ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
0280000199819

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

474
A
330

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
Δ/ ΝΤΗΣ: Άρης Λιάκος, Καθηγητής Ψυχιατρικής

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΟΡΧΕΩΣ ΚΑΙ ΟΜΑΔΑ ΥΓΙΩΝ ΑΝΔΡΩΝ

**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ Ι. ΣΙΑΦΑΚΑ
ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2000

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

267/2001
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπων

Δημήτριος Δαμίγος	Καθηγητής Ιατρικής Ψυχιατρίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Μέλη

Νικόλαος Γιανκιάης	Καθηγητής Παθολογικής Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Χρής Λιλιάς	Καθηγητής Ψυχιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

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

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπων

Δημήτριος Δαμίγος	Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Μέλη

Νικόλαος Παυλίδης	Καθηγητής Παθολογίας – Ογκολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Άρης Λιάκος	Καθηγητής Ψυχιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Δημήτριος Δαμίγος	Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
2. Νικόλαος Παυλίδης	Καθηγητής Παθολογίας – Ογκολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
3. Άρης Λιάκος	Καθηγητής Ψυχιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
4. Στέφανος Γερουλάνος	Καθηγητής Ιστορίας της Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
5. Αλέξανδρος Δρόσος	Καθηγητής Παθολογίας – Ρευματολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
6. Ιωάννης Αλαμάνος	Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
7. Ξενοφών Γιαννακόπουλος	Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας τη διδακτορική μου διατριβή, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες και την ευγνωμοσύνη μου σε όσους με βοήθησαν:

Θερμότατα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. *Δημήτριο Δαμήγο*, Επίκουρο Καθηγητή Ιατρικής Ψυχολογίας και δάσκαλό μου στην Ψυχολογία, για την ιδιαίτερη εμπιστοσύνη που μου έδειξε, αναθέτοντάς μου αυτή τη διατριβή. Οι γόνιμες συζητήσεις που είχα μαζί του, και κυρίως, η γενικότερη φροντίδα και η επιστημονική επίβλεψη που ακούραστα ασκούσε σε όλα τα στάδια της έρευνας, έκαναν εφικτή την ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής.

Σημαντικότατη υπήρξε η πολύπλευρη βοήθεια και η επιστημονική συμβολή σε όλα τα στάδια εκπόνησης της μελέτης αυτής, και κυρίως, στον προσδιορισμό των στόχων της έρευνας και στην ανεύρεση του υλικού, από τον Καθηγητή Παθολογίας - Ογκολογίας, κ. *Νικόλαο Παυλίδη*, τον οποίο και ευχαριστώ ιδιαίτερα.

Τον κ. *Άρη Λιάκο*, Καθηγητή Ψυχιατρικής, για τη συνεχή και πολύτιμη καθοδήγησή του.

Τα υπόλοιπα μέλη της εξεταστικής επιτροπής:

Τον κ. *Αλέξανδρο Δρόσο*, Καθηγητή Παθολογίας - Ρευματολογίας, για τη σημαντική συμβολή του στη συγκρότηση της ομάδας ελέγχου.

Τον κ. *Στέφανο Γερουλάνο*, Καθηγητή Ιστορίας της Ιατρικής, για την υποκίνηση αναζητήσεων προς την εύρεση ορισμένων ειδικών βιβλιογραφικών αναφορών.

Τον κ. *Ξενοφώντα Γιαννακόπουλο*, Επίκουρο Καθηγητή Ουρολογίας, για την πολύτιμη συμβολή του στην κλινική κατανόηση της νόσου.

Τον κ. *Ιωάννη Αλαμάνο*, Επίκουρο Καθηγητή Υγιεινής, για τη σημαντική βοήθεια και καθοδήγηση στη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας.

Την *Ελληνική Συνεργαζόμενη Ογκολογική Ομάδα (HeCoG)*, και ιδιαίτερα τον κ. *Γεώργιο Φούντζηλα*, Επίκουρο Καθηγητή Παθολογίας - Ογκολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, τον κ. *Δημοσθένη Σκάρλο*, Διευθυντή

του Ογκολογικού Τμήματος του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών και τον κ. *Δημήτριο Πεκτασίδη*, Αναπληρωτή Διευθυντή της Α' Παθολογικής – Ογκολογικής Κλινικής του Γενικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Πειραιώς "Μεταξά", για την ουσιαστική τους συμβολή στην εξασφάλιση σημαντικού μέρους του υλικού.

Όλους όσους δέχτηκαν με προθυμία να συμμετάσχουν στην έρευνα και

Τους δικούς μου ανθρώπους, για την αμέριστη κατανόηση και ψυχολογική υποστήριξη που μου προσέφεραν.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ 17

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 23

1. ΨΥΛΛΟΜΑΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ 25
   1.1. ΨΥΛΛΟΜΑΤΙΚΗ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ 25
   1.2. ΨΥΛΛΟΜΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΥΣ 33
2. Η ΨΥΛΛΟΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ 35
3. ΨΥΛΛΟΓΟΝΙΚΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ 41
   3.1. ΨΥΛΛΟΜΟΛΟΓΟΝΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΘΗΝΕΙΑ 42
   3.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ 45
      3.2.1. [illegible] 45
      3.2.2. [illegible] 48
      3.2.3. [illegible] 49
      3.2.4. [illegible] 53
   3.3. ΠΕΡΙΟΝΤΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ [illegible]
      3.3.1. [illegible]
      3.3.2. [illegible]
4. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ [illegible]
   ΑΣΘΗΝΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ
   4.1. ΓΕΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ 65
   4.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ 65
   4.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ 69
   4.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΠΟΜΟΝΩΣΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΠΕΛΠΙΔΑΣ 70
   4.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΥΝΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΑΝΑΤΡΟΦΗΣ 71
   4.6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑΣ [illegible]
5. ΚΑΡΚΙΝΟΣ - ΦΑΡΙΣΣ 81
   5.1. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ 81
   5.2. ΑΠΟΛΟΓΙΑ 82
   5.3. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ [illegible] 83
   5.4. ΚΑΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΟΥ ΟΡΧΕΟΣ 85
   5.5. ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΟΥ ΟΡΧΕΟΣ 87
   5.6. ΚΑΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΔΙΑΙΝΟΣΗ 88
   5.7. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ 89
   5.8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ 90
   5.9. ΣΥΜΕΠΕΙΡΕΣ ΤΩΝ ΕΚΡΑΠΡΥΤΙΚΩΝ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ 91
   5.10. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ - ΨΥΛΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ 91

ΑΦΙΕΡΩΝΕΤΑΙ

Στους γονείς μου, που με έμαθαν να προσπαθώ,

Στον σύζυγό μου, Μηνά

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ 17

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 23

1. ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ 25

1.1. ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ 25

1.2. ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ 33

2. Η ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ 37

3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ 41

3.1. ΨΥΧΟΝΕΥΡΟΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ, STRESS ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ 42

3.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ 45

3.2.1 Εργαστηριακά δεδομένα 45

3.2.2. Ερευνητικά δεδομένα σε ασθενείς με καρκίνο 48

3.2.3. Παράγοντες που καθορίζουν τον τρόπο αντίδρασης στο stress 49

3.2.4. Εκτίμηση των στρεσσογόνων παραγόντων 54

3.3. ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΖΩΗΣ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ 57

3.3.1. Στρεσσογόνα γεγονότα και κρίση 57

3.3.2. Η ασθένεια ως κατάσταση κρίσης 60

4. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ 63

4.1. ΓΕΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ 63

4.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ 65

4.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ 69

4.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΑΒΟΗΘΗΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΠΕΛΠΙΣΙΑΣ 70

4.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΣΤΟΛΗΣ 71

4.6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑΣ 75

5. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΡΧΕΩΣ 81

5.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ 81

5.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ 82

5.3. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ 85

5.4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΟΥ ΟΡΧΕΩΣ 86

5.5. ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΟΥ ΟΡΧΕΩΣ 87

5.6. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ 88

5.7. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ 89

5.8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ 90

5.9. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ 91

5.10. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ - ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ 93

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

6. **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΟΡΧΕΩΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ** **97**
6.1. ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΧΡΙ ΤΟΝ FREUD 97
6.2. Η ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΗΣ ΑΝΙΤΑ BELL 100
6.3. Ο ΦΑΥΛΟΣ ΚΥΚΛΟΣ ΤΩΝ ΟΡΧΕΩΝ 102
6.4. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΡΥΨΟΡΧΙΑΣ 103
6.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΟΡΧΕΩΝ ΣΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΑΡΣΕΝΙΚΗΣ ΑΥΤΟ-ΕΙΚΟΝΑΣ (SELF-IMAGE) 104

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ **107**

1. **ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ** **109**
2. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ** **115**
2.1. ΥΛΙΚΟ 115
2.2. ΜΕΘΟΔΟΣ 116
3. **ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ** **124**
4. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** **125**
4.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ 125
4.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ 127
4.3. ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΩΝ ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΩΝ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ 128
4.4. ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ ΤΟΥ HAMILTON 130
4.5. ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΤΩΝ MONTGOMERY AND ASBERG 132
4.6. ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑΣ ΤΟΥ SIFNEOS 132
4.7. ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΤΟΥ SPIELBERGER 133
4.8. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ M.M.P.I. 133
4.9. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ 135
4.10. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ 139
ΣΥΖΗΤΗΣΗ **141**

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ **159**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ **165**

SUMMARY IN ENGLISH **169**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ **173**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ **195**

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Il fault parler la meme langue meme pour se contredire
(Πρέπει να μιλάμε την ίδια γλώσσα,
ακόμη και για να αντιλέγουμε)

Ο Kant, ο Schopenhauer και ο Helmholtz δημιούργησαν στην Ευρώπη μια παράδοση κριτικής του "καθαρού λόγου", δηλ. της νοητικής δύναμης, γενικά, και μαζί μια παράδοση κριτικής ψυχολογίας, που είχε ως σημείο αφετηρίας την ιδέα ότι η γνώση μας περιορίζεται στα φαινόμενα που συμβαίνουν στο χώρο και στο χρόνο, γι' αυτό και το καθαυτό των πραγμάτων παραμένει άγνωστο. Συγχρόνως, επικεντρωνόταν στον τρόπο με τον οποίο η εικόνα του κόσμου είναι διαμορφωμένη μέσα από αυταπάτες και ασάφειες, αφού η ουσία της πραγματικότητας δεν μας είναι γνωστή.

Σήμερα όμως, οι νέοι ορίζοντες της ανθρώπινης νόησης δημιουργούν επανάσταση στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε την πραγματικότητα. Οι ρευστές καταστάσεις δεν έχουν προκαθορισμένο σχήμα και πορεία. Αντίθετα, ανοίγουν δρόμους, μεταλλάσσονται και μεταλλάσσουν και το περιβάλλον τους.

Η προσπάθεια κατανόησης του ρόλου των ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων σε ορισμένες χρόνιες παθήσεις στις οποίες εμπλέκεται η καταστολή της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος, έχει απασχολήσει μέχρι σήμερα πλήθος ερευνητών, που ο καθένας, ανάλογα με τη θεωρητική του κατεύθυνση, το προσέγγιζε με διαφορετικό τρόπο. Το ενδιαφέρον γύρω από αυτό το θέμα εξακολουθεί να υφίσταται, προσδιορίζοντας τα πλαίσια μιας ολιστικής προσέγγισης αυτών των ασθενειών, με έμφαση στην αλληλεπίδραση βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων.

Τις τελευταίες δεκαετίες η ανάπτυξη της Ψυχοσωματικής Ιατρικής συνέβαλε σημαντικά στην κατανόηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ αυτών που ονομάζουμε ''σωματικό'' και ''ψυχολογικό'' επίπεδο, αφού στην πραγματικότητα τα δύο αυτά επίπεδα συνδέονται. Μεγάλα ερευνητικά κέντρα, μέσα από ερευνητικά δεδομένα και κλινικές παρατηρήσεις προσπαθούν να μειώσουν τις ασάφειες και να προάγουν τη γνώση, δίνοντας απαντήσεις σε τρία βασικά ερωτήματα:

α. η προσωπικότητα ενός ατόμου, οι σχέσεις του με τους άλλους και με το

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

περιβάλλον, καθώς και οι τυχόν συναισθηματικές στερήσεις και τα ψυχολογικά αδιέξοδα που έχει βιώσει, σχετίζονται με την εμφάνιση και την εξέλιξη ασθενειών;

β. πόσο αποτελεσματικές είναι οι ψυχολογικές παρεμβάσεις στην καλύτερη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου (π.χ. ο έλεγχος του πόνου) και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών;

γ. ποιες είναι οι επιπτώσεις και ο αντίκτυπος της νόσου σε ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο, σε περιπτώσεις μακροχρόνιας επιβίωσης;

Κινούμενη μέσα στα πλαίσια των ερευνητικών δραστηριοτήτων του Εργαστηρίου Ιατρικής Ψυχολογίας στη Μονάδα Ψυχο-ογκολογίας του Ογκολογικού Τμήματος του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και με την παρότρυνση και επιστημονική καθοδήγηση του Διευθυντή του Τμήματος και Καθηγητή Παθολογίας - Ογκολογίας, κ. Νικολάου Παυλίδη και του Υπεύθυνου του Εργαστηρίου Ιατρικής Ψυχολογίας και Επίκουρου Καθηγητή Ιατρικής Ψυχολογίας, κ. Δημητρίου Δαμίγου, ανέλαβα ως θέμα της διδακτορικής αυτής διατριβής τη διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας ασθενών που πάσχουν από καρκίνο στους όρχεις.

Οι όγκοι του όρχεως αντιστοιχούν στο 1% έως 2% του συνόλου των κακοηθών νεοπλασιών του άνδρα. Ο μέσος όρος ηλικίας των ανδρών που εμφανίζουν καρκίνο όρχεως είναι 30-34 ετών, ενώ για τους άνδρες 30-40 ετών αποτελεί τον πρώτο σε συχνότητα καρκίνο. Αποτελεί μια μορφή καρκίνου για την οποία δεν έχει ακόμη διευκρινιστεί πλήρως η αιτιοπαθογένειά της, ενώ όσον αφορά στη θεραπεία της, τα τελευταία χρόνια έχει βελτιωθεί σημαντικά, ως συνέπεια της αποτελεσματικότερης χημειοθεραπείας. Έτσι, η θεραπεία και ο χρόνος επιβίωσης των ασθενών στα αρχικά στάδια της νόσου αγγίζουν τα θεαματικά ποσοστά ανταπόκρισης της τάξεως του 90%. Ωστόσο, αποτελεί μια μορφή καρκίνου για την οποία υπάρχουν ελάχιστες αναφορές σχετικά με τις ψυχολογικές διαστάσεις της νόσου, σε αντίθεση με άλλες μορφές καρκίνου (π.χ. καρκίνος μαστού, πνεύμονα κ.ά.). Μιλώντας για ψυχολογικές διαστάσεις, αναφερόμαστε σε ψυχολογικές παραμέτρους (π.χ. χαρακτηριστικά - δομή προσωπικότητας, stress, στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσσογόνων καταστάσεων, άγχος, κατάθλιψη κ.ά.). που ενδέχεται είτε να προηγούνται είτε να έπονται της νόσου.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Βασικός *στόχος* αυτής της ερευνητικής εργασίας, που έγινε στα πλαίσια μιας ολιστικής προσέγγισης, ήταν *η μελέτη της διασύνδεσης ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων, και συγκεκριμένα των στρεσσογόνων γεγονότων ζωής και του συναισθηματικού τους αντίκτυπου, του άγχους, της κατάθλιψης και της αλεξιθυμίας, σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο όρχεως, καθώς και η εκτίμηση ορισμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας αυτών των ασθενών.* Η επιλογή της συγκεκριμένης ομάδας ασθενών ως βασική ερευνητική ομάδα έγινε κυρίως λόγω της μη εκπόνησης μέχρι σήμερα μελέτης που να εκτιμά το σύνολο των προαναφερθέντων παραμέτρων και το συσχετισμό τους σε αντίστοιχη ομάδα ασθενών, καθώς και λόγω ορισμένων ιδιαιτεροτήτων της νόσου, όπως είναι:

- Η εμφάνισή της συνήθως σε άνδρες νεαρής ηλικίας (20-35 ετών), γεγονός που μειώνει την παθογόνο δράση εξωγενών παραγόντων
- Η καλή της πρόγνωση, με υψηλά ποσοστά ίασης και
- Ο μη σαφής και πλήρης εντοπισμός της αιτιοπαθογένειάς της.

Οι συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες προσέλκυσαν το ενδιαφέρον μας κυρίως γύρω από τους παράγοντες που πιθανά εμπλέκονται στην εμφάνιση αυτής της νόσου, γνωρίζοντας και λαμβάνοντας υπόψη μας μια από τις σημαντικότερες θεωρίες για την καρκινογένεση των γονάδων και τη δημιουργία καρκίνου στους όρχεις, θεωρία η οποία εμπλέκει ορισμένους αυξητικούς παράγοντες και τη λειτουργία των ορμονών της υπόφυσης, που είναι γνωστό πώς επηρεάζεται και σχετίζεται με το stress και κατ' επέκταση με τη λειτουργία και τη διασύνδεση τριών συστημάτων: του νευρικού, του ενδοκρινικού και του ανοσολογικού, που συναποτελούν έναν άξονα.

Για όλους τους προαναφερθέντες λόγους, ήταν για μας σημαντικό να μελετήσουμε ορισμένους ψυχολογικούς παράγοντες, καθώς και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ανδρών που εμφανίζουν καρκίνο στους όρχεις, για να διερευνήσουμε στα πλαίσια της δικής μας επιστήμης και στο βαθμό που αυτό ήταν εφικτό, αν η ενεργοποίηση αυτής της αλυσίδας των βιολογικών λειτουργιών μπορεί να συσχετίζεται και με ορισμένες ψυχολογικές λειτουργίες που έχουν περιγραφεί εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία, ως εμπλεκόμενες με την εμφάνιση και την πορεία του καρκίνου. Η έρευνα δεν περιελάμβανε τον έλεγχο μεταβλητών που ενδεχομένως επηρεάζουν την πορεία της νεοπλασίας, γεγονός που θα απαιτούσε διαφορετικό ερευνητικό σχεδιασμό και εκτίμηση επιπρόσθετων παραγόντων για την επίτευξη μιας

προοπτικής μελέτης για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Για την πραγματοποίηση της έρευνας συγκροτήθηκαν δυο ομάδες ισοδύναμες ως προς το μέγεθος του δείγματος, το φύλο και την ηλικία, εκ των οποίων η βασική ερευνητική ομάδα αποτελούταν από ασθενείς με καρκίνο όρχεως, ενώ η ομάδα ελέγχου από υγιή άτομα. Για τη συλλογή των δεδομένων συμπληρώθηκαν ορισμένες κλίμακες που εκτιμούσαν τα στρεσσογόνα γεγονότα ζωής και τις συναισθηματικές επιπτώσεις που είχαν αυτά τα γεγονότα στα ίδια τα άτομα, τις εκδηλώσεις άγχους και κατάθλιψης, την αλεξιθυμία, χαρακτηριστικό το οποίο αντικατοπτρίζει το βαθμό επεξεργασίας ψυχοπιεστικών καταστάσεων και την ικανότητα έκφρασης συναισθημάτων, καθώς και ορισμένα μόνιμα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, έτσι όπως αυτά αναδεικνύονται από το Πολυφασικό Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας της Μινεσότα (Μ.Μ.Ρ.Ι.). Τα δεδομένα που προέκυψαν τέθηκαν σε στατιστική επεξεργασία και τα αποτελέσματα ανέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων.

Όσον αφορά στη διάρθρωση των περιεχομένων της παρούσας διδακτορικής διατριβής, αρχικά, στο ***ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ*** γίνεται αναφορά στην ***Ψυχοσωματική Ιατρική***, με ιδιαίτερη μνεία στις θεωρίες που έχουν διατυπωθεί για τον τρόπο και το χρόνο κατά τον οποίο δομείται η προσωπικότητα των ασθενών που εμφανίζουν κάποια νόσο με ψυχοσωματική υπόσταση, καθώς και στις Σχολές που έχουν υπάρξει στα πλαίσια αυτής της θεώρησης. Στη συνέχεια η αναφορά εξειδικεύεται, με στοιχεία γύρω από την ***ψυχοσωματική παράδοση του καρκίνου***. Ακολουθεί μια εκτενής ***βιβλιογραφική ανασκόπηση γύρω από τη διασύνδεση ψυχολογικών παραγόντων και καρκίνου***, με παράθεση ευρημάτων της Ψυχονευροανοσολογίας για το ρόλο του stress στην εμφάνιση ασθενειών, και πιο συγκεκριμένα, για το ρόλο των στρεσσογόνων παραγόντων στον καρκίνο, ενώ εκτενής λόγος γίνεται επίσης και για τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο, έτσι όπως έχουν περιγραφεί από τη διεθνή βιβλιογραφία. Η αναφορά περιλαμβάνει συμπεράσματα ερευνών για το ρόλο της κατάθλιψης, της απώλειας, του αισθήματος του αβοήθητου (helplessness) και της απελπισίας (hopelessness), της συναισθηματικής αναστολής και της αλεξιθυμίας, ως στοιχεία της προσωπικότητας, στην εμφάνιση και την εξέλιξη μιας κακοήθους νεοπλασίας. Το προτελευταίο κεφάλαιο του γενικού μέρους αναφέρεται στον ***καρκίνο του όρχεως***,

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

περιλαμβάνοντας βασικά στοιχεία σχετικά με την επιδημιολογία, την αιτιολογία, την κλινική εικόνα, τη θεραπεία και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο όρχεως, ενώ το τελευταίο κεφάλαιο αναφέρεται στο ***ρόλο των όρχεων στην ψυχολογική ανάπτυξη του άνδρα***, με υλικό προερχόμενο από την αρχαιότητα, τον Freud και την ψυχαναλυτική του θεωρία, καθώς και από μεταγενέστερούς του.

Στο ***ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ***, αρχικά, παρουσιάζεται αναλυτικά ***ο σκοπός*** της παρούσας μελέτης και ***οι ερευνητικές υποθέσεις***, και στη συνέχεια, ***το υλικό*** που χρειάστηκε για την πραγματοποίηση της έρευνας και τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων. Ακολουθεί η περιγραφή των στατιστικών δοκιμασιών που εφαρμόστηκαν για την ανάλυση των δεδομένων και ***η παράθεση των αποτελεσμάτων*** για κάθε μια από τις παραμέτρους που εκτιμήθηκαν, καθώς και των αποτελεσμάτων των μεταξύ τους συσχετισμών. Τέλος, επιχειρείται ανακεφαλαιωτική ***συζήτηση των αποτελεσμάτων και διεξαγωγή ορισμένων συμπερασμάτων***.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

''ώσπερ οφθαλμούς άνευ κεφαλής ου δει επιχειρείν ιάσθαι
ουδέ κεφαλήν άνευ σώματος,
ούτω δε το σώμα άνευ ψυχής...
(Πλάτωνας· Χαρμίδης ή Περί Σωφροσύνης) [1].

1.1. ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Ο προβληματισμός γύρω από το αν ο καρκίνος σχετίζεται με ψυχολογικούς παράγοντες κι επηρεάζεται από αυτούς επαναδραστηριοποιεί παλιότερες αναζητήσεις γύρω από τη σχέση ψυχής - σώματος, δηλ. γύρω από το θεμελιώδες ζήτημα του δυϊσμού, για το οποίο διατυπώθηκαν απόψεις από φιλοσόφους όλων των εποχών, ξεκινώντας από τον Αριστοτέλη και τον Πλάτωνα και φτάνοντας στον Descartes και τον Hegel.

Όμως, πέρα από τη φιλοσοφική διάσταση του θέματος, ο Freud έδωσε και μια ψυχολογική διάσταση. Από τις πρώτες κιόλας μελέτες του έκανε λόγο για τη σωματική μετατροπή, περιγράφοντας τη μεταβίβαση της συναισθηματικής έντασης σε σωματικά συμπτώματα. Σε μετέπειτα έργα του [2]αναφέρεται στη δυναμικότητα της σχέσης μεταξύ της ενόρμησης της ζωής (pulsion de vie) και της ενόρμησης του θανάτου (pulsion de mort). Υποστήριζε επίσης ότι η επικράτηση της μιας ενόρμησης επί της άλλης εξαρτάται από τα στοιχεία της εσωτερικής διοργάνωσης ή αποδιοργάνωσης του ατόμου, μια και σε κάθε ανθρώπινο οργανισμό υπάρχει τόσο το στοιχείο της οργάνωσης όσο και το στοιχείο της αποδιοργάνωσης. Σε ατομικό επίπεδο, η επικράτησης μιας από τις δυο ενορμήσεις εξαρτάται από παράγοντες απρόβλεπτους, τραυματικούς ή αναζωογονητικούς, που ποικίλουν από άτομο σε άτομο [3]. Ο Freud αναλύοντας περαιτέρω τη θεωρία του για την ύπαρξη του ενστίκτου του θανάτου και το ρόλο του, επεσήμανε ότι από το ένστικτο του θανάτου προέρχονται παρορμήσεις σκληρότητας, επιθετικότητας, καταστροφικότητας, ακόμη και αυτοκαταστροφής και αυτοτιμωρίας. Η επιθετικότητα είναι μια εκδήλωση της ψυχικής λειτουργίας της ορμής του θανάτου, που ο Freud πίστευε ότι είναι έμφυτη σε κάθε κύτταρο του σώματος, με αποτέλεσμα σταδιακά να καταστρέφεται, να αφανίζεται η οργανική υπόσταση κάθε ζώντος οργανισμού [4]. Σύμφωνα με τον Freud, η γέννηση και η ασθένεια είναι δυο αντιπροσωπευτικοί τύποι των ενορμήσεων της ζωής και του θανάτου, από τις οποίες η μια δημιουργεί και η άλλη καταστρέφει. Οι σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα σε

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

αυτές τις δυο ενορμήσεις, μέσω των μηχανισμών αποδιοργάνωσης και αναδιοργάνωσης του ατόμου και οι οποίες προκύπτουν από τη φυλογένεση και την κληρονομικότητά τους, αποτέλεσαν τη βάση της ψυχοσωματικής ιατρικής [5]. Όπως είναι γνωστό, σε περιπτώσεις υστερίας, η οποία αργότερα ονομάστηκε ως μετατρεπτική νεύρωση, ο ασθενής εμφανίζει διαταραχές των λειτουργιών που ελέγχονται από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (τύφλωση, κώφωση, βωβότητα, παράλυση κ.ά). Ο Freud [6] όμως, πέρα από τη σωματική έκφραση αυτής της κατάστασης, διέκρινε και ψυχολογικά αίτια, θεωρώντας ότι τα σωματικά συμπτώματα αποτελούσαν συμβολική έκφραση κάποιας βαθύτερης ασυνείδητης σύγκρουσης. Έτσι, υποστήριζε ότι, μετατρέποντας την ψυχολογική σύγκρουση σε σωματικό σύμπτωμα, διεργασία που γίνεται ασυνείδητα, αναστέλλεται η συνειδητοποίηση και η βίωση του άγχους, καθώς και άλλων αρνητικών συναισθημάτων.

Αρκετά χρόνια αργότερα, η Deutsch (1939, 1953), συσχετίζοντας το σωματικό με το ψυχολογικό επίπεδο, υποστήριξε ότι η βιολογική έκφραση του ασυνείδητου είναι αποτέλεσμα τόσο κάποιου τραύματος του παρελθόντος, όσο και της αλληλεπίδρασης σωματικών και ψυχικών καταστάσεων που πρωτοεμφανίζονται σε πρώιμη ηλικία και παγιώνονται σταδιακά [7].

Το θέμα της διασύνδεσης των δυο επιπέδων απασχόλησε και μεταγενέστερους του Freud, το ενδιαφέρον των οποίων στράφηκε κυρίως στον τρόπο με τον οποίο επιτελείται αυτή η διασύνδεση. Κι ενώ ο Freud προσπάθησε να προσεγγίσει τη μετάβαση από τη συναισθηματική ένταση στα σωματικά συμπτώματα, μέσα από τη μελέτη της υστερίας, νεότεροι μελετητές προβληματίστηκαν γύρω από την εδραίωση της ψυχοσωματικής "ψυχοπαθολογίας", την οποία έθεσαν στις αρχικές φάσεις της ανάπτυξης του Εγώ και μάλιστα στις φάσεις της εξατομίκευσης, του αποχωρισμού και της ανάπτυξης των αντικειμενοτρόπων σχέσεων. Η M. Mahler και ο R. Spitz περιγράφουν χαρακτηριστικά τις πρώτες κινήσεις των βρεφών για την προσπάθεια απομάκρυνσης από τη μητέρα τους και την ανάπτυξη της σωματικής τους εικόνας. Πιο συγκεκριμένα, ο Spitz [8], στις αναφορές του για τα στάδια εξέλιξης των σχέσεων αντικειμένου, αρχικά κάνει λόγο για το προ-αντικειμενοτρόπο ή το χωρίς αντικείμενο στάδιο, που χαρακτηρίζεται από τη μη διαφοροποίηση του Εγώ από το μη Εγώ και στη συνέχεια, για το πρόδρομο στάδιο του αντικειμένου, στο οποίο τοποθετείται η αρχή του στοιχειώδους Εγώ, αυτού που ο Freud ονομάζει σωματικό Εγώ.

Επίσης, σύμφωνα με τη Mahler [9], κατά τη φυσιολογική συμβιωτική φάση, με

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

την οποία χαρακτηρίζει την κατάσταση της μη διαφοροποίησης ή της συγχώνευσης (fusion) μεταξύ του βρέφους και της μητέρας, το Εγώ παραμένει αδιαφοροποίητο από το Εκείνο, με αποτέλεσμα οι λιβιδινικές και επιθετικές τάσεις να συνυπάρχουν χωρίς να διαφοροποιούνται. Στην επόμενη φάση του αποχωρισμού - ατομικοποίησης (separation-individualization) αρχίζουν οι διεργασίες της διαφοροποίησης και της ανάπτυξης της εικόνας του σώματος. Οι επιθετικές ενορμήσεις αυτής της φάσης είναι πολύ σημαντικές για την περαιτέρω ανάπτυξη του παιδιού. Στην περίπτωση που δεν υπάρξει σωστός χειρισμός τους από την πλευρά της μητέρας, είναι πιθανό η επιθετικότητα αυτών των ενορμήσεων να στραφεί προς το ίδιο το σώμα, σε καταστάσεις φανταστικού ή αληθινού αποχωρισμού, γεγονός που όταν επαναλαμβάνεται και σε μετέπειτα φάσεις της ζωής ενός ατόμου, μπορεί να συνδεθεί με την ενδοβολή αρνητικών συναισθημάτων και τη μη εξωτερίκευσή τους [7, 10]

Εξίσου σημαντικές είναι οι παρατηρήσεις του Winnicott [11-13] για τους ψυχοσωματικούς ασθενείς, σύμφωνα με τον οποίο, στα άτομα αυτά δεν έχει επέλθει διαφοροποίηση μεταξύ ψυχής και σώματος, γεγονός που είναι δυνατό να εξηγεί την έλλειψη φαντασίας και τη μηχανιστική – συγκεκριμένη σκέψη των ψυχοσωματικών. Πιο συγκεκριμένα, ο Winnicott υποστήριζε ότι η ψυχική υγεία είναι το αποτέλεσμα της φροντίδας που παρέχει η μητέρα στο παιδί, φροντίδα που επιτρέπει τη συνέχεια της συναισθηματικής του ανάπτυξης. Όταν όμως η μητέρα δεν είναι ικανή να εκπληρώσει αυτό το ρόλο, τότε το παιδί κατακλύζεται από ένα έντονο άγχος που οι ενήλικες δεν μπορούν να το φανταστούν. Πρόκειται για ένα άγχος εκμηδενισμού, κομματιάσματος, κατά το οποίο το παιδί χάνει την επαφή με το σώμα του. Ο Winnicott συνδέει αυτό το άγχος με τις διαταραχές οργάνωσης του Εγώ, το οποίο χαρακτηρίζεται από 3 τάσεις:

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

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

Γ. την εγκατάσταση μιας αντικειμενοτρόπου σχέσης (object - relating), μέσα από τον τρόπο που η μητέρα όχι μόνο ικανοποιεί τις ανάγκες του μωρού, αλλά το αφήνει να βρει το αντικείμενο (στήθος, μπιμπερό) και να το εξερευνήσει, δίνοντάς του την ψευδαίσθηση ότι το δημιούργησε [7, 14].

Ο Winnicott επίσης, τονίζει ότι το Εγώ, με την ψυχολογική έννοια, βασίζεται

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

στο σωματικό Εγώ και ότι η προσωποποίηση δηλώνει τη διεργασία που επιτρέπει στο πρόσωπο, στην ψυχή του βρέφους να συνδεθεί με το σώμα του και τις σωματικές του λειτουργίες μέσα από τον τρόπο που η μητέρα φροντίζει το μωρό, ενώ συγχρόνως επιτρέπει στις ενορμήσεις του Εκείνο να συνδεθούν με τις ικανοποιήσεις τους. Κατά τη φάση του κρατήματος (holding phase) συγκροτείται το σχήμα του σώματος και το Εγώ από το μη-Εγώ [10].

Υποστηρίζεται λοιπόν ότι η δυσλειτουργική συμπεριφορά της μητέρας ανακινεί ορισμένους ψυχολογικούς παράγοντες που προκαλούν στο βρέφος ψυχοσωματικές διαταραχές, και αυτό γιατί το βρέφος, μη διαθέτοντας οργανωμένο ψυχισμό, αντιδρά σε αυτούς τους παράγοντες με καθολικό τρόπο, μέσα από την αδιαφοροποίητη ψυχοσωματική του ολότητα. Σε αυτή την περίοδο που η συναισθηματική κατάσταση του βρέφους είναι τόσο στενά συνδεδεμένη με τις σωματικές του αντιδράσεις και η έλλειψη οργανωμένου ψυχισμού δεν επιτρέπει άλλου τύπου αντιδράσεις πέρα από τις σωματικές, πιστεύεται ότι δημιουργείται η απαρχή των μελλοντικών ψυχοσωματικών ασθενειών [14, 15].

Μιλώντας για ψυχοσωματική διαταραχή στο βρέφος, εννοούμε γενικά κάθε αντίδρασή του, η οποία έχει σχέση με τη συγκινησιακή του κατάσταση και την επαφή με τη μητέρα, μια και η συναισθηματική ζωή του παιδιού κατά τον 1° χρόνο της ζωής του εξαρτάται πλήρως από τη μητέρα, εξαιτίας της συμβιωτικής σχέσης μαζί της. Και στο βρέφος τα συμπτώματα δεν περιορίζονται μόνο σε αντιδράσεις ή σε λειτουργικές διαταραχές, αλλά κατά τον 1° χρόνο της ζωής μπορούν να πάρουν τη μορφή ψυχοσωματικής ασθένειας, μια και αυτός ο χρόνος θεωρείται το ''λίκνο'' των ψυχοσωματικών ασθενειών του ενήλικα [14].

Παρόλο που οι ψυχαναλυτές έχουν δώσει μεγάλη βαρύτητα στο ρόλο της μητέρας στην ανάπτυξη του βρέφους, δεν έχουν παραλείψει να ασχοληθούν και με το ρόλο του πατέρα και τη συμμετοχή του στην ψυχική ανάπτυξη του παιδιού και στη δόμηση της σεξουαλικής του ταυτότητας. Αναγνωρίζεται λοιπόν πως η παρουσία του πατέρα (πραγματική και συμβολική) είναι καθοριστικής σημασίας για το πέρασμα από τη δυαδική - συμβιωτική σχέση μητέρας - βρέφους στην τριαδική σχέση μεταξύ των δυο γονιών και του παιδιού. Επίσης, όταν στη συνέχεια ο ιδιαίτερος δεσμός που παρατηρείται κατά την τριαδική σχέση ανάμεσα στο γιο και τη μητέρα και ανάμεσα στην κόρη και τον πατέρα, διαταράσσεται από αισθήματα ζήλιας και ανταγωνισμού προς το γονέα του ίδιου φύλου (οιδιπόδειο - σύμπλεγμα της Ηλέκτρας), είναι η τελική

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

έντονη ταύτιση με το γονέα του ίδιου φύλου που θα αποτελέσει τη λύση αυτής της περιόδου. Οι εμπειρίες και τα συναισθήματα που βιώνονται σε αυτή τη φάση σχετίζονται και με τη διαμόρφωση του Εγώ και του Υπερεγώ. Είναι ευνόητο λοιπόν ότι οι ταυτίσεις με τους δύο γονείς, ως μέρος της πορείας του οιδιποδείου, παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του παιδιού.

Επιπλέον, θεωρείται πως εξίσου ουσιώδους σημασίας για την ανάπτυξη του παιδιού είναι και η αναγνώριση του λόγου του πατέρα ως φορέα του νόμου και της τάξης, που η μητέρα μεταφέρει με τα λόγια της και εδραιώνει στη ζωή του παιδιού. Αν δεν παρουσιαστεί στο παιδί ο πατέρας ως φορέας του νόμου ή αν η μητέρα δεν αναγνωρίσει στον πατέρα αυτή τη θέση, το παιδί παραμένει καθηλωμένο στη δυαδική σχέση [13,14].

Υποστηρίζεται λοιπόν, οτι άτομα που βίωσαν συνθήκες απώλειας ή τραυματικών γεγονότων, συγκρουσιακές καταστάσεις και ιδιαίτερες αποτυχίες στα αρχαϊκά στάδια της μητρικής λειτουργίας, στην ενήλικη ζωή τους δεν καταφέρνουν να αναπτύξουν ή χάνουν την ικανότητα να συνδέουν και να αντιμετωπίζουν τα στρεσσογόνα ερεθίσματα. Το αμυντικό τους σύστημα είναι εύθραυστο κι ευάλωτο, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν κατάθλιψη ή να περιορίζεται η διανοητική τους ζωή σε καθημερινές μηχανιστικές σκέψεις. Κάποιοι μπορεί να λειτουργούν καλά επαγγελματικά, οικογενειακά ή κοινωνικά, αλλά, όταν κάποιος τους ακούσει να μιλούν για τον εαυτό τους, τότε καταλαβαίνει ότι τα συναισθήματά τους είναι καταπιεσμένα. Παρατηρούνται διασχιστικοί μηχανισμοί που λειτουργούν ως άμυνα του ατόμου, σύμφωνα με τους οποίους ένα μέρος του αντικειμένου εξιδανικεύεται και το άλλο θεωρείται ως διώκτης του Εγώ, ενώ οι αντικειμενοτρόπες σχέσεις τους είναι ασταθείς. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι άμυνες του Εγώ δείχνουν μια φτωχή οργάνωση και οι δραστηριότητες αυτό-χαλάρωσης που παρατηρούμε σε ανθρώπους που δουλεύουν εξοντωτικά, που είναι υπερδραστήριοι κ.λ.π., αποδεικνύονται αναποτελεσματικοί στο να κρατήσουν την ψυχοσωματική ισορροπία, η οποία θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως προστατευτική ασπίδα ενάντια στην έκθεση της ψυχοσωματικής οντότητας σε απαιτητικά ερεθίσματα [16].

Από τις παραπάνω θεωρητικές προσεγγίσεις γίνεται εμφανές πως τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ψυχοσωματικών ασθενών διαμορφώνονται ήδη κατά τις αρχαϊκές φάσεις ανάπτυξης του Εγώ κι όπως υποστηρίζεται, η ψυχοσωματική "ψυχοπαθολογία" αποτελεί μια μορφή "αντίδρασης" στην αποτυχία

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ανάπτυξης των ορίων και της ταυτότητας του Εγώ [17].

Ο Marty, όντας ψυχαναλυτής και γιατρός, επεχείρησε μια προσέγγιση των ψυχοσωματικών φαινομένων, θεωρώντας ότι η ασθένεια είναι μια *"ειδική κατάσταση ισορροπίας"* του ατόμου σε μια συγκεκριμένη στιγμή της ζωής του. Κατά τη γένεση της παθολογικής εξέλιξης και της εμφάνισης μιας νόσου, υποστήριζε ότι παρεμβαίνουν η εξωτερική πραγματικότητα με πιθανά τραυματικά γεγονότα, η δομική οργάνωση του ατόμου, καθώς και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του. Ο Marty θεωρούσε ότι η ασθένεια επέρχεται κάποια στιγμή στη ζωή του ατόμου ως αυτόματη λύση μιας κατάστασης, για την οποία δεν υπάρχει άλλη διέξοδος και κατά κάποιο τρόπο εξυπηρετεί την ύπαρξη ή την ταυτότητα του ατόμου. Εμφανίζεται δηλαδή, ως άμυνα στο άτομο που έχει ήδη αποτύχει να αντιμετωπίσει επιτυχώς την αγχογόνα εσωτερική ή εξωτερική πραγματικότητα. Έτσι, πίστευε ότι η ανισορροπία της αρρώστιας δεν αποτελεί ένα παθολογικό γεγονός, αλλά έναν από τους παράγοντες "ομοιοστασίας" που δημιουργούν οι υφιστάμενες συνθήκες. Αυτή η ομοιοστασία έγκειται σε αντίθετες δυνάμεις, ορισμένες από τις οποίες συντελούν στην οργάνωση συστημάτων όλο και περισσότερο πολύπλοκων, ενώ άλλες αποδιοργανώνουν και καταστρέφουν σε μια θανατηφόρα εκρηκτική διαδικασία [3, 18].

Η ψυχοσωματική θεωρία που αναπτύχθηκε από τον Marty P. βασίστηκε στον καθορισμό, μέσα από μια ψυχαναλυτική θεώρηση, της δομής της προσωπικότητας που χαρακτηρίζει κάθε άτομο από τα πρώτα χρόνια της ζωής του. Αυτή η δομή μπορεί να προσδιοριστεί ως η μόνιμα αμετάβλητη κατάσταση των νοητικών και ψυχικών αμυνών απέναντι στο ψυχολογικό τραύμα. Ο χαρακτήρας κάθε ατόμου καθορίζεται από την αποτελεσματικότητα και τη συνέχεια της προσυνειδητής λειτουργίας που αποτελεί το βασικό μηχανισμό της ψυχικής οργάνωσης. Σύμφωνα με τη θεωρία του Marty λοιπόν, η ικανότητα μετριασμού ενός σοβαρού ψυχολογικού τραύματος προαπαιτεί: α. ορισμένα νοητικά επίπεδα που θα εξισορροπήσουν τα αναπαραστατικά συστήματα που ήδη κατέχει το άτομο, κυρίως από τη φάση της πρώιμης ανάπτυξης, β. τη ρευστότητα και την ευελιξία της επικοινωνίας μεταξύ αυτών των συστημάτων και γ. τη μόνιμη ύπαρξη και διαθεσιμότητα της διασυνδετικής λειτουργίας.

Η ταξινόμηση του Marty δεν αναγνωρίζει την ύπαρξη της αποκαλούμενης "φυσιολογικής" διανοητικής δομής, αλλά μόνο την ψυχωτική ή τη νευρωτική δομή.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Παρατήρησε μάλιστα, ότι κακοήθεις νεοπλασίες εμφανίζονται κυρίως σε άτομα με "φτωχά οργανωμένη νεύρωση" (poorly organized neurosis) κι όχι σε άτομα με "καλά οργανωμένη νεύρωση" (well-organized neurosis), επειδή τα άτομα αυτά μπορούν να αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά τα σοβαρά στρεσσογόνα ερεθίσματα, λόγω της ικανότητάς τους για συνεχή ψυχολογική λειτουργικότητα. Ένα από αυτά τα σοβαρά ψυχολογικά τραύματα αποτελεί το άλυτο πένθος, που μπορεί να θεωρηθεί ως μια ψυχική αποδιοργάνωση που μπορεί να οδηγήσει είτε σε μια έκδηλη ή λανθάνουσα κατάθλιψη, η οποία στη συνέχεια χαρακτηρίζεται από την απουσία νευρωσικών ή ψυχωσικών συμπτωμάτων, είτε στην εμφάνιση άγχους που δε συνδέεται με καμία εμφανή αιτία και αντικατοπτρίζει φτωχή οργάνωση των ψυχολογικών αμυνών [19].

Ορισμένοι ερευνητές, κυρίως ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης, αναρωτήθηκαν αν θα μπορούσαν να υπάρχουν στοιχεία υστερίας στην ψυχογενή αιτιολογία του καρκίνου. Ένα σημαντικό στοιχείο της μετατρεπτικής υστερίας είναι ότι προνοεί μια ασυνείδητη απόδραση από μια φαινομενικά δυσβάσταχτη κατάσταση. Αντίστοιχα, υποστηρίζεται οτι οι ασθενείς που βιώνουν καρκίνο έχουν υποβληθεί σε συνθήκες σοβαρών ψυχοπιεστικών γεγονότων. Ωστόσο, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι το stress συχνά βρίσκεται στη φύση μιας κατάστασης διπλής παγίδας (double-bind), για την οποία οι ασθενείς νιώθουν ότι πρέπει να κάνουν κάτι, αλλά ότι κι αν κάνουν θα είναι λάθος, γι' αυτό και αντιδρούν με απελπισία. Η εμπειρία της Meares [20] με ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο δίνει εκπλέον στοιχεία για τη συχνότητα αυτού του τύπου των αντιδράσεων ως ένα πρόδρομο του καρκίνου. Επισημαίνει πως η μόνη λύση σε μια πραγματική κατάσταση απελπισίας είναι ο θάνατος. Είναι γνωστές οι περιπτώσεις στρατιωτών που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή του πολέμου και ξαφνικά παραλύουν. Στις περιπτώσεις όμως ασθενών με καρκίνο, η απόδραση τους κοστίζει ακριβά και το να αποδρά κανείς προς το θάνατο είναι μόνο ένα βήμα πιο πέρα. Στις περιπτώσεις παράλυσης, αυτό που την προκαλεί είναι μια φλοιώδης αναχαίτιση της λειτουργίας των εκούσιων μυών, ενώ στις περιπτώσεις καρκίνου αυτό που προκαλεί την απόδραση θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι είναι μια κορτικο-υποθαλαμική παρακώλυση της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος.

Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της μετατρεπτικής υστερίας είναι η απουσία άγχους. Πριν τη μετατροπή ο ασθενής, λόγω των καταστάσεων που βιώνει έχει υψηλά επίπεδα άγχους. Η ανάπτυξη των συμπτωμάτων λύνει το πρόβλημα και το άγχος εξαφανίζεται, γιατί αυτό το άγχος μετατρέπεται σε σύμπτωμα. Πολλοί ασθενείς

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

με καρκίνο βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους, που εκδηλώνονται σε ψυχικό και σωματικό επίπεδο. Αυτοί είναι ασθενείς, στους οποίους δεν κυριαρχεί η ψυχοσωματική αντίδραση. Υπάρχουν όμως και ασθενείς που διακατέχονται από ηρεμία και συχνά εκφράζονται με τέτοιο τρόπο που αντανακλά την πεποίθησή τους ότι τα προβλήματα της ζωής τους σύντομα θα τελειώσουν. Αυτοί θεωρείται ότι είναι ασθενείς που η υστερική αντίδραση είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην αιτιολογία της νόσου τους, όταν βέβαια δρα σε συνδυασμό και με άλλους παράγοντες [20].

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

- ***Η σκέψη τους χαρακτηρίζεται ως μηχανιστική (pensee operatoire), και συγκεκριμένη*** [21]. Η φαντασία τους είναι στείρα και η συναισθηματική τους έκφραση εξαιρετικά φτωχή, χαρακτηριστικά που έκαναν τους Sifneos P. [22] και Nemiah J. [23] να μιλούν για αλεξιθυμία.
- ***Οι σχέσεις τους με τους άλλους περιγράφονται ως κενές, απρόσωπες και επιφανειακές.*** Οι ψυχοσωματικοί ασθενείς ''βλέπουν'' τους άλλους ως ακριβή αντίγραφα του εαυτού τους που θα πρέπει να έχουν τις ίδιες ανάγκες. Αν οι άλλοι λειτουργούν διαφορετικά, η σχέση διακόπτεται κι αρχίζει η ψυχοσωματική συμπτωματολογία [24].
- ***Όσον αφορά στην κοινωνική τους ζωή, χαρακτηρίζονται από κονφορμισμό, συμβατικότητα και από μια κοινωνικά αποδεκτή προσαρμογή, χαρακτηριστικά που ονομάστηκαν ως ψευδοκανονικότητα*** [7, 25, 26].

Τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά αποτελούν γενική περιγραφή των ασθενών που πάσχουν από τις κλασικά περιγραφόμενες ως ψυχοσωματικές νόσους, όπως το βρογχικό άσθμα, η ελκώδης κολίτιδα, η ατοπική δερματίτιδα, η ιδιοπαθής υπέρταση, το έλκος δωδεκαδακτύλου και η ρευματοειδής αρθρίτιδα, περιγραφή η οποία, βέβαια, δεν είναι δυνατό να συμπεριλάβει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε ασθενούς. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι, επειδή, όπως αναφέρθηκε, η

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ψυχοσωματική δομή συνδέεται με τις αρχαϊκές φάσεις της ανάπτυξης του Εγώ, η αντιμετώπιση της "ψυχοπαθολογίας" των ψυχοσωματικών ασθενών θεωρείται εξαιρετικά δύσκολη, ενώ η απάλειψη των συμπτωμάτων ορισμένες φορές μπορεί να δημιουργήσει στους ασθενείς ένα μεγάλο συναισθηματικό χάσμα, που μπορεί να τους είναι ανυπόφορο.

1.2. ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ

Από το 1920 και μέχρι σήμερα 3 ψυχοσωματικές σχολές διεκδίκησαν τα πρωτεία στην ψυχοσωματική ιατρική: η ψυχαναλυτική, η ψυχοφυσιολογική και η ψυχοβιολογική ή ολιστική ή βιοψυχοκοινωνική.

Η ψυχαναλυτική σχολή, με κύριο εκπρόσωπό της τον Franz Alexander (1891 - 1964) προσπάθησε να εφαρμόσει τις ψυχαναλυτικές μεθόδους στη σωματική ασθένεια και επικεντρώθηκε στην *ψυχογένεση* ορισμένων σωματικών διαταραχών, άγνωστης αιτιολογίας, όπως είναι η ελκώδης κολίτιδα, το έλκος δωδεκαδακτύλου, το βρογχικό άσθμα, η θυρεοτοξίκωση, η ρευματοειδής αρθρίτιδα κ.ά. Ο F. Alexander δε δεχόταν το συμβολισμό, υπό την έννοια της συμβολικής έκφρασης μιας ψυχοσύγκρουσης για την εκτόνωση συναισθηματικής έντασης, όπως την είχε προτείνει ο Freud, αλλά θεωρούσε ότι η σωματική έκφραση είναι το αποτέλεσμα προσαρμογής του ανοσοποιητικού συστήματος στην ενδοψυχική σύγκρουση. Πίστευε μάλιστα, σύμφωνα με τη θεωρία της εξειδίκευσης ή ψυχογένεσης, ότι η εμπλοκή ενός μέρους του ΑΝΣ δε γίνεται τυχαία, αλλά οτι συγκεκριμένες ασυνείδητες συγκρούσεις και συναισθήματα οδηγούν σε συγκεκριμένη σωματική διαταραχή [27]. Επίσης, ο Alexander τόνισε τη συμβολή μιας συνεχούς κατάστασης stress, που προέρχεται από τον τρόπο της καθημερινής μας ζωής, στην αναζωπύρωση παλιών ενδοψυχικών συγκρούσεων. Ωστόσο, η κριτική που του ασκήθηκε επικεντρώθηκε στο γεγονός ότι παρόλο που ο Alexander διακήρυσσε μια κατά κάποιο τρόπο ολιστική άποψη, η θεωρία του πρότεινε, με απλοϊκό τρόπο, πως ψυχολογικά αίτια προκαλούν σωματικές διαταραχές, με αποτέλεσμα, ουσιαστικά, να αναπαραγάγει το δυϊσμό ψυχής - σώματος [28, 29].

Τις δεκαετίες '60 και '70 κυριάρχησε η **ψυχοφυσιολογική σχολή**, η οποία βασίστηκε στις μελέτες του Pavlov για τα εξαρτημένα ανταναικλαστικά και του Cannon για τη βιολογική διάσταση των συναισθημάτων. Στη σχολή αυτή ανήκε και ο Wolff, ο οποίος, εφαρμόζοντας συστηματική μεθοδολογία, επικεντρώθηκε στις επιπτώσεις των στρεσσογόνων γεγονότων στην υγεία, καθώς και στους βιολογικούς (φυσιολογικούς)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

μηχανισμούς που κινητοποιούνται όταν το άτομο βιώσει μια πολύ σημαντική ψυχοπιεστική κατάσταση [28, 29].

Η σχολή, όμως, που αναπτύχθηκε ιδιαίτερα από τις αρχές του ΄80 ήταν η **ψυχοβιολογική ή ολιστική**, αφετηρία της οποίας αποτέλεσαν οι ιδέες του A. Meyer ότι ο άνθρωπος αποτελεί μια ολοκληρωμένη βιοψυχοκοινωνική ενότητα. Η ολιστική σχολή έγινε ιδιαίτερα γνωστή από την F. Dunbar, η οποία τόνισε την αναγκαιότητα μιας βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης στη μελέτη και τη θεραπεία όλων των ασθενών και όχι μόνο όσων ονομάζονται "ψυχοσωματικοί", απόψεις οι οποίες ενέπνευσαν τον Engel για τη συγκρότηση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου της νόσου και της ιατρικής πρακτικής, καθώς και τον Mirsky για την πολυπαραγοντική αιτιολογική υπόθεση της ασθένειας [28, 29].

Στα πλαίσια αυτής της ολιστικής προσέγγισης, που αναφέρεται σε όλες τις νόσους κι όχι μόνο σε εκείνες που παραδοσιακά χαρακτηρίστηκαν ως ψυχοσωματικές και η οποία εκπροσωπήθηκε επίσης από τον Lipowski, αμφισβητήθηκε η ίδια η υπόσταση του όρου ΄΄ψυχοσωματικός΄΄, μια και θεωρήθηκε ότι κατά κάποιο τρόπο αναπαράγει το δυϊσμό ψυχής – σώματος και δόθηκε έμφαση στην πολυπαραγοντική γένεση των ασθενειών, όπου βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν, με αποτέλεσμα την εμφάνιση της νόσου. Κάθε μια από αυτές τις γενικές κατηγορίες παραγόντων διαδραματίζει είτε απαραίτητο είτε συντελεστικό ρόλο που διαφέρει για κάθε ασθένεια, ενώ η ύπαρξη ή η απουσία συντελεστικών παραγόντων αυξάνει ή μειώνει αντίστοιχα την πιθανότητα εμφάνισης κάποιας ασθένειας [30].

Ο Lipowsky [31-33] πρότεινε επίσης έναν ορισμό της ***ψυχοσωματικής***, σύμφωνα με τον οποίο, πρόκειται για έναν κλάδο που περιλαμβάνει:

- την επιστήμη των σχέσεων μεταξύ βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων που εμπλέκονται στην ανθρώπινη υγεία ή ασθένεια,
- την προσέγγιση της Ιατρικής που συμβάλλει στην εκτίμηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων για τη μελέτη, την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία όλων των νοσημάτων, καθώς και
- τις κλινικές δραστηριότητες, όπου η ιατρική συμπορεύεται με τις επιστήμες της συμπεριφοράς, δημιουργώντας τη Συμβουλευτική Διασυνδετική Ψυχιατρική.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Σύμφωνα με αυτή την κατεύθυνση λοιπόν, προτείνεται η ολιστική προσέγγιση του ασθενούς σε όλες τις φάσεις της ιατρικής παρέμβασης, μια και η σύγχρονη άποψη στηρίζεται στην παραδοχή μιας δυναμικής αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων, τόσο στην υγεία όσο και στην ασθένεια. Η ψυχοσωματική θεωρία σήμερα προσανατολίζεται προς τη διατύπωση νέων υποθέσεων προς διερεύνηση, ενώ η ψυχοσωματική έρευνα επικεντρώνεται πια στον εντοπισμό σταθερών σχέσεων και αλληλεπιδράσεων μεταξύ διαφόρων παραγόντων που πιθανολογούνται ως συντελεστικές αιτίες ή παράγοντες κινδύνου. Στόχος αυτών των προσπαθειών είναι ο καθορισμός ενός οργανωμένου πλαισίου για την ολοκληρωμένη προσέγγιση του ασθενούς και την πληρέστερη πρόληψη, θεραπεία και αποκατάστασή του [30].

Στην εδραίωση της ολιστικής προσέγγισης του ασθενούς συνέβαλε και η ανάπτυξη της θεωρίας των συστημάτων (systems theory) και η εφαρμογή των αρχών της σε πολλές επιστήμες. Η συστημική θεωρία υποστηρίζει ότι το όλο, δηλαδή ένα σύστημα (π.χ. ο ανθρώπινος οργανισμός) είναι ανοιχτό και αλληλεπιδρά με το περιβάλλον του, ενώ συγχρόνως το ίδιο συνεχίζει να εξελίσσεται σε πιο σύνθετα επίπεδα πολυπλοκότητας, καθώς και ότι κάθε σύστημα δεν αποτελείται από μια απλή συνάθροιση των μερών και των συστατικών του, αλλά από τη δυναμική των σχέσεων μεταξύ των επιμέρους συστημάτων που το συναποτελούν. Κατ΄ επέκταση, η μελέτη της δυναμικής αλληλεπίδρασης των επιμέρους συστημάτων (βιολογικό, νοητικό, γνωστικό, συναισθηματικό) μπορεί να μας οδηγήσει στην όσο το δυνατό πληρέστερη κατανόηση του συστήματος άνθρωπος [34, 35].

Το DSM-III (1987) και το DSM-III-R (1988), επιχειρώντας να κρατήσουν την κατηγορία των παλιών ψυχοσωματικών διαταραχών και να την προσαρμόσουν στις σύγχρονες τάσεις που προαναφέραμε, δημιούργησαν τον όρο ***Ψυχολογικοί Παράγοντες που Επηρεάζουν τη Σωματική Κατάσταση***. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν σωματικές καταστάσεις που είτε έχουν αποδεδειγμένη οργανική παθολογία (π.χ. ρευματοειδής αρθρίτιδα) είτε συντελείται γνωστή παθοφυσιολογική διεργασία (π.χ. ημικρανική κεφαλαλγία) και στις οποίες ορισμένα γεγονότα και η συνακόλουθη συναισθηματική κατάσταση που προκαλούν, σχετίζονται χρονικά με την έναρξη ή με την παρόξυνσή τους. Όμως, στο DSM-III-R τονίζεται ότι η κατηγορία αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για οποιαδήποτε σωματική κατάσταση, στην οποία κρίνεται ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες διαδραματίζουν συντελεστικό ρόλο.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Τα διαγνωστικά κριτήρια των Ψυχολογικών Παραγόντων που Επηρεάζουν τη Σωματική Κατάσταση, κατά DSM-III-R είναι:

Α. Περιβαλλοντικά ερεθίσματα με ψυχολογική σημασία που σχετίζονται χρονικά με την έναρξη ή την παρόξυνση μιας συγκεκριμένης σωματικής κατάστασης ή διαταραχής .

Β. Η σωματική κατάσταση αφορά είτε αποδεδειγμένη οργανική παθολογία (π.χ. ρευματοειδής αρθρίτιδα) είτε γνωστή παθοφυσιολογική διεργασία (π.χ. ημικρανική κεφαλαλγία)

Γ. Η κατάσταση δεν πληρεί τα κριτήρια για Σωματόμορφη Διαταραχή [28].

Η ορολογία αυτή διατηρήθηκε και στην τελευταία έκδοση του DSM, στο DSM IV (1994), όπου παρατηρείται η ίδια τάση αποφυγής του όρου "ψυχοσωματικός", λόγω της παλαιότερης σύνδεσης του όρου με την έννοια της ψυχογένειας. Όσον αφορά επίσης στην τελευταία έκδοση του ευρωπαϊκού συστήματος ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών (ICD-10, 1992), αντιστοιχεί στο πνεύμα του DSM IV, χρησιμοποιώντας για την κατηγορία F54 τον χαρακτηρισμό ***Ψυχολογικοί Παράγοντες και Παράγοντες Συμπεριφοράς συνδεόμενοι με διαταραχές ή νόσους που ταξινομούνται αλλού***, εννοώντας τις σωματικές νόσους [36].

Σύμφωνα λοιπόν με τις σύγχρονες αντιλήψεις του ολιστικού μοντέλου προσέγγισης των ασθενειών, κάθε ασθένεια ή σωματική διαταραχή αποτελεί εκδήλωση της ανθρώπινης ψυχοσωματικής ολότητας. Καμία διανοητική επεξεργασία ή δραστηριότητα της φαντασίας δεν είναι δυνατή χωρίς το σώμα. Αντίθετα, είναι μέσα από τη διανοητική μας ζωή, τα συναισθήματά μας και τις αναπαραστάσεις μας που τα αισθητήρια ερεθίσματα και οι εμπειρίες του σώματος αποκτούν σημασία για μας, χωρίς όμως αυτή η θέση να αποτελεί μια γραμμική συνέχεια μεταξύ των σωματικών συμπτωμάτων και των διανοητικών εκδηλώσεων. Οι λειτουργίες του σώματος είναι απαραίτητες για τις ψυχικές διεργασίες, όπως και οι διανοητικές λειτουργίες έχουν αντίκτυπο στο σώμα. Υπό την ευρεία αυτή έννοια, *κάθε γεγονός που παρατηρείται στο σώμα, συμπεριλαμβανομένης και της ασθένειας είναι ψυχοσωματικό.*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

2. Η ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η ψυχοσωματική θεώρησή του καρκίνου έχει μακρά ιστορία, η οποία ξεκινάει σχεδόν από τη στιγμή που ταυτοποιήθηκε ως νόσος από την ιατρική βιβλιογραφία. Από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, έγιναν προσπάθειες, είτε με εμπειρικούς είτε με επιστημονικούς τρόπους, να εξηγηθούν και να ερμηνευτούν φαινόμενα που προέρχονταν από την αλληλεπίδραση σώματος και νου. Το ανήσυχο πνεύμα γιατρών, όπως ο Ιπποκράτης και ο Ασκληπιός, συνέλαβαν την ιδέα της συσχέτισης της ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου με τον καρκίνο. Πιο συγκεκριμένα, ο Ιπποκράτης, που πρώτος χρησιμοποίησε τον όρο ΄΄καρκίνωμα΄΄, πίστευε, σύμφωνα με τη γενική θεωρία του ΄΄Περί Χυμών΄΄, ότι άτομα με μελαγχολική διάθεση έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν κακοήθεις όγκους και πρότεινε μια ολιστική προσέγγιση του ασθενούς όσον αφορά στη θεραπεία του, υποστηρίζοντας ότι πέρα από τη ΄΄βιολογική΄΄ θεραπεία (φυτικά παρασκευάσματα) θα πρέπει να λαμβάνεται πρόνοια και για την ψυχική υγεία και ευεξία του ασθενούς, φτάνοντας στο σημείο εφαρμογής ακόμη και μουσικοθεραπείας [29, 37].

Όχι μόνο οι γιατροί, αλλά και οι φιλόσοφοι της εποχής φαίνεται να υιοθετούν την άποψη περί ψυχοσωματικής ολότητας. Ο Πλάτων, αν και υποστηρικτής του δυϊσμού ψυχής – σώματος, αναφέρει : *΄΄ώσπερ οφθαλμούς άνευ κεφαλής, ου δει επιχειρείν ιάσθαι ουδέ κεφαλήν άνευ σώματος, ούτω δε το σώμα άνευ ψυχής...΄΄*, απόψεις που τις ασπάζεται και ο Αριστοτέλης, ο οποίος πίστευε και διατεινόταν 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» [38].

Επίσης, ο Γαληνός (2ος αι. μ.Χ.) [39, 40] συσχετίζει το ΄΄μελαγχολικό χυμό΄΄ με τον καρκίνο *΄΄εναργών γαρ άπαντα τα τοιαύτα πάθη και μάλισθ' ο καρκίνος υπό μελαγχολικού γίνεται χυμού΄΄*. Στην παρούσα αναφορά, ο μέλανας χυμός έχει την έννοια της μελαγχολίας και όπως αναφέρει σε άλλο σημείο ο Γαληνός *΄΄ούτω δε κάν ο μελαγχολικός πλεονάσει χυμός, όπως εν μελαγχολία και καρκίνω΄΄*.

Τη σχέση μελαγχολίας και καρκίνου περιγράφει και ο βυζαντινός λογοτέχνης και ιατρός Μιχαήλ Ψελλός (1018-1078) [41], ενώ αργότερα υπήρξαν και νέες θεωρήσεις του καρκίνου, όπως αυτή του Descartes που ενοχοποιεί τις

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

διαταραχές της ροής της λέμφου ως αίτιο του καρκίνου και του Helmont (1579-1664), ο οποίος υποστήριζε πως, όταν ΄΄το πνεύμα της ζωής΄΄ (the spirit of life) βρίσκεται εκτός ελέγχου, προκαλεί τη νόσο, απόψεις οι οποίες πιθανά αποτελούν παραφράσεις της περίσσειας του μέλανος χυμού της Ιπποκράτειας θεωρίας. Κατά την περίοδο του Μεσαίωνα παρατηρείται μια θεοκρατική και ταυτόχρονα μυστικιστική αντίληψη για την εμφάνιση των νόσων, ενώ οι αμαρτίες είναι αυτές που θεωρούνται αιτία όλων των σωματικών και ψυχικών ασθενειών [42].

Στο πέρασμα του χρόνου, μέσα από αναφορές διαφόρων επιστημόνων, βρίσκουμε σημαντικά στοιχεία, γύρω από το θέμα της διασύνδεσης ψυχολογικών παραγόντων με τον καρκίνο, σε πραγματείες γραμμένες από τον C. Guy το 1759, τον Bourrows το 1783 και τον Nunn το 1882. Ο Καθηγητής Gendron του Πανεπιστημίου του Montpellier, εκφράζει στις αρχές του 18ου αιώνα την αντίληψη πως ο κακοήθης όγκος οφείλεται σε αλλοίωση της σωματικής λειτουργίας, που προκαλείται από το φόβο, το άγχος και τα συχνά πένθη [43, 44].

