268 αρ. 4

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
Δ/ΝΤΗΣ: Βενετσάνος Μαυρέας, Καθηγητής Ψυχιατρικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ - ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΜΑΙΡΗ Ι. ΓΚΟΥΒΑ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2003

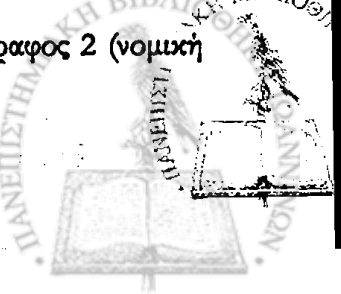
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

124/2003

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνωμών του συγγραφέα Ν. 5343/32, άρθρο 202, παράγραφος 2 (νομική κατοχύρωση του Ιατρικού Τμήματος)».



ΑΙΤΗΣΗ: 01-05-1999

ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ: 01-06-1999

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ

Δημήτρης Δαμίγος, *Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας*

ΜΕΛΗ

Άρης Λιάκος, *Καθηγητής Ψυχιατρικής*

Κωνσταντίνος Μπουραντάς, *Καθηγητής Παθολογίας - Αιματολογίας*

ΟΡΙΣΜΟΣ ΘΕΜΑΤΟΣ: 12-05-1999

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΤΑΘΕΣΕΩΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ: 01-04-2003

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ : Νίκη Αγνάντη, *Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομίας*

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ :

Άρης Λιάκος, *Καθηγητής Ψυχιατρικής*

Βενετσάνος Μαυρέας, *Καθηγητής Ψυχιατρικής*

Κωνσταντίνος Μπουραντάς, *Καθηγητής Παθολογίας - Αιματολογίας*

Δημήτρης Δαμίγος, *Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας*

Ιωάννης Δημολιάτης, *Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας*

Θωμάς Υφαντής, *Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής*

Λεωνίδας Χρήστου, *Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας*

ΒΑΘΜΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ : Άριστα

Η Γραμματέας της Ιατρικής Σχολής

Ευαγγελία Τσαγγαλά

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

"Το πιο μυστήριο όλων είναι ότι τη στιγμή που αγγίζεις την απάντηση στο ερώτημά σου

αντιλαμβάνεσαι πως η απάντηση αυτή δεν είναι μία και μοναδική!

Οι απαντήσεις είναι χιλιάδες, ενώ το ερώτημα παραμένει ένα!"

Ingmar Bergman

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Ευχαριστίες

Πότε αρχίζει να γράφει κάποιος τις ευχαριστίες μιας διατριβής; Πόσο καιρό κάνει για να τις γράψει; Σε ποιόν απευθύνονται; Ερωτήσεις φαινομενικά εύκολες αλλά στην πραγματικότητα δύσκολες, μιας και οι απαντήσεις τους εξαρτώνται από τα όρια, μεταξύ των οποίων θα τοποθετηθεί ο ορισμός τους. Και η οριοθέτηση αυτή πάντα διέπεται από υποκειμενικότητα. Είναι, λοιπόν, οι ευχαριστίες συναισθήσεις ή εκφράσεις ευγνωμοσύνης; ή είναι αναφορά στις ραγισματιές απ' όπου μπήκαν κάποιοι άνθρωποι στην ψυχή μας και σημαίνουν τα μονοπάτια που πορεύτηκε μια σχέση; ή να 'ναι συναισθήματα που ανθίζουν έξω από το λόγο και μέσα στην πράξη;

Η έκφραση των αισθημάτων και των συγκινήσεων που μας διακατέχουν δε γίνεται κάθε φορά παρά με λέξεις. Και οι λέξεις γι' άλλους δε στοιχίζουν τίποτε, γι' άλλους είναι η ίδια η ζωή. Προχωρεί κανείς, όπως ο ακροβάτης πάνω σ' ένα σχοινί. Κι η αγωνία του παραμένει: Θα βρω τις κατάλληλες λέξεις; Θα καταφέρουν αυτές οι λέξεις, να γίνουν η διαπιστευτήριος επιστολή για να γίνουμε πιστευτοί από άγνωστα πρόσωπα και να κοινωνήσουμε την ευγνωμοσύνη μας;

Η δυσκολία μου ανέκαθεν ήταν η ανάγκη που είχα να περιγράψω με λεπτομέρειες αυτό που αισθάνομαι και σκέφτομαι. Κι όταν δεν το μπορούσα προτιμούσα να σωπαίνω. Όσοι με ξέρουν, γνωρίζουν ότι ακριβολογώ. Πώς να μιλήσω, λοιπόν, για τον Δημήτρη Δαμίγο, τον Κώστα Μπουραντά και τον Γιάννη Δημολιάτη και γιατί απ' όλα να τους ευχαριστήσω; Τρεις άνθρωποι που συνδέθηκαν μαζί μου με το σημαντικότερο μέγεθος που διαθέτει η ζωή : το χρόνο. Πέραν αυτού και στα πλαίσια της παρούσας διατριβής ευχαριστώ :

Τον κ. Δημήτρη Δαμίγο, Επίκουρο Καθηγητή της Ιατρικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και επιβλέποντα της παρούσας διατριβής, για την ιδιαίτερη εμπιστοσύνη που μου έδειξε όλα αυτά τα χρόνια, καθώς και για την ανάθεση της εκπόνησης αυτής της ερευνητικής μελέτης. Με τις πλατιές βιβλιογραφικές και κλινικές του γνώσεις μου έδωσε διέξοδο και κατεύθυνση στην οργάνωση και δομή αυτής της εργασίας. Τον ευχαριστώ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ιδιαίτερα, που μου δίδαξε πως την "τελεία" και το "τέλεια" ένας τόνος τα διαφοροποιεί αλλά και το ότι "όταν δεν μετράς με κουκιά, οι αναλογίες του κόσμου παρουσιάζονται διαφορετικές".

Τον κ. Κωνσταντίνο Μπουραντά, Καθηγητή Αιματολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, που αγκάλιασε με θέρμη την προσπάθεια αυτή και με βοήθησε να έρθω σε επαφή με τους ασθενείς που αποτέλεσαν το δείγμα της παρούσας μελέτης, καθώς και για την πολύτιμη συμβολή του στην κλινική κατανόηση της νόσου. Τον ευχαριστώ, επίσης, που μου έμαθε τους τρόπους, με τους οποίους το χιούμορ στήνει διασυνδετικές γέφυρες μεταξύ του κλινικού και του ασθενούς, του πόνου και της χαράς, της νόσου και της υγείας.

Τον κ. Γιάννη Δημολιάτη, Επίκουρο Καθηγητή Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, που δε με βοήθησε απλά, στα θέματα σχεδιασμού, διεξαγωγής και συγγραφής της παρούσας επιστημονικής έρευνας αλλά με δίδαξε - και θα αποτολμούσα να πω μου έμαθε - το Excel, το SPSS, την ανάλυση ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων, τα παραμετρικά και μη παραμετρικά τεστ, την ταπεινότητα της αληθινής γνώσης...

Είναι τιμή μου και ευχαρίστηση να αναγνωρίσω στο σημείο αυτό τη βοήθεια και τις συμβουλές του κ. Άρη Λιάκου, Ομότιμου Καθηγητή Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, καθώς και την καλοπρόθετη κριτική του πάνω στα διάφορα τμήματα του κειμένου. Τόσο οι επιστημονικές όσο και οι προσωπικές του επιλογές θα αποτελούν για μένα μαθήματα ζωής.

Τον κ. Βενετσάνο Μαυρέα, Καθηγητή Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, θα θυμάμαι πάντα με ευγνωμοσύνη για τη δυνατότητα που μου έδωσε - ένα χρόνο πριν - να υπερασπιστώ τις θέσεις μου. Εκείνη η συζήτηση υπήρξε για μένα πηγή έμπνευσης και φώτισης και θα παραμείνει στη μνήμη μου ανάμεσα στις πιο σημαντικές εμπειρίες της ζωής μου.

Ευχαριστίες για τον Επίκουρο Καθηγητή Ψυχιατρικής κ. Θωμά Υφαντή, τόσο για τις επιστημονικές συμβουλές του όσο και για την ιδιαίτερη προθυμία του να βοηθήσει στα τυχόν ερωτήματά μου.

Ο κ. Λεωνίδας Χρήστου, Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων ήταν από τους πρώτους που βοήθησαν να προσδιοριστεί ποιο έπρεπε να είναι το δείγμα της παρούσας μελέτης. Τον ευχαριστώ.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Ευχαριστώ, επίσης, τον κ. Πέτρο Σκαπινάκη, Λέκτορα της Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για τη βοήθειά του τόσο στην κατανόηση της Λογιστικής (Λογαριθμιστικής) Εξάρτησης (Logistic Regression) όσο και στην αποσαφήνιση των στόχων της παρούσας ερευνητικής μελέτης.

Τον κ. Ιωάννη Ιωαννίδη, Αναπληρωτή Καθηγητή Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για τα μαθήματα και σεμινάρια που με τόση επιστημονικότητα και καλή οργάνωση πραγματοποιούνται στο Εργαστήριό του και τα οποία στάθηκαν πολύτιμοι βοηθοί σ' όλη αυτή την προσπάθειά μου.

Την Άννα Καλτσούδα, ψυχολόγο και υποψήφια διδάκτορα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για την αμέριστη βοήθεια, αγάπη και συμπαράσταση που μου προσέφερε σε όλα τα στάδια αυτής της διατριβής.

Σε όλη τη διάρκεια της εργασίας, οι σκέψεις μου επηρεάστηκαν σημαντικά από τον κ. Παναγιώτη Σακελλαρόπουλο, Ομότιμο Καθηγητή Ψυχιατρικής. Τον ευγνωμονώ για την άνεση που μου έδωσε να τον συναναστραφώ με οικειότητα, που μου έμαθε στην πράξη την αξία της μοναδικότητας του καθενός μας, καθώς και για τις τόσες φορές που οσφραίνοντάν τις επιθυμίες μου και με έβαζε σε προτεραιότητα. Τον ευγνωμονώ για τα μαθήματα σοφίας και μεγαλοσύνης.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Πίνακας Περιεχομένων

Ευχαριστίες 2

Πρόλογος 10

Μέρος Ι

Εν Αρχή ην.... το Αίμα 16

1. Το αίμα, ο Υπέρτατος Χυμός 16
2. Αριστοτέλης και Γαληνός 17
3. Η παράδοση για τους χυμούς 18
4. Αντιλήψεις σύγχρονης επιστημονικής περιόδου 18
5. Σύγχρονα στοιχεία φυσιολογίας του αίματος 19
6. Συμβολισμοί του αίματος 21

Οξείες Λευχαιμίες : Μια Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση 28

1. Εισαγωγή - Ορισμός 28
2. Επιδημιολογία 29
3. Αιτιολογία 29
4. Κλινικά ευρήματα οξείας λευχαιμίας 31
5. Ταξινόμηση οξείων λευχαιμιών 32
6. Διάγνωση και διαφορική διάγνωση 33
7. Θεραπεία των οξειών λευχαιμιών 34
8. Πρόγνωση 36
9. Μεταμόσχευση μυελού των οστών (ΜΜΟ) 38

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

10. Ψυχοκοινωνική διάσταση της οξείας λευχαιμίας _____ 38

Μέρος ΙΙ

Έννοια, Δομή και Λειτουργία της Σύγχρονης Οικογένειας _____ **42**

1. Εισαγωγή - Ορισμός _____ 42
2. Εσωτερικές διεργασίες και οικογενειακό σύστημα _____ 43
3. Δομή και λειτουργία της Ελληνικής οικογένειας _____ 47
4. Η υγεία στην οικογένεια _____ 48

Η Οικογένεια ως πλαίσιο δημιουργίας και επιδείνωσης ψυχοσωματικών συμπτωμάτων _____ **49**

1. Η προβληματική της ψυχοσωματικής _____ 49
2. Οικογενειακές συνθήκες και ψυχοσωματική παθολογία _____ 50
3. Ψυχοσωματική οικογένεια και καρκινική διεργασία _____ 58

Διαστάσεις μιας απειλητικής νόσου για την οικογένεια _____ **62**

1. Η έννοια της κρίσης στο οικογενειακό περιβάλλον _____ 65
2. Στρατηγικές διαχείρισης της νόσου _____ 71
3. Ο αντίκτυπος της απειλητικής ασθένειας στην οικογένεια _____ 77
4. Οι ανάγκες της οικογένειας σε μια απειλητική ασθένεια ενός μέλους της _____ 80
5. Η συμβολή ενός υποστηρικτικού οικογενειακού πλαισίου στην εξέλιξη της νόσου _____ 81

Η σημασία των οικογενειακών σχέσεων στην καρκινική διεργασία και στις οξείες λευχαιμίες _____ **84**

Ο ρόλος της αλεξιθυμίας στην καρκινική διεργασία _____ **92**

Η σημασία του stress στην καρκινική διεργασία _____ **96**

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Ο ρόλος της εχθρότητας στην καρκινική διεργασία 100

Μέρος ΙΙΙ

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης 112

1.1. Κίνητρα 112

1.2. Επιλογή ψυχολογικών χαρακτηριστικών 113

1.3. Ερευνητικές υποθέσεις 114

2.Υλικό και Μέθοδος 116

2.1. Δείγμα 117

2.2. Διαδικασία 118

2.3 Ερευνητικά εργαλεία 119

2.3.1. Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Moos and Moos) 119

2.3.2. Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ) 120

2.3.3. Η Κλίμακα εκτίμησης της αλεξιθυμίας του Σιφναίου (SSPS) 121

2.3.4. Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger (State - Trait Anxiety Inventory - STAI) 122

2.4. Στατιστική επεξεργασία 122

2.4.1. Μονοπαραγοντική ανάλυση 123

2.4.2. Πολυπαραγοντική ανάλυση 124

3. Αποτελέσματα της μελέτης 125

3.1. Αποτελέσματα Μονοπαραγοντικής ανάλυσης 125

3.1.1. Κοινωνικο - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος 125

3.1.2. Χρονική απόστασης της εξέτασης των ψυχολογικών χαρακτηριστικών από την διάγνωση 127

3.1.2. Ο ρόλος τους στην οικογένεια 128

3.1.4. Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος 129

3.1.5. Ερωτηματολόγιο Εχθρότητας 140

3.1.6. Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI) 144

3.1.7. Κλίμακα εκτίμησης της αλεξιθυμίας του Sifneos (SSPS) 146

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

3.1.8. Συσχετίσεις ανά δύο μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών _____ *147*

3.2. Αποτελέσματα Πολυπαραγοντικής ανάλυσης _____ 191

3.2.1. Λογιστική (Λογαριθμιστική) Εξάρτηση _____ *191*

4. Συζήτηση _____ **193**

4.1. Οριοθετήσεις _____ 193

4.2. Οικογενειακό Περιβάλλον (Οικογενειακές σχέσεις - Προσωπική εξέλιξη και ωρίμανση - Δομή του οικογενειακού συστήματος) _____ 194

4.2. Η εχθρότητα στους ασθενείς με οξεία λευχαιμία και τους συγγενείς τους _____ 201

4.3. Αλεξιθυμία (Alexithymia) _____ 207

4.4. Παροδικό και Μόνιμο άγχος (State and Trait anxiety) _____ 208

4.5. Παράγοντες κινδύνου (risk factors) _____ 209

5. Συμπεράσματα - Προτάσεις _____ **212**

Περίληψη _____ 221

Summary in English _____ 221

Βιβλιογραφία _____ 223

Τα αποφθέγματα που παρατίθενται στην αρχή των κεφαλαίων βρίσκονται : _____ 244

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Ευρετήριο όρων _____ 245

Ελληνοαγγλικό λεξιλόγιο _____ 247

Αγγλοελληνικό λεξιλόγιο _____ 251

Βοηθήματα που χρησιμοποίηθηκαν στη μετάφραση _____ 255

Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (R. H. MOOS) _____ 256

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας (HDHQ) _____ 265

Ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης (STAI - Gr. X-1 και STAI - Gr. X-2) _____ 270

Κλίμακα Αλεξιθυμίας (SSPS) _____ 272

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Πρόλογος

Κατά τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί ένα έντονο ενδιαφέρον για την διασύνδεση των ψυχολογικών παραγόντων με την ανάπτυξη και την εξελικτική πορεία του καρκίνου. Το ενδιαφέρον αυτό εκφράζεται με το πλήθος των μελετών και των ερευνών που έχουν δημοσιευτεί και με την ποικιλία των θεωρητικών προσεγγίσεων που αναπτύσσονται, προκειμένου να ερμηνευτούν τα σχετικά με τον καρκίνο ψυχολογικά θέματα και να συνεισφέρουν στο διάλογο σχετικά με την καρκινογένεση και την εξέλιξη του καρκίνου.

Η διαπίστωση της πολυπλοκότητας της καρκινικής διεργασίας και το πλήθος των παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν τη δημιουργία της ή την εξέλιξή της αλλά και η αδυναμία των μέχρι τώρα ευρημάτων να απαντήσουν στα ερωτηματικά που αναδύονται από τις κακοήθεις νόσους συνέβαλλαν αποφασιστικά στη συνειδητοποίηση της αναγκαιότητας να πραγματοποιηθούν μελέτες με καλύτερο μεθοδολογικό σχεδιασμό και να γίνει μια συστηματική παρουσίαση και ανάλυση σε βάθος των συσχετισμών μεταξύ των ειδικών "αντικειμένων" που αποτελούν : το είδος του καρκίνου και η θεραπευτική του αντιμετώπιση, τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που διέπουν την προσωπικότητα των ασθενών, το οικογενειακό και κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον των ασθενών, καθώς και μεταξύ των αντίστοιχων επιστημών τους: της ιατρικής, της ψυχολογίας και της κοινωνιολογίας.

Πρόκειται για μια προβληματική συσχετισμών που μόλις τελευταία αρχίζει να διερευνάται σοβαρά, ακόμη και στο διεθνές επίπεδο και μπορεί να αποτελέσει τη βάση για ένα νέο προβληματισμό πάνω σ' αυτά τα θέματα, πέρα από τους ενδεχόμενους περιορισμούς που αναμφισβήτητα υπάρχουν.

Με αυτή την οπτική θεώρηση σχεδιάστηκε και θεμελιώθηκε η παρούσα μελέτη η οποία αποτελεί μια πρώτη προσέγγιση στη διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων και συγκεκριμένα των οικογενειακών σχέσεων, της προσωπικής ανάπτυξης και ωρίμανσης, της συντήρησης του οικογενειακού συστήματος, της εχθρότητας και των υποκλιμάκων που την απαρτίζουν, της αλεξιθυμίας και του άγχους σε ασθενείς που πάσχουν από οξεία λευχαιμία και τις οικογένειές τους.

* *
*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Η οξεία λευχαιμία, αν και τυπικά χαρακτηρίζεται ως μια κακοήθης νόσος και εννοιολογικά προσεγγίζεται ως "ο καρκίνος του αίματος", είναι η μόνη κακοήθεια, ο μόνος καρκίνος, που έχει μια ξεχωριστή και αυτόνομη οντότητα τόσο σε επίπεδο ορολογίας όσο και σε επίπεδο εξελικτικής πορείας.

Σε μια προσπάθεια περαιτέρω ανάλυσης, θα μπορούσε να προσεγγίσει αρχικά κανείς την ιατρική ονομασία της εν λόγω νόσου. Συγκεκριμένα, ούτε οι επαγγελματίες υγείας αλλά ούτε και ο γενικότερος πληθυσμός αναφέρεται στη λευχαιμία ως "καρκίνος του αίματος". Ο καρκίνος στο αίμα έχει το δικό του όνομα, ακούει στο "λευχαιμία", κι αυτό ηχεί διαφορετικά, δημιουργώντας έτσι τη δική του ιστορία στην αναπαράσταση των ανθρώπων για την ύπαρξή της.

Όσον αφορά δε την πορεία της, θα μπορούσε να επισημάνει κανείς δύο γεγονότα. Το πρώτο είναι, ότι η λευχαιμία είναι ο μόνος καρκίνος που παρουσιάζεται τόσο σε οξεία όσο και σε χρόνια μορφή. Η δε οξεία μορφή μπορεί να υποπέσει σε χρόνια αλλά και η χρόνια σε οξεία. Κανένας άλλος καρκίνος δεν έχει αυτή την ιδιαιτερότητα, του "λίγο ή πολύ" θα λέγαμε, αν μπορούσαμε να αυθαιρετήσουμε με την ιατρική ορολογία. Το δεύτερο γεγονός αφορά την εξέλιξή της στο χρόνο. Είναι ο μόνος καρκίνος, στην οξεία της μορφή, που μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο σε λίγες μόνο μέρες από την έναρξή της.

Όλα αυτά την κάνουν να αποκτά ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον και θα περίμενε κανείς, ότι, και σε ερευνητικό επίπεδο, θα προκαλούσε τον επιστημονικό κόσμο για την περαιτέρω διερεύνηση και τη βαθύτερη ανάλυσή της. Ωστόσο, στα πλαίσια μιας βιβλιογραφικής ανασκόπησης, με έκπληξη ανακαλύπτει κανείς, ότι είναι ελάχιστες οι υπάρχουσες αναφορές που εξετάζουν την πιθανότητα συσχέτισης των ψυχολογικών παραγόντων και χαρακτηριστικών της οικογένειας στην οξεία λευχαιμία σε ενήλικες ασθενείς. Αντίθετα βρίσκουμε μεγάλο αριθμό μελετών που αφορούν την οξεία λευχαιμία στα παιδιά και τις οικογένειές τους. Η διαπίστωση αυτή ξενίζει καθώς η διερεύνηση της συσχέτισης των ψυχολογικών παραγόντων σε άλλες κακοήθεις νόσους σε ενηλίκους αποτελεί ένα από τα πιο δημοφιλή θέματα των ερευνητικών μελετών, τις τελευταίες δεκαετίες.

* *
*

Η επιλογή του θέματος της παρούσας διατριβής:

Σε αυτό το πλαίσιο, η πρόκληση του παρθένου εδάφους, η ιδιαιτερότητα του χαρακτήρα της εν λόγω νόσου, αλλά και η σπουδαιότητα που ενέχει η σχετικά υψηλή συχνότητα εμφάνισής της λειτούργησαν ως εφαλτήριο για την επιλογή της οξείας

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

λευχαιμίας μεταξύ άλλων κακοηθών νοσημάτων ως το σημαίνον θέμα της παρούσας ερευνητικής μελέτης.

Η επιλογή να μελετηθούν τόσο οι ασθενείς όσο και τα μέλη της οικογένειάς τους βασίστηκε στην αντίληψη ότι η ασθένεια αποτελεί κατάσταση μιας οικογένειας και όχι ενός μόνο ατόμου, όπως αναφέρουν διάφοροι μελετητές[49,145,433]. Η "α-γραμμική διασυνδετικότητα" των ζωντανών οργανισμών[434] μας έχει ήδη υποδείξει τον προβληματικό χαρακτήρα των συμβατικών προσπαθειών της κλασσικής βιο-ιατρικής επιστήμης, όπου η νόσος αποδίδεται σε συγκεκριμένα μονοδιάστατα αίτια.

Η σπουδαιότητα που παρουσιάζει η προσέγγιση της νόσου και του ατόμου που νοσεί ως μέρος ενός συνόλου σχέσεων, στα πλαίσια του οικογενειακού συστήματος, διακίνησε την αναγκαιότητα διερεύνησης των ψυχολογικών χαρακτηριστικών ολόκληρης της οικογένειας, αμέσως μετά την έναρξη της οξείας λευχαιμίας στο πάσχον μέλος της. Κι αυτό, βέβαια, θα μπορούσε να επιτευχθεί, διερευνώντας κατά πρώτον τις οικογενειακές σχέσεις, την προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση του ατόμου στα πλαίσια του συγκεκριμένου οικογενειακού περιβάλλοντος, καθώς και τους παράγοντες που συμβάλλουν στην συντήρηση του οικογενειακού συστήματος. Εκτιμούμε ως σημαντική τη διερεύνηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών της οικογένειας καθώς επηρεάζουν καθοριστικά τον ασθενή και επιδρούν πιθανώς μεταξύ άλλων βιολογικών παραμέτρων στον τρόπο που θα εξελιχθεί η νόσος.

Ως προς την επιλογή των ψυχολογικών παραμέτρων οι σημαντικότεροι λόγοι για την προτίμησή τους μεταξύ άλλων προέκυψε από:

1. Την σπουδαιότητα των μέχρι τώρα ευρημάτων που αναφέρουν υψηλά επίπεδα ενδοστρεφούς εχθρότητας και χαμηλά επίπεδα εξωστρεφούς εχθρότητας σε ασθενείς με άλλου τύπου κακοήθειες
2. Την ασυμφωνία των ερευνητικών δεδομένων που αφορούν την αλεξιθυμία σε ασθενείς με άλλου τύπου κακοήθειες, καθώς και την απουσία ανάλογων μελετών σε ασθενείς με οξεία λευχαιμία και τις οικογένειές τους.
3. Την αποσαφήνιση του ρόλου του παροδικού και μόνιμου άγχους στην οξεία λευχαιμία.

Για όλους τους παραπάνω λόγους και βάσει της σχετικής βιβλιογραφίας, στόχος μας ήταν να ελέγξουμε αυτούς τους ψυχολογικούς παράγοντες που έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση κακοηθών νοσημάτων, καθώς και να εκτιμήσουμε ορισμένες ψυχολογικές εκδηλώσεις και στοιχεία του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς που πάσχει από οξεία λευχαιμία.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Τη σχέση αυτή, μεταξύ των ψυχολογικών χαρακτηριστικών του ασθενούς και των συγγενών του, προτίθεται να διερευνήσει, κατά το δυνατόν, η παρούσα μελέτη ευελπιστώντας να τεκμηριώσει καλύτερα κάποια σημεία που μέχρι τώρα έχουν επισημανθεί μόνο από την κλινική εμπειρία και τη θεωρία.

* *
*

Δομή της παρούσας ερευνητικής μελέτης:

Το πρώτο μέρος της εργασίας αφιερώνεται στην εξέλιξη των όρων και των γνώσεων που σχετίζονται με το αίμα αλλά και στην αναζήτηση, με κάθε επιφύλαξη, μέσα στην αίγλη των μύθων, των παροιμιών, της ερμηνευτικής των ονείρων, της λογοτεχνίας και της ποίησης των συμβολισμών του αίματος και της σύνδεσής του με την ψυχολογία και τη φυσική κατάσταση των ανθρώπων. Επίσης, γίνεται αναφορά στην οξεία λευχαιμία η οποία περιλαμβάνει βασικά στοιχεία σχετικά με την επιδημιολογία, την αιτιολογία, την κλινική εικόνα, τη θεραπεία και την ψυχοκοινωνική διάσταση της συγκεκριμένης νόσου.

Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται η έννοια και η δομή της σύγχρονης οικογένειας και οι διαστάσεις που μπορεί να έχει μια απειλητική νόσος για τη λειτουργία της αλλά και η σημασία των οικογενειακών σχέσεων στην καρκινική διεργασία και στις οξείες λευχαιμίες.

Στη συνέχεια ακολουθεί μια αναλυτική επισκόπηση των αντιλήψεων ως προς την διασύνδεση των ψυχολογικών παραγόντων και του καρκίνου αλλά και πως αυτές διαμορφώθηκαν τα τελευταία κυρίως χρόνια. Η αναφορά περιλαμβάνει συμπεράσματα ερευνών για το ρόλο της οικογένειας, της εχθρότητας, της αλεξιθυμίας, και του άγχους στην εμφάνιση και την εξέλιξη μιας κακοήθους νεοπλασίας.

Στο τρίτο μέρος παρουσιάζεται το κεντρικό σημείο αυτής της μελέτης που είναι η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια των ερευνητικών δραστηριοτήτων του Εργαστηρίου Ιατρικής Ψυχολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων σε συνεργασία με το Αιματολογικό Τμήμα του Π.Π.Γ.Ν.Ι., και αφορά 41 ασθενείς με οξεία λευχαιμία που νόσησαν κατά το έτος 2001 και τους α' βαθμού συγγενείς τους, που μελετήθηκαν με την Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES) των Moos and Moos, το Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ), την Κλίμακα Εκτίμησης της Αλεξιθυμίας του Σιφναίου (SSPS) και την Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Άγχους του Spielberger (State - Trait Anxiety Inventory - STAI).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

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

1. α) Ως προς τις οικογενειακές σχέσεις υπόθεσή μας είναι ότι θα διέπονται από δυσλειτουργία (υψηλά ή χαμηλά επίπεδα συνοχής, υψηλά ή χαμηλά επίπεδα έκφρασης των συναισθημάτων, υψηλά ή χαμηλά επίπεδα σύγκρουσης) και δεν θα υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων. β) Ως προς την προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση των μελών της κάθε οικογένειας θεωρούμε ότι οι απαντήσεις των ασθενών θα βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα σε όλες τις υποκλίμακες (ανεξαρτησία, προσανατολισμός για επιτεύγματα, προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση, προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία) και δεν θα διαφέρουν σημαντικά από τις απαντήσεις των συγγενών τους, εξαιρώντας την υποκλίμακα της ηθικής και θρησκευτικής έμφασης όπου οι τιμές της θα παρουσιάζονται πολύ υψηλές τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους συγγενείς τους. γ) Και ως προς τη συντήρηση του συστήματος, η υπόθεσή μας έγκειται σε απαντήσεις με υψηλά επίπεδα οργάνωσης και ελέγχου του οικογενειακού συστήματος τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους συγγενείς τους.
2. Ως προς τα επίπεδα της εχθρότητας υπόθεσή μας είναι ότι τα επίπεδα της ενδοστρεφούς εχθρότητας των ασθενών θα είναι πολύ υψηλά και θα υπάρχουν διαφορές των επιπέδων ενδοστρεφούς εχθρότητας μεταξύ των δύο ομάδων. Ως προς την εξωστρεφή εχθρότητα, δε, των ασθενών θεωρούμε ότι τα επίπεδά της θα κυμανθούν σε χαμηλά επίπεδα σε αντίθεση με των συγγενών τους που θα είναι υψηλά.
3. Ως προς τα επίπεδα αλεξιθυμίας, υπόθεσή μας είναι ότι οι ασθενείς θα εμφανίζουν αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά και θα υπάρξουν διαφορές μεταξύ της αλεξιθυμίας των ασθενών και των συγγενών τους.
4. Ως προς τα επίπεδα άγχους, υπόθεσή μας είναι ότι τα επίπεδα άγχους τόσο του παροδικού όσο και του μόνιμου θα είναι υψηλά και δεν θα υπάρξουν διαφορές μεταξύ του άγχους της ομάδας των ασθενών και αυτής των συγγενών τους.

* *
*

Από τα ανωτέρω συνάγεται ότι το ενδιαφέρον της παρούσας ερευνητικής μελέτης απορρέει από την αναγκαιότητα να διερευνηθούν οι ανωτέρω παράγοντες που συνδέονται με την οικογενειακή δομή και λειτουργία των ασθενών που πάσχουν από οξεία λευχαιμία. Η συγκεκριμένη προβληματική δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς και σφαιρικά όπως διαπιστώνεται από τη διεθνή βιβλιογραφία.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΜΕΡΟΣ Ι

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εν Αρχή ην.... το Αίμα

"Εγώ άλλο δεν είμαι από μια κηλίδα αίμα που μιλάει"

Nichita Stanescu[ii]

Ανατρέχοντας στο παρελθόν της ανθρώπινης ιστορίας, διαπιστώνουμε ότι το αίμα και οι ασθένειες που σχετίζονταν με την αιμοποιητική λειτουργία κατείχαν σημαντική θέση στις σκέψεις και στους προβληματισμούς των ανθρώπων κάθε εποχής.

Η διαδικασία ανάπτυξης ερμηνευτικών υποθέσεων σχετικά με την λειτουργία του αίματος άρχισε πιο συστηματικά στην Αίγυπτο και στη Μεσοποταμία και, γύρω στα 500 π.Χ., μετακινήθηκε και στις γύρω από τη Μεσόγειο χώρες που άρχισαν να δραστηριοποιούνται διανοητικά γύρω από το συγκεκριμένο θέμα.[1]

Πρώτοι οι Πυθαγόρειοι παρατήρησαν ότι υπήρχαν διαφορές ανάμεσα στις αρτηρίες και στις φλέβες και ότι το αίμα είχε ροή. Ανάλογα με το ποιο θεωρούνταν το κύριο όργανο που έλεγχε το υπόλοιπο σώμα αποδίδονταν διστακτικά στο αίμα διάφορες λειτουργίες: ίσως η κίνησή του να είχε σχέση με τον ύπνο· ίσως να μετέφερε θερμότητα και να εμψύχωνε το σώμα.[2]

1. Το αίμα, ο Υπέρτατος Χυμός

Κάπου εκατό χρόνια μετά τους Πυθαγόρειους, η ελληνική ιατρική σχολή προσωποποιήθηκε στον Ιπποκράτη και στους μαθητές του. Η ελληνική σχολή πιστεύοντας πως ο μικρόκοσμος και ο μακρόκοσμος έπρεπε κατά κάποιον τρόπο να καθρεφτίζουν ο ένας τον άλλον περιέγραψαν σύμφωνα με τα τέσσερα στοιχεία της μη έμβιας ύλης τους τέσσερις χυμούς ενός ζωντανού σώματος. Παραδέχονταν ότι οι τέσσερις σωματικοί χυμοί ήταν το αίμα, η λέμφος (που λέγονταν βλέννα ή φλέγμα), η κίτρινη χολή και η μέλαινα χολή (μελαγχολία). Στους χυμούς απέδιδαν τα ίδια διασταυρωνόμενα ζεύγη ιδιοτήτων των τεσσάρων στοιχείων της μη έμβιας ύλης. Το "ζεστό", το "ψυχρό", το "υγρό" και το "ξερό". Σ' ένα υγιές άτομο οι τέσσερις χυμοί ήταν "καλά κεκραμένοι", διατηρούσαν μια θαυμάσια

ισορροπία, μια αρμονία. Αν ξέφευγαν από την αρμονία, τότε υπήρχε ασυμφωνία (δυσκρασία, αρρώστια, δυσαρμονία,). Στο αίμα απέδιδαν συνήθως την ίδια θέση στο μικροσκοπικό σύστημα που είχε ο αέρας στο μακροσκοπικό σύστημα και αντιπροσώπευε τη ζωή, μια κι η απώλειά του μπορούσε να σκοτώσει έναν άνθρωπο μέσα σε λίγα λεπτά, γρηγορότερα από κάθε άλλη διαταραχή των χυμών. Το αίμα, λοιπόν, για αυτούς ορίζονταν ως "ο υπέρτατος χυμός".[1,2]

2. *Αριστοτέλης και Γαληνός*

Λίγο αργότερα ο Αριστοτέλης παραδέχονταν μια υπόθεση των χυμών, κατά την οποία η καρδιά ήταν η πηγή πύρινης σωματικής ζέστης, έτσι που ο άνθρωπος ήταν υποχρεωμένος ν' αναπνέει αέρα και να μεταφέρει ψυχρούς χυμούς από τον εγκέφαλο για να τη μετριάσει. Στα βιβλία του, δε, χωρίζει τα ζώα σε δυο κατηγορίες - σ' εκείνα που έχουν αίμα και σ' εκείνα που δεν έχουν.[1]

Στην Ιατρική Σχολή της Αλεξάνδρειας όπου διδάσκονταν οι ιδέες του Ιπποκράτη και του Αριστοτέλη αναπτύχθηκε μια διαφορετική άποψη σχετικά με το αίμα και έτσι η ερμηνεία της ασθένειας μέσω των χυμών εκτοπίστηκε από τη θεωρία της "πληθώρας". Η θεωρία αυτή βασιζόταν στην υπόθεση ότι η τροφή γινόταν αίμα στο ήπαρ και κατόπιν μέσα από την καρδιά διαχεόταν σ' ολόκληρο το σώμα μέσω των φλεβών. Όμως οι αρτηρίες, από την άλλη πλευρά του αγγειακού συστήματος, περιείχαν μία ακαθόριστη αέρινο διάσταση, το "πνεύμα". Αν λοιπόν βρισκόταν υπερβολική ποσότητα αίματος στη φλεβική πλευρά αυτό θα προκαλούσε "πληθώρα" οπότε το αίμα θα περνούσε στην αρτηριακή πλευρά, προκαλώντας διάφορες αρρώστιες.[1]

Τέσσερις αιώνες αργότερα στην ίδια σχολή της Αλεξάνδρειας εμφανίστηκε ο Γαληνός κι οι αντιλήψεις του έμελλαν να επηρεάσουν την Ιατρική για χίλια και πάνω χρόνια. Σύμφωνα με τον Γαληνό, μέσα στο ήπαρ η τροφή μεταβαλλόταν σε αίμα φορτισμένο με "φυσικό πνεύμα", ένα είδος θρεπτικής ουσίας και μια ανάγκη της ζωής. Το "φυσικό πνεύμα" διαχεόταν στο σώμα μέσω των φλεβών χάρη σε μια παλιρροϊκή κίνηση του αίματος ενώ ταυτόχρονα οι ακαθαρσίες του σώματος απορροφούνταν από το φλεβικό αίμα και επέστρεφαν στο ήπαρ και ύστερα στη δεξιά πλευρά της καρδιάς, απ' όπου ανέβαιναν στην πνευμονική αρτηρία και έφταναν στους πνεύμονες απ' όπου έβγαιναν με την εκπνοή. Ένα μέρος του αίματος περνούσε κατόπιν από τη δεξιά στην αριστερή πλευρά της καρδιάς μέσα από αόρατους πόρους του τοιχώματος που χώριζε τις κοιλίες και ανακατεύονταν με τον αέρα που ερχόταν από τους δροσερούς πνεύμονες στην πνευμονική φλέβα. Μέσα στην καρδιά αυτό παρήγαγε ένα πιο δυνατό "ζωτικό πνεύμα" και μια τρίτη ουσία, το "ζωικό

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

πνεύμα", σχηματιζόταν στον εγκέφαλο όταν το "ζωτικό πνεύμα" έφτανε εκεί. Το πνεύμα αυτό χωριζόταν και διαχεόταν μέσα στα νεύρα στη διάρκεια της ζωής ενός ανθρώπου.[3,4]

3. Η παράδοση για τους χυμούς

Χίλια τετρακόσια χρόνια μετά τον Γαληνό, ο Francois Rabelais, γιατρός και συγγραφέας, αναφέρει στην έκθεσή του περί χυμών εκτός των άλλων ότι "η ζωή είναι αίμα. Το αίμα είναι η έδρα της ψυχής και γι αυτό το κυριότερο έργο του μικρόκοσμου είναι να παράγει συνεχώς αίμα. Το αίμα γίνεται τόσο λεπτό και φίνο μέσα στις μικρές αρτηρίες και φλέβες, ώστε μετά να διαμορφώνονται και να συνθέτονται από αυτό τα ζωικά εκείνα πνεύματα, από τα οποία γεννιούνται, δρουν και λειτουργούν η φαντασία, ο λόγος, η κρίση, η απόφαση, ο διαλογισμός, η σκέψη και η μνήμη".[1]

Ύστερα από τον Rabelais ήρθαν οι Ελισαβετιανοί, με τυπικό εκπρόσωπο τον Σαίξπηρ, για τον οποίο το συκώτι ήταν η πηγή του αίματος, της θαρραλέας ιδιοσυγκρασίας κι όταν έφευγε το θάρρος, οι αγωγοί (κυρίως οι φλέβες, μια κι οι αρτηρίες μεταβίβαζαν κυρίως τα πνεύματα) του αίματος πάγωναν.[1]

Εκατό χρόνια μετά τον Rabelais και χίλια πεντακόσια χρόνια μετά τον Γαληνό κανείς δεν αμφισβητούσε τις παλιές θεωρίες. Το 1621, ο Robert Burton στο έργο του "Ανατομία της Μελαγχολίας" έγραφε πως "το αίμα είναι ένας ζεστός, γλυκός, εύκρατος, κόκκινος χυμός, που παρασκευάζεται μέσα στις μεσεντέριες φλέβες, γίνεται από τα πιο εύκρατα μέρη του χυλού μέσα στο συκώτι και η λειτουργία του είναι να τρέφει ολόκληρο το σώμα, να του δίνει δύναμη και χρώμα, καθώς σκορπίζεται από τις φλέβες σε όλα τα μέρη του. Και από αυτό γεννιούνται τα πνεύματα πρώτα στην καρδιά, που στη συνέχεια μέσω των αρτηριών μεταδίδονται στα άλλα μέρη. Αν τα πνεύματα αυτά σταματήσουν, τότε σταματά κι η ζωή όπως σε περίπτωση συγκοπής ή λιποθυμίας".[1]

4. Αντιλήψεις σύγχρονης επιστημονικής περιόδου

Η εξασθένιση των μεσαιωνικών ιδεών προλείανε το έδαφος για την ανακάλυψη της κυκλοφορίας του αίματος από τον Άγγλο William Harvey, το 1640. Τέσσερα χρόνια μετά το θάνατο του Harvey (1661), ο Malpighi παρατήρησε τα τριχοειδή αιμοφόρα αγγεία με τη βοήθεια του μικροσκοπίου, και η "ανακάλυψη" σχεδόν ολοκληρώθηκε. Σχεδόν ολοκληρώθηκε, γιατί έπρεπε να περάσουν άλλα 150 χρόνια πριν ο Lavoisier αντιληφθεί ότι το οξυγόνο ήταν εκείνο που συντηρούσε τη ζωή με τον ίδιο τρόπο που συντηρούσε την καύση. Τότε ο σπουδαιότατος σκοπός της κυκλοφορίας του αίματος έγινε όλο και πιο φανερός και αποτέλεσε τη βάση για κάθε παραπέρα γνώση της φυσιολογίας.[1]

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΠΑΤΡΩΝ

Ο William Harvey πέθανε το 1957. Οι νέες του γνώσεις απέδειξαν εσφαλμένες τις παραδοσιακές απόψεις του Γαληνού για τις κινήσεις του αίματος. Δεν μπόρεσαν όμως να βγάλουν από τα μυαλά των γιατρών την παλιά Ιπποκρατική θεωρία των τεσσάρων χυμών. Απλώς έτειναν να παρουσιάσουν το αίμα σαν το σπουδαιότερο απ' όλους.[1]

Οι χυμικές θεωρίες για τις αρρώστιες οδηγούσαν φυσικά στο συμπέρασμα ότι ορισμένα συμπτώματα πρέπει να προκαλούνται από τοπικές συσσωρεύσεις του ενός ή του άλλου χυμού. Μια ιατρική παράδοση που πιστεύει στην ενεργό παρέμβαση στις διεργασίες του σώματος θα προσπαθήσει τότε να απαντήσει θεραπευτικά με την παροχέτευση και την αποστράγγιση των χυμών. Κι αυτό σήμαινε αφαίμαξη. Το κακό, που προξενούσαν οι μέθοδοι αυτές σε υγιείς ανθρώπους ήταν μικρό, γιατί αυτοί μπορούσαν να αντικαταστήσουν πολύ γρήγορα το αίμα που έχαναν παράγοντας καινούργια ερυθρά αιμοσφαίρια. Όμως για τους ασθενείς η αφαίμαξη λειτουργούσε αρνητικά - με πολύ λίγες εξαιρέσεις - κι αν είχαν αναιμία η αφαίμαξη μεγάλωνε την αναιμία τους. Δεν αντιλαμβάνονταν ότι μια κόκκινη εμφάνιση σε κάποια μέρη του σώματος μπορεί να σήμαινε μια σοβαρή παθολογία του οργανισμού που είχε μεγάλη ανάγκη του αίματός του κι ότι η μετάγγιση έφερνε δυσάρεστα αποτελέσματα.[1]

Πριν εκατόν τριάντα χρόνια περίπου η θεωρία των τεσσάρων χυμών και της πληθώρας τελικά παραχώρησε τη θέση της στην άποψη του Γερμανού Virchow και άλλων, ότι τα κύτταρα είχαν μεγαλύτερη βασική σημασία παρά τα εξωκυτταρικά υγρά. Υπάρχει όμως μια κληρονομιά λαϊκών συνηθειών στις οποίες οι χυμοί επιζούν ακόμη. Η αντίληψη ότι στην κατάσταση υγείας οι χυμοί είναι ισορροπημένοι, κάνει τον φυσιολογικό, υγιή άνθρωπο να είναι με "καλή κράση", "γλυκύθυμο". Αντίθετα ένας άνθρωπος μπορεί να περιπέσει σε "δυσκρασία" (διαταραχή, αρρώστια) ή "κακή διάθεση", ή να είναι αιματώδης, χολερικός, μελαγχολικός ή φλεγματικός.[1]

5. *Σύγχρονα στοιχεία φυσιολογίας του αίματος*

Το αίμα αποτελεί το ρευστό ιστό του οργανισμού και κυκλοφορεί μέσα στα αγγεία του κυκλοφορικού συστήματος. Αποτελείται από το πλάσμα (55%) και από τα κύτταρα του αίματος (45%). Το ειδικό βάρος του αίματος είναι 1055 και η αντίδρασή του είναι ελαφρώς αλκαλική (PH 7,3-7,4). Ο ολικός όγκος του αίματος στον ενήλικα είναι 4,5 με 5,5 λίτρα.[5]

Το πλάσμα του αίματος αποτελεί το υγρό μέρος του αίματος και περιέχει 90% νερό και 10% διάφορες άλλες διαλυμένες ουσίες και τα κύτταρα του αίματος. Οι διαλυμένες ουσίες

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

του πλάσματος είναι τα ανόργανα ιόντα, τα λευκώματα, το σάκχαρο, το γαλακτικό οξύ και άλλα οργανικά οξέα, τα λιπίδια, τις αζωτούχες ουσίες και τις χρωστικές[6].

Τα ερυθρά αιμοσφαίρια είναι κύτταρα χωρίς πυρήνα με σχήμα αμφίκοιλου δίσκου. Παράγονται στο μυελό των οστών και καταστρέφονται στο σπλήνα ή στο ήπαρ. Ζουν 120 μέρες και ο αριθμός τους είναι στους άνδρες 4,5-6,5 και στις γυναίκες 3,9-5,6 εκατομμύρια σε κάθε κυβικό χιλιοστόμετρο του αίματος. Το σπουδαιότερο συστατικό των ερυθρών αιμοσφαιρίων είναι η αιμοσφαιρίνη, η οποία είναι απαραίτητη για την ανταλλαγή των αναπνευστικών αερίων[5].

Τα λευκά αιμοσφαίρια είναι κύτταρα με πυρήνα και διακρίνονται σε πολυμορφοπύρηνα, λεμφοκύτταρα (μικρά και μεγάλα) και μεγάλα μονοπύρηνα. Τα πολυμορφοπύρηνα διακρίνονται σε ουδετερόφιλα, ηωσινόφιλα και βασεόφιλα. Ο αριθμός τους είναι από 5-10 χιλιάδες σε κάθε κυβικό χιλιοστό μέτρο αίματος. Τα λευκά αιμοσφαίρια παράγονται σε διάφορα σημεία του οργανισμού. Τα πολυμορφοπύρηνα παράγονται στον ερυθρό μυελό των οστών (μυελοβλάστες). Τα λεμφοκύτταρα παράγονται στο θύμο αδένα, στους λεμφαδένες, στις αμυγδαλές, στο σπλήνα και στις παϋέρειες πλάκες του εντέρου. Τα μεγάλα μονοπύρηνα παράγονται κυρίως στο μυελό των οστών (μονοβλάστες). Η διάρκεια ζωής τους είναι από 24 ώρες μέχρι 100 και περισσότερες ημέρες. Τα λευκά αιμοσφαίρια εξυπηρετούν την άμυνα του οργανισμού εναντίον μικροβίων και ξένων προς τον οργανισμό λευκωμάτων, με την αμοιβαδοειδή κίνηση, χημειοταξία, διαπίδυση, φαγοκυττάρωση, ενδοκυττάριο πέψη, απελευθέρωση αντισωμάτων και ενζύμων[6].

Τα αιμοπετάλια είναι κύτταρα χωρίς πυρήνα. Ο αριθμός τους είναι από 150-400 χιλιάδες σε κάθε κυβικό χιλιοστόμετρο του αίματος. Παράγονται στο μυελό των οστών και ζουν 8-10 ημέρες. Συμβάλλουν στην πήξη του αίματος[6].

Ο μυελός των οστών συνίσταται στον ενεργό αιμοποιητικά μυελό ή ερυθρό μυελό (αιματοκύτταρα και λιποκύτταρα) και στον ωχρό μυελό (λιποκύτταρα). Η κοιλότητα του μυελού των οστών περιέχει ένα ευρύ δίκτυο αγγειακών καναλιών, των κολποειδών, που διαχωρίζουν σωρούς αιματοκυττάρων και λιποκυττάρων. Τα κολποειδή και τα κύτταρα ενώνονται με τους ινοβλάστες. Τα κυτταροπλάσματα των ινοβλαστών δημιουργούν ένα δικτυωτό πλέγμα το οποίο αποτελεί την περιοχή όπου μπορεί να βρεθούν τα αιμοκύτταρα. Η εξωκυττάρια ουσία αποτελείται από κολλαγόνο και κολλώδεις πρωτείνες όπως λαμινίνη, φιμπρονεκτίνη, αιμονεκτίνη και πρωτεογλυκάνες. Οι πρωτείνες αυτές πιστεύεται ότι συνδέονται με τα αιμοκύτταρα. Η απώλεια της σύνδεσης των ώριμων αιματοκυττάρων με τις πρωτείνες φαίνεται ότι πυροδοτεί την απελευθέρωση των ώριμων αιματοκυττάρων

στην κυκλοφορία. Η απελευθέρωση αυτή πραγματοποιείται διαμέσου του τοιχώματος των κολποειδών, που αποτελείται από μια μονή στοιβάδα ενδοθηλιακών κυττάρων που έχουν διακυτταρικά διαστήματα και κυττοπλασματικούς πόρους που επιτρέπουν την διαφυγή ώριμων αιματοκυττάρων στην κυκλοφορία. Τα κολποειδή οδηγούν σε ένα κεντρικό κόλπο που εκβάλλει σε μια επιχώρια φλέβα από την οποία το προϊόν του μυελού εισάγεται στη συστηματική φλεβική κυκλοφορία. Ο μυελός διατρέφεται από αρτηρίες του οστού και του περιοστέου, κλάδους μυϊκών αρτηριών, που διακλαδίζονται σε τριχοειδή τα οποία αναστομώνονται τελικά με τους κόλπους του μυελού[7].

Το αίμα είναι απαραίτητο για τη ζωή του οργανισμού και επιτελεί τις παρακάτω λειτουργίες[6]:

- Μεταφέρει οξυγόνο από τους πνεύμονες στους ιστούς και διοξείδιο του άνθρακα από τους ιστούς στους πνεύμονες.
- Μεταφέρει θρεπτικές ουσίες στα κύτταρα του οργανισμού.
- Μεταφέρει τις ορμόνες και τα ένζυμα στους ιστούς.
- Απομακρύνει τις άχρηστες ουσίες από τους ιστούς.
- Συμβάλλει στην άμυνα του οργανισμού κατά των μικροβίων.
- Συμβάλλει στη διατήρηση της σταθερής θερμοκρασίας του οργανισμού.
- Προλαμβάνει την απώλεια του αίματος και του ύδατος με την πήξη του (σε τραυματισμό ή αιμορραγία).

6. Συμβολισμοί του αίματος

Με τη λέξη αίμα (γαίμα, λαϊκά ή λογοτεχνικά) σημαίνουμε το κόκκινο ζωτικό υγρό που κυκλοφορεί μέσω της καρδιάς, των αρτηριών και των φλεβών του ανθρώπου και των άλλων σπονδυλωτών ζώων, επιτελώντας πλήθος βασικών λειτουργιών. Ετυμολογικά η λέξη είναι αμφίβολου ετύμου. Αμφίβολη, επίσης, είναι η σύνδεση της λέξης με την αρχαία γερμανική λέξη seim, που σημαίνει "στραγγισμένο μέλι" ή με τη σανσκριτική λέξη is, που σημαίνει "ποτό", ή ακόμη με το ρήμα ίημι "βάλλω, ρίχνω", οπότε η αρχική σημασία της θα δήλωνε "το αποτέλεσμα του χτυπήματος από βέλος".[8]

Τον συμβολισμό του αίματος με τη ζωή και τη δύναμη τον συναντάμε από την εποχή του Ομήρου. Μάλιστα, υπήρχε διαφορά στο αίμα των θνητών από το αίμα των Θεών. Για το αίμα των Θεών υπήρχε η λέξη "ιχώρ", όπως χαρακτηριστικά παρατηρούμε στην Ιλιάδα: "έρεε το αθάνατον αίμα της Θεάς, ο Ιχώρ, γιατί ρέει από τους μακάριους Θεούς". Εξάλλου, η μοναδικότητα της ζωτικής δύναμης του αίματος διακρίνεται και στο μύθο του Τάλου. Ο Τάλως, ήταν ένας χάλκινος γίγαντας που είχε μια φλέβα αίματος από την

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

κορυφή μέχρι το πόδι, όπου και κλείνονταν με το νύχι. Ο γίγαντας είχε αναλάβει το καθήκον να επαγρυπνεί για την ασφάλεια της Κρήτης και να την προστατεύει από ξένους επιδρομείς. Όταν οι Αργοναύτες πήγαν στην Κρήτη, η Μήδεια τον μέθυσε και τον σκότωσε, αφαιρώντας το νύχι από το πόδι του με αποτέλεσμα να χυθεί όλο το αίμα που του έδινε τη δύναμη.[9,10,11]

Από τη σκοπιά της χρωματικής ή βιολογικής τάξης, το αίμα, αφού αντιστοιχεί στο κόκκινο χρώμα, αντιπροσωπεύει το τέλος μιας σειράς που αρχίζει με το φως του ήλιου και με το κίτρινο χρώμα, με ενδιάμεση κατάσταση το πράσινο και τη φυτική ζωή. Το πέρασμα από το κίτρινο στο πράσινο και στο κόκκινο εμφανίζεται σε σχέση με μια προοδευτική αύξηση του σιδήρου. Σε περιπτώσεις στενής συγγένειας, όπως μεταξύ αίματος και κόκκινου χρώματος, είναι προφανές ότι και τα δύο στοιχεία εκφράζονται αμοιβαία: ο παθητικός τόνος του κόκκινου διαποτίζει το συμβολισμό του αίματος, και ο ζωτικός χαρακτήρας του αίματος περνάει στην απόχρωση.[12]

Στο χυμένο αίμα υπάρχει ένας τέλειος συμβολισμός της θυσίας. Όλες οι υγρές ουσίες (γάλα, μέλι, κρασί), που οι αρχαίοι πρόσφεραν θυσία στους νεκρούς ή σπονδή στους Θεούς, συμβολίζουν το αίμα, το πολυτιμότερο απ' όλα τα υγρά. Το αίμα για τις θυσίες στους κλασικούς πολιτισμούς το έπαιρναν από το αρνί, τον ταύρο και τον χοίρο, ενώ στους ασιατικούς, αφρικανικούς και αμερικάνινους πολιτισμούς το έπαιρναν από ανθρωποθυσίες (κάτι που συνέβαινε και στην προϊστορική Ευρώπη).[12]

Το ρητό των Αράβων "το αίμα έτρεξε, ο κίνδυνος πέρασε", εκφράζει λακωνικά την κεντρική ιδέα κάθε θυσίας. Στην αλχημεία, όταν η ύλη περνούσε από τη λευκή διαδικασία (albedo) στην ερυθρά (rubedo) ή στον μυθικό "κόκκινο καβαλάρη" συμβόλιζε την κατάσταση του αιώνιου πάθους, εκείνου που δάμασε το υποζύγιο και τα τέρατα. Ο Levi (1920), στην μελέτη του γι' αυτό το σύμβολο αναφέρει την εξής φράση: "Ήταν ντυμένος ο καβαλάρης με ρούχα ποτισμένα στο αίμα, γιατί ερχόταν από τον πόλεμο και τη θυσία".[12] Ενδιαφέρον, επίσης, παρουσιάζει η αναφορά του Πινέδο, σχετικά μ' αυτό το σύμβολο, που επιπλέον το εμπλουτίζει με ετυμολογική έννοια. Πρόκειται για ένα σχόλιο του Ησαΐα,[13] όπου ρωτάει: "Τίς ούτος, ο ερχόμενος εξ Εδώμ, με ιμάτια ερυθρά εκ Βοσόρας;" Από την Εδώμ και την Βοσόρα, που ήταν η πρωτεύουσά του, υπονοούνται όλα τα έθνη των χριστιανών. Η λέξη Εδώμ σημαίνει κόκκινο και Βοσόρα σημαίνει τρυγητός, γι' αυτό οι Άγιοι Πατέρες μας λένε πως αυτός που έρχεται "κόκκινος" από τον "τρύγο" δεν είναι άλλος από τον Χριστό, γιατί, κατ' αυτούς, αυτή είναι η ερώτηση που του έκαναν οι άγγελοι την ημέρα της Ανάληψης".[12]

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΑ

Για τον Χριστιανισμό το αίμα είναι το σημαντικότερο σύμβολό του. Με το αίμα του Χριστού ξεπλύθηκε το προπατορικό αμάρτημα, όπως, συγκεκριμένα, αναφέρεται στο κατά Μάρκον Ευαγγέλιο "Ει γαρ το αίμα ταύρων και τράγων και σποδός δαμάλεως ραντίζουσα τους κεκοινωμένους αγιάζει προς την της σαρκός καθαρότητα, πόσω μάλλον το αίμα του Χριστού, ος δια Πνεύματος αιωνίου εαυτόν προσήνεγκεν άμωμον τω Θεώ, καθαριεί την συνείδησιν υμών από νεκρών έργων εις το λατρεύειν Θεώ ζώντι". Αλλά και ο οίνος της Θείας Ευχαριστίας αντιπροσωπεύει το αίμα του Κυρίου, που θυσιάστηκε για τη σωτηρία των ανθρώπων. Ο ίδιος είπε: "Πίετε εξ' αυτού πάντες τούτο εστί το αίμα μου", όπως αναφέρει ο Ματθαίος (κστ:26) και ο Μάρκος (ιδ: 22)[13,14].

Για τους μάρτυρες του Ιεχωβά,[15] ακόμη και σήμερα, το αίμα είναι ιερό και θεωρούν ότι στο αίμα κατοικεί η ψυχή, για αυτό και απαγορεύουν όχι μόνο τη βρώση κρέατος από ζώο που δεν χύθηκε πρώτα το αίμα του με ειδικά κατάλληλο τρόπο, αλλά και την μετάγγιση αίματος ακόμη κι αν πρόκειται για δικό τους αίμα που έχει αποθηκευτεί.

Οι συμβολισμοί του αίματος με το κρασί μπορούν να μας βοηθήσουν να ανακαλύψουμε την τεράστια δύναμη που ανέκαθεν έδιναν οι άνθρωποι στο αίμα. Το αίμα συνδεόταν με την ζωή, με τη δύναμη, με τη θυσία για άφεση από τις αμαρτίες τους. Ο Παναγής Λεκατσάς,[16] αναφέρει, ότι για τα Διονυσιακά μυστήρια το κρασί ήταν το αίμα των σταφυλιών και ταυτιζόταν με το αίμα του σπαραζόμενου θύματος της ωμοφαγίας, και, στο βάθος των συνειρμών, το γέψιμό του είναι μετάληψη από το αίμα του Θεού (αίμα σταφυλής, αίμα Διόνυσου). Ο ίδιος συγγραφέας, αναφέρει, ότι σε κατοπινές φάσεις του πολιτισμού το αίμα των ζώων, που χρησιμοποιούταν στην κατασκευή διάφορων τροφών, υποκαταστάθηκε από το κρασί. Η Εύη Βουτσινά,[17] στην ιστοσελίδα της μεταφέρει πολλές περιπτώσεις που ακόμη και σήμερα για την παρασκευή τροφών χρησιμοποιείται αίμα σφαγμένων ζώων.

Αλλά και στον ανθρώπινο λόγο που εκφράζει τη ζωή σε όλες της τις εκδηλώσεις, μπορούμε να παρατηρήσουμε τους συνειρμούς και τις συνδέσεις του αίματος, ως σύμβολο ζωής και δύναμης. Συγκεκριμένα, σε κάποιες εκφράσεις του ανθρώπινου λόγου, που φαίνεται να πηγάζουν κατευθείαν από τους ανθρώπινους συνειρμούς και έχουν σφυρηλατηθεί στο καμίνι της δοκιμασίας και της εφαρμογής, διακρίνουμε περίτρανα την αναπαράσταση των ανθρώπων για το αίμα.

Όπως παρατηρούμε στον πίνακα 1, όπου παραθέτονται σχετικές εκφράσεις με την ανάλυσή τους, το αίμα συνδέεται με τη ζωντάνια, το φόβο και τον τρόμο, το θυμό και την ένταση, το μόχθο και την ταλαιπωρία, τη θυσία και την εκδίκηση. Οι άνθρωποι, ανέκαθεν,

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Πίνακας1: Λαϊκές εκφράσεις σχετικές με την αναπαράσταση του αίματος

- Βράζει το αίμα του : *είναι ακμαίος, γεμάτος ζωή, ενεργητικότητα, σαν νέο παιδί.*
- Καιει στις φλέβες του το αίμα: *έχει ζωντάνια, είναι δημιουργικός.*
- Μου 'κοψες το αίμα: *με τρόμαξες τόσο πολύ που αλλοιώθηκε το αίμα μου, μου προκάλεσες αναπάντεχο και μεγάλο φόβο.*
- Μου ανέβηκε το αίμα στο κεφάλι: *ένοιωσα έντονο θυμό, οργή ή αγανάκτηση.*
- Δεν έχεις αίμα μέσα σου ή δεν κυλάει αίμα στις φλέβες του: *στερείται ζωντάνιας και ενεργητικότητας ή επιδεικνύει μεγάλη ψυχραιμία και απάθεια, είναι εξαιρετικά συγκρατημένος ή είναι ωχρός, χλωμός ή άχρωμος στο παρουσιαστικό του.*
- Ανάβουν τα αίματα: *αυξάνει η ένταση, η οξύτητα, δημιουργείται έκρυθμη, εκρηκτική κατάσταση.*
- Δίνω // χύνω το αίμα μου: *θυσιάζομαι.*
- Φτύνω αίμα: *μοχθώ, ταλαιπωρούμαι, τραβώ τα πάνδεινα.*
- Παίρνω το αίμα μου πίσω: *εκδικούμαι, λαμβάνω ικανοποίηση.*

είχαν προσδώσει στο αίμα ιδιότητες που σχετίζονται τόσο με την ψυχή τους (εκφραζόμενη με τα συναισθήματά τους) όσο και με την σωματική τους ευρωστία.

Και βέβαια, ο συσχετισμός της υγείας και της ασθένειας (ειδικά του καρκίνου) με το συναισθηματικό περιεχόμενο της ζωής ενός ανθρώπου είναι γνωστή από την αρχαιότητα. Ο Αριστοτέλης πίστευε ότι: "η ψυχή και το σώμα επηρεάζουν το ένα το άλλο" και πως, "αν η συνήθεια της ψυχής μεταβληθεί μεταβάλλεται και το σώμα, ενώ αν η συνήθεια του σώματος μεταβληθεί μεταβάλλεται και η ψυχή".[18] Ο Καθηγητής Gendron του Πανεπιστημίου Montpellier, εκφράζει στις αρχές του 18^{ου} αιώνα την αντίληψη πως η κακοήθεια οφείλεται σε αλλοίωση της σωματικής λειτουργίας, που προκαλείται από το φόβο, το άγχος και το πένθος.[19]

Αν συνδυάσουμε τις γνωστές λαϊκές εκφράσεις του πίνακα 1, με τις σκέψεις του Αριστοτέλη και του Grendon, μπορούμε να σκεφτούμε ότι μου 'κοψες το αίμα, δηλαδή με τρόμαξες, κατάσταση που φοβίζει την ψυχή της οποίας και μεταβάλλεται η συνήθειά της από το φόβο, που σημαίνει μπορεί να μεταβάλλει και τη συνήθεια του σώματος. Εξ' άλλου ο λαός για τη λευχαιμία δεν λεει "του κόπηκε το αίμα του, νερό έγινε". Αλλά και με τη

λέξη λευχαιμία (λευκαιμία Π λευκό αίμα) που εμφανίστηκε για πρώτη φορά το 1859[8], δεν σημαίνεται η μορφολογική διάσταση του αίματος; Δεν σημαίνεται το αίμα δίχως την ζωντάνια του, δίχως τη δύναμή του;

Ακόμη και στην ερμηνεία, που δίνουν οι άνθρωποι, για τα όνειρα το αίμα συνδέεται με την υγεία και την ασθένεια, το καλό και το κακό, το γρήγορο και την είδηση. Συγκεκριμένα, αναφέρεται[20] :"Αν δείτε αίμα μαύρο και βρώμικο ή αν το φτύνετε, σημαίνει αρρώστια. Αν δείτε ότι βγαίνει αίμα από το στόμα σας, σας περιμένει μεγάλη αρρώστια. Αν η υγεία σας δεν είναι καλή και δείτε αίμα, τότε η κατάσταση θα χειροτερέψει. Αν το αίμα που θα δείτε είναι κάποιου ζώου που το σφάζουν και σας λερώσει και είσαστε άρρωστος, θα γίνετε γρήγορα καλά, αν είστε υγιής θα γίνετε πολύ δυνατός". Μπορούμε, λοιπόν, να παρατηρήσουμε, ότι το αίμα των ονείρων γίνεται ο κακός ή ο καλός οιωνός της υγείας του ατόμου και φαίνεται, επίσης, ότι το αίμα συνδέεται με τη δύναμη του οργανισμού μια και όταν αυτό φεύγει από το στόμα, ο άνθρωπος ασθενεί και χάνεται η δύναμή του, κατάσταση που μας θυμίζει και το μύθο του ακαταμάχητου Τάλου, που ο μόνος τρόπος, τελικά, για να νικηθεί και να πεθάνει ήταν να χάσει από την οπή του νυχιού όλο το αίμα του.

Και ο χώρος της τέχνης, όμως, - που με τη μορφή και το περιεχόμενό της αποτελεί την έκφραση και εξωτερίκευση του ψυχικού κόσμου του ανθρώπου, την απελευθέρωση του συναισθήματος στις πιο διαφορετικές εκφάνσεις του, τη γονιμοποίηση της φαντασίας μέσω μιας ορισμένης σύλληψης του κόσμου, την υπέρβαση των ορίων, τη δυναμική προέκταση των πραγμάτων - δεν έμεινε ασυγκίνητος από τη συμβολική δυναμική του αίματος. Το αίμα, μέσα από την τέχνη, άλλες φορές σηματοδότησε τον έρωτα, τον πόνο, το βάθος της ψυχής και του σώματος και κάποιες άλλες συνδέθηκε με την ασθένεια και τα καλέσματα του θανάτου. Λαϊκές ιατρικές απόψεις, ελληνικές ξένες ή παγκόσμιες, βρίσκουν τη θέση τους μέσα στους στίχους πολλών λογοτεχνών και ποιητών μας. Συγκεκριμένα, ο Αριστοτέλης Βαλαωρίτης,[21] πολύ συχνά, αναφερόταν σε φράσεις παροιμιακές, που πήγαζαν από κάποιες απόψεις της λαϊκής ιατρικής, όπως: "και τώκοβαν το αίμα", "φράσεις εμφαίνουσα την νευρικήν κατάπτωσιν ένεκα φόβου αιφνιδίου", καθώς και οι ανάλογες "πάγωσε το αίμα μου".

Σε μια αναζήτηση των στίχων του Νίκου Καββαδία,[18] που εκτός από την αισθητική, φιλολογική, γλωσσική ή άλλη ανάλυση, επιδέχονται ακόμη μία, την ιατρική θεώρηση, μπορούμε να συναντήσουμε το ταξίδι της ασθένειας μέσα από το αίμα με τέρμα του το βασανισμένο σώμα του ατόμου, όπως στο ποίημα "Μαραμπού", ο ποιητής γράφει:

"...φέρνοντας μέσα στο αίμα μου μια αρρώστια τρομερή

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

που ακόμα βασανιστικά το σώμα μου παιδεύει....."

Μιλώντας και για τον Γιώργο Χειμωνά,[22] είναι σημαντικό να ξεχωρίσουμε μία πρόταση από το έργο του "Ο εχθρός του ποιητή":

"στο αίμα μου πως έσφυζαν κι αγωνίζονταν να βγουν να φτάσουν.....έχεις δει ποτέ πως είναι ένα συναίσθημα; Εγώ τώρα θα σου δείξω και θα δεις για πρώτη φορά συναισθήματα ανθρώπου..." γράφει ο Γιώργος Χειμωνάς, τονίζοντας κι αυτός με τη σειρά του, πως πολλές φορές στον ανθρώπινο λόγο, το αίμα ταυτίζεται με το συναίσθημα. Αποτελεί, θα λέγαμε, το δρόμο των συναισθημάτων, τα σοκάκια στα οποία πορεύονται τα ανθρώπινα συναισθήματα.

Αλλά, και στα "Ερωτικά" του Γιάννη Ρίτσου[23] το αίμα, πότε ως σημαίνον, πότε ως σημαινόμενο, υπάρχει σε αρκετά σημεία και οι συμβολισμοί του πολλοί:

A	B	Γ
Μες στο *αίμα μου* κυκλοφορείς,	**...Πάνω στο βράχο**	***Αίμα* το δείλι,**
γεμίζεις το σώμα μου	**η μαρμάρινη υδρία.**	***αίμα* η νύχτα,**
Χωράω τον κόσμο.	**με το *αίμα* μου.**	***αίμα* τα τριαντάφυλλα.**
		Εσύ - το *αίμα* μου.

Στο "Σιρόκο 7 Λεβάντε", ο νομπελίστας Γιώργος Σεφέρης,[24] δηλώνει τη μοναδικότητα του κάθε ανθρώπου μέσα από το αίμα του, τοποθετώντας το κι αυτός στα μοναδικά εκείνα πράγματα που αλλάζουν τη μορφή μας κι είναι βαθύτερα από τη νόησή μας, γιατί προϋπάρχουν, όπως και το αίμα προϋπάρχει και προϋποθέτει την ύπαρξή μας:

"Πράγματα που αλλάξαν τη μορφή μας
βαθύτερα απ' τη σκέψη και περισσότερο
δικά μας όπως το αίμα και περισσότερο..."

Στους παρακάτω στίχους ο Νικήτας Ελωπός[25], γιατρός και ποιητής, μετουσιώνει την κλινική εμπειρία του σε ποίηση και μας οδηγεί να ακολουθήσουμε το αίμα που γεμάτο υγεία σφύζει κι ανοίγει τους δρόμους για την ευεξία της ψυχής, αλλά μας δεικνύει και τη μεγάλη σημαντικότητα που έχει για τον άνθρωπο το αίμα ως σύμβολο που δηλώνει ερωτικό πάθος, ψυχικό τραυματισμό και συμμετοχή στην απονομή της δικαιοσύνης.

A	B
"Για το αίμα	**"Σε κράτησα,**
που σφύζει στους δρόμους σου,	**σαν θεά του Ολύμπου,**
για την άνοιξη	**σαν απόβροχο ανατριχίλας,**
που' χεις στην ψυχή σου."	**σαν θυμίαμα ψυχής,**
	σαν ζυγαριά αιματοστόλιστη."

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Γ

"Τολμώ να διασχίσω του ουρανού το φέγγισμα
να ξεπλύνω το αίμα και τις πληγές που κακοφόρμισαν
ν' αρπάξω τον άνεμο που σφυρίζει τραγουδώντας..."

Θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθούμε σε μία μεγάλη μορφή της λογοτεχνίας. Στον Νίκο Καζαντζάκη, ο οποίος έπασχε από λευχαιμία και μέχρι τα τελευταία του πάλεψε με όλη του τη δύναμη, συνεχίζοντας πάντα να γράφει. Έμμεσα αλλά και άμεσα αναφέρθηκε σε πολλές επιστολές και σημεία του έργου του στην αρρώστια του αίματος και την μεγάλη σημασία του για την ζωτικότητα του οργανισμού[21].

Καταληκτικά μπορούμε να αναφέρουμε ότι η αιμοποιητική λειτουργία αποτελεί μια από τις αρχαϊκότερες λειτουργίες του οργανισμού (εμβρυϊκά και κυτταρολογικά) και παράλληλα μια από τις βασικότερες λειτουργίες του. Στο άκουσμά του, στη θέα του, στην οσμή του πάντα γεννώνται συναισθήματα, φαινόμενο που παρατηρείται τόσο στους ανθρώπους όσο και στα ζώα. Σύμφωνα με τον Π. Σακελλαρόπουλο*, το αίμα έχει ένα μαγικό ρόλο ιδιαίτερα στην ψυχολογία του πρωτόγονου ανθρώπου και είναι πανταχού παρόν στην εξέλιξη των πολιτισμών και την ωρίμανση της ανθρώπινης σχέσης, συνδεδεμένο τις περισσότερες φορές με μεταφυσικές ιδιότητες.

* Προφορική συζήτηση με τον Π. Σακελλαρόπουλο, στα πλαίσια του 1ου Σεμιναρίου του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Κοινωνικής Ψυχιατρικής – Παιδοψυχιατρικής, στα Ιωάννινα τον Ιανουάριο του 2003.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Οξείες Λευχαιμίες : Μια Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση

"Η ιατρική μου έχει μόνο μία σχέση: με τον άρρωστο· και δεν διατηρεί σχέσεις με την αρρώστια· και η δουλειά του γιατρού, είναι να βοηθάει τον άρρωστο, να νικήσει ο ίδιος την αρρώστια του."

W. Shakespeare [iii]

1. Εισαγωγή - Ορισμός

Ως λευχαιμία ορίζεται η παθολογική κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από νεοπλασματική υπερπλασία των κυττάρων της λευκής σειράς.[26]

Οι λευχαιμίες διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες. Οι οξείες λευχαιμίες χαρακτηρίζονται από την κυριαρχία των άωρων κυττάρων σε αντίθεση με τις χρόνιες στις οποίες κυριαρχούν τα ώριμα κύτταρα.

Η οξεία λευχαιμία είναι μια κακοήθης νεοπλασία των αιμοποιητικών οργάνων, η οποία χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτη αύξηση των άωρων (πρόδρομων) μορφών των μυελοειδών ή λεμφοειδών κυττάρων, δηλαδή των βλαστών, που κυκλοφορούν στο αίμα και είναι δυνατόν να διηθήσουν διάφορους ιστούς.[7]

Πρόκειται για κλωνική νόσο, σύμφωνα με τον Κ. Μπουραντά[7] (2000), που αρχίζει από ένα αρχέγονο πολυδύναμο κύτταρο του μυελού (stem cell) και είναι αγνώστου αιτιολογίας (πρωτοπαθής οξεία λευχαιμία). Η βλάβη όμως μπορεί να προέρχεται από προϋπάρχουσα νόσο του αίματος, όπως: πολυερυθραιμία, μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο, νυχτερινή παροξυσμική αιμοσφαιρινουρία ή από χημειοθεραπεία και ακτινοβολία. Σ' αυτή την περίπτωση έχουμε την δευτεροπαθή οξεία λευχαιμία, που κι αυτή είναι κλωνική νόσος.

Τα κύτταρα που έχουν υποστεί εξαλλαγή, διαιρούνται αυτόνομα χωρίς όμως και να διαφοροποιούνται σε ώριμα κύτταρα, με αποτέλεσμα την αύξηση των άωρων μορφών. Η αδυναμία διαφοροποίησης και η απουσία ωρίμανσης, ιδιότητες της οξείας λευχαιμίας, την κάνουν να ξεχωρίζει από άλλες κλωνικές νόσους του αιμοποιητικού συστήματος, όπως τα μυελοϋπερπλαστικά νοσήματα, η μυελοδυσπλασία και οι χρόνιες λευχαιμίες. Όλα αυτά εξηγούν και τη διαφορετική κλινική εικόνα. Η οξεία λευχαιμία εμφανίζεται σχεδόν με την ίδια περίπου κλινική εικόνα αν και υπάρχουν βιολογικές ετερογένειες που καθορίζουν την

εξέλιξη και τη μορφή των κυττάρων. Η χρόνια μυελογενής λευχαιμία σε μικρό ή μεγάλο διάστημα θα εξελιχθεί σε οξεία λευχαιμία (βλαστική φάση) και έχει κακή πρόγνωση, πολλές φορές χειρότερη από την οξεία λευχαιμία.[5,7]

Περίπου το 20% της οξείας λευχαιμίας ξεκινά από το μητρικό αρχέγονο πολυδύναμο κύτταρο, ενώ το υπόλοιπο 80% από τις μετέπειτα πρόδρομες μορφές των κυττάρων του μυελού.

Οι οξείες λευχαιμίες διακρίνονται κυρίως σε δύο τύπους:

- Οξεία λεμφοβλαστική ή λεμφογενής λευχαιμία (ΟΛΛ)
- Οξεία μη λεμφοβλαστική ή μυελογενής λευχαιμία (ΟΜΛ), ενώ
- Η διφαινοτυπική ή μικτή λευχαιμία με ευρήματα και των δύο σειρών, μυελικής και λεμφικής, αποτελεί τον τρίτο τύπο της οξείας λευχαιμίας, που έχει την πιο βαριά κλινική εικόνα και τη χειρότερη πρόγνωση.

2. Επιδημιολογία

Η οξεία λευχαιμία είναι σπάνια νόσος. Ανευρίσκεται σε όλες τις ηλικίες και η συχνότητα προοδευτικά αυξάνει με την ηλικία. Η ετήσια επίπτωση είναι περίπου 4/100,000. Οι διάφοροι υπότυποι της οξείας λευχαιμίας εμφανίζονται με διαφορετική συχνότητα.

Η οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία είναι λιγότερο συχνή κατά 75% από την οξεία μυελογενή, εμφανίζεται όμως συχνότερα στην παιδική ηλικία. Η οξεία μυελογενής λευχαιμία είναι σπάνια στα παιδιά, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και στα νεογνά, στους εφήβους και στους ενήλικες, όπου στους τελευταίους αποτελεί και την πιο συχνή λευχαιμία.[7]

3. Αιτιολογία

Είναι άγνωστο πώς ένα πρόδρομο αιμοποιητικό κύτταρο γίνεται λευχαιμικό, αλλά η βλάβη που γίνεται στο γενετικό πρόγραμμα του κυττάρου πιστεύεται ότι προκαλείται από πολλούς εξωτερικούς παράγοντες και πιθανώς κάποια γενετική προδιάθεση.

Μερικοί παράγοντες προκαλούν βλάβη του DNA κατά τη διαίρεση του κυττάρου, ενώ άλλοι έχουν σχέση με το μικροπεριβάλλον και δρουν ως μιτογόνα ή ως παράγοντες που προκαλούν ανεπανόρθωτες βλάβες στο DNA. Η ακριβής, όμως, αιτιολογία της βλάβης δύσκολα μπορεί να προσδιοριστεί.[5,7]

Οι παράγοντες που ενοχοποιούνται, σύμφωνα με τον Μπουραντά[7] (2000) είναι:

Ακτινοβολία: Η σχέση μεταξύ ακτινοβολίας και μυελοδυσπλασίας, καθώς και οξείας λευχαιμίας, έχει προσδιοριστεί από την ατομική βόμβα στο Ναγκασάκι και τη Χιροσίμα,

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

αλλά και από τη χορήγηση ακτινοβολίας στη ρευματοειδή αρθρίτιδα και σε διάφορες κακοήθειες. Η εμφάνιση της οξείας λευχαιμίας μετά την ακτινοβολία προσδιορίζεται στον 6°-7° χρόνο από την έκθεση. Ο κίνδυνος ανάπτυξης της λευχαιμίας εξαρτάται από τη δόση, αν και υπάρχουν αντίθετες γνώμες για την τιμή της μέγιστης επιτρεπτής δόσης. Ο κίνδυνος ανάπτυξης οξείας λευχαιμίας σε παιδιά που ζουν σε πυρηνικούς καταυλισμούς θεωρείται αυξημένος και πρέπει να λαμβάνονται προστατευτικά μέτρα.[7]

Χημικοί παράγοντες και φάρμακα: Η βενζίνη και τα παράγωγά της θεωρούνται υπεύθυνα για την ανάπτυξη της μυελοδυσπλασίας, απλασίας ή οξείας λευχαιμίας. Η χρήση των κυτταροστατικών και των ανοσο-κατασταλτικών φαρμάκων για τη θεραπεία νεοπλάσματος, καθώς και μη νεοπλασματικής νόσου, συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης λευχαιμίας. Η χρήση ιδίως αλκυλιούντων παραγόντων ενέχει μεγαλύτερο κίνδυνο. Η χρήση ταυτόχρονα κυτταροστατικών και ακτινοβολίας αυξάνει τον κίνδυνο της λευχαιμίας.[7]

Κυτταρογενετικές διαταραχές και ογκογονίδια: Το 50% των ασθενών με ΟΜΛ και το 70% των ασθενών με ΟΛΛ εμφανίζουν διαταραχές από τα χρωμοσώματα. Μοριακές μελέτες σε ιούς που ενοχοποιούνται για κακοήθειες στα ζώα έχουν δείξει ότι υπάρχουν γονίδια των ιών γνωστά και ως ογκογονίδια. Πανομοιότυπα ογκογονίδια υπάρχουν και στα φυσιολογικά κύτταρα, γνωστά ως πρωτοογκογονίδια. Τα πρωτοογκογονίδια έχουν στενή σχέση με την ρύθμιση της ανάπτυξης των κυττάρων. Κωδικοποιούν παράγοντες που έχουν σχέση με την ενδοκυττάρια ρύθμιση του πολλαπλασιασμού των κυττάρων. Γενετικές βλάβες που ενεργοποιούν πρωτοογκογονίδια ενέχονται για ανάπτυξη καρκίνων.

Γενετικοί παράγοντες: Διάφορες γενετικές ασθένειες συνοδεύονται συχνά από οξείες λευχαιμίες, όπως η αναιμία Fanconi και το σύνδρομο Down, που έχουν διαταραχές στα χρωμοσώματα. Συχνά τα νεογνά με σύνδρομο Down εμφανίζουν στο αίμα εικόνα λευχαιμίας, αν και η νόσος εμφανίζεται αργότερα. Πιστεύεται ότι η τρισωμία στο χρωμόσωμα 21 προδιαθέτει για ΟΜΛ, αν και σύμφωνα με τελευταίες μελέτες πιστεύεται ότι δεν υπάρχει μεγαλύτερη επίπτωση ΟΜΛ σε άτομα με σύνδρομο Down σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

Ιοί: Αν και αρκετές λευχαιμίες των θηλαστικών συνοδεύονται από λοιμώξεις με ιούς που προκαλούν ογκογένεση, στον άνθρωπο ο μόνος ιός που βρέθηκε ότι προκαλεί λευχαιμία είναι ο λεμφοτρόπος ιός HTLV-1, που προκαλεί την Τ-κυττάρου λευχαιμία - λέμφωμα. Η νόσος ενδημεί σε περιοχές της Ιαπωνίας και των Δυτικών Ινδιών και σποραδικά σε άλλες περιοχές.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

4. Κλινικά ευρήματα οξείας λευχαιμίας

Η οξεία λευχαιμία χαρακτηρίζεται από αναστολή της διαφοροποίησης και ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των κυττάρων, που διηθούν το μυελό με συνέπεια την ανεπάρκειά του (πανκυτταροπενία). Αυτή εκδηλώνεται με ελαττωμένο αριθμό ερυθρών (αναιμία), φυσιολογικών λευκών (λοιμώξεις) και αιμοπεταλίων (αιμορραγική διάθεση). Η διήθηση επεκτείνεται και σε άλλα όργανα όπως, λεμφαδένες, σπλήνα, ήπαρ, μήνιγγες, κεντρικό νευρικό σύστημα, όρχεις, ούλα και δέρμα.[7]

α) Διήθηση και ανεπάρκεια του μυελού των οστών: Εκδηλώνεται με λοιμώξεις, αιμορραγική διάθεση και αναιμία.

- Οι βακτηριαδικές λοιμώξεις είναι συχνές από τα πρώτα στάδια της νόσου και αφορούν το δέρμα, το φάρυγγα και την περιπρωκτική περιοχή.
- Λοιμώξεις από μύκητες είναι συχνές σε ασθενείς με λευκοπενία και σε παρατεταμένη χορήγηση αντιβιοτικών και κορτικοστεροειδών. Κάθε ανεξήγητος πυρετός πρέπει να θέτει υπόνοιες για λοίμωξη από μύκητες. Οι μύκητες επίσης προκαλούν εστίες λοίμωξης στο στόμα που γενικεύονται συχνά και γίνονται επικίνδυνες για τη ζωή.
- Αιμορραγίες, όπως πετέχειες στο δέρμα και ουλορραγίες αποτελούν συχνά το πρώτο εύρημα της νόσου. Η αιμορραγία από το ΚΝΣ συχνά αποτελεί αιτία θανάτου σε ασθενείς με οξεία λευχαιμία.
- Η αναιμία οφείλεται κυρίως στη διήθηση του μυελού και στην αντιλευχαιμική θεραπεία.

β) Διήθηση άλλων οργάνων από λευχαιμική μάζα:

- Ο αυξημένος αριθμός βλαστών (>$100x10^9$/lt) προκαλεί συμπτώματα από υπεργλοιότητα και έμφρακτα (πονοκέφαλο, σύγχυση, σπασμούς, άλλα νευρολογικά συμπτώματα ή κώμα). Ο φόβος της υπεργλοιότητας είναι ελαττωμένος παρουσία αναιμίας και τα συμπτώματα επιδεινώνονται με τις μεταγγίσεις.
- Η συσσώρευση λευχαιμικών κυττάρων στις κοιλότητες των οστών προκαλούν πόνους στα οστά κυρίως στο στέρνο, ιδίως στα παιδιά, που συχνά εμφανίζουν εικόνα ρευματοειδούς αρθρίτιδας με παραμόρφωση των δακτύλων. Σε κάθε παιδί με εικόνα ρευματοειδούς αρθρίτιδας πρέπει να γίνεται αναρρόφηση μυελού για αποκλεισμό της οξείας λευχαιμίας.
- Η διήθηση του δέρματος με τη μορφή μη αιμορραγικού εξανθήματος και η διόγκωση με υπερτροφία των ούλων, που μπορεί να φτάσει μέχρι ασφυξία, είναι συχνά ευρήματα στον υπότυπο Μ5. Επίσης συχνά εμφανίζονται όζοι και τοπική διήθηση του δέρματος αλλά και μορφές αγγειίτιδας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

- Στην ΟΛΛ συχνά υπάρχει διόγκωση λεμφαδένων. Στην ΟΛΛ από τα κύτταρα ανευρίσκεται διεύρυνση του μεσοθωρακίου, που οφείλεται σε διόγκωση του θύμου αδένα που υποχωρεί ταχέως με τη θεραπεία.
- Η διήθηση των μηνίγγων εμφανίζεται πιο συχνά σε νέους και παιδιά με ΟΛΛ, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και σε οποιαδήποτε ηλικία και σε όλες τις οξείες λευχαιμίες ανεξάρτητα από τη μορφή της λευχαιμίας. Εκδηλώνεται με εμετό, ναυτία, πονοκέφαλο, διαταραχές από την όραση, φωτοφοβία και παράλυση εγκεφαλικών νεύρων. Επίσης ανευρίσκεται οίδημα οπτικής θηλής και διήθηση του οφθαλμού. Συχνά σε υποτροπή της νόσου έχουμε ευρήματα από το ΚΝΣ, χωρίς ευρήματα από το αίμα και το μυελό.
- Η διήθηση των όρχεων είναι συχνή στην ΟΛΛ. Μπορεί να εκδηλωθεί ως υποτροπή της νόσου χωρίς να υπάρχουν ευρήματα από το αίμα και το μυελό.
- Στην προμυελοκυτταρική λευχαιμία (υπότυπος Μ3) η απελευθέρωση ενζύμων από τα κοκκία του πρωτοπλάσματος ενεργοποιεί την πήξη και το ινωδολυτικό σύστημα, με αποτέλεσμα διάχυτη ενδαγγειακή πήξη που είναι οξεία διαταραχή της αιμόστασης. Διάχυτη ενδαγγειακή πήξη λιγότερο συχνά παρατηρείται και στους άλλους υπότυπους της ΟΜΛ.

5. Ταξινόμηση οξείων λευχαιμιών

Η οξεία λευχαιμία ταξινομείται σύμφωνα με τη φύση του κυριαρχούντος κυττάρου, όπως φαίνεται από τη μορφολογία, την κυτταροχημεία και τον ανοσοφαινότυπο. Κυτταρογενετικές αναλύσεις και τεχνικές μοριακής βιολογίας, όπως η ανεύρεση των ανοσοσφαιρινών στην επιφάνεια των λευχαιμικών κυττάρων ή των επανασυνδεδεμένων γονιδίων των Τ- υποδοχέων, βοηθούν στην ταξινόμηση σε δύσκολες περιπτώσεις και παρέχουν προγνωστικές πληροφορίες.

Όπως αναφέρθηκε, υπάρχουν δύο κύριες ομάδες λευχαιμιών, η λεμφοβλαστική και η μη λεμφοβλαστική ή μυελογενής, οι οποίες ταξινομούνται σε υπότυπους. Διαφέρουν ως προς την ηλικία ασθενών, τη συμπεριφορά και την απάντηση στη θεραπεία. Η διάκριση είναι απαραίτητη για την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας.

Τα λευχαιμικά κύτταρα μπορεί να μοιάζουν με φυσιολογικούς βλάστες ή να έχουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά όπως είναι τα σωμάτια Auer, που αποτελούν ειδικά έγκλειστα στο πρωτόπλασμα και είναι παθογνωμικά για την οξεία μυελογενή λευχαιμία.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

6. Διάγνωση και διαφορική διάγνωση

Οι οξείες λεμφοβλαστικές λευχαιμίες έχουν ταξινομηθεί[7,26], με βάση τα αμιγώς μορφολογικά κριτήρια, από ομάδα Γάλλων, Αμερικανών και Βρετανών αιματολόγων (FAB classification, 1974) σε τρεις τύπους:

- Ο τύπος L1, ο συνηθέστερος, αποτελείται από μικρά κύτταρα, ομοιόμορφα, με λίγο κυτταρόπλασμα και μεγάλο πυρήνα.
- Ο τύπος L2, εμφανίζεται κυρίως σε ενήλικες ασθενείς. Οι βλάστες είναι μεγαλύτεροι και εμφανίζουν περισσότερο κυτταρόπλασμα, με ετερογένεια στο σχήμα και στο μέγεθος.
- Ο τύπος L3, με μεγάλα κύτταρα, με άφθονο βασεόφιλο κυτταρόπλασμα και κενοτόπια. Αντιπροσωπεύει την λευχαιμική μορφή του λεμφώματος Burkitt.

Πολλές φορές προκύπτουν δυσχέρειες κατά τη διάκριση οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας από το μη-Hodgkin's λέμφωμα διάχυτου τύπου, από μη διαφοροποιημένα λεμφοκύτταρα και συνοδευόμενο από λευχαιμική εικόνα μυελού και περιφερικού αίματος με χαρακτήρα οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας. Συνήθως η διάγνωση του λεμφώματος έχει ήδη τεθεί πριν την εμφάνιση της λευχαιμικής εικόνας.

