Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Β. ΜΑΥΡΕΑΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ
ΚΥΚΛΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Συγκριτική μελέτη γεγονότων ζωής και ψυχολογικών χαρακτηριστικών (άγχους, κατάθλιψης, αλεξιθυμίας) σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, ασθενείς με στεφανιαία νόσο και υγιή άτομα.

Ιωάννης Βελίκης

Διδακτορική Διατριβή

Ιωάννινα 2000

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπων καθηγητής:

Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ	Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας

Μέλη:

Ν. ΠΑΥΛΙΔΗΣ	Καθηγητής Παθολογίας - Ογκολογίας
Δ. ΣΙΔΕΡΗΣ	Καθηγητής Καρδιολογίας

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ	Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας
Ν. ΠΑΥΛΙΔΗΣ	Καθηγητής Παθολογίας - Ογκολογίας
Δ. ΣΙΔΕΡΗΣ	Καθηγητής Καρδιολογίας
Α. ΛΙΑΚΟΣ	Καθηγητής Ψυχιατρικής
Σ. ΓΙΑΝΝΙΤΣΗ	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής
Σ. ΓΕΡΟΥΛΑΝΟΣ	Καθηγητής Ιστορίας της Ιατρικής
Ι. ΑΛΑΜΑΝΟΣ	Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής

στους ασθενείς,

στην οικογένεια μου,

στους δασκάλους μου

Πίνακας Περιεχομένων

Πρόλογος

Η τεχνολογική πρόοδος και οι σημαντικές ανακαλύψεις των δύο τελευταίων αιώνων στην ιατρική προσέφεραν την ελπίδα ότι οι ασθένειες είναι δυνατόν να εξαλειφθούν. Θεωρήθηκε ότι για κάθε διαταραχή υπάρχει και το αντίστοιχο αίτιο που με την κατάλληλη θεραπεία θα μπορούσε να εξουδετερωθεί. Δυστυχώς η πραγματικότητα δεν επιβεβαίωσε αυτές τις ελπίδες και οι πανάρχαιες ιδέες περί της σύνθετης αιτιολογίας των οργανικών διαταραχών αναδύθηκαν και πάλι. Η ιατρική αναγκάστηκε να ζητήσει βοήθεια και από άλλες επιστήμες ώστε να εξηγήσει τη φύση των ανθρώπινων δεινών. Η ενότητα της ψυχής και του σώματος, όπως εμφανίστηκε στα αρχαία Ελληνικά φιλοσοφικά κείμενα, ξανακέρδισε το χαμένο της έδαφος και σε συνδυασμό με τις νεότερες ανακαλύψεις οδήγησε σε μια νέα αντίληψη της ιατρικής ματιάς και πρακτικής. Η νέα αυτή θεώρηση επιχείρησε α) να προσεγγίσει θεωρητικά την βιο-ψυχο-κοινωνική διάσταση του ατόμου που ασθενεί και β) να παρέμβει με τις κατάλληλες μεθόδους ώστε να συμβάλλει με τον καλύτερο τρόπο στην ανάρρωση του. Ονομάστηκε ψυχοσωματική -σε αντιδιαστολή με την «επιστημονική»- ιατρική, η οποία σύμφωνα με τον Kreisler (1994) [...αποδέχεται και συμπεριλαμβάνει τους συγκρουσιακούς ψυχικούς παράγοντες στην αιτιολογία ή στην ανάπτυξη των σωματικών ασθενειών. Επιπλέον η «ψυχοσωματική» σαν λέξη περικλείει δύο όρους και γράφεται χωρίς ενωτική παύλα για να δηλώσει την θεμελιακή ενότητα των δύο συστατικών της που πρέπει να εκφράσει].

Στον αιώνα που μόλις πέρασε, η ψυχοσωματική ιατρική αναπτύχθηκε ως αυτόνομος επιστημονικός κλάδος έχοντας προσελκύσει επιστήμονες ποικίλων ειδικοτήτων σε διοργάνωση συνεδρίων, σύνταξη περιοδικών και σύσταση επιστημονικών εταιριών. Ωστόσο, οι ίδιοι οι εκπρόσωποι της ομολογούν πως πολλά μένουν ακόμη να γίνουν για να καταστεί αυτή η θεώρηση χρήσιμη στη σύγχρονη θεραπευτική πράξη. Ο D. Jenkins (1985) στον εναρκτήριο λόγο του στο ετήσιο συνέδριο της Αμερικανικής Ψυχοσωματικής Εταιρίας το Μάρτιο του 1984 έδωσε το στίγμα της σύγχρονης έρευνας στο παραπάνω πεδίο ως εξής: «... Για να απαντήσουμε στην ερώτηση ποιο είναι το μέλλον της ψυχοσωματικής ιατρικής, θα παραλληλίσουμε την ανάπτυξη του επιστημονικού κλάδου με την ανάπτυξη ενός οργανισμού. Η εξέλιξη ενός οργανισμού ξεκινάει από μια κατάσταση πληρότητας και έλλειψης εξειδίκευσης και συνεχίζει σε μια κατάσταση αναπτυσσόμενης διαφοροποίησης, συνάρθρωσης και ιεραρχικής ενσωμάτωσης... Η ψυχοσωματική ιατρική ξεκίνησε τις δεκαετίες '30 και '40 λειτουργώντας με σχετικά αδιαφοροποίητες θεωρητικές κατασκευές και τα επόμενα 40 χρόνια της ανάπτυξής της επέδειξε σημαντική λειτουργική και δο-

μική εξειδίκευση στις έννοιες και τις τεχνικές που χρησιμοποιεί – συγκεκριμένα, πιο λεπτομερή ερευνητικά πρωτόκολλα, αναπτυγμένη τεχνολογία, πιο σύνθετη στατιστική ανάλυση κ.ά. Σήμερα διανύουμε ακόμη το στάδιο της διαφοροποίησης και της παραγωγικής συσσώρευσης επιστημονικής γνώσης, χωρίς όμως να έχουμε μετακινηθεί επαρκώς στην ενοποίηση των δομών και των λειτουργιών, κάτι που θα αντιπροσώπευε μια πιο ώριμη φάση της εξέλιξης. Ακόμη, δεν έχουμε αναπτύξει τους ορίζοντες μας σημαντικά πέρα από τις προοπτικές των ορίων της εταιρίας μας... Η ψυχοσωματική ιατρική έχει κάνει μεγάλες προόδους στην ανάλυση των φαινομένων σε μικρότερα συστατικά. Είναι όμως αναγκαίο να γίνουν ενοποιητικές διεπιστημονικές προσπάθειες, ώστε να καταστούν οι επιστημονικές ανακαλύψεις πιο κατανοητές και οι θεραπείες πιο αποτελεσματικές».

Η ψυχοσωματική ιατρική καλείται σήμερα να εξελιχθεί προς την κατεύθυνση της εγκυρότερης αποσαφήνισης του θεωρητικού της υπόβαθρου και των μέσων που χρησιμοποιεί, της λογικής που διέπει τα αναρίθμητα ερευνητικά πρωτόκολλά που βλέπουν το φως της δημοσιότητας και της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων της στους αποδέκτες της φροντίδας της. Παράλληλα, θα πρέπει να εντείνει τις προσπάθειες συνεργασίας και ανταλλαγών της με τους υπόλοιπους τομείς της ιατρικής (ψυχιατρική, παθολογία, νευρολογία) και τις κοινωνικές επιστήμες (ψυχολογία, κοινωνιολογία, ανθρωπολογία). Κυρίως, όμως, θα πρέπει να εργαστεί σκληρά επάνω στην δημιουργία ενός στέρεου θεωρητικού υπόβαθρου, μιας σειράς επιστημολογικών και φιλοσοφικών θεωρητικών θέσεων και απόψεων, οι οποίες και θα κατευθύνουν τις μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες σε παραγωγικά και χρήσιμα πεδία επιστημονικής γνώσης και θεραπευτικής πρακτικής.

Η σύγχρονη αντίληψη της ιατρικής μας υποχρεώνει να επανεντάξουμε τον άνθρωπο - και συνεπακόλουθα την ασθένεια - εκεί που ανήκει, στο περιβάλλον του (οικολογικό, οικογενειακό, κοινωνικό) με το οποίο αλληλεπιδρά με επιτυχείς ή ανεπιτυχείς τρόπους. Όπως πολύ προκλητικά έχει αναφέρει ο Groddeck στις αρχές του 20ου αιώνα «...η ασθένεια είναι κάτι πολύ περισσότερο από τη συνάντηση ενός βακίλου και ενός ανθρώπου». Οι θανατηφόρες νόσοι που προσβάλλουν τους κατοίκους της Β. Αμερικής και της Ευρώπης (καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος κ.ά.), καθώς και τα σύγχρονα κοινωνικά προβλήματα που δημιουργεί η χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ, σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τις διατροφικές συνήθειες, το κάπνισμα, τον τρόπο ζωής, τις ψυχολογικές ανάγκες, την κοινωνική ταυτότητα και τις υπαρξιακές αναζητήσεις των ατόμων που «ασθενούν». Για το λόγο αυτό, ο όρος «ασθένεια» χρει-

άζεται να επαναπροσδιοριστεί, να εμπλουτιστεί και να συμπεριλάβει όλους εκείνους τους παράγοντες που η ανάπτυξη της φαρμακολογίας δεν κατάφερε να εξουδετερώσει.

Η ανάπτυξη της ψυχοσωματικής ματιάς στη ιατρική επιστήμη φαίνεται να δίνει κάποιες ελπίδες για την καλύτερη προσέγγιση και αποκατάσταση της υγιούς λειτουργίας στους ασθενείς όλων των κατηγοριών. Ο Robert Ader (1980) στο ετήσιο συνέδριο της Αμερικανικής Ψυχοσωματικής Εταιρίας το Μάρτιο του 1980 τόνισε: «...μια απλή, παγκόσμια παρατήρηση αποτελεί την βάση της ψυχοσωματικής έρευνας. Είναι η παρατήρηση πως όταν ένας πληθυσμός ατόμων εκτεθεί στα ίδια παθογενετικά ερεθίσματα, μόνο μερικά άτομα θα νοσήσουν. Παρ όλες τις εκλεπτυσμένες τεχνικές που σχεδιάζονται με τρόπο ώστε να πετύχουν ομοιομορφία, η πολυπλοκότητα επηρεάζει αποφασιστικά όλα τα φυσικά και τα σχεδιασμένα βιολογικά πειράματα. Ο βιολόγος επιστήμονας, που λειτουργεί μέσα από εννοιολογικούς και τεχνικούς περιορισμούς που προέρχονται από τα εξειδικευμένα όρια μιας αναγωγιστικής (reductionistic) φιλοσοφίας, προσπαθεί να ελέγξει ή να μειώσει (ή να αγνοήσει) την πολυπλοκότητα. Για τον ψυχοσωματικό, αυτή η πολυπλοκότητα είναι το σημείο εκκίνησης της έρευνας του: ορίζει τη λειτουργία των μεταβλητών τις οποίες μετράει».

Στην πρακτική της εφαρμογή, ωστόσο, η έρευνα στο ψυχοσωματικό πεδίο συναντά πολλές μεθοδολογικού τύπου δυσκολίες λόγω της πολύπλευρης και πολυεπίπεδης λειτουργίας της ανθρώπινης φύσης που καλείται να διερευνήσει. Είτε σχεδιάσουμε μια επιδημιολογική έρευνα σε μεγάλο δείγμα, είτε μια μελέτη περίπτωσης, θα χάσουμε πληροφορίες των υπόλοιπων πλευρών της ζωής των ατόμων που μελετάμε (π.χ. εργασία, διασκέδαση, κοινωνικές σχέσεις). Δεν είναι λίγοι οι μελετητές που αναφέρονται στις επιδράσεις της πολιτικής, της οικονομίας, του πολιτισμού και της οικολογίας στην ψυχική και γενικότερα την συνολική υγεία των ανθρώπων. Ο ψυχοσωματικός θα πρέπει να ενσωματώνει όσο το δυνατόν περισσότερα από τα παραπάνω επίπεδα στην προσέγγιση του, ή τουλάχιστον να αναφέρεται σε αυτά όταν ερμηνεύει τα αποτελέσματα της ερευνητικής του προσπάθειας και να επανατοποθετεί τον άνθρωπο στην ιστορική του διάσταση και την καθημερινή του λειτουργία. Η διαδικασία αυτή εκτός από δύσκολη συχνά αποδεικνύεται και επώδυνη, αφού αναγκάζει τον ερευνητή να παραδεχτεί την μικρού βαθμού συνεισφορά της εργασίας του στην συνολική θεώρηση του ανθρώπου και της φύσης των ασθενειών του. Παραμένει όμως ένα απαραίτητο βήμα και δείγμα της «επιστημονικότητας», του επιπέδου των γνώσεων και του βαθμού ωριμότητας του.

Η εργασία αυτή δεν φιλοδοξεί να προσεγγίσει όλες τις πλευρές του αγώνα των ανθρώπων απέναντι στην ασθένεια. Επιχειρεί όμως να απαντήσει σε κάποια από τα ερωτήματα που έθεσαν παλαιότερες έρευνες και επιδιώκει να εντάξει τα αποτελέσματα της σε ένα ευρύτερο θεωρητικό πλαίσιο. Επίσης αναφέρεται στα ερωτήματα τα οποία δεν δύναται να απαντήσει και κάνει προτάσεις για μελλοντικά ερευνητικά σχέδια.

Η εκπόνηση της παρούσας διατριβής δεν θα ήταν δυνατή χωρίς την συμπαράσταση, την ευγενική προσφορά και την έμπρακτη βοήθεια πολλών ανθρώπων.

Την υπόδειξη όπως και τον τρόπο προσέγγισης του θέματος της διατριβής αυτής οφείλω στον Επίκουρο Καθηγητή Ιατρικής Ψυχολογίας κ. Δημήτρη Δαμίγο, οι παλαιότερες εργασίες, οι απόψεις και η κλινική πρακτική του οποίου διαπνέονται από έναν διασυνδετικό και πολύπλευρο τρόπο σκέψης. Τον ευχαριστώ θερμά για τον άπλετο χρόνο που μου διέθεσε, τις συζητήσεις μας, τον χώρο και το πλαίσιο που διαμόρφωσε ώστε να εργαστώ και να αποδώσω τα μέγιστα. Ελπίζω να στάθηκα αντάξιος της προσφοράς του.

Είναι τιμή για μένα που δύο εξέχοντες Καθηγητές του Παν/μίου Ιωαννίνων, ο κ. Ν. Παυλίδης και ο κ. Δ. Σιδερής, δέχτηκαν να συμμετέχουν ως μέλη στην συμβουλευτική επιτροπή αυτής της εργασίας. Ιδιαίτερα ευχαριστώ τον κ. Παυλίδη για την συνεχή υποστήριξη, την ηθική συμπαράσταση και τον νεανικό του ενθουσιασμό καθ' όλη την διάρκεια εκπόνησης της διατριβής. Γνωρίζοντας τους γρήγορους ρυθμούς με τους οποίους εργάζεται δύσκολα θα δικαιολογηθώ για το μεγάλο χρονικό διάστημα που χρειάστηκα. Εύχομαι να τον αποζημιώσει το αποτέλεσμα. Επίσης ευχαριστώ θερμά τον κ. Σιδερή για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε στο να έρθω σε επαφή και να συνεργαστώ με τους ασθενείς και το προσωπικό της κλινικής που διευθύνει.

Εκπληκτική υπήρξε η ανταπόκριση και η βοήθεια που μου παρείχε στην επαφή μου με τους ασθενείς και τη συλλογή του υλικού μου όλο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του ογκολογικού τμήματος, της καρδιολογικής κλινικής και του αιματολογικού εργαστηρίου του Παν/κού Νοσ/μείου Ιωαννίνων τους οποίους και ευχαριστώ. Απευθύνω επίσης τις ευχαριστίες μου στον κ. Π. Παπαϊωάννου, στον κ. Ι. Αλαμάνο και ιδιαιτέρως στον κ. Κ. Πετρογιάννη για τις συμβουλές και τις υποδείξεις τους σχετικά με την μεθοδολογία και την στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων, καθώς και στις ψυχολόγους Β. Σιαφάκα, Μ. Σαββαντίδου και Μ. Γκούβα για την βοήθεια τους σε τμήματα αυτής της εργασίας,.

Οφείλω ευγνωμοσύνη στους γονείς μου που με ενθάρρυναν να συνεχίσω και με στήριξαν τα τρία αυτά χρόνια της παραμονής μου στα Ιωάννινα, όπως και στο Παν/μιο Ιωαννίνων και τους ανθρώπους του για την υλικοτεχνική υποδομή (γραφείο, Η/Υ) και την φιλοξενία (σίτιση, στέγαση) που μου παρείχαν.

Οφείλω τέλος ευγνωμοσύνη στους Καθηγητές Ψυχιατρικής Ιωαννίνων κ. Άρη Λιάκο και Δ.Π.Θ. κ. Παναγιώτη Σακελλαρόπουλο, που μαζί με τον κ. Δ. Δαμίγο εμπνεύστηκαν, οργάνωσαν και λειτούργησαν το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στην Κοινωνική Ψυχιατρική, του οποίου αυτή η διατριβή αποτελεί συνέχεια. Τους ευχαριστώ θερμά για τις διδαχές τους, την αγάπη με την οποία επένδυσαν την δουλειά τους, και κυρίως για την αίσθηση ασφάλειας που μου δημιουργεί η συνεχής τους διαθεσιμότητα από το 1994 που ξεκίνησα έως σήμερα.

Ιωάννης Βελίκης

10 / 4 / 2000

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

- Εισαγωγή
- Ιδιοσυγκρασία και βιολογικοί παράγοντες
- Γεγονότα ζωής και καρκίνος
- Ο τύπος προσωπικότητας των καρκινοπαθών
- Η ύπαρξη κατάθλιψης και αλεξιθυμίας
- Η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης
- Συστημικό μοντέλο και καρκίνος

Εισαγωγή

Συχνά στο παρελθόν, η ασθένεια του καρκίνου έχει συνδεθεί με δυσάρεστα γεγονότα ζωής και συναισθήματα απελπισίας. Η ιδέα αυτή ανέκαθεν εκφραζόταν από επιστήμονες και μη και έχει τις ρίζες της στην αρχαία ελληνική φιλοσοφική σκέψη - ιδιαίτερα την σκέψη του Ιπποκράτη. Από τότε υπήρξαν πολλές αναφορές που τη διατήρησαν δια μέσω των αιώνων ως τις ημέρες μας. Στην Αγία Γραφή δίνονται παραινέσεις προς αποφυγήν της λύπης και υπογραμμίζεται η ολέθρια επί της υγείας επίπτωση της («πολλούς... απώλεσεν η λύπη...ζήλος και θυμός ελαττούσιν ημέρας και προ καιρού γήρας άγει μέριμνα» Παλαιά Διαθήκη Σοφία Σειράχ, λ΄, 23, 24, «από λύπης... εκβαίνει θάνατος» Σοφία Σειράχ, λη΄, 18). Τον 2° αιώνα μ.Χ. ο Γαληνός κράτησε τη θεωρία των χυμών του Ιπποκράτη και υποστήριζε την σχέση μακρόκοσμου και μικρόκοσμου με την θεωρία των τεσσάρων στοιχείων (πυρ, ύδωρ, γη, αήρ) και των τεσσάρων ποιοτήτων (θερμόν, υγρόν, ξηρόν, ψυχρόν) που αναλογούν στους τέσσερις χυμούς του σώματος (φλέγμα, αίμα, κίτρινη και μέλαινα χολή). Ο καρκίνος, κατά τον Γαληνό, οφείλεται στον μελαγχολικό χυμό (Ρόζος & Παπαβασιλείου, 1985). Ανάλογες αντιλήψεις διατηρεί και ο Ορειβάσιος (325-403 μ.Χ.), ο Αλέξανδρος ο Αφροδισιεύς (6ος αι. μ.Χ.), ο Πέρσης Αβικέννας (980-1037 μ.Χ.) και ο Μιχαήλ Ψελλός (1018-1078 μ.Χ.), ενώ η συσχέτιση ενός νεοπλάσματος με μια σημαντική απώλεια συγγενούς ή προσφιλούς προσώπου γίνεται ήδη από τον 2° αιώνα. μ.Χ. και υποστηρίζεται ως και τον 20° αιώνα από πλήθος διάσημων γιατρών (Gendron, Guy, Laennec, Cooper, Parker, Paget κ.ά.) (Ρηγάτος, 1985).

Από τα μέσα του αιώνα μας η παραπάνω ιδέα διερευνήθηκε συστηματικότερα. Η έρευνα, όμως, των δεκαετιών του '50 και '60 κατέληξε σε αντιφατικά αποτελέσματα. Έτσι, ενώ πλήθος ερευνητών (Kissen, LeShan, Bahnson και Bahnson, Thomas, Hagnell) έδειξαν ότι τα συναισθήματα της απόγνωσης και της απελπισίας που συνδέονταν με σημαντικά ψυχοπιεστικά γεγονότα (π.χ. θάνατος συζύγου /συγγενούς) συμπεριλαμβανόταν μεταξύ των προδιαθεσικών παραγόντων για την ανάπτυξη νεοπλασίας, άλλοι ερευνητές (Muslin, Clayton, Newberry) ανέφεραν αρνητική ή μη-ξεκάθαρη συσχέτιση των ψυχοπιεστικών γεγονότων και της νόσου.

Στη συνέχεια, η επίδραση των ψυχοπιεστικών παραγόντων συσχετίσθηκε με πλείστους άλλους παράγοντες - ύπαρξη ή όχι ενός υποστηρικτικού κοινωνικού συστή-

ματος (Caplan, 1974. Cassel, 1974), τύπος προσωπικότητας του ατόμου π.χ. τύπος C (Turns και Newby, 1979), ρόλος της ιδιοσυγκρασίας (Betz και Thomas, 1979), ικανότητα ή μη του ατόμου να περιγράφει τα συναισθήματα του (Taylor, 1977) κ.λπ. Ωστόσο, ούτε αυτή τη φορά δεν κατάφεραν οι ερευνητές να πείσουν απόλυτα για το ρόλο που οι ψυχολογικές παράμετροι μπορούν να παίξουν στην αιτιοπαθογένεια και την εξέλιξη της νόσου. Το ίδιο συνέβη και στις τελευταίες δύο δεκαετίες όπου η πλειοψηφία των μελετών, για διαφόρους λόγους, πλούτισε ελάχιστα τις ήδη υπάρχουσες γνώσεις. Ο μικρός αριθμός των εξεταζομένων ασθενών, η χρήση της συνέντευξης ως μεθόδος συλλογής πληροφοριών, οι ελλιπείς στατιστικοί χειρισμοί, οι υπεραπλουστεύσεις και οι γενικεύσεις ήταν μερικά από τα προβλήματα που χαρακτήρισαν ως αναξιόπιστα τα συμπεράσματα των ερευνητών (Fox, 1978). Οι κριτικές εστίασαν τόσο στα εννοιολογικού τύπου προβλήματα (π.χ. λειτουργικός προσδιορισμός των εννοιών των γεγονότων ζωής, της ψυχοκαταπόνησης, της κατάθλιψης κ.ά.), όσο και στα ζητήματα μεθοδολογίας (π.χ. τους τρόπους μέτρησης της επίδρασης των ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής). Σήμερα, παρόλα τα προβλήματα που συνδέονται με τις παραπάνω μελέτες και την δυσκολία απόδειξης μιας απτής σχέσης μεταξύ της ψυχοκαταπόνησης (stress) και του καρκίνου (Bryla, 1996. Cooper και Faragher, 1993. Geyer, 1993), παραμένει η πεποίθηση των ερευνητών πως η νόσος συνδέεται με τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής και τους ψυχολογικούς παράγοντες με ποικίλους τρόπους. Μένει να διευκρινιστεί το πώς αυτές οι μεταβλητές δρουν.

Παρά το πλήθος των ερευνητικών πρωτοκόλλων που αφορούν τον καρκίνο, λίγες ερευνητικές προσπάθειες επιχείρησαν την ψυχοσωματική προσέγγιση της ασθένειας. Ένας μεγάλος αριθμός μελετών έχει εστιάσει αποκλειστικά στις βιολογικές-οργανικές διαστάσεις της νόσου ενώ μια εξίσου σημαντική σε όγκο ερευνητική προσπάθεια προσέγγισε αποκλειστικά τις ψυχοκοινωνικές της πλευρές.

Η πρώτη ομάδα διεκδίκησε τα σκήπτρα της «επιστημονικής» ιατρικής και οι προσπάθειές της επικεντρώθηκαν στην διερεύνηση των νόμων που διέπουν το ανθρώπινο σώμα και τις εκάστοτε διαταραχές του. Οι συγκεκριμένες ερευνητικές προσπάθειες αντιμετώπισαν τα καρκινικά κύτταρα ως αυτόνομες οντότητες, ενώ ο καρκινοπαθής θεωρήθηκε απλά ως «οικοδεσπότης» αυτών των κυττάρων (Greer, 1979). Η παραπάνω κατεύθυνση δέχθηκε έντονη κριτική. Όπως το θέτει ο Smithers (1970) «...στην νεοπλασία έχουμε να κάνουμε με μια αποδιοργάνωση...και οι διαδικασίες που μελε-

τάμε επηρεάζουν όργανα, ιστούς, κύτταρα και μόρια, καθώς και τα μηνύματα που ανταλλάσσουν μεταξύ τους οι παραπάνω δομές. Όταν εστιάζουμε σε ένα όργανο ή ιστό ενός ανθρώπου, παρατηρούμε ότι αποτελείται από μέρη εξαρτώμενα το ένα από το άλλο και το κάθε μέρος του αποτελείται από μόρια ποικίλης συνθετότητας. Είναι αδύνατο να λύσουμε προβλήματα του οργανισμού που αναφέρονται σε ανώτερα επίπεδα, εξετάζοντας απλά τις απομονωμένες μονάδες από τις οποίες αποτελούνται... Τα μόρια δεν κατευθύνουν τα κύτταρα, ούτε τα κύτταρα τον άνθρωπο... Η έρευνα του καρκίνου είναι, τουλάχιστον, πιο βασική στο επίπεδο του ασθενή από ότι του μορίου, όπως στο επίπεδο της οργάνωσης ενός ιστού ο συνολικός οργανισμός του ασθενή είναι πιο βασικός από ότι η λειτουργία ενός και μόνο κυττάρου...»

Η δεύτερη ομάδα υπερτόνισε τις ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους ως προς την εκδήλωση της νόσου, θέτοντας σε δεύτερη μοίρα το γενετικό-βιολογικό υπόβαθρο του ασθενούς. Οι ερευνητές αυτής της άποψης (Simmons, Bahnson & Bahnson, LeShan, Kissen) κατηγοριοποίησαν επιτυχώς τους καρκινοπαθείς βάσει των ψυχολογικών τους χαρακτηριστικών (π.χ. τύποι ψυχολογικών αμυνών, οργάνωση του Εγώ) σε σχέση με ομάδες υγιών ατόμων. Ωστόσο, δεν ήταν βέβαιοι ως προς το αν ο καρκίνος προκάλεσε ή όχι αυτές τις διαφορές. Επίσης, δεν απέδειξαν την ύπαρξη κάποιας προσωπικότητας, η οποία στη βιολογική-οργανική της διάσταση, μοιραία και ανεξάρτητα από άλλες παραμέτρους, αναπτύσσει νεοπλασία οποιασδήποτε μορφής (Fox, 1978).

Πέρα ωστόσο από τις παραπάνω μελέτες που επιχειρούσαν να αναλύσουν τα γενετικά-βιολογικά ή τα ψυχολογικά-κοινωνικά χαρακτηριστικά των καρκινοπαθών, μια άλλη ομάδα επιστημόνων –μεταξύ άλλων ο Engel (1977)- επιχείρησε τη δημιουργία ενός θεωρητικού μοντέλου που θα συνέθετε όλα τα παραπάνω δεδομένα και θα έβγαζε την επιστημονική σκέψη από το αδιέξοδο που είχε περιέλθει. Σαν καταλληλότερη θεωρητική κατασκευή για την εφαρμογή της στα ζητήματα υγείας-ασθένειας αναγνωρίστηκε η θεωρία συστημάτων (system theory) για δύο κυρίως λόγους:

α) είναι μια θεωρία που πραγματεύεται τους τρόπους που λειτουργούν διάφορα είδη συστημάτων (βιολογικά, μηχανικά κ.ά.). Για το λόγο αυτό είναι δυνατό να παράσχει έναν κοινό τρόπο προσέγγισης των προβλημάτων που οι ποικίλοι επιστημονικοί χώροι αντιμετωπίζουν, ένα κοινό «κώδικα» μέσα από τον οποίο οι χώροι αυτοί θα μπορούσαν να επικοινωνήσουν.

β) η συστημική θεωρία όταν εφαρμόζεται σε ένα αντικείμενο μελέτης συμπεριλαμβάνει και τον αναλυτικό και τον συνθετικό τρόπο σκέψης. Με άλλα λόγια, δεν αναλύει μόνο το αντικείμενο της στα συστατικά που το συνθέτουν, αλλά επιχειρεί και την α-

νασύνθεση του με σκοπό να το μελετήσει ως «όλον», ως «σύστημα», ή ακόμη και ως «υποσύστημα» ενός μεγαλυτέρου συστήματος.

Μέσα από αυτή τη θεωρία, η έννοια της ασθένειας γίνεται κατανοητή ως μια κατάσταση κρίσης του συστήματος «άτομο», μια κρίση που απαιτεί αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας του συστήματος και προσαρμογή του στις νέες συνθήκες που το περιβάλλουν. Η κρίση μπορεί να παρουσιαστεί είτε ως εσωτερική διαταραχή των λειτουργιών του οργανισμού (οργανική ασθένεια), είτε ως διαταραχή της συμπεριφοράς του ατόμου (ψυχολογική ή ψυχιατρική διαταραχή). Σε κάθε περίπτωση εκφράζεται με την απορύθμιση των ρυθμιστικών διεργασιών του συστήματος και εμφανίζεται με έναν διφορούμενο χαρακτήρα, αφού στην κατάσταση αυτή συνυπάρχουν δυνάμεις καταστροφικές αλλά και δυνάμεις αναγεννησιακές (Kaes, 1979). Η λύση της μπορεί να είναι διπλής κατεύθυνσης: α) επιτυχής αντιμετώπιση της κρίσης και η συνεπακόλουθη ωρίμανση και εξέλιξη των προσαρμοστικών του μηχανισμών και β) αδυναμία αντιμετώπισης της και διαταραχή της λειτουργικότητας και της προσαρμοστικότητας του ατόμου, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της ασθένειας ή/και στο θάνατο (Damigos, 1984, 1986). Ο τρόπος που θα λυθεί –ή που θα «κριθεί» (Damigos, 1986)- τελικά η κατάσταση ανισορροπίας είναι κάτι που απλώς μπορούμε να πιθανολογήσουμε και η λύση αυτή θα εξαρτηθεί από πλήθος γενετικών, βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων που αλληλεπιδρούν μέσω πολύπλοκων και αθέατων διαδικασιών.

Επαναθέτοντας το πρόβλημα της επίδρασης των γεγονότων ζωής και των ψυχολογικών παραγόντων στην έναρξη και/ή την εξέλιξη του καρκίνου, υπό το πρίσμα της συστημικής θεώρησης, οφείλουμε να λάβουμε υπόψη μας πλήθος παραμέτρων που πιθανόν να συνεισφέρουν στην κλινική εκδήλωση της νόσου, οι κυριότερες εκ των οποίων είναι: γενετική προδιάθεση-ιδιοσυγκρασία, γενικότερη κατάσταση της υγείας, περιβαλλοντικοί-βιολογικοί παράγοντες, κάπνισμα, διατροφικές συνήθειες, προσωπικότητα, γεγονότα ζωής, εξελικτική φάση ζωής (π.χ. εφηβεία), κοινωνική υποστήριξη, προηγούμενη εμπειρία στην διαχείριση καταστάσεων κρίσης κ.ά. Το ίδιο ισχύει και για την πορεία της ασθένειας (προσαρμογή του οργανισμού και συμμόρφωση του ασθενούς στην θεραπεία, τρόπος παρέμβασης του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού και του οικογενειακού περιβάλλοντος, λογική και συναισθηματική επεξεργασία της ασθένειας από τον ασθενή και τους συγγενείς του κ.ά.). Η συνολική εικόνα

που μας δίνει ένας ογκολογικός ασθενής προκύπτει από το σύνολο της επενέργειας και της αλληλεπίδρασης των παραπάνω παραγόντων. Για το λόγο αυτό, η σύγχρονη επιστημονική σκέψη οφείλει να εστιάζει στη συνισταμένη επίδραση των ποικίλων βιο-ψυχο-κοινωνικών παραγόντων, αναλύοντας αρχικά τη σημασία που ο κάθε παράγοντας έχει στη δημιουργία μιας καθορισμένης κλινικής κατάστασης και κατανοώντας σε δεύτερο χρόνο την αμοιβαία συνεισφορά όλων των παραμέτρων στη διατήρηση της παθολογικής αυτής ισορροπίας.

Ερευνητικές υποθέσεις και μεθοδολογικό πλαίσιο

Ίσως η καλύτερη ερευνητική πρακτική που έως σήμερα διαθέτουμε να είναι η έρευνα με προοπτικό σχεδιασμό. Μια τέτοια μελέτη (που εξετάζει είτε υγιή άτομα είτε ασθενείς με συγκεκριμένη πάθηση) μετά από μεγάλα χρονικά διαστήματα μπορεί να αποκαλύψει πλούσια στοιχεία για το αντικείμενο της έρευνας της, υπερπηδώντας ταυτόχρονα πλείστες μεθοδολογικές αντιρρήσεις που συχνά εκφράζονται σε αναδρομικού τύπου μελέτες. Ωστόσο, οι προοπτικές έρευνες καταλαμβάνουν μόνο ένα μικρό ποσοστό στην υπάρχουσα βιβλιογραφία. Οι λόγοι είναι πολλοί, μεταξύ άλλων η δυσκολία στην αναζήτηση εθελοντών που θα λειτουργήσουν ως δείγμα της έρευνας, το μεγάλο χρονικό διάστημα που απαιτείται για τη διενέργεια όλων των μετρήσεων, η δυσκολία εξεύρεσης οικονομικών πόρων και επιστημονικού προσωπικού κ.ά.