Τον 18ο και 19ο αιώνα οι Paget (1870), Bayle, Delpech, Parker (1885) και Cutter (1887) ήταν μεταξύ αυτών που υποστήριξαν οτι η κατάθλιψη και ένα σύνολο από αγχογόνα γεγονότα, όπως η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, οι άλυτες συγκρούσεις με τη μητέρα και οι ματαιώσεις διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και την εξέλιξη του καρκίνου [45, 46].

Στη διάρκεια του 20ου αιώνα, οι ψυχοσωματικές θεωρήσεις του καρκίνου συνεχίζουν και το 1923 οι Schotlz και Pfeiffer περιγράφουν τις νευρωτικές εκδηλώσεις που προηγούνται της εμφάνισης καρκίνου του παγκρέατος, ενώ ήδη από το 1926 ο Evans εφαρμόζει ψυχαναλυτικές τεχνικές για τη μελέτη 100 ασθενών που πάσχουν από καρκίνο. Έχοντας ως βάση τα αποτελέσματα της μελέτης του, οδηγείται στο συμπέρασμα ότι πριν από την εμφάνιση της νόσου υπήρχε στη ζωή των ασθενών απώλεια μιας σημαντικής σχέσης, καθώς και ότι βασικό χαρακτηριστικό αυτών των ασθενών ήταν η μεγάλη τους δυσκολία στην ΄΄απελευθέρωση΄΄ της ψυχικής τους ενέργειας. Σημαντικά είναι και τα αποτελέσματα ορισμένων ψυχαναλυτικών ερευνών στις αρχές του 20ου αι. που βασίστηκαν σε κλινικό υλικό και οι οποίες κατέληγαν στο συμπέρασμα ότι η ύπαρξη άλυτων συγκρούσεων προδιέθετε για εμφάνιση συγκεκριμένου τύπου καρκίνο, ότι οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο βιώνουν αισθήματα ενοχής και πως η νόσος τους αποτελεί ένα είδος παθητικής αυτοκτονίας, ως αποτέλεσμα των ενοχών και της συνακόλουθης κατάθλιψης [47-49].

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Στις δεκαετίες '30 και '40 ο Wilhelm Reich, που θεωρείται ως ένας ''αιρετικός'' της ψυχαναλυτικής σχολής, ασχολήθηκε στις μελέτες του με τον καρκίνο και τις απόψεις του γύρω από αυτή τη νόσο τις ανέπτυξε στο βιβλίο του "Η βιοπάθεια του καρκίνου". Ο Reich προσέγγιζε τη "βιοπάθεια" του καρκίνου μέσα από το ρόλο της κοσμικής ενέργειας, που ο ίδιος την ονόμασε ως οργόνη, καθώς και μέσα από το ρόλο που διαδραματίζουν οι αισθήσεις στη σεξουαλική δραστηριότητα, απόψεις, οι οποίες δέχτηκαν μεγάλη κριτική και είχαν ελάχιστο αντίκτυπο στην ιατρική σκέψη [7, 50].

Οι δεκαετίες του '50 και '60 ήταν οι πιο σημαντικές για την εγκαθίδρυση της συστηματικής πια έρευνας στο χώρο αυτό. Επίκεντρο των ερευνών αποτελούσαν πια όλα τα στάδια της νόσου: οι παράγοντες κινδύνου, οι προγνωστικοί παράγοντες για την πορεία της νόσου και τη θεραπεία της, καθώς και η μακροχρόνια επιβίωση και το πένθος. Ο A.M. Sutherland και οι συνεργάτες του στο Memorial Sloan-Kattering Hospital of Cancer and Allied Diseases της Νέας Υόρκης [51, 52] πραγματοποίησαν σειρά ερευνών για τους ψυχολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με τον καρκίνο, δημιουργώντας ταυτόχρονα μια παράδοση για την έρευνα σε αυτόν τομέα, παράδοση που συνεχίζεται σήμερα από πολλούς γνωστούς συνεργάτες του (M. Bard, F. Foote, J. Holland). Την ίδια περίοδο, επίσης, ο Άγγλος γιατρός Snow εισάγει τη στατιστική ανάλυση σε ερευνητικά αντικείμενα αυτού του τομέα, αναλύοντας δεδομένα που αφορούσαν στη σχέση μεταξύ στρεσσογόνων γεγονότων και νεοπλασίας και έφτασε σε συμπεράσματα στατιστικά σημαντικά για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των δυο μεταβλητών. Στα ίδια συμπεράσματα κατέληξαν κι άλλοι ερευνητές, όπως οι Schale και Iker [53, 54] και οι Nemeth E. και Mezei A. [55, 56] οι οποίοι μάλιστα διαπίστωσαν, χρησιμοποιώντας το προβολικό τεστ του Rorschah, ότι οι ασθενείς τους εμφάνιζαν χαρακτηριστικά του στοματικού σταδίου της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης, όπως αυτή περιγράφεται από τον Freud, στα οποία συμπεριλαμβάνονται εξάρτηση, δυσκολία έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων, καθώς και δυσκολία στις κοινωνικές τους σχέσεις, σε σύγκριση με υγιή πληθυσμό [46].

Τη δεκαετία του '70, ο ψυχίατρος Ρασιδάκης και οι συνεργάτες του [45, 57] ύστερα από σειρά ερευνών, διαπίστωσαν πως υπήρχε μειωμένη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου στους ψυχιατρικούς ασθενείς. Οι υποθέσεις τους ήταν αρκετές τολμηρές. Υποστήριζαν ότι υπάρχουν 4 ομάδες ασθενειών: η σχιζοφρένεια, τα ψυχοσωματικά νοσήματα (βρογχικό άσθμα, ιδιοπαθής υπέρταση κ.ά), ο σακχαρώδης διαβήτης και ο

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

καρκίνος, που αποτελούν ένα συνεχές, το οποίο ονόμαζαν ψυχοσωματικό συνεχές. Πίστευαν λοιπόν ότι το ένα εμποδίζει την εμφάνιση του άλλου και κατέληγαν να θεωρούν τον καρκίνο ως μια από τις εκδηλώσεις ενός πυρηνικού – ψυχωσικού άγχους, το οποίο εξαφανίζεται όταν μετατραπεί σε σχιζοφρένεια ή καρκίνο. Επιπλέον, θεωρούσαν ότι ΄΄τα νοσήματα του ψυχοσωματικού συνεχούς είναι ανίατα, γιατί αντιπροσωπεύουν την ενσάρκωση του ενστίκτου της δημιουργίας, το οποίο στην περίπτωση του καρκίνου, εκδηλώνεται με το συνεχή και ακατανόητο πολλαπλασιασμό των κυττάρων ενός οργάνου του σώματος. Είναι η ενσάρκωση του ίδιου του ενστίκτου σε μια νοσηρή και άσκοπη εκδήλωσή του΄΄[57].

Κατά τη δεκαετία αυτή, στα πλαίσια της ψυχοσωματικής θεώρησης, οι έρευνες εξειδικεύονται και συστηματοποιούνται ακόμη περισσότερο, καθώς επίσης δημιουργούνται εταιρίες για την ψυχοσωματική έρευνα στον καρκίνο, όπως η EUPSYCA (European Working Group for Psychosomatic Cancer Research), ενώ στη δεκαετία του ΄80 η έρευνα συνεχίζει στους ίδιους τομείς, με προσθήκη ενός ακόμη αντικειμένου που αφορά στην ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο [58, 59]. Το 1989 η Holland J. εισήγαγε τον όρο ***ψυχο-ογκολογία ή ψυχο-κοινωνική ογκολογία***, όπως ονομάστηκε ο επιστημονικός κλάδος που η ίδια όρισε ως υποειδικότητα της ογκολογίας, η οποία μελετά το ρόλο των ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που εμπλέκονται στη νόσηση από καρκίνο και στο χρόνο επιβίωσης, καθώς και τις επιπτώσεις του καρκίνου στις ψυχολογικές λειτουργίες τόσο του ασθενούς και της οικογένειάς του, όσο και του προσωπικού ογκολογικών τμημάτων [7, 60, 61].

Πρόσφατες μελέτες διαπίστωσαν ότι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις μπορούν να αυξήσουν τη δραστηριότητα των κυττάρων φονέων και τη δραστηριότητα των λεμφοκιτοκινών (ενεργοποιημένα κύτταρα φονείς) [30], ενώ βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις γύρω από το θέμα της διασύνδεσης ψυχολογικών παραγόντων με τον καρκίνο, αναγνωρίζουν τη συμβολή των όσων έχουν γίνει μέχρι σήμερα και καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι είναι αναγκαίο να συνεχιστεί η έρευνα γύρω από αυτό το θέμα, με συστηματικότερη μεθοδολογία, με εκτίμηση βιολογικών, συμπεριφοριστικών, κοινωνικών και άλλων παραγόντων, αλλά και με την απαραίτητη συμβολή πολλών επιστημών [62-69].

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Αρκετοί είναι οι ψυχολογικοί παράγοντες που έχουν μελετηθεί για τη διερεύνηση πιθανής συμβολής τους στην καρκινογένεση. Επιχειρώντας μια προσπάθεια ένταξης αυτών των επιμέρους μεταβλητών σε γενικότερες, καταλήγουμε στη δημιουργία των εξής γενικών κατηγοριών:

•*μεταβλητές που αναφέρονται στα στρεσσογόνα γεγονότα της ζωής των ατόμων και στον τρόπο με τον οποίο βιώθηκε από τα ίδια τα άτομα ο συναισθηματικός αντίκτυπός τους*

•*παράμετροι που αφορούν στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της συναισθηματικής κατάστασης των ατόμων αυτών και κυρίως στην ύπαρξη κατάθλιψης και αισθημάτων απελπισίας, καθώς και*

•*μεταβλητές που αναφέρονται στον τύπο και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων που εμφανίζουν καρκίνο*

Πριν προχωρήσουμε στην αναφορά βιβλιογραφικών δεδομένων για το ρόλο αυτών των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών στην παθογένεια του καρκίνου, είναι σημαντικό να επισημάνουμε την πολυπλοκότητα της καρκινογένεσης, δηλαδή την εμπλοκή και την αλληλεπίδραση πολλών παραμέτρων και επιπέδων λειτουργίας στην ανάπτυξη μιας νεοπλασίας και τις δυσκολίες που συναντούν σ΄ αυτόν τον τομέα οι ψυχολογικές, αλλά και οι βιοχημικές έρευνες. Συχνά, η εκδήλωση συμπτωμάτων από την ύπαρξη μιας κακοήθους νεοπλασίας χρειάζεται πολλά χρόνια, ακολουθώντας τη μετατροπή των φυσιολογικών κυττάρων σε καρκινικά κύτταρα. Γι' αυτό το λόγο, σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δύσκολο να γνωρίζουμε αν οι εκτιμήσεις και οι μετρήσεις που κάνουμε για τη δράση διαφόρων παραγόντων γίνονται κατά την προδιαγνωστική περίοδο ή αν στην πραγματικότητα αναδεικνύουν καταστάσεις μιας πρόδρομης φάσης της νόσου. Επίσης, στην περίπτωση που μελετάμε τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς, υπάρχει δυσκολία στο να προσδιορίσουμε ακριβώς αν οι συγκεκριμένες εκδηλώσεις της ψυχολογικής του κατάστασης, όπως το άγχος και η κατάθλιψη, είναι συνέπεια της νόσου ή αν αποτελούν σταθερά χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του, τα οποία ήδη προϋπήρχαν, καθώς και του τρόπου με τον οποίο συνήθως λειτουργεί το άτομο. Ωστόσο, για τη μείωση αυτών

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

των αμφιβολιών, η μεθοδολογία των σύγχρονων ερευνών σε αυτό το χώρο σχεδιάζεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να ελέγχεται στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό αυτού του τύπου η αβεβαιότητα και να διαφυλάσσεται η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

3.1. ΨΥΧΟΝΕΥΡΟΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ, STRESS ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Τα τελευταία χρόνια, ο τομέας της *ψυχονευροανοσολογίας (psychoneuroimmunology)* αποτελεί ένα σημαντικό πεδίο έρευνας, στα πλαίσια του οποίου καταδεικνύεται η απομάκρυνση από τον Καρτεσιανό δυϊσμό και η προσέγγιση ενός ολιστικού μοντέλου θεώρησης της νόσου του καρκίνου. Στα αντικείμενα ενδιαφέροντος της ψυχονευροανοσολογίας ανήκει και η προσπάθεια βαθύτερης κατανόησης της έννοιας του stress, μέσα από την αποσαφήνιση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ σώματος και ψυχής ή καλύτερα μεταξύ σώματος και συγκινήσεων. Από το χώρο της ψυχονευροανοσολογίας μπορεί να παραχθεί σημαντική γνώση για το ρόλο που μπορεί να διαδραματίζουν τα συναισθήματα και οι συνακόλουθες αλλαγές που προκαλούνται στις βιολογικές λειτουργίες, τόσο στην εμφάνιση όσο και στην πορεία του καρκίνου [70-73].

Σύμφωνα με τον Hans Selye [74-78], η έννοια του stress μπορεί να οριστεί ως *''η μη ειδική ανταπόκριση του οργανισμού σε οποιοδήποτε ερέθισμα''* και υποστήριξε ότι *''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''*. Πιο συγκεκριμένα, παρατήρησε ότι, ενώ υπάρχουν ποικίλες καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν stress, ο οργανισμός αντιδρά με τον ίδιο πάντα στερεότυπο τρόπο, ανεξάρτητα από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της στρεσσογόνου κατάστασης. Ο στερεότυπος αυτός τρόπος αντίδρασης περιλαμβάνει διόγκωση των επινεφριδίων αδένων, συρρίκνωση του θυμού αδένα και των λεμφογαγγλίων, καθώς και έλκωση του στομάχου. Η δράση διαφόρων μορφών stress έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση διαταραχών, τόσο στην έκκριση ορμονών του ενδοκρινικού συστήματος, όσο και στην κυτταρική και χημική ανοσία. Αυτό σημαίνει ότι το stress αποτελεί μια απειλή της ομοιόστασης, αφού κινητοποιεί κεντρικούς και περιφερικούς μηχανισμούς, υπεύθυνους για τη διατήρηση της εσωτερικής ισορροπίας σ' έναν οργανισμό.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Ο Η. Selye [76] ύστερα από μελέτες του σε ζώα, περιέγραψε πιο αναλυτικά την έννοια του stress και ονόμασε την ψυχοβιολογική απάντηση του οργανισμού σε στρεσσογόνα ερεθίσματα ως *Γενικό Σύνδρομο Προσαρμογής (General Adaptation Syndrome ή GAS)*, το οποίο εξελίσσεται σε τρία στάδια :

α. το στάδιο συναγερμού ή αντίδραση ανησυχίας, όπου αρχικά παρατηρείται μείωση της δραστηριότητας και στη συνέχεια κινητοποίηση, με εκδηλώσεις, όπως αύξηση της ροής του αίματος, υποθερμία, υποτονία κ.ά.,

β. το στάδιο αντίστασης, το οποίο αποτελεί αμυντική φάση και αποσκοπεί στην προσαρμογή. Κατά τη διάρκεια του σταδίου αυτού, ο οργανισμός αναπτύσσει αντιστάσεις με σκοπό την εξαφάνιση των συμπτωμάτων του πρώτου σταδίου και την επάνοδο στη φυσιολογική λειτουργία και

γ. το στάδιο εξάντλησης, κατά το οποίο οι προσπάθειες προσαρμογής δεν μπορούν να ξεπεράσουν την κατάσταση, γι' αυτό και παρατηρείται εξουθένωση του οργανισμού, πριν υποχωρήσουν τα στρεσσογόνα ερεθίσματα, ενώ επανεμφανίζονται εντονότερα οι εκδηλώσεις της φάσης του συναγερμού [79].

Επίσης, στη θεωρία του ο Selye τονίζει ότι η αντίδραση GAS δεν συνεπάγεται αναγκαστικά νόσο, αλλά στις περιπτώσεις όπου η αντίδραση παρατείνεται ή επαναλαμβάνεται συχνά, τότε μπορεί να αρχίσει μια διεργασία ανάπτυξης κάποιας νόσου, εφόσον βέβαια υπάρχει ευάλωτο όργανο ή λειτουργία [80].

Ο W. Cannon [81, 82], γνωστός για τη θεωρία του γύρω από την αντίδραση *''fight or flight''(μάχη ή φυγή)* σε στρεσσογόνες καταστάσεις, επεσήμανε οτι *''όταν το stress φτάσει σε κάποιο κρίσιμο επίπεδο, τότε διαταράσσεται η ομοιοστατική λειτουργία του οργανισμού και εμφανίζεται παθολογική αντίδραση''*, ενώ, ο G. Caplan [83] χαρακτηρίζει το stress ως μια κατάσταση στην οποία υπάρχει μεγάλη απόσταση μεταξύ των απαιτήσεων που επιβάλλονται στον οργανισμό και της ικανότητας του να ανταποκριθεί σε αυτές [80].

Νευροενδοκριτικοί, ανοσοποιητικοί και ενζυματικοί μηχανισμοί εμπλέκονται στην εκδήλωση των φαινομένων που σχετίζονται με το stress. Το νευρικό, το ενδοκρινικό και το ανοσολογικό σύστημα βρίσκονται κάτω από μια συνεχή και δυναμική συνεργασία, η επικοινωνία των οποίων γίνεται μέσω διαφόρων χημικών ουσιών (π.χ. ορμόνες) και οργανικών συστατικών του οργανισμού (π.χ. τα νεύρα, τα αγγεία κ.ά.), μια και ανατομικά δε συνδέονται. Επιπλέον, αξίζει να τονιστεί ότι για τη σωστή ανάπτυξη και λειτουργία του ανοσολογικού συστήματος είναι απαραίτητη η

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

σύγχρονη δραστηριότητα του νευρικού και ενδοκρινολογικού συστήματος. Έτσι, θα μπορούσαμε να κάνουμε λόγο για έναν *"Νευρο-ενδοκρινο-ανοσολογικό άξονα"* [84], που ο ιδιαίτερος τρόπος δόμησής του είναι το αποτέλεσμα επιδράσεων μεταξύ γονιδίων και περιβάλλοντος και ο οποίος αποτελεί μια πολυσυστημική δομή, που διαφέρει μεταξύ των ατόμων και μπορεί να προδιαθέτει ή όχι, σε μια συγκεκριμένη ανοσολογική ασθένεια. Ο "Νευρο-ενδοκρινο-ανοσολογικός άξονας" (ΝΕΑ άξονας) μπορεί να "καταρρεύσει" κάτω από την επίδραση ενδογενών ή εξωγενών παραγόντων, όπως είναι η χρόνια επίδραση του stress, η χορήγηση ορμονών ή ψυχοφαρμάκων ή ακόμη και οι βιολογικές διαταραχές του γήρατος, που είναι ικανές να αποδιοργανώσουν τη σχέση ομοιοστασίας του άξονα [84].

Σχετικά με την ψυχοφυσιολογία του stress, είναι σημαντικό επίσης να αναφέρουμε πώς όταν ένα άτομο έχει να αντιμετωπίσει ένα έντονο στρεσσογόνο ερέθισμα, ο οργανισμός μπαίνει σε μια διαδικασία έκτακτης ανάγκης, στην οποία το μυϊκό σύστημα διαδραματίζει πρωταρχικό ρόλο, καθώς προετοιμάζεται για τη λεγόμενη αντίδραση επίθεσης ή φυγής (fight or flight). Αμέσως, δραστηριοποιούνται και βρίσκονται σε ετοιμότητα το κυκλοφοριακό και το αναπνευστικό σύστημα, μια και χρειάζεται αυξημένη παροχή αίματος στους μυς, οξυγόνου και γλυκόζης, ενώ ταυτόχρονα αναστέλλεται ή περιορίζεται η λειτουργία συστημάτων που δεν έχουν άμεση σχέση με την κατάσταση έκτακτης ανάγκης (π.χ. γεννητικό, γαστρεντερικό κ.ά). Το νευρικό σύστημα είναι αυτό που κατευθύνει τις αντιδράσεις. Το στρεσσογόνο μήνυμα μεταφέρεται στον υποθάλαμο, ο οποίος δραστηριοποιεί δυο επιμέρους συστήματα [72, 84, 85]:

α. τον άξονα Υποθάλαμος - Υπόφυση - Επινεφρίδια: η διέγερση του υποθαλάμου, ο οποίος ελέγχει τη λειτουργία της υπόφυσης, προκαλεί έκκριση από τον πρόσθιο λοβό της αδρενοκορτικοτρόπου ορμόνης (ACTH), που ρυθμίζει τη λειτουργία του φλοιού των επινεφριδίων, τα οποία με τη σειρά τους εκκρίνουν, ανάλογα με τις ανάγκες, ορισμένες ποσότητες κορτικοστεροειδών. Το ανοσολογικό σύστημα στην περίπτωση αυτή εμπλέκεται μέσα από τη διασύνδεση που έχει με το συγκεκριμένο ορμονικό σύστημα.

β. το αυτόνομο νευρικό σύστημα, με την έκκριση αδρεναλίνης: η αδρεναλίνη συμβάλλει στη διαθεσιμότητα ενέργειας και στην ενίσχυση των αμυντικών δυνατοτήτων με την αύξηση της συχνότητας του σφυγμού, την αύξηση της αρτηριακής πίεσης και της τροφοδότησης των μυών με αίμα, καθώς και την

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ενεργοποίηση του ΚΝΣ.

Πρόσφατα επίσης, γίνεται αναφορά στο ρόλο του stress στη μειωμένη αναδόμηση μέρους του DNA που έχει υποστεί βλάβη, καθώς και στις μεταβολές της απόπτωσης των κυττάρων [86].

Ουσιαστικά λοιπόν, τα στρεσσογόνα γεγονότα, ψυχολογικά ή κοινωνικά, μετατρέπονται στον εγκέφαλο σε βιολογικά, ενεργοποιώντας τον νευροενδοκρινικό άξονα και συστήματα ελέγχου του νευρικού συστήματος, διεργασία που είναι εμφανής κυρίως στις αιμοδυναμικές αντιδράσεις, στις λειτουργίες των θρομβοκυττάρων και του ινωδογόνου, στα επίπεδα λιπιδίων και χοληστερίνης στο αίμα, καθώς και στη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Τόσο η συμμετοχή των κατεχολαμινών και των κορτικοστεροειδών σε αυτές τις διεργασίες, όσο και ο ρόλος τους στα συναισθήματα και τις ψυχικές αντιδράσεις θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικά [80].

Σύγχρονες προσεγγίσεις από το χώρο της νευροφυσιολογίας και της βιολογίας έχουν δώσει σαφή δείγματα της διασύνδεσης βιολογικού και ψυχολογικού επιπέδου, καθώς και της βιολογικής υπόστασης της ψυχολογικής λειτουργίας, υποστηρίζοντας ότι οι "ψυχιατρικές νόσοι", οι οποίες αναφέρονται σε διαταραχές της κατηγοριοποίησης, της νοητικής δραστηριότητας και της εμπειρίας των ποιοτήτων, προκύπτουν από λειτουργικές μεταβολές σε πολλά επίπεδα, από τις συνάψεις μέχρι τους βρόχους επανεισόδου, όπου παρατηρείται μια γενικευμένη διαταραχή του συντονισμού αυτών των βρόχων και οι οποίοι τελικά προσβάλλουν την κατηγοριοποίηση, τη μνήμη και τις συμβολικές διαδικασίες [87].

3.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

3.2.1. Εργαστηριακά δεδομένα

Η σχετική βιβλιογραφία περιλαμβάνει ποικίλες απόψεις γύρω από το ρόλο των στρεσσογόνων παραγόντων στον καρκίνο και εκατοντάδες αναφορές. Οι Sklar και Anisman [88, 89], με βάση την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, αλλά και τα αποτελέσματα δικών τους ερευνών επεσήμαναν ότι τα συμπεράσματα ερευνών που γίνονται για τη διερεύνηση του ρόλου των στρεσσογόνων παραγόντων στον καρκίνο

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ποικίλλουν. Κι αυτό γιατί εξαρτώνται από πολυάριθμους παράγοντες, όπως το στάδιο της ασθένειας, η φύση του stress, ο ρυθμός και η διάρκεια της έκθεσης σε στρεσσογόνες συνθήκες, η κατάσταση του δείγματος, το κοινωνικό περιβάλλον κ.ά. Για τη μεγαλύτερη αξιοπιστία των αποτελεσμάτων, οι έρευνες που έγιναν σε ζώα γύρω από αυτό το θέμα προσανατολίζονταν σε μια από τις ακόλουθες τρεις φάσεις : τη *φάση I*, όπου δεν έχει ακόμη εμφανιστεί νόσος και πιθανά επιτελούνται οι πρώτες κυτταρικές αλλοιώσεις, τη *φάση II* όπου εμφανίζεται η νόσος και τη *φάση III*, κατά την οποία παρατηρούνται μεταστάσεις ή υποτροπές της νόσου [90].

Μεγάλο μέρος των ερευνών προσανατολίστηκε στην πρώτη φάση, όπως αυτές που πραγματοποιήθηκαν σε νεογέννητα πειραματόζωα που δέχτηκαν κάποια μορφή stress και τα οποία εμφάνιζαν στην ενήλικη ζωής τους μειωμένα επίπεδα κορτικοστερόνης στον ορό και κακή προσαρμογή σε στρεσσογόνες καταστάσεις [91-93], ενώ σε ιστολογικές μελέτες του εγκεφάλου ενήλικων πλέον πειραματόζωων, με παρόμοιες πρώιμες εμπειρίες, βρέθηκαν διαταραχές στην ανατομική σύσταση των νευρικών κυττάρων, των νευρικών συνάψεων ή άλλων κυτταρικών σχηματισμών [94-96].

Ανάλογες έρευνες έδειξαν ότι ο αποχωρισμός νεογέννητων αρουραίων από τη μητέρα τους είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση των επιπέδων της αυξητικής ορμόνης στον ορό τους, καθώς και την ελάττωση της δραστηριότητας του ενζύμου ορνιθίνη δεκαρβοξυλάσης στον εγκέφαλο [79, 97].

Έρευνες που εστίασαν το ενδιαφέρον τους στη φάση II, όπως αυτή των Samydzen και Turkevich (1955) έδειξαν ότι η σφοδρότητα της καρκινικής ανάπτυξης στα πειραματόζωα που είχαν υποστεί στρεσσογόνα ερεθίσματα ήταν πολύ υψηλότερη από ότι στα ζώα που δεν είχαν υποβληθεί σε αντίστοιχες συνθήκες, ενώ άλλοι ερευνητές ανέφεραν πως τα πειραματόζωα τύπου Hamstead Dore ανέπτυσσαν ταχύτερα έναν κακοήθη όγκο που είχε εμβολιαστεί στο μηρό, αν προηγουμένως είχαν υποβληθεί σε stress που προκαλείται από υπερήχους [98].

Από αναφορές άλλων συγγραφέων [99-101] προκύπτει ότι η έκθεση σε ηλεκτρικό shock ορισμένων ζώων είχε ως αποτέλεσμα ταχύτερη εμφάνιση καρκίνου ή αύξηση του μεγέθους του ήδη υπάρχοντος όγκου, καθώς και μείωση της επιβίωσης.

Για τις μελέτες γύρω από τη σχέση stress και καρκίνου έχουν χρησιμοποιηθεί, κατά καιρούς, αυτόματοι, ιογενείς, καθώς και μεταμοσχεύσιμοι όγκοι σε ποικίλες γενιές ποντικιών. Οι LaBarba και συνεργάτες [102, 103] ανέφεραν πως θηλυκά

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ποντίκια πέθαιναν πολύ νωρίτερα, ύστερα από ένεση καρκινογόνου ουσίας, τύπου Ehrlich, που προκαλεί ασκίτη, όταν μεταφέρονταν από τις συνήθεις συνθήκες ομαδικής ζωής σε ατομική απομόνωση. Επίσης, από μια άλλη πειραματική εργασία [104] διαπιστώθηκε πως οι αρουραίοι που είχαν καθημερινή ιδιαίτερη φροντίδα, χάδια και στοργή από το προσωπικό του εργαστηρίου, επέζησαν περισσότερο από την ομάδα ελέγχου, που στερούνταν αυτής της περιποίησης, όταν αργότερα εμβολιάστηκαν με καρκινογόνο εμβόλιο. Μόνο το 4% της βασικής πειραματικής ομάδας προσβλήθηκε από τον κακοήθη όγκο και πέθανε, ενώ για την ομάδα ελέγχου το ποσοστό των αρουραίων που πέθανε ήταν 96%. Ακόμη πιο πειστικές ενδείξεις προέρχονται από αποτελέσματα Γάλλων ερευνητών, όπως ο Dechambres [105], ο οποίος σε μια έρευνά του με 4000 ποντίκια έδειξε πως το βάρος του ασκητικού υγρού, που προκαλείται αν τα ζώα εμβολιαστούν με καρκινογόνο εμβόλιο, αυξάνει σημαντικότερα στα ποντίκια που ζουν μόνα τους, παρά σε άλλα που ζουν σε ομαδική ζωή [45, 90].

Τα αποτελέσματα των προαναφερθέντων ερευνών συγκλίνουν στο ότι βίωση συνθηκών stress συμβάλλει στην ανάπτυξη καρκίνου σε ζώα που μελετήθηκαν σε εργαστηριακές συνθήκες. Ωστόσο, υπάρχουν και ερευνητές [90,106,107]που κριτικάρουν τα ευρήματα αυτού του είδους των εργαστηριακών ερευνών, θεωρώντας ότι οι έρευνες που γίνονται σε ζώα είναι σημαντικές, αλλά ότι η απλή γενίκευση των αποτελεσμάτων ανάλογων ερευνών που γίνονται σε ζώα, στους ανθρώπους, μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα παραπλανητική. Κι αυτό, τόσο γιατί υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ του καρκίνου σε πειραματόζωα και του καρκίνου που εμφανίζεται σε ανθρώπους, αλλά και γιατί στις μελέτες που γίνονται σε πειραματόζωα, συνήθως, δε λαμβάνονται υπόψη παράγοντες, όπως η ποιότητα, η ποσότητα και ο χρόνος εμφάνισης του στρεσσογόνου ερεθίσματος, η διατροφή, ο τόπος στέγασης των ζώων, οι προϋπάρχουσες ασθένειες, η αμυντική ικανότητα του οργανισμού κ.ά. Κυρίως, όμως, όπως υποστηρίζεται, δε λαμβάνεται υπόψη ο παράγοντας της "προσαρμοστικότητας" που διαθέτει ο άνθρωπος και ο οποίος είναι καθοριστικός, μιας και του παρέχει τη δυνατότητα να αλλάζει, να αποφεύγει ή να υπομένει καταστάσεις, να αντιδρά παρεμβατικά κ.ά.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

3.2.2. Ερευνητικά δεδομένα σε ασθενείς με καρκίνο

Πλήθος ερευνών που έχουν γίνει σε ανθρώπους κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι αυξημένη συχνότητα στρεσσογόνων γεγονότων προκαλεί εμφάνιση καρκίνου και κυρίως καρκίνου μαστού, τραχήλου μήτρας, παγκρέατος, στομάχου και πνεύμονα [53,108-112], ενώ επίσης διαπίστωσαν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των στρεσσογόνων γεγονότων και της πιθανής υποτροπής της νόσου [107, 113-115].

Η άποψη που υποστηρίζεται ευρέως σήμερα σχετικά με τη γένεση της νόσου του καρκίνου επικεντρώνεται στη σωματική μεταλλαγή (somatic mutation), σύμφωνα με την οποία, η γενετική αλλοίωση ή μεταλλαγή ενός μόνου κυττάρου είναι δυνατό να προκαλέσει αλυσιδωτά την ανάπτυξη ενός συνόλου από ανάλογα καρκινικά κύτταρα. Επισημαίνεται ωστόσο, ότι η ανάπτυξη ή μη της νόσου εξαρτάται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε ανθρώπινου οργανισμού, συμπεριλαμβανομένης της λειτουργίας των ορμονών και γενικότερα του ανοσοποιητικού συστήματος.

Οι Kiecolt-Glaser και συνεργάτες [70, 71] έδειξαν ότι η δραστηριότητα των φυσικών κυττάρων - φονέων συσχετίζεται θετικά με το stress και την έλλειψη κοινωνικής και ψυχολογικής υποστήριξης, ενώ σε αντίστοιχη έρευνα ο Levy παρατήρησε θετική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου υποστήριξης από τους άλλους, όπως το αντιλαμβανόταν το ίδιο το άτομο και της δραστηριότητας των φυσικών κυττάρων - φονέων σε 120 γυναίκες με καρκίνο μαστού σταδίου I και II [116-119]. Επίσης, πρόσφατη έρευνα που μελετούσε το ρόλο των αρνητικών στρεσσογόνων γεγονότων και της συνακόλουθης πεσιμιστικής διάθεσης ως παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου τραχήλου μήτρας παρατήρησε θετική συσχέτιση [120].

Από μια άλλη έρευνα, στην οποία συμμετείχαν 1596 γυναίκες με καρκίνο μαστού και 567 υγιείς μάρτυρες, διαπιστώθηκε ότι στρεσσογόνα γεγονότα και κυρίως διαπροσωπική απώλεια συσχετίζονται τόσο με την εμφάνιση καρκίνου μαστού όσο και με τη βαρύτητα της νόσου [120], ενώ ο ίδιος ερευνητής [122] σε μια πιο πρόσφατη προοπτική μελέτη 2163 γυναικών, που παρακολουθούνταν σε τακτά χρονικά διαστήματα, κατέληξε στα ίδια συμπεράσματα. Επίσης, ορισμένοι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο αριθμός των ψυχοπιεστικών γεγονότων δεν φαίνεται να συσχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη καρκίνου ή την εξέλιξή του, αλλά ότι ο σημαντικότερος παράγοντας που επηρεάζει την εμφάνιση της νόσου είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ του stress, της προσωπικότητας του ατόμου, της διαθέσιμης ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και της ικανότητας του ατόμου

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

να αντιμετωπίζει στρεσσογόνες καταστάσεις [112, 123, 124].

Όμως, η διεθνής βιβλιογραφία περιλαμβάνει μια σειρά ερευνών που δεν κατέληξαν στον εντοπισμό ύπαρξης κάποιου συσχετισμού μεταξύ στρεσσογόνων γεγονότων και εμφάνισης καρκίνου [125-127]. Ο Keehn μάλιστα, παρακολουθώντας 24 χρόνια βετεράνους του Β' Παγκόσμιου Πολέμου που διαγνώστηκαν με μετατραυματική νεύρωση δεν παρατήρησε συχνότερη εμφάνιση καρκίνου σε σχέση με το γενικό πληθυσμό [128].

Ο B. Fox, συνοψίζοντας το 1983 τα αποτελέσματα ερευνών, τόσο σε ζώα όσο και σε ανθρώπους, γύρω από αυτό το θέμα, συμπέρανε ότι τα στρεσσογόνα γεγονότα επηρεάζουν την εμφάνιση και την εξέλιξη του καρκίνου, αλλά σε ένα μικρό ποσοστό [106] θεωρώντας, όπως υποστηρίζεται και από άλλους ερευνητές [129], ότι θα πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί απέναντι σε τέτοιου είδους συσχετισμούς, αφού δεν είναι δυνατό να γνωρίζουμε αν ένα αγχογόνο γεγονός προηγείται ή έπεται της γένεσης της διεργασίας του καρκίνου.

Ωστόσο, πολύ πρόσφατες έρευνες [130-131] αναγνωρίζουν το ρόλο των ψυχολογικών παραγόντων στη δημιουργία μιας κακοήθους νεοπλασίας, τονίζοντας όμως τη σημασία της αλληλεπίδρασης των ψυχολογικών και των βιολογικών παραγόντων στην ανάπτυξη ενός όγκου.

3.2.3. Παράγοντες που καθορίζουν τον τρόπο αντίδρασης στο stress

Ο τρόπος αντίδρασης στο stress εξαρτάται τόσο από τα χαρακτηριστικά των στρεσσογόνων ερεθισμάτων, όσο και από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου. ***Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του stress*** αποτελούν ένα πολύ σημαντικό παράγοντα, μια και η αντίδραση σε αυτό εξαρτάται από τη σοβαρότητα των 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 της ζωής, αφού η αλληλεπίδραση μεταξύ του οργανισμού και του περιβάλλοντος συχνά μπορεί να προκαλέσει μια απώλεια της ευελιξίας των προσαρμοστικών δυνατοτήτων. Το παρατεταμένο και έντονο stress, όμως, μπορεί να είναι επιβλαβές και είναι πιθανό να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη σωματικών και ψυχικών νοσογόνων διεργασιών [80].

Ο Richard Lazarus [132, 133] υποστήριξε ότι η αντίδραση ενός ατόμου σ' ένα στρεσσογόνο ερέθισμα εξαρτάται, κατά κύριο λόγο, από ***τον τρόπο με τον οποίο το ίδιο***

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

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

Είναι αυτονόητο ότι αγχογόνα γεγονότα βιώνουν όλοι οι άνθρωποι, αλλά δεν έχουν την ίδια "παθογόνα" δράση σε όλους. Ένας από τους παράγοντες που καθορίζουν την πιθανότητα "παθογόνου δράσης" θεωρείται ότι είναι ***οι τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία*** (διαζύγιο γονιών, θάνατος γονιών, κ.ά.), οι οποίες αλληλεπιδρούν με στρεσσογόνα γεγονότα της ενήλικης ζωής και αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων [80, 123, 130].

Σύμφωνα με τη Φροϋδική άποψη, ως **τραύμα** θεωρείται η ψυχική υπερφόρτωση, λόγω κατακλυσμού του Εγώ από αρνητικά ερεθίσματα, με αποτέλεσμα τη δημιουργία του αισθήματος αβοηθησίας (helplessness). Το τραύμα βιώνεται ως άγχος και συνοδεύεται από σωματικά ή ψυχικά συμπτώματα. Ο Freud ονομάζει ως τραύματα τα εξωτερικά ερεθίσματα που είναι ικανά να διασπάσουν τον "φραγμό" που περιβάλλει το ψυχικό όργανο, τον ψυχικό κόσμο, και τον προστατεύει από τα αδιάλειπτα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, τον οποίο ο Freud τον παρομοίαζε με τη διαφοροποιημένη εξωτερική στοιβάδα του πρωτοπλάσματος. Ενώ ο φραγμός αυτός, όπως υποστηρίζει ο Freud, ελέγχει τα εξωτερικά ερεθίσματα, δεν ασκεί καμία επιρροή στα αισθήματα ηδονής και δυσαρέσκειας, τα οποία προκαλούνται από εσωτερικές διεργασίες και τα οποία είναι ανώτερα από τα εξωτερικά. Η οργάνωση αυτού του συστήματος συνήθως εμποδίζει την υπερβολική αύξηση της διέγερσης και τη συνακόλουθη εμφάνιση δυσαρέσκειας, όταν όμως ένα εξωτερικό τραυματικό ερέθισμα διασπάσει τον "φραγμό", αναστατώνει την ενεργειακή οικονομία του οργανισμού και θέτει εκτός μάχης την αρχή της ηδονής, αφού πια κατακλύζεται ολόκληρο το ψυχικό

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

όργανο από μεγάλες ποσότητες διέγερσης. Σ' αυτή την περίπτωση, πάντα στα πλαίσια μιας υπόθεσης, η μόνη άμυνα που διαθέτει το άτομο είναι η συγκέντρωση αντίστοιχων μεγάλων φορτίων ενέργειας στα σημεία διάσπασης, για να εξουδετερωθούν τα τραυματικά ερεθίσματα. Σύμφωνα με τα παραπάνω, η βάση της διαταραχής που προκαλείται από τα στρεσσογόνα γεγονότα βρίσκεται στην έννοια του τραύματος, μια και τα εξωτερικά γεγονότα αποκτούν τραυματικό χαρακτήρα, όταν μετατραπούν σε εσωτερικές εμπειρίες [80].

Ορισμένοι ψυχαναλυτές προτείνουν ένα γενικό μοντέλο εξήγησης της σωματικής αποδιοργάνωσης για την οποία ο καρκίνος αποτελεί ένα άκρο. Πιο συγκεκριμένα, η Α. Ποταμιάνου προτείνει ένα μοντέλο που βασίζεται στην ανικανότητα - ακαταλληλότητα της ψυχικής ενέργειας. Υποστηρίζει λοιπόν, ότι μέσα από την κλινική πρακτική είναι εμφανές ότι πολλές προσυνειδητές εμπειρίες ή συσσωρευμένα τραυματικά γεγονότα είναι δυνατό να προκαλέσουν ρήγματα ή μη κανονικότητα στη συνέχεια της ψυχικής - διανοητικής οργάνωσης ενός ατόμου. Αυτές οι μη κανονικότητες μπορεί να εκδηλώνονται ως ένα είδος ψυχικού μαρασμού ή μέσα από ένα βασικά καταθλιπτικό μηχανιστικό τρόπο ψυχικής λειτουργίας που εγκαθίσταται μέρα με τη μέρα, με περιορισμένες δυνατότητες να επαναδιαπραγματευτεί τις εμπειρίες του ή να τους δώσει μια συμβολική σημασία, κάτι που θα έκανε πιο ανώδυνο τον αντίκτυπο της κρίσης ή του τραυματικού γεγονότος. Σε αυτή την αλληλουχία των ανεπαρκών ψυχικών διεργασιών, η παθητικότητα ή η δεκτικότητα της εσωτερικής ψυχικής κινητικότητας απωθείται, τα αισθήματα απομονώνονται και η φαντασία περιορίζεται, με εφαρμογή μηχανισμών άμυνας, όπως είναι η απώθηση και η μόνωση. Αυτές οι καταστάσεις προετοιμάζουν ένα ευνοϊκό έδαφος για σωματική δυσλειτουργία και αποδιοργάνωση, γιατί δεν υπάρχουν επαρκείς στερεώσεις – καθηλώσεις στο διανοητικό επίπεδο που θα βοηθούσαν το Εγώ να οργανώσει αποτελεσματικές ψυχικές άμυνες, οι οποίες θα μπορούσαν να προστατέψουν το σώμα. Οι καταθλιπτικές αντιδράσεις δεν συνδέονται με την απώλεια και τις ματαιώσεις, αλλά με το κενό των εσωτερικών αντικειμένων και με την πλήρη ανικανότητα ή τη μεγάλη δυσκολία στο να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν στενούς ψυχικούς δεσμούς. Η σωματική παλινδρόμηση μπορεί να οδηγήσει είτε σε αναδιοργάνωση είτε στην έναρξη μιας σοβαρής αποδιοργανωτικής διεργασίας [16, 134].

Το ερώτημα γιατί το ίδιο στρεσσογόνο ερέθισμα προκαλεί διαφορετικές

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

αντιδράσεις σε διαφορετικούς ανθρώπους αποτέλεσε θέμα έντονου προβληματισμού. Ο Freud έδειξε μεγάλο ενδιαφέρον για τους λόγους για τους οποίους το καθημερινό stress προκαλεί την εμφάνιση μιας νόσου μόνο σε ορισμένα άτομα, ενώ σε άλλα δεν προκαλεί, αλλά η ερμηνεία που έδωσε απορρίφθηκε από τις μετέπειτα ψυχαναλυτικές μελέτες.

Ενδιαφέρουσα ήταν η άποψη του Winnicott [135] για το ρόλο της μητέρας και του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο μεγαλώνει το παιδί, θεωρώντας ότι αυτοί οι δυο παράγοντες συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ικανότητας αντιμετώπισης ψυχοπιεστικών γεγονότων, και έκανε εκτενή λόγο για την "αρκετά καλή μητέρα" (good enough mother), ένα πρόσωπο το οποίο ανταποκρίνεται ενεργητικά στις ανάγκες του παιδιού, λειτουργεί ως προστατευτική ασπίδα, αλλά σταδιακά παύει να εκπληρεί όλες τις απαιτήσεις του παιδιού, ανάλογα με την ικανότητα που διαθέτει το παιδί να κατανοεί αυτή την αποτυχία εκπλήρωσης των επιθυμιών του και να αντέχει τη ματαίωση. Η κατάρρευση της μητέρας ως προστατευτικής ασπίδας μπορεί να αποτελέσει μια τραυματική εμπειρία για το παιδί, η οποία ανάλογα με τη χρονική στιγμή που ξεκίνησε κι με τη διάρκειά της, αποτελεί, σύμφωνα με τον Winnicott έναν προδιαθεσικό παράγοντα για διαταραχές προσαρμογής του ατόμου, όταν στην ενήλικη ζωή του χρειαστεί να αντιμετωπίσει στρεσσογόνα γεγονότα.

Είναι σημαντικό όμως να επισημανθεί ότι δεν υφίσταται μια απλή, άμεση σχέση μεταξύ stress και καρκινογένεσης. Στη σχέση αυτή εμπλέκονται κι άλλοι νοσογόνοι παράγοντες, με τη συμβολή των οποίων το stress μπορεί να δράσει είτε διευκολύνοντας (promoter) είτε αναστέλλοντας (inhibitor) την καρκινογόνο δράση τους [90]. Το stress δεν έχει απαραίτητα έναν αρνητικό αντίκτυπο στη λειτουργία του οργανισμού και στην εξέλιξη μιας νοσογόνου κατάστασης. Αντίθετα, αποτελεί ένα συντελεστικό παράγοντα, του οποίου η συμβολή θα πρέπει να εκτιμάται σε ένα δυναμικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο περιλαμβάνονται και οι δυνατότητες κοινωνικής υποστήριξης.

Γενικά, λοιπόν, η απάντηση στο stress καθορίζεται από παράγοντες βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς, γεγονός το οποίο καθιστά απαραίτητο τον εντοπισμό και την αποσαφήνιση της φύσης των στρεσσογόνων ερεθισμάτων, αλλά και τη βαθιά γνώση της προσωπικότητας του ατόμου, στις περιπτώσεις που επιθυμούμε να εκτιμήσουμε γιατί ένα άτομο αντιδρά με ένα συγκεκριμένο τρόπο στο stress [80, 124, 136, 137].

Στα πλαίσια της συστημικής προσέγγισης προτάθηκε ένα μοντέλο για τη μελέτη των σχετιζόμενων με το stress σωματικών διαταραχών από τον G. Schwartz (1977), το

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

οποίο ονομάζεται ***Μοντέλο Απορρύθμισης*** (Disregulation Model) και βασίζεται στην έννοια της *αρνητικής ανάδρασης* (negative feedback). Για την κατανόηση του μοντέλου αυτού γίνεται παραλληλισμός του οργανισμού με το σύστημα θερμοστάτη – καλοριφέρ. Η θερμοκρασία του περιβάλλοντος προσλαμβάνεται από το θερμόμετρο του θερμοστάτη, ο οποίος ανάλογα με αυτή ανάβει ή σβήνει τον καυστήρα του καλοριφέρ, ώστε να διατηρείται μια σταθερή επιθυμητή θερμοκρασία. Σύμφωνα με το μοντέλο της Απορρύθμισης, λοιπόν, στον ανθρώπινο οργανισμό η διαταραχή μπορεί να προκύψει είτε λόγω υπερβολικών περιβαλλοντικών απαιτήσεων, είτε λόγω βλάβης στο ρυθμιστικό σύστημα. Στο σύστημα άνθρωπος μπορεί να παρατηρηθεί απορρύθμιση:

- όταν οι περιβαλλοντικές απαιτήσεις είναι τόσο υψηλές, ώστε ξεπερνούν τις δυνατότητες του οργανισμού για εξισορρόπηση
- όταν υπάρξει δυσλειτουργία στην επεξεργασία των πληροφοριών στο ΚΝΣ, με αποτέλεσμα να σημειωθεί υποαντίδραση ή υπεραντίδραση στο ερέθισμα
- όταν υπάρξει "βλάβη" σε κάποιο όργανο, το οποίο δε θα μπορεί να απαντάει στα σήματα που προέρχονται από τον εγκέφαλο και
- όταν υπάρχει βλάβη στους αρχικούς υποδοχείς του συστήματος και δεν αντιλαμβάνονται τα δεδομένα του περιβάλλοντος (αρνητική ανάδραση) (παραλληλισμός με το χαλασμένο θερμόμετρο ή αντίστοιχα με προσαρμοσμένους σε υψηλή πίεση ταισεοϋποδοχείς) [29].

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

1. ***Το ίδιο το ερέθισμα*** (φύση, ένταση, διάρκεια, τρόπος εμφάνισης: αναμενόμενο - μη αναμενόμενο - κατακλυσμιαίο, δυνατότητα αναστρεψιμότητας, βαρύτητα, αλλαγές που συνεπάγεται στη ζωή του ατόμου κ.ά.)
2. ***Η προσωπικότητα – ιδιοσυγκρασία του ατόμου*** (ηλικία, φύλο, προσωπική ιστορία, χαρακτηριστικά προσωπικότητας, οικογενειακή κατάσταση κ.ά.)
3. ***Η τρέχουσα κατάσταση του οργανισμού*** (σε βιολογικό, κοινωνικό, ψυχολογικό επίπεδο) [29].

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

3.2.4. Εκτίμηση των στρεσσογόνων παραγόντων

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

Αν και οι περισσότεροι μελετητές δέχονται ότι μόνο τα γεγονότα που βιώνονται ως μη επιθυμητά είναι αυτά που έχουν σοβαρές επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό και μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη κάποιας νόσου [138, 139], οι Holmes and Rahe [140] υποστηρίζουν ότι ακόμη και τα επιθυμητά γεγονότα (π.χ. γάμος) δυνητικά προκαλούν stress, υπό την έννοια ότι αναγκάζουν το άτομο να καταβάλλει επιπρόσθετη προσπάθεια για να πετύχει καλύτερη προσαρμογή.

Για την εκτίμηση των στρεσσογόνων γεγονότων έχουν δημιουργηθεί ειδικοί πίνακες, στους οποίους τα γεγονότα βαθμολογούνται, ανάλογα με τον αντίκτυπό τους. Ο Dr. Holmes και ο Dr. Rahe το 1967, στην Ιατρική σχολή της Ουάσινγκτον, δημιούργησαν ένα ερευνητικό εργαλείο με το οποίο μπορούσαν να μετρήσουν αντικειμενικά το ποσοστό του stress ή της συναισθηματικής αναστάτωσης στη ζωή ενός ατόμου, δίνοντας με αυτόν τον τρόπο μια ποσοτική διάσταση στην εκτίμηση των στρεσσογόνων γεγονότων ζωής (stressful life events). Πιο συγκεκριμένα, σχεδίασαν μια κλίμακα που καθόριζε αριθμητικές αξίες σε συμβάντα που προκαλούν stress. Αυτή η κλίμακα είναι διεθνώς γνωστή ως Shedule of Recent Experiences ή SRE, και μετρά τα *΄΄Γεγονότα αλλαγών στη ζωή του ατόμου΄΄* (Life change events), προσδίδοντάς τους κάποιες μονάδες που αντιστοιχούν στο συναισθηματικό αντίκτυπο των γεγονότων και ονομάζονται *΄΄Μονάδες αλλαγών στη ζωή του ατόμου΄΄* (Life change units). Σύμφωνα με τους δημιουργούς της, κάθε σημαντικό γεγονός στη ζωή μας, ακόμη και ευχάριστο, ασκεί πάνω μας κάποια μορφή stress και με βάση αυτή την ιδέα συγκρότησαν έναν κατάλογο από γεγονότα, όπως θάνατος συζύγου, διαζύγιο, προσωπική ασθένεια, απόλυση από την εργασία, αλλαγή οικονομικής κατάστασης κ.ά., που το καθένα είχε ένα βαθμό stress (π.χ. ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, αξιολογείται με 100 μονάδες, η απόλυση από τη δουλειά με

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

50 μονάδες κ.λ.π.). Οι Holmes and Rahe πίστευαν ότι όσοι συγκέντρωναν περισσότερες από 300 μονάδες μέσα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κάποια σωματική αρρώστια, σε σχέση με όσους συγκέντρωναν λιγότερες από 200 μονάδες. Συνολικά, οι βαθμολογίες όλων αυτών των συμβάντων στη ζωή ενός ατόμου θα μπορούσαν να δείξουν το μέγεθος της έντασης που δεχόταν το άτομο μέχρι εκείνη τη στιγμή.

Χρησιμοποιώντας, όμως, αυτή την κλίμακα ή ανάλογες, δεν είναι δυνατό να προβλέψει κανείς τον τρόπο αντίδρασης του ατόμου σε αυτές τις καταστάσεις που μπορεί να απαιτούν από μας να αλλάξουμε τις συνήθειές μας, τα δυναμικά των σχέσεών μας ή την εικόνα που έχουμε για τον εαυτό μας. Το stress μπορεί να προδιαθέτει, όπως προαναφέραμε, για την εμφάνιση ασθένειας, αλλά ο καθοριστικός παράγοντας δεν είναι τα αγχογόνα γεγονότα, αλλά η ερμηνεία που το ίδιο το άτομο δίνει σε αυτά, καθώς και η ικανότητα που διαθέτει για την αντιμετώπιση 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. Ο άνθρωπος λοιπόν αποτελεί ένα σύστημα που λειτουργεί και εξελίσσεται στο σύνολό του και με αυτόν τον τρόπο θα πρέπει να αντιμετωπίζεται, για να μπορεί να κατανοηθεί πληρέστερα [80, 107].

Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο, ορισμένοι μελετητές επικεντρώθηκαν στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (coping strategies), οι οποίες βέβαια συνδέονται και καθορίζονται από την προσωπικότητα του ατόμου και την προσωπική του ιστορία [141]. Έρευνες γύρω από αυτό το θέμα κατέληξαν ότι οι ψυχολογικά πιεσμένοι - επιβαρημένοι ασθενείς είναι αυτοί που χρησιμοποιούν παθητικές, υποτακτικές και ανασταλτικές στρατηγικές αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων, ενώ οι ασθενείς με τη λιγότερη ψυχολογική δυσανεξία είναι αυτοί που τείνουν να επιλύουν άμεσα τα προβλήματά τους, επιζητούν πληροφορίες για ότι τους απασχολεί, μοιράζονται τις ανησυχίες και τις σκέψεις τους και λειτουργούν ενεργητικά [142]. Τα άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο ξεπέρασμα στρεσσογόνων - απειλητικών καταστάσεων χαρακτηρίζονται ως κακοί χειριστές της κατάστασης (bad coopers), ενώ υπάρχουν και οι χειρότεροι χειριστές καταστάσεων

(worst coopers) που περιγράφονται ως άτομα απαισιόδοξα, απογοητευμένα και ηττοπαθή, που συνήθως δεν μπορούν να κάνουν για τον εαυτό τους πολλά πράγματα, αλλά περιμένουν να κάνουν οι άλλοι πολλά για εκείνους [143-145]. Επιπλέον θεωρείται ότι άτομα τα οποία ήταν καλά προσαρμοσμένα στη ζωή τους και πριν από την εμφάνιση κάποιας νόσου, μπορούν να προσαρμοστούν και να αντιμετωπίσουν την παρούσα κατάσταση πολύ πιο εύκολα και αποτελεσματικά απ' ότι άτομα, συναισθηματικά ανώριμα, που ποτέ δεν μπόρεσαν να χειριστούν επιτυχώς κάποια δύσκολη συγκυρία στη ζωή τους.

Η αδυναμία αντιμετώπισης στρεσσογόνων καταστάσεων και οι συνέπειες αυτής γίνονται εμφανείς από αποτελέσματα ερευνών που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ του τρόπου με τον οποίο ένα άτομο ερμηνεύει και αντιδρά στην απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου ή μιας συναισθηματικής σχέσης και της κατάστασης της υγείας. Μάλιστα, τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην έννοια της απώλειας αντικειμένου (object loss), η οποία είναι πολύ ευρεία και περιλαμβάνει ποικίλες καταστάσεις απώλειας: προσώπου, εργασίας, σχέσεων κ.ά. και γενικά καταστάσεις που το άτομο νιώθει ότι έχει χάσει κάτι δικό του, κάτι που του ανήκε [46, 90, 146]. Ακόμη και έρευνες που έγιναν σε ζώα βρήκαν ότι στις περιπτώσεις που τα ποντίκια, τα οποία δέχονταν ηλεκτρική ενέργεια, μπορούσαν να δραπετεύσουν, δεν εμφάνιζαν όγκο, ενώ τα ποντίκια που δεν μπορούσαν να αποφύγουν το ηλεκτρικό shock εμφάνιζαν όγκο. Σε ανάλογα πειράματα που μελετούσαν την αίσθηση ελέγχου στρεσσογόνων καταστάσεων βασίστηκε η διασύνδεση του αισθήματος του αβοήθητου (helplessness) με την εμφάνιση καρκίνου [147].

Για να μπορεί, λοιπόν, κανείς να δώσει όσο το δυνατό πιο τεκμηριωμένες απαντήσεις σε τέτοιου είδους αμφιλεγόμενα θέματα, θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του ότι η μελέτη των επιδράσεων στην καρκινική διεργασία απαιτεί συνυπολογισμό εμπειρικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και οργανικών μεταβλητών, όπως η χρονική διάρκεια του stress, ο τύπος του stress, η ηλικία του ατόμου, το φύλο του, το κληρονομικό ιστορικό του, η διαθεσιμότητα τρόπων αντιμετώπισης και οι κοινωνικές εμπειρίες του.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

3.3. ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΖΩΗΣ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

3.3.1 Στρεσσογόνα γεγονότα και κρίση

Η συστημική θεωρία, το επιστημονικό μοντέλο που εφαρμόζεται στις σύγχρονες μελέτες για τον άνθρωπο τον θεωρεί ως ένα *"βιοψυχοκοινωνικό Σύστημα"*, όρος που σημαίνει ότι το Σύστημα Άνθρωπος αποτελείται από διεργασίες βιολογικές, ψυχοκοινωνικές, κοινωνικοπολιτιστικές και οικονομοκοινωνικές. Σύμφωνα με το συστημικό αυτό μοντέλο, ο ανθρώπινος οργανισμός αντιμετωπίζεται ως σύνολο με διαπλεκόμενα επίπεδα λειτουργίας που βρίσκεται σε συνεχή επίδραση με το περιβάλλον. Το σύστημα αυτό υπόκειται σε μια δυναμική εξέλιξη, με εναλλασσόμενες περιόδους ισορροπίας και κρίσεων, ενώ για την εξέλιξη του συστήματος οι κρίσεις αποτελούν κομβικές στιγμές [148].

Με τον όρο *κρίση* εννοούμε μια μεταβατική περίοδο, κατά τη διάρκεια της οποίας, η βιοψυχοκοινωνική ακεραιότητα του ατόμου απειλείται ή διαταράσσεται προσωρινά, όχι λόγω της ύπαρξης κάποιου εξωτερικού γεγονότος, αλλά από την ερμηνεία που το ίδιο το άτομο δίνει στο γεγονός αυτό, το οποίο γίνεται αντιληπτό ως απειλητικό, ενώ συγχρόνως ξεπερνάει τα αποθέματα που έχει στη διάθεσή του το άτομο για να το αντιμετωπίσει. Πρόκειται για μια περίοδο, κατά την οποία θα πρέπει να ληφθούν αποφάσεις και η οποία αποτελεί συνέπεια είτε μιας απότομης και καθοριστικής αλλαγής, δηλ. μιας τροποποίησης σε μια δεδομένη διεργασία, είτε μιας χρόνιας έκθεσης σε αγχογόνα ερεθίσματα που το άτομο αδυνατεί να τα επιλύσει αποτελεσματικά. Η έννοια της ρήξης σχετίζεται με την έννοια της κρίσης, αφού σε καταστάσεις κρίσης προηγείται η ρήξη μιας ισορροπίας ή των υπαρχόντων δεσμών ή σχέσεων Οι αλλαγές που προκαλεί αυτή η κρίση αναφέρονται **στο επίπεδο της λειτουργίας του συστήματος κι όχι στο επίπεδο της δομής του**, ενώ οι φάσεις αυτές μπορεί να είναι συνδεδεμένες με τη φυσιολογική εξέλιξη του συστήματος και να αφορούν σε ένα ή περισσότερα επίπεδα λειτουργίας του. Ο βασικότερος στρεσσογόνος παράγοντας, που επηρεάζει την εξέλιξη ενός ατόμου και συμβάλλει στη διατήρηση ή στη διαταραχή των ισορροπιών είναι το **γεγονός ή συμβάν ζωής (life event).** Κρίση και γεγονός είναι στενά συνδεδεμένα, αφού η εμφάνιση ενός γεγονότος μπορεί να αναδείξει μια κρίση που προϋπήρχε, αλλά βρισκόταν σε λανθάνουσα κατάσταση, ενώ σε άλλες περιπτώσεις η συνειδητοποίηση μιας κρίσης οδηγεί στην εξήγηση ορισμένων γεγονότων που ήταν ακατανόητα. Για να μελετήσουμε λοιπόν πλήρως τον αντίκτυπο ενός γεγονότος στον

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ψυχισμό, θα πρέπει να γνωρίζουμε τη σημασία που έχει το πλαίσιο μέσα στο οποίο συμβαίνει [149-151].

Ο τρόπος με τον οποίο ένα γεγονός καθορίζει αν θα ξεπεραστεί ή θα διατηρηθεί μια κρίση γίνεται κατανοητός αν αναπαρασταθεί σχηματικά αυτή τη διαδικασία. Ένα γεγονός τοποθετείται στον ενδιάμεσο χώρο της αλληλεπίδρασης του περιβάλλοντος με το συγκεκριμένο σύστημα, που έχει τη δική του δομή, οργάνωση και λειτουργία. Το γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει στην εξέλιξη και ολοκλήρωση του συστήματος ή αντίθετα, μπορεί να προκαλέσει μια κρίση, η οποία συμβάλλει με τη σειρά της, είτε στην εξέλιξη και την ωρίμανση του συστήματος, οδηγώντας το άτομο σε πιο πολύπλοκους τρόπους λειτουργίας και κάνοντάς το πιο ώριμο και ισχυρό, είτε στην αναταραχή του, μπλοκάροντας τις λειτουργίες και οδηγώντας το μέχρι και στην καταστροφή του. Αυτή η ψυχική αποδιοργάνωση επηρεάζει τη συναισθηματική ζωή του ατόμου, τον τρόπο σκέψης του και τις σχέσεις του με τους άλλους, καθώς και τη βιολογική του ισορροπία, αφού συχνά παρατηρούνται και διαταραχές στο σωματικό επίπεδο [148, 150, 152]

Σχηματικά, ο ρόλος του γεγονότος και της κρίσης στο μοντέλο των ανοιχτών δυναμικών συστημάτων, όπως είναι ο άνθρωπος, έχει αναπαρασταθεί από τον Δ. Δαμίγο [150] ως εξής:

Περιβάλλον

Γεγονός ζωής → ↕

Σύστημα

(Δομή - Οργάνωση - Λειτουργία - Ιστορία)

Κρίση	**Κρίση**
↓	↓
Ικανότητα επεξεργασίας της νέας κατάστασης και αντιμετώπισής της	Αδυναμία επεξεργασίας της νέας κατάστασης
↓	↓
Αύξηση της πολυπλοκότητας και της σταθερότητας του συστήματος	Διαταραχή της ψυχικής ισορροπίας Παλινδρόμηση - επηρεασμός των ψυχικών λειτουργιών
↓	↓
Εξέλιξη - ωρίμανση του συστήματος	Αύξηση των αντιδράσεων άγχους και κατάθλιψης
	↓
	Επηρεασμός κι άλλων επιπέδων λειτουργίας του συστήματος (βιολογικό)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Είναι εμφανές, λοιπόν, ότι τα φαινόμενα κρίσης έχουν και θετική εξελικτική διάσταση, αφού μέσα από διαδοχικές κρίσεις, το άτομο μπορεί να αποκτήσει μια όλο και πιο πολύπλοκη λειτουργία, στα πλαίσια της εξελικτικής του πορείας, όπως μπορεί επίσης να συνειδητοποιήσει τα όριά του και το πεπερασμένο των δυνατοτήτων του.

Το σύγχρονο επιστημολογικό πλαίσιο για την κατανόηση της κρίσης σε επιστήμες όπως η ψυχολογία, η κοινωνιολογία, η ιατρική, η οικονομία και άλλες γίνεται με όρους που αναφέρονται στην πολυπλοκότητα των πραγμάτων, όπως αναφέρεται από τον Edgar Morin [153, 154]. Η κρίση παρουσιάζεται κυρίως ως εσωτερική διαταραχή, ως απορρύθμιση 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.

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

α. εξωγενείς (παρουσία μιας συγκρουσιακής κατάστασης, παρουσία ανταγωνιστικών μηνυμάτων ή πληροφοριών),

β. ενδογενείς (μεταβατικές περίοδοι της ζωής, όπως η κρίση της εφηβείας, του μέσου της ζωής, της τρίτης ηλικίας κ.ά) και

γ. αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης του συστήματος με το περιβάλλον (φύση της σχέσης που το άτομο έχει με το περιβάλλον του, εμπλοκή του χρόνου και της μνήμης) [151].