Οι οξείες μη λεμφοβλαστικές λευχαιμίες έχουν ταξινομηθεί, με βάση τα αμιγώς μορφολογικά κριτήρια, από ομάδα Γάλλων, Αμερικανών και Βρετανών αιματολόγων (FAB classification, 1974) στους παρακάτω τύπους:

- Ο τύπος M0, η αδιαφοροποίητη μυελοβλαστική λευχαιμία με μορφολογικά ευρήματα τους αδιαφοροποίητους βλάστες.
- Ο τύπος M1, μυελοβλαστική, μη καλά διαφοροποιημένη με μορφολογικά ευρήματα τους μυελοβλάστες με λίγη ή καθόλου ωρίμανση.
- Ο τύπος M2, μυελοβλαστική, καλά διαφοροποιημένη με μορφολογικά ευρήματα τους μυελοβάστες, από τους οποίους μερικοί με ωρίμανση προς μυελοκύτταρο.
- Ο τύπος M3, προμυελοκυτταρική, με μορφολογικά ευρήματα τα προμυελοκύτταρα με αυξημένα κοκκία.
- Ο τύπος M4, μυελομονοκυτταρική, με μορφολογικά ευρήματα τα κοκκιοκύτταρα και τα μονοκύτταρα. Τα προμονοκύτταρα μαζί με τα μονοκύτταρα αποτελούν >70% των κυττάρων στο αίμα ή στο μυελό.
- Ο τύπος M5, μονοκυτταρική, με μορφολογικά ευρήματα τους μονοβλάστες (M5α ή αδιαφοροποίητη ΟΜΛ) ή μονοβλάστες - προμονοκύτταρα - μονοκύτταρα (M5β ή διαφοροποιημένη).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

- Ο τύπος Μ6, ερυθρολευχαιμία, με μορφολογικά ευρήματα τους ερυθροβλάστες >50%, συχνά με μορφολογικές ανωμαλίες.
- Και ο τύπος Μ7, μεγακαρυοβλαστική, με μορφολογικά ευρήματα τους μεγακαρυοβλάστες ή μικρομεγακαρυοκύτταρα. Μπορεί να υπάρχει και οξεία μυελοΐνωση.

Η διάγνωση της οξείας μυελογενούς λευχαιμίας είναι κατά κανόνα ευχερής. Η διάκριση από την οξεία λεμφογενή λευχαιμία καθίσταται δυνατή σχεδόν πάντοτε δια κλινικών, μορφολογικών, ορολογικών και ιστοχημικών κριτηρίων. Διαγνωστικά, όμως, προβλήματα προκύπτουν ενίοτε κατά τη διάκριση από άλλες παθολογικές καταστάσεις όπως, τα δυσμυελοποιητικά σύνδρομα, την προλευχαιμία, την βραδέως εξελισσόμενη οξεία λευχαιμία, την ολιγοβλαστική λευχαιμία, την ανθεκτική αναιμία με περίσσεια βλαστών. Το ασφαλές κριτήριο διάγνωσης ΟΜΛ, τύπου Μ1 και Μ2 είναι το υψηλό ποσοστό των βλαστών.

7. Θεραπεία των οξειών λευχαιμιών

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της οξείας λευχαιμίας, σύμφωνα με πολλούς κλινικούς ερευνητές[7,26,27,28], συνίσταται: στη χημειοθεραπεία, την υποστηρικτική αγωγή και τη μεταμόσχευση μυελού των οστών.

Η χημειοθεραπεία σκοπεύει στην επίτευξη πλήρους ύφεσης, που μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη ίαση, ιδιαίτερα σε ασθενείς με ΟΛΛ, αλλά και προσφέρει τη δυνατότητα να επιχειρηθεί μεταμόσχευση μυελού των οστών, όπου αυτό είναι εφικτό, ιδίως σε ασθενείς με ΟΜΛ. Γίνεται προσπάθεια για δραστική μείωση του λευχαιμικού κλώνου. Σε συνδυασμό με τη χημειοθεραπεία γίνεται και ακτινοβολία. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας χρειάζεται υποστηρικτική αγωγή για να αντιμετωπιστεί η ανεπάρκεια του μυελού των οστών. Αν και η υποστηρικτική αγωγή ελαττώνει τα συμπτώματα, παρατεταμένη επιβίωση και ίαση έχουμε μόνο αν η λειτουργία του μυελού επανέλθει σε φυσιολογικά επίπεδα.

Τα περισσότερα κυτταροστατικά καταστρέφουν τα κύτταρα στη φάση διαίρεσης του κυττάρου. Επειδή τα κυτταροστατικά δρουν εκτός από τα λευχαιμικά κύτταρα και στα φυσιολογικά κύτταρα του μυελού, πρέπει να λαμβάνονται μέτρα για τη μέγιστη αντιλευχαιμική δράση, αλλά και την προστασία των φυσιολογικών κυττάρων. Αυτό επιτυγχάνεται:

1. Με εκλογή φαρμάκων στα οποία τα λευχαιμικά κύτταρα είναι ευαίσθητα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

2. Με τη χρησιμοποίηση συνδυασμού φαρμάκων τα οποία έχουν διαφορετική δράση και διαφορετικές παρενέργειες, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η μέγιστη ωφέλεια με τις λιγότερες παρενέργειες.
3. Η θεραπεία πρέπει να λαμβάνει υπόψη την κινητική των λευχαιμικών και φυσιολογικών κυττάρων, ώστε να αφήσει χρόνο για ανάπλαση του μυελού των οστών.

Σκοπός της θεραπείας είναι να επιτευχθεί πλήρης ύφεση της νόσου η οποία χαρακτηρίζεται από:

- Εξαφάνιση των συμπτωμάτων της νόσου και απουσία κλινικών ευρημάτων εξωμυελικής νόσου.
- Μείωση <5% των βλαστών σε δύο τουλάχιστον δείγματα μυελού.
- Φυσιολογική παραγωγή κυττάρων από το μυελό (αιμοποίηση), και
- Αποκατάσταση στο φυσιολογικό του αριθμού των κυττάρων στο περιφερικό αίμα.

Η μερική ύφεση χαρακτηρίζεται από μείωση των βλαστών >50% του αρχικού αριθμού στο μυελό, ενώ μείωση <50%

Η χημειοθεραπεία γίνεται με κυτταροστατικά φάρμακα κυρίως ενδοφλεβίως ή με χορήγηση από το στόμα. Η χημειοθεραπεία από το στόμα χρησιμοποιείται λιγότερο, λόγω μικρής ή ασταθούς βιοδιαθεσιμότητας και ασυμβατότητας. Εν τούτοις, πρόσφατες εκτιμήσεις[29], των νέων ή υπαρχόντων σκευασμάτων έχουν επεκτείνει τις κλινικές επιλογές και την κατανόηση της χρήσης αυτών των φαρμάκων στη θεραπεία της λευχαιμίας.

Θεραπευτικές φάσεις στην οξεία λευχαιμία

Οι φάσεις θεραπείας περιλαμβάνουν :

- Τη φάση εφόδου, που στοχεύει στην πλήρη ύφεση και είναι η κρισιμότερη φάση, αφού σε αποτυχία της η πρόγνωση είναι ιδιαίτερα δυσμενής.
- Τη φάση ενίσχυσης, και
- Τη φάση συντήρησης.

Χημειοθεραπεία στην ΟΛΛ

Στην ΟΛΛ[30,31] οι λεμφοβλάστες είναι ευαίσθητοι στα γλυκοκορτικοειδή και στα αλκαλοειδή της vinca (vincristine). Κανένα από τα παραπάνω δεν είναι ειδικά τοξικό στα φυσιολογικά αναγεννόμενα κύτταρα του μυελού ή του πεπτικού συστήματος σε συνδυασμό προκαλούν ύφεση με ελάχιστες παρενέργειες στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών. Η προσθήκη ανθρακυκλινών και αρασιτίνης αυξάνει το ποσοστό πλήρους ύφεσης (μέχρι 90%) και πλήρους ίασης (70-80%). Η θεραπεία συντήρησης απαιτεί δύο χρόνια και πρέπει να γίνεται προφύλαξη του κεντρικού νευρικού συστήματος.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Χημειοθεραπεία στην ΟΜΛ

Αντίθετα προς την ΟΛΛ, οι μυελοβλάστες είναι περισσότερο ανθεκτικοί στη θεραπεία και τα κυτταροστατικά φάρμακα για την ΟΜΛ έχουν μεγαλύτερη τοξικότητα. Η θεραπεία συντήρησης, αν αποτύχει η θεραπεία στη φάση εφόδου, δεν φαίνεται να ωφελεί και δεν χορηγείται στους ασθενείς με ΟΜΛ. Οι ασθενείς με ΟΜΛ, πρέπει να οδηγούνται σε μεταμόσχευση μυελού των οστών (ΜΜΟ) μετά την επίτευξη πλήρους ύφεσης.[7,31]

Σε ασθενείς με λευκοπενία και αρνητικές καλλιέργειες πρέπει να γίνεται σκέψη για candida και aspergillus. Πρέπει να χορηγούνται αντιμυκητιασικά φάρμακα. Τοπικές λοιμώξεις αποφεύγονται με χορήγηση fluconazole ή δυσαπορρόφητης αμφοτερικίνης. Λοιμώξεις από ιούς και ιδίως της ομάδας του έρπητα είναι συχνές και αντιμετωπίζονται με ακυκλοβίρη. Λοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό (CMV) είναι συχνή στους ασθενείς που υφίστανται μεταμόσχευση μυελού των οστών και αντιμετωπίζεται με γανκυκλοβίρη. Πρέπει να γίνεται έλεγχος και στους δότες, ώστε να μην έχουν παλιά λοίμωξη από CMV. Σήμερα δίνεται ειδική ανοσοσφαιρίνη προφυλακτικά για τον CMV. Για προφύλαξη από πνευμονία οφειλόμενη σε Pneumonocystis carinii, χορηγείται co-trimoxazole.

Υποστηρικτική θεραπεία

Η υποστηρικτική θεραπεία των οξειών λευχαιμιών έγκειται στα παρακάτω:

1. Μεταγγίσεις αίματος και αιμοπεταλίων
2. Χορήγηση αυξητικών παραγόντων όπως GM-CSF, G-CSF και hu-r-EPO.
3. Προφύλαξη από λοιμώξεις.

8. Πρόγνωση

Τα τελευταία 20 χρόνια με τη βοήθεια της χημειοθεραπείας η πρόγνωση της ΟΛΛ έχει βελτιωθεί σημαντικά και θεωρείται νόσος με καλή πρόγνωση, πολύ καλύτερη από αυτή της χρόνιας μυελογενούς λευχαιμίας, ενώ δε συμβαίνει το ίδιο για την ΟΜΛ.

Ασθενείς με ΟΛΛ και θετικό χρωμόσωμα Ph πρέπει να οδηγούνται σε ΜΜΟ, γιατί το χρωμόσωμα Ph αποτελεί τον χειρότερο προγνωστικό παράγοντα. Επίσης, ασθενείς ηλικίας άνω των 16 ετών με αυξημένη μάζα όγκου (αυξημένα λευκά, σπληνομεγαλία, μεσοθωράκιο) πρέπει και αυτοί να οδηγούνται σε ΜΜΟ. Για την ΟΜΛ η ηλικία είναι σπουδαίος προγνωστικός παράγοντας. Σε άτομα <40 ετών επέρχεται ύφεση στο 80%, ενώ σε άτομα >60 ετών μόνο στο 40%. Όλοι οι ασθενείς με ΟΜΛ μετά την ύφεση, πρέπει να οδηγούνται σε ΜΜΟ, αν έχουν συμβατό αδελφό δότη και τηρούν τις υπόλοιπες προϋποθέσεις για ΜΜΟ. Για την ΟΛΛ μεγάλη σημασία έχει ο αριθμός των λευκών κατά

την εμφάνιση της νόσου. Η θεραπεία, επίσης, έχει σημασία στην πρόγνωση. Ασθενείς με Β-ΟΛΛ απαντούν καλύτερα σε θεραπεία λεμφώματος, παρά στη συνήθη θεραπεία της λευχαιμίας. Η κακή πρόγνωση για τα ηλικιωμένα άτομα οφείλεται στη δυσανεξία που εμφανίζουν στη χημειοθεραπεία.

Υποτροπή

Είναι δύσκολο σε υποτροπή της νόσου να επιτευχθεί δεύτερη ύφεση, ιδίως αν το χρονικό διάστημα μεταξύ θεραπείας και υποτροπής είναι βραχύ (λιγότερο από 6 μήνες). Η υποτροπή στην ΟΜΛ μπορεί να γίνει από το κεντρικό νευρικό σύστημα ή τους όρχεις χωρίς συμμετοχή του μυελού των οστών και αποτελεί αιτία μεταμόσχευσης μυελού των οστών.

Πίνακας 2. Προγνωστικοί παράγοντες για την ΟΛΛ

	ΚΑΚΟΙ	**ΚΑΛΟΙ**
Λευκά	>50.000 κκχ	<10.000κκχ
Ηλικία	Παιδιά <2 χρονών Ενήλικες >15 χρονών	2-12 χρονών
Φύλο	Άνδρες	Γυναίκες
Χρωμοσώματα	Μεταθέσεις T(8;14), T(4;11) T(9;22) ή χρωμόσωμα Φιλαδέλφειας	Υπερπλοϊδία
Μορφολογία	L3>L2	L1
Φαινότυπος	B-ALL	C-ALL
Κλινικά ευρήματα	ΚΝΣ Ηπατοσπληνομεγαλία	Ύφεση σε 4 εβδομάδες

Πίνακας 3 : Κακοί προγνωστικοί παράγοντες για την ΟΜΛ

Ασθενείς >60 χρονών
Ιστορικό μυελοδυσπλασίας ή μυελοϋπερπλαστικού συνδρόμου
ΟΜΛ που προήλθε από κυτταροτοξικά φάρμακα
ΟΜΛ με ευρήματα δυσπλασίας
Λευκά κατά τη διάγνωση >50.000κ.κ.χ.
Διαταραχές από τα χρωμοσώματα
Διήθηση ΚΝΣ ή εξωμυελική διήθηση κατά τη διάγνωση

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

9. Μεταμόσχευση μυελού των οστών (ΜΜΟ)

Η επιβίωση, σύμφωνα με πολλούς συγγραφείς[7,31,32], αυξάνει με τη ΜΜΟ. Ενώ η χημειοθεραπεία θεραπεύει το 20-30% των ασθενών, η μεταμόσχευση θεραπεύει το 45-50% των ασθενών. Η ΜΜΟ γίνεται μόνο σε άτομα <50 ετών. Σ' ένα ποσοστό βοηθά η αυτομεταμόσχευση. Κάθε ασθενής με οξεία μυελογενή λευχαιμία που έχει συμβατό αδελφό πρέπει να οδηγείται μετά την πρώτη ύφεση σε ΜΜΟ. Το ίδιο πρέπει να εφαρμόζεται και στην οξεία λεμφογενή λευχαιμία, αλλά μετά την δεύτερη υποτροπή.

10. Ψυχοκοινωνική διάσταση της οξείας λευχαιμίας

Κατόπιν οποιασδήποτε θεραπευτικής επιλογής για την αντιμετώπιση της οξείας λευχαιμίας, οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά, σε τακτά χρονικά διαστήματα, που ορίζονται με βάση το πρωτόκολλο παρακολούθησης από τη θεραπευτική ομάδα.

Οι πρόσφατες μελέτες του McGrath[33] (1999), δείχνουν ότι οι ασθενείς με οξεία λευχαιμία είναι ασθενείς με συγκεκριμένα ιατρικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα καθώς και ιδιαίτερες ανάγκες υποστήριξης και τακτικής παρακολούθησης (follow-up). Ο McGrath, το 1997, οργάνωσε ένα σεμινάριο με τον τίτλο "Παίρνοντας τον έλεγχο" (Taking control), για ασθενείς με λευχαιμία και τις αρνητικές επιπτώσεις της νόσου. Αν και η πλειονότητα των συμμετεχόντων ζητούσαν πολλές πληροφορίες για τη νόσο τους παρατηρήθηκε ότι, τελικά, είχαν περισσότερο ανάγκη για συναισθηματική στήριξη τόσο αυτοί όσο και η οικογένειά τους και ένας από τους κυριότερους λόγους που συμμετείχαν στο σεμινάριο ήταν η ανάγκη τους για συναισθηματική στήριξη. Αλλά, και στο σεμινάριο που είχαν οργανώσει, οι Dreifuss και Meerwein[34] (1984), παρατηρήθηκε η ανάγκη τους για συναισθηματική επικοινωνία. Στο συγκεκριμένο σεμινάριο, οι ασθενείς με λευχαιμία και καρκίνο τελευταίου σταδίου, μετέφεραν μέσα από τις ζωγραφιές τους το φαινόμενο της ασθένειάς τους και το αδιέξοδο στο οποίο έχουν βρεθεί και διαπιστώθηκε ότι ο τρόπος αυτός μπορεί να είναι μια θεραπευτική τεχνική για να τους βοηθήσει να εκφράσουν καλύτερα τα συναισθήματά τους.

Σε μια άλλη έρευνα του McGrath[35], που έγινε στην Αυστραλία, σχετικά με τα ψυχοκοινωνικά θέματα που αφορούν τις οξείες λευχαιμίες και άλλες αιματολογικές διαταραχές και με στόχο να διερευνηθεί η σχέση της ενημέρωσης με την πολιτική της οικογένειας απέναντι στη νόσο, διαπιστώθηκε ότι η ομάδα των ασθενών που παρουσίασαν υψηλή θνησιμότητα ήταν αυτή που παρουσίαζε μεγαλύτερη ψυχοκαταπόνηση,

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

οικογενειακά, κοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα. Αλλά και άλλες μελέτες έχουν καταλήξει ότι ο ρόλος της οικογένειας είναι πολύ σημαντικός για την πορεία της οξείας λευχαιμίας τόσο σε ενήλικες ασθενείς όσο και σε παιδιά.

Ένα σημαντικός παράγοντας για την ποιότητα ζωής ασθενών με οξεία λευχαιμία είναι η δυσκολία τους να μετακινούνται συχνά, ιδιαίτερα αυτοί που διαμένουν μακρύτερα από τα αστικά κέντρα, για τις θεραπευτικές τους ανάγκες. Τα συμπεράσματα μιας έρευνας, που έγινε από το Πανεπιστήμιο του Queensland[36] με πρωτοβουλία της Κυβέρνησης, έδειξαν ότι, η καταπόνηση από τη μεταφορά για θεραπεία εντείνεται ιδιαίτερα για ασθενείς με λευχαιμία και αιματολογικές διαταραχές, οι οποίοι πρέπει συχνά να φεύγουν από τον τόπο τους για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Για τους αγρότες και τους ασθενείς από την περιφέρεια η μεταφορά και η παραμονή τους στο νοσοκομείο αποτελεί μεγάλη ανησυχία. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ένα υψηλό δείκτη κακουχίας για τους συγκεκριμένους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Πολλές είναι οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί για την ψυχοκοινωνική διάσταση της οξείας λευχαιμίας σε παιδιά. Η πλειονότητα αυτών καταλήγει σε κοινά συμπεράσματα, θεωρώντας ότι η οικογένεια είναι ένας σημαντικός παράγοντας[37], τόσο κατά τη διάρκεια της διάγνωσης[38,39] όσο και για την πορεία της νόσου[40] αλλά και για την θετική ή αρνητική εξέλιξή της.[41] Οι Mackie και συν. (2000)[42], οι οποίοι μελέτησαν τις ψυχικές διεργασίες στην οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία και στη νεοπλασία Wilm's, προτείνουν, θεωρώντας το απαραίτητο, ότι θα πρέπει να μελετηθούν στον ίδιο βαθμό και οι ψυχοκοινωνικές διεργασίες της οξείας λευχαιμίας σε ενήλικους ασθενείς.

Οι Bertero[43] και Ek (1993), στην έρευνα που πραγματοποίησαν με κύριο σκοπό να περιγράψουν, και όχι να μετρήσουν, την ποιότητα ζωής ενήλικων ασθενών με οξεία λευχαιμία, διαπίστωσαν, ότι οι ασθενείς αισθάνονται καλύτερα όταν νοσηλεύονται σε ένα περιβάλλον που του δημιουργεί το αίσθημα της ασφάλειας, αισθάνονται σεβασμό από τους θεραπευτές, έχουν ψυχολογική υποστήριξη και πλήρη ενημέρωση αυτοί και οι συγγενείς τους.

Ελάχιστες είναι και οι έρευνες που αφορούν την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών μετά από μεταμόσχευση μυελού των οστών. Κυρίως οι υπάρχουσες έρευνες αφορούν την ποιότητα ζωής των ασθενών μετά την μεταμόσχευση σε σχέση με τα σωματικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν.[44] Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν την οικογενειακή εμπλοκή ως σημαντικό παράγοντα για την επιτυχία της μεταμόσχευσης. Συγκεκριμένα, οι Dobkin[45] και συν. (1995), μελέτησαν τους οικογενειακούς παράγοντες που επηρεάζουν την μεταμόσχευση μυελού των οστών σε

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ασθενείς με οξεία λευχαιμία. Μια περίπτωση, που μελέτησαν, αφορούσε μια έφηβη, της οποία οι γονείς ήταν ανήμποροι να βοηθήσουν την ακραία πρόκληση της μεταμόσχευσης μυελού των οστών. Στοιχεία που αφορούσαν τους γονείς και γενικότερα την οικογένεια έδειξαν ότι αυτή η οικογένεια βρισκόταν σε κίνδυνο. Πράγματι σε όλη τη δοκιμασία η ασθενής υποτροπίαζε επικίνδυνα και οι αντιδράσεις των γονιών της φαινόταν να επιδεινώνουν την κατάστασή της. Σε μια πρόσφατη έρευνα, των Broers[46] και συν. (2000), διαπιστώθηκε, ότι αν και οι ασθενείς ήταν καλά, 3 χρόνια μετά τη μεταμόσχευση μυελού των οστών, υπήρχε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών που είχαν ανάγκη ψυχολογικής βοήθειας και στήριξης.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Έννοια, Δομή και Λειτουργία της Σύγχρονης Οικογένειας

"Έως ότου μπορέσει να δει κανείς την "οικογένεια" στο εσωτερικό του δεν μπορεί να δει καθαρά ούτε τον εαυτό του, αλλά ούτε και οποιαδήποτε οικογένεια"

R. D. Laing[iv]

1. Εισαγωγή - Ορισμός

Κατά τα τελευταία 30-40 χρόνια πλήθος μελετών και ερευνών έχουν δημοσιευτεί προκειμένου να ερμηνευτούν τα σχετικά με την οικογένεια φαινόμενα και να προβλεφθεί η εξέλιξή τους, με αποτέλεσμα οι πολλές διαπιστώσεις να δημιουργήσουν καινούργιες συνθήκες και δυνατότητες για τον ορισμό, τη μελέτη, την ανάλυση, την ερμηνεία των οικογενειακών διεργασιών και τη χάραξη της σχετικής με τα φαινόμενα αυτά στρατηγικής και πολιτικής.

Ένας παραδοσιακός ορισμός για την οικογένεια ο οποίος στηρίζεται στη νομική θέσπιση των σχέσεων, σύμφωνα με τον Macklin (1988)[47], είναι ο εξής: "Την οικογένεια αποτελεί ένας νόμιμος, δια βίου και σεξουαλικά αποκλειστικός γάμος μεταξύ ενός άνδρα και μιας γυναίκας, με παιδιά, όπου ο άνδρας είναι τροφοδότης της οικογένειας και απόλυτη αρχή".

Μερικά χρόνια αργότερα υιοθετήθηκε ένας ευρύτερος ορισμός για την οικογένεια, ο οποίος κινείται πέρα και πάνω από τους περιορισμούς του νόμου και όπως τον παρουσίασαν το 1996 οι Hanson και Boyd[48] είναι ο εξής: "Την οικογένεια αποτελούν δύο ή περισσότερα άτομα μαζί, τα οποία εξαρτώνται το ένα από το άλλο για τη σωματική, συναισθηματική ή/και υλική, οικονομική υποστήριξη. Τα μέλη δε της οικογένειας αυτοπροσδιορίζονται".

Πολλοί συγγραφείς[49,50] θεωρούν την οικογένεια ένα ψυχοκοινωνικό σύστημα με κανόνες, στόχους, δομή, σχέσεις, δυναμικές αλληλεπιδράσεις και διεργασίες θεωρώντας τη να αποτελεί ένα εξαιρετικό υπόβαθρο για την εκτίμηση των ανθρώπινων προβλημάτων, των συμπεριφορών, των συμπτωμάτων και των λύσεών τους. Η οικογένεια είναι ένα πολύπλοκο και προσαρμοστικό σύστημα δυναμικών σχέσεων[50,51]. Η οικογένεια μπορεί να γίνει αντιληπτή και ως μια ολιστικά οργανωμένη οντότητα που συνιστά κάτι μεγαλύτερο

από το άθροισμα των στοιχείων που την απαρτίζουν. Οι σχέσεις των μελών της οικογένειας είναι πολύ πιο ισχυρές από τη δύναμη που κατέχει κάθε μέλος της ξεχωριστά[49]. Η έννοια της ολότητας μέσα στην οικογένεια για τους Brown και Christensen (1986)[52] υποδηλώνει ότι "δεν μπορούμε να κατανοήσουμε ένα σύστημα χωρίζοντάς το σε μικρότερα τμήματα και μελετώντας το κάθε τμήμα χωριστά. Ούτε μπορούμε να μελετήσουμε μια ξεχωριστή δραστηριότητα που αναπτύσσεται μέσα στο σύστημα χωρίς να κατανοούμε τον τρόπο με τον οποίο αυτή σχετίζεται με το σύστημα των συναλλαγών του συστήματος. Οι Ζαφείρης και συν.(1999)[53], θεωρούν ότι το οικογενειακό σύστημα είναι περισσότερο προσανατολισμένο στο "παρόν" παρά στο "παρελθόν", και ενδιαφέρεται περισσότερο για το "τι" των διεργασιών που αφορούν τις σχέσεις παρά για το "γιατί" παρουσιάζονται αυτές οι διεργασίες.

2. *Εσωτερικές διεργασίες και οικογενειακό σύστημα*

Σύμφωνα με τον Chubb[54], οι διεργασίες που συντελούνται στο εσωτερικό του οικογενειακού συστήματος είναι παρόμοιες με τη μη γραμμική διεργασία που παρατηρείται στο "φαινόμενο της πεταλούδας". Όπως αναφέρουν οι Hepworth και Larsen[55], αυτές οι διεργασίες αντανακλούν τη θεωρία της κυβερνητικής, δηλαδή μια κυκλική πολυδιάστατη και αμφίδρομη σχέση αιτίου-αιτιατού στο πλαίσιο της οποίας η συμπεριφορά ενός μέλους γίνεται λειτουργία και ερέθισμα για τη συμπεριφορά των άλλων μελών της οικογένειας, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας ιδιαίτερης και μοναδικής οικογενειακής διεργασίας.

Όλες οι οικογένειες ανεξάρτητα από τη σύνθεση και την ηλικία των μελών τους περνούν από μια αναπτυξιακή διαδικασία (πρώιμη, μέση και όψιμη), έναν κύκλο ζωής, που επηρεάζεται από τη μοναδικότητα της προσωπικότητας, την ιστορία, τις αξίες της οικογένειας, και άλλα. Βασικά η οικογένεια διαμορφώνεται μέσα από μια διαδικασία κατά την οποία ωριμάζουν ανεξάρτητα όλα τα συστήματα που την απαρτίζουν[10].

Μέσα σε ένα οικογενειακό σύστημα μπορούμε να παρατηρήσουμε δίκτυα σχέσεων που συνυπάρχουν σχηματίζοντας υποσυστήματα. Για την πραγματοποίηση των λειτουργιών της οικογένειας, όπως η καθιέρωση κανόνων, μέσων επικοινωνίας και διαπραγμάτευσης, είναι υπεύθυνα όλα τα μέλη της οικογένειας. Σύμφωνα με τις διαπιστώσεις των Hepworth και Larsen (1986)[55] η συγκεκριμένη θέση των μελών μέσα σε μια οικογένεια μπορεί να είναι μόνιμη ή προσωρινή και το υποσύστημα των συζύγων παρέχει στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας ένα μοντέλο αλληλεπίδρασης που διδάσκει την οικειότητα και τη δέσμευση. Μέσω του υποσυστήματος των αδελφών τα παιδιά της οικογένειας αποκτούν

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

τις δεξιότητες που θα χρησιμοποιήσουν στις διαπροσωπικές τους σχέσεις σε κάθε πτυχή της ζωής τους[51].

Μέσα από τις οικογενειακές αλληλεπιδράσεις κάθε μέλος μιας οικογένειας έχει τη δυνατότητα να κάνει κάποιες επιλογές. Όσο ευρύτερο είναι το φάσμα των επιλογών τόσο μεγαλύτερη είναι η εμπειρία της ελευθερίας του ατόμου μέσα στο σύστημα της οικογένειας. Αυτή η εμπειρία ελευθερίας ή αυτονομίας είναι ουσιαστική για το άτομο και κατακτάται μέσα από τη συμμετοχή του σε διαφορετικά οικογενειακά συστήματα και διαφορετικά πλαίσια αλλά και διαμέσου της συμμετοχής σε εξωοικογενειακές, κοινωνικές ομάδες. Εξ ίσου σημαντικό είναι και το αίσθημα του "ανήκειν" σε μια ομάδα αναφοράς. Η αναλογία ανάμεσα στις δύο αυτές αλληλοσυμπληρούμενες συνιστώσες (της αυτονομίας και του ανήκειν) καθορίζει και το αν αισθάνεται καλά το μέλος της οικογένειας. Η αναλογία αυτή διαμορφώνεται μέσα στην πορεία της εξέλιξης του συστήματος και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως το κοινωνικό πλαίσιο[57].

Η οικογένεια με τα υποσυστήματά της αποτελεί μέρος ενός υπερσυστήματος, το οποίο συνθέτουν συστήματα εκτός της οικογένειας, όπως κοινωνικές υπηρεσίες, νοσοκομεία, κυβέρνηση κ.α. Η οικογένεια σύμφωνα με τις μελέτες του Boyd-Franklin (1987)[58] αλληλεπιδρά με το υπερσύστημα, το επηρεάζει και ταυτόχρονα επηρεάζεται από αυτό. Μέσα από την αλληλεπίδραση και τις ανεξάρτητες σχέσεις, η οικογένεια παίρνει αποφάσεις, καθορίζει πολιτικές, αισθήματα τιμής, σχέσεις σεβασμού και δίνει ανακούφιση στα μέλη της[59,60].

Οι οικογένειες που αποτελούνται από τρεις έως τέσσερις γενιές, σύμφωνα με τον Ackerman (1984)[61] αλλά και άλλους μελετητές,[55,62] λειτουργούν μέσα σ' ένα συστημικό πλαίσιο πολύπλοκων και πολυδιάστατων συναισθηματικών σχέσεων και μοιράζονται κοινή ιστορία, απόψεις, αρχές και σκοπούς. Οι οικογένειες αυτές απαρτίζονται από άτομα που έχουν μπει στο σύστημα μέσω της γέννησης, της υιοθεσίας ή του γάμου. Αυτά τα μέλη είναι αναντικατάστατα και η σχέση που έχουν με το σύστημα διαρκεί εφ' όρου ζωής. Κάθε μέλος του συστήματος σχετίζεται και αλληλεπιδρά με όλα τα άλλα μέλη.

Ως κοινωνικό σύστημα, η οικογένεια έχει βασικές ανάγκες για ασφάλεια και σταθερότητα, οι οποίες διατηρούνται μέσω της ομοιόστασης[51]. Η ομοιόσταση προσφέρει την απαραίτητη σταθερότητα ή την ισορροπία, που είναι αναγκαίες ανάμεσα στις αλλαγές, καθώς και τον έλεγχο αυτών των αλλαγών προκειμένου το σύστημα να διατηρήσει μια ομαλή και συνεπή λειτουργία. Οι Napier και Whitaker[49], θεωρούν ότι αυτή η ανάδραση, δηλαδή οι κυκλικές και αμφίδρομες διαδικασίες ανταλλαγής και τα μοντέλα αλληλεπίδρασης, παρέχουν στην οικογένεια τους μηχανισμούς αυτοελέγχου και

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

αυτορύθμισης, της επιτρέπουν να πραγματοποιεί αλλαγές και να διατηρεί μια σταθερή κατάσταση, δηλαδή μια ομοιόσταση. Οι πληροφορίες που έχουν σχέση με τη διατήρηση της οικογένειας παρέχονται μέσω της θετικής και αρνητικής ανάδρασης. Η θετική ανάδραση προειδοποιεί το οικογενειακό σύστημα ότι απομακρύνεται από την κανονική του κατάσταση, ενώ η αρνητική ανάδραση ότι επιστρέφει σ' αυτήν.

Οι Moos και Moos (1986)[63], με πολύχρονες έρευνες στο ενεργητικό τους σε θέματα που αφορούν τις οικογενειακές σχέσεις αναφέρουν ότι μερικές φορές οι οικογένειες απαντούν στις απαιτήσεις αλλαγής, αυξάνοντας την ακαμψία των προτιμώμενων μοντέλων αλληλεπίδρασης. Τότε το φάσμα των δυνατών επιλογών στενεύει και τα μέλη της οικογένειας αρχίζουν να δίνουν στερεότυπες απαντήσεις τόσο μεταξύ τους όσο και στο εξωοικογενειακό περιβάλλον. Σ' αυτές τις περιπτώσεις οι οικογένειες λειτουργούν ως κλειστά συστήματα και τα μέλη τους βιώνουν τους εαυτούς τους ως ανίκανους και ελεγχόμενους. Οι οικογένειες αυτές δυσλειτουργούν. Ο τύπος της δυσλειτουργίας τους, βέβαια, ποικίλει και τα χαρακτηριστικά τους περιγράφονται από πολλούς μελετητές. Γενικά, έχουν μικρότερη συνοχή, μικρότερο βαθμό έκφρασης των συναισθημάτων τους, μικρότερο βαθμό ανεξαρτησίας των μελών τους, μικρότερο βαθμό πνευματικών και ψυχαγωγικών ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, μεγαλύτερο βαθμό συγκρούσεων και ελέγχου.

Αυτή η παγιδευτική εμπλοκή των μελών (enmeshment), σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς, παίρνει ακραίες διαστάσεις στις οικογένειες που κάποιο μέλος της ασθενεί από απειλητικό νόσημα για τη ζωή του. Μέσα από την κλινική εμπειρία μας επιβεβαιώνεται διαρκώς ο χαρακτήρας της παγιδευτικής εμπλοκής των σχέσεων μέσα στην οικογένεια του ασθενή.

Για τον Olson (1983)[64], οι λειτουργικές φυσιολογικές οικογένειες δεν ορίζονται από την απουσία των παθολογικών χαρακτηριστικών των δυσλειτουργικών οικογενειών, αλλά από την παρουσία, κυρίως, θετικών χαρακτηριστικών. Έχουν χαμηλά επίπεδα οικογενειακής σύγκρουσης και στρες, υψηλά επίπεδα οικογενειακής δυνατότητας να ανταποκριθούν σε απαιτήσεις, υψηλά επίπεδα συζυγικής και οικογενειακής ικανοποίησης. Οι οικογένειες αυτές ανήκουν σε διαφορετικούς τύπους και αντιδρούν με διαφορετικό τρόπο στα διάφορα στάδια του κύκλου της ζωής τους, χαρακτηρίζονται όμως όλες από τον ικανοποιητικό για τα μέλη τους τρόπο λειτουργίας τους.

Για τους Barnard και Corrales[51], η έννοια των ορίων της οικογένειας αναφέρεται στις διαδικασίες του "μαζί" και του "χωριστά", οι οποίες βρίσκονται σε αλληλεπίδραση. Αναφέρεται επίσης στο ποια μέλη συμμετέχουν σε τι και με ποιο τρόπο πραγματοποιείται

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

αυτή η συμμετοχή. Τα όρια περικλείουν τη "χωρική, χρονική και συναισθηματική περιοχή των σχέσεων". Τα σαφή και διαπερατά όρια διασφαλίζουν την υγιή λειτουργία της οικογένειας, αποτρέπουν τη σύγχυση και συμβάλλουν στη διατήρηση ενός σταθερού κλίματος μέσα στην οικογένεια. Σε κάποιες οικογένειες τα όρια είναι συγκεχυμένα και σε κάποιες άλλες εξαιρετικά άκαμπτα. Όταν η οικογένεια λειτουργεί με συγκεχυμένα ή άκαμπτα όρια για μεγάλο χρονικό διάστημα, εμφανίζονται δυσλειτουργίες και δυσκολίες προσαρμογής, οι οποίες εκδηλώνονται με την απόδοση του αποδιοπομπαίου τράγου σε κάποιο μέλος της οικογένειας ή με συμμαχίες έξω από το οικογενειακό σύστημα που προκαλούν σοβαρά προβλήματα στην οικογένεια[55].

Σε κάθε οικογένεια, δε, υπάρχουν ορισμένοι σιωπηροί κανόνες που ρυθμίζουν την εσωτερική λειτουργία της και τις σχέσεις της με το κοινωνικό περιβάλλον. Οι κανόνες αυτοί καθορίζουν τους ρόλους, τη δομή, τις μορφές επικοινωνίας και τους τρόπους με τους οποίους η οικογένεια διαπραγματεύεται και επιλύει τα προβλήματά της. Στις λειτουργικές οικογένειες οι κανόνες επιτρέπουν τις αλλαγές, διατηρούν την ευκαμψία και την τάξη και εξασφαλίζουν τη σταθερότητα στο οικογενειακό σύστημα, σε αντίθεση με τις δυσλειτουργικές οικογένειες όπου συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο[55]. Επιπλέον, για τους Foster και Hoier (1982)[65], οι οικογένειες καθοδηγούνται από μετα-κανόνες, δηλαδή κανόνες που διέπουν τους οικογενειακούς κανόνες, ερμηνεύουν και αποδίδουν τη σημασία τους και ρυθμίζουν τους τρόπους αλλαγής τους.

Σύμφωνα με τον Friedman (1981)[66], οι εσωτερικές βοήθειες της προσαρμογής είναι οι επιδεξιότητες του οικογενειακού συστήματος μέσα από την ικανότητά του για συνοχή και ολοκλήρωση, η ικανότητά του να ελέγχει τα υποσυστήματα και τα όριά τους και τελικά η ευλυγισία του, δηλαδή η ικανότητά του να αλλάζει τους ρόλους του στην κατάλληλη στιγμή. Οι εξωτερικές βοήθειες της προσαρμογής είναι η ικανότητα του οικογενειακού συστήματος ν' αναγνωρίζει ένα σύστημα κοινωνικής στήριξης και η επιδεξιότητά του να αποκτά από το περιβάλλον τις πληροφορίες και τις αναγκαίες υπηρεσίες. Έχει διαπιστωθεί[67], ότι η μακροχρόνια ευαλωτότητα που συνδέεται με την πρώιμη απώλεια του/των γονιών απορρέει όχι από την απώλεια καθεαυτή, αλλά από την έλλειψη της συναισθηματικής φροντίδας στην οποία η απώλεια μπορεί να οδηγήσει. Επίσης, παρατηρήθηκε[68], ότι για τις δυσμενείς ψυχολογικές επιπτώσεις του διαζυγίου των γονιών ευθύνονται κυρίως οι διαταραχές στην λειτουργικότητα της οικογένειας και των σχέσεων των μελών της.

Πολλοί συγγραφείς αναφέρουν ότι η εθνικότητα και η κουλτούρα κατέχουν ένα σημαντικό ρόλο στη δομή και στις λειτουργίες μιας οικογένειας, κατάσταση που έχει

επιβεβαιωθεί και ερευνητικά. Συγκεκριμένα, ο Falicov (1995)[69], μελετώντας οικογένειες διαφόρων πολιτισμών διαπίστωσε, ότι η εθνικότητα είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες, που καθορίζουν τον τρόπο οργάνωσης μιας οικογένειας.

3. Δομή και λειτουργία της Ελληνικής οικογένειας

Η Ελληνική οικογένεια με παραδοσιακές λειτουργίες - τουλάχιστον πριν τον πόλεμο, διαπιστώθηκε ότι έχει διαφοροποιηθεί από εκείνο το μοντέλο και οι μελέτες δείχνουν ότι μεταπολεμικά είχε πάρει, ήδη, την μορφή της πυρηνικής οικογένειας (πατέρας, μητέρα, τέκνα) - ειδικά στην περιοχή της πρωτεύουσας. Σύμφωνα με τον Βασιλείου (1966)[70], οι ρόλοι που αποδίδονταν στον πατέρα ήταν του προστάτη, του οδηγού, του αρχηγού, του στηρίγματος, ενώ στη μητέρα του τροφού και του φροντιστή. Οι ρόλοι αυτοί ήταν αρκετά ανεξάρτητοι μεταξύ τους ώστε να αποφεύγονται περαιτέρω συγκρούσεις και να διατηρείται, έστω και επιφανειακά, η συνοχή της οικογένειας. Η πιο στενή σχέση μέσα στην οικογένεια ήταν η σχέση μητέρας - γιου, που χαρακτηριζόταν από βαθιά, αμοιβαία συναισθηματική προσκόλληση και υπερπροστατευτικότητα.

Αλλά και άλλες μελέτες καταλήγουν στα ίδια συμπεράσματα για τη σύγχρονη Ελληνική οικογένεια. Συγκεκριμένα, οι Madianos και Madianou (1991)[71], αναφέρουν ότι η σύγχρονη Ελληνική αστική οικογένεια, όπως αναπτύχθηκε μετά τον πόλεμο, έχει πάψει να είναι εκτεταμένη και έχει γίνει πυρηνική, με μέσο αριθμό μελών 3,2 (από 4,2 που ήταν το 1920). Ο πατέρας παίζει υποδεέστερο ρόλο στην ανατροφή του παιδιού. Οι μητέρες έχουν παραδοσιακά ισχυρότερη οικογενειακή ζωή, τις σέβεται όλη η κοινότητα αλλά δεν έχουν μεγάλο βαθμό ανεξαρτησίας. Η μεταβατική αστική οικογένεια δεν είναι τόσο προσκολλημένη στις παραδοσιακές τελετουργίες. Η κεντρική βάση της αλληλεπίδρασης μέσα στην οικογένεια είναι μεταξύ των γονιών και των παιδιών και όχι των γονιών μεταξύ τους. Οι μητέρες είναι συναισθηματικά υπερεμπλεκόμενες με τα παιδιά τους και υπερπροστατευτικές. Όμως, στα σύγχρονα ζευγάρια παρατηρείται μια αυξανόμενη θετική σχέση ανάμεσα στο σύζυγο και τη σύζυγο.

Η Κατάκη (1984)[72], ύστερα από έρευνες, διάρκειας 20 ετών, μελέτησε τις αλλαγές στις σχέσεις και τους ρόλους κατά τη διαδοχή των γενεών της σύγχρονης ελληνικής οικογένειας κατά το μεταβιομηχανικό στάδιο εξέλιξης της κοινωνίας. Το υλικό συγκεντρώθηκε από αγροτικές και αστικές περιοχές της Ελλάδας, που χαρακτηριζόταν από διαφορετικό τρόπο ζωής και διαφορετικά στάδια κοινωνικοοικονομικής εξέλιξης. Τα δείγματα περιελάμβαναν άτομα διαφόρων ηλικιών και διαφόρων οικογενειακών ρόλων. Διαπιστώθηκε, ότι οι σημερινές αντιλήψεις για τους διάφορους ρόλους μέσα στην

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

οικογένεια είναι αντιφατικές, οι ενδοοικογενειακές σχέσεις αποτελματωμένες, η επικοινωνία μπλοκαρισμένη, ενώ οι εσωτερικές συγκρούσεις δημιουργούν αδιέξοδα. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας, η κρίση που συγκλονίζει την σημερινή Ελληνική οικογένεια συνδέεται στενά με τη σύγχυση των αξιών και των ρόλων μέσα σ' αυτή, καθώς εγκαταλείπονται δυσλειτουργικές και ξεπερασμένες αντιλήψεις. Έχει φτάσει, δηλαδή, στο κρίσιμο σημείο της αναθεώρησης του σκοπού της ύπαρξής της. Και άλλοι ερευνητές, όπως ο Μαδιανός και οι συνεργάτες του (1995)[73], καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι αλλαγές του χαρακτήρα της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας επηρεάζουν τη δομή, τους ρόλους και τη σταθερότητα της Ελληνικής οικογένειας.

Η Ελληνική οικογένεια γενικά, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία και συγκεκριμένα τη μελέτη του Kaufman (1980)[74], ανήκει στον τύπο των οικογενειών που χαρακτηρίζονται ως παγιδευτικά εμπλεκόμενες (enmeshed) - τύπο στον οποίο ανήκουν επίσης οι οικογένειες των Εβραίων και των Ιταλών.

4. Η υγεία στην οικογένεια

Όπως, ήδη, έχει αναφερθεί, η οικογένεια είναι μια κοινωνική ομάδα ανθρώπων με κοινή ιστορία, συναισθηματική εξάρτηση και στόχους. Η οικογένεια είναι το βασικό σύστημα στο οποίο η συμπεριφορά και η φροντίδα υγείας μαθαίνονται, επιλέγονται, αποκτώνται και προάγονται. Σύμφωνα με τον Farell (1992)[75], αλλά και άλλους μελετητές[76] η κοινωνία έχει καθιερώσει την οικογένεια ως τη μονάδα υγείας και έχει καθορίσει τις νόμιμες ευθύνες της και τα δικαιώματα σε σχέση με την υγεία και την αυτοφροντίδα.

Ο Feetham και οι συνεργάτες του (1993)[77], διεπίστωσαν ότι η σημασία της υγείας της οικογένειας είναι πολύ σημαντική για την προαγωγή της υγείας ατόμων και κοινωνιών, πράγμα που έχει τεκμηριωθεί και από άλλους ερευνητές.[78,79] Σύμφωνα με τον Campell (1985)[80], οι έρευνες που αναφέρονται στην ψυχική υγεία των οικογενειών είναι πιο αναπτυγμένες από κείνες που σχετίζονται για την οικογένεια και τη σωματική υγεία.

Κάθε οικογένεια πετυχαίνει με τη λειτουργία της ένα ορισμένο επίπεδο υγείας που διαχέεται στο σύνολό της και το επίπεδο υγείας της οικογένειας έχει επιδράσεις στο επίπεδο υγείας που επιτυγχάνουν τα μέλη της.[81]

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΠΑΤΡΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η Οικογένεια ως πλαίσιο δημιουργίας και επιδείνωσης ψυχοσωματικών συμπτωμάτων

"Αν η αλληλουχία των αιτιών και αποτελεσμάτων που διαμορφώνουν τη ζωή ενός ανθρώπου, από τη στιγμή που γεννιέται ως την τελευταία πνοή του, μας ήταν γνωστή, θα πειθόμαστε ότι δεν έκανε άλλο, παρά εκείνο που ήταν αναγκαίο να κάνει."

D. Diderot"

1. Η προβληματική της ψυχοσωματικής

Ο ζωντανός κόσμος δεν αποτελεί αντικείμενο οργάνωσης ιεραρχίας, αναπαραγωγής, συνένωσης, ανάπτυξης και εξέλιξης μόνο, αλλά αποτελεί, επίσης, αντικείμενο καταστροφής και αποδιοργάνωσης, φαινόμενα που είναι συνήθη στους ζώντες οργανισμούς.[82]

Η σχέση μεταξύ της ενόρμησης ζωής και της ενόρμησης του θανάτου είναι ισχυρή. Η επικράτηση της μιας ενόρμησης επί της άλλης εξαρτάται από τα στοιχεία εσωτερικής διοργάνωσης ή αποδιοργάνωσης του ατόμου. Σε ατομικό επίπεδο, η επικράτηση της μιας ενόρμησης επί της άλλης εξαρτάται από παράγοντες απρόβλεπτους, τραυματικούς ή αναζωογονητικούς, που συνήθως διαφέρουν από άτομο σε άτομο[83]. Οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των δύο αυτών ενορμήσεων, πηγάζουν από τη φυλογένεση και την κληρονομικότητα του ατόμου και αποτελούν τη βάση της ψυχοσωματικής ιατρικής.[82]

Η γέννηση και η ασθένεια είναι δύο αντιπροσωπευτικοί τύποι της ενόρμησης της ζωής και του θανάτου αντίστοιχα, από τις οποίες η μια δημιουργεί και η άλλη καταστρέφει. Η αμφιθυμική αυτή τάση πηγάζει, κατά τον Freud[84], από την ύπαρξη επιθετικών ενορμήσεων που συνυπάρχουν με τις ερωτικές. Ο δυϊσμός αυτός εκδηλώνεται μέσα στους κόλπους κάθε ζωντανού όντος, ακόμα και στην ίδια του την ιδιοσυγκρασία, από την οποία πηγάζει αυτή η αμφιθυμία. Τις τελευταίες δεκαετίες όλο και περισσότεροι μελετητές προσπαθούν να προσεγγίσουν τα ψυχοσωματικά φαινόμενα και την πολυπλοκότητά τους.

Κατά τον Marty[82], αρρώστια θεωρείται "μια ειδική κατάσταση ισορροπίας" του ατόμου, σε μια συγκεκριμένη στιγμή της ζωής του. Κατά τη γέννηση της παθολογικής εξέλιξης

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

παρεμβαίνουν τόσο η εξωτερική τραυματική πραγματικότητα όσο και η δομική οργάνωση και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του αρρώστου. Η αρρώστια, δηλαδή, επέρχεται κάποια στιγμή στη ζωή του ατόμου, ως η αυτόματη λύση "μιας κατάστασης" για την οποία δεν υπάρχει άλλη διέξοδος. Έτσι η ανισορροπία της ασθένειας δεν είναι παθολογικό γεγονός, αλλά ένας από τους παράγοντες ομοιοστασίας, τους οποίους δημιουργούν οι υφιστάμενες συνθήκες του ατόμου.

Η ψυχοσωματική προσπαθεί να συλλάβει μέσω της ατομικής δυναμικής, μηχανισμούς ζωής αλλά και θανάτου, σύμφωνα με τον Freud[85]. Η ψυχανάλυση, με άλλα λόγια, εισήγαγε μια νέα αντίληψη για την αρρώστια καθώς και για τον άρρωστο, ο οποίος κατευθύνεται από την επιθυμία "προσφυγής" στην ασθένεια και στα πρωτογενή και δευτερογενή οφέλη που αυτή συνεπάγεται. Μεταφέρει σε προσωπικό επίπεδο τα γενικά προβλήματα της αιτιολογίας[83].

Σχετικά με το ζήτημα της ψυχοσωματικής στο ψυχαναλυτικό πεδίο, ο Lacan[86] προώθησε ορισμένες θέσεις στα Σεμινάρια ΙΙ και XI. Συγκεκριμένα, τα ψυχοσωματικά φαινόμενα τοποθετούνται έξω από τον τομέα των νευρωτικών δομών κι εκείνο που τα αφορά πρωτίστως είναι το Πραγματικό. Η θέση αυτή τον οδήγησε στο να διαχωρίσει το ψυχοσωματικό φαινόμενο από την υστερική μετατροπή, τα οποία διαφέρουν σε δύο τουλάχιστον χαρακτηριστικά:

- Το ψυχοσωματικό φαινόμενο εμπεριέχει κάποια οργανική βλάβη και στην περίπτωση που η βλάβη αυτή δύναται να ανατραπεί, αυτό δεν γίνεται ποτέ αμέσως.
- Η υστερική μετατροπή, αντίθετα, μπορεί να διορθωθεί αμέσως, μέσω μιας ερμηνείας.

Στα ψυχοσωματικά φαινόμενα, σύμφωνα με τον Lacan, ορισμένα σημαίνοντα μένουν μπλοκαρισμένα και δεν μπορούν να συνδεθούν με άλλα σημαίνοντα, εμποδίζοντας, έτσι, την επίπτωση αφάνισης του υποκειμένου. Υπάρχει, δηλαδή, ένα είδος μπλοκαρίσματος, παγώματος του σημαίνοντος μέσα στο σώμα του υποκειμένου, ένα βραχυκύκλωμα που θα είναι ο υπεύθυνος των εκδηλώσεων των οργανικών βλαβών.[86,87]

2. *Οικογενειακές συνθήκες και ψυχοσωματική παθολογία*

Μια γενική συνθήκη, η οποία έχει παρατηρηθεί σε οικογένειες με ψυχοσωματικά παιδιά, είναι ένα δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον. Οι γονείς δεν είναι σε θέση ούτε να αναγνωρίσουν, ούτε να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους μέσα από τις διαπροσωπικές σχέσεις. Το παιδί που μεγαλώνει σε ένα τέτοιο περιβάλλον δεν αποκτά συναίσθηση των συναισθηματικών του αναγκών, δεν μπορεί να εκφραστεί

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

αποτελεσματικά και δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει τις σχέσεις με τους άλλους σαν πηγή ανακούφισης και ικανοποίησης.[88]

Σε μια προσπάθεια διερεύνησης των συγκεκριμένων συνθηκών οι οποίες οδηγούν σε ψυχοσωματική παθολογία, ο Liedtke (1990)[89], εξέτασε τον τρόπο με τον οποίο ανατρέφονται τα ψυχοσωματικά παιδιά. Στη μελέτη του χρησιμοποίησε 79 παιδιά με γνωστές ψυχοσωματικές ασθένειες και τα συνέκρινε με 51 νευρωτικά παιδιά. Τα παιδιά και οι γονείς τους απάντησαν σε ερωτηματολόγια σχετικά με τους στόχους και τις στρατηγικές διαπαιδαγώγησης που ακολουθούνται στην οικογένεια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στις ψυχοσωματικές οικογένειες υπήρχαν στενότεροι δεσμοί ανάμεσα στη μητέρα και στο παιδί, όπως και ανάμεσα στον πατέρα και στο παιδί, από ό,τι στις οικογένειες με νευρωτικά παιδιά. Η ανεξαρτησία και η αυτονομία του παιδιού δεν αποτελούν βασικούς στόχους διαπαιδαγώγησης στις ψυχοσωματικές οικογένειες και το ψυχοσωματικό παιδί αντιλαμβάνεται ότι οι γονείς δυσκολεύονται να το αποχωριστούν. Ο τρόπος διαπαιδαγώγησης είναι άκαμπτος με έμφαση στη συμμόρφωση με τις κοινωνικές αξίες και επιταγές και στην αποφυγή των συγκρούσεων. Όσον αφορά τις μητέρες των ψυχοσωματικών παιδιών φαίνεται να είναι περισσότερο αυστηρές και απαιτητικές από τους πατέρες.

Αυτός ο τρόπος διαπαιδαγώγησης έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία από τον Zepf (1976)[90], με τον όρο "περιοριστική κοινωνικοποίηση" (restrictive socialization), διότι περιορίζει τη δημιουργία ενός ευρέως πλέγματος διαπροσωπικών επαφών, απαραίτητο για την ομαλή ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Η περιοριστική κοινωνικοποίηση έχει σαν αποτέλεσμα τη στενή σχέση με τη μητέρα, τη δυσκολία αποχωρισμού, την τάση για προσαρμογή στο περιβάλλον και την καταπίεση της επιθετικότητας. Αυτή η τάση έχει παρατηρηθεί πριν από την έναρξη της ασθένειας.

Όσον αφορά τον τρόπο επικοινωνίας των μελών της οικογένειας με το ψυχοσωματικό παιδί, πολλοί ερευνητές εντόπισαν ορισμένες δυσλειτουργίες. Συγκεκριμένα, σε μία από τις πρώτες μελέτες του οικογενειακού συστήματος[91], παρατηρήθηκε έλλειψη αμεσότητας στην ανταλλαγή μηνυμάτων ανάμεσα στα μέλη των οικογενειών αυτών και την καταπίεση της έκφρασης όταν το μήνυμα ήταν αρνητικό, χαρακτηριστικά τα οποία προϋπήρχαν και σε προηγούμενες γενιές. Επίσης παρατηρήθηκε έκδηλη ψυχοπαθολογία στα αδέλφια των ψυχοσωματικών παιδιών, σε τέτοιο βαθμό, ώστε η συμπεριφορά του ασθενή να παρουσιάζει τη μεγαλύτερη σταθερότητα και το λιγότερο άγχος σε σύγκριση με τη συμπεριφορά των αδελφών του. Σε αυτή την περίπτωση, είναι σαφής ο ρόλος του ψυχοσωματικού συμπτώματος στη διατήρηση της ομοιόστασης της οικογένειας, αλλά και

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΠΑΤΡΩΝ

στην ψυχική οικονομία του ίδιου του ασθενούς. Συχνά, η σωματική διαταραχή αποτελεί μικρότερη απειλή για την ομοιόσταση της οικογένειας από τις δονήσεις που θα προκαλούσε στο σύστημα η αποκάλυψη ενός συναισθηματικού προβλήματος.[92]

Ο Bowen[93,94] με τη θεωρία του για το προβλητικό σύστημα της οικογένειας, φωτίζει σε βάθος τους μηχανισμούς που χρησιμοποιεί η ψυχοσωματική οικογένεια. Συγκεκριμένα, αναφέρει ότι οι γονείς, που δεν δημιούργησαν μια ανεξάρτητη και αυτόνομη εικόνα του εαυτού τους κατά την παιδική ηλικία, τείνουν να προβάλουν τη συγκεχυμένη εικόνα του εαυτού τους στα παιδιά τους, έτσι, ώστε το σώμα του ενός να έχει άμεση σχέση με την ψυχή ενός άλλου μέλους. Η προβολή μπορεί να συντελεστεί στο επίπεδο οργανικής ασθένειας ή να παραμείνει στο επίπεδο υποχονδριακών συμπτωμάτων.

Έχει επίσης παρατηρηθεί η τάση μιας οικογένειας να επικεντρώνεται σε συγκεκριμένα συμπτώματα (όπως κεφαλαλγίες, συμπτώματα του γαστρεντερικού συστήματος ή προβλήματα με την καρδιά) για διάστημα πολλών γενεών. Τα συμπτώματα αυτά, τα οποία δεν συνοδεύονται πάντα από οργανική παθολογία, δεν μπορούν να αποδοθούν εξ ολοκλήρου στην κληρονομικότητα ή στην προδιάθεση για μια ορισμένη ασθένεια. Αντίθετα θα πρέπει να εξεταστούν σαν συμβολική έκφραση χρόνιων και ανεπίλυτων συγκρούσεων της οικογένειας.[95]

Ένα θεωρητικό μοντέλο που παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για το ρόλο της οικογένειας στις ψυχοσωματικές διαταραχές παρουσιάστηκε από τον Salvador Minuchin[96] και τους συνεργάτες του. Βασιζόμενος στις μελέτες του αλλά και σε παλαιότερες έρευνες[97], ο Minuchin, παρουσίασε ένα θεωρητικό μοντέλο, στο οποίο αναφέρονται οι απαραίτητες συνθήκες για την εμφάνιση και διατήρηση σοβαρών ψυχοσωματικών διαταραχών σε παιδιά. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, απαιτούνται τρεις παράγοντες για την εμφάνιση σοβαρής ψυχοσωματικής ασθένειας σε παιδιά:

1. *Μια σωματική ευπάθεια του παιδιού.*
2. *Οικογενειακό σύστημα το οποίο διακρίνεται από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:*

- Τάση για συγχώνευση και έλλειψη ορίων ανάμεσα στα υποσυστήματα. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της συγχωνευμένης οικογένειας είναι η μεγάλη αλληλεξάρτηση ανάμεσα στα μέλη της, η τάση για παραβίαση των ατομικών ορίων και η έλλειψη διαφοροποίησης της εικόνας του εαυτού από τα άλλα μέλη της οικογένειας. Συχνά ο ένας γονιός ζητάει την βοήθεια του παιδιού στις συγκρούσεις του με τον άλλον ή τα ίδια τα παιδιά αναλαμβάνουν γονεϊκούς ρόλους.
- Υπερπροστασία. Συνήθως εμφανίζεται με τη μορφή ενδιαφέροντος του ενός μέλους της οικογένειας για τον άλλο. Σε αυτές τις περιπτώσεις η υπερπροστασία των γονέων

δημιουργεί προβλήματα στην ομαλή ανάπτυξη της αυτονομίας και της αυτάρκειας του παιδιού.

- Ακαμψία. Συχνά η οικογένεια λειτουργεί σαν κλειστό κύκλωμα, το οποίο εμμένει στις ίδιες συμπεριφορές, ακόμα κι όταν οι καταστάσεις απαιτούν σημαντικές αλλαγές. Όταν η τάση για σύγκρουση φτάσει σε επικίνδυνο σημείο, τότε το άρρωστο παιδί παρουσιάζει υποτροπή, δίνοντας τη δυνατότητα στα άλλα μέλη να παρακάμψουν τις διαφορές τους για να επικεντρωθούν στην αντιμετώπιση της ασθένειας. Με αυτό τον τρόπο η οικογένεια ενισχύει το σύμπτωμα λόγω της χρησιμότητάς του στη διατήρηση της ομοιόστασης μέσα στο σύστημα.
- Αδυναμία αντιμετώπισης των συγκρούσεων. Το σύστημα λειτουργεί με τρόπο που δεν επιτρέπει τη διαφοροποίηση των μελών του και την επίλυση των συγκρούσεων, είτε διότι ο ένας από τους γονείς αποφεύγει κρίσιμες συζητήσεις, είτε διότι και οι δύο γονείς αρνούνται την ύπαρξη προβλημάτων.

3. *Ο κεντρικός ρόλος στις οικογενειακές συγκρούσεις:* Συχνά, το παιδί έχει μια τέτοια θέση στην οικογένεια που δεν μπορεί να εκφράσει την άποψή του, χωρίς ταυτόχρονα, να λάβει θέση εναντίον του ενός γονιού. Αυτές οι θέσεις μπορεί να είναι είτε παροδικές, όπως στην περίπτωση της τριγωνοποίησης, είτε μόνιμες, όπως στις περιπτώσεις της συμμαχίες γονέα - παιδιού. Μια άλλη στρατηγική αναφέρεται στη μείωση των συγκρούσεων του ζευγαριού για να προστατεύσουν ή να κατηγορήσουν το παιδί, το οποίο είναι "το μόνο πρόβλημα της οικογένειας". Οι γονείς επικεντρώνονται στον μητρικό ή πατρικό τους ρόλο, ενώ, παράλληλα, αγνοούν ή απωθούν τα προβλήματα συζυγικής επικοινωνίας.

Το μοντέλο προβλέπει ότι, κάθε φορά που το σύστημα βρίσκεται σε αναστάτωση και αποδιοργάνωση, αυξάνονται οι πιθανότητες το άρρωστο παιδί να οδηγηθεί σε κρίση. Ο Minuchin αναφέρει ότι, αυτό το μοντέλο μπορεί να εφαρμοστεί σε όλες τις ψυχοσωματικές διαταραχές, ανεξάρτητα από το συγκεκριμένο σύμπτωμα.

Τα ευρήματα του Minuchin συμφωνούν με ευρήματα άλλων ερευνών.[98-100] Το μοντέλο του, στηρίζεται σε ενδιαφέροντα ευρήματα και η θέση του, ότι το οικογενειακό περιβάλλον παίζει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη και τον έλεγχο ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, φαίνεται να ισχύει. Ωστόσο, ο σχετικά μικρός αριθμός των οικογενειών, που μελέτησε δεν επιτρέπει να συμπεράνουμε, ότι το μοντέλο ισχύει σε όλες τις ψυχοσωματικές διαταραχές. Τα ευρήματα άλλων μελετητών[101], στηρίζουν την υπόθεση ότι ο βαθμός ασθένειας έχει σχέση με την τριγωνοποίηση και τη δυσλειτουργία της συζυγικής σχέσης. Αυτές οι μεταβλητές υπερίσχυαν της υπερπροστασίας, της ακαμψίας και της

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

αποφυγής συγκρούσεων, που προβλέπει το μοντέλο του Minuchin. Εν τούτοις, η τριγωνοποίηση αποτελεί κοινό στοιχείο πολλών προβληματικών οικογενειών[102] κι όχι μόνο των ψυχοσωματικών. Στη συνθήκη της τριγωνοποίησης το παιδί παρουσιάζει ένα πρόβλημα, (ψυχολογικό, σωματικό ή συμπεριφορικό), το οποίο παρεμποδίζει να έρθουν στην επιφάνεια σημαντικές συγκρούσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. Επομένως, η τριγωνοποίηση αποτελεί μια γενικότερη συνθήκη για την εκδήλωση παθολογικής συμπεριφοράς και δεν συνιστά παράγοντα διαφοροποίησης για την εκδήλωση οργανικής παθολογίας και όχι κάποιας άλλης διαταραχής. Επιπλέον, είναι δύσκολο να περιγραφεί με σαφήνεια ο ρόλος της οικογένειας πριν την εκδήλωση της ψυχοσωματικής διαταραχής, εφόσον, όπως παρατηρούν οι Zimand και Wood[103], τα χαρακτηριστικά των οικογενειών αυτών, συχνά, είναι απόρροια της συμβίωσης με ένα παιδί το οποίο πάσχει από σοβαρή ασθένεια και όχι προϋπόθεση για την εμφάνιση της διαταραχής. Συγκεκριμένα, μελέτες οικογενειών[104] στις οποίες ένα μέλος πάσχει από σοβαρό νόσημα, έδειξαν ότι η εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας επιβαρύνει συναισθηματικά το οικογενειακό σύστημα και δημιουργεί μια σειρά από αντιδράσεις σε όλα τα μέλη. Η παραμέληση των αναγκών των υγιών μελών μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα τη ματαίωση, το θυμό και την κακή επικοινωνία μέσα στην οικογένεια. Συχνά τα υγιή μέλη βασανίζονται από αισθήματα ενοχής στην προσπάθειά τους να καταλάβουν τους λόγους της ασθένειας. Είναι, λοιπόν, πιθανόν η δυσκαμψία που παρατηρείται στην οικογενειακή επικοινωνία να διατηρείται εν μέρει από την τάση των μελών να συζητούν το θέμα της ασθένειας.

Όσον αφορά τον τύπο της οικογένειας, έχει αναφερθεί από τους Wirshing και συν. (1985)[105], ότι υπάρχουν περισσότεροι από ένας τύποι οικογενειακού συστήματος, οι οποίοι εμφανίζονται συχνά σε ασθενείς με ψυχοσωματικές διαταραχές

- Οι δεμένες και συγχωνευμένες οικογένειες (bound and enmeshed families),
- Οι διχασμένες οικογένειες (split families), οι οποίες βρίσκονται σε συνεχή κρίση. Η φροντίδα του μέλους που ασθενεί είναι ο μόνος τρόπος για να διοχετευθεί η ένταση του οικογενειακού συστήματος.
- Οι διασπασμένες οικογένειες (disintegrated families), οι οποίες παρεκκλίνουν από την περιγραφή του κλασικού τύπου ψυχοσωματικής οικογένειας και χαρακτηρίζονται από έντονη παθολογία. Κύριο γνώρισμα αυτού του τύπου είναι ότι ο ένας σύζυγος είναι πολύ δεμένος με την πατρική οικογένεια, ενώ ο άλλος είχε απορριφθεί και παραμεληθεί από την δική του. Έτσι, τα παιδιά αυτής της οικογένειας εκτίθενται σε έντονες εναλλαγές στοργής και απόρριψης, με αποτέλεσμα να υποσκάπτεται η εμπιστοσύνη τους προς το περιβάλλον.

Ο Wirching, δηλαδή, θεωρεί ότι δεν υπάρχει ένας συγκεκριμένος τύπος ψυχοσωματικής οικογένειας, αλλά ένα σύνολο διαπροσωπικών σχέσεων και συμπεριφορών τα οποία αυξάνουν την προδιάθεση για ασθένεια.

Συνδυάζοντας τη συστημική και ψυχαναλυτική θεωρία οι Stierlin και συν[106]., παρουσίασαν ένα ευρύτερο θεωρητικό πλαίσιο εμφάνισης ψυχοσωματικών διαταραχών. Συγκεκριμένα, η θεωρία επικεντρώνεται στα προβλήματα εξατομίκευσης σε οικογένειες με ψυχοσωματικούς ασθενείς και αναφέρεται σε δύο μηχανισμούς αλληλεπίδρασης του οικογενειακού συστήματος:

- Ο πρώτος μηχανισμός της σύνδεσης, αναφέρεται στην υπερπροστασία και την παρεμπόδιση της διαφοροποίησης και εξατομίκευσης της ταυτότητας του παιδιού μέσα στην οικογένεια. Στο επίπεδο του Εκείνου το φαινόμενο αναφέρεται στην εκμετάλλευση και συνεχή ικανοποίηση των βρεφικών αναγκών του παιδιού, με αποτέλεσμα την καθήλωσή του στο στοματικό στάδιο και τη δημιουργία μιας παθητικής, εξαρτημένης και συμβιωτικής προδιάθεσης. Στο επίπεδο του Εγώ, το παιδί βιώνει σύγχυση στην οικογένεια, εξ αιτίας διπλών μηνυμάτων και τάσης εκφοβισμού, με αποτέλεσμα να μην είναι σε θέση να αναγνωρίσει τα εσωτερικά ψυχικά και σωματικά ερεθίσματα. Στο επίπεδο του Υπερεγώ, το παιδί παγιδεύεται σε αισθήματα υποσυνείδητης αφοσίωσης προς την οικογένεια και αναπτύσσει έντονα συναισθήματα ενοχής κάθε φορά που επιχειρεί να απομακρυνθεί από αυτήν.
- Ο δεύτερος μηχανισμός της αποβολής, αναφέρεται στην τάση της οικογένειας να παραμελεί ή να απορρίπτει ένα παιδί. Αυτή η συνθήκη μπορεί να εκδηλωθεί με τις ακόλουθες μορφές:

1. Το παιδί δεν λαμβάνει τη φροντίδα που απαιτείται σε κρίσιμα σημεία της ανάπτυξής του. Ως εκ τούτου, βιώνει έντονα συναισθήματα στοματικής οργής και ματαίωσης, καθώς και την ανάγκη για συνεχή διαπροσωπική επαφή σε όλη τη διάρκεια της ζωής του.
2. Το παιδί φεύγει πρόωρα από το οικογενειακό σύστημα με το πρόσχημα της ψευδοανεξαρτησίας. Σε αυτή την περίπτωση η πρώιμη αποκοπή από το οικογενειακό σύστημα οδηγεί σε προβλήματα που σχετίζονται με την διαφοροποίηση και απαρτίωση των ψυχοβιολογικών συστημάτων.

Το παιδί το οποίο έχει αποβληθεί από το οικογενειακό σύστημα, συνήθως, χαρακτηρίζεται από απουσία αυτοεκτίμησης και από έλλειψη ικανότητας για στοργή, αφοσίωση και βίωση ενοχών. Οι ελλείψεις αυτές οδηγούν, είτε σε ένα αυτοκαταστροφικό τρόπο ζωής, είτε σε μία αντισταθμιστική ναρκισσιστική αναζήτηση κύρους

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Πολλοί ερευνητές[107,108] συγκλίνουν στη διατύπωση ότι οι παρακάτω συνθήκες εμφανίζονται με μεγάλη συχνότητα σε οικογένειες με ψυχοσωματικά παιδιά.

- Η έλλειψη σαφούς οριοθέτησης των οικογενειακών υποσυστημάτων, η οποία συνήθως είναι απόρροια της έλλειψης δημιουργίας αυτόνομης προσωπικότητας των γονέων και της προβληματικής σχέσης ανάμεσά τους. Σ' αυτή την περίπτωση το σώμα του παιδιού φαίνεται να χρησιμοποιείται ως μέσο έκφρασης και "επίλυσης" των οικογενειακών ή ατομικών συγκρούσεων.
- Η ελλειμματική κάλυψη των βιολογικών, συναισθηματικών και κοινωνικών αναγκών του παιδιού, όσον αφορά την αυτονομία ή την φροντίδα ή την ασφάλεια του παιδιού. Αποτελέσματα πολλών ερευνών διαπιστώνουν ψυχοφυσιολογικά ευρήματα για συνεχή υπερδιέγερση σε συνθήκες μητρικής αποστέρησης ή αδυναμίας της μητέρας να καθησυχάσει το παιδί της.
- Η καταπίεση της άμεσης συναισθηματικής έκφρασης από γενιά σε γενιά περιπλέκει περαιτέρω την δυναμική του οικογενειακού συστήματος και παρεμποδίζει την υγιή λεκτική έκφραση των συγκρούσεων.

Στα παραπάνω χαρακτηριστικά, θα έπρεπε ίσως να προσθέσουμε την προδιάθεση σε μια συγκεκριμένη ασθένεια, όχι μόνο με τη μορφή της κληρονομικότητας ή της οργανικής ευαισθησίας[109] αλλά και με την τάση της οικογένειας να επιλέγει τη συγκεκριμένη σωματική έκφραση για την επικοινωνία και έκφραση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει.[95]

Ενδιαφέρον πρόβλημα αποτελεί ο τρόπος με τον οποίο "επιλέγεται" ο "ασθενής", μέσα από την συμπτωματολογία του οποίου θα εκφραστεί η γενικότερη παθολογία του οικογενειακού συστήματος. Σύμφωνα με τον Meissner[92] ο "ασθενής" παρουσιάζει μια προσωπική ανωριμότητα και η συναισθηματική του ισορροπία εξαρτάται από τη γενικότερη σταθερότητα του συστήματος.

Αποτελέσματα ερευνών[94], συμπεραίνουν ότι το παιδί το οποίο παρουσιάζει σωματικό νόσημα είναι το παιδί το οποίο παρομοιάζεται με ένα μέλος της πατρικής οικογένειας των γονέων. Η παρατήρηση αυτή συμφωνεί με την προβληματική αυτονομία των μελών της οικογένειας και την ύπαρξη συμβιωτικών σχέσεων στην οικογένεια. Η τάση αυτή διαφαίνεται και στις παρατηρήσεις ότι το ψυχοσωματικό παιδί χρησιμοποιείται για να επανορθώσει τις ελλείψεις που βίωσαν οι γονείς από τους δικούς τους γονείς[106], καθώς και για να πραγματοποιήσει τα προσωπικά τους όνειρα και τις κοινωνικές τους φιλοδοξίες.[89]

Όσον αφορά τη δομή του ψυχοσωματικού ατόμου ή της οικογένειας από την οποία προέρχεται, οι περισσότερες ψυχαναλυτικές παρατηρήσεις αναφέρονται στην έλλειψη

δόμησης ενός αυτόνομου και ισχυρού Εγώ[110,111,112,113] ή σε ιδιαίτερα σοβαρές περιπτώσεις ψυχοσωμάτωσης, στην προοδευτική αποδιοργάνωση των σωματικών και ψυχικών μηχανισμών και τις επακόλουθες μεταβολές του ψυχικού οργάνου[114]. Επίσης, τονίζεται η έλλειψη διαφοροποίησης της ταυτότητας των μελών της οικογένειας και της σαφούς οριοθέτησης των υποσυστημάτων σε οικογενειακό επίπεδο.[94,96,106]

Η εξελικτική διάσταση αποτελεί ένα σημαντικό άξονα μελέτης των ψυχοσωματικών διαταραχών, τόσο σε ατομικό επίπεδο (από την γέννηση), όσο και σε οικογενειακό επίπεδο (πληροφόρηση για τρόπους οργάνωσης και επικοινωνίας του συστήματος σε προηγούμενες γενιές). Ιδιαίτερα σημαντική είναι η συμβολή της στην μεθοδολογία των σχετικών ερευνών, διότι επιτρέπει τη σαφέστερη διαφοροποίηση των συνθηκών, πριν και μετά την έναρξη της νόσου.

Η σύνθεση των δεδομένων από την ψυχανάλυση, την ψυχοφυσιολογία και την οικογενειακή θεραπεία υποδεικνύει ότι η σχέση με τη μητέρα είναι δυνατόν να συντελέσει στην εμφάνιση ή την επιδείνωση οργανικής παθολογίας στις ακόλουθες συνθήκες:

1. Η σωματική ή η ψυχική απουσία της μητέρας και η πλημμελής φροντίδα του παιδιού πιθανόν να οδηγεί σε υπερδιέγερση[107] ή καταστολή των ψυχοφυσιολογικών συστημάτων.[115]
2. Η αδυναμία της μητέρας να καθησυχάσει το βρέφος αποτελεί μια επιπλέον συνθήκη που οδηγεί στην υπερδιέγερση ψυχοφυσιολογικών συστημάτων.[107]
3. Η προβολή των συμβιωτικών αναγκών της μητέρας και η παρεμπόδιση της διαδικασίας ατομικοποίησης του παιδιού, καθώς και η ασαφής οριοθέτηση των υποσυστημάτων και του προβλητικού συστήματος της οικογένειας.[94]
4. Η ελλειμματική ή υπερβολική λιβιδινική επένδυση της μητέρας στο σώμα του παιδιού της πιθανόν να λειτουργούν ως σημεία αναφοράς για μεταγενέστερες διαδικασίες σωματοποίησης ή για την επιλογή του οργάνου μέσα από το οποίο θα εκφραστεί η ενδοψυχική σύγκρουση.

Από πολλούς μελετητές[116], τονίζεται ότι οι προτεινόμενες συνθήκες δεν είναι απόλυτες, αλλά επηρεάζονται από την ιδιοσυγκρασία του παιδιού και το γενικότερο οικογενειακό περιβάλλον. Οι συνθήκες αυτές συμβάλλουν στη δημιουργία οργανικής παθολογίας λόγω της παρεμπόδισης δημιουργίας εναλλακτικών διαύλων αυτοέκφρασης. Επίσης, τονίζουν τον παθολογικό χαρακτήρα της έλλειψης αυτονόμησης, η οποία οδηγεί στην ψυχοσωμάτωση ως τη μόνη διέξοδο συναισθηματικής εκφόρτισης.

Η οργανική ευαισθησία και η προδιάθεση φαίνεται ότι είναι από τους καθοριστικούς παράγοντες επιλογής του σωματικού πλαισίου εκδήλωσης του συμπτώματος. Σε αυτό,

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

όμως, θα πρέπει να προσθέσουμε την επίδραση του σταδίου οργάνωσης της προσωπικότητας του ασθενή (προοιδιπόδειο / οιδιπόδειο) και τη "μυθοπλασία" της οικογένειας, σχετικά με τους επικρατέστερους τρόπους διοχέτευσης της διαπροσωπικής έντασης από γενιά σε γενιά (σχιζοφρένεια, κατάθλιψη, αλκοολισμός, ψυχοσωματική διαταραχή). Στην τελευταία περίπτωση, σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει η τάση της οικογένειας για κοινωνική συμμόρφωση, η οποία επιλέγει τη νομιμότητα της σωματικής ασθένειας για να εκφράσει τις συγκρούσεις και τα προβλήματά της.[117]

3. Ψυχοσωματική οικογένεια και καρκινική διεργασία

Η άποψη ότι οι καταστάσεις δύσκολης ζωής μπορεί να παίξουν έναν πρωταρχικό ρόλο στην καρκινογέννηση έχει υποστηριχθεί ευρέως, με τις πιο ομόφωνα αναφερόμενες δυσάρεστες εμπειρίες να προηγούνται τη διάγνωση, την απώλεια μιας μεγάλης σχέσης στο οικογενειακό σύστημα του ασθενούς[118,119] καθώς και η δυστυχία της παιδικής και εφηβικής ηλικίας είναι περισσότερο συνηθισμένη μεταξύ των περιπτώσεων καρκίνου.[120]

Όλοι οι άνθρωποι, όμως, έχουν βιώσει κατά το παρελθόν τους αγχογόνες καταστάσεις αλλά δεν είχαν την ίδια δράση σε όλους. Ένας από τους παράγοντες που καθορίζει την παθογόνα δράση αυτών των καταστάσεων θεωρείται, από πολλούς ερευνητές[121,122], οι τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, οι οποίες σε συνδυασμό με τα στρεσσογόνα γεγονότα της ενήλικης ζωής αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων.

Ο Bahnson[123], διατύπωσε την άποψη πως οι μηχανισμοί άμυνας που χρησιμοποιούσαν τα άτομα που πάσχουν από καρκίνο, έχουν αποκτηθεί στο περιβάλλον της οικογένειας κατά τα πρώτα χρόνια ζωής του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, υποστήριξε ότι στην παρατήρηση οικογενειών, όπου οι συνθήκες επικοινωνίας μεταξύ των μελών της είναι περιορισμένες (lack of closeness), μπορεί κάποιος να αντιληφθεί πως τα άτομα αποκτούν το χαρακτηριστικό της απώθησης των συναισθημάτων τους και της έκφρασής τους μέσα από σωματικές εκφορτίσεις, γεγονός που δεν προκαλεί κατάθλιψη, αλλά ένα σύνδρομο κενότητας, λόγω των παρατεταμένων και ισχυρών αρνήσεων και απωθήσεων.

Από τις μελέτες του, ο Bahnson[123,124], διαπίστωσε, πως η έλλειψη συναισθηματικής επαφής και η έλλειψη κοινωνικότητας παρατηρούνται συχνά στις οικογένειες ατόμων που πάσχουν από καρκίνο και πως αυτές οι πρώιμες εμπειρίες σχηματίζουν το έδαφος για την μετέπειτα αδυναμία του ατόμου να αντιμετωπίσει το άγχος και τα προβλήματα που βιώνει.

Ο Kissen[125], συμπέρανε από τις μελέτες του, ότι οι ασθενείς με καρκίνο πέρα από τα τραυματικά γεγονότα που είχαν κατά την παιδική τους ηλικία, στη διάρκεια της ενήλικης

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ζωής τους είχαν μεγαλύτερο αριθμό δυσκολιών στις διαπροσωπικές τους σχέσεις με την οικογένεια και είχαν βιώσει δυσμενείς καταστάσεις στον εργασιακό και οικονομικό τομέα. Άλλωστε, πλήθος μελετών[126,127] ασχολήθηκαν με τις επιπτώσεις της απώλειας ενός σημαντικού συναισθηματικού δεσμού στο χώρο της οικογένειας στην κατάσταση της υγείας του ατόμου.

Χρησιμοποιώντας την κλίμακα γεγονότων ζωής των Homes-Rahe, οι Jacobs και Charles[128]; βρήκαν ότι στα παιδιά η χρονιά που εκδηλώνεται κάποιας μορφής νεοπλασία συμπίπτει με σημαντικές αλλαγές στην οικογενειακή τους ζωή. Επίσης, η ψυχολογική πίεση που βιώθηκε στους κόλπους της οικογένειας θεωρήθηκε σημαντικό χαρακτηριστικό στην έναρξη της λευχαιμίας σε μονοζυγωτικούς διδύμους χωρίς κληρονομική διάθεση για την ασθένεια.[129]

Η υπόθεση του LeShan[130], που αφορά τον τρόπο της συναισθηματικής ιστορίας ζωής και συνδέεται με την ανάπτυξη νεοπλασίας, είναι ότι νωρίς στη ζωή συμβαίνει μια διαταραχή της αναπτυσσόμενης ικανότητας του ατόμου να σχετίζεται με τους άλλους, κάτι που έχει ως αποτέλεσμα την βίωση συναισθημάτων απομόνωσης και το αίσθημα ότι οι έντονες και σημαντικές σχέσεις φέρνουν πόνο και απόρριψη. Αργότερα, μια σημαντική σχέση δημιουργείται στην οποία το υποκείμενο επενδύει μεγάλο ποσό ενέργειας. Για κάποιο χρονικό διάστημα απολαμβάνει μια αίσθηση αποδοχής από τους άλλους και μια ζωή με νόημα, αν και το συναίσθημα της μοναξιάς ποτέ δεν εξαφανίζεται τελείως. Τελικά, με την απώλεια της κεντρικής σχέσης, το θάνατο ενός συγγενούς, την αποχώρηση των παιδιών από το σπίτι, εμφανίζεται μια αίσθηση ολοκληρωτικής απόγνωσης και μια πεποίθηση ότι τίποτε δεν υπάρχει πια για αυτόν στη ζωή.[131]

Πολλοί μελετητές[132,133,134,135,136], επίσης, υποστήριξαν την υπόθεση, ότι η κοινωνική υποστήριξη συσχετίζεται αρνητικά με την ασθένεια, δηλαδή όσο μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη λαμβάνει ένα άτομο με την μορφή στενών σχέσεων με την οικογένεια και τους συγγενείς, φίλους και συναδέλφους τόσο λιγότερο θα κινδυνεύσει να νοσήσει από μια πληθώρα ασθενειών. Βέβαια, όσον αφορά την άλυτη συμβιωτική σχέση με τη μητέρα, οι ενήλικοι ψυχοσωματικοί ασθενείς φαίνεται, πως συνεχίζουν να δημιουργούν σχέσεις αμοιβαίας εξάρτησης ή και συμβίωσης με τον σεξουαλικό σύντροφο, είτε διότι "δεν έχουν δημιουργήσει δική τους ταυτότητα"[112], είτε διότι η σεξουαλικότητά τους έχει καθηλωθεί σε προ-οιδιπόδεια στάδια ανάπτυξης[137]. Κατά τη σεξουαλική συμβίωση, ο ερωτικός σύντροφος, ως ένα σταθερό αντικείμενο ή ως πολλαπλά εναλλακτικά αντικείμενα, ενσαρκώνει τη μητρική μορφή, ή αντίθετα, μέσα από το μηχανισμό της προβλητικής ταύτισης, ο ασθενής παίζει το ρόλο της μητέρας πνίγοντας με μητρική φροντίδα το

σύντροφό του. Σαν επακόλουθο της συμβιωτικής και εξαρτημένης σχέσης από το σύντροφό τους οι ασθενείς εμφανίζουν ψυχοσωματικές κρίσεις όταν απειλούνται από εγκατάλειψη.[138]

Ο φόβος, δε, του αποχωρισμού, σύμφωνα με τον Rad Von (1984)[139], από το σημαντικό άτομο, είναι αποτέλεσμα της συνθήκης συγχώνευσης που διέπει τη σχέση, στην οποία ούτε η μητέρα ούτε το παιδί έχουν κατακτήσει την ψυχική τους αυτονομία. Στην περίπτωση αυτή ο αποχωρισμός είναι δυνατόν να οδηγήσει στην αποδιοργάνωση λόγω της συνακόλουθης απώλειας των στοιχείων του Εγώ, τα οποία χάνονται μαζί με το αντικείμενο. Το άτομο καταλαμβάνεται από συναισθήματα απελπισίας και οργής, τα οποία δεν είναι σε θέση να τα διαχειριστεί μέσα από τη διεργασία του πένθους ή με νέες ταυτίσεις. Η μόνη διέξοδος είναι η σωματική κατάρρευση.

Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό των σχέσεων που δημιουργούν τα ψυχοσωματικά άτομα με το περιβάλλον τους είναι το φαινόμενο της ανατύπωσης (reduplication), το οποίο παρατηρήθηκε από ορισμένους ψυχαναλυτές.[140,141] Η ανατύπωση αναφέρεται στην τάση του ψυχοσωματικού ατόμου να αντιλαμβάνεται τα άτομα του περιβάλλοντός του σαν αντίγραφα του εαυτού του, απογυμνωμένα από ατομικές ιδιαιτερότητες. Το άτομο σε αυτή την περίπτωση δεν χρησιμοποιεί τον μηχανισμό της προβολής ή της προβλητικής ταύτισης. Απλώς αδυνατεί να αντιμετωπίσει τον άλλον σαν μια ακέραια οντότητα, διαφορετική από τον ίδιο.

Η προσπάθεια για την ανακάλυψη συγκεκριμένων συνθηκών, οι οποίες παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση ψυχοσωματικών διαταραχών, προσκρούει σε αρκετά μεθοδολογικά σημεία. Το σημαντικότερο από αυτά αναφέρεται στη δυσκολία διαφοροποίησης της επίδρασης της οικογένειας πριν και μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων της νόσου. Ως εκ τούτου, απαιτείται η παρακολούθηση σημαντικού αριθμού οικογενειών, οι οποίες παρουσιάζουν παράγοντες κινδύνου για εκδήλωση ψυχοσωματικών διαταραχών για μεγάλο χρονικό διάστημα, έτσι, ώστε να καταστεί δυνατή η διάκριση ανάμεσα στις συνθήκες, οι οποίες προϋπήρχαν της ασθένειας και σε αυτές οι οποίες είναι αποτέλεσμά της. Παρ' όλες τις μεθοδολογικές αδυναμίες που προέρχονται από την μελέτη μικρού αριθμού οικογενειών στις οποίες έχει ήδη εκδηλωθεί ψυχοσωματική διαταραχή, οι μελέτες συγκλίνουν σε ορισμένα σημεία.

Συμπερασματικά, η επίδραση των ψυχοπιεστικών παραγόντων φαίνεται να εξαρτάται από πλήθος ιδιοσυγκρασιακών, ψυχολογικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών του ατόμου που την υφίσταται.[131] Επίσης, υπάρχουν ενδείξεις πως ο καρκίνος είναι συνέπεια της μη-ελεγχόμενης και όχι της ελεγχόμενης ψυχοκαταπόνησης[142] και σημαντικό ρόλο

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

φαίνεται να παίζει η προηγούμενη ιστορία προσαρμογών του σε διάφορες ψυχοπιεστικές καταστάσεις.[143] Πάντως, οι μέχρι τώρα έρευνες[144] δεν έχουν κατορθώσει να τεκμηριώσουν με πειστικό τρόπο το ρόλο οποιασδήποτε ψυχολογικής παραμέτρου στην εκδήλωση του καρκίνου και μια βασική αιτία μπορεί να είναι η ελλιπής μελέτη των αλληλεπιδράσεων των ψυχολογικών και βιο-ιατρικών παραγόντων. Τα αποτελέσματα των ψυχολογικών χαρακτηριστικών έχουν τεκμηριωθεί καλύτερα στις έρευνες που αναφέρονται στην εξέλιξη της νόσου και στις μελέτες όπου περιγράφεται κάποιου είδους ψυχολογικής παρέμβασης.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Διαστάσεις μιας απειλητικής νόσου για την οικογένεια

Την σύντροφο της ζωής του την προετοίμαζε και με τα γραφτά του και με την καθημερινή τους συζήτηση: Γράφει σε γράμμα του στον Πρεβελάκη για μια ανάγνωση της "Αναφοράς στον Γκρέκο":

"Η Ελένη δεν μπόρεσε να το διαβάσει, την πήραν τα κλάματα.
Μα καλό είναι να συνηθίζει, να συνηθίζω κι εγώ."
Ν. Καζαντζάκης"

Ο κοινός τόπος μεταξύ της οικογένειας και μιας απειλητικής ασθένειας για ένα μέλος της είναι η μελέτη των βιο-ψυχο-κοινωνικο-πνευματικο-οικονομικών παραγόντων και η παρέμβαση σ' αυτές. Πριν τρεις σχεδόν δεκαετίες, σε μια επείγουσα ιατρική περίπτωση η σωματική υγεία του ατόμου είχε προτεραιότητα, ενώ οι συνέπειες που μπορούσαν να δημιουργηθούν από την απειλητική ασθένεια και την ιατρική επέμβαση, όπως έγραφε, το 1975, ο Ronald Laing[145], αφήνονταν να φθίνουν στις περισσότερες περιπτώσεις.

Είναι δύσκολο να παρακολουθήσει κάποιος την πορεία του ατόμου που πάσχει από μια απειλητική για τη ζωή του ασθένεια, πόσο μάλλον τις ψυχοκοινωνικές συνέπειες ενός τόσο κρίσιμου γεγονότος. Αρκετοί μελετητές έχουν προσπαθήσει να περιγράψουν τον αντίκτυπο που δημιουργείται μέσα στην οικογένεια όταν ένα μέλος της απειλείται από μια σοβαρή νόσο. Λίγες φορές συνειδητοποιείται πλήρως η έκταση των ψυχοκοινωνικών αντιστάσεων ενάντια στην παραδοχή αυτού του αντίκτυπου. Συνήθως, επικρατεί η άποψη ότι αν διευθετηθεί η ιατρική επείγουσα περίπτωση, αν, δηλαδή, ο ασθενής θεραπευτεί σε ικανοποιητικό βαθμό και αναρρώσει, τότε το γεγονός αυτό θα δώσει λύση στην οικογενειακή κρίση (με την προϋπόθεση ότι η κρίση δεν προϋπήρχε της ασθένειας ή ότι η κρίση δεν δημιούργησε κάποια άλλη κρίση).

Ο Ronald Laing[145], θεωρώντας την οικογένεια σαν ένα σύστημα εξαιρετικά πολύπλοκων σχέσεων, πιστεύει πως, "όταν μια συγκεκριμένη κοινωνική κατάσταση προσδιορίζεται σαν κοινωνική κρίση που αφορμή της είναι μια ιατρική επείγουσα περίπτωση, ο ορισμός αυτός επιβάλλει ένα συγκεκριμένο τύπο δράσης: πρόκειται για μια σαφέστατη επίκληση να γίνει καλά το άτομο βάσει μιας "θεραπείας" και αν θεωρηθεί αναγκαίο, να δοθεί επικουρική βοήθεια στα άλλα μέλη της κατάστασης, για να αντεπεξέλθουν την ασθένεια του άλλου ατόμου και τις δευτερεύουσες κοινωνικές της

συνέπειές της. Ο ορισμός της κατάστασης και η επίκληση για δράση είναι δύο όψεις του ίδιου νομίσματος. Η σωστή ορθολογική στρατηγική της επέμβασης προδιαγράφεται από και με τον ορισμό της κατάστασης".