Η διερεύνηση των ψυχολογικών παραμέτρων σε μια νόσο με τόσες εκφράσεις και κλινικές εικόνες όπως ο καρκίνος θα απαιτούσε τη μελέτη πολυπληθών ομάδων υγιών ατόμων για δεκαετίες. Με αυτόν τον τρόπο θα ήταν δυνατό να καταγραφεί καλύτερα το ποια άτομα και γιατί εμφανίζουν τη νόσο, να παρακολουθηθεί στενά η αλληλεπίδραση των προαναφερθέντων βιο-ψυχο-κοινωνικών παραγόντων και να τεκμηριωθεί με πιο πειστικό τρόπο η σχέση των ψυχολογικών παραμέτρων με την έναρξη ή την εξέλιξη μιας νεοπλασίας. Λόγω, όμως, των ποικίλων πρακτικών προβλημάτων που τέτοιου είδους έρευνες συχνά εμφανίζουν, το μεγαλύτερο ποσοστό των επιστημονικών μελετών που ασχολήθηκαν με τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των καρκινοπαθών είναι αναδρομικού τύπου. Έτσι δεν μπορούν να αποφύγουν, εκτός των άλλων, δύο κύρια μεθοδολογικά προβλήματα-ερωτήματα:

α) αποτελούν οι ψυχολογικές εκδηλώσεις των ασθενών μόνιμα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τους ή είναι απλώς αντιδράσεις στο γεγονός της ασθένειας τους;

β) αφού η μελέτη παραμέτρων όπως του αντίκτυπου των ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής ή της αγχώδους συμπτωματολογίας έχει διενεργηθεί και σε ασθενείς άλλων οργανικών διαταραχών (π.χ. σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο της καρδιάς), πώς αυτοί διαφοροποιούνται σε σχέση με τους καρκινοπαθείς ως προς την επίδραση των ψυχοπιεστικών παραγόντων και των τρόπων που τους διαχειρίζονται;

Έχοντας τα παραπάνω υπόψη, και αδυνατώντας για πολλούς λόγους να διενεργήσουμε μια μελέτη με προοπτική δεκαετιών, αποφασίσαμε να σχεδιάσουμε μια έρευνα που θα έχει ως στόχους

α) τη σύγκριση των καρκινοπαθών με ασθενείς άλλων διαταραχών ως προς τον αριθμό και τον αντίκτυπο των ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής που έχουν βιώσει, καθώς και τις ψυχολογικές τους εκδηλώσεις στην ψυχοκαταπόνηση που υπόκεινται.

β) την σύνθεση των διαφορών αυτών σε ένα σύνολο χαρακτηριστικών το οποίο θα «διαφοροδιαγιγνώσκει» τους ασθενείς με καρκίνο από τα άτομα άλλων οργανικών παθήσεων με τεκμηριωμένη ψυχολογική επιβάρυνση.

Με αυτήν την έρευνα δεν στοχεύουμε στην πλήρη διαλεύκανση των μηχανισμών που ο ψυχισμός επιστρατεύει απέναντι στο γεγονός μιας ασθένειας όπως ο καρκίνος. Επιχειρούμε, όμως, να συμβάλλουμε στην φάση της ανάλυσης καταστάσεων και συγκέντρωσης δεδομένων που ακόμη βρίσκεται η σημερινή επιστημονική έρευνα, έως ότου τα στοιχεία αυτά χρησιμοποιηθούν στο μέλλον με έναν πιο συνθετικό και ολοκληρωμένο τρόπο.

Ως καταλληλότερη ομάδα σύγκρισης θεωρούμε τους ασθενείς με στεφανιαία νόσο της καρδιάς. Ασθενείς με τη συγκεκριμένη πάθηση έχουν μελετηθεί στο παρελθόν για τα ψυχολογικά τους χαρακτηριστικά και επιπλέον η παθολογία τους είναι εξίσου απειλητική για τη ζωή τους με αυτήν των καρκινοπαθών. Ως ομάδα ελέγχου προτιμούμε υγιή άτομα που εκδηλώνουν συμπτώματα σωματοποίησης με σημειολογία ανάλογη των ασθενών που πάσχουν από στεφανιαία νόσο. Άτομα με την συγκεκριμένη συμπτωματολογία έχουν επίσης μελετηθεί στο παρελθόν για τα ψυχολογικά τους χαρακτηριστικά και επιπλέον έως τη στιγμή της διάγνωσης τους βιώνουν την ίδια εμπειρία νοσηλείας (στεφανιογραφία) με αυτήν των καρδιολογικών ασθενών.

Η σύγκριση των ομάδων ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά θα αφορά την εκτίμηση των εκδηλώσεων άγχους, κατάθλιψης και αλεξιθυμίας των εξεταζόμενων ατόμων. Τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης αποτελούν σαφείς ενδείξεις της δυ-

σκολίας ενός ατόμου να επεξεργαστεί με ψυχολογικούς όρους ποικίλες ψυχοπιεστικές καταστάσεις που αφορούν την εξωτερική (γεγονότα ζωής) ή την εσωτερική (φανταστιωσικά άγχη) του πραγματικότητα (Damigos, 1984). Επίσης η αλεξιθυμία έχει συχνά συνδεθεί με την εκδήλωση ψυχοσωματικών νόσων (Lumley, 1996. Fukunishi, 1997), καρκίνου (Todarello, 1989, 1994, 1997), χρήση ανώριμων αμυνών του Εγώ (Wise, 1991) και ανεπαρκή συναισθηματική λειτουργία (Taylor, 1993).

Οι υποθέσεις μας είναι πως και οι τρεις ομάδες ασθενών θα αναφέρουν ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής, συναισθηματικό αντίκτυπο στο γεγονός της ασθένειας-νοσηλείας τους και πιθανότατα θα παρουσιάζουν συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και αλεξιθυμίας. Οι διαφορές τους, ωστόσο, θα εντοπίζονται όχι στην ύπαρξη αλλά στη συσχέτιση των ψυχολογικών αυτών παραμέτρων.

Το γεγονός αυτό θα υποδεικνύει τις διαφορετικές στρατηγικές που οι ασθενείς των τριών ομάδων επιστρατεύουν έτσι ώστε να αντιμετωπίσουν τις ψυχοπιεστικές απειλές που υφίστανται, καθώς και τις ενδεχόμενες διαφορές τους στις παραμέτρους των μόνιμων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της ιδιοσυγκρασίας.

Στο Ειδικό μέρος αυτής της εργασίας θα επιχειρήσουμε αυτή τη «διαφορική διάγνωση» των τριών ομάδων ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά τους, ενώ προηγουμένως στο Γενικό μέρος θα κάνουμε μια ανασκόπηση των κυριοτέρων ερευνών σχετικά με τους ψυχολογικούς παράγοντες και την ασθένεια του καρκίνου. Οι επιμέρους τομείς που θα καλύψουμε θα είναι η ιδιοσυγκρασία και οι βιολογικοί παράγοντες, η επίδραση των ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής, ο ρόλος της προσωπικότητας, η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης, της κατάθλιψης και της αλεξιθυμίας, ενώ δεν θα παραλείψουμε την αναφορά στα μεθοδολογικά προβλήματα που οι προγενέστερες έρευνες αντιμετώπισαν. Θα κλείσουμε το πρώτο μέρος με μια διεξοδικότερη αναφορά στη Θεωρία Συστημάτων και την εφαρμογή της στη βιο-ψυχο-κοινωνική θεώρηση του καρκίνου, ενώ μετά την παρουσίαση της έρευνας μας θα ακολουθήσει η συζήτηση των αποτελεσμάτων και η συναγωγή των τελικών συμπερασμάτων. Τέλος, χρησιμοποιώντας τα υπάρχοντα αποτελέσματα θα κάνουμε προτάσεις για μελλοντικά ερευνητικά πρωτόκολλα.

Θα κλείσουμε αυτήν τη σύντομη εισαγωγή με τις παρακάτω φράσεις που περιγράφουν με ανάγλυφο τρόπο το παρών στάδιο των γνώσεων μας στη χαρτογράφηση των διεργασιών και την αντιμετώπιση της ασθένειας του καρκίνου:

«...Αυτοί που εργάζονται στο συναρπαστικό πεδίο της ογκολογίας θυμίζουν τους περίφημους Βικτοριανούς νατουραλιστές, που παρατηρούσαν τα φαινόμενα χωρίς απαραίτητα να τα καταλαβαίνουν. Η ανάπτυξη μιας επιστήμης βασίζεται σε αυτή την πρώιμη φαινομενολογία. Αφού τα φαινόμενα περιγραφούν επαρκώς τότε, και μόνο τότε, μπορούμε να τα αναλύσουμε, σχεδιάζοντας πειράματα... επιχειρώντας να κατανοήσουμε τις αρχές που τα διέπουν. Ένα από τα προβλήματα αυτής της φαινομενολογίας είναι ότι περιορίζεται από τις μεθόδους παρατήρησης που διαθέτει. Η γνώση μας... είναι πρωτόγονη επειδή η μεθοδολογία μας είναι πρωτόγονη. Με την ανάπτυξη πιο εκλεπτυσμένων... μεθόδων θα φτάσουμε και σε μία εκλέπτυνση στη γνώση μας για το αντικείμενο...»

(Graham Currie, 1974)

Ιδιοσυγκρασία και βιολογικοί παράγοντες

Η ερευνητική δραστηριότητα που ως σήμερα έχει αφιερωθεί στη μελέτη του καρκίνου είναι ογκώδης και πολλές εξειδικευμένες προσπάθειες έχουν πραγματοποιηθεί προκειμένου να περιγραφεί το πως διαταράσσεται ο έλεγχος της ανάπτυξης των κυττάρων. Εκατοντάδες δημοσιεύσεις έχουν σκιαγραφήσει τους τρόπους δράσης ποικίλων καρκινογόνων ουσιών και διάφορα μοντέλα που συνεχώς βελτιώνονται προσεγγίζουν σταδιακά το μυστήριο της καρκινογένεσης. Ωστόσο, πολλά ερωτήματα μένουν ακόμη αναπάντητα ως προς το γιατί κάποια άτομα αντί άλλων εκδηλώνουν νεοπλασία, καθώς και το γιατί σε ορισμένους ασθενείς ο ρυθμός εξέλιξης της νόσου είναι ταχύς ενώ σε άλλους βραδύς ή για μεγάλα χρονικά διαστήματα αμετάβλητος.

Τις τελευταίες δεκαετίες, ένα σημαντικό ποσοστό επιστημονικών μελετών εστιάζει στην πιθανή συμβολή των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην εκδήλωση ή στην εξέλιξη του καρκίνου. Ωστόσο, οι περισσότερες εξ' αυτών δεν έχουν λάβει υπόψη τους τα βιολογικά και τα επιδημιολογικά στοιχεία της νόσου, καθιστώντας έτσι τα όποια αποτελέσματα τους επισφαλή και ευάλωτα σε κάθε είδους κριτική για τη μεθοδολογία που ακολούθησαν. Σήμερα, αναζητείται τρόπος ώστε να μελετηθούν ταυτόχρονα: α) το βιολογικό επίπεδο – η αλληλεπίδραση των γενετικών-βιολογικών στοιχείων ενός οργανισμού με τις καρκινογόνες επιδράσεις του περιβάλλοντος του και β) το ψυχολογικό επίπεδο – η αλληλοδιαπλοκή των στοιχείων της προσωπικότητας ενός ατόμου με τις ψυχοπιεστικές συνθήκες που καλείται να αντιμετωπίσει. Το εγχείρημα αυτό παρά τις δυσκολίες που εμφανώς παρουσιάζει δεν θεωρείται συτοπικό, μιας και η επιστημονική σκέψη έχει ήδη να επιδείξει ως υποδομή μια σειρά από εργασίες που έχουν προσφέρει θεωρητικά μοντέλα και πειραματικές αποδείξεις της συνεργασίας και αλληλοεπικάλυψης του βιολογικού και του ψυχολογικού.

Ο καρκίνος είναι μια νόσος κατά την οποία οι στοιχειώδεις κανόνες της κυτταρικής συμπεριφοράς παύουν να ισχύουν. Ενώ η ανάπτυξη των φυσιολογικών κυττάρων ρυθμίζεται προσεκτικά για να ανταποκρίνεται σε ολόκληρο τον οργανισμό, τα καρκινικά κύτταρα πολλαπλασιάζονται αυτόνομα και συνεχώς, με άμεση συνέπεια να διηθούν τους φυσιολογικούς ιστούς και να παρεμβάλλονται στην λειτουργία τους. Κατά αυτόν τον τρόπο, η εξαλλαγή του φυσιολογικού κυττάρου σε καρκινικό περιλαμβά-

νει αποκλίσεις στα ρυθμιστικά συστήματα που είναι σημαντικά για τη φυσιολογική του λειτουργία (Σπαντίδος, 1992).

Η καρκινογένεση είναι μια διαδικασία που συντελείται σε πολλά στάδια και προκαλείται ή ευνοείται από την συνεισφορά οποιουδήποτε μεταξύ πολλών παραγόντων, όπως χημικά στοιχεία, ακτινοβολίες ή ενδογενείς διαδικασίες. Σήμερα η κυρίαρχη άποψη υποστηρίζει τη θεωρία της σωματικής μεταλλαγής στην γένεση της νόσου (somatic mutation hypothesis of cancer), σύμφωνα με την οποία η μεταλλαγή ή η γενετική αλλαγή σε ένα και μοναδικό κύτταρο μπορεί να οδηγήσει στην δημιουργία ενός πληθυσμού καρκινικών κυττάρων (Wasan & Bodmer, 1997). Ωστόσο, θα πρέπει κάποιος να προσθέσει πως αυτή η άποψη δεν είναι ολοκληρωτικά αποδεκτή. Το περιβάλλον του σώματος μπορεί να παίξει κρίσιμο ρόλο στο αν θα επιτρέψει ή όχι την ανάπτυξη του όγκου. Πολλά εξαρτώνται από το ρόλο των ορμονών, των αυξητικών παραγόντων και πιθανόν τη δράση του ανοσοποιητικού συστήματος [1]. Για παράδειγμα, η συνέργια των ορμονών απαιτείται για τη γένεση όλων των τύπων καρκίνου, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που έχουν ταξινομηθεί ως όγκοι ανεξάρτητοι από τη δράση τους (hormone-independent tumors) (Nandi, Guzman & Yang, 1995). Επίσης, αν και χιλιάδες κύτταρα μπορεί να απελευθερωθούν από έναν πρωταρχικό όγκο, μόνο ένα μικρό ποσοστό θα αναπτυχθεί σε όγκο δευτεροπαθούς εστίας. Το σημείο, πάντως, που όλοι οι επιστήμονες συμφωνούν είναι πως η καρκινογένεση είναι μια διαδικασία πολλών σταδίων και θα απαιτήσει διεπιστημονικές προσεγγίσεις προκειμένου να γίνει καλύτερα κατανοητή (Weiss, 1997).

Οι επιπτώσεις των ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων στην εκδήλωση και στην εξέλιξη του καρκίνου έχουν αναγνωριστεί από την αρχαιότητα έως σήμερα και σύγχρονοι μελετητές έχουν επιχειρήσει να ρίξουν περισσότερο φως στη σχέση νου-σώματος στα πλαίσια της συγκεκριμένης παθολογίας. Ο Fox (1978) μετά από εκτενή ανασκόπηση συμπέρανε πως οι δύο κύριοι μηχανισμοί που οδηγούν στην ασθένεια, η καρκινογένεση και η καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος, συμπεριλαμβάνουν ποικίλες συνισταμένες (χρόνιες μολύνσεις, χρήση φαρμακευτικής αγωγής,

[1] Μια επιγενετική άποψη του καρκίνου όπως εκφράστηκε από τον ακτινολόγο Sir David Smithers και πιο πρόσφατα από τον Dr Hurry Rabin τόνιζε πως «ο καρκίνος δεν είναι πια μια ασθένεια των κυττάρων όπως και ένα μποτιλιάρισμα δεν είναι μια ασθένεια των αυτοκινήτων. Μια δια βίου μελέτη των εσωτερικών καύσεων της μηχανής δεν θα βοηθούσε κανέναν να καταλάβει τα προβλήματα της κυκλοφορίας. Ένα μποτιλιάρισμα οφείλεται στην αποτυχία μιας σωστής σχέσης των αυτοκινήτων και του περιβάλλοντος τους και μπορεί να συμβεί είτε η μηχανή τους δουλεύει καλά είτε όχι» (Weiss, 1997).

ορμονικά ερεθίσματα, ηλικία κ.ά.) που δύνανται να επηρεάσουν και να επηρεαστούν σε μεγάλο βαθμό από τους ψυχολογικούς παράγοντες και να συνεισφέρουν ως συνυπεύθυνοι παράγοντες στην έναρξη της νόσου. Μια σύγχρονη μελέτη, έπειτα από μεταανάλυση 43 ερευνών κατέληξε στο ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ψυχοκαταπόνησης και της μείωσης της αποτελεσματικότητας του ανοσοποιητικού συστήματος (Herbert & Cohen, 1993). Μια άλλη ανασκόπηση 38 μελετών παρουσίασε ενδείξεις πως η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη, καθώς και η τάση για απελπισία, κατάθλιψη και αρνητικά συναισθήματα είναι παράγοντες που προάγουν την ανάπτυξη της νόσου (Garssen & Goodkin, 1999).

Αρκετοί ερευνητές από τους χώρους της γενετικής, της βιολογίας και της παθολογικής ανατομίας ασχολήθηκαν με την έρευνα των γενετικών-βιολογικών χαρακτηριστικών των καρκινοπαθών. Οι μελέτες αυτές έχουν ως αφετηρία την απλή σκέψη πως αφού από ένα πλήθος οργανισμών που εκτίθενται σε καρκινογόνα ερεθίσματα μερικοί μόνο θα νοσήσουν, μπορεί να υποτεθεί πως οι τελευταίοι θα χαρακτηρίζονται από γενετικές, ανατομικές και φυσιολογικές ιδιομορφίες οι οποίες τους καθιστούν ευάλωτους στη νόσο.

Η ιδέα αυτή είναι παλιά (π.χ. κατά τον Γαληνό οι μελαγχολικές γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς από τις αισιόδοξες στο να αναπτύξουν καρκίνο) και ερευνάται σήμερα σε επίπεδο κυτταρικό (έρευνα στην ύπαρξη γονιδίων υπεύθυνων για τη νόσο), σε επίπεδο οργανισμού (αλληλεπιδράσεις οργανικών συστημάτων και σχέση τους με την ασθένεια) και σε επίπεδο ψυχοκοινωνικό (προσωπικότητα, αντιδράσεις σε ψυχοπιεστικά γεγονότα και καρκίνος).

Τις τελευταίες δεκαετίες, ένα από τα πλέον ενδιαφέροντα ερευνητικά πεδία είναι αυτό της νευρο-ενδοκρινο-ανοσολογίας. Το πεδίο αυτό έχει την καταγωγή του στην θεωρητική προσέγγιση της ψυχοσωματικής/ολιστικής ιατρικής και μελετά τις πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις τριών οργανικών συστημάτων -του νευρικού, του ενδοκρινικού και του ανοσοποιητικού. Τέτοιες αλληλεπιδράσεις είναι πολύ πιθανό να σχετίζονται με μια πληθώρα ασθενειών, μεταξύ άλλων και τον καρκίνο (Miller, 1977, Fife et al, 1996).

Η παραπάνω θεώρηση ξεκινά από πλήθος στοιχείων της τελευταίας εικοσαετίας που δείχνουν πως το ανοσοποιητικό σύστημα, εκτός από το ότι επιτελεί τις λειτουργίες προστασίας του οργανισμού, βρίσκεται και σε μια συνεχή δυναμική συνεργασία τόσο με το νευρικό όσο και με το ενδοκρινικό σύστημα. Κατά τον Παυλίδη

(1983) τα συστήματα αυτά, αν και ανατομικά δεν συνάπτονται, διατηρούν κάποια επικοινωνία ανάμεσα τους. Διάφοροι ενδογενείς ή εξωγενείς παράγοντες είναι σε θέση να διαταράξουν την ισορροπία ενός ή περισσότερων από τα τρία αυτά συστήματα και να επιφέρουν την αποδιοργάνωση τους. Η χρόνια επίδραση ειδικών καταστάσεων όπως π.χ. της ψυχοκαταπόνησης, της κύησης, της χορήγησης ορμονών ή ψυχοφαρμάκων ή ακόμη αυτών των ίδιων των βιολογικών διαταραχών του γήρατος, θα μπορούσε να αποδιοργανώσει την σχέση ομοιοστασίας των τριών συστημάτων, η συνεργασία των οποίων μπορεί να αποδοθεί με τον όρο *νευρο-ενδοκρινο-ανοσολογικού άξονας*. Το κτίσιμο αυτού του νευρο-ενδοκρινο-ανοσολογικού άξονα είναι το αποτέλεσμα των επιδράσεων ενός στατικού (γονίδια) και ενός δυναμικού (περιβάλλον) παράγοντα και χαρακτηρίζεται από μια «δομική οντότητα» που διαφέρει μεταξύ των ατόμων και είναι εκείνη που θα προδιαθέσει ή όχι σε κάποια από τις ανοσολογικές ασθένειες.

Οι υπάρχουσες αντιλήψεις τόσο για την αλληλεπίδραση του νευρικού, του ενδοκρινικού και του ανοσολογικού συστήματος όσο και για την εξάρτηση τους από ψυχολογικές ή άλλες συνθήκες του περιβάλλοντος τους προέρχονται από πολλά στοιχεία. Η ανασκόπηση του Kjeldsen-Kragh (1996) κατέγραψε πληθώρα ενδείξεων πως τα ανοσολογικά κύτταρα έχουν υποδοχείς για ορμόνες και νευροδιαβιβαστές και ότι οι υποδοχείς της κυτοκίνης (cytokine) εκφράζονται σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου. Επίσης, ότι σε πολλές μελέτες ζώων, η ανοσολογική καταστολή έχει παραχθεί με την κλασική διαδικασία εξαρτημένης μάθησης και πολλές πειραματικές μελέτες έχουν δείξει σημάδια μειωμένης ανοσολογικής λειτουργίας σε άτομα υπό την επίδραση έντονης ή χρόνιας ψυχοκαταπόνησης. Σε άλλες μελέτες φάνηκε ότι η χρόνια ψυχοκαταπόνηση μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο μολύνσεων και καρκίνου.

Σε μια άλλη ανασκόπηση, ο Coe (1993) συνέλεξε στοιχεία που δείχνουν πως ειδικά στους νεαρούς πιθήκους ο σχηματισμός και η διαταραχή των κοινωνικών σχέσεων γίνονται αντιληπτά ως σημαντικά ψυχοβιολογικά γεγονότα και καταλήγουν σε ποικίλες επιπτώσεις της ανοσολογικής λειτουργίας. Επίσης, άλλα στοιχεία της ανασκόπησης υπέδειξαν την ύπαρξη αλλαγών στον αριθμό των λευκοκυττάρων και των αντιδράσεων των αντισωμάτων μετά από χορήγηση αντιγόνων. Υπήρξαν, τέλος, ενδείξεις ότι η συνήθης μητρική φροντίδα μπορεί να συμβάλλει σε σημαντικές ανοσολογικές αντιδράσεις και πως οι ανοσολογικές αντιδράσεις σε ενήλικες-πιθήκους μπορούν να επηρεαστούν από το επίπεδο της επιθετικότητας που υπάρχει στην ομάδα.

Σε περίπτωση που ισχύουν τα παραπάνω, δηλαδή α) το νευρικό, το ενδοκρινικό και το ανοσολογικό σύστημα αλληλοεπηρεάζονται και β) τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα (βιολογικοί, ψυχολογικοί κ.ά. παράγοντες) επιδρούν στην λειτουργία των τριών συστημάτων, τότε ο ρόλος της ιδιοσυγκρασίας και των γεγονότων ζωής στην εκδήλωση και εξέλιξη του καρκίνου είναι προφανής. Η ανάγκη βέβαια για εγκυρότερη τεκμηρίωση των στοιχείων αυτών είναι προφανής. Επίσης, δεδομένης της πολυπλοκότητας που παρουσιάζει η συνολική λειτουργία των οργανισμών και της σχετικότητας που έχει η αξία των αποτελεσμάτων από τις πειραματικές μελέτες, οι ερευνητές οφείλουν να είναι πολύ προσεκτικοί ως προς τα τελικά τους συμπεράσματα και να αναμένουν περισσότερες ενδείξεις αυτής της κατεύθυνσης. Οι μεγάλες προοπτικές έρευνας που ανοίγονται για το αντικείμενο της νευρο-ενδοκρινο-ανοσολογίας, ωστόσο, είναι πέρα από κάθε αμφισβήτηση και όλη η επιστημονική κοινότητα αναμένει με μεγάλο ενδιαφέρον τις νεότερες εξελίξεις στο πεδίο των νευροεπιστημών και των συσχετιζόμενων κλάδων.

Γεγονότα ζωής και καρκίνος

α) Γενικά

Παρόλη την διαρκή αναγνώριση του προδιαθεσικού ρόλου των κοινωνικών παραγόντων στην αιτιολογία διαφόρων ασθενειών, είναι μόνο τα τελευταία 40 χρόνια που οι επιστήμονες έχουν επιχειρήσει να μελετήσουν συστηματικά αυτήν τη διάσταση. Ο Franz Alexander (1932) και οι ψυχαναλυτές συνεργάτες του, ήδη από την δεκαετία του '30, ενδιαφέρθηκαν πάνω στη συσχέτιση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας σε επιλεγμένα οργανικά σύνδρομα μέσα στο πλαίσιο της ψυχοσωματικής θεωρίας. Το 1956 ο Hans Selye διατύπωσε την έννοια της ψυχοκαταπόνησης (stress) ως «γενικό σύνδρομο προσαρμογής», ένα συνδυασμό μη-συγκεκριμένων ψυχολογικών αντιδράσεων σε ποικίλους επιζήμιους περιβαλλοντικούς παράγοντες (Selye, 1956). Αυτή η μορφοποίηση ήταν υπαίτια για την ευρεία διάδοση της έννοιας της ψυχοκαταπόνησης στην επιστημονική σκέψη και εγκαινίασε μια νέα περιοχή έρευνας και θεωρητικής ανάπτυξης που συνοδεύτηκε από αυξημένο ενθουσιασμό σε πολλούς τομείς της ιατρικής και στις κοινωνικές επιστήμες. Η ανάπτυξη της έννοιας της ψυχοκαταπόνησης και των ψυχοσωματικών μοντέλων της ασθένειας προχώρησε γρήγορα, με μια σταδιακή σύγκλιση ενδιαφέροντος και υποθέσεων, έτσι ώστε σήμερα η έρευνα στους δύο αυτούς τομείς να είναι σε κάποιο βαθμό αλληλο-επικαλυπτόμενη.

Η έννοια της ψυχοκαταπόνησης -που αποδίδεται σε κοινωνικά αίτια- κέρδισε την αποδοχή μιας μεγάλης μερίδας επιστημόνων ως ένας από τους προδιαθεσικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην έναρξη μιας πληθώρας ασθενειών. Αναγνωρίστηκε ότι μπορεί να συμπεριλαμβάνεται μεταξύ των συστατικών οποιασδήποτε νόσου και όχι μόνο αυτών που αναφέρονται ως κλασσικά ψυχοσωματικές. Όπως το εξέφρασαν οι Dodge και Martin (1970) «οι ασθένειες της εποχής μας, και πιο συγκεκριμένα οι χρόνιες ασθένειες, συνδέονται με υπερβολική ψυχοκαταπόνηση και ταυτόχρονα αυτή η ψυχοκαταπόνηση είναι παράγωγο μιας συγκεκριμένης κοινωνικά δομημένης κατάστασης που λειτουργεί και οργανώνεται στις μοντέρνες κοινωνίες». Ακόμη και η ευπάθεια σε μικροβιακές μολύνσεις θεωρήθηκε περισσότερο ως λειτουργία των περιβαλλοντικών συνθηκών, οι οποίες καταλήγουν σε καταπόνηση της φυσιολογίας του ατόμου, και όχι ως απόρροια της έκθεσης του οργανισμού σε μια πηγή μόλυνσης (Dubos, 1965).

Οι Holmes και Rahe (1967) όρισαν ως ψυχοπιεστικούς παράγοντες (stressors) οποιεσδήποτε συνθήκες απαιτούν αλλαγή στον τρόπο ζωής του ατόμου. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, η έκθεση σε ψυχοπιεστικούς παράγοντες δεν προκαλεί μια νόσο αλλά μπορεί να αλλάξει την ευπάθεια του ατόμου σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο με τρόπο που να λειτουργήσει ως προδιαθεσικός παράγοντας. Ως ψυχοκαταπόνηση (stress) ορίστηκε η αντίδραση του οργανισμού σε ψυχοπιεστικά γεγονότα (stressful events) ή συνθήκες, η οποία εκφράζεται με άμεσες ή μακροχρόνιες φυσιολογικές και ψυχολογικές αντιδράσεις.

Οι παραπάνω ερευνητές μελετώντας την επίδραση των γεγονότων ζωής σε μεγάλο δείγμα από επαγγελματίες ναυτικούς μέσω ενός ερωτηματολογίου (το SRE των Holmes & Hawkins) κατέληξαν στη χρησιμοποίηση μιας αναθεωρημένης και πιο συγκεκριμένης μεθόδου μέτρησης της ψυχοκαταπόνησης, την κλίμακα κοινωνικής προσαρμογής (Social Readjustment Rating Questionnaire) (Holmes & Rahe, 1967). Αργότερα ο Rahe (1974) προέκτεινε τα 42 γεγονότα της αρχικής κλίμακας του SRE σε 55, πρόσθεσε μια υποκειμενική μέθοδο μέτρησης του αντίκτυπου των γεγονότων και συνέταξε το ερωτηματολόγιο των πρόσφατων γεγονότων ζωής (S.R.R.S.) Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο θεωρήθηκε πιο κατάλληλο για προοπτικές μελέτες. Τα θέματα του αντιπροσωπεύουν συνηθισμένες καταστάσεις που αναφέρονται στον προσωπικό, οικογενειακό, εργασιακό και οικονομικό τομέα, καταστάσεις οι οποίες προκαλούν αλλαγές ή απαιτούν από το άτομο να προχωρήσει σε κάποιου είδους προσαρμογή. Έκτοτε πολλοί ερευνητές έχουν δημιουργήσει ποικίλες μορφές του ερωτηματολογίου προκειμένου να μελετήσουν την επίδραση των ψυχοπιεστικών παραγόντων σε ειδικούς πληθυσμούς π.χ. παιδιά, φοιτητές και αθλητές.

Ο στόχος της έρευνας των γεγονότων ζωής είναι να διερευνήσει μια χρονική συσχέτιση της αύξησης του αριθμού των γεγονότων που απαιτούν κοινωνικά προσαρμοσμένες αντιδράσεις και της έναρξης μιας οργανικής διαταραχής. Ο αντίκτυπος των συγκεκριμένων γεγονότων έχει υποτεθεί ότι είναι προσθετικός, δηλαδή όσο αυξάνεται ο αριθμός των γεγονότων τόσο αυξάνεται και η αρνητική τους επίδραση. Επίσης έχει υποτεθεί πως τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής λειτουργούν ως προδιαθεσικοί παράγοντες που επηρεάζουν την χρονική στιγμή, αλλά όχι τον τύπο των επεισοδίων της ασθένειας.

Η έκθεση σε ψυχοπιεστικά ερεθίσματα τυπικά καταλήγει σε αλλαγές στη φυσιολογική λειτουργία και την συμπεριφορά, ώστε να ανταποκριθεί ο οργανισμός στις περιβαλλοντικές απαιτήσεις. Έχουμε πειραματικά αποτελέσματα ότι κάποιες μορφές της ψυχοκαταπόνησης μειώνουν τις πρωταρχικές και δευτερογενείς αντιδράσεις των αντισωμάτων σε χαμηλές δόσεις ερεθισμών με αντιγόνα σε ποντίκια και ότι η ενήλικη ανοσολογική ανταπόκριση μπορεί να μεταβληθεί από πρώιμες νηπιακές εμπειρίες (Solomon, Amkraut, & Kasper, 1974). Δεν προκαλεί λοιπόν έκπληξη το ότι η ψυχοκαταπόνηση υπονοείται σαν επιταχυντικός παράγοντας ενός αριθμού νοσολογικών οντοτήτων. Ο ρόλος της σε ψυχιατρικές και παθολογικές νόσους όπως η κατάθλιψη (Akistal & McKinney, 1973), το έλκος δωδεκαδάκτυλου (Weiss, 1971) και η υπέρταση (Galosy & Guebelein, 1977) είναι καλά τεκμηριωμένος. Μια σύγχρονη μελέτη, αφού επεξεργάσθηκε με την μέθοδο της μετα-ανάλυσης 43 έρευνες σχετικές με την επίδραση των ψυχοπιεστικών παραγόντων στην φυσιολογική λειτουργία, κατέληξε στο ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ψυχοκαταπόνησης και της μείωσης της αποτελεσματικότητας του ανοσοποιητικού συστήματος (Herbert & Cohen, 1993).

Τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής, ωστόσο, έχουν θεωρηθεί σαν στοιχεία ενός πολυπαραγοντικού μοντέλου της ασθένειας και αναφέρονται μόνο σε μία διάσταση της κοινωνιο-ιατρικής προσέγγισης της νόσου. Από τη δεκαετία του '70 έγινε πεποίθηση ότι τα άτομα που εκτίθενται σε τέτοιες καταστάσεις απλώς ενδέχεται να γίνουν περισσότερο ευάλωτα σε ένα μεγάλο εύρος οργανικών και ψυχικών διαταραχών, αναπτύσσοντας μια μη-συγκεκριμένη ευπάθεια που μπορεί υπό κάποιες προϋποθέσεις να οδηγήσει στην εκδήλωση μιας νόσου (Caplan, 1981. Cassel, 1974. Cobb, 1976). Ταυτοχρόνως, πολλοί ερευνητές συμπέραναν πως οι επιπτώσεις της ψυχοκαταπόνησης ήταν όχι μόνο πιο συχνά προσωρινές παρά μόνιμες, αλλά και ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές στον τρόπο που αντιδρούν τα άτομα στα περιβαλλοντικά συμβάντα. Ένα μοντέλο σύνδεσης των ψυχοπιεστικών παραγόντων και της νόσου θα πρέπει να συνδέεται με έναν αριθμό συνθηκών που σύμφωνα με τους Rabkin και Struening (1976) είναι:

1. Η παρουσία ψυχοπιεστικών περιβαλλοντικών συνθηκών.
2. Η αντίληψη του ατόμου ότι αυτές οι συνθήκες είναι ψυχοπιεστικές.
3. Η σχετική ικανότητα του να προσαρμοστεί σε αυτές τις συνθήκες
4. Η γενετική προδιάθεση στην ασθένεια.
5. Η παρουσία ενός παθογενετικού παράγοντα

Μέσα στην ψυχιατρική θεωρία της κρίσης (Cullberg, 1976) τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής επίσης θεωρήθηκαν αιτιολογικοί παράγοντες, αλλά εδώ ο αντίκτυπος τους εκτιμήθηκε σε ένα ψυχοδυναμικό πλαίσιο, ταυτόχρονα με το ψυχο-κοινωνικό επίπεδο ανάπτυξης του ατόμου και την ύπαρξη της κοινωνικής υποστήριξης. Ο Lazarus (1966) τόνισε την σπουδαιότητα των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην κατανόηση της επίδρασης των γεγονότων ζωής: για παράδειγμα, άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση μπορεί να βιώνουν και να παρεξηγούν πολλές καταστάσεις ως ψυχοπιεστικές και να αντιδρούν με απόγνωση έχοντας μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν, καθώς και άτομα που χαρακτηρίζονται από έντονη χρήση των αμυντικών μηχανισμών (π.χ. την απώθηση) μπορεί να έχουν μικρότερη ικανότητα να χειριστούν κατάλληλα μία ψυχοπιεστική κατάσταση. Ο Lazarus υπογράμμισε την σημασία της υποκειμενικής αντίληψης των γεγονότων (π.χ. αυτό που είναι ψυχοπιεστικό για ένα άτομο μπορεί να μην είναι για ένα άλλο) και τόνισε ότι ο πιο ισχυρός προσδιορισμός στην επίδραση των γεγονότων ζωής είναι οι στρατηγικές προσαρμογής του ατόμου (coping strategies /coping style). Η προσέγγιση αυτή είναι σύμφωνη με του Hinkle (1974), ο οποίος πρότεινε ότι τα όρια των ψυχολογικών και κοινωνικών αντανακλαστικών στην διαχείριση των δυσκολιών είναι πιο σημαντικά από τα γεγονότα ζωής σαν παράγοντας κινδύνου στην ασθένεια.