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

Γίνεται λοιπόν σαφές ότι για τη σωστή ερμηνεία ερευνητικών δεδομένων θα πρέπει να είμαστε σε θέση να προσδιορίζουμε με ακρίβεια:

- τη φύση των παραγόντων που συμβάλλουν στη δημιουργία της κρίσης
- την κατάσταση λειτουργίας του οργανισμού σε γνωστικό και συναισθηματικό επίπεδο, καθώς και σε επίπεδο συμπεριφοράς
- την ύπαρξη ανάλογων καταστάσεων στο παρελθόν και των διαθέσιμων δικτύων υποστήριξης

Όπως αναφέρεται στη συστημική θεωρία, η έννοια της κρίσης περιγράφει καλύτερα από την έννοια του stress τις αντιδράσεις του οργανισμού στα πλαίσια μιας διαταραχής, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τη διασύνδεση διαφόρων επιπέδων

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

λειτουργίας του οργανισμού όσο και την ιστορία του συστήματος. Κι αυτό γιατί στον άνθρωπο το stress μπορεί να εκτιμηθεί μόνο έμμεσα, μέσα από τις επιπτώσεις που έχει στο επίπεδο της ψυχικής ή της σωματικής του λειτουργίας. Αυτό όμως που ενδιαφέρει περισσότερο είναι οι διεργασίες που τίθενται σε λειτουργία, όταν το άτομο βρίσκεται αντιμέτωπο με στρεσσογόνα γεγονότα, όρος ο οποίος παραμένει ασαφής, αφού συνήθως δεν διευκρινίζεται κάτω από ποιες συνθήκες ένα γεγονός εγγράφεται ως καταστροφικό και κάτω από ποιες συνθήκες μπορεί να αποτελέσει αφετηρία αναδομήσεων [154, 155].

3.3.2. *Η ασθένεια ως κατάσταση κρίσης*

Μια μορφή κρίσης για τον οργανισμό μπορεί να συνδέεται με την ύπαρξη μιας νόσου, ενώ όσο πιο έντονη και απειλητική για τη ζωή του ατόμου είναι η νόσος, τόσο περισσότερα επίπεδα λειτουργίας είναι πιθανό να επηρεάζονται. Μια σοβαρή νόσος που απειλεί τη ζωή του ατόμου ή επηρεάζει με χρόνιο και σοβαρό τρόπο τη λειτουργικότητά του έχει επιπτώσεις και στις ψυχολογικές λειτουργίες, οι οποίες με τη σειρά τους μπορεί να επηρεάσουν την αντιμετώπιση ή τη μεγιστοποίηση της διαταραχής που, πρωτογενώς, αφορά στη βιολογική λειτουργία [150, 152, 156, 157].

Πιο συγκεκριμένα, όταν ένα άτομο πάσχει από μια χρόνια ασθένεια και ιδιαίτερα όταν αυτή είναι απειλητική για τη ζωή του, βρίσκεται σε μια κατάσταση κρίσης. Η κρίση έγκειται στο γεγονός οτι ο εντοπισμός της ασθένειας αποτελεί μια ρήξη στη συνέχεια της ζωής του ατόμου, αφού θέτει τη ζωή του σε κίνδυνο, καθώς και στην έναρξη μιας περιόδου ανασφάλειας και αβεβαιότητας, δημιουργώντας μια αναταραχή στην οργάνωση και τη λειτουργία του ατόμου, τόσο στο βιολογικό όσο και στο ψυχολογικό επίπεδο, αφού το άτομο βρίσκεται πια σε μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από αυτόματες συναισθηματικές αντιδράσεις (απώλεια όρεξης και ύπνου, στηθαγχικό άλγος, ημικρανίες, ταχυκαρδίες, γαστρεντερικά προβλήματα κ.ά.).

Η ασθένεια για την οποία γίνεται λόγος, ο καρκίνος, υποδηλώνει με έμμεσο τρόπο όχι απλά το ενδεχόμενο του θανάτου, αλλά τη βεβαιότητα του θανάτου, με αποτέλεσμα το άτομο να αμύνεται, σταματώντας το χρόνο, προκειμένου να αποφύγει με αυτό τον τρόπο αυτό που θεωρεί ως αναπόφευκτο γεγονός. Το παρελθόν παίρνει ιδανική μορφή, ενώ το μέλλον θεωρείται ανύπαρκτο και απειλητικό. Σ' αυτή την κατάσταση, είναι πιθανό ο φόβος του θανάτου να μπλοκάρει κάθε νοητική λειτουργία

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

και το φαντασιωσικό επίπεδο να συγχέεται με το πραγματικό, ενώ συγχρόνως, εμφανίζονται δυσκολίες προγραμματισμού, σχεδιασμού και προσδιορισμού στόχων για το μέλλον [152, 158].

Ωστόσο, ακόμη και το γεγονός μιας ασθένειας μπορεί να λειτουργήσει άλλοτε ως θετική ανάδραση (positive feed-back), μεγαλώνοντας την αταξία του συστήματος και προκαλώντας αλυσιδωτή αντίδραση και αποσύνθεση ολόκληρου του συστήματος, κι άλλοτε ως αρνητική ανάδραση (negative feed-back), κινητοποιώντας τις δυνάμεις του συστήματος για την αναζήτηση καινούργιων ισορροπιών, οι οποίες θα μειώσουν την αταξία που επικρατεί στο εσωτερικό του, επαναφέροντας την αρχική ισορροπία [149, 150].

Σε αυτές τις περιπτώσεις, η συμπεριφορά του συστήματος εξαρτάται από τις δυνατότητές του να επεξεργάζεται τα καινούργια δεδομένα που προκύπτουν, γεγονός που σημαίνει ότι δε θα έχουμε πλήρη και σαφή εικόνα του ρόλου που διαδραματίζουν τα στρεσσογόνα γεγονότα, αν δεν γνωρίζουμε τον τρόπο με τον οποίο τα αντιμετωπίζει το άτομο. Ακολουθούν προσπάθειες για προσαρμογή, που υπαγορεύονται από τη γενικότερη στάση ζωής του ατόμου και τίθενται σε λειτουργία ορισμένοι αμυντικοί μηχανισμοί με στόχο να μειώσουν το άγχος. Αν αυτοί οι μηχανισμοί αποτύχουν, είναι πιθανό να εκδηλωθούν πρώιμες συναισθηματικές αντιδράσεις, ο φόβος να αντικατασταθεί από συναισθήματα απαισιοδοξίας και απελπισίας και να κυριαρχήσει ένα καταθλιπτικό συναίσθημα.

Προς ποια κατεύθυνση θα εξελιχθεί μια κρίση εξαρτάται από τη δομή της προσωπικότητας, την ιστορία του ατόμου, το περιβάλλον μέσα στο οποίο αναπτύσσεται, τα γεγονότα που βιώνει στο παρόν, καθώς και τη μορφή και την ποιότητα του υποστηρικτικού του πλαισίου [152, 159-161].

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

4. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ

4.1 ΓΕΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Ένας μεγάλος αριθμός πειραματικών και κλινικών μελετών έχουν επικεντρώσει την προσοχή τους στην πιθανότητα η ανάπτυξη του καρκίνου να συνδέεται με ψυχολογικούς παράγοντες, όπως είναι ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ή / και το άλυτο συναισθηματικό άγχος. Τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών ποικίλουν, είτε γιατί στις έρευνες αυτές συμμετείχαν, συχνά, μικρά δείγματα ασθενών, είτε γιατί ο τύπος και η σοβαρότητα της ασθένειας δεν ορίζονταν επαρκώς, είτε γιατί η στατιστική ανάλυση ήταν ατελής, είτε τέλος γιατί οι ψυχολογικές μέθοδοι και τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την εκτίμηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας περιέπλεκαν τις εκτιμήσεις των ήδη δημοσιευμένων αποτελεσμάτων [107, 162, 163].

Ήδη από το 1952 οι Bacon, Renneker και Culter πρότειναν ένα σύνολο χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο, υποστηρίζοντας ότι χαρακτηρίζονται από μαζοχιστική δομή του χαρακτήρα, αναστολή της σεξουαλικότητας, ανικανότητα αντιμετώπισης και εξωτερίκευσης αισθημάτων επιθετικότητας και εχθρικότητας, καθώς και ύπαρξη άλυτων συγκρούσεων με τη μητέρα [90].

Επίσης, ο Le Shan [164-168], Αμερικανός Ψυχολόγος κι ένας από τους πρώτους σκαπανείς της σύγχρονης εποχής για την αναζήτηση πιθανής ύπαρξης συσχετισμού μεταξύ προσωπικότητας και κακοήθους νεοπλασίας, περιέγραψε ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, τα οποία είχε παρατηρήσει σε ασθενείς με καρκίνο. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι:

- Μη εξωτερίκευση αρνητικών συναισθημάτων και δυσκολία απεγκλωβισμού της σκέψης τους από κάτι που τους ενόχλησε ή τους στενοχώρησε.
- Δυσκολία διατήρησης στενών μακροχρόνιων σχέσεων
- Διαμόρφωση κακής εικόνας για τον εαυτό τους και έντονη τάση αυτό-λύπησης.

Αναφέρει επίσης ότι η απώλεια μιας σημαντικής ανθρώπινης σχέσης και η έντονη συγκινησιακή αντίδραση, ύστερα από το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου (6 μήνες ως 8 χρόνια πριν τη διάγνωση του καρκίνου), η αδυναμία έκφρασης

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

αρνητικών συναισθημάτων, καθώς και η απελπισία και η αίσθηση του αβοήθητου (hopelessness and helplessness) ως βασική συγκινησιακή στάση, αποτελούν σταθερά ευρήματα όλων των περιπτώσεων κακοηθών όγκων που μελέτησε, χρησιμοποιώντας δυο προβολικά tests, το Rorschach και το T.A.T [167, 168].

Επιπλέον, ο LeShan περιέγραψε το βασικό συγκινησιακό σχήμα των περιπτώσεων που μελέτησε, υποστηρίζοντας πως η πρώτη φάση περιλάμβανε μια παιδική ηλικία, η οποία εμπεριείχε συναισθήματα μοναξιάς και φόβο απέναντι σε ορισμένες βαθιές συναισθηματικές σχέσεις, γιατί θεωρούνταν επικίνδυνες, αφού προκαλούσαν απόρριψη και πόνο.

Η δεύτερη φάση είχε ως επίκεντρο την περίοδο, κατά την οποία το άτομο ανακαλύπτει μια σχέση με βαθύτερο νόημα για τη ζωή του και πιστεύει πως τώρα έχει πια τη δυνατότητα να χαρεί το συναίσθημα αποδοχής από τους άλλους.

Τέλος, η τρίτη φάση αρχίζει όταν υπάρξει απώλεια αυτής της σημαντικής σχέσης του ατόμου. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, κάνει την εμφάνισή της μια απόγνωση απόλυτη, η οποία σχετίζεται με τη μοναξιά που είχε βιώσει το άτομο στην παιδική του ηλικία [90, 164].

Μια δεκαετία αργότερα, ο Bahnson [169-173], συνοψίζοντας τις διαπιστώσεις των ερευνών του για τις ψυχολογικές διαστάσεις του κακοήθους νεοπλάσματος, διατύπωσε την άποψη πως οι μηχανισμοί άμυνας που χρησιμοποιούν τα άτομα που πάσχουν από καρκίνο, έχουν αποκτηθεί μέσα στους κόλπους της οικογένειας, κυρίως κατά την πρώτη παιδική ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, υποστήριξε ότι αν κάποιος παρατηρήσει οικογένειες, όπου οι συνθήκες επικοινωνίας μεταξύ των μελών της είναι περιορισμένες (lack of closeness), μπορεί να αντιληφθεί πώς 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 διαπίστωσε πως η ψυχρότητα, 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 τη μετέπειτα ψυχολογική αδυναμία του ατόμου να αντιμετωπίσει τις απώλειες και το άγχος που δημιουργείται.

Συνοπτικά, στη διεθνή βιβλιογραφία, η προσωπικότητα των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο περιγράφεται, δίνοντας έμφαση στη δυσκολία έκφρασης

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

συναισθημάτων επιθετικότητας προς τους άλλους (αλλοτιμωρός επιθετικότητα) και στην έντονη τάση τους για ενδοστρεφή και καταπιεζόμενη εχθρικότητα (αυτοτιμωρός επιθετικότητα). Χαρακτηρίζονται ως άτομα που συχνά νιώθουν ενοχές και εσωτερικεύουν άγχος, θυμό και εντάσεις ("anger-in") [174], με αποτέλεσμα να εμφανίζουν κατάθλιψη, η οποία μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να φτάσει σε καταστάσεις αμετάκλητης απελπισίας (hopelessness) και αίσθημα έλλειψης βοήθειας (helplessness). Θεωρούνται επίσης άτομα που συμβιβάζονται εύκολα, αποδέχονται επιταγές του εξωτερικού περιβάλλοντος και προκειμένου να αποφύγουν συγκρούσεις, παραμελούν δικές τους ανάγκες για να ικανοποιήσουν ανάγκες των άλλων. Συνήθως, προσκολλώνται στους τύπους, είναι ευγενικά και συνεπή και με αυτόν τον τρόπο, φαινομενικά, δείχνουν να λειτουργούν ικανοποιητικά. Στην πραγματικότητα όμως, συσσωρεύουν εντάσεις και αρνητικά συναισθήματα, τα οποία κάποια στιγμή, κυρίως αν μεσολαβήσει ένα εκλυτικό στρεσσογόνο γεγονός, προκαλούν διαταραχές του νευρικού συστήματος, με αποτέλεσμα την έκκριση ορμονών που συμβάλλουν στη δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, γεγονός το οποίο συντελεί στην εμφάνιση κακοήθους νεοπλασίας [172, 175-184].

Τις τελευταίες δεκαετίες, οι έρευνες προσανατολίζονται σε 5 γενικές κατευθύνσεις για την εξακρίβωση του ρόλου ορισμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην ανάπτυξη και την πορεία ενός νεοπλασματικού νοσήματος. Πιο συγκεκριμένα, το ενδιαφέρον προσανατολίζεται στο ρόλο [90]:

- της κατάθλιψης,
- της απώλειας, του αποχωρισμού ή του πένθους στις αντικειμενοτρόπες σχέσεις,
- της συναισθηματικής αναστολής
- της ύπαρξης συναισθημάτων παραίτησης (giving-up), αβοηθησίας (helplessness) και απελπισίας (hopelessness) και
- της αλεξιθυμίας

4.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Αν και η κατάθλιψη έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση καρκίνου μέσα από πλήθος ερευνών [185-187], ωστόσο, αναγνωρίζεται η δυσκολία στην εκτίμηση οποιασδήποτε σχέσης μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων και καρκίνου και κρίνεται

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

αναγκαία μια βαθιά εξέταση τόσο των θεωρητικών όσο και των μεθοδολογικών ερωτημάτων για τη θεώρηση της κατάθλιψης είτε ως συντελεστικό παράγοντα είτε ως προδιαθεσικό.

Γενικά, οι περισσότερες έρευνες γύρω από αυτό το θέμα δεν είναι αρκετά εξειδικευμένες. Κι αυτό, γιατί η κατάθλιψη δεν αποτελεί μια σαφώς ξεκαθαρισμένη έννοια για όλους τους ερευνητές, με συνέπεια τα αποτελέσματα των ερευνών τους να εξαρτώνται από τον τρόπο θεώρησής της. Ορισμένοι από τους ερευνητές προσπαθούν να την προσδιορίσουν μέσα από τα γεγονότα που την προκαλούν και κυρίως μέσα από κάποια μορφή απώλειας, ενώ κάποιοι άλλοι χρησιμοποιούν ψυχιατρικά ή ψυχομετρικά κριτήρια προκειμένου να εντοπίσουν και να αναγνωρίσουν συμπτώματά της, χωρίς να εξετάζουν την ιστορία του ατόμου, τη διάρκεια της κατάθλιψης, τη χρονιότητα ή τη θεραπεία που ενδεχομένως το άτομο έχει λάβει. Ένας έμμεσος τρόπος προσέγγισης της κατάθλιψης, λοιπόν, γίνεται μέσα από τη θεώρησή της ως συνέπεια μιας απώλειας και της εσωτερίκευσης των αρνητικών και επώδυνων συναισθημάτων που συνδέονται με αυτή. Σε αυτό τον τρόπο προσέγγισης εντάσσονται οι μελέτες [177] που θεωρούν το αίσθημα του αβοήθητου και της απελπισίας (hopelessness and helplessness) ως ισότιμα της παρουσίας κατάθλιψης, ενώ ο άμεσος τρόπος προσέγγισης της κατάθλιψης επικεντρώνεται, όπως προαναφέραμε, στην αναγνώριση συμπτωμάτων κι εκδηλώσεών της, με την έννοια της ψυχιατρικά προσδιοριζόμενης κατάθλιψης [188] και της ψυχομετρικά προσδιοριζόμενης κατάθλιψης, όπως αυτή εντοπίζεται και εκτιμάται μέσα από τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων [187]. Εξαιτίας αυτών των διαφορετικών προσεγγίσεων, υποστηρίζεται από όσους ασκούν κριτική [189] στα μέχρι σήμερα ερευνητικά δεδομένα ότι είναι δύσκολο να διευκρινιστεί αν και πότε διαφορετικές καταθλιπτικές καταστάσεις, όπως η χαρακτηρολογική κατάθλιψη ή η μελαγχολική κατάθλιψη, μπορούν να επηρεάζουν ή όχι την εμφάνιση του καρκίνου.

Ωστόσο, μέχρι σήμερα έχουν γίνει πολλές υποθέσεις για το ρόλο της κατάθλιψης στην εμφάνιση και την εξέλιξη μιας νεοπλασίας, μια εκ των οποίων υποστηρίχθηκε από τους Brown & Paraskevas [190] σύμφωνα με την οποία, η συχνότητα κατάθλιψης ατόμων που διαγιγνώσκονται με καρκίνο είναι δυνατό να εξηγηθεί από την αλληλεπίδραση ορισμένων ανοσολογικών μηχανισμών και της δραστηριότητας της σεροτονίνης, μια και ανοσολογικά κύτταρα έχουν υποδοχείς για ορμόνες και νευροδιαβιβαστές.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Σημαντική ήταν η μελέτη του Shekelle [191, 192] που είχε ως βασικό στόχο την εκτίμηση της προσωπικότητας των ατόμων που έχουν προδιάθεση να εμφανίσουν καρκίνο. Στην έρευνά του, που άρχισε το 1958, συμμετείχαν 2.020 άνδρες, μέλη του προσωπικού της εταιρίας Western Electric, οι οποίοι συμπλήρωσαν το τεστ προσωπικότητας της Minnesota (MMPI). Το 1975, δηλαδή 17 χρόνια αργότερα, από τα άτομα που αξιολογήθηκαν με μέγιστο βαθμό κατάθλιψης (379 άτομα, δηλ. ποσοστό 18,8%) πέθαναν από καρκίνο 2,3 φορές περισσότεροι απ' όσους ανήκαν στην ομάδα ελέγχου. Η αναλογία αυτή διατηρήθηκε ακόμη κι όταν άλλοι παράγοντες κινδύνου, όπως η ηλικία, η κατανάλωση αλκοόλ και καπνού, το ιστορικό καρκίνου στην οικογένεια και οι συνθήκες εργασίας ελήφθησαν υπόψη στη στατιστική επεξεργασία. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας αποτέλεσαν για πολλά χρόνια τη βάση για την υποστήριξη της διασύνδεσης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της αύξησης του κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου. Κριτική που ασκήθηκε, ύστερα από επανεξέταση των αποτελεσμάτων αυτής της έρευνας αναφερόταν στο γεγονός ότι τα επίπεδα κατάθλιψης που αναφέρονταν ως "υψηλά" δεν άγγιζαν τις τιμές που θεωρούνται παθολογικές [189].

Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσίασε και η έρευνα του Grossarth – Maticek [193, 194] που πραγματοποιήθηκε σε μια μικρή πόλη της Γιουγκοσλαβίας, με 14.000 κατοίκους. Στην έρευνα συμμετείχαν 1353 άτομα, ηλικίας από 59 ως 65 ετών. Συγκεντρώθηκαν στοιχεία που αφορούσαν γενικά την κατάσταση της υγείας των ατόμων, ενώ οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν κι ένα ερωτηματολόγιο προσωπικότητας, το οποίο χωριζόταν στις εξής κατηγορίες:

- καταστάσεις που οδηγούν σε απελπισία και απογοήτευση
- καταστάσεις που οδηγούν σε θυμό και επιθετικότητα,
- τάση του ατόμου να είναι λογικό και να μην κατευθύνεται από συναισθήματα
- τάση του ατόμου να εναρμονίζει πρόσωπα και καταστάσεις.

Μετά την πάροδο 10 ετών, συλλέχθηκαν στοιχεία, σχετικά με την κατάσταση της υγείας αυτών των ατόμων. Στα αποτελέσματα παρατηρήθηκε υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στην εμφάνιση καρκίνου, στο αίσθημα απελπισίας και στην τάση εκλογίκευσης των συναισθημάτων, καθώς επίσης υψηλή συσχέτιση βρέθηκε και μεταξύ της εμφάνισης καρκίνου και της τάσης του ατόμου να είναι ειρηνοποιός και να εναρμονίζει πρόσωπα και καταστάσεις.

Ο ερευνητής διέκρινε 4 τύπους προσωπικότητας, μεταξύ των οποίων υπήρχε

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

και ο τύπος με τάση για εμφάνιση καρκίνου. Κύριο χαρακτηριστικό αυτού του τύπου, σύμφωνα με τον Grossarth – Maticek, είναι η υπο-διέγερση (under-stimulation), που σήμαινε ότι τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από την τάση να εξαρτώνται από κάποιο αντικείμενο με μεγάλη συναισθηματική αξία και να βιώνουν το άγχος που παράγεται από την έλλειψη ή την απώλεια αυτού του αντικειμένου ως τραυματική. Σε μια αποτυχημένη προσπάθεια να απεξαρτητοποιηθούν από αυτό, αποξενώνονται, ενώ παράλληλα αισθάνονται απελπισία και αδυναμία να αλλάξουν την κατάσταση.

Πιο πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες δεν βρήκαν καμία συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και της εμφάνισης καρκίνου [195, 196]. Σε μια προοπτική έρευνα των Hahn και Petitti [197], στην οποία 9832 υγιείς γυναίκες παρακολουθήθηκαν για χρονικό διάστημα 10-14 χρόνων δε βρέθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ των scores στο MMPI - D (MMPI - Depression), ακόμη και σε τιμές άνω του 70 (D>70), και της εμφάνισης καρκίνου μαστού. Επίσης, οι Kaplan και Reynolds [198], μελετώντας 688 υγιή άτομα για περισσότερο από 17 χρόνια, δε βρήκαν καμία συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης, όπως εκτιμήθηκε με αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα από τα ίδια τα άτομα και της ανάπτυξης καρκίνου. Αντίστοιχα ήταν και τα αποτελέσματα ερευνών που έγινε από τους Weissman και συν. [199] και Besbes και συν. [188] ενώ ο Zonderman [200] σε μια 10χρονη μελέτη από τη National Health and Nutrition Examination Survey, δεν βρήκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, εκτιμώντας τα με δυο κλίμακες, και της νοσηρότητας ή της θνησιμότητας από καρκίνο.

Οι Shekelle και συν., υποστηρίζουν ότι τα ευρήματα που προέκυψαν από την έρευνα τους [191] θα πρέπει να θεωρηθούν ως συσχετιζόμενα με την κατάθλιψη ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας κι όχι ως συνέπεια κάποιου γεγονότος ή μιας συγκεκριμένης συγκυριακής ή συναισθηματικής κατάστασης. Στα πλαίσια αυτής της θεώρησης τα καταθλιπτικά στοιχεία μιας προσωπικότητας αποτελούν μια συνεχή παράμετρο που προσδιορίζει τον τρόπο αντίδρασης στις καταστάσεις που βιώνει το άτομο κι όχι ένα μεμονωμένο σύνολο συμπτωμάτων ή εκδηλώσεων. Σε αυτή την περίπτωση, οι τιμές της κατάθλιψης σε δοκιμασίες και κλίμακες που εμπεριέχουν και εκτιμούν μόνο την ψυχιατρική συμπτωματολογία της κατάθλιψης πιθανά είναι πολύ χαμηλές, μια και δεν πρόκειται για κατάθλιψη παθολογικού τύπου, γεγονός που μπορεί να εξηγήσει τα αμφιβόλου εγκυρότητας αντιφατικά αποτελέσματα ερευνών που επικεντρώνονται στην "ψυχιατρική" εκτίμηση της κατάθλιψης. Ερωτηματολόγια

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

προσωπικότητας, όπως είναι το MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), στο σύνολό του, που περιλαμβάνει θέματα ποικίλου περιεχομένου, υποστηρίζεται ότι μπορεί να εκτιμήσει την κατάθλιψη ως ένα σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, λαμβάνοντας υπόψη και συμπεριφορές που θα μπορούσαν να θεωρηθούν ενδεικτικές αυτού του γεγονότος [197, 201].

4.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ

Εμπειρίες αποχωρισμού και πένθους, ως αποτέλεσμα απώλειας μιας συναισθηματικής σχέσης, συμπεριλαμβανομένου και του θανάτου οικείου προσώπου έχουν συχνά αναφερθεί ως παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου.

Ο Greene παρατήρησε σε μια ερευνά του, στην οποία συμμετείχαν 61 άνδρες με την ίδια διάγνωση, ότι μόνο 4 από αυτούς δεν είχαν βιώσει καμία σημαντική απώλεια τα τελευταία 5 χρόνια, πριν από τη διάγνωση της νόσου. Από τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας, καθώς και από άλλες δυο αντίστοιχες, ο Greene κατέληξε ότι ορισμένες μορφές καρκίνου, όπως το λέμφωμα και η λευχαιμία, διαγιγνώσκονται σε άτομα με καταπιεσμένα συναισθήματα θλίψης, άγχους και απογοήτευσης, τα οποία ποτέ δεν τα επεξεργάστηκαν γι' αυτό και συνιστούν άλυτο πένθος [202], συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουν κι άλλοι ερευνητές [203, 204] και το οποίο συμφωνεί και με τα ευρήματα του Le Shan που προαναφέραμε. Οι διαπιστώσεις αυτές έστρεψαν το ενδιαφέρον στη διερεύνηση κοινωνικών χαρακτηριστικών και συγκεκριμένα της οικογενειακής κατάστασης (άγαμος, έγγαμος, διαζευγμένος, χήρος), με στόχο να ελεγχθεί κατά πόσο η απώλεια μιας συναισθηματικής σχέσης αποτελούσε παράγοντα κινδύνου. Προς αυτή την κατεύθυνση ήταν η έρευνα που πραγματοποίησαν οι Berkman και Syme [205], από όπου φάνηκε 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.

Όσον αφορά στην απώλεια ενός σημαντικού προσώπου, έρευνες αποδεικνύουν ότι σημαντικότερος είναι ο ρόλος του τρόπου με τον οποίο επεξεργάζεται και αντιδρά το άτομο σ' αυτή την απώλεια, παρά η απώλεια αυτή καθεαυτή ως γεγονός [206-211]. Χαρακτηριστική είναι η έρευνα των Snell και Graham οι οποίοι συνδύασαν δυο κλασικές υποθέσεις της βιβλιογραφίας γύρω από τον καρκίνο του μαστού και σχεδίασαν μια μελέτη με στόχο να διερευνήσουν το ρόλο των τραυματικών γεγονότων απώλειας, καθώς και το ρόλο των ενδοκρινικών

λειτουργιών στην εμφάνιση και την εξέλιξη του καρκίνου αυτού. Για τον έλεγχο αυτών των υποθέσεων, συμμετείχαν στην έρευνα 352 ασθενείς με καρκίνο μαστού και 670 υγιείς γυναίκες. Από τα αποτελέσματα φάνηκε πως δεν υπήρχε καμία διαφορά ως προς τον αριθμό των αναφερθέντων ως γεγονότων απώλειας μεταξύ των δύο ομάδων, γεγονός που οδήγησε τους ερευνητές στο συμπέρασμα ότι η διαφοροποίηση των δύο ομάδων έγκειται μάλλον στον τρόπο διαπραγμάτευσης αυτών των γεγονότων [90].

Επίσης, πλήθος ερευνών αναφέρονται στη συσχέτιση της απώλειας μιας σημαντικής σχέσης και του συνακόλουθου πένθους με την ανάπτυξη και την εξέλιξη του καρκίνου, θεωρώντας ότι επηρεάζει ορισμένες λειτουργίες του ανοσοποιητικού συστήματος, ως στρεσσογόνο γεγονός, και συγκεκριμένα τη δραστηριότητα των φυσικών κυττάρων φονέων (natural killer) που αποτελούν μια υποομάδα των λεμφοκυττάρων, προερχόμενα από τη σειρά των Τ κυττάρων, τα οποία χρησιμεύουν στην επιτήρηση των κακοηθών κυττάρων, αναγνωρίζοντας και καταστρέφοντας τα μεταλλαγμένα κύτταρα που μπορεί να εμπεριέχουν προκαρκινικά προγράμματα [212-223]. Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια δίνεται έμφαση στο ρόλο του stress και της κατάθλιψης σε δυο σημαντικές διεργασίες της καρκινογένεσης, τα οποία προκαλούν στον οργανισμό μειωμένη δυνατότητα επανόρθωσης τμήματος του DNA που έχει υποστεί κάποια βλάβη ή αλλοίωση και μεταβολές στην απόπτωση των κυττάρων [86].

Συμπερασματικά, οι έρευνες που έχουν γίνει γύρω από το ρόλο της απώλειας ενέχουν πολλά μεθοδολογικά προβλήματα και δεν έχουν καταφέρει ακόμη να αποδείξουν την ισχύ της υπόθεσης ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ πρώιμων ή πρόσφατων εμπειριών απώλειας και της εμφάνισης καρκίνου, έστω κι αν για ορισμένους ερευνητές ή κλινικούς αυτός ο συσχετισμός είναι εμφανής.

4.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΑΒΟΗΘΗΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΠΕΛΠΙΣΙΑΣ

Πλήθος ερευνητών [224-226] έχει επίσης ασχοληθεί με το ρόλο μιας ψυχολογικής κατάστασης, αντιδραστικής ή όχι, που αντιστοιχεί στην απώλεια της ζωτικότητας του ατόμου, στην απουσία ελπίδας για τη ζωή, στην απογοήτευση και την παραίτηση. Οι πρώτες έρευνες γύρω από αυτό το θέμα έγιναν από τους Schmale

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

και Iker [177] που μελέτησαν την παρουσία αυτών των συναισθημάτων σε 60 γυναίκες που παραπέμφθηκαν για βιοψία μαστού και με βάση την ύπαρξη αυτών των συναισθημάτων προσπάθησαν τα προβλέψουν τα αποτελέσματα της βιοψίας πριν ακόμη αυτά ανακοινωθούν. Οι ερευνητές είχαν κάνει σωστή πρόβλεψη για τις 8 από τις 14 γυναίκες που διαγνώστηκαν με κακοήθεια.

Οι Bahnson and Bahnson [169] έκαναν μια σειρά ερευνών γύρω από τη δράση των μηχανισμών άμυνας και ενέταξαν την ύπαρξη και το ρόλο της κατάθλιψης, της απώλειας και των αισθημάτων απελπισίας στις καταστάσεις που προηγούνται της εμφάνισης καρκίνου, και οι οποίες συχνά χαρακτηρίζονται ως καταστάσεις αυτοεγκατάλειψης του ασθενούς και παραίτησής του από κάθε προσπάθεια διατήρησης στη ζωή. Ωστόσο, επεσήμαναν ότι αυτές οι επιβαρυντικές συναισθηματικές καταστάσεις είναι εγγεγραμμένες στην προσωπική ιστορία της πλειοψηφίας των ανθρώπων, αλλά δεν εμφανίζουν όλοι καρκίνο. Για τα άτομα που εμφανίζουν καρκίνο, η υπόθεση είναι ότι ορισμένοι μηχανισμοί άμυνας οδηγούν σε πρώιμους τρόπους ψυχικής λειτουργίας, γεγονός που προκαλεί ταυτόχρονες φυσιολογικές και βιοχημικές παλινδρομήσεις σε σωματικό επίπεδο. Αποτέλεσμα αυτής της οργανικής παλινδρόμησης είναι η εμφάνιση καρκίνου και οι μηχανισμοί άμυνας είναι η άρνηση και η απώθηση των συναισθημάτων. Μάλιστα, η άρνηση ως μηχανισμός άμυνας στρεσσογόνων καταστάσεων μελετήθηκε ως παράγοντας κινδύνου τόσο για την εμφάνιση καρκίνου, όσο και για την εξέλιξή του, συσχετίζοντάς την με την καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος [227, 228]. Στις έρευνές τους συμμετείχαν ποικίλες ερευνητικές ομάδες ασθενών και οι οποίες εκτιμήθηκαν με διαφορετικές τεχνικές (ελεύθερες συνεντεύξεις, προβολικά τεστ, ειδικά ερωτηματολόγια κ.ά). Τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών έδειξαν ότι οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο διακατέχονται από μια έντονη τάση να απωθούν τις παρορμήσεις τους και τις εσωτερικές τους συγκρούσεις, σε σχέση με άλλα άτομα.

4.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΣΤΟΛΗΣ

Ένα μεγάλο μέρος της διεθνούς βιβλιογραφίας [229-234] περιγράφει την περιορισμένη συναισθηματική εκφραστικότητα, κυρίως αρνητικών συναισθημάτων, των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο και τη σημασία που αυτό το χαρακτηριστικό έχει στην πρόγνωση της νόσου. Ανάλογα περιστατικά άρχισαν να περιγράφονται τη

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

δεκαετία του '50 [98, 235], αναφέροντας μικρότερη επιβίωση των ασθενών που είχαν καταπιεσμένα καταθλιπτικά συναισθήματα και μια τάση να αποφεύγουν συγκρούσεις, σε σχέση με ασθενείς που ήταν ικανοί να εκφράζουν αρνητικά συναισθήματα, όπως ο θυμός.

Είναι εμφανές ότι οι περισσότερες από τις έρευνες που έχουν γίνει για τη διερεύνηση ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ ψυχολογικών παραμέτρων και εμφάνισης καρκίνου έχουν χρησιμοποιήσει ως δείγμα γυναίκες με καρκίνο μαστού, λόγω της υψηλής συχνότητας εμφάνισης αυτής της μορφής κακοήθειας. Ανάλογο δείγμα χρησιμοποιήθηκε και στις έρευνες των S. Greer and T. Morris [236], οι οποίοι πέρασαν 160 γυναίκες από λεπτομερείς συνεντεύξεις και σταθμισμένα tests, την ημέρα της εισαγωγής τους στο Νοσοκομείο για βιοψία όγκου στο μαστό. Οι συνεντεύξεις έγιναν πριν ακόμη γίνει η διάγνωση και οι πληροφορίες των ασθενών επιβεβαιώθηκαν από ξεχωριστές συνεντεύξεις με τους συζύγους κι άλλους στενούς συγγενείς τους. Από τις 160 γυναίκες, οι 69 βρέθηκε ότι είχαν καρκίνο μαστού, ενώ για τις υπόλοιπες 91 γυναίκες διαγνώστηκε καλοήθης όγκος στο στήθος. Τα δεδομένα βασίστηκαν σε συγκρίσεις μεταξύ αυτών των δυο ομάδων και φάνηκε ότι υπήρχε μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης καρκίνου του μαστού κι ενός συγκεκριμένου τρόπου συμπεριφοράς, που περιελάμβανε τη μη έκφραση συναισθημάτων και κυρίως τη μη έκφραση θυμού.

Σε μια έρευνα, όπου 972 γιατροί παρακολουθήθηκαν για 30 χρόνια, παρατηρήθηκε ότι οι "μοναχικοί" είχαν πολύ περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο απ' ότι τα άτομα που χαρακτηρίζονταν από συναισθηματική εκφραστικότητα και ενεργητικότητα [237]. Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε από τους Temoshok και Heller, οι οποίοι θεωρητικοποίησαν τον τύπο C, ως ένα συμπεριφοριστικό σχήμα, βασιζόμενοι στις μεταβλητές "εκφραστικότητα" - "αναστολή". Το άτομο με συμπεριφορά τύπου C περιγράφεται ως συνεργατικό, μη διεκδικητικό, που απωθεί αρνητικά συναισθήματα και το οποίο αποδέχεται και συμμορφώνεται στις επιταγές άλλων. Η συμπεριφορά τύπου C περιλαμβάνει χαρακτηριστικά αντίθετα από αυτά του τύπου A, που έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση εμφράγματος του μυοκαρδίου [238, 239]. Επίσης, σε μια έρευνα που έγινε στον ελληνικό χώρο γύρω από την ύπαρξη συναισθηματικής αναστολής των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο [240] και στην οποία συμμετείχαν 100 ασθενείς (59 άνδρες και 41 γυναίκες) και υγιείς μάρτυρες, οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν ως προς

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

τις εκδηλώσεις εχθρικότητας, τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και τα στρεσσογόνα γεγονότα. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι γυναίκες ασθενείς παρουσίαζαν χαμηλότερες τιμές στη συνολική εχθρικότητα, σε σχέση με τις υγιείς, ενώ οι άνδρες ασθενείς παρουσίαζαν υψηλότερες τιμές, σε σχέση με την αντίστοιχη ομάδα των υγιών. Η "εσωστρεφής" (κυρίως με τη μορφή ενοχών) εχθρικότητα ήταν αυξημένη τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες ασθενείς. Οι γυναίκες ασθενείς, συγκρινόμενες με τις υγιείς, εμφάνιζαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές κατάθλιψης και άγχους, ενώ στους άνδρες, που επίσης παρουσίαζαν αντίστοιχες υψηλές τιμές, η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Η τάση για έλεγχο των συναισθηματικών αντιδράσεων και το αίσθημα του αβοήθητου και της απελπισίας (hopelessness and helplessness) έχουν επισημανθεί, όπως είπαμε, ως βασικά κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο [241]. Σε μια έρευνα του M. Watson [242], που είχε ως στόχο τη διερεύνηση πιθανής σχέσης μεταξύ συναισθηματικού ελέγχου, ψυχολογικής δυσανεξίας και αντιμετώπισης του καρκίνου, συμμετείχαν 359 γυναίκες σε αρχικό στάδιο καρκίνου μαστού, οι οποίες εξετάστηκαν 1-3 μήνες μετά τη διάγνωση. Από τα αποτελέσματα φάνηκε μια υψηλή συσχέτιση μεταξύ της τάσης για έλεγχο των συναισθηματικών αντιδράσεων και μιας μοιρολατρικής-παθητικής στάσης απέναντι στον καρκίνο, καθώς και μεταξύ της συγκράτησης του θυμού και της αίσθησης του αβοήθητου.

Μια προσπάθεια να διερευνηθεί μια ιδιαίτερη έκφραση του χαρακτηριστικού της συναισθηματικής αναστολής μέσα από τον κοινωνικό κομφορμισμό, τη συμβατικότητα και τη συμμόρφωση στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος (faking good) έγινε από τους Marcia Ratcliffe και συν. [243]. Στην έρευνά τους συμμετείχαν ασθενείς με Hodgkin και Non-Hodgkin Lymphoma, που παρακολουθήθηκαν για 5 χρόνια ακριβώς. Από την πολύπλοκη στατιστική ανάλυση φάνηκε πως οι ασθενείς είχαν πολύ υψηλή τιμή στην κλίμακα L του ερωτηματολογίου προσωπικότητας του Eysenck, κλίμακα που υποδεικνύει τη συμβατικότητα και τη στάση απέναντι στις επιθυμίες και τις απαιτήσεις των άλλων. Σύμφωνα με τους ερευνητές, είναι πιθανό κάτω από ορισμένες συνθήκες, μια υψηλή τιμή στην κλίμακα L να δείχνει ένα συγκεκριμένο μοντέλο αντιμετώπισης στρεσσογόνων καταστάσεων, γεγονός που σχετίζεται με την εμφάνιση και την πορεία του καρκίνου, μέσω νευρο-ενδοκρινο-ανοσολογικών μηχανισμών [244-246]. Επιπλέον, από τις στατιστικές αναλύσεις

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

σχετικά με την πρόγνωση προέκυψε ότι οι μεταβλητές που αποτελούσαν ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα ήταν το στάδιο της ασθένειας, η τιμή στην κλίμακα L και το επίπεδο της κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε ότι τα άτομα που είχαν υψηλή τιμή στην κλίμακα L είχαν 16 φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν στην 5ετία, ενώ τα άτομα που παρουσίαζαν υψηλή τιμή κατάθλιψης είχαν 11 φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν στην 5ετία, σε σχέση με τους ασθενείς που το επίπεδο της κατάθλιψής τους ήταν σε φυσιολογικά επίπεδα.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε από τους Bleiker E.M. και συν. [232], οι οποίοι, από το 1989 ως το 1990, έστειλαν ένα ερωτηματολόγιο προσωπικότητας και καταγραφής δημογραφικών στοιχείων σε 28.940 γυναίκες, κάτοικους του Άμστερνταμ, με το οποίο τις καλούσαν να πάρουν μέρος σε ένα πρόγραμμα πρόληψης του καρκίνου μαστού. Από όλους τους παράγοντες που μελετήθηκαν, τρεις βρέθηκε ότι συσχετίζονται θετικά με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού: α. η ύπαρξη μιας συγγενούς πρώτου βαθμού με καρκίνο μαστού, β. η μη τεκνοποίηση (κυρίως πριν την ηλικία των 30 ετών) και γ. υψηλή τιμή στην κλίμακα του ελέγχου ή της αδυναμίας έκφρασης συναισθημάτων.

Επίσης, από πρόσφατη έρευνα [247], στην οποία μελετήθηκε το ψυχολογικό προφίλ ασθενών με καρκίνο μαστού, συγκρινόμενο με τα αποτελέσματα των ιστοπαθολογικών τους εξετάσεων, φάνηκε πως οι γυναίκες που είχαν σαφώς διαφοροποιημένους κακοήθεις όγκους χαρακτηρίζονταν από συναισθηματική ανασταλτικότητα και αδυναμία στην έκφραση αρνητικών συναισθημάτων.

Σημαντική είναι και η έρευνα του C. Jasmin [19], που είχε ως σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ψυχοσωματικών χαρακτηριστικών και του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού, εξετάζοντας γυναίκες ηλικίας από 35 ως 65 ετών. Πριν από τη διάγνωση, πραγματοποιήθηκε μια ημιδομημένη συνέντευξη, όπου διερευνήθηκαν πολλές ψυχολογικές παράμετροι και ο ειδικευμένος σε θέματα ψυχοσωματικής συνεντευκτής έκανε μια εκτίμηση για το αν κάθε μια από τις γυναίκες που εξετάστηκαν διέτρεχε υψηλό κίνδυνο ή όχι να έχει μια κακοήθη ασθένεια. Ο δείκτης κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού προέκυψε από τη συνεκτίμηση των ψυχοσωματικών παραγόντων, καθώς και παραγόντων, όπως η ηλικία κατά την περίοδο της συνέντευξης, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, η τεκνοποιία και η ηλικία του πρώτου τοκετού. Τελικά, 19 από τις 77

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα, φάνηκε από τα αποτελέσματα των ιστολογικών εξετάσεων, ότι έπασχαν από καρκίνο του μαστού. Από την ανάλυση των δεδομένων, βρέθηκε μια υψηλή συσχέτιση (ρ=0.02) μεταξύ της ψυχοσωματικής πρόγνωσης και του δείκτη κινδύνου για καρκίνο του μαστού, ενώ παρατηρήθηκε επίσης πως ένα πρόσφατο άλυτο πένθος κι ένα υστερικό υπόβαθρο, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, συσχετιζόταν σημαντικά με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού.

Ωστόσο, παρά το πλήθος των μεθοδολογικά προσεγμένων και έγκυρων ερευνών που καταλήγουν σε ύπαρξη θετικής συσχέτισης μεταξύ χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της εμφάνισης καρκίνου, αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία και έρευνες [195, 197, 232] που δεν υποστηρίζουν την προαναφερθείσα θετική συσχέτιση, ενώ από άλλους ερευνητές που κρατούν μια κριτική στάση απέναντι στα θετικά και στα αρνητικά ευρήματα υποστηρίζεται ότι η χαρακτηριζόμενη ως προσωπικότητα με προδιάθεση για καρκίνο, υπάρχει, αλλά θα πρέπει να θεωρείται ως αποτέλεσμα κι όχι ως "αιτία" της νόσου [248, 249].

Πιο πρόσφατες και μεθοδολογικά έγκυρες μελέτες υποστηρίζουν ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν περισσότερο την εξέλιξη παρά την εμφάνιση του καρκίνου [107, 250]. Πιο συγκεκριμένα, μέρος ερευνών [251-253] προσανατολίστηκαν στη μελέτη του ρόλου της συναισθηματικής δυσανεξίας, των αισθημάτων απελπισίας και της κατάθλιψης στην πορεία του καρκίνου και διαπίστωσαν ότι ασθενείς που διακατέχονταν από "αγωνιστικό πνεύμα" είχαν μεγαλύτερη διάρκεια επιβίωσης σε σχέση με ασθενείς που στωικά είχαν δεχτεί την κατάστασή τους ή εκδήλωναν το αίσθημα του αβοήθητου και της απελπισίας. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο, επισημαίνεται ότι αποτελεσματική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης των ασθενών έχει ως αποτέλεσμα καλύτερη προσαρμογή του ασθενούς, μείωση των συμπτωμάτων του και ως ένα βαθμό, θετική επίδραση στην εξέλιξη της νόσου [225, 254-256].

4.6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑΣ

Η έννοια της αλεξιθυμίας περιγράφηκε για πρώτη φορά από το Σιφναίο [22] στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και ανεξάρτητα, από τους Marty P. και de M'Uzan [21] στη Γαλλία και απασχόλησε πολλούς ερευνητές [257-260], κυρίως από τη

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

δεκαετία του '70 και μετά. Αν και η αλεξιθυμία δεν αποτελεί μια σαφή παθολογική παράμετρο, ωστόσο έχει υποστηριχθεί ότι διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση σωματικών ασθενειών [22, 257]. Οι θεωρίες για τις ψυχοσωματικές νόσους αναφέρουν την αλεξιθυμία ως ένα από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ασθενών που πάσχουν από αυτές τις ασθένειες, συμπεριλαμβανομένου και της νόσου του καρκίνου [261].

Σύμφωνα μάλιστα με τον Eysenck [262], το άτομο που έχει περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξει καρκίνο χαρακτηρίζεται από μια καταστολή των συναισθημάτων του και μια ανικανότητα να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά το άγχος που προέρχεται από τις διαπροσωπικές του σχέσεις ή από κάποια γεγονότα. Επίσης, ο Eysenck [263] έχει περιγράψει τον τύπο προσωπικότητας με προδιάθεση στον καρκίνο, που χαρακτηρίζεται από υποδιέγερση, έλλειψη αυτονομίας και δυσκολία να προσεγγίσει ένα στόχο ή ένα πρόσωπο με μεγάλη συναισθηματική αξία για το ίδιο, παραμένοντας απόμακρος από αυτό και απομονωμένος.

Επιχειρώντας μια ανάλυση της έννοιας της αλεξιθυμίας, που ετυμολογικά αναλύεται ως *α + λεξ (=λόγος) + θυμός*, η **αλεξιθυμία** δηλώνει:

- τη δυσκολία αναγνώρισης και λεκτικής έκφρασης των συναισθημάτων,
- τη δυσκολία διαφοροποίησης μεταξύ συναισθημάτων και συγκινησιακών εντάσεων στο σώμα,
- την έλλειψη ικανότητας συμβολοποίησης, που έχει ως αποτέλεσμα τη δυσκολία δημιουργίας φαντασιώσεων και τις περιορισμένες εικονοπλαστικές διεργασίες και
- την ενασχόληση με εξωτερικά γεγονότα και όχι με εσωτερικές εμπειρίες [29, 264].

Για τον Σιφναίο τα συναισθήματα (feelings) και οι συγκινήσεις (emotions) έχουν εντελώς διαφορετικό νόημα. Διαφοροποιεί τις ενστικτώδεις συγκινήσεις, που αποτελούν τη βιολογική πλευρά των συναισθημάτων, η οποία τοποθετείται στο μεταιχμιακό σύστημα του εγκεφάλου, κάπου στον υπόκαμπο και την αμυγδαλή και τα συγκινησιακά συναισθήματα, που αποτελούν την ψυχολογική πλευρά των συναισθημάτων και υποστηρίζει ότι τα ζώα βιώνουν τις ενστικτώδεις συγκινήσεις, ενώ μόνο οι άνθρωποι βιώνουν τα συγκινησιακά συναισθήματα [264].

Οι Marty και de M' Uzan συνέδεσαν την αλεξιθυμία με τα άτομα των οποίων ο τρόπος σκέψης τους θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως μηχανιστικός (pensee operatoire), εννοώντας τα άτομα εκείνα που αδυνατούν να διασύνδεουν τα συναισθήματά τους με τις διανοητικές τους αναπαραστάσεις, και κατά συνέπεια,

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

δυσκολεύονται να μιλήσουν για τα συναισθήματά τους και περιορίζονται σε μια απλή περιγραφή σκέψεων ή καταστάσεων, χωρίς καμία συναισθηματική χροιά ή φόρτιση. Οι σύγχρονες προσπάθειες κατανόησης της αλεξιθυμίας εστιάζονται στις θεωρίες για τις επικοινωνιακές λειτουργίες των συναισθημάτων, λειτουργίες οι οποίες καθορίζονται από ποικίλους γνωστικούς μηχανισμούς. Τα ευρήματα αυτών των προσπαθειών δείχνουν ότι στα άτομα με αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά ορισμένοι γνωστικοί μηχανισμοί είτε δεν υφίστανται είτε δεν τίθενται σε λειτουργία, γεγονός που σημαίνει ότι δυσκολίες στη γνωστική επεξεργασία των συναισθημάτων καθιστούν τα άτομα αυτά πιο ευάλωτα στην εμφάνιση ασθενειών, μέσα από τον σωματικό αντίκτυπο. Κι αυτό γιατί το σύνολο της συναισθηματικής ένταση, λόγω της απουσίας επεξεργασίας των συγκινήσεων, διοχετεύεται μέσα από τις σωματικές λειτουργίες και αισθήσεις. Με άλλα λόγια, η περιορισμένη ικανότητα των ατόμων που παρουσιάζουν "αλεξιθυμικά" χαρακτηριστικά να "υποβάλουν" τα συναισθήματά τους σε μια γνωστική επεξεργασία ώστε να τα βιώσουν σε συνειδητό επίπεδο, με τη μορφή αναπαραστάσεων και να τα αντιμετωπίσουν, έχει ως αποτέλεσμα, οι δυσάρεστες συναισθηματικές εντάσεις να επιδρούν αρνητικά σε σωματικές λειτουργίες, που ήδη τις έχουμε περιγράψει σε προηγούμενο κεφάλαιο [265-269].

Ψυχοφυσιολογικές έρευνες [265, 267, 270, 271]γύρω από το stress επισημαίνουν τη σημαντικότητα της γνωστικής μεσολάβησης στην ερμηνεία των ερεθισμάτων, θεωρώντας ότι η γνωστικές διεργασίες μπορούν να προκαλέσουν διαφορετική συναισθηματική και ψυχοφυσιολογική απάντηση στο ίδιο ερέθισμα. Η εκτίμηση των γνωστικών διεργασιών ενός ατόμου αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα για την κατανόηση της φύσης των ψυχολογικών και συμπεριφοριστικών απαντήσεων. Το άτομο με αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά, όταν εκτίθεται σε αγχογόνους παράγοντες, απαντά με μια επιπρόσθετη αύξηση της δραστηριοποίησης, χωρίς συνειδητή επεξεργασία των όσων συμβαίνουν, γεγονός που προστίθεται στο αρχικό άγχος και το οποίο μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ενεργοποίηση ποικίλων βιολογικών λειτουργιών. Η αλεξιθυμία λοιπόν, θεωρείται ως το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ της ενεργοποίησης λειτουργιών του συμπαθητικού συστήματος και της ανικανότητας γνωστικής επεξεργασίας των συναισθημάτων που βιώνει το άτομο.

Κατά την προσπάθεια εντοπισμού και αιτιολόγησης αυτών των δυσκολιών στη γνωστική επεξεργασία, οι ερευνητές καταλήγουν στην απόδοσή τους είτε σε διαταραχές της εγκεφαλικής οργάνωσης [272], είτε σε δυσλειτουργικά μοντέλα επικοινωνίας των

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

συναισθημάτων κατά την παιδική ηλικία [273]. Από τη στιγμή που οι Hoppe K. and Bogen J. [274, 275] παρατήρησαν ότι οι ασθενείς με ελλιπή διασύνδεση των δυο ημισφαιρίων ("split-brain" ασθενείς) εκδήλωναν αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά (primary alexithymia) [276], αναπτύχθηκε έντονο ενδιαφέρον γύρω από τυχόν διασύνδεση μεταξύ ορισμένων νευρολογικών διαταραχών και αλεξιθυμίας, ενδιαφέρον που συντονίστηκε με τη σύγχρονη προσπάθεια χαρτογράφησης του εγκεφάλου και διασύνδεσης του με την ανθρώπινη συμπεριφορά. Πολλές έρευνες προσανατολίστηκαν στην αναζήτηση νευρολογικών δυσλειτουργιών που πιθανά προκαλούσαν εμφάνιση ανάλογων χαρακτηριστικών και κατέληξαν σε συμπεράσματα που καθιστούσαν τον τρόπο διασύνδεσης των δυο ημισφαιρίων και ορισμένες δυσλειτουργίες του δεξιού ημισφαιρίου ως υπεύθυνες για την εμφάνιση αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών [277-283].

Από την άλλη πλευρά, μέσα από μια διαφορετική προσέγγιση του θέματος, η αλεξιθυμία θεωρήθηκε αποτέλεσμα ανεπαρκούς ανάπτυξης της ικανότητας συμβολισμού και συνδέθηκε με τη ΄΄νηπιακή προσωπικότητα΄΄, η οποία έχει συσχετιστεί με την ανάπτυξη ψυχοσωματικών νόσων. Με μια ευρεία έννοια του όρου, ο συμβολισμός είναι ένας τρόπος έμμεσης "εικαστικής", φανταστικής αναπαράστασης ιδεών, ψυχικών συγκρούσεων και ασυνείδητων επιθυμιών. Η ανάπτυξη της συμβολικής λειτουργίας στο παιδί γίνεται μέσα από τον τρόπο που η μητέρα μιλάει στο παιδί από τη βρεφική ηλικία για οτιδήποτε συμβαίνει, συνθέτοντας τη σχέση "σύμβολο - συμβολιζόμενο". Υποστηρίζεται, λοιπόν, ότι το άτομο που εκδηλώνει αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά έχει μεγαλώσει σε ένα περιβάλλον, όπου η μητέρα δεν μπορούσε να κατανοήσει τα συναισθήματα που βίωνε το βρέφος, ώστε να του τα περιγράψει λεκτικά, με αποτέλεσμα, για παράδειγμα, να το ταΐζει, να το χαϊδεύει και να του μιλάει, με μαζικό και κατακλυσμικό τρόπο, μη αφήνοντας στο βρέφος το χρόνο που του ήταν απαραίτητος για να επεξεργαστεί όλα αυτά τα ερεθίσματα (secondary alexithymia) [10, 276, 284, 285].

Αν και η αλεξιθυμία έχει θεωρηθεί ως μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, ορισμένοι ερευνητές [286, 287] αναφέρουν ότι σε ορισμένες περιπτώσεις κάποια 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

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

επιτυγχάνεται η επεξεργασία και η αντιμετώπιση των ερεθισμάτων, τόσο εξασθενεί και η εκδήλωση ανάλογων χαρακτηριστικών.

Έρευνες [288-290] με σκοπό τη μελέτη των συσχετίσεων μεταξύ αλεξιθυμίας, ανοσοποιητικού συστήματος και εμφάνισης καρκίνου παρατήρησαν θετική συσχέτιση μεταξύ αλεξιθυμίας και χαμηλής δράσης του ανοσοποιητικού συστήματος, καθώς και μεταξύ αλεξιθυμίας και ενδοεπιθηλιακής τραχηλικής νεοπλασίας. Ο μηχανισμός που εξηγεί αυτή τη διαπίστωση είναι η ενεργοποίηση της συμπαθητικο-αδρεναλινικής δραστηριότητας ως απάντηση στο stress των ατόμων με αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά [291-293]. Επίσης, σε έρευνα που έγινε στον ελλαδικό χώρο με σκοπό να εξετάσει ορισμένους παράγοντες κινδύνου, όπως η αλεξιθυμία και η εχθρικότητα, σε γυναίκες που ελέγχονταν για καρκίνο μαστού, φάνηκε ότι οι γυναίκες που τελικά διαγιγνώσκονταν με καρκίνο μαστού διέφεραν από τις υγιείς ως προς τον τρόπο αντίληψης και αντίδρασης σε διάφορα γεγονότα και καταστάσεις, που σπάνια περιλάμβανε εξωτερίκευση αρνητικών συναισθημάτων για τους άλλους [294]. Επίσης, ορισμένοι ερευνητές [295, 296] επικεντρώθηκαν στην εκτίμηση της πορείας και της έντασης των συμπτωμάτων σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο, σε συνάρτηση με την αλεξιθυμία. Διαπίστωσαν ότι ασθενείς με αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά υπέφεραν από πιο έντονους και μακροχρόνιους πόνους, σε σχέση με τους ασθενείς που δεν είχαν ανάλογα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, ενώ άλλοι ερευνητές [297] θεωρούν ότι η ανασταλτικότητα στη συναισθηματική έκφραση αποτελεί αντίδραση στη νόσο κι όχι χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που προδιαθέτει ένα άτομο σε καρκίνο.

Τέλος, είναι σημαντικό να επισημάνουμε ότι η αλεξιθυμία δεν αποτελεί διάγνωση, αλλά χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, το οποίο θα πρέπει να εξετάζεται σε σχέση με το σύνολο της προσωπικότητας ενός ατόμου. Η κριτική που ασκήθηκε στην έννοια αυτή βασίζεται κυρίως στο γεγονός ότι θεωρεί δεδομένη την ύπαρξη ακριβούς λεκτικού αναλόγου για κάθε είδος συναισθήματος, ενώ άλλοι ερευνητές απέδωσαν τα αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά σε κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και σε πολιτισμικές διαφορές. Για την αποσαφήνιση ανάλογων θεμάτων προτείνεται οι μελλοντικές έρευνες γύρω από την αλεξιθυμία να περιλαμβάνουν τη διεπιστημονική συμβολή της νευροβιολογίας των συναισθημάτων, της εξελικτικής ψυχολογίας και της ιατρικής [29, 298].

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

5. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΡΧΕΩΣ

5.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι όγκοι του όρχεως είναι σχετικά σπάνιοι και αντιστοιχούν περίπου στο 1% ως 2% του συνόλου των νεοπλασιών του άνδρα, ενώ περίπου 1 στους 500 άνδρες εμφανίζει αυτή τη νόσο. Ο καρκίνος του όρχεως από γεννητικά κύτταρα (Ca-ΓΚ) αποτελεί το 96% των κακοηθών νεοπλασμάτων αυτού του οργάνου. Ο μέσος όρος ηλικίας των ανδρών που εμφανίζουν καρκίνο όρχεως είναι 30-34 ετών, ενώ για την 3η και 4η δεκαετία αποτελεί τον 1° σε συχνότητα καρκίνο. Γενικά, οι όγκοι των όρχεων είναι δυνατό να εμφανιστούν σε όλες τις ηλικίες, όπως προκύπτει όμως από τη βιβλιογραφία, το 70% αυτών των νεοπλασμάτων εμφανίζονται μεταξύ 20-35 ετών, ενώ το υπόλοιπο 30% εμφανίζεται είτε πριν είτε μετά από το προαναφερθέν ηλικιακό φάσμα [299-301].

Από τις επιδημιολογικές έρευνες που έχουν γίνει αναφέρεται ότι καρκίνος όρχεως εμφανίζεται πιο συχνά στους Λευκούς άνδρες των προηγμένων χωρών του Δυτικού Κόσμου σε σχέση με τους άνδρες των "έγχρωμων φυλών" [302], ενώ παρατηρήθηκε, επίσης, ότι εμφανίζεται μεγαλύτερη επίπτωση όγκων του όρχεως σε μετανάστες από χώρες της Κίτρινης και της Μαύρης φυλής προς τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, σε σχέση με τους άνδρες που ζουν στη χώρα προέλευσής τους [303, 304]. Μεταξύ των ανδρών που ζουν σε προηγμένες χώρες υπάρχει αυξημένη επίπτωση σε διευθυντικά στελέχη επιχειρήσεων. Οι νεοπλασίες του όρχεως παρουσιάζουν αυξημένη επίπτωση σε άτομα υψηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, ενώ δεν έχει επιβεβαιωθεί ότι υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ της συχνότητας εμφάνισης νεοπλασιών αυτού του τύπου και του θρησκεύματος στο οποίο πιστεύουν τα άτομα που νοσούν, αλλά ούτε και των σεξουαλικών δραστηριοτήτων τους. Αναφέρεται ακόμη στη βιβλιογραφία, χωρίς να είναι αποδεδειγμένο, ότι ο καρκίνος στους όρχεις εμφανίζεται πολύ πιο συχνά στους κατοίκους αγροτικών περιοχών, σε σχέση με τους κατοίκους αστικών περιοχών [299, 305-308].

Άνδρες που δεν υπήρξαν ποτέ παντρεμένοι έχουν υψηλότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν μη- σεμινωματώδη όγκο, απ' ότι οι παντρεμένοι (με πιθανές εξηγήσεις που βασίζονται τόσο σε κάποια ορμονική διαταραχή όσο και στη συχνότητα των σεξουαλικών επαφών) [309].

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Επιπλέον, από επιδημιολογικές έρευνες [310, 311] που πραγματοποιήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής φαίνεται πως κατά τις τελευταίες πέντε δεκαετίες, η επιδημιολογική επίπτωση αυτών των νεοπλασιών πενταπλασιάστηκε στους άρρενες ηλικίας μεταξύ 15-25 ετών, τριπλασιάστηκε για τις ηλικίες 25-50 ετών, ενώ δεν υπήρξαν αλλαγές στη συχνότητα εμφάνισης αυτών των όγκων στις ηλικίες κάτω των 15 ετών και άνω των 50 ετών.

Από τα παραπάνω στοιχεία, καθώς και από ανάλογα στοιχεία που προέρχονται από άλλες προηγμένες χώρες αποτελεί υπόθεση ορισμένων ερευνητών ότι η αύξηση της συχνότητας της νόσου που παρατηρείται σε αυτές τις χώρες είναι πιθανά αποτέλεσμα μιας αθροιστικής συνισταμένης γονιδιακών εξαλλαγών, οι οποίες οφείλονται κυρίως στη συνεχή και σταθερή έκθεση των ατόμων σε περιβαλλοντικούς παράγοντες με υψηλούς δείκτες καρκινογένεσης, παράγοντες που σχετίζονται σημαντικά με την ξέφρενη βιομηχανική ανάπτυξη [299, 312].

5.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Αν και η αιτία της εμφάνισης καρκίνου όρχεως είναι άγνωστη, σημαντικές πιθανές συσχετίσεις έχουν αναφερθεί κατά καιρούς, χωρίς όμως σαφή και πλήρη διευκρίνιση της αιτιοπαθογένειας. Μια από τις επικρατούσες θεωρίες της καρκινογένεσης των γονάδων είναι η θεωρία, σύμφωνα με την οποία, κατά τη χρονική περίοδο της εμβρυϊκής ύπαρξης, σχηματίζεται ένας αριθμός μη φυσιολογικών κυττάρων ("άτυπων" ή "ανώμαλων"), τα οποία αποτελούν το λεγόμενο "καρκίνωμα in situ" ή "cis", που συνυπάρχει μέχρι την περίοδο της εφηβείας μαζί με τα φυσιολογικά κύτταρα του ιστού των όρχεων (πολυσταδιακό φαινόμενο). Αυτό το καρκίνωμα, που, υποθετικά, βρίσκεται σε λανθάνουσα κατάσταση, είναι πιθανό να αποτελεί την προκαταρκτική φάση ή το υπολανθάνον στάδιο της ιστογένεσης των όγκων του ορχικού παρεγχύματος. Με την έναρξη της περιόδου της εφηβείας, όταν τα ήδη μεταλλαγμένα κύτταρα του "καρκινώματος in situ" υποστούν την επίδραση υποφυσιακών ορμονών και κάποιων αυξητικών παραγόντων, με θετική κυτταροπολλαπλασιαστική, τότε αυτά τα κύτταρα είναι δυνατό να τεθούν υπό την επήρεια συγκεκριμένων ερεθισμών, που έχουν ως αποτέλεσμα να αναπτυχθεί ο καρκίνος του όρχεως. Αντίθετα, αν τα κύτταρα του "καρκινώματος in situ" υποστούν την επίδραση κάποιων άλλων αυξητικών παραγόντων με αρνητική δράση, τότε αυτά μπορεί να μετατραπούν σε "φυσιολογικά" κύτταρα ή ακόμη και να νεκρωθούν [299,

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

313].

Επίσης, στη βιβλιογραφία [302,314-317] αναφέρονται και αρκετοί προδιαθεσικοί παράγοντες της αιτιοπαθογένεσης των νεοπλασμάτων του ορχικού παρεγχύματος.

Τέτοιοι παράγοντες που έχουν "ενοχοποιηθεί" είναι:

1. Η κρυψορχία : ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου όρχεως αυξάνει στο 10% στις περιπτώσεις ανδρών που γεννήθηκαν με κρυψορχία. Κρυψορχία εμφανίζεται σε 1 στους 500 άρρενες και η πιθανότητα καρκινογένεσης είναι 30-50 φορές μεγαλύτερη απ' ότι σε άνδρες με φυσιολογικούς οσχεϊκούς όρχεις. Αυτή η διαπίστωση συνεπάγεται πως, ενώ ο κίνδυνος ανάπτυξης Ca-ΓΚ στο γενικό πληθυσμό είναι 1/500 άνδρες, στους άρρενες με κρυψορχία είναι 1/10 ως 1/20. Λόγω του υψηλού κινδύνου καρκινογένεσης υποδεικνύεται ότι η ορχεοπηξία θα πρέπει να γίνεται μέχρι την ηλικία των 3 ετών. Αν ο όρχις είναι ατροφικός, πρέπει να γίνεται ορχεκτομή, μια και έχουν πια ατροφήσει τα σπερματοφόρα σωληνάρια κι ο όρχις έχει πια καταστραφεί ως όργανο αναπαραγωγής, ενώ εξακολουθεί να υφίσταται εφ' όρου ζωής ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου όρχεως. Επιπλέον, θα πρέπει να σημειωθεί ότι σε κρυψορχικούς ασθενείς, σε ποσοστό 1-2%, ο καρκίνος εμφανίζεται στον φυσιολογικό οσχεϊκό όρχι [305, 299, 318-321].

