και λειτουργούν ενεργητικά (94). Τα άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο ξεπέραςμα στρεσογόνων-απειλητικών καταστάσεων χαρακτηρίζονται ως κακοί χειριστές της κατάστασης, ενώ υπάρχουν και οι χειρότεροι χειριστές καταστάσεων που περιγράφονται ως άτομα απαισιόδοξα, απογοητευμένα και ηττοπαθή, που συνήθως δεν μπορούν να κάνουν για τον εαυτό τους πολλά πράγματα, αλλά περιμένουν να κάνουν οι άλλοι πολλά για εκείνους (95). Επιπρόσθετα θεωρείται ότι άτομα τα οποία ήταν καλά προσαρμοσμένα στη ζωή τους πριν από την εμφάνιση κάποιας νόσου, μπορούν να προσαρμοσθούν και να αντιμετωπίσουν την παρούσα κατάσταση πολύ πιο αποτελεσματικά σε σύγκριση με άτομα, συναισθηματικά ανώριμα, που ποτέ δεν μπόρεσαν να χειρισθούν επιτυχώς κάποια δύσκολη συγκυρία στη ζωή τους.

Η αδυναμία αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων και οι συνέπειες της γίνονται εμφανείς από τα αποτελέσματα ερευνών που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ του τρόπου με τον οποίο ένα άτομο ερμηνεύει και αντιδρά στην απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου ή μιας συναισθηματικής σχέσης και της κατάστασης της υγείας. Μάλιστα, τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην έννοια της απώλειας του αντικειμένου, η οποία είναι πολύ ευρεία και περιλαμβάνει ποικίλες καταστάσεις απώλειας: προσώπου, εργασίας, σχέσεων κ.ά. και γενικά καταστάσεις που το άτομο νιώθει ότι έχει χάσει κάτι δικό του, κάτι που του ανήκε.

Για να μπορέσει, λοιπόν, κανείς να δώσει όσο το δυνατό πιο τεκμηριωμένες απαντήσεις σε τέτοιου είδους αμφιλεγόμενα θέματα, πρέπει να λάβει υπόψη του ότι στη διεργασία της νόσου απαιτείται συνυπολογισμός εμπειρικών, ψυχολογικών, κοινωνικών



και οργανικών μεταβλητών, όπως η διάρκεια του stress, ο τύπος του stress, η ηλικία του ατόμου, το φύλο του, το κληρονομικό του ιστορικό η διαθεσιμότητα τρόπων αντιμετώπισης και οι κοινωνικές του εμπειρίες.

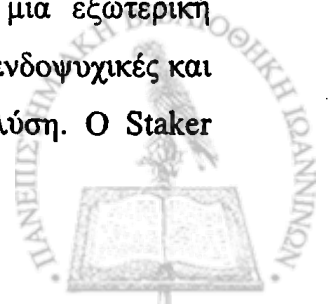
5.6 Στρεσογόνα γεγονότα και κρίση

Ο όρος θεωρία των συστημάτων προτάθηκε το 1940 από το βιολόγο Luding von Bertalanffy και αναπτύχθηκε περαιτέρω το 1956 από τον Ross Ashby.

Δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στο γεγονός ότι τα συστήματα της φύσης είναι ανοιχτά και αλληλεπιδρούν με τα περιβάλλοντά τους, ενώ ταυτόχρονα συνεχίζουν την εξέλιξη τους δημιουργώντας ποιοτικά νέες δυνατότητες προσαρμογής. Αντί της ανάλυσης μιας οντότητας (π.χ. το ανθρώπινο σώμα) στις ιδιότητες των τμημάτων ή των συστατικών τους (π.χ. μόρια, κύτταρα, ιστοί, όργανα κ.λ.π.), η ανάλυση των συστημάτων εστιάζει στις ρυθμίσεις και στις σχέσεις που συνδέουν τα διάφορα τμήματα σε ένα ολοκληρωμένο οργανισμό που είναι ανεξάρτητος από την αυτόνομη ύπαρξη των συστατικών του. Η παραπάνω προσέγγιση ενσωματώνει και την ολιστική θεωρία. Έτσι, το σύστημα άνθρωπος αποτελείται από διεργασίες βιολογικές, ψυχοκοινωνικές, κοινωνικοπολιτιστικές και οικονομικοκοινωνικές. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, ο ανθρώπινος οργανισμός αντιμετωπίζεται ως σύνολο με διαπλεκόμενα επίπεδα λειτουργίας που βρίσκεται σε συνεχή επίδραση με το περιβάλλον. Το σύστημα αυτό υπόκειται σε μια δυναμική εξέλιξη, με εναλλασσόμενες περιόδους ισορροπίας και κρίσεων, ενώ για την εξέλιξη του συστήματος οι κρίσεις αποτελούν κομβικά σημεία (96).

Με τον όρο κρίση εννοούμε μια μεταβατική περίοδο, κατά τη διάρκεια της οποίας, η βιοψυχοκοινωνική ακεραιότητα του ατόμου απειλείται ή διαταράσσεται προσωρινά, όχι εξαιτίας της ύπαρξης κάποιου εξωτερικού γεγονότος, αλλά από την ερμηνεία που το ίδιο το άτομο δίνει στο γεγονός αυτό, το οποίο γίνεται αντιληπτό ως απειλητικό, ενώ συγχρόνως το γεγονός ξεπερνάει τα αποθέματα που έχει στη διάθεσή του το άτομο για να το αντιμετωπίσει (97).

Η κατάσταση της κρίσης πρέπει να διαφοροποιηθεί από μια εξωτερική κατάσταση κινδύνου που την προκαλεί. Η κρίση αποτελείται από τις ενδοψυχικές και διαπροσωπικές εκδηλώσεις του ατόμου προκειμένου να βρει μια λύση. Ο Staker



(1980) τόνισε ότι η κρίση αναπτύσσεται όταν οι συνήθειες προσαρμοστικοί μηχανισμοί του ατόμου είναι ανεπαρκείς να διαχειρισθούν την απειλή, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από το άτομο. Τότε τα επίπεδα του άγχους αυξάνονται και το άτομο κινητοποιεί ιδιότυπες άμυνες του Εγώ. Αν η αποτυχία επιμένει, το άτομο υφίσταται μια γενική σύγχυση και μια χαλάρωση των ορίων του Εγώ. Πρώιμες συναισθηματικές αντιδράσεις απελευθερώνονται. Αν κινητοποιηθούν νέες πηγές ενέργειας, το επίπεδο του άγχους μειώνεται και το άτομο επιστρέφει στη συνήθη λειτουργία του. Αυτή η λύση της κατάστασης της κρίσης μπορεί να διευκολυνθεί από μια κατάλληλη εξωτερική βοήθεια και παρέμβαση. Αν η λύση αυτή δεν επέλθει σε διάστημα 4-6 εβδομάδων, θα προκύψει μια μόνιμη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά. Το άτομο θα παλινδρομήσει σε πιο αρχαίους αμυντικούς μηχανισμούς καθώς θα απειλείται, συν τοις άλλοις, από την επαφή με πρωιμότερες άλυτες συγκρούσεις (98)

Σύμφωνα με τον Carlan (1964)(99) «...η κρίση προκαλείται όταν ένα άτομο αντιμετωπίζει ένα εμπόδιο σε σημαντικούς στόχους της ζωής του το οποίο είναι, για κάποιο χρονικό διάστημα, ανυπέρβλητο με τη χρήση των συνηθισμένων μεθόδων λύσης-προβλημάτων. Ακολουθεί μια περίοδος αποδιοργάνωσης, μια περίοδος αναστάτωσης κατά την οποία δοκιμάζονται πολλές διαφορετικές αποτυχημένες προσπάθειες. Τελικά επιτυγχάνεται κάποιου είδους προσαρμογή, η οποία μπορεί να είναι ή όχι η πλέον επιθυμητή από το άτομο και τους δικούς του.»

Οι αλλαγές που προκαλεί αυτή η κρίση αναφέρονται στο επίπεδο της λειτουργίας του συστήματος κι όχι στο επίπεδο της δομής του, ενώ οι φάσεις αυτές μπορεί να είναι συνδεδεμένες με τη φυσιολογική εξέλιξη του συστήματος και να αφορούν σε ένα ή περισσότερα επίπεδα λειτουργίας του. Ο βασικότερος στρεσογόνο παράγοντας, που επηρεάζει την εξέλιξη ενός ατόμου και συμβάλλει στη διατήρηση ή στη διαταραχή των ισορροπιών είναι το γεγονός ή το συμβάν της ζωής. Κρίση και γεγονός είναι στενά συνδεδεμένα, αφού η εμφάνιση ενός γεγονότος μπορεί να αναδείξει μια κρίση που προϋπήρχε, αλλά βρίσκονταν σε λανθάνουσα κατάσταση, ενώ σε άλλες περιπτώσεις η συνειδητοποίηση μιας κρίσης οδηγεί στην εξήγηση ορισμένων γεγονότων που είναι ακατανόητα.

Οι παράγοντες που εμπλέκονται στη δημιουργία μιας κρίσης μπορεί να είναι:

1. *εξωγενείς* (παρουσία μιας συγκρουσιακής κατάστασης, παρουσία ανταγωνιστικών μηνυμάτων ή πληροφοριών),
2. *Ενδογενείς* (μεταβατικές περίοδοι της ζωής, όπως η κρίση της εφηβείας, της μέσης ηλικίας, της τρίτης ηλικίας κ.ά.)



3. *αποτελέσματα της αλληλεπίδρασης του συστήματος με το περιβάλλον* (φύση της σχέσης που το άτομο έχει με το περιβάλλον του, εμπλοκή του χρόνου και της μνήμης (100, 101).

Με βάση αυτούς τους παράγοντες, οι καταστάσεις κρίσης μπορεί να είναι είτε αναπτυξιακές (εφηβεία, συνταξιοδότηση κ.ά.) είτε συμπτωματικές, που περιλαμβάνουν απρόβλεπτα, τυχαία γεγονότα (απώλειες, ασθένειες κ.ά.).

Όπως αναφέρεται στη θεωρία των συστημάτων, η έννοια της κρίσης περιγράφει καλύτερα από την έννοια του stress τις αντιδράσεις του οργανισμού στα πλαίσια μιας διαταραχής, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τη διασύνδεση διαφόρων επιπέδων λειτουργίας του οργανισμού όσο και την ιστορία του συστήματος. Και αυτό γιατί στον άνθρωπο το stress μπορεί να εκτιμηθεί μόνο έμμεσα, μέσα από τις επιπτώσεις που έχει στο επίπεδο της ψυχής ή της σωματικής του λειτουργίας. Αυτό όμως που ενδιαφέρει περισσότερο είναι οι διεργασίες που τίθενται σε λειτουργία, όταν το άτομο βρίσκεται αντιμέτωπο με στρεσογόνα γεγονότα, όρος που παραμένει ασαφής, αφού συνήθως δεν διευκρινίζεται κάτω από ποιές συνθήκες το στρες μπορεί να αποτελέσει αφετηρία αναδομήσεων (102).

5.7 Η ασθένεια ως κατάσταση κρίσης

Μια μορφή κρίσης για τον οργανισμό μπορεί να συνδέεται με την ύπαρξη μιας νόσου, ενώ όσο πιο έντονη και απειλητική για τη ζωή του ατόμου είναι η νόσος, τόσο περισσότερα επίπεδα λειτουργίας πιθανά επηρεάζονται. Μια σοβαρή νόσος που απειλεί τη ζωή του ατόμου ή επηρεάζει με χρόνιο και σοβαρό τρόπο τη λειτουργικότητα του έχει επιπτώσεις και στις ψυχολογικές λειτουργίες, οι οποίες με τη σειρά τους μπορεί να επηρεάσουν την αντιμετώπιση ή τη μεγιστοποίηση της διαταραχής που, πρωτογενώς, αφορά τη βιολογική λειτουργία (97, 100, 103, 104).

Πιο συγκεκριμένα, όταν ένα άτομο πάσχει από μια χρόνια νόσο και ιδιαίτερα όταν αυτή είναι απειλητική για τη ζωή του, βρίσκεται σε μια κατάσταση κρίσης. Η κρίση έγκειται στο γεγονός ότι ο εντοπισμός της νόσου αποτελεί μια ρήξη στη συνέχεια της ζωής του ατόμου, αφού θέτει τη ζωή του σε κίνδυνο, καθώς και στην έναρξη μιας περιόδου ανασφάλειας και αβεβαιότητας, δημιουργώντας μια αναταραχή



στην οργάνωση και τη λειτουργία του ατόμου, τόσο στο βιολογικό όσο και στο ψυχολογικό επίπεδο, αφού το άτομο βρίσκεται πια σε μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από αυτόματες συναισθηματικές αντιδράσεις (απώλεια της όρεξης και του ύπνου, σθηθαγχικό άλγος, ημικρανίες, ταχυκαρδίες, γαστρεντερικά προβλήματα κ.α.).

Το γεγονός μιας νόσου μπορεί να λειτουργήσει άλλοτε ως θετική ανάδραση, μεγαλώνοντας την αταξία του συστήματος και προκαλώντας αλυσιδωτή αντίδραση και αποσύνδεση ολόκληρου του συστήματος και άλλοτε ως αρνητική ανάδραση, κινητοποιώντας τις δυνάμεις του συστήματος για την αναζήτηση καινούργιων ισορροπιών, οι οποίες θα μειώσουν την αταξία που επικρατεί στο εσωτερικό του, επαναφέροντας την αρχική ισορροπία (100, 105).

Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, η συμπεριφορά του συστήματος εξαρτάται από τις δυνατότητες του να επεξεργάζεται τα καινούργια δεδομένα που προκύπτουν, γεγονός που σημαίνει ότι δεν θα έχουμε πλήρη και σαφή εικόνα του ρόλου που διαδραματίζουν τα στρεσογόνα γεγονότα, αν δεν γνωρίζουμε τον τρόπο με τον οποίο τα αντιμετωπίζει το άτομο. Ακολουθούν προσπάθειες για την προσαρμογή, που υπαγορεύονται από τη γενικότερη στάση ζωής του ατόμου και τίθενται σε λειτουργία ορισμένοι αμυντικοί μηχανισμοί με στόχο να μειώσουν το άγχος. Αν αυτοί οι μηχανισμοί αποτύχουν, κυριαρχεί ο φόβος καθώς και συναισθήματα απαισιοδοξίας και απελπισίας.

Προς ποιά κατεύθυνση θα εξελιχθεί μια κρίση εξαρτάται από τη δομή της προσωπικότητας, την ιστορία του ατόμου, το περιβάλλον μέσα στο οποίο αναπτύσσεται, τα γεγονότα που βιώνει στο παρόν, καθώς και τη μορφή και την ποιότητα του υποστηρικτικού πλαισίου (97, 105-107).



6. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το στρες είναι μια υποκειμενική αντίδραση ενός συγκεκριμένου ατόμου σε ένα συγκεκριμένο ερέθισμα. Η αντίδραση αυτή εξαρτάται κυρίως από την ερμηνεία που δίνει το συγκεκριμένο άτομο στο ερέθισμα παρά από τον ίδιο το στρεσογόνο παράγοντα. Το κύριο τμήμα του κεντρικού νευρικού συστήματος, που πρακτικά δρα ως ο βασικότερος ερμηνευτής των στρεσογόνων ερεθισμάτων είναι ο μετωπιαίος λοβός. Σύμφωνα με τον Eliot (105) υπάρχουν δύο τρόποι διαμέσου των οποίων το κεντρικό νευρικό σύστημα διακρίνει το χρόνιο και το οξύ στρες. Το ΚΝΣ διαχειρίζεται το χρόνιο στρες διαμέσου του άξονα υπόφυσης-επινεφριδίων. Η μακροχρόνια επίδραση της κορτιζόλης οδηγεί σε κατακράτηση Na^+ , σε αυξημένη ευαισθησία των αρτηριολίων στις κατεχολαμίνες και σε αύξηση του όγκου του πλάσματος. Αντίθετα, το οξύ stress εξαρτάται κυρίως από τον υποθάλαμο και το μυελό των επινεφριδίων με τελικό αποτέλεσμα την αύξηση των κατεχολαμινών και περιστασιακά της κορτιζόλης. Ένα παράδειγμα της ενεργοποίησης του άξονα υποθαλάμου-επινεφριδίων μπορεί να παρατηρηθεί στο φαιοχρωμοκύτωμα. Οι κυριότερες αιτίες θανάτου σε ασθενείς με φαιοχρωμοκύτωμα, είναι η μυοκαρδίτιδα εξαιτίας των κατεχολαμινών, η κοιλιακή αρρυθμία, η κακοήθης υπέρταση, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, ή και ο αιφνίδιος θάνατος. Σε μεταβολικό επίπεδο, η αύξηση των κατεχολαμινών έχει ως αποτέλεσμα αύξηση της χοληστερόλης και των ελεύθερων λιπαρών οξέων, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, τόσο της συστολικής όσο και της διαστολικής και αύξηση της συσσώρευσης των αιμοπεταλίων. Πράγματι σε μια μελέτη του 1988 μετά την επίδραση στρες παρατηρήθηκε αύξηση του καρδιακού ρυθμού καθώς και των αναγκών σε οξυγόνο (106).



7. ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝΤΕΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στη σημασία διαφόρων συμπεριφοριολογικών παραγόντων κινδύνου όσον αφορά την αιτιολογία διαφόρων παθολογικών καταστάσεων (107).

Πολλές μελέτες έχουν ενοχοποιήσει συμπεριφοριολογικά χαρακτηριστικά ως παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ισχαιμικής καρδιοπάθειας. Η συσχέτιση μεταξύ αυτών των παραγόντων κινδύνου και της ισχαιμικής καρδιοπάθειας μπορεί να εξηγηθεί από τη χρόνια παρουσία αρνητικών συναισθημάτων (108).

Επιπλέον μελέτες έδειξαν ότι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση της ισχαιμικής καρδιοπάθειας είναι η προσωπικότητα τύπου Α. Όπως έχει ήδη αναφερθεί η προσωπικότητα τύπου Α έχει τα εξής χαρακτηριστικά: αγανάκτηση (aggravation), εκνευρισμό (irritation), θυμό (anger), ανυπομονησία (impatience) «ΑΙΑΙ»(109, 110). Άλλες επίσης δειγματοληπτικές μελέτες έχουν ενοχοποιήσει και το άγχος ως παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου (111-117).

Ψυχολογικά χαρακτηριστικά που διεγείρουν αρνητικά συναισθήματα είναι πιθανό να συμβάλλουν στην εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Αυτά είναι η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, η μοναξιά, η αλεξιθυμία, μια οικογένεια που συνεχώς καυγαδίζει, οι αυξημένες απαιτήσεις στην εργασία και ο χαμηλός αυτοέλεγχος, καταστάσεις που διεγείρουν τη γέννεση αρνητικών συναισθημάτων, τα οποία μπορεί να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο όσον αφορά τον κίνδυνο εμφάνισης της ισχαιμικής καρδιακής νόσου (118- 121).

Τέτοια αρνητικά συναισθήματα συνοδεύονται από νευροενδοκρινικές μεταβολές με πιθανή παθογενετική δράση στη καρδιακή λειτουργία . Είναι αξιοσημείωτο ότι τα αρνητικά συναισθήματα προκαλούν διαταραχές του συστήματος πήξης, αύξηση των επιπέδων της χοληστερόλης και αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Επιπρόσθετα, η έκθεση ενός ατόμου σε αρνητικά συναισθήματα συμβάλλει στην υιοθέτηση συμπεριφορών, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση καφεΐνης, η μη συμμόρφωση στη διαιτητική και θεραπευτική αγωγή με αποτέλεσμα επιπρόσθετη αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου (122-134).



8. ΈΝΝΟΙΑ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Σύμφωνα με την Πλατωνική φιλοσοφία «η ψυχή χωρίζεται σε λογικό, θυμικό και επιθυμητικό.» (133).

Η αύξηση των φαινομένων βίας και καταστροφικότητας, ορατή σε όλα τα επίπεδα οργάνωσης του ανθρώπινου βίου, από τις διαπροσωπικές σχέσεις ως την εθνική και την παγκόσμια κοινωνική συγκρότηση, ανάγκασε τους ειδικούς να στρέψουν την προσοχή τους και σε άλλα συστατικά της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Στην εποχή μας το πρόβλημα της επιθετικότητας γίνεται όλο και πιο επίκαιρο και οι επιστήμες της συμπεριφοράς αναγνωρίζουν την κυριαρχική της σημασία για την κατανόηση της οργάνωσης και της έκφρασης του ανθρώπινου ψυχισμού (135). Η λέξη επιθετικότητα, στην καθημερινή της μη εξειδικευμένη χρήση, προσδιορίζει την ιδιότητα αυτού που έχει διάθεση, προθυμία ή πρόθεση να εφορμά εναντίον άλλου προσώπου ή ζώου (136). Αποτελέσματα της επιθετικότητας που εκφράζεται ως θυμός είναι η μνησικακία, η εχθρότητα και το μίσος.

Στο χώρο των επιστημών συμπεριφοράς, η επιθετικότητα χρησιμοποιείται με ευρύτερη αλλά και πιο εξειδικευμένη σημασία. Συνήθως υποδηλώνει μια τάση ή ένα σύνολο τάσεων που ενεργοποιούνται διαμέσου πραγματικών ή φανταστικών ερεθισμάτων και στοχεύουν να βλάψουν τους άλλους, να τους καταστρέψουν, να τους καταναγκάσουν, να τους ταπεινώσουν, κ.τ.λ. Εκτός από τις βίαιες και καταστρεπτικές πράξεις, στον όρο επιθετικότητα συμπεριλαμβάνονται κάθε είδους δραστηριότητες, είτε ενεργητικού είτε παθητικού χαρακτήρα, όπως η άρνηση βοήθειας, η ειρωνεία, κλπ (137). Είναι εμφανές ότι εκτός από τις άμεσα επιθετικές συμπεριφορές, περιλαμβάνονται στην επιθετικότητα έμμεσες εκδηλώσεις, που καλύπτουν ένα ευρύτατο φάσμα εκφράσεων και ενεργειών, από την απλή λεκτική υποτίμηση μέχρι την πλήρη απόρριψη του άλλου. Στα σημαινόμενα του όρου συμπεριλαμβάνεται επίσης η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, ενώ είναι γνωστό ότι η επιθετική διάθεση μπορεί να κρύβεται ακόμα και πίσω από φιλικές εκφράσεις και συμπεριφορές (138). Μαζί με την επιθετικότητα εξετάζονται και οι έννοιες της οργής (rage) και της εχθρότητας (hostility).

Με τον όρο **εχθρότητα** εννοείται ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σχετικά σταθερό και δομικό που εκδηλώνεται με μία άποψη για τον κόσμο και μια



στάση ζωής προς τους άλλους που βασίζεται στη δυσπιστία και υποψία όσον αφορά την ειλικρίνεια και την τιμιότητα του άλλου.

Με την οργή εννοούμε μια συναισθηματική αντίδραση που προκαλείται από εξωτερικά συμβάντα ή ερεθίσματα ή γνωστικούς ενδοψυχικούς μηχανισμούς, ποικίλης έντασης. Στο συμπεριφοριολογικό επίπεδο, η οργή εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους και αναγκαστικά συσχετίζεται με την ένταση του βιώματος. Μπορεί να κατευθύνεται προς το εξωτερικό ή εσωτερικό με συμπεριφορές έμμεσες, ή μερικές φορές μπορεί να είναι καταπιεσμένη.

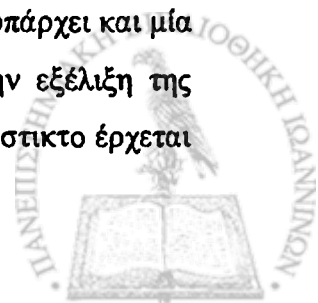
Η επιθετικότητα (aggressiveness) είναι μια έννοια πιο ασαφής. Η επιθετικότητα θεωρείται ως η αντικειμενική εκδήλωση αντιθετικών ή καταστροφικών συμπεριφορών που προέρχεται από ερεθίσματα ή από γνωστικά ενδοψυχικά συμπλέγματα.

Έτσι, επιθετικότητα ορίζεται κάθε τύπος συμπεριφοράς της οποίας το αποτέλεσμα είναι η βλάβη ή ο τραυματισμός μιας άλλης ύπαρξης.. Στα πλαίσια αυτού του ορισμού υπονοείται ότι μορφή επιθετικότητας αποτελεί και η πρόθεση να κάνει κανείς κακό, όταν η παρουσία της επιβεβαιώνεται από τα γεγονότα που προηγούνται ή έπονται των επιθετικών πράξεων (139, 140).

Υπάρχει όμως και θετική πλευρά της επιθετικότητας. Αυτό το είδος επιθετικότητας εμπεριέχεται σε ηθικά δόκιμες ανθρώπινες συμπεριφορές, όπως η ευγενής άμιλλα που αποσκοπεί στη διανοητική και ηθική πρόοδο.

Από πλευράς ψυχαναλυτικής, επίσημη αναφορά στην ύπαρξη επιθετικού ενστίκτου γίνεται για πρώτη φορά από τον Adler το 1908. Την ίδια περίπου εποχή ο Freud αρνείται να παραδεχθεί την ύπαρξη ειδικού και αυτόνομου επιθετικού ενστίκτου, παρόλο που θεωρεί σημαντικό το ρόλο των επιθετικών τάσεων και εκδηλώσεων στην έκφραση των νευρωτικών φαινομένων (141). Σύμφωνα με τις τότε απόψεις του θεωρούσε ότι η επιθετικότητα αποτελεί πρωτογενή αντίδραση του ατόμου, όταν αντιμετωπίζει εμπόδια στην επιδίωξη της ευχαρίστησης ή στην αποφυγή επώδυνων ερεθισμάτων. Σε μια εξέλιξη της φροϋδικής σκέψης, η επιθετικότητα θεωρείται αντίδραση στην παρεμπόδιση ικανοποίησης της libido (142).

Μετά το 1910 (1910-1930), ο Freud αποδίδει όλο και μεγαλύτερη σημασία στις ασυνείδητες αυτοκαταστροφικές και αυτοτιμωρητικές τάσεις που παρατηρεί στους ασθενείς του και διαμορφώνει την υπόθεση ότι, εκτός από την libido, υπάρχει και μία έμφυτη, ενστικτώδης επιθετική δύναμη (142). Σύμφωνα με αυτή την εξέλιξη της θεωρίας, η libido κατανοείται τώρα ως ορμή ζωής, ενώ το επιθετικό ένστικτο έρχεται



στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος (143). Η επιθετικότητα θεωρείται εκδήλωση αυτού του νέο-ανακαλυφθέντος συστήματος ενστικτωδών δυνάμεων, δηλαδή της ορμής προς το θάνατο, το οποίο κινείται σε αντίθετη φορά προς την ορμή για ζωή (144).

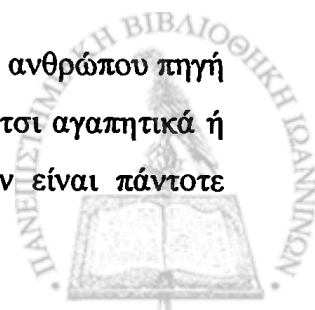
Έτσι σύμφωνα με τη φροϋδική σκέψη:

- 1) Η επιθετικότητα αποτελεί την έκφραση ενός ενστίκτου ισοδύναμου μεν αλλά αντίθετου με το σεξουαλικό ένστικτο.
- 2) Η επιθετικότητα έχει στην αφετηρία της τη μορφή ενός ενστίκτου θανάτου, που κατευθύνεται εναντίον του υποκειμένου ως συνέπεια της αρχής της ομοιοστασίας, δεδομένου ότι οι ζωντανοί οργανισμοί προέρχονται από την ανόργανη ύλη(145).

Την φροϋδική άποψη ακολουθούν και πολλοί μεταγενέστεροι θεωρητικοί της ψυχανάλυσης, εκ των οποίων αντιπροσωπευτική είναι η Melanie Klein, σύμφωνα με την οποία η επιθετικότητα αποτελεί πρωτογενές συστατικό του ανθρώπου (145). Η Melanie Klein θεωρεί ότι η επιθετικότητα αποτελεί μία εξωτερίκευση του επιθετικού ενστίκτου, το οποίο βιώνεται αρχικά ως εσωτερική, ενδοψυχική απειλή εναντίον της ζωής του υποκειμένου. Ισχυρίζεται ότι το βρέφος αισθάνεται καταδιωκόμενο εξαιτίας αυτής της εσωτερικής απειλής, ενώ στη συνέχεια νιώθει να καταδιώκεται από το περιβάλλον, πράγμα που είναι επακόλουθο της εξωτερίκευσης του ενστίκτου θανάτου. Χαρακτηριστικές της θεωρίας είναι οι έννοιες «καλό» και «κακό» αντικείμενο, όπου ως κακό αντικείμενο ορίζεται αυτό πάνω στο οποίο έχει προβληθεί η επιθετικότητα.

Σε κεντρική επίσης θέση της θεωρίας της τοποθετείται το πρόβλημα του μίσους, της έχθρας και του φθόνου. Τη γένεση αυτών των αρνητικών συναισθημάτων ανάγει στα πολύ πρώιμα στάδια της ζωής του ανθρώπου, ενώ αυτό που συναντάται στο μετέπειτα βίο δεν αποτελεί παρά αναζωπύρωση αρχαϊκών ενδοψυχικών συγκρουσιακών καταστάσεων (146). Σύμφωνα με τη θεωρία της, το παιδί στην ηλικία περίπου των τεσσάρων μηνών διέρχεται από ένα στάδιο ψυχολογικής ανάπτυξης, το οποίο αυτή ονόμασε «παρανοειδή- σχιζοειδή θέση». Η συναισθηματική του κατάσταση κατά τη διάρκεια της περιόδου κυριαρχείται από δύο αλληλοσυγκρουόμενες εμπειρίες, που αναφέρονται στη σχέση του με το μητρικό στήθος.

Ο μητρικός μαστός αποτελεί σε αυτή την περίοδο της ζωής του ανθρώπου πηγή ικανοποίησης, καθώς προσφέρει τροφή και θαλπωρή, διακινώντας έτσι αγαπητικά ή και αρχέγονα ερωτικά συναισθήματα. Καθώς όμως ο μαστός δεν είναι πάντοτε



Σε παρόμοια γραμμή με τον Winnicot κινείται και ο E. Fromm. Ο τελευταίος κάνει διαχωρισμό μεταξύ καλοήθους και κακοήθους επιθετικότητας. Η πρώτη θεωρείται φυλογεννητικά καθορισμένη και αποσκοπεί στη βιολογική προσαρμογή και αυτοπροστασία. Η δεύτερη θεωρείται δυσπροσαρμοστικό φαινόμενο και αποτελεί παράγωγο του ανθρώπινου χαρακτήρα (142).

Οι νεότερες ψυχαναλυτικές θεωρίες, βρίσκονται κοντά στις θέσεις του Winnicot. Διακρίνονται και εδώ δύο μορφές επιθετικότητας. Η πρώτη, η οποία θεωρείται μη καταστροφική, είναι ένα αναγκαίο συστατικό της υγιούς, θετικής και με αίσθημα σιγουριάς προσωπικότητας. Αυτή η μορφή επιθετικότητας διαμορφώνεται όταν μία προσωπικότητα αναπτύσσεται υπό ευνοϊκές συνθήκες σε «εν-συναισθητικό» περιβάλλον, που την προφυλάσσει από ματαιώσεις. Η δεύτερη μορφή, η οποία αποτελεί, κατά κάποιο τρόπο, δευτερογενές φαινόμενο, δημιουργείται υπό τις αντίθετες συνθήκες, δηλαδή σε περιβάλλον ματαιώσεων, -μη «εμπαθητικό» (141,-144).



9. ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Μελετητές τα τελευταία χρόνια προσπάθησαν να προσδιορίσουν τα επιμέρους στοιχεία της προσωπικότητας τύπου Α που συσχετίζονται με την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου (145).

Το ερωτηματολόγιο [Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.)] είναι όργανο μέτρησης της προσωπικότητας. Το όργανο αυτό χρησιμοποιήθηκε σε διάφορες προοπτικές μελέτες (166, 167), στις οποίες παρατηρήθηκε ότι άτομα με υψηλά επίπεδα εχθρότητα είχαν αυξημένη καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα. Η αύξηση ήταν ανεξάρτητη από την ύπαρξη ή όχι των κλασικών καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου.

Στη μελέτη Western Electric Study συμμετείχαν 1.877 μεσήλικες άντρες που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο (M.M.P.I.). Στη μελέτη αυτή βρέθηκαν άτομα με υψηλές τιμές εχθρικότητας. Αυτά τα άτομα κατά τη διάρκεια των 10 ετών της παρακολούθησης εμφάνισαν μεγαλύτερη επίπτωση στεφανιαίας νόσου σε σύγκριση με τα άτομα που δεν είχαν υψηλές τιμές εχθρικότητας (147).

Σε μια άλλη μελέτη (148) 255 γιατροί συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο M.M.P.I.. Η μελέτη αυτή έδειξε ότι μέσα σε 25 έτη τα άτομα με υψηλές τιμές εχθρικότητας εμφάνισαν σχεδόν πενταπλάσια επίπτωση στεφανιαίας νόσου σε σύγκριση με τα άτομα με χαμηλά επίπεδα εχθρικότητας.

Σε μια τρίτη μελέτη διάρκειας 25 ετών (148) συμμετείχαν 118 φοιτητές. Τα αποτελέσματα και αυτής της μελέτης ήταν παρόμοια με αυτά των προηγούμενων μελετών. Έτσι, τα άτομα με υψηλές τιμές εχθρικότητας είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν στεφανιαία νόσο.

Ο κυνισμός (cynical hostility) και η επιθετικότητα συσχετίζονταν επίσης με την καρδιακή θνησιμότητα. Επίσης, βρέθηκε ότι η υψηλή εχθρικότητα συσχετίζεται με αυξημένη κατανάλωση σιγαρέτων, η οποία μπορεί επίσης να ευθύνεται για την αυξημένη καρδιαγγειακή νοσηρότητα που παρατηρείται σε αυτά τα άτομα (149).

Σε μελέτες υπερτασικών ασθενών, παρατηρήθηκαν υψηλοί δείκτες επιθετικότητας όταν εκείνοι υποβάλλονταν σε ερωτηματολόγια προσωπικότητας (150). Επίσης σε υγιή άτομα που συγκέντρωσαν υψηλούς δείκτες επιθετικότητας παρατηρήθηκε μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης υπέρτασης (151).



10 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΘΥΜΟΥ.

Ασθενείς με επιθετικότητα και κατάθλιψη εμφανίζουν μεγαλύτερη καρδιαγγειακή θνητότητα σε σύγκριση με ασθενείς με διαφορετικό ψυχολογικό προφίλ αν και η φύση αυτής της συσχέτισης δεν είναι ακόμη ξεκάθαρη (349).

Σε μερικές μελέτες βρέθηκε ότι άνδρες με αγχώδη νεύρωση ή πανικό έχουν υψηλότερη καρδιαγγειακή θνητότητα σε σύγκριση με άτομα που δεν έχουν αυτά τα χαρακτηριστικά (2471,248).

Διάφοροι άλλοι μελετητές (249) έδειξαν ότι μαθητές με υψηλές τιμές επιθετικότητας εμφάνισαν 21-23 χρόνια αργότερα μεγαλύτερο δείκτη μάζας σώματος και υψηλότερα επίπεδα λιπιδίων σε σύγκριση με άλλους μαθητές που είχαν χαμηλότερες τιμές επιθετικότητας. Οι ερευνητές αυτοί υποστήριξαν ότι η επιθετικότητα μπορεί να συσχετίζεται με την πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου.

Σε μια άλλη μελέτη 138 ασθενών βρέθηκε ότι οι υψηλές τιμές άγχους και επιθετικότητας εμφάνισαν θετική συσχέτιση με τα επίπεδα της χοληστερόλης, το δείκτη σωματικής μάζας και την αρτηριακή πίεση (162). Ωστόσο σε αυτή τη μελέτη υπάρχουν ορισμένα μεθοδολογικά προβλήματα. Πράγματι δεν έχουν συμπεριληφθεί σημαντικοί παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα, η διατροφή και ο βαθμός της σωματικής άσκησης κ.τ.λ. Παρόλα αυτά όμως μπορεί κανείς να προβληματισθεί με τα συγκεκριμένα ευρήματα για την ύπαρξη και άλλων παραγόντων κινδύνου που μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Η δράση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος επηρεάζεται από το άγχος και την επιθετικότητα. Αυτή η δράση *πιθανά* αυξάνει τα επίπεδα της χοληστερόλης διαμέσου της επίδρασης της νορεπινεφρίνης στη δραστικότητα της λιποπρωτεϊνικής λιπάσης. Ασθενείς με άγχος και πανικό έχουν αυξημένη συμπαθητική δραστηριότητα και υψηλά επίπεδα νορεπινεφρίνης. Αυξημένα επίπεδα κατεχολαμινών έχουν επίσης παρατηρηθεί και σε ασθενείς με διαταραχές της καρδιακής λειτουργίας (161-169).



11. ΕΣΩΣΤΡΕΦΗΣ-ΕΞΩΣΤΡΕΦΗΣ

Οι θεμελιώδεις ψυχολογικοί τύποι είναι δύο: ο εξωστρεφής και ο εσωστρεφής. Επειδή οι ψυχικές λειτουργίες είναι τέσσερις, ο εξωστρεφής και ο εσωστρεφής διακρίνονται αντίστοιχα στους εξής τύπους: στον κατ' αίσθηση αντιληπτικό, στον διανοητικό, στον συναισθηματικό και στον ενορατικό.