Παρομοίως, για τους Rutter και Quinton (1984) πολλές από τις μεθόδους μέτρησης των γεγονότων ζωής παρέχουν μόνο έμμεσες ενδείξεις των πραγματικών εμπειριών που δημιουργούν την ψυχολογική διαταραχή. Τα αποτελέσματα της έρευνας τους δείχνουν ότι ο κίνδυνος εκδήλωσης ψυχιατρικής διαταραχής στα παιδιά με γονείς που εμφάνισαν ψυχιατρικές νόσους προέρχεται κυρίως από την συνοδευόμενη οικογενειακή διχόνοια παρά από την ίδια την νόσο των γονέων. Επίσης, οι Brown και συν. (1985) έδειξαν ότι η μακροχρόνια ευαλωτότητα που συνδέεται με την πρώιμη απώλεια του /των γονιών απορρέει όχι από την απώλεια καθεαυτή, αλλά από την έλλειψη της συναισθηματικής φροντίδας στην οποία η απώλεια μπορεί να οδηγήσει. Τέλος, οι Hetherington και συν. (1982) παρατήρησαν ότι για τις δυσμενείς ψυχολογικές επιπτώσεις του διαζυγίου των γονιών ευθύνονταν κυρίως οι διαταραχές στην λειτουργικότητα της οικογένειας και των σχέσεων των μελών της.

β) Γεγονότα ζωής και καρκίνος

Η συσχέτιση ενός νεοπλάσματος με μια σημαντική απώλεια συγγενούς ή προσφιλούς προσώπου γίνεται ήδη από τον 2° αι. μ.Χ. και υποστηρίζεται ως τα μέσα του 20ου αιώνα από πλήθος διάσημων γιατρών (Gendron, Guy, Laennec, Cooper, Parker, Paget κ.ά.) (Ρηγάτος, 1985). Η ιδέα αυτή διερευνήθηκε συστηματικότερα τις δεκαετίες του '50 και του '60, ενώ μεγάλο όγκο ερευνών τόσο σε ανθρώπους όσο και σε πειραματόζωα συναντούμε και στην δεκαετία του '70. Πειραματικές μελέτες ζώων έδειξαν, ότι η έκθεση σε ηλεκτρικό σοκ χωρίς την δυνατότητα διαφυγής μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση όγκου, ανάπτυξη του μεγέθους του και/ή μείωση του χρόνου επιβίωσης του οργανισμού (Sklar & Anisman, 1979). Ο Crisp (1970) σε μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την αιτιολογία του καρκίνου στα πειραματόζωα ανέφερε πως κακοήθεις όγκοι σε αρουραίους μπορεί να προκαλούνται από πειραματικές νευρώσεις, τραύμα, πρόωρη απομόνωση, ή από υπερπληθυσμό. Άλλες επίσης έρευνες έχουν δείξει ότι η ψυχοκαταπόνηση επιδρά στην καρκινογένεση (Ader, 1965. Dechambre, 1973. Henry, 1975. Riley, 1975).

Στις μελέτες ανθρώπων, πολλοί συντελεστές ερευνήθηκαν για την συμβολή τους σε κακοήθεις νεοπλασίες. Ανάμεσα στους πιο σημαντικούς είναι η ανικανότητα απάντησης στους ψυχοπιεστικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες και τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ασθενή. Υπάρχουν στοιχεία που συνδέουν την ψυχοκαταπόνηση με μια ελάττωση της λειτουργίας επιτήρησης της ανάπτυξης του όγκου (Kiecolt-Glaser, 1987) και η ανικανότητα αντίδρασης στα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής έχει φανεί να προγιγνώσκει ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Schmale & Iker, 1966). Έχει επίσης βρεθεί ότι γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο έχουν, σε μεγάλο βαθμό, βιώσει διαπροσωπικά προβλήματα που σχετίζονται με τις σεξουαλικές τους επιλογές και τη συνεπαγόμενη ψυχοκαταπόνηση (Antoni, 1988. Antoni, 1989. Goodkin, 1986). Ο Kissen (1967) συνέλεξε δεδομένα για την ύπαρξη ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής σε 218 άντρες με καρκίνο πνεύμονα και 148 ασθενείς με άλλες πνευμονικές διαταραχές. Οι ασθενείς με καρκίνο είχαν ζήσει στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας περισσότερα γεγονότα θανάτου γονιών, δυστυχίας ή άλλες ψυχοπιεστικές καταστάσεις. Στη διάρκεια της ενήλικης ζωής είχαν μεγαλύτερο αριθμό δυσκολιών στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και βιώσαν δυσμενείς καταστάσεις στον εργασιακό και

στον οικονομικό τομέα. Σε μια πρόσφατη έρευνα (Chen, 1995) ενός δείγματος γυναικών (119) που υπεβλήθησαν σε βιοψία για τον έλεγχο όγκων του στήθους, τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής συνδέθηκαν σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο με την διάγνωση νεοπλασίας. Αντίθετα τα μη ψυχοπιεστικά γεγονότα καθώς και η ύπαρξη μακροχρόνιων προβληματικών καταστάσεων δεν είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Πλήθος μελετών ασχολήθηκαν με τις επιπτώσεις της απώλειας ενός σημαντικού συναισθηματικού δεσμού στην κατάσταση υγείας του ατόμου (Cheang, 1985. Horne, 1979. Jacobs, 1980. Murphy, 1980). Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι η θνητότητα των χήρων άνω των 55 χρόνων ήταν κατά 40% αυξημένη το διάστημα 6 μηνών που ακολουθούσε τον θάνατο του/της συζύγου, χωρίς αυτό να ισχύει αργότερα (Parkes, 1969). Σε μια πιο πρόσφατη έρευνα, φάνηκε ότι η θνητότητα μεταξύ των χήρων είχε αυξηθεί για το επόμενο διάστημα 12 χρόνων και ήταν ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό για αυτούς που μεταφέρθηκαν σε γηροκομεία, ενώ για αυτούς που ξαναπαντρεύτηκαν η θνητότητα έπεσε στο αναμενόμενο επίπεδο (Helsing, 1981). Ο LeShan το 1959 συμπέρανε ότι « τα συνεπέστερα και σχετικότερα περιστατικά του καρκίνου που καταγράφηκαν με ψυχολογικούς συντελεστές είχαν σχέση με απώλεια πολλών συναισθηματικών δεσμών πριν τα πρώτα παρατηρούμενα συμπτώματα του νεοπλάσματος». Ο ίδιος ερευνητής κατέληξε σε 4 συμπεράσματα: α) φαίνεται να υφίσταται μία συσχέτιση μεταξύ της νεοπλασίας και συγκεκριμένων τύπων ψυχολογικών καταστάσεων, β) ο συνηθέστερος ψυχολογικός παράγοντας πριν την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων της νεοπλασίας είναι η απώλεια μιας σημαντικής σχέσης, γ) φαίνεται ότι υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ της οργάνωσης της προσωπικότητας και του χρόνου της εμφάνισης της ασθένειας ή του θανάτου του ασθενή και δ) μπορεί να υπάρχει κάποια σχέση της οργάνωσης της προσωπικότητας και του τύπου ή του οργάνου που εμφανίζεται ο καρκίνος.

Χρησιμοποιώντας την κλίμακα γεγονότων ζωής των Homes-Rahe, οι Jacobs και Charles (1980) βρήκαν ότι στα παιδιά η χρονιά που εκδηλώνεται κάποιας μορφής νεοπλασία συμπίπτει με σημαντικές αλλαγές στη ζωή τους, όπως διαταραχή της υγείας ενός μέλους της οικογένειας ή προσωπικό ατύχημα. Ακόμη, αλλαγή στον τόπο κατοικίας, όπως και προβλήματα γάμου ή διαζύγιο των γονιών του παιδιού, συνδέθηκαν με την ασθένεια. Η ψυχολογική πίεση θεωρήθηκε επίσης ως σημαντικό χαρακτηριστικό στην έναρξη της λευχαιμίας σε μονοζυγωτικούς δίδυμους χωρίς κληρονομική προδιάθεση για την ασθένεια (Greene & Swisher, 1969). Τέλος, οι υποτροπές του καρκίνου

μετά από χειρουργική αφαίρεση ενός κακοήθους μελανώματος ήταν πιο συχνές στα άτομα που είχαν δυσκολίες προσαρμογής στην ασθένεια και στην χειρουργική επέμβαση από τα άτομα με καλύτερη προσαρμοστική ικανότητα (Rogentine, 1979).

Αν και οι περισσότερες μελέτες που εξετάζουν την συσχέτιση των γεγονότων ζωής και του καρκίνου παρουσιάζουν μεθοδολογικά προβλήματα, τα δεδομένα υποστηρίζουν μια μικρή συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών (Scurry & Levin, 1979). Σε μελέτη σχετικά με την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού, της μεσολάβησης του ανοσολογικού συστήματος, των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και των γεγονότων ζωής, η ψυχοκαταπόνηση συνδέθηκε με τον καρκίνο ποικιλοτρόπως (Bryla, 1996). Η θετική της αντιμετώπιση θεωρήθηκε ότι μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών.

γ) Εννοιολογικά και μεθοδολογικά προβλήματα

Δύο μορφές κριτικής εμφανίζονται πολύ συχνά στην βιβλιογραφία: α) οι συσχετίσεις μεταξύ ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής και έναρξης ή εξέλιξης του καρκίνου είναι πολύ αδύναμες και β) προέρχονται κυρίως από αναδρομικές εκτιμήσεις έτσι ώστε δεν μπορούν να συναχθούν συμπεράσματα που να στηρίζουν μια σχέση αιτίου - αιτιατού. Ο Fox (1978) σε μια εκτενή του αναφορά για το National Cancer Institute των ΗΠΑ έθεσε πολλά μεθοδολογικά προβλήματα σχετικά με τις έρευνες των προγενέστερων του, όσον αφορά στην σχέση γεγονότων ζωής και καρκίνου. Οι μελέτες, κατά τον συγγραφέα, θα πρέπει να συγκρίνουν άτομα συγκεκριμένων κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών ομάδων με συγκεκριμένο φύλο και ηλικία. Ως ανεξάρτητες μεταβλητές θα πρέπει να θεωρούνται όλοι οι βιολογικοί παράγοντες οι οποίοι είναι πιθανόν να συμβάλουν στην καρκινογένεση (μικρόβια, χρόνιες μολύνσεις, ορμονικά ερεθίσματα, ηλικία κ.ά.). Οι ομάδες ασθενών και ελέγχου πρέπει να έχουν υποστεί την, κατά το δυνατόν, ίδια έκθεση σε χημικές ουσίες, να έχουν ίδιο αριθμό τέκνων, επάγγελμα, γενετική προδιάθεση, σύνθεση οικογένειας και πιθανόν να έχουν ζήσει ίδιου τύπου ψυχοπιεστικά γεγονότα (π.χ. μετανάστευση). Το ίδιο θα πρέπει να ισχύει και ως προς το είδος και το στάδιο του όγκου, παράμετροι που έχει βρεθεί ότι επηρεάζουν την ανακλητική ικανότητα των ασθενών. Ακόμη, χρήζει προσοχής η επίδραση του καρκίνου στις γνωστικές ικανότητες των ασθενών είτε ως ψυχιατρική διαταραχή,

είτε ως μετάσταση στον εγκέφαλο, είτε ως ψυχολογικές και νευρολογικές αλλαγές λόγω χημειοθεραπείας.

Για τον συγγραφέα θεωρείται δεδομένο ότι η νόσος είναι πολυπαραγοντική. Μελετώντας το σύνολο των ερευνών που εξετάζει αν υπάρχει αιτιώδης σχέση μεταξύ των ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής και του καρκίνου ανέφερε περίπου τόσες αρνητικές όσες και θετικές συσχετίσεις. Ακόμη, δεν βρήκε καμία μεταβλητή του MMPI να συνδέεται αιτιωδώς με την νόσο - έναρξη, εξέλιξη ή επιβίωση. Το γεγονός ότι η νόσος έχει μεγάλη περίοδος επώασης δυσκολεύει τον σχεδιασμό ερευνών για τα γεγονότα που προηγούνται της εμφάνισης της. Η μεγάλη ποικιλία στον μέσο αντίκτυπο που έχουν τα γεγονότα ζωής έκανε δύσκολο το να βρεθεί ένας αντικειμενικός τρόπος μέτρησης τους. «Πως θα αποφασίσουμε» αναφέρει «π.χ. πόση ψυχοκαταπόνηση προκαλείται από το κάθε είδους επάγγελμα και ποιες είναι οι καταστάσεις που προκαλούν ψυχολογική καταπόνηση σε κάποιο συγκεκριμένο επάγγελμα; Τί είδους και τί βαρύτητας ασθένεια ακολουθεί τα τραυματικά γεγονότα και πόσα γεγονότα ακολουθούν μία ασθένεια; Εξαιτίας των παραπάνω μεθοδολογικών δυσκολιών στην ανάκληση, μόνο μία σύνδεση μπορούμε να βρούμε και όχι αιτιώδη σχέση. Επίσης αν θέλουμε να μετράμε τα γεγονότα ζωής, πρέπει να βρούμε ένα τρόπο να μελετήσουμε και τα μη-γεγονότα...».

Ο ίδιος ερευνητής σε μια δεύτερη μελέτη (Fox, 1982) εξέφρασε την άποψη πως στον καρκίνο υπάρχουν πολλοί ισχυροί υφιστάμενοι ψυχολογικοί προγνώστες, αλλά επίσης και η κατάσταση της νόσου επηρεάζει το συνολικό ψυχολογικό προφίλ. Ο ερευνητής ψυχολόγος θα πρέπει να δείξει μια σχέση μεταξύ των ψυχολογικών μεταβλητών και αυτών των βιολογικών παραγόντων.

Στα ίδια συμπεράσματα κατέληξαν και οι Sklar και Anisman (1979) οι οποίοι δηλώνουν πως πέρα από τα μεθοδολογικά προβλήματα που παρουσιάζονται στην έρευνα, όλες οι μελέτες προτείνουν ότι συγκεκριμένες ψυχολογικές μεταβλητές, συμπεριλαμβανομένης την ανικανότητας διαχείρισης της ψυχοκαταπόνησης, συνδέονται με υψηλότερη ανάπτυξη του καρκίνου. «Φυσικά» τονίζουν οι συγγραφείς «δεν είναι σωστό να συμπεράνουμε αιτιώδη σχέση ή αλλαγή στην ανάπτυξη του καρκίνου από αυτές τις μελέτες. Είναι εντελώς πιθανό ότι αυτή η συσχέτιση είναι πλαστή και προέρχεται από άλλη μεταβλητή ή μεταβλητές που επηρεάζουν την εξέλιξη του καρκίνου και τον τρόπο συσχέτισης με τα ψυχοπιεστικά γεγονότα, ή άλλες ψυχολογικές στάσεις. Για παράδειγμα χημικές ουσίες, μικρόβια, χρόνια μόλυνση, γενετική προδιάθεση, ορμονικές ουσίες και η ηλικία, όλες μπορεί να επηρεάζουν την νόσο. Αυτές οι μεταβλητές μπορεί να έχουν άμεσα ή έμμεσα αποτελέσμα-

τα στην ψυχολογική λειτουργία και αυτό να καταλήγει στις υψηλού βαθμού συσχετίσεις που παρατηρούνται. Ωστόσο, μπορεί ο καρκίνος και η ψυχολογική λειτουργία να είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους...»

Συμπερασματικά, η επίδραση των ψυχοπιεστικών παραγόντων φαίνεται να εξαρτάται από πλήθος ιδιοσυγκρασιακών, ψυχολογικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών του ατόμου που την υφίσταται. Υπάρχουν ενδείξεις πως ο καρκίνος είναι συνέπεια της μη-ελεγχόμενης και όχι της ελεγχόμενης ψυχοκαταπόνησης (Sklar & Anisman, 1979) και σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει η προηγούμενη ιστορία προσαρμογών του ατόμου σε διάφορες ψυχοπιεστικές καταστάσεις (Damigos, 1986). Πάντως, οι μέχρι τώρα έρευνες δεν έχουν κατορθώσει να τεκμηριώσουν με πειστικό τρόπο το ρόλο οποιασδήποτε ψυχολογικής παραμέτρου στην εκδήλωση του καρκίνου και μια βασική αιτία μπορεί να είναι η ελλιπής μελέτη των αλληλεπιδράσεων των ψυχολογικών και βιοϊατρικών παραγόντων (Garssen & Goodkin, 1999). Τα αποτελέσματα των ψυχολογικών χαρακτηριστικών έχουν τεκμηριωθεί καλύτερα στις έρευνες που αναφέρονται στην εξέλιξη της νόσου και στις μελέτες όπου περιγράφεται κάποιου είδους ψυχολογικής παρέμβασης.

Οι Levenson & Bemis (1991) σε μια πιο πρόσφατη κριτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τον καρκίνο και τις πιθανές συνδέσεις του με συναισθηματικές καταστάσεις, τρόπους άμυνας στην ψυχοκαταπόνηση και χαρακτηριστικά προσωπικότητας, ανέφεραν πως μεγάλο μέρος από την υπάρχουσα ερευνητική δραστηριότητα χαρακτηρίζεται από φτωχό ερευνητικό σχεδιασμό και ανάλυση που έχει περιορισμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα. Παρόλο που κάποιοι ψυχολογικοί παράγοντες μπορούν να συνδεθούν με την έναρξη του καρκίνου, δεν έχουν ακόμη εδραιωθεί άμεσοι δεσμοί.

Ο τύπος προσωπικότητας των καρκινοπαθών

Η υπόθεση πως ο καρκίνος προσβάλλει άτομα συγκεκριμένης δομής προσωπικότητας έχει προταθεί επανειλημμένα από ιατρικούς συγγραφείς. Ο Γαληνός στο "De Tumoribus" ισχυρίστηκε ότι οι μελαγχολικές γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στον καρκίνο από ότι οι αισιόδοξες. Από τότε πολλοί ερευνητές έχουν κάνει παρόμοιες υποθέσεις, συμπεριλαμβανομένων των Ambroise Pare, Alexander Monroe, James Paget και Carl Rokitansky (Ρηγάτος, 1985). Οι σχετικές με αυτήν την ιδέα συζητήσεις επικεντρώθηκαν σε δύο εναλλακτικούς τύπους υποθέσεων: α) η συναισθηματική ένταση προκαλεί ανάπτυξη καρκίνου, και β) κάποιες προσωπικότητες είναι πιο επιρρεπείς να αναπτύξουν καρκίνο από ότι άλλες. Ο Γερμανός παθολόγος Bennete εξέδωσε το 1881 μια τυπολογία στην οποία κατέταξε τα άτομα σε τρεις τύπους: α) τον χοιραδικό[2] τύπο (ψηλός, αδύνατος, «λεπτομορφικός»), β) έναν ενδιάμεσο τύπο, και γ) τον καρκινικό τύπο (κοντό, στρογγυλό, «πυκνομορφικό») (Hagnell, 1966). Τον 18° και 19° αιώνα, το ενδιαφέρον επεκτάθηκε στον ρόλο της κατάθλιψης και των γεγονότων ζωής. Έκτοτε, πλήθος ερευνών συνέδεσε θετικά τους ψυχολογικούς παράγοντες με τον καρκίνο, όσον αφορά είτε στην εμφάνιση του σε σχέση με τον μέσο πληθυσμό ή ομάδες ελέγχου, είτε στην εξέλιξη του σε ασθενείς με διαφορετικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας.

Ο Bacon και οι συνεργάτες του (1952) ήταν από τους πρώτους που επιχείρησαν την μεθοδική διερεύνηση των χαρακτηριστικών της καρκινικής προσωπικότητας. Ο καρκίνος του μαστού συσχετίσθηκε στατιστικά με την μειωμένη έκφραση σεξουαλικότητας και μητρότητας, την ανικανότητα χειρισμού του θυμού, την εχθρότητα ή την επιθετικότητα και τις άλυτες ανάγκες εξάρτησης. Οι Bahnson και Bahnson (a 1964) στηριζόμενοι σε αποτελέσματα του ψυχολογικού τεστ Rorschach επτά ασθενών σχημάτισαν την υπόθεση πως: «η παρατηρούμενη επίπεδη και άδεια καρκινική προσωπικότητα δεν σχετίζεται απαραίτητα με την κατάθλιψη, αλλά με το σύνδρομο της κενότητας, το οποίο είναι αποτέλεσμα ή εκδήλωση των δυνατών και συνεχώς χρησιμοποιούμενων αμυνών της άρνησης και της απώθησης αυτών των ασθενών». Ισχυρίστηκαν ότι η συνεχής χρήση αυτών των αμυνών «σχετίζεται με φυσιολογικές διαδικασίες που επιβάλλουν παλινδρόμηση σε αρχαϊκά φυσιολογικά πρότυπα εκφόρτισης /εκκένωσης και έτσι στερούν την κοινωνική προσωπικότητα από συναισθηματικά αποθέματα». Είδαν τους ασθενείς αυτούς σαν να

καταφεύγουν σε παλίνδρομους και πιθανόν ψυχωσικούς τρόπους ψυχολογικής λειτουργίας, γεγονός που προκαλεί ταυτόχρονες φυσιολογικές ή βιοχημικές αναλογίες στο σωματικό επίπεδο. Συνέπεια των παραπάνω είναι η απομόνωση των δύο «εαυτών», έτσι ώστε η νεοπλασία να αντιπροσωπεύει μια μορφή αυτοκτονίας που έχει αιτία «...την εκφόρτιση της αντεστραμμένης ψυχικής ορμής σε αρχαϊκά και παλίνδρομα κανάλια». Σε ένα άλλο σημείο (b 1964), οι ίδιοι συγγραφείς πρότειναν ένα θεωρητικό μοντέλο που επιχειρεί να εξηγήσει τον καρκίνο σαν μία ασθένεια εναλλακτική της ψύχωσης. Αυτό το μοντέλο είναι ένα εννοιολογικό σχήμα που επιφυλακτικά υποθέτει «...την γρήγορη ανάπτυξη των καρκινικών ιστών σαν μια παλίνδρομη προσπάθεια από την μεριά του ψυχοβιολογικού οργανισμού να αντικαταστήσει την πρόσφατη απώλεια ενός σημαντικού συναισθηματικού δεσμού». Συμπέραναν ότι «...ιδιαίτερα συναισθηματικά πρότυπα φαίνεται να σχετίζονται με συγκεκριμένες ασθένειες».

Η υπόθεση του LeShan, που αφορά τον τρόπο της συναισθηματικής ιστορίας ζωής και συνδέεται με την ανάπτυξη νεοπλασίας, είναι ότι νωρίς στη ζωή συμβαίνει μια καταστροφή της αναπτυσσόμενης ικανότητας του ατόμου να σχετίζεται με τους άλλους, κάτι που έχει ως αποτέλεσμα την βίωση συναισθημάτων απομόνωσης, αίσθηση ότι οι έντονες και σημαντικές σχέσεις φέρνουν πόνο και απόρριψη, καθώς και μια αίσθηση βαθιάς απελπισίας και απόγνωσης. (LeShan, 1966). Αργότερα, μια σημαντική σχέση δημιουργείται στην οποία το υποκείμενο επενδύει μεγάλο ποσό ενέργειας. Για κάποιο χρονικό διάστημα απολαμβάνει μια αίσθηση αποδοχής από τους άλλους και μια ζωή με νόημα, αν και το συναίσθημα της μοναξιάς ποτέ δεν εξαφανίζεται τελείως. Τελικά, με την απώλεια της κεντρικής σχέσης, το θάνατο ενός συγγενούς, την πρώιμη συνταξιοδότηση, ή την αποχώρηση των παιδιών από το σπίτι, εμφανίζεται μια αίσθηση ολοκληρωτικής απόγνωσης και μια πεποίθηση ότι τίποτε δεν υπάρχει πια για αυτόν στη ζωή.

Ο Kissen (1968) μορφοποίησε μια παρόμοια υπόθεση, ότι οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα έχουν μικρά περιθώρια συναισθηματικής έκφρασης σαν μόνιμο χαρακτηριστικό προσωπικότητας. Ανέφερε στατιστικά σημαντική διαφορά με μικρότερες τιμές για τους καρκινοπαθείς όσον αφορά την επίγνωση της δραστηριότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος και πρότεινε ότι αυτό το χαρακτηριστικό εξηγεί το χαμηλό νευρωτισμό που βρέθηκε στους ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα. Συμπέρανε ότι

[2] scrofulophitisicus [scrofulous] = χοιραδικός (αυτός που πάσχει στους λυμφατικούς αδένες)

το παραπάνω χαρακτηριστικό αντιπροσωπεύει είτε α) την πραγματική ύπαρξη μικρότερης συμπαθητικής δραστηριότητας στους ασθενείς είτε β) την ύπαρξη ίσης ή μεγαλύτερης συμπαθητικής δραστηριότητας των καρκινοπαθών σε σχέση με τον μέσο πληθυσμό που όμως, μέσω ενός ψυχολογικού μηχανισμού άρνησης ή απώθησης όπως ορίσθηκε από τους Bahnson και Bahnson, οι ασθενείς αυτοί καταφέρνουν να μην έχουν επίγνωση της ύπαρξης της ή να την αρνούνται ως στοιχείο του εαυτού τους.

Οι Abse και συν. (1974) συγκέντρωσαν ένα πλήθος μελετών που αναφέρουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά: α) άρνηση και απώθηση (Bahnson, 1969), β) μειωμένη ικανότητα ενδοσκόπησης (Abse, 1972), γ) μειωμένη συναισθηματική έκφραση (Kissen, 1963), δ) ανικανότητα έκφρασης του θυμού (Thomas, 1976), ε) τάση αυτοθυσίας και αυτο-κατηγορίας (Nemeth & Mezei, 1963), στ) άκαμπτη συμβατικότητα (Bahnson & Bahnson, 1966), ζ) προσανατολισμός στην «πραγματικότητα» (Blumberg, 1952), η) φτωχή αλλά βαθιά βιωμένη κάθεξη σε αντικείμενο (Booth, 1965), και θ) απελπισία και απόγνωση (Schmale & Iker, 1971). Μια παρόμοια λίστα έχει γίνει από τους Stone και συν. (1979). Άλλες διαστάσεις της προσωπικότητας που έχουν αναφερθεί είναι η εξωστρέφεια (Coopen & Metcalfe, 1963), η μειωμένη σεξουαλικότητα (Rotkin, 1967) και η κατάθλιψη (Bieliauskas & Garron, 1982). Άλλες έρευνες των Abse και συν. (1972) είχαν διαπιστώσει ότι οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα δεν ήταν τυχαίο δείγμα καπνιστών και είχαν τονίσει ότι οι ψυχολογικές διαφορές μεταξύ καρκινοπαθών και ομάδας ελέγχου ήταν πιο έντονες στις μικρές ηλικίες.

Η Thomas (1976) συσχέτισε σε προοπτική μελέτη την ψυχολογική κατάσταση των φοιτητών ιατρικής και την μετέπειτα ψυχική και σωματική τους υγεία και ανέφερε μια σαφή συσχέτιση μεταξύ του καρκίνου των υποκειμένων της και της απουσίας στενών σχέσεων με τους γονείς σε σχέση με ομάδες καρδιοπαθών, καθώς και την μικρής συχνότητας έκφραση αρνητικών συναισθημάτων (κατάθλιψης, άγχους, και θυμού) την περίοδο των σπουδών τους. Ειδική αναφορά πρέπει να γίνει σε μια Σουηδική μελέτη από τον Hagnel (1966) που χρησιμοποίησε έναν ιδιαίτερο στατιστικό σχεδιασμό για την εκτίμηση των περιστατικών του καρκίνου. Δέκα χρόνια μετά από την συλλογή δεδομένων 20 άντρες και 22 γυναίκες από 2.550 υποκείμενα αποδείχτηκε ότι είχαν καρκίνο. Σημαντική σε αυτή τη μελέτη είναι μια παράμετρος που ορίζεται ως «σταθερότητα». Όσο υψηλότερα έφτανε ένα άτομο σε αυτόν τον παράγοντα, τόσο λιγότερο επηρεαζόταν συναισθηματικά από τα γεγονότα και τόσο πιο ψύχραιμη και σταθερή ήταν η διάθεση του. Όσο αντίθετα χαμηλότερος ήταν αυτός ο παράγοντας, τόσο πιο

έντονη ήταν η τάση του ατόμου για δυσθυμικές αντιδράσεις. Ο Hagnel βρήκε ένα σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό καρκινοπαθών στις γυναίκες με χαμηλό τον παράγοντα σταθερότητας, ενώ στους άντρες δεν υπήρχε διαφοροποίηση στα περιστατικά του καρκίνου. Συνεπώς ο Hagnel αναφέρει ότι οι γυναίκες με μεγαλύτερες συναισθηματικές αντιδράσεις, που χαρακτηρίζονται από «εξωστρέφεια» αλλά και μια διάσταση κατάθλιψης, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου. Αυτά τα αποτελέσματα είναι προκλητικά εξαιτίας του στατιστικού σχεδιασμού, αλλά οι διαφορές μεταξύ των φύλων είναι δύσκολο να εξηγηθούν και να συγκριθούν με άλλες αναφορές ελέγχου περιστατικών. Οι Greer & Morris (1975) αναφέρθηκαν σε ένα σταθερό πρότυπο συναισθηματικής δυσλειτουργίας και απώθηση του θυμού μεταξύ ασθενών με καρκίνο του μαστού συγκρινόμενους με αυτούς που είχαν καλοήθεις όγκους και ο Brown (1974) βρήκε την κατάθλιψη και το άγχος να είναι πρόδρομοι παράγοντες στην έναρξη του καρκίνου. Σε αντιδιαστολή με την προσωπικότητα τύπου Α (φιλόδοξη, ανταγωνιστική, ευσυνείδητη, ψυχαναγκαστική, ακούραστη), ο Pelletier (1977) μορφοποίησε το προφίλ της «καρκινικής προσωπικότητας». Το προφίλ χαρακτηρίζεται από 6 στάδια ζωής. 1° στάδιο: Στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας προβλήματα στην εδραίωση ισχυρών σχέσεων με τους γονείς ευθύνονται για ποικίλες συναισθηματικές συγκρούσεις. 2° στάδιο: Αυτά τα πρώιμα προβλήματα προκαλούν μια κατακλυσμική αίσθηση απόρριψης και αποξένωσης, κάτι που ωθεί το άτομο να αναζητεί ζεστές και ικανοποιητικές σχέσεις. 3° στάδιο: Η συνεχής αναζήτηση στοργής προκαλεί αισθήματα θυμού και αυτό-υποτίμησης, ειδικά αν απορρίπτεται στις προσπάθειες του. 4° στάδιο: Εξαιτίας της μεγάλης ανάγκης για αγάπη και στοργή προκύπτει μια παθητική προσωπικότητα. Το άτομο αποκρύπτει το θυμό, την εχθρότητα και τα άλλα αρνητικά συναισθήματα, αντί να τα εκφράζει ή να τα λύνει. Η προσωπικότητα αυτή είναι «πολύ καλή για να είναι αληθινή». 5° στάδιο: Κάποια στιγμή στην περίοδο της ενηλικίωσης το άτομο γνωρίζει την αληθινή αγάπη ή ευτυχία, ιδιαίτερα μετά από την επίτευξη ενός δύσκολου στόχου. Ένας επιτυχημένος γάμος, μια καριέρα κ.λπ. είναι τέτοιες επιτυχίες. Δυστυχώς, η ευτυχία εξαρτιέται από εξωτερικούς παράγοντες. Μία αλλαγή σε αυτό το σύστημα, για παράδειγμα, απώλεια εργασίας, θάνατος συγγενή ή αναχώρηση ενός παιδιού από το σπίτι μπορεί να προκαλέσει το 6° στάδιο, όπου όταν το συναισθηματικό σύστημα αλλάξει, τα πρώιμα συναισθήματα της απόγνωσης και της κατάθλιψης

επιστρέφουν. Στην περίπτωση εκδήλωσης καρκίνου ξεκινά το σύνδρομο της «απελπισίας-απόγνωσης».

Πιο πρόσφατες μελέτες έχουν εξετάσει τα χαρακτηριστικά των διαπροσωπικών σχέσεων, την σεξουαλικότητα, τους τρόπους έκφρασης της επιθετικότητας, την ύπαρξη ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής και τις περιπτώσεις θανάτου αγαπημένων προσώπων στην καρκινογένεση (Turns & Newby, 1979). Ο Dattore (1978) εξέτασε τους δείκτες της ψυχολογικής δοκιμασίας MMPI σε 75 καρκινοπαθείς και 125 ασθενείς άλλων νόσων και βρήκε την απώθηση και την κατάθλιψη ανάμεσα στις μεταβλητές που διαφοροποιούσαν σημαντικά τις δύο ομάδες. Ο Nemeth (1980) πρόβλεψε με επιτυχία μέσω του τεστ Rorschach τις γυναίκες που αργότερα ανέπτυξαν καρκίνο του στήθους. Από την άλλη πλευρά, κάποιες έρευνες δεν βρήκαν στοιχεία που να υποστηρίζουν τη θετική συνάφεια των ψυχολογικών παραγόντων και του καρκίνου. Ο Earle (1963) χρησιμοποιώντας το Worthington Personality Test δεν επιβεβαίωσε καμιά σημαντική σχέση των συναισθηματικών παραγόντων και της νεοπλασίας, ενώ οι Keehn και συν. (1974) σε μια προοπτική μελέτη δεν βρήκαν συσχέτιση μεταξύ της ψυχονεύρωσης και της μελλοντικής πιθανότητας θανάτου από καρκίνο. Τα υποκείμενα τους ήταν στρατιώτες μέσης ηλικίας που αποκλείστηκαν από τον Α Παγκόσμιο Πόλεμο λόγω ψυχονεύρωσης. Συνέβησαν περίπου 1000 θάνατοι από καρκίνο. Οι Watson και Schuld (1977) δεν ανέφεραν διαφορές στα προφίλ του MMPI σε ψυχιατρικούς ασθενείς που αργότερα εμφάνισαν ή όχι καρκίνο. Οι Finn και συν. (1974) δεν ανέφεραν διαφορά στο συνολικό άγχος μεταξύ ασθενών στεφανιαίας νόσου και καρκινοπαθών, παρόλο το αυξημένο άγχος των δύο ομάδων σε σύγκριση με τους υγιείς.