2. Η ατροφία του όρχεως: άνδρες με ατροφικούς όρχεις, λόγω της ιστολογικά αποδεδειγμένης δυσγενεσίας του ορχικού παρεγχύματος παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του όρχεως. Η ατροφία του όρχεως οφείλεται, εκτός από την κρυψορχία, σε ορχίτιδα από ιούς και συνήθως από τον μυξοϊό της παρωτίτιδας [299, 305].

3. Οι κακώσεις των όρχεων: η ενοχοποίησή τους ως παράγοντας κινδύνου αμφισβητείται από πολλούς ερευνητές., οι οποίοι πιστεύουν ότι οι κακώσεις πιθανά γίνονται η αφορμή για να ανακαλυφθεί ο όγκος, ο οποίος προϋπήρχε σε κυτταρικό επίπεδο από παλιότερα [322].

Σε μια προηγούμενη έρευνα, οι Swerdlow και συν. [315] διαπίστωσαν πως δεν υπάρχει ένδειξη ότι κάποιο μικρό τραύμα στους όρχεις, κατά τη διάρκεια αθλητικών ενασχολήσεων, όπως το ποδόσφαιρο, η υπασία και η ποδηλασία μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για καρκίνο όρχεως. Επίσης, ο κίνδυνος εμφάνισης αυτής της νόσου δεν αυξάνει ύστερα από εκτομή του ενός ή και των δυο ορχικών πόρων. Αρκετά σοβαρό τραύμα που προκαλεί ατροφία του όρχεως μπορεί να

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

αποτελεί έναν υποθετικό παράγοντα κινδύνου, αλλά η υπόθεση αυτή δεν έχει ακόμη επιβεβαιωθεί.

4. Επαγγελματική έκθεση σε ουσίες: ουσίες που έχουν ενοχοποιηθεί ως καρκινογόνοι παράγοντες είναι πολλά είδη λιπασμάτων, διάφορες φαινόλες, το μεθύλχολανθέρνιο, που αποτελεί συστατικό των υγρών καυσίμων, ο καπνός, ο άσβεστος και η διμεθυλοφορμαμίδη.

5. Ορμόνες: θεωρείται ότι μια σειρά ορμονικών επιδράσεων και λειτουργιών είναι πιθανό να έχουν σημασία σχετικά με την ανάπτυξη όγκων του ορχικού παρεγχύματος. Έχει περιγραφεί κατά το παρελθόν ο ρόλος και οι συνέπειες της διαταραχής των οιστρογόνων ορμονών της μητέρας προς το έμβρυο, κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων της κύησης. Αυτή η ορμονική διαταραχή οδηγεί, μεταξύ των άλλων, σε δημιουργία δυσπλαστικών γονάδων, καθώς και εκτοπίας των όρχεων ή κρυψορχίας. Επίσης, μια θεωρία που δεν έχει επαληθευτεί μέχρι σήμερα υποστηρίζει ότι, επειδή στατιστικά οι όγκοι των όρχεων εμφανίζονται μεταξύ 20-35 ετών, δηλ. κατά την ηλικία της αυξημένης σεξουαλικής δραστηριότητας, τόσο οι διαταραχές όσο και οι διακυμάνσεις των επιπέδων των ανδρογόνων του πλάσματος και ιδιαίτερα της τεστοστερόνης ορμόνης, θα μπορούσαν να σχετίζονται με την εμφάνιση όγκων του όρχεως.

6. Ακτινοβολία: διάφοροι τύποι ακτινοβολίας, κυρίως σε άτομα που εργάζονται σε ερευνητικά πυρηνικά ή ακτινολογικά εργαστήρια μπορεί να προκαλέσουν καρκίνο των όρχεων.

7. Οικογενής εμφάνιση: έρευνες που έχουν γίνει με τεχνικές μοριακής βιολογίας έχουν ενοχοποιήσει κάποιους καρκινογενετικούς παράγοντες όπως την κληρονομική μεταβίβαση του καρκίνου ή τη γενετική προδιάθεση σχετικά με τη δημιουργία νεοπλασματικών κυτταρικών κλώνων [323].

Ακόμη, από τους άνδρες που έχουν νοσήσει από καρκίνο όρχεως υπάρχει ένα ποσοστό 2–3% περίπου, οι οποίοι θα αναπτύξουν Ca – ΓΚ στον άλλο όρχι, είτε 0-6 μήνες, είτε 15-20 χρόνια αργότερα [305].

Η παραβίαση της ακεραιότητας του οσχέου (οσχεϊκή ορχεκτομή, οσχεϊκή βιοψία όρχεως) μπορεί να συντελέσει στην «παρά φύσει» διασπορά καρκινικών κυττάρων στους βουβωνικούς – πυελικούς λεμφαδένες και ακόμη στην πρόωρη αιματογενή διασπορά της νόσου. Επιπλέον, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στις

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

περιπτώσεις νόσου σταδίου Ι και πρώιμου σταδίου ΙΙ τυχόν προηγούμενη ορχεοπηξία, η οποία ενέχει τους ίδιους κινδύνους "παράπλευρης" διασποράς της νόσου [305]. Οι Swerdlow και συν. [316] υποθέτουν ότι ο μηχανισμός μέσω του οποίου η βιοψία μπορεί να συνδέεται με την κακοήθεια σχετίζεται με την αντίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος.

5.3. *ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ*

Η παθολογοανατομική ταξινόμηση επιτυγχάνεται τόσο με τις κλασικές ιστολογικές εξετάσεις, όσο και με τις ανοσοιστοχημικές μεθόδους και τεχνικές. Σημαντική είναι και η συμβολή μεθόδων προσδιορισμού καρκινικών δεικτών επί των ιστολογικών παρασκευασμάτων, όπως της β-HCG και της a-FP. Από παθολοανατομικής άποψης, είναι σημαντικός ο προσδιορισμός της ύπαρξης ή μη ιστολογικά αμιγούς τύπου νεοπλάσματος ή αν η εξέταση των ιστών αποδεικνύουν την ύπαρξη μικτών ορχικών όγκων τόσο για την περαιτέρω αντιμετώπιση της νόσου όσο και για τη θεραπεία της.

- ***Καλοήθεις όγκοι του όρχεως***

Πρόκειται για πολύ σπάνιους όγκους (από τα κύτταρα Sertoli : 0.5%-1% και από τα κύτταρα Leyding : 1-2%). Στο 90% του συνόλου αυτών των όγκων είναι καλοήθεις, ενώ σε ποσοστό 8-10% εκφράζονται από κακοήθη εξαλλαγή. Άλλοι καλοήθεις όγκοι που εμφανίζονται σε πολύ μικρά ποσοστά είναι οι όγκοι που προέρχονται από κύτταρα του συνδετικού ιστού (ινώματα), από κύτταρα του λιπώδους ιστού (λιπώματα) και από κύτταρα του αγγειακού ιστού (αγγειώματα). Πολλές φορές, η ιστολογική εικόνα μπορεί να παρουσιάζεται μικτή (ινω-αγγειώματα, λίπο-αγγειώματα κ.τ.λ)

- ***Κακοήθεις όγκοι του όρχεως***

1. Όγκοι που προέρχονται από σπερματογεννητικά κύτταρα: αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό των νεοπλασμάτων του όρχεος (95-96%).

Τα νεοπλάσματα που προέρχονται από τα σπερματογεννητικά κύτταρα υποδιαιρούνται σε 2 ομάδες:

α. *Αμιγώς σεμινωματώδεις όγκοι:* ανάλογα με το ιστολογικό στοιχείο που επικρατεί διακρίνονται σε τυπικό σεμίνωμα, αναπλαστικό σεμίνωμα ή

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

σπερματοκυτταρικό σεμίνωμα.

β. Μη σεμινωματώδεις όγκοι: συνήθως, είναι νεοπλάσματα μικτής κυτταρογενετικής προέλευσης (τερατοκαρκινώματα, χοριοκαρκινώματα, εμβρυογενή καρκινώματα)

Αυτά τα νεοπλάσματα εμφανίζουν σαφείς διαφορές από το σεμίνωμα ως προς τη βιολογική τους συμπεριφορά (μεγάλη βιολογική πολυμορφία, μεγαλύτερη επιθετικότητα, μικρότερη ακτινοευαισθησία). Επιπλέον, η διάκριση καθορίζει και τους θεραπευτικούς χειρισμούς που θα ακολουθήσουν της διάγνωσης.

Οι δυο βασικές ομάδες των Ca-ΓΚ, το ***σεμίνωμα*** και το ***τεράτωμα,*** διαφέρουν μεταξύ τους, ως προς την ηλικία της υψηλότερης επίπτωσης (αριθμός καθ' έτος νέων περιπτώσεων καρκίνου του όρχεως ανά αριθμό πληθυσμού 100.000 ανδρών), κατά μια δεκαετία (τα τερατώματα γύρω στα 28 χρόνια, ενώ τα σεμινώματα γύρω στα 38 χρόνια) [299, 324].

2. Όγκοι που προέρχονται από κύτταρα του στρώματος του ορχικού παρεγχύματος (όπως οι όγκοι των κυττάρων του Sertoli ή του Leyding).

- ***Κακοήθεις όγκοι του όρχεως της παιδικής ηλικίας***

Πρόκειται για σπάνιους όγκους που προέρχονται από κύτταρα του λεκιθικού σάκκου (yolk sac tumors). Προέρχονται από τις ιστολογικές δομές του εξωεμβρυικού μεσοδέρματος ή ενδοδέρματος του λεκιθικού ασκού.

5.4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΟΥ ΟΡΧΕΩΣ

Αμέσως μετά τη διάγνωση, μέλημα όλων των γιατρών θα πρέπει να είναι η προσεκτική και λεπτομερής σταδιοποίηση της νόσου, η οποία είναι καθοριστικής σημασίας για τη θεραπευτική αντιμετώπιση και την πρόγνωσή της.

Σήμερα, τα επικρατέστερα μοντέλα της κλινικής σταδιοποίησης των νεοπλασμάτων του όρχεως είναι δυο: μια ταξινόμηση που χρησιμοποιείται κυρίως στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, σύμφωνα με την οποία διακρίνονται τρία βασικά στάδια της νόσου με τις επιμέρους σταδιοποιήσεις και μια ταξινόμηση από την Ευρωπαϊκή Οργάνωση Έρευνας και Θεραπείας του καρκίνου (EORTC), σύμφωνα με την οποία γίνεται μια προσπάθεια λεπτομερούς περιγραφής της νόσου, τόσο σε σχέση με την τοπική επέκταση του νεοπλάσματος, όσο και στην

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

απομακρυσμένη επέκταση στους επιχώριος λεμφαδένες και άλλα όργανα.

Στην παρούσα εργασία θα αναφερθούμε στην πρώτη ταξινόμηση, σύμφωνα με την οποία διακρίνονται τα εξής στάδια [299, 302]:

Στάδιο I	το νεόπλασμα είναι περιορισμένο, μικρών διαστάσεων, βρίσκεται εντός του οργάνου και δεν υπάρχουν ενδείξεις για τυχόν λεμφαδενικές μεταστάσεις.
Στάδιο II	υπάρχουν λεμφαδενικές μεταστάσεις, οι οποίες εντοπίζονται κάτω από το ανατομικό επίπεδο του διαφράγματος και σταδιοποιούνται σε τρία υποστάδια: **Στάδιο II A**: οι λεμφαδένες αυτού του σταδίου έχουν διάμετρο μέχρι 2 cm. **Στάδιο II B** από το σύνολο των μεταστάσεων στους λεμφαδένες, τουλάχιστον ένας έχει διάμετρο 2 και 5 cm. **Στάδιο II C**: υπάρχουν πολλές μεταστάσεις στους λεμφαδένες με διάμετρο μεγαλύτερη από 5 cm
Στάδιο III	είναι προχωρημένο στάδιο της μεταστατικής νόσου και υπάρχουν μεταστάσεις πάνω από το ανατομικό επίπεδο του διαφράγματος, καθώς και μεταστάσεις σε άλλα όργανα, όπως πνεύμονες, εγκέφαλος, ήπαρ, οστά κ.λ.π.

5.5. ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΟΥ ΟΡΧΕΩΣ

Οι νεοπλασίες του όρχεως κάνουν μεταστάσεις:

1. Με τη λεμφική οδό: δια μέσου των λεμφικών αγγείων των σπερματικών αγγείων, τα νεοπλασματικά κύτταρα μεθίστανται αρχικά στους κάτωθι του ανατομικού επιπέδου του διαφράγματος οπισθοπεριτοναϊκούς λεμφαδένες (παραορτικούς, της κάτω κοίλης φλέβας ή ακόμη και των νεφρικών μίσχων). Σε προχωρημένη μεταστατική νόσο, ο καρκίνος του όρχεως μπορεί να κάνει μετάσταση άνωθεν του ανατομικού επιπέδου του διαφράγματος, ακολουθώντας το υπερδιαφραγματικό λεμφικό σύστημα και εμφανίζονται μεταστάσεις αρχικά στο μεσοθωράκιο και αργότερα στις ομάδες των υπερκλειδίων λεμφαδένων. Οι μεταστάσεις από τις νεοπλασίες του όρχεως δια της λεμφικής οδού εμφανίζονται και εξελίσσονται με ταχείς ρυθμούς.

2. Με την αιματογενή οδό: αφορά κυρίως τον τύπο του χοριοκαρκινώματος του όρχεως. Ο όγκος αυτός εμφανίζει μεταστάσεις με αιματογενή διασπορά στους πνεύμονες, τον εγκέφαλο, το ήπαρ ή άλλα απομακρυσμένα όργανα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

*3. **Κατά μήκος του σπερματικού τόνου:*** οι μεταστάσεις στις περιπτώσεις αυτές αφορούν τους βουβωνικούς λεμφαδένες. Η διήθηση γίνεται όταν ήδη έχει προσβληθεί από τον καρκίνο του όρχεως το δέρμα του σύστοιχου ημιοσχέου ή σε περιπτώσεις προηγούμενων επεμβάσεων ορχεοπηξίας ή πλαστικής βουβωνοκοίλης, επειδή μετεγχειρητικά στο επίπεδο της χειρουργικής επέμβασης δημιουργούνται μικρο-αναστομώσεις μεταξύ των τριχοειδών αγγείων του λεμφικού και του αγγειακού συστήματος [325].

5.6. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η πιο συνήθης κλινική εμφάνιση της νόσου είναι η ανώδυνη διόγκωση του όρχι. Άλλοτε τα άτομα αυτά εκφράζουν ακαθόριστα επώδυνα ενοχλήματα, τα οποία εντοπίζονται στην ανατομική πορεία του σπερματικού πόρου και οφείλονται κυρίως στην αύξηση του πραγματικού βάρους της μάζας του όρχεως, αλλά και στη μηχανική έλξη που ασκεί ο όγκος του οργάνου στον σπερματικό τόνο. Σε ποσοστό 10% των ασθενών, τα πρώτα συμπτώματα προέρχονται, δυστυχώς, από τις μεταστάσεις της νόσου, είτε με γαστρεντερικές διαταραχές, λόγω διόγκωσης παραορτικών λεμφαδένων, είτε με χαμηλή διάχυτη οσφυαλγία, σε περίπτωση πολλαπλών λεμφαδενικών οπισθοπεριτοναϊκών μεταστάσεων, είτε τέλος με αιμόπτυση, ξηρό βήχα ή δύσπνοια που οφείλονται στην ύπαρξη πνευμονικών μεταστάσεων. Ορισμένες φορές, η παραγωγή ορμονών από τα κακοήθη γεννητικά κύτταρα μπορεί να προκαλέσει άλγος στον ένα ή και στους δυο μαστούς με ή χωρίς γυναικομαστία, που οφείλεται σε διόγκωση αδένων από τη δράση της χοριακής γοναδοτροπίνης.

Συνήθως, η κλινική διάγνωση του όρχι είναι εύκολη, ενώ καταστάσεις που μπορεί να καθυστερήσουν τη διάγνωση είναι η ορχίτιδα, η επιδιδυμίτιδα, η υδροκήλη, η βουβωνοκήλη, το αιμάτωμα, η συστροφή, η σπερματοκήλη, η κιρσοκήλη και η φυματίωση. Καθυστέρηση στη διάγνωση μπορεί να οδηγήσει σε πιο προχωρημένο κλινικό στάδιο τη νόσο, με άμεση συνέπεια υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας. Οι λόγοι της καθυστέρησης μπορεί να οφείλονται τόσο στον ασθενή όσο και στο γιατρό. Στους λόγους καθυστέρησης του ασθενούς συμπεριλαμβάνονται η μη έγκαιρη κατανόηση των συμπτωμάτων, η απόδοσή τους σε κάποιο τραύμα, καθώς και ο φόβος ύπαρξης μιας κακοήθειας. Στους λόγους καθυστέρησης από την πλευρά του γιατρού εντάσσεται η απόδοση της

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

συμπτωματολογίας σε κάποια καλοήθη κατάσταση, όπως αυτές που προαναφέραμε και η αναβολή της εξέτασης του όρχι για διάφορους λόγους.

Η διάγνωση του καρκίνου των όρχεων επιτυγχάνεται με την κλινική εξέταση και τον εργαστηριακό – παρακλινικό έλεγχο. Τα τελευταία χρόνια η διάγνωση, πέρα από τα αποτελέσματα αιματολογικών και βιοχημικών εξετάσεων, βασίζεται και στα αποτελέσματα μετρήσεων των δεικτών όγκου όπως, η β-χοριακή γοναδοτροπίνη (β-HCG ή Human Chorionic Gonadotrophine) και η α-εμβρυική πρωτείνη (AFP ή Serum Alpha Feroprotein). Οι δείκτες αυτοί παρέχουν υψηλές δυνατότητες διάγνωσης για ορισμένες μορφές καρκίνου του όρχεως.

Στον απεικονιστικό έλεγχο περιλαμβάνεται η ακτινογραφία θώρακος συνοδευόμενη από τομογραφίες των πνευμονικών πεδίων για τον έλεγχο τυχόν ύπαρξης μεταστάσεων στους πνεύμονες ή το μεσοθωράκιο, καθώς και η ακτινογραφίες οστών για τον έλεγχο οστικών μεταστάσεων, ο υπερηχοτομογραφικός έλεγχος του όσχεου, της βουβωνικής και της κοιλιακής χώρας, η υπολογιστική τομογραφία (CT –Scan), που παρέχει πολύ σημαντικές πληροφορίες για τη διάγνωση μεγάλων οπισθοπεριτοναϊκών μαζών ή διηθημένων λεμφαδένων διαμέτρου >2cm, καθώς και η μαγνητική τομογραφία για την άρτια ανατομική περιγραφή των χωροκατακτητικών εξεργασιών του οπισθοπεριτοναίου.

Ωστόσο, η έγκαιρη διάγνωση των Ca-ΓΚ βασίζεται στην ενημέρωση του γενικού πληθυσμού για την αυτό-ψηλάφηση των όρχεων και στην ευαισθητοποίηση του κοινού, αλλά και των γιατρών κατά τη φυσική εξέταση. Η περίπτωση ενός άνδρα νεαρής ηλικίας με ανώδυνη διόγκωση του όρχι θα πρέπει να θεωρείται ως πιθανός καρκίνος μέχρι αποδείξεως του αντιθέτου [299, 305].

5.7. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΟΡΧΕΩΣ

Ο προσδιορισμός των καρκινικών δεικτών που προαναφέραμε αποτελεί τον κυριότερο προγνωστικό παράγοντα σχετικά με την πορεία της νόσου και την αποτελεσματικότητα της προταθείσης θεραπευτικής αντιμετώπισης. Όταν οι τιμές των δεικτών αυτών παραμένουν σε υψηλά επίπεδα πλάσματος και δεν αρνητικοποιούνται, μετά από τη χειρουργική επέμβαση σε αυτά τα νεοπλάσματα, τότε είναι βέβαιο ότι υπάρχει ενεργός νόσος με σχετική επέκτασή της. Συνεπώς, μη αρνητικοποίηση αυτών των δεικτών αποτελεί αρνητικό προγνωστικό παράγοντα για

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

την πορεία και την εξέλιξη της ασθένειας [318, 326, 327].

5.8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα τελευταία χρόνια, η θεραπεία των σπερματοκυτταρικών νεοπλασμάτων του όρχεως έχει βελτιωθεί σημαντικά., ως άμεσο αποτέλεσμα της καλύτερης αποτελεσματικότητας της χημειοθεραπείας. Η θεραπεία και ο χρόνος επιβίωσης των ασθενών στα αρχικά στάδια της νόσου (Στάδιο I και II) αγγίζουν τα θεαματικά ποσοστά ανταπόκρισης της τάξεως του 90%.

- ***Σεμινωματώδεις όγκοι του όρχεως***

Σε όλους τους όγκους του όρχεως, η πρώτη θεραπευτική προσέγγιση είναι η ριζική υψηλή ορχεκτομή. Η περαιτέρω θεραπεία στην οποία θα υποβληθεί ο ασθενής εξαρτάται από τον ιστολογικό τύπο του όγκου και από το κλινικό στάδιο της νόσου. Σε περιπτώσεις αμιγών σεμινωμάτων μετά τη ριζική υψηλή ορχεκτομή ακολουθείται ακτινοθεραπεία, η οποία ανάλογα με το κλινική στάδιο της νόσου επικεντρώνεται σε ανάλογες ανατομικές περιοχές, ενώ στα κλινικά στάδια IIC και III μπορεί να γίνει και χημειοθεραπεία. Η ακτινοθεραπεία έχει ως αποτέλεσμα σε 2-5 χρόνια ελεύθερης νόσου επιβίωση για ποσοστό 91% για 1346 ασθενείς με σεμίνωμα σταδίου A και B. Τα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας είναι αντίστοιχα με αυτά για τους μη σεμινωματικούς όγκους [318, 328-330].

- ***Μη σεμινωματώδεις όγκοι του όρχεως***

Οι ασθενείς με μη σεμινωματώδη όγκο του όρχεως, μετά τη ριζική υψηλή ορχεκτομή, υποβάλλονται σε εκλεκτική μη ριζική οπισθοπεριτοναική λεμφαδενεκτομή. Οι χειρουργικοί αυτοί χειρισμοί έχουν ως συνέπεια την αποφυγή εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών, μεταξύ των οποίων η εμφάνιση της παλίνδρομης εκσπερμάτισης, δεδομένου ότι οι άρρενες αυτοί βρίσκονται συνήθως σε ηλικία πλήρους σεξουαλικής δραστηριότητας. Σε άλλες περιπτώσεις δε γίνονται καθόλου χειρισμοί οπισθοπεριτοναικής λεμφαδενεκτομής, επειδή η χημειοθεραπεία σήμερα έχει ποσοστά επιτυχίας γύρω στο 95% [331-333].

Αποτελεί σήμερα αναμφισβήτητο γεγονός ότι η χημειοθεραπεία έχει μειώσει σημαντικά το ρόλο της ακτινοθεραπείας στα σεμινωματώδη νεοπλάσματα, ενώ το ίδιο φαίνεται να ισχύει και για το ρόλο του οπισθοπεριτοναικού λεμφαδενικού

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

καθαρισμού στις περιπτώσεις ασθενών με μη σεμινωματώδεις όγκους των γονάδων. Για τις περιπτώσεις ασθενών που εμφανίζουν μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, θεραπευτική αντιμετώπιση πλήρους ένδειξης για τέτοιου τύπου όγκους [334-335].

Πλήρη ύφεση μπορεί να παρουσιάσει το 50-70% των ασθενών με μεταστατικό καρκίνο, μόνο με χημειοθεραπεία και άλλο ένα 10-15% των ασθενών μπορεί να είναι ελεύθεροι νόσου ύστερα από χειρουργική αφαίρεση του όγκου. Ασθενείς με πλήρη ύφεση μπορεί να υποτροπιάσουν σε ποσοστό 10-20% και συνήθως οι υποτροπές αυτές εμφανίζονται μέσα σε διάστημα 18 μηνών από την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας [318]. Το ποσοστό της πλήρους απάντησης στη χημειοθεραπεία εξαρτάται από το μέγεθος της μεταστατικής νόσου: μικρή νόσος 97% πλήρης απάντηση, προχωρημένη θωρακική νόσος 67%, προχωρημένη υπογάστρια νόσος 20% [318, 336].

- ***Καρκινώματα "in situ"***

Αποτελεί μια πολύ ειδική κατηγορία νεοπλασμάτων και η θεραπευτική αντιμετώπιση εξαρτάται από την κατάσταση του ετερόπλευρου όρχεως. Είναι απαραίτητα η βιοψία του παρεγχύματος του υγιούς όρχεως και αν αυτή αποδειχτεί χωρίς παθολογικά ευρήματα, τότε συνιστάται η μονόπλευρος ριζική υψηλή ορχεκτομή του παθολογικού όρχι. Αν υπάρχει καρκίνωμα και στους δυο γονάδες, τότε γίνεται είτε αμφοτερόπλευρη ριζική ορχεκτομή, με δια βίου χορήγηση υποκατάστατων ανδρογόνων ορμονών, είτε με ακτινοβολία μόνο του πάσχοντος όρχεως [337].

5.9. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ

Το τίμημα των υψηλών ποσοστών ίασης, που ανέρχονται μεταξύ του 90-95% των περιπτώσεων, είναι μεγάλο σε ότι αφορά στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Μια σειρά επιπτώσεων εμφανίζονται ως συνέπεια της θεραπευτικής αντιμετώπισης (χειρουργική λεμφαδενεκτομή, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία).

Μια από τις κυριότερες επιπτώσεις είναι η *υπογονιμότητα*, η οποία είναι ιδιαίτερα δυσάρεστη και αγχογόνα για τους ασθενείς, μια και πρόκειται συνήθως για νεαρά άτομα, τα οποία βρίσκονται σε περίοδο πλήρους σεξουαλικής δραστηριότητας. Βέβαια, είναι δυνατό στους ασθενείς αυτούς να προϋπήρχαν κάποιες διαταραχές της σπερματογένεσης και πριν τη διάγνωση της νόσου [338].

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

- ***Συνέπειες από την οπισθοπεριτοναική λεμφαδενεκτομή:***

Κατά τον οπισθοπεριτοναϊκό λεμφαδενικό καθαρισμό τραυματίζονται αναπόφευκτα και οι νευρικές ίνες του συμπαθητικού και του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος, με αποτέλεσμα τη διακοπή του αντανακλαστικού της φυσιολογικής εκσπερμάτισης. Στις περιπτώσεις αυτές τραυματίζεται το υπογάστριο νευρικό πλέγμα, με συνέπεια την μετεγχειρητική εμφάνιση παλίνδρομης εκσπερμάτισης, σε ποσοστό 8-10% των χειρουργηθέντων ασθενών. Αντίθετα, η τροποποιημένη εκλεκτική μερική λεμφαδενεκτομή σε ασθενείς κλινικού σταδίου Ι δε διαταράσσει τους μηχανισμούς της φυσιολογικής εκσπερμάτισης [339].

- ***Συνέπειες από την ακτινοθεραπεία:***

Η επίδραση της ακτινοβολίας στους γονάδες προκαλεί σοβαρές βλάβες στο ορχικό παρέγχυμα και πιο συγκεκριμένα στο σπερματικό επιθήλιο, που έχουν άμεσες συνέπειες στην εξωκρινή λειτουργία των οργάνων, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται διαταραχές του μηχανισμού της σπερματογένεσης. Ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία παρουσιάζουν διαταραχές του αποκαλούμενου σπερματικού ΄΄pattern΄΄, όπως: πλήρη αζωοσπερμία, ολιγοσπερμία, ολιγο-ασθενο-σπερμία κ.λ.π. Η συνολική ιστική ικανότητα ανάνηψης του ορχικού παρεγχύματος μετά από ακτινοθεραπεία κυμαίνεται μεταξύ του μεταθεραπευτικού χρονικού διαστήματος των 6-10 μηνών, οπότε η σπερματογένεση επανέρχεται σε φυσιολογικά επίπεδα παραγωγής των σπερματοζωαρίων [340].

Σχετικά με την επίδραση της ακτινοβολίας σε μοριακό επίπεδο του γενετικού DNA, δεν έχει βρεθεί κατά πόσο η ακτινική ενέργεια μπορεί να προκαλέσει μεταλλάξεις στην αλυσίδα του DNA, όπως για παράδειγμα στο επίπεδο του μυελού των οστών.

- ***Συνέπειες από τη χημειοθεραπεία:***

Τα χημειοθεραπευτικά σχήματα έχουν ανασταλτική δράση στο επίπεδο του σπερματικού επιθηλίου, αν και τα κυτταροστατικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των διάφορων μορφών του καρκίνου του όρχεως είναι λιγότερο τοξικά από εκείνα που χρησιμοποιούνται σε άλλες νεοπλασματικές νόσους. Ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία παρουσιάζουν δυο μήνες μετά τη θεραπεία πλήρη αζωοσπερμία. Η εξωκρινής λειτουργία των γονάδων αυτών των ανδρών συνήθως επανέρχεται σε φυσιολογικά επίπεδα σε ποσοστό 80% έως 85% των περιπτώσεων, ύστερα από την πάροδο ορισμένων ετών (3-6 χρόνια).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Σχετικά, με την πρόληψη και την αντιμετώπιση της ανδρικής στειρότητας αυτών των ασθενών, προτείνεται η διατήρηση σπέρματος σε ειδικές ΄΄τράπεζες σπέρματος΄΄, πριν τη χορήγηση της χημειοθεραπείας, έτσι ώστε να μπορεί το ζευγάρι να προχωρήσει σε εξωσωματική γονιμοποίηση όποτε το θελήσει. Βέβαια, στόχος των ερευνητών είναι η αναζήτηση και η αντικατάσταση των ήδη υπαρχόντων χημειοθεραπευτικών φαρμάκων με άλλα εξίσου αποτελεσματικά θεραπευτικά, αλλά λιγότερο τοξικά σε κυτταρικό επίπεδο [341-344].

5.10. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ - ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Έπειτα από την οποιαδήποτε μορφή θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου του όρχεως, οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά, σε τακτά χρονικά διαστήματα, που ορίζονται με βάση κάποιο πρωτόκολλο παρακολούθησης. Επαναλήψεις των μετρήσεων των καρκινικών δεικτών και έλεγχος του αναπνευστικού συστήματος με τομογραφίες των πνευμονικών πεδίων και του θώρακος είναι μερικές από τις εξετάσεις που θα πρέπει να γίνονται σε διαστήματα, που ορίζονται από τη θεραπευτική ομάδα, σε σχέση με τα χαρακτηριστικά της νόσου.

Η σημαντική αύξηση του ποσοστού επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο όρχεως είχε ως αποτέλεσμα, γιατροί και ψυχολόγοι να στρέψουν το ενδιαφέρον τους στις επιδράσεις των θεραπειών ή άλλων παραγόντων στη γενική λειτουργικότητα και κυρίως στην ψυχοσεξουαλική λειτουργικότητα των ασθενών αυτών. Αναμφίβολα, η ασθένεια και η θεραπευτική της αντιμετώπιση έχουν επιπτώσεις τόσο στη σωματική κατάσταση όσο και στην ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, με άμεσες συνέπειες στην ποιότητα της ζωής του [345-349].

Οι ασθενείς με καρκίνο όρχεως, λόγω των υψηλών ποσοστών ίασης, της μακροχρόνιας επιβίωσής τους, του νεαρού της ηλικίας τους και του γεγονότος ότι η ασθένειά τους απειλεί ένα όργανο που συνδέεται με την αυτοεκτίμηση, τη σεξουαλικότητα και την αρρενωπότητα, αποτελούν μια ιδανική ομάδα για την έρευνα των ψυχοκοινωνικών συνεπειών της θεραπευτικής αντιμετώπισης και των αποτελεσμάτων της παρεχόμενης φροντίδας. Όπως ο καρκίνος μαστού για τις γυναίκες, έτσι και ο καρκίνος όρχεως για τους άνδρες αποτελεί έναν τύπο καρκίνου που μπορεί να αναδείξει σημαντικές ψυχοκοινωνικές παραμέτρους [348, 350].

Μια σύνοψη των ερευνών γύρω από τις ψυχοκοινωνικές συνέπειες στους επιζήσαντες από καρκίνο όρχεως αποκαλύπτει πως, παρόλο που ο καρκίνος και η

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

θεραπεία του αποτελούν ένα έντονο στρεσσογόνο γεγονός για κάθε άνδρα, οι περισσότεροι άνδρες αποκαθίστανται ικανοποιητικά, με προοδευτικά όλο και λιγότερη εμφάνιση ψυχο-κοινωνικών προβλημάτων, ενώ ένας μικρός αριθμός έχει παρατεινόμενα ψυχοσεξουαλικά προβλήματα, στα οποία περιλαμβάνονται στειρότητα, διαταραχή των μηχανισμών που είναι υπεύθυνοι για τον ερεθισμό, τη στύση και την εκσπερμάτωση, διακοπή στενών σχέσεων και εκδηλώσεις άγχους και κατάθλιψης [345, 346, 351-353].

Υψηλότερα ποσοστά άγχους σχετικά με την αναπαραγωγική ικανότητα παρουσιάζουν συνήθως όσοι δεν έχουν παιδιά, ενώ όσον αφορά στο άγχος γύρω από τη σεξουαλική λειτουργία είναι υψηλότερο σε άνδρες με χαμηλό μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο. Είναι εύκολο να κατανοήσει κανείς γιατί οι ασθενείς που δεν έχουν παιδιά έχουν περισσότερο άγχος γύρω από τη στειρότητα, αλλά δεν είναι εύκολο να προσδιορίσει τους μηχανισμούς που συνδέουν το μορφωτικό επίπεδο και την επαγγελματική κατάσταση με το άγχος σεξουαλικής λειτουργικότητας. Μια υπόθεση είναι ότι οι ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό και επαγγελματικό επίπεδο έχουν περιορισμένες ευκαιρίες, επιλογές και πηγές αναπλήρωσης ναρκισσιστικών κενών. Αντίθετα, οι ασθενείς με υψηλό κοινωνικο-μορφωτικό επίπεδο έχουν πιθανά στη διάθεσή τους κι άλλες μορφές δύναμης, εξουσίας και κύρους που μπορούν να μετριάσουν τον αντίκτυπο της απώλειας [354, 355].

Όσον αφορά στη μορφή θεραπείας και τις επιπτώσεις της, άνδρες με προχωρημένο καρκίνο όρχεως, που έλαβαν χημειοθεραπεία και έκαναν οπισθοπεριτοναϊκή λεμφαδενεκτομή βιώνουν, με στατιστικά σημαντική διαφορά, υψηλότερα επίπεδα άγχους για τη στειρότητα και τη σεξουαλική λειτουργία απ' ότι οι ασθενείς που έλαβαν άλλες θεραπείες. Κλινικές έρευνες γύρω από τη στειρότητα μετά από χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία αποκαλύπτουν ότι οι επιβιώσαντες έχουν μια περίοδο σχετικής στειρότητας ή υπογονιμότητας που διαρκεί από 12 μήνες ως 4 χρόνια και το αν η στειρότητα θα είναι μόνιμη ή το αν θα έχουν ξηρή ή ανάδρομη εκσπερμάτιση εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο έγινε η οπισθοπεριτοναϊκή λεμφαδενεκτομή (RPLND). Αναφορές για την επίπτωση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας και της μη ικανοποίησης μεταξύ των επιβιωσάντων από καρκίνο όρχεως την προσδιορίζουν από 10% ως 50% του δείγματος, ανάλογα από την ειδική μορφή της δυσλειτουργίας και της μεθόδου εκτίμησης [355-357].

Επίσης, φάνηκε πως ο σημαντικότερος παράγοντας για τη διαταραχή των

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

σχέσεων είναι το άγχος για τη μείωση της σεξουαλικότητας και ο πεσσιμιστικός τρόπος σκέψης κι όχι η μορφή θεραπείας ή το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο [349, 358, 359].

Γενικά, θα λέγαμε ότι, πέρα από τη γενική βελτίωση της πρόγνωσης, οι ασθενείς χρειάζονται υποστήριξη για την προσαρμογή τους στις αλλαγές που σημειώθηκαν στη ζωή τους, για την αποκατάσταση της αυτοεκτίμησής τους και της ανδρικής εικόνας του εαυτού, καθώς και για την αντιμετώπιση του ενδεχόμενου φόβου της ΄΄από-αρρενοποίησης΄΄ (demasculinization) που συνδέεται με τη χειρουργική επέμβαση στα γεννητικά όργανα [360-361]. Παρά το γεγονός ότι η ορχεκτομή είναι ένα βασικό μέρος της αντιμετώπισης μια απειλητικής για τη ζωή ασθένειας, οι ογκολόγοι μελετούν διαρκώς ορισμένες εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές που μπορούν άμεσα να μειώσουν ή να προλάβουν ψυχο-σεξουαλικές δυσλειτουργίες, κυρίως τη στειρότητα και την ΄΄ξηρή εκσπερμάτιση΄΄ (dry ejaculation). Μια πρώτη επιλογή ονομάζεται "watch policy" και εφαρμόζεται σε αρχικά στάδια της ασθένειας, όπου η ορχεκτομή δεν κρίνεται αναγκαία. Η δεύτερη επιλογή αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο γίνεται η οπισθοπεριτοναϊκή λεμφαδενεκτομή έτσι ώστε να προστατεύεται η λειτουργία της εκσπερμάτισης. Η χρησιμοποίηση αυτών ή άλλων επιλογών, δυνητικά μπορεί να τροποποιήσει τον αντίκτυπο της θεραπείας του καρκίνου στη σεξουαλική λειτουργία [354].

Θεωρούμε ότι όλοι ή σχεδόν όλοι οι ασθενείς μπορούν να επωφεληθούν από υπηρεσίες συμβουλευτικής και σεξουαλικής αποκατάστασης [362]. Άνδρες γύρω στα 30 ή λιγότερο, οι οποίοι δεν έχουν παιδιά κατά τη στιγμή της διάγνωσης, θα πρέπει να ενθαρρύνονται στην αποθήκευση σπέρματος ή θα πρέπει να επιλέγεται γι' αυτούς θεραπευτική αντιμετώπιση που να προστατεύει, όσο το δυνατό περισσότερο, την αναπαραγωγική τους ικανότητα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΟΡΧΕΩΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ

Αν και οι όρχεις έχουν πρωταρχική βιολογική σημασία, ωστόσο, από τους ψυχαναλυτές τους δόθηκε ελάχιστη προσοχή, σε σχέση με το πέος. Ο ίδιος ο Freud δήλωνε με σαφήνεια πως *''είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι ελάχιστος βαθμός προσοχής έχει δοθεί στο άλλο μέρος των γεννητικών οργάνων, στους μικρούς σάκους και το περιεχόμενό τους''* [363].

Οι μεταγενέστεροι ψυχαναλυτές κωδικοποίησαν τις φαλλοκεντρικές υποθέσεις και θεώρησαν αυταπόδεικτο ότι οι όρχεις και τα ανδρικά γεννητικά όργανα είναι ταυτόσημα στον προσδιορισμό και τη σημασία τους. Έτσι, σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία οι όρχεις δεν έχουν ξεχωριστή λιβιδινική καθήλωση και οι φόβοι ευνουχισμού θεωρούνται μοναδικοί από ένα φαλλικό σημείο αναφοράς [364].

Η συνωμοσία της σιωπής γύρω από τους όρχεις έσπασε από μια ψυχίατρο από τη Νέα Υόρκη, την Anita Bell, στις αρχές της δεκαετίας του '60. Η βασική θέση της Bell ήταν ότι παγκοσμίως το άγχος ευνουχισμού που αναφέρεται στους όρχεις υπάρχει βαθιά στο βιολογικό υπόβαθρο του ανδρικού ψυχισμού. Υποστήριζε ότι αρχαϊκοί φόβοι απώλειας των όρχεων εγγράφονται στους άνδρες, γιατί αυτά τα όργανα, κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας είναι υποκείμενο απρόβλεπτων συστολών κι εξαφανίσεων. Η Bell τόνισε ότι οι όρχεις συσχετίζονται με πρωκτικές λειτουργίες και γι' αυτό και συνδέονται με ντροπή κι απέχθεια, ενώ επίσης υποστήριζε ότι οι όρχεις έχουν βασικές θηλυκές και παθητικές σημασίες. Για όλους αυτούς τους λόγους, οι όρχεις αναπαριστούν κάθετι το Εγω-δυστονικό, αντισεξουαλικό και απαρνούμενο στην ανδρική ταυτότητα [365].

Οι ιδέες της Bell δημιούργησαν μια κίνηση, μια αναταραχή, τουλάχιστον μεταξύ μιας ομάδας ψυχαναλυτών της Νέας Υόρκης. Το μεγαλύτερο μέρος της προσοχής επικεντρώθηκε στις πιθανές επιδράσεις του άγχους της απώλειας των όρχεων στην αυτοεικόνα και τη σεξουαλική ανάπτυξη.

6.1. ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΧΡΙ ΤΟΝ FREUD

Στη δυτική κουλτούρα δεν συνέβαλε κανένα θέμα με μεγάλη συμβολική αξία γύρω από τα ανδρικά σεξουαλικά όργανα, με την έννοια της σεξουαλικής αρρενωπότητας των επιθετικών απειλών, της τεκνοποιητικής δυνατότητας και

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

της ηθικής αρετής.

Αρχαιολογικά ευρήματα γύρω από αυτό το θέμα περιλαμβάνουν ζωγραφιές σε σπήλαια της λίθινης περιόδου, φιγούρες σε πρώιμα αττικά βάζα, και σε κολόνες που είχαν τα σπίτια στην αρχαία Ελλάδα, καθώς και φαλλούς φτιαγμένους από γρανίτη σε μεσαιωνικά νεκροταφεία. Η πιο κυρίαρχη μορφή αυτών των αναπαραστάσεων είναι το πέος σε στύση. Ωστόσο, οι όρχεις συχνά σκιαγραφήθηκαν, και σ΄ αυτές τις περιπτώσεις φυσικά είχαν τη δική τους ξεκάθαρη θέση στο ανδρικό γεννητικό σύστημα. Μια πιο παράξενη παραλλαγή αυτού του θέματος βρίσκεται σε ψωμιά και κέικς σε σχήμα φαλλού, που ήταν δημοφιλή στο Μεσαίωνα, όπου οι όρχεις αναπαριστώνται συχνά από δυο αμύγδαλα. Αυτό που είναι σημαντικό είναι το γεγονός ότι από την περίοδο της κλασικής αρχαιότητας οι όρχεις εμπεριέχονταν στην ανδροκεντρική εξύμνηση και τη δοξολογία του ανδρικού σώματος και των γεννητικών οργάνων του. Με άλλα λόγια, τουλάχιστον ιστορικά ΄΄οι μικροί σάκοι και το περιεχόμενό τους΄΄ έπαιξαν σημαντικότερο ρόλο στην ανθρώπινη φαντασία σε σχέση με το ρόλο τους, έτσι όπως αντικατοπτρίζεται στην ψυχαναλυτική θεωρία [366, 367].

Πιθανά, κάθε κουλτούρα έχει αναγνωρίσει με κάποιον τρόπο ότι οι όρχεις είναι το βασικότερο στοιχείο του αρσενικού γένους και της αρρενωπότητας. Μυστηριακές θρησκείες της αρχαιότητας απέδιδαν μαγική δύναμη στους όρχεις από κριάρια και ταύρους για την προώθηση της ανδρικής γονιμότητας. Σε ορισμένες φυλές κανίβαλων στην Νότια Αφρική λέγεται ότι άνδρες πολεμιστές συλλέγουν τους όρχεις από δυνατούς εχθρούς για να αποκτήσουν τη δύναμή τους. Στο έργο "Zohar" του Hebrew Kabbala διαβάζουμε ότι *΄΄στους όρχεις συναθροίζεται όλο το λάδι, η αξιοπρέπεια και η δύναμη από ολόκληρο το σώμα ενός άνδρα΄΄*. Στη δυτική ιατρική παράδοση, από το Γαληνό ως το Βεσάλιο, το πέος και οι όρχεις μαζί θεωρούνται το σημείο της τελειότητας, σε σχέση με τα γεννητικά όργανα μιας γυναίκας, τα οποία θεωρούνταν κατώτερα. Τέλος, κατά την περίοδο της Αναγέννησης, ο καλοντυμένος κύριος (gentleman) στολιζόταν με ένα ειδικό κάλυμμα στην περιοχή του ανοίγματος του παντελονιού (codpiece), συμβολικό των ανδρικών γεννητικών οργάνων, που συμβόλιζε όχι μόνο τη στυτική δύναμη του πέους, αλλά επίσης το πλούσιο σπέρμα και την τροφοδοτική ικανότητα των όρχεων. Τέλος, ο Kant, θεωρούσε ότι η ψυχή βρίσκεται στην υπόφυση, που με τις ορμόνες που εκκρίνει επηρεάζει όλη τη συμπεριφορά των ανθρώπων, ενώ συγχρόνως η υπόφυση αποτελεί έναν αδένα που

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

επηρεάζεται από τον κύκλο του φωτός και με τη σειρά του επηρεάζει τη λειτουργία των όρχεων. Κατά συνέπεια, υποστήριζε οτι η λειτουργία των όρχεων επηρεάζεται από τις συναισθηματικές καταστάσεις και τις ψυχικές λειτουργίες [364, 366, 367].

Παρόμοιες απόψεις που συνέδεαν τις στοιχειώδεις ανδρικές αρετές με τους όρχεις συνεχίζουν και στα νεότερα χρόνια. Με τις αρχές της πειραματικής ενδοκρινολογίας γύρω στο 1840 έγινε εμφανές ότι οι όρχεις παράγουν όχι μόνο σπέρμα, αλλά επίσης κάποια βασική ανδρική ορμόνη. Στα τέλη του 1880 ο Γάλλος φυσιολόγος Charles Brown-Seqard προσπάθησε να ανακτήσει τη χαμένη του υγεία με απόσταγμα από όρχεις σκυλιού. Το 1900 ο Haveloch Ellis έκανε μια ανασκόπηση των διαθέσιμων επιστημονικών αποδείξεων και κατέληξε στο ότι *"κατάποση "προϊόντων" όρχεων μπορεί να είναι χρήσιμο κι ωφέλιμο ως ένα τονωτικό και διεγερτικό γενικά για το σώμα"*. Μετά τον 1° Παγκόσμιο Πόλεμο, ο Eugen Steinach (1940), πρωτοπόρος μιας δημοφιλούς μορφής αγγειοεκτομής, με την οποία θεωρούσε ότι μεταβάλλει την παραγωγή των ανδρικών ορμονών και οτι μ' αυτό τον τρόπο μπορεί να βελτιώνει τα φυσικά και νευρολογικά συμπτώματα, υπέβαλε σε εγχείρηση τον Freud (1923), με την ελπίδα της καταστολής του καρκίνου. Δυστυχώς, οι περισσότερες από αυτές τις πεποιθήσεις γύρω από την ανανεωτική αξία της τεστοστερόνης αποδείχτηκαν περισσότερο ευχές παρά πραγματικότητα [364, 368].

Οι Αγγλικές λέξεις testis ή testicle (=όρχις), testimony (=μαρτυρία, κατάθεση), testament (=διαθήκη), προέρχονται από τη λατινική ρίζα testari που σημαίνει παρίσταμαι, βεβαιώνω. Στην Καθολική εκκλησία, κατά την τελική ενθρόνισης ενός νέου Πάπα, απαιτείται από τους καρδινάλιους να βεβαιώσουν, να καταθέσουν αν έχουν άθιχτα, απείραχτα τα γεννητικά όργανα. Κάθονται σε έναν ειδικό μαρμάρινο θρόνο και αγγίζουν τα γεννητικά τους όργανα, λέγοντας *"να έχετε όρχεις και να τους αφήνετε να κρέμονται καλά"*.

Η μεγάλη εκτίμηση των όρχεων φαίνεται ίσως πιο καθαρά στην ενέργεια που οι άνδρες θεωρούσαν ότι αποκτούσαν όταν αφαιρούσαν τους όρχεις άλλων ανδρών. Επί χιλιάδες ετών ήταν μια πρακτική που εξασφάλιζε ευνούχους, αποτελούσε τιμωρία για ορισμένα εγκλήματα, δημιουργούσε άνδρες sopranos και πιο πρόσφατα αυτό που αποκαλείται θεραπεία για σεξουαλικά ενόχους, αμαρτωλούς. Οι ευνούχοι επιτέλεσαν μια πραγματικά σημαντική κοινωνική λειτουργία ως ένας ανώτερος τύπος σκλάβων, ενώ σ' ένα αρχαϊκό συναισθηματικό επίπεδο, αυτός ο ακρωτηριασμός αναπαριστούσε την ύστατη υποδούλωση και ταπείνωση [369].

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Παρόλο που οι αρχαίοι έλληνες γνώριζαν ότι οι όρχεις συνδέονται με την ανδρική γονιμότητα, η πραγματική λειτουργία των όρχεων στην αναπαραγωγική διαδικασία έγινε κατανοητή στις δυτικές κοινωνίες πολύ αργότερα. Ο Αριστοτέλης ταυτοποίησε τα ζώα με εξωτερικούς όρχεις, καθώς και τα ζώα που οι εσωτερικοί όρχεις τους είναι κοντά στα πλευρά ή κοντά στο στομάχι, ενώ δεν μπορούσε να παρατηρήσει όρχεις στα ψάρια, στα φίδια και στα χέλια, γι' αυτό και κατέληξε κατ' ένα ειρωνικό τρόπο, στο ότι οι όρχεις δεν είναι απαραίτητοι για την αναπαραγωγή.

Ωστόσο, υπάρχει ένας πολύ ενδιαφέρον επίλογος στο αίνιγμα του Αριστοτέλη. Για πολλά χρόνια αργότερα και μέχρι το 1876, κανείς δεν ήταν ικανός να περιγράψει ακριβώς το σημείο στο οποίο βρίσκονται οι όρχεις του χελιού, παρά τις αναρίθμητες προσπάθειες, κι αυτό γιατί κανείς δεν είχε δει ένα ώριμο αρσενικό δείγμα. Το 1877 ένας νέος φοιτητής ιατρικής πέρασε το καλοκαίρι του συλλέγοντας 400 χέλια, με σκοπό να λύσει το πρόβλημα. Αυτός ο ερευνητής ήταν ο Sigmund Freud, του οποίου η πρώτη επιστημονική δημοσίευση ήταν η προσπάθεια να δείξει πως ένα μικρό όργανο στο ανδρικό χέλι (the Syrski organ) είχε την ιστολογική δομή ενός ανώριμου όρχι [367, 370].

6.2. Η ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΗΣ ΑΝΙΤΑ BELL

Η βασική της παρατήρηση ήταν ότι οι αποσύρσεις των όρχεων διαμορφώνουν το ψυχοβιολογικό υπόστρωμα για όλα τα μετέπειτα άγχη ευνουχισμού. Η θέση της Bell έχει σημαντικές συνέπειες που μπορούν να συμπυκνωθούν στα εξής [371, 372]:

1. Στην ανάπτυξη του άνδρα οι αρχαϊκοί φόβοι της τουαλέτας μπορούν εύκολα να ενωθούν με τους φόβους της απώλειας των όρχεων. Ειδικότερα, όταν το μικρό αγόρι πηγαίνει στην τουαλέτα για την εκκένωση των εντέρων, βρίσκεται σε σύγχυση, βλέποντας ένα οπτικό "μείγμα" από όρχεις και κόπρανα που πέφτουν. Επιπλέον, στα πρώτα χρόνια της παιδικής ηλικίας, οι εσωτερικές αισθήσεις της περιοχής της λεκάνης και των γεννητικών οργάνων δεν είναι ξεκάθαρες και σαφείς. Από τη στιγμή που το προηγούμενο και το επόμενο τμήμα του αρσενικού περιναίου είναι ελάχιστα διαφοροποιημένα ανατομικά και νευρολογικά, είναι δύσκολο να διαφοροποιήσουμε σε ένα κιναισθητικό επίπεδο μεταξύ συστολών των όρχεων. Ως αποτέλεσμα, η Bell υποθέτει ότι το μικρό αγόρι δεν μπορεί να γνωρίζει πότε κινούνται οι όρχεις του και πότε πέφτουν στην τουαλέτα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

2. Η Bell υποστήριζε ότι εξαιτίας των συστολών του κρεμαστήρος μυός, πρώιμοι φόβοι γύρω από τους όρχεις γίνονται βαθιά ασυνείδητοι και συμπυκνώνονται αργότερα στα φαλλικό σύμπλεγμα ευνουχισμού. Η μεγάλη προσοχή που το μικρό αγόρι δίνει στο πέος οφείλεται στο γεγονός ότι αυτό δεν εξαφανίζεται, με αποτέλεσμα οι μετέπειτα φαλλικές φαντασιώσεις ευνουχισμού (ή ευνουχιστικές φαντασιώσεις του φαλλού) να λειτουργούν αμυντικά ενάντια στους πρώιμους και πιο ρεαλιστικούς φόβους των όρχεων. Η Bell λεει: "όταν κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του αγοριού, νιώσει μια γρήγορη κίνηση των όρχεων, πιάνει την περιοχή των γεννητικών οργάνων και βρίσκει μόνο το πέος, το όργανο της ηδονής, όργανο το οποίο μπορεί βέβαια να γίνει μεγαλύτερο. Μπορεί τότε να πει στον εαυτό του: " δεν είναι αλήθεια ότι κάτι λείπει, το πέος μου είναι συνέχεια εδώ και μερικές φορές μπορεί να γίνει και δυπλάσιο".
3. Μια από τις βασικές ιδέες της Bell ήταν ότι οι όρχεις διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην πρώιμη θηλυκή ταυτοποίηση και αμφισεξουαλικότητα. Υλικό που προέρχεται από όνειρα, από στοιχεία της παράδοσης, καθώς και από ανθρωπολογικές μελέτες υποθέτει τη θηλυκή υποδήλωση των όρχεων. Μέσα από ποικίλες συμβολικές εξισώσεις, οι όρχεις μπορεί να αντιστοιχηθούν ασυνείδητα με το στήθος των γυναικών, τα μωρά, τα αυγά και τη μήτρα. Οι όρχεις έχουν θηλυκή υποδήλωση, μια και συνδέονται εμβρυολογικά, φυσιολογικά και ψυχολογικά με το εσωτερικό του σώματος.
4. Οι ακούσιες αποσύρσεις των όρχεων, όχι μόνο προκαλούν άγχος ευνουχισμού, αλλά θέτουν και μια κατάσταση απελπιστικής παθητικότητας, που επηρεάζει τη διαμόρφωση της προσωπικότητας ενός άνδρα. Όταν οι όρχεις εξαφανίζονται, το αγχωμένο αγόρι πιέζεται να περιμένει λεπτά ή ώρες για την επιστροφή τους. Σύμφωνα με τη Bell, το αγόρι αμύνεται μόνο του ενάντια σ' αυτή την παθητικότητα, με ενεργό αγώνα για την κυριαρχία, για την υπεροχή του Εγώ.

   Τέλος, οι μεγάλες φυσιολογικές αλλαγές της προεφηβείας που επηρεάζουν τα γεννητικά όργανα, προκαλούν μια αναβίωση του άγχους γύρω από τους όρχεις. Αυτά τα όργανα είναι τώρα τρωτά, ευπρόσβλητα στον πόνο και τα φυσικά τραύματα, ενώ οι παθητικές και θηλυκές διασυνδέσεις γίνονται ακόμη πιο απειλητικές για το νέο άνδρα. Ως μια αμυντική αντίδραση, ο προέφηβος

ωθείται με νέο σθένος σε αθλήματα, body building κι άλλες ενασχολήσεις που στηρίζουν τη φαλλική του ταυτότητα.

5. Τέλος, η Bell προσπάθησε να δείξει εμπειρικά ότι και οι ανήλικες άνδρες βιώνουν άγχος γύρω από τους όρχεις, σ' ένα πιο περιορισμένο βέβαια επίπεδο. Πιο συγκεκριμένα, πραγματοποίησε μια έρευνα [365] στην οποία συμμετείχαν άνδρες του κολεγίου, από τους οποίους ζητήθηκε να απαντήσουν σε προσωπικές ερωτήσεις που άγγιζαν απόψεις ή taboo γύρω από το σεξ και τη σεξουαλικότητα. Συγχρόνως, ειδικός εργαστηριακός εξοπλισμός μετρούσε την ηλεκτρομυϊκή δραστηριότητα στον κρεμαστήρα μυ και την κύστη των όρχεων (όσχεον). Όπως φάνηκε από τη θεωρία της, οι ερωτήσεις που σχεδιάστηκαν να προκαλέσουν αγχώδη συναισθήματα γύρω από το φύλο παρήγαγαν μια διακριτική, αλλά μετρίσιμη απάντηση τόσο στον κρεμαστήρα μυ όσο και στην κύστη. Αυτά τα αγχογόνα ερεθίσματα περιλάμβαναν ερωτήσεις που αφορούσαν την εκπαίδευση της τουαλέτας, ξύλο στον πισινό, κλύσματα, αυνανισμό και ομοφυλοφιλία, όπως η ερώτηση: "Πότε πιστεύεις ότι απολαμβάνει κανείς περισσότερο τον έρωτα, όταν το κάνει με άνδρα ή με γυναίκα;" Το πιο ενδιαφέρον είναι ότι αυτές οι φυσιολογικά αγχώδεις απαντήσεις συνέβαιναν επαναλαμβανόμενα.

6.3. Ο ΦΑΥΛΟΣ ΚΥΚΛΟΣ ΤΩΝ ΟΡΧΕΩΝ

Μια σημαντική ερώτηση είναι γιατί κάποια αγόρια ή άνδρες βιώνουν έντονους φόβους ευνουχισμού των όρχεων, ενώ σε άλλους είναι πιο έντονο το άγχος ευνουχισμού του φαλλού. Οι Jules Glenn [373] και Wayne Myers [374] συμφωνούν ότι το "σύμπλεγμα" των όρχεων δεν οφείλεται σε πραγματικά συμπτώματα, εκτός αν συμβάλλουν άλλοι παράγοντες, όπως: άμεσες απειλές των όρχεων, απειλές των οργάνων που συμβολίζουν τους όρχεις, χτυπήματα στην περιοχή των γεννητικών οργάνων και μεταβολές της αντανάκλασης του κρεμαστήρος μυός. Αυτή η ταξινόμηση είναι χρήσιμη για την οργάνωση του κλινικού υλικού και μας θέτει απέναντι σε έναν ειδικό ΄΄φαύλο κύκλο των όρχεων΄΄, που εξηγεί γιατί το άγχος ευνουχισμού, σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να ενισχύσει μια ΄΄νευρωτική συμπτωματολογία΄΄. Ο J.Ross [375] περιγράφει έναν νέο άνδρα που έπασχε από καρκίνο όρχεος, ο οποίος θεωρούσε ότι ο "βιασμός" που είχε υποστεί η αρρενωπότητά του σήμαινε γι' αυτόν φυσικό και σεξουαλικό ευνουχισμό, που

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

συνοδευόταν από έντονο φόβο εγκατάλειψης, φόβο για την ελαχιστοποίηση των πιθανοτήτων πατρότητας και απότομη συνειδητοποίηση του πεπερασμένου της ύπαρξής του.

Ο "φαύλος κύκλος των όρχεων" όχι μόνο αυξάνει το άγχος ευνουχισμού, αλλά εύκολα μπορεί να αποτελέσει και αιτία μια χρόνιας ψυχοσωματικής κατάστασης. Όπως τονίζει ο P. Greenacre [376], οι απλές φαντασιώσεις δεν έχουν τις ίδιες συνέπειες με τα πραγματικά τραυματικά γεγονότα στην ανάπτυξη νευρωσικής συμπτωματολογίας, αλλά κάθε φορά που ένα πραγματικό γεγονός ισχυροποιεί τις προϋπάρχουσες θεμελιώδεις φαντασιώσεις, οι έμμονες ιδέες γύρω από τις απειλές αυξάνουν. Με αυτόν τον τρόπο, οι "εξαφανίσεις" των όρχεων μπορεί να εμπεριέχουν μια πραγματική τραυματική δύναμη και να διαιωνίζονται καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής, αλλά και της ενήλικης περιόδου.

6.4. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΡΥΨΟΡΧΙΑΣ

Σε μια ψυχαναλυτική μελέτη ο Peter Blos [377] υποστήριζε ότι η κρυψορχία δεν είναι από μόνη της παθογενετική, αλλά σε συνδυασμό με ειδικούς οικογενειακούς αστέρισμούς μπορεί να παράγει μια διαταραγμένη προσωπικότητα. Τα πιο επιβαρυντικά οικογενειακά δυναμικά περιλαμβάνουν μια αντιφατική τάση στη γεννητική ατέλεια - ανεπάρκεια: μια ανησυχητική ενασχόληση με το πρόβλημα, διαρκής αναζωπύρωση του θέματος με ελέγχους και ιατρικές εξετάσεις, σε συνδυασμό με μια άρνηση ότι κάτι μπορεί να είναι λάθος. Οι μητέρες είναι τελειομανείς, με έντονη τάση υπερελέγχου και οι πατέρες είναι βαθιά απογοητευμένοι από το γιο τους κι απόμακροι, ενώ συχνά, συνδέουν την ανεπάρκεια του γιου τους με δικές τους αποτυχίες κι ανησυχούν μήπως πρόκειται για τερατούργημα.

Σε ένα παθολογικό οικογενειακό περιβάλλον, μια ανωμαλία των όρχεων γίνεται μια οργανωμένη εμπειρία: άγχη γύρω από "βλάβες" του σώματος συνήθως επηρεάζουν την ανάπτυξη του άνδρα και συμπεριλαμβάνονται στα συμπλέγματα. Ένα γεννητικό ελάττωμα μπορεί να προκαλέσει ναρκισσιστικό τραύμα, με πιθανές ψευδαισθήσεις μαγικής δύναμης και ανωτερότητας. Στγά-στγά αυτές οι τάσεις συμβάλλουν σε μια μικτή συμπτωματολογία με ανωριμότητα, απομόνωση, κατάθλιψη, άγχος και προβλήματα συμπεριφοράς, καταστάσεις που αυξάνουν με την ηλικία, γι' αυτό και η χειρουργική επέμβαση πριν την εισαγωγή του παιδιού στο

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

σχολείο αποτελεί μια προληπτική κίνηση. Αντίθετα, αν η επέμβαση γίνει κατά τη διάρκεια της εφηβείας, οι διαταραχές προσωπικότητας μπορεί να είναι σοβαρές και η πρόγνωση δυσοίωνη.

Αρκετές έρευνες προσπάθησαν να προσδιορίσουν αν η παιδική κρυψορχία μπορεί να προκαλέσει διαταραγμένη ανδρική αυτό-εικόνα. Η αίσθηση της ανδρικής ανεπάρκειας κυριαρχεί σε αυτές τις περιπτώσεις. Τα αγόρια με κρυψορχία περιγράφονται ως παθητικά κι ανεσταλμένα, μη ανταγωνιστικά, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις, είναι πιθανό να παρουσιάσουν τάσεις αυτοτραυματισμού, που σύμφωνα με τον Blos μπορεί να σημαίνουν: "αν δεν είμαι ένα πραγματικό αγόρι, θα ευνουχηθώ μόνος μου, για να γίνω ένα κορίτσι". Πέρα από αυτές τις αμφιφυλικές συγκρούσεις, τα αγόρια με κρυψορχία δεν έχουν διαταραχή του φύλου, παρά μόνο μια τάση για παθητική συμπεριφορά [377].

Από το σχεδιασμό των ίδιων των παιδιών της εικόνας του σώματός τους, παρατηρείται μια μικρή σεξουαλική διαφοροποίηση, μια και σε ορισμένες περιπτώσεις λείπουν μέλη του σώματος ή αναπαριστάται με τέτοιο τρόπο που οι άνδρες φαίνονται κατώτεροι από τις γυναίκες [364, 378]. Αυτό που είναι αξιοσημείωτο είναι η βελτίωση της αυτοπεποίθησής τους σχεδόν αμέσως μετά την αποκατάσταση της κρυψορχίας. Όταν η νέα πραγματικότητα του σώματος αφομοιωθεί συναισθηματικά, παρατηρούνται πολλές θετικές αλλαγές στη μάθηση, την αυτοπεποίθηση, την κοινωνικοποίηση και την αρσενική αυτό-εικόνα.

6.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΟΡΧΕΩΝ ΣΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΑΡΣΕΝΙΚΗΣ ΑΥΤΟΕΙΚΟΝΑΣ (SELF IMAGE)

Ο ρόλος της εικόνας του σώματος έχει ήδη αναγνωριστεί από τον Schilder P. [379], που πρώτος περιέγραψε τη σημασία της εικόνας του σώματος στη φυσιολογική και τη μη φυσιολογική ψυχολογική ανάπτυξη. Ο σχηματισμός της εικόνας του σώματος περιλαμβάνει συνεχείς προσπάθειες πλήρωσης κενών, ελλιπών μερών και εμπλουτισμό αυτής της πλήρωσης. Παραδοσιακά, η ψυχανάλυση υποστήριζε ότι η εικόνα του σώματος των ανδρών - αντίθετα με των γυναικών- δεν είναι προβληματική στον αρχικό της σχεδιασμό. Τα ανδρικά γεννητικά όργανα είναι εύκολα ορατά και απτά και εξασφαλίζουν μια καλά προσδιορισμένη επικέντρωση των σεξουαλικών αισθημάτων: έτσι, όταν το αγόρι προσεγγίσει το φαλλικό στάδιο,

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

πλησιάζει την ολοκλήρωση της εικόνας του σώματος. Αυτή η γενική διαπίστωση, βέβαια, είναι αρκετά απλοποιημένη και δεν αναφέρεται στο ρόλο των όρχεων στην εικόνα του σώματος.