11.1 Εξωστρεφής τύπος

Σύμφωνα με τον Jung «το ασυνείδητο εις τον ομαλό και τον ανώμαλο ψυχικό βίο είναι ο άνθρωπος ο στραμμένος προς τον εξωτερικό του κόσμο». (173).

Τα εξωτερικά αντικείμενα προσελκύουν την προσοχή του εξωτερικού τύπου. Οι καινούριες και άγνωστες καταστάσεις τον δελεάζουν. Γενικά αρχικά ενεργεί και στη συνέχεια σκέπτεται τι έπραξε. Για αυτό το λόγο οι ενέργειες του είναι γρήγορες και δεν υπόκεινται σε αμφιβολίες και δισταγμούς. Η εύκολη προσαρμογή, η δημιουργία σχέσεων, η ευπροσηγορία, η φιλοφροσύνη, η κοινωνικότητα, η ιδιαίτερη προσοχή στην εξωτερική του εμφάνιση είναι μερικά από τα γνωρίσματα του (171). Ο «τυπικός» εξωστρεφής τύπος έχει ανάγκη από ανθρώπους γύρω του για να μιλά, δεν συμπαθεί το διάβασμα και τη μελέτη. Έχει έντονη επιθυμία για συγκινήσεις, δεν χάνει ευκαιρίες, του αρέσει ο κίνδυνος, αντιδρά αμέσως και είναι γενικά παρορμητικός. Του αρέσουν τα κακόγουστα αστεία, έχει πάντοτε μια πρακτική απάντηση και αγαπά την αλλαγή. Προτιμά να κινείται συνεχώς, είναι επιθετικός και χάνει εύκολα την ψυχραιμία του. Δεν μπορεί να ελέγξει τα αισθήματά του και δεν είναι αξιόπιστος. Στον κοινωνικό και πολιτικό τομέα τα άτομα είναι επαναστατικά και σκληροτράχηλα (17, 18, 172).

Ο κίνδυνος για τον εξωστρεφή τύπο έγκειται στο γεγονός εύκολα εξαντλείται και αποξενώνεται, καθώς υπηρετεί συνεχώς το περιβάλλον. Δεν βρίσκει ησυχία και στιγμές περισυλλογής. Επίσης δεν διακρίνεται για τον αυτοέλεγχο. Αρκετά συχνά υφίσταται ματαίωση κάτι που συμβάλλει στην ψυχική του κόπωση (171).



11.2 Η Γενική στάση του Συνειδητού

Είναι γεγονός ότι όλοι οι άνθρωποι προσανατολίζονται σύμφωνα με τα στοιχεία που αντλούν από τον έξω κόσμο. Κάτι που βέβαια είναι σχετικά αποφασιστικό. Όταν λοιπόν ο προσανατολισμός προς το αντικείμενο και τα αντικειμενικά γεγονότα είναι τόσο κυρίαρχος που οι πιο συχνές και ουσιαστικές αποφάσεις και πράξεις καθορίζονται όχι από υποκειμενικές αξίες, αλλά από αντικειμενικές σχέσεις, τότε μιλάμε για εξωστρεφή στάση. Όταν αυτό είναι ο κανόνας, τότε μιλάμε για εξωστρεφή τύπο.

Είναι εκείνος ο τύπος που σκέφτεται, αισθάνεται και ενεργεί με μια λέξη ζει, σε άμεση αντιστοιχία με τις αντικειμενικές καταστάσεις και τους σκοπούς του, με την καλή ή την κακή έννοια. Η ζωή του δείχνει καθαρά ότι τον πρώτο ρόλο τον διαδραματίζει η αντικειμενική παρά η υποκειμενική αξία, ως αποφασιστικός παράγοντας του συνειδητού του. Φυσικά, δεν του λείπουν οι υποκειμενικές αξίες, αλλά η καθοριστική τους δύναμη έχει λιγότερη σημασία από τις εξωτερικές, αντικειμενικές καταστάσεις. Επομένως, ποτέ δεν περιμένει να βρει απόλυτους παράγοντες στη δική του εξωτερική ζωή, γιατί οι μόνοι που γνωρίζει βρίσκονται έξω του. Ολόκληρο το συνειδητό του είναι στραμμένο προς τον κόσμο, γιατί ο σπουδαίος και αποφασιστικός παράγοντας έρχεται πάντα και τον βρίσκει από έξω. Το ενδιαφέρον και η προσοχή ακολουθούν τα αντικειμενικά γεγονότα και βασικά τα γεγονότα του άμεσου περιβάλλοντος. Το ενδιαφέρον του το αιχμαλωτίζουν και το καθηλώνουν όχι μόνο πρόσωπα αλλά και πράγματα. Για αυτό και οι πράξεις του, επίσης, κατευθύνονται από την επίδραση προσώπων και πραγμάτων. Οι ηθικοί νόμοι που διέπουν τις πράξεις του συμφωνούν με τις αντίστοιχες απαιτήσεις της κοινωνίας, δηλ. με τη γενικά έγκυρη ηθική άποψη.

Προσπαθεί να κάνει ή κάνει ακριβώς αυτό που το περιβάλλον χρειάζεται προσωρινά και που αναμένει από αυτόν και αποφεύγει κάθε καινοτομία, που δεν είναι απόλυτα εμφανής ή που δεν ξεπερνά, με κάποιο τρόπο, τις προσδοκίες των γύρω του. Η ομαλότητα του, όμως, εξαρτάται βασικά από το αν υπολογίζει την πραγματικότητα των υποκειμενικών αναγκών και απαιτήσεων του. Και αυτό ακριβώς είναι το δυνατό του σημείο, γιατί ο τύπος του τείνει τόσο πολύ προς τα έξω που ακόμα και το πιο φανερό από όλα τα υποκειμενικά γεγονότα δεν συγκεντρώνει εύκολα την προσοχή που απαιτείται. Το σώμα δεν είναι αρκετά αντικειμενικό ή «εξωτερικό», οπότε, δεν



φροντίζει πια να ικανοποιήσει τις πιο στοιχειώδης ανάγκες που είναι απαραίτητες για τη σωματική ευεξία. Το αποτέλεσμα είναι ότι το σώμα του υποφέρει και κατ' επέκταση και η ψυχή. Κατά κανόνα ο εξωστρεφής δίνει ελάχιστη σημασία για την ψυχή. Αντλαμβάνεται την απώλεια της ισορροπίας του, όταν αρχίζει να νιώθει παθολογικές σωματικές καταστάσεις. Οι καταστάσεις αυτές μπορεί να είναι λειτουργικές ή οργανικές και έχουν αντισταθμιστική σημασία γιατί αναγκάζουν το υποκείμενο να αυτοπεριορισθεί ακούσια. Αν τα συμπτώματα είναι λειτουργικά, η διαμόρφωση τους μπορεί να εκφράζει συμβολικά την ψυχολογική του κατάσταση.

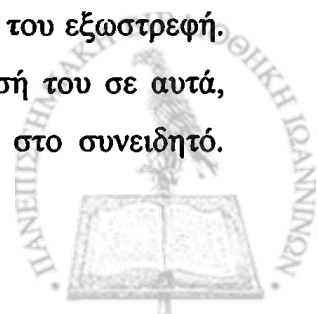
Η νεύρωση που κατά κύριο λόγο εμφανίζεται στον εξωστρεφή τύπο είναι η υστερία. Το κλασικό παράδειγμα της υστερίας χαρακτηρίζεται από την υπερβολική τάση για κάλυψη βαθύτερων αναγκών μέσω μια επιφανειακής σαγήνης με τα μέλη του περιβάλλοντος και από μια ειλικρινή μιμητική προσαρμοστικότητα στις γύρω συνθήκες. Είναι μια διαρκής τάση να προκαλεί το ενδιαφέρον και να κάνει εντύπωση στο περιβάλλον. Είναι δηλαδή μια υπερβολή της φυσιολογικής στάσης (170)

11.3 Η στάση του ασυνείδητου.

Ο εξωστρεφής τύπος βρίσκεται διαρκώς στον πειρασμό να δοθεί (φαινομενικά) στο αντικείμενο και να αφομοιωθεί από αυτό.

Η στάση του ασυνείδητου, όταν συμπληρώνει και εξισορροπεί ενεργά την εξωστρεφή στάση του συνειδητού, έχει ένα χαρακτήρα σαφώς εξωστρεφή. Συγκεντρώνει την ψυχική ενέργεια στον υποκειμενικό παράγοντα, δηλαδή σε όλες εκείνες τις ανάγκες και τις απαιτήσεις που μια πολύ εξωστρεφής στάση του συνειδητού τις πνίγει ή τις απωθεί.

Μια στάση στραμμένη αποκλειστικά στον αντικειμενικό κόσμο παραβιάζει πολλά υποκειμενικά συναισθήματα, προθέσεις, ανάγκες και επιθυμίες, αφού τους κλέβει την ενέργεια που δικαιούνται από τη φύση τους. Οι μη συνειδητές απαιτήσεις του εξωστρεφή τύπου έχουν χαρακτήρα βασικά πρωτόγονο, παιδικό και εγωιστικό. Ο Freud λέει ότι το μόνο που μπορεί να κάνει το ασυνείδητο είναι να «επιθυμεί». Αυτή η παρατήρηση περιέχει μεγάλο ποσοστό αλήθειας για το ασυνείδητο του εξωστρεφή. Ο προσανατολισμός του στα αντικειμενικά στοιχεία και η αφοσίωσή του σε αυτά, εμποδίζουν τις ασθενικές υποκειμενικές παρορμήσεις να φθάσουν στο συνειδητό.



Αυτές οι τάσεις (σκέψεις, επιθυμίες, συγκινήσεις, ανάγκες, συναισθήματα κλπ) αποκτούν παλινδρομικό χαρακτήρα αντίστοιχα με το βαθμό της απώθησής τους, δηλ. όσο λιγότερο αναγνωρίζονται, τόσο πιο παιδικές και αρχαϊκές γίνονται. Έτσι, η απώθηση μιας τάσης συνοδεύεται από ένα σημαντικό ποσοστό ενέργειας. Το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί στο δυναμικό του ενστίκτου που περιφρουρεί τη δραστηριότητά του, παρόλη την κλοπή ενέργειας που έκανε το μη συνειδητό. Η εξωστρέφεια προϋποθέτει έναν αντίστοιχο παιδισμό και αρχαϊσμό στη στάση του ασυνείδητου (172).

Κάθε φορά που παρατηρείται μια υπερβολή της συνειδητής σκοπιάς, εμφανίζεται το ασυνείδητο με μορφή κάποιου συμπτώματος. Η κίνηση αυτή αρχίζει με τη μορφή μιας ανόητης υπερβολής της συνειδητής στάσης που τείνει να απωθήσει το ασυνείδητο σε ακόμα βαθύτερα στρώματα. Συνήθως όμως καταλήγει σε κατάρρευση. Αλλά η καταστρεπτική λύση μπορεί να είναι υποκειμενική, δηλ. να πάρει τη μορφή μιας νευρικής κατάρρευσης. Μια τέτοια λύση είναι πάντα αποτέλεσμα μη συνειδητής αντίδρασης, που έχει τη δύναμη τελικά να παραλύσει τη δράση του συνειδητού. Έτσι το υποκείμενο δεν ξέρει πια τι θέλει και τίποτα δεν τον ενδιαφέρει ή θέλει τα πάντα αμέσως και το ενδιαφέρον του είναι πολύ ζωηρό- αλλά για ανέφικτα πράγματα. Εύκολα λουπόν οδηγείται ο εξωστρεφής νεύρωση ή στην κατάχρηση ουσιών όπως, το οινόπνευμα.

11.4 Ο εσωστρεφής τύπος

Εκείνο που διακρίνει τον εσωστρεφή από τον εξωστρεφή τύπο είναι το γεγονός ότι ο εσωστρεφής διέπεται από υποκειμενικούς παράγοντες. Ο εσωστρεφής παρεμβάλλει μια υποκειμενική άποψη ανάμεσα στην αντίληψη του αντικειμένου και τις δικές του πράξεις. Αυτή η υποκειμενική άποψη δεν αφήνει την πράξη να πάρει το χαρακτήρα που αντιστοιχεί στην αντικειμενική κατάσταση. Το συνειδητό του εσωστρεφή βλέπει τις εξωτερικές καταστάσεις, αλλά ο αποφασιστικός παράγοντας για αυτόν είναι ο υποκειμενικός και αυτόν διαλέγει. Για αυτό καθοδηγείται από ένα παράγοντα αντίληψης και γνώσης που αντιπροσωπεύει τη δεκτική υποκειμενική ιδιοσυστασία απέναντι στο αισθητηριακό ερέθισμα.



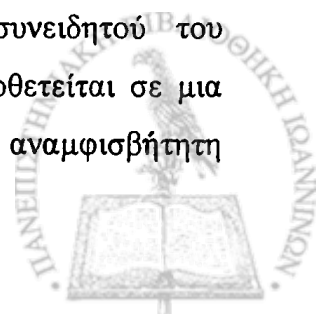
Ο εσωστρεφής έχει την τάση να συγχέει το εγώ του και να το ανυψώνει στη θέση του υποκειμένου της ψυχολογικής διεργασίας, προκαλώντας έτσι εκείνη τη νοσηρή υποκειμενοποίηση του συνειδητού που την αποξενώνει από το αντικείμενο.

Ο εσωστρεφής επηρεάζεται συνεχώς από ένα μη συνειδητό σύμπλεγμα επιβολής. Δεν γνωρίζει τις μη συνειδητές, αν και απόλυτα σωστές, βάσεις της υποκειμενικής του κρίσης, ακριβώς όπως δεν γνωρίζει τις υποκειμενικές του αντιλήψεις. Σύμφωνα με τις επιταγές της κοινωνίας, ατενίζει προς τα έξω να βρει την απάντηση, αντί να ψάξει να τη βρει πίσω από το συνειδητό του. Αν εξελιχθεί σε νευρωτικό άτομο, αυτό σημαίνει ότι έχει λίγο –πολύ ταυτισθεί απόλυτα το εγώ του με τον εαυτό του χωρίς να το ξέρει, οπότε μηδενίζεται η σπουδαιότητα του, ενώ το εγώ διαστέλλεται πέρα από κάθε λογικό όριο.

Ο τυπικός «εσωστρεφής» είναι ήσυχος, απομονωμένος, ενορατικός. Προτιμά τα βιβλία από τους ανθρώπους, είναι συγκρατημένος και μένει σε απόσταση, με εξαίρεση τους πολύ στενούς φίλους. Έχει την τάση να προγραμματίζει για το μέλλον και δεν εμπιστεύεται τις ενορμήσεις της στιγμής. Δεν αγαπά τις έντονες συγκινήσεις, αντιμετωπίζει τα καθημερινά προβλήματα με σοβαρότητα και προτιμά την καλά προγραμματισμένη ζωή. Ελέγχει τα συναισθήματά του, είναι σπάνια επιθετικός και δεν χάνει εύκολα την αυτοκυριαρχία του. Είναι αξιόπιστος, κάπως απαισιόδοξος και δίνει μεγάλη σημασία στις ηθικές αξίες (24). Αδιαφορεί για τη γνώμη των άλλων. Είναι ολιγόλογος, κρυψίνους, ατημέλητος, εκκεντρικός με ισχυρό αναπτυγμένο το συναίσθημα του καθήκοντος, ευερέθιστος και απότομος και δυσκολεύεται να συνάψει σχέσεις με το περιβάλλον. Επίσης κινδυνεύει να χάσει κάθε επαφή με την πραγματικότητα με κίνδυνο την ψυχασθένεια (171). Για να επικοινωνήσει με τους άλλους, είναι ανάγκη να βρει μια εξωτερική μορφή κατάλληλη όχι μόνο να το δεχθεί, αλλά και να το μεταβιβάσει στους άλλους με τρόπο που να αφυπνίζει μέσα τους μια παράλληλη διεργασία.

11.5 Η στάση του ασυνειδήτου

Ανάλογα με την έκταση της υποκειμενοποίησης του συνειδητού του εσωστρεφή-που έτσι τονίζει ιδιαίτερα το εγώ- το αντικείμενο τοποθετείται σε μια θέση που με τον καιρό γίνεται πολύ αστήρικτο. Το αντικείμενο έχει αναμφισβήτητη



δύναμη, ενώ το εγώ είναι κάτι πολύ περιορισμένο και μεταβατικό. Ο εσωστρεφής αποκόβεται τελείως από το αντικείμενο. Οι προσπάθειες αυτές συνεχώς αναχαιτίζονται γιατί το αντικείμενο επιβάλλεται συνεχώς χωρίς τη θέλησή του. Προκαλεί τα πιο δυσάρεστα και επίμονα συναισθήματα. Χρειάζεται εσωτερική πάλη για να μπορέσει το άτομο να αντέξει. Τρομάζει όταν οι άλλοι έχουν έντονα συναισθήματα και δεν παύει ούτε στιγμή να φοβάται ότι θα πέσει θύμα κάποιας εχθρικής επίδρασης, αφού για το αυτό άτομο τα αντικείμενα έχουν τρομακτικές και πανίσχυρες ιδιότητες. Επομένως και η σχέση του με το αντικείμενο γίνεται αντίστοιχα πρωτόγονη (170, 171).

11.6 Ψυχωτισμός

Οι Eysenck και οι συνεργάτες τους διατύπωσαν την υπόθεση ότι υπάρχει μια ομάδα από χαρακτηριστικές μορφές συμπεριφοράς, που βρίσκονται σε συσχέτιση μεταξύ τους και οι οποίες προδιαθέτουν σε ψυχωτικές αντιδράσεις. Υποστήριξαν ότι η διάσταση αυτή είναι ποσοτική και ανεξάρτητη από τις διαστάσεις της εξωστρέφειας και του νευρωτισμού. *Ακόμη έδειξαν ότι η διάσταση του ψυχωτισμού είναι ενδεικτική για την προδιάθεση για ψύχωση και όχι η ίδια η ψύχωση.* Η υπόθεση αυτή του Eysenck ενισχύθηκε από μια σειρά από ερευνητές (173-176). Ο ψυχωτισμός εκδηλώνεται ως μια μεταβλητή, που παρατηρείται και στο φυσιολογικό πληθυσμό (18,177). Ενώ ο Bion (178) ήταν ο πρώτος ψυχαναλυτής που τόνισε ότι υπάρχουν ψυχωτικά και μη ψυχωτικά μέρη σε κάθε προσωπικότητα, ο Steiner (178) διατύπωσε την άποψη ότι ο Freud (1937) αναγνώριζε τη δυνατότητα να συνυπάρχουν διαφορετικές ψυχικές καταστάσεις, ακόμα και σε φυσιολογικά άτομα (178). Σύμφωνα με τον Freud (1937)

...«κάθε φυσιολογικό πρόσωπο είναι πράγματι φυσιολογικό κατά μέσο όρο. Το Εγώ του προσεγγίζει αυτό του ψυχωτικού σε μεγαλύτερη ή μικρότερη έκταση και ο βαθμός της απομάκρυνσης του από το ένα άκρο της σειράς και της προσέγγισης του στο άλλο θα μας προμηθεύσει με ένα προσωρινό μέτρο αυτού που τόσο αόριστα ονομάσαμε μεταβολή του Εγώ....» [σ.235].

Η Spertling (178) αναφερόταν επίσης στην «ψυχωτική στοιβάδα» της προσωπικότητας πολλών σωματικά πασχόντων ασθενών.

Η λέξη ψυχωτισμός αναφέρεται σε ένα υποκείμενο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που υπάρχει σε διαφορετικό βαθμό σε όλα τα άτομα. Η ύπαρξη του σε έντονο βαθμό προδιαθέτει το άτομο στην ανάπτυξη ψυχωτικών διαταραχών.

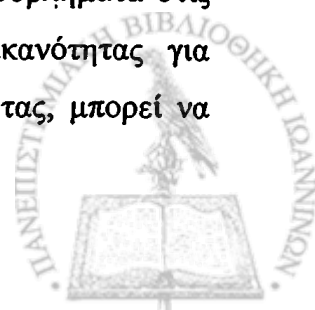


Επίσης σύμφωνα με πολλούς ψυχοθεραπευτές ο ψυχωτικός πυρήνας συχνά υπάρχει κάτω από τη νεύρωση και φαίνεται να συμβάλλει στην παθογένεση της ψυχωτικής νόσου (180-187). Τα άτομα με υψηλές τιμές ψυχωτισμού είναι μονήρη, ψυχρά, απρόσωπα, εχθρικά και επιθετικά ακόμα και ως προς τα πρόσωπα που αγαπούν. Δεν δείχνουν συμπάθεια σε άλλα άτομα ούτε και τα εμπιστεύονται. Είναι αγενή χωρίς καλούς τρόπους (18, 178). Δεν βοηθούν τους άλλους, είναι χωρίς συναισθήματα και ανθρωπισμό. Αγαπούν τα παράξενα και ασυνήθη πράγματα και καταστάσεις και δεν λογαριάζουν τον κίνδυνο (18, 178). Το ψυχωτικό μέρος της προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από τη σύγχυση εαυτού-αντικειμένου (208-210).

11.7 Η κλασική ψυχαναλυτική θεωρία της νεύρωσης

Βασικό στοιχείο της κλασικής άποψης για τη γένεση της νεύρωσης είναι η σύγκρουση. Η σύγκρουση μπορεί να διαδραματίζεται μεταξύ των ενστικτικών ενορμήσεων και την πραγματικότητα ή ανάμεσα στις εσωτερικές αρχές, όπως για παράδειγμα, ανάμεσα στο εκείνο και το υπερεγώ ή ανάμεσα στο εκείνο και στο εγώ. Επιπλέον, εξαιτίας του ότι η σύγκρουση δεν έχει υποστεί την κατάλληλη επεξεργασία ώστε να οδηγηθεί σε μια ρεαλιστική λύση, οι ενορμήσεις ή οι επιθυμίες που αναζητούν εκφόρτιση έχουν, διαμέσου της άπώθησης ή κάποιου άλλου αμυντικού μηχανισμού, εκδιωχθεί από τη συνείδηση. Η αποβολή των ενορμήσεων, εντούτοις, από τη συνείδηση δεν αφαιρεί τίποτα από τη δύναμή τους ή από την επιρροή τους. Έτσι, οι ασυνείδητες τάσεις, μεταμφιεσμένες πια σαν νευρωτικά συμπτώματα, καταφέρνουν να βρουν το δρόμο τους για να επιστρέψουν στη συνείδηση. Αυτή η θεωρία της νεύρωσης θεωρεί ότι ήδη στην πρώιμη παιδική ηλικία υπήρχε μια υποτυπώδης νεύρωση που στηριζόνταν στον ίδιο τύπο σύγκρουσης (189, 190).

Η απουσία ή η ανεπάρκεια των προσώπων που παρέχουν φροντίδα κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών της ζωής δημιουργούν μία κατάσταση στέρησης, η οποία μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς την εξέλιξη του Εγώ. Αυτή η ανεπάρκεια μπορεί επίσης να έχει ως αποτέλεσμα την αποτυχία στη δημιουργία των απαραίτητων ταυτίσεων. Οι δυσκολίες του Εγώ, που εμφανίζονται δημιουργούν προβλήματα στις σχέσεις των ενορμήσεων με το περιβάλλον. Η έλλειψη της ικανότητας για εποικοδομητική εκφόρτιση των ενορμήσεων, ειδικά της επιθετικότητας, μπορεί να



οδηγήσει μερικά παιδιά να στρέψουν την επιθετικότητα τους εναντίον του Εαυτού τους και να γίνουν ανοιχτά αυτοκαταστροφικά.

Τα τραυματικά γεγονότα, όταν φαίνονται να είναι απειλητικά για την επιβίωση, μπορούν, όταν το Εγώ είναι εξασθενημένο, να διασπάσουν τους αμυντικούς μηχανισμούς. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργείται μεγάλη διέγερση για τον έλεγχο της οποίας απαιτούνται μεγάλα ποσά λιβιβινικής ενέργειας. Έτσι μειώνεται ακόμα περισσότερο η δύναμη του Εγώ και δημιουργείται μια αίσθηση ανεπάρκειας. Οι ματαιώσεις και οι απογοητεύσεις, που συναντά ένας ενήλικας στη ζωή του, μπορεί να αναζωπυρώνουν τις βρεφικές επιθυμίες, οι οποίες τώρα πια θα αντιμετωπισθούν ή με το σχηματισμό συμπτωμάτων ή με βαθύτερη παλινδρόνηση (198).

Τα δευτερογενή οφέλη της νεύρωσης

Ο πρωτογενής σκοπός ή το πρωτογενές όφελος μιας διαταραχής είναι η διαμέσου της νεύρωσης μείωση των συγκρούσεων και της έντασης. Το Εγώ, εντούτοις, μπορεί να προσπαθήσει με την ευκαιρία της νεύρωσης να αποσπάσει κάποια οφέλη από τον εξωτερικό κόσμο: να συγκεντρώσει την προσοχή και τη συμπάθεια των άλλων, να χειρισθεί τους άλλους ή ακόμα και να αποσπάσει κάποιο οικονομικό αντισταθμιστικό κέρδος. Όλοι οι παραπάνω παράγοντες ονομάζονται δευτερογενή οφέλη.



12. ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ

Με τον όρο στεφανιαία νόσο ή ισχαιμική καρδιοπάθεια, εννοείται ένα φάσμα κλινικών καταστάσεων ποικίλης αιτιολογίας που προκαλούνται όταν διαταραχθεί η ισορροπία μεταξύ της προσφοράς και των αναγκών του μυοκαρδίου σε οξυγόνο. π.χ. σε περιπτώσεις απόφραξης των στεφανιαίων αγγείων εξαιτίας αθηροσκλήρυνσης, σπασμού ή θρόμβωσης. Επίσης μπορεί να οφείλεται σε μείωση του χρόνου πλήρωσης με αίμα των στεφανιαίων αγγείων (π.χ. σε ταχυαρρυθμίες), καθώς και σε περιπτώσεις σοβαρής υπότασης, υποξαιμίας, σοβαρής αναιμίας, υπερθυρεοειδισμού, ή υπερτροφίας της καρδιάς κ.τ.λ. (200-201). Οι στεφανιαίες αρτηρίες προσβάλλονται από ένα σημαντικό αριθμό νοσημάτων, το πιο συνηθισμένο όμως νόσημα είναι η αθηροσκλήρυνση. Κύριο χαρακτηριστικό της νόσου είναι η παθολογική πάχυνση και σκλήρυνση του έσω χιτώνα του αρτηριακού τοιχώματος που συσχετίζεται με τη συσσώρευση λιποπρωτεϊνών. Η αθηρωμάτωση έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία αθηρωματικών πλακών (201-203).

Η αιτία της αρτηριοσκλήρυνσης είναι πολυπαραγοντική. Τα τελευταία έτη έχει δοθεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον στους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνισή της. Η αιτιολογική συσχέτιση αυτών των παραμέτρων με τη νόσο είναι σε σημαντικό βαθμό τεκμηριωμένη. Παράγοντες κινδύνου για τις οποίες το άτομο δεν έχει καμία ευθύνη είναι η κληρονομικότητα, η αύξηση της ηλικίας και το φύλο. Παράγοντες κινδύνου για τους οποίους το άτομο δεν έχει απόλυτη ευθύνη, αλλά ευθύνεται για την αντιμετώπισή τους είναι η υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία και ο σακχαρώδης διαβήτης. Παράγοντες κινδύνου για τους οποίους το άτομο έχει πλήρη ευθύνη είναι το κάπνισμα, η αύξηση του σωματικού βάρους, η έλλειψη σωματικής άσκησης, η λήψη αντισυλληπτικών, ο ψυχολογικός παράγοντας (προσωπικότητα τύπου Α) και γενικά ο τρόπος ζωής (186).

Η σημασία των διαφόρων παραγόντων κινδύνου δεν είναι ίδια για όλα τα όργανα στόχους, για λόγους που δεν είναι ακόμα πλήρως κατανοητοί.

Οι κλινικές εκφράσεις της αθηρωματικής νόσου των στεφανιαίων αγγείων είναι: η στηθάγχη, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, οι καρδιακές αρρυθμίες, η ασυμπτωματική στεφανιαία νόσο και ο αιφνίδιος θάνατος (187).



12.1 Επιδημιολογικά στοιχεία της νόσου.

Επιδημιολογικά και κλινικά δεδομένα υποστηρίζουν τη σημασία γενετικών παραγόντων στην παθογένεια, τη φυσική ιστορία και τις κλινικές εκδηλώσεις της στεφανιαίας νόσου. Η συχνότητα της στεφανιαίας νόσου είναι μεγαλύτερη σε ορισμένες εθνικές ομάδες, χωρίς η διαφορά αυτή να εξηγείται από τους παράγοντες που προδιαθέτουν στην εμφάνιση της.

Σε μια μελέτη στις Η.Π.Α., βρέθηκε ότι η επίπτωση της στεφανιαίας νόσου είναι 3,5 φορές μεγαλύτερη στη λευκή φυλή σε σύγκριση με τη μαύρη φυλή (186).

Αυξημένη επίπτωση στεφανιαίας νόσου παρατηρείται επίσης στους Λάπωνες στη Νορβηγία και στη Φιλανδία (187). Αντίθετα, η συχνότητα της στεφανιαίας νόσου είναι χαμηλή στους κατοίκους της Χαβάης, του Πόρτο-Ρίο και σε Ισραηλινούς που γεννήθηκαν στην Υεμένη (189, 190).

Οι γυναίκες προσβάλλονται από στεφανιαία νόσο λιγότερο συχνά σε σύγκριση με τους άνδρες (217).

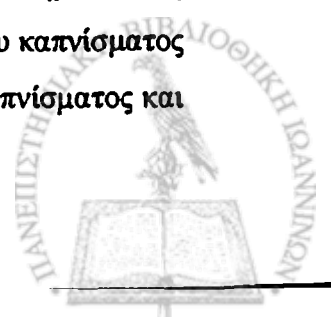
Η συχνότητα εμφάνισης του εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι 2-4 φορές μεγαλύτερη στους πρώτου βαθμού συγγενείς ασθενών με στεφανιαία νόσο. Η διαφορά αυτή γίνεται ακόμη μεγαλύτερη σε πρώτου βαθμού συγγενείς άτομα με έμφραγμα σε νεαρά ηλικία (<50 ετών) (188, 189).

Όταν ο ένας από τους δύο μονοωγενείς διδύμους υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου υπάρχει μία κατά 44% πιθανότητα να εμφανίσει επίσης και ο άλλος ο αδερφός έμφραγμα. Η πιθανότητα είναι μόνο 14% εάν πρόκειται για διωγενείς διδύμους (190).

Η στεφανιαία νόσος παρατηρείται επίσης συχνά σε ορισμένα κληρονομικά νοσήματα πχ σε βλενοπολυσακχαριδώσεις, σε διαταραχές του μεταβολισμού των πρωτεϊνών (πρωτοπαθής υπεροξαλουρία) και σε διαταραχές του μεταβολισμού των λιποπρωτεϊνών (194, 195).

12.2 Κάπνισμα και στεφανιαία νόσος

Το κάπνισμα παθητικό –ενεργητικό αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για τη στεφανιαία νόσο. Η δυσμενής επίδραση του καπνίσματος συσχετίζεται με τον ημερήσιο αριθμό σιγαρέτων, με τη διάρκεια του καπνίσματος και



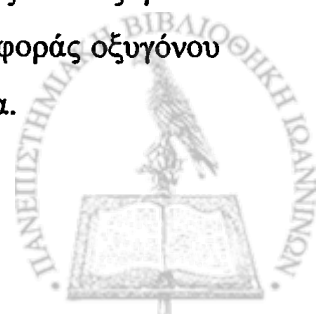
επηρεάζεται σημαντικά από τα επίπεδα των λιπιδίων του πλάσματος (196). Υπάρχουν ενδείξεις ότι το κάπνισμα αυξάνει σημαντικά την καρδιακή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η στεφανιαία νόσος ευθύνεται για περίπου 500.000 θανάτους ανά χρόνο στις Η.Π.Α (203).

Οι πληθυσμιακές ομάδες που προσβάλλονται περισσότερο από τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος είναι σύμφωνα με την Αμερικανική καρδιολογική εταιρεία όλα τα άτομα κάτω των 50 ετών και κυρίως οι γυναίκες (2). Επίσης, η οικονομική κατάσταση μιας χώρας, επηρεάζει τους κατοίκους της όσον αφορά τη χρήση καπνού. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι γυναίκες στις αναπτυγμένες χώρες καπνίζουν κατά 20-35% σε αντίθεση με το 2-10% των γυναικών που καπνίζουν στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Εξίσου επιβαρυντικό όμως είναι και το παθητικό κάπνισμα, αφού αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης πρώιμης καρδιαγγειακής νόσου (203-204). Σε 10 επιδημιολογικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στο πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια παρατηρήθηκαν βιοχημικές διαταραχές που δείχνουν ότι το παθητικό κάπνισμα βλάπτει το αρτηριακό ενδοθήλιο και έτσι τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιακών νοσημάτων (205, 206). Οι επικίνδυνες συνέπειες του καπνίσματος, οφείλονται κυρίως στα συστατικά των τσιγάρων, τα οποία περιέχουν 4000 περίπου βλαπτικές ουσίες. Από αυτές τις ουσίες κάποιες έχουν αναγνωρισθεί ως καρκινογόνες και κάποιες άλλες ως τοξικές. Οι πιο επιβλαβείς ενώσεις είναι η νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα. Η νικοτίνη απορροφάται πολύ γρήγορα, φθάνει στον εγκέφαλο μέσα σε δευτερόλεπτα και προκαλεί μέσα σε δευτερόλεπτα αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Το μονοξείδιο του άνθρακα μειώνει την ικανότητα του αίματος να μεταφέρει οξυγόνο.

Αναλυτικότερα, η νικοτίνη διεγείρει τα επινεφρίδια με αποτέλεσμα αύξηση της έκκρισης αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης. Αυτές οι ουσίες αυξάνουν τον καρδιακό ρυθμό και στην αρτηριακή πίεση και επομένως το έργο της καρδιάς και την κατανάλωση O_2 από το μυοκάρδιο. Το μονοξείδιο του άνθρακα δεσμεύει την αιμοσφαιρίνη περίπου 200 φορές πιο εύκολα σε σύγκριση με το οξυγόνο. Όταν τα επίπεδα του CO αυξηθούν σημαντικά, το οξυγόνο εκτοπίζεται και έτσι λιγότερο οξυγόνο μεταφέρεται στους ιστούς και στα κύτταρα (συμπεριλαμβανομένων και των κυττάρων του μυοκαρδίου.) Σημειώνεται ότι η ικανότητα μεταφοράς του οξυγόνου μπορεί να μειωθεί στον καπνιστή μέχρι και 15%. Η μείωση της μεταφοράς οξυγόνου έχει σοβαρά επακόλουθα σε άτομα με αθηρωματικές βλάβες στα αγγεία.

Επιπρόσθετα το κάπνισμα προκαλεί :



- Αύξηση της LDL χοληστερόλης
- Μείωση της HDL χοληστερόλης
- Αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης
- Οξειδωση των LDL
- Επιτάχυνση της εξέλιξης των αθηροσκληρωτικών πλακών
- Πάχυνση του τοιχώματος των καρωτίδων
- Σπασμό στις στεφανιαίες αρτηρίες.
- Διαταραχή της λειτουργίας των ενδοθηλιακών κυττάρων
- Αύξηση της συσσώρευσης των αιμοπεταλίων

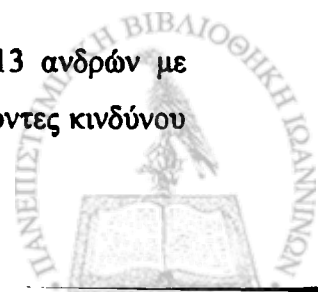
12.3 Ερευνητικά δεδομένα που αποδεικνύουν τη σχέση καπνίσματος και στεφανιαίας νόσου.

Μια έρευνα σε 17.774 σε καπνιστές άνδρες ηλικίας 30-85 έδειξε ότι οι καπνιστές πούρων και σιγαρέτων σε σύγκριση με τους μη καπνιστές είχαν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης αγγειακής νόσου, χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας κ.α. Μάλιστα, ο κίνδυνος συσχετιζόταν με τον αριθμό των σιγαρέτων (207).

Σε μια μετα-ανάλυση βρέθηκε ότι οι μη καπνιστές που εκτέθηκαν σε παθητικό κάπνισμα είχαν σχετικό κίνδυνο μεγαλύτερο κατά 95% για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου σε σύγκριση με μη καπνιστές που δεν εκτέθηκαν σε καπνό. Επίσης φάνηκε ότι υπάρχει μια δόσοεξαρτώμενη σχέση μεταξύ της έκθεσης σε καπνό και της εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου με αντίστοιχους σχετικούς κινδύνους 1,23 και 1,31 για μη καπνιστές που είχαν εκτεθεί σε καπνό 1-19 τσιγάρων την ημέρα και εκείνων που είχαν εκτεθεί σε καπνό 20 ή περισσότερων τσιγάρων την ημέρα, σε σύγκριση με μη καπνιστές που δεν είχαν εκτεθεί σε καπνό.

Διάφορες άλλες μελέτες υποστήριξαν ότι οι καπνιστές έχουν διαφορετικές διατροφικές συνήθειες σε σύγκριση με τους μη καπνιστές (41-42) Έτσι, οι πρώτοι τρέφονται με λιγότερα λαχανικά και φρούτα και με περισσότερα λιπαρά (43-46), γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου. Οι Law και οι συνεργάτες έδειξαν ότι η διαφορετική διατροφή μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών αυξάνει κατά πολύ τον κίνδυνο για την εμφάνιση της νόσου.