Ένα άλλο σώμα ερευνών μελέτησε τις διαφορές μεταξύ των καρκινοπαθών που επιβίωσαν για μια μακρά περίοδο έναντι αυτών που υπέκυψαν γρήγορα στην ασθένεια. Ο Gorzinski (1977) και οι συνεργάτες του ανέφεραν ότι οι δέκα ετών επιβιώσαντες από καρκίνο του μαστού έδειξαν σημαντικά μικρότερη χρήση των ψυχολογικών μηχανισμών άμυνας (π.χ. άρνηση, και απώθηση) σε σύγκριση με μια ομάδα ασθενών που δεν επιβίωσαν από την ασθένεια. Ο Rogentine (1978) και οι συνεργάτες του περιέγραψαν 31 ασθενείς με κακόηθες μελάνωμα στους οποίους η υποτροπή σε ένα χρόνο συνδυάσθηκε με σημαντικά μικρότερη αναφορά ψυχολογικής καταπόνησης στην προσαρμογή στην ασθένεια. Χρησιμοποιώντας τα ίδια ψυχολογικά κριτήρια σε ένα δεύτερο δείγμα ασθενών με μελάνωμα, οι ερευνητές ήταν ικανοί να προβλέψουν την υποτροπή με ακρίβεια σε ποσοστό 76% των ασθενών, ποσοστό μεγαλύτερο του τυχαί-

ου. Οι Derogatis και συν. (1977) αποκάλυψαν ουσιαστικές διαφορές στα ψυχολογικά προφίλ των ασθενών με μεταστατικό καρκίνο του μαστού που επιβίωσαν για μια σχετικά μακρά περίοδο έναντι αυτών που υπέκυψαν γρήγορα στην ασθένεια. Οι επιβιώσαντες μακράς περιόδου έδειξαν αυξημένα προφίλ συμπτωμάτων στις κλίμακες του άγχους και των συναισθημάτων αποξένωσης, όπως και σημαντικά υψηλότερα επίπεδα συναισθημάτων δυσφορίας από ότι οι ασθενείς με μικρότερο χρόνο επιβίωσης οι οποίοι είχαν έλλειψη εχθρικών συμπτωμάτων και γενικά υψηλότερα επίπεδα θετικών συναισθηματικών καταστάσεων αλλά χαμηλότερα επίπεδα ζωτικότητας. Επίσης, εκτός των αναφορών από τους ασθενείς, οι εκτιμήσεις από τους θεράποντες ογκολόγους επίσης διαφοροποίησαν τις δύο ομάδες. Οι ιατροί αντιλαμβανόταν τους επιβιώσαντες μακράς περιόδου να είναι λιγότερο καλά προσαρμοσμένοι στην ασθένεια τους και να έχουν περισσότερο αρνητική στάση απέναντι στην ασθένεια και στους θεράποντες ιατρούς τους. Οι ασθενείς αυτοί βίωναν συναισθήματα απελπισίας και είχαν μετρήσιμη αύξηση στα επίπεδα του άγχους και της αίσθησης αποξένωσης. Ήταν δυστυχισμένοι, έδειχναν την διάθεση τους και επικοινωνούσαν την κρίση τους. Επίσης, φαινόταν πιο ικανοί να εξωτερικεύουν τα αρνητικά τους συναισθήματα και τις πλευρές των υφιστάμενων διαταραχών που τους έδιναν αφορμή και δεν φαινόταν να υποφέρουν από συναισθήματα ενοχής για τον τρόπο με τον οποίο συμπεριφερόταν. Οι ασθενείς που απεβίωσαν πιο γρήγορα φάνηκαν να είναι λιγότερο ικανοί να επικοινωνούν τα δυσάρεστα συναισθήματα τους – ειδικότερα αυτά του θυμού και της εχθρότητας. Οι ερευνητές συμπέραναν πως οι ασθενείς με καρκίνο που λειτουργούσαν με την εξωτερίκευση και την συνειδητή έκφραση των αρνητικών συναισθημάτων και της ψυχολογικής πίεσης φάνηκε να επιβιώνουν περισσότερο, ενώ τα άτομα που λειτουργούσαν με την απώθηση ή την άρνηση του συναισθήματος και της ψυχολογικής καταπόνησης επιβίωσαν για μικρότερο χρονικό διάστημα.

Πιο πρόσφατα διερευνήθηκε με μια διπλή-τυφλή μελέτη η συσχέτιση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών και του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με κλινικά ψηλαφητούς όγκους του στήθους (Jasmin et al, 1990). Η βασική ψυχολογική δομή έπαιζε έναν κυρίαρχο ρόλο στην επικινδυνότητα από καρκίνο του μαστού, μιας και όλοι οι κακοήθεις όγκοι παρατηρήθηκαν μεταξύ των ατόμων με λίγο οργανωμένη νεύρωση ή ψύχωση, ενώ καμία νεοπλασία δεν βρέθηκε στην ομάδα των ατόμων με καλά οργανωμένη νεύρωση. Οι ερευνητές συμπέραναν, ότι οι ασθενείς με καλά οργανωμένη

νεύρωση λόγω της ικανότητας τους για συνεχή ψυχολογική λειτουργικότητα μπορούσαν να αντιμετωπίσουν καλύτερα τα σοβαρά ψυχοπιεστικά γεγονότα. Επιπροσθέτως, η υπερβολική αυτό-εκτίμηση, η υστερική προδιάθεση και το άλυτο πρόσφατο πένθος βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με την επικινδυνότητα από καρκίνο του στήθους.

Οι Baltrusch και συν. (1991) περιέγραψαν τον καρκινικό τύπο (τύπος C) σαν προσωπικότητα η οποία συνήθως κρύβεται πίσω από ένα ευχάριστο προσωπείο και δείχνει να είναι αποτελεσματική όσο η περιβαλλοντική και η ψυχολογική ομοιόσταση διατηρείται. Ο τύπος C καταρρέει στο χρόνο κάτω από την επίδραση ψυχοπιεστικών γεγονότων, ειδικά αυτών που προκαλούν συναισθήματα κατάθλιψης και αντιδράσεις απελπισίας και αδυναμίας. Τα εμφανή χαρακτηριστικά αυτού του ειδικού τύπου προσωπικότητας -υπερβολική άρνηση, αποφυγή, καταστολή και απώθηση των συναισθημάτων και των ιδίων βασικών αναγκών- φαίνεται να εξασθενούν την φυσική άμυνα του οργανισμού απέναντι σε καρκινογόνα ερεθίσματα. Οι Cooper και Faragher (1993), σε μια προοπτική μελέτη 2.163 γυναικών που παρακολουθούσαν μια διαγνωστική κλινική για μια εξέταση ρουτίνας του στήθους, έδειξαν ότι συγκεκριμένοι τύποι στρατηγικών αντιμετώπισης και στάσεων προσωπικότητας προδιαθέτουν κάποιες γυναίκες σε έναν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού μετά από την ύπαρξη ενός σημαντικού ψυχοπιεστικού γεγονότος ζωής (π.χ. πένθος). Η ύπαρξη ενός μόνο σημαντικού γεγονότος βρέθηκε να είναι πολύ πιο επιζήμια -ειδικά αν το άτομο ήταν ανίκανο να εξωτερικεύει τα συναισθήματα του και δεν είχε λάβει την κατάλληλη βοήθεια και καθοδήγηση-, ενώ η κανονική έκθεση σε ψυχοπιεστικές καταστάσεις φάνηκε να μειώνει τον κίνδυνο μιας νεοπλασίας.

Ο Guo (1992) μελετώντας εκατόν σαράντα τρία ζευγάρια από καρκινοπαθείς και υγιή άτομα ανέλυσε 34 παράγοντες ψυχοκαταπόνησης με σκοπό να περιγράψει τους παράγοντες κινδύνου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, μεταξύ όλων των ψυχοπιεστικών παραγόντων που μελετήθηκαν, η εσωστρεφής προσωπικότητα ήταν ο πιο σημαντικός προδιαθεσικός παράγοντας στον καρκίνο. Αυτή η μελέτη πρότεινε ότι η ψυχολογική πίεση μπορεί να παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην αιτιοπαθογένεια των νεοπλασιών. Οι Κοραντής και συν. (1994) διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες εμφάνιζαν σε μεγάλο ποσοστό α) κομφορμισμό, β) καταπίεση των επιθετικών συναισθημάτων - δυσχέρεια στην συναισθηματική έκφραση, γ) σχέσεις μηχανικές και απρόσωπες, και δ) αλεξιθυμία. Σε μια πρόσφατη έρευνα μελετήθηκαν τα επιθετικά χαρακτηριστικά (hostility features), τα ψυχολογικά συμπτώματα και τα ψυ-

χοπιεστικά γεγονότα ζωής σε 100 καρκινοπαθείς (Angelopoulos et al, 1995). Η «προς τα μέσα» στραμμένη επιθετικότητα των ασθενών βρέθηκε αυξημένη, των μεν γυναικών με μείωση της «προς τα έξω» στραμμένης επιθετικότητας, των δε αντρών με αύξηση των αισθημάτων ενοχής.

Η ύπαρξη κατάθλιψης και αλεξιθυμίας

α) Η ύπαρξη κατάθλιψης

Η κατάθλιψη έχει συνδεθεί με την εμφάνιση του καρκίνου μέσα από ανέκδοτες και επιστημονικές αναφορές για σειρά ετών. Πλήθος ερευνών εξέτασαν τα γεγονότα ζωής και την καταθλιπτική συμπτωματολογία των ασθενών, ενώ μια άλλη κατηγορία εργασιών προσέγγισε εμμέσως την κατάθλιψη ερευνώντας την υπόθεση αν η εσωτερίκευση του θυμού, που φανερώνεται από μια αναστολή των συναισθημάτων ή από την απουσία δραστηριότητας με συναισθηματικό περιεχόμενο, έχει μια αυξημένη επικράτηση στους καρκινοπαθείς. Οι Greene και συν. (1954, 1956, 1966, 1969) και οι LeShan και Worthington (1956) ανέφεραν ότι η απώλεια μιας κύριας συναισθηματικής σχέσης, συμπεριλαμβανομένων του θανάτου ενός συγγενή ή μιας επαγγελματικής απώλειας και τα συνεπαγόμενα καταθλιπτικά συμπτώματα, προηγούνται της εκδήλωσης του καρκίνου. Συνάμα ο Kissen (1962), ελέγχοντας την περιοχή και το στάδιο της ασθένειας πριν γίνει η διάγνωση, βρήκε ότι οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα είχαν σημαντικά χαμηλότερο μέσο όρο σε μετρήσεις συναισθηματικής έκφρασης από ότι ασθενείς με διαφορετικές νόσους του στήθους ή ποικίλες άλλες οργανικές ασθένειες.

Παρόλο που δεν συμφωνούν όλοι οι κλινικοί για τα χαρακτηριστικά του όρου κατάθλιψη, μεγάλες κλινικές μελέτες γενικά αναφέρουν την εμφάνιση της στην πλειοψηφία των ασθενών με καρκίνο (Perrin, 1959. Becker, 1974. Fras et al., 1967). Οι Kerr και συν. (1969) οργάνωσαν μια τετράχρονη παρακολούθηση 135 ψυχιατρικών εισαγωγών στο Newcastle στο Tyne, μεταξύ του 1963-1965, που είχαν διαγνωστεί σαν διαταραχές άγχους ή κατάθλιψης. Πέντε από τους 28 άντρες με κατάθλιψη πέθαναν από καρκίνο σε αυτό το χρονικό διάστημα, ενώ δεν συνέβη το ίδιο με καμία από τις 28 γυναίκες με κατάθλιψη ή τους ασθενείς με άγχος. Οι Blumberg και συν. (1956) σε μια πρώιμη χρήση του MMPI ανέφεραν διαφορές στην κατάθλιψη μεταξύ ασθενών με «ταχεία» έναντι ασθενών με «αργή» ανάπτυξη του όγκου. Οι Schmale και Iker (1966) πρότειναν ότι, η κλίμακα κατάθλιψης MMPI ήταν αυξημένη σε μια ομάδα

γυναικών που αργότερα αποδείχθηκε να έχουν κακοήθεις κυτταρικές αλλαγές μετά από βιοψία του τραχήλου της μήτρας, σε σχέση με αυτές που είχαν αρνητικές βιοψίες.

Πιο πρόσφατα ο Shekelle και οι συνεργάτες του (1981) οργάνωσαν μια μελέτη των περιστατικών της θνησιμότητας από καρκίνο σε έναν πληθυσμό 2020 αντρών στους οποίους είχε μετρηθεί η κατάθλιψη με το MMPI δεκαεπτά χρόνια νωρίτερα. Ο κίνδυνος θανάτου από καρκίνο στις ομάδες που είχαν την υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης ήταν κατά προσέγγιση διπλάσιος από αυτούς που δεν είχαν σημειώσει υψηλή βαθμολογία σε αυτή την κλίμακα. Αυτός ο κίνδυνος ήταν σταθερός στα 1-5, 6-11 και 12-17 χρόνια μετά την μέτρηση της κατάθλιψης και δεν επηρεαζόταν από γνωστούς παράγοντες κινδύνου όπως το κάπνισμα, τη χρήση αλκοόλ και την ηλικία. Λόγω του προοπτικού σχεδιασμού, της χρήσης ποσοτικών μετρήσεων, τον έλεγχο άλλων παραγόντων επικινδυνότητας και τον μεγάλο αριθμό υποκειμένων, αυτή η μελέτη παρέχει σημαντικές ενδείξεις για την αύξηση του κινδύνου θανάτου από καρκίνο με την αύξηση της κατάθλιψης. Ωστόσο, παρά το ότι οι υψηλές βαθμολογίες στην κλίμακα κατάθλιψης του MMPI συσχετίστηκαν με την αυξημένη θνησιμότητα από καρκίνο, οι ερευνητές βρήκαν ότι οι απόλυτες βαθμολογίες κλίμακας δεν ήταν μέσα στο εύρος των παθολογικών βαθμολογιών της κλίμακας (βαθμολογίες των υποκειμένων της έρευνας, μέση Τ βαθμολογία = 60.7. Όριο παθολογικής κατάθλιψης, Τ βαθμολογία = 70).

Οι Muslin και συν. (1966) οργάνωσαν μια έρευνα για την σημαντική απώλεια σε ασθενείς του καρκίνου, χρησιμοποιώντας ένα τυποποιημένο ερωτηματολόγιο για την εξέταση 165 γυναικών που είχαν προσαχθεί για βιοψία μαστού. Το ερωτηματολόγιο αυτό ονόμαζε όλους τους συγγενείς πρώτου βαθμού και τους στενούς φίλους, και κατέγραφε μόνιμους χωρισμούς κατά την διάρκεια των εννέα πρώτων χρόνων της ζωής των ασθενών και τα τρία τελευταία χρόνια που προηγήθηκαν της βιοψίας. Τα δεδομένα τους αναλύθηκαν ανεξάρτητα από δύο ψυχίατρους που δεν είχαν καμιά πληροφορία για την αποστολή των υποκειμένων. Καμία σημαντική διαφορά στην εμπειρία απώλειας δεν βρέθηκε μεταξύ των ασθενών με αποτελέσματα κακοήθους και καλοήθους βιοψίας. Οι Greer και Morris (1975) χρησιμοποιώντας το Eysenck Personality Inventory (EPI) μελέτησαν μια ομάδα γυναικών που προσήχθησαν για βιοψία του μαστού πριν την χειρουργική επέμβαση. Οι γυναίκες που αργότερα αποδείχτηκε ότι εκδήλωσαν καρκίνο δεν είχαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά την οικογενειακή και

κοινωνική κατάσταση, την ευφυία και τους παράγοντες του EPI συμπεριλαμβανομένου και του «νευρωτισμού», αν και εμφάνισαν διαφορές σε σχέση με την άλλη ομάδα στην εκδήλωση του θυμού και άλλων συναισθημάτων κατά την διάρκεια της εφηβείας τους.

Η Hughes (1985) βρήκε μια υψηλότερη επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα στην πρώτη τους επίσκεψη στο νοσοκομείο, σε σχέση με αυτή που βρέθηκε σε μη-ογκολογικές πνευμονικές παθήσεις ή σε ομάδες ελέγχου χωρίς σημαντική ασθένεια. Η ιστορία παλιάς ψυχιατρικής διαταραχής και η παρουσία μεταστατικής νόσου ήταν οι πιο σημαντικές συνάφειες με την κατάθλιψη. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα συχνά προηγούνταν των σωματικών και σε πολλές περιστάσεις εμφανίστηκαν ως αντίδραση στην κοινωνική πίεση.

Σε μια άλλη έρευνα (Bukberg, Penman, & Holland, 1984) ο παράγοντας που συνδέθηκε πιο ξεκάθαρα με την κατάθλιψη ήταν η φυσική κατάσταση. Εξαιτίας αυτής της σχέσης, οι συσχετιζόμενες μεταβλητές όπως τα φάρμακα και οι διαταραχές μεταβολισμού δεν μπορούσαν να εκτιμηθούν επαρκώς. Ο πόνος έτεινε να συνδέεται με την κατάθλιψη για τους περισσότερους ανάπηρους ασθενείς, αλλά τα αποτελέσματα δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Η κατάθλιψη, επίσης, συνδέθηκε με ελλιπή κοινωνική υποστήριξη και δυσάρεστα γεγονότα ζωής για ορισμένους αλλά όχι για την πλειοψηφία των ανάπηρων ασθενών. Η κατάθλιψη που παρατηρήθηκε σε αυτόν τον πληθυσμό (62 εσωτερικοί ογκολογικοί ασθενείς) διέφερε ποιοτικά από αυτήν που παρατηρήθηκε στους ψυχιατρικούς ασθενείς. Κανείς από τους ασθενείς δεν είχε ψυχωσικά καταθλιπτικά συμπτώματα, ούτε πληρούσε τα κριτήρια της μελαγχολίας. Αρκετοί είχαν αλλαγές στην αυτοεκτίμηση που συσχετιζόταν με την ανικανότητα τους να λειτουργούν ανεξάρτητα, αλλά κανείς δεν είχε εμφανή αίσθηση αναξιότητας που παρατηρείται σε πολλούς καταθλιπτικούς ασθενείς. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός ήταν σπάνιος και το ίδιο ίσχυε με τα συναισθήματα ενοχής. Τέλος, τα σωματικά συμπτώματα με εξαίρεση την αϋπνία δεν διαφοροποιούσαν τους καταθλιπτικούς από τους μη-καταθλιπτικούς ασθενείς.

Οι Plumb και Holland (1981) συγκρίνοντας δύο ομάδες καρκινοπαθών και ψυχιατρικών ασθενών που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν κατέληξαν στα παρακάτω:

1. Άσχετα με τον τρόπο μέτρησης της κατάθλιψης (ερωτηματολόγιο ή κλινική συνέντευξη), οι καρκινοπαθείς ήταν λιγότερο καταθλιπτικοί σαν σύνολο σε σχέση με δημογραφικά αντίστοιχη ομάδα ψυχιατρικών ασθενών καλής φυ-

σικής κατάστασης που επιχείρησαν να αυτοκτονήσουν. Οι καρκινοπαθείς ήταν ακόμη σημαντικά λιγότερο αγχώδεις από τους ψυχιατρικούς ασθενείς.

2. Περίπου το ένα τρίτο των ογκολογικών ασθενών (σύνολο 80) εμφάνισαν κατάθλιψη και περίπου το ένα έβδομο βίωνε αυτοκτονικό ιδεασμό που ήταν στην χειρότερη περίπτωση ήπιας μορφής και τυπικά δεν συνδεόταν με σοβαρή ή μείζονα κατάθλιψη.
3. Η γενικότερη ψυχολογική προσαρμοστικότητα των καρκινοπαθών ήταν σημαντικά ανώτερη από αυτή των αυτοκτονικών ασθενών. Συνολικά, οι καρκινοπαθείς ήταν πιο προσαρμοστικά άτομα στο παρελθόν. Ενδείξεις πρότειναν, ότι τα άτομα που έτειναν σε μελαγχολία ή είχαν βιώσει κατάθλιψη πριν την εμφάνιση της ασθένειας ήταν πιο πιθανό να εμφανίσουν έντονη κατάθλιψη σαν απάντηση στη νόσο.
4. Η εγγύτητα στο θάνατο των καρκινοπαθών δεν συνδεόταν με καμία κλίμακα κατάθλιψης.
5. Ευρήματα υποστήριξαν την ιδέα ότι οι καρκινοπαθείς έτειναν να αρνούνται και να απωθούν τα συναισθήματα τους.
6. Οι καρκινοπαθείς διατηρούσαν καλύτερες κοινωνικές σχέσεις, είχαν καλύτερο έλεγχο της πραγματικότητας και εκδήλωναν λιγότερες διαταραχές στο συναίσθημα ή στις γνωστικές ικανότητες.

Ο Godding (1995) βρήκε την διάγνωση του καρκίνου να συνδέεται συχνά με ένα πλήθος αρνητικών συναισθηματικών αντιδράσεων συμπεριλαμβανομένης της καταθλιπτικής διάθεσης. Η κατάθλιψη βρέθηκε να είναι μια κοινή, αλλά όχι καθολική, αντίδραση στην διάγνωση και στη θεραπεία του καρκίνου. Περίπου το 40% των υποκειμένων ανέφεραν συμπτώματα μετριοπαθούς κατάθλιψης και περίπου το ένα πέμπτο εμφάνισαν συμπτώματα κλινικής κατάθλιψης.

Συμπερασματικά, και σύμφωνα με τους Bieliauskas και Garron (1982): α) δεν έχει αποδειχθεί ότι οι καρκινοπαθείς έχουν αυξημένη κατάθλιψη με την ψυχιατρική έννοια του όρου σε σύγκριση με άλλους ασθενείς, συγγενείς ή φυσιολογικές ομάδες ελέγχου, β) υπάρχουν κάποια στοιχεία που υποστηρίζουν την μειωμένη συναισθηματική έκφραση και την απελπισία σε ασθενείς που έχουν ήδη καρκίνο, γ) ο ψυχομετρικός προσδιορισμός της κατάθλιψης όπως εκτιμάται από την έγκυρη ψυχολογική δοκιμασία MMPI δεν δείχνει αύξηση της παθολογικής κατάθλιψης στους καρκινοπαθείς

και δ) υπάρχουν ενδείξεις ότι μέτριες αυξήσεις στην συμπτωματολογία της κατάθλιψης μπορεί να συνδέονται με περιστατικά του καρκίνου.

β) Η επίδραση της αλεξιθυμίας

Μια δεύτερη ψυχολογική παράμετρος η οποία συνδέθηκε σε πολλές εργασίες με τις οργανικές νόσους ήταν η αλεξιθυμία. Η έννοια αυτή, που προέρχεται από τα συστατικά α+λέξη+θυμός (όχι+λέξη+συναίσθημα-θυμικό), μορφοποιήθηκε την δεκαετία του '70 από τον ελληνικής καταγωγής αμερικανό ψυχίατρο Sifneos και αποδίδει την ανικανότητα ορισμένων ατόμων να μιλήσουν για τα συναισθήματα τους, να βρούνε λέξεις που περιγράφουν το πώς νιώθουν.

Η αλεξιθυμία συνδέθηκε άμεσα με μια ομάδα ασθενών, που παρουσίαζαν τις επτά κλασσικές ψυχοσωματικές νόσους[3], για τους οποίους είχε υποτεθεί από τον Alexander (1950) πως, λειτουργούσαν έτσι ώστε, αντί να αντιμετωπίζουν ενεργητικά την ψυχολογική σύγκρουση, προσαρμόζανε την σωματική τους λειτουργία σε αυτήν. Το αποτέλεσμα αυτής της λειτουργίας ήταν ένας χρόνιος ερεθισμός ιστών και οργάνων, ο οποίος οδηγούσε στην ανατομική τους εκφύλιση και κατέληγε στην εμφάνιση μη-αναστρέψιμων οργανικών διαταραχών.

Επίσης, μια άλλη ομάδα ασθενών που συνδέθηκαν με την αλεξιθυμία - περιγράφηκαν από τους Ruesch, Horney και Kelman κ.ά.- ήταν άτομα που αδυνατούσαν να δεχθούν ψυχαναλυτική θεραπεία εξαιτίας κάποιων κενών στην συναισθηματική τους ενημερότητα, παύση των εσωτερικών τους εμπειριών, μικρή ονειρική δραστηριότητα, αυστηρά συγκεκριμένη σκέψη και εξωστρεφές στυλ ζωής. Οι Nemiah και Sifneos (1970) διερεύνησαν συστηματικά τις παραπάνω παρατηρήσεις και σχηματοποίησαν την έννοια της αλεξιθυμίας με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

1. Δυσκολία στην αναγνώριση και περιγραφή των συναισθημάτων.

2. Δυσκολία στη διαφοροποίηση μεταξύ συναισθημάτων και αντίληψης των συγκινησιακών εντάσεων στο σώμα.

3. Περιορισμένες εικονοπλαστικές διεργασίες, αποτέλεσμα της παύσης των φαντασιώσεων.

4. Προτίμηση στα εξωτερικά γεγονότα παρά στις εσωτερικές εμπειρίες.

[3] έλκος δωδεκαδάκτυλου, βρογχικό άσθμα, ελκώδης κολίτιδα, ιδιοπαθής υπέρταση, ρευματοειδής αρθρίτιδα, νευροδερματίτιδα και θυρεοτοξίκωση

Εν τω μεταξύ στο Ινστιτούτο Ψυχοσωματικής του Παρισιού οι Marty και de M'Uzan (1963) είχαν ήδη αναφερθεί σε ένα τρόπο ομιλίας που στερούνταν συναισθηματικής φόρτισης, τον οποίο απέδωσαν με τον όρο μηχανιστική/διεκπαιρεωτική σκέψη (pensée operatoire) και αναφερόταν σε άτομα κοινωνικά προσαρμοσμένα που δεν παρουσίαζαν νευρωσική ή ψυχωσική οργάνωση. Τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονταν από απουσία φαντασιωσικής ζωής, μικρή ονειρική δραστηριότητα, αποξήρανση και σκλήρυνση της λεκτικής έκφρασης και αδυναμία του ασυνειδήτου να εκφραστεί με την μορφή αναπαραστάσεων. Παρόλη την απόδοση της παραπάνω ψυχολογικής οργάνωσης του Marty σε ποικίλες μορφές παλινδρόμησης και αποδιοργάνωσης, των οποίων η σοβαρότερη μορφή είναι η πρωτογενής κατάθλιψη (Kreisler,1994), μια ομάδα ερευνητών, με κυριότερο εκπρόσωπο τους τον Taylor, εντάξανε το σύνολο των παραπάνω στοιχείων (των Alexander, Sifneos, Marty) στην έννοια της αλεξιθυμίας, προχώρησαν στην δημιουργία ενός οργάνου μέτρησης της και το εφάρμοσαν στην έρευνα πολλών ομάδων ασθενών με ποικίλα οργανικά και ψυχιατρικά προβλήματα υγείας.

Η παραπάνω ομάδα (Taylor, Bagby & Parker, a & b 1993) πρότεινε ότι η περιορισμένη ικανότητα των αλεξιθυμικών ατόμων να επεξεργαστούν τα συναισθήματα τους γνωστικά, ώστε να τα βιώσουν στο συνειδητό επίπεδο, οφείλεται σε διαταραχές της εγκεφαλικής οργάνωσης (π.χ. ελλιπή επικοινωνία των δύο εγκεφαλικών ημισφαιρίων) όπως και σε προβληματικά μοντέλα επικοινωνίας συναισθημάτων στην παιδική ηλικία. Η ανεπαρκής αυτή επεξεργασία των συναισθημάτων οδηγεί σε συνεχή ενασχόληση και μεγέθυνση των σωματικών αισθήσεων, καθώς επίσης και κινητική δραστηριότητα, με σκοπό να δοθεί διέξοδος στη δυσάρεστη συγκινησιακή ένταση. Η υπόθεση αυτή εξηγεί το χαρακτηριστικό των ατόμων αυτών να αναπτύσσουν υποχονδρίαση και σωματοποιητικές διαταραχές, όπως και την εμφανή τάση τους να διαχειρίζονται την ένταση μέσω καταναγκαστικών συμπεριφορών όπως βουλιμία, κατάχρηση ψυχοδιεγερτικών ουσιών και ψυχογενή ανορεξία. Επίσης, εξηγεί τις ατομικές διαφορές που έχουν συσχετισθεί με την αποσύνδεση των φυσιολογικών και των ψυχολογικών απαντήσεων στην ψυχολογική πίεση (Martin & Pihl, 1986). Ωστόσο, ο εισηγητής της έννοιας (Sifneos, 1996) προτείνει πως οι τελικές απαντήσεις για το ρόλο της αλεξιθυμίας, τόσο στις ψυχοσωματικές όσο και στις ψυχοπαθολογικές δυσλειτουργίες, θα προέλθουν από έρευνες που θα διενεργηθούν στο πεδίο της νευροαπεικόνισης στο άμεσο μέλλον.

Στη σύγχρονη έρευνα υπάρχουν χιλιάδες μελέτες που έχουν εξετάσει, μεταξύ άλλων, την εκδήλωση αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών σε ποικίλους πληθυσμούς. Το μεγαλύτερο πρόβλημα των συγκεκριμένων ερευνών προκύπτει από τα αντιφατικά αποτελέσματα στα οποία έχουν καταλήξει. Έτσι, άλλες έρευνες επιβεβαιώνουν την ύπαρξη της αλεξιθυμίας σε ομάδες ψυχοσωματικών ασθενών, ενώ άλλες όχι. Άλλες μελέτες εντοπίζουν δυσκολίες στην έκφραση και στην λεκτικοποίηση των συναισθημάτων σε ασθενείς μα καρδιοπάθειες ή ψυχιατρικές διαταραχές και άλλες μελέτες χαρακτηρίζουν τις δυσκολίες αυτές απλά ως «ιδιομορφίες» που οφείλονται σε παράγοντες κοινωνικοοικονομικούς, σε ψυχοπιεστικά γεγονότα ή σε διαφορές κουλτούρας και γλώσσας. Τέλος, πολλοί ερευνητές θεωρούν την αλεξιθυμία ως μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, ενώ άλλοι ως άμυνα στην έντονη ψυχολογική καταπόνηση.

Κλειδί στην παραπάνω σύγχυση αποτελεί η εξέταση των κυριοτέρων μελετών ως προς το τί ακριβώς εννοούν και ερευνούν χρησιμοποιώντας τον όρο «αλεξιθυμία». Σύμφωνα π.χ. με τους Nemiah και Sifneos (1970) η έννοια «αλεξιθυμία» περιέχει 4 παράγοντες: α) δυσκολία στην αναγνώριση και περιγραφή των συναισθημάτων, β) δυσκολία στη διαφοροποίηση μεταξύ συναισθημάτων και αντίληψης των συγκινησιακών εντάσεων στο σώμα, γ) περιορισμένες εικονοπλαστικές διεργασίες, αποτέλεσμα της παύσης των φαντασιώσεων, και δ) προτίμηση στα εξωτερικά γεγονότα παρά στις εσωτερικές εμπειρίες. Οι παράγοντες αυτοί ερευνώνται είτε με το Beth Israel Questionnaire είτε με το Schalling-Sifneos Personality Scale. Αντίστοιχα για τους Taylor και συν. (a & b 1993) «αλεξιθυμία» σημαίνει 3 παράγοντες: α) δυσκολία στην αναγνώριση και περιγραφή των συναισθημάτων, β) δυσκολία στη διαφοροποίηση μεταξύ συναισθημάτων και αντίληψης των συγκινησιακών εντάσεων στο σώμα, και γ) προτίμηση στα εξωτερικά γεγονότα παρά στις εσωτερικές εμπειρίες. Οι ερευνητές αυτοί χρησιμοποιούν το Toronto Alexithymia Scale. Άλλες κλίμακες όπως η Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP) μελετούν μόνο μία διάσταση της αλεξιθυμίας κ.ο.κ. Με αυτόν τον τρόπο, οι ερευνητές χρησιμοποιώντας διαφορετικές εννοιολογικές κατασκευές και κλίμακες μέτρησης καταλήγουν σε αντιφατικά αποτελέσματα.

Για παράδειγμα στον Πίνακα 11 φαίνεται πως όταν, υπό τον όρο «αλεξιθυμία», οι ερευνητές διερευνούν και τις 4 ή τις 3 υποπαραμέτρους της, η έννοια αποδεικνύεται ως μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Όταν αντιθέτως διερευνάται μόνο η δυσκολία των ασθενών στην αναγνώριση και λεκτικοποίηση των συναισθημάτων τους, η αλεξιθυμία θεωρείται ως άμυνα στην ψυχοκαταπόνηση (Πίνακας 12).

Πίνακας Ι1

Αλεξιθυμία ως μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας	
Nemiah & Sifneos, 1970 Sifneos, 1996	1. Δυσκολία στην αναγνώριση συναισθημάτων. 2. Δυσκολία στην διαφοροποίηση συγκινήσεων και συναισθημάτων. 3. Περιορισμένες εικονοπλαστικές διεργασίες. 4. Εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη.
Taylor et al., a & b 1993 Havilan & Reise, 1996 Yelsma, 1995 Porcelli et al, 1996	1. Δυσκολία στην αναγνώριση συναισθημάτων. 2. Δυσκολία στην διαφοροποίηση συγκινήσεων και συναισθημάτων. 3. Εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη.

Πίνακας Ι2

Αλεξιθυμία ως άμυνα στην ψυχοκαταπόνηση	
Fukunishi et al, 1992	Δυσκολία στην έκφραση συναισθημάτων.
Fukunishi et al, 1995 Fukunishi & Rahe, 1995 Hendryx ey al., 1991 Weinryb et al, 1992	Δυσκολία στην αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων

Παρομοίως, όταν η αλεξιθυμία διερευνάται ως προς όλους τους παράγοντες της (Πίνακας Ι3) φαίνεται πως επηρεάζει την εκδήλωση ή την εξέλιξη του καρκίνου. Αντιθέτως, όταν διερευνάται ως προς λιγότερους παράγοντες (Πίνακες Ι3 και Ι4) δεν εμφανίζει κάποια συσχέτιση με τον καρκίνο ή με άλλες ψυχοσωματικές διαταραχές (εκτός μιας εξαίρεσης).