Οι τρόποι με τους οποίους εμπλέκεται μια οικογένεια στην ασθένεια ενός μέλους της, τα τελευταία χρόνια, απασχολεί σε μεγάλο βαθμό πολλούς μελετητές κι αν ακόμη δεν έχουν οριστεί με σαφήνεια και επάρκεια, όλοι τείνουν να συμφωνούν για τον πολυπαραγοντικό χαρακτήρα αυτής της κατάστασης. Οι Bond (1984)[146], Burish και Bradley (1983)[147], Turk και Kerns (1985)[148], είναι από τους πρώτους που μελέτησαν συστηματικά τις αντιδράσεις της οικογένειας στη χρόνια και απειλητική ασθένεια και έχουν παρουσιάσει εκτενή άρθρα στη διεθνή βιβλιογραφία.

Πολλές έρευνες, επίσης, έχουν επισημάνει τη στενή συσχέτιση μεταξύ του σταδίου της ασθένειας και της συναισθηματικής κατάστασης των συγγενών. Συγκεκριμένα, οι Gotay (1984)[149], Cassileth, Kusk και Strouse (1985)[150] και οι Ell, Nishimoto και Mantell (1988)[151], διαπίστωσαν ότι η συναισθηματική κατάσταση των μελών της οικογένειας ενός ασθενούς με κακοήθη νόσο διαφέρει σημαντικά αν πρόκειται για μια εντοπισμένη και ελεγχόμενη μορφή καρκίνου σε αρχικό στάδιο απ' ότι αν πρόκειται για ένα προχωρημένο στάδιο. Τα αποτελέσματα, δε, των ερευνών του Larkin (1987)[152], μας οδηγούν να συμπεράνουμε ότι η μεγάλη διάρκεια μιας ασθένειας αναγκάζει σε πολλούς συμβιβασμούς τόσο τον άρρωστο όσο και την οικογένειά του.

Για πολλά χρόνια, οι έρευνες γύρω από τον καρκίνο και την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών εστιάζονταν σε ότι συντελούσε στην καλύτερη δυνατή προσαρμογή των ασθενών, ενώ η προσοχή που είχε δοθεί στην οικογένεια ήταν ελάχιστη και αφορούσε στον υποστηρικτικό της ρόλο. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '70 και στις αρχές της δεκαετίας του '80, περιγραφικές έρευνες έκαναν σαφές ότι και τα μέλη της οικογένειας ασθενών που έπασχαν από καρκίνο υπέφεραν επίσης από άγχος. Αυτές οι έρευνες,[153,154,155] αναφερόμενες σε συζύγους ασθενών που έπασχαν από καρκίνο, επεσήμαναν πως οι σύζυγοι είχαν διαταραχές διατροφής και ύπνου, υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αίσθηση απελπισίας και φόβους γύρω από τον καρκίνο και τη θεραπεία του. Αυτές οι μελέτες τόνιζαν την ανάγκη περαιτέρω έρευνας, αναγκαιότητα που έγινε εφικτή, σύμφωνα με τους Blanchard και συν.(1997)[156], με την χρησιμοποίηση σταθμισμένων εργαλείων για την ποσοτικοποίηση του επιπέδου του stress που εξέφραζαν οι συγγενείς.

Η αιφνίδια ασθένεια ενός μέλους μιας οικογένειας, φαίνεται να διαταράσσει το επίπεδο υγείας της οικογένειας και να προκαλεί μια ανισορροπία που διαχέεται στο όλο σύστημα της οικογένειας, επηρεάζοντας τόσο τη λειτουργία του συστήματος όσο και τα άτομα που

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

λειτουργούν μέσα στο συγκεκριμένο σύστημα. Άλλωστε, από τη μελέτη του Sclump-Urquhart (1990)[157], διαπιστώνεται, ότι η ξαφνική ασθένεια δεν αφήνει περιθώρια στα μέλη της οικογένειας να έχουν ευκαιρία για συναισθηματική προετοιμασία ούτε, τις περισσότερες φορές, έχουν εμπειρία αντιμετώπισης παρόμοιων γεγονότων. Επίσης, η ξαφνική ασθένεια ενός μέλους μιας οικογένειας αλλάζει αναπάντεχα τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια και επηρεάζει το επίπεδο υγείας όλων των μελών της οικογένειας.[158,159] Αυτό συμβαίνει γιατί η οικογένεια είναι ένα κοινωνικό σύστημα που αποτελείται από αλληλεπιδρώντα άτομα και οποιαδήποτε αλλαγή μέσα στο σύστημα επηρεάζει τη σταθερότητά του[160]. Αυτό το πλέγμα των επιδράσεων έχει επιπτώσεις και στην υγεία των μελών της οικογένειας.[161]

Πολλές είναι οι οικογένειες που ακινητοποιούνται μπροστά σε μια αρρώστια. Όταν όμως παρατείνεται η κατάσταση της ασθένειας, έχει αρνητικές επιπτώσεις στην προσαρμογή της οικογένειας η οποία, σύμφωνα με τον Soccorsi (1987)[162], παύει να ζει και να εξελίσσεται, και προβληματίζεται μόνο για το πώς θα "επιβιώσει" μπροστά στις τρέχουσες δυσκολίες που αντιμετωπίζει.

Όταν επέλθει μια κακοήθη ασθένεια, οι Pederson & Valanis (1988)[163], σημειώνουν, ότι αυτή γίνεται για την οικογένεια ένα μέρος της ζωής της, όπως τα διάφορα επίπεδα μετάβασης του κύκλου της οικογενειακής ζωής. Είναι δύο κόσμοι που προστίθενται φέρνοντας ο καθένας τις απαιτήσεις του. Τα οικογενειακά συστήματα τα οποία έχουν την εμπειρία του καρκίνου έχουν μια διπλή υποχρέωση. Πρέπει να προφυλάξουν τις ατομικές ανάγκες του πάσχοντος και αυτές των διαφόρων μελών της οικογένειας. Πρέπει να προσέχουν ιδιαίτερα το πάσχον μέλος της οικογένειας και ταυτόχρονα να προσέχουν τις περιστασιακές και αναπτυξιακές ανάγκες των διαφόρων μελών, έτσι ώστε να μπορούν να μεγαλώσουν και να διαφοροποιηθούν. Συνεπώς η οικογένεια οφείλει, σύμφωνα με τους Pederson and Valanis να αντιμετωπίσει διάφορα προβλήματα:

- Να συγκροτεί τις δικές της συγκινησιακές αντιδράσεις.
- Να προγραμματίζει, να αναδιοργανώνει το οικογενειακό περιβάλλον.
- Να επαναδιανέμει ορισμένες ευθύνες, να αντιμετωπίσει οικονομικά και άλλα προβλήματα.
- Να εξασφαλίζει την διαπροσωπική επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της.
- Η ικανότητα της οικογένειας να προσαρμόζεται σ' αυτά τα προβλήματα είναι συνδεδεμένη με ορισμένες διαστάσεις της λειτουργίας της, όπως:
  - Ο τρόπος που λαμβάνονται οι αποφάσεις.
  - Η διανομή της εξουσίας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

- Η συνοχή και η προσαρμογή του ζευγαριού.
- Οι ρόλοι μέσα στην οικογένεια.

1. Η έννοια της κρίσης στο οικογενειακό περιβάλλον

Η έννοια της κρίσης, αν και φαινομενικά κατανοητή, δεν έχει εκτιμηθεί πλήρως σε όλες της τις διαστάσεις. Χρειάσθηκε, λοιπόν, να σκιαγραφηθεί ένα θεωρητικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο η έννοια της κρίσης θα μπορούσε να ορισθεί και να κατανοηθεί, αναδεικνύοντας όλη την πολυπλοκότητα που περικλείει. Μια κλινική προσέγγιση της κρίσης θεωρείται σημαντική για να αξιολογηθεί η παρουσία της στη ζωή ενός ατόμου και μιας οικογένειας αλλά και για να εκτιμηθούν οι συνέπειες, τόσο αρνητικές, όσο και θετικές, από την εμφάνισή της.

Το θεωρητικό μοντέλο του Hobbs[164], για τις καταστάσεις κρίσης τις διαχωρίζει σε αναπτυξιακές και συμπτωματικές. Οι πρώτες αναφέρονται στις αναπόφευκτες φάσεις μετάβασης από ένα στάδιο ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης σε ένα άλλο (εφηβεία, γέννηση παιδιού, εμμηνόπαυση, συνταξιοδότηση κ.α), μετάβαση η οποία απαιτεί την επίτευξη ενός ψυχολογικού στόχου και μπορεί να εξαντλήσει τα αποθέματα ενέργειας του ατόμου και της οικογένειάς του. Οι συμπτωματικές καταστάσεις συμπεριλαμβάνουν τυχαία γεγονότα ζωής - εκτός αναπτυξιακών φάσεων - όπως αυτά που απορρέουν από αλλαγές στο φυσικό πεβιβάλλον (σεισμός), στο κοινωνικό (θάνατος συγγενούς σε δυστύχημα) ή στο βιολογικό (αναπηρία, ασθένεια). Ασφαλώς όταν σε ένα άτομο συμβεί κάποιο δυσάρεστο γεγονός κατά την διάρκεια μιας αναπτυξιακής του κρίσης θα αυξήσει σημαντικά την απειλή της συναισθηματικής του σταθερότητας.

Για τον Kaes (1979)[165], η κρίση προτάθηκε, ως μια εσωτερική διαταραχή και σαν μια απορύθμιση των ρυθμιστικών διεργασιών του ατόμου. Έχει διφορούμενο χαρακτήρα λόγω του ότι στην κατάσταση αυτή συνυπάρχουν δυνάμεις καταστροφικές αλλά και δυνάμεις αναγεννησιακές. Η λύση της μπορεί να είναι διπλής κατεύθυνσης: α) επιτυχής αντιμετώπιση της κρίσης και η συνεπακόλουθη ωρίμανση και εξέλιξη των προσαρμοστικών του μηχανισμών και β) αδυναμία αντιμετώπισής της και διαταραχή της λειτουργικότητας και της προσαρμοστικότητας του ατόμου, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της ασθένειας ή και στο θάνατο.[143,166]

Ο Straker (1980)[167], έχει τονίσει πως η κρίση αναπτύσσεται όταν οι συνήθεις προσαρμοστικοί μηχανισμοί του ατόμου είναι ανεπαρκείς να διαχειριστούν την απειλή όπως 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

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

αντιδράσεις απελευθερώνονται, μια αίσθηση μη-πραγματικότητας αναπτύσσεται και διαταράσσεται η γνωστική λειτουργία. Αν κινητοποιηθούν νέες πηγές ενέργειας, το επίπεδο του άγχους μειώνεται και το άτομο επιστρέφει στην συνήθη λειτουργικότητά του. Αν η λύση δεν επέλθει σε διάστημα 4-6 εβδομάδων, μια μόνιμη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά θα προκύψει. Παραπέρα, το άτομο θα παλινδρομήσει σε πιο αρχαϊκούς αμυντικούς μηχανισμούς καθώς θα απειλείται, συν τοις άλλοις, από την επαφή με πιο πρώιμες άλυτες συγκρούσεις.[131]

Ο Jacobson (1980)[128], έδωσε έμφαση στην αλληλεπίδραση μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων στο έναυσμα της κρίσης. Δεν θεώρησε την κρίση ως συστατικό στοιχείο των αναπτυξιακών σταδίων, αλλά ως μια περίοδο εσωτερικής αναδιοργάνωσης που καθιστά το άτομο εξαιρετικά ευπαθές σε εξωτερικούς κινδύνους όπως, οι περίοδοι πένθους, οι περίοδοι μετά το διαζύγιο. Ο οργανισμός σαν βιο-ψυχο-κοινωνικό σύστημα ενεργεί με όρους επιλογής, άρνησης και μείωσης της πολυπλοκότητας των εμπειριών που βιώνει και των επιδράσεων που δέχεται, ενώ παράλληλα τα αναδιοργανώνει με τρόπο που να έχουν για αυτόν νόημα.[168]

Το σύγχρονο επιστημολογικό πλαίσιο για την κατανόηση της κρίσης σε επιστήμες όπως η ανθρωπολογία, η κοινωνιολογία, η ψυχολογία, η ιατρική και άλλες γίνεται με όρους που αναφέρονται στην πολυπλοκότητα των πραγμάτων, όπως επισημαίνει ο Edgar Morin.[169,170] Η κρίση παρουσιάζεται, κυρίως, ως εσωτερική διαταραχή, ως απορύθμιση των ρυθμιστικών διεργασιών του συστήματος και όχι μόνο ως απουσία διαθέσιμης λύσης, κάτι που κάνει το σύστημα να θεωρεί το μέλλον αβέβαιο. Η κρίση επιβάλλει τη δράση και την ανεύρεση δυνατοτήτων για αλλαγή, προκειμένου να ξεπεραστεί.

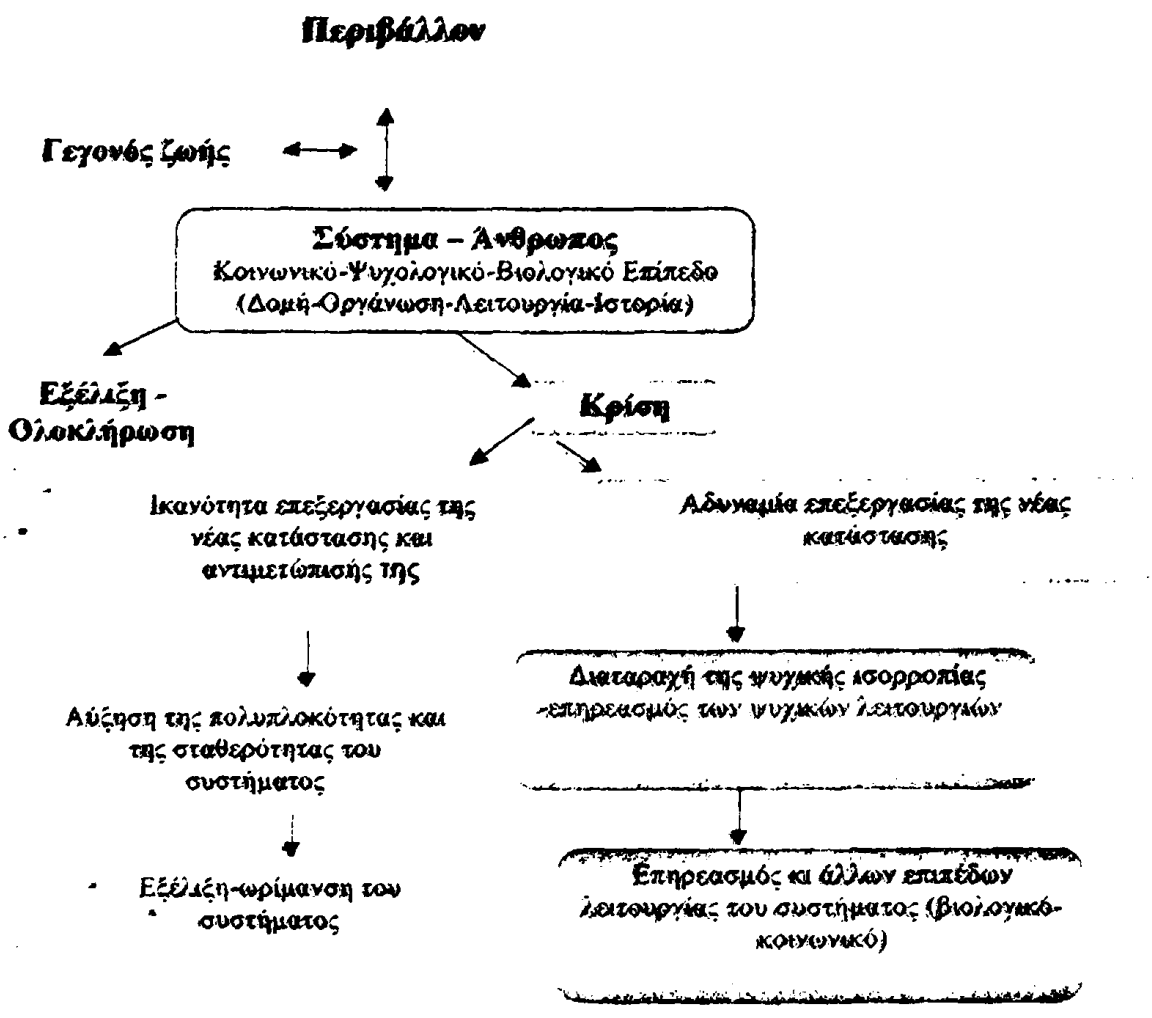
Σημαντικά γεγονότα, λοιπόν, όπως η διάγνωση, η υποτροπή, η μεταμόσχευση οργάνων, η αποθεραπεία, ο επικείμενος θάνατος, σηματοδοτούν την έναρξη κρίσιμων μεταβατικών περιόδων στον κύκλο της ζωής μιας οικογένειας που καλείται να αναθεωρήσει και να επαναπροσδιορίσει τους στόχους, τις αξίες, τις προτεραιότητες και την πορεία της.[171]

Σύμφωνα με το μοντέλο των Lazarus και Folkman (1984)[172], δεν είναι τόσο τα ίδια τα γεγονότα που προκαλούν την κρίση, όσο το νόημα και οι ερμηνείες που αποδίδονται σ' αυτά και οι στρατηγικές που ενεργοποιεί το άτομο και η οικογένεια για να αντιμετωπιστεί η νέα πραγματικότητα. Δηλαδή, οι αντιλήψεις των μελών της οικογένειας σχετικά με την αρρώστια και τις επιπτώσεις της καθορίζουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης τις οποίες ενεργοποιούν.

Σύμφωνα με τον Δαμίγο (2001)[173], στην περίπτωση μιας σωματικής νόσου, ορισμένες φορές είναι σημαντικό για το άτομο να διακρίνει την ασθένειά του ως γεγονός και όχι ως

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ένα ατύχημα, για τη δημιουργία του οποίου δεν είχε καμιά συμμετοχή. Κρίση και γεγονός είναι στενά συνδεδεμένα. Η εμφάνιση ενός γεγονότος μπορεί να αναδείξει μια κρίση που προϋπήρχε αλλά βρισκόταν σε λανθάνουσα κατάσταση. Σε άλλες περιπτώσεις είναι η συνειδητοποίηση μιας κρίσης που επιτρέπει την εξήγηση ορισμένων γεγονότων που πριν ήταν ακατανόητα, καθώς και τη σχέση που μπορεί να υπάρχει μεταξύ τους. Σχηματικά, ο ρόλος του γεγονότος και της κρίσης στο μοντέλο των ανοιχτών δυναμικών συστημάτων, όπως ο άνθρωπος, έχει αναπαρασταθεί από τον Δ. Δαμίγο ως εξής:



Σύμφωνα με το παραπάνω σχήμα, το γεγονός τοποθετείται στον ενδιάμεσο χώρο της αλληλεπίδρασης του συστήματος με το περιβάλλον του. Ένα γεγονός, μπορεί να οδηγήσει:

- Σε ολοκλήρωση του συστήματος ή αντίθετα
- Σε διαταραχή και κρίση των λειτουργιών του συστήματος

Η κρίση, δε, μπορεί να συμβάλλει:

- Σε εξέλιξη του συστήματος, οδηγώντας το σε πιο πολύπλοκους τρόπους λειτουργίας

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

- Σε μονιμότερη διαταραχή της λειτουργίας του με απρόβλεπτες συνέπειες, που μπορεί να φτάσουν σε αποδιοργάνωση και σε ορισμένες περιπτώσεις στην καταστροφή του

Για τον άνθρωπο, δεν είναι μόνο το καινούργιο στοιχείο που μπορεί να προκαλέσει μια διαταραχή αλλά, επίσης, και οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ παλιού και καινούργιου. Ο ψυχισμός του ανθρώπου διακρίνεται για τη μεγάλη πλαστικότητα και ανθεκτικότητά του. Παρ' όλα αυτά, όμως, το γεγονός μιας απειλητικής ασθένειας μπορεί να αποδιοργανώσει τόσο το ίδιο όσο και τα μέλη της οικογένειάς του.

Κάθε γεγονός, που συμβαίνει σ' έναν ενήλικα μπορεί να υπενθυμίζει έναν παιδικό τραυματισμό και μπορεί να προκαλέσει τις ίδιες επιπτώσεις που είχε αυτό στο παρελθόν. Ένας άλλος λόγος αποδιοργάνωσης του ψυχισμού μπορεί να αφορά σε ένα γεγονός, για το οποίο το άτομο δεν ήταν προετοιμασμένο να αντιμετωπίσει και του οποίου η ένταση ξεπερνά τις δυνατότητες αντιμετώπισής του. Επίσης, ένα γεγονός μπορεί να δράσει αποδιοργανωτικά όχι μόνο λόγω της σοβαρότητας ή της έντασής του αλλά, διότι συντονίζεται και ενεργοποιεί παλιές συγκρούσεις που βρίσκονται σε λανθάνουσα κατάσταση ή έχουν απωθηθεί σε βαθύτερα στρώματα του ψυχισμού. Είναι προφανές, λοιπόν, ότι το ίδιο το γεγονός δεν έχει ποτέ τον ίδιο αντίκτυπο σε δύο διαφορετικά άτομα.

Η περίοδος της κρίσης, σύμφωνα με τη μελέτη του Δαμίγου (1984)[166], σηματοδοτεί μια ενδιάμεση περίοδο της ζωής του ατόμου και συνοδεύεται από ορισμένα γνωρίσματα, όπως η διαταραχή, η αβεβαιότητα, ο κίνδυνος, η αναζήτηση μιας καινούργιας ισορροπίας, αλλά και ο χρόνος που συνδέεται με την περίοδο αυτή έχει μια σειρά από ιδιομορφίες. Η ψυχική διεργασία που είναι απαραίτητη για το ξεπέρασμα της κρίσης χαρακτηρίζεται από ένα δικό της χρόνο, τον ενδιάμεσο χρόνο. Ο χρόνος αυτός σηματοδοτεί την ενδιάμεση περίοδο της κρίσης και τοποθετείται μεταξύ της στιγμής της ρήξης που προκάλεσε την κρίση και της περιόδου των καινούργιων ισορροπιών, που είναι προς αναζήτηση. Σε ένα μετα-ψυχολογικό επίπεδο, ο ενδιάμεσος χρόνος αναφέρεται στη λειτουργία του προσυνειδητού (preconcient). Εάν το ασυνείδητο χαρακτηρίζεται από την αχρονικότητα και το συνειδητό με την συμβατική απεικόνιση του χρόνου, το προσυνειδητό συνδέεται με τον ενδιάμεσο χρόνο, ο οποίος βρίσκεται σε σχέση τόσο με την αχρονικότητα του ασυνειδήτου όσο και με το συμβατικό χρόνο του συνειδητού. Ο ενδιάμεσος χρόνος, δηλαδή, συνδέεται με τη λειτουργία και την κινητικότητα του προσυνειδητού συστήματος. Λειτουργία που είναι απαραίτητη για τη συνειδητή απεικόνιση του χρόνου από μέρους του ατόμου. Η απεικόνιση του χρόνου επιτρέπει στο άτομο να τοποθετηθεί μέσα σε μια διαχρονικότητα τόσο ατομική όσο και κοινωνική. Αποτελεί τον συνδετικό κρίκο μεταξύ του παρελθόντος και του μέλλοντος. Μπορεί με τον τρόπο αυτό να τοποθετηθεί στο παρόν έχοντας τη

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

δυνατότητα να σκεφθεί τις προοπτικές για το μέλλον, βασιζόμενο και χρησιμοποιώντας τις εμπειρίες του παρελθόντος. Οι νεώτερες έρευνες από το χώρο της νευροφυσιολογίας τονίζουν τη σημασία αυτής της λειτουργίας. Για τον Edelman (1995)[174], αποτελεί τα θεμέλια της ικανότητας του ατόμου να έχει αυτό που ονομάζει συνείδηση ανώτερης τάξης, δηλαδή συνείδηση της συνείδησής του, και να μπορεί να σκέφτεται για αυτά που του συμβαίνουν ή που βιώνει με ένα ιστορικό τρόπο. Να τοποθετείται, δηλαδή, διαχρονικά στα πλαίσια μιας ιστορικής διαδρομής με παρελθόν, παρόν και μέλλον. Ικανότητα που μόνο το ανθρώπινο είδος κατέχει στο βαθμό αυτό.

Η ύπαρξη του ενδιάμεσου χρόνου είναι απαραίτητη για την αποδοχή μιας διαχρονικότητας, όπου διαφορετικοί χρόνοι και ρυθμοί μπορεί να συνυπάρξουν επιτρέποντας στο άτομο να διαμορφώσει τα σημεία αναφοράς της προσωπικής αλλά και της οικογενειακής ιστορίας του. Η συνέχεια μεταξύ του παρελθόντος και του μέλλοντος διασφαλίζεται από τη συνέχεια που εισάγει το παρόν. Ο ενδιάμεσος χρόνος είναι ο χρόνος που συνδέεται με το εν εξελίξει παρόν.

Η κατάσταση ενός ατόμου που πάσχει από καρκίνο θα μπορούσε να θεωρηθεί μια οριακή κατάσταση, τα κυριότερα χαρακτηριστικά της οποίας, σύμφωνα με τον Δαμίγο (2001)[173], είναι:

- Η ανακάλυψη της ασθένειας, η οποία σηματοδοτεί μια σημαντική ρήξη στη συνέχεια της ζωής.
- Η διαπίστωση μιας απειλής για τη ζωή του ατόμου, η οποία σημαδεύει την αρχή μιας περιόδου γεμάτης αβεβαιότητα και ερωτηματικά.
- Η πρόκληση μιας διαταραχής στην οργάνωση του ατόμου τόσο στο ψυχολογικό όσο και στο βιολογικό επίπεδο, η οποία είναι δυνατόν να βιωθεί από τον ασθενή ως μια καταστροφή, με αποτέλεσμα το μπλοκάρισμα των δυνατοτήτων που υπάρχουν για την επεξεργασία αυτού από τον ψυχισμό.

Πρέπει να σημειωθεί, ότι αυτό που προκαλεί την παράλυση και το μπλοκάρισμα δεν είναι η ίδια η αρρώστια αλλά αυτό που έμμεσα αναγγέλλει σαν προοπτική, δηλαδή τον θάνατο. Αυτό που δεν αποτελεί παρά ένα ενδεχόμενο για το μέλλον βιώνεται σαν μια βεβαιότητα στο παρόν. Αυτό που παρατηρούμε είναι ένα σταμάτημα του χρόνου, σαν μια αμυντική αντίδραση, προκειμένου να αποφευχθεί αυτό που θεωρεί ως βεβαιότητα. Ο Green[175], χαρακτηρίζει αυτή την έκφραση του χρόνου σαν νεκρό χρόνο. Ο ενδιάμεσος χρόνος βρίσκεται σε διαλεκτική σχέση με τον νεκρό χρόνο, που συνοδεύει την αδρανοποίησή της, όταν η ένταση και η απειλή μιας κατάστασης ξεπερνά τα όρια διαχείρισής της από τον ψυχισμό.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Πολλοί κλινικοί ερευνητές[173,176], έδειξαν, ότι η περίοδος μιας νοητικής επεξεργασίας έχει τις ρίζες της σε μια καταθλιπτική περίοδο που χαρακτηρίζεται από ψυχική ακινησία, από ένα μπλοκάρισμα των ικανοτήτων αναπαράστασης του ατόμου. Για τη Milner, οι στιγμές του ψυχικού θανάτου είναι αναπόσπαστο μέρος της διεργασίας που στοχεύει σε μια καινούργια γέννηση.

Ο Green[175], ερεύνησε, επίσης, τις καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν μια τέτοιας μορφής αποεπένδυσης του χρόνου. Η ψυχαναλυτική εμπειρία έδειξε, ότι τέτοιου είδους φαινόμενα παρατηρούνται, όταν διαφορετικά επίπεδα ψυχικής λειτουργίας συνυπάρχουν ταυτόχρονα, με αφορμή ένα γεγονός που βιώνεται σαν απειλή τελεσίδικη και αναπόφευκτη. Έτσι το φαντασιωσικό εγκλωβίζεται και ταυτίζεται με το πραγματικό, το μέσα με το έξω, το παρελθόν με το παρόν, δημιουργώντας ένα ρήγμα στην ψυχική λειτουργία, από το οποίο όμως μπορεί να ξεπηδήσει μια καινούργια προοπτική, αν οι κατάλληλες συνθήκες και προϋποθέσεις υπάρξουν.

Η οριακή κατάσταση, στην οποία βρίσκεται το άτομο, συνέπεια ενός σοβαρού γεγονότος, όπως μια απειλητική ασθένεια, συνοδεύεται από μια σύγχυση του φαντασιωσικού και της πραγματικότητας. Τα φαινόμενα αυτά δεν παρατηρούνται μόνο στον ασθενή, αλλά πολλές φορές και στα μέλη της οικογένειάς του[173].

Ο ασθενής και η οικογένειά του, δεν έχουν τη δυνατότητα να βιώσουν την ασθένεια σαν μια ενδιάμεση περίοδο μεταξύ μίας κατάστασης ισορροπίας που έπαψε πια να υπάρχει και μιας καινούργιας κατάστασης, που είναι προς αναζήτηση, προς δημιουργία.

Σε μια έρευνα του Schulz και συν. (1994)[177], χρησιμοποιήθηκε το οικογενειακό μοντέλο του Olson που δομήθηκε για να περιγράψει τις αντιδράσεις της οικογένειας σε μια κατάσταση κρίσης. Αυτό το μοντέλο αποτελείται από δύο ευρείες διαστάσεις: τη συνοχή και την προσαρμοστικότητα. Ως συνοχή, από τον Olson, ορίστηκε το συναισθηματικό δέσιμο των μελών της οικογένειας και ως προσαρμοστικότητα η ικανότητα της οικογένειας να αλλάζει τη δυναμική της δομής της, τους ρόλους και τους κανόνες που διέπουν τις σχέσεις των μελών της ως απάντηση σ' ένα στρεσογόνο παράγοντα. Υπερβολικά υψηλή συνοχή εμπεριέχει προβλήματα ταυτοποίησης και γίνεται δυσλειτουργική ενώ η υπερβολικά χαμηλή συνοχή οδηγεί σε αποξένωση. Και τα δύο άκρα θεωρούνται παθολογικά, ενώ αντίθετα ένας μέσος βαθμός συνοχής θεωρείται λειτουργικός. Και για την προσαρμοστικότητα τα δύο άκρα θεωρούνται, από τον Olson, άκαμπτα και δυσλειτουργικά, ενώ μια μέση προσαρμοστικότητα θεωρήθηκε λειτουργική. Η υπόθεση του Schoulz και των συνεργατών του ήταν ότι μια μέση συνοχή και προσαρμοστικότητα θα συνδέεται με τα χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσανεξίας των

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ασθενών και των μελών της οικογένειάς τους. Στην έρευνα συμμετείχαν 97 ασθενείς που έπασχαν από καρκίνο και 162 μέλη των οικογενειών τους και ως ερευνητικά εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν η κλινική συνέντευξη, το European Quality of Life Questionnaire, και η List of Complaints. Διαπιστώθηκε ότι το stress ήταν χαμηλότερο στους συζύγους και στα παιδιά στις περιπτώσεις που η προσαρμοστικότητα της οικογένειάς τους δεν βρισκόταν σε κανένα από τα δύο άκρα. Όσον αφορά στους ασθενείς, δεν φάνηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς αυτή την παράμετρο. Το αντίθετο ίσχυε για την παράμετρο της συνοχής, όπου φάνηκε πως οι ασθενείς που είχαν τα χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσανεξίας, προέρχονταν από οικογένειες με μέση συνοχή, ενώ για τους συζύγους και τα παιδιά δεν φάνηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς αυτή τη διάσταση. Είναι εμφανές ότι για τα μέλη της οικογένειας ένα καλά οργανωμένο σύστημα με σαφείς ρόλους και καθήκοντα είναι πιο σημαντικό για τη μείωση του stress απ' ότι το συναισθηματικό δέσιμο. Από την άλλη μεριά, για τον ασθενή φαίνεται να είναι πιο σημαντικό ένα μέσο επίπεδο συνοχής.

2. *Στρατηγικές διαχείρισης της νόσου*

Όταν, λοιπόν, η οικογένεια πληροφορηθεί τη διάγνωση της απειλητικής ασθένειας για ένα μέλος της, η ομοιόσταση της οικογένειας διαταράσσεται ενώ ταυτόχρονα αυτή κινητοποιεί μηχανισμούς για αναδιοργάνωση σε μια προσπάθεια σταθεροποίησης και προσαρμογής. Γενικά η προσπάθεια της οικογένειας για προσαρμογή, σύμφωνα με τον Rolin[178] ακολουθεί μια συγκεκριμένη πορεία. Η πρωτόγνωρη εμπειρία της οικογένειας στην απειλητική ασθένεια εμφανίζεται με αιφνίδια ταραχή (shock), η οποία στην συνέχεια αντικαθίσταται από μια βαθιά θλίψη (grief). Μετά το στάδιο της θλίψης, η άρνηση (denial) του γεγονότος της ασθένειας συναντά τα μέλη της οικογένειας για να την διαδεχθούν κι αυτή με τη σειρά τους η ανησυχία (anxiety) και ο θυμός (anger).

Η διαπίστωση (realization) της κατάστασης από την οικογένεια είναι ένα σημαντικό στάδιο, το οποίο θα επιφέρει στα μέλη τη δυνατότητα να περάσουν στα στάδια της απόσυρσης (retreat) και κατόπιν της κατάθλιψης (depression). Η αναγνώριση (acknowledgment) του αιφνίδιου γεγονότος της νόσου αποτελεί το προτελευταίο στάδιο για να περάσουν τα μέλη στην παραδοχή (acceptance) της κατάστασης, που σημαίνει και την καλύτερη αντιμετώπισή της. Είναι δυνατόν όμως κάποια μέλη της οικογένειας να μην ακολουθήσουν αυτή την πορεία ή μερικές φορές κάποια στάδια να παραλειφθούν. Ο χρόνος επίσης παραμονής σε κάθε στάδιο διαφέρει από άτομο σε άτομο. Ολόκληρη η οικογένεια, όπως φαίνεται, και όχι μόνο ο ασθενής βιώνει την κατάσταση που δημιουργεί

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

η νόσος και ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζει τη νόσο από την οποία πάσχει το μέλος της, το οποίο αγωνίζεται να προσαρμοστεί σ' αυτήν, έχει ισχυρές επιπτώσεις στην καλή φυσική και ψυχοκοινωνική κατάσταση όλων των μελών της αλλά και στη διαμόρφωση της εικόνας κατά τη διάρκεια της κλινικής πορείας της νόσου. Ο Νικηφόρος Αγγελόπουλος (1997)[179], θεωρεί ότι πολλές φορές είναι αναπόφευκτο όλη η οικογένεια να εμπλέκεται στα συμπτώματα του ασθενούς και οι διάφορες διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες να μετατρέπονται σε κεντρικό καθημερινό θέμα αυξάνοντας έτσι τις εντάσεις, την ανησυχία και τις τριβές μέσα στην οικογένεια. Ιδιαίτερα η διαγνωστική περίοδος είναι άκρως στρεσογόνος και χαρακτηρίζεται από μεγάλο άγχος, αβεβαιότητα και δυσκολία για τη λήψη αποφάσεων.

Και άλλες μελέτες, όμως, καταλήγουν να πιστεύουν πως η ασθένεια σε συνδυασμό με την νοσηλεία του ασθενούς επηρεάζει την καθημερινή ζωή των μελών μιας οικογένειας και ένα σημαντικός αριθμός αλλαγών παρατηρείται μέσα σ' αυτή. Οι αλλαγές αυτές, σύμφωνα με τους Breu και Dracup,[18] αφορούν:

1. Την έλλειψη ή μείωση της πρωτογενούς κοινωνικής επαφής
2. Την επιβεβλημένη αυτονομία ή εξάρτηση
3. Τις αλλαγές στις καθημερινές συνήθειες
4. Τις αλλαγές στους ρόλους των μελών στην οικογένεια
5. Την διαταραχή του διαπροσωπικού συστήματος υποστήριξης - επιβράβευσης
6. Τις οικονομικές επιπτώσεις

Οι Horwitz και Kazak (1990)[181], αλλά και πολλοί άλλοι ερευνητές,[182,183,184] έχουν προσπαθήσει να διερευνήσουν μερικούς από τους βασικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην αποτελεσματική και υγιή λειτουργία της οικογένειας, μετά την εμφάνιση μιας απειλητικής ασθένειας. Στα συμπεράσματά τους, ως σημαντικότερους παράγοντες, προτείνουν τους παρακάτω:

- Την κατανόηση των πληροφοριών που αφορούν την αρρώστια και τη θεραπεία.
- Την δυνατότητα ανοιχτής, ειλικρινούς επικοινωνίας και ενημέρωσης όλων των μελών ως προς την αρρώστια, τη θεραπεία και τις επιπτώσεις της.
- Την δυνατότητα έκφρασης συναισθημάτων, απόψεων ή σκέψεων μέσα σε κλίμα όπου γίνονται κατανοητά, αποδεκτά και όπου αναγνωρίζεται η μοναδικότητα και ξεχωριστή υπόσταση κάθε μέλους.
- Την σαφή οριοθέτηση ρόλων μέσα στην οικογένεια, όπου οι σχέσεις χαρακτηρίζονται από αμοιβαιότητα, συμπληρωματικότητα και υπευθυνότητα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

- Τον ισχυρό γονεϊκό συνασπισμό, με σαφή ιεραρχία στη βασική σχέση γονιών-παιδιών, που χαρακτηρίζεται από αμοιβαίο σεβασμό.
- Την επαφή και επικοινωνία της οικογένειας με τον εξωτερικό κόσμο και την ενεργοποίηση του υποστηρικτικού δικτύου της.
- Την αντίληψη των δυσκολιών ως "προκλήσεων" και την ενεργό συμμετοχή των μελών στην αντιμετώπισή τους.
- Τη συνοχή της οικογένειας και την αποτελεσματική χρήση δεξιοτήτων για την επίλυση συγκρούσεων και προβλημάτων.
- Την ευελιξία των μελών να προσαρμόζονται στις αλλαγές που προκύπτουν από την αρρώστια και την εξέλιξή της.
- Την αναγνώριση και αντιμετώπιση απωλειών, με την ολοκλήρωση μιας διεργασίας θρήνου και την ανάπτυξη ενός υπερβατικού συστήματος αξιών.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο που εμφανίζεται σε απειλητικές για τη ζωή ενός μέλους μιας οικογένειας καταστάσεις είναι η εμφάνιση δυσλειτουργικών στοιχείων στην οικογένεια εξ' αιτίας της νόσου. Η ψυχοκοινωνική προσαρμογή της οικογένειας στην λευχαιμία και γενικότερα στον καρκίνο είναι μια σημαντική προστατευτική διαδικασία και οι μηχανισμοί που αναπτύσσονται για να επιτευχθεί δεν έχουν ακόμη πλήρως μελετηθεί. Όλοι οι μηχανισμοί που εκδιπλώνονται, σύμφωνα με τον Hilton (1996)[185], οδηγούν προς την αναζήτηση του φυσιολογικού δηλαδή μιας κατάστασης ασφαλούς, σταθερής και επιθυμητής. Οι οικογένειες που προσαρμόζονται ευκολότερα, έχουν μια ελαστικότητα, βλέπουν τον εαυτό τους σαν φυσιολογικό δεδομένων των απαιτήσεων της κατάστασης, τα μέλη έχουν παρόμοιες απόψεις, επηρεάζονται λιγότερο από τις θεραπείες και τις παρενέργειές τους, βλέπουν τις αποκλίσεις από το φυσιολογικό σαν προσωρινές και χρησιμοποιούν τις στρατηγικές που θα τους ξαναφέρουν σε φυσιολογική κατάσταση κατά τρόπο εύστοχο.

Οι στρατηγικές που χρησιμοποιεί η οικογένεια, όπως υποστηρίζει η μελέτη του Birenbaum (1990)[186], συνίστανται στην προσφυγή σε συμπεριφορές μπροστά στον κίνδυνο (at-risk-behaviors), όπως η συμμόρφωση στη θεραπεία και η προστασία του αρρώστου. Υπάρχει ένας ιδιαίτερος υποστηρικτικός και προστατευτικός μηχανισμός που χαρακτηρίστηκε από τους Aymanns, Filip και Klauer (1995)[187], ως εξαιρετικά επικίνδυνος που χαρακτηρίζεται από ανεπάρκειες στην δυνατότητα υποστήριξης του ασθενούς, ισχυρές τάσεις μηρυκασμού (rumination) και αδυναμία ελαχιστοποίησης της σχετιζόμενης με τη νόσο απειλής. Στους μηχανισμούς άμυνας, σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς,

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

περιλαμβάνεται ο μηχανισμός της εγκυστώσεως (encapsulation) που χαρακτηρίζεται από ισχυρή συσπείρωση της οικογένειας προς την κατεύθυνση της περιχαράκωσης και συγκάλυψης κάθε στοιχείου που σχετίζεται με τη νόσο. Οι μεγαλύτερες επιπτώσεις, θεωρείται από τον Ferrel και τους συνεργάτες του (1991)[188], αφορούν τον σύζυγο, τη σχέση του ζευγαριού, τα παιδιά, τους ρόλους μέσα στην οικογένεια και τις ευθύνες. Για τον Holden (1991)[189], υπάρχουν συμπτώματα, όπως η ανορεξία και ο πόνος, τα οποία όταν εμφανιστούν σε προχωρημένους ασθενείς, προκαλούν μεγάλη επιπρόσθετη αναταραχή στην οικογένεια επειδή υπαινίσσονται επιδείνωση της νόσου.

Όπως παρατηρήσαμε, οι οικογένειες για να αντιμετωπίσουν αυτές τις καταστάσεις κινητοποιούν διάφορους μηχανισμούς και διαδικασίες αντιμετώπισης. Όταν πρόκειται για νόσους απειλητικές και χρόνιες ο Dell-Orto[190] θεωρεί, ότι οι διαδικασίες αντιμετώπισης είναι συνεχείς γιατί τα μέλη της οικογένειας σχεδόν διαρκώς αντιμετωπίζουν συμπτώματα και άλλες επιπτώσεις από την ασθένεια του μέλους της. Έτσι ασθενής και οικογένεια πρέπει συνεχώς να διαπραγματεύονται την επιβίωση, την ομαλή εξέλιξη της νόσου και την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής.

Οι κύριες πηγές τροφοδότησης των διαδικασιών αντιμετώπισης έχουν προσδιοριστεί από τους Cohen και Lazarus[191] στις:

- Αναζήτηση πληροφοριών
- Άμεση αντίληψη δράσης, αναχαίτιση της δράσης
- Εσωτερικές διαδικασίες και
- Αναζήτηση υποστήριξης από άλλους

Δύο στοιχεία, που μελετήθηκαν και φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στον τρόπο αντίδρασης της οικογένειας είναι:

1. Η συσχέτιση της χρονικής στιγμής της αρχικής εμφάνισης μιας ασθένειας (ψυχοσωματικής ή μη) με την εξελικτική φάση στην οποία βρίσκεται το οικογενειακό σύστημα. Σύμφωνα με τις μελέτες του Rolland (1988)[192], εάν η οικογένεια βρίσκεται σε μια ευαίσθητη φάση, όπως είναι το στάδιο κατά το οποίο τα παιδιά πρέπει να φύγουν από την πατρική οικογένεια, τότε οι προσωπικές ανάγκες υποκύπτουν στις ανάγκες του ασθενούς και το σύστημα καθηλώνεται σε ένα συγκεκριμένο στάδιο (τα παιδιά θυσιάζουν την προσωπική τους ζωή και μένουν στο σπίτι για να φροντίζουν το άρρωστο μέλος).
2. Ο βαθμός της ομοιόστασης μιας οικογένειας. Οι οικογένειες οι οποίες χαρακτηρίζονται από έντονη τάση ομοιόστασης παρουσιάζουν και τα μεγαλύτερα προβλήματα ή την αμφιβολία, που προκύπτουν από τη διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας. Οι Boss και

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

συν. (1988)[193], θεωρούν ότι ο βαθμός της ομοιόστασης είναι βασικό χαρακτηριστικό για την επιτυχή προσαρμογή στην ασθένεια.

Σε μια έρευνα, που διεξήχθη το 1994 από την Hilton[194], με στόχο την αξιολόγηση του τρόπου επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας με πάσχοντα μέλος την σύζυγο από καρκίνο πέρα από τις συνεντεύξεις βάθους χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες Couple Communication Scale και το Trait Anxiety Inventory. Μέσα από την ανάλυση των δεδομένων διαπιστώθηκαν τρία βασικά μοντέλα συναισθηματικών διεξόδων και επικοινωνίας των ζευγαριών, γύρω από τους φόβους και τις ανησυχίες τους. Κάποια από τα ζευγάρια συζητούσαν ανοιχτά ή σχεδόν ανοιχτά, κάποια άλλα δεν συζητούσαν καθόλου, ενώ μια άλλη κατηγορία ζευγαριών ήταν αυτά που είχαν έντονα αντικρουόμενες απόψεις, με αποτέλεσμα να γίνεται ακόμη πιο δυσχερής η επικοινωνία τους. Τελικά, η ανοιχτή μορφή επικοινωνίας θεωρήθηκε ως η πιο ικανοποιητική μορφή συναλλαγής μεταξύ των μελών της οικογένειας.

Στη μελέτη, δε, του ρόλου της επικοινωνίας στη διαδικασία της προσαρμογής των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο, εκτιμήθηκε και η προσαρμογή στην ασθένεια με βάση την κλίμακα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής και οι μεταβλητές της επικοινωνίας με βάση ένα εργαλείο για την επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και οικογένειας. Βρέθηκε ότι 25 καλά προσαρμοσμένοι και 27 ελλιπώς προσαρμοσμένοι ασθενείς, ηλικίας από 25-90 ετών, διέφεραν ως προς τη συχνότητα της επικοινωνίας, το επίπεδο ειλικρίνειας του "επικοινωνιακού" περιβάλλοντος, τη σπουδαιότητα της στήριξης που λάμβαναν από τους οικείους τους και τον τρόπο διαχείρισης δυσάρεστων θεμάτων. Από τα αποτελέσματα της έρευνας του Gotcher (1987)[195], φάνηκε ότι οι οικείοι συντομεύουν συζητήσεις, που σχετίζονται με δυσάρεστες πτυχές της ασθένειας, γεγονός που δυσχεραίνει τη διαδικασία προσαρμογής.

Σε μια άλλη έρευνα, του ίδιου ερευνητή[196] ένα χρόνο μετά, μελετήθηκαν οι σχέσεις μεταξύ των μελών οικογενειών, των οποίων κάποιο μέλος έπασχε από καρκίνο, καθώς και η ψυχοκοινωνική προσαρμογή αυτών των ατόμων στη συγκεκριμένη νόσο. Από τα αποτελέσματα διαφάνηκε ότι οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των στενών μελών της οικογένειας ήταν σημαντικές για την επίτευξη μιας αποτελεσματικής προσαρμογής. Η συναισθηματική υποστήριξη ήταν ο πιο σημαντικός δείκτης της συνολικής προσαρμογής, ενώ η συχνότητα της επικοινωνίας, η ειλικρίνεια και η ικανοποίηση από την επικοινωνία είχαν περιορισμένα αποτελέσματα στην προσαρμογή.

Ένα άλλο σημείο που έχει θεωρηθεί σημαντικός παράγοντας για την καλή προσαρμοστικότητα της οικογένειας και την ικανότητα αντιμετώπισης σοβαρών

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

δυσκολιών είναι, για τους Cassileth και συν. (1985)[150], η καλή διανοητική υγεία των μελών της οικογένειας.

Οι Petermann και Bode[183] (1986) διακρίνουν πέντε συνηθισμένους, υποκειμενικούς τρόπους εκτίμησης της αρρώστιας με αντίστοιχες στρατηγικές αντιμετώπισής της:

- Η αρρώστια και οι επιπτώσεις της αντιλαμβάνονται ως "πρόκληση" και οι οικογένειες κινητοποιούνται για να ξεπεράσουν τις δυσκολίες, αναζητούν πληροφορίες, αναπτύσσουν νέες δεξιότητες και προσαρμόζονται αποτελεσματικά, έχοντας πεποίθηση στις δυνάμεις τους.
- Την αρρώστια οι οικογένειες την αντιλαμβάνονται ως "δοκιμασία" επηρεαζόμενες από τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις και συχνά πιστεύουν ότι με την αρρώστια δοκιμάζεται η πίστη, η αντοχή ή οι σχέσεις τους.
- Οι οικογένειες αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως "κακοτυχία" και συνήθως βιώνουν, ταυτόχρονα με τη διάγνωση, και άλλες απροσδόκητες στρεσογόνες εμπειρίες, όπως ανεργία, θάνατο κ.λ.π. Η αρρώστια θεωρείται ένα πρόσθετο γεγονός που απειλεί τη συνοχή και ισορροπία του οικογενειακού συστήματος.
- Την αρρώστια οι οικογένειες την αντιλαμβάνονται ως "θέλημα της μοίρας" και δέχονται τις ιατρικές συμβουλές χωρίς να τις αμφισβητούν και χωρίς να αναζητούν πληροφόρηση. Πιστεύουν ότι όσα συμβαίνουν βρίσκονται έξω από τον έλεγχό τους και θεωρούν χρέος τους να τα υπομένουν παθητικά και καρτερικά.
- Η αρρώστια και οι επιπτώσεις της αντιλαμβάνονται ως "τιμωρία" και οι οικογένειες έχουν μια αρνητική και απαισιόδοξη αντίληψη για τη ζωή. Όταν βιώνουν ενοχές, δέχονται παθητικά τη θεραπεία, είτε γιατί πιστεύουν ότι "την αξίζουν" είτε για να εξιλεωθούν. Άλλες εξοργίζονται με την αδικία που "σημαδεύει" τη ζωή τους και εκδηλώνουν έντονη επιθετικότητα προς το περιβάλλον τους. Δυσκολεύονται να εμπιστευθούν το προσωπικό υγείας, οικτίρουν το άρρωστο παιδί και παρουσιάζουν τις περισσότερες δυσκολίες προσαρμογής.

Η αντοχή της οικογένειας, όπως καταλαβαίνουμε, βάλλεται μέσα σ' αυτή την ψυχοπιεστική κατάσταση και για να την αντιμετωπίσει με τον δυνατό καλύτερο τρόπο προσπαθεί να δημιουργήσει κάποιους προστατευτικούς μηχανισμούς για να υπερασπιστεί έτσι τόσο την ύπαρξή της όσο και το μέλος της που ασθενεί. Από τον Garmezy (1985)[197], αναφέρονται τρεις κατηγορίες παραγόντων που λειτουργούν προστατευτικά και αυξάνουν την αντοχή της οικογένειας στις στρεσογόνες συνθήκες που αντιμετωπίζει. Πιο συγκεκριμένα:

α) ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των μελών, όπως η αυτοεκτίμηση,

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

β) οικογενειακή συνοχή και απουσία έντονων συγκρούσεων και

γ) διαθεσιμότητα υποστηρικτικού δικτύου.

Εκτός από την οικογένεια ένα μεγάλο ρόλο αναλαμβάνουν και οι φίλοι στην προσπάθεια να δοθεί η δυνατότερη βοήθεια για φροντίδα στο άτομο που νοσεί Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει την κάλυψη ενός μεγάλου φάσματος από τις ανάγκες του ασθενούς όπως αντιμετώπιση συμπτωμάτων, εκτίμηση μιας σειράς παραμέτρων υγείας, συμβολή στην προσπάθεια του ασθενούς να φροντίσει τον εαυτό του κ.α. Η κάθε οικογένεια, τελικά, οργανώνει αυτές τις διαδικασίες με τον δικό της τρόπο[198] και έτσι ο ρόλος της ως διαπαιδαγωγού και προαγωγού της υγείας είναι πολύ σημαντικός.[199]

3. Ο αντίκτυπος της απειλητικής ασθένειας στην οικογένεια

Η αναπάντεχη νοσηλεία έχει σαν επακόλουθο μια σειρά προβλημάτων για τον ασθενή και την οικογένειά του και όπως έχει διαπιστωθεί[175], πολλά από αυτά τα προβλήματα είναι απόρροια του στρες. Τα μέλη της οικογένειας των ασθενών βιώνουν απώλειες ακόμα κι όταν ο ασθενής αναμένεται να αναρρώσει. Οι απώλειες αυτές, όπως έδειξε η μελέτη της Kleeman (1989)[200], αφορούν στην απώλεια της παρουσίας στο σπίτι ενός συντρόφου ή ενός γονέως αλλά αφορούν ακόμα σε συναισθηματικές και οικονομικές απώλειες.

Αρκετές έρευνες έχουν μελετήσει την ποικιλία των ατομικών χαρακτηριστικών των συζύγων και έχουν υποστηρίξει ότι ο αντίκτυπος της ασθένειας εξαρτάται από το φύλο του ασθενή. Συγκεκριμένα, στο βιβλίο "Καρκίνος και οικογένεια" των Baider και Kaplan De-Nour, παρουσιάζεται η μελέτη του Keller και συν. (1996)[201], που περιγράφει αναλυτικά αυτόν τον αντίκτυπο τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένεια. Συγκεκριμένα, αναφέρει πως, όταν νοσεί η σύζυγος, η συναισθηματική της απάντηση συνδέεται στενά μ' αυτή του συζύγου, αντανακλώντας έναν υψηλό βαθμό αμοιβαιότητας και αλληλεξάρτησης. Αν είναι καλά προσαρμοσμένη, το ζευγάρι μπορεί να είναι ικανό να αντιμετωπίσει την κατάσταση της κρίσης, χωρίς μεγάλα ψυχολογικά προβλήματα. Όσο περισσότερο διακατέχεται από συναισθηματική σταθερότητα, τόσο λιγότερο υποφέρει ο σύζυγος από την φυσική της κατάσταση. Όταν νοσεί ο σύζυγος, η συναισθηματική σχέση του ζευγαριού συνδέεται λιγότερο. Η φυσική κατάσταση του ασθενή φαίνεται να είναι ο σημαντικότερος παράγοντας για τη συναισθηματική δυσανεξία της συζύγου. Ο Sales[202] και οι συνεργάτες του, στο άρθρο τους με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για αυτό το θέμα, συμπέραναν ότι έρευνες με στόχο τη διερεύνηση της επίδρασης του φύλου δείχνουν ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες -μέλη της οικογένειας - παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και παρέχουν πολύ σημαντικότερη φυσική και συναισθηματική υποστήριξη στους συζύγους τους απ' ότι

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

οι ηλικιωμένοι άνδρες. Οι ίδιοι μελετητές θεωρούν ότι οι νέοι σε ηλικία σύζυγοι αντιδρούν πιο συναισθηματικά απ' ότι οι μεγαλύτεροι. Ο αντίκτυπος της ηλικίας των παιδιών στην οικογενειακή προσαρμογή δεν έχει διερευνηθεί εις βάθος, και το μόνο που έχει διαπιστωθεί[203] είναι ότι οι έφηβοι έχουν πιο άσχημη αντίδραση σε περίπτωση ασθένειας ενός γονέα από καρκίνο, σε σχέση με τα μικρότερα παιδιά.

Ο Lewis (1996)[204,205], πραγματοποίησε μια σειρά από έρευνες, μελετώντας τον αντίκτυπο του καρκίνου του μαστού της μητέρας στην οικογένεια. Από τις έρευνες αυτές φάνηκε πως οι αυξημένες απαιτήσεις της ασθένειας οδηγούν σε εμφάνιση υψηλών επιπέδων κατάθλιψης τόσο στην ασθενή όσο και στο σύζυγο. Αυτά τα επίπεδα κατάθλιψης επηρεάζουν αρνητικά την ικανοποίηση από το γάμο και για τους δυο συζύγους. Η εμφάνιση κατάθλιψης στη μητέρα συνδέεται με χαμηλή αυτοεκτίμηση στους έφηβους, με μειωμένη ικανότητα αντιμετώπισης των προβλημάτων και με χαμηλή ποιότητα στις σχέσεις γονιών - παιδιών.

Η περίοδος της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας είναι ιδιαίτερα δύσκολη για τους/τις συζύγους των ασθενών που πρέπει να αντιμετωπίζουν δυσκολίες και προβλήματα στο σπίτι όσο και στο νοσοκομείο. Κατά την περίοδο της ανάρρωσης τόσο οι ασθενείς όσο και τα μέλη της οικογένειάς τους, όπως συμπεραίνει στη μελέτη του ο Northouse (1992)[206], πρέπει να αναπροσαρμόσουν τους ρόλους τους στην οικογένεια, να τα βγάλουν πέρα με τους φόβους της υποτροπής και να μάθουν να ισορροπούν τις ανάγκες όλων των μελών της οικογένειας. Στο ίδιο συμπέρασμα, περίπου, καταλήγει και η μελέτη των Given και Given (1992)[207], που υπαινίσσονται ότι στις υποτροπές της νόσου είναι δυνατόν να υποφέρουν ψυχικώς περισσότερο τα μέλη της οικογένειας από ότι οι ίδιοι οι ασθενείς.

Όσον αφορά τους τρόπους επικοινωνίας μεταξύ του ασθενούς μέλους και της οικογένειας έχουν διαπιστωθεί τα παρακάτω:

1. Ο Hilton,[194] περιέγραψε τους τρόπους επικοινωνίας στην περίπτωση που νοσεί ο/η σύζυγος σε μια οικογένεια. Αναφέρει, τρεις τρόπους επικοινωνίας, σε σχέση με τους φόβους, τις αμφιβολίες και τα συναισθήματα που υπάρχουν μεταξύ των ζευγαριών, ένας εκ των οποίων πάσχει από καρκίνο. Πιο συγκεκριμένα, η επικοινωνιακή λειτουργία τους έχει ως εξής :
   - *Μερικά ζευγάρια συνομιλούν λίγο-πολύ ανοιχτά.*
   - *Κάποια ζευγάρια δεν μιλούν μεταξύ τους αν και σε μερικές περιπτώσεις μιλούν σε άλλα πρόσωπα.*
   - *Υπάρχουν κάποια ζευγάρια με διαφορετικές απόψεις για τη νόσο με αποτέλεσμα να αναφύονται προβλήματα στην επικοινωνία τους.*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

2. Ο Αγγελόπουλος,[179] έχει περιγράψει την περίπτωση που νοσεί ο γονέας σε μια οικογένεια: "Η διάγνωση μιας απειλητικής για τη ζωή νόσου επιδρά στο σύνολο της οικογένειας αλλά τα παιδιά είναι ιδιαίτερα ευάλωτα. Πολύ σοβαρά ερωτήματα όπως αν τα παιδιά θα πρέπει να μαθαίνουν την αλήθεια, αν θα πρέπει να αναλάβουν κάποιο ρόλο, να εκφράσουν τα συναισθήματά τους δεν έχουν απαντηθεί. Επίσης, η προετοιμασία των παιδιών για ό,τι πρόκειται να συμβεί είναι ένα θέμα όχι καλά μελετημένο. Παράγοντες σημαντικοί είναι το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού και το στάδιο της ασθένειας. Χρειάζεται πάντα μεγάλη προσοχή ώστε να αποφευχθούν σοβαρές ψυχολογικές συνέπειες στο παιδί".
3. Την κατάσταση που νοσεί το παιδί μιας οικογένειας χαρακτηριστικά μας περιγράφει ο Clarke-Steffen (1993)[208]. Η διάγνωση μιας σοβαρής νόσου στο παιδί μιας οικογένειας, σύμφωνα με τον μελετητή, αποτελεί μεγάλη απειλή για ολόκληρη την οικογένεια. Η οικογένεια διέρχεται μια περίοδο μεταβάσεως προς την κατάσταση που θα της επιτρέπει να ζει μ' ένα παιδί που πάσχει. Αυτή η μετάβαση χαρακτηρίζεται από μια περίοδο αβεβαιότητας μετά την διάγνωση, χρησιμοποίηση νέων στρατηγικών για την αναδόμηση της πραγματικότητας, και τέλος δόμηση μιας "νέας πραγματικότητας" για την οικογένεια κατά την οποία η φύση της αβεβαιότητας μεταβάλλεται αλλά παραμένει. Η συνεκτικότητα, η εκφραστικότητα, ο βαθμός συγκρούσεων και άλλοι παράγοντες οικογενειακής ατμόσφαιρας έχουν μελετηθεί από τους Davies και συν. (1993)[209], αλλά δεν έχουν δοθεί τελικές απαντήσεις. Το αίσθημα μη βοήθειας που βιώνουν αυτοί που προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τον πόνο του πάσχοντος και γενικότερα τις επιπτώσεις του πόνου σε όλη την οικογένεια είναι αξιόλογος δείκτης. Οι μητέρες, σύμφωνα με τη συγκεκριμένη μελέτη, παρουσιάζουν πολύ χαμηλότερη αυτοεκτίμηση από τους πατέρες.

Επίσης, είναι σημαντικό να αναφέρουμε, ότι οι έρευνες των Kristensson-Hallstrom και Elander (1994)[210] και Pass και Pass (1987)[211] συμπεραίνουν, ότι πολλά από τα συναισθήματα που βιώνουν τα νοσηλευόμενα παιδιά επηρεάζουν επίσης τους γονείς τους, οι οποίοι αισθάνονται απώλεια της ανεξαρτησίας, έλλειψη ελέγχου, αισθήματα ενοχής και απογοήτευσης. Ολόκληρη η οικογένεια βιώνει στρες και άγχος κατά την εισαγωγή ενός μέλους της - ιδιαίτερα αν αυτό είναι παιδί - στο νοσοκομείο.[212,213] Η συναισθηματική αυτή αναστάτωση μεταβιβάζεται, τις περισσότερες φορές, στο παιδί τους και τους καθιστά ανήμπορους να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση του στρες των παιδιών τους.[214,215]

Επίσης έχουν μελετηθεί[202] κι άλλοι παράγοντες, όπως το κοινωνικοοικονομικό status και η ύπαρξη προηγούμενων στρεσογόνων γεγονότων, όπου φαίνεται ότι οικογένειες με

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, φτωχή υγεία και με μεγάλη εμπειρία έντονων στρεσογόνων γεγονότων παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα έντασης.

4. Οι ανάγκες της οικογένειας σε μια απειλητική ασθένεια ενός μέλους της

Οι ανάγκες της οικογένειας ασθενών που νοσηλεύονται έχουν μελετηθεί ερευνητικά από διάφορους μελετητές. Από τις κυριότερες ανάγκες των οικογενειών που προσδιορίστηκαν στις μελέτες των Forsyth και συν. (1984)[216], και Mclvor και Thompson (1988)[217], είναι:

- *Να βλέπουν συχνά τον ασθενή*
- *Να έχουν καλή πληροφόρηση για την πορεία της υγείας του ασθενούς*
- *Να βλέπουν σε καθημερινή βάση τον γιατρό που είναι υπεύθυνος για τον ασθενή*
- *Να έχουν διαβεβαίωση ότι το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει τον ασθενή και ενδιαφέρεται για αυτόν*
- *Ανάγκη για συμμετοχή στη φροντίδα του ασθενούς*
- *Ανάγκη για επανεξέταση του συμβάντος της ασθένειας*

Σε μια πρόσφατη βιβλιογραφική ανασκόπηση, των Northouse και Peters-Golden (1993)[218], σχετικά με τις ανάγκες της οικογένειας των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο, διαπιστώθηκε ότι οι ανάγκες αυτές οφείλονται στο φόβο του καρκίνου και στην ύπαρξη πιθανής κληρονομικότητας, στην παροχή ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενή και στη διαταραχή της καθημερινής ρουτίνας της οικογένειας. Πιο συγκεκριμένα, οι Toseland και συν.(1995)[219], αλλά και οι Zahlis και Shands (1991)[220], αναφέρουν ότι, η επαφή των συζύγων με τις συναισθηματικές ανάγκες του ασθενή είναι μια από τις δυσκολότερες διαδικασίες, μια και συχνά δε γνωρίζουν πως θα μπορούσαν να βοηθήσουν και μπορεί να αισθάνονται απροετοίμαστοι στο να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ασθενών. Επιπλέον, οι συναισθηματικές ανάγκες των άλλων μελών της οικογένειας δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο την κατάσταση των συζύγων, κυρίως στις περιπτώσεις που το ζευγάρι έχει μικρά παιδιά. Επίσης, η καθημερινή ρουτίνα της οικογένειας χρειάζεται ν' αλλάζει, τόσο συχνά όσο αλλάζει η κατάσταση της ασθένειας.

Η οικογένεια του ασθενούς υφίσταται ισχυρά πλήγματα ως σύνολο αλλά και κάθε μέλος της διέρχεται μια πρωτοφανή περίοδο δοκιμασίας. Στην οργάνωση της θεραπευτικής στρατηγικής, συντηρητικής ή χειρουργικής, οι ψυχιατρικοί παράγοντες θα πρέπει να συνεκτιμώνται στο επίπεδο που επιβάλλει η σοβαρότητα και της ψυχιατρικής κατάστασης του ασθενούς και οι μηχανισμοί άμυνας που εκδιπλώνει η οικογένεια θα

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

πρέπει να αξιοποιούνται έτσι ώστε η οικογένεια να βρίσκει ένα νέο επίπεδο ισορροπίας αλλά και να μετατρέπει σε αξιόλογο σύμμαχο της θεραπευτικής αγωγής.[206]

5. *Η συμβολή ενός υποστηρικτικού οικογενειακού πλαισίου στην εξέλιξη της νόσου*

Πολλές έρευνες, με σημαντικότερες αυτές των Baider και Kaplan De-Nour (1984 και 1989)[221,222], έχουν επιβεβαιώσει τη συσχέτιση της συναισθηματικής κατάστασης των μελών της οικογένειας με τη συναισθηματική προσαρμογή του ασθενούς στην ασθένειά του. Επίσης, ο Albrecht και οι συνεργάτες του (1997)[223] έδωσαν έμφαση στην αξία της επικοινωνίας μεταξύ ασθενή, οικογένειας και γιατρού στη δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, έχοντας ως βάση τη σωστή και επαρκή ενημέρωση. Και τα αποτελέσματα της μελέτης των Forsyth και συν.[216], μας δείχνουν ότι η ανάπτυξη της καλής επικοινωνίας του ασθενούς και των μελών της οικογένειάς του έχει θεραπευτικό χαρακτήρα γιατί ενδυναμώνει τους μηχανισμούς προσαρμογής, ανταπόκρισης και συμμόρφωσης του ασθενούς και της οικογένειάς του. Τόσο οι McIvor και Thompson (1988)[217] όσο και η Sharp (1990)[224] έχουν διαπιστώσει με τις μελέτες τους, ότι τα μέλη της οικογένειας ενός ασθενούς αποτελούν μια σημαντική πηγή ασφάλειας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του γιατί του παρέχουν κοινωνικά ερεθίσματα ενώ ταυτόχρονα αποτελούν για τον ασθενή πηγή ψυχολογικής και συναισθηματικής υποστήριξης. Τα ευρήματα πολλών μελετών[225,226] υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς που δέχονται υποστήριξη και φροντίδα από την οικογένειά τους στη διάρκεια της νοσηλείας τους αναρρώνουν πιο εύκολα και προσαρμόζονται καλύτερα στις επιπτώσεις της νόσου. Ήδη, από το 1979, η Silva[227] στα αποτελέσματα της μελέτης της, κατέληγε στο συμπέρασμα ότι η συμμετοχή των συγγενών των ασθενών στην προεγχειρητική προετοιμασία έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση της ανησυχίας τόσο για τον ασθενή όσο και για τους συγγενείς του, ενώ οι ασθενείς μετά από μια τέτοια εμπειρία έχουν καλύτερη ανταπόκριση στην εφαρμοζόμενη θεραπεία. Εξάλλου και οι σύγχρονες τάσεις για τη λειτουργία των νοσοκομείων συντηγορούν για το άνοιγμα των νοσοκομείων προς τις οικογένειες, όπως διαπιστώνουν με την μελέτη τους, το 1990, οι Griego και συν.[228]

Τα τελευταία χρόνια όλο και προστίθενται οι έρευνες που μελετούν τη σχέση της οικογένειας με την πορεία μιας απειλητικής ασθένειας, όπως ο καρκίνος. Στην έρευνα των Newling & Winefield (1988)[229] μελετάται η συμπεριφορά των μελών μιας οικογένειας που η μητέρα πάσχει από καρκίνο και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συμπεριφορά φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την εξέλιξη της ασθένειας. Άλλωστε, όπως, σημειώνουν στη

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

μελέτη τους το 90% των παντρεμένων γυναικών οι οποίες πάσχουν από καρκίνο του μαστού αναγνωρίζουν το σύζυγό τους ως το πιο σημαντικό άτομο μέσα στο περιβάλλον υποστήριξης. Όμως ο σύζυγος της πάσχουσας πρέπει να αντιμετωπίσει τα πάντα σ' αυτή την καινούργια πραγματικότητα και να συμβιβαστεί με την ιδέα της ασθένειας. Πολλοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την προσαρμογή της πάσχουσας και των μελών της οικογένειάς της στην ασθένεια. Η οικογενειακή λειτουργία ανάμεσα στους παράγοντες κατέχει μια πρωταρχική θέση. Οι μελέτες του Friedman και των συν.(1988)[230] και των Baider & Kaplan De-Nour (1988)[231] πάνω στην αποδοχή της οικογενειακής λειτουργίας την οποία έχουν οι πάσχουσες γυναίκες, δείχνουν την επιρροή ορισμένων διαστάσεων της οικογενειακής λειτουργίας σχετικά με την προσαρμογή τους στην ασθένεια. Οι ερευνητές υπέθεσαν ότι όπως για το πάσχον άτομο, η αποδοχή την οποία έχει ο σύζυγος θα επηρεάσει επίσης την προσαρμογή του στην ασθένεια. Από το 1973, ο Erwin[232] είχε διαπιστώσει, ότι μπροστά στην αδεξιότητα των συζύγων σε ότι αφορά την πλήρη υποστήριξη οι ασθενείς φέρουν υποκειμενικά σημάδια θλίψης.

Η αναδρομική μελέτη των Vess και συν. (1985)[233], διαπιστώθηκε ότι ζευγάρια που είχαν καλή επικοινωνία ήταν περισσότερο ικανά να αντιμετωπίσουν τις καινούργιες απαιτήσεις και τους νέους ρόλους σε σχέση με άλλα ζευγάρια. Οι οικογενειακές συγκρούσεις ήταν λιγότερες και η ένταση από την πραγμάτωση των καινούργιων ρόλων μικρότερη. Κατά τη διάρκεια του τελικού σταδίου, σύζυγοι που επικοινωνούσαν στενά παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα δυσανεξίας. Ωστόσο, αυτή η συναισθηματική επικοινωνία βοηθούσε πολύ τόσο τον ασθενή όσο και τον ή την σύζυγό του να δεχθούν το θάνατο. Εξάλλου, και η μελέτη των Sainsbury και συν. (1986)[234], περιέγραψε σχεδόν κοινές οικογενειακές λειτουργίες και στις περιπτώσεις που το ασθενές μέλος μιας οικογένειας είναι το παιδί. Συγκεκριμένα, τόνισε πως η παρουσία των γονιών βοηθά στη διατήρηση των σχέσεων του παιδιού με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας κι αυτό βοηθάει σε σημαντικό βαθμό την εξέλιξη της νόσου.

Εκτός από την οικογένεια, όπως ήδη έχουμε αναφέρει[197,198], ένα μεγάλο ρόλο αναλαμβάνουν και οι φίλοι στην προσπάθεια να δοθεί η δυνατότερη βοήθεια για φροντίδα στο άτομο που νοσεί. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει την κάλυψη ενός μεγάλου φάσματος από τις ανάγκες του ασθενούς όπως αντιμετώπιση συμπτωμάτων, εκτίμηση μιας σειράς παραμέτρων υγείας και συμβολή στην προσπάθεια του ασθενούς να φροντίσει τον εαυτό του.

Η κατανόηση του βιώματος πόνου του ασθενούς από την μεριά των μελών της οικογένειας, σύμφωνα με τον Αγγελόπουλο[179], μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

αντιμετώπισή του. Τα μέλη της οικογένειας κατανοούν διαστάσεις του πόνου όπως ο εντοπισμός του, αλλά άλλες διαστάσεις όπως η έντασή του, η ποιότητά του και ο τύπος του πόνου δεν μπορούν να κατανοηθούν από την οικογένεια. Το υποφέρειν είναι ένα φαινόμενο με στοιχεία σωματικά και συναισθηματικά. Στα μέλη της οικογένειας του ασθενούς η αδυναμία σωστής κατανόησης του πόνου σχετίζεται με αλλαγές στον τρόπο ζωής, έλλειψη υποστήριξης, διαταραχών της ενδονοσοκομειακής επικοινωνίας, αβεβαιότητας για το μέλλον τόσο του ασθενούς όσο και της οικογένειας, με αισθήματα μοναξιάς και απελπισίας. Υπάρχουν ένα πλήθος θεμάτων που παρεμβαίνουν στον χειρισμό του άλγους όπως θέματα θρησκευτικής φύσεως, η χρονική στιγμή ανακοίνωσης της αλήθειας της νόσου, προβλήματα διαπροσωπικών σχέσεων τα οποία δημιουργούν διαφορετικές αντιλήψεις για το άλγος μεταξύ των ασθενών και των οικογενειών τους, κάτι που μπορεί να έχει δυσάρεστες συνέπειες στον χειρισμό του άλγους.

Η οικογένεια, όμως, δεν είναι πάντοτε παράγων φροντίδας για το ασθενές μέλος αλλά υπάρχουν περιπτώσεις που συμβάλλει στην επιβάρυνση της νόσου δια της παραμελήσεως του ασθενούς και της αδιαφορίας προς αυτόν. Η παραμέληση και αδιαφορία προς τον ασθενή είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε ατυχήματα ή επιπρόσθετες ασθένειες που αλλιώς θα μπορούσαν να είχαν προβλεφθεί.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Η σημασία των οικογενειακών σχέσεων στην καρκινική διεργασία και στις οξείες λευχαιμίες

"Για να νοιώσει κανείς έτσι, πρέπει να έχει υποφέρει πολύ, πρέπει να έχει μια καρδιά που η δυστυχία ανοίγει και μαλακώνει, αντίθετα από άλλες καρδιές, που τις κλείνει και τις σκληραίνει...."

Charles Baudelaire[ii]

Η οικογένεια αποτελεί πιθανώς το πιο σημαντικό περιβάλλον από τη στιγμή που επέρχεται η ασθένεια και όπου οι σωματικές και οι ψυχολογικές διαταραχές επιλύονται μερικώς.

Κάθε οργανισμός σαν βιο-ψυχο-κοινωνικό σύστημα ενεργεί με όρους επιλογής, άρνησης και μείωσης της πολυπλοκότητας των εμπειριών που βιώνει και των επιδράσεων που δέχεται, ενώ παράλληλα τα αναδιοργανώνει με τρόπο που να έχουν για αυτόν νόημα[168].

Η υπόθεση ότι η κοινωνική υποστήριξη συσχετίζεται αρνητικά με την ασθένεια, σημαίνει πως όσο μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη λαμβάνει ένα άτομο με την μορφή στενών σχέσεων με την οικογένεια και τους συγγενείς, φίλους και συναδέλφους τόσο λιγότερο θα κινδυνεύσει να νοσήσει από μια πληθώρα ασθενειών.[132,133,134,135,136]

Από τις μελέτες του, ο Bahnson (1976,1980)[123,124], διαπίστωσε πως η έλλειψη συναισθηματικής επαφής και η έλλειψη κοινωνικότητας παρατηρούνται συχνά στις οικογένειες ατόμων που πάσχουν από καρκίνο και πως αυτές οι πρώιμες εμπειρίες σχηματίζουν το έδαφος για την μετέπειτα αδυναμία του ατόμου να αντιμετωπίσει το άγχος και τα προβλήματα που βιώνει.

Ακόμη, έχει διαπιστωθεί[235], ότι η μακροχρόνια ευαλωτότητα που συνδέεται με την πρώιμη απώλεια του/των γονιών απορρέει όχι από την απώλεια καθεαυτή, αλλά από την έλλειψη της συναισθηματικής φροντίδας στην οποία η απώλεια μπορεί να οδηγήσει και επίσης έχει παρατηρηθεί, ότι για τις δυσμενείς ψυχολογικές επιπτώσεις του διαζυγίου των

γονιών ευθύνονται κυρίως οι διαταραχές στην λειτουργικότητα της οικογένειας και των σχέσεων των μελών της[236].

Επίσης, η ψυχολογική πίεση που βιώθηκε στους κόλπους της οικογένειας θεωρήθηκε σημαντικό χαρακτηριστικό στην έναρξη της λευχαιμίας σε μονοζυγωτικούς διδύμους χωρίς κληρονομική διάθεση για την ασθένεια[129].

Πλήθος μελετών ασχολήθηκαν με τις επιπτώσεις της απώλειας ενός σημαντικού συναισθηματικού δεσμού στο χώρο της οικογένειας στην κατάσταση της υγείας του ατόμου.[128,126,127]

Έχει βρεθεί[237], ότι η θνητότητα των χήρων άνω των 55 χρόνων ήταν κατά 40% αυξημένη το διάστημα 6 μηνών που ακολουθούσε τον θάνατο του/της συζύγου, χωρίς αυτό να ισχύει αργότερα.

Σε μια πρόσφατη έρευνα[238], φάνηκε ότι η θνητότητα μεταξύ των χήρων είχε αυξηθεί για το επόμενο διάστημα των 12 χρόνων και ήταν ιδιαίτερα υψηλό το ποσοστό για αυτούς που μεταφέρθηκαν μακριά από το χώρο της οικογένειας, όπως γηροκομεία, ενώ για εκείνους που ξαναπαντρεύτηκαν και ζούσαν πια στα πλαίσια μιας άλλης οικογένειας τα επίπεδα της θνητότητας έπεσαν στα αναμενόμενα επίπεδα.

Οι Bolger και συν. (1996)[239], αφού εκτίμησαν 102 ασθενείς με καρκίνο του μαστού και τους συγγενείς τους σε χρονικό διάστημα 4 και 10 μηνών μετά την διάγνωση, έδειξαν πως παρά το γεγονός ότι οι συγγενείς παρείχαν υποστήριξη στις αντιδράσεις των ασθενών στη σωματική τους εξασθένιση, η υποστήριξη αυτή δεν ανακούφιζε την ψυχοκαταπόνηση των ασθενών και δεν προήγαγε την οργανική τους αποκατάσταση. Τα αποτελέσματα αυτά αποκάλυψαν περιορισμούς στην αποτελεσματικότητα των στενών σχέσεων σε περιόδους έντονης ψυχοκαταπόνησης[131].

Επίσης, στα συμπεράσματα μιας πρόσφατης έρευνας ο Fridfinnsdottir (1997)[240], διαπίστωσε ότι η κοινωνική υποστήριξη είναι βασική πηγή βοήθειας στην προσαρμογή των ασθενών με καρκίνο στο στήθος, ειδικά την περίοδο που η στήριξή τους από την οικογένεια, τους συζύγους και τους φίλους ήταν μεγίστης σημασίας.

Ένα κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα[241] και μια διάσταση πνευματικότητας και θρησκευτικότητας φαίνεται να είναι οι πιο σταθεροί προγνώστες της ποιότητας ζωής και πιθανόν της επιβίωσης μεταξύ των ασθενών με καρκίνο προχωρημένου σταδίου.[242]

Οι Levenson & Bemis (1991)[243], σε μια κριτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τον καρκίνο και τις πιθανές συνδέσεις του με συναισθηματικές καταστάσεις, τρόπους άμυνας

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

στην ψυχοκαταπόνηση και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, ανέφεραν πως μεγάλο μέρος από την υπάρχουσα ερευνητική δραστηριότητα χαρακτηρίζεται από φτωχό ερευνητικό σχεδιασμό και ανάλυση που έχει περιορισμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα.

Παρόλο που κάποιοι ψυχολογικοί παράγοντες μπορούν να συνδεθούν με την έναρξη του καρκίνου, δεν έχουν ακόμη εδραιωθεί άμεσοι δεσμοί. Ορισμένοι συγγραφείς, θέλησαν να μελετήσουν τη σχέση ανάμεσα στην οικογενειακή λειτουργία και στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια, αρχίζοντας από την αντίληψη των ατόμων που απαρτίζουν την οικογένεια.

Μια έρευνα που έγινε σχετικά με την διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα σε πολλές διαστάσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος και της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής των πασχόντων υπογραμμίζει τις διαστάσεις, οι οποίες προσδιορίζουν την οικογένεια, όπως το να έχει μια μεγάλη ικανότητα έκφρασης, λιγότερες συγκρούσεις και έναν ηθικό θρησκευτικό προσανατολισμό, οι οποίες τείνουν στο να είναι λιγότερο ταραγμένη και κατά συνέπεια καλύτερα προσαρμόσιμη[244].

Ο Friedman και οι συν.[230], σε μια μελέτη τους σημειώνουν ότι οι γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού εμφανίζουν καλύτερη προσαρμογή, όταν αντιλαμβάνονται ένα υψηλό επίπεδο οικογενειακής συνοχής.

Αλλά και ο Bloom (1982)[245], μελετώντας τις οικογενειακές σχέσεις γυναικών που νοσούν από καρκίνο του μαστού, διαπίστωσε ότι η θετική αντίληψη της οικογενειακής συνοχής και η παρουσία υποστήριξης ήταν συνδεδεμένη με καλύτερες συμπεριφορές προσαρμογής. Οι γυναίκες που αντιλαμβάνονται μια δυνατή συνοχή και ένα άνοιγμα στις κοινωνικές επαφές μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον προσαρμόζονται καλύτερα, έχουν καλύτερη αντίληψη του εαυτού τους, αισθάνονται λιγότερο ψυχολογικό άγχος και κατά συνέπεια, ασκούν περισσότερη επιρροή στην μοίρα τους. Δυστυχώς όμως δεν διερευνήθηκαν τα ίδια προβλήματα στους συζύγους των γυναικών που αντιμετώπιζαν αυτή την δυσάρεστη διάγνωση. Προκύπτει ότι η οικογένεια αντιμετωπίζει μια μεγάλη κρίση όταν κάποιο μέλος της απειλείται από μια τόσο σοβαρή νόσο, όπως ο καρκίνος. Η οικογενειακή λειτουργία, η σημερινή αλλά και η προγενέστερη καθώς επίσης το σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο, θα επηρεάσουν την ικανότητα των μελών της οικογένειας να αντιδράσουν και να προσαρμοστούν σ' αυτή την πραγματικότητα της ζωής τους.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Σε μια πρόσφατη έρευνα που έγινε στον Καναδά, από τον Danielle St-Louis (1997)[246], με στόχο να αναγνωρίσει τις σχέσεις ανάμεσα στην αποδοχή της οικογενειακής λειτουργίας και στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια, των συζύγων ασθενών με καρκίνο, έτσι που οι διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργίας να επηρεάζουν πιο ιδιαίτερα την προσαρμογή τους, μελετήθηκαν 42 ζευγάρια με προκαθορισμένα κριτήρια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι για την ομάδα των γυναικών που ασθενούσαν, η γενική λειτουργία της οικογένειας, η επίλυση των προβλημάτων, η επικοινωνία και οι ρόλοι αποδεικνύονται συνδεδεμένες, με τρόπο ουσιαστικό, με την ψυχολογική προσαρμογή τους στην ασθένεια. Για την ομάδα των ανδρών αναγνωρίστηκε μια σημαντική σχέση ανάμεσα στη γενική λειτουργία της οικογένειας, στην επικοινωνία, στους ρόλους, στον έλεγχο συμπεριφορών και στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή της ασθένειας. Σ' αυτή τη μελέτη αποδείχθηκε η σχέση ανάμεσα στην αντίληψη της γενικής λειτουργίας της οικογένειας και της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής των γυναικών. Μπορούμε να σχετίσουμε ότι ορισμένα στοιχεία προσωπικότητας που βρίσκουμε στους άνδρες μπορούν να έχουν μια επιρροή στον τρόπο επικοινωνίας τους.

Ανάμεσα σε άλλα ο Stein[247], αναφέρει, ότι ορισμένα στοιχεία προσωπικότητας που συνδέονται με την εικόνα που χαρακτηρίζει η κοινωνία τους άνδρες είναι σύμφωνα με τον συγγραφέα, τυπικά κοινωνικοποιημένα για να είναι ανταγωνιστικοί, επιθετικοί και λιγότερο εκφραστικοί, όσον αφορά την ευαισθησία, και οφείλουν να είναι επίσης αναίσθητοι μπροστά στον σωματικό και ηθικό πόνο.

Ο Lichtam και συν.[248], υπογραμμίζουν ότι συχνά, μέσα σε ένα ζευγάρι, η γυναίκα που έχει προσβληθεί από καρκίνο θέλει να μιλήσει για τους φόβους της και το άγχος της για το θάνατο, ενώ ο σύντροφός της θέλει περισσότερο να ελέγξει όλα αυτά που θα μπορούσαν να εμποδίσουν την θεραπεία της συντρόφου του.

Αλλά και ο Uhl[249], σημειώνει ότι πολλοί άνδρες ώριμης ηλικίας ζουν συχνά προβλήματα επικοινωνίας με τη γυναίκα τους. Όταν έρχεται μια διάγνωση καρκίνου, οι ευαίσθητοι παράγοντες που έχουν σχέση με αυτό το γεγονός μπορούν να αυξήσουν τις δυσκολίες επαρκούς επικοινωνίας.

Οι Sklar και Anisman[250,251], επίσης, έχουν επισημάνει ότι τα συμπεράσματα ερευνών που γίνονται για τη διερεύνηση του ρόλου των στρεσσογόνων παραγόντων στον καρκίνο ποικίλλουν γιατί εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες, ένας από τους οποίους είναι και το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Οι γνώσεις της ψυχιατρικής και της ψυχολογίας για το νοσηλευόμενο παιδί έχουν σημειώσει σημαντική πρόοδο, ξεκινώντας μέσα στη δεκαετία του '50 με αφορμή τα συναισθηματικά προβλήματα των παιδιών με λευχαιμία και άλλα σοβαρά νοσήματα.[252]

Σε μια πρόσφατη έρευνα των Mackie και συν. (2000)[253], που έγινε σχετικά με την λευχαιμία των παιδιών και της νεοπλασίας Wilms', διαπιστώθηκε ότι θα έπρεπε να γίνουν παρόμοιες μελέτες σε εφήβους και ενήλικες πάσχοντες από λευχαιμία.

Ο Greene, κατόπιν πολλών ερευνών[129,254,255,256], διαπίστωσε ότι ορισμένες μορφές καρκίνου, όπως το λέμφωμα και η λευχαιμία, εμφανίζονται σε άτομα με καταπιεσμένα συναισθήματα θλίψης, άγχους και απογοήτευσης, τα οποία ποτέ δεν επεξεργάστηκαν και για αυτό συνιστούν άλυτο πένθος. Οι παρατηρήσεις αυτές έστρεψαν το ενδιαφέρον στη διερεύνηση της κοινωνικής κατάστασης των ασθενών και συγκεκριμένα της οικογενειακής κατάστασης.

Προς αυτή την κατεύθυνση ήταν η έρευνα που πραγματοποίησαν οι Berkman και Syme[257], στην οποία διαπιστώθηκε ότι η θνησιμότητα των άγαμων ανδρών ηλικίας 30-59 ετών ήταν πιο συχνή από αυτή των έγγαμων, διαφορά η οποία δεν προέκυψε για τις γυναίκες του δείγματος.

Οι Broers και συν. (2000)[258], μελέτησαν τις ψυχολογικές διεργασίες και την ποιότητα ζωής ασθενών που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση μυελού των οστών, 3 χρόνια μετά τη μεταμόσχευση και παρατήρησαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών είχε ιδιαίτερη ανάγκη ψυχολογικής βοήθειας και φυσικής υποστήριξης.

Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξαν και οι Yano και συν. (2000)[259], σε έρευνα για την ποιότητα ζωής ασθενών μετά από μεταμόσχευση του μυελού των οστών στην περιοχή της Ιαπωνίας. Μελετήθηκαν ασθενείς με οξεία μυελογενή λευχαιμία, οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία, χρόνια μυελογενή λευχαιμία, μη Hodgkin λεμφώματα, νόσο του Hodgkin, μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα και πολλαπλούν μυέλωμα. Από τους 383 ασθενείς που δόθηκε το ερωτηματολόγιο απάντησαν οι 282 (73,6%) ασθενείς οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε αυτόλογη ΜΜΟ, σε συνεργετική ΜΜΟ και σε αλλογενή ΜΜΟ.

Σε μια πρόσφατη έρευνα, σχετικά με την εμπειρία των γονιών που το παιδί τους νοσούσε από καρκίνο μελετήθηκαν οι στρατηγικές αντιμετώπισης των γονιών με ποιοτική ανάλυση. Οι Van Dongen-Melman και συν. (1998)[260], σ' αυτή την έρευνα συμπέραναν ότι τα παιδιά των γονιών που χρησιμοποιούσαν στρατηγικές απέναντι στην αντιμετώπιση της νόσου, είχαν καλύτερη θεραπευτική πορεία αλλά και τα άλλα μέλη αυτών των οικογενειών ήταν πιο λειτουργικά σε σύγκριση με τα μέλη των οικογενειών που δεν χρησιμοποιούσαν καμιά στρατηγική αντιμετώπισης.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Αλλά και από άλλες παρόμοιες έρευνες[261,262,263] φάνηκε ότι η συνοχή της οικογένειας, οι στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου αλλά και η πίστη στο Θεό ή η νοηματοδότηση της νόσου βοηθούσαν για καλύτερα αποτελέσματα τόσο στην εξέλιξη της νόσου όσο και στην ποιότητα ζωής των άλλων μελών της οικογένειας.

Σε μια μελέτη του Thomas (1998)[264], σχετικά με την ποιότητα ζωής και τις ψυχολογικές αντιδράσεις ασθενών με μυοδυσπλαστικά σύνδρομα, διερευνήθηκαν 5 περιοχές της ζωής των ασθενών. Συγκεκριμένα αξιολογήθηκε η πνευματικότητά τους, η ψυχολογία τους, η φυσική τους ικανότητα, η κοινωνική τους ζωή και η λειτουργικότητά τους. Διαπιστώθηκε η μεγάλη ανάγκη των ασθενών για υποστήριξη σε όλα τα επίπεδα.

Σ΄ ένα ερευνητικό πρόγραμμα, που υλοποιήθηκε από τον McGrath (1999)[265] στην Αυστραλία, σχετικά με τα ψυχοκοινωνικά θέματα που αφορούν ασθενείς με λευχαιμία και άλλες αιματολογικές διαταραχές διερευνήθηκαν οι τομείς της ενημέρωσης των ασθενών και η πολιτική της οικογένειας απέναντι στη νόσο. Η έρευνα έδειξε ότι η ομάδα των ασθενών με υψηλή θνησιμότητα παρουσίαζε πολλές δυσκολίες στην κοινωνικότητά της, ιδιαίτερα προβλήματα στις συναισθηματικές τους σχέσεις και μεγάλη ψυχοκαταπόνηση.

Σε μια έρευνα των Bertero & Ek (1993)[266], σχετικά με την ποιότητα ζωής ενήλικων ασθενών με οξεία λευχαιμία, αφού έγινε περιγραφή και όχι μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών, διαπιστώθηκε ότι οι ενήλικες ασθενείς με οξεία λευχαιμία έχουν ιδιαίτερη ανάγκη κατά το διάστημα της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο από ασφάλεια, υποστήριξη, σεβασμό, πληροφόρηση και συζήτηση.