Σε μια άλλη έρευνα μελετήθηκαν τα στεφανιαία αγγεία 113 ανδρών με στεφανιαία νόσο που είχαν πεθάνει ξαφνικά και αναλύθηκαν οι παράγοντες κινδύνου



για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου. Βρέθηκε ότι το κάπνισμα αποτελούσε σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου σε άτομα με οξεία θρόμβωση σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν με σταθερές πλάκες. Οι επιστήμονες οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι οι μεγάλες συγκεντρώσεις της χοληστερόλης του ορού προδιαθέτουν στη ρήξη των ευαίσθητων πλακών, ενώ το κάπνισμα αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης οξείας θρόμβωσης (208).

Από όσα αναφέρθηκαν προκύπτει το συμπέρασμα ότι το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου όχι μόνο στους ενεργητικούς καπνιστές αλλά και στους παθητικούς καπνιστές.



13. ΔΙΑΤΡΟΦΗ - ΟΡΙΣΜΟΙ - ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ

Ο ανθρώπινος οργανισμός για να διατηρηθεί στη ζωή, για να αναπτυχθεί, να αντικαταστήσει τους φθαρμένους ιστούς του, να εξασφαλίσει την κανονική λειτουργία των πολύπλοκων συστημάτων του και για να παράγει έργο έχει ανάγκη από διάφορες ουσίες τις οποίες προσλαμβάνει με τη διατροφή του. Η επιστήμη της διατροφής μελετά τους κανόνες που καθορίζουν την υγιεινή διατροφή ενός οργανισμού. Τα συμπεράσματα αυτής της επιστημονικής μελέτης, που έχουν εφαρμογή τόσο σε υγιή, όσο και σε πάσχοντα άτομα ή ομάδες ατόμων, αποτελούν τη διαιτολογία. Ο όρος δίαιτα αφορά την πρόσληψη τροφής σε σχέση με τις ημερήσιες δραστηριότητες και τον τρόπο ζωής του κάθε ατόμου.

Η διατροφή συνδέεται άμεσα με τις έννοιες: τρόφιμο, θρεπτικές ουσίες, συμπληρωματικές ουσίες. Το τρόφιμο είναι ένα φυσικό (ζωικό ή φυτικό) προϊόν ή παρασκεύασμα που χρησιμεύει στη διατροφή του ατόμου. Οι θρεπτικές ουσίες είναι χημικές ουσίες οι οποίες εισάγονται στον οργανισμό και

α) του δίνουν την απαιτούμενη ενέργεια για τη διατήρηση σταθερής θερμοκρασίας, για την κίνηση και γενικά για την παραγωγή έργου και

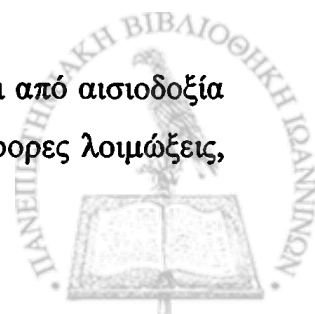
β) χρησιμεύουν όταν μεταβολίζονται για την ανάπτυξη των φθαρμένων ιστών.

Στις θρεπτικές ουσίες ανήκουν τρεις μεγάλες ομάδες χημικών ουσιών: οι υδατάνθρακες, οι πρωτεΐνες, τα λίπη και τα λιποειδή. Οι συμπληρωματικές ουσίες στερούνται από δυναμική ενέργεια, δηλαδή δεν παράγουν θερμότητα, κίνηση ή άλλη μορφή ενέργειας, συμμετέχουν όμως σε διάφορες διεργασίες του οργανισμού. Στην ομάδα αυτών των ουσιών ανήκουν τα ανόργανα άλατα, το νερό, οι βιταμίνες και η κυτταρίνη (213).

13.1 Διατροφή-Υγεία

Η διατροφή του ανθρώπου συνδέεται στενά με την υγεία του. Η επιλογή καλής και ισορροπημένης διατροφής αποτελεί προϋπόθεση για την υγεία του ατόμου και βελτιώνει τις δραστηριότητές του, ενώ παράλληλα συντελεί στη μακροζωία και ευτυχία του.

Ένα υγιεινά τρεφόμενο άτομο εμφανίζεται ζωηρό, διακατέχεται από αισιοδοξία για τη ζωή και συγχρόνως ανθίσταται πιο αποτελεσματικά στις διάφορες λοιμώξεις,



με αποτέλεσμα μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Αντίθετα, όταν το άτομο προσλαμβάνει ελαττωμένες ποσότητες θρεπτικών ουσιών είναι δυνατό να δημιουργηθούν συνθήκες υποσιτισμού. Πάντως, άτομα που προσλαμβάνουν επαρκείς ποσότητες θρεπτικών ουσιών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν παθολογική κατάσταση σε σύγκριση με άτομα που τρέφονται σωστά.

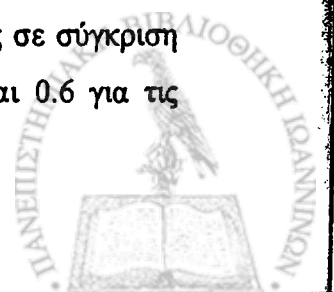
Μια σωστή διατροφή πρέπει να περιέχει όλες τις θρεπτικές ουσίες και στις αναγκαίες ποσότητες. Σε χρόνιες παθήσεις είναι απαραίτητο να ελέγχονται οι ιδιαίτερες συνήθειες διατροφής του ατόμου, γιατί ενδεχόμενα η κακή διατροφή να συσχετίζεται με το υποκείμενο νόσημα ή με επιδείνωση της κλινικής κατάστασης του ατόμου (214).

13.2 Δίαιτα και ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στη σημασία της διαίτας στην εμφάνιση, αλλά και στην πρόληψη της στεφανιαίας αθηρωμάτωσης. Ειδικότερα, όλες οι μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της στεφανιαίας νόσου και της ποσότητας του προσλαμβανόμενου λίπους και τονίζουν τη σημασία που έχει η περιεκτικότητα της διαίτας σε θερμίδες και υδατάνθρακες, ενώ παράλληλα διακρίνουν τις δίαιτες σε αυτές που επιταχύνουν την εξέλιξη της αθηρωματικής νόσου και σε εκείνες που την επιβραδύνουν.

Η διαίτα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση πρώιμης καρδιαγγειακής νόσου, καθώς επηρεάζει άλλους βιολογικούς παράγοντες κινδύνου και συγκεκριμένα τα επίπεδα των λιπιδίων, την αρτηριακή πίεση και το σωματικό βάρος. Όπως είναι γνωστό, τα κεκορεσμένα λιπαρά οξέα αυξάνουν την LDL χοληστερόλη και δεν επηρεάζουν την HDL χοληστερόλη. Τα τελευταία έτη έχει δοθεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον στη Μεσογειακή διαίτα, η οποία είναι πλούσια σε μονοακόρεστα λίπη, καθώς και σε φρούτα και λαχανικά (τροφές που είναι πλούσιες σε αντιοξειδωτικές ουσίες)

Επίσης επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι η μέτρια κατανάλωση οινοπνεύματος μειώνει την επίπτωση της πρώιμης καρδιαγγειακής νόσου (240). Για παράδειγμα, σε μία προοπτική μελέτη 490.000 ανδρών και γυναικών στις ΗΠΑ, ο σχετικός κίνδυνος θανάτου από καρδιαγγειακή νόσο σε μέτριους πότες σε σύγκριση με άτομα που πίνουν αλκοολούχα ποτά ήταν 0.7 για τους άνδρες και 0.6 για τις



γυναίκες. Το αλκοόλ επίσης μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης περιφερικής αγγειοπάθειας σε υγιείς άνδρες. Ωστόσο έχει διατυπωθεί η άποψη ότι η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ (10-30 gr αιθανόλης την ημέρα για τους άνδρες και 10-20gr για τις γυναίκες) σε άτομα για τα οποία δεν υπάρχουν αντενδείξεις για την πρόσληψη του μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης πρώιμης καρδιαγγειακής νόσου (214).

13.3 Διατροφή και Ψυχαναλυτική θεωρία

Η διατροφή των παιδιών δεν συσχετίζεται μόνο με την επιβίωσή τους (όπως σε κάθε ζωντανό οργανισμό) αλλά και με την ανάπτυξη τους και τη σωματική τους διάπλαση. Η όψη ενός καχεκτικού ή πεινασμένου παιδιού αφυπνίζει μία έντονη ανησυχία σε όλους και τους γεννά την ανάγκη να το θρέψουν. Τόσο κοινή είναι αυτή η δυάδα «ερέθισμα-αντίδραση» σε ανθρώπους και ζώα, που θα μπορούσε να ενταχθεί μεταξύ των ενστίκτων. Από τις πρώτες στιγμές της ζωής η διατροφή είναι μια διεργασία επικοινωνίας που εξαρτάται από την αλληλεπίδραση τουλάχιστον δύο ατόμων. Τουλάχιστον δύο ατόμων γιατί στη βιβλιογραφία έχει παραμεληθεί ο ρόλος του πατέρα και της ευρύτερης κοινωνικής ομάδας που πρέπει να προστατέψει και να βρει τροφή για τη γυναίκα και το παιδί για ένα χρονικό διάστημα που είναι ευάλωτοι.

Η απλή ενέργεια του «τρώγειν» είναι στενά συνδεδεμένη με την πείνα και την όρεξη, οι οποίες εξαρτώνται και επηρεάζουν την ψυχική κατάσταση του ατόμου.

Η πείνα (στα πρώτα στάδια) αυξάνει την εγρήγορση και αναγκάζει και το πιο ήρεμο να αντιδράσει με θυμό. Και οι δύο ψυχικές καταστάσεις (εγρήγορση και θυμός) είναι απαραίτητες για την αναζήτηση, εξεύρεση, πρόσληψη και κατανάλωση τροφής.

Ενώ η πείνα είναι κινητήρια δύναμη, η όρεξη εξαρτάται σε μεγάλο ποσοστό από την ψυχική κατάσταση και συχνά γίνεται το πρώτο θύμα των διαταραγμένων αισθημάτων. Παρόλο που ο δεσμός του παιδιού και των γονέων με τη διατροφή δεν είναι ταυτόσημος, η ομαλή ανάπτυξη του δεσμού εξαρτάται από την ομαλή πορεία της διατροφής. Όταν, μάλιστα, η παραγωγή και η προσφορά τροφής (όπως το μητρικό γάλα) εξαρτάται από την ψυχική κατάσταση της μητέρας, είναι εμφανές το πόσο εύκολο είναι να διαταραχθεί όλη η ισορροπία και να επακολουθήσει ένας φαύλος κύκλος. Αντίθετα, όταν η διατροφή προχωρεί αρμονικά, δημιουργείται ένα ευχάριστο αίσθημα.



Στην ψυχαναλυτική φιλολογία συναντάται μία ενδιαφέρουσα συσχέτιση πείνας και επιθετικότητας. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, το πρώτο αντικείμενο της βρεφικής αγάπης και μίσους είναι η μητέρα. Τα συναισθήματα αυτά, το βρέφος τα βιώνει με όλη την ένταση που χαρακτηρίζει τις πρώτες επιτακτικές του ανάγκες: νιώθει αγάπη για τη μητέρα του τη στιγμή που του ανακουφίζει το αίσθημα της πείνας, ενώ όταν πεινάει και οι επιθυμίες του δεν ικανοποιούνται, όπως και όταν αισθάνεται πόνο ή δυσφορία, τότε αναδύονται συναισθήματα μίσους και επιθετικότητας, που το οδηγούν στην παρορμητική διάθεση και στη διάθεση να καταστρέψει το άτομο που είναι αντικείμενο όλων των επιθυμιών του, δηλαδή τη μητέρα. Καθώς μεγαλώνει το παιδί, τα αρχέγονα αποτελέσματα της πρώιμης φαντασιακής ζωής επηρεάζουν βαθιά το ασυνείδητο του ενήλικου ανθρώπου. Αυτό το είδος πρωτογενούς επιθετικότητας, η ψυχανάλυση το ορίζει ως στοματικού τύπου επιθετικότητα. Αν και στην ενήλικη ζωή η «στοματικού» τύπου επιθετικότητα δεν παρουσιάζεται ειδικά ως γαστρίμαργια, αλλά γενικότερα ως απληστία και κτητικότητα, ωστόσο η αρχική συσχέτιση γίνεται με την πείνα και την ψευδαίσθηση της ασφάλειας, αντάρκειας και ευδαιμονίας που παρέχει η ικανοποίησή της (129, 204).



14. ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ-ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Γενικός στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης ορισμένων παραμέτρων της προσωπικότητας και συγκεκριμένα της επιθετικότητας, της εσωστρέφειας-εξωστρέφειας, του νευρωτισμού και του ψυχωτισμού σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Παράλληλα με τα παραπάνω στοιχεία της προσωπικότητας διερευνήθηκαν οι διατροφικές συνήθειες των ασθενών και η επίπτωση του καπνίσματος.

Πολλοί ερευνητές μελέτησαν στοιχεία της προσωπικότητας σε σχέση με την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Βασικό όμως στοιχείο της συγκεκριμένης μελέτης ήταν ο έλεγχος στοιχείων της προσωπικότητας και μάλιστα σε σχέση με τις διατροφικές συνήθειες, καθώς και με την επίπτωση του καπνίσματος. Οι μέχρι τώρα μελέτες επιχείρησαν να συσχετίσουν την προσωπικότητα τύπου Α με την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Στις περισσότερες από αυτές τις μελέτες τα στοιχεία της προσωπικότητας ελέγχθηκαν με ένα συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, το Μ.Μ.Ρ.Ι.. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι αξιόπιστο, αν χρησιμοποιηθεί για να καθορίσει κατά πόσο ένα άτομο ανήκει ή όχι σε μια συγκεκριμένη ομάδα σε σύγκριση με τις ομάδες στις οποίες έγινε η αρχική στάθμιση των ερωτήσεων. Ωστόσο, τα δεδομένα μεταβάλλονται αν οι τιμές που λαμβάνονται κατά τη χρήση του ερωτηματολογίου χρησιμοποιηθούν για τη «μέτρηση» διακυμάνσεων της προσωπικότητας, καθώς άσχετα με την προσοχή που δόθηκε στην επιλογή των ομάδων, οι ομάδες αυτές είναι συγκρίσιμες μόνο ως προς ένα χαρακτηριστικό για το οποίο επιλέχθηκαν και όχι προς όλα τα χαρακτηριστικά μαζί. Η δομή του ερωτηματολογίου το κάνει κατάλληλο για χρήση κυρίως σε παθολογικούς πληθυσμούς. Βασίζεται επίσης σε ένα κλασικό σύστημα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών, που έχει αμφίβολη θεωρητική δομή.

Αντίθετα με τη χρήση του Ε.Ρ.Ο. ελέγχονται στοιχεία της προσωπικότητας, όπως η νεύρωση, η εσωστρέφεια-εξωστρέφεια και ο ψυχωτισμός, καταστάσεις που δεν έχουν διερευνηθεί σε βάθος σε σχέση με την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Η κατασκευή αυτού του ερωτηματολογίου αυτού έγινε με βάση ομάδες φυσιολογικού πληθυσμού. Επίσης η κατασκευή του ερωτηματολογίου έγινε ακριβώς με τη μέθοδο συλλογής και συσχέτισης χαρακτηριστικών συμπεριφοράς, τα οποία παρατηρούνται τόσο στο φυσιολογικά όσο και στα παθολογικά άτομα.



Όπως είναι γνωστό οι κύριοι προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου είναι η υπερλιπιδαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, το κάπνισμα, η παχυσαρκία και η μειωμένη σωματική άσκηση. Ωστόσο, ίσως δεν θα πρέπει να υποτιμηθεί η σημασία της προσωπικότητας του ατόμου στην εμφάνιση μιας οργανικής νόσου, όπως είναι η στεφανιαία νόσος.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η πρόγνωση της στεφανιαίας νόσου όταν συσχετισθεί με τα στοιχεία της προσωπικότητας. Σε μια έρευνα στην οποία άτομα με γνωστή στεφανιαία νόσο υποβλήθηκαν ταυτόχρονα σε ερωτηματολόγιο ελέγχου του βαθμού της επιθετικότητας παρατηρήθηκε ότι εκείνα τα άτομα που είχαν συγκεντρώσει χαμηλό δείκτη επιθετικότητας είχαν και καλύτερη πρόγνωση σε σύγκριση με εκείνα που είχαν συγκεντρώσει υψηλότερο δείκτη επιθετικότητας (216, 217).

Στη δική μας μελέτη μεγάλο ενδιαφέρον είχε η μελέτη θεωρούμενων μόνιμων χαρακτηριστικών, δηλ. χαρακτηριστικών που δεν αποτελούν άμεση αντίδραση σε κάποιο ερέθισμα ή είναι απόρροια κάποιων καταστάσεων, αλλά είναι σταθερά στοιχεία της προσωπικότητάς του κάθε ατόμου, τα οποία είναι πιθανό να υπόκεινται σε κάποια διαφοροποίηση, αλλά αυτή πραγματοποιείται με αργό ρυθμό, σε περιορισμένη έκταση και προς συγκεκριμένη κατεύθυνση.

Όπως έχει ήδη διατυπωθεί, η προσωπικότητα ορίζεται «ως η δυναμική οργάνωση των πνευματικών, συναισθηματικών, βουλευτικών, φυσιολογικών και μορφολογικών χαρακτηριστικών του ατόμου» (7) ή με ένα ακόμη πιο γενικό ορισμό η προσωπικότητα είναι ένα διακριτό σύνολο συμπεριφορών και τάσεων ενός ατόμου. Λέγοντας σχήματα συμπεριφοράς, εννοούμε τις διαθέσεις, τις αξίες, τις επιθυμίες και τις ικανότητες προσαρμογής ενός ατόμου που στοιχειοθετούν την ιδιαιτερότητα του ως μοναδικού ατόμου» (7, 217, 218).

Το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck [Eysenck Personality Questionnaire (E.P.Q.)] είναι ικανό να εκφράσει σε ικανοποιητικό βαθμό αυτές τις διαστάσεις της προσωπικότητας και έχει χρησιμοποιηθεί αρκετά για την ανάλυση προσωπικοτήτων, καθώς και ως ερευνητικό εργαλείο σύγκρισης μεταξύ διαφόρων ομάδων. Έχει χρησιμοποιηθεί επίσης και σε ασθενείς με οργανική νόσο, για να εκτιμήσει την πιθανή ύπαρξη ψυχοπαθολογίας, η οποία συχνά δεν αναφέρεται ή ελαχιστοποιείται από τους ίδιους τους ασθενείς (219).

Κατά τον Eysenck τα άτομα πρέπει να θεωρούνται ότι καταλαμβάνουν μια μοναδική και συγκεκριμένη θέση στο χώρο, θέση που εξαρτάται από τις



«διαστάσεις» της προσωπικότητάς τους και να μη ταξινομούνται ομαδοποιημένα σε κατηγορίες. Ο ίδιος υποστηρίζει ότι το σύστημα που προτείνει είναι εναλλακτικό και όχι συμπληρωματικό του συστήματος που ισχύει σήμερα. Πιστεύει ότι οι τρεις διαστάσεις του συστήματος του, δηλαδή η εσωστρέφεια-η εξωστρέφεια (E), ο νευρωτισμός (N), και ο ψυχωτισμός (P) καλύπτουν σχεδόν όλες τις παραμέτρους της προσωπικότητας του ατόμου. Η υψηλή βαθμολογία όσον αφορά την κλίμακα του ψυχωτισμού (P) σημαίνει επιθετικότητα, εχθρότητα, παρορμητικότητα, προτίμηση για ασυνήθιστα πράγματα και αδυναμία στην κατανόηση των άλλων ατόμων. Αντικοινωνικά και σχιζοειδή άτομα έχουν υψηλή βαθμολογία σε αυτή τη διάσταση. Η εσωστρέφεια καθορίζεται από την ένταση των διαπροσωπικών σχέσεων, το επίπεδο της δραστηριότητας, την ανάγκη για διέγερση και την ικανότητα για την απόκτηση της ευτυχίας. Άτομα με υψηλή E τείνουν να είναι εξωστρεφή, κοινωνικά, δραστήρια, φλύαρα, ανθρωποκεντρικά, αισιόδοξα, που αγαπούν τη διασκέδαση. Άτομα με χαμηλή E τείνουν να είναι επιφυλακτικά, σοβαρά, ήσυχα, απόμακρα και ανεξάρτητα. Ο νευρωτισμός (N) καθορίζεται από το επίπεδο της χρόνιας συναισθηματικής σταθερότητας ή αστάθειας. Υψηλό N χαρακτηρίζει τα άτομα με τάση για κάποια ψυχολογική διαταραχή. Μέσα στον παράγοντα N συνυπάρχουν μη ρεαλιστικές ιδέες, απροσάρμοστες αντιδράσεις και δυσκολία στην αντιμετώπιση της ματαιώσης. Ο νευρωτικός (N) επίσης χαρακτηρίζεται από άγχος, εχθρότητα, κατάθλιψη, αυτοεπίγνωση και παρορμητικότητα. Παράλληλα με τα παραπάνω στα άτομα με υψηλές βαθμολογίες νευρωτισμού παρατηρείται έλλειψη προσαρμοστικότητας και υπερσυγκινησιακή διάθεση (163, 182).

Ο Eysenck προσαρμόζοντας τη θεωρία του στην πειραματική και κλινική εμπειρία καθόρισε την ψυχο-βιολογική υποδομή των τριών διαστάσεων. Η διάσταση E θεωρείται ότι προσδιορίζει το βαθμό ισορροπίας του συστήματος διέγερση-αναστολή, που έχει σχέση με τη διεγερσιμότητα του εγκεφαλικού φλοιού και τον ουδό διεγερσιμότητας του δικτυωτού ενεργοποιού σχηματισμού. Οι εξωστρεφείς χαρακτηρίζονται από χαμηλότερο βαθμό φλοιϊκής διέγερσης από ότι οι εσωστρεφείς. Η διάσταση N εκφράζει τις ατομικές διαφορές συναισθηματικής ενεργοποίησης του δρεπανοειδούς συστήματος του εγκεφάλου. Το σύστημα αυτό καθορίζει και την αντιδραστικότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Η διάσταση (P) τέλος δεν είναι τόσο καθορισμένη και δεν έχει ακόμα δοθεί σαφής ψυχολογική εξήγηση (220, 221). Βασικά η θεωρία του Eysenck για την προσωπικότητα συνδέει τις έννοιες εξωστρέφεια (E) και νευρωτισμός (N) με το μηχανισμό διέγερσης-ενεργοποίησης

(arousal-activation). Ο Eysenck θεωρεί ότι υπάρχουν δύο μηχανισμοί. Ο ένας έχει σχέση με το δικτυωτό σχηματισμό και ο άλλος με το δρεπανοειδές σύστημα. Ο πρώτος μηχανισμός προκαλεί διέγερση του φλοιού του εγκεφάλου και ο βαθμός διέγερσης του χαρακτηρίζει τις ατομικές διαφορές στις τιμές της εξωστρέφειας. Ο δεύτερος μηχανισμός ενεργοποιεί το αυτόνομο νευρικό σύστημα και ο βαθμός ενεργοποίησής του χαρακτηρίζει τις ατομικές διαφορές στις τιμές του νευρωτισμού (230). Όμοια υπόθεση έχει διατυπωθεί και από τον Rountenberg. Σύμφωνα με αυτή την υπόθεση οι εσωστρεφείς χαρακτηρίζονται από εντονότερο βαθμό φλοιϊκής διέγερσης σε σύγκριση με τους εξωστρεφείς. Επιπρόσθετα, άτομα με υψηλό βαθμό νευρωτισμού χαρακτηρίζονται από εντονότερο βαθμό ενεργοποίησης του δρεπανοειδούς συστήματος σε σύγκριση με άτομα με τα οποία έχουν χαμηλές τιμές νευρωτισμού (231).

Μολονότι οι όροι νευρωτισμός και ψυχωτισμός μοιάζουν με ψυχιατρικούς ορισμούς, οι Eysencks και οι συνεργάτες τους επιμένουν στο ότι το ερωτηματολόγιο τους διαφέρει ριζικά από τα ερωτηματολόγια που αναφέρονται σε παθολογικούς πληθυσμούς, όπως π.χ το ερωτηματολόγιο.M.M.P.I Σύμφωνα με τους ερευνητές «ασχολούμαστε αποκλειστικά με φυσιολογικές μορφές συμπεριφοράς και όχι με συμπτώματα, ασχολούμαστε με μεταβλητές της προσωπικότητας που χαρακτηρίζουν μορφές συμπεριφοράς, οι οποίες γίνονται παθολογικές μόνο σε ακραίες περιπτώσεις. Για αυτό το λόγο το (E.P.Q.) είναι κατάλληλο για χρήση σε ομάδες υγιών ατόμων» (224,225).

Στόχος της μελέτης μας ήταν η μελέτη της προσωπικότητας ασθενών με στεφανιαία νόσο σε σύγκριση με την αντίστοιχη προσωπικότητα υγιών ατόμων της ίδιας ηλικίας και φύλου.

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν ορισμένες αναφορές σχετικά με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ασθενών με στεφανιαία νόσο και οι οποίες, σε γενικές γραμμές, συγκλίνουν στο γεγονός ότι αυτά τα άτομα χαρακτηρίζονται από επιθετικότητα, ανυπομονησία και ανταγωνιστικότητα. Ωστόσο δεν υπάρχουν βιβλιογραφικές αναφορές για στοιχεία της προσωπικότητας, όπως ο νευρωτισμός και ο ψυχωτισμός σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

Η υπόθεσή μας λοιπόν ήταν ότι οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο σε σύγκριση με φυσιολογικά άτομα της ίδιας ηλικίας πιθανά εμφανίζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς όλα τα στοιχεία της προσωπικότητας, καθώς και στην επίπτωση του καπνίσματος και σε ορισμένες διατροφικές συνήθειες.



15. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Υλικό

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στην καρδιολογική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων από το Σεπτέμβριο του 1998 μέχρι και το Μάιο του 1999. Η συγκρότηση της ομάδας των ασθενών ήταν τυχαία. Συμμετείχαν (100) πρώτοι ασθενείς που υποβάλλονταν για πρώτη φορά σε στεφανιογραφία εξαιτίας πρόσφατου εμφράγματος του μυοκαρδίου. Οι ασθενείς δεν είχαν ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου και δεν είχαν ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη ή αρτηριακής υπέρτασης. Σε όλους τους ασθενείς το ερωτηματολόγιο δίνονταν το απόγευμα αρκετές ώρες μετά την αγγειακή εξέταση.

Η συλλογή του δείγματος των υγιών μαρτύρων πραγματοποιήθηκε στο τακτικό εξωτερικό παθολογικό ιατρείο την ίδια χρονική περίοδο. Ήταν συνοδοί ασθενών, οι οποίοι υποβάλλονταν σε εξέταση στο ιατρείο και δεν έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη ή αρτηριακή υπέρταση. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γινόταν μετά από το τέλος της ιατρικής εξέτασης των συγγενών τους. Επίσης τα άτομα αυτά δεν είχαν ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου.

Και στις δύο ομάδες το ερωτηματολόγιο δεν συμπληρώθηκε από τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, αλλά η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της συνέντευξης, εξαιτίας του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου αρκετών ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα.

Τα δεδομένα των ερωτηματολογίων αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο S.P.S.S 10, 11 12 μετά από ειδική άδεια του τμήματος πληροφορικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Στις συνεχείς μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t-test, ενώ αντίστοιχα στις ασυνεχείς μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Chi-squared test. Η μη παραμετρική δοκιμασία του Kendall χρησιμοποιήθηκε στη συσχέτιση των υποκλιμάκων της επιθετικότητας και της συνήθειας του καπνίσματος καθώς και της κατανάλωσης του καφέ γιατί έτσι έχει επιχειρηματολογηθεί από τα βιβλιογραφία (242). Επίσης χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Spearman μια και η μεταβλητή του καπνίσματος είναι μη κανονική.



Μέθοδος

Η συλλογή των δεδομένων έγινε, όπως ήδη αναφέρθηκε, με τη μέθοδο των ερωτηματολογίων. Η διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ήταν περίπου 30-40' λεπτά. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γίνονταν αφού πρώτα ενημερώνονταν οι συμμετέχοντες για το σκοπό της έρευνας και έδιναν τη συγκατάθεσή τους για τη συμμετοχή τους σε αυτή.

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνονταν χωρίς την παρουσία κάποιου τρίτου προσώπου. Οι ασθενείς δεν βρίσκονταν υπό την επίρεια πόνου ή κάποιου άλλου κλινικού συμπτώματος και δεν ήταν σε επαφή με άλλους ασθενείς κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

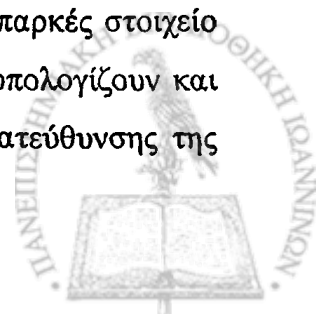
Αναλυτικότερα για την πραγματοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία:



16. ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ - ΚΑΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ, Η.Δ.Η.Ο.

Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Η.Δ.Η.Ο. (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire) ως εργαλείο εκτίμησης της επιθετικότητας ενός ατόμου (226).

Το ερωτηματολόγιο αυτό κατασκευάστηκε με σκοπό την εκτίμηση ενός μεγάλου φάσματος των εκδηλώσεων της επιθετικότητας. Το ερωτηματολόγιο αυτό εκτιμά τον τρόπο με τον οποίο τόσο υγιή άτομα όσο και ασθενείς εμφανίζουν επιθετικότητα. Ο Foulds (1965) διατύπωσε την άποψη ότι η επιθετικότητα είναι μία συγκεντρωτική οντότητα που μπορεί να κατευθύνεται τόσο εσωτερικά, με αναφορά τον ίδιο τον εαυτό (ενδοστρεφόμενη επιθετικότητα), όσο και εξωτερικά με αναφορά δηλ τους άλλους ανθρώπους (εξωστρεφόμενη επιθετικότητα), μια θεωρία που έχει διατυπωθεί για πρώτη φορά το 1920 στο φροϋδικό έργο (224, 225). Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία σε κάθε άτομο υφίσταται μια εσωτερική επιθετική ενόρμηση, ως θεμελιώδης ενστικτώδης δύναμη, η οποία κατευθύνεται καταστροφικά εναντίον του ίδιου του ατόμου (ένστικτο θανάτου) και στρέφεται προς τα έξω, εναντίον των άλλων ατόμων ή του κόσμου γενικά ως δευτερογενές φαινόμενο. Μπορεί να είναι λεκτική ή εξωλεκτική, συνειδητή ή ασυνείδητη, ανοικτή ή συγκαλυμμένη. Η επιθετικότητα είναι χρήσιμη σε έρευνες που αφορούν τη διερεύνηση του ψυχικού κόσμου, καθώς και σε κλινικές ασκήσεις. Η επιθετική συμπεριφορά είναι ευμετάβλητο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Μεταβάλλεται κάτω από την επίδραση εξωστρεφών παραγόντων ή κατά τη διάρκεια των συμπτωμάτων, ψυχολογικών ή σωματικών (226). Η ανακούφιση του ανθρώπου από το άγχος αμβλύνει την εχθρική του διάθεση είτε αυτή είναι εξωστρεφόμενη είτε ενδοστρεφόμενη. Εξαιτίας της πρωτεύουσας της έκφρασης υπάρχουν προβλήματα όσον αφορά τον ορισμό και την εκτίμηση της επιθετικότητας. Έτσι, διάφοροι συγγραφείς χρησιμοποιούν διαφορετικά κριτήρια ως βασικά στοιχεία καθορισμού της επιθετικότητας, όπως η πρόθεση του ατόμου να βλάψει και η ύπαρξη στόχου της επιθετικότητας (229-231) ή η παρουσία του θυμού και των συνοδών ψυχοφυσιολογικών εκδηλώσεων (229, 230). Μερικοί συγγραφείς θεωρούν τη φαντασίωση μιας επιθετικής ενέργειας ως επαρκές στοιχείο για τον ορισμό της επιθετικότητας (229, 231, 234), ενώ άλλοι συνυπολογίζουν και άλλα στοιχεία, όπως τη δυνατότητα συγκάλυψης ή αλλαγής της κατεύθυνσης της



επίθεσης ή την ανεύρεση υποκατάστατων της επίθεσης (229, 231, 234). Οι μέχρι τώρα προσπάθειες για την εκτίμηση της επιθετικότητας περιλαμβάνουν προβλητικές τεχνικές ή κλίμακες που συμπληρώνονται από τον παρατηρητή ή τον εξεταζόμενο (229). Αρκετές από αυτές τις κλίμακες έχουν προέλθει από το M.M.P.I. Λεπτομερής ανασκόπηση τόσο των θεωριών της επιθετικότητας όσο και των μεθόδων διερεύνησης της που προσπαθούν να ανιχνεύσουν τις απαρχές της ή να την ερμηνεύσουν έχουν γίνει και από άλλους ερευνητές (229, 265). Η επιθετικότητα με το ερωτηματολόγιο H.D.H.Q. μπορεί να μετρηθεί με τις χρησιμοποιούμενες πέντε υποκλίμακες. (βλ. Σχ. 2) Οι Foulds και Caine (1960) υπολόγισαν ότι όλες οι συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων ήταν θετικές (266, 267). Η θετική αυτή συσχέτιση παρατηρήθηκε επίσης από τον Hope (1963) τόσο σε ασθενείς όσο και σε υγιή άτομα (235-270).

Το H.D.H.Q είναι ένα τεστ που κυρίως αντανakλά το βαθμό με τον οποίο το άτομο επιθυμεί να εκφράσει αισθήματα και στάσεις (attitudes) που συσχετίζονται με την επιθετικότητα τόσο υγιών ατόμων όσο και ασθενών (267). Επειδή η επιθετικότητα ως στάση προηγείται της επιθετικής ενέργειας, θεμελιώδες στοιχείο της φαίνεται ότι είναι κάποια παρόρμηση για επίθεση, πράγμα που αποτελεί και τη βάση κάθε απόπειρας για τον ορισμό της. Το ερωτηματολόγιο αυτό ελέγχει τη συναισθηματική στάση της επιθετικότητας ενός ατόμου γενικά ανεξάρτητα από τις συγκεκριμένες και ειδικές καταστάσεις που την παράγουν. Επίσης παρέχει πληροφορίες για το βαθμό, τον τρόπο και την κατεύθυνση αυτής της στάσης. Αντανakλά την ετοιμότητα για απάντηση με εχθρική συμπεριφορά και μια τάση εκτίμησης προσώπων, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού, με τρόπο δυσμενή και αρνητικό. Η επιθετικότητα, όπως μπορεί να μετρηθεί με το H.D.H.Q., δεν έχει σχέση με τη φυσική επιθετικότητα και τη σωματική βιαιότητα (272, 273).

Έτσι, η επιθετικότητα όπως μετράται με το H.D.H.Q. μπορεί να θεωρηθεί ως μια διάσταση της προσωπικότητας, είναι περισσότερο στάση (attitude) και λιγότερο χαρακτηριστικό ή γνώρισμα (trait) και πολύ λίγο συσχετίζεται με βίαιη συμπεριφορά.



Το Η.Δ.Η.Ο. αποτελείται από 51 ερωτήσεις που κατανέμονται σε 5 υποκλίμακες:

1. Παρορμητική επιθετικότητα [acting-out hostility (AH)]
2. Επίκριση των άλλων [criticism of others (Co)]
3. Προβλητική επιθετικότητα [projective hostility (ph)]
4. Αυτοεπίκριση [self-criticism (C)]
5. Παραληρηματική ενοχή [delusional guilt(DG)]

Αυτές οι υποκλίμακες καλύπτουν δύο μεγάλες διαστάσεις της επιθετικότητας: την ετοιμότητα για απάντηση με επιθετική συμπεριφορά και την τάση αξιολόγησης προσώπων, συμπεριλαμβανομένου και του ίδιου του ατόμου, με τρόπο αρνητικό και δυσμενή.

Η ανάλυση των κύριων συστατικών του ερωτηματολογίου (Principal Component Analysis) έδειξε την ύπαρξη δύο κύριων συντελεστών. Ενός γενικού συντελεστή (συνολική επιθετικότητα) και ενός συντελεστή κατεύθυνσης της επιθετικότητας (240, 241, 242).

Έτσι, οι τρεις πρώτες υποκλίμακες απαρτίζουν την εξωστρεφόμενη επιθετικότητα (TE). Αυτές οι τρεις υποκλίμακες, δηλαδή η εκδήλωση επιθετικότητας, η κριτική για τους άλλους και η παρανοϊκή εχθρότητα είναι μετρήσεις μεγάλης ποινικότητας, ενώ οι υπόλοιπες δύο υποκλίμακες, η κλίμακα της ενοχής και η κλίμακα της αυτοκριτικής απαρτίζουν την ενδοστρεφόμενη επιθετικότητα (TI) και είναι μετρήσεις αυτοτιμωρίας. Το άθροισμα των πέντε (5) κλιμάκων δίνει τη συνολική επιθετικότητα (TH). Οι αποδεκτές τιμές για τη συνολική επιθετικότητα σε φυσιολογικό πληθυσμό είναι μεταξύ 12-14, αλλά έχουν προταθεί και υψηλότερες τιμές (242).

Το Η.Δ.Η.Ο. έχει χρησιμοποιηθεί σε ελληνικό πληθυσμό, καθώς και σε υγιή άτομα (242, 246).