Το τελικό συμπέρασμα είναι πως στο μέλλον, εκτός από την πρόοδο στις μεθόδους νευροαπεικόνισης που θα μας αποκαλύψουν περισσότερα στοιχεία για τη σύνδεση συγκινήσεων και συναισθημάτων (feeling και emotion), καθώς και τις οδούς μέσα από τις οποίες η νευροφυσιολογία συναντά τις ψυχολογικές διεργασίες, θα χρειαστεί και αντίστοιχη πρόοδος στην σύνταξη των κλιμάκων που διερευνούν τα αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά. Έως τότε, σημαντικότερη προϋπόθεση για την προαγωγή της έρευνας και την αποφυγή των αντιφατικών αποτελεσμάτων παραμένει η συμφωνία των ερευνητών τόσο ως προς τα χαρακτηριστικά της έννοιας, όσο και ως προς τις μεθόδους έρευνας που τη διερευνούν. Όσον αφορά στο ρόλο που η αλεξιθυμία παίζει στην εκ-

δήλωση ή στην εξέλιξη του καρκίνου ή άλλων ψυχιατρικών και οργανικών διαταραχών, τα υπάρχοντα δεδομένα είναι ακόμη ελλιπή. Το ζήτημα χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Πίνακας Ι3

Αλεξιθυμία και καρκίνος

Μελέτες	Διαστάσεις της αλεξιθυμίας που ερευνώνται	Επηρεάζει η αλεξιθυμία την εκδήλωση ή την εξέλιξη του καρκίνου;
Todarello et al., 1989	1. Δυσκολία στην αναγνώριση συναισθημάτων. 2. Δυσκολία στην διαφοροποίηση συγκινήσεων και συναισθημάτων. 3. Περιορισμένες εικονοπλαστικές διεργασίες. 4. Εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη	Ναι
Todarello et al., 1994	>>	Ναι
Todarello et al., 1997	>>	Ναι
Anagnostopoulos, 1993	1. Δυσκολία στην αναγνώριση συναισθημάτων. 2. Δυσκολία στην διαφοροποίηση συγκινήσεων και συναισθημάτων. 3. Εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη	Όχι
Sevaes et al, 1999	Διαταραχές στην έκφραση συναισθημάτων.	Όχι

Πίνακας Ι4

Αλεξιθυμία και ψυχοσωματική διαταραχή

Μελέτες	Διαστάσεις της αλεξιθυμίας που ερευνώνται	Επηρεάζει η αλεξιθυμία την ψυχοσωματική νόσο;
Kauhanen et al., 1994	Δυσκολία στην αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων	Όχι
Sache, 1994	Δυσκολία στην διαφοροποίηση συγκινήσεων και συναισθημάτων.	Όχι
Lumley et al, 1996	Δυσκολία στην διαφοροποίηση συγκινήσεων και συναισθημάτων.	Πιθανόν επηρεάζει την συμπεριφορά του ατόμου που ασθενεί άλλα όχι τη νόσο
Fukunishi, 1995 Fukunishi, 1996 Fukunishi et al, 1997	Δυσκολία στην έκφραση συναισθημάτων και κακή κοινωνική υποστήριξη	Ναι Πεπτικό Έλκος
Solomon et al, 1997	Απώθηση συναισθημάτων	Όχι

Η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης

Τα αντιφατικά πολλές φορές αποτελέσματα των μελετών σχετικά με το ρόλο των ψυχοπιεστικών γεγονότων στην έναρξη και/ή εξέλιξη του καρκίνου οδήγησαν τους ερευνητές, κατά την περίοδο της δεκαετίας του '70, να εξετάσουν άλλες μεταβλητές που σε συνάρτηση με τα γεγονότα ζωής θα μπορούσαν να ερμηνεύσουν καλύτερα την εκδήλωση της νόσου (Dohrenwend & Dohrenwend, 1976). Ένας αριθμός από αναφορές, συζητήσεις και εργασίες αφορούσαν αυτό που συχνά αποκαλείται ως κοινωνική υποστήριξη. Ο όρος κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα αναφέρεται σε ένα σύστημα σχέσεων το οποίο είναι ευπρόσιτο σε ένα άτομο μέσω κοινωνικών δεσμών, ομάδων και την ευρύτερη κοινότητα. Η γενική υπόθεση είναι ότι η κοινωνική υποστήριξη συσχετίζεται αρνητικά με την ασθένεια, κάτι που σημαίνει πως όσο μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη λαμβάνει ένα άτομο με την μορφή στενών σχέσεων με μέλη της οικογένειας, συγγενείς, συναδέλφους και την ευρύτερη κοινότητα, τόσο λιγότερο θα κινδυνεύει να νοσήσει από μια πληθώρα ασθενειών (Lin et al, 1979). Σύμφωνα με τον Caplan (1981) «...η ψυχοκαταπόνηση μπορεί να αυξήσει την ευπάθεια ενός ατόμου στις ψυχικές και οργανικές νόσους. Η ευπάθεια αυτή μπορεί να προληφθεί αν το άτομο λαμβάνει επαρκή κοινωνική υποστήριξη στην διαχείριση της ψυχοπιεστικής κατάστασης, με την μορφή της γνωστικής καθοδήγησης, η οποία αντισταθμίζει την αναπόφευκτη μείωση της ικανότητας του ατόμου να λύνει προβλήματα λόγω της συναισθηματικής του διέγερσης».

Οι Nuckolls και συν. (1972) σε μια από τις πρώτες έρευνες έδειξαν ότι οι επιπλοκές της εγκυμοσύνης ήταν πολύ δυσμενέστερες για τις γυναίκες που βίωσαν πολλά ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής αλλά είχαν χαμηλά σκορ κοινωνικής υποστήριξης (όπως μετριόταν από την ποιότητα της έγγαμης ζωής, τις σχέσεις με την ευρύτερη οικογένεια και τις προσαρμογές μέσα στην κοινότητα), σε σχέση με τις γυναίκες που επίσης βίωσαν πολλά ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής αλλά είχαν υψηλά σκορ στην κοινωνική υποστήριξη. Η μελέτη του Gore (1978) σε άνεργους άντρες έδειξε ότι η τάση για αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης, αυξημένη κατάθλιψη και πολύ συχνά εκδήλωση ασθένειας ήταν σημαντικά χαμηλότερη μεταξύ αυτών που βίωναν συναισθηματική υποστήριξη στο γάμο και στις φιλικές τους σχέσεις. Ο Langlie (1977) παρείχε κάποιες ενδείξεις ότι τα κοινωνικά δίκτυα (ειδικά οι σχέσεις με μη-συγγενείς) και οι συνολικότερες κοι-

νωνικές πεποιθήσεις για την υγεία επηρέαζαν θετικά σημαντικές έμμεσες συμπεριφορές που προλαμβάνουν την υγεία του σώματος (π.χ. φροντίδα των δοντιών, ιατρικές εξετάσεις). Επίσης, τα δομικά χαρακτηριστικά της κοινωνικής υποστήριξης, όπως αντικατοπτρίζονται στους δεσμούς με την κοινότητα, έχουν συχνά αναφερθεί ότι συνεισφέρουν αρνητικά σε ποσοστά ασθένειας και θνησιμότητας (Antonovsky, 1974).

Ο Myers (1976) επίσης παρουσίασε κάποια προκλητικά ευρήματα αναφορικά με το ρόλο της κοινωνικής ενσωμάτωσης στο μοντέλο γεγονότων ζωής – ασθένειας. Σημείωσε ότι για τα περισσότερα άτομα υπάρχει μια απευθείας σχέση μεταξύ των γεγονότων ζωής και της ανάπτυξης της συμπτωματολογίας. Ωστόσο κάποιοι άνθρωποι δεν ακολουθούν αυτό το πρότυπο. Μεταξύ αυτών των ατόμων, αυτοί που επέδειξαν έναν αριθμό συμπτωμάτων αλλά βίωσαν λίγα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής βρέθηκε να είναι λιγότερο κοινωνικά ενσωματωμένοι, σε σχέση με αυτούς που βίωσαν λίγα συμπτώματα αλλά πολλά γεγονότα. Ο συγγραφέας ερμήνευσε αυτά τα ευρήματα με όρους της ενσωμάτωσης του ατόμου στο ευρύτερο σύστημα κοινωνικής διάρθρωσης, όπως μετριέται από την μελέτη των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων. Επίσης από την απόδοση του εκφραστικού και οργανικού ρόλου του ατόμου, όπως μετριέται από την οικογενειακή και επαγγελματική του κατάσταση, την ικανοποίηση από την εργασία και την λειτουργικότητα του στις ομάδες που ανήκει. Αν και η κοινωνική ενσωμάτωση δεν μπορεί να εξισωθεί με την κοινωνική υποστήριξη, η συνεπαγωγή ότι η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να παίζει έναν ενδιάμεσο ρόλο είναι προφανής. Οι Lin και συν. (1979) εξέτασαν την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης και των ψυχοπιεστικών γεγονότων σε σχέση με την εκδήλωση ψυχιατρικών συμπτωμάτων σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα Κινεζο-Αμερικάνων στην Ουάσιγκτον. Η ανάλυση έδειξε, όπως αναμενόταν, πως τα ψυχοπιεστικά γεγονότα συσχετίζονται θετικά και η κοινωνική υποστήριξη αρνητικά με τα συμπτώματα. Επίσης, η συνεισφορά της κοινωνικής υποστήριξης στην πρόβλεψη των συμπτωμάτων βρέθηκε να είναι μεγαλύτερης σημασίας από ότι τα ψυχοπιεστικά γεγονότα. Σε πιο πρόσφατη έρευνα ο Fridfinnsdottir (1997) πήρε ημι-δομημένες συνεντεύξεις από 12 γυναίκες στην διαγνωστική φάση για καρκίνο του στήθους, οι οποίες βίωναν την πιθανότητα να έχουν καρκίνο σαν τεράστια απειλή. Η κοινωνική υποστήριξη θεωρήθηκε ως βασική πηγή βοήθειας στην προσαρμογή τους, ιδιαίτερα την περίοδο που η στήριξη τους από συζύγους, οικογένεια και στενούς φίλους ήταν μεγάλης σημασίας.

Οι δυσμενείς επιπτώσεις της ψυχοκαταπόνησης και η ελλιπή κοινωνική υποστήριξη έχουν επίσης συνδεθεί με καρδιαγγειακές ή άλλου τύπου διαταραχές. Ο van Servellen (1996) μελετώντας 60 ασθενείς με AIDS κατέληξε πως τα άτομα της ομάδας που παρουσίασε τις υψηλότερες συναισθηματικές διαταραχές ήταν λιγότερο λειτουργικά, είχαν βιώσει περισσότερα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής, εκδήλωσαν υψηλότερα επίπεδα απελπισίας, κατάθλιψης και ανέφεραν μικρότερη ευχαρίστηση από την κοινωνική υποστήριξη. Ο Creagan (1997) υποστήριξε, ότι ένα κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα και μια διάσταση πνευματικότητας και θρησκευτικότητας φαίνεται να είναι οι πιο σταθεροί προγνώστες της ποιότητας ζωής και πιθανόν της επιβίωσης μεταξύ των ασθενών με νεοπλασία προχωρημένου σταδίου. Οι Baum και συν. (1997) πρότειναν ένα μοντέλο που προβλέπει τη μακροχρόνια ψυχοκαταπόνηση όταν η ανάλυση πιθανού κινδύνου προτείνει υψηλό κίνδυνο, όταν η ανασφάλεια δεν μειώνεται και όταν οι άνθρωποι δεν έχουν ισχυρή κοινωνική υποστήριξη, στρατηγικές προσαρμογής, άλλους ψυχοκοινωνικούς πόρους, ή όλα τα παραπάνω.

- Η βιβλιογραφία προτείνει ότι τα επίπεδα της ψυχοκαταπόνησης, της κατάθλιψης και του άγχους είναι σημαντικά αυξημένα στους ασθενείς με καρκίνο του στήθους. Τα προβλήματα αυτά επιμένουν σε μια σεβαστή μειοψηφία των ασθενών ακόμη και χρόνια μετά την διάγνωση. Η κοινωνική υποστήριξη γενικά και η ψυχοθεραπεία ειδικότερα έχουν δείξει να συνδέονται με θετικές επιδράσεις, όσον αφορά τις διαδικασίες προσαρμογής και το χρόνο επιβίωσης. Η ανοιχτή και ξεκάθαρη επικοινωνία, η εκδήλωση του κατάλληλου συναισθήματος και η συνεργασία στον προγραμματισμό και στην λύση προβλημάτων που προκύπτουν, διευκολύνουν την προσαρμογή και βοηθούν το αποτέλεσμα. Αντίθετα, οι παράγοντες που φθείρουν την κοινωνική υποστήριξη ή απομονώνουν τους ασθενείς με καρκίνο στήθους μπορεί να έχουν δυσμενείς οργανικές και ψυχολογικές επιπτώσεις (Spiegel, 1997).

Από την άλλη πλευρά, οι Monroe και Steiner (1986) εκτιμώντας ότι έχει δοθεί μικρή προσοχή στην κατανόηση της κοινωνικής υποστήριξης μέσα στο πλαίσιο άλλων προγνωστών της ασθένειας, προσπάθησαν να μελετήσουν την συσχέτιση των μεταβλητών που συνδέουν την ψυχολογική λειτουργία με την κοινωνική υποστήριξη στη διάρκεια του χρόνου. Επέλεξαν τρεις εναλλακτικούς προγνώστες: την ύπαρξη προϋπάρχουσας διαταραχής, την ψυχοκαταπόνηση και τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Κατά την γνώμη τους η έρευνα σε αυτόν τον τομέα είχε παρεμποδιστεί εξαιτίας α) της μεγάλης ποικιλίας στις μεθόδους μέτρησης, β) τους περιορισμούς της μεθοδολογί-

ας και γ) τις εννοιολογικές ασάφειες που περιλαμβάνουν τον όρο της κοινωνικής υποστήριξη. Το πιο συχνό πρόβλημα που τίθεται για τους συγγραφείς για τις έννοιες της προϋπάρχουσας νόσου, της ψυχοκαταπόνησης και της προσωπικότητας, είναι ότι η κοινωνική υποστήριξη δεν είναι μια απλή αιτία (της νόσου) ή προστασία (στην ψυχοκαταπόνηση), αλλά ακόμη μία συνέπεια και συσχέτιση της μέτρησης αυτών των σχετιζομένων εννοιών.

Επίσης για τους Lazarus και Folkman (1984), παρά το ότι η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να είναι ένα κεντρικό μέρος αυτής της παραπάνω διαδικασίας, ταυτοχρόνως καθορίζεται με ένα συμπληρωματικό τρόπο στη διάρκεια του χρόνου από πολλούς άλλους παράγοντες. Οι Dohrenwed και συν. (1984) επιχείρησαν να εξετάσουν τις κρίσεις ενός δείγματος 371 κλινικών ψυχολόγων σχετικά με τον βαθμό αλληλοσυσχέτισης των κλιμάκων που διερευνούν την ψυχοκαταπόνηση, την κοινωνική υποστήριξη και τα συμπτώματα ψυχολογικών διαταραχών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι παραπάνω κλίμακες συγχέονται. Οι Brugha και συν. (1990), επίσης, συμπεράνανε ότι σε μικρές χρονικές περιόδους οι κλίμακες που μετρούν τις δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, αλλά η μακρόχρονη κοινωνική απομόνωση μπορεί να φθείρει σε μεγάλο βαθμό την επαφή με τα κοινωνικά υποστηρικτικά δίκτυα. Τέλος, σε μια πρόσφατη έρευνα οι Bolger και συν. (1996) αφού εκτίμησαν 102 ασθενείς με καρκίνο του μαστού και τους συγγενείς τους σε χρονικό διάστημα 4 και 10 μηνών μετά την διάγνωση, έδειξαν πως παρά το γεγονός ότι οι συγγενείς παρείχαν υποστήριξη στις αντιδράσεις των ασθενών στην σωματική τους εξασθένιση, η υποστήριξη αυτή δεν ανακούφιζε την ψυχοκαταπόνηση των ασθενών και δεν προήγαγε την οργανική τους αποκατάσταση. Τα αποτελέσματα αυτά αποκάλυψαν περιορισμούς στην αποτελεσματικότητα των στενών σχέσεων σε περιόδους έντονης ψυχοκαταπόνησης.

Συμπερασματικά, η κοινωνική υποστήριξη ενσωματωμένη μέσα στις έννοιες της ψυχοκαταπόνησης, της προσωπικότητας και της ψυχοπαθολογίας είναι ξεκάθαρα μέρος μιας απέραντα πολύπλοκης διαδικασίας και παρ' όλες τις προσπάθειες των ερευνητών δεν έχει επιτευχθεί αρκετή πρόοδος στον τομέα της διάκρισης των παραπάνω εννοιών. Τέλος, αξίζει να επισημανθεί πως, σε πολλές περιπτώσεις το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να γίνει εμπόδιο σε κάποιο άτομο να προσεγγίσει τους στόχους του, ή μπορεί να βιωθεί ως υπερβολικά πιεστικό, ή ως ανίκανο να κατανοήσει τα βαθιά συναισθήματα του ατόμου. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητη η ακρίβεια στην

ανάπτυξη της έννοιας του κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος και των διαστάσεων της (Bloom, 1982).

Συστημικό μοντέλο και σύγχρονη ψυχοσωματική θεώρηση του καρκίνου

α) Θεωρία συστημάτων

Ο όρος *θεωρία συστημάτων* προτάθηκε το 1940 από τον βιολόγο Ludwig von Bertalanffy και αναπτύχθηκε περαιτέρω το 1956 από τον Ross Ashby. Ο von Bertalanffy επιχείρησε να αντιπαρατεθεί στον αναγωγισμό (reductionism) και να επαναφέρει την έννοια της ενότητας και του ολισμού (unity/holism) στην επιστημονική σκέψη. Πρωτίστως έδωσε έμφαση στο γεγονός ότι τα συστήματα της φύσης είναι ανοιχτά και αλληλεπιδρούν με τα περιβάλλοντα τους, ενώ ταυτόχρονα συνεχίζουν την εξέλιξη τους δημιουργώντας ποιοτικά νέες δυνατότητες προσαρμογής. Αντί της ανάλυσης μιας οντότητας (π.χ. το ανθρώπινο σώμα) στις ιδιότητες των τμημάτων ή των συστατικών τους (π.χ. μόρια, κύτταρα, ιστοί, όργανα κ.λπ.), η ανάλυση συστημάτων εστιάζει στις ρυθμίσεις και στις σχέσεις που συνδέουν τα διάφορα τμήματα σε ένα ολοκληρωμένο οργανισμό που είναι ανεξάρτητος από την αυτόνομη ύπαρξη των συστατικών του. Οι ίδιες έννοιες και αρχές οργάνωσης ισχύουν και ενυπάρχουν σε όλους τους επιστημονικούς τομείς (φυσική, βιολογία, κοινωνιολογία κ.λπ.), παρέχοντας μια κοινή βάση μελέτης τους (Heylighten & Joslyn, 1992). Έννοιες που περιλαμβάνει η θεωρία συστημάτων είναι τα όρια συστήματος-περιβάλλοντος, είσοδος-έξοδος, διαδικασία, κατάσταση, ιεραρχία, κατεύθυνση στο στόχο, πληροφορία και συναφείς επιστημονικοί τομείς είναι η κυβερνητική, η μελέτη της πολυπλοκότητας, η θεωρία του χάους, η τεχνητή νοημοσύνη κ.ά.

Η αρχική παρατήρηση του βιολόγου von Bertalanffy ήταν πως οι μελέτες των ερευνητών στη φυσική αφορούσαν συστήματα κλειστά, τα οποία δεν αλλ.ηλεπιδρούσαν με τον έξω κόσμο και συνεπακόλουθα με δεδομένη τη γνώση στοιχείων όπως π.χ. τη μάζα, τη δομή των μορίων ή την περιγραφή των δυνάμεων, η κατασκευή μοντέλων που θα μπορούσαν να προβλέψουν την πιθανή λειτουργία των συστημάτων στο μέλλον ήταν δυνατή. Μια τέτοια θεώρηση προϋπόθετε πως το υπόλοιπο σύμπαν δεν υπάρχει. Ως βιολόγος, ωστόσο, γνώριζε ότι μια τέτοιου είδους λειτουργία ήταν αδύνατη για τα περισσότερα φυσικά φαινόμενα. Οι βιολογικοί οργανισμοί, για παράδειγμα, είναι ανοικτά συστήματα τα οποία δεν μπορούν να επιζήσουν χωρίς τη συνεχή ενεργη-

τική ανταλλαγή ύλης και ενέργειας με το περιβάλλον τους (Heylighten, 1998). Η ποιότητα αυτών των ανταλλαγών, καθώς και οι αλλαγές που επέρχονται στο σύστημα και το περιβάλλον του μετά την αλληλεπίδραση τους, δεν είναι πάντα δυνατόν ούτε να περιγραφούν ούτε να προβλεφθούν.

Η εξέλιξη της θεωρίας συστημάτων, της κυβερνητικής και της μελέτης των χαοτικών συστημάτων προέκυψε από σταδιακές προόδους στα μαθηματικά και στις υπόλοιπες επιστήμες και απάντησε στην ανάγκη αντιπαράθεσης ορισμένων σύγχρονων επιστημόνων απέναντι στην έντονη κυριαρχία της αιτιοκρατικής, αναγωγιστικής (reductionistic) και στοχο-κατευθυνόμενης επιστημονικής σκέψης. Κατά τον Scrivener (1990), αν η επιστημονική σκέψη του δυτικού πολιτισμού ήταν πιο αναπτυγμένη δεν θα χρειαζόμαστε την κυβερνητική και την θεωρία συστημάτων ως αυτόνομους τομείς μελέτης. Θα ήταν συνυφασμένες στις βάσεις του τρόπου σκέψης μας, παραπλήσια με την ευελιξία της γλώσσας μας, την αυστηρότητα της γραμμικής άλγεβρας ή τους κώδικες επαγγελματικής επικοινωνίας. Αντί αυτού, η παράδοση της εκπαίδευσης μας εμφανίζει ένα τυφλό σημείο όταν πρέπει να αντιμετωπίσει ζητήματα πολυπλοκότητας, αλληλο-σύνδεσης και σχέσης, καθώς και των προοπτικών που προκύπτουν εξαιτίας αυτών. Τα όρια, ωστόσο, στα οποία φαίνεται να φτάνουν οι επιστημονικοί τομείς γίνονται όλο και πιο ξεκάθαρα. Ταυτόχρονα, η ανακάλυψη των χαοτικών συστημάτων μαζί με την αυξανόμενη ανάπτυξη της πληροφορικής σηματοδότησαν μια αναγέννηση του ενδιαφέροντος στην θεωρία συστημάτων και την κυβερνητική στα τέλη του '80. Έκτοτε αυξήθηκε θεαματικά η ανάπτυξη νέων μεθόδων προσέγγισης των επιστημονικών αντικειμένων και η διεπιστημονική συνεργασία ποικίλων ειδικοτήτων (π.χ. γνωσιακή επιστήμη, ανάπτυξη υπολογιστών και νευροεπιστήμες). Η επιστημονική κοινότητα, παρά τα υπάρχοντα επιστημολογικής φύσεως εμπόδια, αναμένει πολύ περισσότερες εξελίξεις όλων των κλάδων στο άμεσο μέλλον.

Σαν μια μετα-θεωρία, οι ιδέες και οι αρχές της κυβερνητικής και της θεωρίας συστημάτων προτίθενται να είναι εφαρμόσιμες σε όλους τους τομείς που εστιάζουν σε πολύπλοκα συστήματα όπως βιολογικά, οικολογικά, γνωστικά, κοινωνικά και μηχανικά, θεωρώντας τα σαν πολυδιάστατα επικοινωνιακά δίκτυα. Μερικές από τις βασικότερες αρχές και νόμοι που ισχύουν σε κάθε είδους συστήματος είναι η αυτο-οργάνωση (συνεργασία των συστατικών), η συμπληρωματικότητα (στη λειτουργία των διαφόρων δομών), η εξελιξιμότητα (τάση προς εξέλιξη και ανάπτυξη σε μέγεθος και πολυπλοκό-

τητα του συστήματος) και η αντανακλαστικότητα (reflexivity) που εκφράζεται με αντανακλαστικά φαινόμενα όπως είναι η αυτο-αναφορά, η αυτο-διαχείριση, η αυτοπαραγωγή και η αυτο-αναπαραγωγή (Joslyn, 1992).

Η συστημική προσέγγιση ενσωματώνει και την αναλυτική και την συνθετική μέθοδο, εμπεριέχοντας και τον ολισμό (holism) και τον αναγωγισμό (reductionism). Οι αναλυτικές και οι συνθετικές μέθοδοι θεωρούνται ως συμπληρωματικές, με την πρώτη να επιδιώκει με διάφορες μεθόδους να αναλύσει ένα σύστημα στα πρωταρχικά του στοιχεία ώστε να τα μελετήσει ξεχωριστά και την δεύτερη να επιχειρεί μια θεώρηση του συστήματος στην ολότητα και στη συνολική δυναμική της λειτουργίας του. Ο de Rosney (1979) συνέταξε τον παρακάτω πίνακα όπου αντιπαραβάλλονται τα χαρακτηριστικά των δύο προσεγγίσεων:

Αναλυτική μέθοδος	**Συστημική μέθοδος**
-ακομονώνει, μετά επικεντρώνει στα συστατικά	-ενοποιεί και επικεντρώνει στην αλληλεπίδραση των συστατικών
-μελετά τη φύση της αλληλεπίδρασης	-μελετά τα αποτελέσματα των αλληλεπιδράσεων
-δίνει έμφαση στην ακρίβεια των λεπτομερειών	-δίνει έμφαση στην συνολική εικόνα
-τροποποιεί μια μεταβλητή κάθε φορά	-τροποποιεί σύνολα μεταβλητών ταυτοχρόνως
-παραμένει ανεξάρτητη σε σχέση με το χρόνο, τα φαινόμενα είναι επαναλήψιμα	-ενσωματώνει την διάρκεια του χρόνου και την μη-επαναληψιμότητα των φαινομένων
-εκτιμά τα γεγονότα με όρους πειραματικής απόδειξης λειτουργώντας στο πλαίσιο μιας θεωρίας	-εκτιμά τα γεγονότα μέσω συγκρίσεων της λειτουργίας του θεωρητικού μοντέλου με την πραγματικότητα
-χρησιμοποιεί ακριβή και λεπτομερειακά μοντέλα τα οποία δεν είναι χρήσιμα στην πρακτική λειτουργία των συστημάτων	-χρησιμοποιεί μοντέλα τα οποία είναι ανεπαρκώς μορφοποιημένα αλλά είναι χρήσιμα στην πρακτική λειτουργία και στη λήψη αποφάσεων των συστημάτων
-είναι αποτελεσματική μέθοδος όταν πρόκειται για αλληλεπιδράσεις γραμμικές και μικρής έντασης	-είναι αποτελεσματική μέθοδος όταν πρόκειται για αλληλεπιδράσεις μη-γραμμικές και μεγάλης έντασης
-οδηγεί σε εξειδικευμένη εκπαίδευση	-οδηγεί σε διεπιστημονική εκπαίδευση
-οδηγεί σε λεπτομερειακώς καθορισμένη πράξη	-οδηγεί σε πράξη μέσω αντικειμενικών σκοπών
-κατέχει λεπτομερειακή γνώση χωρίς επαρκώς προσδιορισμένους στόχους	-κατέχει την γνώση για την επίτευξη των στόχων με ανεπάρκειες στην περιγραφή αυτής της γνώσης

Οι όροι της κυβερνητικής (cybernetics) και της θεωρίας συστημάτων (systems theory) έχουν χρησιμοποιηθεί με ποικίλους τρόπους από διάφορους συγγραφείς. Σύμφωνα με τον εισηγητή της θεωρίας συστημάτων «η κυβερνητική είναι μια θεωρία ελέγχου των συστημάτων που βασίζεται στην αυτο-ρύθμιση και την επικοινωνία με τα συστατικά και το περιβάλλον τους» (Bertalanffy, 1964). Ενδιαφέρουσα, ωστόσο, είναι η άποψη της κυβερνητικής κατά τον Gregory Bateson στο έργο του Steps to an ecology of mind, όπου σε μια παράγραφο αναφέρει: «η αιτιώδης εξήγηση είναι συνήθως θετική. Λέμε ότι μια μπάλα μπιλιάρδου Β κινήθηκε στην τάδε κατεύθυνση με τον δείνα τρόπο επειδή χτυπήθηκε από την μπάλα Α από την συγκεκριμένη γωνία. Αντίθετα, η κυβερνητική εξήγηση είναι πάντα αρνητική. Μελετούμε ποιες εναλλακτικές πιθανότητες είναι δυνατόν να έχουν συμβεί και μετά εξετάζουμε γιατί πολλές από τις εναλλακτικές δεν συνέβησαν, έτσι ώστε το συγκεκριμένο συμβάν να αποτελεί μόνο ένα από τα ελάχιστα που θα μπορούσαν πραγματικά να έχουν συμβεί... Στη γλώσσα της κυβερνητικής, τα γεγονότα υπόκεινται σε περιορισμούς και υποτίθεται ότι εκτός από αυτούς τους περιορισμούς οι πορείες της αλλαγής έχουν της ίδιες πιθανότητες...»

β) Το μοντέλο της κρίσης

Η θεωρία της κρίσης έχει αναπτυχθεί από ποικίλες πηγές και οι πιο σημαντικές συνεισφορές προέρχονται από την κοινωνική ψυχιατρική, την ψυχολογία του Εγώ και την θεωρία της μάθησης. Ο πρώτος κοινωνικοψυχολογικός ορισμός της κρίσης αποδίδεται στον Thomas, έναν κοινωνιολόγο, που είδε την κρίση σαν «μια απειλή, μια πρόκληση, μια καταπόνηση που μπορεί να εμπεριέχει το σπέρμα ενός νέου οργανισμού», ενώ η πρώτη σημαντική ώθηση στην θεωρία και πρακτική οφείλεται στον Lindermann και την κλασική του μελέτη πάνω στις αντιδράσεις πένθους που ακολούθησαν μια πυρκαγιά σε νυχτερινό κέντρο της Βοστόνης το 1942, όπου πέθαναν 500 περίπου άτομα. Επίσης, η ψυχολογία του Εγώ η οποία αναπτύχθηκε από την ψυχαναλυτική θεωρία επηρέασε σημαντικά την ανάπτυξη της έννοιας της κρίσης. Ο Hartmann διαχώρισε τις συγκεκριμένες λειτουργίες του Εγώ που προέρχονται από την δυναμική των συγκρούσεων και τις γνωστικές λειτουργίες που δεν σχετίζονται με αυτήν τη δυναμική, και θεώρησε το Εγώ σαν «όργανο προσαρμογής». Ο Rado υποστήριξε ότι η συμπεριφορά καθορίζεται από τις αρχές της λειτουργίας των κινήτρων και της προσαρμογής και ο Erikson μορφοποίησε ένα μοντέλο οκτώ σταδίων, που το κάθε ένα από αυτά εμπεριέ-

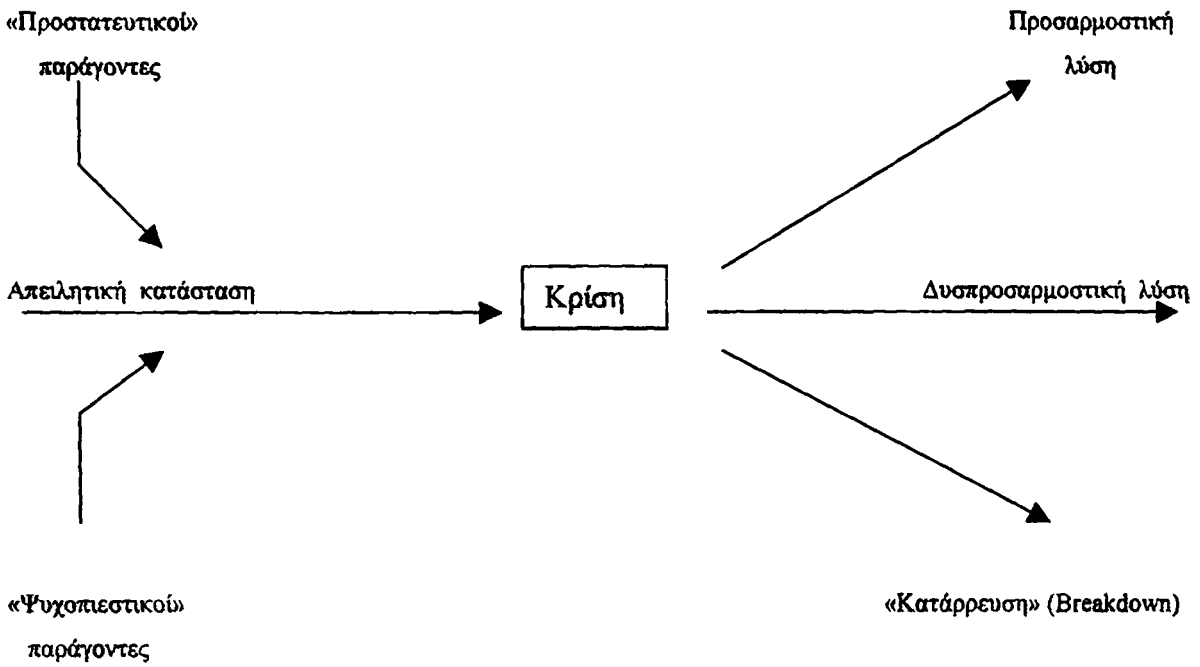
χει την απειλή της κρίσης και λειτουργεί με έναν μεταβατικό και ωριμοποιό ρόλο. Τέλος η συνεισφορά της θεωρίας της μάθησης έγινε από τον Lazarus με την θεωρία της αντιμετώπισης καταστάσεων κρίσης που περιλάμβανε τέσσερις τύπους συμπεριφοράς: α) την συμπεριφορά που αποβλέπει στην λύση του προβλήματος, β) την παλινδρόμηση σε προγενέστερες μορφές λύσης-προβλημάτων, γ) την άρνηση ύπαρξης της προβληματικής κατάστασης, και δ) και την αδράνεια λόγω της πεποίθησης του ατόμου ότι δεν υπάρχει κάποια πρακτική λύση στο πρόβλημα (Hobbs, 1984).

Πιθανόν η πιο σημαντική συνεισφορά στην θεωρία της κρίσης έγινε από τον Caplan (a 1964) και τους συνεργάτες του στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Χάρβαρντ, σύμφωνα με τον οποίο «...η κρίση προκαλείται όταν ένα άτομο αντιμετωπίζει ένα εμπόδιο σε σημαντικούς στόχους της ζωής του το οποίο είναι, για κάποιο χρονικό διάστημα, ανυπέρβλητο με την χρήση των συνηθισμένων μεθόδων λύσης-προβλημάτων. Ακολουθεί μια περίοδος αποδιοργάνωσης, μια περίοδος αναστάτωσης κατά την οποία δοκιμάζονται πολλές διαφορετικές αποτυχημένες προσπάθειες. Τελικά επιτυγχάνεται κάποιου είδους προσαρμογή, η οποία μπορεί να είναι ή όχι η πλέον επιθυμητή από το άτομο και τους δικούς του».