Κατά τη φυσιολογική ανάπτυξή του, το αγόρι είναι έτοιμο να μπει στο φαλλικό στάδιο, όταν το πέος του γίνεται το πιο σημαντικό μέρος του σώματος κι αυτό που του προσφέρει τη μεγαλύτερη ηδονή. Το αγόρι τώρα δείχνει την σύρησή του, τη στύση του και τη φυσική ρωμαλότητα (παληκαριά) ολόκληρου του σώματός του. Αλλά, όντας ήδη στο φαλλικό στάδιο, το αγόρι πρέπει να δημιουργήσει αναπαραστάσεις των γεννητικών οργάνων σταθερές και σχετικά ώριμες στα άγχη ευνουχισμού. Αυτό είναι ένα σύνθετο αναπτυξιακό πρόβλημα, που επιλύεται μέσα από τη λιβιδινική ωρίμανση, τις ταυτίσεις, τη γνωστική ανάπτυξη και την κοινωνική μάθηση [364].

Η δομή του ανθρώπινου σώματος δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την ψυχολογική ανάπτυξη. Ωστόσο, οι άνθρωποι δημιουργούν καινούργιες έννοιες και αντιλαμβάνονται με διάφορους τρόπους το διαθέσιμο βιολογικό τους υλικό. Έτσι, οι ανατομικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, δεν αποτελούν ένα καθολικό γεγονός, αλλά ένα προϊόν κοινωνικο-πολιτιστικής σύνθεσης, που αντανακλά αναμφίβολα νέα πρότυπα φύλου.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Γενικός στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της διασύνδεσης ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων και συγκεκριμένα των στρεσσογόνων γεγονότων ζωής, του άγχους, της κατάθλιψης και της αλεξιθυμίας, σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο όρχεως, καθώς και η εκτίμηση ορισμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας αυτών των ασθενών.

Η επιλογή των ασθενών με καρκίνο όρχεως ως πειραματική ομάδα έγινε κυρίως λόγω της μη εκπόνησης, μέχρι σήμερα, μελέτης που να εκτιμά το σύνολο των παραπάνω παραμέτρων σε αντίστοιχη ομάδα, καθώς και λόγω ορισμένων ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της νόσου όπως είναι :

- η εμφάνισή της κυρίως σε άτομα νεαρής ηλικίας (20-35 ετών), γεγονός που μειώνει την παθογόνο δράση εξωγενών παραγόντων,
- η καλή της πρόγνωση, με υψηλά ποσοστά ίασης και
- η μη σαφής και πλήρης διευκρίνιση της αιτιοπαθογένειάς της.

Οι συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες προκάλεσαν το ενδιαφέρον μας γύρω από τους παράγοντες που πιθανά συμβάλλουν στην εμφάνιση αυτής της νόσου, δεδομένου ότι, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, εμφανίζεται σε άτομα νεαρής ηλικίας, γεγονός που μας οδηγεί στη σκέψη ότι η δράση ενδεχόμενων επιβαρυντικών εξωγενών παραγόντων, που γενικά έχουν περιγραφεί για την εμφάνιση καρκίνου, όπως το κάπνισμα, οι διατροφικές συνήθειες, η σεξουαλική συμπεριφορά, η ακτινοβολία, η εισπνοή ορισμένων ουσιών και άλλες, περιορίζεται σημαντικά σε χρονική διάρκεια. Γνωρίζουμε βέβαια ότι για τη συγκεκριμένη μορφή καρκίνου, πιθανοί προδιαθεσικοί παράγοντες, όπως αναφέραμε και στο αντίστοιχο κεφάλαιο, είναι κυρίως η κρυψορχία, η ατροφία του όρχεως, οι κακώσεις κ.ά. Ωστόσο, παρά τις όποιες υποθέσεις, δεν έχουν ακόμη διευκρινιστεί πλήρως οι αιτιολογικοί παράγοντες που προκαλούν την εμφάνιση καρκίνου στους όρχεις.

Πέρα από το γενικό ενδιαφέρον για τη διερεύνηση του ρόλου ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων στη συγκεκριμένη μορφή καρκίνου, την προσοχή μας προσέλκυσε μια από τις κυρίαρχες θεωρίες για την καρκινογένεση των γονάδων,

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

σύμφωνα με την οποία, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, κατά την περίοδο της εμβρυϊκής ανάπτυξης σχηματίζεται ένας αριθμός μη φυσιολογικών κυττάρων, τα οποία αποτελούν το ονομαζόμενο "καρκίνωμα in situ" ή "cis" και το οποίο εξακολουθεί να υπάρχει σε λανθάνουσα κατάσταση μαζί με τα φυσιολογικά κύτταρα του ιστού των όρχεων μέχρι την περίοδο της εφηβείας. Κατά τη διάρκεια της περιόδου της εφηβείας και όταν τα "άτυπα" κύτταρα του καρκινώματος "in situ" υποστούν την επίδραση ορισμένων ορμονών της υπόφυσης και ορισμένων αυξητικών παραγόντων με θετική κυτταροπολλαπλασιαστική δράση, είναι δυνατό να δεχθούν την επήρεια συγκεκριμένων ερεθισμών που έχουν ως συνέπεια να αναπτυχθεί ο καρκίνος στους όρχεις. Αντίθετα, αν αυτά τα κύτταρα του καρκινώματος "in situ" υποστούν την επίδραση άλλων αυξητικών παραγόντων, οι οποίοι έχουν αρνητική κυτταροπολλαπλασιαστική δράση, τότε τα "άτυπα" αυτά κύτταρα είναι δυνατό να μετατραπούν σε φυσιολογικά ή να νεκρωθούν [299, 313].

Τι είναι αυτό που θα καθορίσει αν θα κινητοποιηθούν αυξητικοί παράγοντες με θετική κυτταροπολλαπλασιαστική δράση ή με αρνητική κυτταροπολλαπλασιαστική δράση; Η κινητοποίηση αυτή συνδέεται με τη λειτουργία των ορμονών της υπόφυσης; Η ενεργοποίηση αυτών των υποφυσιακών ορμονών σχετίζεται με το stress και τη λειτουργία του νευρο - ενδοκρινο - ανοσολογικού άξονα, όπως την περιγράψαμε;

Αν ναι, ήταν σημαντικό για μας να μελετήσουμε ορισμένους ψυχολογικούς παράγοντες, καθώς και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων που εμφανίζουν καρκίνο στους όρχεις, για να ελέγξουμε, στα πλαίσια της δικής μας επιστήμης και στο βαθμό που αυτό ήταν εφικτό, αν η κινητοποίηση αυτής της αλυσίδας των βιολογικών λειτουργιών μπορεί να διασυνδέεται και με ορισμένες ψυχολογικές λειτουργίες, που έχουν αναφερθεί και περιγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία ως σχετιζόμενες με την εμφάνιση και την πορεία του καρκίνου.

Ενδιαφέρον παρουσίαζε για μας και η πορεία του καρκίνου των όρχεων, όπου στα αρχικά στάδια της νόσου, η ανταπόκριση στη θεραπεία και η πλήρης ίαση ξεπερνά το ποσοστό του 90% . Βέβαια, δεν αποτέλεσε στόχο της έρευνάς μας η εξειδικευμένη μελέτη ψυχολογικών παραγόντων που ενδεχομένως να επηρεάζουν την πορεία της νεοπλασίας, γεγονός που θα απαιτούσε διαφορετικό ερευνητικό σχεδιασμό και εκτίμηση ποικίλων ακόμη παραγόντων για μια προοπτική μελέτη σε μεγάλο χρονικό διάστημα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Για όλους αυτούς τους λόγους και με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, στόχος μας ήταν να ελέγξουμε όσο το δυνατό περισσότερους από τους παράγοντες που έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση καρκίνου, καθώς και να εκτιμήσουμε ορισμένες ψυχολογικές εκδηλώσεις και στοιχεία της προσωπικότητας σε ασθενείς που είχαν εμφανίσει καρκίνο στους όρχεις. Όσον αφορά στο ιατρικό ιστορικό των ασθενών, στόχος μας ήταν να ελέγξουμε πιθανή ύπαρξη κληρονομικότητας, ύπαρξη κρυψορχίας και τραυματισμού στην περιοχή των γεννητικών οργάνων, καθώς και ύπαρξη άλλης νόσου. Σχετικά, με το οικογενειακό ιστορικό των ασθενών, επιδίωξή μας ήταν να μελετήσουμε παράγοντες που αφορούσαν την οικογενειακή τους κατάσταση, την τεκνοποίηση, την πιθανή απουσία των γονέων τους κατά την παιδική ηλικία, καθώς και τη διαμονή τους ή όχι σε αγροτική περιοχή, μια και ο τόπος διαμονής έχει μελετηθεί σε πολλές από τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί γύρω από την αιτιολογία της εμφάνισης καρκίνου όρχεως [299, 308]. Η παράμετρος της απουσίας των γονέων κατά την παιδική ηλικία εντάχθηκε στις μεταβλητές της μελέτης μας ως μια ιδιαίτερη στρεσσογόνα κατάσταση που βιώθηκε από τα παιδιά των μεταναστών που έφυγαν από την Ελλάδα τις δεκαετίες '50-'70, δεδομένου του υψηλού ποσοστού μεταναστών που υπάρχουν από τον ελλαδικό χώρο, προερχόμενοι κυρίως από ορεινές και άγονες περιοχές, όπως είναι η Ήπειρος.

Όσον αφορά τις ψυχολογικές μεταβλητές, μας ενδιέφεραν τα στρεσσογόνα γεγονότα που είχαν βιώσει οι ασθενείς μέχρι την ημέρα της διάγνωσης της νόσου τους και οι υγιείς μέχρι την ημέρα της συνέντευξης, καθώς και οι συναισθηματικές επιπτώσεις που είχαν αυτά τα γεγονότα στη ζωή των ατόμων. Επίσης, στόχος μας ήταν να εκτιμήσουμε τις εκδηλώσεις άγχους και κατάθλιψης, καθώς και ενδεχόμενα χαρακτηριστικά αλεξιθυμίας, θεωρώντας ότι αντικατοπτρίζουν το βαθμό και τον τρόπο επεξεργασίας των ψυχοπιεστικών καταστάσεων για κάθε άτομο.

Επιπλέον, μεγάλο ενδιαφέρον για μας είχε η μελέτη μόνιμων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, δηλ. γνωρισμάτων που δεν αποτελούν άμεση αντίδραση σε κάποιο ερέθισμα ή απόρροια κάποιων καταστάσεων, αλλά σταθερά στοιχεία του εαυτού μας, τα οποία είναι πιθανό να υπόκεινται σε κάποια μορφή εξέλιξης, αλλά με αργό ρυθμό, σε περιορισμένη έκταση και προς συγκεκριμένη κατεύθυνση. Η προσωπικότητα του ανθρώπου, λόγω της πολυπλοκότητάς της δεν είναι εύκολο να οριστεί. Επιχειρώντας έναν γενικό ορισμό της, θα μπορούσαμε να πούμε ότι ως προσωπικότητα ορίζεται «η δυναμική οργάνωση των πνευματικών,

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

συναισθηματικών, βουλητικών, φυσιολογικών και μορφολογικών χαρακτηριστικών του ατόμου» [380] ή με έναν ακόμη πιο γενικό ορισμό, η προσωπικότητα είναι «ένα διακριτό σύνολο που αποτελείται από σχετικά μόνιμα σύνολα συμπεριφοράς και τάσεων ενός ατόμου. Λέγοντας σχήματα συμπεριφοράς, εννοούμε τις διαθέσεις, τις αξίες, τις επιθυμίες και τις ικανότητες προσαρμογής ενός ατόμου, που στοιχειοθετούν την ιδιαιτερότητά του ως μοναδικού ανθρώπου» [381].

Το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας της Μινεσότα, γνωστό ως M.M.P.I. (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) είναι ικανό να εκφράζει σε ικανοποιητικό βαθμό αυτές τις διαστάσεις τις προσωπικότητας και έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως ως διαγνωστικό εργαλείο ψυχοπαθολογίας και ανάλυσης της προσωπικότητας, καθώς και ως ερευνητικό εργαλείο σύγκρισης μεταξύ διαφόρων ομάδων. Έχει επίσης χρησιμοποιηθεί ευρέως και σε ασθενείς με οργανική νόσο, είτε για να εκτιμήσει πιθανή ύπαρξη ψυχοπαθολογίας, η οποία συχνά δεν αναφέρεται ή ελαχιστοποιείται από τους ίδιους τους ασθενείς, είτε για να προσδιορίσει αν η σωματική συμπτωματολογία που παρουσιάζουν οι ασθενείς οφείλεται όντως σε οργανικά αίτια ή όχι. Επιπλέον, το M.M.P.I. έχει χρησιμοποιηθεί για να εντοπίσει τα βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ασθενών, τα οποία, σε συνεκτίμηση με άλλες πληροφορίες για τον ασθενή, μπορούν να δώσουν μια λειτουργική εξήγηση των συμπτωμάτων. Συνήθως, το προφίλ αυτών των ατόμων είναι μέσα στα φυσιολογικά όρια και οι κλίμακες αξιοπιστίας αναδεικνύουν μια ελαφρώς αμυντική στάση απέναντι στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου [382].

Οι Sobel and Worden [383] διαπίστωσαν ότι το M.M.P.I. είναι χρήσιμο και ως μια προγνωστική ένδειξη της ψυχολογικής προσαρμογής των ασθενών που διαγιγνώσκονται με καρκίνο. Στην έρευνά τους ασθενείς συμπλήρωσαν το M.M.P.I. μετά από χειρουργική επέμβαση για αφαίρεση κακοήθους όγκου και ήταν υπό παρακολούθηση για χρονικό διάστημα 6 μηνών μετά την επέμβαση. Οι ασθενείς ομαδοποιήθηκαν ανάλογα με τα επίπεδα άγχους και ψυχολογικής δυσανεξίας, τα φυσικά συμπτώματα και την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης των καθημερινών καταστάσεων. Από τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης του M.M.P.I. προέκυψε πως το 75% των προβλέψεων μέσω του M.M.P.I. για την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών επαληθεύτηκαν.

Μια δυσκολία που συχνά αναφέρεται για τη χρησιμοποίηση του M.M.P.I. σε ομάδες ασθενών που πάσχουν από κάποια κακοήθη νεοπλασία, αφορά στο γεγονός

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ότι από τη στιγμή που το ερωτηματολόγιο δίνεται σε ασθενείς που έχουν ήδη μια διάγνωση οργανικής νόσου, δεν είναι εύκολο να απομονώσουμε τους παράγοντες της προσωπικότητας που μπορεί να οδήγησαν στην εμφάνιση της ασθένειας από τους παράγοντες που αποτελούν συνέπεια κάποιων διαταραχών ή της ασθένειας γενικά [382]. Ωστόσο, το M.M.P.I. εκτιμάει σταθερά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τα οποία δε μεταβάλλονται εύκολα. Είναι σημαντικό επίσης να σημειωθεί ότι άτομα που ήταν καλά προσαρμοσμένα σε συναισθηματικό επίπεδο, πριν από την εκδήλωση κάποιας σοβαρής ασθένειας και τη θεραπεία της, μπορούν και αντιμετωπίζουν πολύ πιο αποτελεσματικά το άγχος που συνδέεται με τη νόσο, σε σχέση με τα άτομα που ήταν λιγότερο καλά προσαρμοσμένα συναισθηματικά και τα οποία θα αντιμετωπίζουν εντονότερες δυσκολίες στην επεξεργασία και την αντιμετώπιση μιας κατάστασης κρίσης, όπως είναι η διάγνωση μιας κακοήθους νεοπλασίας. Επίσης, ακόμη και στις περιπτώσεις, όπου το άτομο αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις, λόγω της κρίσης στην οποία βρίσκεται, εκδηλώνει με πιο σαφή και άμεσο τρόπο στοιχεία της προσωπικότητάς του, ενώ διαφαίνονται πιο ξεκάθαρα και οι στρατηγικές που χρησιμοποιεί (coping strategies) για την αντιμετώπιση και την επίλυση αυτών των καταστάσεων.

Στόχος μας λοιπόν ήταν να μελετήσουμε την προσωπικότητα των ασθενών που εμφάνισαν καρκίνο στους όρχεις και να τη συγκρίνουμε με την προσωπικότητα υγιών ανδρών αντίστοιχης ηλικίας. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν περιορισμένες αναφορές [384, 385] σχετικά με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ασθενών με τη συγκεκριμένη μορφή καρκίνου και οι οποίες, σε γενικές γραμμές, συγκλίνουν στο γεγονός ότι τα άτομα αυτά διακατέχονται από έντονο άγχος και ανησυχία, είναι κοινωνικά ενδοστρεφή και χρησιμοποιούν ως μηχανισμούς άμυνας την άρνηση και την απώθηση, εμφανίζοντας με αυτόν τον τρόπο ένα κοινωνικά συμβατό προφίλ.

Αναφορικά με τις υποθέσεις που κάναμε για τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας, μπορούν να συνοψιστούν στα εξής:

Όσον αφορά στα στρεσσογόνα γεγονότα ζωής, λόγω του γεγονότος ότι δεν υπάρχουν στη διεθνή βιβλιογραφία έρευνες που να μελετούν το ρόλο των στρεσσογόνων γεγονότων στην εμφάνιση και την πορεία του καρκίνου όρχεως, στόχος μας ήταν να διερευνήσουμε το ρόλο αυτών των παραγόντων στη συγκεκριμένη μορφή καρκίνου. Θεωρήσαμε την έννοια των γεγονότων ζωής όχι ως έναν εξωγενή παράγοντα που συμβαίνει στη ζωή του ατόμου και επηρεάζει τη

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

συναισθηματική του ισορροπία, αλλά μέσα από τη διπλή τους διάσταση που αναφέρεται αφενός στην αντικειμενική ύπαρξη του γεγονότος και αφετέρου στην υποκειμενική του διάσταση που αφορά στον τρόπο με τον οποίο βιώνει συναισθηματικά ένα συμβάν το ίδιο το άτομο. Ο τρόπο επεξεργασίας των γεγονότων και του συναισθηματικού τους αντίκτυπου εκτιμάται από τις επιπτώσεις που υπάρχουν στο επίπεδο της ψυχικής οργάνωσης, όπως αυτές αναδεικνύονται από τις εκδηλώσεις άγχους και κατάθλιψης. Υπόθεσή μας λοιπόν ήταν ότι δεν θα υπάρξει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων ως προς τον αριθμό των στρεσσογόνων γεγονότων που θα αναφέρουν, αλλά ως προς τον τρόπο επεξεργασίας αυτών των γεγονότων, έτσι όπως αυτός αντικατοπτρίζεται σε βασικές λειτουργίες της ανθρώπινης συμπεριφοράς, όπως το άγχος και η κατάθλιψη.

Πιο συγκεκριμένα, ως προς τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, η υπόθεσή μας ήταν ότι θα υπάρξουν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τις ψυχικές εκδηλώσεις του άγχους και της κατάθλιψης, όχι όμως και ως προς τις σωματικές τους εκδηλώσεις, γεγονός που θα στήριζε την άποψη ότι η ύπαρξη μιας σοβαρής ασθένειας, που ενέχει και ψυχοσωματική υπόσταση, λειτουργεί και ως εκφραστής κι άλλων ενδεχόμενων άλυτων ενδοψυχικών συγκρούσεων στο ψυχολογικό επίπεδο. Λάβαμε υπόψη μας, όμως, ότι οι ασθενείς με καρκίνο όρχεως, λόγω της γνώσης της καλής πορείας της νόσου τους, με υψηλά ποσοστά πλήρους ίασης και καλή αποκατάσταση δε θα εμφανίζουν τα υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που παρουσιάζουν ομάδες ασθενών που πάσχουν από άλλης μορφής καρκίνο.

Σχετικά με την αλεξιθυμία, υπόθεσή μας ήταν ότι οι δύο ομάδες θα διαφέρουν μεταξύ τους, με υψηλότερες τιμές αυτές της ομάδας των ασθενών, θεωρώντας ότι τα άτομα αυτά θα παρουσιάζουν δυσκολία στην αναγνώριση και περιγραφή συναισθημάτων, γεγονός το οποίο θα συσχετίζεται με το άγχος και την κατάθλιψη που θα εκδηλώνουν.

Όσον αφορά στην εκτίμηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, υποθέσαμε ότι το προφίλ των ασθενών θα είναι φυσιολογικό, δηλ. με μέσες τιμές στις κλίμακες αξιοπιστίας και στις κλινικές κλίμακες μικρότερες του 70 σε Tscores ($T<70$) και θα περιγράφει άτομα αγχώδη, που δυσκολεύονται στις συναισθηματικές τους εκφράσεις και καταπιέζουν αρνητικά συναισθήματα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1. Υλικό

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στη Μονάδα Ψυχο-Ογκολογίας της Ογκολογικής Κλινικής του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, από τον Μάιο του 1996 ως τον Δεκέμβριο του 1998. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 50 ασθενείς με καρκίνο όρχεως και 50 υγιείς άνδρες. Η συγκρότηση της ομάδας των ασθενών έγινε μέσα από έναν κατάλογο που περιλάμβανε ασθενείς με καρκίνο όρχεως, οι οποίοι παρακολουθούνταν σε Ογκολογικά Νοσοκομεία ή Κλινικές που συνεργάζονται με την Ελληνική Συνεργαζόμενη Ογκολογική Ομάδα (HeCoG) και πιο συγκεκριμένα, στην Ογκολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, την Ογκολογική Κλινική του Νοσοκομείου *ΑΧΕΠΑ*, την Παθολογική Κλινική του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου *"Άγιοι Ανάργυροι"*, καθώς και από την Παθολογική Κλινική του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου *"Μεταξά"*. Η ομάδα των ασθενών συγκροτήθηκε από τους πρώτους 50 ασθενείς νεαρής ηλικίας που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Κανένας από τους ασθενείς δε νοσηλευόταν, κανένας δεν βρισκόταν σε περίοδο θεραπείας και η συνάντηση μαζί μας δεν συνδυαζόταν με ιατρικές εξετάσεις ή επίσκεψη στο θεράποντα ιατρό.

Η συλλογή του δείγματος των υγιών μαρτύρων έγινε με κριτήριο την ηλικία (εξίσωση ένας προς έναν) και το φύλο (άρρεν). Αρχικά συντάχθηκε μια λίστα 100 ατόμων που περιλάμβανε τους νοσηλευτές του Παθολογικού Τομέα του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, τους άνδρες εργαζόμενους σε δυο υπηρεσίες (Τεχνική και Τμήμα Ηλεκτρονικών Υπολογιστών) του Νοσοκομείου, τους δετείς φοιτητές Ιατρικής που εκείνο το χρονικό διάστημα έκαναν την κλινική τους άσκηση στην Παθολογική Κλινική, καθώς και τους εργαζόμενους ιδιωτικής επιχείρησης της πόλης των Ιωαννίνων, της οποίας η διοίκηση δέχτηκε να συμβάλλει στην έρευνα. Με βάση τον κατάλογο των ασθενών που είχε ήδη πάρει την τελική του μορφή, ζητήθηκε η συνεργασία από υγιείς άνδρες της λίστας που προαναφέραμε, οι οποίοι ήταν αντίστοιχης ηλικίας, προσπαθώντας με αυτόν τον τρόπο να πετύχουμε εξίσωση ένας προς έναν, όσον αφορά στην ηλικία, με απόκλιση ± 2 χρόνια. Συνεπώς, η ομάδα των υγιών μαρτύρων συγκροτήθηκε από τους πρώτους 50 άνδρες αντίστοιχης ηλικίας με τους ασθενείς που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Από τους ασθενείς, των οποίων ζητήθηκε η συμβολή στην έρευνα, κανείς δεν

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

αρνήθηκε να συμμετάσχει σ΄ αυτή, ενώ όσον αφορά στους υγιείς μάρτυρες, 3 εργαζόμενοι του Νοσοκομείου αρνήθηκαν τη συμμετοχή τους.

2.2. Μέθοδος

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ημιδομημένη συνέντευξη, που η διάρκειά της ήταν περίπου 45 λεπτά, καθώς και με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων, για την οποία απαιτούνταν συνολικά γύρω στις δύο ώρες. Αφού οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν για το σκοπό της έρευνας από τον θεράποντα γιατρό τους και εξέφραζαν τη συγκατάθεσή τους για τη συμμετοχή τους σε αυτή, καθοριζόταν ένα ραντεβού. Αρχικά γινόταν η συνέντευξη σ΄ έναν ειδικό, ήσυχο χώρο, κατά την οποία συμπληρώνονταν στοιχεία που αφορούσαν στα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου για το σύνολο του δείγματος, καθώς και στοιχεία για την ασθένεια και τη θεραπεία της ομάδας των ασθενών. Βασικός στόχος της συνέντευξης ήταν η συλλογή πληροφοριών γύρω από τυχόν στρεσσογόνα γεγονότα που το άτομο είχε βιώσει μέχρι την ημέρα της συνέντευξης, τον τρόπο με τον οποίο τα είχε αντιμετωπίσει και το συναισθηματικό αντίκτυπο που πιθανά είχαν σε διάφορους τομείς της ζωής του. Μετά το πέρας αυτής, ο εκάστοτε συμμετέχων συμπλήρωνε μια κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους (S.T.A.I.)και μια κλίμακα για την εκτίμηση της αλεξιθυμίας (SSPS). Με βάση τις πληροφορίες που ο ερευνητής είχε συλλέξει κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, σημείωνε στην κλίμακα των στρεσσογόνων γεγονότων ζωής των Holmes and Rahe, σύμφωνα με τις τροποποιήσεις της Amile Lebigre, τα γεγονότα και το συναισθηματικό αντίκτυπο που το ίδιο το άτομο είχε προσδιορίσει και στη συνέχεια εκτιμούσε τα επίπεδα άγχους (H.A.S.) και κατάθλιψης του ατόμου (M.A.D.R.S.). Στη συνέχεια, προσδιοριζόταν ένα δεύτερο ραντεβού για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου προσωπικότητας (M.M.P.I.), διαδικασία που απαιτούσε περίπου 1 ½ ώρα. Για τη διασφάλιση της εμπιστευτικότητας κάθε μορφής πληροφορίας λαμβάνονταν όλα τα απαραίτητα μέτρα.

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

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

- ***Το ερωτηματολόγιο γεγονότων ζωής των Holmes and Rahe*** [140]

  Χρησιμοποιήθηκε η τροποποιημένη μορφή του ερωτηματολογίου, όπως διαμορφώθηκε από την Amiel Lebigre [386] και η οποία βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο των Holmes and Rahe [140] του Raykel [387] και των Cochrane and Robertson [388] και αποτελείται συνολικά από 53 γεγονότα ζωής (life events). Κατά τη διάρκεια μιας συνέντευξης 45' περίπου, τα άτομα ενθαρρύνονταν να μιλήσουν για τη ζωή τους και κυρίως να αναφέρουν τυχόν στρεσσογόνα γεγονότα που πιθανά τους συνέβησαν, καθώς και τον τομέα της ζωής τους, στον οποίο ανήκαν αυτά τα γεγονότα : συναισθηματική ζωή, επαγγελματική ζωή, υγεία, οικονομική κατάσταση ή διάφορα (άγχος σπουδών, αποτυχία εξετάσεων, μη στράτευση ή δυσκολίες προσαρμογής στο στρατό κ.ά.). Επίσης, τους ζητήθηκε να εκτιμήσουν το συναισθηματικό αντίκτυπο που είχαν στους ίδιους αυτά τα γεγονότα, με μια κλίμακα από 0 ως 100 (όπου με 0 αξιολογούσαν ένα γεγονός μηδαμινής σημασίας για τους ίδιους και τη ζωή τους, ενώ με 100 αξιολογούσαν ένα γεγονός ύψιστης σημασίας).

- ***Η κλίμακα εκτίμησης του άγχους του Hamilton H.A.S. (Hamilton's Anxiety Scale)*** [389]

  Η κλίμακα περιλαμβάνει 14 θέματα (αγχώδης διάθεση, ένταση, φόβοι, αϋπνία, γνωστικές λειτουργίες, καταθλιπτική διάθεση, συμπτώματα νευρο-μυικά, γενικά αισθητικά, καρδιολογικά, αναπνευστικά, γαστρεντερικά, ουρο-γεννητικά, συμπτώματα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, συμπεριφορά του ασθενούς κατά τη διάρκεια της συνέντευξης) και κάθε θέμα βαθμολογείται από τον ειδικό με μια πεντάβαθμη κλίμακα σοβαρότητας, τύπου Likert, από 0 έως 4 *(0= απουσία συμπτώματος, 1= ήπιας έντασης σύμπτωμα, 2= μέτριας έντασης, 3= έντονο σύμπτωμα, συνεχές, 4= κυρίαρχο σύμπτωμα, που προκαλεί πλήρη ανικανότητα στο άτομο).* Διαχωριστικό όριο μεταξύ του φυσιολογικού άγχους και του άγχους που χρήζει θεραπευτικής αντιμετώπισης, αποτελεί η τιμή 20, ενώ το εύρος τιμών της κλίμακας κυμαίνεται από 0 έως 56. Επίσης, η κλίμακα του Hamilton διακρίνει το άγχος σε δυο μορφές έκφρασής του, το ψυχικά εκφρασμένο άγχος (που διερευνάται με τα θέματα από 1ως 6 και το 14) και το σωματικά εκφρασμένο άγχος (που διερευνάται με τα θέματα από 7 έως 13), με εύρος τιμών για κάθε μορφή εκδήλωσης 0 - 28.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

- ***Η κλίμακα εκτίμησης της κατάθλιψης (M.A.D.R.S.) των Montgomery and Asberg*** [390]

  Η κλίμακα περιλαμβάνει 10 θέματα (εμφανής λύπη, εκφραζόμενη λύπη, εσωτερική ένταση, αϋπνία, ανορεξία, δυσκολίες στη συγκέντρωση, ατονία, έλλειψη συναισθημάτων, απαισιοδοξία, ιδέες αυτοκτονίας) και κάθε θέμα βαθμολογείται από τον ειδικό από 0 έως 6, βαθμολογία που αντιστοιχεί στην αυξανόμενη ένταση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η τιμή 20 αποτελεί το ανώτατο φυσιολογικό όριο, που είναι ενδεικτική της σοβαρότητας της κατάστασης, ενώ το εύρος τιμών της κλίμακας είναι 0 - 60.

- ***Η κλίμακα εκτίμησης της αλεξιθυμίας του Σιφναίου (S.S.P.S.)*** [391]

  Η κλίμακα αποτελείται από 20 θέματα, που διερευνούν τη 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 κι όχι με εσωτερικές εμπειρίες. Στα θέματα αυτά απαντά το ίδιο το άτομο με ΝΑΙ ή ΟΧΙ . Η κλίμακα έχει ειδικό κλειδί βαθμολόγησης και εύρος τιμών 0 – 20, ενώ συνολική τιμή πάνω από 10 είναι ενδεικτική ατόμων που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως ΄΄αλεξιθυμικά΄΄.

- ***Η κλίμακα αυτοεκτίμησης του άγχους του C.D. Spielberger S.T.A.I. (State - Trait Anxiety Inventory)*** [392, 393]

  Η κλίμακα έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τους Α. Λιάκο και Σ. Γιαννίτση [394] και χωρίζεται σε δυο μέρη: το πρώτο μέρος **(State)** αναφέρεται στο παροδικό άγχος, δηλ. στη συναισθηματική ένταση που μπορεί να χαρακτηρίζει το άτομο λόγω κάποιας κατάστασης που βιώνει και η οποία γίνεται αντιληπτή από τις υποκειμενικές εκδηλώσεις ψυχικής έντασης και τις αντιδράσεις του αυτόνομου νευρικού συστήματος, ενώ σχετίζεται με τις υπάρχουσες συνθήκες (state anxiety). Το δεύτερο μέρος **(Trait)** 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 ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (trait anxiety). Κάθε μέρος αποτελείται από

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

20 θέματα, δηλ. συνολικά 40 και η εκτίμηση γίνεται με μια τετράβαθμη κλίμακα 0-3 (καθόλου=0, κάπως=1, μέτρια=2, πάρα πολύ=3) από το ίδιο το άτομο. Το εύρος των τιμών για κάθε μέρος της κλίμακας είναι 20 - 80.

- ***Το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας της Minnesota: Multiphasic Minnesota Personality Inventory (M.M.P.I.).***

Αποτελείται από 566 θέματα, στα οποία το άτομο καλείται να απαντήσει με Αλήθεια – Λάθος. Κατασκευάστηκε από τους McKinley and Hathaway [395] ως βοηθητικό εργαλείο στην ψυχιατρική διάγνωση. Τα ερωτήματα καλύπτουν τα εξής θέματα: υγεία, νευρολογικά συμπτώματα, συντονισμός και αισθήσεις, ψυχοσωματικά συμπτώματα, οικογένεια και συζυγικές σχέσεις, επαγγελματικά και εκπαιδευτικά προβλήματα, σεξουαλικές, θρησκευτικές και πολιτικές τάσεις, συμπτώματα κατάθλιψης και μανίας, ψυχαναγκαστικές καταστάσεις, παραλήρημα και ψευδαισθήσεις, άγχος και φοβίες, σαδομαζοχιστικές τάσεις, ανδροπρέπεια - θηλυπρέπεια και εγκυρότητα αντιδράσεων. Οι απαντήσεις που δίνονται με ειδική βαθμολόγηση μπορούν να αναλύσουν την προσωπικότητα σε 13 βασικές κλίμακες: τρεις κλίμακες ελέγχου της αξιοπιστίας που είναι ικανές να δείξουν πότε ένα άτομο απάντησε το ερωτηματολόγιο αξιόπιστα ή όχι (validity scales : L=ψεύδος, F= αξιοπιστία, K= διόρθωση) και δέκα κλινικές κλίμακες (clinical scales: Hs=υποχονδρίαση, D=κατάθλιψη, Hy=υστερία, Pd= ψυχοπαθητικότητα, Mf = ανδροπρέπεια - θηλυπρέπεια, Pa= παρανοικότητα, Pt= ψυχασθένεια, Sc= σχιζοφρένια, Ma= υπομανία, Si=κοινωνική ενδοστρέφεια-εξωστρέφεια) [381, 396, 397].

Για την πληρέστερη κατανόηση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων του M.M.P.I., θεωρούμε αναγκαίο να γίνει μια συνοπτική παρουσίαση των στοιχείων που εκτιμά καθεμιά από τις κλίμακες του M.M.P.I. [381, 396].

<u>Α. Κλίμακες αξιοπιστίας</u>

Η ερμηνεία ενός διαγράμματος αρχίζει από τον έλεγχο της αξιοπιστίας των απαντήσεων. Οι τιμές των κλιμάκων L, F και K λειτουργούν ως αξιολόγηση ορισμένων παραγόντων, όπως η στάση του εξεταζόμενου απέναντι στο τεστ και το επίπεδο μόρφωσής του, που μπορούν να επηρεάσουν τις κλινικές κλίμακες και κατά συνέπεια να προσβάλλουν την αξιοπιστία όλου του διαγράμματος.

1. *Κλίμακα L (Lie - ψεύδος)*

Η κλίμακα ψεύδους L αποτελείται από 15 ερωτήματα και έχει ως στόχο να αναγνωρίσει μια γενική, εσκεμμένη αποφυγή του τεστ και να εκτιμήσει πώς τα άτομα απάντησαν στο τεστ και συγκεκριμένα, να ταυτοποιήσει τα άτομα εκείνα που προσπάθησαν να παρουσιάσουν μια ευνοϊκή εικόνα του εαυτού τους, αλλοιώνοντας τις απαντήσεις. Αν οι τιμές της L είναι πάνω από 70, τότε θεωρείται σχεδόν βέβαιο ότι η τάση αυτή υπάρχει. Μια υψηλή τιμή L δείχνει επίσης ύπαρξη κάποιας μορφής αμυντικότητας και μάλιστα ανώριμης, ηθική ακαμψία και αφέλεια.

2. *Κλίμακα F (Frequency= συχνότητα - αξιοπιστία)*

Η κλίμακα F αποτελείται από 64 ερωτήματα, που αντανακλούν ένα ευρύ φάσμα σοβαρών διαταραχών και δημιουργήθηκε με σκοπό να ελέγξει παρεκκλίνοντα ή άτυπο τρόπο απάντησης των θεμάτων. Η τιμή Τ ανεβαίνει, όταν ένα άτομο δεν μπορεί να διαβάσει, όταν δεν μπορεί να κατανοήσει πλήρως αυτά που διαβάζει ή είναι απρόσεκτο, όταν απαντάει στην τύχη, με ή χωρίς σκοπιμότητα να μπερδέψει τα αποτελέσματα, μια και είναι πιθανό κάποιο άτομο συνειδητά να θέλει να παρουσιάσει τον εαυτό του με δυσμενή εικόνα. Όσο πιο υψηλή είναι η τιμή της F, τόσο περισσότερο είναι πιθανό ότι κάποιος παράγοντας λειτούργησε έτσι ώστε όλο το τεστ να είναι αναξιόπιστο.

3. *Κλίμακα K (correction = διόρθωση)*

Σε γενικές γραμμές, η τιμή K επινοήθηκε προκειμένου να αναγνωρίσει κάποιες άμυνες κι αποτελείται από 30 θέματα. Θεωρείται ως ένδειξη της στάσης του εξεταζόμενου απέναντι στο τεστ και συσχετίζεται με την τάση και τις παραμέτρους που μετρούν οι κλίμακες L και F, αν και η κλίμακα K μετράει πιο εξειδικευμένες στάσεις. Σχεδιάστηκε ως μέτρο της ΄΄κανονικότητας΄΄ και του ελέγχου, βασισμένο σ' ένα λειτουργικό ορισμό της αμυντικότητας. Χρησιμοποιείται επίσης ως παράγοντας διόρθωσης για ορισμένες από τις κλινικές κλίμακες, δηλ. ως ένας μετριαστικός παράγοντας, ενώ αποτελεί ένα ΄΄μέτρο΄΄ του ΄΄ego strenght΄΄, της επαφής με την πραγματικότητα, της ικανότητας αντιμετώπισης δυσκολιών και του κατά πόσο είναι άθικτες οι άμυνες ενός ατόμου. Σε γενικές γραμμές, υψηλή τιμή της K αντανακλά αμυντική στάση απέναντι

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

στο τεστ, κοινωνική συμπεριφορά, συμβατικότητα, ενώ στα φυσιολογικά άτομα μπορεί να εκφράζει ένα ισχυρό Εγώ, που δηλώνει ότι οι ψυχολογικές άμυνες βοηθούν το άτομο να λειτουργήσει καλά, παρ' όλες τις ενδοψυχικές του συγκρούσεις και συσχετίζεται σημαντικά με το μορφωτικό επίπεδο. Επίσης, η κλίμακα K υποστηρίζεται ότι αξιολογεί ικανοποιητικά και την πρόγνωση της αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας. Μέτρια ή χαμηλή τιμή της K υποδεικνύει καλή πρόγνωση (Κουλάκογλου Κ., 1998, Μάνος Ν., 1982).

Β. Βασικές κλινικές κλίμακες

1. Κλίμακα Hs (Hypochondriasis = υποχονδρίαση)

Αν και η κλίμακα Hs αποτελείται από αντικείμενα που αναφέρονται σε σωματικά ενοχλήματα της υποχονδριακής νεύρωσης, είναι προτιμότερο η κλίμακα αυτή να θεωρείται ως μέτρο της ενασχόλησης του ατόμου γενικά με την υγεία του, με τις σωματικές του λειτουργίες και με συμπτώματα που σχετίζονται με αυτές τις λειτουργίες. Στην ερμηνεία αυτής της κλίμακας είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη αν το άτομο έχει ή όχι κάποια σωματική ασθένεια, καθώς και η ηλικία του, καθώς έχει παρατηρηθεί πως άτομα νεαρής ηλικίας εμφανίζουν score 45-50, ενώ ηλικιωμένα άτομα εμφανίζουν τιμές της Hs γύρω στο 60-70.

2. Κλίμακα D (Depression = κατάθλιψη)

Η κλίμακα D της κατάθλιψης αναφέρεται σε τρόπους συμπεριφοράς, όπως η ανησυχία, η αποθάρρυνση, καθώς και στο επίπεδο της αυτοεκτίμησης και γενικότερα στο εξωτερικό προφίλ του ατόμου. Γενικά, αποτελεί τον καλύτερο και πιο ευαίσθητο δείκτη ψυχικής δυσανεξίας, πρόσφατης απογοήτευσης, καθώς και της αίσθησης άνεσης και ασφάλειας που διαθέτει ο καθένας. Αναδεικνύει, επίσης, στοιχεία για το πώς το άτομο εκτιμά τον εαυτό του και το ρόλο του στον κόσμο, καθώς και για την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία που μπορεί να τον χαρακτηρίζει ως άτομο. Αυτή η κλίμακα είναι η πιο ευαίσθητη στις ΄΄συγκυρίες΄΄, αποτελεί δηλ. έναν αξιόπιστο δείκτη του τι συμβαίνει στη ζωή του ατόμου το τελευταίο χρονικό διάστημα. Η ηλικία συσχετίζεται και μ΄ αυτή την κλίμακα.

3. Κλίμακα Hy (Hysteria = υστερία)

Η κλίμακα Hy μετρά το βαθμό ομοιότητας ενός ατόμου με τους ασθενείς που

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

έχουν αναπτύξει συμπτώματα αντίδρασης υστερικής μετατροπής, όπως γενικά σωματικά ενοχλήματα, κράμπες, γαστρικά ή εντερικά ενοχλήματα, λιποθυμίες, ζάλη κ.ά. Υψηλές τιμές της Hy είναι ενδεικτικές των ατόμων που έχουν τη δυνατότητα να παρουσιάσουν συμπτώματα μετατροπής κάτω από στρεσσογόνες συνθήκες.

Η κλίμακα Hy έχει δυο μέρη: το πρώτο αποτελείται από σωματικά ενοχλήματα και σχετίζεται στενά με την κλίμακα Hs. Το δεύτερο που συχνά αναφέρεται και ως ΄΄Hy-subtle΄΄ (αυτό που κάνει λεπτή διάκριση) εκφράζει μια υπεραναπληρωματική απόρριψη από το άτομο, που πιθανά είναι νευρωτικό, καθώς και μια προσπάθεια να δείξει ότι είναι ιδιαίτερα προσαρμοσμένο και ευχαριστημένο από τη ζωή και τον εαυτό του. Θεωρείται ότι η Hy εκτιμά τις εξής παραμέτρους: *1. Έλλειψη κοινωνικού άγχους, 2. Υψηλή ανάγκη τρυφερότητας (affection), 3. Κούραση – δυσφορία 4. Παράπονα για σωματικά ενοχλήματα και 5. Αναστολή της επιθετικότητας*. Το Hy - subtle συσχετίζεται θετικά με τον παράγοντα K, την ευφυία και το μορφωτικό επίπεδο και αρνητικά με την ηλικία, έτσι ώστε άτομα γύρω στα 20-25 να παρουσιάζουν τιμές 55-65.

4. Κλίμακα Pd (Psychopathic Deviate = ψυχοπαθητικότητα)

Τα θέματα αυτής της κλίμακας σχετίζονται με κοινωνική δυσπροσαρμοστικότητα, απουσία έντονων ευχάριστων εμπειριών, αισθήματα πλήξης και περιλαμβάνουν την αίσθηση ότι το άτομο έχει περιέλθει στη θέση του θύματος, καθώς και συναισθήματα αποξένωσης από το κοινωνικό σύνολο, με ταυτόχρονη αίσθηση ότι δεν ανήκει πουθενά. Η ουσιαστική ερμηνεία αυτής της κλίμακας εξαρτάται κι από άλλες κλίμακες, με τις οποίες θα πρέπει να συνεκτιμάται. Η ηλικία διαδραματίζει και σ΄ αυτή την κλίμακα καθοριστικό ρόλο, μια και άτομα νεαρής ηλικίας εμφανίζουν τιμή γύρω στο 60, η οποία μειώνεται όσο αυξάνεται η ηλικία.

5. Κλίμακα Mf (Masculinity = ανδροπρέπεια – Femininity = θηλυπρέπεια)

Τα θέματα της κλίμακας Mf αναφέρονται στα ενδιαφέροντα, τις επαγγελματικές επιλογές, τις διανοητικές προτιμήσεις και ενασχολήσεις, καθώς και στη διάσταση ΄΄ενεργητικότητα – παθητικότητα΄΄. Συνήθως, χρησιμοποιείται για να εκτιμήσει την ανδροπρέπεια – θηλυπρέπεια και συσχετίζεται έντονα με το μορφωτικό επίπεδο και το δείκτη ευφυίας του ατόμου.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

6. *Κλίμακα Pa (Paranoia = παρανοϊκότητα)*

Η κλίμακα αυτή δημιουργήθηκε για να ταυτοποιήσει άτομα που έχουν παρανοϊκά συμπτώματα, όπως ιδέες συσχέτισης και καταδίωξης, ιδέες μεγαλείου, καχυποψία, υπερευαισθησία και εγωισμό.

7. *Κλίμακα Pt (Psychasthenia = ψυχασθένεια)*

Η κλίμακα Pt αναφέρεται σε συμπτώματα έντονου άγχους, σε παράλογους φόβους, σε υπερβολικές αντιδράσεις σε φυσιολογικά ερεθίσματα, στην αυτο-υποτίμηση και γενικά εκτιμά άγχος, ενοχές και αυτό-αμφισβήτηση. Εκτιμά επίσης καταναγκαστικά στοιχεία της προσωπικότητας, όπως ακαμψία, ακριβολογία, υπερβολική καθαριότητα κ.ά, καθώς και το βαθμό διαπροσωπικής εχθρικότητας. Συσχετίζεται πολύ με την κλίμακα 8 (Sc) και λιγότερο με τη νευρωσική τριάδα (Hs, D, Hy). Επίσης, συσχετίζεται αρνητικά με την κλίμακα K (διόρθωση), που δείχνει ότι καταναγκαστικά άτομα δεν μπορούν να εξαπατήσουν τον εξεταστή ή να αμυνθούν.

8. *Κλίμακα Sc (Schizophrenia = σχιζοφρένεια)*

Η κλίμακα Sc εκτιμά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με διαταραχές της σκέψης, της διάθεσης και της συμπεριφοράς, καθώς και στοιχεία της προσωπικότητας, όπως η κοινωνική αποξένωση και η μοναχικότητα. Οι φτωχές οικογενειακές σχέσεις, τα ΄΄παράξενα΄΄ συναισθήματα, οι ιδέες επίδρασης, οι ασυνήθιστες σωματικές δυσλειτουργίες και η γενική έλλειψη ικανοποίησης είναι παράμετροι της προσωπικότητας και της ζωής ενός ατόμου που αναδεικνύονται μέσα από αυτή την κλίμακα.

9. *Κλίμακα Ma (Hypomania = υπομανία)*

Η κλίμακα Ma αναφέρεται σε στοιχεία της προσωπικότητας, όπως η διαχυτικότητα, η ενεργητικότητα, η ευερεθιστότητα και ο εγωισμός. Η ερμηνεία αυτής της κλίμακας πρέπει να λαμβάνει υπόψη της την ηλικία του ατόμου, μια και άτομα νεαρής ηλικίας εμφανίζουν πολύ υψηλότερες τιμές από τους μεσήλικες.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

0. Κλίμακα Si (Social introversion = κοινωνική ενδοστρέφεια)

Τα θέματα αυτής της κλίμακας αναφέρονται κυρίως στο επίπεδο κοινωνικής συμμετοχής κι αποτελεί έναν καλό δείκτη για τους τρόπους συμπεριφοράς και την άνεση που έχει κάποιος στις διαπροσωπικές σχέσεις (π.χ. αν είναι συνεσταλμένος ή αν αντίθετα αποτελεί ηγετική μορφή).

3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Όλες οι αναλύσεις των δεδομένων έγιναν με το στατιστικό πρόγραμμα S.P.S.S. (Social Package for Social Sciences) [400]. Συγκεκριμένα, στην παρούσα έρευνα εφαρμόστηκε μια two steps analysis, δηλ. μια ανάλυση σε δυο επίπεδα. Αρχικά, για τη σύγκριση των μέσων τιμών των αποτελεσμάτων των διαφόρων παραμέτρων, όπως των γεγονότων ζωής, του άγχους, της κατάθλιψης, της αλεξιθυμίας και της αυτοεκτίμησης του μόνιμου και του παροδικού άγχους ανάμεσα στις δυο ομάδες, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Paired-samples T-test, που εφαρμόζεται σε περιπτώσεις όπου η πειραματική και η ομάδα ελέγχου έχουν εξίσωση ένας προς έναν ως προς μια ή περισσότερες μεταβλητές. Οι διαφορές θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ($p<0.05$). Όσον αφορά στα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και την κλίμακα της αλεξιθυμίας, η σύγκρισή των δυο ομάδων έγινε με Chi-square test (X^2) και με επίπεδο σημαντικότητας 5% ($p<0.05$), ενώ η διερεύνηση για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών έγινε με το συντελεστή συσχέτισης (r) του Pearson. Στο δεύτερο επίπεδο ανάλυσης εφαρμόστηκε Λογιστική Παλίνδρομη Ανάλυση (Logistic Regression Analysis) για τον έλεγχο παραγόντων κινδύνου, συγκρίνοντας την ομάδα των ασθενών και την ομάδα των υγιών ως προς τις μεταβλητές που παρουσίαζαν στατιστικά σημαντική διαφορά στο πρώτο επίπεδο ανάλυσης και αντιστοιχούν σε μόνιμα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1. Δημογραφικό προφίλ του δείγματος

Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν 30.74 ± 5.99, με εύρος 20-46, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας των υγιών μαρτύρων ήταν 32.26 ± 6.69, με εύρος 20-48.

Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων και το μεγαλύτερο ποσοστό (66% των ασθενών και 58% των υγιών) ήταν άγαμοι. Όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο προέκυψε μια μικρή διαφορά με οριακή στατιστική σημαντικότητα (p=.049), ενώ ως προς την επαγγελματική κατάσταση, υπάρχει διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων, με υψηλή στατιστική σημαντικότητα (p=.000), γεγονός που ήταν αναμενόμενο να προκύψει, λόγω του τρόπου επιλογής των υγιών μαρτύρων.

Επίσης, οι δυο ομάδες συγκρίθηκαν και ως προς ορισμένες επιπρόσθετες παραμέτρους των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών, στις οποίες δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι παράμετροι αυτές ήταν: η απόκτηση παιδιών, η απουσία των γονέων τους κατά την παιδική ηλικία και η διαμονή τους σε αγροτική περιοχή. Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι το 74% των ασθενών και το 68% των υγιών ανδρών δεν έχει αποκτήσει ακόμη παιδιά, ενώ σε αγροτική περιοχή διέμενε μόνο το 22% των ασθενών και το 24% των υγιών μαρτύρων. Όσον αφορά στην παράμετρο της απουσίας των γονέων κατά την παιδική ηλικία, θεωρούμε ότι η συμμετοχή ασθενών και από άλλες περιοχές της Ελλάδας, πέρα της Ηπείρου, καθώς και ο τρόπος επιλογής της ομάδας των υγιών μαρτύρων πιθανά να επηρέασαν τα αποτελέσματα. Το οικογενειακό, μορφωτικό, επαγγελματικό και κοινωνικό προφίλ των ατόμων και των δυο ομάδων παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 1.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Πίνακας 1.: Κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ του δείγματος

	Ασθενείς	Υγιείς	P
Ηλικία	30.74 ± 5.99	32.26 ± 6.69	NS*
Οικογενειακή κατάσταση			NS
Άγαμος	33 (66%)	29 (58%)	
Έγγαμος	16 (32%)	21 (42%)	
Διαζευγμένος	1 (2%)	-	
Μορφωτικό επίπεδο			.049
Απόφοιτος Δημοτικού	6 (12%)	4 (8%)	
Απόφοιτος Γυμνασίου	6 (12%)	2 (4%)	
Απόφοιτος Λυκείου	25 (50%)	18 (36%)	
Απόφοιτος Ανώτερων / τατων Σχολών	13 (26%)	26 (52%)	
Επαγγελματική κατάσταση			.000
Άνεργος	3 (6%)	-	
Αγρότης	2 (4%)	-	
Ιδιωτικός Υπάλληλος	18 (36%)	16 (32%)	
Δημόσιος Υπάλληλος	8 (16%)	27 (54%)	
Επιχειρηματίας	7 (14%)	-	
Ελεύθερος επαγγελματίας	10 (20%)	-	
Φοιτητής	2 (4%)	7 (14%)	
Παιδιά			NS
Ναι	13 (26%)	16 (32%)	
Όχι	37 (74%)	34 (68%)	
Απουσία γονέων			NS
Ναι	7 (14%)	4 (8%)	
Όχι	43 (86%)	46 (92%)	
Διαμονή σε αγροτική περιοχή			NS
Ναι	11(22%)	12 (24%)	
'Οχι	39 (78%)	38 (76%)	

*NS (not statistically significant) : μη στατιστικά σημαντικό

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

4.2. Χαρακτηριστικά της ασθένειας και της θεραπείας

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα, το 14% των ασθενών είχε ιστορικό κρυψορχίας, ενώ οικογενειακό ιστορικό καρκίνου είχε το 18%. Κανένας από τους ασθενείς δεν ανέφερε τραυματισμό στην περιοχή των γεννητικών οργάνων, ούτε προηγούμενο ιστορικό κάποιας σοβαρής νόσου. Όσον αφορά στη θεραπεία, όπως φαίνεται και στον πίνακα 2, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών, δηλ. το 74% είχε υποβληθεί σε χημειοθεραπεία με βάση την πλατίνη, το 16% σε χημειοθεραπεία με βάση την πλατίνη και ακτινοθεραπεία, το 8% μόνο σε ακτινοθεραπεία και το 2% απλά παρακολουθούνταν τακτικά. Το χρονικό διάστημα που είχε μεσολαβήσει από τη διάγνωση της ασθένειας μέχρι την ημέρα της συνέντευξης ήταν κατά μέσο όρο 2.8 χρόνια.

Πίνακας 2.: Χαρακτηριστικά της νόσου και της θεραπείας

	Ασθενείς
Ιστορικό κρυψορχίας	7 (14%)
Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου	9 (18%)
Θεραπεία	
Χ/Θ με βάση την πλατίνη	37 (74%)
Χ/Θ με βάση την πλατίνη & Ακτινοθεραπεία	8 (16%)
Ακτινοθεραπεία	4 (8%)
Παρακολούθηση	1 (2%)
Διάρκεια της ασθένειας*	2.8 χρόνια

* Μέσος χρόνος από τη διάγνωση μέχρι την ημέρα της συνέντευξης

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

4.3. Στρεσσογόνα γεγονότα ζωής

Σχετικά με το συνολικό αριθμό των στρεσσογόνων γεγονότων ζωής και τον συνολικό αντίκτυπό τους, δε φάνηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων (πίνακας 3). Επίσης, δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων ούτε όταν τα γεγονότα χωρίστηκαν, ανάλογα με τη χρονική περίοδο κατά την οποία συνέβησαν, σε 2 κατηγορίες: γεγονότα που συνέβησαν 5 χρόνια πριν την εμφάνιση της ασθένειας για την ομάδα των ασθενών, ενώ για τους υγιείς η κατηγορία αυτή αντιστοιχούσε στο χρονικό διάστημα των 5 τελευταίων χρόνων μέχρι την ημέρα της συνέντευξης και γεγονότα που συνέβησαν πριν από αυτό το χρονικό πλαίσιο των 5 χρόνων (παλαιότερα γεγονότα). Η μόνη στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=.023$) που προέκυψε, αφορούσε στο συναισθηματικό αντίκτυπο των γεγονότων που συνέβησαν κατά τη διάρκεια των 5 τελευταίων χρόνων, δηλ. των πιο πρόσφατων γεγονότων, με υψηλότερη μέση τιμή αυτή που αναφέρεται από τους υγιείς μάρτυρες (100 ± 87.21).

Τα στρεσσογόνα γεγονότα που συνέβησαν μετά τη διάγνωση της ασθένειας καταγράφτηκαν και εκτιμήθηκαν ποιοτικά, αλλά δεν αξιολογήθηκαν στατιστικά σε σχέση με την ομάδα των υγιών, λόγω της έλλειψης αντιστοιχίας με την ομάδα ελέγχου. Τα γεγονότα αυτά αφορούσαν κυρίως τη μη στράτευση εξαιτίας της νόσου, την απογοήτευση από τη στάση της συντρόφου, των στενών συγγενικών προσώπων ή των φίλων, ύστερα από την εμφάνιση της νόσου κ.ά.

Στον πίνακα 4 παρουσιάζεται η κατανομή των γεγονότων ζωής, σύμφωνα με τους τομείς στους οποίους αναφέρονται (συναισθηματική ζωή, υγεία, εργασία, οικονομική κατάσταση, διάφορα) και ο αντίστοιχος μέσος συναισθηματικός αντίκτυπος για κάθε κατηγορία, ανάλυση από την οποία δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Πίνακας 3.: Σύγκριση των ομάδων ως προς τα στρεσογόνα γεγονότα και τον αντίκτυπό τους.

	Ασθενείς		Υγιείς		P value
Συνολικός αριθμός γεγονότων	3.32 ± 2.10*	0-9**	2.86 ± 1.79	0-9	NS***
Συνολικός αντίκτυπος γεγονότων	240.60 ± 153.47	0-660	222.20 ± 143.44	0-760	NS
Γεγονότα που συνέβησαν κατά τη διάρκεια 5 χρ. πριν την ασθένεια/ συνέντευξη	0.90 ± 1.03	0-5	1.32 ± 1.23	0-5	NS
Αντίκτυπος των γεγονότων που συνέβησαν κατά τη διάρκεια 5 χρ. πριν την ασθένεια / συνέντευξη	61.40 ± 68.03	0-280	100 ± 87.21	0-360	.023
Γεγονότα που συνέβησαν πριν το χρονικό πλαίσιο των 5 χρ.	1.46 ± 1.41	0-5	1.54 ± 1.38	0-6	NS
Αντίκτυπος γεγονότων που συνέβησαν πριν το χρονικό πλαίσιο των 5χρ.	104.90 ± 105.93	0-370	126.20 ± 128.58	0-500	NS
Αντίκτυπος ασθένειας	85.80 ± 24.08	20-100			

* Mean ± standard deviation = μέσος όρος ± τυπική απόκλιση

**Minimum - Maximum

*** Not statistically significant= μη στατιστικά σημαντικό

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Πίνακας 4. : Κατανομή των γεγονότων ζωής σε διάφορους τομείς

	Ασθενείς			Υγιείς			
	N	Mean ± Sd*	%	N	Mean ± Sd*	%	P valu
1. *Συναισθηματική Ζωή*	137	2.34 ± 1.76	70.25	93	1.86 ± 1.30	65.03	NS
Αντίκτυπος		171.30 ± 131.22			148.30 ± 104.09		NS
2. *Εργασία*	24	0.48 ± 1.50	12.30	10	0.20 ± 0.40	6.99	NS
Αντίκτυπος		22.00 ± 45.26			18.40 ± 37.65		NS
3. *Υγεία*	11	0.22 ± 0.50	5.64	17	0.34 ± 0.62	11.88	NS
Αντίκτυπος		14.40 ± 32.52			24.10 ± 44.67		NS
4. *Οικονομικά θέματα*	8	0.16 ± 0.42	4.10	3	6.00 ± 0.31	2.09	NS
Αντίκτυπος		13.20 ± 47.27			4.00 ± 22.22		NS
5. *Διάφορα*	15	0.30 ± 0.54	7.69	20	0.38 ± 0.60	13.98	NS
Αντίκτυπος		21.50 ± 41.94			27.80 ± 46.78		NS

Σύνολο: 195 **Σύνολο: 143**

* Mean ± Standard deviation: μέσος όρος ± τυπική απόκλιση

4.4. Κλίμακα εκτίμησης άγχους του Hamilton (H.A.S.)

Όσον αφορά στο συνολικό άγχος, η στατιστική επεξεργασία ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων με p=.000. Η μέση τιμή ήταν 9.98 ± 5.09 για την ομάδα των ασθενών και 5.50 ± 3.18 για την ομάδα των υγιών. Η μέση τιμή των ψυχολογικών εκδηλώσεων του άγχους ήταν υψηλότερη στην ομάδα των ασθενών, με p=.000, ενώ όσον αφορά στη συνολική μέση τιμή των σωματικών εκδηλώσεων του άγχους, δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων. Σχετικά με τις υποπαραμέτρους της κλίμακας, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε όλα τα θέματα που αποτελούν τις ψυχολογικές

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

εκδηλώσεις του άγχους, εκτός της αϋπνίας, ενώ από το σύνολο των θεμάτων που αποτελούν τις σωματικές εκδηλώσεις του άγχους, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα θέματα που αναφέρονται στα νευρομυικά συμπτώματα (p=.025), στα αναπνευστικά συμπτώματα (p=.001), και στα συμπτώματα του αυτόνομου νευρικού συστήματος (p=.019). Αναλυτικά, οι μέσες τιμές και το επίπεδο σημαντικότητας των διαφορών των επιμέρους θεμάτων της κλίμακας παρουσιάζεται στον πίνακα 5.

Πίνακας 5. : Μέσες τιμές της κλίμακας άγχους του Hamilton

	Ασθενείς	Υγιείς	P value
1. Αγχώδης διάθεση	2.08 ± 0.72*	1.38 ± 0.60*	.000
2. Ένταση	1.80 ± 0.75	1.32 ± 0.62	.001
3. Φόβοι	0.56 ± 0.88	0.10 ± 0.30	.001
4. Αϋπνία	0.52 ± 0.83	0.44 ± 0.83	NS**
5. Γνωστικές λειτουργίες	0.28 ± 0.60	0.20 ± 0.19	.009
6. Καταθλιπτική διάθεση	1.58 ± 0.99	0.16 ± 0.46	.000
7. Συμπτώματα νευρομυικά	0.24 ± 0.59	0.20 ± 0.19	.025
8. Γενικά αισθητικά συμπτώματα	0.19 ± 0.14	0.00 ± 0.00	NS
9. Συμπτώματα καρδιολογικά	0.42 ± 0.75	0.20 ± 0.53	NS
10. Συμπτώματα ανακνευστικά	0.74 ± 0.85	0.28 ± 0.49	.001
11. Συμπτώματα γαστρεντερικά	0.26 ± 0.59	0.40 ± 0.78	NS
12. Συμπτώματα ουρο-γεννητικά	0.00 ± 0.00	0.19 ± 0.14	NS
13. Συμπτώματα του Α.Ν.Σ ***	0.18 ± 0.04	0.48 ± 0.67	.019
14. Συμπεριφορά του ασθενή κατά την εξέταση	1.28 ± 0.80	0.58 ± 0.70	.000
Ψυχικά εκφρασμένο άγχος	8.16 ± 3.81	3.92 ± 2.24	.000
Σωματικά εκφρασμένο άγχος	1.82 ± 1.89	1.52 ± 1.48	NS
Συνολικό άγχος	9.98 ± 5.09	5.50 ± 3.18	.000

* Mean ± standard deviation: Μέσος όρος ± Τυπική απόκλιση

** Not statistically significant: Μη στατιστικά σημαντικό

*** Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα (ξηρότητα, εξάψεις, εφίδρωση, ωχρότητα προσώπου, ίλιγγοι)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

4.5 Κλίμακα εκτίμησης κατάθλιψης των Montgomery and Asberg (M.A.D.R.S.).

Σχετικά με το επίπεδο της κατάθλιψης, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων με p=.000 και με υψηλότερη μέση τιμή αυτή της ομάδας των ασθενών. Η μέση τιμή ήταν 10.28 ± 6.96 για την ομάδα των ασθενών και 2.20 ± 3.06 για την ομάδα των υγιών μαρτύρων, ενώ υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε όλες τις υποπαραμέτρους της κλίμακας, εκτός από την αϋπνία, με υψηλότερες μέσες τιμές αυτές της ομάδας των ασθενών (πίνακας 6).

Πίνακας 6: Μέσες τιμές της κλίμακας κατάθλιψης των Montgomery and Asberg

	Ασθενείς	**Υγιείς**	**P value**
1. Εμφανής λύπη	2.38 ± 1.60*	0.32 ± 0.74*	.000
2. Εκφραζόμενη λύπη	2.26 ± 1.60	0.24 ± 0.59	.000
3. Εσωτερική ένταση	1.58 ± 0.99	0.58 ± 0.81	.000
4. Αϋπνία	0.68 ± 1.09	0.58 ± 1.21	NS**
5. Ανορεξία	0.54 ± 1.12	0.21 ± 0.56	.011
6. Δυσκολίες στη συγκέντρωση	0.34 ± 0.65	0.20 ± 0.19	.003
7. Ατονία	0.32 ± 0.71	0.10 ± 0.30	.047
8. Έλλειψη συναισθημάτων	0.22 ± 0.54	0.19 ± 0.14	.014
9. Απαισιοδοξία	1.20 ± 0.63	0.28 ± 0.45	.000
10. Ιδέες αυτοκτονίας	0.72 ± 0.49	0.16 ± 0.42	.000
Συνολική κατάθλιψη	**10.28 ± 6.96**	**2.20 ± 3.06**	**.000**

* Mean ± standard deviation: μέσος όρος ± τυπική απόκλιση

** Not statistically significant: μη στατιστικά σημαντικό

4.6. Κλίμακα εκτίμησης της αλεξιθυμίας του Sifneos (S.S.P.S.)

Από τη στατιστική επεξεργασία προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ως προς την αλεξιθυμία με p=.027. Οι μέσες τιμές ήταν 7.16 ± 1.96 για την ομάδα των ασθενών και 6.14 ± 2.59 για την ομάδα των υγιών

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

μαρτύρων (Πίνακας 7). Επίσης, έγινε σύγκριση μεταξύ των ομάδων και ως προς τις 20 επιμέρους παραμέτρους ξεχωριστά, αλλά δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά.