Ο τύπος των ερωτήσεων του Η.Δ.Η.Ο. ερωτηματολογίου ήταν Σωστό - Λάθος. Κάθε ερώτηση αντιστοιχούσε σε κάθε μία από τις υποκλίμακες που προαναφέρθηκαν. Μετά τη συμπλήρωση του κάθε ερωτηματολογίου, υπολογίζονταν ο δείκτης για κάθε κατηγορία ερωτήσεων ανάλογα με τις απαντήσεις του κάθε συμμετέχοντα..



17 ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΟΥ EYSENCK PERSONALITY QUESTIONNAIRE E.P.Q

Το ερωτηματολόγιο του Eysenck Personality Questionnaire ή E.P.Q.(279) αποτελεί την τελευταία εξέλιξη μιας σειράς ερωτηματολογίων.

Το πρώτο ερωτηματολόγιο της σειράς ήταν το Maudsley Medical Questionnaire (280) που το αποτελούσαν σαράντα ερωτήσεις, οι οποίες μετρούσαν το βαθμό του νευρωτισμού (N) ή της συναισθηματικότητας του ατόμου.

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο είναι το Maudsley Personality Inventory ή M.P.I. (281) που αποτελείται από σαρανταοκτώ ερωτήσεις, εικοσιτέσσερις από τις οποίες μετρούν το βαθμό του νευρωτισμού (N) και 24 μετρούν το βαθμό της εξωστρέφειας του ατόμου.

Το τρίτο ερωτηματολόγιο είναι το Eysenck Personality Inventory ή E.P.I. (255, 257). Αποτελείται από τρεις ομάδες ερωτήσεων. Μία ομάδα από εικοσιτέσσερις ερωτήσεις μπορεί να μετρήσει το βαθμό του νευρωτισμού (N) του ατόμου, μία ομάδα από 24 ερωτήσεις εκτιμά το βαθμό εξωστρέφειας (E) και μια ομάδα από 9 ερωτήσεις μετρά το βαθμό ειλικρίνειας (L) του ατόμου (Lie scale). Υπάρχουν δύο τύποι ερωτηματολογίων E.P.I. (A και B), που μπορούν να χρησιμοποιηθούν εναλλακτικά στον ίδιο πληθυσμό. Οι διαστάσεις N και E είναι σχεδόν ανεξάρτητες ($r=-.062$) σε ομάδες φυσιολογικών ατόμων σε αντίθεση με τα δεδομένα του ερωτηματολογίου του M.P.I., στο οποίο υπάρχει μικρού βαθμού αρνητική συσχέτιση (περίπου $r=-0.15$) που είναι μεγαλύτερη ($r=-0.37$ $p<.05$) στον ελληνικό πληθυσμό (283). Εκτός από αυτά τα τρία ερωτηματολόγια, οι Eysencks επεξεργάστηκαν επίσης μια ομάδα από άλλα ερωτηματολόγια πριν κατασκευάσουν το E.P.Q.

Το E.P.Q. αποτελείται από εκατόν μία ερωτήσεις, 25 από τις οποίες μετρούν το βαθμό του ψυχωτισμού (P), 23 ερωτήσεις μετρούν το βαθμό του νευρωτισμού (N), 21 μετρούν το βαθμό της εξωστρέφειας (E) και 21 ερωτήσεις αποτελούν την κλίμακα του ψεύδους (L).

Με τη στάθμιση του ερωτηματολογίου για τον ελληνικό πληθυσμό οι ερωτήσεις έγιναν 84. Ο τύπος των ερωτήσεων ήταν Ναι-Όχι. Ο υπολογισμός του δείκτη για αυτό το ερωτηματολόγιο έγινε με βάση τη θεωρία των αρνητικών και θετικών απαντήσεων.



Ένα βασικό πλεονέκτημα του τελευταίου κατά σειρά ερωτηματολογίου (E.P.Q.) είναι ότι εκτός από τις κλίμακες N, E, L, περιέχει και κλίμακα για τη διάσταση του ψυχωτισμού (P). Όπως αναφέρθηκε, ο όρος «ψυχωτισμός» δεν χαρακτηρίζει συγκεκριμένη ψυχοπαθολογική εικόνα, αλλά μια διάσταση της προσωπικότητας ανεξάρτητη από τις διαστάσεις N, E, L. Η διάσταση αυτή υπάρχει σε όλα τα άτομα φυσιολογικά ή μη φυσιολογικά.

Έχει παρατηρηθεί ότι ορισμένες ομάδες πληθυσμού με ψυχικές διαταραχές (ψύχωση) έχουν υψηλές τιμές ψυχωτισμού (P). Βέβαια ψυχωτικά άτομα και των δύο φύλων έχουν υψηλότερες τιμές από τα φυσιολογικά ή τα νευρωτικά άτομα.

Σε έρευνες που έγιναν σε νοσηλευόμενους ψυχωτικούς ασθενείς με τη χρήση της κλίμακας του ψυχωτισμού (P) του Eysenck, καθώς και με άλλες δοκιμασίες βρέθηκε ότι οι τιμές της κλίμακας P μπορούσαν να εκτιμήσουν το βαθμό της σοβαρότητας της ψυχωτικής κατάστασης του ασθενή (283, 284). Η διάσταση του ψυχωτισμού βρέθηκε επίσης ότι έχει σχέση με την αντικοινωνική συμπεριφορά και την εγκληματικότητα τόσο σε ενήλικα άτομα όσο και σε παιδιά (285-290).

Η κλίμακα του ψεύδους (L) (lie scale) χρησιμοποιήθηκε από τους Eysencks για πρώτη φορά κατά την κατασκευή του E.P.I.. Σκοπός της κλίμακας ήταν να ελέγχει την τάση ορισμένων ατόμων για προσποίηση. Η τάση αυτή παρατηρείται κυρίως όταν το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται σε ειδικές περιπτώσεις, όπως π.χ. ως μέρος της συνέντευξης για πρόσληψη σε εργασία και γενικά καταστάσεις, στις οποίες το υποκείμενο προσπαθεί να δείξει τον καλύτερο του εαυτό. Μετά από πολυπαραγοντική ανάλυση βρέθηκαν τα εξής για την κλίμακα L: (287, 291).

- Η κλίμακα L μετρά πραγματικά το βαθμό της διάθεσης του ατόμου που επιχειρεί να προσποιηθεί.
- Η κλίμακα L αποτελεί σταθερό παράγοντα που μετρά ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, που πιθανά υποδηλώνουν κάποιο βαθμό κοινωνικής αφέλειας και
- Όσο μεγαλύτερη είναι η τάση για προσποίηση, τόσο μεγαλώνει και ο νευρωτισμός.



18. ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΤΟΥ WILLET

Το ερωτηματολόγιο του Willet (292) ανήκει στην κατηγορία των ερωτηματολογίων συχνότητας τροφίμων. Τα ερωτηματολόγια αυτά έχουν σχεδιασθεί για να δώσουν πληροφορίες για το ατομικό διαιτολόγιο ενός ατόμου ή για τη σύγκριση των διατροφικών τους συνηθειών πριν και μετά από μια διαιτητική παρέμβαση. Τα ερωτηματολόγια αυτά αποτελούνται από μία λίστα φαγητών και ερωτάται η συχνότητα με την οποία αυτά καταναλώνονται (κάθε μέρα, κάθε εβδομάδα, ή κάθε μήνα). Τα καλύτερα αποτελέσματα στα ερωτηματολόγια συχνότητας τροφίμων ανιχνεύονται σε αυτά που είναι σύντομα και μπορούν να απαντηθούν το πολύ σε 20-25 λεπτά (293). Ένα βασικό μειονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι στηρίζεται πολύ στη μνήμη του ερωτώμενου. Για αυτό το λόγο δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε μικρά παιδιά, καθώς και σε άτομα με πτωχή μνήμη. Ένα βασικό πλεονέκτημά του είναι ότι μπορεί να συσχετισθεί εύκολα με άλλες ερευνητικές μεθόδους.

Τα ερωτηματολόγια συχνότητας τροφίμων δεν επικεντρώνονται σε μία τυπική λίστα φαγητών, αλλά προσπαθούν να προσδιορίσουν και την ποσότητα που συνήθως καταναλώνεται. Επίσης τα ερωτηματολόγια αυτά προσπαθούν να προσδιορίσουν την ποσότητα λίπους και υδατανθράκων που περιέχονται στις τροφές. Στο ερωτηματολόγιο του Willet εκτός από την κατανάλωση συχνότητας των τροφίμων ελέγχεται η κατανάλωση του καφέ, των αλκοολούχων ποτών καθώς και η καπνιστική συνήθεια. Υπάρχουν δύο άλλοι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη συλλογή πληροφοριών, όσον αφορά το διαιτητικό πρόγραμμα ενός ατόμου: η εικοσιτετράωρη καταγραφή (24-hours recall) και η καταγραφή φαγητών (food recall). Στην 24ωρη καταγραφή γίνεται γρήγορα ο υπολογισμός της πρόσληψης θρεπτικών ουσιών. Σε αυτή τη μέθοδο πρέπει το άτομο να ανακαλέσει με κάθε λεπτομέρεια φαγητά, ποτά και αφεψήματα που κατανάλωσε το τελευταίο 24ωρο. Η μέθοδος αυτή χαρακτηρίζεται από δύο μεγάλα μειονεκτήματα: 1) οι άνθρωποι ξεχνούν τι και πόσο τρώνε και 2) παρατηρείται μία τάση μερικών ανθρώπων να ελαχιστοποιούν τις κακές επιλογές και να υπερβάλλουν τις καλές επιλογές (294, 295). Μια απλή 24ωρη καταγραφή είναι αρκετά χρήσιμη για να εκτιμήσει τη διατροφή μιας ομάδας, αλλά δεν είναι κατάλληλο εργαλείο για την ατομική εκτίμηση των διατροφικών συνηθειών.



Στη μέθοδο της καταγραφής φαγητών υπάρχει μία λίστα από όλες τις ομάδες τροφίμων και ο ερωτώμενος πρέπει να σημειώσει για κάθε μία από αυτές τις τροφές τη συχνότητα κατανάλωσής τους (σε εβδομαδιαίο μηνιαίο και ετήσιο επίπεδο). Για την καλύτερη πρόβλεψη της περιεκτικότητας των τροφών σε θρεπτικές ουσίες είναι προτιμότερο οι τροφές να ζυγίζονται. Πιο συνηθισμένα όμως χρησιμοποιούνται κοινές μονάδες μέτρησης των νοικοκυριών. Στην καταγραφή των φαγητών μπορούν να υπάρχουν και κάποιες άλλες πληροφορίες σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες, όπως η συχνότητα των γευμάτων, ο τόπος των γευμάτων, τα αισθήματα και οι συμπεριφορές που συσχετίζονται με το φαγητό (293, 294, 296). Η μέθοδος αυτή είναι ασφαλής και δεν βασίζεται ούτε στη μνήμη του ατόμου ούτε στην ικανότητα του ερευνητή (294, 296- 299).



19. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικό προφίλ των ατόμων που συμμετείχαν στη μελέτη

Η μέση ηλικία των ασθενών που συμμετείχαν στην μελέτη ήταν $59,12 \pm 9,34$ έτη (εύρος 41-79 έτη,) ενώ η μέση ηλικία των υγιών μαρτύρων ήταν $57,02 \pm 7,18$ έτη, (εύρος 40-75 έτη) ($P=NS$).

Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που συμμετείχαν (το 79% των ασθενών και το 84% των υγιών μαρτύρων) ήταν έγγαμοι.

Επίσης προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο. Στην ομάδα των ασθενών ο μέσος χρόνος παραμονής στα υρανία ήταν 7,7 έτη ενώ για την ομάδα των υγιών ήταν τα 9,3 έτη.

Ωστόσο παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση μεταξύ των δύο ομάδων. Το οικογενειακό, μορφωτικό και επαγγελματικό προφίλ των ατόμων και των δύο ομάδων φαίνεται αναλυτικά στον πίνακα 1.



Πίνακας 1.: Κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των ατόμων της μελέτης

| | Ασθενείς | Υγιή άτομα | P |
|---------------------------------|----------|------------|------|
| Ηλικία (έτη) | 59,1±9,3 | 57,02±7,1 | NS |
| Φύλο | | | NS |
| Άνδρες | 81 | 80 | |
| Γυναίκες | 19 | 20 | |
| Οικογενειακή κατάσταση | | | NS |
| Άγαμος | 6 | 11 | |
| Έγγαμος | 79 | 84 | |
| Χήρος /α | 11 | 3 | |
| Διαζευγμένος | 4 | 2 | |
| Μορφωτικό επίπεδο | | | .000 |
| Έτη σπουδών | 7,7±3,3 | 9,3±3,6 | |
| Επαγγελματική κατάσταση | | | .000 |
| Άνεργος | 2 | 0 | |
| Ιδιωτικός-Δημόσιος υπάλληλος | 26 | 39 | |
| Ελεύθερος επαγγελματίας | 22 | 32 | |
| Αγρότης /α | 25 | 23 | |
| Συνταξιούχος | 19 | 6 | |
| Οικιακά | 6 | 0 | |

NS: not statistically significant difference: όχι στατιστικά σημαντική διαφορά



Επιθετικότητα και κατεύθυνση της επιθετικότητας

Η κατεύθυνση της επιθετικότητας υπολογίζεται από τον μαθηματικό τύπο $(2Sc+G)-(AH+DH+Co)$. Τα αποτελέσματα αυτού του υπολογισμού έδειξε ότι στην ομάδα των ασθενών εμφανίζουν εξωστρεφόμενη επιθετικότητα σε μεγαλύτερο βαθμό από την ομάδα των υγιών μαρτύρων. (πίνακας 2^α).

Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των υγιών μαρτύρων και των ασθενών όσον αφορά την ολική επιθετικότητα (TH). Παρατηρήθηκε όμως στατιστικά σημαντική διαφορά στην ενδοστρεφόμενη επιθετικότητα (TI) ($p=0.01$) και στην εξωστρεφόμενη επιθετικότητα (TE) ($p=0.0045$). Επίσης παρατηρήθηκαν αυξημένες τιμές στη αυτοεπίκριση (SC) και στην προβλητική επιθετικότητα (PH) στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (πίνακας 2β).

Πίνακας 2^α. Κατεύθυνση της Επιθετικότητας

| | Μέση τιμή±Σταθερή απόκλιση | P |
|----------|----------------------------------|------|
| Υγιείς | -2,2±6,3 | 0,03 |
| Ασθενείς | -4,1±5,3 | |



Πίνακας 2.: Επιθετικότητα και κατεύθυνση της επιθετικότητας του πληθυσμού της μελέτης

| | Ασθενείς | | Ομάδα ελέγχου | | |
|----------------------------------|----------------------------|-------------|----------------------------|-------------|-------|
| | Μέση τιμή±σταθερή απόκλιση | Εύρος τιμών | Μέση τιμή±σταθερή απόκλιση | Εύρος τιμών | P |
| Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα (TE) | 17,9±4,4 | 5-27 | 14,9±5,6 | 2-30 | .0045 |
| Παρορμητική επιθετικότητα(AH) | 5,2±2,3 | 1-11 | 4,8±2,4 | 0-12 | NS |
| Επίκριση των άλλων (CO) | 7,9±2.03 | 2-12 | 6,7±2,4 | 1-13 | NS |
| Προβλητική επιθετικότητα (PH) | 4,35±2,26 | 0-9 | 3,08±2,2 | 0-8 | .000 |
| Ενδοστρεφόμενη επιθετικότητα(ΤΠ) | 7,08±2,7 | 2-15 | 6.6±2,7 | 2-13 | .01 |
| Αυτοεπίκριση (C) | 4,47±1,17 | 2-9 | 5.05±2,09 | 1-10 | .02 |
| Παραληρηματική ενοχή (G) | 2,6±1,5 | 0-6 | 2,1±1,4 | 0-6 | NS |
| Ολική επιθετικότητα (TH) | 25,09±6,1 | 7-40 | 21,65±7,4 | 6-40 | NS |

NS: Not statistically significant difference= όχι στατιστικά σημαντική διαφορά



Στοιχεία της προσωπικότητας τύπου Eysenck

Όπως φαίνεται στον πίνακα 3 υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των υγιών ατόμων και των ασθενών με στεφανιαία νόσο στην κλίμακα του ψυχωτισμού (P) ($p=.000$), στην κλίμακα του ψεύδους (L), ($p=.000$), καθώς και στην κλίμακα του νευρωτισμού (N) ($p=.004$).

Η μέση τιμή της κλίμακας του ψυχωτισμού στη δική μας μελέτη ήταν 6,5 για τους στεφανιαίους ασθενείς και 3,2 για την ομάδα ελέγχου. Η ενδεικτική μέση τιμή που δίνεται στη βιβλιογραφία (23) για την κλίμακα του ψυχωτισμού σε Ελληνικό πληθυσμό χωρίς σωματική και ψυχική νόσο είναι 4,99. Στην μελέτη μας βρέθηκε ότι το 84% των ασθενών εμφανίζουν τιμές μεγαλύτερες του 5, ένα ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από το αντίστοιχο της ομάδας ελέγχου (27%, $p=.000$).

Η μέση τιμή της κλίμακας του ψεύδους (L) στη μελέτη μας για τους ασθενείς ήταν 15,3, ενώ για την ομάδα ελέγχου ήταν 11,5. Η ενδεικτική μέση τιμή για αυτή την κλίμακα μετά τη στάθμιση του ερωτηματολογίου (282) σε ελληνικό πληθυσμό ήταν 10,15 για άτομα που δεν έπασχαν από σωματική και ψυχική νόσο. Στην μελέτη μας βρέθηκε ότι το 88% των ασθενών εμφανίζουν τιμές για την κλίμακα του ψεύδους μεγαλύτερες από 10,15, ενώ αντίθετα στην ομάδα ελέγχου παρατηρείται ότι το 62% ($p=.000$) εμφανίζει τιμές μεγαλύτερες από την ενδεικτική μέση τιμή. Όσον αφορά την κλίμακα του νευρωτισμού, η μέση τιμή για την ομάδα των ασθενών ήταν 15,9 και για την ομάδα των υγιών 12,7. Η ενδεικτική μέση τιμή για τον ελληνικό πληθυσμό ήταν 12,2 (19).



Πίνακας 3.: Στοιχεία της προσωπικότητας του πληθυσμού της μελέτης

| | Ασθενείς | | Ομάδα ελέγχου | | P |
|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|------|
| | Μέση τιμή± σταθερή απόκλιση | Εύρος τιμών | Μέση τιμή± σταθερή απόκλιση | Εύρος τιμών | |
| Κλίμακα Ψυχωτισμού(P) | 6,5 ± 2,09 | 3-15 | 3,2±2,8 | 0-14 | .000 |
| Κλίμακα Νευρωτισμού (N) | 15,9±3,3 | 7-22 | 12,7±4,1 | 2-20 | .004 |
| Κλίμακα Εξωστρέφειας (E) | 11,9±4,2 | 3-19 | 13,3±3,8 | 1-19 | NS |
| Κλίμακα του ψεύδους (L) | 15,3±2,1 | 8-19 | 11,5±3.6 | 2-19 | .000 |

NS: Not statistically significant difference= όχι στατιστικά σημαντική διαφορά

Κάπνισμα

Παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά την επίπτωση του καπνίσματος, αφού το 23% των ασθενών δεν κάπνιζαν, σε αντίθεση με το 61% των υγιών μαρτύρων ($p=.000$). Επιπρόσθετα φαίνεται ότι οι ασθενείς κάπνιζαν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου αν η συνήθεια του καπνίσματος εκφραστεί σε αριθμό πακέτων / ημέρα X έτη καπνίσματος. Πίνακας 4.

Πίνακας 4:Αριθμός πακέτων / μέρα X χρόνια

| | Διάμεση τιμή | P |
|---------------|--------------|------|
| Ασθενείς | 32,5 | .000 |
| Ομάδα ελέγχου | 0 | |



Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων του πληθυσμού της μελέτης

Όπως ήταν αναμενόμενο παρατηρήθηκε σαφής διαφορά όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες μεταξύ των ασθενών και των υγιών ατόμων. Το ψωμί, οι πατάτες και τα όσπρια ήταν οι μοναδικές τροφές στις οποίες δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συχνότητα κατανάλωσης τους μεταξύ των δύο ομάδων. Τα αποτελέσματα αυτά φαίνονται στον πίνακα 5.

Οι στεφανιαίοι ασθενείς κατανάλωναν περισσότερα γαλακτοκομικά προϊόντα και λιγότερα φρούτα και λαχανικά. Επιπρόσθετα παρατηρήθηκε σημαντική διαφοροποίηση στην κατανάλωση κρέατος στις δύο ομάδες. Έτσι οι ασθενείς κατανάλωναν κρέας 7 φορές την εβδομάδα σε αντίθεση με τα άτομα ελέγχου που κατανάλωναν κρέας 3 φορές την εβδομάδα. Πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι με την ίδια συχνότητα (7 φορές την εβδομάδα) οι ασθενείς κατανάλωναν αναψυκτικά και αλκοολούχα ποτά, ενώ η ομάδα ελέγχου κατανάλωνε τα ίδια ποτά περίπου 4 φορές την εβδομάδα (πίνακας 5).



Πίνακας 5: Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων του πληθυσμού της μελέτης (αφορά μερίδες την εβδομάδα), καθώς και αλκοολούχων ποτών, αναψυκτικών και καφέ.

| | Ασθενείς | Ομάδα ελέγχου | P |
|------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------|
| | Μέση τιμή ±σταθερή απόκλιση | Μέση τιμή ±σταθερή απόκλιση | |
| Γάλα | 3±2,9 | 3,1±2,2 | .05 |
| Γιαούρτι | 3±2,5 | 1±1,7 | .000 |
| Φρούτα | 3±1,9 | 5,5±1,5 | .000 |
| Ψωμί | 3,8±1,9 | 7,5±1,5 | NS |
| Ζυμαρικά | 3,1±1,9 | 3,5±0.9 | .000 |
| Πατάτες | 3,3±1,2 | 2,9±1,2 | NS |
| Όσπρια | 3,8±2,6 | 3,6±1,2 | NS |
| Κρέας | 7,4±1,5 | 3,1±1,1 | .000 |
| Κοτόπουλο | 3,1±1,8 | 7,7±1,2 | .000 |
| Ψάρι | 1±1,6 | 1±1,1 | .002 |
| Τυρί | 7±2,1 | 7,5±1,6 | .001 |
| Αυγά | 3±3,1 | 1±1,7 | .000 |
| Γλυκά | 2±3,4 | 3,5±1,7 | .000 |
| Αλκοόλ | 7,3±3,8 | 3,7±2,4 | .000 |
| Αναψυκτικά | 7,3±3,8 | 3,7±2,4 | .000 |
| Καφές | 14±1,5 | 5±1,4 | .002 |
| Λαχανικά | 5±2,03 | 7,5±1,5 | .000 |

*Mean ±standard deviation: μέση τιμή ±τυπική απόκλιση

NS: not statistically significant difference: όχι στατιστικά σημαντική διαφορά



Το είδος του λίπους που χρησιμοποιεί ο πληθυσμός της μελέτης στο μαγείρεμα του φαγητού.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 6 δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο είδος του λίπους που χρησιμοποιείται στο μαγείρεμα μεταξύ των δύο ομάδων.

Πίνακας 6.: Το είδος του λίπους που χρησιμοποιεί ο πληθυσμός της μελέτης στο μαγείρεμα του φαγητού.

| | Ασθενείς | Υγιείς | P |
|-----------|----------|--------|----|
| Βούτυρο | 15% | 15% | NS |
| Μαργαρίνη | 9% | 6% | |
| Λάδι | 72% | 79% | |

Συσχέτιση των υποκλιμάκων της επιθετικότητας με τις συνήθειες του καπνίσματος καθώς και τη κατανάλωση καφέ.

Η επίκριση των άλλων (CO), η προβλητική επιθετικότητα (PH), η παραληρηματική ενοχή (G), η εξωστρεφόμενη (TI) και η ολική επιθετικότητα (TH) συσχετίζονταν θετικά με το κάπνισμα. Αντίθετα η αυτοεπίκριση (SC) παρουσίασε μία αρνητική συσχέτιση με τη συνήθεια του καπνίσματος, ενώ η παρορμητική επιθετικότητα (AH) δεν συσχετίζονταν με το κάπνισμα. Επίσης η παραληρηματική ενοχή (G), η παρορμητική επιθετικότητα (AH), η εξωστρεφόμενη (TI) και η ολική επιθετικότητα (TH) συσχετίζονταν θετικά με την κατανάλωση καφέ. Ωστόσο οι άλλες υποκλίμακες της επιθετικότητας δεν συσχετίζονταν θετικά με την κατανάλωση καφέ. Τα αποτελέσματα αυτά φαίνονται στον πίνακα 7. Χρησιμοποιήθηκε η μη-παραμετρική δοκιμασία του Kendall.



Πίνακας 7: Συσχέτιση των υποκλιμάκων της επιθετικότητας με το κάπνισμα και την κατανάλωση καφέ.

| | Αριθμός πακέτων /ημέρα * έτη | Κατανάλωση καφέ(Ποτήρια την ημέρα) |
|-------------------------------------|---------------------------------|--|
| Επίκριση των άλλων (CO) | .107* | NS |
| Αυτοεπίκριση(SC) | -.131* | NS |
| Προβλητική επιθετικότητα(PH) | .202** | NS |
| Παραληρηματική ενοχή(G) | .128* | .311** |
| Παρορμητική επιθετικότητα(AH) | NS | .471** |
| Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα(TE) | .165* | .320** |
| Ενδοστρεφόμενη επιθετικότητα(TI) | NS | .725** |
| Ολική επιθετικότητα(TH) | .121* | NS |

* $P < .05$, ** $p < .01$

NS not statistically significant difference: όχι στατιστικά σημαντική διαφορά.

Συσχέτιση των στοιχείων της προσωπικότητας με το κάπνισμα.

Η κλίμακα του ψυχωτισμού, του νευρωτισμού και του ψεύδους συσχετίζονταν θετικά με τη συνήθεια του καπνίσματος. Αντίθετα η κλίμακα της εσωστρέφειας δεν συσχετίζονταν με τη συνήθεια του καπνίσματος. Η στοτιστική δοκιμασία πραγματοποιήθηκε με το συντελεστή συσχέτισης του Spearman. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα 8.



Πίνακας 8:Συσχέτιση των στοιχείων προσωπικότητας με το κάπνισμα:

| | Συσχέτιση κατά Spearman |
|--------------------|------------------------------|
| | Αριθμός πακέτων/μέρα Χέτη |
| Ψυχωτισμός(P) | .20** |
| Νευρωτισμός(N) | .29** |
| Εσωστρέφεια (E) | NS |
| Κλίμακα Ψεύδους(L) | .22** |

*P<. 05, **p<. 01

NS not statistically significant difference: όχι στατιστικά σημαντική διαφορά.

Αποτελέσματα της Λογιστικής Παλίνδρομης Ανάλυσης

Η Λογιστική Παλίνδρομη Ανάλυση (Logistic Regression Analysis) χρησιμοποιήθηκε για τις σημαντικότερες μεταβλητές που θα μπορούσαν να συνεισφέρουν ως πιθανοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου, καθώς και για αυτές τις μεταβλητές που σε πρώτο επίπεδο ανάλυσης παρουσίασαν σημαντική συσχέτιση. Στη λογιστική παλίνδρομη ανάλυση ελέγχθηκε η σχέση μεταξύ της ομάδας των ασθενών και της ομάδας ελέγχου. Στο μοντέλο εισάγαμε ως εξαρτημένη μεταβλητή τους ασθενείς και την ομάδα ελέγχου, ενώ ως ανεξάρτητες μεταβλητές εισήχθησαν ο ψυχωτισμός, ο νευρωτισμός, η κλίμακα του ψεύδους, η ολική επιθετικότητα, η κατεύθυνση της επιθετικότητας, η ηλικία, το φύλο, τα έτη σπουδών, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ. Τα αποτελέσματα της λογιστικής παλίνδρομης ανάλυσης έδειξαν ότι ο σχετικός κίνδυνος της στεφανιαίας νόσου αυξάνει από την κλίμακα του ψυχωτισμού, του ψεύδους, το νευρωτισμό και το κάπνισμα. Επίσης η μεταβλητή της κατεύθυνσης της επιθετικότητας δείχνει ότι τα άτομα όσο λιγότερο εμφανίζουν εξωστρεφόμενη επιθετικότητα τόσο μικρότερο σχετικό κίνδυνο της στεφανιαίας νόσου εμφανίζουν.

(Πίνακας 9).



Πίνακας:9 Αποτελέσματα λογιστικής παλίνδρομης ανάλυσης***

| | Odds ratio | 95%CI | P |
|-------------------------------|------------|-------------|-------|
| Ολική Επιθετικότητα (TH) | 0.925 | 1.6-3.3 | .01 |
| Ψυχωτισμός (P) | 2.897 | 1,9-4.4 | .000 |
| Κλίμακα Ψεύδους (L) | 2.377 | 1.6-3.3 | .000 |
| Κλίμακα νευρωτισμού(N) | 1.273 | 1.04-1.54 | .01 |
| Κατεύθυνση της επιθετικότητας | 0.886 | 0.79-0.993 | .03 |
| Ηλικία | 0.985 | 0.90-1.07 | NS |
| Κάπνισμα | 1.121 | 1.001-1.055 | 0.05 |
| Φύλο | 0.073 | 0.073-2.93 | NS |
| Αλκοόλ | 0.664 | 0.51-2.93 | 0.001 |
| Έτη σπουδών | 0.9 | 0.8-1,1 | NS |

*P<. 05, **p<. 01

NS not statistically significant difference: όχι στατιστικά σημαντική διαφορά.

***Η λογιστική παλίνδρομη ανάλυση πραγματοποιήθηκε έχοντας εξαρτημένη μεταβλητή τη στεφανιαία νόσο και ανεξάρτητες μεταβλητές τον ψυχωτισμό, το νευρωτισμό, την κλίμακα του ψεύδους, την ολική επιθετικότητα, την κατεύθυνση της επιθετικότητας, την ηλικία, το φύλο, τα έτη σπουδών, το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ.



Όσον αφορά τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, πρέπει να επισημανθεί ότι οι στατιστικά σημαντικές διαφορές που παρατηρήθηκαν μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά το επαγγελματικό προφίλ των ατόμων δεν αποτελούν για την έρευνα μας ανεξάρτητες μεταβλητές, αφού οι ψυχολογικές λειτουργίες και κατά συνέπεια οι ψυχολογικές παράμετροι που μελετήθηκαν δεν επηρεάζονται ούτε από το μορφωτικό ούτε από το κοινωνικό επίπεδο των ατόμων.

Θεωρείται σκόπιμο, πριν αναλυθούν τα αποτελέσματα που αφορούν την επιθετικότητα, να επισημανθεί η ιδιαιτερότητα αυτού του συστατικού της προσωπικότητας. Η επιθετικότητα είναι ένα χαρακτηριστικό που μπορεί να μεταβληθεί από εξωτερικά γεγονότα. Θεωρείται, δηλαδή, ως ένα ελαστικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (μια συμπεριφορά παρά ένα χαρακτηριστικό) που αντανακλά συνήθως τις περαστασιακές δυσκολίες και απογοητεύσεις ενός ατόμου (32). Όπως ήδη αναφέρθηκε στη μελέτη μας παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις *υποκλίμακες* της επιθετικότητας (της αυτοεπίκρισης και της προβλητικής επιθετικότητας) μεταξύ των ασθενών και της ομάδας ελέγχου.

Αντίθετα δεν παρατηρήθηκε καμιά στατιστική διαφορά στην *παρορμητική επιθετικότητα*, στην *επίκριση των άλλων* και στην *παραληρηματική ενοχή*

Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι όσον αφορά τις *κλίμακες* της επιθετικότητας και της κατεύθυνσής της παρατηρήθηκαν τα πιο σημαντικά δεδομένα της μελέτης.

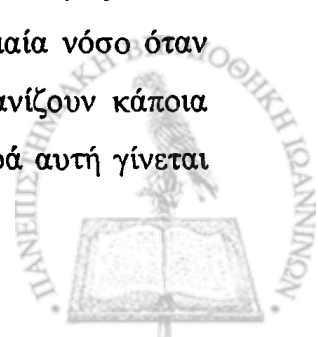
Συγκεκριμένα:

A) παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στην *ενδοστρεφόμενη επιθετικότητα*

B) σημαντική επίσης διαφορά παρατηρήθηκε στην *εξωστρεφόμενη επιθετικότητα*

Γ) αντίθετα δεν παρατηρήθηκε διαφορά στην *ολική επιθετικότητα*.

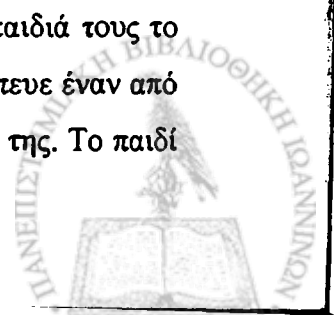
Ένα σημαντικό εύρημα της μελέτης μας είναι ότι η επιθετικότητα αυτών των ατόμων στρέφεται κυρίως προς τους άλλους. Η εκδήλωση της επιθετικότητάς τους συνεπάγεται μια προθυμία, «μια παρόρμηση» να εκδηλώσουν και σωματικά αυτή την επιθετική συμπεριφορά. Παρατηρήθηκαν επίσης υψηλότερες βαθμολογίες και σε όλες τις υποκλίμακες της επιθετικότητας στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο όταν αυτές συγκρίθηκαν με τις αντίστοιχες Ελλήνων ασθενών που εμφανίζουν κάποια άλλη χρόνια νόσο (καρκίνο, ελκώδη κολίτιδα) (377, 378). Η αναφορά αυτή γίνεται



αφού τα παραπάνω νοσήματα θεωρούνται «ψυχοσωματικά» νοσήματα. Οι διαφορές αυτές δεν μπορούν εύκολα να σχολιασθούν, αφού δεν υπάρχουν συγκριτικές μελέτες. Η εκτίμησή μας είναι ότι οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο υπερεκτιμούν την ψυχική καταπόνηση που υπέστησαν και αμέσως μετά τη διάγνωση της νόσου εκδηλώνουν έντονο άγχος (το οποίο σταδιακά μειώνεται τις επόμενες εβδομάδες) και αντιλαμβάνονται ως ιδιαίτερα ψυχοπιεστική την προσαρμογή τους στη νόσο και τις πιθανές συνέπειες της ζωής τους (108, 300).

Η εξωστρεφόμενη επιθετικότητα που εμφανίζεται στην ομάδα των ασθενών μπορεί να έχει σχέση με την εξέλιξη των εχθρικών συμπεριφορών στην παιδική ηλικία και την εφηβεία και την καθιέρωσή τους ως μέσο της έκφρασης της προσωπικότητας στην ενήλικη ζωή (225, 228, 237). Μια άλλη υπόθεση που βασίζεται στην άποψη του Foulds (225, 237) ότι τα υψηλά επίπεδα επιθετικότητας μπορεί να αντανakλούν δύσκολες διαπροσωπικές σχέσεις. Όσο πιο βαθιές και αμοιβαία ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις έχουν μεταξύ τους οι άνθρωποι, τόσο λιγότερο πιθανό είναι σε συνθήκες stress να καταφεύγουν σε κάποια μορφή επιθετικότητας. Μια άλλη εκδοχή της άποψης του Foulds (302) είναι ότι οι άνθρωποι με φτωχές διαπροσωπικές σχέσεις έχουν υψηλότερα επίπεδα ανασφάλειας και έτσι είναι πιο ευάλωτοι στις ματαιώσεις με αποτέλεσμα να έχουν μεγαλύτερη επιθετικότητα. Η συσσώρευση εντάσεων και αρνητικών συναισθημάτων προκαλούν διαταραχές του νευρικού συστήματος με πιθανή δυσλειτουργία και του ανοσοποιητικού συστήματος (55). Όπως υποστηρίζεται, από διάφορους ερευνητές η επιθετικότητα έχει πολυπαραγοντική αιτιολογία (277). Έτσι λοιπόν το άτομο κάτω από διαφορετικές συνθήκες εκδηλώνει με διαφορετικό τρόπο την επιθετικότητά του και, συγκεκριμένα, μεταβάλλει την κατεύθυνση της επιθετικότητάς του.

Η Sperling (272-274) συσχέτισε την ψυχοσωματική παθολογία με παλινδρομήσεις και σημεία καθήλωσης στο στοματικό και πρωκτικό στάδιο. Σε μια μελέτη της ταυτοποίησε ορισμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα στις μητέρες των παιδιών που έπασχαν από κάποια ψυχοσωματική νόσο. Οι μητέρες αυτές είχαν στο ιστορικό τους μια κακή σχέση με τους γονείς τους στην παιδική ηλικία και μετέφεραν μέχρι την ενήλικη ζωή τους ανεπίλυτες συγκρούσεις. Οι συγκρούσεις αυτές ασυνείδητα διαδραματίζονταν διαμέσου προβολής σε κάποιο από τα παιδιά τους το οποίο «επέλεξαν» ειδικά για αυτό το ρόλο. Το παιδί πιθανά αντιπροσώπευε έναν από τους γονείς ή τα αδέρφια της μητέρας ή ακόμα ένα μέρος από το σώμα της. Το παιδί



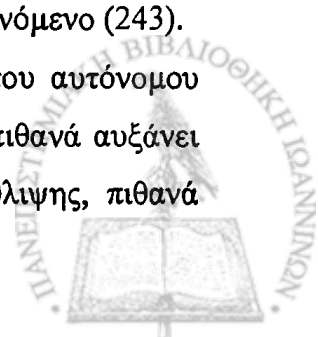
ασυνείδητα συμμορφώνονταν με την απαίτηση της μητέρας του σε μια χρόνια εξάρτηση από αυτή ικανοποιώντας με αυτόν τον τρόπο ορισμένες ζωτικές ψυχικές και σωματικές ανάγκες της μητέρας.