Οι καταστάσεις κρίσης μπορούν να διαχωριστούν σε αναπτυξιακές και συμπτωματικές. Οι πρώτες αναφέρονται στις αναπόφευκτες φάσεις μετάβασης από ένα στάδιο ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης σε ένα άλλο (π.χ. εφηβεία, γέννηση παιδιού, εμμηνόπαυση, συνταξιοδότηση), μετάβαση η οποία απαιτεί την επίτευξη ενός ψυχολογικού στόχου και μπορεί να εξαντλήσει τα αποθέματα ενέργειας του ατόμου και της οικογένειας του (π.χ. «κρίση ταυτότητας» στην εφηβεία). Οι συμπτωματικές καταστάσεις συμπεριλαμβάνουν τυχαία γεγονότα ζωής - εκτός αναπτυξιακών φάσεων - όπως αυτά που απορρέουν από αλλαγές στο φυσικό περιβάλλον (π.χ. σεισμός), στο κοινωνικό (π.χ. θάνατος συγγενούς σε δυστύχημα) ή στο βιολογικό (π.χ. αναπηρία, ασθένεια). Ασφαλώς όταν σε ένα άτομο συμβεί κάποιο δυσάρεστο γεγονός κατά την διάρκεια μιας αναπτυξιακής του κρίσης θα αυξήσει σημαντικά την απειλή της συναισθηματικής του σταθερότητας π.χ. μια αναπάντεχη εγκυμοσύνη στην περίοδο της εφηβείας (Hobbs, 1984).

Ο Jacobson (1980) έδωσε έμφαση στην αλληλεπίδραση μεταξύ των εσωτερικών και των εξωτερικών παραγόντων στο έναυσμα της κρίσης. Δεν θεώρησε την κρίση ως συστατικό στοιχείο των αναπτυξιακών σταδίων, αλλά ως μια περίοδος εσωτερικής αναδιοργάνωσης που καθιστά το άτομο εξαιρετικά ευπαθές σε εξωτερικούς κινδύνους π.χ. περίοδοι πένθους, περίοδοι μετά από διαζύγιο ή μετανάστευση.

Ταυτόχρονα με την επίδραση των ψυχοπιεστικών συνθηκών και των προσωπικών χαρακτηριστικών του ατόμου, η ποιότητα της κρίσης θα εξαρτηθεί και από την επίδραση ποικίλων προστατευτικών παραγόντων, οι οποίοι φαίνεται να προφυλάσσουν το άτομο απέναντι στην αποδιοργάνωση που προκαλείται από μια απειλητική κατάσταση. Η άμεση διαθεσιμότητα της συναισθηματικής υποστήριξης από την οικογένεια ή το κοινωνικό δίκτυο μπορεί να είναι κρίσιμη, όπως κρίσιμη θα είναι και η προηγούμενη εμπειρία και επιτυχία του ατόμου στην διαχείριση παρόμοιων προβλημάτων. Η αλληλεπίδραση των ψυχοπιεστικών και των προστατευτικών παραγόντων φαίνεται στο σχήμα 13 (Hobbs, 1984).



Σχήμα 13: Η συνήθης «διαδρομή» μιας κρίσης (Hobbs, 1984).

Η κατάσταση κρίσης θα πρέπει να διαφοροποιηθεί από μια εξωτερική κατάσταση κινδύνου που την προκαλεί. Η κρίση αποτελείται από τις ενδοψυχικές και διαπροσωπικές εκδηλώσεις του ατόμου προκειμένου να βρει μια λύση. Ο Straker (1980) τόνισε πως η κρίση αναπτύσσεται όταν οι συνήθεις προσαρμοστικοί μηχανισμοί του ατόμου είναι ανεπαρκείς να διαχειριστούν την απειλή όπως γίνεται αντιληπτή από το άτομο. Τότε τα επίπεδα του άγχους αυξάνονται και το άτομο κινητοποιεί ιδιότυπες άμυνες του Εγώ. Αν η αποτυχία επιμένει, το άτομο υφίσταται μια γενική σύγχυση και μια χαλάρωση των ορίων του Εγώ. Πρώιμες συναισθηματικές αντιδράσεις απελευθερώνονται, μια αίσθηση μη-πραγματικότητας αναπτύσσεται και διαταράσσεται η γνω-

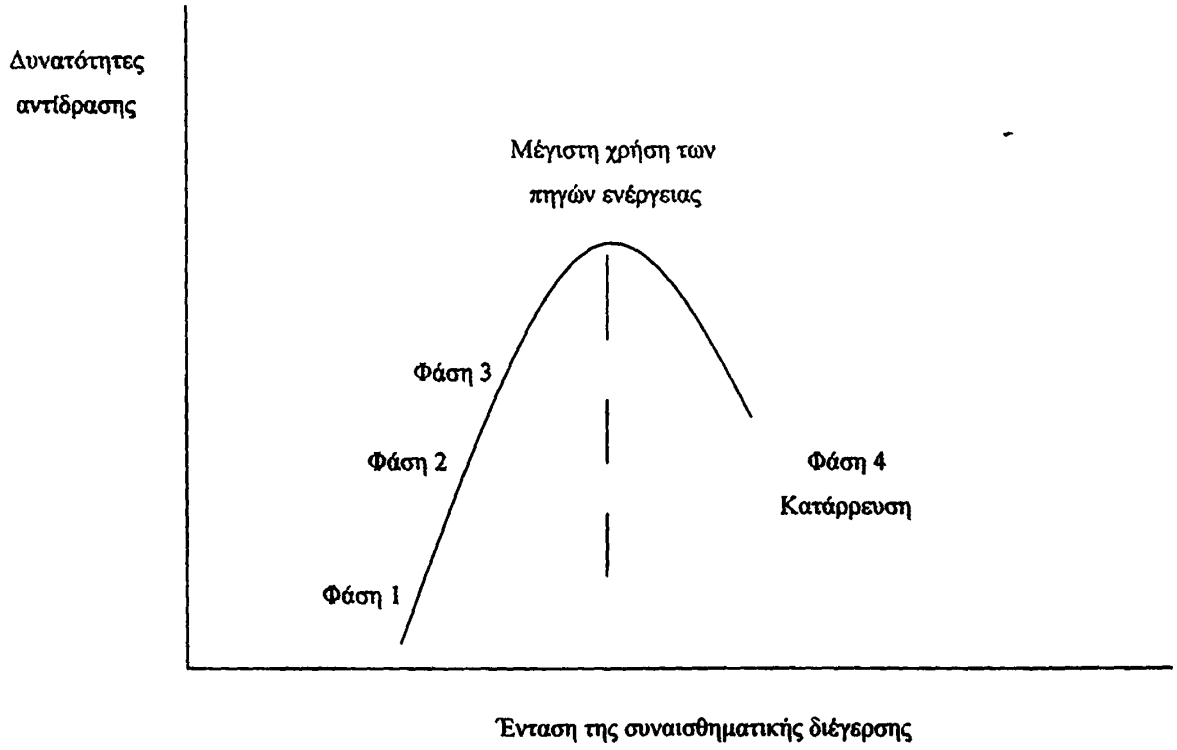
στική λειτουργία. Αν κινητοποιηθούν νέες πηγές ενέργειας, το επίπεδο του άγχους μειώνεται και το άτομο επιστρέφει στην συνήθη λειτουργικότητα του. Αυτή η λύση της κατάστασης κρίσης μπορεί να διευκολυνθεί από μια κατάλληλη εξωτερική βοήθεια και παρέμβαση. Αν η λύση δεν επέλθει σε διάστημα 4-6 εβδομάδων, μια μόνιμη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά θα προκύψει. Παραπέρα, το άτομο θα παλινδρομήσει σε πιο αρχαϊκούς αμυντικούς μηχανισμούς καθώς θα απειλείται, συν τοις άλλοις, από την επαφή με πρωιμότερες άλυτες συγκρούσεις. Στην χειρότερη περίπτωση επακολουθούν καταστροφικές συμπεριφορές ή ψυχωσική συνδρομή.

Ο Caplan προσδιόρισε (b 1964) τέσσερις φάσεις στην ανάπτυξη μιας κρίσης:

1. Το άτομο που αντιμετωπίζει μια απειλή σε σημαντικές βασικές του ανάγκες, αντιδρά με τους συνήθεις τρόπους λύσης-προβλημάτων.
2. Η αποτυχία του να λύσει το πρόβλημα με αυτούς τους τρόπους οδηγεί σε αύξηση του άγχους και της συναισθηματικής δυσφορίας, τα οποία και εμποδίζουν την αντιμετώπιση της κατάστασης. Το άτομο ζει με ένταση, δεν μπορεί να κοιμηθεί και ως εκ τούτου νιώθει κουρασμένο. Καταπονείται, αποδιοργανώνεται και η φανερή του απελπισία συνήθως προκαλεί την παρέμβαση των άλλων.
3. Η συνεχιζόμενη αποτυχία να αποφύγει ή να λύσει το πρόβλημα της απειλής οδηγεί σε μεγαλύτερη αύξηση της έντασης και στην δοκιμή καινούργιων μεθόδων λύσης-προβλημάτων, συνήθως με την μέθοδο δοκιμής και πλάνης (trial and error fashion). Το πρόβλημα μπορεί να ξανά οριστεί, έτσι ώστε να ταιριάξει με την παρελθούσα εμπειρία, ή ορισμένες πλευρές του προβλήματος μπορεί να παραμεριστούν ως άλυτες, ή ορισμένοι στόχοι μπορεί να εγκαταλειφθούν. Συνεπώς, η λύση μπορεί να είναι ελλιπής ή δυσπροσαρμοστική και μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια συμπτωματική διαταραχή.
4. Η αποτυχία να χρησιμοποιηθεί οποιαδήποτε στρατηγική για τη λύση του προβλήματος οδηγεί σε περαιτέρω αύξηση της έντασης στο σημείο που το άτομο καταρρέει (breaking-point). Έπεται μείζων αποδιοργάνωση της προσωπικότητας που εκδηλώνεται με ποικίλους τρόπους ανάλογα με την ευαλωτότητα και τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου. Έντονη ψυχοκαταπόνηση και αποδιοργάνωση, διαταραχές συμπεριφοράς, νευρωσική διαταραχή ή ψυχωσική διάσπαση μπορούν να συμβούν (σχήμα 14).

Τα ειδικότερα συμπεράσματα των χαρακτηριστικών της κρίσης που έχουν και πρακτική σημασία για την θεραπευτική παρέμβαση σύμφωνα με τον Hobbs (1984) είναι:

1. Οι κρίσεις είναι περιορισμένες στο χρόνο. Κάποια λύση μπορεί να συμβεί σε διάστημα 4-6 εβδομάδων από το προκληθέν τραύμα και το αποτέλεσμα μπορεί να ποικίλει σε μεγάλο βαθμό από την προσανατολισμένη στην πραγματικότητα λύση του προβλήματος ως τις πλέον δυσπροσαρμοστικές λύσεις που μπορούν να οδηγήσουν σε οξεία αποδιοργάνωση ή χρόνια δυσλειτουργία. Η κατάσταση μπορεί να περιπλέκεται από την εμφάνιση ποικίλων απειλών /κινδύνων, οι οποίοι μπορεί να προέκυψαν από τις δυσπροσαρμοστικές λύσεις της αρχικής κρίσης. Οι παρεμβάσεις μπορεί να είναι αποτελεσματικές στην διευκόλυνση ξεπεράσματος της κρίσης μόνο αν εφαρμοστούν στα αρχικά στάδια της κρίσης. Για το λόγο αυτό, οι υπηρεσίες αντιμετώπισης κρίσεων θα πρέπει να είναι άμεσα προσβάσιμες από τα άτομα που τις χρειάζονται.



Σχήμα Ι4: Η καμπύλη της κρίσης (προσαρμογή της γραφικής παράστασης των Yerkes-Dedson από τον Hobbs (1984) για τις φάσεις ανάπτυξης μιας κρίσης όπως τις όρισε ο Caplan).

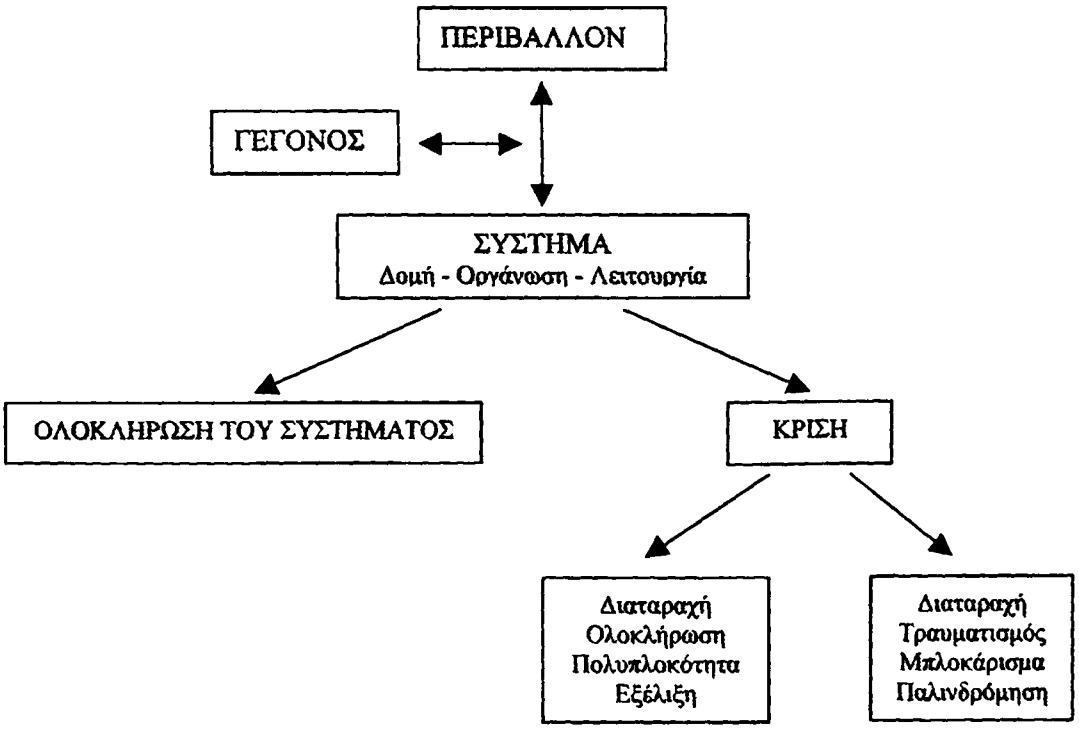
2. Οι ανάγκες εξάρτησης εκφράζονται πάντοτε στα πρώιμα στάδια της κρίσης, αν και η έκφραση τους μπορεί να είναι έμμεση. Μπορεί να υπάρχουν ανοιχτές και άμεσες εκκλήσεις βοήθειας προς την οικογένεια, τους φίλους ή τις αρμόδιες υπηρεσίες,

αλλά η έκφραση των αναγκών μπορεί να είναι συγκαλυμμένη και το άτομο να φαίνεται απλά σε μια κατάσταση έντασης ή να εκδηλώνει σωματικές διαταραχές. Η κρίση στο άτομο μπορεί επίσης να εκδηλώνεται με επιδείνωση στην αποτελεσματικότητα του στη δουλειά ή στο σπίτι. Η ένταση μπορεί να σηματοδοτείται, ειδικά στα παιδιά, με καταστροφική ή αποδιοργανωτική συμπεριφορά.

3. Η κρίση του ατόμου μπορεί να είναι σύμπτωμα της κρίσης μιας οικογένειας ή μιας κοινωνικής ομάδας, η οποία συμβαίνει όταν οι τεχνικές αντιμετώπισης τους αποτυχαίνουν να διαχειριστούν το πρόβλημα που αντιμετωπίζει ολόκληρη η ομάδα. Σε μια τέτοια περίπτωση, το άτομο μπορεί να εκδηλώνει τα χαρακτηριστικά της κρίσης ολόκληρης της οικογένειας ή της ομάδας.
4. Η κρίση δεν είναι, από μόνη της, μια παθολογική κατάσταση - αν και το αποτέλεσμα της μπορεί να είναι. Η κρίση προσφέρει την δυνατότητα για προσωπική ανάπτυξη αν έχει επιτευχθεί μια εποικοδομητική λύση. Το άτομο που διαχειρίζεται επιτυχώς μια κρίση μαθαίνει νέες μεθόδους χειρισμού δύσκολων καταστάσεων και πιθανόν γνωρίζει καλύτερα κάποιες πλευρές του εαυτού του. Η οικογένεια που διαχειρίζεται επιτυχώς μια κρίση συχνά πετυχαίνει καλύτερη επικοινωνία και προσαρμοστικότητα.
5. Η κρίση, τέλος, προσφέρει μια δυνατότητα επίλυσης συγκρούσεων που έχουν προκύψει λόγω δυσπροσαρμοστικής προσαρμογής σε παλαιότερες κρίσεις. Είναι χαρακτηριστικό μιας κατάστασης κρίσης να επανενεργοποιούνται παλαιότερες άλυτες, ασυνείδητες συγκρούσεις και να συνοδεύονται από το κατάλληλο συναίσθημα. Ωστόσο, ελλοχεύει ο κίνδυνος οι παρελθούσες δυσπροσαρμοστικές μέθοδοι να χρησιμοποιηθούν και στην παρούσα κρίση. Στην περίπτωση αυτή, το άτομο κινδυνεύει να συνεχίσει να χρησιμοποιεί την ίδια συμπεριφορά σε κάθε κρίση παρ' όλη την επακόλουθη αποτυχία επίτευξης ενός επιθυμητού στόχου. Έτσι, αν και η αντιξοότητα προσφέρει μια δεύτερη ευκαιρία να επιλυθούν παλαιά προβλήματα, κάποια από αυτά μπορεί να επιμείνουν και να δημιουργήσουν μια επόμενη κατάσταση κρίσης.

Για τον Kaes (1979) η κρίση παρουσιάζεται σαν μια εσωτερική διαταραχή και σαν μια απορύθμιση των ρυθμιστικών διεργασιών του ατόμου. Έχει διφορούμενο χαρακτήρα λόγω του ότι στην κατάσταση αυτή συνυπάρχουν δυνάμεις καταστροφικές αλλά και δυνάμεις αναγεννησιακές. Η λύση της μπορεί να είναι διπλής κατεύθυνσης: α) επιτυχής αντιμετώπιση της κρίσης και η συνεπακόλουθη ωρίμανση και εξέλιξη των προσαρμοστικών του μηχανισμών και β) αδυναμία αντιμετώπισης της και διαταραχή

της λειτουργικότητας και της προσαρμοστικότητας του ατόμου, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της ασθένειας ή/και στο θάνατο (Damigos, 1984, 1986) (σχήμα Ι5). Ο τρόπος που θα λυθεί τελικά η κατάσταση ανισορροπίας είναι κάτι που απλώς μπορούμε να πιθανολογήσουμε και η λύση αυτή θα εξαρτηθεί από πλήθος γενετικών, βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων που αλληλεπιδρούν μέσω πολύπλοκων και αθέατων διαδικασιών. Ένα σύστημα, όπως το άτομο, για να αποφύγει την αποδιοργάνωση και να συνεχίσει την εξέλιξη του θα πρέπει να είναι ικανό: α) να ανανεώνει την ενέργεια που είναι απαραίτητη για την οργάνωση του αντλώντας την από το περιβάλλον του, β) να αναπτύσσεται σε μεγαλύτερο ποσοστό από ότι μειώνεται, γ) να αυτό-οργανώνεται και να αυτό-αμύνεται, και δ) να εμπεριέχει και να χρησιμοποιεί τους ανταγωνισμούς που προέρχονται από το εσωτερικό του με οργανωτικό τρόπο (Morin, 1976).



Σχήμα Ι5: Διπλής κατεύθυνσης αντίδραση του ατόμου σε κατάσταση κρίσης (Damigos, 1984, 1986).

γ) Συστημικό μοντέλο και καρκίνος

Η ερευνητική δραστηριότητα που έχει αφιερωθεί στη μελέτη του καρκίνου είναι ογκώδης και πολλές εξειδικευμένες προσπάθειες έχουν γίνει ως σήμερα προκειμένου να γίνει κατανοητός ο τρόπος που διαταράσσεται ο έλεγχος της ανάπτυξης των

κυττάρων. Εκατοντάδες μελέτες έχουν εκπονηθεί προκειμένου να περιγράψουν με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια τη επίδραση διαφόρων καρκινογόνων ουσιών ή τη δράση συγκεκριμένων χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Ωστόσο, είναι φανερή η έλλειψη μιας ολοκληρωμένης θεωρίας για την καρκινογένεση και η βιβλιογραφική αναζήτηση στις θεωρίες του καρκίνου αποκαλύπτει μόνο λίγα άρθρα αφιερωμένα σε αυτό το θέμα (Jansson, 1990). Αν όμως θεωρήσουμε ότι ο καρκίνος, οπως και άλλες ασθένειες, χαρακτηρίζεται από διαταραχές σε γενικούς και συγκεκριμένους τρόπους μεταφοράς του γενετικού υλικού (signal-transduction pathways), η θεωρία πολύπλοκων προσαρμοστικών συστημάτων μπορεί να παράσχει τα εργαλεία με τα οποία μπορούν αυτές οι διαταραχές να διερευνηθούν και να γίνουν κατανοητές (Schwab & Pienta, 1997).

Έχοντας μια εξαιρετικά πολύπλοκη δομή, το ανθρώπινο σώμα μπορεί να θεωρείται ως ένα σύνολο από αλληλο-συσχετιζόμενα μη-γραμμικά δυναμικά συστήματα, τα οποία είναι εξ' ορισμού πολύπλοκα αφού συνεχώς επηρεάζονται στην λειτουργία τους από πολυάριθμους παράγοντες. Στο πεδίο της ιατρικής επιστήμης η έννοια της πολυπλοκότητας αναφέρεται είτε στο διαγνωστικό είτε στο θεραπευτικό επίπεδο, είτε τέλος στο επίπεδο της πρόγνωσης του θεραπευτικού αποτελέσματος. Στο επίπεδο της κλινικής πρακτικής π.χ. ο γιατρός γνωρίζει πόσο αβέβαιες μπορεί να είναι οι εκτιμήσεις του σε όλα τα στάδια της θεραπείας όπως τη συλλογή των στοιχείων του ιστορικού, την τεκμηρίωση της εγκυρότητας της διάγνωσης, την επιλογή της καλύτερης δυνατής θεραπείας, την πρόγνωση της πορείας της νόσου κ.ά. (Guarini & Onofri, 1993). Αν συνυπολογίσουμε και την αναγκαστική επίδραση των στοιχείων του ίδιου του γιατρού (π.χ. ευφυΐα, προσωπικότητα) στην τελική του εκτίμηση, οι παράγοντες που εμπλέκονται στην καθημερινή κλινική πραγματικότητα είναι πέρα από κάθε δυνατό έλεγχο ή περιγραφή.

Αρκετοί ερευνητές, μεταξύ άλλων ο George Engel, έχουν επιχειρηματολογήσει υπέρ της ανάγκης προσέγγισης της, οποιουδήποτε τύπου, ασθένειας μέσα από μια ματιά που θα συμπεριλαμβάνει τόσο τις γενετικές-βιολογικές, όσο και τις ψυχολογικές κοινωνικές παραμέτρους του ατόμου που νοσεί. Εξ άλλου, τίποτε δεν μπορεί να γίνει κατανοητό έξω από ένα πλαίσιο όπου εντάσσεται (Fodor & Lepore, 1992). Ο οργανισμός σαν βιο-ψυχο-κοινωνικό σύστημα ενεργεί με όρους επιλογής, άρνησης και μείωσης της πολυπλοκότητας των εμπειριών που βιώνει και των επιδράσεων που δέχεται, ενώ παράλληλα τα αναδιοργανώνει με τρόπο που να έχουν γι' αυτόν νόημα (Schwartz & Wiggins, 1986. Taylor, 1993).

Οι επιπτώσεις των ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων στην γένεση της ασθένειας έχουν αναγνωριστεί από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα και σύγχρονοι μελετητές έχουν επιχειρήσει να ρίξουν περισσότερο φως στη σχέση νου-σώματος στη διαδικασία της ασθένειας. Πρόσφατα ο Rutter (1986) παρουσίασε τις απόψεις του Adolf Meyer για την ψυχοβιολογική προσέγγιση της ιστορίας ζωής στην ψυχιατρική παθογένεια και τις επιπτώσεις της στην σύγχρονη ψυχιατρική θεωρία και πρακτική. Αντίστοιχα, προκειμένου να μελετήσει γυναίκες με καρκίνο στήθους, ο Jasmin (1990) χρησιμοποίησε τις θεωρητικές θέσεις του Marty της Ψυχοσωματικής Σχολής του Παρισιού [4], ενώ τέλος ο Laajus (1984) μελέτησε την διαδικασία του πένθους και τις επιπτώσεις του πένθους που δεν έχει ολοκληρωθεί.

Η προσπάθεια να συσχετιστούν οι ψυχολογικοί παράγοντες με τον καρκίνο βρίσκει ανέκαθεν πολλές δυσκολίες και περιορίζεται σε μελέτες ατόμων που συμμετέχουν σε μια ψυχοθεραπευτική διαδικασία π.χ. ψυχαναλυτική θεραπεία ασθενών με καρκίνο (Calogeras & Berti, 1991), μελέτες σχετικά με το ρόλο της στάσης των ασθε-

---

[4] Ο Marty ανέπτυξε μια θεωρία βασιζόμενος στην μορφοποίηση με ψυχαναλυτικούς όρους μιας βασικής δομής της προσωπικότητας που χαρακτηρίζει το κάθε άτομο από τα πρώτα χρόνια της ζωής. Αυτή η δομή μπορεί να οριστεί σαν η μόνιμη σταθερή κατάσταση των ψυχολογικών αμυνών απέναντι στο ψυχολογικό τραύμα. Η κατάσταση του κάθε ατόμου προσδιορίζεται από την αποτελεσματικότητα και τη συνέχεια μιας προσυνειδητής λειτουργίας η οποία αποτελεί τον βασικό μηχανισμό της ψυχολογικής οργάνωσης. Σύμφωνα με τη θεωρία του Marty, η ικανότητα να καταπραύνεται το σοβαρό ψυχολογικό τραύμα προσδιορίζεται από α) τον αριθμό και την πυκνότητα των ψυχολογικών στιβάδων που συνθέτουν τα επίκτητα αντιπροσωπευτικά συστήματα του άτομου, ειδικά κατά τη διάρκεια της πρώιμης ανάπτυξης, β) την ρευστότητα των διασυνδέσεων μεταξύ αυτών των συστημάτων, και γ) την μονιμότητα της διασυνδετικής λειτουργίας.
Η κατάταξη του Marty δεν αναγνωρίζει την ύπαρξη μιας «φυσιολογικής» ψυχολογικής λειτουργίας, αλλά μόνο μιας ψυχωσικής ή νευρωσικής δομής. Η ψύχωση αναφέρεται σε ψυχικές διαταραχές στις οποίες η προσωπικότητα είναι πολύ σοβαρά διαταραγμένη. Η νεύρωση είναι πιο δύσκολο να οριστεί. Θεωρείται σαν μια λειτουργική διαταραχή του νευρικού συστήματος με απουσία εμφανούς οργανικής ή δομικής βλάβης, ή αλλαγής. Προκαλεί μόνο μερική αποδιοργάνωση της προσωπικότητας.
Σύμφωνα με την κατάταξη του Marty, η νεύρωση είναι ο γενικός όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει όλους τους τύπος της μη-ψυχωσικής οργάνωσης. Υπάρχουν κυρίως δύο τύποι: α) της καλά-οργανωμένης νεύρωσης, που αποδίδεται σε ασθενείς με μόνιμη καλά-οργανωμένη ψυχολογική λειτουργία, η οποία επιτρέπει επιτυχή προσαρμογή σε όλους τους τύπους του ψυχολογικού τραύματος, και β) μη-οργανωμένη νεύρωση, στην οποία ο ασθενής δεν έχει την ψυχολογική δομή να αντιμετωπίσει το σοβαρό ψυχοκαταπόνηση όπως είναι η απώλεια κάποιου σημαντικού προσώπου. Ένα από τα πιο σημαντικά τραύματα είναι το άλυτο πένθος, το οποίο μπορεί να οριστεί σαν μια ψυχολογική διαταραχή που μπορεί να οδηγήσει, για παράδειγμα, σε οξεία, ήπια ή λανθάνουσα κατάθλιψη, η τελευταία που χαρακτηρίζεται από την απουσία νευρωσικών ή ψυχωσικών συμπτωμάτων. Μπορεί ακόμη να οδηγήσει σε

νών απέναντι στη νόσο τους (Friedman, 1992), ή στην διερεύνηση των αιτιών για το φαινόμενο των καθυστερήσεων στην αναζήτηση της διάγνωσης και φροντίδας σε άτομα που υποψιάζονται την ύπαρξη της νόσου (Zervas, 1993). Μεγάλο μέρος επίσης της ερευνητικής δραστηριότητας εστίασε στη μελέτη της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών και των ψυχολογικών συνεπειών από τις παρενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

Θεωρώντας, ωστόσο, τον καρκινοπαθή μέσα από μια βιο-ψυχο-κοινωνική ματιά και εφαρμόζοντας τις αρχές της κυβερνητικής και της θεωρίας συστημάτων στην προσέγγιση του καρκίνου, τόσο η ασθένεια όσο και οι ψυχολογικές διαταραχές ή τα συμπτώματα που την συνεπικουρούν μπορούν να ειδωθούν όχι ως «προβληματικές καταστάσεις» αλλά σαν καταστάσεις ισορροπίας, που το άτομο τις έχει, τουλάχιστον για ορισμένο χρονικό διάστημα, ανάγκη και τις χρησιμοποιεί ως άμυνα απέναντι στην ανεπιτυχή προσαρμογή στο εσωτερικό ή εξωτερικό του περιβάλλον. Η θεώρηση αυτή ενδέχεται να εμπλουτίσει τον τρόπο που προσεγγίζουμε τον ασθενή με καρκίνο και να βοηθήσει καλύτερα στην ερμηνεία και κατανόηση των συμπτωμάτων του, χωρίς ταυτόχρονα να θεωρούνται αμελητέα τα νέα θεωρητικά προβλήματα που δημιουργεί. Επίσης, η θεώρηση αυτή μπορεί να μας βοηθήσει να ξανασυζητήσουμε τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών και να σχεδιάσουμε με μεγαλύτερη προσοχή τις μελλοντικές μας έρευνες. Αλλά περισσότερο από όλα, μας βοηθά να ορίσουμε εκ νέου την ασθένεια και την υγεία ως δυναμικές διαδικασίες προσαρμογής και όχι ως τυχαία προκαλούμενες, στατικές και πλήρως οριζόμενες καταστάσεις. Όπως το θέτει ο R. Dubos «η υγεία δεν είναι μια κατάσταση ύπαρξης...είναι μια διαδικασία συνεχούς προσαρμογής στις μεταβαλλόμενες απαιτήσεις της ζωής και των μεταβαλλόμενων ερμηνειών που της δίνουμε».

Σύμφωνα με τα παραπάνω μπορούμε να προβούμε στις ακόλουθες παρατηρήσεις:

- Σαν καταλληλότερη θεωρητική κατασκευή για την εφαρμογή της στα ζητήματα υγείας-ασθένειας αναγνωρίστηκε η θεωρία συστημάτων (system theory) για δύο κυρίως λόγους:

  α) είναι μια θεωρία που πραγματεύεται τους τρόπους που λειτουργούν διάφορα είδη συστημάτων (βιολογικά, μηχανικά κ.ά.). Για το λόγο αυτό είναι δυνατό να παράσχει έναν κοινό τρόπο προσέγγισης των προβλημάτων που οι ποικίλοι επα-

διάχυτο άγχος το οποίο δεν σχετίζεται με κάποια εμφανή αιτία και αντανακλά την ελλιπή οργάνωση των ψυχολογικών αμυνών (Jasmin, 1990).

στημονικοί χώροι αντιμετωπίζουν, ένα κοινό «κώδικα» μέσα από τον οποίο οι χώροι αυτοί θα μπορούσαν να επικοινωνήσουν.

β) η συστημική θεωρία όταν εφαρμόζεται σε ένα αντικείμενο μελέτης συμπεριλαμβάνει και τον αναλυτικό και τον συνθετικό τρόπο σκέψης. Με άλλα λόγια, δεν αναλύει μόνο το αντικείμενο της στα συστατικά που το συνθέτουν, αλλά επιχειρεί και την ανασύνθεση του με σκοπό να το μελετήσει ως «όλον», ως «σύστημα», ή ακόμη και ως «υποσύστημα» ενός μεγαλυτέρου συστήματος.

- Μέσα από αυτή τη θεωρία, η έννοια της ασθένειας γίνεται κατανοητή ως μια κατάσταση κρίσης του συστήματος «άτομο», μια κρίση που απαιτεί αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας του συστήματος και προσαρμογή του στις νέες συνθήκες που το περιβάλλουν. Η κρίση μπορεί να παρουσιαστεί είτε ως εσωτερική διαταραχή των λειτουργιών του οργανισμού (οργανική ασθένεια), είτε ως διαταραχή της συμπεριφοράς του ατόμου (ψυχολογική ή ψυχιατρική διαταραχή). Σε κάθε περίπτωση εκφράζεται με την απορύθμιση των ρυθμιστικών διεργασιών του συστήματος και εμφανίζεται με έναν διφορούμενο χαρακτήρα, αφού στην κατάσταση αυτή συνυπάρχουν δυνάμεις καταστροφικές αλλά και δυνάμεις αναγεννησιακές (Kaes, 1979). Η λύση της μπορεί να είναι διπλής κατεύθυνσης: α) επιτυχής αντιμετώπιση της κρίσης και η συνεπακόλουθη ωρίμανση και εξέλιξη των προσαρμοστικών του μηχανισμών και β) αδυναμία αντιμετώπισης της και διαταραχή της λειτουργικότητας και της προσαρμοστικότητας του ατόμου, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της ασθένειας ή/και στο θάνατο (Damigos, 1984, 1986). Ο τρόπος που θα λυθεί –ή που θα «κριθεί» (Damigos, 1986)- τελικά η κατάσταση ανισορροπίας είναι κάτι που απλώς μπορούμε να πιθανολογήσουμε και η λύση αυτή θα εξαρτηθεί από πλήθος γενετικών, βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων που αλληλεπιδρούν μέσω πολύπλοκων και αθέατων διαδικασιών.
- Επαναθέτοντας το πρόβλημα της επίδρασης των γεγονότων ζωής και των ψυχολογικών παραγόντων στην έναρξη και/ή την εξέλιξη του καρκίνου, υπό το πρίσμα της συστημικής θεώρησης, οφείλουμε να λάβουμε υπόψη μας πλήθος παραμέτρων που πιθανόν να συνεισφέρουν στην κλινική εκδήλωση της νόσου, οι κυριότερες εκ των οποίων είναι: γενετική προδιάθεση-ιδιοσυγκρασία, γενικότερη κατάσταση της υγείας, περιβαλλοντικοί-βιολογικοί παράγοντες, κάπνισμα, διατροφικές συνήθειες, προσωπικότητα, γεγονότα ζωής, εξελικτική φάση ζωής (π.χ. εφηβεία), κοινωνική

υποστήριξη, προηγούμενη εμπειρία στην διαχείριση καταστάσεων κρίσης κ.ά. Το ίδιο ισχύει και για την πορεία της ασθένειας (προσαρμογή του οργανισμού και συμμόρφωση του ασθενούς στην θεραπεία, τρόπος παρέμβασης του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού και του οικογενειακού περιβάλλοντος, λογική και συναισθηματική επεξεργασία της ασθένειας από τον ασθενή και τους συγγενείς του κ.ά.). Η συνολική εικόνα που μας δίνει ένας ογκολογικός ασθενής προκύπτει από το σύνολο της επενέργειας και της αλληλεπίδρασης των παραπάνω παραγόντων. Για το λόγο αυτό, η σύγχρονη επιστημονική σκέψη οφείλει να εστιάζει στη συνισταμένη επίδραση των ποικίλων βιο-ψυχο-κοινωνικών παραγόντων, αναλύοντας αρχικά τη σημασία που ο κάθε παράγοντας έχει στη δημιουργία μιας καθορισμένης κλινικής κατάστασης και κατανοώντας σε δεύτερο χρόνο την αμοιβαία συνεισφορά όλων των παραμέτρων στη διατήρηση της παθολογικής αυτής ισορροπίας.