4.7. Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (S.T.A.I.)

Οι δύο ομάδες διέφεραν μεταξύ τους και ως προς τα αποτελέσματα της κλίμακας αυτοεκτίμησης του άγχους, με p=.007 για το παροδικό άγχος (State) και με p=.019 για το μόνιμο άγχος (Trait). Αντίστοιχα, η μέση τιμή του παροδικού άγχους (State) ήταν 36.40 ± 11.94 για την ομάδα των ασθενών και 30.82 ± 7.94 για την ομάδα των υγιών, ενώ η μέση τιμή του μόνιμου άγχους (Trait) ήταν 39.70 ± 9.73 για τους ασθενείς και 35.44 ± 8.26 για τους υγιείς (πίνακας 7).

Πίνακας 7. : Σύγκριση των ομάδων ως προς τις κλίμακες αλεξιθυμίας και αυτοεκτίμησης του άγχους

	Ασθενείς	Υγιείς	P value
Αλεξιθυμία	7.16 ± 1.96*	6.14 ± 2.59*	.027
Παροδικό άγχος (State)	36.40 ± 11.94	30.82 ± 7.94	.003
Μόνιμο άγχος (Trait)	39.70 ± 9.73	35.44 ± 8.26	.019

* Μέσος όρος ± Τυπική απόκλιση

4.8. Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας M.M.P.I.

Από την ομάδα των ασθενών με καρκίνο όρχεως (N=50) συμπλήρωσαν αξιόπιστα το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας M.M.P.I. οι 35. Από τους υπόλοιπους 15 ασθενείς, οι 6 ήταν απόφοιτοι Δημοτικού και δεν τους δόθηκε το ερωτηματολόγιο, αφού για τη συμπλήρωσή του απαιτείται τουλάχιστον 9ετής εκπαίδευση, ένας αρνήθηκε να το συμπληρώσει, ένας το συμπλήρωσε μερικώς και 7 ασθενείς το συμπλήρωσαν με αναξιόπιστο τρόπο. Όσον αφορά στην ομάδα των υγιών μαρτύρων (N=50), συμπλήρωσαν αξιόπιστα το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας οι 40. Το

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ερωτηματολόγιο δόθηκε προς συμπλήρωση και στους 50, μια και πληρούσαν το κριτήριο του μορφωτικού επιπέδου, κανείς δεν αρνήθηκε τη συμπλήρωσή του, αλλά 10 από αυτούς απάντησαν με αναξιόπιστο τρόπο. Στον πίνακα 8 περιγράφεται το κοινωνικό, μορφωτικό και επαγγελματικό προφίλ των ατόμων και των δυο ομάδων που συμπλήρωσαν αξιόπιστα το ερωτηματολόγιο.

Πίνακας 8: Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που συμπλήρωσαν αξιόπιστα το M.M.P.I.. (x^2 test)

	Ασθενείς (N=35)	Υγιείς (N=40)	P Value
Ηλικία	31.28 ± 6.47	31.00 ± 6.22	NS*
Μορφωτικό επίπεδο			·001
Αποφ. Γυμνασίου	9 (25.7%)	3 (7.5%)	
Αποφ. Λυκείου	18 (51.4%)	11 (27.5%)	
Αποφ. Ανώτερων/ τατων σχολών--	8 (22.9%)	26 (65%)	
Επαγγελματική κατάσταση			.000
Άνεργος	1 (2.9%)	-	
Αγρότης	1 (2.9%)	-	
Ιδιωτικός Υπάλληλος	15 (42.9%)	14 (35%)	
Δημόσιος Υπάλληλος	5 (14.3%)	20 (50%)	
Επιχειρηματίας	5 (14.3%)	-	
Ελεύθερος Επαγγελματίας	7 (19.8%)	-	
Φοιτητής	1 (2.9%)	6 (15%)	
Οικογενειακή κατάσταση			NS
Άγαμος	24 (68.6%)	27 (67.5 %)	
Έγγαμος	11 (31.4%)	13 (32.5%)	

*NS (not statistically significant): μη στατιστικά σημαντικό

Όσον αφορά στις μέσες τιμές των κλιμάκων αξιοπιστίας, καθώς και των

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

κλινικών κλιμάκων και των δυο ομάδων, προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την κλίμακα F (αξιοπιστία) με p=.021, την K (διόρθωση) με p=.003, την Hs (υποχονδρίαση) με p=.013, την Pa (παρανοϊκότητα) με p=.000 και την κλίμακα Ma (υπομανία) με p=.008. Στον πίνακα 9 αναφέρονται αναλυτικά οι μέσες τιμές όλων των κλιμάκων και των δυο ομάδων, καθώς και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας των αποτελεσμάτων της σύγκρισης μεταξύ τους. Επίσης, στο διάγραμμα 1 και 2 παρουσιάζονται το μέσο διάγραμμα προσωπικότητας της ομάδας των ασθενών και της ομάδας ελέγχου αντίστοιχα.

Πίνακας 9.: Αποτελέσματα του T-Test μεταξύ των δυο ομάδων για τις κλίμακες του M.M.P.I.

	Ασθενείς	Υγιείς	P value
L *(Ψεύδος)*	40.37 ± 11.19	37.15 ± 10.17	NS*
F *(Αξιοπιστία)*	56.40 ± 10.06	51.10 ± 9.42	.021
K *(Διόρθωση)*	42.48 ± 9.35	48.55 ± 7.81	.003
Hs *(Υποχονδρίαση)*	49.68 ± 11.35	43.35 ± 10.29	.013
D *(Κατάθλιψη)*	48.02 ± 9.22	46.37 ± 10.06	NS
Hy *(Υστερία)*	51.20 ± 9.36	47.00 ± 9.94	NS
Pd *(Ψυχοπαθητικότητα)*	55.00 ± 12.48	55.05 ± 11.11	NS
Mf *(Ανδροπρέπεια)*	50.28 ± 8.19	44.47 ± 12.85	NS
Pa *(Παρανοικότητα)*	58.51± 8.41	49.50 ± 10.08	.000
Pt *(Ψυχασθένεια)*	51.42 ± 11.90	52.57 ± 10.62	NS
Sc *(Σχιζοφρένεια)*	53.08 ± 14.60	51.90 ± 9.91	NS
Ma *(Υπομανία)*	59.71 ± 9.37	53.75 ± 9.44	.008
Si *(Κοινωνική ενδοστρέφεια)*	49.25 ± 7.42	45.02 ± 11.00	NS

* NS (not statistically significant): μη στατιστικά σημαντικό

4.9. Συσχετίσεις μεταξύ διαφόρων μεταβλητών

Στην ομάδα των ασθενών, έγινε έλεγχος για την ύπαρξη συσχετίσεων

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ανάμεσα στον αριθμό των δυο επιμέρους κατηγοριών των στρεσσογόνων γεγονότων, ανάλογα με το χρονικό διάστημα κατά το οποίο συνέβησαν, το συναισθηματικό τους αντίκτυπο, καθώς και το συναισθηματικό αντίκτυπο της ασθένειας και στις τιμές του άγχους (H.A.S.) (ψυχικού και σωματικού), της κατάθλιψης, του αυτοεκτιμούμενου άγχους (S.T.A.I.) και της αλεξιθυμίας, με στόχο να διερευνήσουμε κατά πόσο ο αντίκτυπος των γεγονότων αυτών, καθώς και ο αντίκτυπος της ασθένειας στη ζωή τους επηρέασαν τα επίπεδα των παραπάνω ψυχολογικών μεταβλητών. Από τον έλεγχο αυτό στατιστικά σημαντική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον αριθμό των γεγονότων που βίωσαν οι ασθενείς πριν το χρονικό πλαίσιο των 5 χρόνων (παλαιότερα γεγονότα) και στις τιμές του μόνιμου άγχους (Trait) με r=.34 και p<.05, καθώς και μεταξύ του συναισθηματικού αντίκτυπου των γεγονότων που συνέβησαν μετά την εμφάνιση της νόσου και του σωματικού άγχους (r=.31, p<.05).

Πίνακας 10. Συσχέτιση με το δείκτη του Pearson (r) μεταξύ των στρεσσογόνων γεγονότων και των ψυχολογικών εκδηλώσεων στους ασθενείς με καρκίνο όρχεως

	Άγχος	**Σωμ. Άγχος**	**Ψυχ. άγχος**	**Κατάθλ.**	**State**	**Trait**	**Αλε**
1. Γεγονότα πριν τα 5 χρ.	.12	.16	.08	.09	.04	.34*	.01
2. Αντίκτυπος γεγ. πριν τα 5 χρ.	.14	.19	.08	.13	-.07	.27	-.0
3. Γεγονότα τελευταίων 5 χρ.	-.25	-.25	-.20	-.22	-.09	.06	-.1
4. Αντίκτυπος γεγ. τελευταίων 5 χρ.	-.18	-.24	-.12	-.18	-.08	-.00	-.2
5. Γεγονότα μετά τη νόσο	.09	.20	.02	.00	.16	.13	-.0
6. Αντίκτυπος γεγ. μετά τη νόσο	.13	.31*	.02	.01	.12	.14	-.1
7. Αντίκτυπος της νόσου	-.08	-06	-.08	.07	-.11	-.18	-.1

* p< .05 ** p< .01 *** p< .001

Ο αντίστοιχος έλεγχος στην ομάδα ελέγχου δεν ανέδειξε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των παραπάνω παραμέτρων (πίνακας 11).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Πίνακας 11. Συσχέτιση με το δείκτη του Pearson (r) μεταξύ των στρεσσογόνων γεγονότων και των ψυχολογικών εκδηλώσεων στα υγιή άτομα της ομάδας ελέγχου

	Άγχος	Σωμ. άγχος	Ψυχ. άγχος	Κατάθ.	State	Trait	Αλεξιθ υμία
1. Γεγονότα πριν τα 5 χρ.	.18	.19	.16	.20	.07	.09	-.01
2. Αντίκτυπος γεγ. πριν τα 5 χρ.	.22	.25	.17	.27	.01	.00	-.11
3. Γεγονότα τελευταίων 5 χρ.	.27	.22	.19	.19	.03	-.03	-.25
4.Αντίκτυπος γεγ. τελευταίων 5 χρ.	.27	.24	.17	.17	.07	-.01	-.28

Επίσης, έγινε έλεγχος για την ύπαρξη πιθανών συσχετίσεων μεταξύ των ψυχολογικών εκδηλώσεων (άγχος, κατάθλιψη, αλεξιθυμία) και για τις δυο ομάδες. Από τα αποτελέσματα φάνηκε πως και στις δυο ομάδες υπήρξε υψηλή θετική συσχέτιση των τιμών του άγχους, όπως αυτό εκτιμήθηκε από τα ίδια τα άτομα (State και Trait) και των τιμών του άγχους, όπως εκτιμήθηκε από τον ειδικό (H.A.S), γεγονός που καθιστά πιο έγκυρες τις εκτιμήσεις του συνεντευκτή. Πιο συγκεκριμένα, για την ομάδα των ασθενών η συσχέτιση μεταξύ του άγχους (H.A.S.) και του State ήταν r=.41 και p<.01, ενώ του άγχους (H.A.S.) και του Trait ήταν r=.35 και r<.05. Για την ομάδα των υγιών, η συσχέτιση μεταξύ H.A.S. - State ήταν r=.38 και r<.01, ενώ μεταξύ H.A.S. - Trait η συσχέτιση ήταν r=.32 και p<.05.

Επίσης, προέκυψαν θετικές συσχετίσεις με υψηλή στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των τιμών του άγχους (ψυχικού και σωματικού) και των τιμών της κατάθλιψης και για τις δυο ομάδες. Αντίθετα, η αλεξιθυμία δεν φάνηκε να συσχετίζεται με καμία από τις υπόλοιπες ψυχολογικές παραμέτρους, εκτός του μόνιμου άγχους για την ομάδα των υγιών (r=.34, p=<.05). Αναλυτικά, οι προαναφερθείσες συσχετίσεις και για τις δυο ομάδες παρουσιάζονται στους πίνακες 12 και 13 αντίστοιχα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Πίνακας 12.: Συσχέτιση με το συντελεστή (r) του Pearson μεταξύ των ψυχολογικών εκδηλώσεων για την ομάδα των ασθενών

	Σωμ. άγχος	*Ψυχ. άγχος*	*Κατάθλιψη*	*State*	*Trait*	*Αλεξιθυμία*
Άγχος	.77***	.95***	.78***	.41**	.35*	.17
Σωματικό άγχος		54***	.48***	.24	.35*	.12
Ψυχικό άγχος			.81***	.43**	.32*	.17
Κατάθλιψη				35*	.33*	.15
State					.69***	.05
Trait						.04

* p< .05 ** p< .01 *** p< .001

Πίνακας 13.: Συσχέτιση με το συντελεστή (r) του Pearson μεταξύ των ψυχολογικών εκδηλώσεων για την ομάδα των υγιών

	Σωμ. άγχος	*Ψυχ. άγχος*	*Κατάθλιψη*	*State*	*Trait*	*Αλεξιθυμία*
Άγχος	.77***	.89***	.65***	.38**	.32*	.00
Σωματικό άγχος		.44**	.42***	.20	.12	.06
Ψυχικό άγχος			.66***	.34*	.30*	-.03
Κατάθλιψη				.28*	.10	-.23
State					.55***	.03
Trait						.20

* p< .05 ** p< .01 *** p< .001

Επιπλέον, όσον αφορά στην ομάδα των ασθενών, έγινε έλεγχος για την πιθανή ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του χρονικού διαστήματος που μεσολάβησε από τη

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

διάγνωση της νόσου μέχρι την ημέρα της συνέντευξης και των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης, του επιπέδου του αυτοεκτιμούμενου άγχους (παροδικού και μόνιμου) και της αλεξιθυμίας, από τον οποίο δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση που να υποδεικνύει ότι αυτό το χρονικό διάστημα επηρέασε θετικά ή αρνητικά τις τιμές του άγχους, της κατάθλιψης και της αλεξιθυμίας (Πίνακας 14).

Πίνακας 14. : Συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας της νόσου και των τιμών άγχους (H.A.S. - S.T.A.I.), κατάθλιψης και αλεξιθυμίας της ομάδας των ασθενών

	Διάρκεια νόσου	P value
Συνολικό άγχος	.04 *	NS
Σωματικό άγχος	-.03	NS
Ψυχικό άγχος	.06	NS
Συνολική κατάθλιψη	-.09	NS
State	-.06	NS
Trait	-.00	NS
Αλεξιθυμία	.08	NS

* Συντελεστής (r) συσχέτισης του Pearson

Τέλος, εφαρμόσαμε τη στατιστική δοκιμασία του Pearson (r) για τη διερεύνηση ενδεχόμενης ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ των κλιμάκων του M.M.P.I. και των επιπέδων άγχους, κατάθλιψης και αλεξιθυμίας, για να μελετήσουμε κατά πόσο η ψυχολογική κατάσταση των ατόμων και των δύο ομάδων, έτσι όπως εκφράζεται μέσα από τις εκδηλώσεις άγχους και κατάθλιψης επηρέασε τις τιμές τόσο των κλιμάκων αξιοπιστίας, όσο και των δέκα κλινικών κλιμάκων του M.M.P.I. Για την ομάδα των ασθενών, η μόνη στατιστικά σημαντική συσχέτιση που προέκυψε αφορούσε τις τιμές τους άγχους (H.A.S.) και της κλίμακας αξιοπιστίας L (ψεύδος) με $r=.52$ και $p<.01$, ενώ για την ομάδα των υγιών δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

4.10. Αποτελέσματα της Λογιστικής Παλίνδρομης Ανάλυσης

Η Λογιστική Παλίνδρομη Ανάλυση (Logistic Regression Analysis) εφαρμόστηκε για τον έλεγχο παραγόντων κινδύνου (risk factors). Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν ως προς τις μεταβλητές, που αφενός αντιστοιχούν σε μόνιμα

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων και αφετέρου παρουσίαζαν στατιστικά σημαντική διαφορά στο πρώτο επίπεδο ανάλυσης (T-test). Οι μεταβλητές αυτές ήταν: η Hs (υποχονδρίαση), η Pa (παρανοϊκότητα), η Ma (υπομανία), η αλεξιθυμία και το άγχος ως στοιχείο της προσωπικότητας των ατόμων από την κλίμακα της αυτοεκτίμησης του άγχους του C.D. Spilberger (Trait anxiety).

Από τον έλεγχο αυτό προέκυψε ότι η υπομανία (Ma) είναι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου (με odds ratio 6.242 και p<.01), ενώ οι μεταβλητές Hs (odds ratio = 5.105) και Pa (odds ratio= 3.094) είναι ουδέτεροι παράγοντες, λόγω της οριακής στατιστικής σημαντικότητας που παρουσίασαν. Αντίθετα, η αλεξιθυμία και το μόνιμο άγχος (Trait anxiety) φάνηκε ότι δεν επηρεάζουν τη συσχέτιση (πίνακας 15).

Πίνακας 15.: . Αποτελέσματα ελέγχου για την ύπαρξη παραγόντων κινδύνου

Variables	*Odds ratio*	*P value*
Hs	5.105	MS*
Pa	3.094	MS
Ma	**6.242**	**<0.01**
Alexithymia	2.312	NS**
Trait (μόνιμο άγχος)	2.080	NS

** MS (marginally significant) : οριακά σημαντικό

* NS (not statistically significant): μη στατιστικά σημαντικό

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ξεκινώντας από τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος πρέπει να επισημάνουμε ότι οι στατιστικά σημαντικές διαφορές που παρατηρήθηκαν μεταξύ των δυο ομάδων ως προς το μορφωτικό και επαγγελματικό προφίλ των ατόμων αφενός ήταν αναμενόμενες, λόγω του τρόπου συγκρότησης του δείγματος και αφετέρου δεν αποτελούν για την ερευνά μας ανεξάρτητες μεταβλητές, μια και θεωρούμε ότι οι ψυχολογικές λειτουργίες και, κατά συνέπεια, οι ψυχολογικές παράμετροι που μελετούμε δεν επηρεάζονται σύτε από το μορφωτικό σύτε από το κοινωνικό επίπεδο των ατόμων. Επίσης, ως προς την παράμετρο του τόπου διαμονής δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων που να επιβεβαιώνει τις υποθέσεις που αναφέρονται από ορισμένους ερευνητές [308] για την αυξημένη επίπτωση της νόσου του καρκίνου όρχεως σε άνδρες που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές.

Όσον αφορά στα αποτελέσματα των στατιστικών αναλύσεων των διαφόρων κλιμάκων, θα πρέπει να τονίσουμε εξαρχής ότι σε καμία από τις κλίμακες οι μέσες τιμές και των δυο ομάδων δεν ξεπέρασαν το ανώτατο όριο των φυσιολογικών τιμών.

Αναφορικά με το συνολικό αριθμό των στρεσσογόνων γεγονότων ζωής και το συνολικό συναισθηματικό τους αντίκτυπο, δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων, κάτι που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι, σε γενικές γραμμές, οι δυο ομάδες είχαν κοινά χαρακτηριστικά ως προς το επίπεδο της ποσοτικής ανάλυσης των γεγονότων ζωής και του αντίκτυπού τους. Όπως αναφέρθηκε και στο γενικό μέρος, κατά καιρούς έχει υποτεθεί [140] ότι η βίωση στρεσσογόνων γεγονότων λειτουργεί προσθετικά, με την έννοια ότι όσο αυξάνεται ο αριθμός των αγχογόνων γεγονότων που βιώνει ένα άτομο τόσο αυξάνεται και η αρνητική τους επίδραση στον ανθρώπινο οργανισμό, αφού ο συναισθηματικός αντίκτυπος κάθε νέου γεγονότος προστίθεται στην ήδη υπάρχουσα "επιβαρημένη" από προηγούμενα στρεσσογόνα ερεθίσματα κατάσταση του ατόμου. Με βάση αυτή την υπόθεση, θα έπρεπε να περιμένει κανείς ότι τα στρεσσογόνα γεγονότα που θα ανέφεραν οι ασθενείς, καθώς και ο συνολικός συναισθηματικός αντίκτυπος, που προκύπτει από την πρόσθεση των επιμέρους συναισθηματικών αντίκτυπων κάθε γεγονότος που έχει βιώσει το άτομο, θα έπρεπε και αυτός να ήταν υψηλότερος. Η υπόθεση αυτή φυσικά δεν ευσταθεί και δεν αντιστοιχεί με την υπόθεση της δικής μας

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ερευνητικής εργασίας, σύμφωνα με την οποία δεν είναι τα γεγονότα αυτά καθαυτά που διαφοροποιούν τις δυο ομάδες, αλλά οι άμεσες επιπτώσεις τους σε γνωστικό και συναισθηματικό επίπεδο, επιπτώσεις οι οποίες εκδηλώνονται μέσα από τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Κι αυτό γιατί, τα ερεθίσματα από την εξωτερική πραγματικότητα, το περιβάλλον, περνούν πρώτα μέσα από τις διεργασίες του γνωστικού πλαισίου κάθε ατόμου, ώστε να αντικατοπτρίζουν και να αντιστοιχούν σε ένα συναισθηματικό νόημα. Η συνειδητοποίηση αυτού του συναισθηματικού νοήματος είναι που έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση ή μη, ανάλογα με την ερμηνεία που έχει δοθεί, κάποιας αγχώδους ή καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Η υποκειμενική εκτίμηση του βαθμού απειλής που συνεπάγεται το στρεσσογόνο ερέθισμα για το ίδιο το άτομο, η ικανότητα πρόβλεψης, η υποκειμενική αίσθηση ελέγχου της κατάστασης, τα γενικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας κάθε ατόμου και οι στρατηγικές αντιμετώπισης που διαθέτει είναι μερικοί από τους παράγοντες που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται και ερμηνεύει ένα γεγονός. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο, το ίδιο στρεσσογόνο ερέθισμα δεν θα εκληφθεί με τον ίδιο τρόπο από διαφορετικά άτομα [132, 133].

Ως προς τα στρεσσογόνα γεγονότα, η μόνη στατιστικά σημαντική διαφορά που προέκυψε αφορούσε μια από τις χρονικές υποκατηγορίες των γεγονότων, και πιο συγκεκριμένα, το συναισθηματικό αντίκτυπο των γεγονότων που συνέβησαν τα τελευταία 5 χρόνια, όπου μάλιστα υψηλότερη μέση τιμή είχε η ομάδα των υγιών (100 ± 87.21). Η διαπίστωση αυτή αφενός ενισχύει την προαναφερθείσα υπόθεσή μας γύρω από τα στρεσσογόνα γεγονότα και αφετέρου μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι δεν ήταν κάποιο πρόσφατο στρεσσογόνο γεγονός αυτό που έδρασε ως καταλυτικός ή συντελεστικός παράγοντας για την εμφάνιση του καρκίνου, όπως έχει συχνά αναφερθεί στη βιβλιογραφία [230, 203] κάνοντας λόγο για γεγονότα απώλειας και πένθους που προηγήθηκαν μερικούς μήνες της εμφάνισης της νόσου, αφού τα υγιή άτομα ήταν αυτά που είχαν βιώσει πιο έντονα κάποιο στρεσσογόνο γεγονός την τελευταία 5ετία κι όχι οι ασθενείς. Επιπλέον, το γεγονός της υψηλότερης μέσης τιμής του συναισθηματικού αντίκτυπου των γεγονότων που συνέβησαν τα τελευταία 5 χρόνια για την ομάδα των υγιών, σε συνδυασμό με τις χαμηλότερες μέσες τιμές που παρουσίασαν στις κλίμακες του άγχους και της κατάθλιψης, όπως είδαμε στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων, μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι υγιείς έχουν στη

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

διάθεσή τους αποτελεσματικότερες στρατηγικές αντιμετώπισης των ψυχοπιεστικών καταστάσεων, γεγονός που αντικατοπτρίζεται στα χαμηλότερα επίπεδα αγχώδων ή καταθλιπτικών εκδηλώσεων.

Τέλος, όσον αφορά τα γεγονότα που συνέβησαν προ της 5 ετίας, τέθηκε ερώτηση σε όλα τα άτομα του δείγματος γύρω από την απουσία ή μη των γονέων τους (ως αποτέλεσμα θανάτου, διαζυγίου ή μετανάστευσης) κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας, θεωρώντας το ως ένα σημαντικό γεγονός για τη διαμόρφωση του ψυχισμού ενός ατόμου, το οποίο δεν είναι εύκολο να το ανακαλέσει κανείς και να το αναφέρει αυθόρμητα σε μια συνάντηση περίπου μιας ώρας. Και ως προς αυτή την παράμετρο δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων.

Συνεπώς, ο παράγοντας των στρεσσογόνων γεγονότων και του αντίκτυπού τους, είτε στη συνολική τους εκτίμηση είτε στην επιμέρους εκτίμηση, ανάλογα με τη χρονική περίοδο διαδραμάτισής τους δεν διαφοροποίησε την ομάδα των ασθενών από αυτή των υγιών. Επίσης, από τον έλεγχο που έγινε για τυχόν διαφοροποίηση των δυο ομάδων ως προς την κατανομή των γεγονότων που βίωσαν σε διάφορους τομείς της ζωής τους, δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, γεγονός που δεν μας επιτρέπει περαιτέρω σχολιασμό για την κατηγορία των γεγονότων που απασχόλησε περισσότερο την ομάδα των ασθενών. Στη βιβλιογραφία [401, 402] συναισθηματικού τύπου γεγονότα (θάνατος, απώλεια συναισθηματικής σχέσης κ.ά.) συχνά έχουν συσχετιστεί με τον τύπο προσωπικότητας C και με την εμφάνιση καρκίνου, ενώ αντίθετα, γεγονότα που σχετίζονται με τον εργασιακό τομέα (συγκρούσεις με προϊσταμένους ή υφισταμένους, αυξημένες απαιτήσεις κ.ά) έχουν συσχετιστεί με τον τύπο προσωπικότητας A και με την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων και κυρίως στεφανιαίας νόσου. Για τις ομάδες της δικής μας έρευνας, το 70% των γεγονότων που ανέφεραν οι ασθενείς και το 65% αυτών που ανέφεραν οι υγιείς αφορούσαν τη συναισθηματική τους ζωή, ενώ τα γεγονότα που αντιστοιχούσαν στον εργασιακό τομέα κάλυπταν το 12% των γεγονότων που ανέφεραν οι ασθενείς και το 7% αυτών που ανέφεραν οι υγιείς.

Αναφορικά με την κλίμακα άγχους του Hamilton (H.A.S.), οι δυο ομάδες διέφεραν με στατιστική σημαντικότητα p=.000 και με υψηλότερη μέση τιμή αυτή της ομάδας των ασθενών (9.98 ± 5.09). Επίσης, διαφοροποίηση μεταξύ των δύο ομάδων υπήρξε ως προς τις ψυχικές αγχώδεις εκδηλώσεις με p=.000, ενώ ως προς την έκφραση του άγχους σε σωματικό επίπεδο, ως συνολική μέση τιμή, δεν υπήρξε

στατιστικά σημαντική διαφορά. Παρατηρώντας τις μέσες τιμές του ψυχικού και του σωματικού άγχους για κάθε ομάδα, διαπιστώνουμε ότι για την ομάδα των ασθενών οι ψυχικές εκδηλώσεις άγχους έχουν μέση τιμή 8.16 ± 3.81 και μεγάλη διαφορά από τις σωματικές εκδηλώσεις, των οποίων η μέση τιμή είναι 1.82 ± 1.89, ενώ για την ομάδα των υγιών η μέση τιμή του ψυχικά εκφρασμένου άγχους είναι 3.92 ± 2.24 και του σωματικά εκφρασμένου 1.52 ± 1.48.

Σχετικά με την κλίμακα κατάθλιψης των Montgomery and Asberg (M.A.D.R.S.), οι δυο ομάδες διαφέρουν ως προς τη συνολική μέση τιμή με p=.000 και με υψηλότερη μέση τιμή αυτή της ομάδας των ασθενών (10.28 ± 6.96), σε σχέση με την ομάδα των υγιών που η μέση τιμή της κατάθλιψης βρίσκεται σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα (2.20 ± 3.06). Η υψηλή αυτή διαφοροποίηση ενδεχομένως είναι ενδεικτική του γεγονότος ότι οι υγιείς αντιδρούν σε στρεσσογόνες καταστάσεις εμφανίζοντας κυρίως αγχώδη συμπτωματολογία, ενώ οι ασθενείς αντιδρούν σε αντίστοιχες καταστάσεις και με καταθλιπτικές εκδηλώσεις. Βέβαια, μια υπόθεση για την υψηλότερη τιμή της κατάθλιψης των ασθενών σε σχέση με τους υγιείς μπορεί να είναι και η ανάδυση δυσάρεστων αναμνήσεων και επώδυνων συναισθημάτων που σχετίζονται με την ασθένεια, λόγω των όσων συζητήθηκαν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης και αφορούσαν είτε τη νόσο τους είτε ορισμένα ψυχοπιεστικά για τους ίδιους γεγονότα της ζωής τους. Ωστόσο, οι εκδηλώσεις άγχους και κατάθλιψης θεωρούμε ότι αποτελούν ένδειξη της δυσκολίας που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς στην επεξεργασία καταστάσεων, οι οποίες τους προκαλούν stress και οι οποίες μπορεί να προέρχονται τόσο από την εξωτερική πραγματικότητα (π.χ. στρεσσογόνα γεγονότα, ασθένεια) όσο και από την εσωτερική πραγματικότητα (π.χ. ανησυχίες, φόβοι, άγχη που δεν αντιστοιχούν σε πραγματική απειλή) [149, 150, 403].

Όσον αφορά στις υποπαραμέτρους της κλίμακας κατάθλιψης, προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε όλες, εκτός από την παράμετρο της αϋπνίας, που αποτελεί μαζί με την ανορεξία την έκφραση κατάθλιψης, μέσω σωματικών συμπτωμάτων. Τα παραπάνω αποτελέσματα στηρίζουν την υπόθεση ότι η ύπαρξη μιας σοβαρής ασθένειας με ψυχοσωματικά χαρακτηριστικά λειτουργεί και ως εκφραστής και άλλων, άλυτων στο ψυχολογικό επίπεδο, ενδοψυχικών συγκρούσεων και τραυμάτων του ατόμου, γι΄ αυτό και δεν υπήρχαν διαφορές ως προς τις συνολικές σωματικές εκδηλώσεις του άγχους και της κατάθλιψης μεταξύ της ομάδας των ασθενών και της ομάδας των υγιών. Για τους ασθενείς, η συνολική έκφραση -

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

εκφόρτιση, σε σωματικό επίπεδο, του άγχους και της κατάθλιψης, ως βασικά στοιχεία του τρόπου αντίδρασής τους σε ψυχοπιεστικές καταστάσεις γίνεται σε αυτή την περίπτωση μέσω των συμπτωμάτων της νόσου [16, 404].

Επίσης, στατιστικά σημαντικές διαφορές προέκυψαν και στην κλίμακα αυτοεκτίμησης του άγχους (S.T.A.I.) του C.D. Spielberger, με υψηλότερες μέσες τιμές για το παροδικό και το μόνιμο άγχος αυτές της ομάδας των ασθενών (State: 36.40 ± 11.94 και p=.003, Trait: 39.70 ± 9.73 και p=.019). Τα αποτελέσματα αυτά, πέρα από την ανάδειξη της συναισθηματικής κατάστασης των ασθενών, καθιστούν και πιο έγκυρες τις εκτιμήσεις του ερευνητή, μια και φάνηκε πως υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των δυο εκτιμήσεων, δηλ. των τιμών του H.A.S. (εκτίμηση του ερευνητή) και των τιμών του S.T.A.I. (αυτοεκτίμηση των ατόμων του δείγματος) και για τις δύο ομάδες. Πιο συγκεκριμένα, οι συσχετίσεις για την ομάδα των ασθενών είναι : H.A.S. - State: r=.41, p<.05 και H.A.S. - Trait : r= .35, p<.05 και για την ομάδα των υγιών οι αντίστοιχες συσχετίσεις είναι: H.A.S. - State: r=..38, p<.01 και H.A.S. - Trait : r= .32, p<.05.

Οι μέσες τιμές τόσο του παροδικού άγχους (State) όσο και του μόνιμου (Trait) και για τις δύο ομάδες της έρευνάς μας είναι σε πιο χαμηλά επίπεδα, σε σχέση με άλλες ομάδες, στις οποίες έχει δοθεί η μεταφρασμένη στην ελληνική γλώσσα κλίμακα αυτοεκτίμησης του άγχους. Ενδεικτικά, να αναφέρουμε ότι από προηγούμενες έρευνες σε δείγμα υγιών, οι τιμές ήταν για το State : 39.69 και για το Trait : 40.41 [394], σε μελαγχολικούς το State ήταν 56.59 και το Trait 59.27 [405] σε νευρωτικούς το State ήταν 55.60 και το Trait 51.23 [406], ενώ σε δείγμα σχιζοφρενών ασθενών η μέση τιμή του State ήταν 47.65 και του Trait 49.25 [407]. Πιο χαμηλές είναι οι τιμές της δικής μας βασικής ομάδας και σε σύγκριση με τιμές ασθενών άλλης μορφής καρκίνου, στους οποίους δόθηκε η πρωτότυπη (αγγλική) έκδοση του ερωτηματολογίου [408, 409].

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι, όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφία, επιβιώσαντες από καρκίνο όρχεως αναφέρουν λιγότερη ψυχολογική δυσανεξία σε σύγκριση με ομάδες ανδρών φοιτητών [354], εξωτερικών ψυχιατρικών ασθενών [354], ανδρών με μεικτές μορφές καρκίνου [349] και επιβιώσαντες από Hodgkin λέμφωμα [410]. Αυτή η διαπίστωση μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών αυτών δεν έχουν φυσικά συμπτώματα (π.χ. πόνο), έχουν καλή αποκατάσταση και επιστρέφουν στη δουλειά τους και στο στιλ ζωής που

είχαν πριν τη διάγνωση της νόσου τους. Επιπλέον, οι επιβιώσαντες από καρκίνο όρχεως, έχοντας ξεπεράσει τα σοβαρά προβλήματα υγείας που τους απασχολούσαν, θεωρούν πως κανένα πρόβλημα δεν είναι πια τόσο σημαντικό και επομένως δεν αξίζει να τους απασχολεί, με αποτέλεσμα αυτή η αλλαγή του τρόπου σκέψης να έχει άμεσο αντίκτυπο και στις εκδηλώσεις άγχους και κατάθλιψης [354]. Συνεπώς, τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης των ασθενών της δικής μας έρευνας δεν πρέπει να αποτελούν συνέπεια της νόσου τους ή της ψυχοκοινωνικής τους αποκατάστασης, αλλά να συνδέονται, όπως προαναφέραμε με τον τρόπο επεξεργασίας και αντιμετώπισης (coping strategies) στρεσσογόνων καταστάσεων.

Υπάρχουν έρευνες που έγιναν με σκοπό τη μελέτη των συνεπειών στην ψυχολογική και κοινωνική κατάσταση ασθενών που πάσχουν από καρκίνο όρχεως και οι οποίες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι, παρόλο που ένα μικρό ποσοστό αυτών των ασθενών παρουσιάζει σχετικά υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης για αρκετό διάστημα μετά τη διάγνωση της νόσου, η συνολική στάση απέναντι στη ζωή τους είναι θετική [360], ενώ έρευνες που συνέκριναν ασθενείς με καρκίνο όρχεως και ασθενείς με Hodgkin ως προς την ψυχολογική τους κατάσταση, κατέληξαν στο ότι οι ασθενείς με καρκίνο όρχεως είναι σε καλύτερη ψυχολογική κατάσταση και οι όποιες συνέπειες της νόσου τους είναι εξειδικευμένες και σχετίζονται άμεσα με το όργανο που έχει προσβληθεί (π.χ. σεξουαλικές δυσλειτουργίες). Αντίθετα, οι συνέπειες στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών με Hodgkin είναι γενικευμένες και σχετίζονται τόσο με το στάδιο της νόσου τους όσο και με τη θεραπεία τους. Ωστόσο, οι Kaasa S. και συν. [352], συγκρίνοντας ασθενείς με καρκίνο όρχεως και υγιείς μάρτυρες ως προς την ψυχοκοινωνική τους ευεξία κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με κακοήθεια έχουν μεγαλύτερες διακυμάνσεις στη διάθεση και στο συναίσθημα από το γενικό πληθυσμό, αφού αισθάνονται περισσότερο ικανοποιημένοι από τη ζωή τους σε σχέση με τους υγιείς, αλλά συνήθως έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης απ' ότι ο γενικός πληθυσμός.

Όσον αφορά στην κλίμακα της αλεξιθυμίας του Σιφναίου, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων με $p=.027$ και υψηλότερη τιμή εκείνη της ομάδας των ασθενών (7.16 ± 1.96), τιμή όμως που δεν υπερβαίνει το όριο της τιμής 10, άνω της οποίας μπορεί να χαρακτηριστεί κάποιος ως ΄΄αλεξιθυμικός΄΄. Ωστόσο, αποτελεί σαφή κλινική παρατήρηση πως οι ασθενείς είχαν χαρακτηριστικά ΄΄αλεξιθυμικού΄΄ ατόμου, όπως αυτά έχουν περιγραφεί, έστω κι αν η παρούσα

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

κλίμακα εκτίμησης της αλεξιθυμίας δεν κατάφερε να τα αναδείξει στο βαθμό, με τον οποίο έγιναν αντιληπτά από τους υπεύθυνους της έρευνας. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, η πλειονότητα των ασθενών αντιμετώπιζε μεγάλη δυσκολία στην αναγνώριση του συναισθηματικού αντίκτυπου που είχαν τα ψυχοπιεστικά γεγονότα στη ζωή τους και στους ίδιους, καθώς και στον προσδιορισμό αυτού του αντίκτυπου με κάποια τιμή, σαν να χρειαζόταν για πρώτη φορά στη ζωή τους να σκεφτούν γι' αυτά τα γεγονότα. Αντίθετα, οι υγιείς μπορούσαν πιο εύκολα να αναφερθούν στα στρεσσογόνα γεγονότα, να εκφραστούν συναισθηματικά γύρω από αυτά και να εκτιμήσουν τον αντίκτυπό τους, προσδίδοντάς τους με ευκολία μια ενδεικτική τιμή. Αυτή η δυσκολία που αντιμετώπιζαν οι ασθενείς αποτελεί αναμφισβήτητα μια από τις ενδείξεις που εκτιμήθηκαν κλινικά για την αναγνώριση αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών.

Από τον έλεγχο που έγινε για την ύπαρξη συσχετίσεων ανάμεσα στο άγχος (H.A.S. και S.T.A.I.) και την κατάθλιψη και στην αλεξιθυμία, με σκοπό να ελέγξουμε κατά πόσο οι τιμές του άγχους και της κατάθλιψης επηρεάζουν και τις τιμές της αλεξιθυμίας δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις σε καμία από τις δύο ομάδες. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να αποτελεί ένδειξη ότι η ύπαρξη αλεξιθυμίας είναι χαρακτηριστικό της προσωπικότητας κι όχι ένας μηχανισμός άμυνας σε στρεσσογόνες καταστάσεις, γι' αυτό και δεν "συμπαρασύρεται" από τις όποιες αγχώδεις ή καταθλιπτικές εκδηλώσεις, συνέπεια μη ικανοποιητικής επεξεργασίας ψυχοπιεστικών καταστάσεων.

Από τον έλεγχο που έγινε στην ομάδα των ασθενών για την ύπαρξη συσχετίσεων ανάμεσα στα γεγονότα των επιμέρους κατηγοριών και τον συναισθηματικό τους αντίκτυπο, καθώς και τον αντίκτυπο της ασθένειας και στις τιμές του άγχους (H.A.S.), ψυχικού και σωματικού, της κατάθλιψης, του αυτοεκτιμούμενου άγχους (S.T.A.I.) και της αλεξιθυμίας, με σκοπό να διερευνήσουμε κατά πόσο ο αντίκτυπος αυτών των γεγονότων, αλλά και της ασθένειας μπορεί να επηρέασαν τα επίπεδα των παραπάνω ψυχολογικών μεταβλητών παρατηρήθηκε μόνο μια συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των γεγονότων που βίωσαν οι ασθενείς πριν το χρονικό πλαίσιο των 5 χρόνων και του μόνιμου άγχους ($r=.34$, $p<.05$). Ο αντίστοιχος έλεγχος στην ομάδα ελέγχου δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

Τα αποτελέσματα αυτά μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι τα γεγονότα που

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

συνέβησαν στη ζωή των ασθενών πριν το χρονικό πλαίσιο της 5ετίας (παλαιότερα γεγονότα) είχαν μια θετική συσχέτιση (όσο αυξάνεται ο αριθμός των στρεσσογόνων γεγονότων, τόσο αυξάνεται το μόνιμο άγχος) με το μόνιμο άγχος, δηλ. με την ένταση που νιώθει το άτομο ως μόνιμη κατάσταση ή με την "ετοιμότητά" του να εκδηλώνει άγχος, όταν αντιμετωπίζει απειλητικές καταστάσεις. Αυτή η "ετοιμότητα" φαίνεται πως αποτελεί χαρακτηριστικό της προσωπικότητας των ασθενών και είναι ενδεικτική ενός "μπλοκαρίσματος" των ψυχολογικών λειτουργιών στο να διαπραγματευτούν στρεσσογόνα ερεθίσματα, καθώς και της μη ικανότητας διαπραγμάτευσης άλυτων ψυχολογικών συγκρούσεων. Αντίθετα, τα επίπεδα της κατάθλιψης (M.A.D.R.S.) και του άγχους, έτσι όπως εκτιμήθηκε από τον ερευνητή (H.A.S.), δε συσχετίζονται με την αριθμητική - ποσοτική διάσταση των στρεσσογόνων γεγονότων και τον αντίκτυπό τους, όπως επίσης το γεγονός της ασθένειας και ο αντίκτυπός της δε συσχετίζεται με καμία από τις προαναφερθείσες ψυχολογικές παραμέτρους. Συνεπώς, οι υψηλότερες μέσες τιμές της ομάδας των ασθενών, σε σχέση με την ομάδα των υγιών ως προς το άγχος, την κατάθλιψη και την αλεξιθυμία δεν είναι άμεσο αποτέλεσμα των στρεσσογόνων γεγονότων ή της ασθένειας, αλλά απόρροια των γνωστικών και ψυχολογικών διεργασιών και πιο συγκεκριμένα, της δυσκολίας αυτών των ατόμων να διαπραγματευτούν με ψυχολογικούς όρους και να κατανοήσουν σε συναισθηματικό επίπεδο τις οποιεσδήποτε καταστάσεις ή γεγονότα τους προκαλούν stress, έτσι ώστε να τα αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά, αντιδράσεις που πιθανά να αντιστοιχούν στη βίωση αισθημάτων απελπισίας ή αβοήθητου στο ξεπέρασμα των αγχογόνων ερεθισμάτων. Επιπλέον, αξίζει να σημειώσουμε ότι το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε μεταξύ της διάγνωσης της νόσου και της ημέρας της συνέντευξης ήταν 2.8 χρόνια περίπου, γεγονός που σημαίνει αφενός ότι τα άτομα δεν βρίσκονταν σε κατάσταση κρίσης (π.χ. πρόσφατη διάγνωση της ασθένειας, έναρξη θεραπείας, παρενέργειες κ.ά), που θα αναδείκνυε ενδεχομένως μια ψυχολογική ανισορροπία του ατόμου και αφετέρου ότι το χρονικό πλαίσιο των 2.8 χρόνων αποτελεί ένα ικανοποιητικό χρονικό διάστημα, κατά το οποίο έχουν υιοθετηθεί και εδραιωθεί οι συγκεκριμένες στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσσογόνων καταστάσεων που διαθέτει το κάθε άτομο.

Αντίθετα, τα άτομα της ομάδας των υγιών, παρόλο που αναφέρουν ότι πρόσφατα έζησαν κάποιο / α έντονα στρεσσογόνα γεγονότα, τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψής τους βρίσκονται σε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

από αυτά της ομάδας των ασθενών, γεγονός που, όπως προαναφέραμε, είναι ενδεικτικό της ικανότητάς τους να επεξεργάζονται σε συναισθηματικό επίπεδο τις δύσκολες ή απαιτητικές γι' αυτούς καταστάσεις, με αποτέλεσμα την περιορισμένη εμφάνιση αντίστοιχης αγχώδους ή καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Όσον αφορά στην ομάδα των ασθενών, έγινε επίσης έλεγχος για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του χρονικού διαστήματος που μεσολάβησε από την ημέρα της διάγνωσης της νόσου μέχρι την ημέρα της συνέντευξης και των αγχογόνων γεγονότων που συνέβησαν σ' αυτό το χρονικό διάστημα και των επιπέδων άγχους (ψυχικού και σωματικού) (H.A.S.), αυτοεκτιμούμενου παροδικού και μόνιμου άγχους (S.T.A.I.), κατάθλιψης και αλεξιθυμίας. Από τον έλεγχο αυτό δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση που να υποδεικνύει ότι η διάρκεια του συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος ή τα γεγονότα που συνέβησαν στα χρονικά αυτά πλαίσια επηρέασαν θετικά ή αρνητικά τις εκδηλώσεις άγχους και κατάθλιψης.

- ***Συζήτηση αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου προσωπικότητας M.M.P.I.***

Σχετικά με τα αποτελέσματα του M.M.P.I., οι στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν, όπως προαναφέραμε, στις κλίμακες αξιοπιστίας F (p=.021) και K (p=.003), καθώς και στις κλινικές κλίμακες Hs (p=.013), Pa (p= .000) και Ma (p=.008). Η στατιστικά σημαντική διαφορά στην **κλίμακα F (αξιοπιστία)**, με υψηλότερη μέση τιμή αυτή της ομάδας των ασθενών (56.40 ± 10.06) σημαίνει ότι οι ασθενείς για κάποιο λόγο προσπάθησαν να παρουσιάσουν τον εαυτό τους με πιο δυσμενή εικόνα. Η παραποίηση των απαντήσεων δε θεωρούμε ότι έγινε σκόπιμα, μια και πολλές από τις κλινικές κλίμακες έχουν τιμή γύρω στο 50, ούτε ότι οφείλεται σε μη κατανόηση των ερωτήσεων, μια και όλοι όσοι απάντησαν το ερωτηματολόγιο πληρούσαν το κριτήριο του μορφωτικού επιπέδου. Εξάλλου, στην πεποίθηση ότι η αλλοίωση δεν έγινε σκόπιμα συνηγορεί και το γεγονός ότι η μέση τιμή της F δεν είναι πάνω από 70, κάτι που θα καταδείκνυε γενικότερη αναξιοπιστία. Το πιθανότερο είναι ότι, παρουσιάζοντας τον εαυτό τους με δυσμενή τρόπο, οι ασθενείς έβγαζαν συγκαλυμμένα μια "κραυγή" για βοήθεια. Πιθανά η στάση τους αυτή να προκύπτει από τη μεγιστοποίηση ορισμένων προβλημάτων τους, η οποία μπορεί να αντιπροσωπεύει μια οξεία περίοδο, μια περίοδο αλλαγών ή αναταραχών και / ή από την υπερδραματοποίηση ορισμένων προβλημάτων από ναρκισσιστικά,

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΛΑΡΙΣΑΣ

συναισθηματικά ανασφαλή άτομα, που προσδοκούν άμεση προσοχή [411, 412].

Επίσης, η στατιστικώς σημαντική διαφορά που προκύπτει για την **κλίμακα K (διόρθωση)**, με υψηλότερη την τιμή που παρουσιάζει η ομάδα των υγιών (48.55 ± 7.81) φανερώνει πως τα άτομα αυτά είναι ικανά να αντιμετωπίζουν καθημερινά προβλήματα. Αντίθετα, η μέση τιμή της ομάδας των ασθενών στην κλίμακα K (42.48 ± 9.35) είναι αρκετά χαμηλή (<45) και καταδεικνύει πως τα άτομα αυτά έχουν σχετικά αδύναμες κι ευάλωτες άμυνες, αυτοκριτικάρονται και, ως ένα βαθμό, δυσκολεύονται να διαπραγματευτούν καθημερινά προβλήματα.

Σχετικά με τις βασικές κλινικές κλίμακες, στην **κλίμακα Hs (υποχονδρίαση)** η ομάδα των ασθενών είχε τη μεγαλύτερη τιμή (49.68 ± 11.35), όπως ήταν αναμενόμενο, μια και συνήθως οι ασθενείς με οργανική παθολογία παρουσιάζουν σχετικά υψηλότερες τιμές Hs από τα φυσιολογικά άτομα, λόγω της συχνότερης ενασχόλησής τους με τις σωματικές λειτουργίες, αν και η κλίμακα διαχωρίζει την οργανική αρρώστια από την υποχονδρία (Μάνος Ν., 1982). Ωστόσο, αν εξετάσουμε από μόνη της την τιμή της Hs, επειδή δεν είναι ιδιαίτερα ανυψωμένη (δηλ. πάνω από 60-70), μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι τιμές αυτού του επιπέδου στην κλίμακα Hs είναι πιθανό να προέρχονται από άτομα που νοιάζονται για τα σωματικά τους ενοχλήματα, αλλά δεν το παραδέχονται και παρουσιάζουν τον εαυτό τους ως αυτάρκη και ανεξάρτητο [411, 412].

Αναφορικά με την **κλίμακα Pa (παρανοϊκότητα)**, όπου η διαφορά των τιμών μεταξύ των δυο ομάδων είναι περίπου 10 μονάδες σε T scores, με υψηλότερη τη μέση τιμή της ομάδας των ασθενών (58.51 ± 8.41), προκύπτει ότι τα άτομα αυτά έχουν έναν "παρανοειδή" προσανατολισμό απέναντι στη ζωή, γεγονός που σημαίνει ότι είναι δύσπιστοι και καχύποπτοι για την κρίση και τα συναισθήματα των άλλων απέναντί τους. Είναι άτομα πολύ ευαίσθητα και θεωρούν ότι το περιβάλλον τους δεν είναι καθόλου υποστηρικτικό, αλλά αντίθετα απαιτητικό, πράγμα που τους κάνει να νιώθουν θυμό και μνησικακία, την οποία προτιμούν να την επεξεργάζονται στη σκέψη τους παρά να την εκδηλώσουν, γι' αυτό και χαρακτηρίζονται από τους άλλους ως άτομα "στενάχωρα".

Τέλος, σχετικά με την **κλίμακα Ma (υπομανία)**, στην οποία επίσης υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων, με υψηλότερη τη μέση τιμή της ομάδας των ασθενών (59.71 ± 9.37) φαίνεται πως οι ασθενείς βιώνουν συναισθήματα απογοήτευσης και έλλειψη ικανοποίησης γύρω από ότι συμβαίνει στη

ζωή τους, γεγονός που τους κάνει να νιώθουν άγχος, ένταση, νευρικότητα, υπερδιέγερση και ανησυχία. Επίσης, είναι πιθανό να υπάρχουν και περιοδικά διαστήματα κατάθλιψης στη ζωή τους, που προκύπτουν από την αίσθηση δυσαρέσκειας και απογοήτευσης από τους άλλους, κατά τη διάρκεια των οποίων αντιδρούν με απόσυρση και απομόνωση.

Ορισμένες γενικές πληροφορίες για το γενικό προφίλ του δείγματος προκύπτουν από κάποιους εξειδικευμένους δείκτες, όπως του Goldberg, που ουσιαστικά δείχνει μ΄ έναν αριθμητικό τρόπο αν τα άτομα εμφανίζουν νευρωσική ή ψυχωσική συμπεριφορά. Πιο συγκεκριμένα, ο γενικός τύπος του Goldberg είναι:

Goldberg Index (σε T scores): (L + Κλιμ. 6 + Κλιμ. 8) - (Κλιμ. 3 + Κλιμ. 7)

Όπου : (L + 6 + 8) = X

Όπου : (3 + 7)=Ψ

border line

νευρωσικός < 50-55 < ψυχωσικός

X - Ψ

Για το μέσο διάγραμμα της ομάδας με *καρκίνο όρχεως* ο τύπος παίρνει την εξής μορφή:

X - Ψ = (L + 6 + 8) - (3 + 7) = (40 + 54 + 53) – (51 + 51)= 147-102= 45

Για το μέσο διάγραμμα της ομάδας των *υγιών μαρτύρων* ο τύπος του Goldberg παίρνει την παρακάτω μορφή:

X - Ψ = (L + 6 + 8) - (3 + 7) = (37 + 49 + 52) – (47 + 52)= 138-99 = 39

Σύμφωνα, λοιπόν με τον δείκτη Goldberg (Goldberg Index) θα μπορούσαμε να πούμε ότι τόσο η βασική ομάδα όσο και η ομάδα ελέγχου ανήκουν στη γενική κατηγορία των νευρωσικών, αφού και οι δυο ομάδες παρουσιάζουν τιμές κάτω του 50 [411].

Ωστόσο, πέρα από αυτό το γενικό δείκτη και τη μεμονωμένη αδρή αναφορά στις κλίμακες που παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές και η οποία προσεγγίζεται με ευρύτητα και ευελιξία, μια και αντικατοπτρίζει με τρόπο

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

αποσπασματικό επιμέρους χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, είναι ουσιαστικής σημασίας η ανάλυση και ο σχολιασμός του συνολικού προφίλ που προέκυψε από το διάγραμμα της κάθε ομάδας, θεωρώντας ότι με αυτό τον τρόπο μπορεί να έχει κανείς μια πιο ολοκληρωμένη θεώρηση της προσωπικότητας, ως ένα σύνολο αλληλοσχετιζόμενων χαρακτηριστικών.

Το προφίλ που προκύπτει από τις μέσες τιμές και των δυο ομάδων είναι φυσιολογικό, αφού καμία από τις κλίμακες δεν παρουσιάζει τιμή πάνω από 70. Στα συγκεκριμένα διαγράμματα των μέσων τιμών που προέκυψαν τόσο για την ομάδα των ασθενών όσο και για την ομάδα των μαρτύρων (διάγραμμα 1&2), περαιτέρω ανάλυση με τους κώδικες δυο ανυψώσεων είναι μεν δυνατή, αλλά με τρόπο ευρύ και ευέλικτο, γιατί βασική προϋπόθεση γι' αυτού του τύπου την ανάλυση, αποτελεί η τιμή των κλιμάκων να είναι πάνω από 70 (T>70). Ωστόσο, μπορούμε να κάνουμε μια γενική, διακριτική περιγραφή των προφίλ, με βάση τους κώδικες δυο ανυψώσεων, χωρίς να εμμένουμε σε λεπτομέρειες και επιμέρους χαρακτηριστικά, στα οποία θα μπορούσαμε να αναφερθούμε με μεγαλύτερη ασφάλεια, αν οι τιμές των κλιμάκων που στοιχειοθετούν τους κώδικες ήταν σαφώς πάνω από 70. Στα προφίλ χωρίς ιδιαίτερες ανυψώσεις (normal range profiles), δίνεται μεγάλη έμφαση στην περιγραφή του στυλ ζωής των ατόμων και η πληρέστερη ερμηνεία τους βασίζεται στο συνυπολογισμό περισσοτέρων της μιας κλίμακας, η οποία δεν είναι δυνατό να προσφέρει παρά μόνο ελάχιστες πληροφορίες στον κλινικό.

Με τη μέθοδο Hathaway (1947), η κωδικοποίηση του διαγράμματος για τις δύο ομάδες είναι :

Ομάδα Ca όρχεως: 9 6 4 - 2 0 X 4 : 9 : 10

Ομάδα Υγιών : 4 9 7 - 5 0 X 3 : 7 : 12

Με βάση την κωδικοποίηση αυτή μπορούμε να συγκρίνουμε ταχύτατα 2 διαγράμματα και ως προς τη σειρά των κλιμάκων και ως προς τις απόλυτες τιμές των ανυψώσεών τους, καθώς επίσης μπορούμε να ταξινομούμε ή να συγκρίνουμε διαγράμματα ως προς έναν, δυο ή οποιοδήποτε συνδυασμό κωδικών αριθμών επιθυμούμε.

Οι κώδικες 2 αριθμών [413, 414] προκύπτουν από τις δυο πιο ανυψωμένες κλίμακες. Για την ομάδα των ασθενών ο κώδικας είναι *9.6*, ενώ για την ομάδα των μαρτύρων ο κώδικας είναι *4.9*.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Ομάδα ασθενών: Κώδικας 9.6.

Τα άτομα που παρουσιάζουν αυτόν τον κώδικα περιγράφονται ως εξαρτημένα, με έντονη ανάγκη για στοργή. Είναι ευάλωτα σε πραγματικό ή φανταστικό κίνδυνο και νιώθουν άγχος τον περισσότερο καιρό. Υπεραντιδρούν στο παραμικρό άγχος, στο οποίο και απαντούν με απόσυρση στη φαντασία. Τα άτομα αυτά δεν μπορούν να εκφράσουν τα συναισθήματά τους με προσαρμοσμένο, διαμορφωμένο τρόπο και μπορεί να εναλλάσσονται μεταξύ υπερελέγχου και άμεσων, μη ελεγχόμενων συγκινησιακών εκρήξεων. Οι αντιδράσεις τους μπορεί να περιλαμβάνουν αμηχανία, καθώς επίσης, ορισμένες φορές, είναι πιθανό να παρουσιάζουν δυσκολίες στη συγκέντρωση και τη σκέψη. Είναι ευαίσθητοι στην κριτική των άλλων και γίνονται καχύποπτοι και δύσπιστοι για τα συναισθήματα των άλλων απέναντί τους. Επίσης, τα άτομα αυτά μπορεί να προβάλλουν υπαιτιότητα στους άλλους, αλλά το ίδιο εύκολα μπορεί να την ενδοβάλλουν [381, 412].

Ομάδα μαρτύρων: Κώδικας 4.9.

Τα άτομα που ανήκουν στην κατηγορία αυτού του κώδικα 2 ανυψώσεων, παρουσιάζουν μια σχετική έλλειψη σεβασμού για τις κοινωνικές σταθερές και αξίες. Είναι πιθανό κάποιες φορές να εκδηλώσουν αντικοινωνική συμπεριφορά, ενώ οι ηθικές τους αξίες είναι κυμαινόμενες, με φτωχά αναπτυγμένη συνείδηση. Πρόκειται για άτομα που γενικά περιγράφονται ως ατομιστές και ναρκισσιστές.

Σε περίπτωση αποτυχίας, χρησιμοποιούν μηχανισμούς εκλογικεύσεων, κατηγορώντας τους άλλους για τις δυσκολίες που προκύπτουν, ενώ αδυνατούν να μάθουν από την πείρα. Τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται επίσης ως παρορμητικά, φιλόδοξα, ενεργητικά, ανήσυχα, που αναζητούν έντονες συγκινήσεις. Δουλεύουν σκληρά, διοχετεύοντας την ενέργειά τους, αλλά ορισμένες φορές έχουν μια αδυναμία πραγματοποίησης μακροπρόθεσμων στόχων. Άτομα με εξωστρέφεια, ομιλητικότητα, που δημιουργούν καλές πρώτες εντυπώσεις. Συχνά, δυσκολεύονται να συνάψουν βαθιές συναισθηματικές σχέσεις και μένουν στις επιφανειακές σχέσεις, κρατώντας τους άλλους σε συναισθηματική απόσταση. Η στάση τους αυτή είναι απόρροια της ανασφάλειας που νιώθουν οι ίδιοι στην πραγματικότητα, κάτω από την πρόσοψη της εμπιστοσύνης στον εαυτό τους.

Το προφίλ αυτό συνδέεται στενά με τη νεαρή ηλικία και την

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

επαναστατικότητά της και παρουσιάζεται συχνά σε εφήβους και φυσιολογικούς ενήλικες [411].

Η παραπάνω περιγραφή των ασθενών παρατηρούμε ότι αντιστοιχεί σε πολλά από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ασθενών με καρκίνο όρχεως, έτσι όπως έχει περιγραφεί στη βιβλιογραφία. Αν και είναι ελάχιστες οι μελέτες που υπάρχουν στη διεθνή βιβλιογραφία και αναφέρονται στο γενικό ψυχολογικό προφίλ των ασθενών με καρκίνο όρχεως, ωστόσο, περιγράφουν τα άτομα αυτά ως αγχώδη και τα οποία ορισμένες φορές εκδηλώνουν μια ενοχλητική συμπεριφορά απέναντι στους άλλους, συμπεριφορά η οποία μπορεί να θεωρηθεί ως ένας επιτυχής μηχανισμός άμυνας [384]. Επίσης, από τα αποτελέσματα έρευνας στην οποία δόθηκαν προβολικά τεστ όπως το Rorshach και το Τ.Α.Τ. σε ασθενείς με καρκίνο όρχεως προέκυψε πως τα άτομα αυτά είναι κοινωνικά ενδοστρεφή και χρησιμοποιούν συνήθως τους μηχανισμούς της άρνησης και της απώθησης για την αντιμετώπιση στρεσσογόνων καταστάσεων [385]. Αντίστοιχα, από την ανάλυση του προφίλ του κώδικα 9.6 για την ομάδα των ασθενών προκύπτει πως τα άτομα αυτά βιώνουν άγχος το περισσότερο καιρό και υπεραντιδρούν στο παραμικρό αγχογόνο ερέθισμα. Η μη διαμορφωμένη έκφραση των συναισθημάτων τους και η εναλλαγή μεταξύ υπερελέγχου και μη ελεγχόμενων συγκινησιακών εκρήξεων, πιθανά αντιστοιχεί σε αυτό που άλλοι ερευνητές [384] χαρακτήρισαν ως "ενοχλητική συμπεριφορά" (annoying behavior). Το στοιχείο της παρανοϊκότητας σε συνδυασμό με το στοιχείο της υπομανίας είναι αυτό που κάνει τα άτομα να νιώθουν ευάλωτα σε πραγματικό ή φανταστικό κίνδυνο και να υπεραντιδρούν στο παραμικρό στρεσσογόνο ερέθισμα, με δυσκολίες στη συγκέντρωση και τη σκέψη, παρατήρηση που αντιστοιχεί με την υπόθεσή μας ότι τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν δυσκολία στην επεξεργασία με ψυχολογικούς όρους των ποικίλων ψυχοπιεστικών καταστάσεων που αναφέρονται είτε στην εξωτερική πραγματικότητα (π.χ. στρεσσογόνα γεγονότα) είτε στην εσωτερική τους πραγματικότητα (π.χ άγχη, ανησυχίες που δεν αντιστοιχούν σε κάποια πραγματική απειλητική ή απαιτητική κατάσταση), γεγονός που γίνεται εμφανές από τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψη ς που εκδηλώνουν.

Όσον αφορά στις κλίμακες της παρανοικότητας (Pa), της υπομανίας (Ma) και της υποχονδρίασης (Hy) αποτελέσματα κι άλλων ερευνών ανέδειξαν υψηλές τιμές στις κλίμακες αυτές ασθενών με καρκίνο μαστού σε σύγκριση με υγιείς γυναίκες

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

[415], ενώ έρευνα σε άνδρες που αργότερα εμφάνισαν καρκίνο παχέως εντέρου ανέδειξε την κλίμακα της παρανοικότητας ως παράγοντα κινδύνου, παρατηρώντας ότι όσοι είχαν υψηλές τιμές στην κλίμακα της Pa και έντονες φοβίες είχαν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο παχέως εντέρου [416].

Πέρα από το σχολιασμό των κλιμάκων στις οποίες παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων, είναι σημαντικό να αναφερθούμε και στη μέση τιμή της **κλίμακας της κατάθλιψης (D)** του M.M.P.I., στην οποία δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων. Η μέση τιμή στην κλίμακα D, τόσο της ομάδας των ασθενών όσο και της ομάδας των υγιών ήταν 48.02 ± 9.22 και 46.37 ± 10.06 αντίστοιχα, τιμές (40-50) που συνήθως παρουσιάζουν τα νεαρά άτομα, μια και η κλίμακα συσχετίζεται με την ηλικία. Τα άτομα με τιμές στην κλίμακα D αυτού του επιπέδου περιγράφονται ως προσεκτικά, έξυπνα και ευδιάθετα. Ανάλογες έρευνες [417] που έγιναν για την εκτίμηση της προσωπικότητας σε δείγμα ανδρών ασθενών με ποικίλες μορφές καρκίνου, χρησιμοποιώντας ως εργαλείο το M.M.P.I., παρατήρησαν πολύ χαμηλότερες τιμές στην κλίμακα της κατάθλιψης (D) και της καταστολής - απώθησης / ευαισθητοποίησης, σε σχέση με τα αποτελέσματα ερευνών που έγιναν σε γυναίκες ασθενείς με καρκίνο μαστού ή ωοθηκών [154, 197]. Ίσως, η διαφοροποίηση αυτή να σχετίζεται με το φύλο και την ηλικία. Ωστόσο, αξίζει να σημειώσουμε ότι η κλίμακα D είναι η πιο ευαίσθητη στις "συγκυρίες", αποτελεί δηλαδή, έναν αξιόπιστο δείκτη του τι συμβαίνει στη ζωή του ατόμου κατά το πρόσφατο χρονικό διάστημα, καθώς και ότι μετράει το βάθος του κλινικού συμπτώματος ή του συμπλέγματος των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, η οποία μπορεί να αποτελεί το κυρίαρχο πρόβλημα του ατόμου ή μπορεί να συνοδεύει ή να είναι το αποτέλεσμα άλλων προβλημάτων της προσωπικότητας. Με βάση όλα τα παραπάνω, για τους ασθενείς της δικής μας βασικής ομάδας δεν φαίνεται να υφίσταται λόγος για υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της κατάθλιψης.