Η Sperling διαπίστωσε ότι όταν το παιδί ήταν καλά και προσπαθούσε να επιβεβαιώσει την ανεξαρτησία του, η μητέρα του το απέρριπτε, ενώ η μητέρα επιβράβευε το παιδί όταν ήταν άρρωστο και συμμορφώνονταν με τις επιθυμίες της. Η συμπεριφορά αυτή είχε ως αποτέλεσμα, όπως συμπέρανε, να μην μπορεί το παιδί να προχωρήσει στα επόμενα στάδια της ανάπτυξης του και στη συνέχεια να βρίσκεται εγκλωβισμένο σε συγκρούσεις που κυμαίνονταν μεταξύ της επιθετικότητας και της εξάρτησης. Η συγγραφέας έγραφε:

...Η μητέρα από την οποία το παιδί δεν μπορεί να αποχωρισθεί συναισθηματικά έχει παραδοθεί στο σωματικό σύμπτωμα ή στα σωματικά συμπτώματα, ενώ στην πραγματικότητα μέσα από τη νόσο η εξάρτηση από τη μητέρα όχι μόνο διατηρείται αλλά και υπερτονίζεται. Επιπρόσθετα, το παιδί αρνείται το δευτερογενές όφελος από τη νόσο και την ευχαρίστηση του να εγείρει έντονα συναισθήματα ενοχής στη μητέρα (1949, σ 385) (36, 208).

Η ψυχανάλυση αποδίδει μεγάλη σημασία στην επιθετικότητα, επισημαίνει τη λειτουργία της στα πρώτα στάδια της ανάπτυξης του ατόμου και υπογραμμίζει την πολυσύνθετη διαπλοκή της (συνένωση ή διαχωρισμός) με τη σεξουαλικότητα. Αυτή η εξέλιξη των ιδεών κορυφώνεται με την προσπάθεια να αποδοθεί στην επιθετικότητα ένα μοναδικό και θεμελιώδες ενορμητικό υπόστρωμα, που αντιπροσωπεύεται από την έννοια της ενόρμησης θανάτου. Όπως είναι γνωστό, σύμφωνα με την πρώτη θεωρία των ενορμήσεων οι σεξουαλικές ενορμήσεις αντιτίθενται στις ενορμήσεις αυτοσυντήρησης. Αυτές οι τελευταίες έχουν γενικά αποστολή τη διατήρηση και επιβεβαίωση της ατομικής ύπαρξης. Μέσα σε αυτό το θεωρητικό πλαίσιο, η εξήγηση συμπεριφορών και αισθημάτων έκδηλα επιθετικών ανάγεται στην πολυσύνθετη διαπλοκή αυτών των δύο μεγάλων κατηγοριών ενορμήσεων (7). Υφίσταται δηλαδή σε κάθε άτομο μια εσωτερική επιθετική ενόρμηση ως θεμελιώδης ενστικτώδης δύναμη, η οποία κατευθύνεται καταστροφικά εναντίον του ίδιου του ατόμου (ένστικτο θανάτου) και στρέφεται προς τα έξω, εναντίον των άλλων ατόμων ή του κόσμου γενικά ως δευτερογενές φαινόμενο (243).

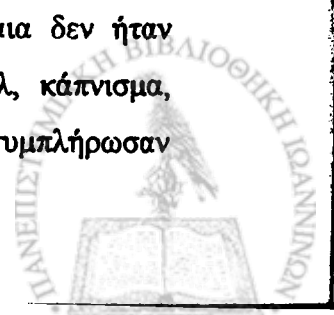
Το άγχος και η επιθετικότητα συσχετίζονται με τη δράση του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Έτσι η αύξηση της δραστηριότητας του ANΣ πιθανά αυξάνει τα επίπεδα των λιπιδίων σε ασθενείς που βιώνουν αίσθημα κατάθλιψης, πιθανά



εξαιτίας της επίδρασης των κατεχολαμινών στη δραστηριότητα της λιποπρωτεϊνικής λιπάσης και της νορεπινεφρίνης. Οι μεταβολικές αυτές διαταραχές πιθανά συσχετίζονται με διαταραχές της καρδιακής λειτουργίας, π.χ με την εμφάνιση καρδιακών αρρυθμιών ή και κοιλιακής ταχυκαρδίας, πρώιμων κοιλιακών συστολών και αναστροφής των T κυμάτων στο ηλεκτροκαρδιογράφημα (271).

Παλαιότεροι αλλά και νεότεροι μελετητές προσπάθησαν να προσδιορίσουν εάν τα στοιχεία της επιθετικότητας, καθώς και των χαρακτηριστικών που την προσδιορίζουν, όπως ο κυνισμός, η δυσπιστία, ο θυμός μπορεί να συσχετίζονται με την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου, με την αθηρωμάτωση των καρωτίδων, (275, 276), καθώς και με την επαναστένωση των αγγείων μετά από αγγειοπλαστική (277-282). Διάφορες θεωρίες επιχείρησαν να εξηγήσουν τη σχέση μεταξύ της στεφανιαίας νόσου και της επιθετικότητας. Μια θεώρηση υποστηρίζει ότι τα άτομα που χαρακτηρίζονται από επιθετικότητα υιοθετούν βλαπτικές συμπεριφορές και συγκεκριμένα καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοολούχων ποτών, καπνίζουν και δεν ασκούνται (283, 284). Και στη δική μας μελέτη παρατηρήθηκε μια θετική συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και της επιθετικότητας. Ένας άλλος μηχανισμός συσχετίζει την επιθετικότητα με τη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία υπάρχει υπερβολική αδρενεργική απάντηση στο stress, η οποία αυξάνει τον καρδιακό ρυθμό, την αρτηριακή πίεση και πιθανά επηρεάζει την πιθανότητα ρήξης των αθηρωματικών πλακών στα τοιχώματα των αγγείων (278, 285-288). Πράγματι η μελέτη In the Canadian amploidipine/Atenolol in silent Ischemia study (CASIS) έδειξε ότι τα υψηλά επίπεδα επιθετικότητας μειώνουν το όφελος της φαρμακευτικής αγωγής, χωρίς όμως να έχει διερευνηθεί παραπάνω αυτή η αλληλεπίδραση (290, 291, 333). Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των ετών 1993-1998 βρέθηκε ότι υψηλός δείκτης επιθετικότητας παρατηρήθηκε σε παχύσαρκα άτομα, καθώς και σε άτομα με υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων. Αντίθετα, σύμφωνα πάντα με τα αποτελέσματα της ίδιας μελέτης φαίνεται ότι η επιθετικότητα είναι χαμηλή σε άτομα με υψηλά επίπεδα HDL χοληστερόλης (340).

Τρεις προοπτικές μελέτες έδειξαν ότι τα υψηλά επίπεδα επιθετικότητας συσχετίζονται θετικά με την επίπτωση της στεφανιαίας νόσου, καθώς επίσης και με την αύξηση της θνησιμότητας (292-294). Η διασύνδεση αυτή βέβαια δεν ήταν ανεξάρτητη από τους παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου (αλκοόλ, κάπνισμα, διατροφή). Στη μελέτη Western Electric Study 1877 μεσήλικες άντρες συμπλήρωσαν



ένα ερωτηματολόγιο επιθετικότητας και εκείνα τα άτομα που είχαν υψηλούς δείκτες επιθετικότητας εμφάνισαν μεγαλύτερη επίπτωση στεφανιαίας νόσου (287, 288). Στα ίδια αποτελέσματα κατέληξαν άλλοι ερευνητές το 1993 σε μια μελέτη στην οποία 620 ασθενείς με στεφανιαία νόσο συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο προσωπικότητας. Πράγματι βρέθηκε ότι τα άτομα που είχαν υψηλούς δείκτες επιθετικότητας εμφάνισαν και υψηλά ποσοστά θνησιμότητας 20 έτη μετά την πραγματοποίηση της μελέτης (287). Σε μια μελέτη που διενεργήθηκε από τους Barefoot et al (1983) 255 γιατροί συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο επιθετικότητας και μετά από 25 χρόνια παρατηρήθηκε ότι τα άτομα που είχαν υψηλούς δείκτες επιθετικότητας είχαν μεγαλύτερη επίπτωση στεφανιαίας νόσου. Σε μια τρίτη κατά σειρά προοπτική μελέτη την ίδια χρονική περίοδο από τους Barefoot et al (1983) συμπληρώθηκε το ίδιο ερωτηματολόγιο από 118 φοιτητές της ιατρικής. Τα αποτελέσματα και σε αυτή τη μελέτη ήταν τα ίδια με την προηγούμενη μελέτη. Το 1987 πραγματοποιήθηκε μία μελέτη στην οποία συμμετείχαν 132 άτομα που υποβλήθηκαν σε διαγνωστική αγγειογραφία και ταυτόχρονα συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο προσωπικότητας. Η μελέτη αυτή έδειξε ότι τα άτομα που είχαν υψηλές τιμές επιθετικότητας και νευρωτισμού είχαν σημαντικού βαθμού στένωση των στεφανιαίων αγγείων (299-303).

Σε μια άλλη μελέτη βρέθηκε ότι ασθενείς με επιθετικότητα και μελαγχολία παρουσίασαν επίσης υψηλότερα ποσοστά θνητότητας από στεφανιαία νόσο σε σύγκριση με άλλους ασθενείς που δεν εμφάνιζαν επιθετικότητα και μελαγχολία (347).

Μια άλλη μελέτη (160) έδειξε ότι μαθητές με υψηλές τιμές επιθετικότητας μετά 21-23 έτη είχαν μεγαλύτερο δείκτη σωματικής μάζας και υψηλότερες τιμές λιπιδίων σε σύγκριση με άλλους μαθητές που είχαν χαμηλότερες τιμές επιθετικότητας.

Σε μια άλλη μελέτη 138 ασθενών βρέθηκε ότι οι υψηλές τιμές άγχους και επιθετικότητας συσχετιζόνταν με αύξηση των επιπέδων της χοληστερόλης, αύξηση του δείκτη σωματικής μάζας, καθώς και της διαστολικής αρτηριακής πίεσης (162). Ωστόσο σε αυτή τη μελέτη δεν είχαν συμπεριληφθεί ορισμένοι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα, η διατροφή η μειωμένη σωματική άσκηση κ.τ.λ. Παρόλα αυτά όμως τα ευρήματα αυτών των μελετών δείχνουν ότι υπάρχουν και άλλοι παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου.



Νεότερες μελέτες επιβεβαίωσαν τα ευρήματα των προηγούμενων μελετών. Οι μελέτες αυτές έδειξαν ότι η επιθετικότητα, η εχθρότητα, ο θυμός, το αίσθημα ενοχής και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης επηρεάζουν θετικά τους κλασικούς παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο και συμβάλλουν στην εμφάνιση της. Επίσης στις ίδιες μελέτες φαίνεται ότι σε ήδη εγκατεστημένη νόσο η ύπαρξη των παραπάνω ψυχολογικών παραγόντων επηρεάζει τη νοσηρότητα και θνησιμότητα (303-304). Στο πανεπιστήμιο του Οχάιο έγινε μια έρευνα, η οποία έδειξε ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της επιθετικότητας και της ομοκυστεϊνης του ορού. Συγκεκριμένα παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της επιθετικότητας και της συγκέντρωσης της ομοκυστεϊνης ανεξάρτητα από το φύλο, ενώ επίσης βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του θυμού και της συγκέντρωσης της ομοκυστεϊνης μόνο στους άνδρες. Τα αποτελέσματα αυτά είναι τα πρώτα που συσχετίζουν τα επίπεδα της ομοκυστεϊνης με ψυχολογικούς παράγοντες (345).

Συζήτηση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου του Eysenck

Σχετικά με τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου του Eysenck, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις κλίμακες του ψυχωτισμού (P) ($p=.000$), του ψεύδους (L) ($p=.000$) και του νευρωτισμού (N) ($p=.004$).

Όπως ήδη αναφερθηκε, η κλίμακα του ψεύδους μετρά το βαθμό προσποίησης των ερωτώμενων. Ένα από τα σοβαρά μειονεκτήματα των ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς είναι η δυνατότητα παραπλάνησης από την πλευρά του εξεταζόμενου. Πολλά ερωτήματα σε αυτά τα ερωτηματολόγια δίνουν απαντήσεις, από τις οποίες η μία αναγνωρίζεται ως η κοινωνικά πιο αποδεκτή ή η πιο σωστή από τις υπόλοιπες. Στις περιπτώσεις αυτές οι εξεταζόμενοι μπορεί να αποπειραθούν να δώσουν μια «καλή» απάντηση (fake good) ή μια κακή απάντηση (fake bad). Στην πρώτη περίπτωση ο εξεταζόμενος επιλέγει τις απαντήσεις με τέτοιο τρόπο ώστε να δημιουργήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό του. Στη δεύτερη περίπτωση ο εξεταζόμενος θέλει να εμφανισθεί πιο προβληματικός ή πιο διαταραγμένος από ότι είναι στην πραγματικότητα. Το πιθανότερο είναι ότι οι ασθενείς παρουσιάζοντας μια δυσμενή εικόνα για τον εαυτό τους ζητούν ίσως και συγκεκριμένα μια «κραυγή» βοήθειας. *Πιθανά η στάση τους αυτή να προκύπτει από τη μεγιστοποίηση ορισμένων προβλημάτων τους, η οποία μπορεί να αντιπροσωπεύει μια περίοδο κρίσης, μια*



περίοδο αλλαγών και αναταραχών ή/και από υπερδραματοποίηση ορισμένων προβλημάτων από ναρκισσιστικά, συναισθηματικά ανασφαλή άτομα που προσδοκούν άμεση προσοχή (308-310).

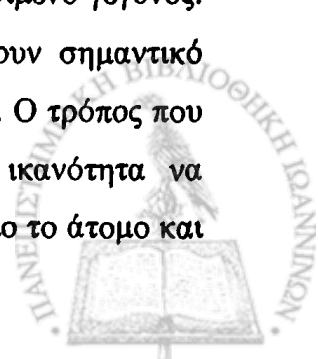
Η τάση να επιλέγει κάποιος κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις δεν είναι συνειδητή. Ο πρώτος που ασχολήθηκε με τον παράγοντα της κοινωνικής αποδοχής (social desirability) ήταν ο A. Edwards (1957), ο οποίος αναφέρει ότι αυτή η τάση μπορεί να αντανάκλα μια έλλειψη ενόρασης, μια αυταπάτη ή μια αδυναμία αντιμετώπισης των αδυναμιών του εαυτού. Από την άλλη πλευρά, το άτομο που επιλέγει μη αποδεκτές απαντήσεις μπορεί να ωθείται από μια ανάγκη προσοχής ή βοήθειας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Μελέτες που αφορούσαν την αλλαγή στάσης σε αντίστοιχα ερωτηματολόγια έδειξαν ότι οι απαντήσεις επηρεάζονται από πολλές παραμέτρους, π.χ από τις προσδοκίες του εξεταστή, από το πώς τις αντιλαμβάνεται το υποκείμενο, από την επιθυμία του ατόμου να προστατεύσει την καλή εικόνα του εαυτού του, ή ακόμα και από την επιθυμία του να ευχαριστήσει ή να δυσαρεστήσει τον εξεταστή (310). Κάποιοι άλλοι ερευνητές (313) υπογράμμισαν τη διαφορά μεταξύ των εννοιών «χειρισμός εντυπώσεων» (impression management) και «αυταπάτη» (self deception) ως αιτιολογίες των κοινωνικά αποδεκτών απαντήσεων. Ο χειρισμός εντυπώσεων αναφέρεται στη συνειδητή προσποίηση για συγκεκριμένους λόγους. Αντιμετωπίζεται ως κάτι το οποίο πρέπει να αξιολογηθεί από μόνο του και όταν είναι εφικτό να ελαχιστοποιηθεί ή να περιορισθεί. Αντίθετα η αυταπάτη είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο και αφορά συνήθως την τάση για θετικές απαντήσεις που το άτομο θεωρεί ότι το αντιπροσωπεύουν. Η αυταπάτη έχει σχέση με άλλες έννοιες, όπως η αυτοεκτίμηση και οι μηχανισμοί άμυνας. Η αυταπάτη είναι μία παράμετρος που χρήζει προσοχής, καθώς μπορεί να είναι μια ένδειξη προσαρμοστικότητας. Εκτός από την κοινωνική αποδοχή υπάρχουν και άλλα είδη παραπλανητικών απαντήσεων τα οποία παρατηρούνται στα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς. Οι δύο πιο γνωστές από αυτές είναι η «συναίνεση και η παρέκκλιση». Η συναίνεση συσχετίζεται με την τάση του ατόμου να απαντά «αλήθεια» και «ναι». Η συναίνεση γίνεται αντιληπτή ως μια συνεχής μεταβλητή όπου στο ένα άκρο της κλίμακας είναι τα άτομα που συστηματικά απαντούν «Ναι» και στο άλλο άκρο τα άτομα που συστηματικά απαντούν «Όχι» (360). Οι έρευνες που ασχολήθηκαν με τις παραπλανητικές απαντήσεις (response sets) πέρασαν διάφορα στάδια. Όταν εντοπίστηκαν για πρώτη φορά οι παραπλανητικές απαντήσεις θεωρήθηκαν ως μια πηγή σφάλματος που θα έπρεπε να εξαλειφθεί στα διάφορα ερωτηματολόγια

αυτοαναφοράς. Αργότερα οι παραπλανητικές απαντήσεις αντιμετωπίστηκαν ως ενδείξεις γενικών και αμετάβλητων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, τα οποία χρήζουν εκτίμησης από μόνα τους. Η πλειοψηφία των κατασκευαστών ψυχολογικών τεστ φαίνεται να συμφωνεί ότι οι τιμές στα ερωτηματολόγια προσωπικότητας αντανακλούν ένα συνδυασμό αυταπάτης, χειρισμού εντυπώσεων και ρεαλιστικής αυτογνωσίας. Η τάση για προσποίηση παρατηρείται σε καταστάσεις στις οποίες το υποκείμενο προσπαθεί να δείξει τον καλύτερο του εαυτό (17, 248). Ο Eysenck και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν για την κλίμακα του ψεύδους ότι αποτελεί σταθερό παράγοντα που μετρά ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, που πιθανά υποδηλώνουν κάποιο βαθμό κοινωνικής αφέλειας (248-250).

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1991 (Cramer) βρέθηκε ότι η κλίμακα του ψεύδους δεν συσχετιζόταν με την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου, σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας στην οποία η κλίμακα του ψεύδους συσχετίζεται με την εμφάνιση της νόσου. Αυτή η διαφορά στα αποτελέσματα πιθανά μπορεί να εξηγηθεί από τη διαφορετική κουλτούρα Ελλήνων και Άγγλων. Όπως αναφέρει και ο Δημητρίου (1977) στα αποτελέσματα της στάθμισης του ερωτηματολογίου Eysenck ο Έλληνας φαίνεται ότι είναι πιο φιλόποτος και λιγότερο ευγενικός από τον Άγγλο. Ο Έλληνας έχει εμπιστοσύνη στους ανθρώπους και έχει μια έντονη διάθεση να δείξει τον καλύτερό του εαυτό. Επίσης οι Έλληνες με υψηλές τιμές νευρωτισμού χαρακτηρίζονται και από υψηλές τιμές της κλίμακας του ψεύδους.

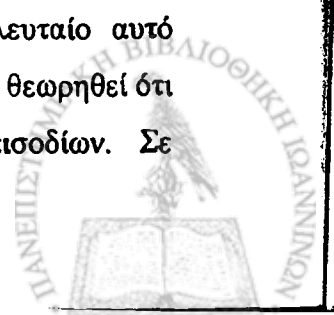
Όπως ήδη αναφέρθηκε, όσον αφορά την κλίμακα του νευρωτισμού (N) παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών και της ομάδας ελέγχου ($p=.004$). Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με την αρχική μας υπόθεση, σύμφωνα με την οποία οι ασθενείς εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού σε σύγκριση με τα υγιή άτομα. Όπως έχει αναφερθεί και στο γενικό μέρος άτομα με υψηλότερες τιμές στην κλίμακα του νευρωτισμού τείνουν να είναι συναισθηματικά ευμετάβλητα και συχνά παραπονούνται για ανησυχία και άγχος, στεναχωρούνται εύκολα, είναι σκυθρωπά και συχνά θλιμμένα. Παρουσιάζουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, οι οποίες εμποδίζουν τη φυσιολογική τους προσαρμογή. Η διάσταση του νευρωτισμού εκφράζει τις ατομικές διαφορές της συναισθηματικής ενεργοποίησης, οι οποίες έχουν άμεση σχέση με την ενεργοποίηση του δρεπανοειδούς συστήματος του εγκεφάλου. Έτσι, τα άτομα με υψηλό βαθμό νευρωτισμού χαρακτηρίζονται από εντονότερο βαθμό ενεργοποίησης του

δρεπανοειδούς συστήματος, σε σύγκριση με τα άτομα με χαμηλές τιμές νευρωτισμού (313). Ο τρόπος αντίδρασης στο Stress εξαρτάται τόσο από τα χαρακτηριστικά των στρεσογόνων ερεθισμάτων, όσο και από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου. Επίσης άτομα με υψηλό νευρωτισμό αντιδρούν γρήγορα στο stress, ενώ η αντίδρασή τους είναι αργή όταν ο κίνδυνος δεν υφίσταται πια. Οι αναφερθείσες αντιδράσεις δεν εμφανίζονται στα πιο ευσταθή συναισθηματικά άτομα (315-317). Γίνεται λοιπόν εμφανές ότι ο νευρωτισμός αναφέρεται σε μια γενική συναισθηματική αστάθεια του ατόμου, στη συναισθηματική του υπεραντιδραστικότητα και την τάση του να αναπτύσσει νευρωτική συμπτωματολογία κάτω από τις ιδιαίτερες συνθήκες του stress. Όπως έχει ήδη αναφερθεί τα στρεσογόνα γεγονότα κινητοποιούν κεντρικούς και περιφερικούς μηχανισμούς προκειμένου να διατηρηθεί η ομοιοστασία σε ένα οργανισμό. Κινητοποιείται λοιπόν το σύστημα του εκκριτικού παράγοντα της κορτικοτροπίνης και το σύστημα της νορεπινεφρίνης-αυτόνομου νευρικού συστήματος με αποτέλεσμα την κινητοποίηση της υπόφυσης, των επινεφριδίων και του περιφερικού αυτόνομου νευρικού συστήματος. Έτσι οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά κατευθύνονται στο ΚΝΣ και στους ιστούς που υφίστανται την κύρια επίδραση του στρεσογόνου αιτίου. Παρατηρείται λοιπόν αύξηση της καρδιακής λειτουργίας (αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης), της αναπνευστικής λειτουργίας, καθώς και της νεογλυκογένεσης και της λιπόλυσης για την εξασφάλιση οξυγόνου και πηγών ενέργειας (315-317). Επίσης σε αυτές τις περιπτώσεις έχει παρατηρηθεί αντίσταση στην ινσουλίνη, διαβήτης, παχυσαρκία, καθώς και υπέρταση. Το stress έχει συσχετισθεί επίσης με αυξημένη συσσώρευση αιμοπεταλίων και επιτάχυνση της φλεγμονώδους εξεργασίας του αγγειακού τοιχώματος. Λίγα είναι όμως γνωστά για την επίδραση του stress σε μοριακό και κυτταρικό επίπεδο (251). Τα πρώτα χρόνια της ζωής θεωρούνται ως η πιο κρίσιμη περίοδος, αφού ο οργανισμός είναι πιο επιρρεπής σε εξωγενείς επιδράσεις και αυτό γιατί το νευρικό, το ενδοκρινικό και το ανοσολογικό σύστημα βρίσκονται στα πρώτα βήματα της ωρίμανσής τους (249). Ο Richard Lazarus (1992,1993) υποστήριξε ότι η αντίδραση ενός ατόμου σε ένα στρεσογόνο ερέθισμα εξαρτάται, κατά κύριο λόγο, από τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται και ερμηνεύει το συγκεκριμένο γεγονός. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός ατόμου διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων ή ερεθισμάτων. Ο τρόπος που αντιμετωπίζει το άτομο τις παραπάνω καταστάσεις στηρίζονται στην ικανότητα να προβλέπει, στην υποκειμενική εκτίμηση του βαθμού απειλής για το ίδιο το άτομο και

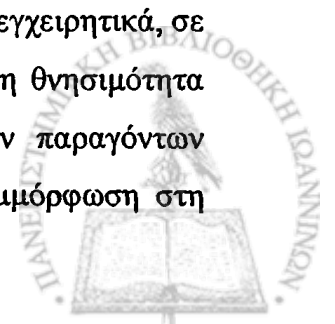


στην υποκειμενική αίσθηση του βαθμού ελέγχου της κατάστασης. Σημαντικό επίσης ρόλο διαδραματίζει και η κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο οργανισμός (σε βιολογικό, κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο). Έτσι ένα άτομο που χαρακτηρίζεται από νευρωτισμό με οποιοδήποτε στρεσογόνο ερέθισμα βιώνει αίσθημα απειλής και εμφανίζει μια αδυναμία να ελέξει και να διαχειρισθεί την κατάσταση που κάθε φορά προκύπτει. Σε βιολογικό επίπεδο ενεργοποιεί το σύστημα που έχει ήδη αναφερθεί (της κορτικοτροπίνης και της νορεπινεφρίνης, του αυτόνομου και περιφερικού νευρικού συστήματος, της υπόφυσης) με τελικό αποτέλεσμα την αύξηση του καρδιακού ρυθμού, της καρδιακής λειτουργίας και της αρτηριακής πίεσης. Όταν λοιπόν αυτή η κατάσταση παρατηρείται συχνά μπορεί κανείς να διαπιστώσει μακροπρόθεσμα την επιβάρυνση του κυκλοφορικού συστήματος. Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω η συσχέτιση μεταξύ του νευρωτισμού και του stress μπορεί να εξηγήσει την πιθανή σχέση που υπάρχει μεταξύ νευρωτισμού και στεφανιαίας νόσου. Το stress μπορεί να διαδραματίσει ένα σημαντικό ρόλο στην έναρξη ενός αιφνίδιου ισχαιμικού επεισοδίου. Έχει βρεθεί ότι ένα ισχυρό stress μπορεί να προκαλέσει οξεία ισχαιμία του μυοκαρδίου (318). Ταυτόχρονα τα άτομα με stress εμφανίζουν υψηλότερες τιμές επιθετικότητας, θυμού και εχθρότητας. Σε άλλες μελέτες βρέθηκε ότι τα άτομα που εμφανίζουν υψηλές τιμές νευρωτισμού νιώθουν λιγότερο ικανοποιημένα από τη ζωή τους σε σύγκριση με αυτά που είχαν χαμηλές τιμές νευρωτισμού, είναι περισσότερο ευερέθιστα, αγχωμένα και συναισθηματικά ασταθή. Στις ίδιες μελέτες στα άτομα με τα παραπάνω χαρακτηριστικά παρατηρείται αυξημένη επίπτωση στεφανιαίας νόσου (324, 325). Επίσης έχει βρεθεί ότι ο νευρωτισμός συσχετίζεται με συμπεριφορές του ατόμου (κάπνισμα, αλκοόλ) που συμβάλλουν στην αθηρωμάτωση, άρα έμμεσα και στην εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου (320).

Όλα αυτά τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά σε συνδυασμό με την ύπαρξη του νευρωτισμού συσχετίζονται με υψηλότερη καρδιακή δραστηριότητα καθώς και αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης μετά από έκθεση σε stress. Το μυοκάρδιο έχει μεγαλύτερη ανάγκη σε οξυγόνο όταν ο οργανισμός βρίσκεται σε συνθήκες συναισθηματικού stress. Εκτός όμως από την αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης σε περιπτώσεις συναισθηματικού stress παρατηρήθηκε αγγειοσύσπαση των στεφανιαίων αγγείων. Το τελευταίο αυτό φαινόμενο αγγειοσύσπασης των μικρών στεφανιαίων αγγείων μπορεί να θεωρηθεί ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση στεφανιαίων επεισοδίων. Σε



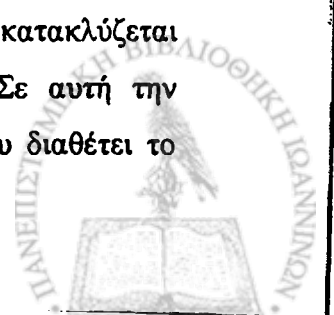
μεταβολικό επίπεδο το αυξημένο stress σε άτομα με υψηλά επίπεδα νευρωτισμού συσχετίζεται με την αυξημένη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Η αυξημένη αυτή δραστηριότητα πιθανά αυξάνει και τα επίπεδα των λιπιδίων πιθανά εξαιτίας της επίδρασης των κατεχολαμινών στη δράση της λιποπρωτεϊνικής λιπάσης (266). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία υπάρχει μια διαφοροποίηση μεταξύ της επίδρασης του χρόνιου και του οξέος stress. Έτσι το χρόνιο stress συσχετίζεται με μεταβολή του υποθαλάμου και του μυελού των επινεφριδίων και έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των κατεχολαμινών και της κορτιζόλης. Η αύξηση των κατεχολαμινών έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των ελεύθερων λιπαρών οξέων, της αρτηριακής πίεσης και της συσσώρευσης των αιμοπεταλίων. Η αύξηση της κορτιζόλης έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση στην κυκλοφορία του αίματος των κατεχολαμινών και επομένως την αύξηση των κοιλιακών έκτακτων συστολών. (326). Σε μια μελέτη ελέγχθηκαν 280 άντρες και 270 γυναίκες ηλικίας 20-64 ετών με ισχαιμική καρδιοπάθεια. Στα άτομα αυτά συσχετίστηκαν οι παράγοντες κινδύνου της νόσου, όπως η αρτηριακή πίεση, το κάπνισμα, το αυξημένο βάρος και η υψηλή τιμή της χοληστερόλης με στοιχεία της προσωπικότητάς τους. Έτσι, η επίπτωση της ισχαιμικής καρδιοπάθειας ήταν 4 φορές μεγαλύτερη στα άτομα που χαρακτηρίζονταν από συναισθηματική αστάθεια και ανταγωνισμό σε σύγκριση με τα άτομα που χαρακτηρίζονταν από συναισθηματική σταθερότητα. Επιπρόσθετα η αρτηριακή υπέρταση ήταν κατά 1,6 φορές περισσότερο συχνή στα αγχώδη άτομα, 1,4 φορές συχνότερα στα επιθετικά και 2 φορές συχνότερα στα παχύσαρκα άτομα (36). Σε μια μεταγενέστερη μελέτη σε άνδρες 55-64 ετών που χαρακτηρίζονταν από επιθετικότητα, εργασιομανία και νευρωτισμό βρέθηκε μεγαλύτερη επίπτωση εμφράγματος του μυοκαρδίου, όταν αυτοί συγκρίθηκαν με άτομα που δεν είχαν αυτά τα στοιχεία προσωπικότητας. Σε μια άλλη μελέτη βρέθηκε ότι οι απλά αγχώδεις ασθενείς δεν έχουν αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου. Ωστόσο στην ίδια μελέτη φάνηκε ότι η αγχώδης νεύρωση και ο πανικός συσχετίζονταν σημαντικά με την εμφάνιση της νόσου (158, 166). Επίσης, παρατηρήθηκε αυξημένη θνησιμότητα σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επέμβαση των στεφανιαίων αγγείων τους. Έτσι άνδρες που πριν από την επέμβαση διακατέχονταν από πανικό είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να πεθάνουν μετεγχειρητικά, σε σύγκριση με άνδρες που δεν διακατέχονταν από πανικό. Η αυξημένη θνησιμότητα δεν ήταν ανεξάρτητη από την ύπαρξη μετεγχειρητικά και άλλων παραγόντων κινδύνου, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η μη συμμόρφωση στη



θεραπεία των ασθενών (157, 158). Βρέθηκε επίσης ότι το άγχος συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε επέμβαση των στεφανιαίων αγγείων (odds ratio 6,24). Έχει επίσης παρατηρηθεί ότι τα άτομα που δεν συμμορφώνονται στη θεραπεία είναι άτομα που καπνίζουν και που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ (335-340). Είναι επίσης σημαντικό να ληφθούν υπόψη τα αποτελέσματα κάποιων προοπτικών μελετών (339) οι οποίες έδειξαν ότι η εκμάθηση ψυχολογικών στρατηγικών αντιμετώπισης του stress αύξησε την επιβίωση μετά από την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Σε άλλες πάλι έρευνες, όπως στην έρευνα του Spiegel (341), οι ασθενείς που συμμετείχαν σε ομάδες ψυχοθεραπείας βελτίωσαν κατά πολύ και τη λειτουργία του ανοσοποιητικού τους συστήματος, καθώς επίσης είχαν καλύτερη πρόγνωση της υποκείμενης νόσου..

Είναι αυτονόητο ότι αγχογόνα γεγονότα βιώνουν όλοι οι άνθρωποι, αλλά τα γεγονότα αυτά δεν έχουν την ίδια «παθογόνα» δράση σε όλα τα άτομα. Ένας από τους παράγοντες που καθορίζουν την πιθανότητα «παθογόνου δράσης» θεωρείται ότι είναι οι τραυματικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία, οι οποίες αλληλεπιδρούν με στρεσογόνα γεγονότα της ενήλικης ζωής και αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων (275, 278-280).

Σύμφωνα με τη Φροϋδική άποψη, ως τραύμα θεωρείται η ψυχική υπερφόρτωση, εξαιτίας κατακλυσμού του Εγώ από αρνητικά ερεθίσματα, με αποτέλεσμα τη δημιουργία του αισθήματος της έλλειψης βοήθειας. Το τραύμα βιώνεται ως άγχος και συνοδεύεται από σωματικά ή ψυχικά συμπτώματα. Ο Freud ονομάζει ως τραύματα τα εξωτερικά ερεθίσματα που είναι ικανά να διασπάσουν το «φραγμό» που περιβάλλει το ψυχικό όργανο, και τον προστατεύει από τα συνεχή ερεθίσματα του περιβάλλοντος, τον οποίο «φραγμό» ο Freud τον παρομοίασε με τη διαφοροποιημένη εξωτερική στοιβάδα του πρωτοπλάσματος. Ενώ ο φραγμός αυτός, όπως υποστηρίζει ο Freud, ελέγχει τα εξωτερικά ερεθίσματα, δεν ασκεί καμιά επιρροή στα αισθήματα ηδονής και δυσαρέσκειας, τα οποία προκαλούνται από εσωτερικές διεργασίες και τα οποία είναι ανώτερα από τα εξωτερικά. Η οργάνωση αυτού του συστήματος συνήθως εμποδίζει την υπερβολική αύξηση της διέγερσης και τη συνακόλουθη εμφάνιση δυσαρέσκειας. Όταν όμως ένα εξωτερικό τραυματικό ερέθισμα διασπάσει αυτό το «φραγμό», αναστατώνει την ενεργειακή οικονομία του οργανισμού και θέτει εκτός μάχης την αρχή της ηδονής, αφού πια κατακλύζεται ολόκληρο το ψυχικό όργανο από μεγάλες ποσότητες διέγερσης. Σε αυτή την περίπτωση, πάντα στα πλαίσια της υπόθεσης του, η μόνη άμυνα που διαθέτει το

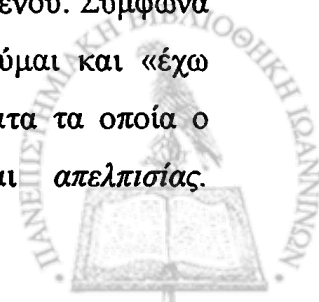


άτομο είναι η συγκέντρωση αντιστοίχων μεγάλων φορτίων ενέργειας στα σημεία διάσπασης για να εξουδετερωθούν τα τραυματικά ερεθίσματα. Σύμφωνα με τα παραπάνω, η βάση της διαταραχής που προκαλείται από τα στρεσογόνα γεγονότα βρίσκεται στην έννοια του τραύματος, μια και τα εξωτερικά γεγονότα αποκτούν τραυματικό χαρακτήρα, όταν μετατραπούν σε εσωτερικές εμπειρίες (249, 267).

Το ερώτημα γιατί το ίδιο στρεσογόνο ερέθισμα προκαλεί διαφορετικές αντιδράσεις σε διαφορετικά άτομα αποτέλεσε θέμα έντονου προβληματισμού. Ο Freud έδειξε μεγάλο ενδιαφέρον για τους λόγους για τους οποίους το καθημερινό stress προκαλεί την εμφάνιση νόσου μόνο σε ορισμένα άτομα, ενώ σε άλλα άτομα δεν προκαλεί νόσο, αλλά η ερμηνεία που έδωσε απορρίφθηκε από τις μετέπειτα ψυχαναλυτικές μελέτες.

Ενδιαφέρουσα ήταν η άποψη του Winnicott (1953) (325) που έκανε εκτενή λόγο για την «αρκετά καλή μητέρα», ως προστατευτική ασπίδα, αλλά που σταδιακά παύει να εκπληρεί όλες τις απαιτήσεις του παιδιού. Η κατάρρευση της μητέρας ως προστατευτικής ασπίδας μπορεί να αποτελέσει μια τραυματική εμπειρία για το παιδί, η οποία ανάλογα με τη χρονική στιγμή που ξεκίνησε και με τη διάρκειά της, αποτελεί ένα προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση διαταραχών της προσαρμογής του ατόμου, όταν στην ενήλικη ζωή του χρειασθεί να αντιμετωπίσει στρεσογόνα γεγονότα.