Σε πρόσφατη έρευνα των Yen και συν. (1999)[267], διαπιστώθηκε, ότι ένα 3% των παιδιών που πάσχουν από καρκίνο στην Ταϊβάν, απέτυχε να συμπληρώσει τη θεραπεία λόγω της φτωχής γονεϊκής αντιμετώπισης κατά τη διάρκεια της νόσου.

Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας του παιδικού καρκίνου εξαρτάται όχι μόνο από τις ιατρικές παρεμβάσεις αλλά και από τη γονεϊκή συνεργασία.[268]

Η καλύτερη, δε, γονεϊκή αντιμετώπιση και ρύθμιση βασίζεται στην κατανόηση της διάγνωσης του καρκίνου από τους γονείς και της θεραπείας και θεωρείται πολύ σημαντική η προετοιμασία των γονιών σε συναισθηματικό και ευρύτερα σε ψυχολογικό επίπεδο για να δώσουν και να βοηθήσουν κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής πορείας της ασθένειας του παιδιού τους.[269,270]

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Και η καλύτερη αντιμετώπιση από το προσωπικό, σύμφωνα με τα αποτελέσματα σχετικής έρευνας από τους Yen και συν. (1998)[271], είναι να δώσει έμφαση στη βοήθεια που χρειάζονται οι γονείς για να κατανοήσουν την διάγνωση και το σκοπό της θεραπευτικής αγωγής.

Οι Chen και συν.[272], ήδη, από το 1994, είχαν συμπεράνει ότι, όταν οι γονείς αναγνωρίζονται από το προσωπικό και ανυψώνεται ο ρόλος της βοήθειας που προσφέρουν στο άρρωστο παιδί τους από καρκίνο παρουσιάζονται καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Στην Κίνα διεξήχθησαν αρκετές έρευνες ποιοτικής ανάλυσης σε θέματα που αφορούσαν την οικογένεια με παιδί που έπασχε από καρκίνο και ειδικά από λευχαιμία.

Από τους Chao-Hsing και Ting-Ting (2000)[273], παρατηρήθηκε, ότι τα αποτελέσματα είναι παρόμοια μ' αυτά άλλων μελετών που έγιναν στη Δυτική κοινωνία.[274,275,276,277,278] Οι οικογένειες, δηλαδή, προσπαθούν να ελέγχουν την συμπεριφορά τους με διάφορους τρόπους για να αντιμετωπίσουν την απειλή της νόσου για την οικογένειά τους.[274,275,276,277,278]

Αντιμετωπίζοντας τη θεραπεία οι γονείς παρακολουθούν ανήμποροι και όταν ψάχνουν τρόπους να βοηθήσουν το παιδί τους διαθέτοντας κουράγιο, τότε, σύμφωνα με τον Hinds και συν. (1996)[279], υπάρχουν καλύτερα αποτελέσματα στον τρόπο που προσεγγίζουν την απειλητική νόσο και τα προβλήματα που αυτή επιφέρει. Οι γονείς, δηλαδή, προσπαθούν να έχουν όσο γίνεται μεγαλύτερο έλεγχο της κατάστασης της νόσου του παιδιού τους και της θεραπείας που δίνεται κι αυτό προσπαθούν να το επιτύχουν με ποικίλους τρόπους.[172]

Επίσης, έχει διαπιστωθεί, ότι ο καρκίνος ενός παιδιού μπορεί να επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στο γάμο των γονιών κατά κάποιους μελετητές[280,281] ενώ κάποιοι άλλοι[282283] διαφωνούν και δεν θεωρούν ότι αυτό μπορεί να συμβεί.

Οι Yen και συν. (2000)[284], διαπίστωσαν ότι είναι πολύ σημαντικό στην οικογένεια να εγκαθίσταται ένα θετικό δίκτυο για την αντιμετώπιση του καρκίνου στα παιδιά, αποτέλεσμα το οποίο ήδη έχουν συμπεράνει κι άλλοι μελετητές.[285]

Στενοί συγγενείς και φίλοι είναι σπουδαία πηγή βοήθειας για τους γονείς. Οι συχνές όμως επισκέψεις και προτάσεις για εναλλακτικές θεραπείες ίσως προκαλούν ψυχολογικό βάρος και σύγχυση στους γονείς του παιδιού που ασθενεί.[286]

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Από τα αποτελέσματα πολλών ερευνών, επίσης, έχει διαπιστωθεί[287], ότι ο αντίκτυπος της ασθένειας στα παιδιά με οξεία λευχαιμία, καθορίζεται από:

- *την κουλτούρα της οικογένειας,*
- *από την κοινωνικοοικονομική θέση της οικογένειας,*
- *και κυρίως από την αντιμετώπιση και προσαρμογή των γονιών στην ασθένεια.*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Ο ρόλος της αλεξιθυμίας στην καρκινική διεργασία

"Ο λόγος είναι ο χρόνος, χωρίς τον λόγο δεν υπάρχει χρόνος....Όταν απουσιάζει ο λόγος, ο χρόνος καταργείται και απολύονται ασύδοτα τα δύο άλλα μέρη μου - το σώμα και ο χώρος · το σώμα ασύδοτα δειλό, ο χώρος ασύδοτα εξεγερμένος. Ο λόγος - χρόνος τα συνέχει και τα συνδέει στερεά (κυρίως ενθαρρύνοντας το σώμα) μέσα στους χειροποίητους κάλυκες των ρημάτων..."

Γ. Χειμωνάς[111]

Η αδυναμία των ασθενών να χρησιμοποιήσουν τη συμβολική αναπαράσταση παρατηρήθηκε για πρώτη φορά από τον Ruesch (1948)[112]. Ο Ruesch, διαπίστωσε, ότι αποτέλεσμα της έλλειψης συμβολικής επεξεργασίας είναι η αδυναμία λεκτικής έκφρασης της συναισθηματικής έντασης, και κυρίως της εχθρότητας, την οποία βιώνουν οι ψυχοσωματικοί ασθενείς. Σε αυτό, θεώρησε, ότι συντελεί το οικογενειακό περιβάλλον, το οποίο τονίζει ότι η λεκτική έκφραση των συναισθημάτων είναι μια πράξη αδυναμίας, μια ενέργεια ανόητη, ή ακόμη και επικίνδυνη. Με αυτόν τον τρόπο, το οικογενειακό περιβάλλον συμβάλλει στην προβληματική συναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου. Παρόμοιες διαπιστώσεις έγιναν από τον Sifneos[288,289], στις ΗΠΑ και ανεξάρτητα, από ομάδα ψυχαναλυτών του Πανεπιστημίου των Παρισίων (Marty, de M'Uzan and David[114], 1963).

Αρχικά, οι Nemiah και Sifneos (1970)[290], κατόπιν συστηματικής διερεύνησης σχηματοποίησαν την έννοια της αλεξιθυμίας με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- *Ύπαρξη δυσκολίας του ατόμου να αναγνωρίσει και να περιγράψει τα συναισθήματά του.*
- *Ύπαρξη δυσκολίας του ατόμου στη διαφοροποίηση μεταξύ συναισθημάτων και αντίληψης των συγκινησιακών εντάσεων στο σώμα του.*
- *Ύπαρξη περιορισμένων εικονοπλαστικών διεργασιών ως αποτέλεσμα της έλλειψης των φαντασιώσεων.*
- *Σαφής προτίμηση στα εξωτερικά γεγονότα παρά στις εσωτερικές εμπειρίες.*

Τελικά, ο Sifneos[288,289], το 1972, εισήγαγε τον όρο αλεξιθυμία (alexithymia). Η έννοια αυτή, προέρχεται από το στερητικό α και τις λέξεις, λέξη και θυμός (α+λέξη+θυμός) και περιγράφει την ανικανότητα ορισμένων ατόμων να λεκτικοποιήσουν τα συναισθήματά

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

τους. Συγκεκριμένα, ο Sifneos, με την αλεξιθυμία περιγράφει ορισμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα τα οποία παρατήρησε σε πολλούς ψυχοσωματικούς ασθενείς, όπως:

- *αδυναμία λεκτικής περιγραφής ενός συναισθήματος*
- *έλλειψη συνοδών νευροφυτικών αντιδράσεων κατά τη βίωση ενός έντονου συναισθήματος*
- *αδυναμία να διαφοροποιήσουν το ένα συναίσθημα από το άλλο, και*
- *έλλειψη φαντασίας και ονειρικής ζωής*

Οι Γάλλοι ψυχαναλυτές, Marty, de M'Uzan, and David[114], το 1963, είχαν ήδη περιγράψει το συναφές με την αλεξιθυμία - φαινόμενο της "μηχανιστικής σκέψης" (pensee operatoire) σαν χαρακτηριστικό γνώρισμα των ψυχοσωματικών ασθενών. Η μηχανιστική σκέψη αναφέρεται στην τάση των ατόμων να καταναλώνονται από τον εξωτερικό κόσμο, σε τέτοιο βαθμό, ώστε οι νοητικές διεργασίες να είναι τελείως προσανατολισμένες στην εξωτερική πραγματικότητα, με αντίστοιχη απουσία φαντασιώσεων για ενορμήσεις, επιθυμίες ή συναισθήματα. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι βάσεις για τη δημιουργία των αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών και της μηχανιστικής σκέψης τίθενται στην παιδική ηλικία. Η αδυναμία των ασθενών να χρησιμοποιήσουν τη συμβολική αναπαράσταση και αυτό-έκφραση παρατηρήθηκε και από την ψυχαναλύτρια Joyce McDougall (1974, 1982) [110,111]. Επίσης, η Gaddini (1977)[291], παρατήρησε την απουσία παιχνιδιού και της δημιουργικής αυτό-απασχόλησης στα ψυχοσωματικά παιδιά, η οποία πιθανόν οφείλεται στην ελλιπή ανάπτυξη των συμβολικών και φαντασιωτικών δομών.

Αντίστοιχα για τον Taylor και συν. (1993)[292,293], οι οποίοι εντάξανε το σύνολο των παραπάνω στοιχείων κατασκεύασαν και χρησιμοποίησαν το Toronto Alexithymia Scale χαρακτηρίζοντας ως αλεξιθυμία, τα παρακάτω:

- *Δυσκολία στην αναγνώριση και περιγραφή των συναισθημάτων*
- *Δυσκολία στη διαφοροποίηση μεταξύ συναισθημάτων και αντίληψης των συγκινησιακών εντάσεων στο σώμα, και*
- *Προτίμηση στα εξωτερικά γεγονότα παρά στις εσωτερικές εμπειρίες*

Στη σύγχρονη έρευνα υπάρχουν πολλές μελέτες που έχουν εξετάσει, μεταξύ άλλων την εκδήλωση αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών σε ποικίλους πληθυσμούς. Το μεγαλύτερο πρόβλημα των συγκεκριμένων ερευνών προκύπτει από τα αντιφατικά αποτελέσματα στα οποία έχουν καταλήξει. Έτσι, άλλες έρευνες επιβεβαιώνουν την ύπαρξη της αλεξιθυμίας σε ομάδες ψυχοσωματικών ασθενών, ενώ άλλες όχι. Άλλες μελέτες εντοπίζουν δυσκολίες στην έκφραση και στην λεκτικοποίηση των συναισθημάτων σε ασθενείς και άλλες μελέτες χαρακτηρίζουν τις δυσκολίες αυτές απλά ως "ιδιομορφίες" που οφείλονται σε παράγοντες κοινωνικοοικονομικούς, σε ψυχοπιεστικά γεγονότα ή σε διαφορές κουλτούρας και

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

γλώσσας. Μερικοί ερευνητές[131] για την αξιολόγηση της αλεξιθυμίας χρησιμοποιούν την Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP) μελετώντας έτσι μόνο μία διάσταση της αλεξιθυμίας. Μ' αυτόν τον τρόπο, οι ερευνητές χρησιμοποιώντας διαφορετικές εννοιολογικές κατασκευές και κλίμακες μέτρησης πολλές φορές καταλήγουν σε αντιφατικά αποτελέσματα.

Αν και η αλεξιθυμία έχει θεωρηθεί ως μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, ορισμένοι ερευνητές[122,131] αναφέρουν, ότι σε κάποιες περιπτώσεις μερικά από τα χαρακτηριστικά της μπορεί να εμφανιστούν σαν ένας ομοιοστατικός μηχανισμός, σαν μια μορφή άμυνας σε συναισθήματα, όπως η κατάθλιψη, τα οποία έπονται έντονων ψυχοτραυματικών γεγονότων ή σε καταστάσεις, όπου το άτομο βομβαρδίζεται από συναισθήματα που δεν προλαβαίνει να τα επεξεργαστεί. Στις περιπτώσεις αυτές, όσο βελτιώνεται η κατάσταση του ατόμου κι όσο επιτυγχάνεται η επεξεργασία και η αντιμετώπιση των ερεθισμάτων, τόσο εξασθενεί και η εκδήλωση ανάλογων χαρακτηριστικών.

Είναι σημαντικό να επισημαίνεται ότι η αλεξιθυμία δεν αποτελεί διάγνωση, αλλά χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, το οποίο πάντα πρέπει να εξετάζεται σε σχέση με το σύνολο της προσωπικότητας ενός ατόμου. Η κριτική που ασκήθηκε στην έννοια αυτή βασίζεται κυρίως στο γεγονός ότι στα ερωτηματολόγια αλεξιθυμίας θεωρείται δεδομένη η ύπαρξη ακριβούς λεκτικού ανάλογου για κάθε είδος συναισθήματος, δεν εξετάζει την μη λεκτική επικοινωνία, τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες καθώς και την πολιτισμική κουλτούρα. Πολλοί μελετητές[122,131,294,295], εκτιμούν ότι η εξελικτική ψυχολογία, η πρόοδος και συμβολή της νευροψυχοβιολογίας των συναισθημάτων θα αποσαφηνίσει στην προοπτική του χρόνου ανάλογα θέματα.

Ο Abse και συν.[296] συγκέντρωσαν ένα πλήθος μελετών[297,298,299,300,301] που αναφέρουν ότι κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας συνδέονται με την καρκινική διεργασία. Τα κυριότερα από αυτά αναφέρονται στη μειωμένη συναισθηματική έκφραση, στην ανικανότητα έκφρασης θυμού[298], στη μειωμένη ικανότητα ενδοσκόπησης, στην τάση αυτοκατηγορίας και αυτοθυσίας, στην απελπισία και απόγνωση του ατόμου. Μια παρόμοια λίστα του Stone[302] και των συνεργατών του πρόσθεσαν κάποια άλλα χαρακτηριστικά[303,304,305], όπως την εξωστρέφεια, την μειωμένη σεξουαλικότητα και την κατάθλιψη.

Σε έρευνες[306,307] που έγιναν με σκοπό τη μελέτη των συσχετίσεων μεταξύ αλεξιθυμίας, ανοσοποιητικού συστήματος και καρκινικής διεργασίας διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ αλεξιθυμίας και χαμηλής δράσης του ανοσοποιητικού συστήματος. Επίσης, σε

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

έρευνα[308] που έγινε σε δείγμα Ελληνίδων, με σκοπό να εξεταστούν ορισμένοι παράγοντες κινδύνου, όπως η αλεξιθυμία και η εχθρότητα, σε γυναίκες που ελέγχονταν για καρκίνο μαστού, φάνηκε ότι οι γυναίκες που τελικά ασθένησαν διέφεραν από τις υγιείς ως προς τον τρόπο αντίληψης και αντίδρασης σε διάφορα γεγονότα και καταστάσεις, που σπάνια περιελάμβανε εξωτερίκευση αρνητικών συναισθημάτων για τους άλλους. Ορισμένοι ερευνητές[309,310] επικεντρώθηκαν στην εκτίμηση της πορείας και της έντασης των συμπτωμάτων σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο, σε συνάρτηση με την αλεξιθυμία. Διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά υπέφεραν από εντονότερους και μακροχρόνιους πόνους, σε σχέση με τους ασθενείς που δεν είχαν ανάλογα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, ενώ άλλοι ερευνητές[311] θεωρούν ότι η ανασταλτικότητα στη συναισθηματική έκφραση αποτελεί αντίδραση στη νόσο κι όχι χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που προδιαθέτει ένα άτομο σε καρκίνο.

Επίσης, έχει διαπιστωθεί[312], ότι η ανοιχτή και ξεκάθαρη επικοινωνία, οι συναισθηματικές εκδηλώσεις και η συνεργασία στη λύση των προβλημάτων που προκύπτουν από την κακοήθη ασθένεια, διευκολύνουν την προσαρμογή και βοηθούν στην πορεία της νόσου. Αντίθετα, οι παράγοντες που ελαχιστοποιούν την κοινωνική υποστήριξη ή απομονώνουν τις ασθενείς με καρκίνο του στήθους, μπορεί να έχουν δυσμενείς οργανικές και ψυχολογικές επιπτώσεις.

Οι περιγραφές[92,92], που έχουν γίνει για το συναισθηματικό πλαίσιο της οικογένειας υποστηρίζουν την υπόθεση για την ύπαρξη αλεξιθυμίας σε οικογενειακό επίπεδο. Είναι ενδιαφέρον ότι όπως σε ένα άτομο η αλεξιθυμία αποτελεί έκφραση προβληματικής δόμησης της προσωπικότητάς του, έτσι και σε οικογενειακό επίπεδο η αλεξιθυμία φαίνεται να έχει άμεση σχέση με την προβληματική δομή και οργάνωση του συστήματος. Αντίστροφα, η ικανότητα χρήσης του λόγου για την έκφραση συναισθημάτων και την επίλυση συγκρούσεων αποτελεί ένα σημαντικό σημείο υγείας τόσο του ατόμου όσο και του οικογενειακού συστήματος, τουλάχιστον όσον αφορά τις δυτικές κοινωνίες.

Τέλος, είναι σημαντικό να επισημάνουμε ότι δεν έχει μελετηθεί εκτενώς και η βιβλιογραφία είναι φτωχή σε ερευνητικά αποτελέσματα για τη σχέση της αλεξιθυμίας με την οικογενειακή δομή και λειτουργία των οικογενειών ασθενών με απειλητικές για τη ζωή νόσους. Επίσης, κρίνεται σημαντικό να εξεταστεί και ο βαθμός κατά τον οποίο οι "αλεξιθυμικές οικογένειες" παρουσιάζουν και τα χαρακτηριστικά της μηχανικής σκέψης, δηλαδή την τάση να προσηλώνονται και να καταναλώνονται από την εξωτερική πραγματικότητα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Η σημασία του stress στην καρκινική διεργασία

Όλοι οι άνθρωποι έχουν βιώσει κατά το παρελθόν τους αγχογόνες καταστάσεις αλλά δεν είχαν την ίδια δράση σε όλους. Ένας από τους παράγοντες που καθορίζει την παθογόνα δράση αυτών των καταστάσεων θεωρείται, από πολλούς ερευνητές[120,121], οι τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, οι οποίες σε συνδυασμό με τα στρεσσογόνα γεγονότα της ενήλικης ζωής αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων. Η επίδραση των ψυχοπιεστικών παραγόντων φαίνεται να εξαρτάται από πλήθος ιδιοσυγκρασιακών, ψυχολογικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών του ατόμου που την υφίσταται.[131] Υπάρχουν ενδείξεις πως ο καρκίνος είναι συνέπεια της μη-ελεγχόμενης και όχι της ελεγχόμενης ψυχοκαταπόνησης[142] και σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει, σύμφωνα με τον Damigos (1986)[143], η προηγούμενη ιστορία προσαρμογών του σε διάφορες ψυχοπιεστικές καταστάσεις.

Ο Hans Selye[313,314], ήταν από τους πρώτους μελετητές που ερεύνησαν τους στρεσσογόνους παράγοντες προσπαθώντας καταρχάς να προσδιορίσει την έννοια του stress. Κατόπιν πολλών μελετών, ο Selye, όρισε ως stress "την μη ειδική ανταπόκριση του οργανισμού σε οποιοδήποτε ερέθισμα", υποστηρίζοντας ότι το stress "αποτελεί μια διαδικασία προσαρμογής που αναπτύσσεται ως αντίδραση σε κάποιο ερέθισμα και η οποία εκδηλώνεται με μεταβολές στα επίπεδα διαφόρων ορμονών και στο μέγεθος συγκεκριμένων οργάνων". Επίσης, παρατήρησε ότι, ενώ υπάρχουν αρκετές καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν stress, ο οργανισμός αντιδρά με τον ίδιο στερεότυπο τρόπο, ανεξάρτητα από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της στρεσσογόνου κατάστασης.

Ο Cannon[315], γνωστός για τη θεωρία του γύρω από την αντίδραση "fight or flight" (μάχη ή φυγή) σε στρεσσογόνες καταστάσεις, επεσήμανε ότι, όταν το stress φτάσει σε κάποιο κρίσιμο επίπεδο, τότε διαταράσσεται η ομοιοστατική λειτουργία του οργανισμού και εμφανίζεται παθολογική αντίδραση, ενώ, ο G. Caplan[133] χαρακτήρισε ως stress μια κατάσταση στην οποία υπάρχει μεγάλη απόσταση μεταξύ των απαιτήσεων που επιβάλλονται στον οργανισμό και της ικανότητάς του να ανταποκριθεί σ' αυτές.[122]

Οι Sklar και Anisman[250,251], έχουν επισημάνει ότι τα συμπεράσματα ερευνών που γίνονται για τη διερεύνηση του ρόλου των στρεσσογόνων παραγόντων στον καρκίνο

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ποικίλλουν γιατί εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες, ένας από τους οποίους είναι και το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς.

Πλήθος ερευνών[118,316,317] κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αυξημένη συχνότητα στρεσσογόνων γεγονότων προκαλεί εμφάνιση καρκίνου, ενώ επίσης, διαπιστώθηκε[318,319], ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των στρεσσογόνων παραγόντων και της πιθανής υποτροπής της νόσου. Τελευταίες έρευνες[118,320], όμως, αναφέρουν ότι ο σημαντικότερος παράγοντας που επηρεάζει την εμφάνιση μιας κακοήθους νόσου είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ του stress, της οικογενειακής και κοινωνικής υποστήριξης αλλά και της ικανότητας του ατόμου και της οικογένειας να αντιμετωπίζει στρεσσογόνες καταστάσεις.

Ο τρόπος αντίδρασης στο stress εξαρτάται τόσο από τα χαρακτηριστικά των στρεσσογόνων ερεθισμάτων, όσο κι 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 στρεσσογόνων ερεθισμάτων, τη συνθήκη κάτω από την οποία εξελίσσεται το στρεσσογόνο ερέθισμα, καθώς και τις αλλαγές που αυτό συνεπάγεται στη ζωή του ατόμου. Το παροδικό stress είναι συνήθης κατάσταση 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.[122]

Στα πλαίσια της συστημικής προσέγγισης, ο Schwartz[294], τόνισε ότι η προσωπικότητα και ιδιοσυγκρασία του ατόμου, δηλαδή, η ηλικία του, το φύλο, η προσωπική του ιστορία, τα χαρακτηριστικά της οικογένειας και οι οικογενειακές σχέσεις καθορίζουν τη μορφή αντίδρασής του σε ένα στρεσσογόνο ερέθισμα.

Το stress μπορεί να προδιαθέτει, όπως προαναφέραμε, για την εμφάνιση μιας ασθένειας, αλλά ο καθοριστικός παράγοντας δεν είναι τα αγχογόνα γεγονότα, αλλά η ερμηνεία που το ίδιο το άτομο δίνει σ' αυτά, καθώς και η ικανότητα που διαθέτει για την αντιμετώπιση των προβλημάτων. Η εκτίμηση και ο προσδιορισμός των στρεσσογόνων καταστάσεων που μπορούν να θέσουν ένα άτομο σε κατάσταση κρίσης στην πραγματικότητα είναι πολύ δύσκολη, καθώς η αντίδραση του ατόμου αποτελεί αποτέλεσμα συνάρτησης 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.[243]

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Σ' ένα δείγμα αποτελούμενο από 201 ασθενείς που έπασχαν από καρκίνο και τους συγγενείς τους διερευνήθηκε η ψυχολογική τους κατάσταση αφού απομονώθηκαν κλινικές και δημογραφικές μεταβλητές που συνδέονται με την ψυχολογική δυσανεξία. Όλοι οι ασθενείς γνώριζαν τη διάγνωση της ασθένειάς τους και συμπλήρωσαν τόσο οι ίδιοι όσο και οι συγγενείς τους ένα αυτο-αναφερόμενο ερωτηματολόγιο άγχους (Spielberger State Anxiety Scale), ένα ερωτηματολόγιο εκτίμησης των διαταραχών της διάθεσης (Profile of Mood States), καθώς κι ένα ερωτηματολόγιο εκτίμησης της κατάστασης της διανοητικής υγείας (Mental Health Index). Από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε πως υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των scores των δύο ομάδων σε καθένα από τα τρία ερωτηματολόγια, γεγονός που μας δείχνει πως η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών και της οικογένειάς τους συσχετίζονται. Όπως αναμενόταν από την ερευνητική ομάδα, τα χαρακτηριστικά της θεραπείας συνδέονταν άμεσα με τις ψυχολογικές αντιδράσεις ασθενών και συγγενών. Οι ασθενείς που λάμβαναν palliative care είχαν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους, σοβαρότερες διαταραχές της διάθεσης και την πιο φτωχή διανοητική υγεία σε σχέση με τους ασθενείς που βρίσκονταν σε follow - up ή λάμβαναν ενεργητική θεραπεία (active treatment). Μεταβλητές όπως το φύλο, η ηλικία και ο χρόνος διάγνωσης της ασθένειας δεν φάνηκε να επηρεάζουν την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα. Η καλή διανοητική υγεία των περισσότερων από τους συμμετέχοντες σ' αυτή την έρευνα δείχνει την καλή προσαρμοστικότητά τους και την ικανότητα αντιμετώπισης συνθηκών σοβαρής δυσκολίας, ενώ είναι ευνοϊκός παράγοντας για τη σχέση ασθενή και οικογένειας.[150]

Ο Lazarus[321,322], υποστήριξε με τις μελέτες του, ότι η αντίδραση ενός ατόμου σ' ένα στρεσσογόνο ερέθισμα εξαρτάται, κατά κύριο λόγο, από τον τρόπο με τον οποίο το ίδιο το άτομο αντιλαμβάνεται και ερμηνεύει το συγκεκριμένο γεγονός. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός ατόμου διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση στρεσσογόνων ερεθισμάτων ή καταστάσεων και κυρίως οι στρατηγικές αντιμετώπισης που διαθέτει το άτομο και οι οποίες στηρίζονται στην ικανότητα πρόβλεψης του ατόμου, στην υποκειμενική εκτίμηση του βαθμού απειλής για το ίδιο το άτομο, καθώς και στην υποκειμενική αίσθηση του βαθμού ελέγχου της κατάστασης. Γενικά, άτομα που διαθέτουν ώριμους μηχανισμούς άμυνας, όπως μετουσίωση, χιούμορ, προβλεψιμότητα και αλτρουισμό, καθώς και όσοι διατηρούν ισχυρούς οικογενειακούς και φιλικούς δεσμούς είναι ευέλικτοι και ελαστικοί στον τρόπο αντίδρασης και επεξεργασίας στρεσσογόνων ερεθισμάτων. Επιπλέον, κοινωνικοί παράμετροι, όπως είναι το υποστηρικτικό περιβάλλον

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

του ατόμου, συμβάλλουν σημαντικά στον τρόπο αντίληψης και αντιμετώπισης των στρεσσογόνων καταστάσεων.

Καταληκτικά, μπορούμε να επισημάνουμε, ότι το stress καθορίζεται από παράγοντες βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς, γεγονός το οποίο καθιστά απαραίτητο τον εντοπισμό και την αποσαφήνιση της φύσης των στρεσσογόνων ερεθισμάτων, αλλά και τη βαθιά γνώση της προσωπικότητας του ατόμου καθώς και τις οικογενειακές σχέσεις, στις περιπτώσεις που επιθυμούμε να εκτιμήσουμε γιατί ένα άτομο ή μια οικογένεια αντιδρά με ένα συγκεκριμένο τρόπο στο stress.[323,324]

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Ο ρόλος της εχθρότητας στην καρκινική διεργασία

"Απλό σαν φαινόμενο, όπως και χθες, όπως πιθανόν και αύριο.
Όπως φυτρώνει ή μεγαλώνει ή μαραίνεται.
Το ανάγλυφο του κόσμου κατασκευαστής,
Τεχνίτης απαράμιλλος, μοναδικός, αιώνιος,
Την απόλυτη σιωπή ταράσσει
Η την αλυσίδα σπάει, για να την ξαναενώσεις.
.....
Μαζί σου, ρυθμιστής των κυμάτων,
Της ορμής και των πικρών εκκενώσεων,
Πεδίο μάχης και σιωπής."
Ανωνύμου[*]

Ενώ η λέξη επιθετικότητα έχει καθιερωθεί ως η καταλληλότερη για τη μονολεκτική εννοιολογική αναφορά σε συγκεκριμένες εκδηλώσεις της ανθρώπινης συμπεριφοράς, σχετικές με τον θυμό, την οργή, την καταστροφικότητα και με όλες της συναφείς εκφράσεις - τα παράγωγα και τα αποτελέσματά τους - ωστόσο ο ακριβής ορισμός του περιεχομένου και της εσωτερικής της δομής και διεργασίας αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα για τους επιστήμονες που ασχολούνται με το θέμα[325].

Ο όρος επιθετικότητα - όρος με διαφορετική σημασία στις διάφορες γλώσσες[326] - θεωρείται πολύ γενικός και αόριστος γι' αυτό και προτείνεται να μην χρησιμοποιείται ως επιστημονικός όρος και να γίνεται μια περιγραφή της συμπεριφοράς, στην οποία να επισημαίνεται κατά πόσο υπάρχει ηθελημένη αρνητική και καταστροφική διάθεση ή λανθάνουσα αρνητική στάση[327].

Σύμφωνα με τους Laplanche και Pontalis[328], η επιθετικότητα ορίζεται ως την τάση ή το σύνολο τάσεων, οι οποίες δραστηριοπούνται μέσω πραγματικών ή φαντασιωσικών συμπεριφορών, που αποβλέπουν στο να βλάψουν τους άλλους, να τους καταστρέψουν, να τους καταναγκάσουν, να τους ταπεινώσουν, κ.λ.π. Η βιαιοπραγία μπορεί να εκδηλωθεί με τρόπους άλλους έξω από τη βίαιη και καταστρεπτική κινητική δράση. Κάθε συμπεριφορά είτε αρνητική (άρνηση παροχής βοήθειας, για παράδειγμα) είτε θετική, είτε συμβολική (ειρωνεία, για παράδειγμα) είτε έμπρακτη, μπορεί να λειτουργήσει επιθετικά. Η ψυχανάλυση αποδίδει συνεχώς αυξανόμενη σπουδαιότητα στην επιθετικότητα, επισημαίνοντας τη λειτουργία της κατά τα πρώιμα στάδια της ανάπτυξης του ατόμου και

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

υπογραμμίζοντας την πολυσύνθετη διαπλοκή της (συνένωση ή διαχωρισμός) με τη σεξουαλικότητα. Αυτή η εξέλιξη των ιδεών κορυφώνεται με την προσπάθεια ν' αποδοθεί στην επιθετικότητα ένα μοναδικό και θεμελιώδες ενορμητικό υπόστρωμα, που αντιπροσωπεύεται από την έννοια της ενόρμησης του θανάτου.

Από πολλούς ερευνητές έχει γίνει προσπάθεια ορισμού της επιθετικότητας. Ο Berkowitz[329] την ορίζει ως τη συμπεριφορά εκείνη της οποίας σκοπός είναι η βλάβη ή ο τραυματισμός. Μια επιθετική συμπεριφορά μπορεί να είναι απροκάλυπτη, φανερή (είτε σωματική είτε λεκτική) ή να είναι καλυμμένη. Μπορεί επίσης να είναι θετική, δηλαδή επιτρεπτή πολιτισμικά, ή αρνητική, δηλαδή ανεπίτρεπτη πολιτισμικά.

Για την επιθετική συμπεριφορά, στη διεθνή βιβλιογραφία, έχουν αναφερθεί διάφορες θεωρίες. Ο Benesch (1987)[330], κατέγραψε 36 θεωρίες και τις κατέταξε σε τρεις κατηγορίες. Συγκεκριμένα:

1. Θεωρίες που δέχονται την επιθετική συμπεριφορά ως ορμή, ως έμφυτη δηλαδή τάση.
2. Θεωρίες που αποδίδουν την επιθετικότητα στις συνθήκες του περιβάλλοντος και την θεωρούν ως αντίδραση.
3. Αυτές που θεωρούν την επιθετικότητα ως αποτέλεσμα μάθησης μέσω μίμησης.

Η ψυχανάλυση δίνει κεντρικό ρόλο στην επιθετικότητα που τη θεωρεί σαν μια από τις δύο θεμελιώδες απειλές κατά του Εγώ (η άλλη είναι η σεξουαλικότητα). Αυτές οι δύο απειλές βρίσκονται στη βάση του νευρωσικού άγχους. Κατά τον Freud[331], ένα ισχυρό Υπερεγώ αναστέλλει την έκφραση των επιθετικών ενορμήσεων του Εκείνου με αποτέλεσμα την ανάπτυξη ενδοψυχικής σύγκρουσης που με τη σειρά της προκαλεί την εκδήλωση τους άγχους.

Ο ηθολόγος Lorenz[332] , θεώρησε, ότι η ενέργεια του ενστίκτου της επιθετικότητας αν δεν εκφραστεί είναι δυνατόν να συσσωρευτεί μέσα στο άτομο και έτσι να ανεβάσει το επίπεδο της ψυχοφυσιολογικής δραστηριότητας και να προκαλέσει μια κατάσταση που μοιάζει πολύ με την ανάπτυξη του άγχους. Αυτή η άποψη βρίσκει κάποια υποστήριξη και από πειραματικές ψυχοφυσιολογικές εργασίες. Έχει βρεθεί σε πειραματικό επίπεδο ότι η έκφραση φυσικής ή λεκτικής επιθετικότητας τείνει στη μείωση της γενικής φυσιολογικής διέγερσης.[333,334,335]

Ο Bandura[336] όρισε την επιθετικότητα ως αποτέλεσμα κοινωνικής μάθησης και υποστήριξε ότι η μίμηση της επιθετικότητας ενός προσώπου-μοντέλου μπορεί να μειώσει την ένταση.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Επίσης, έχει παρατηρηθεί[337] ότι ακόμη και η φαντασιωσική έκφραση της επιθετικότητας θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μηχανισμός μείωσης των εντάσεων μέσω της τροφοδότησης υποκατάστατων στόχων και της αντίστοιχης ικανοποίησης που προκαλείται από την υπερνίκησή τους. Μ' αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται μια διέξοδος για τα κοινωνικώς απαράδεκτα κίνητρα ή τις ματαιωμένες επιδιώξεις.

Έχει υποστηριχθεί[338,339], επίσης, ότι τα γεγονότα που καθιστούν την ανθρώπινη επιθετικότητα παρούσα, προέρχονται κυρίως από την εμπειρία και τη μάθηση και την ανάλογη νευροψυχολογική οργάνωση του ατόμου.

Πολλοί ερευνητές, όπως αναφέρει ο Champlin[340], συμπληρώνουν ότι μπορεί να υπάρχει μια κληρονομική επιθετική προδιάθεση στον άνθρωπο αλλά στην εκδήλωσή της συμβάλλουν εξωτερικοί παράγοντες, δηλαδή σε μεγάλο βαθμό η λειτουργία του μηχανισμού της επιθετικότητας καθορίζεται από την κοινωνική εμπειρία.

Έχει σημασία να αναφερθεί ότι για τον Dollard[341] και τον Miller[342], η επιθετικότητα θεωρήθηκε και ως αντίδραση σε καταστάσεις ματαίωσης, θεωρία που υιοθέτησαν κι άλλοι μελετητές[343].

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η μορφή έκφρασης της επιθετικότητας επηρεάζεται από τις αξίες του έθνους ή της πολιτείας. Διαπολιτισμικές έρευνες έχουν δείξει τον καθοριστικό ρόλο των αξιών διαφόρων φυλών και εθνών στην έκφραση της επιθετικότητας. Η Benedict[344], πριν από 68 χρόνια, το 1934, μελέτησε δύο φυλές: η μία φυλή ήταν υπερβολικά επιθετική, η άλλη φυλή διαπαιδαγωγούσε τα παιδιά της έτσι, ώστε να μην εκφράζουν την επιθετικότητά τους.

Όπως, ήδη, παρατηρείται, το πρόβλημα της ανθρώπινης επιθετικότητας έχει σημαντικά απασχολήσει τις λεγόμενες επιστήμες του ανθρώπου και έχουν διατυπωθεί πολλές θεωρίες με σκοπό την ερμηνεία και κατανόηση του φαινομένου.

Από ψυχαναλυτικής πλευράς, επίσημη αναφορά στην ύπαρξη επιθετικού ενστίκτου γίνεται για πρώτη φορά από τον A. Adler[345] το 1908. Την ίδια περίπου εποχή ο S. Freud[346] αρνείται να παραδεχθεί την ύπαρξη ειδικού και αυτόνομου επιθετικού ενστίκτου, παρόλο που θεωρεί σημαντικό τον ρόλο των επιθετικών τάσεων και εκδηλώσεων στην έκφραση των νευρωτικών φαινομένων. Μετά το 1910, ο Freud, αποδίδει όλο και μεγαλύτερη σημασία στις ασυνείδητες αυτοκαταστροφικές και αυτοτιμωρητικές τάσεις του ανθρώπου και διαμορφώνει την υπόθεση ότι, εκτός από τη libido, υπάρχει και μια έμφυτη ενστικτώδης επιθετική δύναμη[347]. Σύμφωνα με αυτή την εξέλιξη της θεωρίας, ο Bergeret[348], αναφέρει ότι η libido κατανοείται τώρα ως ορμή ζωής, ενώ το επιθετικό ένστικτο έρχεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος. Η επιθετικότητα θεωρείται εκδήλωση

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

αυτού του νεοανακαλυφθέντος συστήματος ενστικτωδών δυνάμεων, δηλαδή της ορμής του θανάτου, το οποίο κινείται αντίθετα από την ορμή για τη ζωή. Στην τελική φάση εξέλιξης της Φροϋδικής θεωρίας περί ενστίκτων διατυπώνονται δύο ανεξάρτητες υποθέσεις, που ο Gillespie[349], στο άρθρο του για την επιθετικότητα και τη θεωρία των ενστίκτων το 1971 τις παρουσιάζει ως εξής:

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

Άλλοι συγγραφείς[350] υποστηρίζουν ότι το ένστικτο του θανάτου, όταν προβάλλεται στα αντικείμενα, στον έξω κόσμο, εκδηλώνεται ως τάση καταστροφής, ως επιθετικότητα.

Η Melanie Klein[351], που η σκέψη της έμελλε να πραγματοποιήσει τομή στις ήδη υπάρχουσες θεωρίες και να κατασκευάσει θεμέλια για την εξέλιξη της ψυχαναλυτικής θεωρίας, πιστεύει ότι το παιδί, κατά τη στοματοσαδιστική και την πρωκτοσαδιστική φάση της εξέλιξής του, κατέχεται από έντονες επιθετικές ενορμήσεις. Οι επιθετικές αυτές ενορμήσεις στρέφονται προς το πρώτο αντικείμενο τη μητέρα, και αρχικά προς το μητρικό στήθος. Εκτός από την ενόρμηση της libido, που αναζητά τον κορεσμό της στο θηλασμό, το παιδί ωθείται προς το μητρικό στήθος από ενορμήσεις καταστροφής: θέλει να το δαγκώσει, να το αδειάσει από το περιεχόμενό του, να το καταβροχθίσει, να το καταστρέψει. Η επιθετικότητα αυξάνεται, όταν το μητρικό στήθος αποστερεί και γίνεται αισθητό από το παιδί ως "κακό αντικείμενο", ενώ, αντίθετα, το παιδί το αισθάνεται ως "καλό αντικείμενο", όταν αυτό ασκεί τη "δοτική" του λειτουργία. Με την πάροδο του χρόνου, το ενδιαφέρον του παιδιού και οι επιθετικές του ενορμήσεις αρχίζουν να στρέφονται και προς το εσωτερικό μέρος του σώματος της μητέρας. Το παιδί βιώνει την επιθετικότητα αυτή του κόσμου των φαντασιώσεων, σαν να έχει ήδη πραγματοποιηθεί. Συγχρόνως, δε, αποδίδει ανάλογες επιθετικές διαθέσεις αντεκδίκησης στη μητέρα. Το παιδί καμιά φορά αποδίδει επιθετικές ιδιότητες και στο αντικείμενο που έχει εσωτερικεύσει και φαντάζεται ότι αυτό μπορεί να το βλάψει, γινόμενο τότε ένα κακό εσωτερικευμένο αντικείμενο.

Υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές ανάμεσα στη θεωρία της Klein και στις κλασικές Φροϋδικές αντιλήψεις, παλαιότερες και πιο πρόσφατες. Οι ενορμήσεις και γενικότερα το συναίσθημα, σύμφωνα με την Klein, εκδηλώνονται κυρίως με επιθετικότητα, πράγμα που

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

έχει ως αποτέλεσμα η σχέση του παιδιού με τη μητέρα να είναι σχεδόν φορτισμένη πάντα με άγχος. Η επιθετικότητα αυτή και η ενοχή που επακολουθεί είναι η πηγή των πρώτων και βαθιά αγχογόνων καταστάσεων.

Ο όρος "επιθετικότητα" με τη στενή του έννοια μπορεί να σημαίνει την προσβλητική μέχρι και εχθρική ή καταστρεπτική για τον άλλον συμπεριφορά ενός ατόμου. Παρουσιάζεται να αποτελεί τρόπο ενέργειας χάρη στον οποίο μια ζωντανή ύπαρξη μπορεί να ικανοποιήσει τις ζωτικές της ανάγκες. Η επιθετική συμπεριφορά δεν έχει αποκλειστικά κατεύθυνση προς τον εξωτερικό κόσμο. Μπορεί να είναι μεταμορφωμένη σε αδιαφορία ή σε ορισμένες περιπτώσεις ανεστραμμένη στο ίδιο το πρόσωπο.[352]

Άλλες μορφές έκφρασης της επιθετικότητας, που έχουν απασχολήσει την Ψυχολογία, είναι η εχθρότητα. Μεταξύ των διάφορων ψυχολογικών θεωριών, αυτή η οποία τοποθέτησε στις κεντρικές θέσεις της θεωρίας της, το πρόβλημα της έχθρας, είναι η "σχολή" της ψυχαναλύτριας Melanie Klein[351]. Τη γένεση αυτών των αρνητικών συναισθημάτων ανάγει στα πολύ πρώιμα στάδια της ζωής του ανθρώπου, ενώ αυτό που συναντάται στον μετέπειτα βίο δεν αποτελεί παρά αναζωπύρωση αρχαϊκών ενδοψυχικών συγκρουσιακών καταστάσεων.

Σαν "θυγατέρες", δηλαδή αποτελέσματα της επιθετικότητας που εκφράζεται ως θυμός, παρουσιάζονται από τον Αυγουστίδη[325], η μνησικακία, η εχθρότητα, η δικαιολογία και το μίσος. Στην έννοια της επιθετικότητας εμπεριέχονται και όροι που θεωρούνται επιμέρους συστατικά και εκφράσεις της, όπως ο φθόνος, ο σαδισμός, ο μαζοχισμός, η αλαζονεία κ.α., οι οποίοι επίσης πρέπει να διερευνώνται στα πλαίσια μιας μελέτης της επιθετικότητας. Ένας άλλος όρος που έχει προταθεί στη βιβλιογραφία είναι η εχθρική επιθετικότητα[353] (Hostile aggression), δηλαδή, η επιθετικότητα που αποσκοπεί να βλάψει κάποιον, χωρίς να είναι μέσο για κάποιο άλλο στόχο πέρα από τον παραπάνω.

Ο Jacobson[354], συνεχίζοντας προς την ίδια κατεύθυνση με την Klein, υποστηρίζει, ότι η συγχώνευση των αναπαραστάσεων του ίδιου του εαυτού με τις αναπαραστάσεις αντικειμένου στην πρώτη παιδική ηλικία καταλήγει στην αυτοκαταδίκη και την αυτομομφή. Ο θυμός και η εχθρότητα απευθύνονται στο χαμένο αντικείμενο και στην εσωτερική του αναπαράσταση, αλλά μέσα από τη διαδικασία της συγχώνευσης οι εσωτερικές αναπαραστάσεις του αντικειμένου και του εαυτού γίνονται αδιαχώριστες. Κατά συνέπεια, ο θυμός και η εχθρότητα, που αρχικά προσανατολίζονταν στο χαμένο αντικείμενο, βιώνονται ως αυτοκαταδίκη και μίσος προς τον ίδιο τον εαυτό.

Η συγκριτική ψυχολογία διαπιστώνει, ότι οι επιθετικές ενέργειες των ζώων, σε σύγκριση με εκείνες των ανθρώπων, έχουν σχετικά μικρή διάρκεια. Συγκεκριμένα, ο

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Herbert[355] (1993), αναφέρει, ότι από τις ενέργειες αυτές των ζώων απουσιάζει το στοιχείο της εχθρότητας και της σκληρότητας, το οποίο συχνά αποτελεί αναπόσπαστο χαρακτηριστικό της ανταποδοτικής τιμωρίας, την οποία σχεδιάζει ή φαντάζεται για τον "εχθρό του" εκείνος που μισεί.

Ο Muzafer Sherif[356] και οι συνεργάτες του, σ' ένα πείραμα, γνωστό ως το "πείραμα της σπηλιάς του ληστή", έδειξαν ότι μπορούσαν σε λίγες εβδομάδες να φέρουν δύο ομάδες φυσιολογικῶν παιδιών σε κατάσταση έντονης εχθρότητας και στη συνέχεια να αντιστρέψουν τελείως την εξέλιξη.

Μπορούμε να συμπεράνουμε, λοιπόν, ότι η εχθρότητα είναι ένα "ελαστικό" χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (μια συμπεριφορά παρά ένα χαρακτηριστικό) που αντανακλά τις περιστασιακές δυσκολίες και απογοητεύσεις ενός ατόμου.[357] Επίσης, έχει διαπιστωθεί[358] ότι τα παιδιά προδιαθέτονται ευνοϊκά να εκδηλώσουν εχθρότητα όταν προέρχονται από εχθρικούς, τιμωρητικούς και απορριπτικούς γονείς.

Η εξωστρέφεια κι η εσωστρέφεια ενός χαρακτήρα έχουν συνδεθεί πολλές φορές με την εχθρότητα και τη δειλία ενός ατόμου. Παρ' όλα αυτά αποτελέσματα ερευνών[358,359] δείχνουν, ότι η εξωστρέφεια δεν υποδηλώνει εξωστρεφή εχθρότητα και η εσωστρεφής εχθρότητα δεν υποδηλώνει εσωστρέφεια ή νευρωτισμό, έχει αποδειχθεί, όμως, ότι υπάρχει μια σημαντική σχέση ανάμεσα σε αυτά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.

Η ανησυχία και η ευερεθιστότητα και οι εκρήξεις εχθρικής συμπεριφοράς έχουν ευρέως γίνει αποδεκτά, μαζί με άλλα συμπτώματα, σαν σταθερά σύνοδα χαρακτηριστικά του άγχους. Ο Cattel,[360] περιέγραψε το αγχώδες άτομο να παρουσιάζει από τη μια μεριά ευερεθιστότητα, καχυποψία των άλλων και ένταση και από την άλλη μεριά έλλειψη αυτοεμπιστοσύνης, εξαρτητικότητα μαζί με αίσθημα ενοχής και αναξιότητας. Και ο Fernardo[361], διεπίστωσε ότι το άγχος συνοδεύει τα αισθήματα ενοχής στους καταθλιπτικούς ασθενείς.

Ο Biblow[362], σε μια έρευνά του, συνέκρινε αγχώδη και μη αγχώδη παιδιά ευρισκόμενα στη λανθάνουσα φάση της εξέλιξής τους και χρησιμοποίησε τεχνητές ματαιώσεις ως ερέθισμα για την πρόκληση εχθρικής απάντησης. Τα παιδιά με υψηλά επίπεδα άγχους δεν έδειξαν την αναμενόμενη αύξηση της επιθετικής συμπεριφοράς μετά το ερέθισμα πράγμα που ήταν ιδιαίτερα εμφανές στα κορίτσια αυτής της ομάδας. Σε μια άλλη έρευνα, η Pfeffer με τους συνεργάτες της (1983)[363], μελέτησαν παιδιά της ίδιας ηλικιακής ομάδας και βρήκαν ότι η απουσία άγχους και κατάθλιψης και η παρουσία γονεϊκής επιθετικής συμπεριφοράς ήταν τα καλύτερα προγνωστικά στοιχεία ύπαρξης επιθετικής συμπεριφοράς σ' αυτά τα παιδιά.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Σύμφωνα με τον Foulds[358], η εχθρότητα αποτελεί ένα από τα πιο διακριτικά επιφαινόμενα των ματαίων συνθηκών, χρήσιμη σε ψυχιατρικές έρευνες και κλινικές ασκήσεις κι αυτό γιατί η συμπεριφορά σε σχέση με το χαρακτηριστικό της προσωπικότητας είναι ευμετάβλητη, κάτω από την επιρροή εξωστρεφών παραγόντων ή κατά τη διάρκεια των συμπτωμάτων, διανοητικών ή σωματικών. Εκτιμήθηκε, λοιπόν, ότι η αξιολόγηση της εχθρότητας θα μπορούσε να συνεισφέρει στη διευκρίνιση των σχέσεων ανάμεσα στην προσωπικότητα, τα διανοητικά συμπτώματα και τη νόσο στους σωματικά και ψυχικά ασθενείς.

Από ψυχοφαρμακολογικές μελέτες υπάρχουν ενδείξεις για την ύπαρξη αρνητικής σχέσης μεταξύ άγχους και επιθετικότητας. Είναι γνωστό ότι το οινόπνευμα διεγείρει επιθετικές πράξεις ενώ ταυτόχρονα μειώνει το άγχος. Υπάρχουν ανακοινώσεις[364,365] σχετικά με την αύξηση της επιθετικότητας ασθενών που παίρνουν χλωροδιαζεποξίδη. Σε σχετικές εργασίες[366,367], βρέθηκε ότι η χλωροδιαζεποξίδη όταν χορηγήθηκε σε φυσιολογικούς εθελοντές η πτώση του άγχους που προκάλεσε συνοδεύτηκε από αύξηση της επιθετικότητας σ' εκείνους από την ομάδα που είχαν υψηλό άγχος. Βρέθηκε όμως ότι η αύξηση της επιθετικότητας οφείλεται σε ειδική δράση της χλωροδιαζεποξίδης και όχι στην πτώση του άγχους διότι η οξαζεπάμη παρά το ότι έχει παρόμοια αγχολυτική δράση, δεν προκαλεί αύξηση της επιθετικότητας. Οι ερευνητές[367] αυτοί, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αγχολυτική δράση της χλωροδιαζεποξίδης προκαλείται μέσω της αύξησης του κινητικού στοιχείου της επιθετικότητας πράγμα που οδηγεί σε κάποια μορφή ανεξάρτητης αυτόνομης συμπεριφοράς η οποία προκαλεί μείωση του άγχους. Το εύρημα αυτό όμως αμφισβητήθηκε από άλλους ερευνητές[368], οι οποίοι αντίθετα επεσήμαναν μια ασθενή θετική σχέση μεταξύ άγχους και επιθετικότητας.

Ο Foulds[358], κατόπιν πολλών μελετών, επεσήμανε ότι το άγχος συνδέεται θετικά με την γενική επιθετικότητα και την επίκριση τόσο των άλλων όσο και του εαυτού. Ο Philip[369], που μελέτησε καταθλιπτικούς ασθενείς που παρουσίασαν βελτίωση και μια άλλη ομάδα που παρουσίασε επιδείνωση, βρήκε στην ομάδα των βελτιωμένων μια σημαντική πτώση τόσο του άγχους όσο και της ενδοστρεφόμενης επιθετικότητας, εύρημα που ενισχύει την άποψη της θετικής μεταξύ τους σχέσης. Ο Λιάκος[370], χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ), των Foulds και Caine, σε ασθενείς με Ψυχωσική Μελαγχολία βρήκε ισχυρή σχέση μεταξύ άγχους και ενδοστρεφόμενης επιθετικότητας, κυρίως της αυτοεπίκρισης. Ο ίδιος μελετητής[371] με τους συνεργάτες του, ερευνώντας την ίδια σχέση σε νευρωσικούς ασθενείς με τη χρησιμοποίηση του HDHQ και του Rosenzweing Picture Frustration Test - RPFT,

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

διαπίστωσε σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ άγχους ως κατάσταση (anxiety-state) και αυτοεπίκρισης καθώς και άγχους και ενοχής. Ωστόσο το άγχος ως κατάσταση βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά με τις ενδοστρεφόμενες αντιδράσεις όταν αυτές μετρήθηκαν με το RPFT. Η ερμηνεία που δόθηκε ήταν ότι οι νευρωσικοί ασθενείς δείχνουν αρνητική σχέση μεταξύ άγχους και ενδοστρεφόμενης επιθετικότητας όταν αντιμετωπίζουν ματαιωτικές καταστάσεις.

Αρκετοί συγγραφείς υποστηρίζουν την άποψη ότι η έκφραση της επιθετικότητας είναι παράγοντας μείωσης του άγχους. Είναι η λεγόμενη υπόθεση της κάθαρσης[333].

Όπως φαίνεται, από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας[372] το πρόβλημα είναι περίπλοκο και χρειάζεται παραπέρα μελέτη αυτής της σκοτεινής και συγκεχυμένης σχέσης, μεταξύ άγχους και επιθετικότητας.

Στη διεθνή βιβλιογραφία[373,374,375], δίνεται μεγάλη έμφαση στη δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων επιθετικότητας και εχθρότητας προς τους άλλους ως χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητας του ατόμου που πάσχει από καρκίνο, καθώς της έντονης τάσης που παρατηρείται για ενδοστρεφή και καταπιεζόμενη επιθετικότητα. Χαρακτηρίζονται ως άτομα που συχνά νοιώθουν ενοχές, εσωτερικεύοντας το θυμό και την ένταση και προκειμένου να αποφύγουν τις συγκρούσεις παραμελούν τις ανάγκες τους. Στην πραγματικότητα όμως, συσσωρεύουν εντάσεις και αρνητικά συναισθήματα, τα οποία κάποια στιγμή, προκαλούν διαταραχές του νευρικού συστήματος με αποτέλεσμα την έκκριση ορμονών που συμβάλλουν στην δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, γεγονός το οποίο συντελεί στην εμφάνιση κακοήθους νεοπλασίας.

Ο Bacon και οι συνεργάτες του (1952)[376], ήταν από τους πρώτους που επιχείρησαν την μεθοδική διερεύνηση των χαρακτηριστικών της καρκινικής προσωπικότητας. Ο καρκίνος του μαστού συσχετίστηκε στατιστικά με την μειωμένη έκφραση σεξουαλικότητας και μητρότητας, την ανικανότητα χειρισμού του θυμού, την εχθρότητα ή την επιθετικότητα και τις άλυτες ανάγκες εξάρτησης.

Ο Abse και οι συνεργάτες του[296], το 1974, συγκέντρωσαν ένα πλήθος μελετών που αναφέρουν ότι κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας συνδέονται με την καρκινική διεργασία. Τα κυριότερα από αυτά αναφέρονται στη μειωμένη συναισθηματική έκφραση[297], στην ανικανότητα έκφρασης θυμού[298], στη μειωμένη ικανότητα ενδοσκόπησης[299], στην τάση αυτοκατηγορίας και αυτοθυσίας[300], στην απελπισία και απόγνωση του ατόμου[301]. Άλλες παρόμοιες λίστες[302,303,304,377], πρόσθεσαν κάποια άλλα χαρακτηριστικά, όπως την εξωστρέφεια την μειωμένη σεξουαλικότητα και την κατάθλιψη.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Ο Κλεφτάρας[378], αναφέρει, ότι σύμφωνα με πολλούς μελετητές η εχθρότητα και η αυτομομφή είναι δύο από τα πολυάριθμα συμπτώματα της κατάθλιψης.

Έχει διαπιστωθεί[379] ερευνητικά, ότι οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του στήθους συγκρινόμενοι με ασθενείς που έχουν αναπτύξει καλοήθεις όγκους, παρουσιάζουν κάποια συναισθηματική δυσλειτουργία και απώθηση του θυμού και της εχθρότητας.

Ο Pelletier[380], στο προφίλ της "καρκινικής προσωπικότητας" που παρουσίασε το 1977, αναφέρει, ότι οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο αισθάνονται θυμό, εχθρότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση και άλλα αρνητικά συναισθήματα όταν απορρίπτονται στις προσπάθειές τους, συναισθήματα τα οποία αποκρύπτουν αντί να τα εκφράσουν ή να προσπαθήσουν να τα λύσουν.

Ερευνητικές μελέτες[300,381,382], έχουν εξετάσει τα χαρακτηριστικά των διαπροσωπικών σχέσεων, τους τρόπους έκφρασης της επιθετικότητας και τα έχουν συσχετίσει με την ύπαρξη κακοήθειας νεοπλασίας σε ενήλικο πληθυσμό. Οι ασθενείς με καρκίνο αντιδρούν στη νόσο τους σύμφωνα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους. Σύμφωνα με τους Manos και Christakis (1985)[383], οι αντιδράσεις αυτές ποικίλλουν σημαντικά και μπορεί να εκφραστούν σαν άρνηση, αγχώδη έρευνα για πληροφορίες σχετικά με τη νόσο και παρορμητική συμπεριφορά.

Έχει παρατηρηθεί[125], ότι οι ασθενείς με καρκίνο παρουσιάζουν έλλειψη συναισθηματικής εκφράσεως έκδηλη ως συναισθηματική απώθηση. Επίσης τείνουν να αντιμετωπίσουν αισθήματα απελπισίας στη θέα του αναπόφευκτου άγχους και να χρησιμοποιήσουν την άρνηση και την απώθηση σαν μηχανισμούς άμυνας.[303,384] Διαμετρικά εν αντιθέσει προς τα παραπάνω, η εξωστρέφεια παρατηρήθηκε σαν ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα της προσωπικότητας των καρκινοπαθών[385,386] και Σουηδοί ερευνητές[387,388] χρησιμοποιώντας τη μέθοδο Sjobring[389] παρατήρησαν ότι πολύ ασθενείς, κυρίως γυναίκες, είχαν έναν "υποσταθερό" τύπο προσωπικότητας, που σύμφωνα με υποθέσεις, είχε ομοιότητες με τον εξωστρεφή τύπο.

Έχει, επίσης, αναφερθεί από αρκετούς ερευνητές[390], ότι οι ασθενείς που νοσούν από καρκίνο έχουν δυσκολία στο να εκφράσουν εχθρότητα διότι είναι συγκροτημένοι, παθητικοί, αμυντικοί και κατέχουν αισθήματα ενοχής. Άλλοι συγγραφείς, όμως, όπως οι Srivastava και Broota (1990)[391], ανέφεραν υψηλά επίπεδα εχθρότητας ή άλλοι[392] αφύσικη έκφραση θυμού με την έννοια της ακραίας απόκρυψης και κάποιοι άλλοι[379], ως λιγότερο σύνηθες, την ακραία έκφραση.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Από προγνωστικής άποψης, παρατηρήθηκε[392], ότι οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο έχουν πιο ευνοϊκή έκβαση όταν παρουσιάζουν ένα συνδυασμό υψηλού δείκτη νοημοσύνης (IQ) και υψηλής εχθρότητας.

Επίσης, σε έρευνα[308] που έγινε σε δείγμα Ελληνίδων, με σκοπό να εξεταστούν ορισμένοι παράγοντες κινδύνου, όπως η αλεξιθυμία και η εχθρότητα, σε γυναίκες που ελέγχονταν για καρκίνο μαστού, φάνηκε ότι οι γυναίκες που τελικά ασθένησαν διέφεραν από τις υγείς ως προς τον τρόπο αντίληψης και αντίδρασης σε διάφορα γεγονότα και καταστάσεις, που σπάνια περιελάμβανε εξωτερίκευση αρνητικών συναισθημάτων για τους άλλους.

Ο Le Shan[130,393,394], μετά τα αποτελέσματα πολλών ερευνών στα χαρακτηριστικά των ασθενών με καρκίνο που περιέγραψε, τόνισε, εκτός των άλλων, την δυσκολία αυτών των ατόμων να διατηρήσουν μακροχρόνιες σχέσεις καθώς και να καταφέρνουν να εξωτερικεύουν τα αρνητικά τους συναισθήματα.

Η αδυναμία των ασθενών να χρησιμοποιήσουν τη συμβολική αναπαράσταση και αυτό-έκφραση παρατηρήθηκε και από την ψυχαναλύτρια Joyce McDougall (1974, 1982) [110,111]. Αποτέλεσμα της έλλειψης συμβολικής επεξεργασίας και σύμφωνα με τον Ruesch (1948)[112], είναι η αδυναμία λεκτικής έκφρασης της συναισθηματικής έντασης, και κυρίως της εχθρότητας, την οποία βιώνουν οι ψυχοσωματικοί ασθενείς. Σε αυτό συντελεί το οικογενειακό περιβάλλον, το οποίο τονίζει ότι η λεκτική έκφραση των συναισθημάτων είναι μια πράξη αδυναμίας, μια ενέργεια ανόητη, ή ακόμη και επικίνδυνη. Με αυτόν τον τρόπο, το οικογενειακό περιβάλλον συμβάλλει στην προβληματική συναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Μέρος ΙΙΙ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

"Όταν κάτι είναι καλά κρυμμένο, δύσκολα βρίσκεται."

"Κατά τη διάρκεια μιας επιστημονικής έρευνας οι σκέψεις μας ακολουθούν καθιερωμένα δρομολόγια, κάνουμε αυτόματα τις παρεκβάσεις μας σύμφωνα με τις τεχνικές που έχουμε μάθει. Κι έρχεται ύστερα η στιγμή να επισκοπήσουμε τα όσα έχουμε πει. Κάναμε ένα σωρό κινήσεις που δεν προάγουν (αλλά αντίθετα μας απομακρύνουν από) το σκοπό μας· και τώρα πρέπει να διασαφήσουμε τις διαδικασίες της σκέψη μας φιλοσοφικά."

Ludwig Wittgenstein

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (συγκεκριμένα των οικογενειακών σχέσεων, της προσωπικής ανάπτυξης και ωρίμανσης, της συντήρησης του οικογενειακού συστήματος, της εχθρότητας, της αλεξιθυμίας και του άγχους) σε ασθενείς που πάσχουν από οξεία λευχαιμία και στις οικογένειές τους. Πιο συγκεκριμένα:

- Σύγκριση της ομάδας των ασθενών και της ομάδας των συγγενών τους ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
- Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος (ομάδα ασθενών και ομάδα των συγγενών τους) όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

1.1. Κίνητρα

Η οξεία λευχαιμία, αν και τυπικά χαρακτηρίζεται ως μια κακοήθης νόσος και εννοιολογικά προσεγγίζεται ως "ο καρκίνος του αίματος", είναι η μόνη κακοήθεια, ο μόνος καρκίνος, που έχει μια ξεχωριστή και αυτόνομη οντότητα τόσο σε επίπεδο ορολογίας όσο και σε επίπεδο εξελικτικής πορείας. Σε μια προσπάθεια περαιτέρω ανάλυσης, θα μπορούσε να προσεγγίσει αρχικά κανείς την ιατρική ονομασία της εν λόγω νόσου. Συγκεκριμένα, ούτε οι επαγγελματίες υγείας αλλά ούτε και ο γενικότερος πληθυσμός αναφέρεται στη λευχαιμία ως "καρκίνος του αίματος". Ο καρκίνος στο αίμα έχει το δικό του όνομα, ακούει στο "λευχαιμία", κι αυτό ηχεί διαφορετικά, δημιουργώντας έτσι τη δική του ιστορία στην αναπαράσταση των ανθρώπων για την ύπαρξή της. Όσον αφορά δε την πορεία της, θα μπορούσε να επισημάνει κανείς δύο γεγονότα. Το πρώτο είναι, ότι η λευχαιμία είναι ο μόνος καρκίνος που παρουσιάζεται τόσο σε οξεία όσο και σε χρόνια μορφή. Η δε οξεία μορφή μπορεί να υποπέσει σε χρόνια αλλά και η χρόνια σε οξεία. Κανένας άλλος καρκίνος δεν έχει αυτή την ιδιαιτερότητα, του "λίγο ή πολύ" θα λέγαμε, αν μπορούσαμε να αυθαιρετήσουμε με την ιατρική ορολογία. Το δεύτερο γεγονός αφορά την εξέλιξή της στο χρόνο. Είναι ο μόνος καρκίνος, στην οξεία της μορφή, που μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο σε λίγες μόνο μέρες από την έναρξή της. Όλα αυτά την κάνουν να αποκτά ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον και θα περίμενε κανείς, ότι, και σε ερευνητικό επίπεδο, θα προκαλούσε τον επιστημονικό κόσμο για την περαιτέρω διερεύνηση και τη βαθύτερη ανάλυσή της. Ωστόσο, στα πλαίσια μιας βιβλιογραφικής ανασκόπησης, με

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

έκπληξη ανακαλύπτει κανείς, ότι είναι ελάχιστες οι υπάρχουσες αναφορές που εξετάζουν την πιθανότητα συσχέτισης των ψυχολογικών παραγόντων και χαρακτηριστικών της οικογένειας στην οξεία λευχαιμία σε ενήλικες ασθενείς. Αντίθετα βρίσκουμε μεγάλο αριθμό μελετών που αφορούν την οξεία λευχαιμία στα παιδιά και τις οικογένειές τους. Η διαπίστωση αυτή ξενίζει καθώς η διερεύνηση της συσχέτισης των ψυχολογικών παραγόντων σε άλλες κακοήθεις νόσους σε ενηλίκους αποτελεί ένα από τα πιο δημοφιλή θέματα των ερευνητικών μελετών, τις τελευταίες δεκαετίες.

Σε αυτό το πλαίσιο, η πρόκληση του παρθένου εδάφους, η ιδιαιτερότητα του χαρακτήρα της αλλά και η σπουδαιότητα που ενέχει η σχετικά υψηλή συχνότητα εμφάνισης της εν λόγω νόσου λειτούργησαν ως εφαλτήριο για την επιλογή της οξείας λευχαιμίας μεταξύ άλλων κακοηθών νοσημάτων ως το σημαίνον θέμα της παρούσας ερευνητικής μελέτης.

1.2. Επιλογή ψυχολογικών χαρακτηριστικών

Όσον αφορά την επιλογή να μελετηθούν τόσο οι ασθενείς όσο και τα μέλη της οικογένειάς τους, κυριότερη αιτία στάθηκε η γενικότερη φιλοσοφία, ότι η ασθένεια αποτελεί κατάσταση μιας οικογένειας και όχι ενός μόνο ατόμου. Η σπουδαιότητα, λοιπόν, που παρουσιάζει η προσέγγιση της νόσου και του ατόμου που νοσεί ως μέρος ενός συνόλου σχέσεων, στα πλαίσια του οικογενειακού συστήματος, διακίνησε την αναγκαιότητα διερεύνησης των ψυχολογικών χαρακτηριστικών ολόκληρης της οικογένειας, αμέσως μετά την έναρξη της οξείας λευχαιμίας στο πάσχον μέλος της. Κι αυτό, βέβαια, θα μπορούσε να επιτευχθεί, διερευνώντας κατά πρώτον τις οικογενειακές σχέσεις, την προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση του ατόμου στα πλαίσια του συγκεκριμένου οικογενειακού περιβάλλοντος, καθώς και τη διάθεσή τους για την συντήρηση του οικογενειακού συστήματος. Με άλλα λόγια, εκτιμούμε σημαντική τη διερεύνηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών όχι μόνο ως υποθετικός και ακαθόριστα αιτιολογικός παράγοντας στην ακολουθία της καρκινογένεσης αλλά κυρίως ως ένας παράγοντας που επηρεάζει τη συμπεριφορά της οικογένειας, την ασθένεια και την ψυχολογική προσαρμογή σ' αυτή. Άλλωστε, πολλές μελέτες οικογενειών[157-159], στις οποίες ένα μέλος πάσχει από σοβαρό νόσημα, έδειξαν ότι η εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας *επιβαρύνει συναισθηματικά το οικογενειακό σύστημα* και δημιουργεί μια σειρά από *αντιδράσεις σε όλα τα μέλη της οικογένειας*. Σύμφωνα δε με τον Campell[80], οι έρευνες που αναφέρονται στην *ψυχική υγεία* των οικογενειών είναι σημαντικά περισσότερες συγκριτικά με εκείνες που αφορούν την οικογένεια και τη *σωματική υγεία*.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Ως προς την επιλογή της εχθρότητας, της αλεξιθυμίας και του άγχους, οι σημαντικότεροι λόγοι για την προτίμηση αυτών μεταξύ άλλων ψυχολογικών παραμέτρων προέκυψαν από:

- Τη σπουδαιότητα των μέχρι τώρα ευρημάτων που αναφέρουν υψηλά επίπεδα ενδοστρεφούς εχθρότητας και χαμηλά επίπεδα εξωστρεφούς εχθρότητας σε ασθενείς με άλλου τύπου κακοήθειες
- Την ασυμφωνία των ερευνητικών δεδομένων που αφορούν την αλεξιθυμία σε ασθενείς με άλλου τύπου κακοήθειες, καθώς και την απουσία ανάλογων μελετών σε ασθενείς με οξεία λευχαιμία και τις οικογένειές τους.
- Την αποσαφήνιση του ρόλου του παροδικού και μόνιμου άγχους στην οξεία λευχαιμία.

Ως προς την εχθρότητα, στη διεθνή βιβλιογραφία[373-375] δίνεται μεγάλη έμφαση στη δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων επιθετικότητας και εχθρότητας προς τους άλλους ως χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητας του ογκολογικού ασθενή, καθώς και της έντονης τάσης που παρατηρείται για ενδοστρεφή και καταπιεζόμενη επιθετικότητα. Οι ασθενείς που πάσχουν από κακοήθεις νόσους χαρακτηρίζονται ως άτομα που συχνά νοιώθουν ενοχές, εσωτερικεύοντας το θυμό και την ένταση, και που προκειμένου να αποφύγουν τις συγκρούσεις παραμελούν τις ανάγκες τους. Εκτιμήθηκε, λοιπόν, ότι η αξιολόγηση της εχθρότητας θα μπορούσε να συνεισφέρει στη διευκρίνιση της σχέσης ανάμεσα στην προσωπικότητα και τη νόσο στους ασθενείς με οξεία λευχαιμία. Όπως φαίνεται κι από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας[358,372], το πρόβλημα της εμπλοκής της εχθρότητας είναι περίπλοκο και απαιτεί περαιτέρω μελέτη για τη σχέση της με τον καρκίνο και ίσως την αλληλεπίδρασή της με άλλους ψυχολογικούς παράγοντες.

Για όλους τους παραπάνω λόγους και βάσει της σχετικής βιβλιογραφίας, στόχος μας ήταν να ελέγξουμε αυτούς τους ψυχολογικούς παράγοντες που έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση κακοήθων νοσημάτων, καθώς και να εκτιμήσουμε ορισμένες ψυχολογικές εκδηλώσεις και στοιχεία του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς που πάσχει από οξεία λευχαιμία.

1.3. Ερευνητικές υποθέσεις

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

- Ως προς τις οικογενειακές σχέσεις υπόθεσή μας είναι ότι θα διέπονται από δυσλειτουργία (υψηλά ή χαμηλά επίπεδα συνοχής, υψηλά ή χαμηλά επίπεδα έκφρασης των συναισθημάτων, υψηλά ή χαμηλά επίπεδα σύγκρουσης) και δεν θα υπάρχουν

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων. Ως προς την προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση των μελών της κάθε οικογένειας θεωρούμε ότι οι απαντήσεις των ασθενών θα βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα σε όλες τις υποκλίμακες (ανεξαρτησία, προσανατολισμός για επιτεύγματα, προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση, προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία) και δεν θα διαφέρουν σημαντικά από τις απαντήσεις των συγγενών τους, εξαιρώντας την υποκλίμακα της ηθικής και θρησκευτικής έμφασης όπου οι τιμές της θα παρουσιάζονται πολύ υψηλές τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους συγγενείς τους. Και ως προς τη συντήρηση του συστήματος, η υπόθεσή μας έγκειται σε απαντήσεις με υψηλά επίπεδα οργάνωσης και ελέγχου του οικογενειακού συστήματος τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους συγγενείς τους.

- Ως προς τα επίπεδα της εχθρότητας υπόθεσή μας είναι ότι τα επίπεδα της ενδοστρεφούς εχθρότητας των ασθενών θα είναι πολύ υψηλά σε σχέση με τα επίπεδα της ενδοστρεφούς εχθρότητας των συγγενών τους. Ως προς την εξωστρεφή εχθρότητα, δε, των ασθενών θεωρούμε ότι τα επίπεδά της θα κυμανθούν σε χαμηλά επίπεδα σε αντίθεση με των συγγενών τους που θα είναι υψηλά.
- Ως προς τα επίπεδα αλεξιθυμίας, υπόθεσή μας είναι ότι οι ασθενείς θα εμφανίζουν αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά σε σύγκριση με τους συγγενείς τους στους οποίους δεν θα παρατηρηθούν αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά.
- Ως προς τα επίπεδα άγχους, υπόθεσή μας είναι ότι τα επίπεδα άγχους τόσο του παροδικού όσο και του μόνιμου τόσο για την ομάδα των ασθενών όσο και για την ομάδα των συγγενών τους θα είναι υψηλά σε σύγκριση με τα επίπεδα του άγχους που παρουσιάζονται στο γενικό πληθυσμό.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

2. Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Αιματολογικό Τμήμα του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και στο Εργαστήριο Ιατρικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων από τον Σεπτέμβριο του 2000 έως τον Ιανουάριο του 2002. Συγκεκριμένα κατά τη χρονική περίοδο των τεσσάρων πρώτων μηνών έγινε η παρατήρηση των ασθενών με οξεία λευχαιμία και ο σχεδιασμός της έρευνας.

Καθορίστηκε το δείγμα της έρευνας να αποτελέσουν όλοι οι ασθενείς που θα νοσούσαν για πρώτη φορά κατά το έτος 2001 από οξεία λευχαιμία και θα νοσηλεύονταν στο Αιματολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου καθώς και τα μέλη της οικογένειάς τους, με πρώτο βαθμό συγγένειας, που θα λάμβαναν μέρος στη φροντίδα τους.

Στην τελική διαδικασία θα γινόταν η προσπάθεια να έχουμε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα που θα αποτελούνταν από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους που θα ανταποκρίνονταν στις προϋποθέσεις της μελέτης κι αυτό θα επιβεβαιωνόταν κατά την πρώτη συνάντηση ερευνητή και ασθενούς, που σκοπός θα ήταν η ενημέρωση για την έρευνα αλλά και η συνεργασία του για την συμμετοχή των συγγενών του. Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή τους στη μελέτη ήταν οι παρακάτω:

1. Μορφωτικό επίπεδο τουλάχιστον αποφοίτου δημοτικού σχολείου, έτσι ώστε να γίνονται αντιληπτές οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων. Έτσι, θα γινόταν δυνατό να αποφύγουμε τη διαδικασία μέτρησης του δείκτη νοητικής ικανότητας (IQ) των εξεταζομένων, κάτι που θα επιβάρυνε ακόμη περισσότερο την διαδικασία μελέτης των εξεταζομένων, η οποία θα ήταν ήδη σημαντικά επιβαρημένη λόγω της μεγάλης έκτασης των ερωτηματολογίων.
2. Επιβεβαιωμένη νόσηση από οξεία λευχαιμία, βάσει των διαγνωστικών εξετάσεων.
3. Οι ασθενείς δεν έπρεπε να πάσχουν από άλλη κακοήθεια ή η οξεία λευχαιμία να είναι δευτεροπαθούς αιτιότητας. Έπρεπε, δηλαδή, η οξεία λευχαιμία να είναι η πρώτη απειλητική νόσος για τη ζωή τους, μια και διαφορετικά τόσο ο ασθενής όσο κι η οικογένειά του θα μπορούσαν να είχαν προσαρμοστεί στο γεγονός της ασθένειας και τα αποτελέσματα να ήταν επιρροή αυτής της κατάστασης.
4. Η έναρξη της οξείας λευχαιμίας έπρεπε να έχει συμβεί κατά το χρονικό έτος 2001.
5. Η απόφαση για το αν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα θα την έπαιρναν σε συνεργασία ο Διευθυντής της Αιματολογικής Κλινικής με τον ερευνητή.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Ο σχεδιασμός της περιλάμβανε την αξιολόγηση ψυχολογικών χαρακτηριστικών, που θα αφορούσαν τις οικογενειακές σχέσεις, την ωρίμανση της οικογένειας, τη δομή του οικογενειακού συστήματος, την εχθρότητα και τις μορφές της, την αλεξιθυμία και το άγχος, τόσο το παροδικό όσο και το μόνιμο.

Τα ερωτηματολόγια θα συμπληρώνονταν ταυτόχρονα από όλα τα μέλη της οικογένειας που θα δέχονταν να πάρουν μέρος κι αυτό θα γινόταν στο εξεταστήριο της κλινικής που θα διαμορφώνονταν κατάλληλα για τις ανάγκες της διαδικασίας. Ταυτόχρονα, επίσης, θα καταγράφονταν τα δημογραφικά τους στοιχεία και θα γινόταν η προσπάθεια μιας θεραπευτικής κλινικής συνέντευξης.

Οι ασθενείς και οι συγγενείς τους που θα συμμετείχαν στη μελέτη θα είχαν ενημερωθεί για το σκοπό της και θα είχαν διαβεβαιωθεί για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Γι αυτό θα υπήρχε αύξων αριθμός που θα συσχέτιζε τις απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο με τα δημογραφικά και τα υπόλοιπα στοιχεία τους. Εξάλλου, όλη τη διαδικασία θα τη διεκπεραίωνε το ίδιο άτομο, οπότε μειώνονταν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλιζόταν πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ του ερευνητή και των ατόμων που θα έπαιρναν μέρος στην έρευνα.

2.1 Δείγμα

Συνολικά οι ασθενείς που νόσησαν και νοσηλεύτηκαν με οξεία λευχαιμία στο ΠΠΓΝΙ, κατά το έτος 2001 ήταν 61.

Από τους 61 ασθενείς, οι 6 βρίσκονταν σε βαριά κλινική κατάσταση η οποία δεν τους επέτρεπε να συμμετέχουν στην έρευνα και γι αυτό αποκλείστηκαν κατόπιν απόφασης του Διευθυντή της Αιματολογικής Κλινικής.

Από τους 55 εναπομείναντες ασθενείς, οι 11 ήταν υπέργηροι, >75 ετών και δεν πληρούσαν τις προϋποθέσεις να πάρουν μέρος στην έρευνα είτε λόγω του χαμηλού μορφωτικού τους επιπέδου είτε γιατί άλλα προβλήματα υγείας, όπως προηγούμενα εγκεφαλικά επεισόδια δυσκολίες στην επικοινωνία και διαταραχές της μνήμης, δεν το επέτρεπαν.

Αυτοί, τελικά, που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου τους στη μελέτη ήταν 44 ασθενείς, οι οποίοι και συμφώνησαν να συμμετέχουν στην παρούσα ερευνητική μελέτη.

Τριών ασθενών οι συγγενείς αρνήθηκαν να πάρουν μέρος στην έρευνα, οπότε ο τελικός αριθμός των ασθενών ήταν 41.

Όσον αφορά τους συγγενείς οι 96 πληρούσαν τα κριτήρια για να συμμετέχουν στην έρευνα. Απ' αυτούς οι 6 ήταν τ' ανήλικα παιδιά των ασθενών και δεν πήραν μέρος στην ερευνητική διαδικασία.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Από τους υπόλοιπου 90 συγγενείς οι 15 διέμεναν μακριά (5 εξωτερικό και 10 σε άλλες πόλεις της Ελλάδας) και δεν ήταν εφικτό να παρευρεθούν.

Επίσης, από τους 75 συγγενείς οι τρεις δεν κατάφεραν να έρθουν την ημέρα της εξέτασης και οι 2 δεν μπόρεσαν να φέρουν εις πέρας τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Τελικά, στην παρούσα ερευνητική μελέτη συμμετείχαν εθελοντικά 111 άτομα, μέλη 41 οικογενειών, ποσοστό 67,21%, οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια για να πάρουν μέρος στην έρευνα. Συγκεκριμένα:

- τα 41 άτομα ήταν ασθενείς που νόσησαν για πρώτη φορά κατά το έτος 2001 από οξεία λευχαιμία και νοσηλεύτηκαν στο Αιματολογικό Τμήμα του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.
- Τα υπόλοιπα 70 άτομα ήταν μέλη της οικογένειάς τους που λάμβαναν μέρος στη φροντίδα τους και ήταν συγγενείς πρώτου βαθμού.

2.2 Διαδικασία

Πριν τη συλλογή των δεδομένων, πραγματοποιούνταν μια ενημερωτική συνάντηση μεταξύ του Διευθυντή του Αιματολογικού Τμήματος και του ερευνητή, όσον αφορά τις νέες εισαγωγές των ασθενών που πληρούσαν τις προϋποθέσεις συμμετοχής τους στην παρούσα έρευνα.

Ο Διευθυντής του Τμήματος αναλάμβανε επιπλέον να ενημερώσει τους ασθενείς για την υπάρχουσα ερευνητική μελέτη καθώς και να φέρει σε επαφή τον ερευνητή μαζί τους,

Κατόπιν ακολουθούσε μια διερευνητική συνάντηση του ερευνητή με τον ασθενή και το συγγενικό, συνοδό μέλος στο θάλαμο νοσηλείας του. Αυτή η πρώτη συνάντηση είχε τη μορφή μιας ημιδομημένης συνέντευξης με στόχο τη συλλογή πληροφοριών που αφορούσαν τη νόσο και τα συμπτώματά της. Κατά τη διάρκεια αυτής της συνάντησης ο ερευνητής προέβαινε στην περιγραφή της φύσης και του σκοπού της έρευνας, διευκρινίζοντας τη δυνατότητα των ασθενών να δεχθούν ή να αρνηθούν τη συμμετοχή τους στην έρευνα ή ακόμη και να αποσυρθούν κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της. Πέραν αυτών, ο απώτερος στόχος αυτής της πρώτης συνάντησης, η οποία είχε μια μέση διάρκεια 90 λεπτών, συνιστούσε τη δημιουργία ενός ασφαλούς πλαισίου και ενός κλίματος εμπιστοσύνης.

Στην περίπτωση που ο ασθενής δέχονταν να λάβει μέρος στην έρευνα αναλάμβανε ο ίδιος να ενημερώσει τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και να ορίσει την επόμενη συνάντηση με τον ερευνητή για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Ο ερευνητής προέτρεπε για τη σημαντικότητα του γεγονότος να λάβουν μέρος όλα τα μέλη της

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

οικογένειας που πληρούσαν τις προϋποθέσεις ή δυνατόν τα περισσότερα και για αυτό το λόγο η συνάντηση φρόντιζε να πραγματοποιούνταν Σάββατο ή Κυριακή που θα μπορούσαν οι περισσότεροι, μια και τις άλλες μέρες θα ήταν δύσκολο και λόγω επαγγελματικών υποχρεώσεων και λόγω μετακίνησης μια και αρκετοί ήταν αυτοί που δεν ζούσαν στην πόλη των Ιωαννίνων.

Με τη συναίνεση και των υπολοίπων μελών πραγματοποιούνταν η συνάντηση του ερευνητή με τον ασθενή και τα μέλη της οικογένειάς του που έπαιρναν μέρος στην ερευνητική διαδικασία. Η συνάντηση αυτή τελικά δεν έγινε ποτέ στο εξεταστήριο της κλινικής αν και είχε διαμορφωθεί ειδικά είτε γιατί πολλοί ασθενείς δεν ήθελαν να μετακινηθούν είτε γιατί οι ανάγκες της κλινικής δεν το επέτρεπαν, μια και όσες φορές επιχειρήθηκε γίνονταν συχνές διακοπές από το προσωπικό της κλινικής για επαγγελματικές ανάγκες. Ο θάλαμος του ασθενούς ήταν που φιλοξενούσε την όλη διαδικασία και συγκεκριμένα στο τραπέζι του θαλάμου καθόντουσαν οι συγγενείς με τον ερευνητή ενώ ο ασθενής συμπλήρωνε τα ερωτηματολόγια στο κρεβάτι του.

Ο ερευνητής δίνοντάς τους τα ερωτηματολόγια, εξηγούσε την όλη διαδικασία κι αμέσως μετά εκφωνούσε δυνατά τις ερωτήσεις αφήνοντας τον απαραίτητο χρόνο να τσεκάρουν την απάντηση που τους εξέφραζε. Σε ερωτήσεις που υπήρχε δυσκολία κατανόησης υπήρχε η δυνατότητα επεξήγησης και βοήθειας προσπαθώντας αυτή να δίνεται με αμερόληπτο τρόπο.

Μετά την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων γινόταν από τον ίδιο τον ερευνητή η διαδικασία αξιολόγησης των ψυχομετρικών ερωτηματολογίων και σε ειδικούς πίνακες καταγράφονταν και προσδιορίζονταν τα αποτελέσματα του κάθε ψυχομετρικού εργαλείου ξεχωριστά για το κάθε άτομο.

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

2.3 Ερευνητικά εργαλεία

2.3.1. Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES) των Moos and Moos[395-397]

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος των Moos and Moos (1987) μετρά την οικογενειακή ατμόσφαιρα, διερευνώντας τρεις διαστάσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος σε όλους τους τύπους των οικογενειών. Συγκεκριμένα μετρά τις διαστάσεις των διαπροσωπικών σχέσεων, το βαθμό ενθάρρυνσης της προσωπικής ανάπτυξης και τη βασική οργανωτική δομή της οικογένειας. Είναι μια έγκυρη και αξιόπιστη Κλίμακα με

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ευρεία εφαρμογή κι ο ίδιος ο Moos[395] έχει παρουσιάσει λεπτομερείς περιγραφές της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και των αλληλοσυσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων της. Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς σε πολλές μελέτες που αφορούσαν ασθενείς και τις οικογένειές τους[398,399].

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος αποτελείται από 90 ερωτήσεις, και είναι οργανωμένη σε τρεις τομείς, καθένας από τους οποίους περιλαμβάνει 3, 5 και 2 αντίστοιχα υποκλίμακες ως εξής:

- *Σχέσεις (Relationship Dimensions)*
  - Συνοχή (Cohesion)
  - Εκφραστικότητα (Expressiveness)
  - Σύγκρουση (Conflict)
- *Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)*
  - Ανεξαρτησία (Independence)
  - Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)
  - Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)
  - Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)
  - Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)
- *Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)*
  - Οργάνωση (Organization)
  - Έλεγχος (Control)

Η βαθμολόγηση της Κλίμακας γίνεται με βάση τον πίνακα που παρέχεται από τους κατασκευαστές της. Σε κάθε στήλη του πίνακα αθροίζεται ο αριθμός των κύκλων, που περιέχουν ένα (Χ). Το άθροισμα κάθε στήλης γράφεται στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο στο κάτω μέρος της Κλίμακας.

Η κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει μεταφραστεί στην Ελληνική γλώσσα και προσαρμοστεί από την Κ. Μάτσα. Χρησιμοποιήθηκε στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό, σε τοξικομανείς και σε μέλη της οικογένειάς τους[400].

2.3.2. Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ)[401]

Το HDHQ είναι ένα αυτοσυμπληρωνόμενο ερωτηματολόγιο το οποίο μετράει την επιθετικότητα ως στάση (attitude). Αφορά σ' έναν τρόπο μέτρησης ενός ευρέος φάσματος από πιθανές εκδηλώσεις της επιθετικότητας. Αντανακλά την ετοιμότητα για απάντηση με

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

εχθρική συμπεριφορά και μια τάση εκτίμησης προσώπων, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού, με τρόπο δυσμενή και αρνητικό. Η επιθετικότητα όπως μετριέται με το HDHQ δεν έχει καθόλου σχέση με σωματική επιθετικότητα και σωματική βιαιότητα. Το HDHQ αποτελείται από 5 υποκλίμακες στα 52 είδη του (Καταλόγου Πολυφασικής Προσωπικότητας του Πανεπιστημίου της Minnesota) (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI). Τρεις υποκλίμακες, η παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) (AH), η επίκριση των άλλων (criticism of others) (CO), και παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility) (PH) αφορούν την εξωστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις μεγάλης ποινικότητας. Δύο υποκλίμακες, η αυτο-επίκριση (self-criticism) (SC) και παραληρηματική ενοχή (Guilt) (G) αφορούν την ενδοστρεφή επιθετικότητα και αφορούν μετρήσεις αυτοτιμωρίας. Το άθροισμα και των πέντε υποκλιμάκων αντανακλά τη συνολική επιθετικότητα. Τα αποδεκτά πρότυπα[401] για τη συνολική επιθετικότητα σε φυσιολογικό πληθυσμό είναι ανάμεσα σε 12 έως 14, αλλά υψηλότερα όρια έχουν επίσης προταθεί[402]. Μελέτες για την εγκυρότητα σε κλινικά δείγματα έχουν οδηγήσει σε σημαντικούς συσχετισμούς ανάμεσα στο HDHQ και στους παρατηρούμενους ρυθμούς θυμού των νοσηλευτών[403]. Η εγκυρότητα των παραμέτρων του ερωτηματολογίου έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες. Το HDHQ έχει χρησιμοποιηθεί στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό[404,405,406] σε ψυχιατρικούς[407] και σωματικούς ασθενείς[408,409]

2.3.3. Η Κλίμακα εκτίμησης της αλεξιθυμίας του Σιφναίου (The Sifneos alexithymia rate scale - SSPS)[288,289,409]

Η Κλίμακα εκτίμησης της αλεξιθυμίας του Σιφναίου είναι μια αυτοσυμπληρωνόμενη Κλίμακα η οποία μετράει την δυσκολία αναγνώρισης και περιγραφής συναισθημάτων, τη δυσκολία διαφοροποίησης μεταξύ συναισθημάτων και αντίληψης των συγκινησιακών αντιδράσεων σε σωματικό επίπεδο, την ύπαρξη ή μη φαντασίας και την προτίμηση ενασχόλησης με εξωτερικά γεγονότα παρά με εσωτερικές εμπειρίες.

Η Κλίμακα αποτελείται από 20 θέματα που διερευνούν τα παραπάνω 4 χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Στα θέματα αυτά απαντά το ίδιο το άτομο με ΝΑΙ ή ΟΧΙ. Η Κλίμακα έχει ειδικό κλειδί βαθμολόγησης, εύρος τιμών 0-20 και με σημείο διαχωρισμού (cut off point) των αλεξιθυμικών από τα μη αλεξιθυμικά άτομα την συνολική τιμή 10. Η Κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό[122,131] σε ογκολογικούς[122,131] και καρδιολογικούς ασθενείς[131].

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

2.3.4. Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger (State - Trait Anxiety Inventory - STAI)[410-413]

Η Κλίμακα έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τους Α. Λιάκο και Σ. Γιαννίτση[412] και χωρίζεται σε δύο υποκλίμακες: η πρώτη (State Anxiety) αναφέρεται στο παροδικό άγχος, δηλαδή στο άγχος που μπορεί να χαρακτηρίζει το άτομο λόγω της παρούσας κατάστασης που βιώνει και η οποία γίνεται αντιληπτή από τις υποκειμενικές εκδηλώσεις ψυχικής έντασης και τις αντιδράσεις του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Η δεύτερη υποκλίμακα (Trait Anxiety) αναφέρεται στο άγχος που βιώνει το άτομο ως μόνιμη κατάσταση ή στην "ετοιμότητα" του ατόμου να εκδηλώνει άγχος, όταν αντιμετωπίζει απειλητικές καταστάσεις, και το οποίο αποτελεί χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς του.