Επιπλέον, μια υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα αυτή δείχνει αίσθημα αναξιότητας και ανικανότητα του ατόμου να δει το μέλλον με φυσιολογική αισιοδοξία. Όμως, σε ορισμένες περιπτώσεις η κατάθλιψη μπορεί να μη γίνει εμφανής από τη συγκεκριμένη κλίμακα του M.M.P.I. κι αυτό συμβαίνει στην περίπτωση της λανθάνουσας κατάθλιψης (depression masquee), της "γελαστής" κατάθλιψης όπως ονομάζεται (το άτομο αναφέρει: "νιώθω χάλια, αλλά δεν ξέρω γιατί νιώθω χάλια), η οποία δεν είναι οργανωμένη και μπορεί να αναδυθεί κλινικά μόνο με

καλή γνώση της προσωπικότητας του ατόμου και του τρόπου με τον οποίο σκέφτεται. Ωστόσο, ακόμη και έρευνες [19] στις οποίες εξειδικευμένοι σε θέματα ψυχοσωματικής ερευνητές συνέλεξαν πλούσιο κλινικό υλικό, με σκοπό να ταυτοποιήσουν παράγοντες κινδύνου για καρκίνο μαστού, δεν κατέληξαν στην αναγνώριση της κατάθλιψης ως παράγοντα κινδύνου, επισημαίνοντας ότι η κατάθλιψη είναι ένα στοιχείο της προσωπικότητας δύσκολο να προσδιοριστεί. Τόνισαν επίσης ότι δεν είναι βέβαιο πως οι σταθμισμένες ψυχομετρικές εκτιμήσεις επιτυγχάνουν πραγματικά μια διαφοροποίηση μεταξύ των ποικίλων τύπων της κατάθλιψης, έτσι όπως περιγράφεται από τους ψυχιάτρους.

Επίσης, όπως αναφέρθηκε στο γενικό μέρος, ορισμένοι ψυχαναλυτές [16] συσχέτισαν την *υστερία*, ως μια αντίδραση μετατρεπτικού τύπου, με τον καρκίνο και επεσήμαναν ότι σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να συνυπάρχουν υστερικά στοιχεία στους ασθενείς που εμφανίζουν καρκίνο. Προς αυτή την κατεύθυνση κινήθηκαν και πολλές ερευνητικές προσπάθειες που είχαν ως στόχο να περιγράψουν το ψυχολογικό προφίλ των ασθενών με καρκίνο, χρησιμοποιώντας το υλικό που προέκυπτε είτε από ερωτηματολόγια προσωπικότητας (π.χ. M.M.P.I.) είτε από κλινικές παρατηρήσεις και εκτιμήσεις από εξειδικευμένους σε θέματα ψυχοσωματικής κλινικούς ερευνητές. Πολλές από αυτές τις έρευνες [381] κατέληξαν στη διαμόρφωση ενός προφίλ προσωπικότητας για τους ασθενείς που εμφανίζουν κάποια ψυχοσωματική ασθένεια, προφίλ το οποίο, με βάση την κωδικοποίηση 3 αριθμών των κλιμάκων του M.M.P.I. (1.3.2), συμπεριλάμβανε στις τρεις πιο ανυψωμένες κλίμακες την υστερία (Hy), την υποχονδρίαση (Hs) και την κατάθλιψη (D). Ο κώδικας αυτός περιγράφει άτομα που χαρακτηρίζονται ως ανώριμα, ανασφαλή, με έντονη ανάγκη εξάρτησης, που προτιμούν τις ιατρικές ερμηνείες στα συμπτώματά τους, ενώ αντιστέκονται στις ψυχολογικές και χρησιμοποιούν τους μηχανισμούς της άρνησης και της εκλογίκευσης για την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων. Έρευνα που έγινε από το Ινστιτούτο Ψυχοσωματικής του Παρισιού με σκοπό να αναγνωρίσει παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου μαστού, μέσα από πολύ εξειδικευμένες ψυχοσωματικές εκτιμήσεις, κατέληξε ότι μεταξύ των παραγόντων κινδύνου ήταν η υπερβολική αυτοεκτίμηση (RR=10.0, p=0.02), η υστερική διάθεση (RR=7.5, p=.002) και κάποιο άλυτο πρόσφατο πένθος (RR=8.2, p=0.05) [19].

Από τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων ως προς την κλίμακα της υστερίας, ούτε

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

συμπεριλαμβανόταν στον κώδικα 2 ή τριών αριθμών της ομάδας των ασθενών. Η μέση τιμή της ομάδας των ασθενών ήταν 51.20 ± 9.36, τιμή η οποία αντικατοπτρίζει άτομα που ανησυχούν ως ένα βαθμό για την υγεία τους, αλλά αυτή τους η ανησυχία είναι υπό έλεγχο. Είναι άτομα "ζεστά", αλλά και "στενάχωρα", είναι προσαρμοσμένα και συχνά συμβατικά, συνεσταλμένα, λογικά και ρεαλιστές.

Λόγω του γεγονότος ότι ο καρκίνος του όρχεως προσβάλλει ένα όργανο - σύμβολο του ανδρισμού και της αρρενωπότητας είναι ενδιαφέρον να δούμε πιο επισταμένα και τη μέση τιμή της ομάδας των ασθενών στην **κλίμακα της ανδροπρέπειας - θηλυπρέπειας (Mf)** (50.28 ± 8.19). Άτομα με μέτριες ανυψώσεις (50-60) της Mf είναι ευαίσθητα, αυτοελεγχόμενα, ανεκτικά, με ικανότητες κατανόησης και συμπόνιας των άλλων, καθώς και εκδήλωση θετικών συναισθημάτων προς τους άλλους. Έχουν καλή κρίση, είναι λογικά κι οργανωμένα, συχνά, είναι παθητικά και εξαρτημένα στις σχέσεις τους, ενώ μπορεί να συμβιβάζονται, προκειμένου να αποφύγουν δυσάρεστες καταστάσεις ή παρεξηγήσεις. Επίσης, είναι πιθανό να τους απασχολούν κάποια σεξουαλικά προβλήματα ή σκέψεις γύρω από τη σεξουαλικότητά τους.

Η ερμηνεία αυτή της μέση τιμής της κλίμακας Mf συσχετίζεται με την **κλίμακα Si (κοινωνική ενδοστρέφεια)**, μια και οι τιμές των δυο κλιμάκων αλληλοεπηρεάζονται. Στην κλίμακα Si η ομάδα των ασθενών είχε μέση τιμή 49.25 ± 7.42 , τιμή που αντικατοπτρίζει άτομα που είναι συνήθως κοινωνικά επαρκή και τα οποία έχουν υιοθετήσει κοινωνικά αποδεκτές διεξόδους στα περισσότερα αρνητικά στοιχεία της προσωπικότητάς τους. Ωστόσο, επειδή οι συγκεκριμένες κλίμακες δεν εντάσσονται στον κώδικα των δυο πιο ανυψωμένων κλιμάκων και οι τιμές τους κυμαίνονται σε μέτρια επίπεδα, δεν μπορούμε, παρά μόνο με κάθε επιφύλαξη, να αντιστοιχήσουμε αυτά τα χαρακτηριστικά με τις αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία [172, 181, 182] για την κοινωνικά συμβατή συμπεριφορά των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο, την προσκόλλησή τους στους τύπους και την τάση τους να μην εξωτερικεύουν αρνητικά συναισθήματα. Αξίζει επίσης να τονιστεί ότι ο παραπάνω σχολιασμός των τιμών των αντίστοιχων κλιμάκων έχει νόημα μόνο στα πλαίσια του γενικότερου προφίλ της συγκεκριμένης ομάδας και πάντα, σε συνδυασμό με τις δύο πιο ανυψωμένες κλίμακες

Αντίστοιχα, για την ομάδα των υγιών που η μέση τιμή της κλίμακας Mf ήταν 44.47 ± 12.85, θα μπορούσαμε να πούμε ότι άνδρες με τιμή στην Mf από 45 και

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

κάτω (T<45) είναι πιθανό να παρουσιάζουν τον εαυτό τους ως ιδιαίτερα ανδροπρεπή, έχουν ποικίλα ενδιαφέροντα που κατατάσσονται στα κλασικά στερεότυπα των ανδρών, όπως αθλητικές δραστηριότητες ή ενδιαφέρον για μηχανικές κατασκευές και προτιμούν τη δράση. Είναι ανεξάρτητοι, επιεικείς με τον εαυτό τους και συχνά, ναρκισσιστές. Ορισμένες φορές, μπορεί να δείχνουν τραχείς και άξεστοι, ενώ είναι πιθανό να υπερβάλλουν όσον αφορά στη φυσική τους δύναμη. Επίσης, άτομα με μέση τιμή στην κλίμακα της κοινωνικής ενδοστρέφειας Si = 45 χαρακτηρίζονται ως κοινωνικά, ενεργητικά και με ικανότητες ένταξης και εμπλοκής μέσα σε μια ομάδα. Οι άλλοι, ορισμένες φορές, μπορεί να τους χαρακτηρίσουν ως επιπόλαιους στις πράξεις τους και ανώριμους. Συχνά, είναι ανταγωνιστικοί κι εκφράζουν κοινωνική επιθετικότητα, γεγονός που μπορεί να κάνει τους άλλους να τους θεωρήσουν ως καιροσκόπους και χειριστικούς. Και στην προκειμένη περίπτωση, ισχύουν οι αντίστοιχες επιφυλάξεις και προϋποθέσεις που προαναφέρθηκαν .

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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 οδηγούμαστε στη διατύπωση μιας γραμμικής αιτιολογικής υπόθεσης, την οποία θεωρούμε σαφώς ανεπαρκή, μη ικανοποιητική και μη ανταποκρινόμενη σε μια επιστημονική θεώρηση. Στα πλαίσια όμως μιας ολιστικής προσέγγισης μπορούμε να διατυπώσουμε ένα σύστημα υποθέσεων για το ρόλο των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην εμφάνιση και την πορεία του καρκίνου.

Ενώ, λοιπόν, δεν μπορούμε να γνωρίζουμε με ακρίβεια τι προηγείται και τι έπεται της νόσου, μπορούμε ωστόσο να διατυπώσουμε ορισμένες σκέψεις, βασιζόμενοι σε ενδείξεις που προκύπτουν από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας. Θεωρούμε σημαντικό να αναφέρουμε ότι, λόγω του σχετικά μικρού αριθμού του δείγματός μας, ορισμένες παράμετροι, κυρίως του ερωτηματολογίου προσωπικότητας M.M.P.I., παρουσίασαν οριακή σημαντικότητα, αδυναμία που ενδεχομένως θα είχε ξεπεραστεί αν το δείγμα μας ήταν μεγαλύτερο, κάτι που όμως ήταν εξαιρετικά δύσκολο, λόγω της χαμηλής επίπτωσης της νόσου.

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

- Στη μη ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των δύο ομάδων ως προς το συνολικό αριθμό των στρεσσογόνων γεγονότων και το συνολικό συναισθηματικό τους αντίκτυπο, γεγονός που σημαίνει ότι οι δυο ομάδες είχαν κοινά χαρακτηριστικά ως προς την ποσοτική εκτίμηση του stress που βίωσαν.
- Στην ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των ομάδων ως προς τις παραμέτρους του άγχους, της κατάθλιψης και της αλεξιθυμίας, με υψηλότερες μέσες τιμές αυτές της ομάδας των ασθενών.
- Στην ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης μεταξύ του αριθμού των γεγονότων που βίωσαν οι ασθενείς πριν από το χρονικό πλαίσιο των 5 χρόνων (παλιότερα γεγονότα) και των τιμών του μόνιμου άγχους (trait anxiety), δηλ. της "ετοιμότητάς" στο να εκδηλώνουν αγχώδη συμπτωματολογία.
- Στη μη ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στις επιμέρους κατηγορίες των στρεσσογόνων γεγονότων, έτσι όπως χωρίστηκαν, ανάλογα με το

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

χρονικό διάστημα κατά το οποίο συνέβησαν και στα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης για την ομάδα των υγιών.

- Στη μη ύπαρξη θετικής ή αρνητικής συσχέτισης ανάμεσα στο χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την ημέρα της διάγνωσης της νόσου μέχρι την ημέρα της συνέντευξης και των γεγονότων που συνέβησαν σε αυτό το χρονικό διάστημα και στις τιμές του άγχους και της κατάθλιψης, γεγονός που μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης, έτσι όπως τα αξιολογήσαμε εμείς, αλλά και οι ίδιοι οι ασθενείς, δεν επηρεάστηκαν άμεσα από τη διάγνωση της νόσου και από ότι ακολούθησε αυτής.
- Στην ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των δυο ομάδων ως προς το συναισθηματικό αντίκτυπο των στρεσσογόνων γεγονότων που συνέβησαν τα τελευταία 5 χρόνια (πρόσφατα γεγονότα), με υψηλότερη μέση τιμή αυτή που αναφέρει η ομάδα των υγιών, γεγονός που σημαίνει ότι, παρόλο που οι υγιείς βίωσαν πρόσφατα κάποιο στρεσσογόνο γεγονός, εκδηλώνουν πολύ πιο ήπια συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης.
- Στα αποτελέσματα του M.M.P.I., σύμφωνα με τα οποία, η υποχονδρίαση, η παρανοϊκότητα και η υπομανία είναι χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν με στατιστική σημαντικότητα τους ασθενείς από τους υγιείς.
- Στα αποτελέσματα της Λογιστικής Παλίνδρομης Ανάλυσης, σύμφωνα με την οποία, η υπομανία είναι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου (με odds ratio= 6.242 και $p<.01$), ενώ η υποχονδρίαση (odds ratio= 5.105) και η παρανοϊκότητα (odds ratio = 3.094) είναι ουδέτεροι παράγοντες, έχοντας οριακή στατιστική σημαντικότητα. Η ανάδειξη της υπομανίας ως ανεξάρτητου παράγοντα κινδύνου σημαίνει ότι τα άτομα που έχουν υψηλή τιμή Μα έχουν ποσοστό πιθανότητας εμφάνισης της νόσου 6.242 φορές περισσότερο από τα άτομα με χαμηλότερα επίπεδα υπομανίας.

Απ' όλα τα παραπάνω, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι τα αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των ασθενών δεν αποτελούν άμεση συνέπεια της νόσου ή κάποιων στρεσσογόνων γεγονότων, αλλά εκδηλώσεις της δυσκολίας αυτών των ατόμων να επεξεργαστούν ουσιαστικά και σε βάθος όσα συμβαίνουν στη ζωή τους και της συνακόλουθης αδυναμίας τους να αντιμετωπίζουν επιτυχώς τις καταστάσεις που τους προκαλούν stress. Επιπλέον, η δυσκολία αυτή δεν αποτελεί συνιστώσα μιας συγκεκριμένης κατάστασης, αλλά, ως ένα βαθμό, μόνιμο χαρακτηριστικό της

προσωπικότητας και του τρόπου συμπεριφοράς των ατόμων αυτών, που προϋπήρχε της νόσου. Στο συμπέρασμα αυτό, συγκλίνει και το γεγονός ότι οι αυξημένες τιμές του άγχους, όπως εκτιμήθηκε από τον ερευνητή, αλλά και από τα ίδια τα άτομα (μόνιμο και παροδικό), σε συνδυασμό με την ανάδειξη της υπομανίας ως ανεξάρτητου παράγοντα κινδύνου, σημαίνει ότι ενδεχομένως προϋπήρχε στους ασθενείς, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους, μια ανησυχία, μια ένταση, η οποία δεν εκφραζόταν, αλλά ενδοβαλόταν. Παράλληλα, μπορεί να υπήρχαν και περιοδικά διαστήματα κατάθλιψης, κατά τα οποία αντιδρούσαν με απόσυρση και απομόνωση, γεγονός που πιθανά δικαιολογεί τη μεγάλη διαφορά στην τιμή της κατάθλιψης μεταξύ των δυο ομάδων, διαφορά που δεν υπάρχει ως προς το άγχος.

Επιπλέον, όταν μιλάμε για υπομανία, οφείλουμε να τη διαχωρίζουμε από τη μανία που προσδιορίζεται από συγκεκριμένη παθολογία και έντονη συμπτωματολογία. Αναφερόμαστε, λοιπόν, σε μια κατάσταση, όπου η ανησυχία, το άγχος, ο φόβος, η καχυποψία μένουν στην επεξεργασία της σκέψης, με απόσυρση στη φαντασία, ενώ στα πλαίσια μιας λανθάνουσας παρανοϊκότητας, αυτός ο φόβος, η ανησυχία και πιθανά η επιθετικότητα στρέφεται προς τον ίδιο τον εαυτό [416]. Στη συγκεκριμένη περίπτωση των ασθενών, πρόκειται για μια λανθάνουσα παρανοϊκότητα, χωρίς σαφή συμπτωματολογία και όχι για μια παρανοϊκότητα έκδηλη, με προβολή στους άλλους των φόβων και των απειλών. Βασικό χαρακτηριστικό της έκδηλης παρανοϊκότητας ή της παράνοιας, σύμφωνα με την ψυχιατρική σημειολογία, είναι η χρόνια ανάπτυξη ενός σταθερού, αμετακίνητου, ενδογενούς παραληρηματικού συστήματος στα πλαίσια διαταραγμένης σκέψης και δραστηριότητας. Ωστόσο, δεν αναφερόμαστε σε αυτή τη μορφή της παράνοιας όταν κάνουμε λόγο για "ψυχοσωματικούς" ασθενείς που δεν έχουν μια σαφώς οργανωμένη συμπτωματολογία. Αντίθετα, στα άτομα αυτά φαίνεται πως συχνά προϋπάρχει, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους, μια απροσδιόριστη απειλή κι ένας φόβος και όταν τα συναισθήματα αυτά τους κατακλύζουν, νιώθουν ότι πρέπει να κάνουν κάτι, αλλά τελικά δεν κάνουν τίποτα, με αποτέλεσμα να αντιδρούν με απελπισία και να εμφανίζουν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Σε καταστάσεις απελπισίας η μόνη λύση είναι η μάχη ή η απόδραση (flight or fight) κι όταν η επιλογή είναι η απόδραση γι' αυτούς τους ασθενείς, ίσως καταλήγει να είναι η εμφάνιση μιας ασθένειας απειλητικής για τη ζωή [241, 242]. Ακόμη, όπως ψυχαναλυτικές μελέτες καταδεικνύουν [16], αυτός ο απροσδιόριστος φόβος που νιώθουν μπορεί να είναι

ένας φόβος θανάτου που προέρχεται από το ίδιο τους το σώμα. Είναι σαν να φοβούνται ότι κάτι θα πάθουν, ότι το σώμα τους θα τους κάνει κακό, ενώ στα πλαίσια αυτών των σκέψεων έχουν περιγραφεί και ευχές θανάτου. Η μη θετική επένδυση και η μη αποδοχή της ύπαρξής τους που ενδέχεται να ελλοχεύει μπορεί να δικαιολογήσει μια λανθάνουσα παρανοϊκότητα αυτού του τύπου.

Κάνοντας λόγο για μη θετική επένδυση αναφερόμαστε στις αρχαϊκές φάσεις ανάπτυξης του Εγώ και κυρίως στη φάση της εξατομίκευσης, του αποχωρισμού και των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, όπου σύμφωνα με τις θεωρητικές προσεγγίσεις που προαναφέραμε δομούνται τα χαρακτηριστικά των ψυχοσωματικών ασθενών [9, 11-13, 17, 418] . Οι επιθετικές ενορμήσεις σε αυτή τη φάση δόμησης του Εγώ είναι πολύ σημαντικές και στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει σωστή αντιμετώπισή τους από τη μητέρα, είναι πιθανό η επιθετικότητα να στραφεί προς το ίδιο το σώμα, στα πλαίσια φανταστικού ή αληθινού αποχωρισμού, γεγονός που μπορεί να συνδεθεί με την ενδοβολή της επιθετικότητας σε μετέπειτα φάσεις της ζωής τους, όταν επαναλαμβάνεται σε ανάλογες καταστάσεις, μέσα από τις οποίες εδραιώνεται ως ένα είδος συναισθηματικής επικοινωνίας [7, 17]

Συμπερασματικά, λοιπόν, από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας φάνηκε πως η διαφοροποίηση ασθενών και υγιών έγκειται κυρίως στον τρόπο με τον οποίο διαπραγματεύονται τις αγχογόνες καταστάσεις και τις στρατηγικές που επικαλούνται για την αντιμετώπισή τους (coping strategies), καθώς και στο επίπεδο των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, τα οποία καθορίζουν σαφώς και τον τρόπο αντίδρασης στο stress. Αναρωτιόμαστε αν το άγχος, η ανησυχία και η ένταση που προέκυψε πως διακατέχει, ως μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, τους ασθενείς με καρκίνο όρχεως θα μπορούσε να συσχετιστεί, στα πλαίσια μιας ολιστικής θεώρησης και προσέγγισης των ασθενών και χωρίς να αναφερόμαστε σε σχέσεις του τύπου αίτιο - αιτιατό, με την υπάρχουσα θεωρία για την αιτιοπαθογένεια της νόσου, σύμφωνα με την οποία, τα μεταλλαγμένα κύτταρα του "καρκινώματος in situ", όταν υφίστανται την επίδραση υποφυσιακών ορμονών και ορισμένων αυξητικών παραγόντων με θετική κυτταροπολλαπλασιαστική δράση έχουν ως αποτέλεσμα να αναπτυχθεί ο καρκίνος του όρχεως. Αν όντως το διαρκές και απροσδιόριστο άγχος των ατόμων αυτών επηρεάζει, σε συνδυασμό και με άλλους παράγοντες, την έκκριση των ορμονών της υπόφυσης με τους γνωστούς μηχανισμούς που περιγράψαμε, καθώς και τους αυξητικούς παράγοντες που θα δράσουν (με θετική ή αρνητική

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

κυτταροπολλαπλασιαστική δράση), ίσως είναι ουσιαστικής σημασίας να μελετήσει κανείς τόσο από πού προέρχεται αυτό το άγχος όσο και ποιες είναι οι τεχνικές αντιμετώπισης του stress που αυτά τα άτομα εφαρμόζουν και οι οποίες, μάλλον αποτυγχάνουν να λειτουργήσουν αποτελεσματικά.

Με βάση όλα τα παραπάνω, καθώς και μέσα από την ευρέως αποδεκτή θεώρηση του γεγονότος ότι η δόμηση της προσωπικότητας των ατόμων που εμφανίζουν κάποια ασθένεια με ψυχοσωματική υπόσταση γίνεται στα αρχαϊκά στάδια ανάπτυξης του Εγώ, προκύπτει ότι πέρα από την ποιοτική και την ποσοτική εκτίμηση των ψυχολογικών παραγόντων, χρειάζεται και μια πιο βαθιά προσέγγιση της προσωπικής ιστορίας του κάθε ατόμου [19] και σαφής γνώση των στρατηγικών που χρησιμοποιεί στην προσπάθεια επεξεργασίας και αντιμετώπισης των στρεσσογόνων ερεθισμάτων, για την πληρέστερη εκτίμηση των ιδιαίτερων παραγόντων που καθόρισαν τη δόμηση του συγκεκριμένου τρόπου συμπεριφοράς, της προσωπικότητάς του και της ψυχοσωματικής του ολότητας. Λαμβάνοντας υπόψη, επίσης, τα αποτελέσματα προοπτικών μελετών [419], που δείχνουν ότι η εκμάθηση ψυχολογικών στρατηγικών αντιμετώπισης του stress μειώνει την εμφάνιση καρκίνου σε ομάδες υψηλού κινδύνου, καθώς και τα συμπεράσματα στα οποία κατέληξαν έρευνες, όπως αυτή του Spiegel [420], σύμφωνα με την οποία, η βελτίωση των ασθενών που συμμετείχαν σε ομάδες ψυχοθεραπείας επηρέασε με θετικό τρόπο τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, γίνεται εμφανές ότι υφίσταται ανάγκη για μια προσωποκεντρική, ολιστική προσέγγιση του ασθενούς, όπου η έννοια της ίασης μπορεί να διακριθεί σε αλληλοσυσχετιζόμενα επίπεδα αναφοράς (βιολογικό, ψυχολογικό, κοινωνικό), στα οποία όλοι όσοι μετέχουν στη θεραπευτική ομάδα καλούνται να ανταποκριθούν [421]. Κοινό στόχο της θεραπευτικής ομάδας θα πρέπει να αποτελεί η ενεργοποίηση των εσωτερικών δυνάμεων του ασθενούς, η ενίσχυση των πιστεύω τους, η ενεργός συμμετοχή τους σε κάθε απόφαση ή διαδικασία, καθώς και η αναγνώριση και η φροντίδα των αναγκών τους.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι όγκοι του όρχεως αντιστοιχούν στο 1-2% του συνόλου των κακοηθών νεοπλασιών του άνδρα, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας των ανδρών που εμφανίζουν καρκίνο όρχεως είναι 30-34 ετών. Αποτελεί μια μορφή καρκίνου για την οποία δεν έχει ακόμη διευκρινιστεί πλήρως η αιτιοπαθογένειά της και όσον αφορά στη θεραπεία της, τα τελευταία χρόνια έχει βελτιωθεί σημαντικά, ως συνέπεια της αποτελεσματικότερης χημειοθεραπείας. Έτσι, η θεραπεία και ο χρόνος επιβίωσης των ασθενών στα αρχικά στάδια της νόσου αγγίζουν τα εντυπωσιακά ποσοστά ανταπόκρισης της τάξεως του 90%.

Ωστόσο, αποτελεί μια μορφή καρκίνου για την οποία υπάρχουν ελάχιστες αναφορές, σχετικά με τις ψυχολογικές παραμέτρους της νόσου (stress, χαρακτηριστικά προσωπικότητας, στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσσογόνων καταστάσεων, άγχος, κατάθλιψη κ.ά), και οι οποίες είτε προηγούνται είτε έπονται της νόσου.

Η παρούσα διατριβή, επιδιώκοντας να μειώσει αυτό το κενό αναφορών, εστιάστηκε στη μελέτη της διασύνδεσης ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων σε ασθενείς με καρκίνο στους όρχεις. Πιο συγκεκριμένα, μελετήθηκαν τα στρεσσογόνα γεγονότα ζωής και ο συναισθηματικός τους αντίκτυπος, οι εκδηλώσεις άγχους και κατάθλιψης, η αλεξιθυμία, καθώς και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας αυτών των ασθενών.

Εφαλτήριο αυτής της μελέτης ήταν μια από τις κυριαρχούσες θεωρίες για την καρκινογένεση των γονάδων και τη δημιουργία καρκίνου στους όρχεις, θεωρία η οποία εμπλέκει ορισμένους αυξητικούς παράγοντες και τη λειτουργία των ορμονών της υπόφυσης, που, ως γνωστό, επηρεάζεται και σχετίζεται με το stress. Θεωρήθηκε, λοιπόν, σημαντικό να μελετηθούν οι προαναφερθέντες παράγοντες, με σκοπό να διερευνήσουμε, στα πλαίσια της επιστήμης της ψυχολογίας και στο βαθμό που αυτό ήταν εφικτό, αν η ενεργοποίηση μιας αλυσίδας βιολογικών λειτουργιών μπορεί να σχετίζεται και με ορισμένες ψυχολογικές λειτουργίες, οι οποίες έχουν εκτενώς περιγραφεί στη σχετική βιβλιογραφία ως εμπλεκόμενες με την εμφάνιση και την πορεία του καρκίνου.

Για την πραγματοποίηση της έρευνας συγκροτήθηκαν δυο ισάριθμες ομάδες (N=50), αντίστοιχες ως προς το φύλο και την ηλικία, από τις οποίες η βασική ερευνητική ομάδα αποτελούταν από ασθενείς με καρκίνο όρχεως, ενώ η ομάδα ελέγχου

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

από υγιή άτομα.

Η συλλογή των δεδομένων και από τις δύο ομάδες έγινε με ημιδομημένη συνέντευξη, καθώς και με τη συμπλήρωση των παρακάτω ερευνητικών εργαλείων:

1. *Το ερωτηματολόγιο των γεγονότων ζωής των Holmes and Rahe*
2. *Την κλίμακα εκτίμησης άγχους του Hamilton (H.A.S.)*
3. *Την κλίμακα εκτίμησης κατάθλιψης των Montgomery and Asberg (M.A.D.R.S.)*
4. *Την κλίμακα εκτίμησης αλεξιθυμίας του Sifneos (S.S.P.S.)*
5. *Την κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους των Α.Λιάκου και C. Spielberger (S.T.A.I.)*
6. *Το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας της Μινεσότα (M.M.P.I.)*

Από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων φάνηκε πως οι δύο ομάδες διέφεραν σημαντικά ως προς το άγχος (p=.000), την κατάθλιψη (p=.000) και την αλεξιθυμία (p=.029), με υψηλότερες μέσες τιμές αυτές της ομάδας των ασθενών. Σχετικά με τα στρεσσογόνα γεγονότα ζωής και το συναισθηματικό τους αντίκτυπο, δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων.

Όσον αφορά στην εκτίμηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας με το M.M.P.I., σε όλες τις κλίμακες οι μέσες τιμές και των δύο ομάδων ήταν <70, ενώ στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν στις κλίμακες: F (αξιοπιστία) με p=.021, K (διόρθωση) με p=.003, Hs (υποχονδρίαση) με p=.013, Pa (παρανοϊκότητα) με p=.000 και Ma (υπομανία) με p=.008. Το προφίλ, σύμφωνα με τον κώδικα 2 αριθμών, για την ομάδα των ασθενών ήταν το 9.6., ενώ για την ομάδα ελέγχου ήταν το 4.9.

Επίσης, από τον έλεγχο που έγινε για την ύπαρξη παραγόντων κινδύνου (risk factors), η Ma (υπομανία) αναδείχτηκε ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου (odds ratio=6.242 και p<.01), ενώ η Hs (υποχονδρίαση) (odds ratio=5.105) και η Pa (παρανοϊκότητα) (odds ratio=3.094) ως συδέτεροι παράγοντες, παρουσιάζοντας οριακή στατιστική σημαντικότητα.

Από την εκτίμηση των αποτελεσμάτων είναι εμφανές ότι οι δύο ομάδες διέφεραν ως προς ορισμένα μόνιμα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, καθώς και ως προς ορισμένες ψυχολογικές παραμέτρους, όπως οι εκδηλώσεις άγχους και κατάθλιψης, οι οποίες δε φάνηκε να συσχετίζονται με στρεσσογόνα γεγονότα, αλλά πιθανά αποτελούν εκδηλώσεις της δυσκολίας αυτών των ατόμων να επεξεργαστούν και να αντιμετωπίσουν

επιτυχώς καταστάσεις που τους προκαλούν stress, δυσκολία η οποία είναι γνώρισμα της προσωπικότητας και του τρόπου συμπεριφοράς των ατόμων αυτών.

Επιπλέον, η ανάδειξη της υπομανίας ως ανεξάρτητου παράγοντα κινδύνου σημαίνει ότι ενδεχομένως προϋπήρχε στους ασθενείς, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους, μια ανησυχία που δεν εκφραζόταν, αλλά ενδοβαλλόταν.

Συμπερασματικά, φάνηκε πως η διαφοροποίηση ασθενών και υγιών έγκειται κυρίως στον τρόπο με τον οποίο διαπραγματεύονται τις αγχογόνες καταστάσεις και τις στρατηγικές που επικαλούνται για την αντιμετώπισή τους, καθώς και στο επίπεδο των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, τα οποία καθορίζουν και τον τρόπο αντίδρασης στο stress.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

SUMMARY IN ENGLISH

Testicular tumours represent 1- 2% of the total malignant tumours in men, while the median age of men who develop testicular tumour is 30- 34 years old. It is a cancer type for which the rational and pathology are not completely defined and, as far as the treatment is concerned, it has significantly improved through the last years, due to more effective chemotherapy. Thus, the treatment and the survival rate of the patients at early stage, reach the effective rates of response of 90%.

Nevertheless, it is a type of cancer for which few reports have been done, referring to its psychological parameters (stress, personality characteristics, confrontation strategies in dealing with stressful situations, anxiety, depression etc) foregoing or subsequent by time of disease.

The present thesis, trying to decrease the lack of reports, is focused in the study of the conjunction of certain psychological parameters in testicular cancer patients. To be more specific, the stressing life events and their sentimental impact were studied, as well as the anxiety and depression expression, the alexithymia, as well as the personal characteristics of these patients.

The vaulting of this study was one of the most prevailing theories about gene tumour growth and testicular tumour development, a theory that involves some growth factors as well as the pituitary hormones function, which, as it is widely known, has an impact and is related to stress. Consequently, it was reckoned important to study the above mentioned factors, in order to explore, within the scope of the psychology science, and through the degree that it was possible, whether the activation of a range of biological functions can be related to specific psychological functions, which have been widely described in the relevant bibliography, as related to the development and progress of cancer.

During the survey, two equally numbered groups (N=50), equivalent in sex and age, where the basic study group consisted of testicular cancer patients, while the control group consisted of healthy people.

The data collection from both groups was carried out by hemi-structured interview and by the completion of the survey implements listed bellow:

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

1. *The Life Events Questionnaire, by Holmes and Rahe*
2. *The Hamilton Anxiety Scale (H.A.S.)*
3. *The Montgomery and Asberg Depression Rate Scale (M.A.D.R.S)*
4. *The Sifneos alexithymia rate scale (S.S.P.S.)*
5. *The State - Trait Anxiety Inventory by A. Liakou and C. Spielberg (S.T.A.I.)*
6. *The Minnesota Personality Questionnaire (M.M.P.I.)*

The statistical processing of the data revealed that the two groups were significantly different in anxiety (p=.000), the depression (p=.000) and alexithymia (p=.029), with highest average rates these of the patients. As far as the life events and their emotional impact were concerned, no significant difference between the two groups was observed.

Referring to the personality characteristics estimation with M.M.P.I., in all scales the median rates for both groups were < 70, while statistically significant differences were observed in the scales: F (reliability) with p=.021, K (correction) with p= .003, Hs (hypochondriasis) with p=.013, Pa (paranoia) with p=.000 and Ma (hypo-mania) with p=.008. According to the 2 number code, the profile for the patients group was 9.6, while for the control group was 4.9.

Furthermore, by the control for the risk factors existence, Ma (hypo-mania) came out to be an independent risk factor(odds ratio =6.242 and p=<01), while Hs (hypo-chondriasis) (odds ratio= 5105) and Pa (paranoia) (odds ratio = 3.094) as neutral factors, showing marginated statistical significance.

By the estimation of the results it is obvious that the two groups differed in some specific permanent characteristics of personality, as well as in some psychological parameters, such as anxiety and depression indications, which were not proved to be connected with stressful events, but they are probably part of the difficulty expression of these people to clarify and deal successfully with situations causing stress, difficulty which is a personality and behaviour feature of these people, which seems that existed before the disease.

In addition, the elevation of hypo-mania as independent risk factor, reveals that it probably pre- existed in the patients, as a personality feature, a sense of worrying that was not expressed, but was intimated.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

As a result, came out that the differentiation of the patients and the healthy, consists mainly in the way in which they deal with the stressful situations and the strategies they use in order to confront them, as well as in the level of the personal characteristics, which determine the kind of reaction in stress.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας της Μιννεσότα (Μ.Μ.Ρ.Ι.)

Slarke R. Hallhaway και J Charnley McKinley

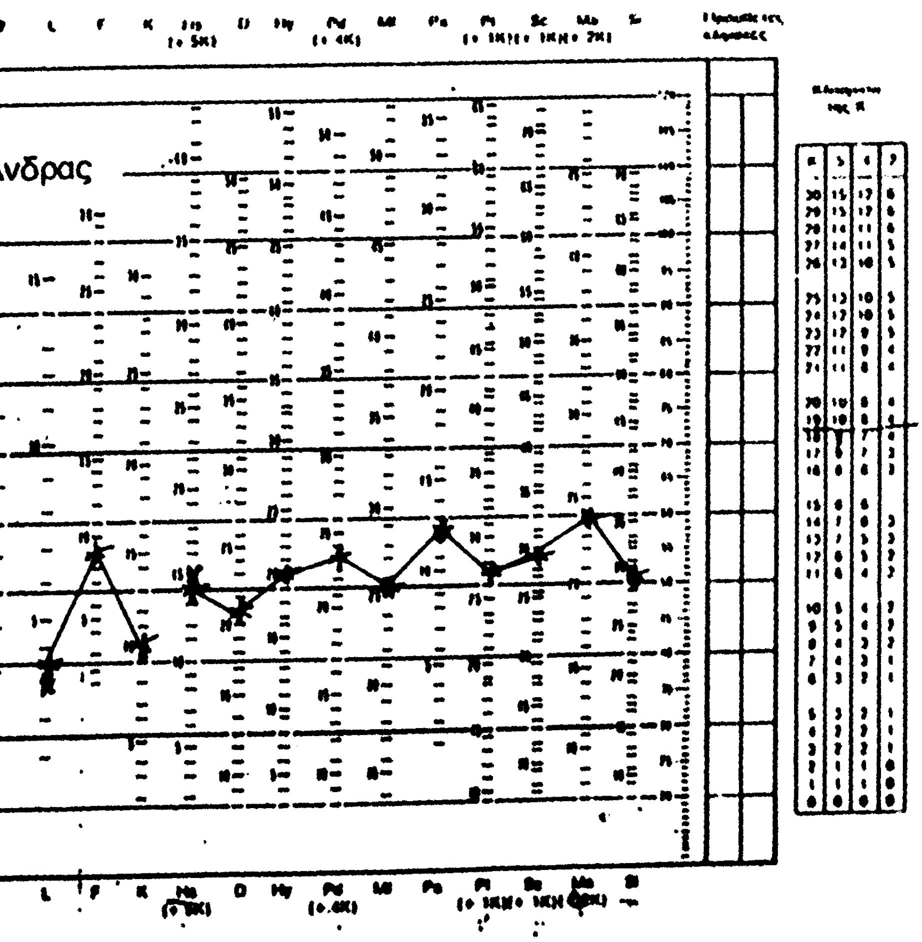
[Μέσο διά
ασθενών

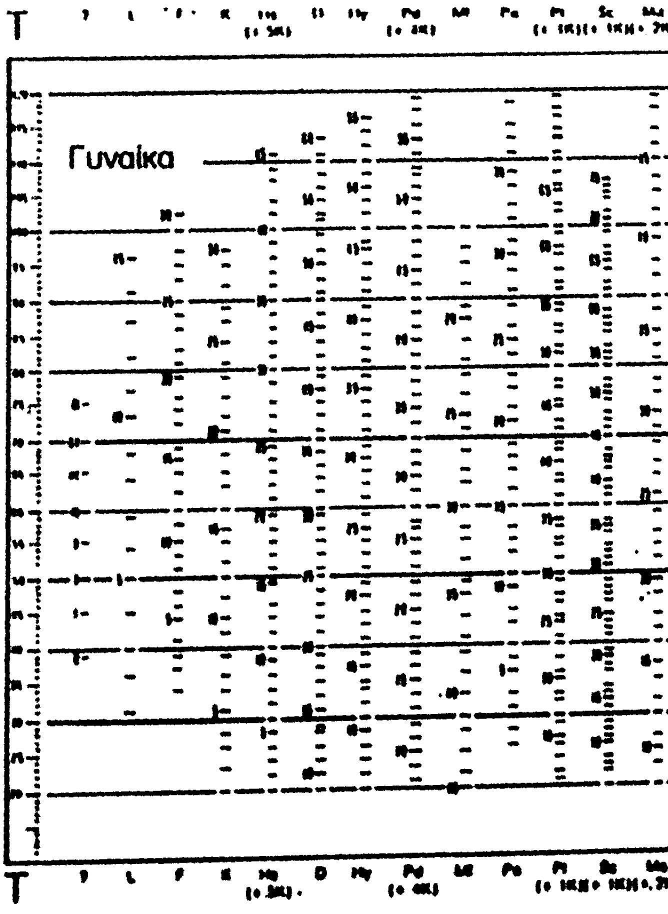
Διάγραμμα Προσωπικότητας

.... Φύλο :............ Ηλικία . ... Ημερ. Εξετ. .... Εξεταστής ....

ευση . ... Επάγγελμα .... Διορθωτής ....

Κατάσταση .... Παραπομπή από ....





Απόλυτη τιμή — — — —(—)— —(—)— —(— — —)—

Πρόσθετη τιμή K — — — — —

Απόλυτη τιμή με K — — — — —

Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας της Μιννεσότα (M.M.P.I.)

Starke R. Hathaway και J Chamley McKinley

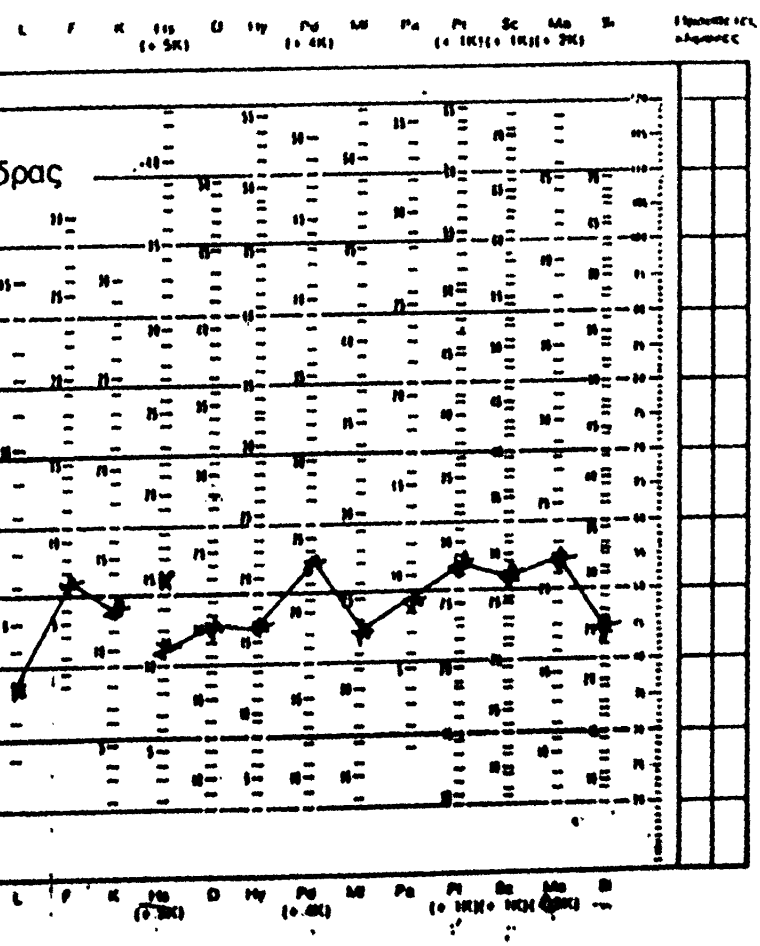
[Μέσο διάγραμμ
Ομάδας Ελέγ

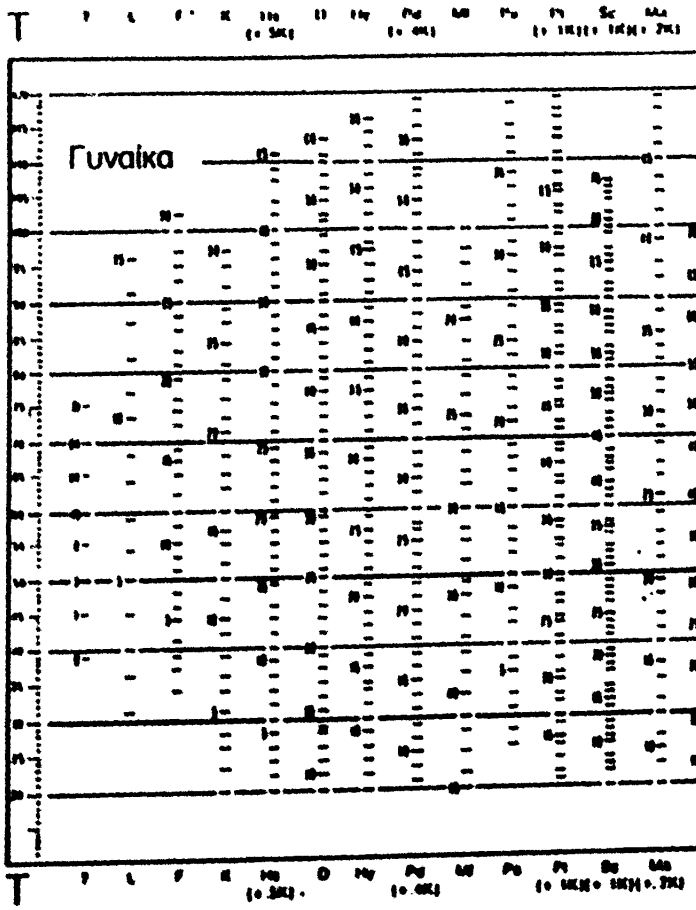
Διάγραμμα Προσωπικότητας

..... Φύλο :..... Ηλικία ..... Ημερ. Εξετ. ..... Εξεταστής .....

ση ..... Επάγγελμα ..... Διορθωτής .....

τάσταση ..... Παραπομπή από .....





Απόλυτη τιμή	___ ___ ___	(__) ___	(__) ___	(___ ___ ___)
Πρόσθετη τιμή K		___	___	___ ___ ___
Απόλυτη τιμή με K		___	___	___ ___ ___

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΟΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:.....

- ***ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:***.....
- ***ΗΛΙΚΙΑ***: .....ετών
- ***ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:*** Άγαμος ☐ Έγγαμος ☐

  Διαζευγμένος ☐ Χήρος ☐
- ***ΠΑΙΔΙΑ:*** Ναι ☐ Όχι ☐
- ***ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:*** Αγράμματος ☐ Απόφ. Δημοτικού ☐

  Απόφ. Γυμνασίου ☐ Απόφ. Λυκείου ☐

  Απόφ. Ανώτερης/ τατης Σχολής ☐
- ***ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:*** Άνεργος ☐ Αγρότης ☐

  Δημόσιος Υπάλληλος ☐ Ιδιωτικός Υπάλληλος☐

  Ελεύθερος Επαγγελματίας ☐ Επιχειρηματίας☐
- ***ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ:*** .....
- ***ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ***:.....
- ***ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ:***.....
- ***ΑΛΛΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ:*** .....

.....

- ***ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΣΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ:***

.....

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ ΖΩΗΣ

Ημερομηνία εξέτασης: .....

Ονοματεπώνυμο: .....

Έτος γέννησης: .....

Διάγνωση: .....

	Ημερομηνία	***Αντίκτυπος***
1. Ανεργία του ατόμου και του / της συζύγου		
2. Δυσκολίες με τον εργοδότη και τους συναδέλφους		
3. Αλλαγή εργασίας (του ίδιου τύπου)		
4. Αλλαγή τύπου εργασίας		
5. Αλλαγή στις ώρες και τις συνθήκες εργασίας		
6. Μείωση / αύξηση σημαντικών ευθυνών στη δουλειά		
7. Αρχή συντάξιμης περιόδου		
8. Μετακόμιση		
9. Επαγγελματική αποτυχία		
10. Αλλαγή γειτόνων		
11. Διαμάχη (καυγάδες) με τους γείτονες		
12. Σημαντική αύξηση των εσόδων πάνω από 25%		
13. Σημαντική μείωση των εσόδων πάνω από 25%		
14. Σημαντικό χρέος		
15. Μικρές δυσκολίες οικονομικής φύσεως		
16. Απώλεια αντικειμένων μεγάλης προσωπικής αξίας		
17. Σημαντική παράβαση των νόμων με δικαστικές συνέπειες		
18. Καταδίκη σε ποινή φυλακίσεως		
19. Συμμετοχή σε ένα καυγά		
20. Αρχή αλκοολισμού στο στενό οικογενειακό περιβάλλον		
21. Αυτοκτονία στο στενό9 οικογενειακό περιβάλλον		
22. Φυλάκιση		
23. Θάνατος στο στενό οικογενειακό περιβάλλον		
24. Θάνατος ενός στενού φίλου		
25. Ατύχημα ή ασθένεια σοβαρή στο στενό οικογενειακό περιβάλλον		
26. Άφιξη ενός νέου μέλους της οικογένειας κάτω από την ίδια στέγη		
27. Προβλήματα σε σχέση με το αλκοόλ και τα ναρκωτικά		

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

28. Σημαντική μείωση της κοινωνικής ζωής		
29. Άστεγος για ένα χρονικό διάστημα		
30. Ασθένεια ή τραυματισμός σοβαρός που απαιτεί θεραπεία στο νοσοκομείο και το λιγότερο ένα μήνα αναρρωτική άδεια από την εργασία		
31. Ασθένεια ή ατύχημα που απαιτεί ιατρική αγωγή		
32. Αναπηρία όρασης ή ακοής ξαφνική και σημαντική		
33. Εγκυμοσύνη όχι επιθυμητή		
34. Αποβολή		
35. Έκτρωση		
36. Δυσκολίες σεξουαλικής φύσεως προσωπικές ή μέσα στο ζευγάρι		
37. Γάμος		
38. Εγκυμοσύνη		
39. Αύξηση του αριθμού των συγκρούσεων με το / τη σύζυγό σας ή το / τη σύντροφο σας		
40. Αύξηση του αριθμού των συγκρούσεων με άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος		
41. Δυσκολία με τα πεθερικά		
42. Αναχώρηση ενός παιδιού από το σπίτι		
43. Ανάγκη να ζητήσετε τη βοήθεια άλλων για τη φύλαξη των παιδιών σας		
44. Πρόβλημα συμπεριφοράς με τα παιδιά		
45. Θάνατος του / της συζύγου		
46. Διαζύγιο ή διάσταση		
47. Συζυγικός χωρισμός που επιβάλλεται από τις περιστάσεις		
48. Έξω – συζυγικές σχέσεις		
49. Διακοπή μιας σχέσης		
50. Απιστία του / της συζύγου		
51. Επανασύνδεση των συζύγων μετά το χωρισμό		
52. Αρχή και σταμάτημα της εργασίας του συζύγου		
53. Άλλα γεγονότα που έχουν συμβεί εκτός από αυτά που αναφέρονται		

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ ΤΟΥ HAMILTON (H.A.S.)

Ήπιο : συμβαίνει ακανόνιστα και για βραχεία χρονικά διαστήματα

Μέτριο : συμβαίνει σε πιο σταθερή βάση και διαρκεί περισσότερο, απαιτώντας από το άτομο σημαντική προσπάθεια για να το ξεπεράσει

Έντονο : συνεχές και κυρίαρχο στη ζωή του ατόμου

Πολύ έντονο: προκαλεί πλήρη ανικανότητα

		Απόν	*Ήπιο*	*Μέτριο*	*Έντονο*	*Πολύ έντονο*
1.Αγχώδης διάθεση	Αίσθημα ανησυχίας, αναμονή επικείμενης συμφοράς, ακαθόριστοι φόβοι, ευερεθιστότητα	0	1	2	3	4
2. Ένταση	Αίσθημα υπερένταση και αδυναμία να μείνει στην ίδια θέση, γρήγορη κόπωση, ανικανότητα χαλάρωσης, κρίσεις δακρύων, τρόμος	0	1	2	3	4
3. Φόβοι	Του πλήθους, του σκότους, της μοναξιάς, των μεγάλων ζώων, της κυκλοφορίας, νοσοφοβία	0	1	2	3	4
4. Αϋπνία	Δυσχερής επέλευση ύπνου, διακεκομμένος ύπνος, ύπνος ανήσυχος και κόπωση κατά την αφύπνιση, δυσάρεστα όνειρα ή εφιάλτες	0	1	2	3	4
4. Γνωστικές λειτουργίες	Δυσκολίες στη συγκέντρωση, διαταραχές στη μνήμα	0	1	2	3	4
5. Καταθλιπτική διάθεση	Απώλεια ενδιαφερόντων, αδιαφορία για καλά χόμπι, , πρώιμη αφύπνιση	0	1	2	3	4
6. Συμπτώματα νευρομυϊκά	Μυϊκά άλγη και μυϊκές συσπάσεις, τρεγμός οδόντων, ασταθής φωνή	0	1	2	3	4
7. Γενικά αισθητικά συμπτώματα	Θολή όραση και δυσχέρειες στην προσαρμογή, αίσθημα αδυναμίας, αίσθημα θερμότητας, μούδιασμα	0	1	2	3	4
8. Συμπτώματα καρδιολογικά	Ταχυκαρδία, παλμοί, πόνος στο στήθος, παλμοί των αγγείων, τάση λιποθυμίας, απώλεια σφυγμών	0	1	2	3	4
9. Συμπτώματα αναπνευστικά	Αίσθημα πίεσης στο θώρακα, αίσθημα πνιγμονής, δύσπνοια, αναστεναγμοί	0	1	2	3	4

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

10. Συμπτώματα γαστρεντερικά	Δυσκαταποσία, κοιλιακά άλγη, δυσκοιλιότητα, διάρροια, απώλεια βάρους, άλγος πριν ή μετά το φαγητό, ναυτία, έμετοι, αίσθημα κορεσμού, αίσθημα καύσου	0	1	2	3	4
11. Συμπτώματα ουρογεννητικά	Συχνοουρία, αμηνόρροια, δυσμηνόρροια, ψυχρότητα, πρώιμη εκσπερμάτιση, ανικανότητα	0	1	2	3	4
12. Συμπτώματα του Α. Ν..Σ.	Ξηρότητα, εξάψεις εφίδρωση, ίλιγγοι, ωχρότητα προσώπου	0	1	2	3	4
13. Συμπεριφορά του ασθενούς κατά την εξέταση	Υπερένταση, δυσφορία, ταραχή, κινήσεις χεριών, ζωηρά τενόντια αντανακλαστικά, διασταλμένες κόρες	0	1	2	3	4

Ψυχικό: ..... ***Σωματικό:***..... ***Σύνολο:***.....

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΤΩΝ MONTGOMERY AND ASBERG (M.A.D.R.S.)

1. ΕΜΦΑΝΗΣ ΛΥΠΗ

Παρατηρείται στην κακή διάθεση, στο χάσιμο ελπίδας, στην κουβέντα, στην έκφραση του προσώπου.

0 Μη εμφανής λύπη
1 .....
2 Φαίνεται απογοητευμένος, αλλά χαμογελάει χωρίς δυσκολία
3 .....
4 Φαίνεται λυπημένος και δυστυχής τον περισσότερο καιρό
5 ....
6 Φαίνεται συνεχώς κακομοίρης και πάρα πολύ απογοητευμένος

2. ΕΚΦΡΑΖΟΜΕΝΗ ΛΥΠΗ

Αξιολογείται στα παράπονα του ασθενούς, όπου η καταθλιπτική του διάθεση αντανακλάται ή όχι στο παρουσιαστικό του. Χαμηλό ηθικό, συναίσθημα ότι δεν μπορεί να βοηθηθεί, χωρίς ελπίδες.

0 Περιστασιακή λύπη, προσαρμοσμένη στις περιστάσεις
1 .....
2 Λύπη, αλλά χαμογελά χωρίς δυσκολία
3 .....
4 Συναίσθημα γεμάτο λύπη, κακοδιαθεσία, ευαίσθητος στο να επηρεάζεται εύκολα από γεγονότα
5 .....
6 Συνεχώς βιώνει μια λύπη, πόνο και απογοήτευση

3. ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΕΝΤΑΣΗ

Αίσθηση απροσδιόριστης κακοδιαθεσίας, νευρικότητα, ψυχική ένταση που φτάνει μέχρι τον πανικό, τρόμος, αγωνία. Βαθμολογείται σε σχέση με την ένταση, τη διάρκεια, τη συχνότητα και το βαθμό της ασφάλειας που ζητάει ο ασθενής.

0 Ήσυχος, ελαφριά εσωτερική ένταση και περαστική
1 .....
2 Περιστασιακή αίσθηση νευρικότητας, κακοδιαθεσία χωρίς ακριβή αίτια
3 .....
4 Συνεχής εσωτερική ένταση ή πανικός περιστασιακός που ο ασθενής αντέχει με πολύ κόπο
5 .....
6 Συνεχές άγχος, ανυπόφορος πανικός

4. ΑΫΠΝΙΑ

Παράπονα για τη διάρκεια και την ποιότητα του ύπνου σε σχέση με τον ύπνο, όταν ο ασθενής είναι καλά.

0 Κοιμάται όπως συνήθως
1 .....
2 Ελαφριές δυσκολίες στον ύπνο, ύπνος ελαφρύς, μικρότερης διάρκειας
3 .....
4 Σύντομος ύπνος και διακεκομμένος με ξύπνημα 2 ωρών το λιγότερο
5 .....
6 Λιγότερο από 2-3 ώρες ύπνου τη νύχτα

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

5. ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Λιγότερη όρεξη από πριν. Η αξιολόγηση γίνεται στην επιθυμία για φαγητό ή στην ανάγκη να πιέζουμε τον ασθενή για να φαει.

0 Όρεξη κανονική ή πιο πολύ από το σύνηθες
1 .....
2 Όρεξη ελαφρώς μειωμένη
3 .....
4 Χωρίς όρεξη, βρίσκει το φαγητό χωρίς γεύση
5 .....
6 Αναγκασμένος να τρωει έστω και λίγο

6. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ

Από τη δυσκολία να συγκεντρώνει τις ιδέες του ως την ολοκληρωτική αδυναμία να συγκεντρώνεται. Βαθμολογείται σε σχέση με την ένταση, τη συχνότητα και το βαθμό της ανικανότητας.

0 Χωρίς δυσκολία συγκέντρωσης
1.....
2 Δυσκολίες περιστασιακές να συγκεντρώνει τις ιδέες του
3 .....
4 Χωρίς όρεξη βρίσκει το φαγητό χωρίς γεύση
5 .....
6 Μεγάλες δυσκολίες να διαβάζει ή να κρατάει μια συζήτηση

7. ΑΤΟΝΙΑ

Έλλειψη ζωτικότητας, ραθυμία στο ξεκίνημα και στην πραγματοποίηση των καθημερινών δραστηριοτήτων.

0 Σχεδόν καμία δυσκολία στο ξεκίνημα ούτε επιβράδυνση
1 .....
2 Δυσκολία να ξεκινήσει τι καθημερινές δραστηριότητες
3 .....
4 Δυσκολία στο ξεκίνημα των καθημερινών δραστηριοτήτων που πραγματοποιούνται με πολύ προσπάθεια
5 .....
6 Μεγάλη ατονία , αδυναμία για κάθε δραστηριότητα χωρίς βοήθεια.

8. ΕΛΛΕΙΨΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

Προσωπική εμπειρία αδιαφορίας για τους γύρω και για τις συνήθεις απολαύσεις, έλλειψη συναισθηματικής αντίδρασης απέναντι σε άτομα και καταστάσεις.

0 Κανονικό ενδιαφέρον
1 .....
2 Μείωση της ικανότητας να παίρνει ευχαρίστηση από τα καθημερινά ενδιαφέροντά του.
3 .....
4 Αδιαφορία για τους γύρω του, έλλειψη συναισθήματος απέναντι σε φίλους και γνωστούς
5 .....
6 Αδυναμία να αισθανθεί θυμό, λύπη και ευχαρίστηση . Ολική έλλειψη συναισθημάτων απέναντι σε φίλους.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

9. ΑΠΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ

Ιδέες ενοχής, κατωτερότητας, αυτό-κατηγόρησης, αμαρτιών, καταστροφικές.

0 Χωρίς απαισιόδοξες ιδέες
1 .....
2 Περιστασιακές σκέψεις αποτυχίας, αυτό-κατηγόρησης, ανεπάρκειας
3 .....
4 Εμμονή στην αυτοκατηγόρηση, σκέψεις συγκεκριμένες, αλλά κόμη λογικές για ενοχές ή αμαρτίες. Απαισιοδοξία για το μέλλον.
5 .....
6 Παραλήρημα

10. ΙΔΕΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Συναίσθημα ότι η ζωή δεν αξίζει και ότι ο φυσικός θάνατος θα ήταν ευπρόσδεκτος. Ιδέες αυτοκτονίας. Οι απόπειρες αυτοκτονίας δεν θα έπρεπε να επηρεάσουν τη βαθμολογία.

0 Ικανοποίηση από τη ζωή
1 .....
2 Απογοήτευση από τη ζωή
3.....
4 Σκέψεις ότι θα ήταν καλύτερα να είχε πεθάνει. Συχνές σκέψεις αυτοκτονίας. Η αυτοκτονία θεωρείται ως μια λύση, αλλά χωρίς να το προετοιμάζει συγκεκριμένα.
5 .....
6 Συγκεκριμένο πλάνο αυτοκτονίας, όταν παρουσιαστεί η ευκαιρία, ενεργητική προετοιμασία.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑΣ ΤΟΥ SIFNEOS (S.S.P.S)

Ημερομηνία εξέτασης: ……

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:……

ΈΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: …… ***ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:***……

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω υπάρχουν 20 φράσεις τις οποίες χρησιμοποιούμε συνήθως για να περιγράψουμε διάφορες ενέργειες ή συναισθήματά μας. Για κάθε μια από αυτές τις φράσεις υπάρχουν δύο πιθανές απαντήσεις: ΝΑΙ ή ΟΧΙ. Σημειώστε την απάντηση εκείνη που σας αντιπροσωπεύει. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Απαντήστε αυθόρμητα.

	ΝΑΙ	**ΟΧΙ**
1. Μου είναι εύκολο να περιγράφω τα σωματικά μου συμπτώματα ή ενοχλήματα, από το να περιγράφω τα συναισθήματά μου		
2. Είναι σημαντικό να ανακαλύπτει κανείς το πώς νιώθει 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 δεν 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, δεν 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.		
14. Προτιμώ πάντα να προσέχω το τι γίνεται γύρω μου, παρά να κάθομαι να σκέφτομαι για το πώς αισθάνομαι.		
15. 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

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΓΧΟΥΣ

STATE – TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI)

Α. Λιάκος, C. D. Spielberger

Gr. X – 1

Ημερομηνία εξέτασης: .....

Ονοματεπώνυμο: .....

ΟΔΗΓΙΕΣ: Πιο κάτω υπάρχουν φράσεις που συνηθίζουμε να χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε τον εαυτό μας. Διαβάστε προσεκτικά κάθε φράση και σημειώστε τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσης, για να δείξετε πώς αισθάνεστε **τώρα**, δηλ. **αυτή τη στιγμή**. Δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες απαντήσεις. Απαντήστε αυθόρμητα.

	Καθόλου	***Κάπως***	***Μέτρια***	***Πάρα πολύ***
1. Αισθάνομαι ήρεμος	1	2	3	4
2. Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
3. Νιώθω 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

STATE – TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI) Gr. X – 2

Ονοματεπώνυμο: ..... ***Ημερομηνία εξέτασης***: .....

ΟΔΗΓΙΕΣ: Πιο κάτω υπάρχουν φράσεις που συνηθίζουμε να χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε τον εαυτό μας. Διαβάστε προσεκτικά κάθε φράση και σημειώστε τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσης, για να δείξετε πώς αισθάνεστε **συνήθως, γενικά**. Δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες απαντήσεις. Απαντήστε αυθόρμητα.

	Σχεδόν ποτέ	***Μερικές φορές***	***Συχνά***	***Σχεδόν πάντα***
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 να είναι.	1	2	3	4
25. Μένω πίσω στις δουλειές μου γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα	1	2	3	4
26. Αισθάνομαι ανασταυμένος	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

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. [illegible] (1ος [illegible] Χ.) Χαρμόλης, 1975, Εκδόσεις Θεσσαρός, Αθήνα

2. Freud S.: Beyond the pleasure principle. In: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of S. Freud. [illegible] Hogarth Press, 1964, Vol. XVII, p. [illegible]

3. [illegible] Εκδόσεις Μεσσαρίτη, [illegible]

4. [illegible] The mind in conflict, 1982, International University Press, New York.

5. [illegible] Les mouvements individuels de vie et de mort, 1976, Paris, Paris.

6. [illegible] Works [illegible]

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

7. [illegible] 1984, [illegible]

8. [illegible] Paris, Paris.

9. [illegible] The psychological birth of human [illegible] 1975, Basic Books, New York.

10. [illegible] Kreuzwaldt, [illegible]

11. Winnicott D.: Psychosomatic illness in the positive and negative aspects. In: J. Psychoanal 1966, 47, 510-516.

12. Winnicott D.: Playing and reality, 1974, Harmondsworth, Penguin Books.

13. Winnicott D.: Through Pediatrics to Psychoanalysis, 1978, Hogarth Press, London.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Πλάτων (4ος αιώνας π.Χ.) : Χαρμίδης. 1975; Εκδόσεις Πάπυρος, Αθήνα.

2. Freud S.: Beyond the pleasure principle. In: The Sandard Edition of the Complete Psychological Works of S. Freud. Strachey J. (ed.) London: Hogarth Press, 1966; Vol. XVII. p: 3-64.

3. Ρήγα Α.: Καρκίνος: από τη μητέρα στην κόρη. Η δυναμική της επανάληψης.1991; Εκδόσεις Μαυρομάτη, Αθήνα.

4. Brenner C.: The mind in conflict. 1982; International University Press, New York.

5. Marty P.: Les movements individuels de vie et de mort. 1976; Payot, Paris.

6. Freud S.: Studies on Hysteria. In: Sandard Edition of the Complete Psychological Works of S. Freud. Strachley J. (ed.) 1966; Hogarth Press, London, Vol.II: 1-305.

7. Νικολής Ι.: Διερεύνηση των αποτελεσμάτων της ομαδικής ψυχοθεραπείας σε ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες. 1996; Διδακτορική διατριβή (υποβλ. στο Τμήμα Ιατρικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσ/κης).

8. Spitz R.: La premier annee de la vie de l' enfant. (Genese des premieres relations objectales) 1958; Presses Universite de France, Paris.

9. Mahler M.S., Pine F., Bergman A.: The psychological birth of human infant. 1976; Basic Books, New York.

10. Τσιάντης Γ., Μανωλόπουλος Σ.: Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής. 1987; Τόμος 1ος, Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα.

11. Winnicott D.: Psychosomatic illness in the positive and negative aspects. Int J Psychoanal 1966; 47: 510-516.

12. Winnicott D.: Playing and reality. 1974; Harmondsworth: Penguin Books.

13. Winnicott D.: Through Peadiatrics to Psycho-analysis. 1978; Hogarth Press, London.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

14. Σακελλαρόπουλος Π.: Σχέσεις μητέρας - βρέφους 1998; Εκδόσεις Κατσανιώτη, Αθήνα.