- Τα αίτια του καρκίνου μπορεί να είναι πολλά και με ταυτόχρονη δράση. Από την δράση των ογκογονιδίων και τις τοξικές ουσίες του περιβάλλοντος, την βλαπτική επίδραση της υπεριώδους ακτινοβολίας του ηλίου, τις διατροφικές συνήθειες και το κάπνισμα, μέχρι το άλυτο πένθος ή την επίδραση ενός ψυχοτραυματικού γεγονότος. Μια σχηματική ιεραρχική διάταξη των συστημάτων που εμπλέκονται στην έναρξη και εξέλιξη μιας νεοπλασίας μπορεί να είναι η εξής: γονίδιο - κύτταρο - ιστός - όργανο - σύστημα οργάνων - οργανισμός - οικογένεια - κοινωνία - οικολογικό σύστημα κ.ο.κ. Αυτή η πολυπαραγοντική διάσταση του καρκίνου υποχρεώνει τους λειτουργούς της υγείας, αν επιθυμούν να παρέμβουν στη κατάσταση του ασθενούς τους, να διαγνώσουν με τη καλύτερη δυνατή ακρίβεια τα επίπεδα στα οποία βλάπτεται ο ασθενής και να δράσουν επί αυτών.
- Δεδομένης της τάσης για διεπιστημονική προσέγγιση των σύγχρονων προβλημάτων, η προσπάθεια κατανόησης μιας ασθένειας όπως ο καρκίνος θα μπορούσε να συμπεριλάβει παρατηρήσεις από ανεξάρτητους κλάδους και ερευνητές και να τις ενοποιήσει με σκοπό την εμφάνιση μιας νέας οπτικής επί των διεργασιών εκδήλωσης και ανάπτυξης του.

Στο χώρο των νευροεπιστημών π.χ. ο Edelman (1996) κάνει δύο πολύ ενδιαφέρουσες διαπιστώσεις:

α) υπάρχουν δυσκολίες στη διαφοροποίηση των νευρολογικών και των ψυχιατρικών διαταραχών. Ωστόσο, ένα ασφαλές κριτήριο κατηγοριοποίησης τους είναι ότι στις πρώτες το πρόβλημα εντοπίζεται στη λειτουργία συγκεκριμένων περιοχών

του νευρικού συστήματος (π.χ. των βασικών γαγγλίων στη νόσο του Parkinson), ενώ στις δεύτερες το πρόβλημα αφορά όχι τις ίδιες τις εγκεφαλικές δομές, αλλά τις διασυνδέσεις και την αλληλεπίδραση τους.

β) το ανοσοποιητικό σύστημα είναι αυτό που διακρίνει το τί ανήκει στον οργανισμό και τί όχι και επιτίθεται σε οτιδήποτε θεωρηθεί ως «εχθρός». Με άλλα λόγια διακρίνει τον Εαυτό από τον μη-Εαυτό και αναλαμβάνει να καταστρέψει ότι ανήκει στον μη-Εαυτό.

Παράλληλα, στον τομέα της ψυχιατρικής ο Hochmann (1995) αντιπαρέβαλε τη λειτουργία του προσυνειδητού [5] ενός φυσιολογικού με τη λειτουργία του προσυνειδητού ενός ψυχωσικού ατόμου και επεσήμανε πως εκεί όπου το «φυσιολογικό προσυνειδητό» συνδέει τα πράγματα και τις νοητικές παραστάσεις μεταξύ τους, το «ψυχωσικό προσυνειδητό» προκαλεί ρήξη στις σχέσεις και επιτίθεται στα στοιχεία της σύνδεσης που υπάρχουν στο ίδιο και στους άλλους.

Στην ογκολογία ο Παυλίδης (1983) αφού παραθέτει στοιχεία σύνδεσης και συνεργασίας του νευρικού, του ενδοκρινικού και του ανοσοποιητικού συστήματος, καταλήγει στην ύπαρξη ενός νευρο-ενδοκρινο-ανοσολογικού άξονα, ο οποίος προκύπτει από τη συνέργια γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων και χαρακτηρίζει την ιδιοσυγκρασία ενός ατόμου. Ο νευρο-ενδοκρινο-ανοσολογικός αυτός άξονας είναι δυνατόν να καταρρεύσει κάτω από την επίδραση διαφόρων ενδογενών ή εξωγενών παραγόντων, έχοντας ως αποτέλεσμα την εμφάνιση μιας ανοσολογικής ασθένειας.

Στο πεδίο της ψυχοσωματικής ο Gyr (1993) κάνει αναφορά στη Λακανική θεωρία, σύμφωνα με την οποία στη ψυχοσωματική νόσο το πάσχον όργανο αντιπροσωπεύει την προβολή μιας κοινωνικής σχέσης και των ηδονών/συγκρούσεων που αυτή συνεπάγεται μέσα στο σώμα του υποκειμένου. Ο καρκίνος για τον Gyr συνδέεται με ταυτίσεις και πολύπλοκες ψυχολογικές διεργασίες.

Στο πεδίο της ψυχοκοινωνικής ογκολογίας, ο Damigos (1986) θεωρεί πως η επίδραση ενός ψυχοπιεστικού γεγονός μπορεί να γίνει αφορμή είτε για την αποδιοργάνωση είτε για την ωρίμανση ενός ατόμου, ανάλογα με την ικανότητα του ή

[5] Στα πλαίσια της δεύτερης φροϋδικής τοπικής, ο όρος προσυνειδητό χρησιμοποιείται κυρίως σαν επίθετο, για να χαρακτηρίσει ό,τι διαφεύγει από την ενεστώσα συνείδηση, χωρίς να είναι ασυνείδητο με την αυστηρή έννοια του όρου (Laplanche & Pontalis, 1986).

μη να επεξεργασθεί με ψυχολογικούς όρους την κρίση που καλείται να αντιμετωπίσει.

Αν θεωρήσουμε, κατά αναλογία της ψύχωσης, ότι ο καρκίνος είναι μια διαταραχή όχι των προσβεβλημένων κυττάρων αλλά των διασυνδέσεων και των αλληλεπιδράσεων ενός συνόλου συστημάτων του σώματος, τότε προκύπτει μια πολύ ενδιαφέρουσα εικόνα: λόγω διαφόρων ασυνείδητων ψυχολογικών ταυτίσεων και διεργασιών, ένα όργανο του σώματος ταυτοποιείται με κάποιο πρόσωπο, οπότε και ψυχολογικά δεν ανήκει στο σώμα του υποκειμένου. Αντί αυτού δέχεται συνεχή ψυχολογική φόρτιση και επενδύεται με αρνητικά συναισθήματα. Με την πάροδο του χρόνου, το ανοσοποιητικό σύστημα, ως μέρος του νευρο-ενδοκρινο-ανοσολογικού άξονα, δεν αναγνωρίζει το συγκεκριμένο όργανο ως μέρος του σώματος και επομένως παύει να το προστατεύει. Η συνέχιση αυτής της κατάστασης, αν τίποτα δεν αλλάξει και λόγω της ευαλωτότητας του συγκεκριμένου οργάνου στην επίδραση διαφόρων καρκινογόνων (π.χ. ουσιών, ακτινοβολιών κ.ά.), μπορεί να διευκολύνει την εκδήλωση και την εξέλιξη μιας κακοήθους νεοπλασίας.

- Στην αντιμετώπιση ενός καρκινοπαθή είναι προσδόκιμη και αναγκαία η δημιουργία ενός θεραπευτικού πλαισίου, όπου θα δοθεί έμφαση στην προσπάθεια ενεργοποίησης των εσωτερικών δυνάμεων του ίδιου του ασθενή (Damigos, 1986), η φροντίδα θα απευθύνεται στις σωματικές, ψυχολογικές και υπαρξιακές - πνευματικές του ανάγκες (Κυριαζής, 1997) και θα δοθεί στον ασθενή η ευκαιρία να εκφράσει και να εξελίξει την βαθύτερη φύση και τον «αληθή» του εαυτό, όπως πολύ γλαφυρά έχει περιγράφει από τον διάσημο ψυχαναλυτή Ντ. Βίννικοτ. Με ψυχολογικούς όρους ο γιατρός θα πρέπει να αντέξει την ψυχολογική παλινδρόμηση του ασθενούς του και να συνοδοιπορήσει μαζί του ως συνοδός.
- Η ενεργή ή όχι ανάμιξη του ασθενούς στην διαχείριση της πορείας της νόσου του είναι όπως φαίνεται μείζονος σημασίας. Οι αντιδράσεις των ασθενών απέναντι είτε στην πιθανή διάγνωση, είτε στο γεγονός της ύπαρξης της ασθένειας είναι πολύ διαφορετικές και ποικίλουν από άτομο σε άτομο. Ορισμένοι ασθενείς π.χ. καθυστερούν υπερβολικά να υποστούν κάποια διαγνωστική διαδικασία, παρά του ότι γνωρίζουν πως το προσδόκιμο επιβίωσης μιας πρώιμης διάγνωσης είναι κατά πολύ μεγαλύτερο και μειώνεται δραματικά με την πάροδο του χρόνου. Επίσης, έχει τεκμηριωθεί και ερευνητικά, πως οι καρκινοπαθείς που εκφράζονται δυναμικά και με εκρήξεις θυμού απέναντι στην κατάσταση της ασθένειας τους έχουν καλύτερη ε-

ξέλιξη από τους ασθενείς που παραιτούνται από κάθε προσπάθεια (Derogatis et al, 1977).

- Όπως στην ψυχοθεραπεία ατόμων με νευρωσικά ή ψυχωσικά συμπτώματα έτσι και στην ψυχολογική παρέμβαση σε καρκινοπαθείς θα απαιτηθεί μια ιδιαίτερης μορφής σχέση και ορισμένο χρονικό διάστημα που θα επιτρέψουν την πιθανή εμφάνιση ενός ή περισσοτέρων καταλυτικών γεγονότων, γεγονότα που θα ανοίξουν νέους δρόμους επικοινωνίας και θα σηματοδοτήσουν αλλαγές στη σχέση των ασθενών με την ασθένεια και τους τρόπους που ορίζουν ή θέλουν την ύπαρξη και τη ζωή τους.
- Στις μελέτες για την ψυχολογική διάσταση του καρκίνου πολλά έχουν ειπωθεί, χωρίς έως σήμερα να υπάρχει μια κοινά αποδεκτή θεωρία. Ωστόσο, το γεγονός αυτό δεν είναι από μόνο του αρνητικό. Η συστημική προσέγγιση και η κυβερνητική τόνισαν ιδιαίτερα την προσωπική εμπλοκή και την υποκειμενική ματιά του κοινωνικού επιστήμονα στην ερευνητική του δραστηριότητα. Όπως μας διδάσκει η κυβερνητική, αφού ο επιστήμονας ορίζει τα συστήματα που θέλει να μελετήσει, το επίπεδο της πολυπλοκότητας που θα εστιάσει εξαρτάται από τον ίδιο. Όπως έχει ειπωθεί «η πολυπλοκότητα όπως και η ομορφιά εξαρτάται από αυτόν που τη βλέπει...». Για το λόγο αυτό, κρίνεται ως αναγκαία συνθήκη η μελέτη ενός φαινομένου να διενεργείται από πολλούς ερευνητές, ώστε να απομονώνεται, όσο αυτό είναι δυνατόν, η επίδραση της υποκειμενικής ματιάς του επιστήμονα. Όπως είναι φυσικό, το ίδιο θα πρέπει να ισχύσει και στην διερεύνηση των ψυχολογικών παραμέτρων του καρκίνου. Άλλωστε, η σύγχρονη επιστήμη εστιάζει στους ασθενείς και όχι στις ασθένειες και συνεπώς οποιαδήποτε θεωρία για τους μηχανισμούς εκδήλωσης και εξέλιξης μιας ασθένειας έχει περιορισμένη αξία στην εφαρμογή της σε διαφορετικούς ασθενείς.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Από τη δεκαετία του '50 πλήθος ερευνών έχει επιχειρήσει να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ των ψυχοπιεστικών γεγονότων και του καρκίνου (LeShan 1956, 1959: Kissen 1962, 1963, 1967, 1968: Bahnson & Bahnson 1964a, 1964b, 1966: Hagnell 1966) καθώς και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των καρκινοπαθών (Abse, 1974: Brown, 1974: Greer & Morris, 1975: Turns & Newby, 1979: Baltrusch, 1991: Faragher & Cooper, 1997). Από τις αρχές του '70 έως σήμερα έχει βρεθεί πως η επίδραση των ψυχοπιεστικών παραγόντων σχετίζεται με πλείστες άλλες παραμέτρους - την ύπαρξη ή όχι ενός υποστηρικτικού κοινωνικού συστήματος (Caplan, 1974: Cassel, 1974), την ιδιοσυγκρασία (Betz & Thomas, 1979), την ικανότητα του ατόμου να περιγράφει τα συναισθήματα του (Sifneos, 1986) κ.ά. Ωστόσο, ο μικρός αριθμός των εξεταζομένων ασθενών, η χρήση της συνέντευξης ως μεθόδου συλλογής πληροφοριών, οι ελλιπείς στατιστικοί χειρισμοί, οι υπεραπλουστεύσεις και οι γενικεύσεις ήταν μερικά από τα προβλήματα που χαρακτήρισαν ως αναξιόπιστα τα συμπεράσματα των συγκεκριμένων ερευνών (Fox, 1978). Σήμερα, παρά τα προβλήματα που συνδέονται με τις παραπάνω μελέτες και την δυσκολία απόδειξης μιας απτής σχέσης μεταξύ της ψυχοκαταπόνησης (stress) και του καρκίνου (Bryla, 1996. Cooper και Faragher, 1993. Geyer, 1993), παραμένει η πεποίθηση των ερευνητών πως η νόσος συνδέεται με τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής και τους ψυχολογικούς παράγοντες με ποικίλους τρόπους.

Η διερεύνηση των ψυχολογικών παραμέτρων σε μια νόσο με τόσες εκδηλώσεις και κλινικές εικόνες όπως ο καρκίνος, θα απαιτούσε τη μελέτη πολυπληθών ομάδων υγιών ατόμων για δεκαετίες. Με αυτό τον τρόπο θα ήταν δυνατό να καταγραφεί καλύτερα το ποια άτομα και γιατί εμφανίζουν τη νόσο, να παρακολουθηθεί στενά η αλληλεπίδραση των προαναφερθέντων βιο-ψυχο-κοινωνικών παραγόντων και να τεκμηριωθεί με πιο πειστικό τρόπο η σχέση των ψυχολογικών παραμέτρων με την έναρξη ή την εξέλιξη μιας νεοπλασίας. Λόγω, όμως, των ποικίλων πρακτικών προβλημάτων που συχνά εμφανίζουν τέτοιου είδους έρευνες, το μεγαλύτερο ποσοστό των επιστημονικών μελετών που ασχολήθηκαν με τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των καρκινοπαθών βασίζονται σε αναδρομικές πληροφορίες. Έτσι, δεν μπορούν να αποφύγουν δύο κύρια μεθοδολογικά προβλήματα-ερωτήματα:

α) αποτελούν οι ψυχολογικές εκδηλώσεις των ασθενών μόνιμα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τους ή είναι απλώς αντιδράσεις στο γεγονός της ασθένειας τους;
β) με ποιο τρόπο ασθενείς άλλων οργανικών διαταραχών (π.χ. σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο της καρδιάς) διαφοροποιούνται σε σχέση με τους καρκινοπαθείς ως προς την επίδραση των ψυχοπιεστικών παραγόντων, τους τρόπους διαχείρισης τους και την εκδήλωση συμπτωμάτων ψυχολογικής δυσλειτουργίας;

Η παρούσα εργασία, η οποία είναι μέρος μιας ευρύτερης ερευνητικής προσπάθειας της Μονάδας Ψυχο-ογκολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, έχει ως στόχους:
α) τη σύγκριση των καρκινοπαθών με ασθενείς άλλων διαταραχών ως προς τον αριθμό και τον αντίκτυπο των ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής που έχουν βιώσει, καθώς και τις ψυχολογικές τους εκδηλώσεις στην ψυχοκαταπόνηση που υπόκεινται.
β) την σύνθεση των διαφορών αυτών σε ένα σύνολο χαρακτηριστικών το οποίο θα «διαφοροδιαγιγνώσκει» τους ασθενείς με καρκίνο από τα άτομα άλλων οργανικών παθήσεων με τεκμηριωμένη ψυχολογική επιβάρυνση.

Ως καταλληλότερες ομάδες σύγκρισης θεωρήθηκαν ασθενείς με καρκίνο εντέρου και ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Βιβλιογραφικά οι δύο ομάδες έχουν κοινά στοιχεία στις διατροφικές τους συνήθειες (υψηλή κατανάλωση λιπαρών) και σε κάποιες περιπτώσεις οι δυο ασθένειες συνυπάρχουν (Trichopoulou et al, 1992: Neugut et al, 1995: Chyou et al, 1996). Επίσης, ασθενείς με στεφανιαία νόσο έχουν μελετηθεί στο παρελθόν για τα ψυχολογικά τους χαρακτηριστικά (Review Panel on Coronary-Prone Behavior and Coronary Heart Disease, 1982: Eysenck, 1985: Ivancevich & Matteson, 1988) και επιπλέον η παθολογία τους είναι εξίσου απειλητική για τη ζωή τους με αυτήν των καρκινοπαθών. Ως ομάδα ελέγχου επιλέχθηκαν υγιή άτομα που εκδηλώνουν συμπτώματα σωματοποίησης με εκδηλώσεις ανάλογες των ασθενών που πάσχουν από στεφανιαία νόσο. Άτομα με την συγκεκριμένη συμπτωματολογία έχουν επίσης μελετηθεί στο παρελθόν για τα ψυχολογικά τους χαρακτηριστικά (Barsky et al, 1994: Gureje et al, 1997: Alexander et al, 1994) και επιπλέον έως τη στιγμή της διάγνωσης τους βιώνουν την ίδια εμπειρία νοσηλείας (στεφανιογραφία) με αυτήν των καρδιολογικών ασθενών.

Η εκτίμηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών αφορούσε τις εκδηλώσεις άγχους, κατάθλιψης και αλεξιθυμίας των εξεταζόμενων ατόμων. Τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης αποτελούν σαφείς ενδείξεις της δυσκολίας ενός ατόμου να επεξεργαστεί με ψυχολογικούς όρους ποικίλες ψυχοπιεστικές καταστάσεις που αφορούν την εξωτε-

ρική και την εσωτερική του πραγματικότητα (π.χ. γεγονότα ζωής, φαντασιωσικά άγχη κ.ά) (Damigos, 1986). Ιδιαίτερα η αλεξιθυμία έχει συχνά συνδεθεί με την εκδήλωση ψυχοσωματικών νόσων (Lumley, 1996: Fukunishi, 1997), καρκίνου (Todarello, 1989, 1994, 1997), χρήση ανώριμων αμυνών του Εγώ (Wise, 1991) και ανεπαρκή συναισθηματική λειτουργία (Taylor, 1993).

Υποθέσαμε πως και οι τρεις ομάδες ασθενών θα αναφέρουν ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής, συναισθηματικό αντίκτυπο στο γεγονός της ασθένειας-νοσηλείας τους και πιθανότατα θα παρουσιάζουν συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και αλεξιθυμίας. Οι διαφορές τους, ωστόσο, θα εντοπίζονται όχι στην ύπαρξη αλλά στους τρόπους αλληλεπιδράσεων των ψυχολογικών αυτών παραμέτρων.

Μέθοδος

Δείγμα

Η πρώτη ομάδα ασθενών αποτελείται από τους πρώτους κατά σειρά 58 ασθενείς (Μ.Ο. ηλικίας: 59,8 έτη, εύρος 40 - 72) με διάγνωση καρκίνου παχέος εντέρου (ανεξαρτήτως σταδίου της νόσου), οι οποίοι παρουσιάστηκαν στο ογκολογικό τμήμα του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων από το Σεπτέμβριο του 1996 έως το Μάρτιο του 1997 και δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα μας (2 ασθενείς δήλωσαν άρνηση). Αφού συμπληρώθηκε η παραπάνω ομάδα, ξεκίνησε η επιλογή των ασθενών με στεφανιαία νόσο, η οποία αποτελείται από τους πρώτους 58 ασθενείς αντίστοιχης ηλικίας και φύλου με τους ασθενείς της πρώτης ομάδας (Μ.Ο. ηλικίας: 60,5 έτη, εύρος 41 - 73) που εισήχθησαν στο ίδιο Νοσοκομείο με διαγνωσμένη στεφανιαία νόσο (ανεξαρτήτως επεισοδίου) από το Μάρτιο του 1997 έως το Σεπτέμβριο του 1997 και δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα μας (4 ασθενείς δήλωσαν άρνηση). Τέλος, η τρίτη ομάδα αποτελείται από πρώτα 58 άτομα αντίστοιχης ηλικίας και φύλου με τους ασθενείς της πρώτης ομάδας (Μ.Ο. ηλικίας: 60,0 έτη, εύρος 40 - 72) που υπεβλήθησαν σε στεφανιογραφία στο ίδιο Νοσοκομείο από τον Ιούνιο του 1997 έως το Νοέμβριο του 1997 και δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα μας (3 άτομα δήλωσαν άρνηση). Οι τρεις ομάδες δεν διέφεραν ως προς τον τόπο καταγωγής και κατοικίας (διέμεναν μόνιμα στην Ήπειρο), καθώς και την οικογενειακή και επαγγελματική τους κατάσταση. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος περιγράφονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Ογκολογικοί ασθενείς		Καρδιολογικοί ασθενείς		Υγιή άτομα	
	N	%	N	%	N	%
Φύλο						
Άντρες	38	65,5%	38	65,5%	38	65,5%
Γυναίκες	20	34,5%	20	34,5%	20	34,5%
Οικογενειακή κατάσταση						
Έγγαμοι	51	88,0%	53	91,0%	54	93,1%
Άγαμοι	3	5,0%	1	2,0%	1	1,7%
Χήροι	4	7,0%	4	7,0%	3	5,1%
Επαγγελματική κατάσταση (πριν τη συνταξιοδότηση)						
Άνεργοι-Οικιακά	16	27,6%	12	21,0%	14	24,1%
Δημόσιοι Υπάλληλοι	8	13,8%	13	22,0%	7	12,1%
Ιδιωτικοί Υπάλληλοι	20	34,4%	18	31,0%	27	46,5%
Αγρότες	14	24,1%	15	26,0%	10	17,2%

Υλικό

α) "Events Questionnaire" (Amiel-Lebigre, 1983): διερευνά τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής που συνέβησαν τα 5 τελευταία χρόνια της ζωής του εξεταζόμενου και καλύπτει τους τομείς της συναισθηματικής ζωής, της εργασίας, της υγείας, του τρόπου ζωής, της οικονομικής κατάστασης και της στάσης στους κοινωνικούς κανόνες. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται μέσα από μια ημι-δομημένη συνέντευξη (διάρκειας 30΄- 45΄) όπου οι ερωτηθέντες ενθαρρύνονται να μιλήσουν για την ζωή τους με έμφαση στα ψυχοπιεστικά γεγονότα που βίωσαν τα 5 τελευταία χρόνια της ζωής τους. Στη συνέχεια, οι εξεταζόμενοι αξιολογούν το κάθε γεγονός, ανάλογα με την υποκειμενική αίσθηση του συναισθηματικού αντίκτυπου που αυτό είχε για τους ίδιους, σε μια κλίμακα από 0 "ελάχιστος" έως 100 "μέγιστος συναισθηματικός αντίκτυπος για κάθε γεγονός".

β)"Hamilton Anxiety Scale" (H.A.S.) (Hamilton, 1969): αξιολογεί το άγχος μέσω της διερεύνησης 14 σημείων: αγχώδης διάθεση, ένταση, φόβοι, αϋπνία, γνωστικές λειτουργίες, καταθλιπτική διάθεση, μυϊκά συμπτώματα, γενικά αισθητικά συμπτώματα, συμπτώματα καρδιολογικά, αναπνευστικά, γαστρεντερικά, ουρογεννητικά και συμπτώματα του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Η κλίμακα εκτιμά το ψυχικό και το σωματικό άγχος, καθώς και για το άθροισμα αυτών που είναι το συνολικό άγχος. Η εκτίμηση γίνεται με μια 5βαθμη κλίμακα τύπου-Likert 0 "απουσία συ-

μπτωμάτων" έως 4 "υψηλότατη ένταση". Για την διάκριση του φυσιολογικού από το παθολογικό άγχος χρησιμοποιήθηκε η τιμή (threshold score) 20.

γ) "Montgomery and Asberg Depression Rating Scale" (M.A.D.R.S.) (Montgomery & Asberg, 1979). Η κλίμακα αξιολογεί 10 θέματα (εμφανής λύπη, εκφραζόμενη λύπη, ένταση, αϋπνία, ανορεξία, ατονία, δυσκολίες στη συγκέντρωση, έλλειψη συναισθημάτων, απαισιοδοξία, ιδέες αυτοκτονίας) με βάση μια 7βαθμη κλίμακα τύπου-Likert 0 "απουσία συμπτωμάτων" έως 6 "υψηλότατη ένταση". Η κλίμακα διαχωρίζει τη φυσιολογική από την παθολογική κατάθλιψη με όριο (threshold score) την τιμή 20.

δ) "Schalling-Sifneos Personality Scale - Revised" (SSPS-R) (Sifneos, 1986). Η κλίμακα χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της αλεξιθυμίας μέσω της διερεύνησης 4 ιδιοτήτων: την δυσκολία στην αναγνώριση και περιγραφή των συναισθημάτων, την δυσκολία στη διαφοροποίηση μεταξύ συναισθημάτων και αντίληψης των συγκινησιακών εντάσεων στο σώμα, τους περιορισμούς στη λειτουργία της φαντασίας και την προτίμηση στα εξωτερικά γεγονότα παρά στις εσωτερικές εμπειρίες. Η κλίμακα περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις με απαντήσεις τύπου "Ναι/ Όχι" και με σημείο διαχωρισμού (cut off point) των αλεξιθυμικών από τα μη αλεξιθυμικά άτομα την τιμή 10.

ε) Η κλίμακα "State Trait Anxiety Inventory" (STAI) (Spielberger, 1976), όπως έχει σταθμιστεί στα ελληνικά από τους Λιάκο και Γιαννίτση (1984). Διαιρείται σε δύο υποκλίμακες που εξετάζουν το άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσας κατάστασης που βιώνει το άτομο (state anxiety) και ως μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (trait anxiety). Κάθε υποκλίμακα αποτελείται από 20 προτάσεις και η αξιολόγηση γίνεται στη βάση μιας κλίμακας τεσσάρων σημείων 1 "απουσία του χαρακτηριστικού" έως 4 "έντονη/συχνή εμφάνιση του χαρακτηριστικού". Το εύρος των τιμών της κάθε υποκλίμακας είναι από 20 έως 80.

Διαδικασία

Οι ασθενείς συμμετείχαν μετά από προτροπή του γιατρού τους σε μια συνάντηση με τον ερευνητή στην οποία περιλαμβανόταν:

α) ημιδομημένη συνέντευξη σύμφωνα με τις οδηγίες του "Events Questionnaire" (Amiel-Lebigre, 1983), όπου οι ερωτηθέντες ενθαρρυνόταν να μιλήσουν για την ζωή τους με έμφαση στα σημαντικά ψυχοπιεστικά γεγονότα που βίωσαν πριν την εκδήλωση της νόσου τους καθώς και για το ίδιο το γεγονός της ασθένειας τους.

β) συμπλήρωση από τους εξεταζόμενους των κλιμάκων αξιολόγησης της αλεξιθυμίας (S.S.P.S.-R) και του άγχους (S.T.A.I.). Σε περίπτωση που οι εξεταζόμενοι ήταν αγράμματοι ο ερευνητής τους διάβαζε τις ερωτήσεις χρησιμοποιώντας τις ακριβείς λέξεις των κλιμάκων. Αμέσως μετά την αποχώρηση τους ο ερευνητής συμπλήρωνε τις κλίμακες κατάθλιψης M.A.D.R.S. και άγχους H.A.S.

Στατιστική επεξεργασία

Η ανάλυση και η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 7.5. Για τη σύγκριση των μέσων τιμών των παραμέτρων άγχους, κατάθλιψης, αλεξιθυμίας και γεγονότων ζωής ανά δύο ομάδες χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test, ενώ στην περίπτωση συγκρίσεως μη παραμετρικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Chi-square test. Για τη σύγκριση των μέσων τιμών των διαφόρων παραμέτρων ανάμεσα στις τρεις ομάδες χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία One-way Anova. Η συσχέτιση των ποσοτικών μεταβλητών για καθεμιά από τις τρεις ομάδες έγινε με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης Pearson (r). Κατόπιν, η ανάγκη να διερευνήσουμε επισταμένως την σχέση των ψυχολογικών παραμέτρων ανά δύο ομάδες μας οδήγησε στη χρήση μιας πολυπλοκότερης και αποδοτικότερης στατιστικής μεθόδου, τη δοκιμασία της σταδιακής διακρίνουσας ανάλυσης (stepwise discriminant analysis). Η διακρίνουσα ανάλυση έχει χρησιμοποιηθεί σε παλαιότερες έρευνες (π.χ. Thomas & Greenstreet, 1973) και αποτελεί ένα συνδυασμό της πολυπαραγοντικής ανάλυσης διακύμανσης (MANOVA) και της πολυπαραγοντικής εξάρτησης (multiple regression). Μας επιτρέπει να ελέγξουμε κατά πόσο δύο ή περισσότερες γνωστές ομάδες ατόμων διαφοροποιούνται ως προς κάποια χαρακτηριστικά και ποιες μεταβλητές μεταξύ πολλών είναι πιο χρήσιμες για την διάκριση αυτών των ομάδων (Εγχειρίδιο SPSS 7.5, 1997). Τέλος, για την αξιολόγηση των ψυχολογικών μεταβλητών ως προς την ανεξάρτητη επίδραση τους στην διαφοροποίηση των ομάδων ανά ζεύγη χρησιμοποιήσαμε την δοκιμασία της πολλαπλής λογιστικής εξάρτησης (multiple logistic regression), με υπολογισμό του λόγου των αναλογιών (odds ratio) ως εκτίμηση του σχετικού κινδύνου (relative risk) της κάθε μεταβλητής.

Αποτελέσματα

1. Ομάδα ογκολογικών ασθενών

Μεταβλητή	M	SD	Εύρος
Γεγονότα 5 ετίας πριν την εκδήλωση της νόσου	1.5	1.03	0 - 4
Αντίκτυπος ανά γεγονός	46.0	45.86	0 - 100
Αντίκτυπος ασθένειας	60.7	36.26	0 - 100
Αλεξιθυμία (SSPS)	8.0	2.99	1 - 16
Κατάθλιψη (M.A.D.R.S.)	16.5	8.61	0 - 40
Ψυχικό άγχος (H.A.S.)	10.7	5.14	0 - 20
Σωματικό άγχος (H.A.S.)	3.0	3.11	0 - 15
Συνολικό άγχος (H.A.S.)	13.7	6.65	0 - 29
Τωρινό άγχος (STAI state)	43.2	14.48	20 - 78
Μόνιμο άγχος (STAI trait)	43.6	11.32	20 - 67

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι:

α) Η ύπαρξη σημαντικών ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής στη διάρκεια της πενταετίας πριν την εμφάνιση της ασθένειας είναι 1,5 με αντίκτυπο ανά γεγονός 46,0, ενώ ο αντίκτυπος της ασθένειας σε κλίμακα από 0-100 είναι 60,7.

β) Οι ογκολογικοί ασθενείς κατά το μεγαλύτερο ποσοστό (72,7%) δεν είναι αλεξιθυμικοί αφού ο μέσος όρος στην κλίμακα της αλεξιθυμίας είναι 8,0<10.

γ) Ο μέσος όρος στην κλίμακα άγχους H.A.S. είναι 13,7<20, ενώ το κύριο βάρος πέφτει στο ψυχικό άγχος έναντι του σωματικού (10,7 vs. 3,0).

δ) Το μεγαλύτερο ποσοστό (60%) δεν υπερβαίνει την τιμή 20 που είναι το όριο της φυσιολογικής/παθολογικής κατάθλιψης και ο μέσος όρος είναι 16,5.

ε) Οι μέσοι όροι στην κλίμακα άγχους του Spielberger είναι 43,2 για το τωρινό άγχος (state anxiety) και 43,6 για το άγχος ως μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (trait anxiety). Οι τιμές δείχνουν μέτριο άγχος και δεν αντιστοιχούν σε καμία από τις ομάδες πληθυσμού που έχουν ερευνηθεί ως σήμερα. Φαίνεται ότι οι ογκολογικοί ασθενείς εκδηλώνουν μεγαλύτερο άγχος από τους υγιείς (τωρινό άγχος 43,25>39,69 και μόνιμο άγχος 43,63>40,41) (Λιάκος & Γιαννίτση, 1984), ενώ δεν συμβαίνει το ίδιο σε σχέση με άλλες ομάδες που έγιναν αντικείμενο έρευνας στον τομέα της ψυχιατρικής: Μελαγχολικοί 60,59 και 59,27 (Λιάκος, 1977), Νευρωτικοί 55,60 και 51,23 (Liakos et al., 1976), Σχιζοφρενικοί 47,65 και 49,25 (Liakos et al., 1982)

Η διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών των γεγονότων ζωής και των ψυχολογικών παραμέτρων φαίνεται στον Πίνακα 2:

Πίνακας 2: Συσχέτιση των μεταβλητών των γεγονότων ζωής και των ψυχολογικών παραμέτρων στην ομάδα των ογκολογικών ασθενών.

		4. Αλεξι-θυμία	5. Κατά-θλιψη	6. Συνολ. άγχος	7. Ψυχικό άγχος	8. Σωματ. Άγχος	9. Τωρινό άγχος	10. Μόνιμο άγχος
1	Γεγονότα 5 ετίας πριν την εκδήλωση της νόσου	.02	.00	-.02	.03	-.11	.06	,11
2	Αντίκτυπος ανά γεγονός	.02	-.00	-.02	.03	-,11	.06	.18
3	Αντίκτυπος ασθένειας	.10	.22	.18	.15	.12	.06	.28*
4	Αλεξιθυμία (SSPS)	–	.38**	.29*	.34**	.05	.30**	.49***
5	Κατάθλιψη (MADRS)		–	.72***	.78***	.24*	.56***	.61***
6	Συνολικό άγχος (HAS)			–	.89***	.67***	.46***	.60***
7	Ψυχικό άγχος (HAS)				–	.26*	.49***	.59***
8	Σωματικό άγχος (HAS)					–	.17	.31**
9	Τωρινό άγχος (STAI)						–	.48***
10	Μόνιμο άγχος (STAI)							–

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

Μόνο η παράμετρος του μόνιμου άγχους παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον αντίκτυπο της ασθένειας (r=.28 p<.05). Οι υπόλοιπες ψυχολογικές παράμετροι δεν παρουσιάζουν συσχέτιση με τις μεταβλητές των γεγονότων ζωής.