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αποτελείται από 40 θέματα. Οι συμμετέχοντες δηλώνουν το βαθμό (καθόλου, κάπως, μέτρια και πάρα πολύ) στον οποίο τους χαρακτηρίζουν οι περιγραφές του κάθε θέματος. Τα πρώτα 20 θέματα αφορούν το πώς αισθάνεται κανείς τη στιγμή που απαντά στο ερωτηματολόγιο (το άγχος ως κατάσταση), ενώ τα υπόλοιπα 20 θέματα απαντώνται με βάση το πώς το άτομο αισθάνεται γενικά (άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας).

Όπως αναφέρθηκε υπάρχουν δύο υποκλίμακες: η A-State (θέματα 1-20) και η A-Trait (θέματα 21-40). Οι συμμετέχοντες απαντούν στα θέματα βάσει μιας Κλίμακας τεσσάρων διαβαθμίσεων (από το 1 έως το 4). Οι ερωτήσεις 1,2,5,8,10,11,15,16,20,21,26,27,33,36 και 39 βαθμολογούνται αντίστροφα (4=1), (3=2), (2=3), (1=4). Η βαθμολόγηση γίνεται με την άθροιση όλων των ερωτήσεων. Το εύρος των τιμών της κάθε υποκλίμακας είναι από 20 έως 80.

Η προσαρμογή βασίστηκε σε δείγμα 73 τελειόφοιτων της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η μέση τιμή για το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ήταν 34,54 για τους άνδρες και 37,47 για τις γυναίκες. Η μέση τιμή για το άγχος ως κατάσταση ήταν 35,11 για τους άνδρες και 37,34 για τις γυναίκες.

Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και εγκυρότητα κριτηρίου. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων έχουν κριθεί ικανοποιητικές.

2.4. Στατιστική επεξεργασία

Κατά την στατιστική επεξεργασία και ανάλυση εφαρμόστηκε μια ανάλυση σε δύο φάσεις (two steps analysis).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

2.4.1. Μονοπαραγοντική ανάλυση

Κατά την α΄ φάση της ανάλυσης για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση (SD), τυπικό σφάλμα μέσης τιμής) και ιστογράμματα του ποσοστού των ασθενών και των συγγενών τους ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε Κλίμακα καθώς και σε κάθε υποκλίμακα.

Κατόπιν έγινε σύγκριση των διαμέσων των αποτελεσμάτων των εξής παραμέτρων: της εχθρότητας, της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, της αλεξιθυμίας και της αυτοεκτίμησης του μόνιμου και του παροδικού άγχους, ανάμεσα στις δύο ομάδες. Για τη σύγκριση των δύο κατανομών (απαντήσεις ασθενών και απαντήσεις συγγενών τους), που αφορούσαν τις ποσοτικές μεταβλητές δεν χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test, αλλά η μη παραμετρική δοκιμασία Mann-Whitney Test, μια και μεν οι σταθερές αποκλίσεις των δύο τούτων κατανομών δεν ήταν εξαιρετικώς άνισες (καμία σταθερή απόκλιση της μιας κατανομής δεν ήταν διπλάσια της σταθερής απόκλισης της άλλης) αλλά οι δύο συγκρινόμενες κατανομές ήταν σαφώς ασύμμετρες, κατάσταση που αποκλείει την εφαρμογή του t-test[414].

Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε[415,416,417]:

- το X^2 του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών ήταν <5, καμία από τις αναμενόμενες τιμές ήταν <1 και το σύνολο των παρατηρήσεων ήταν >24[417].
- το X^2 του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές ήταν >10[417].
- το X^2 του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές ήταν μεταξύ του 5 και 10[417].

Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές ήταν <1 ή δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του χ^2 χρησιμοποιήθηκε η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού[416,418].

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχετίσεως των ποσοτικών μεταβλητών[419] μεταξύ της ομάδας των ασθενών και αυτής των συγγενών τους χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχετίσεως κατά Kendall[416,420], μια και η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους δεν ήταν κανονική (ακριβώς και σε μερικές μεταβλητές ούτε

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

κατά προσέγγιση). Συγκεκριμένα, με το συντελεστή συσχέτισης κατά Kendall προσδιορίστηκε:

- η στατιστική συσχέτιση όλων των ποσοτικών μεταβλητών ανά δύο τόσο για την ομάδα των ασθενών, την ομάδα των συγγενών τους όσο και για το σύνολο του δείγματος (ασθενείς και συγγενείς).

Οι διαφορές (P) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ($p<0,05$).

2.4.2. Πολυπαραγοντική ανάλυση

Εξάρτηση ή παλινδρόμηση (regression) είναι κάθε στατιστική διαδικασία που προσπαθεί να αποδώσει την καλύτερη σχέση μιας εξαρτημένης μεταβλητής (dependent variable, παλινδρομούσα μεταβλητή, regressand) ως συνάρτηση μιας ή περισσότερων ανεξάρτητων μεταβλητών ή αλλιώς παλινδρομητών (independent variables, regressors)[416].

Κατά τη β΄ φάση της ανάλυσης εφαρμόστηκε η Λογιστική (Λογαριθμιστική) Εξάρτηση (Logistic Regression)[416] για τον έλεγχο παραγόντων κινδύνου, συγκρίνοντας την ομάδα των ασθενών και την ομάδα των συγγενών τους ως προς όλες τις μεταβλητές. Τα πολλαπλασιαστικά μέτρα κινδύνου δείχνουν συγκριτικά πόσες φορές διαφέρουν τα μέτρα συχνότητας ανάμεσα σε δύο ομάδες που διαφέρουν ως προς ένα χαρακτηριστικό. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε ως πολλαπλασιαστικό μέγεθος κινδύνου ο λόγος αναλογιών (odds ratio)[416].

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούσαν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών έγιναν στα προγράμματα Excel και SPSS[418], ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούσαν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και τις συσχετίσεις των μεταβλητών εφαρμόστηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS[418].

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

3. Αποτελέσματα της μελέτης

3.1. Αποτελέσματα Μονοπαραγοντικής ανάλυσης

3.1.1. Κοινωνικο - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος

Το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των ατόμων και των δύο ομάδων παρουσιάζεται αναλυτικά στους πίνακες 1 και 2.

Η μέση ηλικία των ασθενών του δείγματος ήταν 58,0 ±15,9, με εύρος 25-75, και ήταν στατιστικά πάρα πολύ σημαντικά μεγαλύτερη (P=0,000) της μέσης ηλικίας των συγγενών τους που ήταν 44,6 ±14,5, με εύρος 17-71. Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν άνω των 50 ετών συγκεκριμένα, ο 1 στους 3 ασθενείς είχε ηλικία μικρότερη των 50 ετών.

Σχεδόν οι 2 στους 3 ασθενείς (ποσοστό 65,9%), ήταν άνδρες, και αντίθετα οι 2 στους 3 συγγενείς (ποσοστό 65,7%) ήταν γυναίκες, μια διαφορά της κατά φύλο σύνθεσης των δύο αυτών ομάδων πολύ σημαντική (P=0,002).

Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, τα μεγαλύτερα ποσοστά τόσο στους ασθενείς όσο και στους συγγενείς τους ήταν έγγαμοι (73,1% και 77,2%). Η διαφορά που παρατηρήθηκε, ως προς την οικογενειακή κατάσταση, ήταν στατιστικά σημαντική, δηλαδή σε επίπεδο 5%, (P=0,021). Η διαφορά εντοπίζεται κυρίως στο ότι όλοι οι χήροι ήταν ασθενείς και στο ότι διπλάσιοι συγγενείς ήταν ανύπανδροι (17,1% έναντι 9,8%).

Πολύ σημαντική στατιστική διαφορά (P=0,002) υπήρξε όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των δύο ομάδων. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (58,5%) ήταν απόφοιτοι Δημοτικής εκπαίδευσης σε αντίθεση με τους συγγενείς τους που τα ποσοστά ήταν ισόποσα σχεδόν μοιρασμένα στις τέσσερις βαθμίδες της εκπαίδευσης.

Ως προς την επαγγελματική κατάσταση των δύο ομάδων δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,112).

Επίσης, οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν και ως προς την καταγωγή και διαμονή τους. Τόσο ως προς την καταγωγή (P=0,564) όσο και ως προς τον τόπο της διαμονής τους (P=0,873) δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Εκτός από μία ασθενή, όλοι κατάγονται και διαμένουν σε νομούς του διαμερίσματος της Ηπείρου. Και το μεγαλύτερο, όμως, ποσοστό των συγγενών κατάγεται και διαμένει σε νομούς της Ηπείρου με εξαίρεση 4 συγγενείς (ποσοστό 5,7%), που κατάγονται από παραπλήσιους νομούς (Αιτωλοακαρνανίας, Ιόνια νησιά) και 6 (ποσοστό 8,6%) που κατοικούν στο Αγρίνιο και στην Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Πίνακας 1 Κατανομή, 41 ασθενών με οξεία λευχαιμία που νοσηλεύτηκαν στο ΠΠΓΝΙ από τον Ιανουάριο μέχρι και τον Δεκέμβριο του 2001 και 70 στενών συγγενών τους κατά ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση και επίπεδο εκπαίδευσης.

	Ασθενείς N(%)	Συγγενείς N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ασθενών - Συγγενών
Σύνολο	41 (100,0)	70 (100,0)	111 (100,0)	
Ηλικία				
Ελαχίστη - μεγίστη	25-75	17-71	17-75	
10-19 ετών	0 (0,0)	2 (2,9)	2 (1,8)	
20-29 ετών	3 (7,3)	9 (12,9)	12 (10,8)	
30-39 ετών	6 (14,6)	17 (24,3)	23 (20,7)	
40-49 ετών	2 (4,9)	16 (22,9)	18 (16,2)	
50-59 ετών	4 (9,8)	10 (14,3)	14 (12,6)	
60-69 ετών	13 (31,7)	14 (20,0)	27 (24,3)	
70-79 ετών	13 (31,7)	2 (2,9)	15 (13,5)	
10-49 ετών	11 (26,8)	44 (62,9)	55 (49,5)	X^2_p=13,423
50-79 ετών	30 (73,2)	26 (37,1)	56 (50,5)	P=0,000
Μέση τιμή (x ± SD)	58,0 ± 15,9	44,6 ± 14,5	49,53 ± 16,28	
Διάμεσος (Q_1 , Q_3)	65,0 (42,5 , 70,5)	41,0 (34,0 , 58,2)	51,0 (36,0 , 65,0)	Z^*= -4,279 P= 0,000
Φύλο				
Άνδρες	27 (65,9)	24 (34,3)	51 (45,9)	X^2_P=10,375
Γυναίκες	14 (34,1)	46 (65,7)	60 (54,1)	P= 0,002
Οικογενειακή κατάσταση				
Άγαμος	4 (9,8)	12 (17,1)	16 (14,4)	
Έγγαμος	30 (73,1)	54 (77,2)	84 (75,7)	Fisher's Exact Test=8,960
Διαζευγμένος	2 (4,9)	4 (5,7)	6 (5,4)	P= 0,021
Χήρος	5 (12,2)	0 (0,0)	5 (4,5)	
Επίπεδο εκπαίδευσης (Μορφωτική κατάσταση)				
Απόφοιτος Δημοτικού	24 (58,5)	19 (27,1)	43 (38,7)	
Απόφοιτος Γυμνασίου	4 (9,8)	17 (24,4)	21 (18,9)	Fisher's Exact Test=14,679
Απόφοιτος Λυκείου	10 (24,4)	15 (21,4)	25 (22,5)	P= 0,002
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	3 (7,3)	19 (27,1)	22 (19,8)	

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), X^2_P= X^2 του Pearson, Z^* =πρόκειται για την τιμή Z του τεστ Mann-Whitney U, όπως δίδεται από το SPSS.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Πίνακας 2 Επαγγελματική κατάσταση, καταγωγή και διαμονή των 41 ασθενών με οξεία λευχαιμία, που νοσηλεύτηκαν στο ΠΠΓΝΙ από τον Ιανουάριο μέχρι και τον Δεκέμβριο του 2001 και 70 στενών συγγενών τους.

	Ασθενείς N(%)	Συγγενείς N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ασθενών - Συγγενών
Σύνολο	41 (100,0)	70 (100,0)	111 (100,0)	
Επαγγελματική κατάσταση				
Άνεργος	1 (2,4)	2 (2,9)	3 (2,7)	
Οικιακά	8 (19,5)	14 (20,0)	22 (19,8)	
Αγρότης	10 (24,4)	7 (10,0)	17 (15,3)	
Ιδιωτικός Υπάλληλος	13 (31,7)	18 (25,7)	31 (27,9)	Fisher's Exact Test=11,907
Δημόσιος Υπάλληλος	2 (4,9)	17 (24,3)	19 (17,1)	P= 0,112
Επιχειρηματίας	1 (2,4)	3 (4,3)	4 (3,6)	
Ελεύθ. Επαγγελματίας	5 (12,2)	6 (8,6)	11 (9,9)	
Φοιτητής	1 (2,4)	1 (1,4)	2 (1,8)	
Μαθητής	0 (0,0)	2 (2,9)	2 (1,8)	
Καταγωγή				
Νομός Ιωαννίνων	19 (46,3)	22 (31,4)	41 (36,9)	
Νομός Άρτας	11 (26,9)	21 (30,0)	32 (28,8)	Fisher's Exact Test=3,933
Νομός Πρέβεζας	6 (14,6)	14 (20,0)	20 (18,0)	P= 0,564
Νομός Θεσπρωτίας	4 (9,8)	9 (12,9)	13 (11,7)	
Νομοί εκτός Ηπείρου	1 (2,4)	4 (5,7)	5 (4,5)	
Διαμονή				
Νομός Ιωαννίνων	22 (53,7)	32 (45,7)	54 (48,6)	
Νομός Άρτας	10 (24,4)	18 (25,7)	28 (25,2)	Fisher's Exact Test=2,203
Νομός Πρέβεζας	6 (14,6)	9 (12,9)	15 (13,5)	P= 0,873
Νομός Θεσπρωτίας	2 (4,9)	5 (7,1)	7 (6,3)	
Νομοί εκτός Ηπείρου	1 (2,4)	6 (8,6)	7 (6,3)	

3.1.2. Χρονική απόστασης της εξέτασης των ψυχολογικών χαρακτηριστικών από την διάγνωση

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, η οικογένεια, δηλαδή ο ασθενείς και οι στενοί συγγενείς του που πήραν μέρος στη μελέτη, συμπλήρωνε τα ερωτηματολόγια ταυτόχρονα και ταυτόχωρα: στον ίδιο χρόνο και στον ίδιο χώρο. Οι 39 οικογένειες εξετάστηκαν το πολύ μέσα σ' ένα μήνα. Συγκεκριμένα, πάνω από τις μισές (21) το 1° δεκαήμερο, κι ο κύριος όγκος των υπόλιπων (14) το 2° δεκαήμερο, ενώ μόλις 4 οικογένειες εξετάστηκαν το 3° δεκαήμερο από τη διάγνωση. Δύο οικογένειες (ποσοστό 4,9%) εξετάστηκαν, η πρώτη σε

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

45 ημέρες από την διάγνωση της νόσου και η δεύτερη σε 53 ημέρες, λόγω δυσκολίας των συγγενών να παρευρεθούν νωρίτερα στο νοσοκομείο.

Πίνακας 3. Χρονική απόσταση από τη διάγνωση μέχρι και την ημέρα συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων από τις 41 οικογένειες. Εύρος, κατανομή (%) και μέση τιμή (σε ημέρες)

	Σύνολο	Μέχρι ένα μήνα
Εύρος (ελαχίστη - μεγίστη)	3-53	3-27*
Κατανομή		
0-9 μέρες	21 (51,2)	21 (53,8)
10-19 μέρες	14 (34,0)	14 (35,9)
20-29 μέρες	4 (9,8)	4 (10,3)
30-39 μέρες	0 (0,0)	0 (0,0)
40-49 μέρες	1 (2,5)	0 (0,0)
50-59 μέρες	1 (2,5)	0 (0,0)
Σύνολο	41 (100,0)	39 (100,0)
Μέση τιμή (x ± SD)	12,60 ± 10	10,77 ± 5,67

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), *Με βάση μόνο τις 39 οικογένειες που εξετάστηκαν σε διάστημα το πολύ ενός μήνα από την ημέρα της διάγνωσης, εξαιρούνται, δηλαδή από τη στήλη αυτή, οι 2 ασθενείς που εξετάστηκαν σε διάστημα 45 και 53 ημερών αντίστοιχα.

3.1.2. Ο ρόλος τους στην οικογένεια

Στις οικογένειες που μελετήθηκαν, στους μεν ασθενείς τον ρόλο του πατέρα είχαν 24 (58,5%), της μητέρας 12 (29,3%) και του παιδιού 5 (12,2%) και συγκεκριμένα της θυγατέρας 3 (7,3%) και του γιού 2 (4,9%), (πίνακας, 4). Όσον αφορά τους συγγενείς, όπως παρατηρείται και στον πίνακα 5, οι 10 (14,3%) ήταν πατεράδες των ασθενών, οι 25 (35,7%) μητέρες των ασθενών, οι 17 (24,3%) κόρες τους, οι 12 (17,1%) γιοι τους, οι 2 (2,9%) αδελφοί των ασθενών, οι 3 (4,3%) αδελφές τους. Συγκρίνοντας τις δύο ομάδες παρατηρήθηκε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά ως προς το ρόλο που έχουν στην οικογένεια.(P=0,000): οι ασθενείς ήταν κυρίως πατέρες (και άνδρες), οι συγγενείς κυρίως μητέρες και θυγατέρες (και γυναίκες) και λιγότεροι γιοί.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Πίνακας 4. Κατανομή των ασθενών και των συγγενών τους αναλόγως του ρόλου που είχαν στην οικογένειά τους

Ρόλος στην οικογένεια	Ασθενείς N (%)	Συγγενείς N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά
Πατέρας	24 (58,5)	10 (14,3)	34 (30,6)	
Μητέρα	12 (29,3)	25 (35,7)	37 (33,3)	
Κόρη	3 (7,3)	17 (24,3)	20 (18,1)	
Γιός	2 (4,9)	12 (17,1)	14 (12,6)	Fisher's Exact Test=25,816
Αδελφός	0 (0,0)	2 (2,9)	2 (1,8)	P=0,000(***)
Αδελφή	0 (0,0)	3 (4,3)	3 (2,7)	
Σύντροφος*	0 (0,0)	1 (1,4)	1 (0,9)	
Σύνολο	41 (100,0)	70 (100,0)	111 (100,0)	

*: 1 άτομο (1,4%) ήταν η σύντροφος ενός ασθενή η οποία ζούσε μαζί του τα τελευταία 15 χρόνια.

3.1.4. Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος

3.1.4.1. Οικογενειακές Σχέσεις (Relationship Dimensions)

Στον πίνακα 5, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα από τις 3 υποκλίμακες που αφορούν στις οικογενειακές σχέσεις, δηλαδή τη συνοχή, την εκφραστικότητα και τη σύγκρουση που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας ανάμεσά τους, τόσο για την ομάδα των ασθενών όσο και για την ομάδα των συγγενών τους.

Συνοχή (Cohesion)

Η συνοχή που αισθάνονται οι ασθενείς στην οικογένειά τους βρέθηκε από 3 μέχρι 9 βαθμούς της Κλίμακας του Moos και κατά μέσο όρο 6,98 ± 1,71, ενώ η συνοχή που αισθάνονται οι συγγενείς τους κυμάνθηκε στο ίδιο εύρος με μέσο όρο 7,50 ± 1,28. Οι διάμεσοί τους και τα 1° και 3° τεταρτημόρια (Q_1, Q_3) ήταν αντίστοιχα 8,0 (6,0 , 8,0) και 8,0 (7,0 , 8,0) χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,141) με το Mann-Whitney Test. Επίσης, παρατηρούμε ότι το 61,2% του συνόλου του δείγματος απάντησε αρκετά πάνω απ' το μέσο όρο, αισθάνεται, δηλαδή την οικογένειά του με μεγάλη συνοχή. Σημαντικό αναφοράς είναι το γεγονός ότι οι απαντήσεις του 19,5% των ασθενών βρίσκονται στη βαθμολογία των δύο χαμηλότερων υποκλιμάκων, δεν αισθάνονται, δηλαδή, σχεδόν καμία συνοχή στην οικογένειά τους, ενώ για την ομάδα των συγγενών τα ποσοστά αυτά είναι χαμηλότερα και κυμαίνονται στο 8,6%. Παρ' όλα αυτά συγκρίνοντας τις δύο ομάδες με το Fisher's Exact Test δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις τους (P=0,410). Επίσης, όσον αφορά στις απαντήσεις για τη συνοχή παρατηρούμε ακόμη ότι οι απαντήσεις κοντά στο μέσο όρο είναι μηδενικές και έτσι τις ομαδοποιήσαμε σε τρεις κλάσεις, σ' αυτές που βρίσκονται στα χαμηλότερα επίπεδα συνοχής, σ' αυτές που

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

βρίσκονται στο μέσο όρο και σ' αυτές που βρίσκονται στα υψηλότερα επίπεδα συνοχής. Αλλά και η σύγκριση, κατόπιν σύμπτυξης των κλάσεων, δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,214) μεταξύ ασθενών και συγγενών.

Εκφραστικότητα (Expressiveness)

Η δυνατότητα που έχουν οι ασθενείς να εκφράζουν τα συναισθήματά τους στην οικογένειά τους βρέθηκε από 2 μέχρι 8 βαθμούς της Κλίμακας του Moos και κατά μέσο όρο 5,00 ± 1,60, ενώ για τους συγγενείς κυμάνθηκε στο ίδιο εύρος με μέσο όρο 4,91 ± 1,42. Οι διάμεσοί τους και τα 1° και 3° τεταρτημόρια (Q_1, Q_3) ήταν αντίστοιχα 6,0(4,0 , 6,0) και 5,0 (4,0 , 6,0) χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,515) με το Mann - Whitney Test. Συγκρίνοντας, επίσης, τις δύο ομάδες με το Fisher's Exact Test δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους (P=0,403). Η σύγκριση, κατόπιν σύμπτυξης των κλάσεων, έχοντας εξαιρέσει "το μέσο όρο και το πλησίον του", με το X^2 του Pearson δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, (P=0,483).

Πίνακας 5. Κατανομή, σύγκριση και συσχέτιση των οικογενειακών σχέσεων (συνοχή οικογένειας, εκφραστικότητα και σύγκρουση της οικογένειας) μεταξύ των ασθενών και των συγγενών τους.

	Ασθενείς	Συγγενείς	Σύνολο	Διαφορά ασθενών - συγγενών
Σύνολο	41 (100,0)	70 (100,0)	111 (100,0)	
Συνοχή (Cohesion)				
Ελαχίστη - μεγίστη	3-9	3-9	3-9	
Σημαντικά κάτω του μέσου όρου	6 (14,6)	3 (4,3)	9 (8,1)	
Αρκετά κάτω του μέσου όρου	2 (4,9)	3 (4,3)	5 (4,5)	Fisher's Exact =4,018
Κάτω του μέσου όρου	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	P= 0,410
Μέσος όρος	11 (26,8)	18 (25,7)	29 (26,1)	
Πάνω του μέσου όρου	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Αρκετά πάνω του μέσου όρου	17 (41,5)	35 (50,0)	52 (46,8)	
Σημαντικά πάνω του μέσου όρου	5 (12,2)	11 (15,7)	16 (14,4)	
Κάτω του μέσου όρου	8 (19,5)	6 (8,6)	14 (12,6)	X^2_P= 3,079
Μέσος όρος	11 (26,8)	18 (25,7)	29 (26,1)	P=0,214
Πάνω του μέσου όρου	22 (53,7)	46 (65,7)	68 (61,3)	
Μέση τιμή (x ± SD)	6,98 ± 1,71	7,50 ± 1,28	7,31 ± 1,47	
Διάμεσος (Q_1 , Q_3)	8,0 (6,0 , 8,0)	8,0 (7,0 , 8,0)	8,0 (7,0 , 8,0)	Z^*= -1,472 P= 0,141

"Συνεχίζεται" >

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

➢"Πίνακας 5, συνέχεια

Εκφραστικότητα (Expressiveness)				
Ελαχίστη - μεγίστη	2-8	2-8	2-8	
Σημαντικά κάτω του μέσου όρου	8 (19,5)	9 (12,9)	17 (15,3)	
Αρκετά κάτω του μέσου όρου	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	Fisher's Exact=4,107
Κάτω του μέσου όρου	8 (19,5)	24 (34,3)	32 (28,8)	P= 0,403
Μέσος όρος	20 (48,8)	26 (37,1)	46 (41,4)	
Πάνω του μέσου όρου	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Αρκετά πάνω του μέσου όρου	4 (9,8)	7 (10,0)	11 (9,9)	
Σημαντικά πάνω του μέσου όρου	1 (2,4)	4 (5,7)	5 (4,5)	
Κάτω του μέσου όρου	16 (39,0)	33 (47,1)	49 (44,1)	X^2_P= 1,453
Μέσος όρος	20 (48,8)	26 (37,1)	46 (41,5)	P=0,483
Πάνω του μέσου όρου	5 (12,2)	11 (15,8)	16 (14,4)	
Μέση τιμή (x ± SD)	5,00 ± 1,60	4,91 ± 1,42	4,95 ± 1,48	
Διάμεσος (Q_1 , Q_3)	6,0 (4,0 , 6,0)	5,0 (4,0 , 6,0)	5,0 (4,0 , 6,0)	Z^*= -0,651 P= 0,515
Σύγκρουση (Conflict)				
Ελαχίστη - μεγίστη	1-7	1-9	1-9	
Σημαντικά κάτω του μέσου όρου	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Αρκετά κάτω του μέσου όρου	3 (7,3)	9 (12,9)	12 (10,8)	Fisher's Exact=8,998
Κάτω του μέσου όρου	2 (4,9)	9 (12,9)	11 (9,9)	P= 0,101
Μέσος όρος	26 (63,4)	25 (35,7)	51 (45,9)	
Πάνω του μέσου όρου	3 (7,3)	11 (15,7)	14 (12,6)	
Αρκετά πάνω του μέσου όρου	6 (14,6)	10 (14,3)	16 (14,4)	
Σημαντικά πάνω του μέσου όρου	1 (2,4)	6 (8,6)	7 (6,3)	
Κάτω του μέσου όρου	5 (12,2)	18 (25,7)	23 (20,7)	X^2_P= 8,158
Μέσος όρος	26 (63,4)	25 (35,7)	51 (46,0)	P=0,016
Πάνω του μέσου όρου	10 (24,4)	27 (38,6)	37 (33,3)	
Μέση τιμή (x ± SD)	3,76 ± 1,45	3,94 ± 1,96	3,87 ± 1,78	
Διάμεσος (Q_1 , Q_3)	4,0 (3,0 , 4,5)	4,0 (2,0 , 5,0)	4,0 (3,0 , 5,0)	Z^*= -0,422 P= 0,673

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), X^2_P= X^2 του Pearson, Z^* =πρόκειται για την τιμή Z του τεστ Mann-Whitney U, όπως δίδεται από το SPSS.

Σύγκρουση (Conflict)

Η σύγκρουση που αισθάνονται να βιώνουν στην οικογένειά τους οι ασθενείς βρέθηκε από 1 μέχρι 7 βαθμούς της Κλίμακας του Moos και κατά μέσο όρο 3,76 ± 1,45, ενώ η σύγκρουση που αισθάνονται οι συγγενείς τους βρέθηκε από 1 μέχρι 9 βαθμούς της Κλίμακας του Moos και κατά μέσο όρο 3,94 ± 1,96. Οι διάμεσοί τους και τα 1° και 3° τεταρτημόρια (Q_1, Q_3) ήταν αντίστοιχα 4,0(3,0 , 4,5) και 4,0 (2,0 , 5,0) χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,673) με το Mann - Whitney Test. Η σύγκριση των δύο ομάδων

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

με το Fisher's Exact Test δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,101). Στατιστικά, όμως, σημαντική διαφορά σε επίπεδο 5%, (P=0,016) προέκυψε όταν η σύγκριση των δύο ομάδων έγινε, κατόπιν σύμπτυξης των κλάσεων σε τρεις.

3.1.4.2. Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)

Στον πίνακα 6, μπορούμε να παρατηρήσουμε τα αποτελέσματα της προσωπικής ανάπτυξης και ωρίμανσης, όπως αυτά παρουσιάζονται στις 5 επιμέρους υποκλίμακες.

Ανεξαρτησία (Independence)

Η ανεξαρτησία που αισθάνονται οι ασθενείς στην οικογένειά τους βρέθηκε από 1 μέχρι 6 βαθμούς της Κλίμακας του Moos και κατά μέσο όρο 4,49 ± 1,69, ενώ η ανεξαρτησία που αισθάνονται οι συγγενείς τους βρέθηκε από 1 μέχρι 7 βαθμούς της Κλίμακας του Moos και μέσο όρο 4,93 ± 1,41. Οι διάμεσοί τους και τα 1° και 3° τεταρτημόρια (Q_1, Q_3) ήταν αντίστοιχα 5,0(2,5 , 6,0) και 5,0(4,0 , 6,0) χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,240) με το Mann - Whitney Test. Η σύγκριση των δύο ομάδων με το Fisher's Exact Test δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,434). Στατιστικά, όμως, μη σημαντική διαφορά (P=0,201) προέκυψε και όταν η σύγκριση των δύο ομάδων έγινε, με το X^2 του Pearson, κατόπιν σύμπτυξης των κλάσεων σε τρεις.

Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)

Ο προσανατολισμός για επιτεύγματα που αισθάνονται να υπάρχει στην οικογένειά τους οι ασθενείς βρέθηκε από 2 μέχρι 8 βαθμούς της Κλίμακας του Moos και κατά μέσο όρο 6,24 ± 1,58, ενώ ο προσανατολισμός για επιτεύγματα που αισθάνονται να υπάρχει στην οικογένειά τους οι συγγενείς τους βρέθηκε από 3 μέχρι 9 βαθμούς της Κλίμακας του Moos και μέσο όρο 6,37 ± 1,40. Οι διάμεσοί τους και τα 1° και 3° τεταρτημόρια (Q_1, Q_3) ήταν αντίστοιχα 7,0(6,0 , 7,0) και 6,5(6,0 , 7,0) χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,995) με το Mann - Whitney Test. Η σύγκριση των δύο ομάδων με το Fisher's Exact Test δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,453). Αλλά και όταν η σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων έγινε με το X^2 του Pearson, κατόπιν σύμπτυξης των κλάσεων σε τρεις, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,016).

Προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (Intellectual - Cultural Orientation)

Μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι, πάνω από το 50% του δείγματος συγκεντρώνει βαθμολογίες κάτω από το μέσο όρο και κανένας, τόσο από τους ασθενείς όσο κι από τους συγγενείς, δεν έλαβε υψηλές βαθμολογίες, που να δηλώνουν ότι στην οικογένειά τους

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

υπάρχει η τάση για πνευματικότητα και επένδυση για θέματα που αφορούν στον πολιτισμό και τη διανόηση.

Ο προσανατολισμός, λοιπόν, για πολιτισμό και διανόηση που αισθάνονται να υπάρχει

Πίνακας 6 Κατανομή, σύγκριση και συσχέτιση της οικογενειακής ανάπτυξης και ωρίμανσης (ανεξαρτησία, προσανατολισμός για επιτεύγματα, προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση, προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία, ηθική και θρησκευτική έμφαση) μεταξύ των ασθενών και των συγγενών τους.

	Ασθενείς	Συγγενείς	Σύνολο	Διαφορά ασθενών - συγγενών
Σύνολο	41 (100,0)	70 (100,0)	111 (100,0)	
Ανεξαρτησία (Independence)				
Ελαχίστη - μεγίστη	1-6	1-7	1-7	
Σημαντικά κάτω του μέσου όρου	15 (36,6)	24 (34,3)	39 (35,1)	
Αρκετά κάτω του μέσου όρου	9 (22,0)	14 (20,0)	23 (20,7)	Fisher's Exact Test=2,860
Κάτω του μέσου όρου	17 (41,5)	27 (38,6)	44 (39,6)	P= 0,434
Μέσος όρος	0 (0,0)	5 (7,1)	5 (4,5)	
Πάνω του μέσου όρου	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Αρκετά πάνω του μέσου όρου	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Σημαντικά πάνω του μέσου όρου	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Κάτω του μέσου όρου	41 (100,0)	65 (92,9)	106 (95,5)	X^2_Y= 1,630
Μέσος όρος	0 (0,0)	5 (7,1)	5 (4,5)	P=0,201
Πάνω του μέσου όρου	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Μέση τιμή (x ± SD)	4,49 ± 1,69	4,93 ± 1,41	4,77 ± 1,53	
Διάμεσος (Q_1 , Q_3)	5,0 (2,5 , 6,0)	5,0 (4,0 , 6,0)	5,0 (4,0 , 6,0)	Z*= -1,176 P= 0,240
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)				
Ελαχίστη - μεγίστη	2-8	3-9	2-9	
Σημαντικά κάτω του μέσου όρου	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (0,9)	
Αρκετά κάτω του μέσου όρου	2 (4,9)	3 (4,3)	5 (4,5)	Fisher's Exact Test=4,700
Κάτω του μέσου όρου	5 (12,2)	5 (7,1)	10 (9,0)	P= 0,453
Μέσος όρος	10 (24,4)	27 (38,6)	37 (33,3)	
Πάνω του μέσου όρου	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Αρκετά πάνω του μέσου όρου	15 (36,6)	20 (28,6)	35 (31,5)	
Σημαντικά πάνω του μέσου όρου	8 (19,5)	15 (21,4)	23 (20,7)	
Κάτω του μέσου όρου	8 (19,5)	8 (11,4)	16 (14,4)	X^2_P= 2,916
Μέσος όρος	10 (24,4)	27 (38,6)	37 (33,3)	P=0,232
Πάνω του μέσου όρου	23 (56,1)	35 (50,0)	58 (52,3)	
Μέση τιμή (x ± SD)	6,24 ± 1,58	6,37 ± 1,40	6,32 ± 1,46	
Διάμεσος (Q_1 , Q_3)	7,0 (6,0 , 7,0)	6,5 (6,0 , 7,0)	7,0 (6,0 , 7,0)	Z*= -0,006 P= 0,995

"Συνεχίζεται">

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

➢"Πίνακας 6, συνέχεια"

Προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (Intellectual - Cultural Orientation)				
Ελαχίστη - μεγίστη	1-7	1-7	1-7	
Σημαντικά κάτω του μέσου όρου	7 (17,1)	9 (12,9)	16 (14,4)	
Αρκετά κάτω του μέσου όρου	16 (39,0)	16 (22,9)	32 (28,8)	Fisher's Exact Test=9,742
Κάτω του μέσου όρου	3 (7,3)	10 (14,3)	13 (11,7)	P= 0,043
Μέσος όρος	5 (12,2)	24 (34,3)	29 (26,1)	
Πάνω του μέσου όρου	10 (24,4)	11 (15,7)	21 (18,9)	
Αρκετά πάνω του μέσου όρου	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Σημαντικά πάνω του μέσου όρου	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Κάτω του μέσου όρου	26 (63,4)	35 (50,0)	61 (54,9)	X^2_P= 6,704
Μέσος όρος	5 (12,2)	24 (34,3)	29 (26,1)	P=0,035
Πάνω του μέσου όρου	10 (24,4)	11 (15,7)	21 (19,0)	
Μέση τιμή (x ± SD)	4,15 ± 1,93	4,53 ± 1,76	4,39 ± 1,82	
Διάμεσος (Q_1 , Q_3)	3,0 (3,0 , 6,5)	4,5 (3,0 , 6,0)	4,0 (3,0 , 6,0)	Z^*= -1,091 P= 0,275
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγία (Active-Recreational Orientation)				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-8	0-7	0-8	
Σημαντικά κάτω του μέσου όρου	17 (41,5)	27 (38,6)	44 (39,6)	
Αρκετά κάτω του μέσου όρου	10 (24,4)	10 (14,3)	20 (18,0)	Fisher's Exact Test=10,543
Κάτω του μέσου όρου	3 (7,3)	15 (21,4)	18 (16,2)	P= 0,043
Μέσος όρος	8 (19,5)	15 (21,4)	23 (20,7)	
Πάνω του μέσου όρου	0 (0,0)	3 (4,3)	3 (2,7)	
Αρκετά πάνω του μέσου όρου	3 (7,3)	0 (0,0)	3 (2,7)	
Σημαντικά πάνω του μέσου όρου	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Κάτω του μέσου όρου	30 (73,2)	52 (74,3)	82 (73,9)	X^2_P= 0,016
Μέσος όρος και πάνω	11 (26,8)	18 (25,7)	29 (26,1)	P=0,897
Μέση τιμή (x ± SD)	3,2 ± 2,2	3,36 ± 1,76	3,30 ± 1,93	
Διάμεσος (Q_1 , Q_3)	3,0 (2,0 , 5,0)	3,0 (2,0 , 5,0)	3,0 (2,0 , 5,0)	Z^*= -0,631 P= 0,528
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)				
Ελαχίστη - μεγίστη	2-9	0-9	0-9	
Σημαντικά κάτω του μέσου όρου	0 (0,0)	15 (21,4)	15 (13,5)	
Αρκετά κάτω του μέσου όρου	2 (4,9)	6 (8,6)	8 (7,2)	Fisher's Exact Test=22,730
Κάτω του μέσου όρου	10 (24,4)	2 (2,9)	12 (10,8)	P= 0,001
Μέσος όρος	7 (17,1)	10 (14,3)	17 (15,3)	
Πάνω του μέσου όρου	8 (19,5)	10 (14,3)	18 (16,2)	
Αρκετά πάνω του μέσου όρου	10 (24,4)	17 (24,3)	27 (24,3)	
Σημαντικά πάνω του μέσου όρου	4 (9,8)	10 (14,3)	14 (12,6)	
Κάτω του μέσου όρου	12 (29,3)	23 (32,9)	35 (31,5)	X^2_P= 0,239
Μέσος όρος	7 (17,0)	10 (14,3)	17 (15,3)	P=0,886
Πάνω του μέσου όρου	22 (53,7)	37 (52,8)	59 (53,2)	
Μέση τιμή (x ± SD)	5,24 ± 1,95	4,71 ± 2,82	4,91 ± 2,54	
Διάμεσος (Q_1 , Q_3)	6,0 (3,0 , 7,0)	6,0 (2,0 , 7,0)	6,0 (3,0 , 7,0)	Z^*= -0,597 P= 0,551

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), X^2_P= X^2 του Pearson, Z^* =πρόκειται για την τιμή Z του τεστ Mann-Whitney U, όπως δίδεται από το SPSS.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

στην οικογένειά τους οι ασθενείς βρέθηκε από 1 μέχρι 7 βαθμούς της Κλίμακας του Moos, και κατά μέσο όρο 4,15 ± 1,93, ενώ ο προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση για για τους συγγενείς κυμάνθηκε στο ίδιο εύρος, με μέσο όρο 4,53 ± 1,76. Οι διάμεσοί τους και τα 1° και 3° τεταρτημόρια (Q_1, Q_3) ήταν αντίστοιχα 3,0(3,0 , 6,5) και 4,5(3,0 , 6,0) χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,275) με το Mann - Whitney Test. Η σύγκριση των δύο ομάδων με το Fisher's Exact Test έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο 5%, (P=0,043). Στατιστικά, όμως, σημαντική διαφορά, πάλι σε επίπεδο 5% (P=0,035) προέκυψε και όταν η σύγκριση των δύο ομάδων έγινε, με το X^2 του Pearson, κατόπιν σύμπτυξης των κλάσεων σε τρεις.

Προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)

Ο προσανατολισμός για ψυχαγωγία που αισθάνονται να υπάρχει οι ασθενείς στην οικογένειά τους βρέθηκε από 0 μέχρι 8 βαθμούς της Κλίμακας του Moos, και κατά μέσο όρο 3,20 ± 2,20, ενώ ο προσανατολισμός για ψυχαγωγία που αισθάνονται να υπάρχει στην οικογένειά τους οι συγγενείς βρέθηκε από 0 μέχρι 7 βαθμούς της Κλίμακας του Moos, και μέσο όρο 3,36 ± 1,76. Οι διάμεσοί τους και τα 1° και 3° τεταρτημόρια (Q_1, Q_3) ήταν αντίστοιχα 3,0(2,0 , 5,0) και 3,0 (2,0 , 5,0) χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,528) με το Mann - Whitney Test. Όπως παρατηρούμε και στον πίνακα 6, μεγάλα ποσοστά (περίπου 80%) παρατηρούνται πολύ κάτω του μέσου όρου, ο οποίος συγκεντρώνει το 20,7% των απαντήσεων επί του συνόλου του δείγματος. Επίσης, παρατηρούμε ότι υπάρχει μια διαφορά μεταξύ των απαντήσεων ασθενών και συγγενών τους στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 5% (P=0,043), ως προς τις διαβαθμίσεις της βαθμολογίας, αλλά δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,897) όταν η σύγκριση των δύο ομάδων έγινε κατόπιν σύμπτυξης των κλάσεων σε δύο, με το X^2 του Pearson.

Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)

Στην τελευταία υποκλίμακα της προσωπικής ανάπτυξης και ωρίμανσης παρατηρούμε ότι η ηθική και θρησκευτική έμφαση που αισθάνονται να δίνεται στην οικογένειά τους οι ασθενείς βρέθηκε από 2 μέχρι 9 βαθμούς της Κλίμακας του Moos, και κατά μέσο όρο 5,24 ± 1,95, ενώ για τους συγγενείς τους το εύρος κυμάνθηκε από 0 μέχρι 9 και ο μέσος όρος ήταν 4,71 ± 2,82. Οι διάμεσοί τους και τα 1° και 3° τεταρτημόρια (Q_1, Q_3) ήταν αντίστοιχα 6,0(3,0 , 7,0) και 6,0 (2,0 , 7,0) χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,551) με το Mann - Whitney Test. Πάρα πολύ σημαντική στατιστικά διαφορά σε επίπεδο 1‰, (P=0,001), προκύπτει όταν οι δύο ομάδες συγκρίνονται με το Fisher's Exact Test. Όταν,

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

όμως, η σύγκρισή τους, κατόπιν σύμπτυξης των κλάσεων σε τρεις, γίνεται με το X^2 του Pearson δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,886).

3.1.4.3. Διατήρηση του οικογενειακού συστήματος (System Maintenance Dimensions)

Στον πίνακα 7, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της τάσης τόσο των ασθενών όσο και των συγγενών τους για τη διατήρηση του οικογενειακού συστήματος. Η διατήρηση του συστήματος παρατηρείται στις δύο τελευταίες υποκλίμακες της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος του Moos, την οργάνωση και τον έλεγχο.

Οργάνωση (Organization)

Η οργάνωση που αισθάνονται στην οικογένειά τους οι ασθενείς βρέθηκε από 4 μέχρι 8 βαθμούς της Κλίμακας του Moos και κατά μέσο όρο 6,07 ± 1,03, ενώ η οργάνωση που αισθάνονται οι συγγενείς τους κυμάνθηκε από 5 μέχρι 9 βαθμούς της Κλίμακας του Moos, και μέσο όρο 6,86 ± 1,08. Οι διάμεσοί τους και τα 1° και 3° τεταρτημόρια (Q_1, Q_3) ήταν αντίστοιχα 6,0(5,0 , 7,0) και 7,0(6,0 , 8,0) με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά (P=0,000) με το Mann - Whitney Test. Όπως παρατηρούμε και στον πίνακα 7, υπάρχει τάση για υψηλή οργάνωση μέσα στην οικογένεια μια και τα μεγαλύτερα ποσοστά συγκεντρώνονται από το μέσο όρο και πάνω. Η σύγκριση των δύο ομάδων με το Fisher's Exact Test έδειξε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά (P=0,001) μεταξύ τους. Στατιστικά, όμως, πάρα πολύ σημαντική διαφορά (P<0,001) προέκυψε και όταν η σύγκριση των δύο ομάδων έγινε, με το X^2 του Pearson, κατόπιν σύμπτυξης των κλάσεων σε δύο.

Έλεγχος (Control)

Ο έλεγχος που αισθάνονται στην οικογένειά τους οι ασθενείς βρέθηκε από 3 μέχρι 8 βαθμούς της Κλίμακας του Moos και κατά μέσο όρο 6,07 ± 1,40, ενώ για τους συγγενείς τους βρέθηκε από 4 μέχρι 8 βαθμούς της Κλίμακας του Moos και κατά μέσο όρο 6,14 ± 1,07. Οι διάμεσοί τους και τα 1° και 3° τεταρτημόρια (Q_1, Q_3) ήταν αντίστοιχα 7,0(5,5 , 7,0) και 6,0(5,7 , 7,0) χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,751) με το Mann - Whitney Test.

Και σ' αυτή την υποκλίμακα μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι τα μεγάλα ποσοστά συγκεντρώνονται στις υψηλές βαθμολογίες πάνω, δηλαδή, από το μέσο όρο σε αντίθεση με τις χαμηλές βαθμολογίες ελέγχου του οικογενειακού συστήματος που δεν συγκεντρώνουν μηδενικά ποσοστά. Η σύγκριση των δύο ομάδων δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά, ούτε όταν συγκρίθηκαν με το Fisher's Exact Test (P=0,174), ούτε

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

όταν η σύγκριση των δύο ομάδων έγινε, κατόπιν σύμπτυξης των κλάσεων σε δύο, με το X^2 με διόρθωση κατά Yates (P=0,828).

Πίνακας 7 Κατανομή, σύγκριση και συσχέτιση μεταξύ των ασθενών και των συγγενών τους, ως προς τη διατήρηση του συστήματος (οργάνωση και έλεγχος).

	Ασθενείς	Συγγενείς	Σύνολο	Διαφορά ασθενών - συγγενών
Σύνολο	41 (100,0)	70 (100,0)	111 (100,0)	
Οργάνωση (Organization)				
Ελαχίστη - μεγίστη	4-8	5-9	4-9	
Σημαντικά κάτω του μέσου όρου	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Αρκετά κάτω του μέσου όρου	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	Fisher's Exact Test=16,450
Κάτω του μέσου όρου	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (0,9)	P= 0,001
Μέσος όρος	28 (68,3)	22 (31,4)	50 (45,0)	
Πάνω του μέσου όρου	7 (17,1)	27 (38,6)	34 (30,6)	
Αρκετά πάνω του μέσου όρου	5 (12,2)	19 (27,1)	24 (21,6)	
Σημαντικά πάνω του μέσου όρου	0 (0,0)	2 (2,9)	2 (1,8)	
Μέσος όρος και κάτω	29 (70,7)	22 (31,4)	51 (45,9)	X^2_P= 16,083
Πάνω του μέσου όρου	12 (29,3)	48 (68,6)	60 (54,1)	P<0,001
Μέση τιμή (x ± SD)	6,07 ± 1,03	6,86 ± 1,08	6,57 ± 1,13	
Διάμεσος (Q_1, Q_3)	6,0 (5,0 , 7,0)	7,0 (6,0 , 8,0)	7,0 (6,0 , 7,0)	Z^*= -3,558 P= 0,000
Έλεγχος (Control)				
Ελαχίστη - μεγίστη	3-8	4-8	3-8	
Σημαντικά κάτω του μέσου όρου	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Αρκετά κάτω του μέσου όρου	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	Fisher's Exact Test=6,174
Κάτω του μέσου όρου	3 (7,3)	0 (0,0)	3 (2,7)	P= 0,174
Μέσος όρος	7 (17,1)	17 (24,3)	24 (21,6)	
Πάνω του μέσου όρου	10 (24,4)	23 (32,9)	33 (29,7)	
Αρκετά πάνω του μέσου όρου	18 (43,9)	26 (37,1)	44 (39,6)	
Σημαντικά πάνω του μέσου όρου	3 (7,3)	4 (5,7)	7 (6,3)	
Μέσος όρος και κάτω	10 (24,4)	17 (24,3)	27 (24,3)	X^2_Y= 0,047
Πάνω του μέσου όρου	31 (75,6)	53 (75,7)	84 (75,7)	P=0,828
Μέση τιμή (x ± SD)	6,07 ± 1,40	6,14 ± 1,07	6,12 ± 1,20	
Διάμεσος (Q_1, Q_3)	7,0 (5,5 , 7,0)	6,0 (5,7 , 7,0)	6,0 (6,0 , 7,0)	Z^*= -0,317 P= 0,751

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), X^2_P= X^2 του Pearson, Z^* =πρόκειται για την τιμή Z του τεστ Mann-Whitney U, όπως δίδεται από το SPSS.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

3.1.4.4. Συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Incongruence Score)

Τέλος, στη συνολική βαθμολογία της οικογένειας, όπως αυτή παρουσιάζεται στον πίνακα 8, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι, ο μέσος όρος της συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος για τους ασθενείς ήταν 51,20 ± 6,66, με εύρος 27-62, ενώ για τους συγγενείς το εύρος κυμάνθηκε από 40-65 με μέσο όρο (53,26 ± 6,03). Οι διάμεσοί τους και τα 1° και 3° τεταρτημόρια (Q_1, Q_3) ήταν αντίστοιχα 52,0(47,0 , 55,0) και 54,0(48,7 , 57,2) χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,154) με το Mann - Whitney Test. Επίσης, η σύγκριση των δύο ομάδων δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά, ούτε όταν συγκρίθηκαν με το Fisher's Exact Test (P=0,190), ούτε όταν η σύγκριση των δύο ομάδων έγινε, κατόπιν σύμπτυξης των κλάσεων σε δύο, με το X^2 του Pearson (P=0,850).

Στον πίνακα 9, παρουσιάζονται συγκεντρωτικά τα αποτελέσματα της οικογενειακής Κλίμακας του Moos, ξεχωριστά για την ομάδα των ασθενών, των συγγενών τους και συνολικά των οικογενειών τους.

Πίνακας 8 Κατανομή, σύγκριση και συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας της οικογένειας μεταξύ των ασθενών και των συγγενών τους.

	Ασθενείς	Συγγενείς	Σύνολο	Διαφορά ασθενών - συγγενών
Σύνολο	41 (100,0)	70 (100,0)	111 (100,0)	
Σκορ οικογένειας (Family Incongruence Score)				
Ελαχίστη - μεγίστη	27-62	40-65	27-65	
20-29	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (0,9)	
30-39	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (0,9)	Fisher's Exact Test=5,348
40-49	11 (26,8)	21 (30,0)	32 (28,8)	P= 0,190
50-59	25 (61,0)	37 (52,9)	62 (55,9)	
60-69	3 (7,3)	12 (17,1)	15 (13,5)	
20-49	13 (31,7)	21 (30,0)	34 (30,6)	X^2_P=0,035
50-90	28 (68,3)	49 (70,0)	77 (69,4)	P=0,850
Μέση τιμή (x ± SD)	51,20 ± 6,66	53,26 ± 6,03	52,50 ± 6,31	
Διάμεσος (Q_1 , Q_3)	52,0 (47,0 , 55,0)	54,0 (48,7 , 57,2)	52,0 (48,0 , 56,0)	Z^*= -1,426 P= 0,154

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), X^2_P= X^2 του Pearson, Z^* =πρόκειται για την τιμή Z του τεστ Mann-Whitney U, όπως δίδεται από το SPSS.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Πίνακας 9 : Κατανομή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος ασθενών και συγγενών

	Σημαντικά κάτω του μέσου όρου	Αρκετά κάτω του μέσου όρου	Κάτω του μέσου όρου	Μέσος όρος	Πάνω του μέσου όρου	Αρκετά πάνω του μέσου όρου	Σημαντικά πάνω του μέσου όρου	Σύνολο
ΑΣΘΕΝΕΙΣ	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Συνοχή	6 14,6	2 4,9	0 0,0	11 26,8	0 0,0	17 41,5	5 12,2	41 100,0
Εκφραστικότητα	8 19,5	0 0,0	8 19,5	20 48,8	0 0,0	4 9,8	1 2,4	41 100,0
Σύγκρουση	0 0,0	3 7,3	2 4,9	26 63,4	3 7,3	6 14,6	1 2,4	41 100,0
Ανεξαρτησία	15 36,6	9 22,0	17 41,5	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	41 100,0
Προσαν. για επιτεύγματα	1 2,4	2 4,9	5 12,2	10 24,4	0 0,0	15 36,6	8 19,5	41 100,0
Προσαν. για πολιτισμό	7 17,1	16 39,0	3 7,3	5 12,2	10 24,4	0 0,0	0 0,0	41 100,0
Προσαν. για ψυχαγωγία	17 41,5	10 24,4	3 7,3	8 19,5	0 0,0	3 7,3	0 0,0	41 100,0
Ηθική & θρησκευτ. έμφαση	0 0,0	2 4,9	10 24,4	7 17,1	8 19,5	10 24,4	4 9,8	41 100,0
Οργάνωση	0 0,0	0 0,0	1 2,4	28 68,3	7 17,1	5 12,2	0 0,0	41 100,0
Έλεγχος	0 0,0	0 0,0	3 7,3	7 17,1	10 24,4	18 43,9	3 7,3	41 100,0
ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ								
Συνοχή	3 4,3	3 4,3	0 0,0	18 25,7	0 0,0	35 50,0	11 15,7	70 100,0
Έκφραση συναισθημάτων	9 12,9	0 0,0	24 34,3	26 37,1	0 0,0	7 10,0	4 5,7	70 100,0
Σύγκρουση	9 12,9	0 0,0	9 12,9	25 35,7	11 15,7	10 14,3	6 8,6	70 100,0
Ανεξαρτησία	24 34,3	14 20,0	27 38,6	5 7,1	0 0,0	0 0,0	0 0,0	70 100,0
Προσαν. για επιτεύγματα	0 0,0	3 4,3	5 7,1	27 38,6	0 0,0	20 28,6	15 21,4	70 100,0
Προσαν. για πολιτισμό	9 12,9	16 22,9	10 14,3	24 34,3	11 15,7	0 0,0	0 0,0	70 100,0
Προσαν. για ψυχαγωγία	27 38,6	10 14,3	15 21,4	15 21,4	3 4,3	0 0,0	0 0,0	70 100,0
Ηθική & θρησκευτ. έμφαση	15 21,4	6 8,6	2 2,9	10 14,3	10 14,3	17 24,3	10 14,3	70 100,0
Οργάνωση	0 0,0	0 0,0	0 0,0	22 31,4	27 38,6	19 27,1	2 2,9	70 100,0
Έλεγχος	0 0,0	0 0,0	0 0,0	17 24,3	23 32,9	26 37,1	4 5,7	70 100,0
ΣΥΝΟΛΟ								
Συνοχή	9 8,1	5 4,5	0 0,0	29 26,1	0 0,0	52 46,8	16 14,4	111 100,0
Έκφραση συναισθημάτων	17 15,3	0 0,0	32 28,8	46 41,4	0 0,0	11 9,9	5 4,5	111 100,0
Σύγκρουση	0 0,0	12 10,8	11 9,9	51 45,9	14 12,6	16 14,4	7 6,3	111 100,0
Ανεξαρτησία	39 35,1	23 20,7	44 39,6	5 4,5	0 0,0	0 0,0	0 0,0	111 100,0
Προσαν. για επιτεύγματα	1 0,9	5 4,5	10 9,0	37 33,3	0 0,0	35 31,5	23 20,7	111 100,0
Προσαν. για πολιτισμό	16 14,4	32 28,8	13 11,7	29 26,1	21 18,9	0 0,0	0 0,0	111 100,0
Προσαν. για ψυχαγωγία	44 39,6	20 18,0	18 16,2	23 20,7	3 2,7	3 2,7	0 0,0	111 100,0
Ηθική & θρησκευτ. έμφαση	15 13,5	8 7,2	12 10,8	17 15,3	18 16,2	27 24,3	14 12,6	111 100,0
Οργάνωση	0 0,0	0 0,0	1 0,9	50 45,0	34 30,6	24 21,6	2 1,8	111 100,0
Έλεγχος	0 0,0	0 0,0	3 2,7	24 21,6	33 29,7	44 39,6	7 6,3	111 100,0

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

3.1.5. Ερωτηματολόγιο Εχθρότητας

Η μέση τιμή της **επίκρισης των άλλων (criticism of others)** για την ομάδα των ασθενών ήταν 6,56 ± 1,91, με εύρος 3-10, και η μέση τιμή της επίκρισης της ομάδας των συγγενών τους ήταν 6,54 ± 2,13, με εύρος 1-10. Οι διάμεσοί τους και τα 1° και 3° τεταρτημόρια (Q_1, Q_3) ήταν αντίστοιχα 7,0(5,0 , 8,0) και 7,0(5,7 , 8,0) χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,762) με το Mann - Whitney Test.

Η μέση τιμή της **παρορμητικής εχθρότητας (acting-out hostility)** των ασθενών ήταν 4,71 ± 2,48, με εύρος 1-9, ενώ η μέση τιμή της παρορμητικής εχθρότητας των συγγενών τους ήταν 4,47 ± 2,07, με εύρος 1-9. Οι διάμεσοί τους και τα 1° και 3° τεταρτημόρια (Q_1, Q_3) ήταν αντίστοιχα 5,0(2,0 , 7,0) και 4,0(3,0 , 5,2) χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,574) με το Mann - Whitney Test.

Η μέση τιμή της **παρανοειδούς εχθρότητας (paranoid hostility)** των ασθενών κυμάνθηκε στο 2,37 ± 1,30, με εύρος 0-5, ενώ για τους συγγενείς ήταν 2,31 ± 1,75, με εύρος 0-6. Οι διάμεσοί τους και τα 1° και 3° τεταρτημόρια (Q_1, Q_3) ήταν αντίστοιχα 2,0(2,0 , 3,0) και 2,0(1,0 , 4,0) χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,488) με το Mann - Whitney Test.

Η μέση τιμή της **αυτοεπίκρισης (self-criticism)** για την ομάδα των ασθενών ήταν 5,22 ± 1,77, με εύρος 2-8, ενώ η μέση τιμή της αυτοεπίκρισης για την ομάδα των συγγενών τους ήταν 4,87 ± 1,74, με εύρος 1-8. Οι διάμεσοί τους και τα 1° και 3° τεταρτημόρια (Q_1, Q_3) ήταν αντίστοιχα 6,0(3,5 , 7,0) και 5,0(4,0 , 6,0) χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,313) με το Mann - Whitney Test.

Στον πίνακα 10, μπορούμε να παρατηρήσουμε πιο αναλυτικά τις μέσες τιμές και τις συγκρίσεις των παραπάνω υποκλιμάκων της εχθρότητας καθώς και αυτή της **ενοχής (Guilt)**, της οποίας η μέση τιμή για τους ασθενείς ήταν 2,95 ± 1,24, με εύρος 1-6, ενώ η μέση τιμή για την ομάδα των συγγενών ήταν 3,16 ± 1,50, με εύρος 1-6. Οι διάμεσοί τους και τα 1° και 3° τεταρτημόρια (Q_1, Q_3) ήταν αντίστοιχα 3,0(2,0 , 3,5) και 3,0(2,0 , 4,2) χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,454) με το Mann - Whitney Test.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Πίνακας 10 Σύγκριση μεταξύ ασθενών και συγγενών ως προς τις υποκλίμακες της εχθρότητας.

	Ασθενείς	Συγγενείς	Σύνολο	Διαφορά ασθενών - συγγενών
Επίκριση των άλλων (Criticism of others)				
Ελαχίστη - μεγίστη	3-10	1-10	1-10	
Μέση τιμή (x ± SD)	6,56 ± 1,91	6,54 ± 2,13	6,55 ± 2,04	
Διάμεσος (Q_1 , Q_3)	7,0 (5,0 , 8,0)	7,0 (5,7 , 8,0)	7,0 (5,0 , 8,0)	Z*= -0,303, P= 0,762
Παρορμητική εχθρότητα (Acting-out hostility)				
Ελαχίστη - μεγίστη	1-9	1-9	1-9	
Μέση τιμή (x ± SD)	4,71 ± 2,48	4,47 ± 2,07	4,56 ± 2,22	
Διάμεσος (Q_1 , Q_3)	5,0 (2,0 , 7,0)	4,0 (3,0 , 5,2)	4,0 (3,0 , 6,0)	Z*= -0,562, P= 0,574
Παρανοειδής εχθρότητα (Paranoid hostility)				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-5	0-6	0-6	
Μέση τιμή (x ± SD)	2,37 ± 1,30	2,31 ± 1,75	2,33 ± 1,59	
Διάμεσος (Q_1 , Q_3)	2,0 (2,0 , 3,0)	2,0 (1,0 , 4,0)	2,0 (1,0 , 3,0)	Z*= -0,694, P= 0,488
Αυτοεπίκριση (Self-criticism)				
Ελαχίστη - μεγίστη	2-8	1-8	1-8	
Μέση τιμή (x ± SD)	5,22 ± 1,77	4,87 ± 1,74	5,00 ± 1,75	
Διάμεσος (Q_1 , Q_3)	6,0 (3,5 , 7,0)	5,0 (4,0 , 6,0)	5,0 (4,0 , 7,0)	Z*= -0,981, P= 0,313
Ενοχή (Guilt)				
Ελαχίστη - μεγίστη	1-6	1-6	1-6	
Μέση τιμή (x ± SD)	2,95 ± 1,24	3,16 ± 1,50	3,08 ± 1,41	
Διάμεσος (Q_1 , Q_3)	3,0 (2,0 , 3,5)	3,0 (2,0 , 4,2)	3,0 (2,0 , 4,0)	Z*= -0,749, P= 0,454

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), Z* =πρόκειται για την τιμή Z του τεστ Mann- Whitney U, όπως δίδεται από το SPSS.

Όσον αφορά στην **εξωστρεφή εχθρότητα (Extrapunitiveness)**, (την άθροιση, δηλαδή, της βαθμολογίας των υποκλιμάκων: επίκριση των άλλων - παρορμητική εχθρότητα - παρανοειδής εχθρότητα) μπορούσε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 11, ότι η μέση τιμή

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

της για τους ασθενείς ήταν 13,63 ± 3,68, με εύρος 8-22, ενώ η μέση τιμή της εξωστρεφούς εχθρότητας για την ομάδα των συγγενών τους ήταν 13,3 ± 4,20, με εύρος 4-22. Οι διάμεσοί τους και τα 1° και 3° τεταρτημόρια (Q_1, Q_3) ήταν αντίστοιχα 13,0(11,5 , 15,5) και 14,0(11,0 , 16,2) χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,951) με το Mann - Whitney Test.

Πίνακας 11 Κατανομή, σύγκριση και συσχέτιση της εξωστρεφούς και ενδοστρεφούς εχθρότητας των ασθενών με οξεία λευχαιμία, που νοσηλεύτηκαν στο ΠΠΓΝΙ από τον Ιανουάριο μέχρι και τον Δεκέμβριο του 2001, και των συγγενών τους.

	Ασθενείς	Συγγενείς	Σύνολο	Διαφορά ασθενών - συγγενών
Σύνολο	41 (100,0)	70 (100,0)	111 (100,0)	
Εξωστρεφής εχθρότητα (Extrapunitiveness)				
Ελαχίστη - μεγίστη	8-22	4-22	4-22	
0-4	0 (0,0)	1 (1,4)	1 (0,9)	
5-9	5 (12,2)	9 (12,9)	14 (12,6)	Fisher's Exact Test=2,521
10-14	24 (58,5)	32(45,7)	56 (50,5)	P= 0,691
15-19	9 (22,0)	23 (32,9)	32 (28,8)	
20-24	3 (7,3)	5 (7,1)	8 (7,2)	
Μέση τιμή (x ± SD)	13,63 ± 3,68	13,30 ± 4,20	13,44 ± 4,00	
Διάμεσος (Q_1 , Q_3)	13,0 (11,5 , 15,5)	14,0 (11,0 , 16,2)	13,0 (11,0 , 16,0)	Z^*= -0,061, P= 0,951
Ενδοστρεφής εχθρότητα (Intropunitiveness)				
Ελαχίστη - μεγίστη	4-14	2-14	2-14	
0-4	1 (2,4)	6 (8,6)	7 (6,3)	
5-9	29 (70,7)	41 (58,6)	70 (63,1)	Fisher's Exact Test=2,214
10-14	11 (26,8)	23 (32,9)	34 (30,6)	P=0,301
Μέση τιμή (x ± SD)	8,17 ± 2,35	8,03 ± 3,00	8,08 ± 2,77	
Διάμεσος (Q_1 , Q_3)	9,0 (6,0 , 10,0)	8,0 (6,0 , 10,0)	8,0 (6,0 , 10,0)	Z^*= -0,283, P= 0,777

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), Z^* =πρόκειται για την τιμή Z του τεστ Mann- Whitney U, όπως δίδεται από το SPSS.

Αλλά και για την **ενδοστρεφή εχθρότητα (Intropunitiveness)**, (την άθροιση της βαθμολογίας των υποκλιμάκων αυτοεπίκρισης και ενοχής) τα αποτέλεσμα ήταν παρόμοια, μια και η μέση τιμή της ενδοστρεφούς εχθρότητας για τους ασθενείς ήταν 8,17 ± 2,35, με εύρος 4-14, ενώ η μέση τιμή της ενδοστρεφούς εχθρότητας για την ομάδα των συγγενών ήταν 8,03 ± 3,00, με εύρος 2-14. Οι διάμεσοί τους και τα 1° και 3° τεταρτημόρια (Q_1, Q_3)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ήταν αντίστοιχα 9,0(6,0 , 10,0) και 8,0(6,0 , 10,0) χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,777) με το Mann - Whitney Test.

Στην **ολική εχθρότητα (total hostility)** των δύο ομάδων, όπως φαίνεται στον πίνακα 12, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ασθενών και συγγενών ήταν αντίστοιχα 21,80 ± 5,11, με εύρος 13-34 και 21,36 ± 6,16, με εύρος 6-16. Οι διάμεσοί τους και τα 1° και 3° τεταρτημόρια (Q_1, Q_3) ήταν αντίστοιχα 22,0(19,0 , 23,0) και 21,0(16,7 , 26,2) χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,536) με το Mann - Whitney Test.

Πίνακας 12 Κατανομή, σύγκριση και συσχέτιση της ολικής εχθρότητας των ασθενών με οξεία λευχαιμία, που νοσηλεύτηκαν στο ΠΠΓΝΙ από τον Ιανουάριο μέχρι και τον Δεκέμβριο του 2001, και των συγγενών τους.

	Ασθενείς	Συγγενείς	Σύνολο	Διαφορά ασθενών - συγγενών
Σύνολο	41 (100,0)	70 (100,0)	111 (100,0)	
Ολική εχθρότητα (Total hostility)				
Ελαχίστη - μεγίστη	13-34	6-33	6-34	
5-9	0 (0,0)	1 (1,4)	1 (0,9)	
10-14	5 (12,2)	9 (12,9)	14 (12,6)	
15-19	6 (14,6)	18 (25,7)	24 (21,6)	Fisher's Exact Test=11,847
20-24	23 (56,1)	20 (28,6)	43 (38,7)	P=0,026(*)
25-29	2 (4,9)	15 (21,4)	17 (15,3)	
30-34	5 (12,2)	7 (10,0)	12 (10,8)	
0-11	0 (0,0)	2 (2,9)	2 (1,8)	Fisher's Exact Test=0,860
12-14	5 (12,2)	8 (11,4)	13 (11,7)	P= 0,785
15-34	36 (87,8)	60 (85,7)	96 (86,5)	
5-14	5 (12,2)	10 (14,3)	15 (13,5)	X^2_P=3,281
15-24	29 (70,7)	38 (54,3)	67 (60,4)	P= 0,193
25-34	7 (17,1)	22 (31,4)	29 (26,1)	
Μέση τιμή (x ± SD)	21,80 ± 5,11	21,36 ± 6,16	21,52 ± 5,77	
Διάμεσος (Q_1 , Q_3)	22,0 (19,0 , 23,0)	21,0 (16,7 , 26,2)	22,0 (18,0 , 26,0)	Z^*= -0,619, P= 0,536

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), X^2_P= X^2 του Pearson, Z^* =πρόκειται για την τιμή Z του τεστ Mann-Whitney U, όπως δίδεται από το SPSS.

Στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο 5%, (P=0,026), προέκυψε όταν οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το Fisher's Exact Test. Όταν, όμως, η σύγκρισή τους έγινε με σύμπτυξη των κλάσεων σε τρεις, με τομή τους 12-14 βαθμούς που αποτελούν το μέσο όρο της ολικής εχθρότητας για υγιείς ομάδες του πληθυσμού δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,785). Αλλά και όταν οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν, με σύμπτυξη

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

των κλάσεων σε τρεις και με γνώμονα αυτή τη φορά τις τελευταίες απόψεις που θέλουν την ολική επιθετικότητα αυξημένη, με το X^2 του Pearson δεν προέκυψε πάλι στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,193).

Στους πίνακες 11 και 12, που παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα, μπορούμε να δούμε ότι δεν υπάρχουν οι κλάσεις με τις υψηλές τιμές της εχθρότητας (εξωστρεφής εχθρότητα έως και 33 βαθμούς, ενδοστρεφής έως και 18, ολική εχθρότητα έως και 51) μια και κανείς τόσο από τους ασθενείς όσο κι από την ομάδα των συγγενών τους δεν συγκέντρωσαν.

3.1.6. Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)

Όπως φαίνεται στον πίνακα 13, το παροδικό (State) άγχος των ασθενών βρέθηκε από 30 μέχρι 75 βαθμούς της Κλίμακας του Spielberger και κατά μέσο όρο 53,32 ±14,76, ενώ των συγγενών τους κυμάνθηκε από 30 μέχρι 78 βαθμούς της Κλίμακας του Spielberger και μέσο όρο (58,67 ±11,67). Οι διάμεσοί τους και τα 1° και 3° τεταρτημόρια (Q_1, Q_3) ήταν αντίστοιχα 55,0(39,5 , 68,0) και 60,5(50,0 , 68,0) με στατιστικά ενδεικτική σημαντικότητα (P=0,083) με το Mann - Whitney Test. Συγκρίνοντας τις δύο ομάδες με το Fisher's Exact Test παρατηρήθηκε μεταξύ τους στατιστικά σημαντική διαφορά, σε επίπεδο 5% (P=0,014). Η σύγκριση των δύο ομάδων, κατόπιν σύμπτυξης των κλάσεων σε κατανομή που αποτελείται από δύο κατηγορίες (ανά 40 βαθμούς, μια και το 39,69 είναι ο μέσος όρος για το παροδικό άγχος υγιούς πληθυσμού), με το X^2 διορθωμένο κατά Yates έδειξε και πάλι ότι μεταξύ των δύο ομάδων υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο 5% (P<0,05).

Όσον αφορά στο μόνιμο άγχος (Trait) που αισθάνονται οι ασθενείς βρέθηκε από 28 μέχρι 73 βαθμούς της Κλίμακας του Spielberger και κατά μέσο όρο 42,80 ±10,72, ενώ για τους συγγενείς τους βρέθηκε από 22 μέχρι 76 βαθμούς της Κλίμακας του Spielberger και μέσο όρο 43,66 ±11,36. Οι διάμεσοί τους και τα 1° και 3° τεταρτημόρια (Q_1, Q_3) ήταν αντίστοιχα 41,0(34,0 , 51,5) και 43,0(34,7 , 48,0) χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,744) με το Mann - Whitney Test. Συγκρίνοντας τις δύο ομάδες, ως προς το μόνιμο άγχος με το Fisher's Exact Test δεν παρατηρήθηκε μεταξύ τους στατιστικά σημαντική διαφορά, (P=0,518). Η σύγκριση, δε, των δύο ομάδων, κατόπιν σύμπτυξης των κλάσεων

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Πίνακας 13 Κατανομή, σύγκριση και συσχέτιση, του άγχους (παροδικού και μόνιμου) των ασθενών με οξεία λευχαιμία που νοσηλεύτηκαν στο ΠΠΓΝΙ, από 1/2001 μέχρι 12/2001 και των συγγενών τους.

	Ασθενείς	Συγγενείς	Σύνολο	Διαφορά ασθενών - συγγενών
Σύνολο	41 (100,0)	70 (100,0)	111 (100,0)	
Παροδικό άγχος (State anxiety)				
Ελαχίστη - μέγίστη	30-75	30-78	30-78	
30-39	10 (24,4)	5 (7,1)	15 (13,6)	Fisher's Exact Test=12,250
40-49	10 (24,4)	9 (12,9)	19 (17,1)	P=0,014(*)
50-59	4 (9,8)	19 (27,1)	23 (20,7)	
60-69	9 (22,0)	23 (32,9)	32 (28,8)	
70-79	8 (19,4)	14 (20,0)	22 (19,8)	
0-40	11 (26,83)	6 (8,57)	17 (15,31)	X^2_Y = 5,31
41-80	30 (73,17)	64 (91,43)	94 (84,69)	P=0,021(*)
Μέση τιμή (x ± SD)	53,32 ± 14,76	58,67 ± 11,67	56,70 ± 13,09	
Διάμεσος (Q_1 , Q_3)	55,0 (39,5 , 68,0)	60,5 (50,0 , 68,0)	59,0 (45,0 , 68,0)	Z*= -1,733, P= 0,083
Μόνιμο άγχος (Trait anxiety)				
Ελαχίστη - μεγίστη	28-73	22-76	22-76	
20-29	4 (9,8)	4 (5,6)	8 (7,2)	
30-39	15 (36,6)	23 (32,9)	38 (34,2)	Fisher's Exact Test=4,269
40-49	10 (24,4)	27 (38,6)	37 (33,4)	P= 0,518
50-59	10 (24,4)	10 (14,3)	20 (18,0)	
60-69	1 (2,4)	3 (4,3)	4 (3,6)	
70-79	1 (2,4)	3 (4,3)	4 (3,6)	
0-40	20 (48,78)	29 (41,43)	49 (44,14)	X^2_P = 0,567
41-80	21 (51,22)	41 (58,57)	62 (55,86)	P=0,452
Μέση τιμή (x ± SD)	42,80 ± 10,72	43,66 ± 11,36	43,34 ± 11,09	
Διάμεσος (Q_1 , Q_3)	41,0 (34,0 , 51,5)	43,0 (34,7 , 48,0)	42,0 (34,0 , 51,0)	Z*= -0,327, P= 0,744

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), X^2_P= X^2 του Pearson, Z* =πρόκειται για την τιμή Z του τεστ Mann-Whitney U, όπως δίδεται από το SPSS.

σε κατανομή που αποτελείται από δύο κατηγορίες (ανά 40 βαθμούς, μια και το 40,41 είναι ο μέσος όρος για το μόνιμο άγχος υγιούς πληθυσμού), με το X^2 του Pearson έδειξε και πάλι ότι μεταξύ των δύο ομάδων δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,452).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

3.1.7. Κλίμακα εκτίμησης της αλεξιθυμίας του Sifneos (SSPS)

Όπως φαίνεται στον πίνακα 14, οι μέσες τιμές της αλεξιθυμίας ήταν 7,54±2,03, με εύρος της μέσης τιμής 3-11 για την ομάδα των ασθενών, και 8,89 ±1,55, με εύρος της μέσης τιμής 5-13 για την ομάδα των συγγενών τους. Οι διάμεσοί τους και τα 1° και 3° τεταρτημόρια (Q_1, Q_3) ήταν αντίστοιχα 8,0(6,0 , 9,5) και 9,0(8,0 , 10,0) με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά σε επίπεδο 1‰ (P=0,001) με το Mann - Whitney Test.

Πίνακας 14 Κατανομή, σύγκριση και συσχέτιση, της αλεξιθυμίας των ασθενών με οξεία λευχαιμία, που νοσηλεύτηκαν στο ΠΠΓΝΙ από τον Ιανουάριο μέχρι και τον Δεκέμβριο του 2001, και των συγγενών τους.

	Ασθενείς	Συγγενείς	Σύνολο	Διαφορά ασθενών - συγγενών
Σύνολο	41 (100,0)	70 (100,0)	111 (100,0)	
Αλεξιθυμία (Alexithymia)				
Ελαχίστη - μεγίστη	3-11	5-13	3-13	
3 βαθμούς	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (0,9)	
4 βαθμούς	2 (4,9)	0 (0,0)	2 (1,8)	
5 βαθμούς	3 (7,3)	1 (1,4)	4 (3,6)	
6 βαθμούς	9 (22,0)	3 (4,3)	12 (10,8)	
7 βαθμούς	4 (9,8)	7 (6,3)	11 (9,9)	Fisher's Exact=22,461
8 βαθμούς	8 (19,5)	18 (25,7)	26 (23,4)	P=0,003(**)
9 βαθμούς	4 (9,8)	19 (27,1)	23 (20,7)	
10 βαθμούς	9 (22,0)	11 (12,6)	20 (18,0)	
11 βαθμούς	1 (2,4)	8 (11,4)	9 (8,1)	
12 βαθμούς	0 (0,0)	2 (2,9)	2 (1,8)	
13 βαθμούς	0 (0,0)	1 (1,4)	1 (0,9)	
0-10	40 (97,6)	59 (84,3)	99 (89,2)	X^2_Y=3,449
11-20	1 (2,4)	11 (15,7)	12 (10,8)	P=0,063(MS)
0-9	31 (75,6)	48 (68,6)	79 (71,2)	X^2_P=0,624
10-20	10 (24,4)	22 (31,4)	32 (28,8)	P=0,429
Μέση τιμή (x ± SD)	7,54 ± 2,03	8,89 ± 1,55	8,39 ± 1,85	
Διάμεσος (Q_1 , Q_3)	8,0 (6,0 , 9,5)	9,0 (8,0 , 10,0)	8,0 (7,0 , 10,0)	Z^*= -3,242, P= 0,001

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), X^2_P= X^2 του Pearson , X^2_Y= X^2 με διόρθωση κατά Yates, Z^* =πρόκειται για την τιμή Z του τεστ Mann- Whitney U, όπως δίδεται από το SPSS.

Συγκρίνοντας τις δύο ομάδες με το Fisher's Exact Test παρατηρήθηκε μεταξύ τους στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά, σε επίπεδο 1% (P=0,003). Η σύγκριση των δύο ομάδων, κατόπιν σύμπτυξης των κλάσεων σε κατανομή που αποτελείται από δύο

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

κατηγορίες με τομή στους 10 βαθμούς που θεωρείται και το σημείο διαχωρισμού (cat off point) των αλεξιθυμικών από τα μη αλεξιθυμικά άτομα, με το X^2 διορθωμένο κατά Yates έδειξε διαφορά στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας (P=0,063). Αλλά και στη σύγκρισή τους, κατόπιν σύμπτυξης των κλάσεων σε κατανομή που αποτελείται από δύο κατηγορίες με τομή στους 9 βαθμούς, με το X^2 του Pearson έδειξε στατιστικά μη σημαντική διαφορά (P=0,429).

3.1.8. Συσχετίσεις ανά δύο μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών

Κατά πρώτον έγινε έλεγχος για την ύπαρξη συσχετίσεων της κάθε ποσοτικής μεταβλητής με όλες τις άλλες ποσοτικές μεταβλητές, τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για τις δύο ομάδες ξεχωριστά, δηλαδή την ομάδα των ασθενών με οξεία λευχαιμία και την ομάδα των στενών συγγενών τους.

3.1.9.1. Συσχέτιση με το συντελεστή συσχέτισης κατά Kendall του συνόλου του δείγματος

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της ηλικίας και των άλλων μεταβλητών, όπως φαίνεται και στον πίνακα 15, προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της έκφρασης των συναισθημάτων (t.b.=-0,226 και P=0,001), και στατιστικά πολύ σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και τη συνοχή της οικογένειας (t.b.=-0,197 και P=0,006), την ανεξαρτησία (t.b.=-0,198 και P=0,005), τον προσανατολισμό για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,178 και P=0,010), τον έλεγχο (t.b.=0,191 και P=0,008), και τη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=-0,188 και P=0,005).

Επίσης, σημαντική συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ηλικίας και του προσανατολισμού για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,139 και P=0,047),

Ενδεικτικής σημαντικότητας συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ηλικίας και του μόνιμου άγχους (t.b.=0,129 και P=0,050).

Ως προς την χρονική απόσταση από τη διάγνωση η μόνη συσχέτιση που παρατηρήθηκε ήταν αυτής με την ηθική και θρησκευτική έμφαση (t.b.=-0,182 και P=0,009).

Συσχετίσεις της Αλεξιθυμίας

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της αλεξιθυμίας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση μεταξύ της αλεξιθυμίας και των: επίκριση των άλλων (t.b.=0,314 και P=0,000), και ολικής εχθρότητας (t.b.=0,242 και P=0,001).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Πολύ σημαντική (P<0,01)συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της αλεξιθυμίας και των: ενοχή (t.b.=0,193 και P=0,010), εξωστρεφούς εχθρότητας (t.b.=0,208 και P=0,003), ενδοστρεφούς εχθρότητας (t.b.=0,218 και P=0,003), προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,193 και P=0,009) και προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,229 και P=0,002).

Επίσης, σημαντική (P<0,05)συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της αλεξιθυμίας και των: αυτοεπίκριση (t.b.=-0,187 και P=0,011), και συνοχή (t.b.=0,170 και P=0,026).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της αλεξιθυμίας και των: οργάνωση (t.b.=-0,131 και P=0,086).

Συσχετίσεις του παροδικού άγχους

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του παροδικού άγχους και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στο παροδικό άγχος και των: μόνιμο άγχος (t.b.= 0,306και P=0,000), ενοχή (t.b.=298 και P=0,000), ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,262 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01)συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του παροδικού άγχους και των: αυτοεπίκριση (t.b.=0,186 και P=0,008), ολική εχθρότητα (t.b.=0,201 και P=0,003),προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,199 και P=0,004).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του παροδικού άγχους και των: εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,135 και P=0,044), ανεξαρτησία (t.b.=-0,177 και P=0,013), προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,167 και P=0,017), έλεγχος (t.b.=0,158 και P=0,029).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) ήταν η συσχέτιση μεταξύ του παροδικού άγχους: της παρανοειδούς εχθρότητας (t.b.=0,124 και P=0,077), και της συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=0,112 και P=0,091).

Συσχετίσεις του μόνιμου άγχους

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του μόνιμου άγχους και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στο μόνιμο άγχος και των: παροδικό άγχος (t.b.=0,306 και P=0,000), εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,216 και P=0,001), ολική εχθρότητα (t.b.=0,224 και P=0,001), συνοχή (t.b.=-0,244 και P=0,001), εκφραστικότητα (t.b.=-0,248 και P=0,000), ανεξαρτησία (t.b.=-0,279 και P=0,000), προσανατολισμός για ενεργό

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ψυχαγωγία (t.b.=-0,247 και P=0,000), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=-0,242 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του μόνιμου άγχους και των: ενοχή (t.b.=0,204 και P=0,004), και σύγκρουση (t.b.=0,192 και P=0,006).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του μόνιμου άγχους και των: επίκριση των άλλων (t.b.=0,175 και P=0,011), ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,160 και P=0,020), προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=-0,156 και P=0,028), και έλεγχος (t.b.=0,172 και P=0,017).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στο μόνιμο άγχος και την παρορμητική εχθρότητα (t.b.=0,125 και P=0,070). παρανοειδής εχθρότητα (t.b.=0,136 και P=0,053), και προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,136 και P=0,052).

Συσχετίσεις της επίκρισης των άλλων

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της επίκρισης των άλλων και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην επίκριση των άλλων και των: αλεξιθυμία (t.b.=0,314 και P=0,000), αυτοεπίκριση (t.b.=0,338 και P=0,000), ενοχή (t.b.=0,238 και P=0,001), εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,492 και P=0,000), ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,332 και P=0,000), ολική εχθρότητα (t.b.=0,520 και P=0,000), εκφραστικότητα (t.b.=-0,257 και P=0,001), σύγκρουση (t.b.=0,236 και P=0,001), προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,293 και P=0,000), προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,262 και P=0,000), οργάνωση (t.b.=-0,340 και P=0,000) και έλεγχος του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,341 και P=0,000), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=-0,233 και P=0,001).

Επίσης, πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της επίκρισης των άλλων και των: παρανοειδής εχθρότητας (t.b.=0,176 και P=0,017), και προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=-0,173 και P=0,020).

Σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της επίκρισης των άλλων και του μόνιμου άγχους (t.b.=0,175 και P=0,011).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Πίνακας 15 Συσχέτιση ανά δύο όλων των μεταβλητών που εξετάστηκαν με το μη παραμετρικό τεστ συσχέτισης t.b. του Kendall στο σύνολο των 111 εξετασθέντων.

	Ηλικία	Χρονική απόσταση εξέτασης από την διάγνωση	Αλεξιθυμία	Παροδικό άγχος	Μόνιμο άγχος	Επίκριση των άλλων	Παρορμητική εχθρότητα	Παρανοειδής εχθρότητα	Αυτο επίκριση	Ενοχή	Εξωστρεφής εχθρότητα	Ενδοστρεφής εχθρότητα
Χρονική απόσταση εξέτασης από την διάγνωση	,059											
Αλεξιθυμία	-,050	-,058										
Παροδικό άγχος	,025	,109	,046									
Μόνιμο άγχος	,129(MS)	,021	,113	,306***								
Επίκριση των άλλων	,057	,076	,314***	,025	,175*							
Παρορμητική εχθρότητα	-,049	,022	,062	,075	,125MS	,070						
Παρανοειδής εχθρότητα	,065	,078	,094	,124MS	,136MS	,176*	,162*					
Αυτοεπίκριση	,073	,046	,187*	,186**	,105	,338***	-,024	,106				
Ενοχή	,053	,104	,193**	,298***	,204**	,238***	,198**	,321***	,400***			
Εξωστρεφής εχθρότητα	,029	,050	,208**	,135*	,216***	,492***	,555***	,502***	,201**	,379***		
Ενδοστρεφής εχθρότητα	,060	,071	,218**	,262***	,160*	,332***	,090	,210**	,800***	,699***	,309***	
Ολική εχθρότητα	056	,085	,242***	,201**	,224***	,520***	,402***	,439***	,475***	,584***	,768***	,602***
Συνοχή	-,197**	,046	,170*	,028	-,244***	-,022	-,037	,140MS	,015	-,032	,011	,019
Εκφραστικότητα	-,226***	-,121MS	-,119	-,019	-,248***	-,257***	,219**	-,018	-,097	-,062	,025	-,060
Σύγκρουση	,112	-,013	,080	-,003	,192**	,236***	,183*	,055	,008	,224**	,243***	,107
Ανεξαρτησία	,-198**	-,077	,090	-,177*	-,279***	-,077	-,035	,004	-,029	-,193*	-,057	-,112
Προσ/σμός για επιτεύγματα	-,012	-,026	,071	-,044	-,156*	-,173*	-,072	,003	-,008	-,165*	-,121MS	-,083
Προσ/σμός για πολιτισμό και διανόηση	-,139*	,056	-,193**	-,167*	-,136MS	-,293***	-,148*	-,065	-,460***	-,385***	-,280***	-,495***
Προσ/σμός για ενεργό ψυχαγωγία	-,178**	-,045	-,229**	-,199**	-,247***	-,262***	-,183*	-,078	-,346***	-,369***	-,280***	-,416***
Ηθική & θρησκευτικ.	-,011	-,182**	,071	-,036	-,048	-,050	-,115	,070	-,020	-,032	-,046	-,026
Οργάνωση	-,103	-,093	-,131MS	,069	,003	-,340***	,106	-,203**	-,082	-,148MS	-,120	-,117
Έλεγχος	,191**	,049	,110	,158*	,172*	,341***	,099	,075	,273***	,142MS	,259***	,264***
Scot.b.e οικογένειας	-,188**	-,085	-,036	-,112MS	-,242***	-,233***	-,043	,024	-,197**	-,248***	-,132MS	-,241***

MS (Mat.b.ginally significant)= διαφορά ενδεικτική σημαντικότητας (0,05<P<0,10), *= Σημαντική διαφορά σε επίπεδο 5% (P<0,005), **= Πολύ σημαντική διαφορά σε επίπεδο 1% (P<0,01), ***= Πάρα πολύ σημαντική διαφορά σε επίπεδο 1‰. Όπου δεν σημειώνεται τίποτε η διαφορά είναι μη στατιστικά σημαντική.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Ολική εχθρότητα	Συνοχή	Έκφραση συναισθημάτων	Σύγκρουση	Ανεξαρτησία	Προσ/σμός για επιτεύγματα	Προσ/σμός για πολιτισμό	Προσ/σμός για ψυχαγωγία	Ηθική & θρησκευτικότητα	Οργάνωση	Έλεγχος	
											Χρονική απόσταση εξέτασης από την διάγνωση
											Αλεξιθυμία
											Παροδικό άγχος
											Μόνιμο άγχος
											Επίκριση των άλλων
											Παρορμητική εχθρότητα
											Παρανοειδής εχθρότητα
											Αυτοεπίκριση
											Ενοχή
											Εξωστρεφής εχθρότητα
											Ενδοστρεφής εχθρότητα
											Ολική εχθρότητα
-,005											Συνοχή
-,037	,306***										Εκφραστικότητα
,230***	-421***	-,253***									Σύγκρουση
-,083	,529***	,184*	-,381***								Ανεξαρτησία
-,130MS	,333***	,192*	-203**	,258***							Προσ/σμός για επιτεύγματα
-,432***	,091	-,036	-,002	,140MS	,182*						Προσ/σμός για πολιτισμό και διανόηση
-,402***	,136MS	,097	-,086	,175*	,174*	,587***					Προσ/σμός για ενεργό ψυχαγωγία
-,036	,181*	,115	-,223**	,244***	,047	-,028	-,081				Ηθική και θρησκευτικότητα
-,161*	,017	,239**	-,062	,061	,217**	,012	,102	-,150*			Οργάνωση
,291***	-,146MS	-,090	,186*	-,135MS	-,132MS	-,291***	-,252***	-,047	-,012		Έλεγχος
-,217***	,444***	,361***	-,204**	,486***	,411***	,421***	,427***	,308***	,180*	-,096	Scot.b.e οικογένειας

Συσχετίσεις της παρορμητικής εχθρότητας

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της παρορμητικής εχθρότητας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην παρορμητική εχθρότητα και των: εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,555 και P=0,000), ολική εχθρότητα (t.b.=0,402 και P=0,000).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της παρορμητικής εχθρότητας και των: ενοχή (t.b.=0,198 και P=0,008), και εκφραστικότητα (t.b.=0,219 και P=0,003).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της παρορμητικής εχθρότητας και των: παρανοειδής εχθρότητα (t.b.=0,162 και P=0,027), σύγκρουση (t.b.=0,183 και P=0,012), και προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,148 και P=0,043) και προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,183 και P=0,012).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην παρορμητική εχθρότητα και στο μόνιμο άγχος (t.b.=0,125 και P=0,070).

Συσχετίσεις της παρανοειδούς εχθρότητας

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της παρανοειδούς εχθρότητας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην παρανοειδή εχθρότητα και των: ενοχή (t.b.=0,321 και P=0,000), εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,502 και P=0,000), και ολική εχθρότητα (t.b.=0,439 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της παρανοειδούς εχθρότητας και των: ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,210 και P=0,004),και οργάνωση του οικογενειακού συστήματος (t.b.=-0,203 και P=0,008).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της παρανοειδής εχθρότητα και των: επίκριση των άλλων (t.b.=0,176 και P=0,017), και παρορμητική εχθρότητα (t.b.=0,162 και P=0,027),

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην παρανοειδή εχθρότητα και των: παροδικό άγχος (t.b.=0,124 και P=0,077), μόνιμο άγχος (t.b.=0,136 και P=0,053), και συνοχή (t.b.=0,140 και P=0,068).

Συσχετίσεις της αυτοεπίκρισης

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της αυτοεπίκρισης και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην αυτοεπίκριση και των: επίκριση των άλλων (t.b.=0,338 και P=0,000), ενοχή (t.b.=0,400 και P=0,000), ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,800 και P=0,000), ολική εχθρότητα (t.b.=0,475, P=0,000), προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,460, P=0,000), προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,346, P=0,000), και έλεγχος του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,273, P=0,000).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Επίσης, πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της αυτοεπίκρισης και των: παροδικό άγχος (t.b.=0,186 και P=0,008), εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,201 και P=0,005), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=-0,197 και P=0,005).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της αυτοεπίκρισης και της αλεξιθυμίας (t.b.=0,187 και P=0,011).