15. Spitz R.: Genese des premieres relations objectales. Observations directes sur le nurrisson pendant sa premiere annee. Revue Francaise de Psychanalyse 1954; XVIII, No4.

16. Potamianou A.: Is the ''chronos'' of cancer the time of the illness. European School of Oncology, 1995; Athens, 23-25 November.

17. Amon G.: Analytic Group Psychotherapy as an Instrument for the Treatment and Research of Psychosomatic Disorders. In: Wolberg L. and Schwartz E. (eds.) Group Therapy. An Overview. 1975; International Medical Books, New York, p: 127-144.

18. Rigas A.: Maladie et desir de mort. DESS en Psychologie Clinique. 1977; Univ. Paris 7.

19. Jasmin C., Marty P., Herzberg R.: Evidence for a link between certain psychological factors and the risk of breast cancer in a case-control study. Annals of Oncology 1990; 1: 22-29.

20. Meares A.: Cancer, psychosomatic illness and hysteria. Lancet 1981; 7: 1035-1036.

21. Marty P., De M' Uzan M.: La pensee operatoire. Revue Fr Psychoanal 1963; 27: 1345-1356.

22. Sifneos P.: The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. Psychother Psychosom 1973; 22: 255-262.

23. Nemiah J.C.: Psychology and psychosomatic illness. Reflection on theory and research methodology. Psychother Psychosom 1973; 22: 106-111.

24. Uzan M.:

25. McDougall J.: The psychosoma and the psychoanalytic process. Rev Psycho-Anal 1974; 1: 437.

26. Jackson M.: Psychopathology and "Pseudo-Normality". In: Ulcerative Colitis, 1977;

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Unpublished.

27. Alexander F.: Psychosomatic medicine. Its principles and applications. 1950; New York, Grune and Stratton.

28. Μάνος Ν.: Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. 1988; University Studio Press, Θεσσαλονίκη.

29. Γιαννίτση Σ.: Θέματα Ψυχοσωματικής. 1996; Πανεπιστημιακές Εκδόσεις. Ιωάννινα.

30. Greer S.: Mind - body research in psychoncology. Adv Mind Body Med 1999; 15(4): 236-244.

31. Lipowsky ZJ.: Modern meaning of the terms "psychosomatic" and "liaison psychiatry". In: Medicine and Psychiatry. Greed F. and Pfeffer J. (eds.) 1982;; London, Pitman Publishing Ltd, p: 3-34.

32. Lipowsky ZJ.: Psychosomatic Medicine: an overview. In: Modern Trends in Psychosomatic Medicine. 1976; Hill OW (Ed.) Butterworths.

33. Lipowsky ZJ.: Psysical, the individual and the coping processes. Psychiatry Med.1970; 1: 91-102.

34. Bertalanffy L.: General Systems Theory: Foundations, development, applications. 1968; Braziller, New York.

35. Heylighten F.: Basic concepts of the systems approach. Principia Cybernetica Web 1998; 1: 1-8.

36. Γιαννίτση Σ.: Ψυχοσωματική και Ομαδική Ψυχοθεραπεία. 1997; Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

37. Ιπποκράτης (5ος αιώνας π.Χ.): Περί Χυμών. 1992; Εκδόσεις Κάκτος, Αθήνα.

38. Rigatos G.A. and Skarlos D.B.: Psychosomatic concepts in writings of ancient Greek Philosophers. In: Psychosomatic Medicine Past and future. Christodoulou G. (ed.) 1987;

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Phenum Press, New York and London, p: 43-46.

39. Γαληνός (2ος αιώνας). Εκδ. Kuhn Lipsiae Vol. V, p: 11821-33.

40. Γαληνός (2ος αιώνας). Εκδ. Kuhn Lipsiae Vol. XVI, p: 125.

41. Ψελλός Μ. (11ος αιώνας): Πόνημα Ιατρικόν άριστον δι' Ιαμβών. 1842; Berolini: Εκδ. Ideler, Medicine Psysici Graeci Minores.

42. Ρηγάτος Γ.Σ :Εισαγωγή στην ψυχοκοινωνική ογκολογία. 1985; Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα.

43. Brown F.: The relationship between cancer and personality. Annals N Y Acad Sci 1966; 2 : 865 - 872.

44. Hurny C.: Psyche and cancer: Odyssey of an old idea in the troubled waters of modern science. Ann of Oncol 1990; 1: 6-8.

45. Ρασιδάκης Ν.: Ψυχή και καρκίνος. 1983; Αθήνα.

46. Rigatos G. and Samatrzi M.: Life events and cancer: a review. Psycho-oncology letters 1993; 4 : 94-102.

47. Bacon C.L., Renneker R.E., Culter M.: A psychosomatic survey of cancer of the breast. Psychosom Med 1952; 14: 453-460.

48. Greene W.: The psychological setting of the development of leukemia and llymphoma. Ann N.Y. Acad. Sci.1966; CXXV: 794-801.

49. Lipowsky ZJ.: Holistic-medical foundations of American Psychiatry: A bicentennial. Am J Psychiatry 1981; 138: 888-895.

50. Reich W.: Η βιοπάθεια του καρκίνου. 1977; Εκδόσεις Αλκμών, Αθήνα.

51. Sutherland A.M., Orbach C.E., Dyk R.B. et al.: Psychological impact of cancer and

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

cancer surgery. I. Adaptation to dry colostomy. Preliminary report and summary of findings. Cancer 1952; 5: 857-872.

52. Sutherland A.M., Orbach C.E.: Psychological impact of cancer surgery. II. Depressive reactions associated with surgery for cancer. Cancer 1953; 6: 958-962.

53. Schmale A. and Iker H.: The psychological setting of uterine cervical cancer. Ann N Y Acad Sci 1965; 125: 807-813.

54. Schmale A.H. and Iker H.P: The psychological setting of Uterine Cervical Cancer. Annals N Y Acad Sci 1966; 127: 95-100, 1966.

55. Nemeth G., Mezei A.: Personality traits of cancer patients compared with bening tumor patients. In: Psychosomatic aspects of neoplastic desease. Kissen D.M. and LeShan L.L. (eds.). 1964; J.B. Lippincott, Philadelphia p: 12-17.

56. Nemeth G., Mezei A.: Prognostical aspects of cancer on the basis of clinical and psychological data. Acta Med Psychosom 1969; 1: 625.

57. Ρασιδάκης Ν.Κ. : Στοιχεία Ψυχιατρικής. 1982; Εκδόσεις: Μ. Μαραίτου-Σιδερή, Αθήνα.

58. Crisp A.: Some psychosomatic aspects of neoplasia. Br J Med Psychol 1970; 43 (4): 313-331.

59. Ruckdeschel J., Blanchard C., Albrecht T.: Psychosocial oncology research. Where we have been, where are going and why we will not get there. Cancer Aug 1994; 15; 74 (4) : 1458-1463.

60. Holland J.C., Rowland J.H.(eds.): Handbook of Psychooncology. 1989; Oxford University Press, New York.

61. Holland J.C., Zittoun R.: Psychosocial issues in Oncology: a historical perspective. In : Psychosocial aspects of Oncology. Monographs (Series editor: Veronesi U.) Holland J.C., Zittoun R. (eds.) 1987; European School of Oncology, Springer-Verlag, 3-9.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

62. Baltrusch H. and Waltz M.: Cancer from a biobehavioral and social epidemiological perspective. Soc Sci Med 1985; 20 (8): 789-794.

63. Baltrusch H.J.F., Strangel W. and Waltz M.: Cancer from a biobehavioral perspective: The type C pattern. Act Nerv Sup 1988; 30: 12-21.

64. Baltrusch H.J.F.: Life style; Coping and cancer. Is there a predisposing personality pattern? Psychooncology letters 1990; 1(3): 18-24.

65. Redd W., Jacobsen P.: Emotions and cancer. New perspectives on an old question. Cancer Oct. 1988; 15; 62(8): 1871-1879.

66. Lerman C., Rimer B., Engstrom P.: Cancer risk notification: psychosocial and ethical implications. J Clin Oncol 1991; 9 (7): 1275-1282.

67. Chen M.: Behavioral and psychosocial cancer research in the underserved. An agenda for the future. Cancer Aug. 1994; 15; 74 (4) : 1503-1508.

68. Spiegel D., Kato P.: Psychosocial influences on cancer incidence and progression. Harv Rev Psychiatry 1996; 4 (1): 10-26.

69. Baum A., Posluszny D.: Heathy psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness. Ann Rev Psychol 1999; 50: 137-163.

70. Kiecolt-Glaser J.K., Glaser R.: Methodological issues in behavioral immunology research with humans. Brain, Behavior and Immunity 1988; 2: 67-78.

71. Kiecolt-Glaser J.K., Glaser R.: Stress and immune function in humans. In: Psychoneuroimmunology. Ader R., Felton D.L.,Cohen N. (eds.): 1991; Academic Press, New York, p: 849-868.

72. Bovbjerg D.H.: Psychoneuroimmunology – Implications for Oncology? Cancer 1991; 67: 828-832.

73. Bovbjerg D.H., Redd W.H.: Psychoneuroimmunology: Interactions between brain, nervous system, behavior endocrine and immune system. In: Anticipatory nausea and

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

immune suppression in cancer patients receiving cycles of chemotherapy: Conditioned responses? Schmoll H.J., Tewes U., Plotnkoff N.P. (eds.). 1992; Lewiston N.Y.: Hogrefe & Huber p: 237-250.

74. Selye H.: A syndrome produced by diverse nocuous agents. Nature 1936; 138: 32.

75. Selye H.: The story of adaptation syndrome. 1952; Acta, Montreal.

76. Selye H.: The stress of life. 1956; McGraw Hill, New York.

77. Selye H.: Stress without distress. 1974; Lippincott, Philadelphia.

78. Selye H., Tuchener B.: Stress in relation to aging and disease. In: Hypothalamus, Pituitary and aging. Everitt A., Burgess J. (eds.). 1976; Springfield Ill, Charles Thomas.

79. Παυλίδης Ν., Δόντας Ν., Κορδιολής Ν., Ρώτας Ρ. : Η ψυχοσωματική θεώρηση του καρκίνου. Ελληνική Ογκολογία 1982; 18 (1): 5-27.

80. Αγγελόπουλος Ν.: Σημαντικά γεγονότα και ψυχική υγεία. Στο: Θέματα Κοινωνικής Ψυχιατρικής.

81. Cannon W.B.: Bodily changes in pain. In: Fear and Rage, 1929; Hunger, New York.

82. Cannon W.B.: The wisdom of the body. 1932; Norton, New York.

83. Caplan G.: Mastery of stress: Psychological aspects. Am J Psychiat 1981; 138 (4): 413-420.

84. Παυλίδης Ν.: Η σχέση ανάμεσα στο νευρικό, ενδοκρινικό και ανοσολογικό σύστημα. Η έννοια του ΄΄νευρο - ενδοκρινο - ανοσολογικού άξονα΄΄. 7° Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, 1981; Αθήνα.

85. Solomon G.: Psychoneuroimmunology: interactions between central nervous system and immune system. In: Neuroimmunomodulation. Regino J., Hashim, de Vellis J. (Eds.) 1987; Alan Liss, Inc. New York U.S.A.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

86. Kiecolt-Glaser J., Glaser R.: Psychoneuroimmunology and cancer: fact or finction? Eur J Cancer 1999; 35 (11): 1603-1607.

87. Edelman G.: Group selection as the basis for higher brain function. In: The organization of the celebral contex. Schimitt F. (ed.), 1981; Cambridge, Mass: MIT Press p: 535-563.

88. Sklar L. and Anisman H.: Social stress influences tumor growth. Psychosom Med. 1980; 42: 347-365.

89. Sklar L. and Anisman H.: Stress and cancer. Psychol Bull 1981; 89 (3): 369-406, 1981.

90. Guillaud-Bataille J., Cuyotat J., Amiel-Lebigre F. et al.: Psyche et cancer. Synapse 1984; 8: 47-68.

91. Ader R. : Psychosomaric and psychoimmunologic research. Psychosom Med 1980; 42 : 307-321.

92. Zarrow M., Campbell P. and Denenberg V.: Handing in infancy: increased levels of the hypothalamic corticotropin releasing factor (CRF) following exposure to a novel situation. Proc Soc Exp Biol Med 1972; 141: 356.

93. Ader R. and Friedman S. : Differential early experiences and susceptibility to transplanted tumor in the rat. J Compar Physiol Psychol 1965; 59 : 361-364.

94. Schapiro S. and Vukovitch K.: Early effects upon cortical dendrites: a proposed model for development. Science 1970; 167: 292.

95. Mollgaard K., Diamond M., Bennett E. et al.: Quantitative synaptic changes with differential experiences in rat brain. Int J Neurosci 1971; 2: 113.

96. Greenough W. and Volkmar F.: Pattern of dendtritic branching in occipital cortex of rats reared in complex environments. Exp Neyrol 1973; 40: 491.

97. Kuhn C., Bulter S., Schanberg S.: Selective depression of serum growth hormone during maternal deprivation in rat pups. Science 1978; 201: 1034.

98. Ρηγάτος Γ.: Ψυχοσωματικές απόψεις πάνω στον καρκίνο. Νοσοκομειακά Χρονικά 1980;

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

42 (5): 410-46.

99. Riley V.:Mouse mammary tumors: alteration of incidence as apparent function of stress. Science 1975; 189: 465-467.

100. Henry J., Stephens P. and Watson F.: Force breeding, social disorder and mammary tumor in CBA/VSC mouse colonies: a pilot study. Psycosomatic Medicine 1975; 37: 277-283.

101. Blitzer A.: Communicating with cancer patients and their families. 1990; The Charles Press Philadelphia.

102. La Barba R.: Experimental and environmental factors in cancer. A review of research with animals. Psychoso Med 1970; 32 (3): 259-276.

103. La Barba R., Lazar J., White J.: The effects of maternal separation, isolation and sex on the response to Ehrlich carcinoma in BALB-C mice. Psychosom Med 1972; 34 (6): 55-79.

104. Crisp A. : Some psychosomatic aspects of neoplasia. Brit J Med Psychol 1970; 43 :311-316.

105. Dechambre R.: Donnees experimentales sur les relations entre des facteurs psychosociaux et l' evolution de tumeurs greffees chez la souris. In: Compte-rendu des IIes Journees Medicales sur les problemes psychologiques en rapport avec le cancer". 1977; MASON Ed.. p: 152-158.

106. Fox B.: Current theory of psychogenetic effects on cancer incidence and prognosis. Journal of Psychosocial Oncology 1983; 1:17-31.

107. Levenson J., Bemis C.: The role of psychologiacl factors in cancer onset and progression. Psychosomatics 1991; 32 (2): 124 - 132.

108. Fras I., Litin E., Pearson J.: Comparison of psychiatric symptoms in carcinoma of the pancreas with those in some other intra-abdominal neoplasms. Am J Psychiatry 1967; 123: 1553-1556.

109. Ernster V. Sucks S. Selvin S. et al.: cancer incidence by marital status: US Third National Cancer Survey. J Natl Cancer Inst 1979; 63: 567-585.

110. Horne R., Picard R.: Psychosocial risk factors for lung cancer. Psychosom Med 1979; 43: 431-438.

111. Leherer S.: Life change and gastric cancer. Psychosom Med 1980; 42: 499-502.

112. Forsen A.: Psychosocial stress for breast cancer. Psychother Psychosom 1991; 55 (2-4): 176-185.

113. Ramirez A. Craig T., Watson J. et al.: Stress and relapse of breast cancer. Br Med J 1989; 298: 291-293.

114. Ganz P., Hirji K. Sim M. et al.: Predicting psychosocial risk in patients with breast cancer. Med Care 1993; 31(5): 419-431.

115. Uchino B., Cacioppo J., Kiecolt-Glaser J.: The relationship between social support and psychological processes : a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. Psychol Bull 1996; 119 (3): 488-531.

116. Levy S, Herberman R. Maluish A. et al.: Prognostic risk assessment in primary breast cancer by behavioral and immunological parameters. Health Psychol 1985; 4: 99-113.

117. Levy S, Herberman R., Whiteside T. et al.: Perceived social support and tumor estrogen / progesterone receptor status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients. Psychosom Med 1990; 52: 73-85.

118. Dorian B., Garfinkel P.: Stress, immunity and illness: a review. Psychol Med 1987; 17: 393-407.

119. Mendelsohn J., Lippman M.E.: Principles of molecular cell biology of cancer: growth factors. In: Principles and practice of oncology, Devita V.T., Hellman S., Rogenberg S.A. (eds.) 1993; 4th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, p: 114-133.

120. Byrnes D., Antoni M., Goodkin K., et al.: Stressful events, pessimism, natural killer cell

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

cytotoxicity and cytotoxic / supressor T cells in HIV + Black women at risk for cervical cancer. Psychosom Med 1998; 60 (6): 714-722.

121. Cooper C., Cooper L., Faragher E.: Incidence and perception of psychological stress: a relationship with breast cancer. Psychol Med 1989; 17(2): 415-422.
122. Cooper C., Faragher E.: Psychological stress and breast cancer, the inter-relationship between stress events, coping strategies and personality. Psychol Med 1993; 23(3): 653-662.

123. Wirsching M., Drings P., Georg W. et al.: Psychosocial factors of preserving health? Prospective studies of breast cancer, bronchial cancer and fibrocystic mastopathy. Psychother Psychosom Med Psychol 1990; 40(2): 70-75.

124. Hilakivi-Clarke L., Rowland J., Clarke R., Lippman M.: Psychosocial factors in the development and progression of breast cancer. Breast Cancer Res Treat 1994; 29(2): 141-160.

125. Finn F., Mulcahy R., Hickey N.: The psychological profiles of coronary and cancer patients and of matched controls. Inter J Med Sci 1974; 143: 176-178.

126. Snell L., Graham S.: Social trauma as related to cancer of the breast. Br J Cancer 1971; 25: 721-734.

127. Grissom J., Weiner B., Weiner E.: Psychological correlates of cancer. J Consult Clin Osychology 1975; 43: 113.

128. Keehn R.: Follow-up studies of World War II and Korean conflict prisoners. Am J Epidemiol 1980; 111: 194-211.

129. Burgess C.: Stress and cancer. Cancer Surv 1987; 6 (3): 403-416.

130. Bulter L., Koopman C., Classen C., Spiegel D.: Traumatic stress, life events and emotional support in women with metastatic breast cancer: cancer related traumatic stress symptoms associated with past and current stress. Health Psychol 1999; 18 (6): 555-560.

131. Grossarth-Maticek R., Eysenck H., Boyle G. et al.: Interaction of psychosocial and physical risk factors in the causation of mammary cancer and its prevention through psychological methods of treatment. J Clin Psychol 2000; 56(1): 33-50.

132. Lazarus R.S.: Psychological stress and coping process. 1966; McGraw Hill, New York.

133. Lazarus R.S., Averill J.R., Opton E.M.: The psychology of coping. Issues on research and assessment. In: Coelho G.V., Hamburg D.A. and Adams J.E. (eds.): Coping and adaptation.1974; Basic Books, New York.

134. Zander E.: Cancer - a psychosomatic disease. Z Psychosom Med Psychoanal 1983; 29 (4): 363-379.

135. Winnicott D.W.: Transitional objects and transitional phenomena. Int J Psychanal 1953; 34: 89.

136. Lazarus R.: Coping with the stress of illness. WHO Regional Publications European Service 1992; 44: 11-31.

137. Lazarus R.: Coping theory and resarch: past, present and future. Psychosom Med 1993; 55: 234-247.

138. Paykel E.: Methodology of Life Events Research. Adv Psychosom Med 1987; 17: 13-29.

139. Brown F.: The relationship between cancer and personality. 1966; Annals N Y Acad of Sci, p: 865-872.

140. Holmes T.S., Rahe R.H.: The social Readjustment Scale. J Psychosom Res 1967; 11: 213-218.

141. Moos R.: Human adaptation: coping with life crises. 1976; Lexington, K.Y., D.C. Health.

142. Lilja A., Smith G., Malmstrom P., Salford L.: Attitude towards aggression and creative functioning in patients with breast cancer. Percept Mot Skills 1998; 87 (1): 291-303.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

143. Weisman A.: Coping with cancer. 1979; McGraw-Hill. New York p: 119-129.

144. Weisman A.: Vulnerability and the psychological disturbances of cancer patients. Psychosomatics 1989; 30 (1): 80-85.

145. Faller H., Bulzebruck H., Schilling S., Drings P., Lang H.: Do psychological factors modify survival of cancer patients? II: Results of an empirical study with bronchial carcinoma patients. Psychother Psychosom Med Psychol 1997; 47 (6): 206-218.

146. Paykel E.S. : Life events and depression: A controlled study. Arch Gen Psychiat 1969; 21: 753-759.

147. Anisman H., Zacharko R.: Depression as a consequence of inadequate neurochemical adaptation in response to stressors. Br J Psychiatry Suppl Feb 1992; (15): 36-43.

148. Βασιλείου Γ.: Ο άνθρωπος ως σύστημα: Μια παρουσίαση για τον παιδοψυχίατρο. Στο: .Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής. Τσιάντης Γ. και Μανωλόπουλος Σ. 1987; Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.

149. Damigos D.: Crise, evenement et cancer. These DERBH. Faculte de Medecine, 1986; Universite Lyon I.

150. ΔαμίγοςΔ. : Η ψυχολογική διάσταση στην καρκινική διεργασία. 1990; Διδακτορική Διατριβή, Ιωάννινα .

151. Δαμίγος Δ.: Σημειώσεις Ιατρικής Ψυχολογίας. 1996; Πανεπιστημιακές Εκδόσεις, Ιωάννινα.

152. Παπαδάτου Δ.: Στρες και παρέμβαση στην κρίση. Στο: Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας. Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ.. 1995; Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

153. Morin E.: Pour une crisologie. Communications 1976; 25: 149-163.

154. Morin E.: Le methode 1. La nature de la nature. 1976; Seuil, Paris.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

155. Aagaard J.: Stressful life events and illness: a review with special references to a criticism of the life event method. In: Breakdown in Human Adaptaion to stress. Towards a multidisciplinary approach. 1984; Nijkoff M. (ed.) For the Commision of the European Communities.

156. Bolger N., Foster M, Vinokur A.: Close relationships and adjustment to a life crisis: the case of breast cancer. J Pers Soc Psychol 1996; 70 (2): 283-294.

157. Zervas I., Augustine A., Fricchione G.: Patient delay in cancer. A review from the crisis model. Gen Hosp Psychiatry 1993; 15(1): 9-13.

158. Worden J., Sobel H.: Ego strenght and psychosocail adaptation to cancer. Psychosom Med 1978 ; 40 (8): 585-592.

159. Gammon J.: Which way out of the crisis? Coping strategies for dealing with cancer. Prof Nurse 1993; 8 (8): 488-493.

160. Harrison J., Maguire P., Pitceathly C.: Confiding in crisis: gender differences in pattern of confiding among cancer patients. Soc Sci Med 1995; 41 (9): 1255-1260.

161. Parle M., Jones B., Maguire P.: Maladaptive coping and affective disorders among cancer patients. Psychol Med 1996 ; 26: 735-744.

162. Scheier M., Bridges M.: Person variables and health: personality predispositions and acute psychological states as shared determinants for disease. Psychosom Med 1995; 57(3): 255-268.

163. Fox B.: The role of psychological factors in cancer incidence and prognosis. Oncology 1995; 9(3): 245-256.

164. LeShan L. and Worthington R.E.: Personality as a factor in the pathogenesis of cancer. A review of the literature. British Journal of Medical Psychology 1956; 29: 49-56.

165. LeShan L. and Worthington R.E.: Some recurrent life history pattern observed in patients with malignant disease. J Nerv Ment Dis 1956; 124: 460-465.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

166. LeShan L.: Psychological states as factors in the development of malignant disease: a critical review. J Natl Cancer Inst 1959; 22: 1-18, 1959.

167. LeShan L: An emotional life history pattern associated with neoplastic disease. Ann N Y Acad Sci 1969; 164: 546-557.

168. LeShan L.: You can fight for your life. 1977; M. Evans and Co. New York.

169. Bahnson C.B. and Bahnson M.B.: Role of the defenses : denial and repression in the etiology of malignant neoplasm. Ann NY Acad Sci 1966; 125(3): 827-845.

170. Bahnson C.B. and Bahnson M.B.: Ego defences in cancer patients. Ann NY Acad Sci 1969; 164:546-559.

171. Bahnson C.B.: Psychologic and emotional issues in cancer: The psychotherapetic care of the cancer patient. Sem in Oncol 1975; 2 (4).

172. Bahnson C.B.: Emotional and personality characteristics of cancer patients. In: Oncology Medicine. Clinical Topics and Practical Management. Sutnick A.J. and Enjstrom P.F. (eds). 1976; University Park Press. Baltimore.

173. Bahnson C.: Stress and cancer: the state of the art. Part 1. Psychosomatics 1980; 21 (12): 975-981.

174. Eysenck H.J.: Cancer, personality and stress. Adv Behav Res Ther 1994; 16: 167-215.

175. Kissen D.M., Brown R.I.F. and Kissen M.A.: Further report on personality and psychosocial factors in the lung cancer. Ann N Y Acad of Sci 1969; 164: 535.

176. Nemeth G. and Mezei A.: Personality traits of cancer patients compared with bening tumors on the basis of the Rorshach Test. In: Psychosomatic aspects of neoplastic disease. Kissen D., and LyShan L.L. (eds). 1963; Pitman, London.

177. Schmale A.H. and Iker H.P: Hopelessness as a predictor of cervical cancer. Soc Sci Med 1971; 5 (2): 95-100.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

178. Greer S. and Watson M.: Towards a psychobiological model of cancer: Psychological considerations. Soc Sci Med 1985; 20: 773-777.

179. Kiecolt-Glaser J.K., Cacioppo J.T., Malarkey W.B., Glaser R.: Acute psychological stressors and sort-term immune changes. What, why, for whom and to what extent? Psychosom Med 1992; 54:680-685.

180. Cooper C., Faragher E.: Psychological stress and breast cancer, the inter-relationship between stress events, coping strategies and personality. Psychol Med 1993; 23(3): 653-662.

181. Herbert T.B. Cohen S.: Stress and immunity in humans: A metaanalytic review. Psychosom Med 1993; 55:364-379.

182. Spiegel D., Kato PM.: Psychosocial influences on cancer incidence and progression. Harv Rev Psychiatry, May-June 1996; 4(1): 10-26.

183. Taylor P., Abrams D., Hewstone M.: Cancer, stress and personality: a correlational investigation of life events, repression - sensitization and locus of control. Br J Med Psychol, 1988; 61: 179-83.

184. Temoshoc L.: Personality, coping style, emotion and cancer: Towards an integrative model. Cancer Surv 1987; 6:545-567.

185. McGee R., Williams S., Elwood M.: Depression and the development of cancer: a meta-analysis. Soc Sci Med 1994; 38(1): 187-192.

186. Friedman G.: Psychiatrically - diagnosed depression and subsequent cancer. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 1994; 3 (1): 3-11.

187. Linkins R., Comstock G.: Depressed mood and development of cancer. Am J Epidemiolo 1990; 132 (5): 962-972.

188. Besbes K., Douki S., Ben Abdallah M. et al.: Depression and cancer. Results of an initial study of 707 patients. Bull cancer 1995; 82(11): 954-960.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

189. Bieliauskas L., Garron D.: Psychological Depression and cancer. Gen Hosp Psych 1982; 4: 187-195, 1982.

190. Brown J., Paraskevas F.: Cancer and depression: cancer presenting with depressive illness: an autoimmune disease? Br J Psychiatry 1982; 141: 227-232.

191. Shekelle R.B., Raynor W.J., Ostfeld A.M., Carron D.C., Bieluskas L.A., Liu S.C., Maliza C. and Oglesby P.: Psychological depression and a 17 - year risk of death from cancer. Psychosom Med 1981; 43 (2): 117-125.

192. Persky V., Kempthorne-Rawson J., Shekelle R.: Personality and risk of cancer: 20 year follow-up of the Western Electric Study. Psychosom Med 1987; 49(5): 435-449.

193. Grossarth - Maticek R., Kanazir D., Schmidt P., Vetter H.: Psychosomatic factrors in the process of carcinogenesis. Theoretical models and empirical results. Psychother Psychosom 1982; 38: 284 - 302.

194. Grossarth - Maticek R., Bastianns J., Kanazir D.: Psychological factors as strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and stroke: the Yogoslav prospective study. J Psyhosom Res 1985; 29(2): 167-176.

195. Cassileth B., Lusk E., Miller D. et al.: Psychological correlates of survival in advanced malignant disease? N Engl J Med 1985; 312: 1551-1555.

196. Jamison R., Burish T., Wallston K.: Psychogenic factors in predicting survival of breast cancer patients. J Clin Oncol 1987; 5: 772 -798.

197. Hahn R., Pettiti D.: Minnesota Multiphasic Personality Inventory: rated depression and the incidence of breast cancer. Cancer 1988; 61: 845-848.

198. Kaplan G., Reynolds P.: Depression and cancer mortality and morbidity: prospective evidence from the Alameda County study. J Behav Med 1988; 11: 1-13.

199. Weissman M. Myers J., Thompson W. et al.: Depressive symptoms as a risk factor for mortality and for major depression. In: Life -Span Research on the Prediction of

Psychopathology. 1986; Erlenmeyer - Klimling L., Miller N., Hillscade N., Lawrence Erlbaum (eds.), p: 251-260.

200. Zonderman A.B., Costa P., McCrae: Depression as a risk for cancer morbidity and mortality in a nationally representative sample. JAMA 1989; 262: 1191-1195.

201. Fox B.: Depressive symptoms and risk of cancer. JAMA 1989; 1 (9): 1231.

202. Greene J.: The psychosocial setting of the development of leukemia and lymphoma. Ann N Y Acad Sci 1956; 25: 794.

203. Correa J., Lema A., Del C., Artiagoitia M.: Una dinamica de perdodas en la historia vital del enfermo con cancer. Acta Psychiat Psicol Amer Lat 1980; 16: 228-241.

204. Kissen D., Brown R., Kissen M.: Further report on personality and psychosocial factors in the lung cancer. Ann N Y Acad Sci 1969; 164: 535.

205. Berkman L., Syme S.: Social networks, host resistance and mortality : a nine year follow-up study of Alameda County residents. Am J Epidem 1979; 109(2): 186-204.

206. Muslin H.L., Hyarfas K., Pieper W.J.: Separation experience and cancer of the breast. Ann N Y Acad Sci 1966; 1125: 802-819.

207. Murphy E. and Brown G.W.: Life events, psychiatric disturbance and physical illness. Br J Psychiat 1980; 136: 326-338.

208. Jacobs T.J. and Charles E. : Life events and occurrence of cancer in children. Psychosom Med 1980; 42 (1): 11-24.

209. Helsing K., Szklo M.: Mortality after bereavement. Am J Epidemiol 1981; 114: 41-52.

210. Klerman G., Clayton P.: Epidemiological perspectives on the health consequences of bereavement. In: Bereavement: Reactions, consequences and care. Osterweis M., Soloman F., Green (eds.). 1984; Institute of Medicine, National Academy of Sciences. National Academy Press, Washington.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

211. Kneier A., Temoshok L.: Repressive coping reactions in patients with malignant melanoma as compared to cardiovascular disease patients. J Psychosom Res 1984; 28 (2): 145-155.

212. Kiecolt-Glaser J.K., Garner W., Speicher C., et al: Psychosocial modifiers of immune competence in medical students. Psychosom. Med. 1984; 46:612-624.

213. Kiecolt-Glaser J.K., Glaser R., Strain E.C., et al.: Modulation of cellular immunity in medical students. J. Behav. Med. 1986; 9:5-21.

214. Raimbault E.: Role of psychological factors in carcinogenesis and the development of cancerous disease. Bull Cancer 1986; 73(6): 719-722.

215. Kennedy S., Kiecolt-Glaser J., Glaser R.: Immunological consequences of acute and chronic stressors: mediating role of interpersonal relationships. Br J Med Psychol 1988; 61: 67-85.

216. Holland J.: Behavioral and psychosocial risk factors in cancer: human studies. In: Handbook of Psychooncology. Holland J., Rowland J. (eds.). 1989; Oxford University Press, New York, p: 705-726.

217. Hurny C.: Psyche and cancer: Odyssey of an old idea in the troubled waters of modern science. Ann of Oncol 1990; 1: 6-8.

218. Levy S., Herberman R., Whiteside T. et al.: Perceived social support and tumor estrogen / progesterone receptor status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients. Psychosm Med 1990; 52: 73-85.

219. Biondi M., Constantini A., Parisi A.: Can loss and grief activate latent neoplasia? Psychother Psychosom 1996; 65: 102-105.

220. Biondi M., Picardi A.: Clinical and biological aspects of bereavement and loss-induced depression. Psychother Psychosom 1996; 69: 229-249.

221. Biondi M., Peronti M., Pacitti F. et al.: Personality, endocrine and immune changes after eight months in healthy individuals under normal daily stress. Psychother Psychosom

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

1994; 62: 176-184.

222. Cox T, Mackay C.: Psychosocial factors and psychophysiological mechanisms in the aetiology and development of cancers. Soc Sci Med 1982; 16(4): 381-396.

223. Brittenden J., Heys S., Ross J., Eremin O.: Natural killer cells and cancer . Cancer 1996; 1; 77 (7): 1226-1243.

224. Engel G.: A life setting conductive to illness. The giving-up, given-up complex. Bulletin Menninger Clin 1968; 32: 355-365.

225. Watson M., Haviland J., Greer S. et al.: Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. Lancet 1999; 16; 354 (9187): 1331-1336.

226. Edmonds C., Lockwood G., Cunningham A.: Psychological response to long-term group therapy: a randomized trial with metastatic breast cancer patients. Psychooncology 1999; 8 (1): 74-91.

227. Kreitler S.: Denial in cancer patients. Cancer Invest 1999; 17 (7): 514 -534.

228. Leigh H., Ungerer J., Percaprio B.: Denial and helplessness in cancer patents undergoing radiation therapy: sex differences and implications for prognosis. Cancer 1980; 15; 45 (12): 3086-3089.

229. Kissen D.: The significance of personality in lung cancer in men. Ann N Y Acad Sci 1966; 125: 802-826.

230. Kissen D., Brown R.: A further report on personality and psychosocial factors in lung cancer. Ann N Y Acad Sci 1969; 164; 535-544.

231. Van der Ploeg H., Kleijn W., Mook J. et al.: Rationality and antiemotionality as a risk factors for cancer: concept differentiation. J Psychosom Res 1989; 33 (2): 217-225.

232. Bleiker E., van der Ploeg H., Hendriks J., Ader H.: Personality factors and breast cancer development: a prospective longitudinal study. J Nat Cancer Inst 1996; Oct 16; 88 (20):

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

1478-1482.

233. Bleiker E., van der Ploeg H., Ader H. et al.: Personality traits of women with breast cancer: before and after diagnosis. Psychol Rep 1995; 76 (3 Pt 2): 1139-1146.

234. Liste K.: Breast cancer, personality and the feminine role. Patient Educ Couns 1999; 36(1): 33-45.

235. Blumberg E.M., West P.M., Ellis F.W.: A possible relationship between psychological factors and human cancer. Psychosom Med 1954; 16: 277-286.

236. Greer S, Morris T.: Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study. J Psychosom Res 1975; 19: 147-153.

237. Shaffer J., Graves P., Swank R. et al.: Clustering of personality traits in youth and the subsequent development of cancer among physicians. J Behav Med 1987; 10: 441-447.

238. Temoshok L., Heller B.: Stress and type C versus epidemiological risk factors in melanoma. Paper presented at the 89th Annual Convention of the American Psychological Association, 1981; Los Angeles.

239. Temoshok L., Heller B., Sageviel R., et al.: The relationship of psychological factors of prognosis indicators in coetaneous malignant melanoma. J Psychosom Res 1984; 28: 145-155.

240. Angelopoulos N.: Mental symptoms, hostility features and stressful life events in people with cancer. Acta Psychiat Scand, 1995; 92: 44-50.

241. Fox C.M.., Harper A.P., Hyner G.C., Lyle P.M.: Loneliness, emotional repression, marital quality major life events in women who develop breast cancer. J Community Health, 1994; 19: 467-82.

242. Watson M., Greer S., Rowden L., Gorman C., Robertson B., Bliss J.M., Tunmore R.: Relationship between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. Psychol Med 1991; 21: 51-57.

243. Ratcliffe M.A., Dawson A.A. and Walker L.G.: Eysenck Personality Inventory L-Scores in patients with Hodgkin's disease and Non-Hodgkin's Lymphoma. Psycho-oncology 1995; 4: 39-45.

244. Walker L.G.: The measurement of anxiety. Postgrad Med 1991; 66(2): 11-17.

245. Walker L.G.: Hypnosis with cancer patients. Am J Prev Neurol 1992; 3:42-49.

246. Walker L.G., Johnson V.C. and Eremin O.: Modulation of the immune response to stress by hypnosis and relaxation training in healthy volunteers: a critical review. Contemp Hypn 10: 19-27, 1993.

247. Lilja A., Smith G., Malmstrom P., Salford LG., Idvall I.: Psychological profile related to malignant tumors of different histopathology. Psychooncology 1998; Sep-Oct 7(5): 376-386.

248. Serafino X., Tatossian A., Fresco R., Extremet J., Meyer G.: Psychological factors in the etiology of cancers: methodological problems. Bull Cancer 1978; 65 (4): 401-406.

249. Scharrz R. and Geyer S.: Social and psychological differences between cancer and non cancer patients. Cause or consequence of the disease? Psychother Psychosom 1989; 41: 195.

250. Yamaoka K., Shigehisa T., Ogoshi K. et al.: Health- related quality of life varies with personality types: a comparison among cancer patients, non-cancer patients and healthy individuals in a Japanese population. Qual Life Res 1998; 7(6): 535-544.

251. Moorey S., Greer S., Watson M. et al.: The factor structure and factor stability of the hospital anxiety and depression scale in patients with cancer. Br J Psychiatry 1991; 158: 255-259.

252. Andrykowsky M., Brady M., Henslee-Downey P.: Psychosocial factors predictive of survival after allogenetic bone marrow transplantation for leukemia. Psychosom Med 1994; 56 (5): 4432-439.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

253. Faller H., Lang H., Schilling S.: Causal "cancer personality" attribution - an expresion of maladaptive coping with illness? Z Klin Psychol Psychiatr Psychother 1996 ; 44 (1): 104-106.

254. Spiegel D.: Cancer and depression. Br J Psychiatry Suppl 1996; 30: 109-116.

255. Akechi T., Okamura H., Yamawaki S., Uchitomi Y.: Predictors of patients' metal adjustment to cancer: patient characteristics and social support. Br J Cancer 1998; 77 (12): 2381-2385.

256. Garssen B. and Goodkin K.: On the role of immunological factors as mediators between psychosocial factors and cancer progression. Psychiatry Rev 1999; 18; 85 (1): 51-61.

257. Taylor G, Bagby R., Parker J.: The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. Psychosomatics 1991; 32: 153-164.

258. Taylor G, Bagby R., Parker J.: Is alexithymia a non -neurotic personality dimension? A .response to Rubino, Grasso, Sonnino and Pezzarosa. Br J Med Psychol 1993; 66: 281-187.

259. Taylor G.: The alexithymia construct: Conceptualisation, validation and relationship with dimension of personality. New Trends Exp Clin Psychiatry 1994; 10: 61-74.

260. Fukunishi I., Migguchi M., Nishihara Y.: Influence of ego strength on association of alexithymia and depression. Pyschol Rep 1997; 79: 999-1005.

261. Smith R.: Alexithymia in medical patients referred to a consultation /liaison service. Am J Psychiat 1983; 140 (1): 99-101.

262. Eysenck H.: Smoking and health. In: Smoking and society. Tollisn R. (ed.) 1986; Lexington Books, Lexington.

263. Eysenck H.: Personality, stress and cancer: prediction and prophylaxis. Br J Med Psychol 1988; 61: 57-75.

264. Bertagne P., Pedinielli J., Marliere C.: Alexithymia: evaluation, quantitative and clinical

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

data. Encephale 1992; 18 (1): 121-130.

265. Papciak A., Feuerstein M., Spiegel J.: Stress reactivity in alexithymia: Decoupling of psychological and cognitive responses. J Hum Stress 1985; 11: 135-142.

266. Martin J., Pihl R.: The stress - alexithymia hypothesis: theoretical and empirical considerations. Psychother Psychosom 1985; 43 (4): 160-176.

267. Martin J., Pihl R.: Influence of alexithymia characteristics on physiological and subjective stress responses in normal individuals. Psychother Psychosom 1986; 45: 66-77.

268. Faherengers J.: Concepts of activation and arousal in the theory of emotionality (neurotism). In: Personality dimensions and arousal. Strelan J., Eysenck H. (eds): 1987; Plenuma Press, New York.

269. Infrasca R.: Alexithymia, Neurovegetative, Arousal and Neuroticism. Psychother Psychosom 1997; 66: 276-280.

270. Hare R.: Response requirements and directional fractionation of autonomic response. Psychophysiology 1972; 9: 419-427.

271. Engel B.: Response specificity. In : Handbook Psychophysiology. Greenfield N., Strenbach R. (eds.). 1972; Holt, Rinehart & Wiston, New York.

272. Miller L.: Is alexithymia a disconnection syndrome? A neurophysiological perspective. Int J Psychiatry Med 1986; 16: 199-209.

273. Dodge K., Garber J.: Domains of emotion regulation. In: The Development of Emotion Regulation and Dysregulation. Garber J., Dodge K. (eds) 1991; Cambridge University Press, Cambridge p: 3-11.

274. Hoppe K., Bogen J.: Alexithymia in twelve commissurotomised patients. Psychother Psychosom 1977; 28: 148-155.

275. Tenllouten W., Hoppe K., Bogen J. et al.: Alexithymia: an experimental study of celebral

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

commissurotomy patients and normal control subjects. Am J Psychiatry 1986; 143: 312-316.

276. Smith M., Daurat A., Pariente P., Sifneos P.: French translation of Scalling-Sifneos Personality Scale Revised and Beth Israel Questionaire, 2 evaluation tools of alexithymia. Encephale 1992; 18 (2): 171-174.

277. Lolas F.: Event-related slow brain potentials, cognitive process and alexithymia. Psychother and Psychosom 1978; 30: 116-129.

278. Flannery J.: Alexithymia, the communication of physical symptoms. Psychother Psychosom 1977; 28: 133-140.

279. Flannery J., Taylor J.: Toward integrating psyche and soma: Psychoanalysis and neurobiology. Can J Psychiatry 1981; 26: 15-23.

280. Cooper D.: Will neurobiology influence psychoanalysis? Am J Psychiatry 1985; 142: 1395-1402.

281. Haier R., Sokolski K., Katz M. et al.: The study of personality with positron emission tomography. In: Strelau J., Eysenck H. (eds): Personality Dimensions and Arousal. 1987; Plenum Press, New York.

282. Pardes H.: Neuroscience and psychiatry: marriage or coexistence? Am J Psychiatry 1986; 143: 1205-1212.

283. Kyle N.: Emotions and hemispheric specialization. Psychiatric Clinics of North America 1988; 11(3): 367-372.

284. Anzieu D.: Psychanalyse et Langage. 1989; Dunod, Paris.

285. Vogt R., Burckstummer G., Ernest L., Meyer K. and Rad V.M.: Difference of fantasy life in psychosomatic and psychoneurotic patients. In: Toward a theory of psychosomatic disorders. Brautigam W. and Rad M. (eds). 1977; Basel: Phanomen.

286. Kristal H.: Integration and self-healing: affect, trauma, alexithymia. 1988; Hillsdale,

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Analytic Press.

287. Brzezinski R.: Two decades of the concept of alexithymia. Psychiatric Pol 1995; 29 (4): 443-454.

288. Todarello O., Casamassima A., Marinaccio M., et al.: Alexithymia, immunity and cervical intraepithelial neoplasia: A pilot study. Psychother Psychosom 1994; 61: 199-204.

289. Todarello O., Casamassima A., Daniele S., et al.: Alexithymia, immunity and cervical intraepithelial neoplasia: replication. Psychother Psychosom 1997; 66: 208-213.

290. Todarello O., La Pesa M., Zaka S., et al.: Alexithymia and breast cancer: Survey of 200 women undergoing mammography. Psychother Psychosom 1989; 51: 51-55.

291. Calabrese J., Kling M., Gold P.: Alterations in immunocompetence during stress, bereavement and depression. Focus on neuroendocrine regulation. Am J Psychiatry 1987; 144: 1123-1134.

292. O' Leary A.: Stress, emotion and human immune function. Psychol Bull 1990; 108: 363-382.

293. Henry J., Haviland M., Cummings M., et al.: Shared neuroendocrine patterns of post-traumatic stress disorder and alexithymia. Psychosom Med 1992; 54: 407-415.

294. Anagnostopoulos F., Vaslamatzis Gr., Markidis M., et al.: An investigation of hostile and alexithymic characteristics in breast cancer patients. Psychother Psychosom 1993; 59: 179-189.

295. Greenberg R., Dattore P.: Do alexithymic traits predict illness? J Nerv Ment Dis 1983; 171 (5): 276-279.

296. Dalton J., Feuerstein M.: Fear, alexithymia and cancer pain. Pain 1989; 38 (2): 159-170.

297. Servaes P., Vingerhoets A., Vreugdenhil G. et al.: Inhibition of emotional expression in breast cancer patients. Behav Med 1999; 25(1): 23-27.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

298. Bach M., Bach D.: Predictive value of alexithymia. Psychother Psychosom 1995; 64: 43-48.

299. Γιαννακόπουλος Ξ. : Καρκίνος όρχεος. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις 2000; Ιωάννινα.

300. Buetow S.A.: Epidemiology of testicular cancer. Epidemiol Rev 1995; 17: 433-449.

301. Kamdar R.H., Oliver R.T., Othieno-Abinya N., Gallagher C.J., Shevin M.L.: Geographical epidemiology of ovarian and testicular germ cell cancers. Br J Cancer 1998; 78 (11): 1401.

302. Smith D. R.: General Urology. Lange Medical Publications, 1984; California, U.S.A.

303. Templeton A.C.: Testicular neoplasm in Ufgandan Africans. Afr J Med Sci 1972; 3: 157.

304. Sagalowsky A.I., Admire R.C.: Increasing incidence of testicular cancer in blacks. Urology 1985; 26: 558-560.

305. Αθανασίου Α.Ε : Καρκίνος όρχεος. Στο: Θέματα Παθολογίας Ογκολογίας, Δ.Σ. Ε.Ο.Π.Ε., 1988; σελ: 209-219.

306. Graham S. Gibson R.W.: Social epidemioloy of cancer of the testis. Cancer 1972; 29: 1242-1249.

307. McDowall M., Balarajan R.: Testicular cancer and employment in agriculture. Lancet 1984; 1: 510-511.

308. Kibiehesen P., Andersen A., Irgens L.M., et al.: Testicular cancer and parental use of fertilizers in agriculture. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 1996; 5(1): 3-9.

309. Spitz M.R., Sider J.G., Pollack E.S., Lynch H.K., Newell G.R.: Incidence and descriptive features of testicular cancer among United States whites, blacks and hispanics, 1973-1982. Cancer 1986; 58: 1785-1790.

310. Haughey BP., Graham S., Brasure J., Zielenzy M., Sufrin G., Burnett W.S.: The epidemiology of testicular cancer in Upstate New York. Am j Epidemiol 1989; 130: 25-

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

36.

311. Senturia Y.D.: The epidemiology of testicular cancer. British Journal of Urology 1987; 60:285-291.

312. Einhorn L.H.: Testicular cancer: a new and improved model. J Clin Oncol 1990; 8: 1777-1781.

313. United Kingdom Testicular Cancer Study Group: Aetiology of testicular cancer: association with congenital abnormalities, age at puberty, infertility and exercise. BMJ May 1994; 28; 308 (6941):1393-1399.

314. Parker L.: Causes of testicular cancer. Lancet 1997; 350 (20): 827-828.

315. Swerdlow A.J.,Huttly S.A., Smith P.G. : Is the incidence of testis cancer related to trauma or temperature?. Br J Urol 1988; 61: 518-521.

316. Swerdlow A.J., Higgins C.D., Pike M.C.: Risk of testicular cancer in cohort of boys with criptorchidism. BMJ 1997; 314: 1507-1511.

317. Gallagher R.P., Huchcroft S., Phillips N., Hill G.B., Coldman A.J., Coppin C., Lee T.: Physical activity, medical history and risk of testicular cancer. Cancer Causes Control 6(5): 398-406, 1995.

318. Holleb A.I., Fink D.J., Murphy G.P.: American Cancer Society textbook of Clinical Oncology. American Cancer Society, INC., 1991; Atlanta, U.S.A.

319. Pottern L.M., Brown L.M., Hoover R.N., Javadpour N., O'Connel K.J., Stutsman R.E.: Testicular cancer risk among young men: role of cryptorchidism and inguinal hernia. JHCI 1985; 74: 377-381.

320. Pike MC., Chilvers C., Pechjam M.J.: Effect of age at orchidopexy on risk of testicular cancer. Lancet 1: 1246-1248, 1986.

321. Giweriman A., Grindsted J., Hansen O.M., Skakkeback N.E.: Testicular cancer risk in boys with maldescended testis: Cohort study. J Urol 1987; 138: 1214-1216.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

322. Weiss L.: Some effects of mechanical trauma on the development of primary cancers and their metastases. J Forensic Sci 1990; 35: 614-627.

323. Jensen T.K., Toppari S., Keiding N., Skakkebek N.E.: Do enviromental estrogens contribute to the decline in male reproductive health? Clin Chem 1995; 41: 1896-1901.

324. Mostofi F.K., Sobin L.H.: Histological typing of testis tumors. International classification of tumors, 1977; No 16. World Health Organization, Geneva.

325. Tiltman A.J.: Metastatic tumors in the testis. Histopathology 1979; 3: 31-37.

326. Hesketh P.J., Krane R.J.: Prognostic assessment in nonseminomatous testicular cancer: Implications for therapy .J Urol 1990; 144: 1-9.

327. Mead G.M., Stenning S.P., Parkinson M.C.: The Second Medical Research Council Study of prognostic factors in nonseminomatous germ cell tumors. J Clin Oncol 1992; .10: 85-94.

328. Einhorn L.H. and Williams S.D: Chemotherapy of disseminated seminoma. Cancer Clin Trials 1980; 3: 307-313.

329. Motzer R.J., Bosl G.L. Geller N.L.: Advanced seminoma: The role of chemotherapy and asjunctive surgery. Annals of Internal Medicine 1988; 108: 513-518.

330. Oliver R.T., Lore S.H., Ong J.: Alternatives to radiotherapy in the management of seminoma. British Journal of Urology 1990; 65: 61-67.

331. Rorth M., Cullen M.H., Horwich A.: Management of patients with nonseminomatous germ cell tumors, stage I: Consensus conference. In: EORTC Genitourinary Group Monograph on prostate cancer and testicular cancer. 1990; Wiley-Liss New York, p: 295-302.

332. Cullen M.H., Billinham L.J., Woodroffe C.M., Management preferences in stage non-seminomatous germ cell tumours of the testis: an investigation among patients, controls and oncologists. Br J Cancer 1996; 74 (9): 1487-1491.

333. Sharir S., Jewtt M.A., Sturgeon J.F., Warde PR., Catton C.N., Gospodarowicz M.K.: Progression detection of stage I nonseminomatous testis cancer on surveillance: implications for the follow-up. J Urol 1999; 161(2): 472-476.

334. Braedell J.J., Vugrin D., Whitmore W.Jr.: Selected experience with surgery and combination chemotherapy in the treatment of nonseminomatous testis tumors. J Urol 1983; 129: 985-988.

335. Bokemeyer C., Schmoll H.J.: Treatment strategies in metastatic testicular cancer. Eur Urol 1993; 23(Suppl 2): 50-52.

336. Cullen M.H., Droz J.P.: Management of stage non seminoma: surveillance. In: Horwich A. ed. Testicular cancer: investigation and management 2nd ed. 1996; Chapman & Hall Medical, London, p: 165-180.

337. Peckham M.: Testicular cancer. Reviews in Oncology 1988; 1: 439-453.

338. Stuart N.S., Grundy R., Woodrolle C.M.: Quality of life after treatment for testicular cancer: The patient's view. Eur J Cancer 1990; 26: 291-294.

339. Narayan P., Lange P.H., Fraley E.E.: Ejaculation and fertility after extended retroperitoneal lymph node dissection for testicular cancer. J. Urol 1982; 127: 685-688.

340. Hansen P.V., Trykker H., Svennekjaer I.I.: Long-term recovery of spermatogenesis after radiotherapy in patients with testicular cancer. Radiother Oncol 1990; 18: 117-124.

341. Hansen S.V., Berthelsen J.G., Von der Maase H.: Long – term fertility and Leyding cell function in patients treated for germ cell cancer with cisplatin, vinblastine and bleomycin versus surveillance. J Clin Oncol 1990; 8: 1695-1701.

342. Παπαδόπουλος Η: Ανδρική σεξουαλική ανικανότητα. 1990; Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα.

343. Παπαδόπουλος Η: Ανδρολογία. 1994; Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.

344. Gritz E.R., Wellisch D.K., Wang H.I.: Long-term effects of testicular cancer on sexual

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

functioning in married couples. Cancer 1989; 64: 1560-1565.

345. Rieker P.P., Edbrill S.D., Garnick M.B.: Curative testis cancer therapy: Psychosocial sequelae. J Clin Oncol 1985; 3: 1117-1126.

346. Schover L.R., von Eschenbach A.C.: Sexual and marital relationships after treatment for nonseminomatous testicular cancer. Urology 1985; 25: 251-255.

347. Schover L.P.: Sexuality and fertility in urologic cancer patients. Cancer 1987; 60: 553-558.

348. Herr H.W.: Strategies for the management of recurrent and advanced urologic cancers: Quality of life. Cancer 1987; 60: 623-630.

349. Gritz E.R., Wellisch D.K., Landsverk J.A.: Psychosocial sequelae in long-term survivors of testicular cancer. Psychosoc Oncol 1988; 6:41-63.

350. Tross S., Holland J.C., Bosl G. et al.: A controlled study of psychosocial sequelae in cured survivors of testicular neoplasms. Proc Am Soc Clin Oncol 1984; 3: 74.

351. Schover L., von Eschnbach A., Smith D., Gonzalez J.: Sexual rehabilitation of urologic cancer patients: a practical approach. CA Cancer J Clin 1984; 34 (2): 66-74.

352. Kaasa S., Aass N., Mastekaasa A., Lund E., Fossa SD: Psychosocial well-being in Testicular Cancer patients. Eur J of Cancer 1991; 27 (9): 1091- 1095.

353. Tamburini M., Filiberti A., Barbieri A., Zanoni F., Pizzocaro C., Barletta L.: Psychological aspects of testis cancer therapy: a prospective study. J Urol 1989; 142: 1487-1490.

354. Rieker P.P., Fitzgerald E.M., Kalish L.A. et al.: Psychosocial factors, curative therapies and behavioral outcomes. A comparison of testis cancer survivors and a control group of healthy men. Cancer 1989; 64: 2399-2407.

355. Lange P.H., Narayan P., Vogelzang N.D. et al.: return of fertility after treatment for nonseminomatous testicular cancer: Changing concepts. J Urol 1983; 129: 1131-1135.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

356. Nijman J.M., Schraffordt Koops H., Oldhoff J. et al.: Sexual function after surgery and combination chemotherapy in men with disseminated nonseminomatous testicular cancer. In: Some Aspects of sexual and gonadal function in patients with a nonseminomatous germ-cell tumor of the testis. Nijman J.M. (ed.) 1987; Groningen: Drukkerij van Denderen B.V. p: 39-45.

357. Drasga R.E. Einhorn L.H., Williams S.D. et al.: Fertility after chemotherapy for testicular cancer. J Clin Oncol 1983; 1: 179-183.

358. Arai Y., Kawakita M., Hida S., Terachi T., Okada Y., Yoshida O.: Psychosocial aspects in long - term survivors of testicular cancer. J Urol 1996; 155(2):574 - 578.

359. Malec J., Romsaas E., Trump D.: Psychological and personality disturbance among patients with testicular cancer. J. Psychosoc Oncol 1985; 3: 55.

360. Douchez J., Droz JP., Desclaux B., Allain Y., Fargeot P., Caty A., Charrot P.: Quality of life in long-term survivors of nonseminomatosus germ cell testicular tumors. J Urol 1993; 149(3): 498-501.

361. von Eschenbach AC. : Sexual dysfunction following therapy for cancer of the prostate, testis and penis. Front Radiat Ther Oncol 1980; 14: 42-50.

362. Moynihan C., Bliss J.M., Davidson J., Burchell, Horwich A.: Evaluation of adguvant psychological therapy in patients with testicular cancer: randomised controlled trial. BMJ 1998; 316: 429-435.

363. Freud S.: The infantile genital organization: an interpolation into the theory of sexuality. S.E. 1923; 119: 139-145.

364. Friedman R.: The role of the testicles in male psychological development. (J Am Psychoanal Assoc) JAPA 1996; 44 (1): 201-253.

365. Bell A.: Some observations on the role of the scrotal sac and testicles. JAPA 1961; 9: 261-286.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

366. Vanggaard T.: Phallos: A symbol and Its History in The Male World. Int. 1972; Univ. Press, New York.

367. Laqueur T.: Making sex: Body and Gender from the Greeks to Freud. 1990; Harvard Univ. Press, Cambridge, U.K.

368. Steinach E.: Sex and life: forty years of biological and medical experiments. 1940; Viking Press, New York.

369. Derbes V.: The keepers of the bed: castration and religion. J Amer Med Assn 1970; 212: 97-100.

370. Freud S.: Abstracts of the scientific writings of Dr. S. Freud 1877-1897. S.E.: 1977; 3: 223-254.

371. Bell A.: The significance of the scrotal sac and testicles for the prepuberty male. Psychoanal Q1965; 34: 182-206.

372. Bell A.: Psychological implications of scrotal sac and testes for the male child. Clin Pediatr 1974; 13: 838-847.

373. Glenn J.: Testicular and scrotal masturbation. Int J Psychoanal 1969; 50: 353-363.

374. Myers W.: The psychological significance of testicular problems. JAMA 1976; 24: 609-629.

375. Ross J.: Male Paradox. Simon & Schuster (eds.) 1992; New York.

376. Greenacre P.: The influence of infantile trauma on genetic patterns. In: Emotion Growth. Int Univ Press 1967; 1: 55-76.

377. Blos P.: Comments on the psychological consequences of criptorchism: a clinical study. Psychoanal Study Child 1960; 15: 395-429.

378. Klepsch M. & Logie L.: Children Draw and Tell: an introduction to the projective uses of children' s human figure drawings. 1982; Brunner / Mazel, New York.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

379. Schilder P.: The Image and Appearance of the Human Body. 1950; Int Univ Press, New York.

380. Lemperiere T., Feline A., Gutmann A., Ades J., Pilate C.: Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων. Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα. (Υπεύθυνος έκδοσης.: Π. Σακελλαρόπουλος). 1994; Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.

381. Μάνος Ν., Butcher J.N.: MMPI: Οδηγός χρήσης και ερμηνείας. 1982; Θεσσαλονίκη.

382. Osborne D.: Use of the MMPI with Medical Patients. In: New developments in the use of the MMPI. James N. Butcher (Ed.) 1979; University of Minnesota Press, Minneapolis, Minnesota, U.S.A., p: 141-163.

383. Sobel H.J., Worden E.: The MMPI as a predictor of psychosocial adaptation to cancer. J Couns and Clin Psychol, 1979; 47, 716-724.

384. Edwards J., DiClemente C., Samuels M.: Psychological characteristics: a pretreatment survival marker of patients with testicular cancer. J Psychosoc Oncol 1985; 3 (1): 79-94.

385. Beetge A.: The role of psychological factors in testicular cancer. 1991; University of Pretoria, South Africa.

386. Amiel - Lebigre F.: Evenements existentiels et Psychopathologie. Encephale 1983; 9B-16.

387. Paykel E.: Methodology of life events research. Adv. Psychosomatic Medicine 1987; 17: 13-29.

388. Cochrane C. and Robertson A.: The life events inventory: a measure of the relative severity of psychosocial stressors. J Psychosom Research 1973; 17: 135-139.

389. Hamilton M.: Diagnosis and rating of anxiety. In studies of anxiety. Lader M. (ed.) Brit J Psychiatry (Spec. Pub.) 1969; 3: 76-79.

390. Montgomery S. and Asberg M.: A new depression scale designed to be sensitive to

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

change. Brit J Psychiatry 1979; 134: 382-389.

391. Sifneos P.: The Scaling - Sifneos Personality Scale Revised. Psychoth Psychosom 1986; 45: 161-165.

392. Spielberger C.: Anxiety as an emotional state. In: Anxiety current trends in theory and research. Spielberger C. (ed.). 1970; Academy Press.

393. Spielberger C., Gorsuch R. and Lushene R.: Manual for the State - Trait Anxiety Inventory. 1970; Consulting Psychologists Press., Palo Alto.

394. Λιάκος Α. και Γιαννίτση Σ.: Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της προσαρμοσμένης ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. Εγκέφαλος 1984; 21: 71-76.

395. McKinley J., Hathaway S.: A Multiphasic Personality Schedule. Minnesota: a differential study of hypochondriasis. Journal of Psychology 1940; 10: 255-268.

396. Κουλάκογλου Κ.: Ψυχομετρία και ψυχολογική αξιολόγηση. 1998; Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

397. Κουλάκογλου Κ.: Διαγνωστική εκτίμηση της προσωπικότητας: κλασικές μέθοδοι, νέα ρεύματα. 1996; Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

398. Dahlstrom W.E., Schlager Welsh G., Dahlstrom L.E.: An MMPI handbook. Volume II, Research Applications (Revised edition). 1982; University of Minnesota Press, Minneapolis, Minnesota, U.S.A.

399. Hathaway S.R. and Meehl P.E.: An atlas for the clinical use of the MMPI. 1980; University of Minnesota Press, Minneapolis, Minnesota, U.S.A

400. SPSS Base 7.5: Application Guide. 1997; SPSS Inc. Illinois, U.S.A.

401. Δημητρίου Ε.: Ψυχοσωματική Ιατρική. Στο: Ψυχιατρική. Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδης Χ., Δημητρίου Ε. (επιμ. Έκδ.). 1988; Εκδόσεις Μαστορίδη, σελ. 295-308.

402. Kune S.: Stressful life events 1993; 4 (5): 395-397.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

403. Terra J., Amiel - Lebigre F., Bougema F et al.: Evenements de la vie et cancer du sein . Acta Psychiat Belg 1986; 2: 496-501.

404. Marty P.: Dispositions mentales de la premiere enfance et cancers de l' age adulte. Psychotherapies 1988; 4:177-182.

405. Λιάκος Α.: Σχέσεις άγχους και επιθετικότητος εις την Ψυχωσικήν Μελαγχολία. Διατριβή επί υφηγεσία. 1977; Αθήναι.

406. Liakos A., Makridis M., Kokkevi A., Stefanis C.: The relation of anxiety to hostility and frustration in neurotic patients. In Stress and Anxiety, Spielberger C.D. and Sarason I.G. (eds.), 1977; Vol. 4 Hemisphere Publications, Washington.

407. Liakos A., Yannitsi S., Loukas S.: Cognitive performance in schizophrenia and its relationships to arousal, psychopathology and anxiety. Paper presented to XIV European Conference on Psychosomatic Research. 1982; Amsterdam.

408. Morasso G., Costantini M., Baracco G., et al.: Assessing psychological distress in cancer patients: validation of a self - administered questionnaire. Oncology 1996; 53 (4): 295-302.

409. Allen R., Nweman S., Souhami R.: Anxiety and depression in adolescent cancer: findings in patients and parents at the time of diagnosis. Eur J Cancer 1997; 33 (8): 1250-1255.

410. Bloom j., Fobair P., Gritz E., et al.: Psychosocial outcomes of cancer: a comparative analysis of Hodgkin's disease and testicular cancer. J Clin Oncol 1993: 11(5): 979-988.

411. Caldwell A.B., O' Hare Ch.: A handbook of MMPI personality types. 1975; Clinical Psychological Services, Santa Monica, California, U.S.A.

412. Webb J.T.: Configural Interpretation of the MMPI. 1985.

413. Graham J.R. and McCord G.: Interpretation of moderately elevated MMPI scores for normal subjects. J Personality Assessm 1985; 49: 477-484.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

414. Graham J.R.: The MMPI : A practical guide (2d ed.) 1987; New York: Oxford.

415. Kirkcaldy B. and Kobylinska E.: Psychological characteristics of breast cancer patients. Psychother Psychosom 1987; 48 (1-4) : 32-43.

416. Kavan M., Engdahl B., Kay S.: Colon cancer: personality factors predictive of onset and stage of presentation. J Psychosm Res 1995; 39 (8): 1031-1039.

417. Dattore P., Shantz F., Coynel L.: Premorbid personality differentiation of cancer and non cancer groups: a test of the hypothesis of cancer proneness. J Consult Clin Psychol 1980; 48 : 388-394.

418. Spitz R.A.: Aggression: Its role in the establishment of object relations. In: Loewenstein R.M. (ed.). Drives, affects, behavior. 1953; International University Press, New York.

419. Eysenck - Grossarth Maticek: Creative novation therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease. Part 2. Effects of treatment. Behavior Research and theory 1991; 29: 17-31.

420. Spiegel D., Bloom J., Kraemer H., Gottheil E.: Effect of psychological treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. Lancet 1989; 2: 888-891.

421. Κυριαζής Δ.: Προσωπικότητα, οικογενειακή δυναμική και καρκίνος. Ψυχοπαθογένεια και θεραπευτική προσέγγιση. Θεωρητικές και κλινικές απόψεις. 1997; 2° Σεμινάριο Ψυχο-ογκολογίας, Ευρωπαϊκή Σχολή Ογκολογίας, Μέτσοβο.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