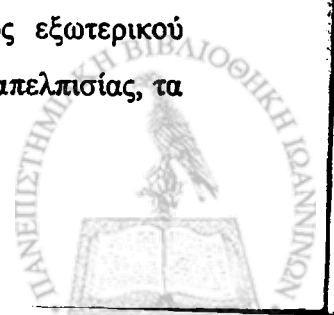
Μια άλλη επίσης προσέγγιση έγινε από τους ψυχολόγους του εαυτού (2). Ορισμένες από τις θεωρητικές τους έννοιες βοηθούν στην εξήγηση γιατί μερικοί άνθρωποι είναι πιο επιρρεπείς στη σωματική νόσηση από ότι άλλοι. Έχει επισημανθεί ο ρόλος των αναπτυξιακών ελλειμμάτων ή των παθολογικών σχέσεων με το αντικείμενο στην παθογένεση της νόσου που είχε ήδη αναγνωρισθεί από τον Schur (1955)(326), τον Mushatt (1954, 1975) (327) και τον Engel (1955) (334). Οι Engel και Schumale (329) υποστήριξαν ότι υπάρχει μια ψυχοβιολογική κατάσταση που παρεμβάλλεται, που την ονόμασαν σύμπλεγμα «παραιτούμαι/έχω παραιτηθεί» και την οποία οι συγγραφείς θεώρησαν ως πρόδρομη κατάσταση για τη νόσηση. Θεώρησαν δηλαδή αυτό το σύμπλεγμα ως μία μεταβατική κατάσταση του Εγώ, κατά τη διάρκεια της οποίας δεν υπάρχουν διαθέσιμες ή δεν έχουν αναπτυχθεί κατάλληλες άμυνες ή επινοήσεις για την αντιμετώπιση της απώλειας του αντικειμένου. Σύμφωνα με τους Engel και ο Schumale(1967) (329) οι στάσεις «παραιτούμαι και «έχω παραιτηθεί» συνδέονται με συγκεκριμένα καταθλιπτικά συναισθήματα τα οποία ο Schumale (1964) (329) ονόμασε αισθήματα *αβοήθητου* και *απελπισίας*.



Χρησιμοποιώντας το παραδοσιακό ψυχαναλυτικό μοντέλο των πρώτων αναπτυξιακών φάσεων, ο Schumale(1967) (329) συσχέτισε το αίσθημα του αβοήθητου με την υστερική στοματική περίοδο, στην οποία ο εαυτός και το αντικείμενο μόλις έχουν αρχίσει να διαφοροποιούνται και το βρέφος δεν αντιλαμβάνεται πια τη μητέρα ως αντικείμενο το οποίο μπορεί να παρέχει αυτομάτως τα πάντα. Εάν η μητέρα είναι ασυνεπής στην παροχή ικανοποίησης, το βρέφος βιώνει ένα αίσθημα αβοήθητου και με αυτό τον τρόπο μπορεί να μη συντελεσθεί η περαιτέρω διαφοροποίηση του εαυτού από το αντικείμενο. Κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της ενήλικης ζωής, ένα τέτοιο άτομο παραμένει ιδιαίτερα ευαίσθητο στις διακυμάνσεις της δυνατότητας άντλησης ικανοποίησης από τα εξωτερικά αντικείμενα και, σε καιρούς πραγματικής ή επαπειλούμενης απώλειας αντικειμένου, επανεμφανίζονται αισθήματα αβοήθητου μαζί με ένα αίσθημα αδυναμίας του ατόμου να κάνει κάτι για αυτό. Εντούτοις διατηρείται η ικανότητα απάντησης σε εξωτερικά ερεθίσματα

Οι συμβιωτικές μητέρες των ψυχοσωματικών παιδιών δεν μπορούν να ανταποκριθούν ενσυνείδητα στις ανάγκες των αναπτυσσόμενων παιδιών τους, γιατί χρησιμοποιούν το παιδί ως εαυτοαντικείμενο προκειμένου να αντισταθμίσουν κάτι το οποίο λείπει από τη δική τους ψυχική δομή. Όπως παρατήρησε η Spurling(1949), η μητέρα μπορεί να έχει «μια τόσο έντονη ανάγκη να ελέγχει το παιδί, που σε μερικές από αυτές τις περιπτώσεις το παιδί θεωρείται και αντιμετωπίζεται σαν να ήταν μέρος του σώματος της μητέρας. Κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της ενήλικης ζωής του το παιδί θα εξαρτάται από σχέσεις που έχει αναπτύξει με τη μητέρα «προκειμένου να αντικαταστήσει τις λειτουργίες ενός τμήματος του ψυχικού οργάνου το οποίο δεν εδραιώθηκε κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας» (330). Μερικά άτομα με ψυχικά ελλείματα είναι ανίκανα να εγκαταστήσουν σταθερές ρυθμιστικές σχέσεις εξαιτίας αυτιστικών φραγμών απέναντι στις σχέσεις αντικειμένου, ή εξαιτίας εξωτερίκευσης των πρωτόγονων σχέσεων με το εσωτερικό αντικείμενο (36).

Η πρόταση ότι η ψυχολογική προδιάθεση απέναντι στη νόσο οφείλεται πρωτίστως σε ψυχικά ελλείματα παρά σε ασυνείδητες συγκρούσεις γύρω από τις εννομήσεις εξηγεί καλύτερα τη μεγαλύτερη ευπάθεια ορισμένων ανθρώπων στον αποχωρισμό και στην απώλεια αντικειμένου. Οι άνθρωποι με μεγαλύτερη ευαισθησία στη νόσο δεν έχουν ορισμένες αυτορρυθμιστικές ικανότητες και η απώλεια ενός εξωτερικού ρυθμιστικού αντικειμένου συχνά προκαλεί αισθήματα αβοήθητου και απελπισίας, τα

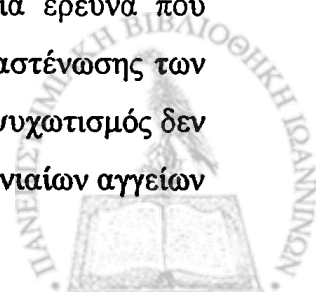


οποία μπορεί να εξελιχθούν σε ένα πλησίτιο σύμπλεγμα «παραιτούμαι /έχω παραιτηθεί (36, 234).

Για να μπορέσει κανείς να ερμηνεύσει όσο γίνεται με μεγαλύτερη ακρίβεια τέτοιου είδους ερωτήματα, πρέπει να λάβει υπόψη του ότι στη διεργασία της νόσου, θα είναι καλό να συνυπολογίζει εμπειρικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οργανικές μεταβλητές, όπως το stress και η προσωπικότητα του ατόμου.

Αναφορικά με τα αποτελέσματα της εξωστρέφειας οι δύο ομάδες δεν παρουσιάζουν καμιά στατιστικά σημαντική διαφορά. Τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας συμπίπτουν με τα αποτελέσματα μιας προγενέστερης μελέτης (330). Σε αυτή λοιπόν τη μελέτη η κλίμακα της εξωστρέφειας δεν συσχετιζονταν με την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Σε άλλες έρευνες στις οποίες διερευνήθηκε η κλίμακα της εξωστρέφειας δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση αυτής της κλίμακας με τη στεφανιαία νόσο. Σε μια μελέτη το (1977) συσχετίστηκε η μεταβολή του καρδιακού ρυθμού σε εξωστρεφείς και εσωστρεφείς προσωπικότητες μετά την επίδραση ενός στρεσογόνου ερεθίσματος. Βρέθηκε ότι στους εσωστρεφείς παρατηρείται αύξηση της δράσης του συμπαθητικού συστήματος, ενώ στους εξωστρεφείς εμφανίζεται μεγαλύτερη δράση του παρασυμπαθητικού συστήματος μετά την επίδραση κάποιου στρεσογόνου ερεθίσματος (331). Σε μια άλλη μελέτη εκτιμήθηκε ο ρόλος της αλληλεπίδρασης μεταξύ του νευρωτισμού και της εξωστρέφειας. Στη μελέτη αυτή παρατηρήθηκε ότι τα άτομα που συγκέντρωσαν υψηλές τιμές στην κλίμακα του νευρωτισμού εμφάνισαν άγχος και κατάθλιψη. Αντίθετα τα άτομα στα οποία παρατηρήθηκαν χαμηλές τιμές στην κλίμακα της εξωστρέφειας δεν παρατηρήθηκε άγχος και κατάθλιψη (332).

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του ψυχωτισμού παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών και της ομάδας ελέγχου ($p < .000$). Τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας για την κλίμακα του ψυχωτισμού διαφοροποιούνται από τα αποτελέσματα της έρευνας του Loughborough Uminersity of Technology (1991). Σε αυτή τη μελέτη ο ψυχωτισμός δεν διαδραμάτισε κάποιο ρόλο στην εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου (335). Δεν υπάρχουν άλλες έρευνες που να έχουν διερευνήσει την κλίμακα του ψυχωτισμού ως πιθανού παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Πραγματοποιήθηκε όμως μία έρευνα που μελέτησε την κλίμακα του ψυχωτισμού ως πιθανού παράγοντα επαναστένωσης των στεφανιαίων αγγείων μετά από αγγειοπλαστική. Σε αυτή τη μελέτη ο ψυχωτισμός δεν διαδραμάτισε κάποιο σημαντικό ρόλο στην επαναστένωση των στεφανιαίων αγγείων



(338). Από τη σύγκριση των μέσων ελληνικών και αγγλικών τιμών κατά τη στάθμιση του ερωτηματολογίου φαίνεται ότι η κλίμακα του ψυχωτισμού έχει υψηλότερες τιμές στον ελληνικό πληθυσμό (17). Έτσι ίσως να μπορεί να εξηγηθεί αυτή η διαφορά των αποτελεσμάτων μεταξύ των μελετών.

Οι παραπάνω στατιστικά σημαντικές διαφορές στο ψυχολογικό προφίλ των δύο ομάδων δημιουργούν ερωτηματικά κατά πόσο αυτές οι διαφορές μπορεί να διαδραματίσουν κάποιο στη νοσογόνο διεργασία.

Συζήτηση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου συχνότητας τροφίμων του Willet, των κλιμάκων προσωπικότητας του Eysenck και των υποκλιμάκων της επιθετικότητας.

Η ανάλυση των δεδομένων του ερωτηματολογίου συχνότητας τροφίμων του Willet, σε σύγκριση με τα στοιχεία της προσωπικότητας του πληθυσμού της μελέτης έδειξε ότι η ομάδα των ασθενών υιοθετεί περισσότερο βλαπτικές συμπεριφορές. Πιο αναλυτικά διαπιστώνεται ότι τα άτομα που χαρακτηρίζονται από μια έντονη συναισθηματική αστάθεια και άγχος, είναι εχθρικά, απρόσωπα, έχουν την τάση να προσποιούνται και επιπρόσθετα έχουν μια τάση να υιοθετούν συμπεριφορές που χαρακτηρίζονται από υψηλό κίνδυνο για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου. Έτσι, τα άτομα με υψηλές τιμές της κλίμακας του ψυχωτισμού καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοολούχων ποτών και καπνίζουν μεγαλύτερο αριθμό σιγαρέτων. Επίσης τα άτομα που συγκεντρώνουν υψηλές τιμές της κλίμακας του νευρωτισμού καπνίζουν περισσότερο σε σύγκριση με τα άτομα που δεν συγκεντρώνουν υψηλές τιμές στην κλίμακα του νευρωτισμού.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα των δεδομένων για τις διατροφικές συνήθειες και τα στοιχεία της προσωπικότητας από τα δεδομένα της δικής μας έρευνας δεν μπορούμε να εξάγουμε κάποιο συμπέρασμα. Η κατανάλωση τροφίμων που συμβάλλουν στην αθηρωμάτωση και κατ' επέκταση στην εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου συσχετίζονταν θετικά με τη νεύρωση, τον ψυχωτισμό, την κλίμακα του ψεύδους και την εσωστρέφεια. Τα αποτελέσματα αυτά, πιθανά, επηρεάζονται και από το προφίλ των ασθενών, από τη διάθεση τους δηλαδή για προσποίηση. Παρόμοιες έρευνες που να συσχετίζουν τις διατροφικές συνήθειες αυτού του πληθυσμού με τα στοιχεία της προσωπικότητας δεν έχουν πραγματοποιηθεί. Όλες οι μέχρι τώρα έρευνες προσανατολίζονται στην προσωπικότητα και σε άλλους κλασικούς



παράγοντες κίνδυνου για την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου (κάπνισμα, αλκοόλ, φυσική δραστηριότητα).



Για τα αποτελέσματα που προέκυψαν συνολικά από τη στατιστική ανάλυση και την ερμηνεία τους οφείλουμε να διατυπώσουμε ορισμένες επιφυλάξεις που αφορούν στην πιθανή διαπλοκή του τύπου αιτίου-αιτιατού μεταξύ ορισμένων μεταβλητών. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να οδηγηθούμε στη διατύπωση μιας γραμμικής αιτιολογικής υπόθεσης, την οποία θεωρούμε σαφώς απλοϊκή, μη ικανοποιητική και μη ανταποκρινόμενη σε μια επιστημονική θεώρηση. Στα πλαίσια όμως μιας ολιστικής προσέγγισης μπορούμε να διατυπώσουμε ένα σύστημα υποθέσεων για το ρόλο των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην εμφάνιση και εξέλιξη της νόσου.

Ενώ, λοιπόν, δεν μπορούμε να γνωρίζουμε με ακρίβεια τι προηγείται και τι έπεται της νόσου, μπορούμε ωστόσο να διατυπώσουμε ορισμένες σκέψεις, που βασίσθηκαν σε ενδείξεις οι οποίες προκύπτουν από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας.

Για τη διατύπωση των σκέψεων-υποθέσεων μας στηριζόμαστε στις παρακάτω ενδείξεις:

1. Στην ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς στην υποκλίμακα της αυτοεπίκρισης (SC). Η ομάδα των ασθενών παρουσιάζει μια τάση για ενδοβολή που σημαίνει τάση για εσωτερίκευση των συναισθημάτων.
2. Στην ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς στην υποκλίμακα της προβλητικής επιθετικότητας (PH) με υψηλότερες τιμές για την ομάδα των ασθενών.
3. Στην ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς στην ενδοστρεφόμενη επιθετικότητα (TI). Η ομάδα των ασθενών παρουσιάζει και εδώ υψηλότερες τιμές.
4. Στην ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς στην κλίμακα της εξωστρεφόμενης επιθετικότητας (TE), αφού οι ασθενείς έχουν υψηλότερες τιμές.
5. Στην ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των δύο ομάδων στην κλίμακα του ψυχωτισμού(P), της τάσης δηλαδή των ατόμων να είναι εχθρικά, επιθετικά και απρόσωπα. Η τάση αυτή εμφανίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό στην ομάδα των ασθενών.



6. Στην ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς στην κλίμακα του νευρωτισμού (N). Η τάση των ατόμων για μεγαλύτερη συναισθηματική αστάθεια είναι περισσότερο σημαντική στην ομάδα των ασθενών.
7. Στην ύπαρξη της στατιστικά σημαντικής διαφοράς στην κλίμακα του ψεύδους (L). Οι ασθενείς εμφανίζουν μια άλλη πλευρά του εαυτού τους από αυτή που πραγματικά είναι.
8. Στην ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς στον αριθμό των σιγαρέτων, αφού οι ασθενείς κάπνιζαν για περισσότερα χρόνια και μεγαλύτερο αριθμό σιγαρέτων σε σύγκριση με τους υγιείς.
9. Στην ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς σε μια σειρά από βλαπτικές διατροφικές συνήθειες, αφού οι ασθενείς καταναλώνουν περισσότερα λιπαρά, καπνίζουν περισσότερο και καταναλώνουν μεγαλύτερη ποσότητα αλκοολούχων ποτών.
10. Στη Λογιστική Παλίνδρομη ανάλυση οι κλίμακες που εμφάνισαν στατιστική σημαντικότητα ήταν: η ολική επιθετικότητα, η κλίμακα του ψυχωτισμού, του ψεύδους του νευρωτισμού η κατεύθυνση της επιθετικότητας και το κάπνισμα. Από όλα τα παραπάνω μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η συναισθηματική αστάθεια που κυριαρχεί στους ασθενείς, τους οδηγεί στη βίωση υψηλών επιπέδων άγχους και επιθετικότητας.

Τα παραπάνω δεν μπορούμε να πούμε ότι αποτελούν άμεση συνέπεια της νόσου, αλλά μιας κάποιας δυσκολίας αυτών των ατόμων να επεξεργαστούν ουσιαστικά και σε βάθος όσα συμβαίνουν στη ζωή τους και της συνακόλουθης αδυναμίας τους να αντιμετωπίσουν με επιτυχία τις καταστάσεις που τους προκαλούν stress. Επιπλέον, η δυσκολία αυτή δεν αποτελεί παράμετρο μιας συγκεκριμένης κατάστασης, αλλά, ως ένα βαθμό είναι μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και του τρόπου συμπεριφοράς αυτών των ατόμων που προϋπήρχε της νόσου. Στο συμπέρασμα αυτό κλίνει το γεγονός ότι οι υψηλές τιμές νευρωτισμού, ψυχωτισμού και επιθετικότητας υποδηλώνουν ότι προϋπήρχε στους ασθενείς ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας τους μια ανησυχία, μια ένταση, που άλλοτε την εσωτερίκευαν και άλλοτε την εντόπιζαν σε άλλα πρόσωπα ή πράγματα. Σε άτομα με τέτοιου τύπου προσωπικότητα συχνά προϋπάρχει μια απροσδιόριστη απειλή και ένας φόβος και όταν αυτά τα συναισθήματα τους κατακλύζουν νιώθουν ότι πρέπει να κάνουν κάτι, αλλά

τελικά δεν κάνουν τίποτα, με αποτέλεσμα να αντιδρούν με απελπισία και να εμφανίζουν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Σε αυτή λοιπόν την κατηγορία ανθρώπων παρατηρείται με μεγαλύτερη συχνότητα η εμφάνιση μιας νόσου απειλητικής για τη ζωή τους (100, 101, 105). Μια σωματική ασθένεια λοιπόν μπορεί να χρησιμεύει ως πόλος έλξης για την έκφραση μιας ασυνείδητης ψυχικής σύγκρουσης. Έτσι, σύμφωνα με την ενδοβολή το υποκείμενο μεταφέρει με φανταστικό τρόπο, από «έξω» προς τα «μέσα», αντικείμενα και σύμφυτες ιδιότητες τους. Ο νευρωσικός αναζητά λύση εισάγοντας στο εγώ του όσο το δυνατόν μεγαλύτερο μέρος του εξωτερικού κόσμου, καθιστώντας τον έτσι, αντικείμενο ασυνείδητων φαντασιώσεων.

Ο δεύτερος πολύ αρχαϊκής προέλευσης μηχανισμός άμυνας, η προβολή, προσδιορίζει εκείνη τη λειτουργία διαμέσου της οποίας ένα ψυχολογικό γεγονός μετατίθεται και εντοπίζεται στον εξωτερικό χώρο, είτε μεταβαίνοντας από το υποκείμενο στην περιφέρεια, είτε από το υποκείμενο στο αντικείμενο. Υπό την καθαρά ψυχαναλυτική έννοια, με τη λειτουργία της προβολής το υποκείμενο εντοπίζει στους άλλους (πρόσωπα ή πράγματα) ιδιότητες, συναισθήματα, επιθυμίες που αρνείται στον εαυτό του. Επιπρόσθετα, όπως έχει ήδη αναφερθεί, η ομάδα των ασθενών χαρακτηρίζεται από υψηλές τιμές νευρωτισμού. Τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από συναισθηματική αστάθεια και συναισθηματική υπεραντιδραστικότητα κάτω από τις ιδιαίτερες συνθήκες stress. Είναι άτομα συναισθηματικά ευμετάβλητα που συχνά παραπονούνται για ανησυχία και άγχος. Οι εκδηλώσεις άγχους και κατάθλιψης θεωρούμε ότι αποτελούν ένδειξη της δυσκολίας που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς στην επεξεργασία καταστάσεων, οι οποίες τους προκαλούν επιπρόσθετο άγχος και οι οποίες καταστάσεις μπορεί να προέρχονται τόσο από την εξωτερική πραγματικότητα (π.χ. στρεσογόνα γεγονότα) όσο και από την εσωτερική πραγματικότητα (π.χ. ανησυχίες, φόβοι, άγχη που δεν αντιστοιχούν σε πραγματική απειλή) (332).

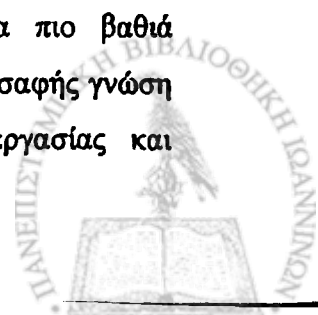
Σύμφωνα με το Φρόιντ η προβολή, σε συνδυασμό με την ενδοβολή, διαδραματίζει έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη δημιουργία της αντίθεσης υποκείμενο (εγώ)-αντικείμενο (εξωτερικός κόσμος). Το υποκείμενο «...ενσωματώνει μέσα στο εγώ του τα αντικείμενα που του παρουσιάζονται ως πηγή ευχαρίστησης, τα ενδοβάλλει, ενώ, αντίθετα αποβάλλει οτιδήποτε αποτελεί αιτία δυσaréσκειας στο εσωτερικό του».



Συμπερασματικά λοιπόν, από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε ότι η διαφοροποίηση ασθενών και υγιών ατόμων έγκειται κυρίως στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα διαπραγματεύονται τις αγχογόνες καταστάσεις και τις στρατηγικές που επικαλούνται για την αντιμετώπιση τους, καθώς και στο επίπεδο των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Έτσι οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο χαρακτηρίζονται από συναισθηματική αστάθεια, όπως προκύπτει από τις υψηλότερες τιμές του νευρωτισμού. Η συναισθηματική αστάθεια φαίνεται να οδηγεί τους ασθενείς στη βίωση υψηλότερων επιπέδων άγχους και επιθετικότητας. Τα χαρακτηριστικά αυτά διαφοροποιούν τους ασθενείς και την ομάδα ελέγχου στον τρόπο με τον οποίο διαπραγματεύονται αγχογόνες καταστάσεις, γεγονός που τους προσδίδει επιπρόσθετο stress. Όπως έχει αναφερθεί το stress έχει ως αποτέλεσμα:

1. Την αύξηση της καρδιακής λειτουργίας (αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης), της αναπνευστικής λειτουργίας, καθώς και της νεογλυκογένεσης και της λιπόλυσης για την εξασφάλιση ο πηγών ενέργειας και οξυγόνου.
2. Αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης, διαβήτη, παχυσαρκία, καθώς και υπέρταση
3. Αυξημένη συσσώρευση αιμοπεταλίων και αύξηση της φλεγμονής του αγγειακού τοιχώματος.
4. Σημαντικό ρόλο επίσης διαδραματίζει η προσωπικότητα στην καθημερινή συμπεριφορά των ατόμων. Έτσι τα άτομα που χαρακτηρίζονται από υψηλές τιμές νευρωτισμού, ψυχωτισμού και επιθετικότητας ακολουθούν ένα βλαπτικό τρόπο ζωής που συμβάλλει στην εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου και συγκεκριμένα καπνίζουν, πίνουν αλκοολούχα ποτά και έχουν κακή διατροφή.

Με βάση όλα τα παραπάνω, καθώς και μέσα από την ευρέως αποδεκτή θεώρηση του γεγονότος ότι η δόμηση της προσωπικότητας των ατόμων που εμφανίζουν κάποια ασθένεια με ψυχοσωματική υπόσταση γίνεται στα αρχαϊκά στάδια ανάπτυξης του Εγώ, προκύπτει ότι πέρα από την ποιοτική και ποσοτική εκτίμηση των ψυχολογικών παραγόντων, χρειάζεται και μια πιο βαθιά προσέγγιση της προσωπικής ιστορίας του κάθε ατόμου (339) και σαφής γνώση των στρατηγικών που χρησιμοποιεί στην προσπάθεια επεξεργασίας και



αντιμετώπισης των στρεσογόνων ερεθισμάτων, για την πληρέστερη εκτίμηση των ιδιαίτερων παραγόντων που καθόρισαν τη δόμηση του συγκεκριμένου τρόπου συμπεριφοράς, της προσωπικότητας του και της ψυχοσωματικής του ολότητας.

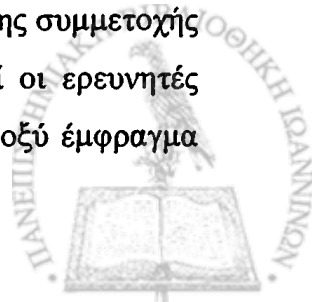
Γίνεται εμφανές ότι υπάρχει ανάγκη για μια προσωποκεντρική, ολιστική προσέγγιση του ασθενή, όπου η έννοια της ίασης μπορεί να διακριθεί σε αλληλοσυσχετιζόμενα επίπεδα αναφοράς (βιολογικό, ψυχολογικό, κοινωνικό), στα οποία όλοι όσοι μετέχουν στη θεραπευτική ομάδα καλούνται να ανταποκριθούν (342). Κοινός στόχος της θεραπευτικής ομάδας πρέπει να αποτελεί η ενεργοποίηση των εσωτερικών δυνάμεων του ασθενούς, η ενίσχυση των πιστεύω τους, η ενεργός συμμετοχή τους σε κάθε απόφαση ή διαδικασία, καθώς και η αναγνώριση και η φροντίδα των αναγκών τους.



22. ΠΡΟΤΑΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η ψυχοσωματική ιατρική προσπαθεί συνεχώς να διερευνήσει το λόγο ή τους λόγους που μερικοί άνθρωποι είναι περισσότερο ευάλωτοι στην εμφάνιση της νόσου από κάποιους άλλους και προσπαθεί να εξηγήσει τους μηχανισμούς διαμέσου των οποίων οι ψυχοσωματικές εμπειρίες μπορεί να αλλοιώσουν τη σωματική λειτουργία.

Μέσα από την εργασία μας φάνηκε ότι εκτός από τους αδιαμφισβήτητους κλασικούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου, κάποια συμμετοχή έχει και το ψυχολογικό προφίλ των ασθενών. Έτσι, ενώ έχει βρεθεί ότι το είδος της προσωπικότητας οδηγεί το άτομο σε κάποιο συγκεκριμένο τρόπο συμπεριφοράς (κατανάλωση αλκοόλ, κάπνισμα, διατροφή, με υψηλά λιπαρά), πολλές φορές και από μόνη της η προσωπικότητα μπορεί να διαδραματίσει έναν ουσιαστικό ρόλο στην εμφάνιση της νόσου. Σε μια πενταετή προοπτική μελέτη μεταξύ 10.000 Ισραηλινών ανδρών οι Medalie και Goldbourt (340) διαπίστωσαν ότι η επίπτωση της στεφανιαίας νόσου ήταν σημαντικά μειωμένη στους άνδρες οι οποίοι απολάμβαναν την αγάπη η και την υποστήριξη της συζύγου τους, ακόμη κι αν υπήρχαν και άλλοι παράγοντες κινδύνου, όπως η υπέρταση και τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης. Ο όρος κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα αναφέρεται σε ένα σύστημα σχέσεων το οποίο γίνεται αντιληπτό στο άτομο διαμέσου των κοινωνικών δεσμών στην ευρύτερη κοινότητα. Η γενική υπόθεση είναι ότι η κοινωνική υποστήριξη συσχετίζεται αρνητικά με τη νόσο, κάτι που σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη έχει ένα άτομο με τη μορφή στενών σχέσεων με μέλη της οικογένειας ή συγγενείς και συναδέλφους, τόσο λιγότερο θα κινδυνεύσει να νοσήσει από μια πληθώρα νοσημάτων (78). Η μελέτη του Gore σε άνεργους άνδρες έδειξε ότι η τάση για αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης, αυξημένη επίπτωση κατάθλιψης και μεγαλύτερη επίπτωση νόσου ήταν σημαντικά χαμηλότερη μεταξύ των ατόμων που βίωναν συναισθηματική υποστήριξη στο γάμο και στις φιλικές τους σχέσεις (370). Πιο πρόσφατα, οι Ruberman και συνεργάτες (1984) (340) έδειξαν ότι η θνησιμότητα μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου επηρεάζεται από τις κοινωνικές σχέσεις, συμπεριλαμβανομένων και των σχέσεων με φίλους και συγγενείς και της συμμετοχής σε λέσχες, κοινωνικές οργανώσεις, εκκλησίες ή συναγωγές. Αυτοί οι ερευνητές μελέτησαν για 3 χρόνια 2.320 άνδρες, οι οποίοι είχαν επιβιώσει από οξύ έμφραγμα



του μυοκαρδίου και διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς που ήταν κοινωνικά απομονωμένοι και βίωσαν υψηλά επίπεδα στρες στη ζωή τους είχαν 4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να πεθάνουν σε σύγκριση με άτομα που είχαν με χαμηλά επίπεδα στρες και απομόνωσης. Ενώ η κοινωνική υποστήριξη φαίνεται ότι λειτουργεί ως ένας παράγοντας απορρόφησης των εντάσεων απέναντι στο στρες της ζωής, οι μηχανισμοί που παρεμβάλλονται εκεί που οι κοινωνικές σχέσεις παρέχουν προστασία από τη σωματική νόσηση δεν έχουν αποσαφηνισθεί με βεβαιότητα. Σύμφωνα με μια μελέτη τα υψηλά επίπεδα του stress και της ανεπαρκούς κοινωνικής υποστήριξης συσχετίζονται θετικά με την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Οι έννοιες του stress, του κοινωνικού δικτύου και της κοινωνικής υποστήριξης πρέπει να αναγνωρίζονται ως παθογεννητικά αίτια (162). Η μεγαλύτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην ανάγκη του ατόμου για στοργή, εκτίμηση ή αποδοχή, στην ανάγκη του να ανήκει κάπου και στην ανάγκη του για ασφάλεια. Είναι προφανές ότι το ποσό και ο τύπος της κοινωνικής υποστήριξης που χρειάζεται ένα άτομο αλλάζει στα διάφορα στάδια του κύκλου της ζωής.

Σε μια μελέτη διαπιστώθηκε ότι η πρόγνωση της νόσου επηρεάζεται θετικά από το γάμο και την παρουσία παιδιών στην οικογένεια, ενώ αρνητικά από το άγχος, το αίσθημα του ανικανοποίητου, την κακή οικογενειακή ζωή, την ύπαρξη προβλημάτων, την κακή οικονομική κατάσταση και τη χαμηλή κοινωνική υποστήριξη (346, 350). Επιπρόσθετα σε μια άλλη μελέτη διερευνήθηκε κατά πόσο η επιθετικότητα επηρεάζει τη θνησιμότητα σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Βρέθηκε λοιπόν ότι τα άτομα με υψηλή επιθετικότητα και στεφανιαία νόσο όταν παρακολουθούν κάποιο πρόγραμμα ψυχολογικής υποστήριξης προσαρμόζονται ευκολότερα στη θεραπευτική αγωγή. Παρατηρήθηκε επίσης μείωση του άγχους και μείωση της θνησιμότητας. Σε μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε μέσα σε διάστημα τριών ετών αναφέρθηκε ότι οι ασθενείς με ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου, οι οποίοι ήταν σε πρόγραμμα συμπεριφοριστικής συμβουλευτικής, εμφάνισαν μικρότερη πιθανότητα υποτροπής σε σύγκριση με ασθενείς που δεν παρακολουθούσαν ένα τέτοιο πρόγραμμα. Μια από τις συμπεριφερειολογικές τροποποιητικές στρατηγικές που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτή τη μελέτη ήταν η οδηγία στους ασθενείς να φαντάζονται ένα χαρακτήρα με χαμηλή ανταγωνιστικότητα, καθώς και με χαμηλή επιθετικότητα. Επίσης έγινε προσπάθεια να εμψύχουν στους ασθενείς τους έναν πιο ήρεμο τρόπο ζωής (338).



Γίνεται λοιπόν εμφανές ότι εμφανίζεται η ανάγκη για μια ολιστική και προσωποκεντρική προσέγγιση του ασθενούς, έτσι ώστε η θεραπεία να στοχεύει τόσο σε βιολογικό όσο σε κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο. Η αντιμετώπιση αυτή πιστεύεται ότι θα αποδώσει καλύτερα αποτελέσματα στην πρόγνωση της νόσου αφού διαφαίνεται η σημαντική επίδραση της ψυχικής σφαίρας στο σώμα.



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει έντονο ενδιαφέρον για τη συσχέτιση στοιχείων της προσωπικότητας με την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Τα στοιχεία της προσωπικότητας που μελετήθηκαν ήταν η επιθετικότητα, ο νευρωτισμός, ο ψυχωτισμός, η τάση του ατόμου να υποκρίνεται και η εσωστρέφεια παράλληλα με κλασικούς παράγοντες κινδύνου της νόσου όπως είναι το κάπνισμα, η διατροφή και το αλκοόλ.

Για την πραγματοποίηση της μελέτης συγκροτήθηκαν δύο ισάριθμες ομάδες (N=100) αντίστοιχης ηλικίας και φύλου. Την ερευνητική ομάδα αποτέλεσαν στεφανιαίοι ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε στεφανιογραφία εξαιτίας πρόσφατου εμφράγματος του μυοκαρδίου και την ομάδα ελέγχου υγιή άτομα.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία:

1. Το ερωτηματολόγιο επιθετικότητας και κατεύθυνσης της επιθετικότητας του Foulds.
2. Το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck και
3. Το ερωτηματολόγιο καταγραφής της συχνότητας κατανάλωσης των τροφίμων του Willet.

Από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων βρέθηκε ότι οι δύο ομάδες διέφεραν σημαντικά στην εξωστρεφόμενη επιθετικότητα, στο νευρωτισμό, στον ψυχωτισμό και στην τάση του ατόμου να υποκρίνεται. Επίσης βρέθηκε ότι η ομάδα των ασθενών καπνίζει περισσότερο, καταναλώνει τροφές με περισσότερα λιπαρά και πίνει περισσότερα αλκοολούχα ποτά.

Συμπερασματικά βρέθηκε ότι η διαφορά στην προσωπικότητα των δύο ομάδων ευθύνεται και για βλαπτικές επιλογές και συμπεριφορές.



SUMMARY

In recent years there has been increased interest in the association between personality traits and the incidence of coronary disease. The personality traits which have been studied are: aggressiveness, neurosis, psychosis, hypocritical tendencies, and introversion, along with usual risk factors associated with the disease, such as smoking, alcohol and diet.

For the purposes of this study, two groups of equal sample size (N=100) and similar age and sex were used. The disease group consisted of coronary disease patients about to use coronary angiography, due to a recent incident of myocardial infarction, while healthy individuals comprised the control group.

Data collection was accomplished with the following research tools:

1. Foulds' "hostility and direction of hostility questionnaire".
2. Eysenck's "personality questionnaire"
3. Willet's "recording the frequency of food consumption questionnaire"

The statistical analysis of the data showed that there was significant difference in extroversive hostility, neurosis and hypocritical tendency between the two groups. It was also found that the treatment group smoked more, consumed higher fat content food and drank more alcohol than the control group.

It can be concluded that the differences in personalities between the two groups is responsible for harmful choices and behaviour.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

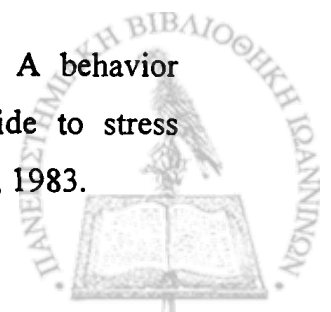
1. Groddeck GW. The meaning of illness: selected Psychoanalytic writing, London, 1925.
2. Τέιλορ ΓΚ. Ψυχοσωματική ιατρική και σύγχρονη ψυχανάλυση (μτφ) Ζερβός, Εκδ. Καστανώτη, Αθήνα, 2000:120-125.
3. Lipowski Z. Psychosomatic medicine in the seventies: An overview. *Am J Psychosom Med* 1977;46:153-171.
4. Ader R. Effects of early experience and differential housing on susceptibility to gastric erosions in lesion-susceptible rats. *Psychosom Med* 1970;32:569-580.
5. Jenkins CD, Zyzanski SJ, Friedman RHA. Comparative review of interview and questionnaire methods in the assessment of the coronary-prone behavior pattern in employed men. *J Chronic Dis* 1978;20:371-379.
6. Rosenman RH, Chesney MA. The relationship of type A pattern to coronary heart disease. *Activ Nerv Super* 1980;22:1-45.
7. Lamperiere T, Feline GA, Ades J, et al. Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενήλικων. Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα. Ιατρικές Εκδ. Λίτσας, Αθήνα, 1994:123-124.
8. Γ. Ποταμιανός. Θεωρίες προσωπικότητας και κλινική πρακτική, Εκδ. Παρισιάνος, Αθήνα, 1996.
9. Furnham A. Personality and activity preference. *Br J Soc Psychol* 1981;20:56-68.
10. Levey AB, Martin I. Personality and conditioning, London, 1981.
11. Χασάπης Ι. Θεωρίες προσωπικότητας. Εκδ Βασιλόπουλος, Αθήνα, 1980.
12. Pervin LA. Idiographic approaches to personality. In: Hunt J Mcv Endler N (eds) Personality and the behavior disorders, New York Wiley, 1983:261-282.
13. Kaplan IH, Sadock JB, Grebb AJ. Ψυχιατρική, Τόμος Α', Εκδ. Λίτσας, Αθήνα, 1996.
14. Allport FH, Allport GW. Personality traits: Their classification and measurement. *JASP* 1921;16:1-40.