Συσχετίσεις της ενοχής

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ενοχής και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην ενοχή και των: παροδικό άγχος (t.b.=0,298 και P=0,000), επίκριση των άλλων (t.b.=0,238 και P=0,001), παρανοειδής εχθρότητα (t.b.=0,321 και P=0,000), αυτοεπίκριση (t.b.=0,400 και P=0,000), εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,379 και P=0,000), ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,699 και P=0,000), ολική εχθρότητα (t.b.=0,584, P=0,000), προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,385, P=0,000), προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,369, P=0,000), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=-0,248 και P=0,001).

Πολύ σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ενοχής και των: αλεξιθυμία (t.b.=0,193 και P=0,010), μόνιμο άγχος (t.b.=0,204 και P=0,004), παρορμητική εχθρότητα (t.b.=0,198 και P=0,008), και σύγκρουση (t.b.=0,224 και P=0,003).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ενοχής και των: ανεξαρτησία (t.b.=-0,193, P=0,012), και προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=-0,165 και P=0,031).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην ενοχή και των: οργάνωση (t.b.=-0,148 και P=0,056), και έλεγχος του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,142 και P=0,069).

Συσχετίσεις της εξωστρεφούς εχθρότητας

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της εξωστρεφούς εχθρότητας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην εξωστρεφή εχθρότητα και των: μόνιμο άγχος (t.b.=0,216 και P=0,001), επίκριση των άλλων (t.b.=0,492 και P=0,000), παρορμητική εχθρότητα (t.b.=0,555 και P=0,000), παρανοειδής εχθρότητα (t.b.=0,502 και P=0,000), ενοχή (t.b.=0,400 και P=0,000), ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,309 και

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

P=0,000), ολική εχθρότητα (t.b.=0,768 και P=0,000), σύγκρουση (t.b.=0,243, P=0,001), προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,280 και P=0,000), προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,280 και P=0,000) και έλεγχος του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,259 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της εξωστρεφούς εχθρότητας και των: αλεξιθυμία (t.b.=0,208 και P=0,003), και αυτοεπίκριση (t.b.=0,201 και P=0,005).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της εξωστρεφούς εχθρότητας και του παροδικού άγχους (t.b.=-0,135 και P=0,044).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην εξωστρεφή εχθρότητα και των: προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=-0,121 και P=0,097), και στη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=-0,132 και P=0,051).

Συσχετίσεις της ενδοστρεφούς εχθρότητας

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ενδοστρεφούς εχθρότητας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην ενδοστρεφή εχθρότητα και των: παροδικό άγχος (t.b.=0,262 και P=0,000), επίκριση των άλλων (t.b.=0,332 και P=0,000), αυτοεπίκριση (t.b.=0,800 και P=0,000), ενοχή (t.b.=0,699 και P=0,000), εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,309 και P=0,000), ολική εχθρότητα (t.b.=0,602 και P=0,000), προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,495 και P=0,000), προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,416 και P=0,000), έλεγχος του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,264 και P=0,000), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=-0,241 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ενδοστρεφούς εχθρότητας και των: αλεξιθυμία (t.b.=0,218 και P=0,003), και παρανοειδής εχθρότητα (t.b.=0,210 και P=0,004).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ενδοστρεφούς εχθρότητας και του μόνιμου άγχους (t.b.=0,160 και P=0,020).

Συσχετίσεις της ολικής εχθρότητας

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ολικής εχθρότητας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην ολική εχθρότητα και των: αλεξιθυμία (t.b.=0,242 και

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

P=0,001), μόνιμο άγχος (t.b.=0,224 και P=0,001), επίκριση των άλλων (t.b.=0,520 και P=0,000), παρορμητική εχθρότητα (t.b.=0,402 και P=0,000), παρανοειδής εχθρότητα (t.b.=0,439 και P=0,000), αυτοεπίκριση (t.b.=0,475 και P=0,000), ενοχή (t.b.=0,584 και P=0,000), εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,768 και P=0,000), ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,602 και P=0,000), σύγκρουση (t.b.=0,230 και P=0,001), προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,432 και P=0,000), προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,402 και P=0,000), έλεγχος του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,291 και P=0,000), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=-0,217 και P=0,001).

Πολύ σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ολικής εχθρότητας και του παροδικού άγχους (t.b.=0,201 και P=0,003).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην ολική εχθρότητα και στην οργάνωση του οικογενειακού συστήματος (t.b.=-0,161 και P=0,028).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην ολική εχθρότητα και του προσανατολισμού για επιτεύγματα (t.b.=-0,130 και P=0,073).

Συσχετίσεις της συνοχής

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της συνοχής και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στη συνοχή και των: μόνιμο άγχος (t.b.=-0,244 και P=0,001), εκφραστικότητα (t.b.=0,306 και P=0,000), σύγκρουση (t.b.=-0,421 και P=0,000), ανεξαρτησία (t.b.=0,529 και P=0,000), προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=0,333 και P=0,000), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=0,444 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της συνοχής και της ηλικίας (t.b.=-0,197 και P=0,006).

Επίσης, σημαντική (P<0,015 συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στη συνοχή και των: αλεξιθυμία (t.b.=0,170 και P=0,026), και ηθική και θρησκευτική έμφαση (t.b.=0,181 και P=0,016).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στη συνοχή και των: παρανοειδή εχθρότητα (t.b.=0,140 και P=0,068), στον προσανατολισμό για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=0,136 και P=0,073).

Συσχέτιση της εκφραστικότητας

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της έκφρασης των συναισθημάτων και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην εκφραστικότητα και των: ηλικία (t.b.=-0,226 και P=0,001), μόνιμο άγχος (t.b.=-0,248 και P=0,000), επίκριση των άλλων (t.b.=-0,257 και P=0,001), συνοχή (t.b.=0,306 και P=0,000), σύγκρουση (t.b.=-0,253 και P=0,001), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=0,361 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα της έκφρασης των συναισθημάτων και των: παρορμητική εχθρότητα (t.b.=0,219 και P=0,003), και οργάνωση του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,239 και P=0,002).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στη εκφραστικότητα και των: ανεξαρτησία (t.b.=0,184 και P=0,016), και προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=0,192 και P=0,012).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην εκφραστικότητα και της χρονικής απόστασης από τη διάγνωση (t.b.=-0,121 και P=0,091).

Συσχετίσεις της σύγκρουσης

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της σύγκρουσης και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στη σύγκρουση και της ανεξαρτησίας (t.b.=-0,381 και P=0,001).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στη σύγκρουση και των: προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=0,192 και P=0,007), ηθική και θρησκευτική έμφαση (t.b.=-0,223 και P=0,002), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=-0,204 και P=0,004).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στη σύγκρουση και στον έλεγχο του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,186 και P=0,015).

Συσχετίσεις της ανεξαρτησίας

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ανεξαρτησίας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην ανεξαρτησία και των: προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=0,258 και P=0,001), ηθική και θρησκευτική έμφαση (t.b.=0,244 και P=0,001), και

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=0,486 και P=0,000).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην ανεξαρτησία και στον προσανατολισμό για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=0,175 και P=0,020).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην ανεξαρτησία και των: προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=0,140 και P=0,066), και έλεγχος του οικογενειακού συστήματος (t.b.=-0,135 και P=0,085).

Συσχετίσεις του προσανατολισμού για επιτεύγματα

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του προσανατολισμού για επιτεύγματα και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στον προσανατολισμό για επιτεύγματα και τη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=0,411 και P=0,000).

Επίσης, πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον προσανατολισμό για επιτεύγματα και την οργάνωση του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,217 και P=0,005).

Σημαντική (P<0,05) συσχέτιση εμφανίστηκε μεταξύ του προσανατολισμού για επιτεύγματα και των: προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=0,182 και P=0,016), και προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=0,174 και P=0,020).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στον προσανατολισμό για επιτεύγματα και στον έλεγχο του οικογενειακού συστήματος (t.b.=-0,132 και P=0,092).

Συσχετίσεις του προσανατολισμού για πολιτισμό και διανόηση

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του προσανατολισμού για πολιτισμό και διανόηση και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στον προσανατολισμό για πολιτισμό και διανόηση και των: προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=0,587 και P=0,000), έλεγχος του οικογενειακού συστήματος (t.b.=-0,291 και P=0,000), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=0,421 και P=0,000).

Συσχετίσεις του προσανατολισμού για ενεργό ψυχαγωγία

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του προσανατολισμού για ενεργό ψυχαγωγία και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στον προσανατολισμό για ενεργό ψυχαγωγία και των: έλεγχος του οικογενειακού συστήματος (t.b.=-0,252 και P=0,001), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=0,427 και P=0,000).

Συσχετίσεις της ηθικής και θρησκευτικής έμφασης

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ηθικής και θρησκευτικής έμφασης και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην ηθική και θρησκευτική έμφαση και τη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=0,308 και P=0,000).

Επίσης σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα της ηθικής και θρησκευτικής έμφασης και της οργάνωσης του οικογενειακού συστήματος (t.b.=-0,150 και P=0,046).

Συσχετίσεις της οργάνωσης του οικογενειακού συστήματος

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της οργάνωσης του οικογενειακού συστήματος και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε σημαντική (P<0,05) συσχέτιση ανάμεσα στην οργάνωση του οικογενειακού συστήματος και τη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=0,180 και P=0,013).

3.1.8.2. Συσχέτιση με το συντελεστή κατά Kendall των ασθενών

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της ηλικίας και των άλλων μεταβλητών, όπως φαίνεται και στον πίνακα 16, προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της εκφραστικότητας (t.b.=-0,407 και P=0,001).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ηλικίας και της συνοχής (t.b.=-0,330 και P=0,006).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ηλικίας και της συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος (t.b.=-0,280 και P=0,013).

Ενδεικτικής σημαντικότητας συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ηλικίας και των: ανεξαρτησία (t.b.=-0,235 και P=0,052), και προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=-0,203 και P=0,090).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Ως προς την χρονική απόσταση από τη διάγνωση οι συσχετίσεις που παρατηρήθηκαν ήταν: πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της χρονικής απόστασης από τη διάγνωση και της ηθικής και θρησκευτικότητας (t.b.=-0,326 και P=0,006).

Επίσης, σημαντική (P<0,05)συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της χρονικής απόστασης από τη διάγνωση και του παροδικού άγχους (t.b.=0,257 και P=0,021).

Ενδεικτικής σημαντικότητας συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της χρονικής απόστασης από τη διάγνωση και των: οργάνωση του οικογενειακού συστήματος (t.b.=-0,211 και P=0,086), και έλεγχος του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,212 και P=0,082).

Συσχετίσεις της Αλεξιθυμίας

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της αλεξιθυμίας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση μεταξύ της αλεξιθυμίας και των: αυτοεπίκριση (t.b.=0,454 και P=0,000), ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,432 και P=0,000), και προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,436 και P=0,001).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της αλεξιθυμίας και των: επίκριση των άλλων (t.b.=0,338 και P=0,005), και προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,353 και P=0,004).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της αλεξιθυμίας και των: ολική εχθρότητα (t.b.=0,264 και P=0,029), προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=0,255 και P=0,043), και έλεγχος (t.b.=0,256 και P=0,044).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της αλεξιθυμίας και των: συνοχή (t.b.=0,233 και P=0,063), και ηθική και θρησκευτικότητα (t.b.=0,226 και P=0,067).

Συσχετίσεις του παροδικού άγχους

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του παροδικού άγχους και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001)συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του παροδικού άγχους και του μόνιμου άγχους (t.b.= 0,433 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του παροδικού άγχους και των: παρορμητική εχθρότητα (t.b.=0,255 και P=0,027), ενοχή (t.b.=0,373 και P=0,002), και ανεξαρτησία (t.b.=-0,318 και P=0,009).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του παροδικού άγχους και των: ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,288 και P=0,013), ολική εχθρότητα (t.b.=0,291 και P=0,011), προσανατολισμός προς πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,275 και P=0,021), και προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,263 και P=0,024).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) ήταν η συσχέτιση μεταξύ του παροδικού άγχους και της συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος (t.b.=-0,191 και P=0,088).

Συσχετίσεις του μόνιμου άγχους

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του μόνιμου άγχους και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στο μόνιμο άγχος και των: παροδικό άγχος (t.b.=0,433 και P=0,000), ανεξαρτησία (t.b.=-0,432 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του μόνιμου άγχους και των: συνοχή (t.b.=-0,314 και P=0,008), και προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,339 και P=0,005), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=-0,347 και P=0,002).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του μόνιμου άγχους και του προσανατολισμού για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,272 και P=0,020).

Συσχετίσεις της επίκρισης των άλλων

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της επίκρισης των άλλων και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην επίκριση των άλλων και των: αυτοεπίκριση (t.b.=0,594 και P=0,000), εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,440 και P=0,000), ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,402 και P=0,001), ολική εχθρότητα (t.b.=0,488 και P=0,000), και έλεγχος (t.b.=0,547 και P=0,000).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Πίνακας 16. Συσχέτιση ανά δύο όλων των μεταβλητών που εξετάστηκαν με το μη παραμετρικό τεστ συσχέτισης t.b. του Kendall στο σύνολο των 41 ασθενών με οξεία λευχαιμία.

	Ηλικία	Χρονική απόσταση εξέτασης από την διάγνωση	Αλεξιθυμία	Παροδικό άγχος	Μόνιμο άγχος	Επίκριση των άλλων	Παρορμητική εχθρότητα	Παρανοειδής εχθρότητα	Αυτο επίκριση	Ενοχή	Εξωστρεφής εχθρότητα	Ενδοστρεφής εχθρότητα
Χρονική απόσταση εξέτασης από την διάγνωση	,121											
Αλεξιθυμία	,007	-,102										
Παροδικό άγχος	-,056	,257*	,037									
Μόνιμο άγχος	,018	,053	,041	,433***								
Επίκριση των άλλων	,011	,019	,338**	,029	,029							
Παρορμητική εχθρότητα	-,186	,059	-,079	,255**	,178	,003						
Παρανοειδής εχθρότητα	-,026	,200	,030	,097	,041	,093	,171					
Αυτοεπίκριση	,085	-,025	,454***	,094	,044	,594***	-,004	-,146				
Ενοχή	-,108	,167	,182	,373**	,107	-,097	,255*	,315*	,070			
Εξωστρεφής εχθρότητα	-,118	,046	,047	,176	,122	,440***	,573***	,392***	,119	,109		
Ενδοστρεφής εχθρότητα	-,005	,081	,432***	,288*	,150	,402***	,156	,059	,725***	,487***	,249*	
Ολική εχθρότητα	-,093	,066	,264*	,291*	,177	,488***	,443***	,269*	,475***	,324*	,725***	,641***
Συνοχή	-,330**	,035	,233MS	-,087	-,314**	,217MS	-,113	,143	,107	,067	,033	,090
Εκφραστικότητα	-,407***	-,052	-,081	,128	-,097	-,082	,429***	,228MS	-,231MS	,223MS	,445***	,010
Σύγκρουση	,192	-,030	,033	,055	,065	-,033	,155	,164	-,133	,165	,167	,052
Ανεξαρτησία	-,235MS	-,143	,130	-,318**	-,432***	,129	-,284*	-,179	,135	-,313*	-,190	-,074
Προσ/σμός για επιτεύγματα	-,203MS	-,192	,255*	-,084	-,189	,100	,096	,202	,079	-,020	,213MS	,056
Προσ/σμός για πολιτισμό και διανόηση	-,111	,031	-,436***	-,275*	-,339**	-,354**	-,160	,061	-,517***	-,240MS	-,197	-,575***
Προσ/σμός για ενεργό ψυχαγωγία	-,183	-,007	-,353**	-,263*	-,272*	-,272*	-,049	,044	-,428***	-,163	-,065	-,426***
Ηθική & θρησκευτικ.	-,081	-,326**	,226MS	-,158	-,091	-,009	-,375**	-,183	,054	-,038	-,313**	-,036
Οργάνωση	-,006	-,211MS	-,037	,040	,076	-,075	,464***	-,011	-,124	-,003	,340**	-,026
Έλεγχος	,168	,212MS	,256*	,178	,164	,547***	,024	-,007	,405**	-,029	,252*	,349**
Score οικογένειας	-,280*	-,140	-,039	-,191MS	-,347**	-,067	-,052	,084	-,154	-,090	-,005	-,209MS

MS (Marginally significant)= διαφορά ενδεικτική σημαντικότητας (0,05<P<0,10), *= Σημαντική διαφορά σε επίπεδο 5% (P<0,005), **= Πολύ σημαντική διαφορά σε επίπεδο 1% (P<0,01), ***= Πάρα πολύ σημαντική διαφορά σε επίπεδο 1‰ (P<0,001).

Ολική εχθρότητα	Συνοχή	Έκφραση συναισθημάτων	Σύγκρουση	Ανεξαρτησία	Προσ/σμός για επιτεύγματα	Προσ/σμός για πολιτισμό	Προσ/σμός για ψυχαγωγία	Ηθική & θρησκευτικότητα	Οργάνωση	Έλεγχος	
											Χρονική απόσταση εξέτασης από την διάγνωση
											Αλεξιθυμία
											Παροδικό άγχος
											Μόνιμο άγχος
											Επίκριση των άλλων
											Παρορμητική εχθρότητα
											Παρανοειδής εχθρότητα
											Αυτοεπίκριση
											Ενοχή
											Εξωστρεφής εχθρότητα
											Ενδοστρεφής εχθρότητα
											Ολική εχθρότητα
,056											Συνοχή
,266*	,400**										Εκφραστικότητα
,122	-,216MS	,014									Σύγκρουση
-,151	,523**	,101	-,389**								Ανεξαρτησία
,163	,319*	,340**	-,030	,226MS							Προσ/σμός για επιτεύγματα
-,443**	,192	,050	,019	,251MS	-,055						Προσ/σμός για πολιτισμό και διανόηση
-,278*	,219MS	,098	,007	,215MS	-,039	,680**					Προσ/σμός για ενεργό ψυχαγωγία
-,180	,257*	-,111	-,077	,299*	,002	,003	-,072				Ηθική και θρησκευτικότητα
,188	-,134	,283*	,160	-,106	,278*	-,123	-,051	-,176			Οργάνωση
,352**	,010	-,119	,093	-,135	-,011	-,464**	-,400**	-,172	,058		Έλεγχος
-,100	,651**	,424**	-,129	,512**	,302*	,456**	,440**	,223MS	,066	-,246*	Score σαιγένειας

Επίσης, πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της επίκρισης των άλλων και των: αλεξιθυμία (t.b.=0,338 και P=0,005), προσανατολισμού για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,354 και P=0,005).

Σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της επίκρισης των άλλων και του προσανατολισμού για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,272 και P=0,025).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην επίκριση των άλλων και στη συνοχή (t.b.=0,217 και P=0,081).

Συσχετίσεις τής παρορμητικής εχθρότητας

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της παρορμητικής εχθρότητας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην παρορμητική εχθρότητα και των: εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,573 και P=0,000), ολική εχθρότητα (t.b.=0,443 και P=0,000), εκφραστικότητα (t.b.=-0,429 και P=0,001), και οργάνωση (t.b.=0,464 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της παρορμητικής εχθρότητας και της ηθικής και θρησκευτικότητας (t.b.=-0,375 και P=0,002).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της παρορμητικής εχθρότητας και των: παροδικό άγχος (t.b.=0,255 και P=0,027), ενοχή (t.b.=0,255 και P=0,044), και ανεξαρτησία (t.b.=-0,284 και P=0,024).

Συσχετίσεις της παρανοειδούς εχθρότητας

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της παρανοειδούς εχθρότητας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην παρανοειδή εχθρότητα και της εξωστρεφούς εχθρότητα (t.b.=0,392 και P=0,001).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της παρανοειδούς εχθρότητας και των: ενοχή (t.b.=0,315 και P=0,017),ολική εχθρότητα (t.b.=0,269 και P=0,031).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην παρανοειδή εχθρότητα και την εκφραστικότητα (t.b.=0,228 και P=0,077).

Συσχετίσεις της αυτοεπίκρισης

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της αυτοεπίκρισης και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην αυτοεπίκριση και των: αλεξιθυμία (t.b.=0,454 και P=0,000), επίκριση των άλλων (t.b.=0,594 και P=0,000), ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,725 και P=0,000), ολική εχθρότητα (t.b.=0,475, P=0,000), προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,517, P=0,000), και προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,428, P=0,001).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Επίσης, πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της αυτοεπίκρισης και του ελέγχου του Οικογενειακού Περιβάλλοντος (t.b.=0,405 και P=0,002).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην αυτοεπίκριση και της έκφρασης των συναισθημάτων (t.b.=-0,231, P=0,069).

Συσχετίσεις της ενοχής

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ενοχής και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην ενοχή και των: ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,487 και P=0,000).

Επίσης, πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ενοχής και του παροδικού άγχους (t.b.=0,373 και P=0,002).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ενοχής και των: παρανοειδής εχθρότητα (t.b.=0,315 και P=0,017), παρορμητική εχθρότητα (t.b.=0,255 και P=0,044), ολική εχθρότητα (t.b.=0,324, P=0,011), και ανεξαρτησία (t.b.=-0,313 και P=0,019).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην ενοχή και των: εκφραστικότητα (t.b.=0,223 και P=0,089), και προσανατολισμό για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,240, P=0,069).

Συσχετίσεις της εξωστρεφούς εχθρότητας

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της εξωστρεφούς εχθρότητας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην εξωστρεφή εχθρότητα και των: επίκριση των άλλων (t.b.=0,440 και P=0,000), παρορμητική εχθρότητα (t.b.=0,573 και P=0,000), παρανοειδής εχθρότητα (t.b.=0,392 και P=0,000), ολική εχθρότητα (t.b.=0,725 και P=0,000), και εκφραστικότητα (t.b.=0,445, P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της εξωστρεφούς εχθρότητας και των: ηθική και θρησκευτικότητα (t.b.=-0,313 και P=0,009), και οργάνωση του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,340 και P=0,007).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της εξωστρεφούς εχθρότητας και των: ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,249 και P=0,036), και έλεγχος του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,252 και P=0,043).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην εξωστρεφή εχθρότητα και τον προσανατολισμό για επιτεύγματα (t.b.=0,213 και P=0,083).

Συσχετίσεις της ενδοστρεφούς εχθρότητας

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ενδοστρεφούς εχθρότητας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην ενδοστρεφή εχθρότητα και των: αλεξιθυμία (t.b.=0,432 και P=0,000), επίκριση των άλλων (t.b.=0,402 και P=0,001), αυτοεπίκριση (t.b.=0,725 και P=0,000), ενοχή (t.b.=0,487 και P=0,000), ολική εχθρότητα (t.b.=0,641 και P=0,000), προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,575 και P=0,000), προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,426 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ενδοστρεφούς εχθρότητας και των: εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,249 και P=0,036) και έλεγχος του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,349 και P=0,006).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην ενδοστρεφή εχθρότητα και τη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος (t.b.=-0,209 και P=0,074).

Συσχετίσεις της ολικής εχθρότητας

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ολικής εχθρότητας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην ολική εχθρότητα και των: επίκριση των άλλων (t.b.=0,488 και P=0,000), παρορμητική εχθρότητα (t.b.=0,443 και P=0,000), αυτοεπίκριση (t.b.=0,475 και P=0,000), εξωστρεφή εχθρότητα (t.b.=0,725 και P=0,000), ενδοστρεφή εχθρότητα (t.b.=0,641 και P=0,000), και προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,443 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ολικής εχθρότητας και στον και έλεγχο του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,352 και P=0,005).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην ολική εχθρότητα και των: αλεξιθυμία (t.b.=0,264 και P=0,029), παροδικό άγχος (t.b.=0,291 και P=0,011), παρανοειδής εχθρότητα (t.b.=0,269 και P=0,031), ενοχή (t.b.=0,324 και P=0,011), εκφραστικότητα (t.b.=0,266 και P=0,032), και προσανατολισμό για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,278 και P=0,021).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Συσχετίσεις της συνοχής

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της συνοχής και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στη συνοχή και των: ανεξαρτησία (t.b.=0,523 και P=0,000), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=0,651 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της συνοχής και των: ηλικίας (t.b.=-0,330 και P=0,006), μόνιμο άγχος (t.b.=-0,314 και P=0,008) και έκφραση των συναισθημάτων (t.b.=0,400 και P=0,002).

Επίσης, σημαντική (P<0,015 συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στη συνοχή και των: προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=0,319 και P=0,013), και ηθική και θρησκευτικότητα (t.b.=0,257 και P=0,042).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην συνοχή και των: αλεξιθυμία (t.b.=0,233 και P=0,063), επίκριση των άλλων (t.b.=0,217 και P=0,081) και σύγκρουση (t.b.=-0,216 και P=0,092).

Συσχέτιση της εκφραστικότητας

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της έκφρασης των συναισθημάτων και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην εκφραστικότητα και των: ηλικία (t.b.=0,407 και P=0,001), παρορμητική εχθρότητα (t.b.=0,429 και P=0,001), εξωστρεφή εχθρότητα (t.b.=0,445 και P=0,000), συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=0,424 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα της έκφρασης των συναισθημάτων και των: συνοχή (t.b.=0,400 και P=0,002) και προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=0,340 και P=0,008).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην εκφραστικότητα και των: ολική εχθρότητα (t.b.=0,266 και P=0,032), οργάνωση του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,283 και P=0,031).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην έκφραση των συναισθημάτων και των: παρανοειδής εχθρότητα (t.b.=0,228 και P=0,077), αυτοεπίκριση (t.b.=-0,231 και P=0,069) και ενοχή (t.b.=-0,223 και P=0,089).

Συσχετίσεις της σύγκρουσης

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της σύγκρουσης και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στη σύγκρουση και την ανεξαρτησία (t.b.=-0,389 και P=0,003).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στη σύγκρουση και τη συνοχή (t.b.=-0,216 και P=0,092).

Συσχετίσεις της ανεξαρτησίας

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ανεξαρτησίας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην ανεξαρτησία και των: μόνιμο άγχος (t.b.=-0,432 και P=0,000), συνοχή (t.b.=0,523 και P=0,000), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=0,512 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα της ανεξαρτησίας και των: παροδικό άγχος (t.b.=-0,318 και P=0,009) και σύγκρουση (t.b.=-0,389 και P=0,003).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην ανεξαρτησία και των: παρορμητική εχθρότητα (t.b.=-0,284 και P=0,024), ενοχή (t.b.=-0,313 και P=0,019) και ηθική και θρησκευτική έμφαση (t.b.=0,299 και P=0,020).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην ανεξαρτησία και των: ηλικία (t.b.=0,235 και P=0,052), προσανατολισμό για επιτεύγματα (t.b.=0,226 και P=0,084), προσανατολισμό για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=0,251 και P=0,054), και προσανατολισμό για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=0,215 και P=0,090).

Συσχετίσεις του προσανατολισμού για επιτεύγματα

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του προσανατολισμού για επιτεύγματα και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε σημαντική (P<0,05) συσχέτιση εμφανίστηκε μεταξύ των: αλεξιθυμία (t.b.=0,255 και P=0,043), οργάνωση του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,278 και P=0,034), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=0,302 και P=0,013).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον προσανατολισμό για επιτεύγματα και της έκφρασης των συναισθημάτων (t.b.=0,340 και P=0,008).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον προσανατολισμό για επιτεύγματα και τη συνοχή (t.b.=0,319 και P=0,013).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στον προσανατολισμό για επιτεύγματα και των: ηλικία (t.b.=-0,203 και P=0,090) και ανεξαρτησία (t.b.=0,226 και P=0,084)

Συσχετίσεις του προσανατολισμού για πολιτισμό και διανόηση

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του προσανατολισμού για πολιτισμό και διανόηση και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στον προσανατολισμό για πολιτισμό και διανόηση και των: αλεξιθυμία (t.b.=-0,436 και P=0,001), αυτοεπίκριση (t.b.=-0,517 και P=0,000), ενδοστρεφή εχθρότητα (t.b.=-0,575 και P=0,000), ολική εχθρότητα (t.b.=-0,443 και P=0,000), προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=0,680 και P=0,000), έλεγχος του οικογενειακού συστήματος (t.b.=-0,464 και P=0,000), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=0,456 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα του προσανατολισμού για πολιτισμό και διανόηση και των: μόνιμο άγχος (t.b.=-0,339 και P=0,005) και επίκριση των άλλων (t.b.=-0,354 και P=0,005).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον προσανατολισμό για πολιτισμό και διανόηση και του παροδικού άγχους (t.b.=-0,275 και P=0,021).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στον προσανατολισμό για πολιτισμό και διανόηση και των: ενοχή (t.b.=-0,240 και P=0,069), και ανεξαρτησία (t.b.=0,251 και P=0,054).

Συσχετίσεις του προσανατολισμού για ενεργό ψυχαγωγία

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του προσανατολισμού για ενεργό ψυχαγωγία και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στον προσανατολισμό για ενεργό ψυχαγωγία και των: αυτοεπίκριση (t.b.=-0,428 και P=0,001), ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=-0,426 και P=0,000), προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=0,680 και P=0,000), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=0,440 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα του προσανατολισμό για ενεργό ψυχαγωγία και των: αλεξιθυμία (t.b.=-0,353 και P=0,004) και έλεγχος του οικογενειακού συστήματος (t.b.=-0,400 και P=0,002).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον προσανατολισμό για ενεργό ψυχαγωγία και των: παροδικό άγχος (t.b.=-0,263 και P=0,024), μόνιμο άγχος (t.b.=-0,272 και P=0,020), επίκριση των άλλων (t.b.=-0,272 και P=0,025), και ολική εχθρότητα (t.b.=-0,278 και P=0,021).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στον προσανατολισμό για ενεργό ψυχαγωγία και των: συνοχή (t.b.=0,219 και P=0,080), και ανεξαρτησία (t.b.=0,215 και P=0,090).

Συσχετίσεις της ηθικής και θρησκευτικής έμφασης

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ηθικής και θρησκευτικής έμφασης και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην ηθική και θρησκευτική έμφαση και των: χρονική απόσταση εξέτασης από τη διάγνωση (t.b.=-0,326 και P=0,006), παρορμητική εχθρότητα (t.b.=-0,375 και P=0,002), εξωστρεφή εχθρότητα (t.b.=-0,313 και P=0,009), και έλεγχος του οικογενειακού συστήματος (t.b.=-0,400 και P=0,002).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην ηθική και θρησκευτική έμφαση και των: συνοχή (t.b.=0,257 και P=0,042), και ανεξαρτησία (t.b.=0,299 και P=0,020).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην ηθική και θρησκευτική έμφαση και των: αλεξιθυμία (t.b.=0,226 και P=0,067) και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=0,223 και P=0,060).

Συσχετίσεις της οργάνωσης του οικογενειακού συστήματος

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της οργάνωσης του οικογενειακού συστήματος και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην οργάνωση του οικογενειακού συστήματος και της παρορμητικής εχθρότητας (t.b.=0,464 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην οργάνωση του οικογενειακού συστήματος και της εξωστρεφούς εχθρότητας (t.b.=0,340 και P=0,007).

Σημαντική (P<0,05) συσχέτιση ανάμεσα στην οργάνωση του οικογενειακού συστήματος και των: έκφραση των συναισθημάτων (t.b.=0,283 και P=0,031) και προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=0,278 και P=0,034).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην οργάνωση του οικογενειακού συστήματος και της χρονικής απόστασης από τη διάγνωση (t.b.=-0,211 και P=0,086).

Συσχετίσεις του ελέγχου του οικογενειακού συστήματος

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του ελέγχου του οικογενειακού συστήματος και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στον έλεγχο του οικογενειακού συστήματος και των: επίκριση των άλλων (t.b.=0,547 και P=0,000) και προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,464 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον έλεγχο του οικογενειακού συστήματος και των: αυτοεπίκριση (t.b.=0,405 και P=0,002), ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,349 και P=0,006), ολική εχθρότητα (t.b.=0,352 και P=0,005) και προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,400 και P=0,002).

Σημαντική (P<0,05) συσχέτιση ανάμεσα στον έλεγχο του οικογενειακού συστήματος και των: αλεξιθυμία (t.b.=0,256 και P=0,044), εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,252 και P=0,043) και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=-0,246 και P=0,044).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στον έλεγχο του οικογενειακού συστήματος και της χρονικής απόστασης από τη διάγνωση (t.b.=0,212 και P=0,082).

Συσχετίσεις της συνολικής βαθμολογίας της οικογένειας

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας της οικογένειας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία της οικογένειας και των: συνοχή (t.b.=0,651 και P=0,000) και έκφραση των συναισθημάτων (t.b.=0,424 και P=0,000), ανεξαρτησία (t.b.=0,512 και P=0,000), προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=0,456 και P=0,000) και προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,440 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία της οικογένειας και του μόνιμου άγχους (t.b.=-0,347 και P=0,002).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Σημαντική (P<0,05) συσχέτιση ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία της οικογένειας και των: ηλικία (t.b.=-0,280 και P=0,013), προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=0,302 και P=0,013) και έλεγχος του οικογενειακού συστήματος (t.b.=-0,246 και P=0,044).
Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία της οικογένειας και των: παροδικό άγχος (t.b.=-0,191 και P=0,088), ενδοστρεφής˙εχθρότητα (t.b.=-0,209 και P=0,074) και ηθική και θρησκευτική έμφαση (t.b.=0,223 και P=0,060).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

3.1.8.3.Συσχέτιση με το συντελεστή κατά Kendall των συγγενών

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της ηλικίας και των άλλων μεταβλητών, όπως φαίνεται και στον πίνακα 17, προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και των: μόνιμο άγχος (t.b.=0,211 και P=0,012), ενοχή (t.b.=0,195 και P=0,029), προσανατολισμό για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,179 και P=0,042), και τον έλεγχο (t.b.=0,184 και P=0,046).

Ενδεικτικής σημαντικότητας συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ηλικίας και των: παροδικό άγχος (t.b.=0,144 και P=0,086) και έκφραση των συναισθημάτων (t.b.=-0,169 και P=0,059).

Ως προς την χρονική απόσταση από τη διάγνωση η μόνη συσχέτιση που παρατηρήθηκε, και ήταν ενδεικτικής σημαντικότητας, ήταν αυτής με την έκφραση των συναισθημάτων (t.b.=-0,177 και P=0,053).

Συσχετίσεις της Αλεξιθυμίας

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της αλεξιθυμίας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση μεταξύ της αλεξιθυμίας και των: επίκριση των άλλων (t.b.=0,349 και P=0,000), εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,344 και P=0,000), ολική εχθρότητα (t.b.=0,309 και P=0,001), και οργάνωση (t.b.=-0,356 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01)συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της αλεξιθυμίας και της παρορμητικής εχθρότητας (t.b.=0,292 και P=0,002)

Επίσης, σημαντική (P<0,05)συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της αλεξιθυμίας και των: μόνιμο άγχος (t.b.=0,182 και P=0,042), ενοχή (t.b.=0,194 και P=0,041), και προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,231 και P=0,014).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά και μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της αλεξιθυμίας και της παρανοειδούς εχθρότητας (t.b.=0,164 και P=0,083).

Συσχετίσεις του παροδικού άγχους

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του παροδικού άγχους και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πολύ σημαντική (P<0,01)συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του παροδικού άγχους και των: μόνιμο άγχος (t.b.= 0,238και P=0,005), ενοχή (t.b.=269 και P=0,003), ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=262 και P=0,002). προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,199 και P=0,004).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του παροδικού άγχους και των: αυτοεπίκριση (t.b.=0,226 και P=0,011), ολική εχθρότητα (t.b.=0,177 και P=0,036).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) ήταν η συσχέτιση μεταξύ του παροδικού άγχους και των: παρανοειδής εχθρότητα (t.b.=0,171 και P=0,055), εκφραστικότητα (t.b.=-0,161 και P=0,074).και προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,165 και P=0,062).

Συσχετίσεις του μόνιμου άγχους

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του μόνιμου άγχους και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στο μόνιμο άγχος και των: εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,275 και P=0,001), ολική εχθρότητα (t.b.=0,270 και P=0,001), εκφραστικότητα (t.b.=-0,357 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του μόνιμου άγχους και των: επίκριση των άλλων (t.b.=0,234 και P=0,008), ενοχή (t.b.=0,238 και P=0,008), και σύγκρουση (t.b.=0,248 και P=0,005).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του μόνιμου άγχους και των: ηλικία (t.b.=0,211 και P=0,012), παρανοειδής εχθρότητα (t.b.=0,182 και P=0,041), ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,183 και P=0,035), συνοχή (t.b.=-0,195 και P=0,034), ανεξαρτησία (t.b.=-0,196 και P=0,030), προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,210 και P=0,018), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=-0,178 και P=0,036).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στο μόνιμο άγχος και των: παρορμητική εχθρότητα (t.b.=0,168 και P=0,057), προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=-0,161 και P=0,075), και έλεγχος (t.b.=0,180 και P=0,051).

Συσχετίσεις της επίκρισης των άλλων

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της επίκρισης των άλλων και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην επίκριση των άλλων και των: αλεξιθυμία (t.b.=0,349 και P=0,000), ενοχή (t.b.=0,348 και P=0,000), εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,567 και P=0,000), ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,292 και P=0,001), ολική εχθρότητα (t.b.=0,572 και P=0,000), εκφραστικότητα (t.b.=-0,308 και P=0,001), σύγκρουση (t.b.=0,338 και

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

P=0,000), προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=-0,335 και P=0,000). οργάνωση (t.b.=-0,514 και P=0,000), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=-0,314 και P=0,000).

Επίσης, πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της επίκρισης των άλλων και των: μόνιμο άγχος (t.b.=0,234 και P=0,008), προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,259 και P=0,006), προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,268 και P=0,004).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της επίκρισης των άλλων και των: παρορμητική εχθρότητα (t.b.=0,235 και P=0,012), παρανοειδή εχθρότητα (t.b.=0,219 και P=0,019), αυτοεπίκριση (t.b.=-0,194 και P=0,039), και έλεγχος του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,210 και P=0,031).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην επίκριση των άλλων και της ανεξαρτησίας (t.b.=-0,184 και P=0,054).

Συσχετίσεις της παρορμητικής εχθρότητας

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της παρορμητικής εχθρότητας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην παρορμητική εχθρότητα και των: εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,607 και P=0,000), ολική εχθρότητα (t.b.=0,426 και P=0,000), και προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,339 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της παρορμητικής εχθρότητας και των: αλεξιθυμία (t.b.=0,292 και P=0,002), σύγκρουσης (t.b.=0,261 και P=0,005).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της παρορμητικής εχθρότητας και των: επίκριση των άλλων (t.b.=0,235 και P=0,012), παρανοειδής εχθρότητα (t.b.=0,197 και P=0,036), ενοχή (t.b.=0,200 και P=0,034), και προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,229 και P=0,014), και έλεγχος του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,201 και P=0,038).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στη παρορμητική εχθρότητα και των: μόνιμο άγχος (t.b.=0,168 και P=0,057), προσανατολισμό για επιτεύγματα (t.b.=-0,185 και P=0,051).

Συσχετίσεις της παρανοειδούς εχθρότητας

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της παρανοειδούς εχθρότητας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P≤0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην παρανοειδή εχθρότητα και των: ενοχή (t.b.=0,354 και P=0,000), εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,546 και P=0,000), και ολική εχθρότητα (t.b.=0,507 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της παρανοειδούς εχθρότητας και των: ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,259 και P=0,005), και οργάνωση του οικογενειακού συστήματος (t.b.=-0,259 και P=0,008).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της παρανοειδούς εχθρότητας και των: μόνιμο άγχος (t.b.=0,182 και P=0,041), επίκριση των άλλων (t.b.=0,219 και P=0,019), παρορμητική εχθρότητα (t.b.=0,197 και P=0,036), και αυτοεπίκριση (t.b.=0,185 και P=0,050).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην παρανοειδή εχθρότητα και των: αλεξιθυμία (t.b.=0,164 και P=0,083), παροδικό άγχος (t.b.=0,171 και P=0,055), συνοχή (t.b.=0,162 και P=0,098), και ηθική και θρησκευτικότητα (t.b.=0,159 και P=0,085).

Συσχετίσεις της αυτοεπίκρισης

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της αυτοεπίκρισης και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην αυτοεπίκριση και των: ενοχή (t.b.=0,583 και P=0,000), ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,834 και P=0,000), ολική εχθρότητα (t.b.=0,451, P=0,000), προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,361, P=0,000).

Επίσης, πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της αυτοεπίκρισης και του προσανατολισμού για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,251, P=0,007).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της αυτοεπίκρισης και των: παροδικό άγχος (t.b.=0,226 και P=0,011), επίκριση των άλλων (t.b.=0,194 και P=0,039), παρανοειδής εχθρότητα (t.b.=-0,185 και P=0,050), εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,178 και P=0,050), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=-0,181 και P=0,044).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην αυτοεπίκριση και στον έλεγχο του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,167, P=0,087).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Πίνακας 17. Συσχέτιση ανά δύο όλων των μεταβλητών που εξετάστηκαν με το μη παραμετρικό τεστ συσχέτισης t.b. του Kendall στο σύνολο των 70 συγγενών των ασθενών με οξεία λευχαιμία.

	Ηλικία	Χρονική απόσταση εξέτασης από την διάγνωση	Αλεξιθυμία	Παροδικό άγχος	Μόνιμο άγχος	Επίκριση των άλλων	Παρορμητική εχθρότητα	Παρανοειδής εχθρότητα	Αυτο επίκριση	Ενοχή	Εξωστρεφής εχθρότητα	Ενδοστρεφής εχθρότητα
Χρονική απόσταση εξέτασης από την διάγνωση	-,003											
Αλεξιθυμία	,102	-,008										
Παροδικό άγχος	,144	-,014	,092									
Μόνιμο άγχος	,211*	,000	,182*	,238**								
Επίκριση των άλλων	,066	,096	,349***	,002	,234**							
Παρορμητική εχθρότητα	,046	,013	,292**	-,019	,168MS	,235*						
Παρανοειδής εχθρότητα	,083	,034	,164MS	,171MS	,182*	,219*	,197*					
Αυτοεπίκριση	,016	,103	,078	,226*	,104	,194*	-,008	,185*				
Ενοχή	,195*	,090	,194*	,269**	,238**	,348***	,200*	,354***	,583***			
Εξωστρεφής εχθρότητα	,093	,047	,344***	,115	,275***	,567***	,607***	,546***	,178*	,448***		
Ενδοστρεφής εχθρότητα	,115	,091	,147	,262**	,183*	,292***	,099	,259**	,834***	,830***	,323***	
Ολική εχθρότητα	,106	,081	,309***	,177*	,270***	,572***	,426***	,507***	,451***	,697***	,767***	,606***
Συνοχή	-,059	,059	,033	,090	-,195*	-,158	,018	,162MS	,013	-,061	-,016	-,031
Εκφραστικότητα	-,169MS	-,177MS	-,126	-,161MS	-,357***	-,308***	-,067	-,128	-,023	-,178MS	-,217*	-,098
Σύγκρουση	,065	,001	,136	-,023	,248**	,338***	,261**	,047	,042	,214*	,296***	,157MS
Ανεξαρτησία	-,138	-,031	-,005	-,095	-,196*	-,184MS	,084	,109	-,096	-,089	,000	-,123
Προσ/σμός για επιτεύγματα	,027	,069	-,042	-,011	-,161MS	-,335***	-,185MS	-,082	-,062	-,203*	-,287**	-,150
Προσ/σμός για πολιτισμό και διανόηση	-,114	,085	-,117	-,127	-,017	-,259**	-,229*	-,136	-,361***	-,477***	-,299***	-,446***
Προσ/σμός για ενεργό ψυχαγωγία	-,179*	-,077	-,231*	-,165MS	-,210*	-,268**	-,339***	-,139	-,251**	-,510***	-,376***	-,413***
Ηθική & θρησκευτικ.	-,001	-,118	,014	,040	-,018	-,057	,021	,159MS	-,031	,007	,069	-,028
Οργάνωση	,008	-,023	-,356***	,018	-,068	-,514***	-,102	-,259**	-,051	-,230**	-,339***	-,145
Έλεγχος	,184*	-,054	,095	,148	,180MS	,210*	,201*	,095	,167MS	,255**	,251**	,222*
Score οικογένειας	-,118	-,055	-,118	-,095	-,178*	-,314***	-,087	,001	-,181*	-,301***	-,190*	-,259**

MS (Marginally significant)= διαφορά ενδεικτική σημαντικότητας (0,05<P<0,10), *= Σημαντική διαφορά σε επίπεδο 5% (P<0,005), **= Πολύ σημαντική διαφορά σε επίπεδο 1% (P<0,01), ***= Πάρα πολύ σημαντική διαφορά σε επίπεδο 1‰ (P<0,001).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Ολική εχθρότητα	Συνοχή	Έκφραση συναισθημάτων	Σύγκρουση	Ανεξαρτησία	Προσ/σμός για επιτεύγματα	Προσ/σμός για πολιτισμό	Προσ/σμός για ψυχαγωγία	Ηθική & θρησκευτικότητα	Οργάνωση	Έλεγχος	
											Χρονική απόσταση εξέτασης από την διάγνωση
											Αλεξιθυμία
											Παροδικό άγχος
											Μόνιμο άγχος
											Επίκριση των άλλων
											Παρορμητική εχθρότητα
											Παρανοειδής εχθρότητα
											Αυτοεπίκριση
											Ενοχή
											Εξωστρεφής εχθρότητα
											Ενδοστρεφής εχθρότητα
											Ολική εχθρότητα
-,052											Συνοχή
-,220**	,267**										Εκφραστικότητα
,312***	-,544***	-,299**									Σύγκρουση
-,079	,529***	,240*	-,377***								Ανεξαρτησία
-,273**	,351***	,114	-,285**	,303**							Προσ/σμός για επιτεύγματα
-,411***	,021	-,112	-,008	,093	,361***						Προσ/σμός για πολιτισμό και διανόηση
-,456***	,066	,110	-,147	,148	,322***	,515***					Προσ/σμός για ενεργό ψυχαγωγία
,001	,154	,204*	-,264**	,237*	,054	-,035	-,062				Ηθική και θρησκευτικότητα
-,311***	,087	,286**	-,192*	,111	,217*	,075	,184[MS]	-,137			Οργάνωση
,254**	-,250*	-,132	,265**	-,143	-,227*	-,166[MS]	-,136	-,024	-,049		Έλεγχος
-,278***	,319***	,338***	-,229**	,479***	,478***	,406***	,441***	,361***	,204*	-,030	Score οικογένειας

Συσχετίσεις της ενοχής

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ενοχής και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην ενοχή και των: επίκριση των άλλων (t.b.=0,348 και P=0,000), παρανοειδής εχθρότητα (t.b.=0,354 και P=0,000), αυτοεπίκριση (t.b.=0,583 και P=0,000), εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,448 και P=0,000), ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,830 και P=0,000), ολική εχθρότητα (t.b.=0,697, P=0,000), προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,477, P=0,000), προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,510, P=0,000), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=-0,301 και P=0,001).

Πολύ σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ενοχής και των: παροδικό άγχος (t.b.=0,269 και P=0,003), μόνιμο άγχος (t.b.=0,238 και P=0,008), οργάνωση (t.b.=-0,230 και P=0,009), και έλέγχος του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,255 και P=0,009).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ενοχής και των: ηλικία (t.b.=0,195 και P=0,029), αλεξιθυμία (t.b.=0,194 και P=0,041), παρορμητική εχθρότητα (t.b.=0,200 και P=0,034), σύγκρουση (t.b.=0,214 και P=0,022), και προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=-0,203 και P=0,034).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην ενοχή και της έκφρασης των συναισθημάτων (t.b.=-0,178 και P=0,064).

Συσχετίσεις της εξωστρεφούς εχθρότητας

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της εξωστρεφούς εχθρότητας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην εξωστρεφή εχθρότητα και των: αλεξιθυμία (t.b.=0,344 και P=0,000), μόνιμο άγχος (t.b.=0,275 και P=0,001), επίκριση των άλλων (t.b.=0,567 και P=0,000), παρορμητική εχθρότητα (t.b.=0,607 και P=0,000), παρανοειδής εχθρότητα (t.b.=0,546 και P=0,000), ενοχή (t.b.=0,448 και P=0,000), ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,323 και P=0,000), ολική εχθρότητα (t.b.=0,767 και P=0,000), σύγκρουση (t.b.=0,296, P=0,001), προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,299 και P=0,001), προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,376 και P=0,000) και οργάνωση του οικογενειακού συστήματος (t.b.=-0,339 και P=0,000).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Πολύ σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της εξωστρεφούς εχθρότητας και των: προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=-0,287 και P=0,002), και έλέγχος του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,251 και P=0,008).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της εξωστρεφούς εχθρότητας και των: αυτοεπίκριση (t.b.=0,178 και P=0,050), εκφραστικότητα (t.b.=-0,217 και P=0,018), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=-0,190 και P=0,028).

Συσχετίσεις της ενδοστρεφούς εχθρότητας

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ενδοστρεφούς εχθρότητας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην ενδοστρεφή εχθρότητα και των: επίκριση των άλλων (t.b.=0,292 και P=0,001), αυτοεπίκριση (t.b.=0,834 και P=0,000), ενοχή (t.b.=0,830 και P=0,000), εξωστρεφή εχθρότητα (t.b.=0,323 και P=0,000), ολική εχθρότητα (t.b.=0,606 και P=0,000), προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,446 και P=0,000), προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,413 και P=0,000). έλεγχος του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,264 και P=0,000), και

Πολύ σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ενδοστρεφούς εχθρότητας και των: παροδικό άγχος (t.b.=0,262 και P=0,002), παρανοειδής εχθρότητα (t.b.=0,259 και P=0,005), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=-0,259 και P=0,003).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ενδοστρεφούς εχθρότητας και των: μόνιμο άγχος (t.b.=0,183 και P=0,035), έλεγχος του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,222 και P=0,020).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην ενδοστρεφή εχθρότητα και τη σύγκρουση (t.b.=-0,157 και P=0,084).

Συσχετίσεις της ολικής εχθρότητας

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ολικής εχθρότητας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην ολική εχθρότητα και των: αλεξιθυμία (t.b.=0,309 και P=0,001), μόνιμο άγχος (t.b.=0,270 και P=0,001), επίκριση των άλλων (t.b.=0,572 και P=0,000), παρορμητική εχθρότητα (t.b.=0,426 και P=0,000), παρανοειδής εχθρότητα (t.b.=0,507 και P=0,000), αυτοεπίκριση (t.b.=0,451 και P=0,000), ενοχή (t.b.=0,697 και

P=0,000), εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,767 και P=0,000), ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,606 και P=0,000), σύγκρουση (t.b.=0,312 και P=0,000), προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,411 και P=0,000), προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,456 και P=0,000), οργάνωση του οικογενειακού συστήματος (t.b.=-0,311 και P=0,001), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=-0,278 και P=0,001).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην ολική εχθρότητα και των: παροδικό άγχος (t.b.=0,177 και P=0,036), εκφραστικότητα (t.b.=-0,220 και P=0,015), προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=-0,273 και P=0,003), και έλεγχος του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,254 και P=0,006).

Συσχετίσεις της συνοχής

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της συνοχής και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στη συνοχή και των: σύγκρουση (t.b.=-0,544 και P=0,000), ανεξαρτησία (t.b.=0,529 και P=0,000), προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=0,351 και P=0,000), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=0,319 και P=0,001).

Πολύ σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της συνοχής και της έκφρασης των συναισθημάτων (t.b.=0,267 και P=0,007).

Επίσης, σημαντική (P<0,015 συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στη συνοχή και των: μόνιμο άγχος (t.b.=-0,195 και P=0,034), έλεγχο του οικογενειακού περιβάλλοντος (t.b.=-0,250 και P=0,014).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στη συνοχή και την παρανοειδή εχθρότητα (t.b.=0,162 και P=0,098).

Συσχέτιση της εκφραστικότητας

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της έκφρασης των συναισθημάτων και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην εκφραστικότητα και των: μόνιμο άγχος (t.b.=-0,357 και P=0,000), επίκριση των άλλων (t.b.=-0,308 και P=0,001), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=0,338 και P=0,000).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα της έκφρασης των συναισθημάτων και των: συνοχή (t.b.=0,267 και P=0,007), σύγκρουση (t.b.=-0,299 και P=0,002), και οργάνωση του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,286 και P=0,004).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην εκφραστικότητα και των: εξωστρεφή εχθρότητα (t.b.=-0,217 και P=0,018), ολική εχθρότητα (t.b.=-0,220 και P=0,015), ανεξαρτησία (t.b.=0,240 και P=0,013), και ηθική και θρησκευτικότητα (t.b.=0,204 και P=0,030).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην έκφραση των συναισθημάτων και των: ηλικία (t.b.=0,169 και P=0,059), χρονική απόσταση εξέτασης από τη διάγνωση (t.b.=-0,177 και P=0,053), παροδικό άγχος (t.b.=-0,161 και P=0,074), ενοχή (t.b.=-0,178 και P=0,064), και παρανοειδή εχθρότητα (t.b.=0,162 και P=0,098).

Συσχετίσεις της σύγκρουσης

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της σύγκρουσης και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στη σύγκρουση και των: επίκριση των άλλων (t.b.=0,338 και P=0,000), εξωστρεφή εχθρότητα (t.b.=0,296 και P=0,001), ολική εχθρότητα (t.b.=0,312 και P=0,000), συνοχή (t.b.=-0,544 και P=0,000), και ανεξαρτησία (t.b.=-0,377 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στη σύγκρουση και των: μόνιμο άγχος (t.b.=0,248 και P=0,005), παρορμητική εχθρότητα (t.b.=0,261 και P=0,005), έκφραση των συναισθημάτων (t.b.=-0,299 και P=0,002), προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=-0,285 και P=0,003), ηθική και θρησκευτική έμφαση (t.b.=-0,264 και P=0,004), έλεγχο του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,265 και P=0,006), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=-0,229 και P=0,010).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στη σύγκρουση και των: ενοχή (t.b.=0,214 και P=0,022), και οργάνωση του οικογενειακού συστήματος (t.b.=-0,192 και P=0,046).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στη σύγκρουση και την ενδοστρεφή εχθρότητα (t.b.=0,157 και P=0,084).

Συσχετίσεις της ανεξαρτησίας

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ανεξαρτησίας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην ανεξαρτησία και των: συνοχή (t.b.=0,529 και P=0,000), σύγκρουση (t.b.=-0,377 και P=0,000), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=0,479 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην ανεξαρτησία και τον προσανατολισμό για επιτεύγματα (t.b.=0,303 και P=0,002).

Επίσης, σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην ανεξαρτησία και των: μόνιμο άγχος (t.b.=-0,196 και P=0,030), έκφραση των συναισθημάτων (t.b.=0,240 και P=0,013), και ηθική και θρησκευτική έμφαση (t.b.=0,237 και P=0,012).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην ανεξαρτησία και την επίκριση των άλλων (t.b.=-0,184 και P=0,054).

Συσχετίσεις του προσανατολισμού για επιτεύγματα

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του προσανατολισμού για επιτεύγματα και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στον προσανατολισμό για επιτεύγματα και των: επίκριση των άλλων (t.b.=-0,335 και P=0,000), συνοχή (t.b.=0,351 και P=0,000), προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=0,361 και P=0,000), προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=0,322 και P=0,001), και τη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=0,478 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον προσανατολισμό για επιτεύγματα και των: εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=-0,287 και P=0,002), ολική εχθρότητα (t.b.=-0,273 και P=0,003), σύγκρουση (t.b.=-0,285 και P=0,003), και ανεξαρτησία (t.b.=0,303 κάι P=0,002).

Σημαντική (P<0,05) συσχέτιση εμφανίστηκε μεταξύ του προσανατολισμού για επιτεύγματα και των: ενοχή (t.b.=-0,203 και P=0,034), οργάνωση του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,217 και P=0,028), και έλεγχο του οικογενειακού συστήματος (t.b.=-0,227 και P=0,022).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στον προσανατολισμό για επιτεύγματα και των: μόνιμο άγχος (t.b.=-0,161 και P=0,075), παρορμητική εχθρότητα (t.b.=-0,185 και P=0,051).

Συσχετίσεις του προσανατολισμού για πολιτισμό και διανόηση

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του προσανατολισμού για πολιτισμό και διανόηση και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στον προσανατολισμό για πολιτισμό και διανόηση και των: αυτοεπίκριση (t.b.=-0,361 και P=0,000), ενοχή (t.b.=-0,477 και P=0,000), εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=-0,299 και P=0,001), ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=-0,446 και P=0,000), ολική εχθρότητα (t.b.=-0,411 και P=0,000), προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=0,361 και P=0,000), προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=0,515 και P=0,000), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=0,406 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον προσανατολισμό για πολιτισμό και διανόηση και την επίκριση των άλλων (t.b.=-0,259 και P=0,006).

Σημαντική (P<0,05) συσχέτιση εμφανίστηκε μεταξύ του προσανατολισμού για πολιτισμό και διανόηση και της παρορμητικής εχθρότητας (t.b.=-0,229 και P=0,014).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στον προσανατολισμό για πολιτισμό και διανόηση και τον έλεγχο του οικογενειακού συστήματος (t.b.=-0,166 και P=0,090).

Συσχετίσεις του προσανατολισμού για ενεργό ψυχαγωγία

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του προσανατολισμού για ενεργό ψυχαγωγία και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στον προσανατολισμό για ενεργό ψυχαγωγία και των: παρορμητική εχθρότητα (t.b.=-0,339 και P=0,000), ενοχή (t.b.=-0,510 και P=0,000), εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=-0,376 και P=0,000), ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=-0,413 και P=0,000), ολική εχθρότητα (t.b.=-0,456 και P=0,000), προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=0,322 και P=0,001), προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=0,515 και P=0,000), και συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=0,441 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον προσανατολισμό για ενεργό ψυχαγωγία και των: επίκριση των άλλων (t.b.=-0,268 και P=0,004), και αυτοεπίκριση (t.b.=-0,251 και P=0,007).

Σημαντική (P<0,05) συσχέτιση εμφανίστηκε μεταξύ του προσανατολισμού για ενεργό ψυχαγωγία και των: ηλικία (t.b.=-0,179 και P=0,042), αλεξιθυμία (t.b.=-0,231 και P=0,014), μόνιμο άγχος (t.b.=-0,210 και P=0,018).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στον προσανατολισμό για ενεργό ψυχαγωγία και των: παροδικό άγχος (t.b.=-0,165 και P=0,062), και οργάνωση του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,184 και P=0,058).

Συσχετίσεις της ηθικής και θρησκευτικής έμφασης

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ηθικής και θρησκευτικής έμφασης και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην ηθική και θρησκευτική έμφαση και τη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=0,361 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην ηθική και θρησκευτική έμφαση και της σύγκρουσης (t.b.=-0,264 και P=0,004).

Σημαντική (P<0,05) συσχέτιση εμφανίστηκε μεταξύ της ηθικής και θρησκευτικής έμφασης και των: έκφραση των συναισθημάτων (t.b.=0,204 και P=0,030), και ανεξαρτησία (t.b.=0,237 και P=0,012).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην ηθική και θρησκευτική έμφαση και της παρανοειδούς εχθρότητας (t.b.=0,159 και P=0,085).

Συσχετίσεις της οργάνωσης του οικογενειακού συστήματος

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της οργάνωσης του οικογενειακού συστήματος και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στην οργάνωση του οικογενειακού συστήματος και των: αλεξιθυμία (t.b.=-0,356 και P=0,000), επίκριση των άλλων (t.b.=-0,514 και P=0,000), εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=-0,339 και P=0,000), και ολική εχθρότητα (t.b.=-0,311 και P=0,001).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην οργάνωση του οικογενειακού συστήματος και των: παρανοειδή εχθρότητα (t.b.=-0,259 και P=0,008), έκφραση των συναισθημάτων (t.b.=0,286 και P=0,004).

Σημαντική (P<0,05) συσχέτιση εμφανίστηκε μεταξύ της οργάνωσης του οικογενειακού συστήματος και των: ενοχή (t.b.=-0,230 και P=0,019), σύγκρουση (t.b.=-0,192 και P=0,046), και προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=0,217 και P=0,028).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στην οργάνωση του οικογενειακού συστήματος και του προσανατολισμού για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=0,184 και P=0,058).

Συσχετίσεις του ελέγχου του οικογενειακού συστήματος

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του ελέγχου του οικογενειακού συστήματος και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση ανάμεσα στον έλεγχο του οικογενειακού συστήματος και των: ενοχή (t.b.=0,255 και P=0,009), εξωστρεφή εχθρότητα (t.b.=0,251 και P=0,008), ολική εχθρότητα (t.b.=0,254 και P=0,006), σύγκρουση (t.b.=0,265 και P=0,006).

Σημαντική (P<0,05) συσχέτιση εμφανίστηκε μεταξύ του ελέγχου του οικογενειακού συστήματος και των: ηλικία (t.b.=0,184 και P=0,046), επίκριση των άλλων (t.b.=0,210 και P=0,031), παρορμητική εχθρότητα (t.b.=0,201 και P=0,038), ενδοστρεφή εχθρότητα (t.b.=0,222 και P=0,020), συνοχή (t.b.=-0,250 και P=0,014), προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=-0,227 και P=0,022).

Ενδεικτική αλλά στατιστικά μη σημαντική (P<0,10) συσχέτιση εμφανίστηκε ανάμεσα στον έλεγχο του οικογενειακού συστήματος και των: αυτοεπίκριση (t.b.=0,167 και P=0,087), και προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,166 και P=0,090).

Συσχετίσεις της συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε πάρα πολύ σημαντική (P<0,001) συσχέτιση ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος και των: επίκριση των άλλων (t.b.=-0,314 και P=0,000), ενοχή (t.b.=-0,301 και P=0,001), ολική εχθρότητα (t.b.=-0,278 και P=0,001), συνοχή (t.b.=0,319 και P=0,001), έκφραση των συναισθημάτων (t.b.=0,338 και P=0,000), ανεξαρτησία (t.b.=0,479 και P=0,000), προσανατολισμός για επιτεύγματα (t.b.=0,478 και P=0,000), προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=0,406 και P=0,000), προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=0,441 και P=0,000), και ηθική και θρησκευτική έμφαση (t.b.=0,361 και P=0,000).

Πολύ σημαντική (P<0,01) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος και της ενδοστρεφούς εχθρότητας (t.b.=-0,259 και P=0,003).

Σημαντική (P<0,05) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος και των: μόνιμο άγχος (t.b.=-0,178 και P=0,036), αυτοεπίκριση (t.b.=-0,181 και P=0,044), εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=-0,190 και P=0,028), σύγκρουση (t.b.=-0,229 και P=0,010), και οργάνωση του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,204 και P=0,028).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

3.2. *Αποτελέσματα Πολυπαραγοντικής ανάλυσης*

3.2.1. Λογιστική (Λογαριθμιστική) Εξάρτηση

Για τον έλεγχο παραγόντων κινδύνου (risk factors) εφαρμόστηκε η λογιστική εξάρτηση (Logistic Regression), της οποίας τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 18, με την μεταβλητή "ρόλος στην ερευνητική μελέτη" ως εξαρτημένη μεταβλητή και τον "αριθμό της οικογένειας" ως κατηγορική μεταβλητή.

Από τον έλεγχο αυτό βρέθηκαν ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου με ***στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση*** η συνοχή (OR=2,27, 95%ΔΕ 1,18-4,37), η σύγκρουση (OR=1,61 95%ΔΕ 1,04-2,51), η οργάνωση (OR=26,94, 95%ΔΕ 5,94-122,19), η ενοχή (OR=2,39, 95%ΔΕ 1,33-4,26), το παροδικό άγχος (OR=1,35, 95%ΔΕ 1,15-1,59), και η αλεξιθυμία (OR=4,91 95%ΔΕ 2,38-10,15).

Επίσης, βρέθηκαν ανεξάρτητοι παράγοντες με ***στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση*** η έκφραση των συναισθημάτων (OR=0,50, 95%ΔΕ 0,26-0,97), ο προσανατολισμός για ψυχαγωγία (OR=0,57 95%ΔΕ 0,33-0,97), η ηθική και θρησκευτική έμφαση (OR=0,28 95%ΔΕ 0,13-0,61), και το μόνιμο άγχος (OR=0,83 95%ΔΕ 0,73-0,95).

Οι υπόλοιπες μεταβλητές βρέθηκε ότι δεν σχετίζονται με την εμφάνιση της οξείας λευχαιμίας.

Πίνακας 18. Αποτελέσματα Λογιστικής εξάρτησης με εξαρτημένη μεταβλητή

Μεταβλητές	Odds ratio (95% ΔΕ)
Φύλο : Γυναίκες	1.00(ομάδα αναφοράς)
Άνδρες	**3,99 (1,45 - 10,99)**
Συνοχή *(Cohesion)*	**2,27 (1,18 - 4,37)**
Εκφραστικότητα *(Expressiveness)*	**0,50 (0,26 - 0,97)**
Σύγκρουση *(Conflict)*	**1,61 (1,04 - 2,51)**
Ανεξαρτησία *(Independence)*	1,33 (0,88 - 2,01)
Προσανατολισμός για επιτεύγματα *(Achievement Orientation)*	0,92 (0,57 - 1,47)
Προσαν. για πολιτισμό & διανόηση *(Intellectual - Cultural Orientation)*	1,65 (0,84 - 3,24)
Προσανατολισμός για ψυχαγωγία *(Active-Recreational Orientation)*	**0,57 (0,33 - 0,97)**
Ηθική και Θρησκευτική έμφαση *(Moral-Religious Emphasis)*	**0,28 (0,13 - 0,61)**

"Συνεχίζεται"

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Πίνακας 18, συνέχεια

Οργάνωση *(Organization)*	**26,94 (5,94 - 122,19)**
Έλεγχος *(Control)*	1,12 (0,47 - 2,64)
Συνολική βαθμολογία οικογένειας *(Family Incongruence Score)*	1,12 (0,98 - 1,27)
Επίκριση άλλων *(criticism of others)*	1,29 (0,85 - 1,95)
Παρορμητική εχθρότητα *(acting-out hostility)*	1,00 (0,74 - 1,35)
Παρανοειδής εχθρότητα *(paranoid hostility)*	0,78 (0,53 - 1,16)
Αυτοεπίκριση *(self-criticism)*	0,74 (0,48 - 1,14)
Ενοχή *(Guilt)*	**2,39 (1,33 - 4,26)**
Εξωστρεφής εχθρότητα *(Extrapunitiveness)*	1,05 (0,90 - 1,22)
Ενδοστρεφής εχθρότητα *(Intropunitiveness)*	1,16 (0,88 - 1,52)
Ολική εχθρότητα *(Total hostility)*	1,08 (0,94 - 1,23)
Παροδικό άγχος *(State - Anxiety)*	**1,35 (1,15 - 1,59)**
Μόνιμο άγχος *(Trait - Anxiety)*	**0,83 (0,73 - 0,95)**
Αλεξιθυμία *(Alexithymia)*	**4,91 (2,38 -10,15)**

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

4. Συζήτηση

Πριν σχολιάσουμε τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης και τα σχετίσουμε με αποτελέσματα παρόμοιων μελετών θεωρούμε σημαντικό να σημειώσουμε: α) σε τι δεν απαντάει η συγκεκριμένη μελέτη, και β) ποιοι είναι οι περιορισμοί της.

4.1. Οριοθετήσεις

Ευθύς εξ αρχής θα πρέπει να δηλώσουμε ότι τα πορίσματα της παρούσας μελέτης αφορούν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ασθενών και των συγγενών τους στο συγκεκριμένο χωροχρόνο και με την παρουσία της οξείας λευχαιμίας. Δεν είναι βέβαιο, δηλαδή, κατά πόσο είναι ανεξάρτητα από την ασθένεια και για αυτό δεν απαντούν σε συνθήκες προγενέστερες της νόσου.

Το γεγονός αυτό δεν μας επιτρέπει να μιλήσουμε για αιτιώδη σχέση μεταξύ των συγκεκριμένων ψυχολογικών χαρακτηριστικών και της οξείας λευχαιμίας. Μια τέτοια προσπάθεια για την ανακάλυψη συγκεκριμένων συνθηκών, οι οποίες παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση της οξείας λευχαιμίας θα προσέκρουε σε αρκετά μεθοδολογικά σημεία. Για να οριστεί μια αιτιώδη σχέση, θα απαιτείτο η παρακολούθηση σημαντικού αριθμού οικογενειών, οι οποίες παρουσιάζουν παράγοντες κινδύνου για εκδήλωση οξείας λευχαιμίας για μεγάλο χρονικό διάστημα, έτσι, ώστε να καταστεί δυνατή η διάκριση ανάμεσα στις συνθήκες, οι οποίες προϋπήρχαν της ασθένειας και σε αυτές οι οποίες είναι αποτέλεσμά της.

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 αίτιο - αιτιατό μεταξύ ορισμένων μεταβλητών. Σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να οδηγηθούμε στη διατύπωση μιας γραμμικής αιτιολογικής υπόθεσης.

Ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας επιτρέπει να διερευνηθούν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και τα δυναμικά των οικογενειακών σχέσεων αμέσως μετά την έναρξη της οξείας λευχαιμίας στο πάσχον μέλος των οικογενειών που μελετήθηκαν.

Βεβαίως, δεν αποτέλεσε στόχο της παρούσας έρευνας η εξειδικευμένη μελέτη ψυχολογικών παραγόντων που ενδεχομένως να επηρεάζουν την πορεία της οξείας λευχαιμίας, γεγονός που θα απαιτούσε διαφορετικό ερευνητικό σχεδιασμό και εκτίμηση ποικίλων ακόμη παραγόντων για μια μελέτη αναδρομικού χαρακτήρα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

4.2. Οικογενειακό Περιβάλλον (Οικογενειακές σχέσεις - Προσωπική εξέλιξη και ωρίμανση - Δομή του οικογενειακού συστήματος)

Η *συνοχή (Cohesion)* βρέθηκε να λαμβάνει υψηλές τιμές τόσο στους ασθενείς όσο και στους συγγενείς τους, κατάσταση που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση, που θεωρούσε ότι η οικογένειες θα παρουσίαζαν δυσλειτουργία (πολύ υψηλή ή πολύ χαμηλή συνοχή), η συνοχή, δηλαδή, των οικογενειών θα εμφανιζόταν με αυτές τις ακραίες διακυμάνσεις. Πιο συγκεκριμένα, οι μέσες τιμές για τους ασθενείς με οξεία λευχαιμία και τους συγγενείς τους ήταν αντίστοιχα (6,98±1,71) και (7,50±1,28). Η τιμή της συνοχής για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos[395-397], κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 6 έως 7 και είναι στα ίδια επίπεδα με τις τιμές για τη συνοχή σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού, σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα[400]. Επίσης, όσον αφορά στις απαντήσεις για τη συνοχή, στην παρούσα ερευνητική μελέτη, παρατηρούμε ακόμη ότι οι απαντήσεις κοντά στο μέσο όρο είναι μηδενικές και έτσι ομαδοποιούνται σε τρεις κλάσεις, σ' αυτές που βρίσκονται στα χαμηλότερα επίπεδα συνοχής, σ' αυτές που βρίσκονται κοντά στο μέσο όρο και σ' αυτές που βρίσκονται στα υψηλότερα επίπεδα συνοχής. Συγκεκριμένα, το 70% περίπου του συνόλου του δείγματος απάντησε αρκετά πάνω απ' το μέσο όρο, αισθάνεται, δηλαδή την οικογένειά του με μεγάλη συνοχή. Στο μέσο όρο βρίσκονται οι απαντήσεις του 29% (11% ασθενείς και 18% συγγενείς). Σημαντικό αναφοράς είναι το γεγονός ότι οι απαντήσεις του 20% των ασθενών βρίσκονται στη βαθμολογία των δύο χαμηλότερων υποκλιμάκων, δεν αισθάνονται, δηλαδή, σχεδόν καμία συνοχή στην οικογένειά τους.

Για την *έκφραση των συναισθημάτων (Expressiveness)*, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι, τόσο στους ασθενείς όσο και στους συγγενείς τους, σημειώθηκαν χαμηλά επίπεδα της εκφραστικότητας, κατάσταση που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση, που θεωρούσε ότι η έκφραση του συναισθήματος θα εξέφραζε τη δυσλειτουργία της οικογένειας (πολύ υψηλή ή πολύ χαμηλή εκφραστικότητα). Αν και φαίνεται να υπάρχει κάποια διαφορά στα επίπεδα των ποσοστών μεταξύ των ασθενών και των συγγενών τους ο στατιστικός έλεγχος δεν έδειξε κάποια στατιστική σημαντική διαφορά. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της βαθμολογίας της έκφρασης των συναισθημάτων των ασθενών ήταν 5,00±1,60, ενώ για τους συγγενείς ήταν 4,91±1,42. Η τιμή της έκφρασης των συναισθημάτων για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos[395-397], κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 5 έως 6 και είναι στα ίδια επίπεδα με

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

τις τιμές για την έκφραση του συναισθήματος σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού, σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα[400].

Για τη *σύγκρουση (Conflict)*, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι οι τιμές που σημειώθηκαν, τόσο στους ασθενείς όσο και στους συγγενείς τους, ήταν σε υψηλά επίπεδα, κατάσταση που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της βαθμολογίας της σύγκρουσης των ασθενών ήταν 3,76±1,45 ενώ των συγγενών τους 3,94±1,96. Η τιμή της σύγκρουσης για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos[395-397], κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 2,5 έως 4 και παρουσιάζεται λίγο πιο αυξημένη από τις τιμές της σύγκρουσης που διαπιστώθηκαν σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού 2,1±2,2 σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα[400].

Για την *ανεξαρτησία (Independence)*, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι κανένας από τους ασθενείς δεν συγκέντρωσε τιμές από το μέσο όρο και πάνω. Από τους συγγενείς του, δε, μόνο το 7,1% βρισκόταν στο μέσο όρο. Οι υπόλοιποι συγγενείς έλαβαν κι αυτοί τιμές κάτω του μέσου όρου, όπως και οι ασθενείς. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική υπόθεσή μας που ήταν ότι τόσο οι ασθενείς όσο και οι συγγενείς τους θα παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα ανεξαρτησίας. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της ανεξαρτησίας των ασθενών ήταν 4,49±1,69 και των συγγενών τους 4,77±1,53. Η τιμή της ανεξαρτησίας για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos[395-397], κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 6,5 έως 7 και παρουσιάζεται λίγο πιο αυξημένη από τις τιμές της ανεξαρτησίας που διαπιστώθηκαν σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού 6,0±1,3 σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα[400].

Για τον *προσανατολισμό* που υπάρχει στην οικογένεια *για επιτεύγματα (Achievement Orientation)*, η μέση τιμή της βαθμολογίας των ασθενών ήταν 6,24±1,58 ενώ των συγγενών τους 6,37±1,40. Τα αποτελέσματα αυτά δεν στηρίζουν την αρχική υπόθεσή μας που ήταν ότι τόσο οι ασθενείς όσο και οι συγγενείς τους θα παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα στον προσανατολισμό που υπάρχει από την οικογένεια για επιτεύγματα. Η τιμή της προσανατολισμού για επιτεύγματα για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos[395-397], κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 5 έως 6 και παρουσιάζεται πιο χαμηλή από τις τιμές που διαπιστώθηκαν σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού 6,9±7,2 σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα[400].

Για τον *προσανατολισμό της οικογένειας για πολιτισμό και διανόηση (Intellectual - Cultural Orientation)* η μέση τιμή της βαθμολογίας των ασθενών ήταν 4,15±1,93 και των συγγενών τους 4,53±1,76. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική υπόθεσή μας που

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ήταν ότι τόσο οι ασθενείς όσο και οι συγγενείς τους θα παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα προσανατολισμού από την οικογένεια για πολιτισμό και διανόηση. Η τιμή του προσανατολισμού για πολιτισμό και διανόηση για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos[395-397], κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 5 έως 6 και παρουσιάζεται στα ίδια επίπεδα με τις τιμές που διαπιστώθηκαν σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού 5,3±5,8 σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα[400].

Για τον *προσανατολισμό της οικογένειας για ενεργό ψυχαγωγία (Active-Recreational Orientation)* η μέση τιμή της βαθμολογίας των ασθενών ήταν 3,2±2,2 και των συγγενών τους 3,36±1,76. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική υπόθεσή μας που ήταν ότι τόσο οι ασθενείς όσο και οι συγγενείς τους θα παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα του προσανατολισμού της οικογένειας για ψυχαγωγία. Η τιμή για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos[395-397], κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 5 έως 6 και παρουσιάζεται λίγο πιο αυξημένη από τις τιμές που διαπιστώθηκαν σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού 4,6±5,8 σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα[400].

Για την *ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)* η μέση τιμή της βαθμολογίας των ασθενών ήταν 5,24±1,95 και των συγγενών τους 4,71±2,82. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική υπόθεσή μας που ήταν ότι τόσο οι ασθενείς όσο και οι συγγενείς τους θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ηθικής και θρησκευτικότητας. Η τιμή για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos[395-397], κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 4 έως 5,5 και παρουσιάζεται στα ίδια επίπεδα τόσο με τις τιμές που διαπιστώθηκαν σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού 4,4±5,3 σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα[400], όσο και με τις τιμές που παρατηρήθηκαν στην παρούσα μελέτη.

Για την *οργάνωση (Organization) του οικογενειακού συστήματος* η μέση τιμή της βαθμολογίας της οργάνωσης των ασθενών ήταν 6,07±1,03 και των συγγενών τους 6,86±1,08. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική υπόθεσή μας που ήταν ότι τόσο οι ασθενείς όσο και οι συγγενείς τους θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα οργάνωσης του οικογενειακού συστήματος. Παρατηρήθηκαν διαφορές στις απαντήσεις μεταξύ των δύο ομάδων, μια και οι συγγενείς εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα οργάνωσης. Η τιμή της οργάνωσης για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos[395-397], κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 5 έως 6 και παρουσιάζεται πιο χαμηλή από τις τιμές της οργάνωσης που διαπιστώθηκαν σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού 6,1±7,2 σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα[400].

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Για τον *έλεγχο (Control)* του οικογενειακού συστήματος η μέση τιμή της βαθμολογίας του ελέγχου των ασθενών ήταν 6,07±1,40 ενώ των συγγενών τους 6,14±1,07. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική υπόθεσή μας που ήταν ότι τόσο οι ασθενείς όσο και οι συγγενείς τους θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ελέγχου του οικογενειακού συστήματος. Η τιμή του ελέγχου για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos[395-397], κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 4 έως 5 και παρουσιάζεται στα ίδια επίπεδα με τις τιμές του ελέγχου που διαπιστώθηκαν σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού 4,7±5 σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα[400].

Τα αποτελέσματα της *συνοχής* που προέκυψαν από την παρούσα έρευνα ενισχύονται και από τα αποτελέσματα άλλων παρόμοιων ερευνών. Συγκεκριμένα, συμφωνούν με τα αποτελέσματα της μελέτης του Garmezy[197], ο οποίος αναφέρει ότι η υψηλή συνοχή στην οικογένεια λειτουργεί προστατευτικά και αυξάνει την αντοχή της οικογένειας στις στρεσογόνες συνθήκες που αντιμετωπίζει. Επίσης, συμφωνούν με τα αποτελέσματα της έρευνας του Schulz και συν.[177], στην οποία χρησιμοποιήθηκε το οικογενειακό μοντέλο του Olson, που δομήθηκε για να περιγράψει τις αντιδράσεις της οικογένειας σε μια κατάσταση κρίσης. Αυτό το μοντέλο αποτελείται από δύο ευρείες διαστάσεις: τη συνοχή και την προσαρμοστικότητα. Ως συνοχή, από τον Olson, ορίστηκε το συναισθηματικό δέσιμο των μελών της οικογένειας. Υπερβολικά υψηλή συνοχή εμπεριέχει προβλήματα ταυτοποίησης και γίνεται δυσλειτουργική ενώ η υπερβολικά χαμηλή συνοχή οδηγεί σε αποξένωση. Και τα δύο άκρα θεωρούνται παθολογικά, ενώ αντίθετα ένας μέσος βαθμός συνοχής θεωρείται λειτουργικός. Η υπόθεση του Schoulz και των συνεργατών του ήταν ότι μια μέση συνοχή και προσαρμοστικότητα θα συνδέεται με τα χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσανεξίας των ασθενών και των μελών της οικογένειάς τους. Στην έρευνα συμμετείχαν 97 ασθενείς που έπασχαν από καρκίνο και 162 μέλη των οικογενειών τους και ως ερευνητικά εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν η κλινική συνέντευξη, το European Quality of Life Questionnaire, και η List of Complaints. Διαπιστώθηκε ότι για την παράμετρο της συνοχής, φάνηκε πως οι ασθενείς που είχαν τα χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσανεξίας, προέρχονταν από οικογένειες με μέση συνοχή, ενώ για τους συζύγους και τα παιδιά δεν φάνηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς αυτή τη διάσταση. Είναι εμφανές ότι για τα μέλη της οικογένειας ένα καλά οργανωμένο σύστημα με σαφείς ρόλους και καθήκοντα είναι πιο σημαντικό για τη μείωση του stress απ' ότι το συναισθηματικό δέσιμο. Από την άλλη μεριά, για τον ασθενή φαίνεται να είναι πιο σημαντικό ένα μέσο επίπεδο συνοχής.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Η δυσλειτουργία, λοιπόν, που παρατηρήθηκε στις οικογένειες των ασθενών με οξεία λευχαιμία και εκφράστηκε με τα υψηλά επίπεδα της συνοχής που βρέθηκαν στην παρούσα μελέτη συμφωνούν και με τα αποτελέσματα των Moos και Moos[395], οι οποίοι με πολύχρονες έρευνες στο ενεργητικό τους σε θέματα που αφορούν τις οικογενειακές σχέσεις αναφέρουν ότι τα υψηλά ή χαμηλά επίπεδα συνοχής εκφράζουν τη δυσλειτουργία της οικογένειας. Διαφέρουν, όμως, με τα αποτελέσματα άλλης μελέτης, των ίδιων ερευνητών, που θεωρεί ότι στις οικογένειες που κάποιο μέλος τους ασθενεί από απειλητικό νόσημα για τη ζωή του, μπορεί να διαπιστωθεί ότι τα μέλη αυτών των οικογενειών παρουσιάζουν μικρότερη συνοχή. Πιθανόν αυτό να εξηγείται με τη διαφορά κουλτούρας μια και στις Ελληνικές οικογένειες[71-73] οι σχέσεις είναι πιο στενές και θεωρείται από τις "παγιδευτικά εμπλεκόμενες"[74] οικογένειες.

Τα υψηλά επίπεδα συνοχής που διαπιστώθηκαν ερμηνεύονται κι από το γεγονός ότι μια απειλητική ασθένεια, όπως η οξεία λευχαιμία, διαταράσσει την ομοιόσταση της οικογένειας και ακριβώς τότε είναι που η ίδια η οικογένεια κινητοποιεί μηχανισμούς για αναδιοργάνωση σε μια προσπάθεια σταθεροποίησης και προσαρμογής αυξάνοντας τη συνοχή της[178].

Και οι Horwitz και Kazak[181], όμως, καταλήγουν να πιστεύουν πως η απειλητική ασθένεια σε συνδυασμό με την νοσηλεία του ασθενούς επηρεάζει τόσο τη συνοχή της οικογένειας όσο και την καθημερινή ζωή των μελών μιας οικογένειας. Η οικογένεια αυξάνοντας τη συνοχή της προσπαθεί να προσαρμοστεί στην καινούργια αυτή κατάσταση και να προστατέψει το μέλος της που ασθενεί.[186] Αυτή η ισχυρή συσπείρωση της οικογένειας, σύμφωνα με τους Aymanns, Filip και Klauer (1995)[187], συμπεριλαμβάνεται στο μηχανισμό της εγκυστώσεως (encapsulation), που πολλές φορές τείνει προς την κατεύθυνση της περιχαράκωσης και συγκάλυψης κάθε στοιχείου που σχετίζεται με τη νόσο.

Για την *έκφραση των συναισθημάτων (Expressiveness)*, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ενισχύονται από τα αποτελέσματα άλλων παρόμοιων ερευνών. Συγκεκριμένα, συμφωνούν με τα αποτελέσματα των Moos και Moos[395], οι οποίοι αναφέρουν ότι στις οικογένειες που κάποιο μέλος της ασθενεί από απειλητικό νόσημα για τη ζωή του, μπορεί να διαπιστωθεί ότι τα μέλη της οικογένειας έχουν μικρότερο βαθμό έκφρασης των συναισθημάτων. Επίσης, συμφωνούν με τα αποτελέσματα του Hilton[194], ο οποίος αναφέρει ότι η εκφραστικότητα και η επικοινωνία παρουσιάζουν πολλές δυσκολίες στις οικογένειες που ένα μέλος τους νοσεί από καρκίνο

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Η εκφραστικότητα και άλλοι παράγοντες οικογενειακής ατμόσφαιρας έχουν μελετηθεί και από τους Davies και συν. (1993)[209], αλλά δεν έχουν δοθεί τελικές απαντήσεις. Το αίσθημα μη βοήθειας που βιώνουν αυτοί που προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τον πόνο του πάσχοντος και γενικότερα τις επιπτώσεις του πόνου σε όλη την οικογένεια είναι αξιόλογος δείκτης. Μια άλλη έρευνα που έγινε σχετικά με την διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα σε πολλές διαστάσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος και της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής των πασχόντων υπογραμμίζει ότι μια από τις διαστάσεις, οι οποίες προσδιορίζουν την οικογένεια είναι το να έχει μια μεγάλη ικανότητα έκφρασης των συναισθημάτων, κατάσταση που τη βοηθάει στο να είναι λιγότερο ταραγμένη και κατά συνέπεια καλύτερα προσαρμόσιμη[25]. Αλλά και άλλοι μελετητές[181-184] προτείνουν ότι η δυνατότητα έκφρασης συναισθημάτων, απόψεων ή σκέψεων συμβάλλουν στην αποτελεσματική και υγιή λειτουργία της οικογένειας, μετά την εμφάνιση μιας απειλητικής ασθένειας.

Για τη *σύγκρουση (Conflict)*, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ενισχύονται από τα αποτελέσματα άλλων παρόμοιων ερευνών. Συγκεκριμένα, συμφωνούν με τα αποτελέσματα των Moos και Moos[395], οι οποίοι αναφέρουν ότι στις οικογένειες που κάποιο μέλος της ασθενεί από απειλητικό νόσημα για τη ζωή του, μπορεί να διαπιστωθεί ότι τα μέλη της οικογένειας εμφανίζουν μεγάλο βαθμό σύγκρουσης. Και άλλοι ερευνητές[26,27] συγκλίνουν στη διατύπωση ότι η καταπίεση της άμεσης συναισθηματικής έκφρασης από γενιά σε γενιά περιπλέκει περαιτέρω την δυναμική του οικογενειακού συστήματος και παρεμποδίζει την υγιή λεκτική έκφραση των συγκρούσεων, κατάσταση που εμφανίζεται με μεγάλη συχνότητα σε οικογένειες με ψυχοσωματικά παιδιά. Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει η τάση της οικογένειας για κοινωνική συμμόρφωση, η οποία επιλέγει τη νομιμότητα της σωματικής ασθένειας για να εκφράσει τις συγκρούσεις και τα προβλήματά της.[37]

Για την *ανεξαρτησία (Independence)*, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ενισχύονται από τα αποτελέσματα άλλων παρόμοιων ερευνών. Συγκεκριμένα, συμφωνούν με τα αποτελέσματα των Moos και Moos[395] , οι οποίοι αναφέρουν ότι στις οικογένειες που κάποιο μέλος της ασθενεί από απειλητικό νόσημα για τη ζωή του, μπορεί να διαπιστωθεί ότι τα μέλη της οικογένειας εμφανίζουν μικρότερο βαθμό ανεξαρτησίας. Για τους Barnard και Corrales[51], η έννοια των ορίων της οικογένειας αναφέρεται στις διαδικασίες του "μαζί" και του "χωριστά", οι οποίες βρίσκονται σε αλληλεπίδραση. Αναφέρεται επίσης στο ποια μέλη συμμετέχουν σε τι και με ποιο τρόπο πραγματοποιείται αυτή η συμμετοχή. Τα όρια περικλείουν τη "χωρική, χρονική και συναισθηματική περιοχή των σχέσεων". Τα σαφή και

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

διαπερατά όρια διασφαλίζουν την υγιή λειτουργία της οικογένειας, αποτρέπουν τη σύγχυση και συμβάλλουν στη διατήρηση ενός σταθερού κλίματος μέσα στην οικογένεια. Και άλλοι μελετητές[21], όμως, έχουν διαπιστώσει πως η ασθένεια σε συνδυασμό με την νοσηλεία του ασθενούς επηρεάζει την καθημερινή ζωή των μελών μιας οικογένειας και ένα σημαντικός αριθμός αλλαγών παρατηρείται μέσα σ' αυτή όπως η επιβεβλημένη αυτονομία ή εξάρτηση. Αλλά και ο Minuchin[96], βασιζόμενος στις μελέτες του, παρουσίασε στο θεωρητικό του μοντέλο αυτή την τάση για συγχώνευση και έλλειψη ορίων ανάμεσα στα υποσυστήματα της οικογένειας στην οποία εμφανίζεται ψυχοσωματική ασθένεια. Τα χαρακτηριστικά της συγχωνευμένης οικογένειας είναι η μεγάλη αλληλεξάρτηση ανάμεσα στα μέλη της, η τάση για παραβίαση των ατομικών ορίων και η έλλειψη διαφοροποίησης της εικόνας του εαυτού από τα άλλα μέλη της οικογένειας.

Για τον *προσανατολισμό* που υπάρχει στην οικογένεια *για επιτεύγματα (Achievement Orientation)*, οι Horwitz και Kazak (1990)[181], αλλά και πολλοί άλλοι ερευνητές,[182,183,184] στην προσπάθειά τους να διερευνήσουν μερικούς από τους βασικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην αποτελεσματική και υγιή λειτουργία της οικογένειας, μετά την εμφάνιση μιας απειλητικής ασθένειας έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που προτείνουν είναι η επαφή και η επικοινωνία της οικογένειας με τον εξωτερικό κόσμο.

Για την *οργάνωση* και τον *έλεγχο του οικογενειακού συστήματος* τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ενισχύονται από τα αποτελέσματα άλλων παρόμοιων ερευνών. Συγκεκριμένα, συμφωνούν με τα αποτελέσματα των Moos και Moos[395] , οι οποίοι αναφέρουν ότι στις οικογένειες που κάποιο μέλος της ασθενεί από απειλητικό νόσημα για τη ζωή του, μπορεί να διαπιστωθεί ότι τα μέλη της οικογένειας εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα οργάνωσης και εμφανίζουν μεγαλύτερο βαθμό ελέγχου του οικογενειακού συστήματος.

Καταληκτικά, ως προς το οικογενειακό περιβάλλον και γενικότερα τις οικογενειακές σχέσεις τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με τα συμπεράσματα των Moos και Moos[395], που αναφέρουν ότι μερικές φορές οι οικογένειες απαντούν στις απαιτήσεις αλλαγής που φέρνει μια ασθένεια, αυξάνοντας την ακαμψία των προτιμώμενων μοντέλων αλληλεπίδρασης. Τότε το φάσμα των δυνατών επιλογών στενεύει και τα μέλη της οικογένειας αρχίζουν να δίνουν στερεότυπες απαντήσεις τόσο μεταξύ τους όσο και στο εξωοικογενειακό περιβάλλον. Σ' αυτές τις περιπτώσεις οι οικογένειες λειτουργούν ως κλειστά συστήματα και τα μέλη τους βιώνουν τους εαυτούς τους ως ανίκανους και ελεγχόμενους. Οι οικογένειες αυτές δυσλειτουργούν. Ο τύπος της δυσλειτουργίας τους, βέβαια, ποικίλει και τα χαρακτηριστικά τους περιγράφονται από πολλούς μελετητές.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Γενικά, έχουν μικρότερο βαθμό έκφρασης των συναισθημάτων τους, μικρότερο βαθμό ανεξαρτησίας των μελών τους, μικρότερο βαθμό πνευματικών και ψυχαγωγικών ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, μεγαλύτερο βαθμό συγκρούσεων και ελέγχου. Αυτή η παγιδευτική εμπλοκή των μελών (enmeshment), σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς, παίρνει ακραίες διαστάσεις στις οικογένειες που κάποιο μέλος της ασθενεί από απειλητικό νόσημα για τη ζωή του. Μέσα από την κλινική εμπειρία μας επιβεβαιώνεται διαρκώς ο χαρακτήρας της παγιδευτικής εμπλοκής των σχέσεων μέσα στην οικογένεια του ασθενή.

4.2 Η εχθρότητα στους ασθενείς με οξεία λευχαιμία και τους συγγενείς τους

Η εχθρότητα είναι πολύ σημαντική καθώς είναι ένα συστατικό της συμπεριφοράς της προσωπικότητας και μπορεί ν' αλλάξει κάτω από την επήρεια εξωτερικών γεγονότων. Θεωρείται[32], δηλαδή, ως ένα ελαστικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (μια συμπεριφορά παρά ένα χαρακτηριστικό) που αντανακλά συνήθως τις περιστασιακές δυσκολίες και απογοητεύσεις ενός ατόμου.

Για την *επίκριση των άλλων (criticism of others)* οι μέσες τιμές για τους ασθενείς και τους συγγενείς τους ήταν αντίστοιχα 6,56±1,91 και 6,54±2,13. Οι τιμές της επίκρισης των άλλων για τους υγιείς κυμαίνεται στο 5,32±2,90 για τις γυναίκες και στο 5,76±2,86 για τους άνδρες[405,407,408]. Οι τιμές αυτής της υποκλίμακας, που αναφέρεται στην κριτική που ασκεί το άτομο σε άλλα άτομα για τους ασθενείς με καρκίνο είναι 4,88±2,79 για τις γυναίκες και 5,56±2,49 για τους άνδρες ασθενείς[421]. Για τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα η τιμή εμφανίζεται υψηλότερη και ανέρχεται στο 6,24±1,98[422].

Για την *παρορμητική εχθρότητας (acting-out hostility)* οι μέσες τιμές για τους ασθενείς και τους συγγενείς τους ήταν αντίστοιχα 4,71±2,48 και 4,47±2,07. Οι τιμές της παρορμητικής εχθρότητας για τους υγιείς κυμαίνεται στο 3,55±1,52 για τις γυναίκες και στο 3,53±1,53 για τους άνδρες[405,407,408]. Οι τιμές αυτής της υποκλίμακας, για τους ασθενείς με καρκίνο είναι 3,07±1,55 για τις γυναίκες και 3,91±1,55 για τους άνδρες ασθενείς[421]. Για τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα η τιμή εμφανίζεται υψηλότερη και ανέρχεται στο 5,04±1,72[422].

Για την *παρανοειδή εχθρότητα (paranoid hostility)* οι μέσες τιμές για τους ασθενείς και τους συγγενείς τους ήταν αντίστοιχα 2,37±1,30 και 2,31±1,75. Οι τιμές της παρανοειδούς εχθρότητας για τους υγιείς κυμαίνεται στο 2,71±1,88 για τις γυναίκες και στο 1,96±1,64 για τους άνδρες[405,407,408]. Οι τιμές αυτής της υποκλίμακας, που αναφέρεται στην καχυποψία και σε διαστρεβλωμένη αντίληψη της πραγματικότητας για τους ασθενείς με καρκίνο είναι 2,32±2,08 για τις γυναίκες και 2,08±1,75 για τους άνδρες ασθενείς[421]. Για

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα η τιμή εμφανίζεται υψηλότερη και ανέρχεται στο 3,40±2,20[422].

Για την *αυτοεπίκριση (self-criticism)* οι μέσες τιμές για τους ασθενείς και τους συγγενείς τους ήταν αντίστοιχα 5,22±1,77 και 4,87±1,74. Οι τιμές της αυτοεπίκρισης για τους υγιείς κυμαίνεται στο 4,03±2,09 για τις γυναίκες και στο 3,00±1,68 για τους άνδρες[405,407,408]. Οι τιμές αυτής της υποκλίμακας, που αναφέρεται στην αυτοκριτική του ατόμου για τους ασθενείς με καρκίνο είναι 3,64±1,71 για τις γυναίκες και 3,30±2,06 για τους άνδρες ασθενείς[421]. Για τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα η τιμή εμφανίζεται υψηλότερη και ανέρχεται στο 4,68±2,01[422].

Για την *ενοχή (Guilt)* οι μέσες τιμές για τους ασθενείς και τους συγγενείς τους ήταν αντίστοιχα 2,95±1,24 και 3,16±1,50. Οι τιμές της ενοχής για τους υγιείς κυμαίνεται στο 1,93±1,36 για τις γυναίκες και στο 1,88±1,29 για τους άνδρες[405,407,408]. Οι τιμές αυτής της υποκλίμακας για τους ασθενείς με καρκίνο είναι 2,32±1,49 για τις γυναίκες και 2,34±1,88 για τους άνδρες ασθενείς[421]. Για τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα η τιμή εμφανίζεται υψηλότερη και ανέρχεται στο 2,28±1,54[422].

Για την *εξωστρεφή εχθρότητα (Extrapunitiveness)*, που αποτελεί το άθροισμα της επίκρισης των άλλων, της παρορμητικής και παρανοειδούς εχθρότητας, οι μέσες τιμές για τους ασθενείς και τους συγγενείς τους ήταν αντίστοιχα 13,63±3,68 και 13,30±4,20. Οι τιμές της εξωστρεφούς εχθρότητας για τους υγιείς κυμαίνεται στο 11,58±4,90 για τις γυναίκες και στο 11,26±4,39 για τους άνδρες[405,407,408]. Οι τιμές αυτής της υποκλίμακας για τους ασθενείς με καρκίνο είναι 10,27±5,57 για τις γυναίκες και 11,59±4,59 για τους άνδρες ασθενείς[421]. Για τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα η τιμή εμφανίζεται υψηλότερη και ανέρχεται στο 14,68±4,55[422].

Για την *ενδοστρεφή εχθρότητα (Intropunitiveness)*, που αποτελεί το άθροισμα της αυτοεπίκρισης και της ενοχής, οι μέσες τιμές για τους ασθενείς και τους συγγενείς τους ήταν αντίστοιχα 8,17±2,35 και 8,03±3,00. Οι τιμές της ενδοστρεφούς εχθρότητας για τους υγιείς κυμαίνεται στο 5,97±2,95 για τις γυναίκες και στο 4,88±2,45 για τους άνδρες[405,407,408]. Οι τιμές αυτής της υποκλίμακας για τους ασθενείς με καρκίνο είναι 5,56±2,91 για τις γυναίκες και 5,64±3,64 για τους άνδρες ασθενείς[421]. Για τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα η τιμή εμφανίζεται υψηλότερη και ανέρχεται στο 6,96±3,09[422].

Για την *ολική εχθρότητα (Total hostility)*, που αποτελεί το άθροισμα της εξωστρεφούς και ενδοστρεφούς εχθρότητας, οι μέσες τιμές για τους ασθενείς και τους συγγενείς τους ήταν αντίστοιχα 21,80±5,11 και 21,36±6,16. Οι τιμές της ολικής εχθρότητας για τους υγιείς κυμαίνεται στο 17,55±6,56 για τις γυναίκες και στο 16,20±8,64 για τους

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

άνδρες[405,407,408]. Οι τιμές αυτής της υποκλίμακας για τους ασθενείς με καρκίνο είναι 15,80±8,03 για τις γυναίκες και 17,07±7,08 για τους άνδρες ασθενείς[421]. Για τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα η τιμή εμφανίζεται υψηλότερη και ανέρχεται στο 21,64±6,30[422].

Το πιο ενδιαφέρον στοιχείο της μελέτης είναι τα υψηλά επίπεδα της εχθρότητας που παρατηρήθηκαν στους ασθενείς και στους συγγενείς τους σε σύγκριση τόσο με τα επίπεδα της εχθρότητας που παρατηρούνται σε υγιείς ομάδες του πληθυσμού όσο και με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών που ως δείγμα τους είχαν ασθενείς με καρκίνο. Ένα εύρημα της παρούσας ερευνητικής μελέτης το οποίο συμφωνεί με τα αποτελέσματα άλλων μελετών[299] που αναφέρονται σε εκφράσεις εχθρότητας παρά τις διαφορές στην ορολογία και στις τεχνικές μέτρησης είναι ότι οι ασθενείς με οξεία λευχαιμία, όπως και οι υπόλοιποι καρκινοπαθείς κατευθύνουν την εχθρότητά τους κατά του εαυτού τους. Η εκδήλωση της εχθρότητάς τους συνεπάγεται μια προθυμία, "μια παρόρμηση" να εκδηλώσουν και σωματικά την επιθετική τους συμπεριφορά. Η κίνηση της εχθρότητας προς την εσωστρέφεια κατά τη διάρκεια μιας σωματικής ασθένειας έχει πιθανώς μια κλινική σημασία υπονοώντας τον ενδεχόμενο ρόλο της στην πορεία της νόσου. Σε όλες τις υποκλίμακες της εχθρότητας οι ασθενείς με οξεία λευχαιμία ανέφεραν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες από ότι οι ασθενείς με άλλες μορφές καρκίνου και η διαφορά των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας έγκεινται στο ότι οι ασθενείς με οξεία λευχαιμία δεν αναφέρουν μόνο υψηλότερα επίπεδα ενδοστρεφούς εχθρότητας αλλά και εξωστρεφούς εχθρότητας. Αποτέλεσμα που έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών[15,421] που σημειώνουν χαμηλά επίπεδα εξωστρεφούς εχθρότητας σε ασθενείς με καρκίνο Τα επίπεδα της εξωστρεφούς εχθρότητας των ασθενών του δείγματος της παρούσας μελέτης έρχονται σε συμφωνία με αυτά των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα[422], με τη μόνη διαφορά ότι στην προκειμένη παρουσιάζονται υψηλότερα και τα επίπεδα της εχθρότητας που στρέφεται προς τον εαυτό, και το αναφέρουμε αυτό μια και η ελκώδης κολίτιδα όπως και ο καρκίνος ανήκει στις ψυχοσωματικές νόσους. Ένα άλλο στοιχείο που παρουσιάζει ενδιαφέρον είναι ότι σε αναλογία με τα επίπεδα της εχθρότητας των ασθενών που πάσχουν από οξεία λευχαιμία βρίσκονται και αυτά των μελών της οικογένειάς τους, τα οποία συγκρινόμενα με αυτά του υγιούς πληθυσμού παρουσιάζονται πολύ υψηλότερα. Στο σημείο θεωρούμαι σημαντικό να αναφέρουμε ότι σε καμία από τις υποκλίμακες της εχθρότητας δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της εχθρότητας που εμφάνισαν οι ασθενείς με οξεία λευχαιμία και σ' αυτή των συγγενών τους.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Από την παράθεση των συγκρίσεων, που δόθηκαν στην αρχή του υποκεφαλαίου, μεταξύ της εχθρότητας στους ασθενείς με οξεία λευχαιμία και τις οικογένειές τους και των υγιών, ασθενών με καρκίνο και ασθενών με ελκώδη κολίτιδα μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι οι τιμές τόσο των ασθενών με την οξεία λευχαιμία όσο και των συγγενών τους παρουσιάζονται πολύ αυξημένες και διαφοροποιούνται από τις τιμές των υπόλοιπων ομάδων. Ως προς τα υψηλά επίπεδα εχθρότητας των ασθενών μπορούμε κατά πρώτον να σταθούμε σ' αυτά της ενδοστρεφούς εχθρότητας και των υποκλιμάκων που την απαρτίζουν και να σχολιάσουμε ότι συμφωνούν με τα ευρήματα άλλων μελετών που τείνουν σχεδόν να συμφωνούν ότι στις κακοήθεις νόσους πάντα εμφανίζονται αυξημένα επίπεδα εχθρότητας που στρέφεται προς τον εαυτό και κατ' επέκταση αυτοτιμωρητική συμπεριφορά. Συγκεκριμένα, στη διεθνή βιβλιογραφία[49-51], δίνεται μεγάλη έμφαση στην έντονη τάση που παρατηρείται για ενδοστρεφή και καταπιεζόμενη επιθετικότητα, ως χαρακτηριστικό γνώρισμα της προσωπικότητας του ατόμου που πάσχει από καρκίνο. Χαρακτηρίζονται ως άτομα που συχνά νοιώθουν ενοχές, εσωτερικεύοντας το θυμό και την ένταση και προκειμένου να αποφύγουν τις συγκρούσεις παραμελούν τις ανάγκες τους. Στην πραγματικότητα όμως, συσσωρεύουν εντάσεις και αρνητικά συναισθήματα, τα οποία κάποια στιγμή, προκαλούν διαταραχές του νευρικού συστήματος με αποτέλεσμα την έκκριση ορμονών που συμβάλλουν στην δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, γεγονός το οποίο συντελεί στην εμφάνιση κακοήθους νεοπλασίας. Σ' αυτό που διαφοροποιούνται τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι τα επίπεδα της εξωστρεφούς εχθρότητας τα οποία παρουσιάζονται πιο υψηλά και δεν συμφωνούν με τα αποτελέσματα αρκετών ερευνών[49-52,55,64,77,80-83] που θέλουν την εξωστρεφή εχθρότητα σε πολύ χαμηλά επίπεδα και καταπιεσμένη. Ενισχύονται όμως από τα αποτελέσματα άλλων ερευνητικών μελετών όπως αυτά των Srivastava και Broota (1990)[78], που ανέφεραν υψηλά επίπεδα εχθρότητας ή άλλης μελέτης[79] που αναφέρει αφύσικη έκφραση θυμού και κάποια άλλη[64], ως λιγότερο σύνηθες, την ακραία έκφραση. Σύμφωνα, δε, με τους Manos και Christakis[69], οι αντιδράσεις των ασθενών με καρκίνο ποικίλλουν σημαντικά και μπορεί να εκφραστούν σαν άρνηση, αγχώδη έρευνα για πληροφορίες σχετικά με τη νόσο και παρορμητική συμπεριφορά. Επίσης, η εξωστρέφεια παρατηρήθηκε σαν ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα της προσωπικότητας των καρκινοπαθών[72,73] και Σουηδοί ερευνητές[74,75] χρησιμοποιώντας τη μέθοδο Sjobring[76] παρατήρησαν ότι πολύ ασθενείς, κυρίως γυναίκες, είχαν έναν "υποσταθερό" τύπο προσωπικότητας, που σύμφωνα με υποθέσεις, είχε ομοιότητες με τον εξωστρεφή τύπο. Βέβαια, στο σημείο αυτό πρέπει να αναφέρουμε ότι η εξωστρέφεια κι η εσωστρέφεια ενός χαρακτήρα έχουν συνδεθεί πολλές

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

φορές με την εχθρότητα και τη δειλία ενός ατόμου. Παρ' όλα αυτά αποτελέσματα ερευνών[33,35] δείχνουν, ότι η εξωστρέφεια δεν υποδηλώνει εξωστρεφή εχθρότητα και η εσωστρεφής εχθρότητα δεν υποδηλώνει εσωστρέφεια ή νευρωτισμό, έχει αποδειχθεί, όμως, ότι υπάρχει μια σημαντική σχέση ανάμεσα σε αυτά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.

Αυτό όμως που είναι αξιοσημείωτο είναι ότι και οι συγγενείς των ασθενών με οξεία λευχαιμία παρουσιάζουν τα ίδια υψηλά επίπεδα εχθρότητας. Φαίνεται να υπάρχει μεγάλη αλληλεπίδραση στα μέλη των συγκεκριμένων οικογενειών. Και η αλληλεπίδραση από μόνη της δεν είναι αυτή που θα μας ξένιζε αν επρόκειτο για φυσιολογικές τιμές της εχθρότητας, μια και είναι φυσιολογικό και ήδη έχει καταγραφεί[34,39] ότι η εχθρότητα των παιδιών μιας οικογένειας σχετίζεται θετικά με την εχθρότητα των γονιών τους. Στην προκειμένη περίπτωση τόσο η εξωστρεφής εχθρότητα όσο και η ενδοστρεφής ξεπερνούν τα φυσιολογικά επίπεδα, αν και δεν αγγίζουν παθολογικά όρια. Είναι δύσκολο να ερμηνεύσουμε αυτό το φαινόμενο. Πολλοί και εξαιρετικά υποθετικοί συντελεστές ίσως παρεμβαίνουν στην διαμόρφωσή του. Βέβαια το αποτέλεσμα αυτό ενισχύεται κι από μελέτες οικογενειών στις οποίες ένα μέλος τους πάσχει από σοβαρό νόσημα και έδειξαν ότι η εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας επιβαρύνει συναισθηματικά το οικογενειακό σύστημα και δημιουργεί μια σειρά από αντιδράσεις σε όλα τα μέλη. Τόσο η κατάσταση της ασθένειας στην οικογένειά τους όσο και η παραμέληση των δικών τους αναγκών μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα τη ματαίωση, τον θυμό και την κακή επικοινωνία μέσα στην οικογένεια. Συχνά τα υγιή μέλη βασανίζονται από αισθήματα ενοχής στην προσπάθεια να καταλάβουν τους λόγους της ασθένειας. Είναι λοιπόν πιθανόν η δυσκαμψία που παρατηρείται στην οικογενειακή επικοινωνία να αυξάνει τα επίπεδα της εχθρότητας. Το φαινόμενο του θυμού της οικογένειας έχει αναφερθεί[19] και ως στάδιο της συγκεκριμένης πορείας που ακολουθεί μια οικογένεια στην προσπάθειά της να προσαρμοστεί στο γεγονός μιας απειλητικής νόσου που εμφανίζεται σ' ένα μέλος της. Και σύμφωνα με τα αποτελέσματα άλλων μελετών που πραγματοποιήθηκαν στον Ελλαδικό χώρο διαπιστώθηκε ότι πολλές φορές είναι αναπόφευκτο όλη η οικογένεια να εμπλέκεται στα συμπτώματα του ασθενούς και οι διάφορες διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες να μετατρέπονται σε κεντρικό καθημερινό θέμα αυξάνοντας έτσι τις εντάσεις, την ανησυχία και τις τριβές μέσα στην οικογένεια.

Οι Petermann και Bode στη διάκριση που κάνουν για τους υποκειμενικούς τρόπους που βιώνεται η ασθένεια από την οικογένεια θεωρούν ότι η αρρώστια και οι επιπτώσεις της αντιλαμβάνονται ως "τιμωρία" και οι οικογένειες έχουν μια αρνητική και απαισιόδοξη

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

αντίληψη για τη ζωή. Όταν βιώνουν ενοχές, δέχονται παθητικά τη θεραπεία, είτε γιατί πιστεύουν ότι "την αξίζουν" είτε για να εξιλεωθούν. Άλλες εξοργίζονται με την αδικία που αισθάνονται για την εμφάνιση της νόσου στο οικογενειακό τους περιβάλλον και εκδηλώνουν έντονη επιθετικότητα προς το ίδιο αλλά και το ευρύτερο περιβάλλον τους.

Μια άλλη προσπάθεια ερμηνείας, για τα υψηλά επίπεδα της εχθρότητας επί του συνόλου του δείγματός μας, που θα μπορούσαμε να κάνουμε, και στηρίζεται τόσο στις απόψεις του Foulds[423,424] όσο και στα αποτελέσματα των συσχετίσεων της παρούσας έρευνας, είναι ότι τα υψηλά επίπεδα της εχθρότητας μπορεί να αντανακλούν δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις. Όσο πιο βαθιές και αμοιβαία ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις έχουν μεταξύ τους οι άνθρωποι, τόσο λιγότερο πιθανό είναι, ακόμη και σε περιπτώσεις που βρίσκονται κάτω από stress να καταφεύγουν στην εξωστρεφή ή στην ενδοστρεφή εχθρότητα. Μια άλλη εκδοχή της άποψης του Foulds[424] 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. Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη των συσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων της εχθρότητας και των υποκλιμάκων της οικογενειακής ατμόσφαιρας προέκυψε πάρα πολύ υψηλή αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ολικής εχθρότητας και αυτών που αναφέρονται στις οικογενειακές σχέσεις στην οικογενειακή ανάπτυξη και ωρίμανση και στη δομή και οργάνωση του συστήματος μεταξύ των ασθενών και των συγγενών τους. Πολύ υψηλή συσχέτιση εμφανίστηκε μεταξύ της ολικής εχθρότητας και της έκφρασης των συναισθημάτων τόσο όταν ο έλεγχος έγινε μεταξύ των ασθενών με οξεία λευχαιμία όσο και όταν έγινε μεταξύ των συγγενών τους.

Ένα άλλο εύρημα της παρούσας μελέτης αποτελεί η πάρα πολύ υψηλή θετική συσχέτιση μεταξύ του μόνιμου άγχους των ασθενών και των συγγενών τους με τις υποκλίμακες της εχθρότητας. Αποτελέσματα που ενισχύονται από αυτά του Foulds ο οποίος, κατόπιν πολλών μελετών, επεσήμανε ότι το άγχος συνδέεται θετικά με την γενική επιθετικότητα και την επίκριση τόσο των άλλων όσο και του εαυτού. Ο Λιάκος[46], χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ), των Foulds και Caine, σε ασθενείς με Ψυχωσική Μελαγχολία βρήκε ισχυρή σχέση μεταξύ άγχους και ενδοστρεφόμενης επιθετικότητας, κυρίως της αυτοεπίκρισης. Ο ίδιος μελετητής[47] με τους συνεργάτες του, ερευνώντας την ίδια σχέση σε νευρωσικούς ασθενείς με τη χρησιμοποίηση του HDHQ και του Rosenzweing Picture Frustration Tes (RPFT), διαπίστωσε σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ άγχους ως κατάσταση (anxiety-state) και αυτοεπίκρισης καθώς και άγχους και ενοχής.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

4.3. Αλεξιθυμία (Alexithymia)

Όσον αφορά την Κλίμακα της Αλεξιθυμίας του Σιφναίου, βρέθηκε ότι η μέση τιμή της αλεξιθυμίας για τους ασθενείς με οξεία λευχαιμία ήταν 7,54±2,03 και κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα σε σχέση με άλλες ομάδες[11,12,27], στις οποίες έχει δοθεί η μεταφρασμένη στην Ελληνική γλώσσα Κλίμακα της Αλεξιθυμίας του Σιφναίου. Για την ομάδα των συγγενών η μέση τιμή ήταν 8,89±1,55, τιμή που δεν υπερβαίνει το όριο της τιμής 10, άνω της οποίας μπορεί να χαρακτηριστεί κάποιος ως "αλεξιθυμικός".

Η μη ύπαρξη αλεξιθυμίας που διαπιστώθηκε στους ασθενείς με οξεία λευχαιμία δεν υποστηρίζει την υπόθεσή μας σύμφωνα με την οποία υποθέταμε ότι θα υπάρχουν αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά στους ασθενείς με οξεία λευχαιμία.

Ενδεικτικά, να αναφέρουμε ότι σε προηγούμενες έρευνες οι τιμές που έλαβε η αλεξιθυμία ήταν: σε δείγμα υγιών 6,14±2,59[122], 6,4±2,62[131], σε ασθενείς με καρκίνο των όρχεων 7,16±1,96[122], σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου 8,0±2,99[131] και σε καρδιολογικούς ασθενείς 7,1±2,27[131].

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν ενισχύονται από τα αποτελέσματα των ερευνών[306,307,308,309,310] που διαπιστώνουν συνύπαρξη καρκινικής διεργασίας και αλεξιθυμίας. Ενισχύουν, όμως, τα συμπεράσματα άλλων μελετητών[122,131,294,295] που εκτιμούν ότι η εξελικτική ψυχολογία, η πρόοδος και η συμβολή της νευροψυχολογίας των συναισθημάτων θα αποσαφηνίσει στο πέρασμα του χρόνου την σχέση της αλεξιθυμίας με τον καρκίνο αλλά και θα επαναπροσδιορίσει τον ορισμό της. Επίσης, από την κλινική παρατήρηση υπάρχει η πεποίθηση πως οι ασθενείς με οξεία λευχαιμία δεν παρουσίαζαν χαρακτηριστικά "αλεξιθυμικού" ατόμου, όπως αυτά έχουν περιγραφεί. Αυτό όμως που είναι σημαντικό να αναφερθεί είναι η παρατήρησή μας ότι ενώ η πλειονότητα των ασθενών, κατά τη διάρκεια των προσωπικών συναντήσεων με τους υπεύθυνους της έρευνας, δεν αντιμετώπιζε μεγάλη δυσκολία στην αναγνώριση του συναισθηματικού αντίκτυπου που είχαν οι ψυχοπιεστικές καταστάσεις που αντιμετώπιζαν στην οικογένειά τους - και γενικότερα στη ζωή τους - κατά την συνάντηση στην οποία παρευρίσκονταν και οι συγγενείς τους δυσκολεύονταν περισσότερο να εκφραστούν.

Οι υψηλότερες τιμές της αλεξιθυμίας των συγγενών ενισχύονται και από άλλες έρευνες[32,33] που μελέτησαν το συναισθηματικό πλαίσιο της οικογένειας και υποστηρίζουν την υπόθεση για την ύπαρξη αλεξιθυμίας σε οικογενειακό επίπεδο και άμεση σχέση της με την προβληματική δομή και οργάνωση του συστήματος. Εξάλλου κι από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναδείχθηκε σημαντική συσχέτιση της αλεξιθυμίας των συγγενών με την οργάνωση του οικογενειακού συστήματος, συσχέτιση η οποία δεν παρατηρήθηκε

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

στην ομάδα των ασθενών. Επίσης η συσχέτιση της αλεξιθυμίας με την εχθρότητα που παρατηρήθηκε στην παρούσα έρευνα ενισχύεται και από τα αποτελέσματα της μελέτης των Guttman & Laporte (2002)[425].

4.4 Παροδικό και Μόνιμο άγχος (State and Trait anxiety)

Ως προ το παροδικό άγχος η μέση τιμή των συγγενών ήταν 58,67±11,67, ενώ των ασθενών 53,32±14,76. Οι μέσες τιμές του μόνιμου άγχους ήταν 42,80±10,72 για τους ασθενείς και 43,66±11,36 για τους συγγενείς τους.

Η μέση τιμή τόσο του του παροδικού άγχους όσο και του μόνιμου για τους ασθενείς με οξεία λευχαιμία εμφανίζεται σε υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με άλλες ομάδες ασθενών με καρκίνο[122,131,27], στις οποίες έχει δοθεί η μεταφρασμένη στην Ελληνική γλώσσα Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Άγχους. Ενδεικτικά, να αναφέρουμε ότι από προηγούμενες έρευνες, τα επίπεδα του παροδικού και μόνιμου άγχους ήταν αντίστοιχα σε ασθενείς με καρκίνο των όρχεων 36,40±11,94 και 39,70±9,73[122], σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου 43,2±14,48 και 43,6±11,32[131]. Οι τιμές του παροδικού και μόνιμου άγχους που έχουν προταθεί από τους Λιάκο & Γιαννίτση[412] για τους υγιείς κυμαίνονται στο 39,69 και 40,41 αντίστοιχα.

Οι σχετικά υψηλές τιμές τόσο του παροδικού όσο και του μόνιμου άγχους στην ομάδα των ασθενών του δείγματος της παρούσας ερευνητικής μελέτης συμφωνούν με την αρχική μας υπόθεση, ότι οι ασθενείς θα παρουσιάσουν υψηλά επίπεδα άγχους μια και η οξεία λευχαιμία σε αντίθεση με πολλές κακοήθεις νόσους έχει πιο έντονη συμπτωματολογία και απειλεί άμεσα τη ζωή του ασθενούς. Τα αποτελέσματα του άγχους (παροδικού και μόνιμου) των ασθενών του δείγματός μας ενισχύονται και από τα αποτελέσματα του Wrona-Polanska[426] που μελέτησαν τις μεθόδους άμυνας στο άγχος και την αυτο-αντίληψη σε ασθενείς με λευχαιμία και διαπίστωσαν ότι η ύπαρξη του υψηλού άγχους σ' αυτούς τους ασθενείς οδηγεί στο να αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους μη-ολοκληρωμένο. Επίσης, συμφωνούν με τα αποτελέσματα της μελέτης των dos Santos[427] et al., που μελέτησαν τις ψυχιατρικές διαταραχές σε νοσηλευόμενους ασθενείς με αιματολογικές νεοπλασίες, και παρατήρησαν ότι οι διαταραχές προσαρμογής αυτών των ασθενών οφείλονται στο υψηλό άγχος που εμφανίζουν.

Αλλά και από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων του άγχους, στην παρούσα μελέτη, σημειώθηκε πάρα πολύ υψηλή αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο μόνιμο άγχος των ασθενών και τη συνολική βαθμολογία τους στην Κλίμακα Οικογενειακού

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Περιβάλλοντος αποτέλεσμα που συμφωνεί με τις διαπιστώσεις τελευταίων ερευνών[398] που αναφέρουν την αλληλεπίδραση μεταξύ του άγχους και του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Οι υψηλές τιμές του άγχους που εμφάνισαν οι συγγενείς των ασθενών με οξεία λευχαιμία, ιδιαίτερα του παροδικού, στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση και ενισχύονται και από τα αποτελέσματα άλλων ερευνών[153,154,155] που υποστήριξαν ότι οι συγγενείς των ασθενών με καρκίνο παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και φόβου γύρω από τον καρκίνο και την θεραπεία του και ιδιαίτερα στην αρχική περίοδο της έναρξης της νόσου διακατέχονται από μεγάλο άγχος[179] λόγω της αβεβαιότητας που αισθάνονται και της δυσκολίας τους για τη λήψη αποφάσεων.

Άλλο ένα εύρημα της παρούσας μελέτης , αυτό της συσχέτισης του άγχους με τις κλίμακες της εχθρότητας έρχεται να συμφωνήσει με τα αποτελέσματα πολλών - τόσο διεθνών όσο και Ελληνικών μελετών. Αποτελέσματα που ενισχύονται από αυτά του Foulds[423] ο οποίος, κατόπιν πολλών μελετών, επεσήμανε ότι το άγχος συνδέεται θετικά με την γενική επιθετικότητα και την επίκριση τόσο των άλλων όσο και του εαυτού. Ο Λιάκος[46], χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ), των Foulds και Caine, σε ασθενείς με Ψυχωσική Μελαγχολία βρήκε ισχυρή σχέση μεταξύ άγχους και ενδοστρεφόμενης επιθετικότητας, κυρίως της αυτοεπίκρισης. Ο ίδιος μελετητής[47] με τους συνεργάτες του, ερευνώντας την ίδια σχέση σε νευρωσικούς ασθενείς με τη χρησιμοποίηση του HDHQ και του Rosenzweing Picture Frustration Tes (RPFT), διαπίστωσε σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ άγχους ως κατάσταση (anxiety-state) και αυτοεπίκρισης καθώς και άγχους και ενοχής.

4.5 Παράγοντες κινδύνου (risk factors)

Από τα αποτελέσματα της λογιστικής (λογαριθμιστικής) εξάρτησης (Logistic regression) βρέθηκε ότι η συνοχή, η οργάνωση, οι συγκρούσεις της οικογένεια, καθώς και η ενοχή, το παροδικό άγχος και η αλεξιθυμία του ατόμου, αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου με στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ενισχύονται με αυτά άλλων μελετών, που έχουν διαπιστώσει ότι οι οικογένειες υψηλού κινδύνου χαρακτηρίζονται από σύγκρουση[428] και επιθετικότητα[429]. Σε μια προσπάθεια διερεύνησης των συνθηκών που οδηγούν σε ψυχοσωματική παθολογία, ο Liedtke (1990)[89], εξέτασε τον τρόπο με τον οποίο ανατρέφονται τα ψυχοσωματικά παιδιά και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στις ψυχοσωματικές οικογένειες υπήρχαν στενότεροι δεσμοί και μεγαλύτερη συνοχή. Όσον αφορά τον τύπο της οικογένειας, έχει αναφερθεί και από τους Wirshing και συν. (1985)[105],

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ότι οι δεμένες και συγχωνευμένες οικογένειες (bound and enmeshed families), εμφανίζονται συχνά σε ασθενείς με ψυχοσωματικές διαταραχές.

Επίσης, κατά την παρούσα ερευνητική μελέτη βρέθηκε ότι η έκφραση των συναισθημάτων, ο προσανατολισμός της οικογένειας για ενεργή ψυχαγωγία και η ηθική και θρησκευτική έμφαση αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες με στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση. Αποτελέσματα που ενισχύονται από τη συστηματική ανασκόπηση των Petticrew[430] et al στην οποία αναφέρεται ότι το άτομο που νοσεί από κακόηθες νόσημα δεν έχει μάθει να αντλεί στήριξη από εξωγενείς παράγοντες και δεν έχει μάθει να πιστεύει σε "θαύματα" δηλαδή στη δυνατότητα ανέλπιστης αλλαγής. Αλλά και στη μελέτη των Rao[429] et al, διαπιστώθηκε ότι η θρησκευτικότητα αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα για τη στρατηγική διαχείριση της λευχαιμίας. Επίσης, σε μία από τις πρώτες μελέτες του οικογενειακού συστήματος[91], παρατηρήθηκε έλλειψη αμεσότητας στην ανταλλαγή μηνυμάτων ανάμεσα στα μέλη των ψυχοσωματικών οικογενειών και την καταπίεση της έκφρασης ιδιάιτερα όταν το μήνυμα ήταν αρνητικό, χαρακτηριστικά τα οποία προϋπήρχαν και σε προηγούμενες γενιές. Ο Bahnson[123], διατύπωσε την άποψη πως οι μηχανισμοί άμυνας που χρησιμοποιούσαν τα άτομα που πάσχουν από καρκίνο, έχουν αποκτηθεί στο περιβάλλον της οικογένειας κατά τα πρώτα χρόνια ζωής του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, υποστήριξε ότι όταν η εκφραστικότητα μέσα στην οικογένεια είναι περιορισμένη μπορεί κάποιος να αντιληφθεί πως τα μέλη της οικογένειας αποκτούν το χαρακτηριστικό της απώθησης των συναισθημάτων τους και της έκφρασής τους μέσα από σωματικές εκφορτίσεις, γεγονός που δεν προκαλεί κατάθλιψη, αλλά ένα σύνδρομο κενότητας, λόγω των παρατεταμένων και ισχυρών αρνήσεων και απωθήσεων. Από τις μελέτες του, ο Bahnson[123,124], διαπίστωσε, πως η έλλειψη συναισθηματικής επαφής και η έλλειψη κοινωνικότητας παρατηρούνται συχνά στις οικογένειες ατόμων που πάσχουν από καρκίνο και πως αυτές οι πρώιμες εμπειρίες σχηματίζουν το έδαφος για την μετέπειτα αδυναμία του ατόμου να αντιμετωπίσει το άγχος και τα προβλήματα που βιώνει.

Κλείνοντας αυτό το κεφάλαιο που αφορά τη συζήτηση των παραγόντων κινδύνου είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι η εκπόνηση θεωρητικών σχημάτων και θεραπευτικών μοντέλων σε ό,τι αφορά την καρκινική διεργασία θα συνεχίζεται, για όσο καιρό η φοβερή αυτή νόσος θα κρατά το μυστικό της. Λείπει ο θεωρητικό-κλινικός κρίκος, ο οποίος είναι σχετικός με το ανοσοποιητικό ή γενικότερα το αμυντικό σύστημα του οργανισμού. Δηλαδή, δεν γνωρίζουμε γιατί και πώς ένα ανοσοποιητικό σύστημα που αμύνεται ικανοποιητικά εναντίον της γένεσης του καρκίνου, σταματά κάποια στιγμή να το κάνει. Πώς η "τάξη", η ισορροπία που υπήρχαν πριν καταργούνται[431].

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Συμπεράσματα - Προτάσεις

5. Συμπεράσματα - Προτάσεις

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μας οδηγούν στη διαπίστωση ότι οι οικογένειες που κάποιο μέλος τους πάσχει από οξεία λευχαιμία απαντούν στις απαιτήσεις της ασθένειας, αυξάνοντας την ακαμψία των προτιμώμενων μοντέλων αλληλεπίδρασης. Το φάσμα των δυνατών επιλογών στενεύει και τα μέλη της οικογένειας αρχίζουν να δίνουν στερεότυπες απαντήσεις τόσο μεταξύ τους όσο και στο εξωοικογενειακό περιβάλλον. Οι οικογένειες των ασθενών με οξεία λευχαιμία φαίνεται να λειτουργούν ως κλειστά συστήματα και τα μέλη τους βιώνουν τους εαυτούς τους ως "αδύναμους" και ελεγχόμενους. Οι οικογένειες αυτές φαίνεται να βρίσκονται σε δυσλειτουργία. Πιο συγκεκριμένα:

Η συνοχή σ' αυτές τις οικογένειες - το συναισθηματικό, δηλαδή, δέσιμο μεταξύ των μελών τους - παρουσιάστηκε πολύ υψηλή ή πολύ χαμηλή. Υπερβολικά υψηλή συνοχή εμπεριέχει προβλήματα ταυτοποίησης και γίνεται δυσλειτουργική. Υπερβολικά χαμηλή συνοχή οδηγεί σε αποξένωση. Και τα δύο άκρα θεωρούνται παθολογικά και μας επιτρέπουν να μιλάμε για δυσλειτουργία αυτών των οικογενειών, ενώ αντίθετα ένας μέσος βαθμός συνοχής θεωρείται λειτουργικός.

Αλλά και στην εκφραστικότητα αυτών των οικογενειών διαπιστώθηκαν παρόμοια αποτελέσματα, κατάσταση που μας οδηγεί να συμπεράνουμε ότι τα μέλη αυτών των οικογενειών δεν καταφέρνουν να μοιραστούν την εμπειρία της ασθένειας μ' έναν τρόπο που θα τους βοηθήσει να προσαρμοστούν καλύτερα σ' αυτή, ώστε να αντεπεξέλθουν τις δυσκολίες της και να ενώσουν τις δυνάμεις τους.

Άλλη μια διαπίστωση με την οποία ολοκληρώνεται και η αναφορά στις σχέσεις αυτών των οικογενειών είναι ο τρόπος με τον οποίο συγκρούονται τα μέλη μεταξύ τους. Και η σύγκρουση εμφανίστηκε να παίρνει τιμές ή πολύ υψηλές ή πολύ χαμηλές, κατάσταση που μας οδηγεί να συμπεράνουμε ότι υπάρχει μια δυσκολία στην ικανότητα των συγκεκριμένων οικογενειακών συστημάτων για προσαρμογή, να αλλάξουν, δηλαδή, τη δυναμική της δομής τους, τους ρόλους και τους κανόνες που διέπουν τις σχέσεις μεταξύ των μελών τους, ως απάντηση στο στρεσογόνο παράγοντα που είναι η οξεία λευχαιμία.

Τα μέλη των οικογενειών των ασθενών αλλά και οι ασθενείς εμφάνισαν πολύ χαμηλό βαθμό ανεξαρτησίας με ασαφή και μη διαπερατά όρια μεταξύ τους, κατάσταση που μας οδηγεί να συμπεράνουμε ότι δεν διασφαλίζεται η υγιής λειτουργία σ' αυτές τις οικογένειες και δεν καταφέρνουν να αποτρέψουν τη σύγχυση που επικρατεί συμβάλλοντας στην δημιουργία ενός σταθερού κλίματος μέσα στην οικογένεια.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Καταληκτικά, ως προς τις οικογενειακές σχέσεις, θα συμπεραίναμε ότι στις οικογένειες που ένα μέλος τους νοσεί από οξεία λευχαιμία, ο τύπος της δυσλειτουργίας τους ποικίλλει και τα χαρακτηριστικά αυτής της δυσλειτουργίας βρίσκονται μεταξύ των δύο άκρων. Οι οικογένειες, δηλαδή, έχουν πολύ χαμηλή ή πολύ υψηλή συνοχή, πολύ χαμηλή ή πολύ υψηλή εκφραστικότητα, πολύ χαμηλά επίπεδα ανεξαρτησίας, πολύ χαμηλή ή πολύ υψηλή σύγκρουση, χαμηλά επίπεδα προσανατολισμού για πολιτισμό και διάθεση για ψυχαγωγία. Τα επίπεδα, δε, οργάνωσης και ελέγχου του οικογενειακού συστήματος εμφανίζονται υψηλότερα στους συγγενείς από ότι στους ασθενείς, που κατά ένα μέρος εξηγείται μια και οι συγγενείς είναι εκείνοι που πρέπει να απαντήσουν άμεσα στις προτεραιότητες που βάζει η απειλητική νόσος στη διατήρηση της οργάνωσης και του ελέγχου του οικογενειακού συστήματος.

* *
*

Άλλο ένα εύρημα της παρούσας μελέτης, είναι ότι οι ασθενείς με οξεία λευχαιμία κατευθύνουν την εχθρότητά τους τόσο κατευθείαν προς τους εαυτούς τους όσο και προς τα έξω. Κατ' επέκταση θα σημειώναμε ότι εμφανίζουν μια αυτοτιμωρητική συμπεριφορά και καταπιεζόμενη επιθετικότητα, εσωτερικεύοντας δε, πολλές ενοχές. Αυτό όμως που είναι αξιοσημείωτο είναι ότι και οι συγγενείς των ασθενών με οξεία λευχαιμία παρουσιάζουν τα ίδια υψηλά επίπεδα εχθρότητας.

Στην προκειμένη περίπτωση τόσο η εξωστρεφής εχθρότητα όσο και η ενδοστρεφής ξεπερνούν τα φυσιολογικά επίπεδα, αν και δεν αγγίζουν παθολογικά όρια. Είναι δύσκολο να ερμηνεύσουμε αυτό το φαινόμενο. Πολλοί και εξαιρετικά υποθετικοί συντελεστές ίσως παρεμβαίνουν στην διαμόρφωσή του. Ίσως η εμφάνιση μιας απειλητικής ασθένειας να επιβαρύνει συναισθηματικά το οικογενειακό σύστημα και να δημιουργεί μια σειρά από αντιδράσεις σε όλα τα μέλη. Τόσο η κατάσταση της ασθένειας στην οικογένειά τους όσο και η παραμέληση των δικών τους αναγκών μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα τη ματαίωση, τον θυμό και την κακή επικοινωνία μέσα στην οικογένεια. Ίσως τα υγιή μέλη βασανίζονται από αισθήματα ενοχής στην προσπάθεια να καταλάβουν τους λόγους της ασθένειας. Είναι λοιπόν πιθανόν η δυσκαμψία που παρατηρείται στην οικογενειακή επικοινωνία να αυξάνει τα επίπεδα της εχθρότητας. Ίσως να εξοργίζονται με την αδικία που αισθάνονται για την εμφάνιση της νόσου στο οικογενειακό τους περιβάλλον και εκδηλώνουν έντονη επιθετικότητα προς το ίδιο αλλά και το ευρύτερο περιβάλλον τους. Φαίνεται πως αναπόφευκτα όλη η οικογένεια εμπλέκεται στα συμπτώματα του ασθενούς και οι διάφορες διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες μετατρέπονται σε κεντρικό

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

καθημερινό θέμα αυξάνοντας έτσι τις εντάσεις, την ανησυχία και τις τριβές μέσα στην οικογένεια.

Μια άλλη ερμηνεία, για τα υψηλά επίπεδα της εχθρότητας επί του συνόλου του δείγματός μας, που θα μπορούσαμε να κάνουμε, είναι ότι τα υψηλά επίπεδα της εχθρότητας μπορεί να αντανακλούν δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις. Όσο πιο βαθιές και αμοιβαία ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις έχουν μεταξύ τους οι άνθρωποι, τόσο λιγότερο πιθανό είναι, ακόμη και σε περιπτώσεις που βρίσκονται κάτω από stress να καταφεύγουν στην εξωστρεφή ή στην ενδοστρεφή εχθρότητα.

Μια άλλη προσπάθεια ερμηνείας ίσως 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.

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη των συσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων της εχθρότητας και των υποκλιμάκων της οικογενειακής ατμόσφαιρας προέκυψε πάρα πολύ υψηλή αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ολικής εχθρότητας και αυτών που αναφέρονται στις οικογενειακές σχέσεις στην οικογενειακή ανάπτυξη και ωρίμανση και στη δομή και οργάνωση του συστήματος μεταξύ των ασθενών και των συγγενών τους.

Ένα άλλο εύρημα της παρούσας μελέτης αποτελεί η πάρα πολύ υψηλή θετική συσχέτιση μεταξύ του μόνιμου άγχους των ασθενών και των συγγενών τους με τις υποκλίμακες της εχθρότητας, κατάσταση που μας οδηγεί να συμπεράνουμε ότι το άγχος συνδέεται θετικά με την γενική επιθετικότητα και την επίκριση τόσο των άλλων όσο και του εαυτού.

* *
*

Γενικά, οι ασθενείς με οξεία λευχαιμία, όπως προκύπτει από τη συγκεκριμένη έρευνα, δεν θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως "αλεξιθυμικοί" μια και οι τιμές που συγκέντρωσαν στην Κλίμακα του Σιφναίου δεν υπερβαίνουν σε καμία περίπτωση την τιμή "10" που θεωρείται το σημείο τομής για την αλεξιθυμία. Αλλά ούτε τα μέλη της οικογένειάς τους εμφάνισαν αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά.

Παρ' όλα αυτά θεωρείται σημαντικό ότι οι συγγενείς παρουσίασαν υψηλότερες τιμές από αυτές των ασθενών και θα αποτελούσε ιδιαίτερο ενδιαφέρον η περαιτέρω διερεύνηση των επιπέδων αλεξιθυμίας στις οικογένειες των ασθενών με καρκίνο.

* *
*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Τόσο στο παροδικό όσο και στο μόνιμο άγχος των ασθενών με οξεία λευχαιμία παρατηρήθηκαν υψηλές τιμές που υπερβαίνουν εκείνες που έλαβαν ασθενείς με άλλες μορφές καρκίνου. Ίσως αυτό να εξηγείται με το ότι η οξεία λευχαιμία σε αντίθεση με πολλές κακοήθεις νόσους έχει πιο έντονη συμπτωματολογία και απειλεί άμεσα τη ζωή του ασθενούς.

Οι συγγενείς των ασθενών με οξεία λευχαιμία, εμφάνισαν υψηλές τιμές του άγχους, ιδιαίτερα τοῦ παροδικού, κατάσταση που μας οδηγεί να συμπεράνουμε ότι οι συγγενείς των ασθενών παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους ιδιαίτερα στην αρχική περίοδο της έναρξης της νόσου, λόγω της αβεβαιότητας που αισθάνονται και της δυσκολίας τους για τη λήψη αποφάσεων.

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης προέκυψε πάρα πολύ στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις τιμές του παροδικού άγχους των ασθενών και στις τιμές του παροδικού άγχους των συγγενών.

Άλλο ένα εύρημα της παρούσας μελέτης, είναι ότι το άγχος συνδέεται θετικά με την γενική επιθετικότητα και την επίκριση τόσο των άλλων όσο και του εαυτού και αρνητικά με την καλή λειτουργία της οικογένειας και τις ομαλές οικογενειακές σχέσεις.

* *

*

Οι ενδείξεις που έχουμε από τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων και την κλινική εμπειρία με τους ασθενείς με οξεία λευχαιμία και τους συγγενείς τους μας επιτρέπουν να διαπιστώσουμε ορισμένα φαινόμενα, που μελλοντικές έρευνες μπορεί να μορφοποιήσουν με τρόπο πιο συγκεκριμένο.

Το γεγονός της ασθένειας της οξείας λευχαιμίας θέτει τόσο τον πάσχοντα όσο και την οικογένειά του σε μία κατάσταση κρίσης που, εκτός του βιολογικού, αφορά και το ψυχοκοινωνικό επίπεδο. Οι επιπτώσεις της κρίσης αυτής στην εξέλιξη της ασθένειας μπορεί να είναι σημαντικές, όπως δείχνει η κλινική εμπειρία και η βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Η ασθένεια μπορεί να λειτουργήσει με τρόπο οργανωτικό ή αντίθετα να αποδιοργανώσει το ψυχολογικό σύστημα του ασθενούς και των συγγενών του καθώς και τη δομή της οικογενειακής λειτουργίας. Η μορφή που θα πάρει η αποδιοργάνωση θα κρίνει και τον αντίκτυπο που θα έχει η ασθένεια στο ευρύτερο οικογενειακό σύστημα.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε πως υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των scores των δύο ομάδων σε καθένα από τα τέσσερα ερωτηματολόγια, γεγονός που μας δείχνει πως η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών και

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

της οικογένειάς τους συσχετίζονται. Οι παράγοντες που συνδέονται με την ψυχολογική κατάσταση της οικογένειας αναφέρονται στη λειτουργικότητα της οικογένειας μετά την έναρξη της νόσου, στη δομή του οικογενειακού συστήματος και στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάστασης κρίσης μετά το γεγονός της νόσου. Οι στάσεις και τα πιστεύω των οικογενειών επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τον αντίκτυπο που έχει η νόσος στον ασθενή και στη μορφή που θα πάρει η επικοινωνία του ασθενή με τα μέλη της οικογένειάς του αλλά και τη θεραπευτική ομάδα.

Η πορεία της οξείας λευχαιμίας στο χρόνο έχει ποικίλες διακυμάνσεις και δυναμικά που αναπτύσσονται μεταξύ των μελών της οικογένειας. Τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά θα καθορίσουν σε σημαντικό βαθμό την κατεύθυνση που θα πάρει αυτή η πορεία, στο επίπεδο της επεξεργασίας των συναισθημάτων που αναδύονται απέναντι στο πρόβλημα της ασθένειας και της θεραπείας. Οι οικογενειακές σχέσεις καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τα δυναμικά που θα αναπτυχθούν κατά την εξέλιξη της οξείας λευχαιμίας.

Επιπρόσθετα, θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, παρά τους περιορισμούς που προαναφέραμε στην αρχή του κεφαλαίου, μας οδηγούν στον επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων που υπάρχουν γύρω από τη στάση της οικογένειας απέναντι σε μια απειλητική νόσο, όπως η οξεία λευχαιμία, καθώς και τις ανάγκες που δημιουργούνται και πρέπει να απαντηθούν, κατάσταση που ήδη έχει επισημανθεί και σε παλαιότερη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τη Μονάδα Ψυχο-ογκολογίας του Π.Π.Γ.Ν.Ι.[432].

Θα αποτελούσε ιδιαίτερο ενδιαφέρον η μελέτη των ασθενών που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα ως προς την πορεία και την έκβαση της νόσου τους, κάτι που θα μας επέτρεπε να συσχετίσουμε τις οικογενειακές σχέσεις, τα επίπεδα εχθρότητας, αλεξιθυμίας και άγχους (παροδικού και μόνιμου) με την επίδρασή τους στην οξεία λευχαιμία.

Θεωρούμε την προβληματική γύρω από το ρόλο και τις επιδράσεις του οικογενειακού πλαισίου στην πορεία μιας καρκινικής διεργασίας καθώς και στην επεξεργασίας της κρίσης σαν έναν από τους πιο ενδιαφέροντες τομείς, του οποίου η μελέτη θα συμβάλλει ουσιαστικά στην κατανόηση του ρόλου της οικογένειας στις ψυχολογικές επιπτώσεις που έχει η ασθένεια για το άτομο, καθώς και τις πιθανές συσχετίσεις με την εξέλιξη της νόσου.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

"Οι φράσεις αυτές δεν κλείνουν το ερώτημα, αλλά το ανοίγουν. Δεν είναι ανεδαφικές, όταν κάθε έδαφος σείεται κάτω από τα πόδια μας, δεν αποτελούν οδηγίες χρήσεως και δεν περιμένουν να γίνουν θεμέλια της καθημερινότητας. Δεν σας παρουσιάζονται σαν παραινέσεις ή αξιώματα, και καταλήγουν πάλι στο ερώτημα: Τι να πράξουμε; Σίγουρα δεν σας ικανοποιούν. Ούτε και μένα. Πάντως, το παιχνίδι συνεχίζεται."

Κ. Αξελός[xi]

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Περίληψη

Η οξεία λευχαιμία, αν και συγκαταλέγεται μεταξύ των κακοηθών νοσημάτων, κατέχει ίσως μια ιδιαίτερη και αυτόνομη θέση στο χώρο, λόγω κυρίως του αξιόλογα ραγδαίου χαρακτήρα εξέλιξής της. Το γεγονός αυτό την καθιστά άμεσα απειλητική για τη ζωή και αναδύει αξιόλογα ερωτήματα αναφορικά με την ψυχοκοινωνική της διάσταση. Ωστόσο, η διερεύνηση συγκεκριμένων ψυχολογικών παραμέτρων σε ενήλικους ασθενείς με οξεία λευχαιμία και τις οικογένειές τους, όπως προκύπτει από αντίστοιχες μελέτες σε άλλου τύπου κακοήθειες, παραμένει ιδιαίτερα περιορισμένη επί του παρόντος.

Ο σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η εκτίμηση των οικογενειακών σχέσεων, της προσωπικής ανάπτυξης και ωρίμανσης, της συντήρησης του οικογενειακού συστήματος, της εχθρότητας, της αλεξιθυμίας και του άγχους σε ασθενείς που πάσχουν από οξεία λευχαιμία και στις οικογένειές τους. Πιο συγκεκριμένα, επιχειρήθηκε: α) η σύγκριση της ομάδας των ασθενών και της ομάδας των συγγενών τους ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, β) η συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά. γ) ο έλεγχος παραγόντων κινδύνου, με την εφαρμογή της Λογιστικής (Λογαριθμιστικής) Εξάρτησης (Logistic Regression), συγκρίνοντας την ομάδα των ασθενών και την ομάδα των συγγενών τους ως προς όλες τις μεταβλητές.

Η παρούσα έρευνα διεξήχθει στο Αιματολογικό Τμήμα του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, με την καθοδήγηση του Εργαστηρίου Ιατρικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, από το Σεπτέμβριο του 2000 έως τον Ιανουάριο του 2002.

Συνολικά οι ασθενείς που νόσησαν από οξεία λευχαιμία για πρώτη φορά κατά το έτος 2001 και νοσηλεύτηκαν στο Αιματολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου ΠΠΓΝΙ ήταν 61. Αυτοί, τελικά, που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη ήταν 41 ασθενείς, οι οποίοι και συμφώνησαν να συμμετέχουν στην παρούσα ερευνητική μελέτη. Όσον αφορά τους α΄ βαθμού συγγενείς τους οι 70 πληρούσαν τα κριτήρια για να συμμετέχουν στην έρευνα από τους 96 που ήταν συνολικά.

Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: α) Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES) των Moos and Moos, β) Το Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ), γ) Η Κλίμακα εκτίμησης της αλεξιθυμίας

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

του Σιφναίου (SSPS), και δ) η Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Άγχους του Spielberger (State - Trait Anxiety Inventory - STAI). Κατόπιν καταγραφής των δημογραφικών τους στοιχείων, όλα τα μέλη της οικογένειας συμπλήρωναν ταυτόχρονα τα ερωτηματολόγια στο θάλαμο του ασθενούς, ο οποίος διαμορφώνονταν κατάλληλα για τις ανάγκες της διαδικασίας, μετά από 3-30 ημέρες από την διάγνωση.

Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση εφαρμόσθηκε για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, από την οποία προέκυψε, ότι οι δύο ομάδες διέφεραν ***σημαντικά*** ως προς τη σύγκρουση (P=0,016), τον προσανατολισμό για πολιτισμό και διανόηση (P=0,035), τον προσανατολισμό για ενεργό ψυχαγωγία (P=0,043), την οργάνωση του οικογενειακού συστήματος (P=0,001), το παροδικό άγχος (P=0,014) και την αλεξιθυμία (P=0,003), με υψηλότερες τιμές αυτές των συγγενών. Επίσης, διέφεραν ***σημαντικά*** ως προς την ηθική και θρησκευτική έμφαση (P=0,001) και την ολική εχθρότητα (P=0,026), με υψηλότερες τιμές αυτές των ασθενών.

Ο στατιστικός έλεγχος για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ολικής εχθρότητας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές έδειξε ***πάρα πολύ σημαντική συσχέτιση*** (P<0,001) μεταξύ της ολικής εχθρότητας και των: α) αλεξιθυμία (t.b.=0,242 και P=0,001), β) μόνιμο άγχος (t.b.=0,224 και P=0,001), γ) επίκριση των άλλων (t.b.=0,520 και P=0,000), δ) παρορμητική εχθρότητα (t.b.=0,402 και P=0,000), ε) παρανοειδής εχθρότητα (t.b.=0,439 και P=0,000), στ) αυτοεπίκριση (t.b.=0,475 και P=0,000), ζ) ενοχή (t.b.=0,584 και P=0,000), η) εξωστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,768 και P=0,000), θ) ενδοστρεφής εχθρότητα (t.b.=0,602 και P=0,000), ι) σύγκρουση (t.b.=0,230 και P=0,001), κ) προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (t.b.=-0,432 και P=0,000), λ) προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία (t.b.=-0,402 και P=0,000), μ) έλεγχος του οικογενειακού συστήματος (t.b.=0,291 και P=0,000), και ν) συνολική βαθμολογία της Κλίμακας των οικογενειακών σχέσεων (t.b.=-0,217 και P=0,001). Επιπλέον, βρέθηκε ***στατιστικά σημαντική συσχέτιση*** μεταξύ των scores των δύο ομάδων σε καθένα από τα τέσσερα ερωτηματολόγια.

Για τον έλεγχο παραγόντων κινδύνου (risk factors) εφαρμόστηκε η λογιστική εξάρτηση (Logistic Regression), από την οποία προέκυψαν ως ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου με ***στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση*** η συνοχή (OR=2,27, 95%ΔΕ 1,18-4,37), η σύγκρουση (OR=1,61 95%ΔΕ 1,04-2,51), η οργάνωση (OR=26,94, 95%ΔΕ 5,94-122,19), η ενοχή (OR=2,39, 95%ΔΕ 1,33-4,26), το παροδικό άγχος (OR=1,35, 95%ΔΕ 1,15-1,59), και η αλεξιθυμία (OR=4,91 95%ΔΕ 2,38-10,15). Επίσης, βρέθηκαν ως ανεξάρτητοι παράγοντες με ***στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση*** η έκφραση των

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

συναισθημάτων (OR=0,50, 95%ΔΕ 0,26-0,97), ο προσανατολισμός για ψυχαγωγία (OR=0,57 95%ΔΕ 0,33-0,97), η ηθική και θρησκευτική έμφαση (OR=0,28 95%ΔΕ 0,13-0,61), και το μόνιμο άγχος (OR=0,83 95%ΔΕ 0,73-0,95).

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης οδηγούν στο συμπέρασμα, ότι οι οικογένειες που μέλος τους νοσεί από οξεία λευχαιμία απαντούν στις απαιτήσεις της ασθένειας, αυξάνοντας την ακαμψία των προτιμώμενων μοντέλων αλληλεπίδρασης. Φαίνεται να λειτουργούν ως κλειστά συστήματα και να βρίσκονται σε δυσλειτουργία. Ο τύπος της δυσλειτουργίας τους ποικίλλει και τα χαρακτηριστικά αυτής της δυσλειτουργίας βρίσκονται μεταξύ δύο άκρων. Οι οικογένειες, δηλαδή, έχουν πολύ χαμηλή ή πολύ υψηλή συνοχή, πολύ χαμηλή ή πολύ υψηλή εκφραστικότητα, πολύ χαμηλά επίπεδα ανεξαρτησίας, πολύ χαμηλή ή πολύ υψηλή σύγκρουση, χαμηλά επίπεδα προσανατολισμού για πολιτισμό και διάθεση για ψυχαγωγία. Τα επίπεδα δε οργάνωσης και ελέγχου του οικογενειακού συστήματος εμφανίζονται υψηλότερα στους συγγενείς από τους ασθενείς.

Επιπλέον, σύμφωνα με τα παρόντα ευρήματα, η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών με οξεία λευχαιμία και της οικογένειάς τους συσχετίζονται. Τόσο οι ασθενείς όσο και οι συγγενείς τους παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα παροδικού και μόνιμου άγχους. Επιπλέον, εκδηλώνουν υψηλά επίπεδα εχθρότητας, την οποία στρέφουν άμεσα προς τον εαυτό τους αλλά και προς τα έξω. Γενικά, οι ασθενείς με οξεία λευχαιμία δε θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως "αλεξιθυμικοί", ενώ ούτε τα μέλη της οικογένειάς τους εμφανίζουν αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά.

Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε, ότι τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, παρά τους εύλογους περιορισμούς τους, οδηγούν σε επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων αναφορικά με τη στάση της οικογένειας απέναντι σε μια απειλητική νόσο, όπως η οξεία λευχαιμία, καθώς και τις ανάγκες που δημιουργούνται και πρέπει να απαντηθούν.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η μελέτη των ασθενών που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα ως προς την πορεία και την έκβαση της νόσου τους, κάτι που θα μας επέτρεπε να συσχετίσουμε τις οικογενειακές σχέσεις, τα επίπεδα εχθρότητας, αλεξιθυμίας και άγχους (παροδικού και μόνιμου) με την επίδρασή τους στην οξεία λευχαιμία. Θεωρούμε την προβληματική γύρω από το ρόλο και τις επιδράσεις του οικογενειακού πλαισίου στην πορεία μιας καρκινικής διεργασίας, καθώς και στην επεξεργασίας της κρίσης σαν έναν από τους πιο ενδιαφέροντες τομείς, του οποίου η μελέτη θα συμβάλλει ουσιαστικά στην κατανόηση του ρόλου της οικογένειας στην εξέλιξη και πορεία της νόσου.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Among other malignant disease, acute leukemia appears to directly threaten life due to the remarkably rapid course of illness. Although psychosocial issues related to cancer have been of central interest, little research has been conducted on psychological characteristics of adult patients suffering from acute leukemia and their family.

The present study aimed to evaluate family relations, personal growth, family system maintenance, hostility, alexithymia and anxiety in acute leukemia patients and their family. It was carried out during the years 2000 and 2002 at the Department of Hematology, University of Ioannina Hospital in co-ordination with the Laboratory of Medical Psychology, Medical School, University of Ioannina. 111 subjects participated voluntarily to the present study. Among them, 41 subjects were patients suffering from acute leukemia, who were initially hospitalised during the year 2001 at the Department of Hematology, while 70 subjects remaining were patients' first-degree relatives, who were taking care of them during hospitalisation.

The instruments adopted were: a) The Family Environment Scale (Form R-FES), b) The Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ), c) The Sifneos alexithymia rate scale (SSPS) and d) The State - Trait Anxiety Inventory (STAI). Patients and their relatives were asked to complete these self-report instruments and a demographic questionnaire, while being at wards.

Results showed that relatives reported significantly greater conflict (P= .016), intellectual-cultural orientation (P= .035), active recreational orientation (P= .043), family organisation (P= .001), state anxiety (P= .014) and alexithymia (P= .003). However, patients reported significantly greater moral-religious emphasis (P= .001) and total hostility (P= .026).

In addition, total hostility was found to be significantly correlated (P< .001) with: a) alexithymia (t.b.= .242, P= .001), b) trait anxiety (t.b.= .224, P= .001), c) criticism of others (t.b.= .520, P= .000), d) acting-out hostility (t.b.= .402, P= .000), e) paranoid hostility (t.b.= .439, P= .000), f) self-criticism (t.b.= .475, P= .000), g) guilt (t.b.= .584, P= .000), h) extrapunitiveness (t.b.= .768, P= .000), i) intropunitiveness (t.b.= .602, P= .000), j) conflict (t.b.= .230, P= .001), k) intellectual-cultural orientation (t.b.= -.432, P= .000), l) active recreational orientation (t.b.= -.402, P= .000), m) family control (t.b.= .291, P= .000) and n) family incogruence score (t.b.= -.217, P= .001). A significant

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

difference between patients and relatives' scores on all four questionnaires was also obtained.

Logistic Regression was performed to account for risk factors. In particular, a significant positive correlation was obtained among independent risk factors, which were found to be cohesion (OR=2.27, 95%CI 1.18-4.37), conflict (OR=1.61 95%CI 1.04-2.51), organisation (OR=26.94, 95%CI 5.94-122.19), guilt (OR=2.39, 95%CI 1.33-4.26), state anxiety (OR=1.35, 95%CI 1.15-1.59) and alexithymia (OR=4.91 95%CI 2.38-10.15). A significant negative correlation was found for the remaining risk factors, which were emotional expressiveness (OR= .50, 95%CI .26-.97), active recreational orientation (OR= .57, 95%CI .33-.97), moral-religious emphasis (OR= .28, 95%CI .13-.61) and trait anxiety (OR= .83, 95%CI .73-.95).

According to the results, it could be suggested that patients suffering from acute leukemia and their relatives tend interact in terms of increased rigidity. Such interaction seems dysfunctional, since either an extremely high or an extremely low cohesion, expressiveness, independence, conflict as well as intellectual-cultural and active-recreational orientation were observed. In addition, the degree of family organisation and control was higher for relatives than it was for patients.

Psychological state of patients was correlated with the one of relatives. They appeared to report high state and trait anxiety as well as high hostility towards both the self and the others. However, neither patients nor their relatives suffering from acute leukemia reported alexithymia.

Despite the possible limitations of the present study, it could be suggested that family attitude towards a life threatening disease as well as psychosocial needs related to such a stressful situation should be reconsidered. In order to explore the effect of family relations, hostility, alexithymia and anxiety on acute leukemia, a re-evaluation of the patients and their relatives participated to the present study should be attempted later in the course of illness. The involvement of family in the course of malignant disease as well as in coping with such crisis is considered as an important area of research.

Βιβλιογραφία

1. Hackett, E., (1973). *Blood. The paramount humour.* London: Jonathan Cape Ltd.
2. Ιπποκράτης (5ος αιώνας π.Χ.). (1992). *Περί Χυμών.* Αθήνα: Εκδόσεις Κάκτος.
3. Γαληνός (2ος αιώνας π.Χ.). Εκδόσεις Kuhn Lipsiae Vol. V. p: 11821-11833.
4. Γαληνός (2ος αιώνας π.Χ.). Εκδόσεις Kuhn Lipsiae Vol. XVI.V.
5. Σταυρίδης, Ι. (1998). *Βασική και Διαγνωστική Αιματολογία.* Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος.
6. Guyton. (1992). *Ιατρική Φυσιολογία.* 8η Έκδοση. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος.
7. Μπουραντας, Κ.Λ. (2000). *Μαθήματα Αιματολογίας.* Ιωάννινα: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις.
8. Μπαμπινιώτης, Γ. (1998). *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας.* Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας.
9. Ορφέας, *Αργοναυτικά.* Εκδόσεις Ιδεοθέατρο. Στίχοι: 1355-1360
10. Απολλώνιος ο Ρόδιος. *Αργοναυτικά.* Εκδόσεις Κάκτος. Στίχοι: 1629
11. Όμηρος. *Ιλιάδα.* Ραψωδία Ε'. Στίχοι: 339 - 340.
12. Cirlot, J.E. (1995). *Το λεξικό των συμβόλων.* (Μετάφρ: Καππάτος, Ρ.). Αθήνα: Εκδόσεις Κονιδάρη.
13. Bachelard, G. (1987). *Η Ψυχανάλυση της Φωτιάς* (Μετάφρ: Εμίρης, Γ.). Αθήνα: Εκδόσεις Ερατώ.
14. Τρεμπέλας, Π. (1991). *Η Καινή Διαθήκη.* Αθήνα: Εκδόσεις Αδελφότης Θεολόγων "Ο Σωτήρ".
15. Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania. (1990). *How Can Blood Save Your Life?* International Bible Students Association, Brooklyn, New York, U.S.A.
16. Λεκατσάς, Π. (1951). *Η καταγωγή των θεσμών, των εθίμων και των δοξασιών.* Αθήνα.
17. Βουτσινά, Ε. (2002).*Συμβολισμοί του κρασιού σε σχέση με το αίμα.* http:www.iama.gr/ethno/naousa/voutsina.htm
18. Rigatos, G.A. & Skarlos, D.B. (1987). *Psychosomatic concepts in writings of ancient Greek Philosophers.* In. Christodouloy, G. (Ed). Psychosomatic Medicine Past and future. New York & London: Phenum Press. p: 43-46.
19. Hurny, C. (1990). Psyche and cancer: Odyssey of an old idea in the troubled waters of modern science. *Ann of Oncol.* 1: 6-8.
20. *10.000 Όνειρα και η ερμηνεία τους.* Α' Τόμος. Αθήνα : Εκδόσεις "Έθνος".
21. Ρηγάτος, Γ. (1998). *Πρόσωπα και ζητήματα. Δοκίμια για την Ιατρική στη Λογοτεχνία.* Β' Έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
22. Χειμωνάς, Γ. (1990). *Ο εχθρός του ποιητή.* 4η Έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Κέδρος.
23. Ρίτσος, Γ. (1981). *Τα ερωτικά.* Αθήνα: Εκδόσεις Κέδρος.
24. Σεφέρης, Γ. (2000). *Ποιήματα.* Εικοστή έκδοση. Αθήνα: Κέδρος.
25. Ελυτης, Ν. (2001). *Ποιήματα.* Εκδόσεις: Νικόλαος Τζαφέρης.
26. Γαρδίκας, Κ.Δ. (1984). *Ειδική Νοσολογία.* Τόμος Β'. Έκδοση Δ'. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παριζιάνος.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

27. Mandelli, F., Annino, L. & Rotoli, B. (1996). The GIMEMA ALL 0183 trial: analysis of 10-year follow-up. *British Journal of Haematology.* 92: 665-672.

28. Preti, A. & Kantarjian, H.M. (1994). Management of adult acute lymphocytic leukemia: present issue and key challenges. *Journal of Clinical Oncology.* 12: 1312-1322.

29. Geller, R.B. & Dix, S.P. (1999). Oral chemotherapy agents in the treatment of leykaemia. *Drugs* 58(3): 109-118.

30. Linker, C.A., Levitt, L.J., O'Dannel, M. et al. (1991). Treatment of acute lymphoblastic leukemia with intensive chemotherapy: a follow-up report. *Blood.* 78: 2814-2822.

31. Rizzoli, V., Mangoni, L., Carlo-Stella, C. (1992). Autologus bone marrow transplantation in acute myelogenous leukemia. *Leukemia.* 6: 1101-1105

32. Cahn, J.Y., Labopin, M., Mandelli, F. et al. (1995). Autologous Bone Marrow Transplantation for First Remission Acute Myeloblastic Leukemia in Patients Older Than 50 Years: A Retrospective Analysis of the European Bone Marrow Transplant Group. *Blood.* 85(2) : 575-579.

33. McGrath, P. (1999). Finding from an educational support course for patients with leukemia. *Cancer Pract.* 7(4): 198-204.

34. Dreifuss, E. & Meerwein, F. (1984). Concept of the double as a relationships in problems of leukemia and terminal cancer patients and its appearance in art therapy. *Z. Psychosom. Med. Psychoanal.* 30(3): 282-291.

35. McGrath, P. (1999). Update on psychosocial research on leukaemia for social work practitioners. *Soc. Work Health Care.* 29(2): 1-20.

36. McGrath, P. (1998). Relocation for treatment for leukaemia: a description of need. *Aust. Health Rev.* 21(4): 143-154.

37. Tarr, J. & Picker R.H. (1999). Becoming a cancer patient: a study of families of children with acute lymphocytic leukemia. *J. Pediatr. Oncol. Nurs.* 16(1): 44-50.

38. Jankovic, M., Loiacono, N.B., Spinetta, J.J. et al. (1994). Telling young children with leukemia their diagnosis: the flower garden as analogy. *Pediatr. Hematol. Oncol.* 11(1): 75-81.

39. Masera, G. & Tonucci, F. (1998). Dear parents...: the communication of the diagnosis of leukemia. *Riv. Inferm.* 17(2): 85-90.

40. Boesenecker, U., Hoffmeister, M., Niethammer, D. (1992). How do parents adjust to a child with cancer? A clinical study of the psychosocial status of parents of children with cancer. *Monatsschr Kinderheilkd.* 140(6): 330-335.

41. Jacobsen, A. & Clausen, N. (1989). Psychological follow-up study of families of children with acute lymphoblastic leukemia. *Ugeskr Laeger.* 151(41): 2656-2660.

42. Mackie, E., Hill, J., Kondryn, H., McNally, R. (2000). Adult psychosocial outcomes in long-term survivors of acute lymphoblastic leukaemia and Wilm's tumour: a controlled study. *Lancet.* 15;355(9212): 1310-1314.

43. Bertero, C. & Ek, A.C. (1993). Quality of life of adults with acute leukemia. *J. Adv. Nurs.* 18(9): 1346-1353.

44. Yano, K., Kanie, T., Okamoto, S. et al. (2000). Quality of life in adult patients after stem cell transplantation. *Int. J. Hematol.* 71(3): 283-289.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

45. Dobkin, P.L., Poirier, R.M., Bonny, Y. (1995). Family factors affecting bone marrow transplantation. A case report. *Psychother. Psychosom.* 64(2): 102-108.

46. Broers, S., Kaptein, A.A., Cessie, S. et al. (2000). Psychological functioning and quality of life following bone marrow transplantation: a 3-year follow-up study.

47. Macklin, E.D. (1988). *Nontraditional family forms.* In Sussman S.K., Steinmetz S.K. & editors: Handbook of marriage and the family. New York: Oxford University Press.

48. Hanson, S.M.H. & Boyd, S. (1996). *Family Health inventory: a measurement.* Presented at the National Council of Family Relations.

49. Napier, A. & Whitaker, C. (1978). *The family crucible.* New York, NY: Harper and Row. p: 47,71,83.

50. Touliatos, J., Perimutter, B.F. & Straus, M.A. (1990). *Handbook of family measurement techniques.* Newbury Park, CA: Sage. p: 39,41.

51. Barnard, C.P. & Corrales, R.G. (1979). *The theory and techniques of family therapy.* Springfield, IL: Charles C. Thomas. p: 7,13,29.

52. Brown, J.H. & Christensen, D.N. (1986). *Family Therapy: theory and practice.* Monterey, CA: Brooks/Cole Publishing Co. p: 12.

53. Ζαφείρης, Α., Ζαφείρη, Ε. & Μουζακίτης, Χ. (1999). *Οικογενειακή Θεραπεία: θεωρία και πρακτικές εφαρμογές.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. σ: 73.

54. Chubb, H. (1990). Looking at system as process. *Family Process.* 28: 169-175.

55. Hepworth, D.H. & Larsen, J.A. (1986). *Direct social work practice: theory and skills.* Chicago, IL: Dorsey Press. p: 223, 230-231,236-238

56. Steinglass, P. (1987). *The alcoholic family.* Basic books. Editions Universitaires.

57. Minuchin, S. (1979). *Constructing a therapeutic reality in Family therapy of drug and alcohol abuse.* USA: Editions Allyland Bacon.

58. Boyd-Franklin, N. (1987). The contribution of family therapy models to the treatment of black families. *Psychotherapy.* 24: 621-629.

59. Fawcett, J. (1975). The family as a living open system: An emerging conceptual framework for nursing. *International Nursing Review.* 22: 113-116.

60. Sedgewick, R. (1974). The family as a system. A network of relationships. *Journal of Psychiatric Nursing.* 12(2): 17-20.

61. Ackerman, N.W. (1984). *A theory of family systems.* New York: Gardner Press Inc. p: 16.

62. Erickson, G.D. & Hogan, T.P. (1972). *Family therapy: An introduction to theory and technique.* Monterey, CA: Brooks/Cole. p: 49.

63. Moos, R. & Moos, B. (1986). *Family environment Scale Manual.* Second Editions. Consulting Psychologists press, Inc.

64. Olson, D. (1983). *Families: what makes them work.* London: Sage Publications.

65. Foster, S.L & Hoier, T.S. (1982). Behavioral and systems family therapies: A comparison of theoretical assumptions. *American Journal of Family Therapy.* 10(3), 13-23.

66. Friedman, M.M (1981). *Family coping strategies and processes.* In Friedman, M.M. (Ed) Family Nursing Theory and Assessment. East Norwalk (CT): ACC.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

67. Brown, G., Harris, T. & Bifulko, A. (1985). *Long term effects of early loss of parent.* In Rutter, M., Izzard, C. & Read, P. (Eds). Depression in young people: Developmental and Clinical Perspectives. New York: Guilford Press.

68. Hetherington, E.M., Cox, M. & Cox, R. (1982). *Effects of divorce on parents and children.* In Lamb, M. & Hillsdale, N.J. (Eds). Nontraditional Families. Lawrence Erlbaum Associates.

69. Falicov, C.J. (1995). Training to think culturally: a multidimensional comparative framework. *Family process.* 34(4).

70. Βασιλείου, Γ. (1966). *Διερεύνησις μεταβλητών υπεισερχόμενων εις την ψυχοδυναμική της Ελληνικής Οικογένειας.* Αθηναϊκόν Ινστιτούτον του Ανθρώπου.

71. Madianos, M. & Madianou, D. (1991). The Greek Family paradigm: Implications for family therapy. *Neurol. Psychiatr.* 12: 132-138.

72. Κατάκη, Χ. (1984). *Οι τρεις ταυτότητες της Ελληνικής οικογένειας.* Αθήνα: Εκδόσεις Κέδρος.

73. Madianos, M., Gournas, G., Tomaras, V. & Kapsali, A. (1995). Familial Correlates of drug and alcohol use in a nationwide general population survey. *Psychopathology* 28: 85-94.

74. Kaufman, E. (1980). Myth and reality in the family patters and treatment of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol abuse.* 7(3-4): 257-279.

75. Farell, M. (1992). Partnership in care: Pediatric nursing model. *British Journal of Nursing.* 1(4): 175-176.

76. Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ. (1995). *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας.* Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

77. Feetham, S.L., Meister, S.B., Bell, J.M. & Gillis C.L. (1993). *The nursing of families: theory/research/education/practice.* Newsbury Park: Sage Publications.

78. Nightingale et al. (1978). *Perspectives on health promotion and disease prevention in the US.* Washington: Institute of Medicine, National Academy of Sciences.

79. Bomar, P. (1992). *Nurses and Family health promotion: concepts assessment and interventions.* Philadelphia: Saunders.

80. Cambell, T. (1985). *Family's impact on Health: a critical review and annotated bibliography.* Washington, DC: US Government Printing Office.

81. Mayou, R., Foster, A. & Williamson B. (1978). The psychological and social effects of myocardial infraction on wines. *British Medical Journal.* 1: 699-701.

82. Marty, P. (1976). *Les movements individuels de vie et de mort.* Paris: Payot.

83. Ρήγα, Α.Β. (1991). *Καρκίνος: από τη μητέρα στην κόρη. Η δυναμική της επανάληψης.* Αθήνα: Εκδόσεις Μαυρομμάτη.

84. Freud, S. (1975). *Cinq psychanalyses.* Paris: Payot.

85. Freud, S. (1912). *Totem et tabou.* Paris: Payot.

86. Γκυρ, Ζ. (1993). *Ψυχοσωματική και καρκίνος.* (Επιμ. Σκαρπαλέζου, Α.). Αθήνα: Εκδόσεις Χατζηνικολή.

87. Lacan, J. (1987). *Η οικογένεια. Τα οικογενειακά συμπλέγματα στη διαμόρφωση του ατόμου.* (Μετάφραση: Βεργέτης, Λ.). Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτης.

88. Sholevar, G.P. (1982). *The role of the family in psychosomatic disorders.* In Gallon, R.L. (Ed.). Psychosomatic Approach to Illness. NY. Elsevier: 89-103.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

89. Liedtke, R. (1990). Socialization and psychosomatic disease: An empirical study of the educational style of parents with psychosomatic children. *Psychotherapy and Psychosomatics.* 54: 208-213.

90. Zepf, S. (1976). *Die Sozialisation des psychosomatisch Kranken.* Frankfurt am Main: Campus.

91. Jackson, D. & Yalom, I. (1966). Family research on the problem of ulcerative colitis. *Arch Gen Psychiat.* 15: 410-418.

92. Meissner, W.W. (1977). *Family process and psychosomatic disease.* In Lipowski, Z.J., Lipsitt, D.R. & Whybrow, P.C. (Eds). Psychosomatic Medicine. NY: Oxford University Press.

93. Bowen, M. (1966). The use of family theory in clinical practice. *Comprehensive Psychiatry.* 7: 345-374.

94. Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice.* NY: Jason Aronson.

95. Seltzer, W.J. (1985). Conversion Disorder in Childhood and adolescence: A familial/cultural approach. Part I. *Family Systems Medicine.* 3: 261-280.

96. Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B.L., Liedman, R., Milman, L. & Todd, T.C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Archives of General Psychiatry.* 32: 1031-1038.

97. Pinter, E.J., Peterfy, G., Cleghorn, J.M. & Pattee, C.J. (1967). The influence of emotional stress on fat mobilization: The role of endogenous catecholamines and the beta adrenergic receptors. *Am. J. Med. Sci.* 254, 634.

98. Anderson, B.J., Miller, J.P., Auslander, W.F. & Santiago, J.V. (1981). Characteristics of diabetic adolescents: Relationship to metabolic control. *Diabetes Care.* 4: 586-594.

99. Shouval, R., Ber, R. & Glatzer, A. (1982). Family social climate and the health status and social adaptation of diabetic youth. *Pediatric and Adolescent Endocrinology.* 10: 89-93.

100. Grey, M.J., Genel, M. & Tamborlane, W.V. (1980). Psychosocial adjustment of latency age diabetics: Determinants and relationship to control. *Pediatrics.* 65: 69-73.

101. Wood, B., Watkins, J., Boyle, J., Nogueira, J., Zimand, E. & Carroll, L. (1989). The "psychosomatic family" model: An empirical and theoretical analysis. *Family Process.* 28: 399-417.

102. Hoffman, L. (1981). *Foundations of Family Therapy.* NY: Basic Books.

103. Zimand, E. & Wood, B. (1986). Implications of contrasting patterns of divorce in families of children with gastrointestinal disorders. *Family Systems Medicine.* 4: 385-397.

104. Gonzalez, S., Steinglass, P. & Reiss, D. (1987). *Family-centered interventions for people with chronic disabilities: The eight-session multiple family discussion group program.* Washington D.C. Center for

105. Wirsching, M. & Stierlin, H. (1985). Psychosomatics I: Psychological characteristics of psychosomatic patients and their families. *Family Systems Medicine.* 3: 6-16.

106. Stierlin, H., Wirsching, M. & Knauss, W. (1977). Family dynamics and psychosomatic disorders in adolescence. *Psychotherapy and Psychosomatics.* 28: 243-251.

107. Hoffer, M.A. (1975). Studies on how early maternal separation produces behavioral change in young rats. *Psychosomatic Medicine.* 37: 245-264.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

108. Hoffer, M.A. (1996). On the nature and consequences of early loss. *Psychosomatic Medicine*. 58: 570-581.

109. Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicine*. NY: Norton.

110. McDougall, J. (1974). The psychosoma and the psychoanalytic process. *International Review of Psychoanalysis*. 1: 437-459.

111. McDougall, J. (1982). Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 38: 81-90.

112. Ruesch, J. (1948). The infantile personality. *Psychosomatic Medicine*. 10: 134-144

113. Stephanos, S. (1979). Libidinal cathexis and emotional growth in the analytical treatment of psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 32: 101-111.

114. Marty, P., M'Uzan, M. & David, C. (1963). *L' Investigation Psychosomatique*. Paris: Presses University de France.

115. Laudenslager, M.L., Reite, M. & Harbeck R. (1982). Immune status during mother-infant separation. *Psychosomatic Medicine*. 44: 303.

116. Parsons, T. (1951). *The Social System*. Glencoe, III: Free Press.

117. Marshal, J.R. & Funch D.P. (1983). Social environment and breast cancer. A cohort analysis of patients survival. *Cancer*. 52(8): 1546-1550.

118. Forsen, A. (1991). Psychosocial stress as a risk for breast *cancer*. *Psychother. Psychosom*. 55(2-4): 176-185.

119. Kune, G.A., Kune, S., Watson, L.F. & Bahnson, C.B. (1991). Personality as a risk factor in large bowel cancer: data from the Melbourne Colorectal Cancer Study. *Psychol. Med*. 21: 29-41.

120. Bulter, L., Koopman, C., Classen, C. & Spiegel, D. (1999). 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*. 18(6): 555-560.

121. Wirsching, M., Drings, P., Georg, W. et al. (1990). Psychosocial factors of preserving health? Prospective studies of breast cancer, bronchial cancer and fibrocystic mastopathy. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol*. 40(2): 70-75.

122. Σιαφάκα, Β. (2000). *Συγκριτική μελέτη ψυχολογικών παραγόντων και χαρακτηριστικών της προσωπικότητας σε ασθενείς με καρκίνο όρχεως και ομάδα υγιών ανδρών*. Διδακτορική Διατριβή (Υποβλ. στο Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων)

123. Bahnson, C.B. (1976). *Emotional and personality characteristics of cancer patients*. In Sutnick, A.J. & Enjstrom, P.F. (Eds). Oncology Medicine. Clinical Topics and Practical Management. Baltimore: University Park Press.

124. Bahnson, C.B. (1980). Stress and cancer: the state of the art. Part 1. *Psychosomatics*. 21(12): 975-981.

125. Kissen, D.M. (1967). The significance of personality in lung cancer in men. *Ann. NY Acad. Sci*. 125: 802-826.

126. Cheang, A. & Cooper, C.L. (1985). Psychosocial factors and breast cancer. *Stress Med*. 1: 11-24.

127. Horne, R.L. & Picard, R.S. (1979). Psychosocial risk factors for lung cancer. *Psychosom. Med*. 41: 503-515.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

128. Jacobs, T.L. & Charles, E. (1980). Life events and occurrence of cancer in children. *Psychosom. Med.* 42: 11-24.

129. Greene, W.A. & Swisher, S.N. (1969). Psychological and somatic variables associated with the development and course of monozygotic twins discordant for leukemia. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 164: 394-408.

130. LeShan, L. (1959). Psychological States as factors in the development of malignant disease: a critical review. *J. of the National Cancer Institute.* 22: 1-18.

131. Βελίκης, Ι. (2000). *Συγκριτική μελέτη γεγονότων ζωής και ψυχολογικών χαρακτηριστικών (άγχους, κατάθλιψης, αλεξιθυμίας) σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, ασθενείς με στεφανιαία νόσο και υγιή άτομα.* Διδακτορική Διατριβή (υποβλ. στο Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων).

132. Lin, N., Simeone, R.S., Ensel, W.M. & Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events and illness: a model and an empirical test. *J. of Health and Social Behavior.* 20: 108-119.

133. Caplan, G. (1981). Mastery of stress: psychosocial aspects. *Am. J. Psychiatry.* 138: 413-420.

134. Gore, S. (1978). The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. *J. Health and Social Behavior.* 19: 157-165.

135. Langlie, J.K. (1977). Social networks, health beliefs and preventive health behavior. *J. Health and Social Behavior.* 18: 244-260.

136. Antonovsky, A. (1974). *Conceptual and methodological problems in the study of resistance resources and stressful life events.* In Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (Eds). Stressful life events: The Nature and Effects. New York: Wiley.

137. Engel, G.L. (1955). Studies of ulcerative colitis. III. The nature of the psychologic process. *American Journal of Medicine.* 19: 231-256.

138. Schmale, A.H. (1958). Relationship of separation and depression to disease: A report on a hospitalized medical population. *Psychosomatic Medicine.* 20: 259-277.

139. Rad Von, M. (1984). Alexithymia and symptom formation. *Psychotherapy and Psychosomatics.* 42: 80-89.

140. M'Uzan, M. (1974). Psychodynamic mechanisms in psychosomatic symptom formation. *Psychotherapy and Psychosomatics.* 23: 103-110.

141. Stephanos, S. (1978). Pathological primary identifications and their effects on the psychosomatic economy of the individual. *Psychotherapy and Psychosomatics.* 30: 56-67.

142. Sklar, L.S. & Anisman, H. (1979). Stress and coping factors influence tumor growth. *Science.* 205: 513-515.

143. Damigos, D. (1986). *Crise, evenement et cancer.* Diplome d' etude et de researshe en Biologie Human. D.E.R.B.H. Psychologie Medicale, Universite Lyon I.

144. Garssen B. & Goodkin K. (1999). On the role of immunological factors as mediators between psychosocial factors and cancer progression. *Psychiatry Res.* 85: 51-61.

145. Laing, R.D. (1975). *Η πολιτική της οικογένειας.* (Μετάφραση Ραλλίδη, Ι.). Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

146. Bond, M.R. (1984). *The psychiatry of closed head injury.* in N. Brooks (Ed), Closed Head Injury: Psychological, social and family consequences. Oxford: Oxford University Press.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

147. Burish, T.G. & Bradley, L.A. (1983). *Coping with the chronic disease.* New York: Academic Press.

148. Turk, D.C. & Kerns, R.D. (1985). *Health, illness and families: A life span perspective.* New York: John Willey and Sons.

149. Gotay, C.C. (1984). The experience of cancer during early and advanced stages: The views of patients and their mates. *Soc. Sci. Med.* 18: 605-613.

150. Cassileth, B., Kusk, E.J. & Strouse T.B. (1985). A psychological analysis of cancer patients and their next-of-kin. *Cancer.* 55: 72-76.

151. Ell, K., Nishimoto, R. & Mantell, J. (1988). Longitudinal analysis of psychological adaptation among family members of patients with cancer. *Journal of Psychosomatic research.* 32: 429-438.

152. Larkin, J. (1987). Factors influencing one's ability to adapt to chronic illness. *Nursing Clinics of North America.* 22(3): 535-542.

153. Oberst, M. & James R. (1985). Going home: Patient and spouse adjustment following cancer surgery. *Topics of Clinical Nursing.* 7: 46-57.

154. Σιαφάκα, Β. & Δαμίγος, Δ. (1997). *Ερευνητικά δεδομένα για τις επιπτώσεις του καρκίνου στην οικογένεια.* Εκπαιδευτικό Σεμινάριο Ψυχο-ογκολογίας: Ο ρόλος της οικογένειας απέναντι στον καρκίνο. Μέτσοβο. Πρακτικά Σεμιναρίου: 2-31.

155. Conatser, C. (1986). Preparing the family for their responsibilities during treatment. *Cancer.* 58: 508-511.

156. Blanchard, C.G., Ruckdeschel, J.C. & Albrech, T.L. (1997). The crisis of cancer. Psychological impact on family caregivers. *Oncology.* 2: 189-201.

157. Sclump-Urquhart, S.R. (1990). Families experiencing a traumatic accident: Implications and nursing management. *AACN.* 3: 552-534.

158. Stanic, J. (1989). Caring for the family of the critically ill surgical patient. *Critical Care Nurse.* 10: 43-47.

159. Wooley, N. (1990). Crisis theory: A paradigm of effective intervention with families of critically ill people. *Journal of Advanced Nursing.* 15: 1402-1408.

160. Sager, U. & Schlesinger, Z. (1981). Rehabilitation of patients after acute myocardial infraction: an interdisciplinary family oriented program. *Heart and Lung.* 10: 841-847.

161. Ραγιά, Α. (1995). *Βασική Νοσηλευτική. Θεωρητικές και δεοντολογικές αρχές.* Αθήνα.

162. Soccorsi, S., Lombardi, F. & Rubbini-Paglia, P. (1987). Capturing death: Families of children recovering from oncological disease. *Family Systems Medicine,* 5(2): 191-205.

163. Pederson, L.M. & Valanis, B.G. (1988). The effects of breast cancer on the family: a review of the literature. *J. Psychosoc. Oncol.* 6(1/2): 95-118.

164. Hobbs, M. (1984). Crisis intervention in theory and practice: A selective review. *Br J Med Psychol.* 57:23-34

165. Kaes, R. (1979). *Introduction a l' analyse transitionnelle.* In Kaes, R., Anziu, D., Guillamin, J., Bleger, J. Crise, rupture et depassement. Paris: Dunod.