15. Potamianos G. Attitudes and treatment expectancies of patients and general hospital staff in relation to alcoholism. *BMJ Psychology* 1985;58:63-66.
16. Plomin R, Chipuer HM, Loehlin JC. Behavioral genetics and personality. In: Pervin LA (ed) New York, Guilford Press, 1990:225-243.
17. Ιστορία της Ιατρικής Τόμος 1^{ος}, σελ. 31, Πάπυρος Πρες Ε.Π.Ε, Αθήνα, 1968.
18. Eysenck HJ. Fact and fiction in psychology. Penguin Books Ltd. Harmondsworth-Middlesex, England, 1965.
19. Δημητρίου ΧΕ. Το Eysenck personality questionnaire (E.P.Q.) στη μελέτη της προσωπικότητας του Έλληνα και η χρήση του στην κλινική πράξη. Διατριβή για υφηγεσία, Θεσσαλονίκη, 1977.
20. Eysenck HJ. Dimensions of personality. Routledge and Kegan Paul, London, 1942.
21. Eysenck H.J. The effects of psychotherapy: An evaluation. *J Consult Psychol* 1952;16:319-324
22. Eysenck HJ. The psychology of Politics. Routledge and Kegan Paul, London, 1954.
23. Eysenck HJ, Eysenck SBG. Manual of the E.P.Q. Personality Questionnaire. Hodder and Stoughton Educational, London, 1975.
24. Eysenck HJ. Neurosis and psychosis: an experimental analysis. *J M Science* 1956;102:517-529.
25. Eysenck HJ. Personality, stress and disease: An interactionist perspective. *Psychol Inquiry* 1991;2:221-222.
26. Hare RD. Psychopath and personality dimensions of psychoticism, London, 1982.
27. Rosenman RH, A predictive study of coronary heart disease, The Western Collaborative Group Study. *JAMA* 1964;189:15-22.
28. Rosenman RH, Relationship of type A behavior pattern to coronary heart disease, (ed) Selye S. Guide Research to stress, vol 2, Van Nonstandard Reinhold, New York, 1983.
29. Χαρτοκόλης Π. Εισαγωγή στην ψυχιατρική. Εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, 1991:115-117.



30. Rosenman RH. Coronary heart disease in the Western Collaborative Study: final follow up experience of 8.5 years. *JAMA* 1975;233:872-877.
31. Krantz DS, Durel LA. Psychobiological substrates of the Type A behavior pattern. *Health Psychol* 1983;2:393-411.
32. Smith TW, Anderson NB. Models of personality disease: an interactional approach to type A behavior and cardiovascular risk. *J Pers Soc Psychol* 1986;50:1166-1173.
33. Price VA. Type A behavior pattern: A model for research and practice. New York, Academic, 1982.
34. Price VA. Type A behavior pattern, Academic Press, New York, 1982.
35. Manuck SB, Kaplan JR, Matthews KA. Behavioral antecedents of coronary heart disease and atherosclerosis. *Arteriosclerosis* 1986;6:2-14.
36. Taylor CB, Dorian B. Stress factors in the development of coronary artery disease. *J Occup Medicine* 1984;26:747-756.
37. Damsa T, Moscu IK, Schioiu L, et al. Ischemic heart disease in relation with the type of behavior and the emotion state. *Med Intern* 1988;26:39-46.
38. Collins A, Frankenhaeuser M. Stress responses in male and female engineering students. *J human Stress* 1978;20:23-48.
39. Haynes SG, Feinleib M, Kannel WB. The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study III. Eight year incidence of coronary heart disease. *Am J Epidemiol* 1980;111:37-58.
40. Williams RB. Type A behavior, hostility and atherosclerosis. *Psychosom Med* 1980;42:539-549.
41. Manuck SB, Kaplan JR, Matthews KA. Behavioral antecedents of coronary heart disease and atherosclerosis. *Arteriosclerosis* 1986; 610:2-14.
42. Rosenman RH, Friedman M. Relationship of type A behavior pattern to coronary heart disease, (ed) Seyles Guide to stress research, vol 2, van Nonstandard Reinhold, New York, 1983.



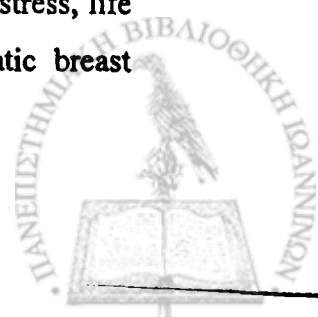
43. Alexander F Grune and Stratton. Psychosomatics medicine, its principles and applications New York, 1950.
44. Γιαννίτση Σ. Θέματα Ψυχοσωματικής. Εκδ. Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, 1996.
45. Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. University studio press Θεσσαλονίκη, 1991:449-456.
46. Greer S. Mind body research in psychology. *Adv Mind Body Med* 1999;154:236-244.
47. Heylighten F. Basic concepts of the systems approach. Principia Cybernetica Web, 1998.
48. Σιαφάκα Β. Συγκριτική μελέτη ψυχολογικών παραγόντων και χαρακτηριστικών της προσωπικότητας σε ασθενείς με καρκίνο των όρχεων και ομάδα υγιών ανδρών. Διατριβή στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, 2000.
49. Freud S. Beyond the pleasure principale. In the standard Edition of the Complete Psychological Work of Freud S, Strachey J (ed) London Hogarth Press, 1966:3-64.
50. Potamianoy A: Is the "chronos" of cancer time of the illness. *Eur School Oncol*, Athens, 1995:23-25.
51. Marty P, Uzan. M. La pense opératoire. *Revue Fr Psychoanal* 1963;27:1345-1356.
52. Jasmin C, Marty P, Herzberg R. Evidence for a link between certain psychological factors and the risk of breast cancer in a case-control study. *Ann Oncol* 1990;1:22-29.
53. Brenner C. The mind in conflict. International University Press, New York, 1982.
54. Freud S. In: Sandard Edition Of The Complete Psychological works of Freud S, Stachley J. Hogarth Press, London, 1956;2:1-305.
55. Spitz R. La premier annee de la vie de l'enfant. Genese des premieres relations objectales. Press Universite de France, Paris, 1958.
56. Mahler MS, Pine F, Bergman A. The birth psychological of human infant. Basic Books, New York, 1976.



57. Winnicott DW. Psychosomatic illness in the positive and negative aspects. *Int J Psychoanal* 1966;47:510-516.
58. Winnicott DW. *Playing and reality*. Harmondsworth: Penguin Books, London, 1974:210-211.
59. Winnicott DW. *Through Pediatrics to Psychoanalysis*. Hogarth Press, London, 1978.
60. Νικολής Ι. Διερεύνηση των αποτελεσμάτων της ομαδικής ψυχοθεραπείας σε ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες. Διδακτορική διατριβή στο τμήμα Ιατρικής Θεσσαλονίκη, 1996.
61. Σακελαρόπουλος Π. Σχέσεις μητέρας-βρέφους. Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 1998.
62. Τσιάντης Γ, Μανωλόπουλος Σ. Σύγχρονα Θέματα παιδοψυχιατρικής Τόμος 1^{ος} Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 1987;110-112.
63. Spitz R. Genesese des premieres relations objectales. Observations directes sur le nurisson pendant sa premiere annee. *Revue Francaise de Psychanalyse* 1954;15:4-5.
64. Amon GL. Analytic Group Psychotherapy as the Treatment and research of psychosomatic Disorders. In Wolberg Books, New York, 1980;127-144.
65. McDougall J. The psychosoma and the psychoanalytic process. *Rev Psycho Anal* 1974;1:437-439.
66. Jackson M. Psychopathology and Pseudo-normality. In ulcerative Colitis, 1977.
67. Jonson EO, Kamilaris TC, Chrousos GP, et al. Mechanisms of stress: A dynamic overview of Hormonal and behavioral homeostasis. *Neurosc Biobeh Rev* 1992;16:115-130.
68. Dunn AJ, Berridge CW. Physiological and behavioral responses to corticotropin releasing factor administration: is CRF a mediator of anxiety or stress responses. *Brain Res Rev* 1990;15:71-100.
69. McEwen BS, Brinton RE. Neuroendocrine aspects. *Prog Brain Res* 1987;72:11-26.



70. Calogero AE, Gallucci WT, Gold PW, et al. Multiple feedbacks, regulatory loops upon rat hypothalamic corticotropin-releasing hormone secretion. *J Clin Invest* 1988;82:767-774.
71. De Kloet ER. Brain corticosteroid receptor balance and homeostatic control frontiers. *Neuroendocrinology* 1991;12:95-96.
72. Gold PW, Goodwin FK, Chrousos GP, et al. Clinical and biochemical manifestations of depression: Relation to the neurobiology of stress (1st part). *N Engl J Med* 1988;319:348-353.
73. Gold PW, Goodwin FK, Chrousos GP, et al. Clinical and biochemical manifestations of depression: Relation to the neurobiology of stress (2st part). *N Engl J Med* 1988;319:413-420.
74. Munck A, Guyre P, Holbrook N. Physiological functions of glucocorticoids in stress and their relation to pharmacological actions. *Endocrin Rev* 1984;5:25-44.
75. Bakal D. In *Psychology and Medicine*, Springer, New York, 1979.
76. Cullen J, Fox B, Isom R. In *Cancer: The Behavioral Dimensions*, Raven Press, New York, 1976.
77. Pavlidis N, Chirigos M. Stress-induced impairment of macrophage tumoricidal function. *Psychosom Med* 1980;42:47-54.
78. Monod J. In *Le hasard et la necessite. Essai sur la philosophie naturelle de la biologie moderne*, (ed) du Senil, Paris 1970.
79. Lazarus RS, Averill JR, Opton EM. The psychology of coping. Issues on research and assessment. In: Coelho GV., Hamburg DA, Adams LE (ed) *Coping and Adaptation*. Basic Books, New York, 1974.
80. Lazarus RS. Coping with stress of illness. *WHO Reg Publ Eur Ser* 1992;44:11-31.
81. Lazarus RS. Coping theory and research: past, present and future. *Psychosom Med* 1993;55:234-247.
82. Lazarus RS. *Psychological stress and coping process*. Mc Graw Hill, New York, 1966.
83. Bulter L, Koopman C, Classen C, Spiegel D. Traumatic stress, life events and emotional support in women with metastatic breast



- cancer: cancer related traumatic stress symptoms associated with past and current stress. *Health Psychol* 1999;18:555-560.
84. Burgess C. Stress and cancer. *Cancer Surv* 1987;6:403-416.
 85. Potamianou A. Is the "chronos" of cancer the time of illness. *Eur School Oncol*, Athens, 1995:23-25.
 86. Holmes TS, Rahe RH. The social readjustment scale. *J Psychosom Res* 1967;11:213-218.
 87. Paykel E. Methodology of life events research. *Adv Psychosom Med* 1987;17:13-29.
 88. Brown F. The relationship between cancer and personality. *Ann N Y Acad Sci* 1966;125:865-873.
 89. Levenson JL, Bemis C. The role of psychological factors in cancer onset and progression. *Psychosomatics* 1991;32:124-132.
 90. Moos R. Human adaptation: coping with life crises. Lexington, KY, DC Health, 1976.
 91. Lijia A, Smith G, Malmstrom P, et al. Attitude towards aggression and creative functioning in patients with breast cancer. *Percept Mot Skills* 1998;87:291-303.
 92. Faller H, Bulzebruck H, Schilling S, et al. Do psychological factors modify survival of patients? Results of an empirical study with bronchial patients. *Psychol Med* 1997;47:206-218.
 93. Βασιλείου Γ. Ο άνθρωπος ως σύστημα: Μια παρουσίαση για τον παιδοψυχίατρο. Στο: Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής. Τσιάντης Γ, Μανωλόπουλος Σ. Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 1987.
 94. Παπαδάτου Δ. Στρες και παρέμβαση στην κρίση. Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1995:91-109.
 95. Βελίκης Γ. Συγκριτική μελέτη γεγονότων ζωής και ψυχολογικών χαρακτηριστικών (άγχους, κατάθλιψης, αλεξιθυμίας) σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου, ασθενείς με στεφανιαία νόσο και υγιή άτομα. Διδακτορική διατριβή, Ιατρική Σχολή Ιωαννίνων 2000.
 96. Caplan G. Principles of preventive psychiatry, basic books. New York, 1964



97. Δαμίγος Δ. Η ψυχολογική διάσταση στην καρκινική διεργασία. Διδακτορική διατριβή, Ιωάννινα, 1990.
98. Δαμίγος Δ. Σημειώσεις Ιατρικής ψυχολογίας Εκδ. Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, 1996.
99. Bolger N, Foster M, Vinokur A. Close relationship and adjustment to a life crisis. *J Pers Soc Psychol* 1967;2:283-284.
100. Zervas I, Patient delays in cancer. A review from the crisis model. *Gen Hosp Psychiatry* 1993;15:9-13
101. Damigos D, Siafaka V, Voulgari PV, et al. The impact of life events on patients with rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 1998;16:350.
102. Pelletier, K. In: *Mind as Healer, Mind as Slayer*. Delta, New York, 1979.
103. Eliot RS. Coronary artery disease: Behavioral factors. *Circulation* 1987;76:1-110.
104. Rozanski A, Bairey W, Krantz DS. Mental stress and the induction of silent myocardial ischemia in patients with coronary artery disease. *N Engl J Med* 1988;318:1005-1012.
105. Weidler DJ. Myocardial damage and cardiac arrhythmias after intracranial hemorrhage. *Stroke* 1974;5:384-392.
106. Weintraub BM, McHenry LC. Cardiac abnormalities in subarachnoid hemorrhage: a resume. *Stroke* 1974;5:384-392.
107. Hackenberry LE, Miner ME, Rea GL, et al. Biochemical evidence of myocardial injury after severe head trauma. *Crit Care Med* 1982;10:641-644.
108. Samuels MA. Electrocardiographic manifestations of neurologic disease. *Semin Neurol* 1984;4:453-461.
109. Perloff J. Neurologic disorders and heart disease, in heart disease, a textbook of cardiovascular medicine. (ed) Braunwald E, New York, WB Saunders, 1782-1799.
110. Melin J, Fogelhom R. Electrocardiographic findings in subarachnoid hemorrhage. *Acta Med Scand* 1988;213:5-8.



111. Ketterer MW, Maercklein GH. Caffeinated beverage use among type A male patients suspected of CAD/CHD: a mechanism for increased risk stress. *Medicine* 1991;7:119-124.
112. Yamor BJ, Sridharan MR, Rice JF, et al. Electrocardiographic changes in cerebrovascular accidents. *JAMA* 1981;246:1314-1317.
113. Mikolich JR, Jacobs WC, Fletcher GF. Cardiac arrhythmias in patients with acute cerebrovascular accidents. *JAMA* 1981;246:1314-1317.
114. Frasure Smith N. Levels of somatic awareness in relation to angiographic findings. *J Psychosom Res* 1987;31:545-554.
115. Verrier RL, Calvert A, Lown B. Effect of posterior hypothalamic stimulation on ventricular fibrillation threshold. *Am J Physiol* 1975;228:923-927.
116. Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. Epidemiologic Research: Principles and quantitative methods. Van Nostrand Reinhold, New York, 1982.
117. Ketterer M. Secondary prevention of ischemic heart disease. The case for aggressive behavioral, monitoring and intervention. *Psychosomatics* 1993;34:478-484.
118. Friedman M. Type A behavior: a frequently misdiagnosed and rarely treated medical disorder. *Am Heart J* 1989;115:930-936.
119. Demobroski TM, MacDougall JM, Costa PT, et al. Components of hostility as predictors of sudden death and myocardial infraction in the multiple risk factor intervention trial. *Psychosom Med* 1989;51:514-522.
120. Ahern DK, Gorkin L, Anderson JL. Biobehavioral variables and mortality or cardiac arrest in the cardiac arrhythmia pilot study (CAPS). *Am J Cardiology* 1990;66:59-62.
121. Carney RM, Rich MW, Freedland KE. Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease. *Psychosom Med* 1988;10:627-633.
122. Appels A, Mulder P. Fatigue and heart disease: the association between "vital exhaustion", and past, present, and future heart disease. *J Psychosom Res* 1989;33:727-738.



123. Patillo J, Thoreson CE, Buchanan GM, et al. Depressive behavior pattern, explanatory style, anger and type A as predictors of coronary recurrence. *Behav Med* 1990;3:295-299.
124. Ketterer MW, Kenyon L, Rhoads K, et al. Alexithymia and CAD status in males undergoing coronary angiography's. *Psychosom Med* 1991;53: 227-228.
125. Heilman KM, Schwartz HD, Watson RT. Hypoarousal in Patient and the neglect syndrome and emotional indifference. *Neurology* 1978;28:229-232.
126. Ketterer MW. Randomized clinical trials in heart disease. *JAMA* 1989;261:2952-2953.
127. Franck C, Smith S. Behavioral aspects of sudden cardiac death. *Psychosomatics* 1990;3:255-264.
128. Ketterer MW, Roehrs T, Brymer J, et al. Nocturnal awakening, sleep latency, and snoring in males undergoing coronary angiography an age/SES matched controls. *Psychos Med* 1991;38:59-60.
129. Ketterer MW, Kenyon LW, Gheorgiade M, et al. Psychological factors related to prehospital delay during acute myocardial infraction. *Circulation* 1991;84:1969-1976.
130. Robbins ML, Contrada RJ, Lacy CR, et al. The role of type A behavior in delay seeking treatment for suspected coronary artery disease. *Behav Med* 1989;10:116-117.
131. Πλάτωνος Πολιτεία Δ', Εκδ. Πάπυρος. Αθήνα 1960;60-313.
132. Δημητράκου Δ. Μέγα Λεξικόν όλης της Ελληνικής Γλώσσας, Αθήνα 1994:2774.
133. Αυγουστίδης Α. Η ανθρώπινη επιθετικότητα. ποιμαντική και ψυχολογική προσέγγιση στην κλίμακα του Αγ. Ιωάννου του συνετού Εκδ. Ακρίτας Αθήνα, 1999.
134. Freud S, Draft N In: Extracts from the Flieess Pappers, S.E, vol 1, Hogarth Press, London, 1897.
135. Gillespie W. Aggression and instinct theory. *IJPA* 1971;2:155-160.
136. Klein M. Notes on some schizoid mechanisms. *IJPA* 1949;2:209-238.



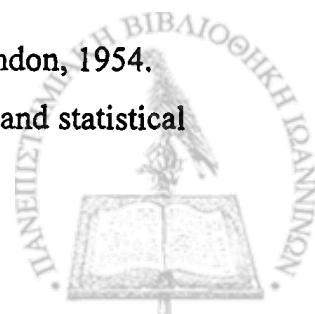
137. Klein M. Some theoretical conclusions regarding the emotional life on the infant. 1952.
138. Παπαδοπούλου Ν. Επιθετικότητα: κλασικές θεωρίες και πειραματικές διαπιστώσεις, Η επιθετικότητα στην οικογένεια, στο σχολείο και στην κοινωνία, Εκδ. Ελληνικά γράμματα, Επιμ. Ι. Νέστορος, Αθήνα, 1992:24.
139. Gillespie WH. Aggression and instinct theory. *Int J Psychoanal* 1971;52:156.
140. Winnicott DW. Οι ρίζες της επιθετικότητας, το παιδί, η οικογένεια και ο εξωτερικός του κόσμος, Μτφρ. Θεόδωρος Παραδέλλης, Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 1976:270-271.
141. Kohut H. The analysis of the self, I.U.P. New York ,1971.
142. Nathaniel London, An Appraisal of self psychology. *IJPA* 1985;66:104.
143. Greider K. Reckoning with aggression: Investigations in violence and vitality *JHL T* 1996;6:141.
144. Λιάκος Α. Σχέσεις άγχους και επιθετικότητας. Ανακοίνωση στο συνέδριο της Ελληνικής Νευρολογικής και ψυχιατρικής εταιρίας 1974.
145. Μάνου Ν. Ερμηνευτικό λεξικό ψυχιατρικών όρων. Εκδ. University Studio Press, Β' Έκδ. Θεσσαλονίκη, 1987:18.
146. Manuck SB, Kaplan JR, Matthews. KA. Behavioral antecedents of coronary heart disease and atherosclerosis. *Arteriosclerosis* 1996;6:2-14.
147. Barefoot JC, Dahlstrom WC, Williams RB. Hostility, CHD incidence and total mortality: a 25- year follow-up study of 255 physicians. *Psychosom Med* 1983;45:59-63.
148. Shekelle RB, Gale M, Ostifield A, et al. Hostility, risk of coronary heart disease, and mortality. *Psychosom Med* 1989;12:165-175.
149. Barefoot JC, Dodge KA, Peterson BL, et al. The Cook-Medley hostility scale: item content and ability to predict survival. *Psychosom Med* 1991;51:46-56.



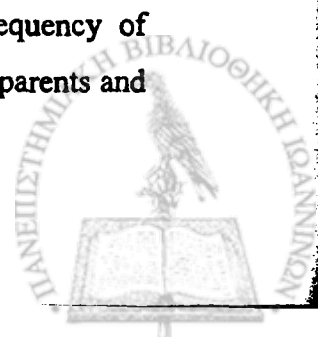
150. Almada SJ, Zonderman AB, Shekelle RB, et al. Neuroticism and cynicism and risk of death in middle-aged men: the Western Electric Study. *Psychosom Med* 1989;53:105-121.
151. Biondi M, Reda G. L' ipertensione arteriosa, in Pancheri P. (a cura di), Trattato di medicina psicosomatica, Uses, Firenze aged men: the Western Electric Study. *Psychosom Med* 1984;53:105-120.
152. Spielberg CD. The experience of anger expression scale. (eds) Chesney MA, Rosenan RH. Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders, Hemisphere Publishing Corp, Washington, 1985.
153. Bellatera M, Mateoli S. La cardiopathia ischemica, in Pancher P. (a cura di), Trattato di medicina psicosomatica, Uses, Firenze, 1984.
154. Dembroski TM, MacDougall JM, Dimsdale JE, et al. Components of type A, hostility, and anger-in further relationships to angiographic findings. *Health Psychol* 1988;54:137-152.
155. Dembroski TM, MacDougall JM, Williams RB, et al. Components of type A, hostility, and anger In: relationship to angiographic findings. *Psychosom Med* 1985;47:219-233.
156. Bajwa WK, Asns GM, Sanderson WC, et al. High cholesterol levels in patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1992;149:376-378.
157. Yates WR, Wallace R. Cardiovascular risk factors in affective disorder. *J Affect Disord* 1987;12:129-134.
158. Noyes R, House JD. Mortality among outpatients with anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1986;143:508-510.
159. Noyes R, House JD. Mortality among outpatients with anxiety disorders *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:701-703.
160. Siegler IC, Peterson BL, Barefoot JC, et al. Hostility during late adolence predicts coronary risk factors at mid-life. *Am J Epidemiol* 1992;136:214-215.
161. Weidner G, Sexton G, McLellarn R, et al. The role of type A behavior and hostility in an elevation of plasma lipids in adult women and men. *Psychosom Med* 1987;49:136-145.



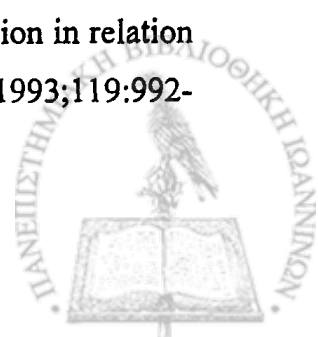
162. Fava M, Rosenbaum JF, McCarthy M, et al. Anger attacks in depressed outpatients. *Psychopharmacol Bull* 1991;27:275-279.
163. Κουλάκογλου Κ. Ψυχομετρία και ψυχολογική αξιολόγηση. Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 1998:103-105.
164. Dembroski TM, MacDougall JM. Behavioral and psychophysiological perspectives on coronary-phone behavior, in *Biobehavioral Bases of coronary heart disease*, (ed) Dembroski TM, Schmidt TN, Blumchen G. Karger New York, 1983.
165. Overall JE. The Brief Psychiatric Rating Scale in psychopharmacology: Modern problems in *Pharmacopsychiatry*, (ed) by Pichot P, Olivier-MR, Basel S, Karger, 1974.
166. Oxenkrug GF, Branconnierr RJ, Harto-Truax N, et al. Is serum cholesterol a biological marker for major depressive disorder? *Am J Psychiatry* 1983;140:920-921.
167. Pearson TA, Derby CA. Should arteriographic case-control studies be used to identify cause of atherosclerotic coronary artery disease? *Am J Epidemiol* 1991;134:123-128.
168. Spielberg CD. Assessment of anger; the state-trait Anger scale, 1983.
169. Butcer J.N, Spielberd C.D. *Advances in personality Assessment*, (ed), L. Erbaum Assoc, Hillsdale, 1983.
170. Williams RB, Anderson NB. *Hostility and coronary heart disease*, edited by Elias JW, Marsall PH, Washington, DC Hemisphere/Harper and Row, 1987:17-37.
171. Store A. *Ανθρώπινη επιθετικότητα*, Μτφ. Μαρίνα Λώμη Εκδ. Γλάρος, Αθήνα 1979.
172. Γιουγκ Καρλ. *Ψυχολογικοί τύποι*. Μτφ. Αντζάκα Σ, Εκδ. Αντίχεια, 1980: 117-118, 496-563, 567-617.
173. Lubin A. *Some contributions to the testing of psychological hypothesis by means of statistical multivariate analysis*: Thesis. London, 1951.
174. Eysenck HJ. *The psychology of politics*. Kegan P, London, 1954.
175. Eysenck HJ. *Psychiatric diagnosis as a psychological and statistical problem*. *Psychol Rep* 1995;3:17.



176. Sperling M. Psychosis and psychosomatic illness. *IJPA* 1955;36:320-327.
177. Green A. The analyst, symbolization and absence in the analytic setting on changes in analytic practice and analytic experience. *IJPA* 1975;56:1-22.
178. Etchegoyen RH. Some thoughts on transference pervasion. *IJPA* 1978;59:45-53.
179. Rosenfeld HA. The relationship between psychosomatic symptoms and latent psychotic states. *Bull. Br Psychoanal Soc* 1978;4:12-30.
180. Gallwey PLG. Symbolic dysfunction in the perversions: Some related clinical problems. *IRPA* 1979;6:155-161.
181. Klein G. Autistic phenomena in neurotic patients. *IJPA* 1980;61:395-402.
182. Grostein JS. A proposed revision of the psychoanalytic concept of primitive mental states: I. Introduction to a newer psychoanalytic-metapsychology. *Contemp Psychoanal* 1980;16:479-546.
183. Παπανούτσος ΕΠ. Ψυχολογία, Εκδ. Δωδώνη, Αθήνα, 1972:199.
184. Στέφα Μ. Καρδιολογική νοσηλευτική, Εκδ. Γραφικές Τέχνες, Αθήνα, 1992:145-146
185. Σιδερης Δ. Πρωτοβάθμια καρδιολογία. Εκδ. Παρισιάνος Αθήνα, 1991:268-269.
186. Willis J, Joseph S. Διαγνωστικός άτλας της καρδιάς. Εκδ. Παρισιάνος Αθήνα, 1988:110-112.
187. Neufeld HN, Goldbourt MA. Coronary heart disease. Genetic aspects. *Circulation* 1983;67:94-96.
188. Gordon T, Carcia -Palmieri MR, Kagan A, et al. Differences in coronary heart disease in Framingham, Honolulu And Puerto Rico. *J Chronic Dis* 1974;27:32-34.
189. Pensnen E, Norio R. Thickening in the coronary arteries in infancy as an indication of genetic factors in CHD. *Circulation* 1975;51:218.
190. Phillips RL, Lilienfeld AM, Diamond EL, et al. Frequency of coronary heart disease and cerebrovascular accidents in parents and



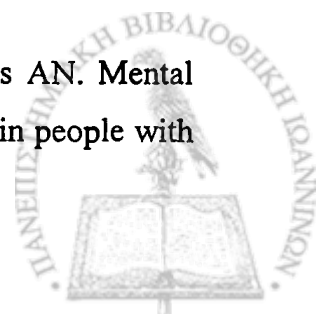
- coronary heart disease index cases and controls. *Am J Epidemiol* 1974;87:100-102.
191. Rissanen AM. Familial occurrence of Coronary heart disease; effect of age at diagnosis. *Am J Cardiol* 1979;3:44-60.
192. Sanberg LB, Soskel NT, Leslie JG. Elastin structure, biosynthesis and relation to disease states. *N Eng Med* 1981;304:566.
193. Thelle DS, Forde OH. The cardiovascular study in Finnmark Country: coronary risk factors and occurrence of myocardial infarction in first-degree relatives and in subjects of different ethnic origins. *Am J Epidemiol* 1979;6:110-118.
194. Τούτουζας Π, Μπουντούλας Χ. Καρδιακές Παθήσεις τόμος 3^{ος} Εκδ. Παρισιάνος, Αθήνα, 1992:1945-1946.
195. Doll R, Reto R, Wheatley K, et al. Mortality in relation to smoking: 40 years observation on male British doctors. *BMJ* 1994;309:901-911.
196. Ockene IS, Miller NH. Cigarette smoking, cardiovascular disease, and stroke: a statement for healthcare professions from the American Heart Association: American Heart Association Task Force on Risk Reduction. *Circulation* 1997;96:3243-3247.
197. Prescott E, Schnohr P, Hein HO, Vestbo J. Smoking and the risk of myocardial infarction in women and men: Longitudinal population study. *BMJ* 1998 316:1043-1047.
198. Wilhelmsen L. Coronary heart disease: epidemiology of smoking and intervention studies of smoking. *Am Heart J* 1988;115:242-249.
199. Manson JE, Tosteson H, Ridker PM, et al. The primary prevention of myocardial infarction. *N Engl J Med* 1992;326:406-416.
200. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. *N Engl J Med* 1997;314:112-117.
201. Kawachi J, Colditz GA, Stamfer MJ. Smoking cessation in relation to total mortality rates in women. *Ann Intern Med* 1993;119:992-1000.



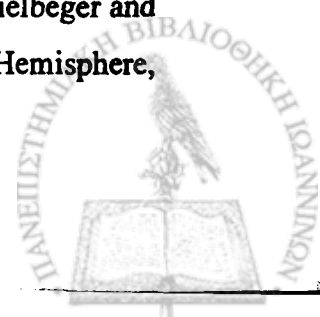
202. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ* 1997;315:973-982.
203. Jiang HE, Suma V, Krista AI, et al. Passive smoking and the risk of coronary heart disease-a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med* 1999;340:920-926.
204. Wells AJ. Passive smoking as a cause of heart disease. *J Am Coll Cardiol* 1994;24:546-554.
205. Glantz SA, Parmley WW. Passive smoking and heart disease: mechanisms and risk. *JAMA* 1995;273:1047-1053.
206. Steenland K, Thun M, Lally C, et al. Environmental tobacco smoke and coronary heart disease in American Cancer Society CPS-II cohort. *Circulation* 1996;94:622-628.
207. Taylor AE, Johnson DC, Kazemi H. Environmental tobacco smoke and cardiovascular disease: a position paper from the Council on Cardiopulmonary and Critical Care, American Heart Association. *Circulation* 1992;86:699-702.
208. Yano K, Reed DM, McGee DL. Ten-year incidence of coronary heart disease in Honolulu Heart Program: relationship to biological and life style characteristics. *Am J Epidemiol* 1984;119:653-66.
209. Otsuka R, Watanabe H, Hirata K, et al. Acute effects of passive smoking on the coronary circulation in healthy young adults. *JAMA* 2001;286:436-441.
210. Πλέσσα Σ. Διαιτητική του ανθρώπου. Εκδ. Φάρμακον-Τύπος Αθήνα, 1993:15-19.
211. Antonio M, Gotto Jr. Διαταραχές των λιπιδίων, σύγχρονες τάσεις στη διάγνωση και αντιμετώπιση. Εκδ Βαγιονάκη, Μτφ Σαμπουντζάκης, Αθήνα, 2002.
212. Τσιαντής Γ, Μανωλόπουλος Σ. Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής Εκδ Καστανιώτη, Αθήνα, 1988:261-262.
213. Welin C, Lappas G, Wilhelmsen L. Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infraction. *J Intern Med* 2000;247:629-639.



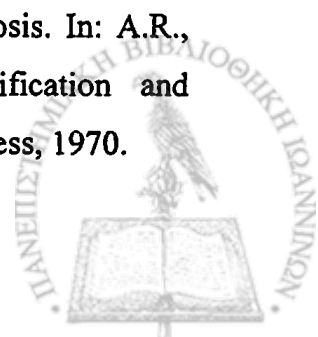
214. Dembroski TM, Macdougall JM. Behavioral and psychophysiological perspectives on coronary-prone behavior, In: Biobehavioral bases of coronary heart disease, (ed) by Dembroski TM Schmidt TN, Blumechen G. Karger, New York, 1983.
215. Edwards J, Diclemente C, Samules M. Psychological characteristics: a pretreatment survival marker of patients with testicular cancer. *J Psychosoc Oncol* 1985;3:79-74.
216. Μάνος Ν, Butcher JN. MMPI: Οδηγός χρήσης και ερμηνείας. Θεσσαλονίκη, 1982.
217. Eysenck HJ, Eysenck SBG. Manual of the E.P.Q. Personality Questionnaire. Hodder and Stoughton Educational, London, 1975.
218. Lawrence A, Pervin-Oliver J. Μτφ. Αλεξανδροπούλου-Α, Δασκαλοπούλου Ε, Εκδ. Δαρδάνος, Αθήνα, 2001:310-313.
219. Eysenck HJ. The biological basis of personality. Springfield: C.C Thomas. 1967.
220. Eysenck, SBG, Eysenck. HJ. A factor-analytic study of the Lie scale of the Junior Eysenck Personality Inventory. *Personality* 1970;3:10.
221. Eysenck HJ, Eysenck SBG. A factorial study of psychotism as a dimension of personality. *Behav Research*, Special Issue, 1968;5:31-32.
222. Eysenck SBG, Eysenck HJ. The questionnaire measurement of psychotism. *Psych Med* 1972;1:50-55.
223. Foulds GA. Personality and personal illness. Tavistock publications 1965.
224. Freud S. A general introduction to psychoanalysis. Boni, Liveright, New York, 1920.
225. Freud S. The Ego and the Id: Institute of Psychoanalysis and Hogarth Press London, 1927.
226. Philip AE. The constancy of structure of Hostility Questionnaire. *Brit J Soc* 1968;13:283-287.
227. Aggelopoulos N, Tzivaridou D, Nikolau N, Pavlidis AN. Mental symptoms, hostility features and stressful life events in people with cancer. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:44-50.



228. Kaufman IC, Rosenblum LA. The reaction to separation in infant monkeys: Analytic depression and conservation-withdrawal. *Psychosom Med* 1967;29:648-675.
229. Megargee EI, Hokanson JE. The Dynamics of aggression: Individual, Group, and International Analysis Harper and Row, NY Evanston and London, 1970.
230. Miller NE. The frustration-aggression hypothesis. *Psychol Rev* 1941;48:337-342.
231. Feshbach S. The drive Reducing Factor of fantasy behavior. *J Abnorm Soc Psychol* 1955;59:3-11.
232. Hokanson JE, Burges M, Cohen MF. Effects of displaced aggression on systolic blood pressure. *J Abn Psychol* 1963;67:214-218.
233. Angelopoulos N. Psychiatric symptoms and changes of hostility structure. Thesis, the University of London, 1982.
234. Dalton K. The premenstrual Syndrome C.C. Thomas, Springfield, 1964.
235. Foulds GA. Some differences between neurosis and character disorders. *Br J Clin Psychol* 1967;6:52-59.
236. Philip AE. The constancy of structure of hostility Questionnaire. *Br J Psychiat* 1968;123:435-439.
237. Caine TM, Foulds GA, Hope K. Manual of the Hostility and direction of hostility Questionnaire. University of London Press, London, 1967.
238. Philip AE. The development and use of the Hostility and direction of hostility Questionnaire. *Br J Psychiatr* 1969;123:435-439.
239. Αγγελόπουλος Ν. Μεταβολές της επιθετικότητας κατά την πορεία του άγχους σε ψυχιατρικούς ασθενείς. *Εγκέφαλος* 1986;23:22-27.
240. Αγγελόπουλος Ν. Το επίπεδο και η δομή της επιθετικότητας δύο νεανικών πληθυσμών. *Εγκέφαλος* 1984;21:118-123.
241. Liakos A, Makridis M, Kokkevi A, et al. The relation of anxiety to hostility and frustration in neurotic patients In: C.D. Spielbeger and I.G. Sarason (ed) Stress and anxiety: Washington: Hemisphere, 1977:210-211.



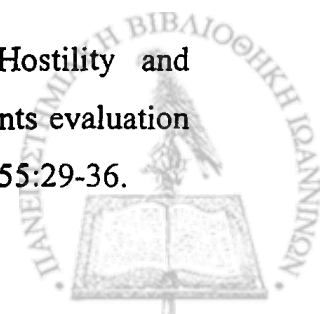
242. Λιάκος Α, Μακρίδης Μ, Κοκκεβή Α. Σχέσεις άγχους, εχθρικής διαθέσεως και αντιδράσεως εις την ματαίωσιν εις νευρωσικούς ασθενείς. *Εγκέφαλος* 1975;3:167-177.
243. Lyketsos GC, Blackburn IM, Tsiantis J. The movement of hostility during recovery from depression. *Psychol Med* 1978;8:145-149.
244. Αγγελόπουλος Ν, Οικονόμου Μ, Απέργης Ν, Δαρδελάκου Ν. Άγχος και κατάθλιψη σε μια ομάδα μαθητών λυκείου *Εγκέφαλος* 1987;24:16-20.
245. Eysenck SBG. The junior Eysenck Personality Inventory. London, University of London Press, 1956.
246. Eysenck HJ. The scientific Study of personality. Routledge and Kegan Paul, London, 1952.
247. Eysenck HJ. The manual of the Maudsley Personality Inventory. London, University of London Press, 1959.
248. Eysenck HJ. Modes of personality. In: Eysenck, HJ, The Measurement of personality. M.T.P Press Limited, Lancaster England, 1976:1.
249. Δημητρίου Ε, Λογοθέτης Ι. Διεύρυνση της προσωπικότητας δια του Μ.Ρ.Ι. σε Έλληνες σπουδαστές. *Νευροψυχιατρικά Χρονικά*. 1976;12:198-204.
250. Verma RM, Eysenck HJ. Severity and type of psychotic illness as a function of personality. *Br J Psychiat* 1973;122:563-585.
251. Allsopp JF. Investigations into the applicability of Eysenck's theory to the antisocial behavior of schoolchildren. Thesis London, 1975.
252. Allsopp JF, Feldman MP. Extraversion, neurotism, psychotism and antisocial behavior in school girls. *Socl Behavior Personal* 1974;2:184-190.
253. Eysenck HJ. Masculinity-Feminity, Personality and Sexual attitudes. *J Research* 1971;7:83-88.
254. Eysenck HJ. A dimensional system of psychodiagnosis. In: A.R., Mahrer. New Approaches to personality. Classification and Psychodiagnosis. New York, Columbia University Press, 1970.



255. Eysenck SB, Eysenck HJ. The personality of female prisoners. *Br J Psychiatry* 1973;122:693-698.
256. Wilson G. Inheritance of personality traits. *Acta Psychologica* 1964;11:37-51.
257. Willet WC, Reynolds RD, Cotrell_Hoehner S, Sampson L, Browne ML. Validation of a semi-quantitative food frequency questionnaire: comparison with a 1-year diet record. *J Am Diet Assoc* 1987;87:43-47.
258. Dwer JT. Assessment of dietary intake. In: Shils ME, Young VR, (eds) *Modern Nutrition in health and disease* (ed) Philadelphia, Febiger, 1988.
259. Karvetti R, Knutw L. Validity of the 24-hour dietary recall. *J Am Diet Assoc* 1985;85:1437-1444.
260. Krall EA, Dwyer JT. Validity of a food frequency questionnaire and a food in a short-term recall situation. *J Am Diet Assoc* 1987;87:1374-1376.
261. Conner SL, Gustafson JR, Artaud-Wild SM, et al. The cholesterol-saturated fat index for coronary prevention: background, use, and a comprehensive table of foods. *J Am Diet Assoc* 1989;89:807-816.
262. Peterson M, Peterson K. *Eat to complete. A guide to sports Nutrition.* Chicago, III: Year Book Medical Publishers Inc, 1988.
263. Moses K, Manore MM. Development and testing of a carbohydrate-monitoring tool for athletes. *J Am Diet Assoc* 1991;91:962-965.
264. Hayward C, Taylor CB, Roth WT, et al: Plasma lipid levels in-patient with panic disorder or agoraphobia. *Am J Psychiatry* 1989;146:917-919.
265. Foulds GA. *The Hierarchical nature of personal illness.* Academic Press London, 1976.
266. Nemeth G, Mezei A. Personality traits of cancer patients compared with benign tumor patients. In: *psychosomatic aspects of neoplastic disease.* Kissen DM, Leshan LL (ed) JB. Lippincott, Philadelphia, 1964;12-17.



267. Nemeth G, Mezei A. Prognostical aspects of cancer on the basis of clinical and Psychological data. *Acta Med Psychosom* 1969;1:625-626.
268. Yates, AJ. Frustration and Conflict. London: Methuen. 1962:100-307.
269. Fava M, Rosenbaum JF, McCarthy M, et al. Anger attacks in unipolar depression-Part I: Clinical correlates and response to fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry* 1993;150:1158-1163.
270. Sperling M. The role of the mother in psychosomatic disorder in children. *Psychosom Med* 1949;11:377-385.
271. Sperling M. Psychoanalytic study of ulcerative colitis children. *Psychoanal Quart* 1946;15:302-329.
272. Sperling M. Symposium on disturbances of the digestive tract:II. Unconscious phantasy life and object relationships in ulcerative colitis. *IJPA* 1960;41:450-455.
273. Knox SS, Adelman A, Ellison RC, et al. Hostility, social support, and carotid artery atherosclerosis in the national heart, Lung, and Blood institute Family Heart Study. *Am J Cardiol* 2000;86:1086-1089.
274. Matthews KA, Owens JF, Kuller LH, et al. Are hostility and anxiety associated with carotid atherosclerosis in healthy postmenopausal women? *Psychom Med* 1998;60:633-638.
275. Grodman AH, Bell PA, DeBusk RF. Sudden death during ambulatory monitoring: clinical and electrocardiographic correlations: report of a case. *Circulation* 1977;55:210-211.
276. Lily A, Sally HA, Joel A, et al. Hostility predicts recurrent Events among postmenopausal woman with coronary heart disease. *Am J Epidemiol* 2002;156:1092-1099.
277. Low KG, Fleisher C, Colman R, et al. Psychosocial variables, age and angiographically-determined coronary artery disease in women. *Ann Behav Med* 1998;3:221-226.
278. Helmers KF, Krantz DS, Howell PH, et al. Hostility and myocardial ischemia in coronary artery disease patients evaluation by gender and ischemic index. *Psychosom Med* 1993;55:29-36.



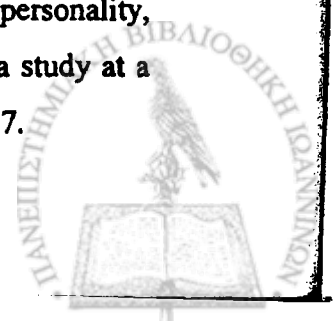
279. Williams RB, Haney TL, Lee KL, et al. Type A behavior, hostility, and coronary atherosclerosis. *Psychosom Med* 1980;42:539-549.
280. Goodman M, Quigley J, Moran G, et al. Hostility predicts restenosis after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Mayo Clin Proc* 1996;71:729-734.
281. Robbins ML, Contrada RJ, Lasy CR, et al. The role of type A behavior in delay in seeking treatment for suspected coronary artery disease. *Behav Med* 1989;2:110-116.
282. Kenyon LW, Ketterer MW, Gheorgiade M, et al. Psychological factors related to prehospital delay during acute myocardial infarction. *Circulation* 1991;84:1969-1976.
283. Jern C, Eriksson E, Tengborn L, et al. Changes in plasma coagulation and fibrinolysis in response to mental stress. *Thromb Haemost* 1989;62:767-771.
284. Powch IC, Houtson BK. Hostility, anger, and cardiovascular reactivity in white women. *Health Psychol* 1996;15:200-208.
285. Spicer J, Chamberlain K. Cynical hostility, anger, and resting blood pressure. *J Psychosom Res* 1996;40:359-368.
286. Vitaliano PP, Russo J, Bailey SL, et al. Psychosocial factors associated with cardiovascular reactivity in Older adults. *Psychosom Med* 1993;55:164-177.
287. Vitaliano PP, Scanlan JM, Zhang J, et al. A path model of chronic stress, the metabolic syndrome, and coronary heart disease. *Psychosom Med* 2002;64:418-435.
288. Rutledge T, Linden W, Davies RF. Psychological risk factors may moderate pharmacological treatment effects among ischemic heart disease patients. Canadian Amlodipine/Atenolol in Silent Ischemia Study (CASIS) Investigators. *Psychosom Med* 1999;61:834-841.
289. Rutledge T, Reis SE, Olson M, et al. Psychosocial variables are associated with atherosclerosis risk factors among women with chest pain: the WISE study. *Psychosom Med* 2001;63:282-288.
290. Nademanee K, Intarachot V, Singh PN, et al. Characteristics and clinical significance of myocardial infarction in unstable angina. *Am J Cardiol* 1986;58:26-33.



291. Wellens HJ, Vermeulen A, Durrer D. Ventricular fibrillation occurring on arousal from sleep by auditory stimuli. *Circulation* 1972;46:661-665.
292. Mitsutake A, Takeshita A, Kuroiwa A, et al. Usefulness of the valsava maneuver in management of the long Q-T syndrome. *Circulation* 1981;63:1029-1035.
293. Shekelle RB. Hostility, risk of coronary heart disease and mortality. *Psychosom Med* 1983;45:109-114.
294. Shekelle RB, Hulley SB, Neaton J, et al. The MRFIT behavioral pattern study. I Type behavioral pattern and risk of coronary death in MRFIT. *Am J Epidemiol* 1985;122:559-560.
295. Maruta T, Hamburgren ME, Jennings CA, et al. Keeping hostility in perspective: coronary heart disease and the Hostility Scale on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Mayo Clin Proc* 1993;682:109-114.
296. Bareffot JG, Dahlstorm W, et al. Hostility, CHD incidence, and total mortality: a 25-year follow up of 255 physicians *Psychosom Med* 1983;45:59-63.
297. Blumenthal JA, Barefoot J, Burg MM, Williams RB Jr. Psychological correlates of hostility among patients undergoing coronary angiography. *Br J Med Psychol* 1987;60:349-355.
298. Barefoot JC, Peterson BC, Harrell FE, et al. Type A behavior and survival: a follow up study of 1,467 patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1987;64:427-432.
299. Barefoot JC, Dodge KA, Peterson BL. The Cook-Medley hostility scale: item content and ability to predict survival. *Psychosom Med* 1987;51:46-56.
300. Barefoot JC, Peterson BL, Dalhstrom WC, et al. Hostility patterns and health implications: correlates of Cook-Medley Hostility Scale scores in a national survey. *Health Psychol* 1991;10:18-24.
301. Angerer P, Siebert U, Kothny W, et al. Impact of social support, cynical hostility and anger expression on progression of coronary atherosclerosis. *J Am Coll Cardiol* 2000;15:36-38.



302. Nishi N, Nabto S, Shimai S, et al. Effects of hostility and lifestyle on coronary heart disease among middle-aged urban Japanese. *J Epidemiol* 2001;6:243-248.
303. Williams JE, Nieto FJ, Sanford CP. Effects of on angry temperament on coronary heart disease risk: The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Am J Epidemiol* 2001;3:230-235.
304. Niaura R, Banks SM, Ward KD, et al. Hostility and the metabolic syndrome in order males: the normative aging study. *Psychosom Med* 2000;62:7-16.
305. Krantz DS, McCeney MK. Effects of psychological and social factors on organic disease: a critical assessment of research on coronary heart disease. *Annu Rev Psychol* 2002;53:341-369.
306. Myrtek M. Meta-analyses of prospective studies on coronary heart disease, type a personality, and hostility. *Int J Cardiol* 2001;79:245-251.
307. Stoney CM, Engebretson TO. Plasma homocysteine concentrations are positively associated with hostility and anger. *Life Sci* 2000;66:267-275.
308. Calwell AB, O' Hare Ch. A handbook of MMPI personality types Clinical Psychological Services, Santa Monica, California, U.S.A, 1975.
309. Silverman I, Shulman AD. A conceptual model of artifact in attitude change studies. *Sociometry* 1970;33:97-107.
310. Paulhus DL, Reid DB. Enhancement and denial in socially desirable responding. *J Pers Soc Psychol*. 1991;60:307-317.
311. Schumale AH. A genetic view of affects with special reference to the genesis of helplessness and hopelessness. *The Psychoanalytic Study of the child*. New York: International University Press, 1964;19:287-310
312. Routtenberg A. The two-arousal hypothesis: reticular formation and limbic system. *Psychol Rev* 1968;75:51-80.
313. Espnes GA, Opdahl A. Associations among behavior, personality, and traditional risk factors for coronary heart disease: a study at a primary health care center. *Psychol Rep* 1999;85:505-517.



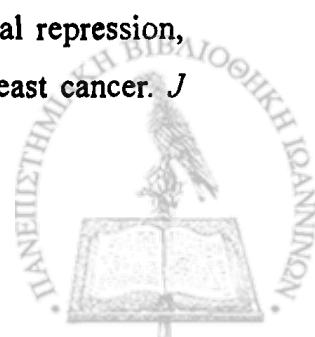
314. Johnson EO, Kamilaris TC, Chrousos GP. Mechanisms of stress: A dynamic overview of hormonal and behavioral homeostasis. *Neurosc Biobeh Rev* 1992;16:115-130.
315. Chrousos GP, Gold PW. The concepts of stress system disorders overview of behavioral and physical homeostasis. *JAMA* 1992;267:12-44.
316. Dunn AJ, Berridge CW. Physiological and behavioral responses to corticotropin releasing factor administration: is CRF a mediator of anxiety or stress responses? *Brain Res* 1990;15:71-100.
317. McEwen BS, Brinton RE. Neuroendocrine aspects of adaptation. *Prog Brain Res* 1987;72:11-26.
318. Cas LD, Metra M, Nodari S, et al. Stress and ischemic heart disease. *Cardiologia* 1993;38:415-425.
319. Marusic A, Starc R, Marusic D. Constructing a coronary scale for ischemic heart disease: case control study. *Croat Med J* 2002;43:690-695.
320. Boisseau R, Servant D, Parquet PJ. Psychological disorders and coronary disease. *Rev Med Intern* 1997;18:303-310.
321. Almada SJ, Zonderman AB, Shekelle RB, et al. Neuroticism and cynicism and risk of death in middle-aged men: the Western Electric Study. *Psychosom Med* 1991;532:165-175.
322. Rozanski A, Bairey CN, Krantz DS, et al. Mental stress and the induction of silent myocardial ischemia in patients with coronary disease. *N Engl J Med* 1988;318:1005-1012.
323. Wirsching M, Drings P, George W, et al. Psychosocial factors of preserving health? Prospective studies of breast cancer, bronchial cancer and fibrocystic mastography. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1990;40:70-75.
324. Bulter L, Koopman C, Classen C, et al. Traumatic stress, life events and emotional in woman with metastatic breast cancer: cancer related traumatic stress symptoms associated with past and current stress. *Health Psychol* 1999;18:555-560.
325. Winnicott DW. Transitional objects and transitional phenomena. *Int J Psychanal* 1953;2:34-89.



326. Schur M. Comments on the metapsychology of somatization. The psychoanalytic study of the child, New York: International Universities press, 1955;10:110-164.
327. Mushatt C. Psychological aspects of non-specific ulcerative colitis. In: Recent developments in Psychosomatic Medicine, (ed) Wittkower, RA Cleghorn. Philadelphia, Lippincott, 1954.
328. Engel GL. Studies of ulcerative colitis: III. The nature of the psychologic processes. *Am J Med* 1955;19:231-256.
329. Schmale AH. The giving up given up complex illustrated on film. *Arch Gen Psychiat* 1967;17:135-145.
330. Kohut H. The analysis of the Self. New York: International Universities Press, 1971.
331. Cramer D. Type A behavior pattern, extraversion, neuroticism and psychological distress. *Br J Med Psychol* 1991;64:73-83.
332. Hinton JW, Craske B. Differential effects on test stress on the heart rates of extraverts and introverts. *Biol Psychol* 1977;5:23-28.
333. Sher KJ, Gershuny BS. The relationship between personality and anxiety: findings from a 3-year prospective study. *J Abnorm Psychol* 1998;107:252-262.
334. Betkowska-Korpala B, Jankowski P, Bryniarski L, et al. Personality and restenosis after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Przegl Lek* 2000;56:247-248.
335. Meares A. Psychosomatic illness and hysteria. *Lancet* 1981;7:1035-1036.
336. Richards JC, Hof A, Alvarenga M. Serum lipids and their relationships with hostility and angry affect and behaviors in men. *Health Psychol* 2000;19:393-398.
337. Eysenck GM. Creative innovation therapy as a prophylactic treatment cancer and coronary heart disease. Part 2. Effects of treatment. *Behavr Resear* 1991;29:17-31.
338. Spiegel D, Bloom J, Kraemer H, et al. Effect of psychological treatment on survival of patient with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989;2:888-891.



339. Κυριαζής Δ. Προσωπικότητα, οικογενειακά δυναμικά. Ψυχοπαθογένεια και θεραπευτική προσέγγιση. Θεωρητικές και κλινικές απόψεις. 2ο Σεμινάριο Ψυχοογκολογίας, Ευρωπαϊκή Σχολή Ογκολογίας, Μέτσοβο, 1997.
340. Medalie JH, Goldbourt U. Angina pectoris among 10,000 men: II. Psychosocial and other risk factors as evidenced by a multivariate analysis of a five-year incidence study. *Am J Med* 1976;60:910-921.
341. Ruberman W, Weinblatt E, Goldberg JD, et al. Psychosocial influences on mortality after myocardial infraction. *N Engl J Med* 1984;311:552-559.
342. Thoits PA. Conceptual, methological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J Health Soc Behav* 1982;23:145-159.
343. Friedman M, Price V. Alteration of type A behavior and reduction in cardiac recurrences in post-myocardial infraction subjects. Presented at the 15th European conference on Psychosomatic Research, London. Giving up—as a final common pathway to changes in health. *Adv Psychosom Med* 1972;8:21-40.
344. Trivella C, Carpeggion C. Personality and acute myocardial infraction: distinctive traits. *G Ital Cardiol* 1994;24:745-753.
345. Murphy JK, Edwardas NB, Downs AD, et al. Effects of doxepin on withdrawal symptoms in smoking cessation. *Am J Psychiatry* 1989;146:1353-1356.
346. Sher L. Effects of psychological factors on the development of cardiovascular pathology: role of the immune system and infection. *Med Hypoth* 1999;53:112-113.
347. Jiang HE, Allen K, Monika R, et al. Passive smoking and the risk of coronary heart disease a meta-analysis of epidemiological studies. *N Engl J Med* 1999;340:920-925.
348. Fox CM, Harper AP, Lyle PM. Loneliness, emotional repression, martial quality major life in women who develop breast cancer. *J Community Health* 1994;19:467-482.



349. Watson M, Greer S, Rowden L, Gorman C, Roberson B, Bliss JM, Tunmore R. Relationship between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychol Med* 1991;21:51-56.
350. Chaput LA, Adams SH. Hostility predicts recurrent events among postmenopausal women with coronary heart disease. *Am J Epidemiol* 2002;156:1092-1099.
351. Blumenthal J, Babyak M. Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. *Lancet* 2003;362:604-609.
352. Deedwania PC. The deadly quartet revisited. *Am J Med* 1998;105:1-3.
353. Musselman DL, Tomer A, Manatunga AK, et al. Exaggerated platelet reactivity in major depression. *Am J Psychiatry* 1996;153:1313-1317.
354. Appels A, Bar FW, Bar J. Inflammation, depressive symptomatology, and coronary artery disease. *Psychosom Med* 2000;62:601-605.
355. Carney RM, Blumenthal JA, Stein PK, et al. Depression, heart rate variability, and acute myocardial infarction. *Circulation* 2001;104:2024-2028.
356. Veith RC, Lewis N, Linares OA, et al. Sympathetic nervous system activity in major depression: basal and desipramine-induced alterations in plasma norepinephrine kinetics. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:411-422.
357. Angelopoulos NV, Mantas C, Dalekos GN, et al. Psychiatric factors in Patients with ulcerative colitis according to disease activity. *Eur. J Psychiatr* 1996;10:87-99.
358. Angelopoulos NV, Tzivaridou D, Nikolaou N, et al. Mental symptoms, hostility features and stressful life events in people with cancer. *Acta Psychiatr Scand.* 1995;3:44-50.
359. Richards JC, Hof A, Alvarenga M. Serum lipids and their relationships with hostility and angry affect and behaviors in men. *Health Psychol* 2000;19:393-398.



360. Ketterer-Mar RW. Secondary prevention of ischemic heart disease.
The case for aggressive behavioral monitoring and intervention.
Psychosom 1993;1: 1962-1964.



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΘΟΤΗΤΑΛΕΣ ΕΠΙΘΕΤΟ
 DR. JAMES H. DOUGLAS

ΠΑΡΑΤΕΡΑΣ ΧΑΙΡΙΣΤΕΡΑΣ ΠΑΝΤΕΒΕΤΗ ΣΕ ΟΛΑΣ ΤΙΣ ΠΑΡΟΥΣΕΣ

1. Πόσο συχνά προσεύχεστε για τον εαυτό σας και για άλλους;

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

2. Πόσο συχνά προσεύχεστε για τον λαό της χώρας;

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

3. Συχνότερα προσεύχεστε με τον **ΠΑΡΑΤΗΡΑ**

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

4. Δοκίμασα ποτέ να μιλήσω με τον Θεό με τη δική μου γλώσσα;

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

5. Θα ήθελα να μιλήσω με τον Θεό με τη δική μου γλώσσα, αλλά δεν μπορώ.

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

6. Μπορώ να μιλήσω με τον Θεό με τη δική μου γλώσσα, αλλά δεν θέλω.

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

7. Μπορώ να μιλήσω με τον Θεό με τη δική μου γλώσσα, αλλά δεν έχω χρόνο.

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

8. Μπορώ να μιλήσω με τον Θεό με τη δική μου γλώσσα, αλλά δεν έχω τόλμη.

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

9. Μπορώ να μιλήσω με τον Θεό με τη δική μου γλώσσα, αλλά δεν έχω χρόνο, τόλμη ή γνώση.

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

10. Μπορώ να μιλήσω με τον Θεό με τη δική μου γλώσσα, αλλά δεν έχω χρόνο, τόλμη ή γνώση, και δεν έχω βοήθεια.

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

11. Μπορώ να μιλήσω με τον Θεό με τη δική μου γλώσσα, αλλά δεν έχω χρόνο, τόλμη ή γνώση, και δεν έχω βοήθεια, αλλά έχω την ευχή του Θεού.

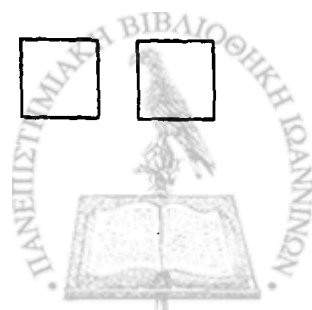
| | |
|--|--|
| | |
|--|--|



P. ΚΑΙ Ρ.Ι
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΗΔΗΘ) ~
T.M CAINE & G.A FOULDS

ΜΗΝ ΞΕΧΑΣΕΤΕ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1. Οι πιο πολλοί κάνουν φίλους γιατί οι φίλοι μπορεί να τους φανούν χρήσιμοι
2. Δεν κατηγορώ εκείνον που εκμεταλεύεται το ότι κάποιος του άνοιξε τον εαυτό του.
3. Συνήθως περιμένω να πετύχω σ' αυτά που κάνω.
4. Δεν έχω εχθρούς που να θέλουν πραγματικά να με βλάψουν.
5. Θα ήθελα να μπορούσα να μη στεναχωριέμαι για πράγματα που είπα και ίσως πλήγωσαν τα αισθήματα των άλλων.
6. Νομίζω ότι σχεδόν ο καθένας θα έλεγε ψέματα για να αποφύγει μπελάδες.
7. Δεν κατηγορώ εκείνον που προσπαθεί ν' αρπάξει ό,τι μπορεί σ' αυτό τον κόσμο.
8. Τις πιο σκληρές μάχες τις δίνω με τον εαυτό μου.
9. Ξέρω ποιος άλλος εκτός από μένα είναι υπεύθυνος για τα περισσότερα από τα βάσανά μου.
10. Μερικοί παριστάνουν τόσο πολύ το αφεντικό που μου 'ρχεται να κάνω το αντίθετο από ό,τι ζητήσουν, ακόμη κι αν έχουν δίκιο!
11. Ενοχλούμαι και τσαντίζομαι πολύ, από τις συνθήκες που Έχουν μερικοί μέσα στην οικογένειά μου.

12. Πιστεύω ότι έχω κάνει ασυγχώρητα σφάλματα.

13. Πολύ λίγους καυγάδες κάνω με μέλη της οικογένειάς μου.

14. Συχνά στη ζωή μου σε διάφορες περιστάσεις βγίκα χαμένος γιατί δεν μπόρεσα ν' αποφασίσω γρήγορα.

15. Μπορώ εύκολα να κάνω τους άλλους να με φοβούνται και μερικές φορές το κάνω για πλάκα.

16. Πιστεύω ότι είμαι ένας καταδικασμένος άνθρωπος.

17. Στο σχολείο τιμωρήθηκα μερικές φορές για κακή συμπεριφορά.

18. Μερικές φορές εναντιώθηκα σε ανθρώπους που προσπάθησαν να κάνουν κάτι όχι γιατί αυτό με έβλαπτε προσωπικά, αλλά γιατί ήτανε για μένα ζήτημα αρχής.

19. Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι τίμιοι γιατί κυρίως φοβούνται μήπως συλληφθούν.

20. Μερικές φορές μ' αρέσει να πληγώνω πρόσωπα που αγαπώ.

21. Δεν έχω ζήσει τη ζωή μου με σωστό τρόπο.

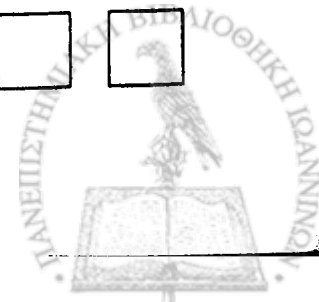
22. Μερικές φορές μου 'ρχεται να τραυματίσω τον εαυτό μου ή κάποιον άλλον.

23. Νομίζω ότι είμαι τόσο ικανός και έξυπνος όσο περίπου και οι περισσότεροι στο περιβάλλον μου.

24. Μερικές φορές πειράζω τα ζώα.

25. Μερικές φορές θυμώνω.

26. Έχω απόλυτη εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.

27. Συχνά δεν καταλαβαίνω γιατί έχω γίνει τόσο τσαντήλας και γκρινιάρης.

28. Αποφεύγω να αντιμετωπίσω δυσκολίες και κρίσιμες καταστάσεις.

29. Νομίζω ότι οι πιο πολλοί θα ΄λεγαν ψέματα για να πάνε μπροστά.

30. Είναι φορές που ένοιωσα ότι οι δυσκολίες συσσωρεύτηκαν τόσο πολύ που δεν μπορούσα να τις υπερνικήσω.

31. Αν δεν υπήρχαν άνθρωποι να μου σταθούν εμπόδιο θα μπορούσα να ήμουνα πιο πετυχημένος.

32. Συχνά βλέπω τους άλλους να ζηλεύουν τις σωστές μου ιδέες.

33. Τις περισσότερες φορές αισθάνομαι σα να έχω κάνει κακό και άδικο.

34. Αρκετές φορές παράτησα κάτι που έκανα γιατί νόμισα ότι οι ικανότητές μου ήταν πολύ μικρές γι' αυτό.

35. Κάποιος με έχει στο μάτι.

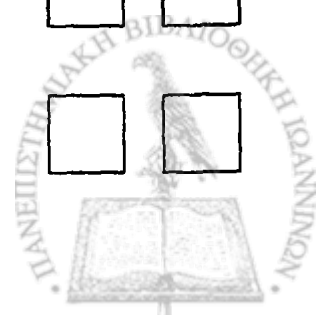
36. Όταν κάποιος μου κάνει κακό, αισθάνομαι ότι πρέπει να του το ανταποδώσω αν μπορέσω, γιατί το θεωρώ ζήτημα αρχής.

37. Είμαι σίγουρος ότι αδικήθηκα στη ζωή.

38. Πιστεύω ότι με παρακολουθούν.

39. Μερικές φορές έχω έντονα την τάση να κάνω κάτι βλαβερό ή εντυπωσιακό.

40. Πολύ εύκολα με βάζουν κάτω σε μια συζήτηση.

41. Καλύτερα να μην εμπιστεύεσαι κανέναν.

42. Δεν μπορώ εύκολα να ανέχομαι τους άλλους.

43. Μερικές φορές αισθάνομαι ότι είμαι τελείως ανάξιος.

44. Συχνά όταν κάποιος μου κάνει καλό, αναρωτιέμαι ποιά είναι η κρυφή αιτία.

45. Θυμώνω εύκολα και εύκολα ξεθυμώνω.

46. Μερικές φορές μου 'ρχεται ν' αρχίσω να τα σπάω.

47. Πιστεύω ότι κάποια συνωμοσία γίνεται εις βάρος μου.

48. Μερικές φορές σίγουρα αισθάνομαι τελείως άχρηστος.

49. Μερικές φορές μου 'ρχεται να αρπαχτώ στις μπουνιές με κάποιον.

50. Κάποιος προσπαθεί να με ληστέψει.

51. Στα σίγουρα μου λείπει κάθε εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.

ΠΑΡΑΚΛΗΣΗ : ΚΟΙΤΑΞΤΕ ΑΝ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ
EYSENCK PERSONALITY QUESTIONNAIRE (E.P.Q.)

Προσαρμογή για τον ελληνικό πληθυσμό: Ευαγγ. Χρ. Δημητρίου

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.....ΗΛΙΚΙΑ..... ΦΥΛΟ.....

Απάντησε σε κάθε ερώτηση βάζοντας έναν κύκλο γύρω από το ΝΑΙ ή ΟΧΙ που υπάρχει μετά την ερώτηση. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις, ο ίτε «πονηρές» ερωτήσεις. Εργάσου γρήγορα και μη πολυσκέφτεσαι να βρεις την ακριβή σημασία της κάθε ερωτήσεως.

ΜΗ ΞΕΧΑΣΕΙΣ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ

- | | | |
|--|-----|-----|
| E 1. Έχεις άλλα ενδιαφέροντα εκτός της εργασία σου (χόμπυ); | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -P 2. Πριν κάνεις κάτι, σταματάς να το ξανασκεφτείς; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| N 3. Αλλάζει συχνά το κέφι σου; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| E 4. Θεωρείς τον εαυτό σου ομιλητικό άτομο; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -P 5. Θα σε στεναχωρούσε να έχεις χρέος; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| N 6. Νιώθεις ποτέ κακόκεφος, χωρίς ιδιαίτερο λόγο; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -L 7. Σου έτυχε ποτέ από πλεονεξία να πάρεις περισσότερα από όσα ανήκαν στο μερίδιό σου; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| E 8. Θα έλεγες ότι είσαι ζωντανό άτομο; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -P 9. Θα σε στεναχωρούσε πολύ να δείς ένα παιδάκι ή ένα ζώο να υποφέρει; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| N 10. Στενοχωριέσαι συχνά για πράγματα που δεν θα έπρεπε να είχες κάνει ή πεί; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| L 11. Κρατάς πάντα την υπόσχεσή σου, άσχετα με το πόσο δύσκολο είναι να την εκτελέσεις; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| P 12. Θα σ' ευχαριστούσε το πήδημα με αλεξίπτωτο; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| E 13. Μπορείς εύκολα να αφήσης τον εαυτό σου και να διασκεδάσεις σ' ένα εύθυμο πάρτυ; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| N 14. Είσαι ευέξαπτος; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -L 15. Σου έτυχε ποτέ να ριζεις το βάρος σε άλλον για δικά σου σφάλματα; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| E 16. Σ' αρέσει να γνωρίζεις νέα πρόσωπα; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| N 17. Πληγώνεσαι εύκολα; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| L 18. Έχεις μόνο καλές και παραδεκτές συνήθειες; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -E 19. Έχεις την τάση να μένεις στο περιθώριο, όταν βρίσκεσαι σε κοινωνικές εκδηλώσεις; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| P 20. Θα έπαιρνες φάρμακα που μπορεί να είχαν παράξενη ή επικίνδυνη ενέργεια; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| N 21. Αισθάνεσαι συχνά «μπουχτισμένος»; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -L 22. Έχεις ποτέ πάρει κάτι που ανήκε σε άλλον (έστω και μία καρφίτσα); | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| E 23. Σου αρέσει να βγαίνεις συχνά έξω; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| P 24. Σου αρέσει να πληγώνεις ανθρώπους που αγαπάς; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| N 25. Ενοχλείσαι συχνά από αισθήματα ενοχής; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -L 26. Μιλάς καμιά φορά για πράγματα για τα οποία όμως δεν έχεις ιδέα; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| P 27. Έχεις εχθρούς που θέλουν το κακό σου; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| N 28. Θεωρείς τον εαυτό σου νευρικό άτομο; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| E 29. Έχεις πολλούς φίλους; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| P 30. Σου αρέσουν τα χοντρά αστεία, που καμιά φορά μπορεί να πληγώσουν τους άλλους; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| N 31. Είσαι στενόχωρος τύπος; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -L 32. Όταν ήσουν παιδί, έκανες αμέσως και χωρίς γκρίνια αυτά που σου έλεγαν; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| P 33. Θα έλεγες ότι είσαι αμέριμνος άνθρωπος; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -P 34. Δίνεις μεγάλη σημασία στους καλούς τρόπους και την καθαριότητα; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| N 35. Ανησυχείς ότι μπορεί να σου συμβούν φοβερά πράγματα; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |



| | | |
|---|-----|-----|
| -L 36. Έχεις καταστρέψει ή χάσει ποτέ κάτι που ανήκε σε άλλον; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| E 37. Παίρνεις πρωτοβουλία για να κάνεις καινούργιους φίλους; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -P 38. Μπορείς εύκολα να καταλάβεις πώς αισθάνονται οι άνθρωποι όταν σου λένε τα βάσανά τους; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| N 39. Θα έλεγες ότι είσαι άτομο που το χαρακτηρίζει η υπερένταση; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -E 40. Μένεις τον περισσότερο χρόνο σιωπηλός, όταν βρίσκεσαι με άλλους ανθρώπους; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| P 41. Νομίζεις πως ο θεσμός του γάμου είναι παλιός μόδας και θα έπρεπε να εγκαταληφθεί; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -L 42. Παινεύεσαι καμιά φορά; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| E 43. Μπορείς να δώσεις κάποια ζωή σ' ένα ανιαρό πάρτυ; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| P 44. Σ' ενοχλούν οι άνθρωποι που οδηγούν προσεκτικά; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| N 45. Ανησυχείς για την υγεία σου; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -L 46. Έχεις ποτέ πει κάτι κακό ή άσχημο για κάποιον άλλο; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| E 47. Σου αρέσει να λες αστεία και ανέκδοτα στους φίλους σου; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| P 48. Νομίζεις ότι τα περισσότερα πράγματα έχουν την ίδια γεύση για σένα; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| E 49. Σου αρέσει να ανακατεύεσαι με τους ανθρώπους; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -P 50. Σε στεναχωρεί όταν ξέρεις ότι υπάρχουν λάθη στη δουλειά σου; .. | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| N 51. Υποφέρεις από αϋπνία; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| L 52. Πλένεσαι πάντα πριν φάς; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| E 53. Έχεις πάντα σχεδόν μια έτοιμη απάντηση όταν σε ρωτούν κάτι; .. | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| N 54. Έχεις συχνά αισθανθεί άγονος και κουρασμένος χωρίς να υπάρχει λόγος; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -L 55. Έχεις ποτέ κλέψει σε παιχνίδι; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| E 56. Σου αρέσουν οι καταστάσεις όπου πρέπει να ενεργείς γρήγορα; .. | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -P 57. Είναι (ή ήταν) η μητέρα σου μια καλή γυναίκα; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| N 58. Βρίσκεις ότι συχνά η ζωή είναι χωρίς ενδιαφέρον; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -L 59. Σου έτυχε ποτέ να εκμεταλλευτείς κάποιον; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| E 60. Αναλαμβάνεις ποτέ περισσότερες δραστηριότητες από όσες σου επιτρέπει ο χρόνος σου; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| P 61. Υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που προσπαθούν να σε αποφύγουν; .. | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| N 62. Ανησυχείς πολύ για την εμφάνισή σου; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| N 63. Ευχήθηκες ποτέ να ήσουν νεκρός; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -L 64. Θα απέφευγες να πληρώσεις τους φόρους, αν ήξερες ότι δεν θα σε έβρισκαν ποτέ; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| E 65. Μπορείς να ζωντανέψεις ένα πάρτυ; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -P 66. Φροντίζεις να μην είσαι αγενής με τους ανθρώπους; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| N 67. Βρίσκεις ότι μένεις για πολλή ώρα στεναχωρημένος μετά από μια δυσάρεστη εμπειρία; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -L 68. Σου έτυχε ποτέ να επιμείνης να γίνει το δικό σου; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| N 69. Υποφέρεις από τα νεύρα σου; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| P 70. Χαλάνε εύκολα οι φιλίες σου χωρίς δικό σου φταίξιμο; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| N 71. Αισθάνεσαι συχνά μοναξιά; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| L 72. Κάνεις πάντα αυτό που διδάσκεις στους άλλους; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| P 73. Σ' ευχαριστεί καμιά φορά να περάζεις τα ζωα; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| N 74. Πληγώνεσαι εύκολα όταν οι άνθρωποι βρίσκουν λάθη σε σένα ή στη δουλειά σου; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -L 75. Έχεις αργήσει ποτέ στη δουλειά σου ή σε ένα ραντεβού; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| E 76. Σου αρέσει να βρίσκεσαι σε περιβάλλον με ζωηρή κίνηση και ενθουσιασμό; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| P 77. Θα σου άρεσε να σε φοβούνται οι άλλοι άνθρωποι; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| N 78. Είσαι άλλοτε γεμάτος ενεργητικότητα και άλλοτε νωθρός; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -L 79. Αναβάλλεις καμιά φορά για αύριο αυτό που θα έπρεπε να κάνεις σήμερα; .. | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| E 80. Σε θεωρούν οι άλλοι άνθρωποι πολύ ζωντανό άτομο; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| P 81. Σου λένε οι άνθρωποι πολλά ψέματα; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -P 82. Είσαι πολύ ευαίσθητος για ορισμένα πράγματα; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| L 83. Είσαι πάντα πρόθυμος να το ομολογήσεις, όταν έχεις κάνει ένα λάθος; .. | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| -P 84. Θα αισθανόσουν μεγάλη λύπη για ένα ζωο που πιάστηκε σε μια παγίδα; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |

ΠΑΡΑΚΛΗΣΗ ΝΑ ΕΛΕΓΞΕΙΣ ΑΝ ΕΧΕΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

P = N = E = L =