166. Damigos, D. (1984). *A la recherchè du temps intermediaire. Le temps de la crise.* D.E.A. de Psychologie, Univ. Lyon 2.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

167. Straker, M. (1980). *Crisis intervention: An overview.* In Dovanloo, H. (Ed.) Short-term Dynamic Psychotherapy. New York: Jason Aronson.

168. Schwartz, M.A. & Wiggins, O.P. (1986). Systems and the structuring of meaning: contributions to a biopsychosocial medicine. *Am. J. Psychiatry.* 143: 1213-21.

169. Morin, E. (1976). Pour une crisologie. *Communications.* 25: 149-163.

170. Morin, E. (1976). *Le methode 1. La nature de la nature.* Paris: Seuil.

171. Παπαδάτου, Δ. (1991). *Κρίσιμες περίοδοι στη ζωή της οικογένειας παιδιού με απειλητική για τη ζωή ασθένεια.* Στο Α. Καλαντζή - Αζίζι & Ν. Παρίτσης (Επιμ.) Οικογένεια: Ψυχοκοινωνικές - Ψυχοθεραπευτικές Προσεγγίσεις. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

172. Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping.* New York: Springer Publ. Co.

173. Δαμίγος, Δ. (2001). *Ψυχολογικοί παράγοντες και καρκινική διεργασία: Μεθοδολογικά προβλήματα και θεραπευτικές ιδιαιτερότητες.* Πρακτικά 4ου Σεμιναρίου Ψυχο-Ογκολογίας. Ιωάννινα, 4-6 Μαΐου 2001.

174. Edelman, G.M. (1996). *Αιθέρας Θεϊκός, Λαμπερή Φωτιά.* (Επιμ. Κούβελας, Η.). Αθήνα: Κάτοπτρο.

175. Green, A. (1975). Le temps mort. *Nouvelle Revue de Psychanalyse,* 11: 103-110.

176. Winnicot, D.W. (1974). La crainte de l' effondrement. *Nouvelle Revue de Psychanalyse.* 11:35-44.

177. Schulz, K.H., Schulz, H., Schulz, O. et al. (1996). *Family structure and psychosocial stress in families of cancer patients.* In Baider, L., Cooper, C.L. & Kaplan De-Nour, A. (Eds): Cancer and the family. New York: John Wiley & Sons: 225-256.

178. Rolin, W.J. (1984). *Family therapy and the aphasic adult,* In J. Eisenson (Ed), Adult aphasia. NJ: Prentice Hall.

179. Αγγελόπουλος, Ν. (1997). *Ψυχιατρικοί παράγοντες και ποιότητα ζωής στους πάσχοντες από καρκίνο και στις οικογένειές τους.* Εκπαιδευτικό σεμινάριο Ψυχο-ογκολογίας: Ο ρόλος της οικογένειας απέναντι στον καρκίνο. Μέτσοβο. Πρακτικά Σεμιναρίου: 156-174.

180. Breu, C. & Dracup, K. (1978). Helping the spouses of critically ill patients. *American Journal of Nursing.* 78(1): 50-53.

181. Horwitz, W.A. & Kazak, E. (1990). Family adaptation to childhood cancer: Sibling and family systems variables. *Journal of Clinical Child Psychiatry,* 19: 221-228.

182. Matthews-Simonton S. (1984). *The Healing Family.* Toronto: The Bantam Books.

183. Peterman, F. & Bode, U. (1986). Five coping styles in families of children with cancer: A retrospective study in thirty families. *Pediatric Hematology/Oncology,* 3: 299-309.

184. Skynner, R. (1987). *Πλαίσια θεώρησης της οικογένειας σαν σύστημα.* Επιμέλεια: Γ. Τσιάντης και Σ. Μανωλόπουλος: Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

185. Hilton, B.A. (1996). Getting back to normal: the family experience during early stage breast cancer. *Oncol. Nurs. Forum.* 23(4): 605-614.

186. Birenbaum, L.K. (1990). Family coping with childhood cancer. *Hosp. J.* 6(3): 17-33.

187. Aymanns, P., Filip, S.H. & Klauer, T. (1995). Family support and coping with cancer some determinants and adaptive correlates. *Br. J. Soc. Psychol.* 34(Pt 1): 107-124.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

188. Ferrel, B.R et al. (1991). Family factors influencing cancer pain management. *Postgrad Med. J. Suppl.* 2: 64-69.

189. Holden, C.M. (1991). Anorexia in the terminally ill cancer patient: the emotional impact on the patient and the family. *Hosp. J.* 7(3): 73-84.

190. Dell-Orto, A.E. (1984). Coping with the enormity of illness and disability. *Rehabil Lit.* 45: 22-23.

191. Cohen, F. & Lazarus R.S. (1979). *Coping with the stresses of illness.* In Stone, G.G., Cohen, F. & Alder, N.E. (Eds) Health psychology: A handbook. San Francisco: Jossey-Bass.

192. Rolland, J. (1988). *Family systems and chronic illness: A typological model.* In Walsh, F. and Anderson, C. (Eds) Chronic Disorders and the Family. New York: Haworth Press.

193. Boss, P., Carron, W. & Horbal, J. (1988). *Alzheimer's disease and ambiguous loss.* In Chilman, C., Nunnaly, E. & Cox, F. (Eds). Chronic Illness and Disability. Newbury Park, CA, Sage.

194. Hilton, B.A. (1994). Family communication patterns in coping with early breast cancer. *Western Journal of Nursing Research.* 16(4): 366-388.

195. Gotcher, J.M. (1987). *Well-adjusted and maladjusted cancer patients.* An examination of communication variebles. Health Communication.

196. Gotcher, J.M. (1988). The effects of family communication on psychosocial adjustment of cancer patients. *Journal of Applied Communication Research.*

197. Garmezy, M. (1985). *Stress resistant children: the search for protective factors.* Στο J.E. Stevenson (Ed.) Recent Research in Developmental Psychopathology. Oxford: Pergamon Press.

198. Given, B. & Given C.W. (1994). Family home care for individuals with cancer. *Oncology Hunting.* 8(5): 77-83.

199. Fleck, S.A. (1976). Ageneral systems approach to severe family pathology. *Am. J. Psychiatry.* 133: 669

200. Kleeman, K.M. (1989). Families in crisis due to multiple trauma. *Critical Care Nursing Clinics of North America.* 1: 23-31.

201. Keller, M., Henrich, G. & Sellshopp, A. (1996). *Between distress and support: Spouses of cancer patients.* In Baider, L. & Kaplan De-Nour, A. (Eds). Cancer and the family. New York: Jon Wiley &sons: 187-224.

202. Sales, E., Schulz, R. & Biegel, D. (1992). Predictors of strain in families of cancer patients: A review of the literature. *Journal of Psychosocial Oncology.* 10: 1-26.

203. Cooper , E.T. (1984). A pilot study on the effects of the diagnosis of cancer on family relationships. *Cancer Nurs.* 7: 301-308.

204. Lewis, F.M. (1996). *The impact of breast cancer on the family: Lessons learned from the children and adolescents.* In Baider, L., Cooper, C.L. & Kaplan De-Nour, A. (Eds): Cancer and the family. New York: John Wiley & Sons: 271-288.

205. Lewis, F.M. (1990). Strengthening Family Supports. Cancer and the family. *Cancer.* 65: 752-759.

206. Northouse, L.L. (1992). Psychological impact of the diagnosis of breast cancer on the patient and her family. *J. Am. Med. Assoc.* 47(5): 161-164.

207. Given, B. & Given, C.W. (1992). The patient and family caregiver reaction to new and recurrent breast cancer. *J. Am. Med. Assoc.* 47(5): 201-206.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

208. Clarke-Steffen, L. (1993). A model of the family transition to living with childhood cancer. *Cancer Pract.* 1(4): 285-292.

209. Davies, C.M., Noll, R.B., Davies, W.H. & Bukowski, W.M. (1993). Mealtime interactions and family relationships of families with children who have cancer in long term remission and controls. *J. Am. Diet. Assoc.* 93(7): 773-776.

210. Kristensson-Hallstrom, I. & Elander, G. (1994). Parental Participation in the Care of Hospitalized Children. *Scand J Carin Sci.* 8: 149-154.

211. Pass, M. & Pass, C. (1987). Anticipatory guidance for Parents of Hospitalized Children. *Journal Of Pediatric Nursing.* 2(4): 250-258.

212. Schum, T. (1989). Effects of Hospitalization Derived from a family Diary. Review of the literature. *Clinical Pediatrics.* 28(8): 366-370.

213. Curley, M. (1988). Effects of the nursing mutual participation model of care on parental stress in the Pediatric intensive care unit. *Heart and Lung.* 17(6): 682-688.

214. Visintainer, M. & Wolfer, J. (1979). Psychological Preparation for Surgical Pediatric Patients: The effect on Children's and Parent's Stress Responses and Adjustment. *Pediatrics.* 64: 646-655.

215. Palmer, S. (1993). Care of sick children by parents: a meaningful role. *Journal of advanced Nursing.* 18: 185-191.

216. Forsyth, G.L., Delaney, K.D. & Grisham, M.L. (1984). Vying for a winning position: Management style of the chronically ill. Res. *Nurs. Health.* 31: 153-158.

217. McIvor, D. & Thompson, F.J. (1988). Self perceived needs of family members with a relative in the ICU. *Intensive Care Nurse.* 4: 139-145.

218. Northouse, L.L. & Peters-Golden, H. (1993). Cancer and the family: Strategies to assist spouses. *Semin. Oncol. Nurs.*, 9: 74-82.

219. Toseland, R.W., Blanchard C.G. & McCallion P. (1995). A problem-solving intervention for caregivers of cancer patients. *Soc. Sci. Med.* 40: 517-528.

220. Zahlis, E. & Shands, M.E. (1991). Breast cancer: Demands of the illness on the patient's partner. *Journal of Psychosocial Oncology.* 9: 75-93.

221. Baider, L. & Kaplan De-Nour, A. (1984). Couples' reactions and adjustment to mastectomy: A preliminary report. Int. *J. Psychiatry Med.* 14: 265-276.

222. Baider, L., Peretz, T. & Kaplan De-Nour, A. (1989). Gender and adjustment to chronic disease: A study of couples with colon cancer. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 11: 1-9.

223. Albrecht, T.L., Blanchard, C.G., Ruckdeschel, J.C. et al. (1997). *Supportive comminication and the cancer patient.* In Knuf, J. et al. (Eds): Health Promotion and Disease Prevention. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

224. Sharp, T. (1990). Relatives involvement in caring for the elderly mentally ill, following long term hospitalisation. *Journal of Advanced Nursing.* 15: 67-73.

225. Leske, J. (1986). Needs of relatives of critically ill patients: A follow up. *Heart and Lung.* 15: 189-193.

226. Molter, N. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart and Lung.* 8: 332-339.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

227. Silva, M. (1979). Effects of orientation information on spouses anxieties and attitude toward hospitalization and surgery. *Research in Nursing and Healt.* 2: 127-136.

228. Griego et all. (1990). New York University Centre's cooperative care unit: Patient education and family participation during hospitalisation. The first ten years. *Patients Education and Counselling.* 15(1): 3-15.

229. Neuling S.L. & Winefield, H.R. (1988). Social support and recovery after surgery for breast cancer: frequensy and correlates of supportive behaviours by family, friends and surgeon. *Soc, Sci. Med.* 27(4): 385-392.

230. Friedman, L.C., Bear, P.E., Nelson, D.V. et al. (1988). Women with breast cancer: perception of family functioning and adjustment to illness. *Psychosom. Med.* 50: 529-540.

231. Baider, L. & Kaplan De-Nour, A. (1988). Adjustment to cancer: Who is the patient, the husband or the wife? *Isr. J. Med. Sci.* 24: 631-636.

232. Erwin, C.V. (1973). Psychologic adjustment to mastectomy. *Med. Aspects Hum. Sexual.* 7: 42.

233. Vess, J.D., Moreland, J.R. & Schewebel A.I. (1985). A follow-up study of role functioning and the psychological environment of families of cancer patients. *Journal of Psychological Oncology.* 3: 1-14.

234. Sainsbury, C. et al. (1986). Care by parents of their children in hospital. *Archives of Disease in Childhood.* 61: 612-615.

235. Brown, G., Harris, T. & Bifulko, A. (1985). *Long term effects of early loss of parent.* In Rutter, M., Izzard, C. & Read, P. (Eds). Depression in young people: Developmental and Clinical Perspectives. New York: Guilford Press.

236. Hetherington, E.M., Cox, M. & Cox, R. (1982). *Effects of divorce on parents and children.* In Lamb, M. & Hillsdale, N.J. (Eds). Nontraditional Families. Lawrence Erlbaum Associates.

237. Parkes, C.M., Benjamin, B. & Fitzgerald, R.G. (1969). Broken Heart. A statistical study of increased mortality among widowers. *B.M.J.* 1: 740-743.

238. Helsing, K.J., Szklo, M. & Comstock, G.W. (1981). Factors associated with mortality after widowhood. *Am. J. Pubic Health.* 7: 802-809.

239. Bolger, N., Foster, M. et al. (1996). Close relationships and adjustment to a life crisis: the case of breast cancer. *J. Pers. Soc. Psychol.* 70: 283-294.

240. Fridfinnsdottir, E.B. (1997). Icelandic women's identifications of stressors and social support during the diagnostic phase of breast cancer. *J. Adv. Nurs.* 25: 526-531.

241. Baum, A., Friedman, A.L. & Zakowski, S.G. (1997). Stress and genetic testing for disease risk. *Health Psychol.* 16: 8-19.

242. Creagan, E.T. (1997). Attitude and disposition: do they make a difference in cancer survival? *Mayo. Clin. Proc.* 72: 160-164.

243. Levenson, J.L. & Bemis, C. (1991). The role of psychological factors in cancer onset and progression. *Psychosomatics.* 32: 124-132.

244. Spiegel, D., Bloom, J.R. & Gottheil, E. (1983). Family environment as a predictor of adjustment to metastatic breast cancinoma. *J. Psychosoc. Oncol.* 1(1): 33-44.

245. Bloom, J.R. (1982). Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. *Soc. Sci. Med.* 16: 1329-1338.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

246. St-Luis, D. (1997). Cancer du sein, fonctionnement familial et ajustement à la maladie. *Cancer Prevention & Control.* 1(2): 161-167.

247. Stein, T. (1982). Men's group. In Solomon, K. & Levy, N.B. (Eds). *Men in transition: theory and therapy.* New York: Plenum Press.

248. Lichtman, R.R., Taylor, S.E. & Woods, J.V. (1987). Social support and marital adjustment after breast cancer. *J. Psychosoc. Oncol.* 5(3): 47-71.

249. Uhl, B. (1985). *Vivre adulte.* Montreal: Editions La Presse.

250. Sklar, L. & Anisman, H. (1980). Social stress influences tumor growth. *Psychosom. Med.* 42: 347-365.

251. Sklar, L. & Anisman, H. (1981). Stress and cancer. *Psychol. Bull.* 89(3): 369-406.

252. Rossant, L. (1988). *Η νοσηλεία των παιδιών στο νοσοκομείο*, μτφρ. Β. Χριστοδούλου. Αθήνα: Εκδόσεις Χατζηνικολή.

253. Mackie, E., Hill, J., Kondryn, H. & McNally, R. (2000). Adult psychosocial outcomes in long-term survivors of acute lymphoblastic leukaemia and Wilms' tumour: a controlled study. *Lancet.* 15;355(9212): 1310-4.

254. Greene, W.A. (1954). Psychological factors and reticuloendothilial disease I. Preliminary observations on a group of males with lymphomas and leukemias. *Psychosom. Med.* 16: 220-230.

255. Greene, W.A., Young, L.E. & Swisher, S.N. (1956). Psychological factors and reticuloendothilial disease II. Observations on a group of women with lymphomas and leukemias. *Psychosom. Med.* 18: 284-303.

256. Greene, W.A. (1966). The psychosocial setting of the development of leukemia and lymphoma. *Ann N Y Acad. Sci.* 25: 794-801.

257. Berkman, L. & Syme, S. (1979). Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow-up study of Alameda Country Residents. *Am. J. Epidem.* 109(2): 186-204.

258. Broers, S., Kaptein, A.A., Le Cessie, S., Fibbe, W. & Hengeveld, M.W. (2000). Psychological functioning and quality of life following bone marrow transplantation: a 3-year follow-up study. *J. Psychosom. Res.* 48(1): 11-21

259. Yano, K., Kanie, T., Okamoto, S., Kojima, H., Yoshida, T. et al. (2000). Quality of life in adult patients after stem cell transplantation. *Int. J. Hematol.* 71(3): 283-289.

260. Van Dongen-Melman, J.E., Van Zuuren, E.J. & Verhulst, F.C. (1998). Experience of parents of childhood cancer survivors: a qualitative analysis. *Patient Educ. Couns.* 34(3): 185-200.

261. Goldbeck, L. (1998). Familial coping with cancer in childhood and adolescence. Possibilities for standardized assessment with a self-assessment method: results of an empirical pilot study. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* 47(8): 552-573.

262. Carnevale, F.A. (1999). Striving to recapture our previous life: the experience of families with critically ill children. *Off. J. Can. Assoc. Crit. Care Nurs.* 10(1): 16-22.

263. Tarr, J. & Pickler, R.H. (1999). Becoming a cancer patient: a study of families of children with acute lymphocytic leukemia. *J. Pediatr. Oncol. Nurs.* 16(1): 44-50.

264. Thomas, M.L. (1998). Quality of life and psychosocial adjustment in patients with myelodysplastic syndromes. *Leuk. Res.* 22 Suppl 1: S41-47.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

265. McGrath, P. (1999). Update on psychosocial research on leukaemia for social work practitioners. *Soc. Work Health Care*. 29(2): 1-20.

266. Bertero, C. & Ek, A.C. (1993). Quality of life of adults with acute leukaemia. *J. Adv. Nurs.* 18(9): 1346-1353.

267. Childhood Cancer Foundation of R.O.C. Newsletter. *Childhood Cancer Foundation.* 1998.

268. Yen, C.H., Lin, C.F., Tsai, J.L. et al. (1999). Determinants of parental decision on drop out from cancer treatment for childhood cancer. *J. Adv. Nurs.* 30: 193-199.

269. Conatser, C. (1986). Preparing the family for their responsibilities during treatment. *Cancer.* 58: 508-511.

270. Groothenhuis, M.A. & Last, B.F. (1997). Adjustment and coping by parents of children with cancer: a review of the literature. *Support Care Cancer.* 5: 466-484.

271. Yen, C.H., Tsai, J.L. & Lin, C.F. (1998). Psychosocial process of parents with acute lymphoblastic leukemia child who decided to continue chemotherapy protocol after dropped out. *Chang Gung Nursing.* 9: 51-57.

272. Chen, Y.C., Martinson, I.M., Chao, Y.M. et al. (1994). *A comparative study of health care for children with cancer in 1981 and 1991 in Taiwan.* 20: 445-449.

273. Chao-Hsing, Y. & Ting-Ting, L. (2000). Adaptational process of parents of pediatric oncology patients. *Pediatric Hematology and Oncology.* 17: 119-131.

274. Thompson, R.J., Gil, K.M. & Burbach, D.J. (1993). Role of child and maternal processes in the psychological adjustment of children with sickle cell disease. *J. Consult. Clin. Psychol.* 61: 468-474.

275. Thompson, R.J., Gustafson, K.E., Hamlett, K.W. & Spock, A. (1992). Stress, coping and family functioning in the psychological adjustment of mothers of children and adolescents with cystic fibrosis. *J. Pediatr Psychol.* 17: 573-585.

276. Wallander, J.L., Pitt, L.C. & Mellins, C.A. (1990). Child functional independence and maternal psychosocial stress as risk factors threatening adaptation in mothers of physically or sensorially handicapped children. *J. Consult. Clin. Psychol.* 58: 818-824.

277. Noojin, A.B. & Wallander, J.L. (1996). Development and evaluation of a measure of concerns related to raising a child with a physical disability. *J. Pediatr. Psychol.* 21: 483-498.

278. Wallander, J.L & Venters, T.L. (1995). Perceived role restriction and adjustment of mothers of children with chronic physical disability. *J. Pediatr. Psychol.* 20: 619-632.

279. Hinds, P.S., Birenbaum, L.K., Clarke-Steffen, L. et al. (1996). Coming to terms: parents' response to a first cancer recurrence in their child. *Nurs. Res.* 45: 148-153.

280. Comman, B.J. (1993). Childhood cancer: differential effects on the family members. *Oncol. Nurs. Forum.* 20: 1559-1566.

281. Hughers, P.M. & Lieberman, S. (1990). Troubled parents: vulnerability and stress in childhood cancer. *Br. J. Med. Psychol.* 63: 53-64.

282. Kupst, M.J. & Schulman, J.L. (1988). Long-term coping with pediatric leukemia: a six-year follow-up study. *J. Pediatr. Psychol.* 13: 7-22.

283. Larson, L.S., Wittrock, D.A. & Sandgren, A.K. (1994). When a child is diagnosed with cancer, I: sex differences in parental adjustment. *J. Psychosoc. Oncol.* 12: 123-142.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

284. Yen, C.H., Tsai, J.L., Li, W.J. et al. (2000). Use of alternative therapy among. Taiwanese parents with childhood cancer. *Pediatr. Hematol. Oncol.* 17: 55-65.

285. Heiney, S.P., Ruffin, J. & Goon-Johnson, K. (1995). The effects of a support group on selected psychosocial outcomes of bereaved parents whose child died from cancer. *J. Pediatr. Oncol. Nurs.* 12: 51-58.

286. Nelson, A.E., Miles, M.S. & Belyea, M.J. (1997). Coping and support effects on mothers' stress responses to their child's hematopoietic stem cell transplantation. *J. Pediatr. Oncol. Nurs.* 14: 202-212.

287. Zahr, L.K., Khoury, M., Saoud, N.B. (1994). Chronic illness in Lebanese preschoolers: impact of illness and temperament on the family. *Am. J. Orthopsychiatry.* 64(3): 396-403.

288. Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics.* 22: 255-262.

289. Sifneos, P.E., Apfel-Savilatz, R. & Frankel, F.H. (1977). The phenomenon of "alexithymia". *Psychotherapy and Psychosomatics.* 28: 47-58.

290. Nemiah, J.C. & Sifneos, P.E. (1970). Psychosomatic illness: A problem of communication. *Psychother. Psychosom.* 18: 154-160.

291. Gaddini, R. (1977). The pathology of the self as a basis of psychosomatic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics.* 28: 260-271.

292. Taylor, G.J., Bagby, R.M. & Parker, J.D. (1993). Is alexithymia a non-neurotic personality dimension? *Br. J. Med. Psychol.* 66: 281-287.

293. Taylor, G.J., Bagby, R.M. & Parker, J.D. (1993). Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotions. *Psychother. Psychosom.* 59: 197-202.

294. Γιαννίτση, Σ. (1996). *Θέματα ψυχοσωματικής.* Ιωάννινα: Πανεπιστημιακές εκδόσεις.

295. Bach, M. & Bach, D. (1995). Predictive value of alexithymia. *Psychother. Psychosom.* 64: 43-48.

296. Abse, D.W., Wilkins, M.M., Van De Castle, R.L., Buxton, W.D. & Demars, J.P. (1974). Personality and Behavioral characteristics of lung cancer patients. *J. Psychosom. Res.* 18: 101-113.

297. Kissen, D.M. (1963). Personality characteristics in males conductive to lung cancer. *Br. J. Med. Psycol.* 36: 27-36.

298. Thomas, C.B. (1976). Precursors of premature disease and death: The predictive potential of habits and family attitudes. *Ann. Intern. Med.* 85: 653-658.

299. Abse, D.W., Wilkins, M.M., Buxton, W.D., Brown, R.S., Kirschner, G. & Weston, D.L. Self frustration, night-time smoking and lung cancer. *Psycosom. Med.* 34: 395-404.

300. Nemeth, G. & Mezei, A. (1963). *Personality traits of cancer patients compared with bening tumors on the basis of the Rorshach Test.* In Kissen, D. & LeShan, L. (Eds). Psychosomatic Aspects of Neoplastic Disease. London: Pitman Publications.

301. Schmale, A.H. & Iker, H. (1971). Hopelessness as a predictor of cervical cancer. *Soc. Sci. Med.* 5: 95-100.

302. Stone, G.C., Cohen, F. & Adler, N.E. (1979). *Health Psychology.* San Francisco: Jossey-Bass Publications.

303. Coopen, A. & Metcalfe, M. (1963). Cancer and extraversion. *B.M.J.* 2: 18-19.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

304. Rotkin, I.D. (1967). Epidemiology of cancer of the cervix III. Sexual characteristics of a cervical cancer population. *Am. J. Public Health.* 57: 815-829.

305. Bieliauskas, L. & Garron, D.C. (1982). Psychological Depression and Cancer. *Gen. Hospital Psychiatry.* 4: 187-195.

306. Todarello, O., Casamassima, A., Marinaccio, M. et al. (1994). Alexithymia, immunity and cervical intraepithelial neoplasia: A pilot study. *Psychoter Psychosom.* 61: 199-204.

307. Todarello, O., Casamassima, A., Daniele, S. et al. (1997). Alexithymia, immunity and cervical intraepithelial neoplasia: replication. *Psychoter Psychosom.* 66: 208-213.

308. Anagnostopoulos, F., Vaslamatzis, Gr., Markidis, M. et al. (1993). An investigation of hostile and alexithymic characteristics in breast cancer patients. *Psychoter Psychosom.* 59: 179-189.

309. Greenberg, R. & Dattore, P. (1983). Do alexithymic traits predict illness? *J Nerv Ment Dis.* 171(5):276-279.

310. Dalton, J. & Feuerstein, M. (1989). Fear, alexithymia and cancer pain. *Pain.* 38(2): 159-170.

311. Servaes, P., Vingerhoets, A., Vreugdenhil, G. et al. (1999). Inhibition of emotional expression in breast cancer patients. *Behav Med.* 25(1): 23-27.

312. Spiegel, D. (1997). Psychosocial aspects of breast cancer treatment. *Semin. Oncol.* 24(1 Suppl 1): S1-36-S1-47.

313. Selye, H. (1956). *The stress of life.* New York: McGraw Hill.

314. Selye, H. (1974). *Stress without distress.* Philadelphia: Lippincott.

315. Cannon, W.B. (1932). *The wisdom of the body.* New York: Norton.

316. Horne, R. & Picard, R. (1979). Psychosocial risk factors for lung cancer. *Psychosom Med.* 43: 431-438.

317. Leherer, S. (1980). Life change and gastric cancer. *Psychosom Med.* 42: 499-502.

318. Ramirez, A., Craig, T., Watson, J. et al. (1989). Stress and relapse of breast cancer. *Br Med J.* 298: 291-293.

319. Ganz, P., Hirji, K., Sim, M. et al. (1993). Predicting psychosocial risk in patients with breast cancer. *Med Care.* 31(5): 419-431.

320. Hilakivi - Clarke, L., Rowland, J., Clarke, R., Lippman, M. (1994). Psychosocial factors in the development and progression of breast cancer. *Breast cancer Res Tret.* 29(2): 141-160.

321. Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and coping process.* New York: McGraw Hill.

322. Lazarus, R.S., Averill, J.R., Opton, E.M. (1974). *The psychology of coping. Issues on research and assessment.* In Coelho, G.V., Hamburg, D.A. & Adams, J.E. (Eds): Coping and adaptation. New York: Basic Books.

323. Lazarus, R. (1992). Coping with the stress of illness. *WHO Regional Publications European Service.* 44: 11-31.

324. Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosom Med.* 55: 234-247.

325. π. Αυγουστίδης, Α. (1999). *Η Ανθρώπινη Επιθετικότητα.* Β' Έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Ακρίτας.

326. Schott, F. (1972). Psychophysiologie der Aggression. In Selg, H. *Zur Aggression verdammt?* Stuttgart. Kohlhammer.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

327. Παπαδόπουλος, Ν.Γ. (1991). Η επιθετική συμπεριφορά των παιδιών: Μορφές, αίτια, θεραπεία. Στο Παπαδόπουλος, Ν.Γ. *Ψυχολογία: Σύγχρονα Θέματα*. Αθήνα. σ. 203.

328. Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1981). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France,

329. Berkowitz, L. (1983). The experience of anger as a parallel process in the display of impulsive, "angry" aggression. In Geen, R.G. & Donnerstein, E.I. (Eds). *Aggression. Theoretical and empirical reviews. Vol. I. Theoretical and methodological issues.* New York: Academic Press.

330. Benesch, H. (1987). *Atlas zur Psychologie*. Munchen. DTV.

331. Freud, S. (1923). *The ego and the id.* London: Hogarth.

332. Lōrenz, K. (1966). *On Aggression.* London: Methuen.

333. Worchel, P. (1957). Catharsis and the relief of Hostility. *Journal Abnorm. Soc. Psychol.* 55: 238-243.

334. Hokanson, J.E. & Shelter, S. (1961). The effect of overt aggression on physiological arousal. *Journal Abnorm. Soc. Psychol.* 63: 446-448.

335. Hokanson, J.E, Burges, M. & Cohen, M.F. (1963). Effects of Displaced Aggression on Systolic Blood Pressure. *Journal Abnorm. Soc. Psychol.* 67: 214-218.

336. Bandura, A. (1973). *Aggression. A social learning analysis.* Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc.

337. Feshbach, S. (1955). The Drive-reducing function of fantasy behaviour. *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 50: 3-11.

338. Καραπέτσας, Α. (1988). *Νευροψυχολογία του αναπτυσσόμενου ανθρώπου.* Αθήνα. Εκδόσεις Σμυρνιωτάκη.

339. Καραπέτσας, Α. & Βλάχος, Φ. (1992). Η Νευροψυχολογία της Επιθετικότητας. Στο Νέστορος, Ι.Ν. (Επιμέλεια). *Η επιθετικότητα στην οικογένεια, στο σχολείο και στην κοινωνία.* Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

340. Champlin, M. (1989). Conflict theory and police killings. *Deviant Behavior.* 10(4): 369-386.

341. Dollard, J., Doob, L.W., Neal, E.M., Mowrer, O.N. & Sears, R.J. (1970). *Frustration and aggression.* In Megagree, E.I. & Hokanson, J.E. (Eds). New York: Harper & Row.

342. Dollard, J., Doob, L. & Miller, N. et al. (1939). *Frustration and Aggression.* New Haven: Yale University Press.

343. Παπαδόπουλος, Ν. (1990). *Ψυχολογία*. Αθήνα. σ: 299-300.

344. Benedict, R.F. (1934). *Patterns of culture*. Boston: Houghton Mifflin.

345. Adler, A. (1908). Der Aggressiontrieb im Leben und der Neurose. *Fortschritte der Medizin.* 26: 577-584.

346. Freud, S. (1897). *Draft N in Extracts from the Fliess Papers.* Standard Edition. V.1. London: Hogarth Press.

347. Brenner, C. (1971). The psychoanalytic concept of aggression. *International Journal of Phyco-Analysis*. 52:137.

348. Bergeret, J. (1979). *Aggressivite et Agir, Psychologie Pathologique, Theorique et Clinique*. Paris, New York, Barcelone, Milan: Masson.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

349. Gillespie, W.H. (1971). Aggression and instinct theory. *International Journal of Psycho-Analysis.* 52: 157.

350. Σακελλαρόπουλος, Π. (1998). *Σχέσεις μητέρας-παιδιού τον πρώτο χρόνο της ζωής.* Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

351. Klein, M. (1944). The early development of conscience in the child. In Lorand, S. (Ed.) *Psychoanalysis Today.* New York: International University Press.

352. Παπαδόπουλος, Ν. (1994). *Λεξικό της ψυχολογίας.* Αθήνα. σ: 215-216.

353. Χουντουμάδη, Α. & Παπεράκη Λ. (1989). *Σύντομο Ερμηνευτικό Λεξικό Ψυχολογικών Όρων.* Αθήνα-Γιάννινα: Εκδόσεις Δωδώνη.

354. Jacobson, E. (1971). *Depression.* New York: International Press.

355. Herbert, M. (1993). *Ψυχολογικά προβλήματα παιδικής ηλικίας.* (Επόπτης Ελληνικής Έκδοσης: Παρασκευόπουλος Ι.). Τόμος Β'. Έκδοση 5η. Αθήνα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

356. Sherif, M., Harvey, O.J., White, E.J., Hood, W.R. & Sherif, C.W. (1954). *Experimental study of positive and negative intergroup attitudes between experimentally-produced groups.* Oklahoma: University of Oklahoma Press.

357. McCord, W., McCord, J. & Howard, A. (1961). Familial correlates of aggression in nondelinquent male children. *Journal of abnormal and social psychology.* 62: 79-93.

358. Foulds, G.A. (1965). *Personality and Personal Illness.* London: Tavistock Publications.

359. Mayo, P.R. & Bell, J.M. (1971). Hostility and personality in a student-teacher population. *British Journal of Social and Clinical Psychology,* 10: 375-378.

360. Cattel, R.B. (1964). Psychological Definition and Meaning of Anxiety. *J. Neyropsychiat.* 5: 396-402.

361. Fernardo, S.J.M. (1977). Hostility, Personality and Depression. *British J. Med. Psychol.* 50: 243-249.

362. Biblow, E. (1973). Imaginative play and the control of aggressive behavior. In Singer, J.L. (Ed). *The Child's World of Make - Believe.* New York: Academic Press.

363. Preffer, S., Plutchik, R. & Mizruchi, M. (1983). Predictors of Assaultiveness in Latency Age Children. *An. J. Psychiat.* 140: 31-35.

364. Tobin, J.M., Lewis, N.D. & Princeton, N.J. (1960). New Psychotherapeutic Agent, Chlordiazepoxide. Use in treatment of Anxiety States and related symptoms. *J. Amer. Med. Assoc.* 174: 1242-1249.

365. Ingram, I.M. & Timbury, G.D. (1960). Side Effects of Librium. *Lancet.* 2: 766-780.

366. Gardos, G., Di Mascio, A., Salzman, C. & Shader, R. (1968). Differential Actions of Chlordiazepoxide and Oxazepam on Hostility. *Arch. Gen. Psychiat.* 18: 757-760.

367. Di Mascio, A., Shader, A. & Harvatz, J. (1969). Psychotropic Drugs and Induced Hostility. *Psychosomatics.* 10: 46-47.

368. Rickels, K. & Downing, R.W. (1974). Chlordiazepoxide and Hostility in Anxious out-patients. *Am. J. Psychiat.* 131: 442-444.

369. Philip, A.E. (1971). Psychometric changes associated with response to drug treatment. *British J. Soc. Clin. Psychol.* 10: 138-143.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

370. Liakos, A. (1977). *Relations between Anxiety and Hostility in Psychotic Depression. Associate Professorchip Thesis.* University of Athens. Greece.

371. Liakos, A., Markidis, M., Kokkevi, A. & Stefanis, C. (1977). The relation of Anxiety to Hostility and Frustration in neurotic patients. In Spielberger, C.D. & Sarason, I.G. (Eds). *Stress and Anxiety* (Vol. 4). Washington: Hemisphere.

372. Αγγελόπουλος, Ν. & Ραπτόπουλος, Π. (1986). Μεταβολές της επιθετικότητας κατά την πορεία του άγχους σε ψυχιατρικούς ασθενείς. *Εγκέφαλος.* 23: 22-27.

373. Eysenck, H.J. (1994). Cancer, personality and stress. *Adv. Behav. Res. Ther.* 16: 167-215.

374. Kissen, D.M., Brown, R.I.F. & Kissen, M.A. (1969). Further report on personality and psychosocial factors in the lung cancer. *Ann. N Y Acad. of Sci.* 164: 535.

375. Temoshoc, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: Towards an integrative model. *Cancer Surv.* 6: 545-567.

376. Bacon, G.L., Renneker, R. & Cutler, M. (1952). A psychosomatic survey of cancer of the breast. *Psychosom. Med.* 14: 450-458.

377. Bieliauskas, L. & Garron, D.C. (1982). Psychological Depression and Cancer. *Gen. Hospital Psychiatry.* 4: 187-195.

378. Κλεφτάρας, Γ. (1998). *Η Κατάθλιψη Σήμερα: Περιγραφή, Διάγνωση, Θεωρίες και Ερευνητικά Δεδομένα.* Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

379. Greer, S. & Morris, T. (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study. *J. Psychosom. Res.* 19: 147-153.

380. Pelletier, K.R. (1977). *Mind and Healer, Mind and Slayer.* New York: Dell Publishing Co. Inc.

381. Turns, D. & Newby, L.G. (1979). *Psychosocial Factors in Cancer of the breast by Donegan-Spratt.* Torondo: Saunders Co.

382. Dattore. P.J. (1978). *Premorbit personality characteristics associated with neoplasms: an archival approach.* Ph.D. Dissertation. University of Kansas. Lawrence.

383. Manos, N. & Christakis, J. (1985). Coping with cancer: psychological dimensions. *Acta Psychiatr Scand.* 72: 1-5.

384. Bahnson, C.B. & Bahnson, M.B. (1966). Role of the ego defences: denial and repression in the etiology of malignant neoplasms. *Ann NY Acad. Sci.* 125: 827.

385. Henderson, J.G. (1966). Denial and repression as a factor in the delay of patients with cancer presenting themselves to the physician. *Ann NY Acad. Sci.* 125: 856-864.

386. Kissen, D.M. & Eysenck, H.J. (1962). Personality in male lung cancer patients. *J. Psychosom. Res.* 6: 123-137.

387. Hagnel, O. (1966). The premorbid personality of persons who develop cancer in a total population investigated in 1947 and 1957. *Ann NY Acad. Sci.* 125: 846-855.

388. Gerle, B., Lunden, G. & Sandblom P. (1960). The patient with inoperable cancer from the psychiatric and social standpoints. *Cancer.* 13: 1206.

389. Sjobring, H. (1963). *La personalite. Structure et development.* Paris: Doin.

390. Cebroms, R.D. & Finesinger, J.E. (1951). Guilt reactions in patients with cancer. *Cancer.* 3: 474-482.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

391. Srivastava, S. & Broota, M.D. (1990). Personality factors in cancer. *J. Pers. Clin. Stud.* 6(1): 63-67.

392. Stavraki, K.M. (1968). Psychological factors in the outcome of human cancer. *J. Psychosom. Res.* 12: 251-259.

393. LeShan, L. & Worthington, R.E. (1956). Personality as a factor in the pathogenesis of cancer. A review of the literature. *British Journal of Medical Psychology.* 29: 49-56.

394. LeShan, L. & Worthington, R.E. (1956). Some recurrent life history pattern observed in patients with malignant disease. *J. Nerv. Ment. Disease.* 124: 460-465.

395. Moos, R. (1990). Conceptual and Empirical Approaches to developing Family - based Assessment Procedures: Resolving the case of the family environment scale. *Fam. Proc.* 29:199-208

396. Moos, R. (1987). *Family Social Scales. A User's Guide.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.

397. Moos, R. & Moos, B. (1986). *Family environment scale - manual.* Second Edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.

398. Holahan, C.J., Moos, R., Holahan, C.K. et al. (1997). Social Context, Coping Strategies, and Depressive Symptoms: An Expanded Model With Cardiac Patients. *Journal of Personality and Social Psychology.* Vol. 72(4): 918-928.

399. Holahan, C.J., Moos, R., Holahan, C.K. et al. (1995). Social Support, Coping, and Depressive Symptoms in a Late-Middle-Aged Sample of Patients Reporting Cardiac Illness. *Health Psychology.* Vol. 14(2): 152-163.

400. Μάτσα, Κ., (1997). *Ο Τοξικομανής και η οικογένειά του: Χαρακτηριστικά, σχέσεις και δυναμικά του συστήματος.* Διδακτορική Διατριβή. Παν/μιο Ιωαννίνων - Τμήμα Ιατρικής.

401. Caine, T.M., Foulds, G.A., Hope, K. (1967). *Manual of Hostility and Direction of Hostility Questionnaire.* London: University of London Press.

402. McPherson, F.M. (1988). A note on the female norms of the HDHQ. *Br. J. Clin. Psychol.* 27: 263-264.

403. Blackburn, I.M., Lyketsos, G. & Tsiantis, J. (1979). The temporal relationship between hostility and depressed mood. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 18: 227-235.

404. Economou, M. & Angelopoulos, N.V. (1989). Dysthymic symptom, hostility and scholastic achievement in a group of high school students. *Educ. Psychol.* 9(4): 331-337.

405. Αγγελόπουλος, Ν., Οικονόμου, Μ., Απέργης, Ν. & Δαρδελάκου Ν. (1987). Άγχος και κατάθλιψη σε μια ομάδα μαθητών του Λυκείου. *Εγκέφαλος.* 24: 16-20.

406. Αγγελόπουλος, Ν. (1984). Το επίπεδο και η δομή της επιθετικότητας δύο νεανικών πληθυσμών. *Εγκέφαλος.* 21: 118-123.

407. Lyketsos, G., Blackburn, I.M., Tsiantis, J. (1978). The movement of hostility during recoveryfrom depression. *Psychol. Med.* 8: 145-149.

408. Drosos, A., Angelopoulos, N.V., Liakos, A. & Moutsopoulos, H. (1989). Personality structure disturbances and psychiatric manifestations in primary Sjogren's syndrome. *J. Autoimmunity.* 2: 489-493.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

409. Sifneos, P.E. (1986). The Schalling - Sifneos Personality Scale - Revised. *Psychother. Psychosom.* 48:161-165.

410. Spielberger, C.D., Gorsuch R. & Lushene R. (1970). *Manual for the State - Trait Anxiety Inventory.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

411. Spielberger, C.D. (1976). *The measurement of state and trait anxiety: conceptual and methodalogical issues.* Monograph 2: 713-725.

412. Λιάκος, Α. & Γιαννίτση Σ. (1984). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος* 21: 71-76.

413. Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση Π. (2002). Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα. Αθήνα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα: 81-82.

414. Τριχόπουλος, Δ. (1975). *Ιατρική Στατιστική. Αρχαί και βασικαί μέθοδοι βιο-ιατρικής στατιστικής.* Αθήνα. Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος : 46-47.

415. Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ. (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική.* Θεσσαλονίκη. Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη:151-163

416. Ιωαννίδης, Ι. Π.Α. (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας.* Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

417. Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ. (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών.* Αθήνα : Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ": 275.

418. S.P.S.S. Base 10.0 (1999). Application Guide. U.S.A. : SPSS Inc. Illinois.

419. Ahlbom, A. & Norell S. (1992). *Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία.* (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρα, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

420. Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993). *Στατιστική - Επαγωγική Στατιστική.* Τόμος Β'. Αθήνα.

421. Angelopoulos, N.V., Tzivaridou, D., Nikolaou, N. & Pavlidis, A.N. (1995). Mental symptoms, hostility features and stressful life events in people with cancer. *Acta Psychiatr. Scand.* 92: 44-50.

422. Angelopoulos, N.V., Mantas, C., Dalekos, G.N., Vasalos, K. & Tsianos, E.V. (1996). Psychiatric Factors in Patients With Ulcerative Colitis According to Disease Activity. *Eur. J. Psychiat.* 10 (2):87-99.

423. Foulds, G.A. (1965). *Personality and Personal illness.* London : Tavistock.

424. Foulds, G.A. (1967). Some differences between Neurotics and Character disorders. *Brit. J. Soc. Clin. Psychol.* 6 :52-59.

425. Guttman, H. & Laporte, L. (2002). Alexithymia, Empathy, and Psychological in a Family Context. *Comprehensive Psychiatry.* 43(6): 448-455.

426. Wrona-Polanska, H. (1989). Methods of defense against anxiety and self concept of patients with leukemia. *Pol. Tyg. Lek.* 44(20): 446-8.

427. dos Santos, M.J., Pimentel, P., Monteiro, J.M. et al. (1991). Psychiatric disorders in hospitalized patients with hematologic neoplasia. *Acta Med Port.* 4(1): 5-8.

428. Repetti, R.L., Taylor S.E. & Seeman, T.E. (2002). Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring. *Psychological Bulletin.* 128(2) :330-366.

429. Rao, G.P., Malhotra, S., Marwaha, R.K. (1992). Psychosocial study of leukemic children and their parents. *Indian Pediatr.* 29(8) :985-90.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

430. Petticrew, M., Bell, R. & Hunter, D. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer : systematic review. *B.M.J.* 325:1066-76.

431. Σακελλαρόπουλος, Π. (2001). Ψυχολογική Μονάδα Πόνου. Μια Τεχνική Αντιμετώπισης της Καρκινικής Διεργασίας. Εκπαιδευτικό Σεμινάριο Ψυχο-ογκολογίας "Ο ρόλος του ψυχολογικού παράγοντα στην καρκινική διεργασία". Συνεδριακό Κέντρο Hotel Du Lac. 4 -6 Μαΐου.

432. Δαμίγος, Δ., Κοσμά, Μ., Σιαφάκα, Β. και συν. (1997). *Η στάση της οικογένειας απέναντι στη διάγνωση και την εξέλιξη του καρκίνου.* Εκπαιδευτικό Σεμινάριο Ψυχο-ογκολογίας "Ο ρόλος της οικογένειας απέναντι στον καρκίνο". Συνεδριακό Κέντρο Μετσόβου. Μέτσοβο, 30 Μαΐου - 1 Ιουνίου: 12-28.

433. Κυριαζής, Δ. (1997). *Προσωπικότητα, Οικογενειακά Δυναμικά και Καρκίνος. Ψυχοπαθογένεια και Θεραπευτική Προσέγγιση. Θεωρητικές και Κλινικές Απόψεις.* Εκπαιδευτικό σεμινάριο Ψυχο-ογκολογίας: Ο ρόλος της οικογένειας απέναντι στον καρκίνο. Μέτσοβο. Πρακτικά Σεμιναρίου: 156-174.

434. Capra, F. (1982). *Η Κρίσιμη Καμπή.* (Μεταφρ. Βερέττας, Μ.), Αθήνα: Εκδόσεις Ωρόρα: 336.

<u>Τα αποφθέγματα που παρατίθενται στην αρχή των κεφαλαίων βρίσκονται :</u>

i. *Bergman, I. (1996). "Το βιβλίο της ζωής" - Συζητήσεις με τον Θανάση Λάλα. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη, σελ. 16.*

ii. *Stanescu, N. (1990). "Εγώ άλλο δεν είμαι από μια κηλίδα αίμα που μιλάει". Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Παρατηρητής.*

iii. *Shakespeare W. (1996). "ΜΑΚΒΕΘ". (Μετάφραση: Γιώργος Χειμωνάς). Αθήνα: Εκδόσεις Κέδρος. σελ. 153-154.*

iv. *Laing, R. D. (1975). "Η πολιτική της οικογένειας". Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη, σελ.29.*

v. *Diderot, D. (1984). "Ζακ ο μοιρολάτρης και ο αφέντης του". Αθήνα: Εκδόσεις Ηριδανός, σελ. 209.*

vi. *Ρηγάτος, Γ. (1998). "Πρόσωπα και Ζητήματα. Δοκίμια για την Ιατρική στη Λογοτεχνία". 2η Έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ, σελ. 51-52.*

vii. *Decaunes, L. (1985). "Charles Baudelaire". (Μετάφραση: Γιώργος Σπανός). Αθήνα: Εκδόσεις Πλέθρον, σελ. 84.*

viii. *Περιοδικό "Οδός Πανός". (2000). "Αφιέρωμα στο Γιώργο Χειμωνά". Νο 109, Ιούλιος - Σεπτέμβριος, σελ. 228.*

ix. *Ανωνύμου, (2001). "Ανθρώπινα. Πολύ ανθρώπινα". Αθήνα : Υπό έκδοση.*

x. *Wittgenstein, L. (1986). "Πολιτισμός και αξίες". Αθήνα: Εκδόσεις Καρδαμίτσα, σελ. 53 και 101.*

xi. *Αξελός, Κ. (1993). Γιατί σκεφτόμαστε; Τι να πράξουμε; Αθήνα: Εκδόσεις Νεφέλη: 88.*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Παράρτημα 1

Ευρετήριο όρων

Αλεξιθυμία: 92,93,94,95,109,112,114,121,147,187,202,203,205,209,211,213,214,215

Ανάγκες του ασθενούς : 77,82

Ανάγκες υποστήριξης : 38,74,78,80

Ανάδραση (θετική και αρνητική) : 44,45

Ανεξαρτησία στην οικογένεια : 45,47,51,55,79,115,132,157,168,182,191,195,196,207,208,215

Απειλητική για τη ζωή ασθένεια : 62,68,71,72,77,81,195,196,208

Αυτοεπίκριση : 106,107,141,143,153,164,178,188,197,198,202,205,214

Γεγονότα ζωής : 65

Δείγμα της έρευνας : 112,116,125

Διαπροσωπικές σχέσεις : 50,202,209

Δίκτυα σχέσεων : 43

Εκφραστκότητα : 45,47,79,95,129,130,152,157,167,181,194,206,207,208,215

Έλεγχος του οικογενειακού συστήματος : 47,95,115,136,159,185,192,196,202,203,205,208,214

Ελληνική οικογένεια : 47,48

Ενδοστρεφής εχθρότητα : 145,149,208,214

Ενοχή : 54,55,79,104,105,107,108,121,141,143,154,165,179,202,205,214

Εξωστρεφής εχθρότητα : 145,149,208,214

Επιθετικότητα : 51,76,100,101,102,103,104,106,107,108,114,120,121,201,201,205,208,209,210

Επίκριση των άλλων : 121,142,198,208,214

Ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης : 112,114

Θεραπευτικές ανάγκες : 39,64

Θρησκευτικότητα : 76,83,115,120,133,134,135,159,170,184,192,205,206,214

Καρκινική διεργασία : 13,58,84,92,94,96,100,107,206

Κρίση : 53,54,62,65,67,68,70,77,86,97,193,210,211,215

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Μηχανισμοί άμυνας : 44,52,58,66,73,80,98,108,206

Μηχανισμοί προσαρμογής : 65,73,76,81,194

Μόνιμο άγχος : 121,115,145,146,204,205,214

Οικογενειακές σχέσεις : 12,14,45,48,86,97,99,113,115,117,129,193,196,202,208,209,210,211,215

Οικογενειακή αλληλεπίδραση : 44

Οικογενειακό σύστημα : 54,55,58,74,113,201,208,210

Ομοιόσταση οικογένειας : 44,45,51,52,53,71,74,194

Οξεία λευχαιμία : 28,29,31,32,34,35,38,39,40,90,91,112

Οργάνωση της οικογένειας : 47,95,115,136,159,185,192,196,202,203,205,208,209,214,215

Οργάνωση της προσωπικότητας : 58,69,102

Παγιδευτική εμπλοκή στην οικογένεια : 39,45,114,196

Παρανοειδής εχθρότητα : 121,141,142,153,164,178,197,198,214

Παροδικό άγχος : 121,122,145,204,205,214

Παρορμητική εχθρότητα : 121,141,142,152,164,175,197,198,214

Προσανατολισμός για ψυχαγωγία : 45,115,134,135,159,169,184,192,196,205,208,214,215

Προσανατολισμός για επιτεύγματα : 120,132,139,158,168,183,191,196

Προσαρμογή στην ασθένεια : 63,74,75,81,82,85,86,87,113

Προσαρμογή στο περιβάλλον : 51

Προσαρμογή της οικογένειας : 64,65,73,78,87,91

Πυρηνική οικογένεια : 47

Στρατηγικές διαχείρισης της ασθένειας : 71,75,206

Στρες : 45,77,79

Συγκρούσεις στην οικογένεια : 45,53,57,101,115,129,131,157,168,182,187,190,191,195,205,214

Συνοχή οικογένειας : 45-47,65,70,71,73,76,86,89,115,129,167,181,190,193,194,205,207,214,215

Τακτική παρακολούθηση (Follow-up) : 38

Ψυχοσωματική διαταραχή : 53,54,58,60,205

Ψυχοσωματική οικογένεια : 51, 52, 205

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Παράρτημα 2

Ελληνοαγγλικό λεξιλόγιο

Άγχος :	*Anxiety*
Αιματολογικός :	*Hematological, Hematologic*
Αίσθημα :	*Emotion*
Αίσθημα ενοχής :	*Sense of guilt, guilt feeling*
Αλεξιθυμία :	*Alexithymia*
Άμυνα :	*Defence*
Αμφιθυμία :	*Ampivalence*
Αμφιθυμικός :	*Ampivalent*
Αναπαράσταση :	*Presentation, idea*
Αναπαράσταση λέξεως :	*Word presentation*
Ανασκόπηση :	*Review*
Ανασκόπηση, συστηματική :	*Review, systematic*
Ανεξαρτησία :	*Independence*
Απώθηση :	*Repression*
Αρρώστια :	*Illness*
Άρρωστος :	*Patient, Sick*
Ασθένεια :	*Illness, Sickness*
Ασθενής :	*Patient*
Ασυνείδητο :	*Unconscious*
Αυτό-αντίληψη :	*Self concept*
Αὐτο-επίκριση :	*Self-criticism*
Γονικότητα (πατρότητα ή μητρότητα) :	*Parenthood*
Δεμένες και συγχωνευμένες οικογένειες :	*Bound and enmeshed families*
Διάγνωση νόσου :	*Diagnosis of disease*
Διακύμανση :	*Variance*
Διασπασμένες οικογένειες :	*Disintegrated families*
Διάστημα εμπιστοσύνης :	*Confidence interval*
Διεργασία του πένθους :	*Work of mourning*
Διχασμένες οικογένειες :	*Split families*
Δοκιμασία (ακριβής) κατά Fisher :	*Fisher exact test*
Δοκιμασία κατά U Mann - Whitney :	*Mann - Whitney U test*
Δοκιμασία χ^2 :	*Chi-square test*
Εγκυρότητα :	*Validity*
Εγώ :	*Ego*
Εκλογίκευση :	*Rationalization*
Εκφραστικότητα :	*Expressiveness*
Έλεγχος :	*Control*
Ενδοβολή :	*Introjection*
Ενδοστρεφής εχθρότητα :	*Intropunitiveness*
Ενήλικος :	*Adult*
Ενορμήσεις ζωής :	*Life instincts*
Ενορμήσεις θανάτου :	*Death instincts*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Ενόρμηση (επιθετική) :	*Aggressive instinct*
Ενόρμηση καταστροφής :	*Destructive instinct*
Ενόρμηση :	*Instinct, drive*
Ενοχή :	*Guilt*
Ένστικτο :	*Instinct*
Εξαρτημένη μεταβλητή :	*Dependent variable*
Εξωστρεφής εχθρότητα :	*Extrapunitiveness*
Επιθετικότητα :	*Aggressivity, aggressiveness*
Επίκριση των άλλων :	*Criticism of others*
Επιστημονικές αποδείξεις / τεκμήρια :	*Scientific evidence*
Έρευνα :	*Research*
Ερευνητής :	*Researcher*
Ερωτηματολόγιο :	*Questionnaire*
Έφηβος :	*Adolescent*
Εχθρική επιθετικότητα :	*Hostility aggression*
Εχθρότητα :	*Hostility*
Ζωή :	*Life*
Ηθική :	*Morals*
Ηθική και θρησκευτική έμφαση :	*Moral-Religious Emphasis*
Ηλικία :	*Age*
Θνησιμότητα :	*Mortality*
Θνητότητα :	*Case fatality*
Καρκίνος :	*Cancer*
Καρκίνος βρόγχων και πνευμόνων :	*Cancer, bronchial and lung*
Καρκίνος μαστού :	*Breast cancer*
Καρκίνος τελικού σταδίου :	*Cancer, terminal*
Καρκίνος τραχήλου μήτρας :	*Cervical cancer*
Κατανομή t κατά Student :	*Student's t*
Κατασκευαστική εγκυρότητα :	*Construct validity*
Κύκλος του βίου / της ζωής :	*Life cycle*
Λευκοπενία :	*Leukopenia, leukocytopenia*
Λευχαιμία :	*Leukemia, Leukaemia*
Λευχαιμικός :	*Leukemic*
Λογιστική (Λογαριθμιστική) εξάρτηση :	*Logistic regression*
Λόγος αναλογιών :	*Odds ratio*
Ματαίωση :	*Frustration*
Μελέτη / έρευνα "ασθενών - μαρτύρων" :	*Case-control study*
Μελέτη, έρευνα :	*Study*
Μέσος όρος :	*Mean*
Μεταβλητή :	*Variable*
Μεταμόσχευση :	*Transplantation*
Μεταμόσχευση μυελού των οστών :	*Bone marrow transplantation*
Μετατραυματικό στρες :	*Posttraumatic stress*
Μη παραμετρική δοκιμασία :	*Non-parametric test*
Μηχανισμοί άμυνας :	*Mechanisms of defence*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Μόνιμο άγχος :	*Trait - Anxiety*
Μυελογενής :	*Myelogenic, myelogenous*
Νοσοκομείο :	*Hospital*
Νόσος :	*Disease*
Οικογένεια :	*Family*
Οικογενειακός προγραμματισμός :	*Family planning*
Ολική εχθρότητα :	*Total hostility*
Ολιστικό :	*Holistic*
Οξεία μυελογενής λευχαιμία :	*Acute myelogenic leukemia*
Οργάνωση :	*Organization*
Παιδική ηλικία :	*Childhood*
Παλινδρομητής :	*regressor*
Παράγοντας κινδύνου :	*Risk factor*
Παρακολούθηση :	*Follow-up*
Παρανοειδής εχθρότητα :	*Paranoid hostility*
Παρατηρηθείς :	*Observed*
Παρηγορητική φροντίδα / θεραπεία :	*Palliative care / treatment*
Παροδικό άγχος :	*State - Anxiety*
Παρορμητική εχθρότητα :	*Acting-out hostility*
Περιβάλλον, φυσικό ανθρωπογενές :	*Environment, Physical*
Περιβάλλον, φυσικό μη ανθρωπογενές :	*Environment, natural*
Πνευματικός-πολιτιστικός προσανατολισμός :	*Intellectual - Cultural Orientation*
Ποιότητα ζωής :	*Quality of life*
Πολυπαραγοντική εξάρτηση :	*Multivariate regression*
Πρόληψη :	*Prevention*
Προσανατολισμός για επιτεύγματα :	*Achievement Orientation*
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα :	*Active-Recreational Orientation*
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση :	*Personal Growth Dimensions*
Πυρηνική οικογένεια :	*Nuclear family*
Ρόλος :	*Role*
Στάθμιση :	*Weighting*
Στρες :	*Stress*
Σύγκρουση :	*Conflict*
Συμπτώματα :	*Symptoms*
Συναίσθημα :	*Feeling, affect*
Συνέντευξη :	*Interview*
Συνεχής μεταβλητή :	*Continuous variable*
Συνολική βαθμολογία οικογένειας :	*Family Incongruence Score*
Συνοχή :	*Cohesion*
Συντελεστής συσχέτισης :	*Correlation coefficient*
Συντήρηση του συστήματος :	*System Maintenance Dimensions*
Συσχέτιση :	*Correlation*
Σχέσεις :	*Relationship Dimensions*
Σωματικός :	*Physical* (αν αναφέρεται στο ανθρώπινο σώμα)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Ταύτιση :	*Identification*
Τραύμα :	*Trauma*
Τυπική απόκλιση :	*Standard deviation*
Υγεία :	*Health*
Υγιής :	*Healthy*
Υπερεγώ :	*Super-ego*
Υποστηρικτικό περιβάλλον :	*Supportive environments*
Φροντίδα :	*Care*
Φροντίδα υγείας :	*Health care*
Φύλο :	*Sex*
Φυσικός :	*Physical* (αν αναφέρεται στην ανθρωπογενή Φύση)
Ψυχανάλυση :	*Psycho-analysis*
Ψυχική υγεία :	*Mental health*
Ψυχικό τραύμα :	*Phychic trauma*
Ψυχικός :	*Mental*
Ψυχοθεραπεία :	*Psychotherapy*
Ψυχοκοινωνικός :	*Psychosocial*
Ψυχολογία :	*Psychology*
Ψυχολογικός :	*Psychological*
Ψυχοσωματική ασθένεια :	*Psychosomatic illness, psychophysiological disorder*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Παράρτημα 3

Αγγλοελληνικό λεξιλόγιο

Achievement Orientation :	*Προσανατολισμός για επιτεύγματα*
Acting-out hostility :	*Παρορμητική εχθρότητα*
Active-Recreational Orientation :	*Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα*
Acute myelogenic leukemia :	*Οξεία μυελογενής λευχαιμία*
Adolescent :	*Έφηβος*
Adult :	*Ενήλικος*
Age:	*Ηλικία*
Aggressive instinct :	*Ενόρμηση (επιθετική)*
Aggressivity, aggressiveness :	*Επιθετικότητα*
Alexithymia :	*Αλεξιθυμία*
Ampivalence :	*Αμφιθυμία*
Ampivalent :	*Αμφιθυμικός*
Anxiety :	*Άγχος*
Bone marrow transplantation :	*Μεταμόσχευση μυελού των οστών*
Bound and enmeshed families :	*Δεμένες και συγχωνευμένες οικογένειες*
Breast cancer :	*Καρκίνος μαστού*
Cancer :	*Καρκίνος*
Cancer, bronchial and lung :	*Καρκίνος βρόγχων και πνευμόνων*
Cancer, terminal :	*Καρκίνος τελικού σταδίου*
Care :	*Φροντίδα*
Case fatality :	*Θνητότητα*
Case-control study :	*Μελέτη / έρευνα "ασθενών - μαρτύρων"*
Cervical cancer :	*Καρκίνος τραχήλου μήτρας*
Childhood :	*Παιδική ηλικία*
Chi-square test :	*Δοκιμασία* χ^2
Cohesion :	*Συνοχή*
Confidence interval :	*Διάστημα εμπιστοσύνης*
Conflict :	*Σύγκρουση*
Construct validity :	*Κατασκευαστική εγκυρότητα*
Continuous variable :	*Συνεχής μεταβλητή*
Control :	*Έλεγχος*
Correlation :	*Συσχέτιση*
Correlation coefficient :	*Συντελεστής συσχέτισης*
Criticism of others :	*Επίκριση των άλλων*
Death instincts :	*Ενορμήσεις θανάτου*
Defence :	*Άμυνα*
Dependent variable :	*Εξαρτημένη μεταβλητή*
Destructive instinct :	*Ενόρμηση καταστροφής*
Diagnosis of disease :	*Διάγνωση νόσου*
Disease :	*Νόσος, Νόσημα*
Disintegrated families :	*Διασπασμένες οικογένειες*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Ego :	*Εγώ*
Emotion :	*Αίσθημα*
Environment, natural :	*Περιβάλλον, φυσικό μη ανθρωπογενές*
Environment, Physical:	*Περιβάλλον, φυσικό ανθρωπογενές*
Expressiveness:	*Εκφραστικότητα*
Extrapunitiveness :	*Εξωστρεφής εχθρότητα*
Family Incongruence Score :	*Συνολική βαθμολογία οικογένειας*
Family planning :	*Οικογενειακός προγραμματισμός*
Family :	*Οικογένεια*
Feeling, affect :	*Συναίσθημα*
Fisher exact test :	*Ακριβής δοκιμασία κατά Fisher*
Follow-up :	*Παρακολούθηση*
Frustration :	*Ματαίωση*
Guilt :	*Ενοχή*
Health care :	*Φροντίδα υγείας*
Health :	*Υγεία*
Healthy :	*Υγιής*
Hematological, Hematologic :	*Αιματολογικός*
Holistic :	*Ολιστικό*
Hospital :	*Νοσοκομείο*
Hostility :	*Εχθρότητα*
Hostility aggression :	*Εχθρική επιθετικότητα*
Identification :	*Ταύτιση*
Illness :	*Αρρώστια*
Illness, Sickness :	*Ασθένεια*
Independence :	*Ανεξαρτησία*
Instinct :	*Ένστικτο*
Instinct, drive :	*Ενόρμηση*
Intellectual - Cultural Orientation :	*Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός*
Interview :	*Συνέντευξη*
Introjection :	*Ενδοβολή*
Intropunitiveness :	*Ενδοστρεφής εχθρότητα*
Leukemia, Leukaemia :	*Λευχαιμία*
Leukemic :	*Λευχαιμικός*
Leukopenia, leukocytopenia :	*Λευκοπενία*
Life cycle :	*Κύκλος του βίου / της ζωής*
Life instincts :	*Ενορμήσεις ζωής*
Life :	*Ζωή*
Logistic regression :	*Λογιστική (Λογαριθμιστική) εξάρτηση*
Mann - Whitney U test :	*Δοκιμασία κατά U Mann - Whitney*
Mean :	*Μέσος όρος*
Mechanisms of defence :	*Μηχανισμοί άμυνας*
Mental health :	*Ψυχική υγεία*
Mental :	*Ψυχικός*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Moral-Religious Emphasis :	*Ηθική και θρησκευτική έμφαση*
Morals :	*Ηθική*
Mortality :	*Θνησιμότητα*
Multivariate regression :	*Πολυπαραγοντική εξάρτηση*
Myelogenic, myelogenous :	*Μυελογενής*
Non-parametric test :	*Μη παραμετρική δοκιμασία*
Nuclear family :	*Πυρηνική οικογένεια*
Observed :	*Παρατηρηθείς*
Odds ratio :	*Λόγος αναλογιών*
Organization :	*Οργάνωση*
Palliative care / treatment :	*Παρηγορητική φροντίδα / θεραπεία*
Paranoid hostility :	*Παρανοειδής εχθρότητα*
Parenthood :	*Γονικότητα (πατρότητα ή μητρότητα)*
Patient :	*Ασθενής*
Patient, Sick :	*Άρρωστος*
Personal Growth Dimensions :	*Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση*
Phychic trauma :	*Ψυχικό τραύμα*
Physical :	*Φυσικός (αν αναφέρεται στην ανθρωπογενή Φύση)*
Physical :	*Σωματικός (αν αναφέρεται στο ανθρώπινο σώμα)*
Posttraumatic stress :	*Μετατραυματικό στρες*
Presentation, idea :	*Αναπαράσταση*
Prevention :	*Πρόληψη*
Psycho-analysis :	*Ψυχανάλυση*
Psychological :	*Ψυχολογικός*
Psychology :	*Ψυχολογία*
Psychosocial :	*Ψυχοκοινωνικός*
Psychosomatic illness, Psychophysiological disorder :	*Ψυχοσωματική ασθένεια*
Psychotherapy :	*Ψυχοθεραπεία*
Quality of life :	*Ποιότητα ζωής*
Questionnaire :	*Ερωτηματολόγιο*
Rationalization :	*Εκλογίκευση*
Regressor :	*Παλινδρομητής*
Relationship Dimensions :	*Σχέσεις*
Repression :	*Απώθηση*
Research :	*Έρευνα*
Researcher :	*Ερευνητής*
Review :	*Ανασκόπηση*
Review, systematic:	*Ανασκόπηση, συστηματική*
Risk factor :	*Παράγοντας κινδύνου*
Role :	*Ρόλος*
Scientific evidence :	*Επιστημονικές αποδείξεις / τεκμήρια*
Self concept :	*Αυτό-αντίληψη*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Self-criticism :	*Αυτο-επίκριση*
Sense of guilt, guilt feeling:	*Αίσθημα ενοχής*
Sex :	*Φύλο*
Split families :	*Διχασμένες οικογένειες*
Standard deviation :	*Τυπική απόκλιση*
State - Anxiety :	*Παροδικό άγχος*
Stress :	*Στρες*
Student's t :	*Κατανομή t κατά Student*
Study :	*Μελέτη, έρευνα*
Super-ego :	*Υπερεγώ*
Supportive environments :	*Υποστηρικτικό περιβάλλον*
Symptoms :	*Συμπτώματα*
System Maintenance Dimensions :	*Συντήρηση του συστήματος*
Total hostility :	*Ολική εχθρότητα*
Trait - Anxiety :	*Μόνιμο άγχος*
Transplantation :	*Μεταμόσχευση*
Trauma :	*Τραύμα*
Unconscious :	*Ασυνείδητο*
Validity :	*Εγκυρότητα*
Variable :	*Μεταβλητή*
Variance :	*Διακύμανση*
Weighting :	*Στάθμιση*
Work of mourning :	*Διεργασία του πένθους*
Word presentation:	*Αναπαράσταση λέξεως*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Παράρτημα 4

Βοηθήματα που χρησιμοποίηθηκαν στη μετάφραση

- Ahlbom, A. & Norell S. (1992). *Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία.* (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρα, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1986). *Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης.* (Μετάφραση: Καψαμπέλης, Β., Χαλκούση, Λ., Σκουλίκα, Α., Αλούπης, Π.). Αθήνα: Εκδόσεις Κέδρος.
- Stavropoulos, D.N. & Hornby A.S. (1998). *Oxford Greek -English Learner's Dictionary.*
- Stavropoulos, D.N. & Hornby A.S. (1999). *Oxford English-Greek Learner's Dictionary.*
- ΙΑΤΡΟΤΕΚ. (1991) *MeSH-Hellas Βιοϊατρική Ορολογία, Ελληνοαγγλικό-Αγγλοελληνικό Λεξιλόγιο.* (α' Τόμος). Αθήνα : Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 1997 (β' Τόμος).
- ΙΑΤΡΟΤΕΚ. (1997) *MeSH-Hellas Βιοϊατρική Ορολογία, Ελληνοαγγλικό-Αγγλοελληνικό Λεξιλόγιο.* (β' Τόμος). Αθήνα : Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Ιωαννίδης, Ι.Π.-Α. (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής - Επιδημιολογία, Δημόσια Υγιεινή και Μέθοδοι Έρευνας.* Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Κατούλης, Α. (1997). *Dorland's Ιατρικόν Λεξικόν - Αγγλοελληνικόν και Ελληνοαγγλικόν.* Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Μάτσα, Κ., (1997). *Ο Τοξικομανής κι η οικογένειά του: Χαρακτηριστικά, σχέσεις και δυναμικά του συστήματος.* Διδακτορική Διατριβή. Παν/μιο Ιωαννίνων - Τμήμα Ιατρικής.
- Μιχαηλίδης, Γ. (1961). *Επίτομον Αγγλοελληνικόν Λεξικόν Ιατρικών Όρων.* Αθήνα : Εκδόσεις Pfizer.
- Μιχαηλίδης, Γ. (1992). *Αγγλοελληνικόν Λεξικόν Ιατρικών Όρων.* Αθήνα : Εκδόσεις Η. Κωνσταντάρας.
- Χουντουμάδη, Α., Πατεράκη, Λ. (1989). *Σύντομο Ερμηνευτικό Λεξικό Ψυχολογικών Όρων. Αγγλοελληνικό - Ελληνοαγγλικό.* Αθήνα - Γιάννινα : Εκδόσεις "Δωδώνη".
- Χριστοδούλου, Γ.Ν., Παπακώστας, Ι., Ζέρβας, Ι. (1999). *Λεξικό διαπολιτισμικών όρων στην ψυχική υγεία.* Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος

Ερωτηματολόγιο Οικογενειακού Περιβάλλοντος

RUDOLF H. MOOS

Μετάφραση και Προσαρμογή
Κ. Μάτσα

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 90 αριθμημένες προτάσεις. Διαβάστε κάθε πρόταση και αποφασίστε ποιές προτάσεις αληθεύουν για την οικογένειά σας και ποιές όχι.

Αν κάποιες προτάσεις αντιπροσωπεύουν πλήρως την δική σας οικογένεια, παρακαλώ σημειώσετε **X** στο κουτάκι με την ένδειξη **Σωστό**. Αν κάποιες άλλες θεωρήσετε ότι είναι εσφαλμένες, παρακαλώ σημειώσετε **X** στο κουτάκι με την ένδειξη **Λάθος**.

Στην περίπτωση που κάποιες προτάσεις αληθεύουν για κάποια μέλη της οικογένειας σας αλλά όχι για όλα τα μέλη, παρακαλώ απαντήστε ως εξής: Σημειώσετε **X** στο κουτάκι με την ένδειξη

- **Σωστό**, μόνον όταν τα περισσότερα μέλη συμμερίζονται την πρόταση αυτή, και
- **Λάθος**, μόνο όταν λίγα μέλη της οικογένειας σας συμφωνούν με την πρόταση αυτή.

Παρακαλώ έχετε υπόψη σας ότι ενδιαφερόμαστε πώς βλέπετε εσείς οι ίδιοι την οικογένεια σας και όχι πώς την βλέπουν τα άλλα μέλη.

Μη ξεχνάτε ότι πρέπει να προσπαθείτε να δίνετε κάποια απάντηση σ' όλες τις προτάσεις καθώς και να σημειώνετε με παχύ ευδιάκριτο σημάδι. Να σβήνετε τελείως όποια απάντηση θέλετε ν' αλλάξετε.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΚΛΙΜΑΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

(FES – FORM R)

RUDOLF H. MOOS

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
1. Τα μέλη της οικογένειας πραγματικά αλληλοϋποστηρίζονται.	☐	☐
2. Τα μέλη της οικογένειας συχνά κρατούν τα συναισθήματά τους για τον εαυτό τους.	☐	☐
3. Στην οικογένειά μας γίνονται πολύ καυγάδες.	☐	☐
4. Στην οικογένειά μας δεν παίρνουμε συχνά πρωτοβουλίες.	☐	☐
5. Αισθανόμαστε ότι έχει σημασία να είσαι ο καλύτερος σ' οτιδήποτε επιχειρείς.	☐	☐
6. Συχνά συζητάμε για πολιτικά και κοινωνικά προβλήματα.	☐	☐
7. Πολλά βράδια και πολλά Σαββατοκύριακα μένουμε στο σπίτι.	☐	☐
8. Τα μέλη της οικογένειας πηγαίνουν συχνά στην εκκλησία ή στο κατηχητικό.	☐	☐

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
9. Στην οικογένειά μας οι δραστηριότητες σχεδιάζονται πολύ προσεχτικά.	☐	☐
10. Τα μέλη της οικογένειας σπάνια μπαίνουν σε τάξη.	☐	☐
11. Φαίνεται πως συχνά σκοτώνουμε την ώρα μας στο σπίτι.	☐	☐
12. Μιλάμε ελεύθερα στο σπίτι.	☐	☐
13. Τα μέλη της οικογένειας σπάνια θυμώνουν πολύ.	☐	☐
14. Στην οικογένειά μας ενθαρρυνόμαστε πολύ να είμαστε ανεξάρτητοι.	☐	☐
15. Για την οικογένειά μας είναι πολύ σημαντικό το να προχωρείς μπροστά στη ζωή.	☐	☐
16. Πηγαίνουμε σπάνια σε διαλέξεις, θεατρικά έργα ή συναυλίες.	☐	☐
17. Έρχονται συχνά φίλοι για φαγητό ή για μια επίσκεψη.	☐	☐
18. Στην οικογένειά μας δεν λέμε προσευχές.	☐	☐
19. Είμαστε γενικά πολύ καθαροί και τακτικοί.	☐	☐

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
20. Υπάρχουν πολύ λίγοι κανόνες που ακολουθούμε στην οικογένειά μας.	☐	☐
21. Καταναλώνουμε πολύ από την ενεργητικότητά μας σ' αυτά που κάνουμε στο σπίτι.	☐	☐
22. Είναι δύσκολο να "ξεσπάσεις" στο σπίτι, χωρίς κάποιον ν' αναστατώσεις.	☐	☐
23. Τα μέλη της οικογένειας μερικές φορές θυμώνουν τόσο πολύ που πετούν πράγματα.	☐	☐
24. Στην οικογένειά μας ό,τι σκεφτόμαστε το εκφράζουμε με λόγια.	☐	☐
25. Δεν έχει μεγάλη σημασία για μας το πόσα χρήματα κερδίζεις.	☐	☐
26. Έχει μεγάλη σημασία για την οικογένειά μας το να μαθαίνεις καινούργια και διαφορετικά πράγματα.	☐	☐
27. Κανείς στην οικογένειά μας δεν ασχολείται με τα σπορ, με μικρές ομάδες, με μπόουλινγκ κ.λ.π.	☐	☐
28. Συζητάμε συχνά για το θρησκευτικό νόημα των Χριστουγέννων, του Πάσχα ή άλλων εορτών.	☐	☐
29. Στο σπιτικό μας είναι συχνά δύσκολο να βρίσκουμε τα πράγματα την ώρα που τα χρειαζόμαστε.	☐	☐
30. Υπάρχει ένα μέλος της οικογένειας που παίρνει τις περισσότερες αποφάσεις.	☐	☐
31. Στην οικογένειά μας υπάρχει ένα αίσθημα συντροφικότητας.	☐	☐

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
32. Συζητάμε μεταξύ μας για τα προσωπικά μας προβλήματα.	☐	☐
33. Τα μέλη της οικογένειας δύσκολα χάνουν την ψυχραιμία τους.	☐	☐
34. Στην οικογένειά μας ερχόμαστε και φεύγουμε όποτε θέλουμε.	☐	☐
35. Πιστεύουμε στον συναγωνισμό και στην αρχή **"ο καλός ποτέ δεν χάνει"**.	☐	☐
36. Δεν μας ενδιαφέρουν οι πολιτιστικές δραστηριότητες.	☐	☐
37. Πηγαίνουμε συχνά στο σινεμά, σε αθλητικές εκδηλώσεις, κατασκήνωση κ.λ.π.	☐	☐
38. Δεν πιστεύουμε ότι υπάρχει παράδεισος ή κόλαση.	☐	☐
39. Στην οικογένειά μας έχει μεγάλη σημασία το να είναι κανείς στην ώρα του.	☐	☐
40. Υπάρχουν προκαθορισμένοι τρόποι για να κάνεις τα πράγματα στο σπίτι.	☐	☐
41. Όταν κάτι πρέπει να γίνει στο σπίτι σπάνια προσφέρεται κανείς εθελοντικά.	☐	☐
42. Όταν μας έρχεται να κάνουμε κάτι αυθόρμητα, το κάνουμε χωρίς δεύτερη κουβέντα.	☐	☐
43. Τα μέλη της οικογένειας κριτικάρουν συχνά το ένα το άλλο.	☐	☐
44. Στην οικογένειά μας υπάρχει πολύ λίγος ιδιωτικός βίος (ιδιωτικότητα).	☐	☐
45. Πάντα προσπαθούμε να κάνουμε τα πράγματα λίγο καλύτερα την επόμενη φορά.	☐	☐
46. Σπάνια κάνουμε πνευματικές συζητήσεις.	☐	☐

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

47. Ο καθένας στην οικογένειά μας έχει ένα ή δύο χόμπι.

48. Τα μέλη της οικογένειας έχουν αυστηρές απόψεις για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος.

49. Οι άνθρωποι στην οικογένειά μας αλλάζουν συχνά γνώμη.

50. Στην οικαγένειά μας δίνουμε έμφαση στο να ακολουθούνται κανόνες.

51. Τα μέλη της οικογένειας αλληλοϋποστηρίζονται πραγματικά.

52. Συνήθως δημιουργείται εκνευρισμός όταν κάποιος μέσα στην οικογένεια παραπονιέται.

53. Μερικές φορές ένα μέλος της οικογένειας χτυπά κάποιο άλλο.

54. Όταν παρουσιάζεται κάποιο πρόβλημα τα μέλη της οικογένειας σχεδόν πάντα στηρίζονται στον εαυτό τους.

55. Τα μέλη της οικογένειας σπάνια έχουν ανησυχίες για προαγωγή στη δουλειά, βαθμούς στο σχολείο κ.λ.π.

56. Μέσα στην οικογένειά μας κάποιος παίζει μουσικό όργανο.

57. Τα μέλη της οικογένειας δεν πολυανακατεύονται σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες έξω από τη δουλειά ή στο σχολείο.

58. Πιστεύουμε ότι υπάρχουν κάποια πράγματα, που χρειάζεται μόνο να τ' αντιμετωπίσεις με πίστη.

59. Τα μέλη της οικογένειας βεβαιώνονται ότι τα δωμάτιά τους είναι καθαρά.

60. Στις αποφάσεις, που παίρνει η οικογένεια, μετρά εξίσου ο λόγος του καθενός.

61. Υπάρχει πολύ λίγο πνεύμα ομάδας μέσα στην οικογένειά μας.

62. Στην οικογένειά μας συζητάμε ανοιχτά για οικονομικά ζητήματα και λογαριασμούς.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
63. Αν υπάρχει κάποια διαφωνία στην οικογένειά μας, καταβάλουμε μεγάλες προσπάθειες να μαλακώσουμε τα πράγματα και να διατηρήσουμε την ηρεμία του σπιτιού.	☐	☐
64. Το κάθε μέλος της οικογένειας ενθαρρύνει το άλλο να διεκδικήσει τα δικαιώματά του.	☐	☐
65. Στην οικογένειά μας δεν μας ενδιαφέρει τόσο πολύ η επιτυχία.	☐	☐
66. Τα μέλη της οικογένειας πηγαίνουν συχνά στη βιβλιοθήκη.	☐	☐
67. Μερικές φορές τα μέλη της οικογένειας παρακολουθούν μαθήματα για κάποιο χόμπι ή ενδιαφέρον που έχουν (έξω από το σχολείο).	☐	☐
68. Στην οικογένειά μας ο καθένας έχει διαφορετική άποψη, για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος.	☐	☐
69. Στην οικογένειά μας είναι ξεκάθαρα προσδιορισμένα τα καθήκοντα του καθενός.	☐	☐
70. Στην οικογένειά μας ο καθένας κάνει ότι θέλει.	☐	☐
71. Στ' αλήθεια τα πάμε πολύ καλά μεταξύ μας.	☐	☐
72. Συνήθως προσέχουμε πολύ, τι λέμε ο ένας στον άλλο.	☐	☐
73. Κάθε μέλος της οικογένειας προσπαθεί συχνά να υπερτερήσει έναντι του άλλου.	☐	☐
74. Στο σπίτι μας είναι δύσκολο να απομονώνεσαι χωρίς να πληγώνεις κάποιον.	☐	☐
75. Ο κανόνας στην οικογένειά μας είναι **"πρώτα η δουλειά και μετά το παιχνίδι"**.	☐	☐
76. Στην οικογένειά μας αξίζει περισσότερο, το να παρακολουθείς τηλεόραση παρά να διαβάζεις ένα βιβλίο.	☐	☐

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
77. Τα μέλη της οικογένειας βγαίνουν πολύ συχνά έξω.	☐	☐
78. Στην οικογένειά μας η Αγία Γραφή θεωρείται πολύ σημαντικό βιβλίο.	☐	☐
79. Στην οικογένειά μας είμαστε πολύ προσεχτικοί με τη διαχείριση των χρημάτων.	☐	☐
80. Ακολουθούμε αυστηρούς κανόνες στο σπίτι μας.	☐	☐
81. Στην οικογένειά μας αφιερώνουμε πολύ χρόνο και προσοχή ο ένας στον άλλο.	☐	☐
82. Γίνονται πολλές αυθόρμητες συζητήσεις στην οικογένειά μας.	☐	☐
83. Στην οικογένειά μας πιστεύουμε ότι δεν οδηγεί πουθενά το να υψώνεις τον τόνο της φωνής σου.	☐	☐
84. Στην οικογένειά μας δεν ενθαρρυνόμαστε πραγματικά να εκφράζουμε την άποψή μας.	☐	☐
85. Τα μέλη της οικογένειας κάνουν συχνά συγκρίσεις με άλλους, σχετικά με την απόδοσή τους στην δουλειά ή στο σχολείο.	☐	☐
86. Τα μέλη της οικογένειας αγαπούν στ' αλήθεια τη μουσική, την τέχνη, την λογοτεχνία.	☐	☐
87. Ο κύριος τρόπος της ψυχαγωγίας μας είναι να παρακολουθούμε τηλεόραση ή να ακούμε ραδιόφωνο.	☐	☐
88. Τα μέλη της οικογένειας πιστεύουν ότι αν αμαρτήσεις πρέπει να τιμωρηθείς.	☐	☐
89. Συνήθως τα πιάτα πλένονται αμέσως μετά το φαγητό.	☐	☐
90. Δεν μπορεί να σου δώσει πολλά πράγματα η οικογένειά μας.	☐	☐

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΚΛΙΜΑΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Παρακαλώ δώστε τις πληροφορίες που σας ζητούνται:

Όνομα: .....

Ηλικία: .....

Διεύθυνση: .....

Φύλο : .....

Παρακαλώ σημειώστε τη θέση που έχετε στην οικογένεια :

Μητέρα (ή σύζυγος) :.....

Πατέρας (ο σύζυγος) : .....

Γιος ή κόρη : .....

Άλλος (παρακαλώ εξειδικεύστε) : .....

Ημερομηνία:.....

Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση και μετά σημειώστε στο αντίστοιχο τετραγωνάκι Σ (σωστό) αν πιστεύεται ότι η πρόταση ισχύει για την οικογένειά σας και Λ (λάθος) αν δεν ισχύει.

Σημειώστε Χ όπως στο παράδειγμα

Παρακαλώ χρησιμοποιείστε μολύβι και γόμα όχι στυλό. Βεβαιωθείτε ότι κάθε αριθμός στο τετραγωνάκι αντιστοιχεί στη σωστή ερώτηση.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Παράρτημα 6

Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας (HDHQ)

P. ΚΑΙ P.I

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ (HDHQ)

T.M CAINE & G.A FOULDS

ΕΠΩΝΥΜΟ……

ΟΝΟΜΑ……..

ΗΛΙΚΙΑ……

ΦΥΛΟ……..

ΣΠΟΥΔΕΣ……..

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ……

ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ (Η)……ΑΝΥΠΑΝΔΡΟΣ (Η) …… ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ (Η) ……

ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ…… ΧΗΡΟΣ (Α)……

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ……../……../……

ΠΑΡΑΚΛΗΣΗ

Απαντήστε στις ερωτήσεις, βάζοντας κύκλο γύρω από τις λέξεις "σωστό" ή "λάθος", που υπάρχουν στο τέλος κάθε πρότασης. Αν το βρίσκετε δύσκολο να αποφασίσετε, τότε σκεφτείτε αν η πρόταση είναι γενικά σωστή ή όχι.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

P. ΚΑΙ P.I

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ (HDHQ)

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

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

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 βγήκα 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.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

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

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

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 ποια 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 ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Παράρτημα 7

Ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης (STAI - Gr. X-1 και STAI - Gr. X-2)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ

Υπό Α. Λιάκου και C. D. Spielberger

STAI - Gr. X-1

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : ΗΜΕΡ. ΕΞΕΤΑΣΗΣ :

ΟΔΗΓΙΕΣ : Πιο κάτω υπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσης, για να δείξετε πώς αισθάνεστε τώρα, δηλαδή **αυτή τη στιγμή**. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολύ ώρα για κάθε μια φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σ' αυτό που αισθάνεστε τώρα.

	Καθόλου	**Κάπως**	**Μέτρια**	**Πάρα πολύ**
1. Αισθάνομαι ήρεμος	1	2	3	4
2. Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
3. Νοιώθω μια εσωτερική ένταση	1	2	3	4
4. Έχω αγωνία.....	1	2	3	4
5. Αισθάνομαι άνετα..	1	2	3	4
6. Αισθάνομαι αναστατωμένος.....	1	2	3	4
7. Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες ...	1	2	3	4
8. Αισθάνομαι αναπαυμένος.....	1	2	3	4
9. Αισθάνομαι άγχος.....	1	2	3	4
10. Αισθάνομαι βολικά..	1	2	3	4
11. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
12. Αισθάνομαι νευρικότητα	1	2	3	4
13. Αισθάνομαι ήσυχος.....	1	2	3	4
14. Βρίσκομαι σε διέγερση.....	1	2	3	4
15. Είμαι χαλαρωμένος..	1	2	3	4
16. Αισθάνομαι ικανοποιημένος.....	1	2	3	4
17. Ανησυχώ.....	1	2	3	4
18. Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή.....	1	2	3	4
19. Αισθάνομαι υπερένταση.....	1	2	3	4
20. Αισθάνομαι ευχάριστα..	1	2	3	4

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ

Υπό Α. Λιάκου και C. D. Spielberger

STAI - Gr. X-2

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : ΗΜΕΡ. ΕΞΕΤΑΣΗΣ :

ΟΔΗΓΙΕΣ : Πιο κάτω υπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσης, για να δείξετε πώς αισθάνεστε τώρα, δηλαδή συνήθως. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολύ ώρα για κάθε μια φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σ' αυτό που αισθάνεστε γενικά.

	Σχεδόν Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντοτε
21. Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4
22. Κουράζομαι εύκολα..	1	2	3	4
23. Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.	1	2	3	4
24. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος όσο οι άλλοι φαίνονται.....	1	2	3	4
25. Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα..	1	2	3	4
26. Αισθάνομαι αναπαυμένος.....	1	2	3	4
27. Είμαι ήρεμος, ψύχραιμος και συγκεντρωμένος..... ...	1	2	3	4
28. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται, ώστε να μη μπορώ να τις ξεπεράσω.....	1	2	3	4
29. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι, που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.....	1	2	3	4
30. Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση..	1	2	3	4
31. Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα	1	2	3	4
32. Μου λείπει η αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
33. Αισθάνομαι ασφαλής.....	1	2	3	4
34. Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσεως ή δυσκολίας.....	1	2	3	4
35. Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση..	1	2	3	4
36. Είμαι ικανοποιημένος.....	1	2	3	4
37. Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί.....	1	2	3	4
38. Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.....	1	2	3	4
39. Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.....	1	2	3	4
40. Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης, όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες δυσκολίες και τα ενδιαφέροντά μου..	1	2	3	4

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Παράρτημα 8

Κλίμακα Αλεξιθυμίας

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑΣ (Scaling - Sifneos, Personality Scale)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : ΗΜΕΡ. ΕΞΕΤΑΣΗΣ :

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ :

ΟΔΗΓΙΕΣ:

Παρακαλώ υπάρχουν 20 φράσεις τις οποίες χρησιμοποιούμε, συνήθως, για να περιγράψουμε διάφορες ενέργειες ή συναισθήματά μας. Για κάθε μία από τις φράσεις αυτές υπάρχουν δύο πιθανές απαντήσεις : ΝΑΙ ή ΟΧΙ. Βάλτε ένα σταυρό στην απάντηση εκείνη που σας αντιπροσωπεύει και για κάθε φράση χωριστά. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Απαντάτε όσο το δυνατό πιο γρήγορα.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Μου είναι πιο εύκολο να περιγράψω τα σωματικά μου συμπτώματα ή ενοχλήματα, από το να περιγράφω τα συναισθήματά μου.		
2. Είναι σημαντικό να ανακαλύπτει κανείς το πως νοιώθει για τους άλλους.		
3. Δυσκολεύομαι να βρω λόγια προκειμένου να περιγράψω τα συναισθήματά μου.		
4. Τα αισθήματα είναι αυτά που δίνουν αξία στη ζωή.		
5. Μου λείπει η φαντασία.		
6. Ονειροπολώ πολύ.		
7. Όταν είμαι πολύ θυμωμένος δε σκέφτομαι, αλλά ενεργώ.		
8. Προτιμώ τις ταινίες που έχουν δράση, από αυτές που έχουν δραματική ή συναισθηματική υπόθεση.		
9. Όταν βρίσκομαι σε σύγκρουση με τον εαυτό μου ή με κάτι άλλο, τότε προτιμώ να ενεργώ γρήγορα, παρά να το σκέφτομαι.		
10. Όταν βρίσκομαι σε δύσκολη θέση, δε μου αρέσει να ενεργώ.		
11. Μου αρέσει να είμαι ακριβής και να περιγράφω το καθετί με λεπτομέρειες.		
12. Προτιμώ να εξετάζω το πώς αισθάνομαι, παρά να περιγράφω το καθετί με λεπτομέρειες.		
13. Δυσκολεύομαι να επικοινωνήσω με τους άλλους.		
14. Προτιμώ να είμαι μόνος, παρά να συναναστρέφομαι με άλλα άτομα.		
15. Προτιμώ πάντα να προσέχω το τι γίνεται γύρω μου, παρά να κάθομαι να σκέφτομαι για το πώς αισθάνομαι.		
16. Όταν ακούω κάποιους ύποπτους θορύβους τη νύχτα, ποτέ δεν με απασχολεί το πώς αισθάνομαι.		
17. Βρίσκω τη ζωή βαρετή τις περισσότερες φορές.		
18. Δεν μπορώ να φανταστώ ζωντανά τις περιπτώσεις εκείνες που με αναστατώνουν.		
19. Συχνά ονειρεύομαι στον ύπνο μου.		
20. Μου αρέσουν πιο πολύ οι άνθρωποι από τα άψυχα αντικείμενα.		

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