Οι ψυχολογικές μεταβλητές παρουσίασαν μια υψηλότατη συσχέτιση του άγχους και της κατάθλιψης (r=.72 p<.001), και μικρότερη συσχέτιση στις περιπτώσεις της αλεξιθυμίας και της κατάθλιψης (r=.38 p<.01), και της αλεξιθυμίας και του συνολικού άγχους (r=.29 p<.05). Επίσης, η κλίμακα άγχους του Hamilton (H.A.S.) με την κλίμακα άγχους του Spielberger (STAI) εμφάνισε υψηλή συσχέτιση (συνολικό άγχος - τωρινό άγχος r=.46 p<.001, και συνολικό άγχος-μόνιμο άγχος r=.60 p<.001).

Τέλος, η σύγκριση των ψυχολογικών μεταβλητών ως προς το φύλο των ασθενών αποκάλυψε μεγαλύτερο άγχος (συνολικό, ψυχικό, τωρινό και μόνιμο) στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες ασθενείς. Οι υπόλοιπες μεταβλητές δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 3: Σύγκριση των ψυχολογικών μεταβλητών ως προς το φύλο στην ομάδα των ογκολογικών ασθενών.

Μεταβλητή	Άντρες M	Γυναίκες M	Αποτελέσματα
Γεγονότα 5ετίας πριν την εκδήλωση της νόσου	1.5	1.3	t= ,802
Αντίκτυπος ανά γεγονός	40.9	55.5	t=-1,154
Αντίκτυπος ασθένειας	59.3	63.2	t=-,384
Αλεξιθυμία (SSPS)	7.7	8.5	t=- ,850
Κατάθλιψη (MADRS)	15.1	19.0	t=-1,650
Ψυχικό άγχος (HAS)	9.7	12.7	t=-2,141 *
Σωματικό άγχος (HAS)	2.7	3.7	t=-1,113
Συνολικό άγχος (HAS)	12.4	16.4	t=-2,214 *
Τωρινό άγχος (STAI)	40.3	48.9	t=-2,175 *
Μόνιμο άγχος (STAI)	40.9	49.6	t=-3,074 **

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

2. Ομάδα καρδιολογικών ασθενών

Μεταβλητή	M	SD	Εύρος
Γεγονότα 5 ετίας πριν την εκδήλωση της νόσου	1.4	1.14	0 - 5
Αντίκτυπος ανά γεγονός	64.4	36.44	0 - 100
Αντίκτυπος ασθένειας	58.3	33.44	0 - 100
Αλεξιθυμία (SSPS)	7.1	2.27	2 - 12
Κατάθλιψη (M.A.D.R.S.)	13.3	8.84	0 - 35
Ψυχικό άγχος (H.A.S.)	8.8	4.45	0 - 19
Σωματικό άγχος (H.A.S.)	5.2	3.26	0 - 14
Συνολικό άγχος (H.A.S.)	14.0	7.12	1 - 30
Τωρινό άγχος (STAI state)	45.2	11.35	21 - 80
Μόνιμο άγχος (STAI trait)	44.7	11.01	24 - 69

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι:

α) Η ύπαρξη σημαντικών γεγονότων ζωής στη διάρκεια της πενταετίας πριν την εμφάνιση της ασθένειας είναι 1,4 με αντίκτυπο ανά γεγονός 64,4 και ο αντίκτυπος της ασθένειας σε κλίμακα από 0-100 είναι 58,3.

β) Οι καρδιολογικοί ασθενείς κατά το μεγαλύτερο ποσοστό (75%) δεν είναι αλεξιθυμικοί και ο μέσος όρος είναι 7,1<10.

γ) Ο μέσος όρος στην κλίμακα άγχους H.A.S. είναι 14,0<20, ενώ το κύριο βάρος πέφτει στο ψυχικό άγχος έναντι του σωματικού (8,8 vs. 5,2).

δ) Το μεγαλύτερο ποσοστό (75,6%) δεν υπερβαίνει την τιμή 20 που είναι το όριο της φυσιολογικής/παθολογικής κατάθλιψης και ο μέσος όρος είναι 13,3.

ε) Οι μέσοι όροι στην κλίμακα άγχους του Spielberger είναι 45,2 για το τωρινό άγχος (state anxiety) και 44,7 για το άγχος ως μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (trait anxiety). Οι τιμές δείχνουν μέτριο άγχος και δεν αντιστοιχούν σε καμία από τις ομάδες πληθυσμού που έχουν ερευνηθεί ως σήμερα. Φαίνεται ότι οι καρδιολογικοί ασθενείς εκδηλώνουν μεγαλύτερο άγχος από τους υγιείς (τωρινό άγχος 45,2>39,69 και μόνιμο άγχος 44,7>40,41) (Λιάκος & Γιαννίτση, 1984), ενώ δεν συμβαίνει το ίδιο σε σχέση με άλλες ομάδες που έγιναν αντικείμενο έρευνας στον τομέα της ψυχιατρικής: Μελαγχολικοί 60,59 και 59,27 (Λιάκος, 1977), Νευρωτικοί 55,60 και 51,23 (Liakos et al., 1976), Σχιζοφρενικοί 47,65 και 49,25 (Liakos et al., 1982)

Η διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών των γεγονότων ζωής και των ψυχολογικών παραμέτρων φαίνεται στον Πίνακα 4:

Πίνακας 4: Συσχέτιση των μεταβλητών των γεγονότων ζωής και των ψυχολογικών παραμέτρων στην ομάδα των καρδιολογικών ασθενών.

		4. Αλεξι-θυμία	5. Κατά-θλιψη	6. Συνολ. άγχος	7. Ψυχικό Άγχος	8. Σωματ. άγχος	9. Τωρινό άγχος	10. Μόνιμο άγχος
1	Γεγονότα 5ετίας πριν την εκδήλωση της νόσου	.07	.15	.24	.20	.26	.08	.26*
2	Αντίκτυπος ανά γεγονός	-.04	.06	.03	.01	.06	.06	.14
3	Αντίκτυπος ασθένειας	-.02	.12	.11	.10	.11	.21	.18
4	Αλεξιθυμία (SSPS)	–	-.02	.14	.12	.15	-.09	.08
5	Κατάθλιψη (MADRS)		–	.75***	.76***	.59***	.32**	.53***
6	Συνολικό άγχος (HAS)			–	.94***	.89***	.39**	.55***
7	Ψυχικό άγχος (HAS)				–	.26*	.49***	.59***
8	Σωματικό άγχος (HAS)					–	.17	.31**
9	Τωρινό άγχος (STAI)						–	.48***
10	Μόνιμο άγχος (STAI)							–

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

Το μόνιμο άγχος εμφανίζει μέτρια συσχέτιση με τον αριθμό των γεγονότων της 5ετίας πριν την εκδήλωση της νόσου (r=.26 p<.05). Καμία άλλη ψυχολογική παράμετρος δεν παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση με τις μεταβλητές των γεγονότων ζωής.

Οι ψυχολογικές παράμετροι εμφάνισαν υψηλότατη συσχέτιση του άγχους και της κατάθλιψης (r=.75 p<.001), όπως και της κλίμακας άγχους του Hamilton (H.A.S.) με την κλίμακα άγχους του Spielberger (STAI) (συνολικό άγχος-προσωρινό άγχος r=.39 p<.01, και συνολικό άγχος-μόνιμο άγχος r=.55 p<.001). Η συσχέτιση της αλεξιθυμίας με τις υπόλοιπες ψυχολογικές παραμέτρους δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές τιμές.

Τέλος, η σύγκριση των ψυχολογικών μεταβλητών ως προς το φύλο των ασθενών δεν αποκάλυψε στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 5: Σύγκριση των ψυχολογικών μεταβλητών ως προς το φύλο στην ομάδα των καρδιολογικών ασθενών.

Μεταβλητή	Άντρες M	Γυναίκες M	Αποτελέσματα
Γεγονότα 5 ετίας πριν την εκδήλωση της νόσου	1.5	1.4	t= ,397
Αντίκτυπος ανά γεγονός	61.2	70.5	t=-,924
Αντίκτυπος ασθένειας	60.5	54.0	t= ,703
Αλεξιθυμία (SSPS)	7.3	6.6	t=1,232
Κατάθλιψη (MADRS)	12.3	15.4	t=-1,257
Ψυχικό άγχος (HAS)	8.4	9.6	t=-1,00
Σωματικό άγχος (HAS)	4.6	6.4	t=-1,948
Συνολικό άγχος (HAS)	13.1	16.0	t=-1,515
Τωρινό άγχος (STAI)	45.4	44.8	t= ,196
Μόνιμο άγχος (STAI)	44.3	45.6	t= -,435

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

3. Ομάδα υγιών ατόμων

Μεταβλητή	M	S.D	Εύρος
Γεγονότα 5ετίας πριν την εκδήλωση της νόσου	1.5	0.92	0 - 4
Αντίκτυπος ανά γεγονός	47.7	45.53	0 - 100
Αντίκτυπος ασθένειας	37.4	31.04	0 - 100
Αλεξιθυμία (SSPS)	6.4	2.62	2 - 12
Κατάθλιψη (M.A.D.R.S.)	11.1	10.03	0 - 36
Ψυχικό άγχος (H.A.S.)	6.5	4.54	0 - 18
Σωματικό άγχος (H.A.S.)	6.2	6.03	0 - 14
Συνολικό άγχος (H.A.S.)	12.7	7.73	1 - 31
Τωρινό άγχος (STAI state)	38.1	14.02	20 - 79
Μόνιμο άγχος (STAI trait)	46.1	10.43	22 - 76

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι:

α) Η ύπαρξη σημαντικών γεγονότων ζωής στη διάρκεια της πενταετίας πριν την εμφάνιση της ασθένειας είναι 1,5 με αντίκτυπο ανά γεγονός 47,7 και ο αντίκτυπος της νοσηλείας σε κλίμακα από 0-100 είναι 37,4.

β) Τα υγιή άτομα που εκδηλώνουν καρδιολογικά συμπτώματα κατά το μεγαλύτερο ποσοστό (85%) δεν είναι αλεξιθυμικοί και ο μέσος όρος είναι 6,4<10.

γ) Ο μέσος όρος στην κλίμακα άγχους H.A.S. είναι 12,7<20 και το ψυχικό και το σωματικό άγχος παρουσιάζουν ελάχιστη διαφορά στις τιμές (6,5 vs. 6,2).

δ) Το μεγαλύτερο ποσοστό (75%) δεν υπερβαίνει την τιμή 20 που είναι το όριο της φυσιολογικής/παθολογικής κατάθλιψης και ο μέσος όρος είναι 11,1.

ε) Οι μέσοι όροι στην κλίμακα άγχους του Spielberger είναι 38,1 για το τωρινό άγχος (state anxiety), και 46,1 για το άγχος ως μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (trait anxiety). Οι τιμές δείχνουν ήπιο προσωρινό άγχος και μέτριες τιμές στο άγχος ως μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Φαίνεται ότι τα άτομα που εκδηλώνουν καρδιολογικά συμπτώματα εκδηλώνουν σχεδόν ίδιο τωρινό αλλά εντονότερο μόνιμο άγχος σε σχέση με τους υγιείς (προσωρινό άγχος 38,1>39,69 και μόνιμο άγχος 46,1>40,41) (Λιάκος & Γιαννίτση, 1984), ενώ η εκδήλωση άγχους είναι πολύ μικρότερη σε σχέση με άλλες ομάδες που έγιναν αντικείμενο έρευνας στον τομέα της ψυχιατρικής: Μελαγχολικοί 60,59 και 59,27 (Λιάκος, 1977), Νευρωτικοί 55,60 και 51,23 (Liakos et al., 1976), Σχιζοφρενικοί 47,65 και 49,25 (Liakos et al., 1982)

Η διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών των γεγονότων ζωής και των ψυχολογικών παραμέτρων φαίνεται στον Πίνακα 6.

Οι παράμετροι της αλεξιθυμίας και του συνολικού άγχους εμφανίζουν μέτρια συσχέτιση με τον συνολικό αριθμό γεγονότων (r=.30 και r=.31 p<.05). Οι παράμετροι της αλεξιθυμίας, του συνολικού άγχους, του ψυχικού άγχους και του τωρινού άγχους

παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την παράμετρο του αντίκτυπου ανά γεγονός (r=.26, r=.30, r=.34 και r=.32 p<.05). Επίσης, ο αντίκτυπος της ασθένειας εμφανίζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με όλες τις ψυχολογικές μεταβλητές.

Οι ψυχολογικές παράμετροι εμφάνισαν υψηλότατη συσχέτιση του άγχους και της κατάθλιψης (r=.69 p<.001), όπως και της κλίμακας άγχους του Hamilton (H.A.S.) με την κλίμακα άγχους του Spielberger (STAI) (συνολικό άγχος - τωρινό άγχος r=.70 p<.001, και συνολικό άγχος - μόνιμο άγχος r=.63 p<.001). Η αλεξιθυμία με τις παραμέτρους του άγχους επίσης εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ενώ δεν συνέβη το ίδιο στη συσχέτιση της με την παράμετρο της κατάθλιψης.

Πίνακας 6: Συσχέτιση των μεταβλητών των γεγονότων ζωής και των ψυχολογικών παραμέτρων στην ομάδα των υγιών ατόμων

		4. Αλεξι-θυμία	5. Κατά-θλιψη	6. Συνολ. άγχος	7. Ψυχικό άγχος	8. Σωματ. άγχος	9. Τωρινό Άγχος	10. Μόνιμο άγχος
1	Γεγονότα 5ετίας πριν την εκδήλωση της νόσου	.30*	-.08	.31*	.22	.05	.23	.24
2	Αντίκτυπος ανά γεγονός	.26*	.09	.30*	.34**	.02	.32*	.24
3	Αντίκτυπος ασθένειας	.30*	.33**	.47***	.48***	.39**	.41***	.37**
4	Αλεξιθυμία (SSPS)	–	.16	.36**	.44***	.27*	.31*	.38**
5	Κατάθλιψη (MADRS)		–	.69***	.72***	.29*	.64***	.50***
6	Συνολικό άγχος (HAS)			–	.93***	.53***	.70***	.63***
7	Ψυχικό άγχος (HAS)				–	.41***	.66***	.63***
8	Σωματικό άγχος (HAS)					–	.36**	.21
9	Τωρινό άγχος (STAI)						–	.68***
10	Μόνιμο άγχος (STAI)							–

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

Τέλος, η σύγκριση των ψυχολογικών μεταβλητών ως προς το φύλο των υγιών ατόμων αποκάλυψε στατιστικά σημαντικές διαφορές στις παραμέτρους του αντίκτυπου ανά γεγονός, της κατάθλιψης και του άγχους (συνολικό, ψυχικό, τωρινό, μόνιμο), με υψηλότερες τιμές σε όλες τις περιπτώσεις για τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Οι υπόλοιπες μεταβλητές δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές..

Πίνακας 7: Σύγκριση των ψυχολογικών μεταβλητών ως προς το φύλο στην ομάδα των υγιών ατόμων.

Μεταβλητή	Άντρες M	Γυναίκες M	Αποτελέσματα
Γεγονότα 5ετίας πριν την εκδήλωση της νόσου	1.5	1.6	t=-,287
Αντίκτυπος ανά γεγονός	34.5	73.5	t=-3,340 ***
Αντίκτυπος ασθένειας	33.4	45.0	t=-1,360
Αλεξιθυμία (SSPS)	6.4	6.3	t=,167
Κατάθλιψη (MADRS)	8.5	15.9	t=-2,781 **
Ψυχικό άγχος (HAS)	5.4	9.4	t=-3,411 ***
Σωματικό άγχος (HAS)	5.5	7.6	t=-1,252
Συνολικό άγχος (HAS)	10.0	17.0	t=-3,568 ***
Τωρινό άγχος (STAI)	33.5	46.7	t=-3,758 ***
Μόνιμο άγχος (STAI)	43.3	50.9	t=-2,660 **

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

Σύγκριση ογκολογικών και καρδιολογικών ασθενών

Η σύγκριση των ογκολογικών και των καρδιολογικών ασθενών έδειξε ότι οι δύο ομάδες δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την κατάταξη των γεγονότων σύμφωνα με τους τομείς στους οποίους αναφέρονται, είτε πρόκειται για γεγονότα του συναισθηματικού τομέα (π.χ. πένθος) είτε πρόκειται για γεγονότα των υπολοίπων κατηγοριών (π.χ. τρόπος ζωής, εργασία).

Από την σύγκριση των ομάδων ως προς τα γεγονότα ζωής προέκυψαν όμοιες τιμές όσον αφορά στον αριθμό των γεγονότων και στον συναισθηματικό αντίκτυπο της ασθένειας. Οι δύο ομάδες διέφεραν στον συναισθηματικό αντίκτυπο των γεγονότων ζωής, με μεγαλύτερες τιμές για την κατηγορία των καρδιολογικών ασθενών (Πίνακας 8).

Πίνακας 8: Σύγκριση των μεταβλητών των γεγονότων ζωής στις δύο ομάδες ασθενών.

Μεταβλητή	Ογκολογικοί ασθενείς M	Καρδιολογικοί ασθενείς M	Αποτελέσματα
Γεγονότα 5ετίας πριν την εκδήλωση της νόσου	1.5	1.4	t= 085
Αντίκτυπος ανά γεγονός	69.0	80.2	t=-2.54**
Αντίκτυπος ασθένειας	60.7	58.3	t= 38

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

Η σύγκριση ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές της αλεξιθυμίας, του ψυχικού άγχους και του σωματικού άγχους (Πίνακας 9). Υψηλότερες τιμές ως προς την αλεξιθυμία και το ψυχικό άγχος παρουσίασε η ομάδα των ογκολογικών ασθενών, ενώ ως προς το σωματικό άγχος η ομάδα των ασθενών με στεφανιαία νόσο.

Πίνακας 9: Σύγκριση των δύο ομάδων ως προς τις ψυχολογικές εκδηλώσεις.

Μεταβλητή	Ογκολογικοί M	Καρδιολογικοί M	Αποτελέσματα
Αλεξιθυμία (SSPS)	8.0	7.1	t=2.08 *
Κατάθλιψη (MADRS)	16.5	13.3	t= 1.85
Ψυχικό άγχος (HAS)	10.7	8.8	t=2.02 *
Σωματικό άγχος (HAS)	3.0	5.2	t=-3.62***
Συνολικό άγχος (HAS)	13.7	14.0	t= .22
Τωρινό άγχος (STAI)	43.2	45.2	t= .80
Μόνιμο άγχος (STAI)	43.6	44.7	t= .57

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

Διαφορές παρατηρούνται στις συσχετίσεις των μεταβλητών των γεγονότων ζωής και των ψυχολογικών παραμέτρων όπως προκύπτουν για καθεμία από τις δύο εξεταζόμενες ομάδες (Πίνακες 2, 4 & 10). Συγκεκριμένα, οι συσχετίσεις αλεξιθυμίας-κατάθλιψης (r= .38), αλεξιθυμίας- συνολικού άγχους (r= .29) και αλεξιθυμίας-μόνιμου άγχους (r= .49) είναι στατιστικά σημαντικές στην κατηγορία των ογκολογικών ασθενών, κάτι που δεν ισχύει για την ομάδα των καρδιολογικών ασθενών.

Πίνακας 10: Συγκριτική παράθεση της συσχέτισης ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (από τους Πίνακες 2 & 4) στις δύο ομάδες ασθενών.

	Ογκολογικοί ασθενείς			Καρδιολογικοί ασθενείς		
	Κατάθλιψη	Συνολ. άγχος	Μόνιμο άγχος	Κατάθλιψη	Συνολ. άγχος	Μόνιμο άγχος
Γεγονότα 5 ετίας πριν την εκδήλωση της νόσου	.00	-.02	.11	.15	.24	.26*
Αλεξιθυμία (SSPS)	.38**	.29*	.49***	-.02	.14	.08
Κατάθλιψη (MADRS)	–	.72***	.61***	–	.75***	.53***
Συνολικό άγχος (HAS)		–	.60***		–	.55***

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

Η σκέψη της πιθανής διαφοροποίησης των δύο ομάδων ως προς μεμονωμένα θέματα-ερωτήσεις (items) των παραπάνω μεταβλητών οδήγησε στην εφαρμογή της σταδιακής διακρίνουσας ανάλυσης (stepwise discriminant analysis), μιας στατιστικής μεθόδου που μας επιτρέπει να ελέγξουμε ποιες μεταβλητές μεταξύ άλλων είναι πιο χρήσιμες για την διάκριση δύο γνωστών ομάδων ατόμων. Τα αποτελέσματα της δοκιμασίας φαίνονται στο Πίνακα 11.

Πίνακας 11: Σύνολο 12 θεμάτων (items) των εξεταζομένων μεταβλητών τα οποία ταξινομούν με το μεγαλύτερο δυνατό ποσοστό επιτυχίας τα άτομα των δύο ομάδων.

Μεταβλητές		1. Ογκολογικοί		2. Καρδιολογικοί		Ποσοστό «ομαδοποιημένων» ατόμων που ταξινομήθηκαν επιτυχώς
Κλίμακα αλεξιθυμίας (SSPS): Ερώτηση No 6						
Κλίμακα άγχους (HAS): No 3, 6, 9, 14	1. Ογκολογικοί	52	89,7%	6	10,3%	91,4%
Κλίμακα κατάθλιψη (MADRS): No 1, 2, 6	2. Καρδιολογικοί	4	6,9%	54	93,1%	
Κλίμακα άγχους (STAI): No 7, 14, 24, 40						

Οι ακριβείς ερωτήσεις των παραπάνω 12 θεμάτων όπως τέθηκαν είτε στον κλινικό για εκτίμηση είτε στους ασθενείς για απάντηση, καθώς και η σύγκριση των μέ-

σων όρων των εκτιμήσεων-απαντήσεων στις δύο ομάδες ασθενών με τη μη παραμετρική δοκιμασία Mann Whitney test παρουσιάζονται στον Πίνακα 12.

Πίνακας 12: Αναλυτική παρουσίαση των παραπάνω 12 θεμάτων και αποτελέσματα της σύγκρισης τους με το Mann Whitney test.

	Διαβάθμιση Κλίμακας	Μέση ανάλογία (mean rank) ψυχολογικών ασθενών	Μέση ανάλογία (mean rank) καρδιολογικών ασθενών	Mann Whitney test
Εκτίμηση κλινικού				
Κλίμακα άγχους (HAS), No 3: Φόβοι (του πλήθους, της μοναξιάς, νοσοφοβία)	Από 0 έως 4	66.25	50.75	007*
Κλίμακα άγχους (HAS), No 6: Καταθλιπτική διάθεση (απώλεια ενδιαφερόντων, πρόωμη αφυπνιση)	Από 0 έως 4	68.66	48.34	001***
Κλίμακα άγχους (HAS), No 9: Συμπτώματα καρδιολογικα (ταχυκαρδία, πόνος στο στήθος)	Από 0 έως 4	38.97	78.03	000***
Κλίμακα άγχους (HAS), No 14: Συμπεριφορα του ασθενή κατά την εξέταση (υπερένταση, ταραχή)	Από 0 έως 4	63.86	53.14	070
Κλίμακα καταθλιψης (MADRS), No 1: Εμφανης λυπη	Από 0 έως 6	68.67	48.33	001***
Κλίμακα καταθλιψης (MADRS), No 2: Εκφραζόμενη λύπη	Από 0 έως 6	69.57	47.43	000***
Κλίμακα καταθλιψης (MADRS), No 6: Δυσκολίες στην συγκέντρωση	Από 0 έως 6	65.12	51.88	021*
Απαντήσεις ασθενών				
Κλίμακα αλεξιθυμιας (SSPS) No 6: Ονειροπολώ πολυ	0 Όχι 1 Ναι	52.50	64.50	026*
Κλίμακα άγχους (STAI) No 7: Ανησυχω για ενδεχόμενες ατυχίες	Από 1 έως 4	51.78	65.22	026*
Κλίμακα αγχους (STAI) No 14: Βρίσκομαι σε διέγερση	Από 1 έως 4	49.53	67.47	.003**
Κλίμακα άγχους (STAI) No 24: Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος όσο οι άλλοι φαίνονται να ειναι	Από 1 έως 4	65.51	51.49	019*
Κλίμακα άγχους (STAI) No 40: Έρχομαι σε μια κατασταση αναστάτωσης, όταν σκέφτομαι τις δυσκολίες και τα ενδιαφέροντα μου	Από 1 έως 4	49.83	67.17	004**

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

Η επιδίωξη αξιολόγησης των παραπάνω 12 θεμάτων ως προς τον βαθμό στον οποίο συμβάλουν ανεξάρτητα στη διαφοροποίηση των δύο ομάδων ασθενών, οδήγησε στη χρήση της προς τα εμπρός βαθμιαίας διαδικασίας (forward stepwise) της πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης (multiple logistic regression). Όπως φαίνεται στον Πίνακα 13, οι σημαντικότερες ψυχολογικές εκδηλώσεις για την διαφοροποίηση των ασθενών είναι η συνύπαρξη α) της εκδήλωσης του άγχους μέσω καρδιολογικών συμπτωμάτων και της καταθλιπτικής διάθεσης (HAS No 6 και No 9), β) των ποικίλων φόβων (HAS No 3) και της αίσθησης ότι οι άλλοι είναι πιο ευτυχισμένοι (STAI No 24) και γ) της ψυχοκινητικής διέγερσης (STAI No 14).

Πίνακας 13: Αξιολόγηση του βαθμού συνεισφοράς των 12 θεμάτων-ερωτήσεων στη διαφοροποίηση των δύο ομάδων.

Μεταβλητές	Odds ratio	95% CI	P
HAS No 3	3.24	1.44 - 7.32	.004
HAS No 6	7.24	2.34 - 22.38	.000
HAS No 9	.08	0.03 - 0.25	.000
STAI No 14	.03	0.17 - 0.86	.020
STAI No 24	2.52	1.33 - 4.78	.004
STAI No 40	.44	0.19 - 1.02	.056

Σύγκριση καρδιολογικών ασθενών και υγιών ατόμων

Η σύγκριση των καρδιολογικών ασθενών και των υγιών ατόμων έδειξε ότι οι δύο ομάδες δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την κατάταξη των γεγονότων σύμφωνα με τους τομείς στους οποίους αναφέρονται, είτε πρόκειται για γεγονότα του συναισθηματικού τομέα (π.χ. πένθος) είτε πρόκειται για γεγονότα των υπολοίπων κατηγοριών (π.χ. τρόπος ζωής, εργασία).

Από την σύγκριση των ομάδων ως προς τα γεγονότα ζωής προέκυψαν όμοιες τιμές όσον αφορά στον αριθμό των γεγονότων πριν την εκδήλωση της ασθένειας-συμπτωμάτων. Οι δύο ομάδες διέφεραν στον συναισθηματικό αντίκτυπο των γεγονότων ζωής και στον συναισθηματικό αντίκτυπο της ασθένειας, με μεγαλύτερες τιμές για την κατηγορία των καρδιολογικών ασθενών (Πίνακας14).

Πίνακας 14: Σύγκριση των μεταβλητών των γεγονότων ζωής στις δύο ομάδες νοσηλευομένων.

Μεταβλητή	Καρδιολογικοί ασθενείς M	Υγιή άτομα M	Αποτελέσματα
Γεγονότα 5ετίας πριν την εκδήλωση της νόσου	1.4	1.5	t= -.35
Αντίκτυπος ανά γεγονός	80.2	69.1	t=2.328 *
Αντίκτυπος ασθένειας-νοσηλείας	58.3	37.4	t=3.483 ***

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

Η σύγκριση των δύο ομάδων ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές του ψυχικού άγχους και του τωρινού άγχους. Οι ομάδες δεν διέφεραν ως προς τις υπόλοιπες μεταβλητές (Πίνακας 15).

Πίνακας 15: Σύγκριση των δύο ομάδων ως προς τις ψυχολογικές εκδηλώσεις.

Μεταβλητή	Καρδιολογικοί ασθενείς M	Υγιή άτομα M	Αποτελέσματα
Αλεξιθυμία (SSPS)	7.1	6.4	t=1.464
Κατάθλιψη (MADRS)	13.3	11.1	t= 1.26
Ψυχικό άγχος (HAS)	8.8	6.8	t=2.418 *
Σωματικό άγχος (HAS)	5.2	6.2	t=-1.07
Συνολικό άγχος (HAS)	14.1	12.4	t= 1.22
Τωρινό άγχος (STAI)	45.2	38.1	t=2.99 **
Μόνιμο άγχος (STAI)	44.7	46.1	t= -.67

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

Διαφορές παρατηρούνται στις συσχετίσεις των μεταβλητών των γεγονότων ζωής και των ψυχολογικών παραμέτρων όπως προκύπτουν για καθεμία από τις τρεις εξεταζόμενες ομάδες (Πίνακες 4, 6 & 16). Συγκεκριμένα, η συσχέτιση των μεταβλητών του συναισθηματικού αντίκτυπου των γεγονότων ζωής, του αντίκτυπου της ασθένειας-νοσηλείας και της αλεξιθυμίας με την παράμετρο του άγχους (r= .30, r= .47 και r= .36) είναι στατιστικά σημαντική για την ομάδα των υγιών, ενώ δεν ισχύει το ίδιο για την ομάδα των καρδιολογικών ασθενών (Πίνακας 16).

Πίνακας 16: Συγκριτική παράθεση της συσχέτισης ορισμένων μεταβλητών (από τους Πίνακες 4 & 6) των γεγονότων ζωής και των ψυχολογικών παραμέτρων στις δύο ομάδες νοσηλευομένων.

	Καρδιολογικοί ασθενείς					Υγιή άτομα				
	Αλεξιθυμία	Συν αγχος	Ψυχ αγχος	Τωρινό αγχος	Μόν Αγχος	Αλεξιθυμία	Συν αγχος	Ψυχικο άγχος	Τωρινό αγχος	Μόν αγχος
Συναισθηματικός αντικτυπος στα γεγονοτα 5ετιας	-.05	13	.01	06	.14	.26*	.30*	.34**	.32*	.24
Συναισθηματικος αντικτυπος στην ύπαρξη της ασθένειας	-.02	18	.10	21	.18	.30*	.47***	.48***	.41**	.37**
Αλεξιθυμία	-	14	12	-.09	08	-	.36**	.44**	.31*	.38**

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

Η σκέψη της πιθανής διαφοροποίησης των δύο ομάδων ως προς μεμονωμένα θέματα-ερωτήσεις (items) των παραπάνω μεταβλητών οδήγησε στην εφαρμογή της σταδιακής διακρίνουσας ανάλυσης (stepwise discriminant analysis), μιας στατιστικής μεθόδου που μας επιτρέπει να ελέγξουμε ποιες μεταβλητές μεταξύ άλλων είναι πιο χρήσιμες για την διάκριση δύο γνωστών ομάδων ατόμων. Τα αποτελέσματα της δοκιμασίας φαίνονται στο Πίνακα 17.

Πίνακας 17: Σύνολο 12 θεμάτων (items) των εξεταζομένων μεταβλητών τα οποία ταξινομούν με το μεγαλύτερο δυνατό ποσοστό επιτυχίας τα άτομα των δύο ομάδων.

Μεταβλητές		1. Καρδιολογικοί		2. Υγιείς		Ποσοστό «ομαδοποιημένων» ατόμων που ταξινομήθηκαν επιτυχώς
Κλίμακα αλεξιθυμίας (SSPS): Ερωτήσεις Νο 11, 12, 19						
Κλίμακα άγχους (HAS): Νο 2, 12	1. Καρδιολογικοί	49	84,5%	9	15,5%	**82,8 %**
Κλίμακα άγχους (STAI): Νο 4, 7, 9, 10, 14, 15, 19	2. Υγιείς	11	19,0%	54	81,0%	

Οι ακριβείς ερωτήσεις των παραπάνω 12 θεμάτων όπως τέθηκαν είτε στον κλινικό για εκτίμηση είτε στους ασθενείς για απάντηση, καθώς και η σύγκριση των μέσων όρων των εκτιμήσεων-απαντήσεων στις δύο ομάδες ασθενών με τη μη παραμετρική δοκιμασία Mann Whitney test παρουσιάζονται στον Πίνακα 18.

Πίνακας 18: Αναλυτική παρουσίαση των παραπάνω 12 θεμάτων και αποτελέσματα της σύγκρισης τους με το Mann Whitney test.

	Διαβάθμιση Κλίμακας	Μέση αναλογία (mean rank) καρδιολογικών ασθενών	Μέση αναλογία (mean rank) υγιών ατόμων	Mann Whitney test
Εκτίμηση κλινικού				
Κλίμακα άγχους (HAS), Νο 2: Ένταση (αίσθημα ανησυχίας, ακαθόριστοι φόβοι, ευερεθιστότητα)	Από 0 έως 4	69.3	47.6	.000***
Κλίμακα άγχους (HAS), Νο 12: Συμπτώματα συρογεννητικά (συχνοουρία, αμηνόρροια, ψυχρότητα, πρώιμη εκσπερμάτωση)	Από 0 έως 4	51.5	65.4	.000***
Απαντήσεις ασθενών				
Κλίμακα αλεξιθυμίας (SSPS) Νο 11: Μου αρέσει να είμαι ακριβής	0. Όχι 1. Ναι	66.0	51.0	.001***
Κλίμακα αλεξιθυμίας (SSPS) Νο 12: Προτιμώ να εξετάζω το πώς αισθάνομαι, παρά να περιγράφω το καθετί με λεπτομέρειες.	0. Όχι 1. Ναι	53.0	64.0	.013*
Κλίμακα αλεξιθυμίας (SSPS) Νο 19: Συχνά ονειρεύομαι στον ύπνο μου	0. Όχι 1. Ναι	52.0	65.0	.014*
Κλίμακα άγχους (STAI) Νο 4: Έχω αγωνία	Από 0 έως 6	70.1	46.8	.000***
Κλίμακα άγχους (STAI) Νο 7: Ανησυχώ για ενδεχόμενες ατυχίες	Από 1 έως 4	70.1	46.8	.000***
Κλίμακα άγχους (STAI) Νο 9: Αισθάνομαι άγχος	Από 1 έως 4	68.9	48.0	.001***
Κλίμακα άγχους (STAI) Νο 10: Αισθάνομαι βολικά	Από 1 έως 4	48.8	68.1	.001***
Κλίμακα άγχους (STAI) Νο 14: Βρίσκομαι σε διέγερση	Από 1 έως 4	69.3	47.6	.000***
Κλίμακα άγχους (STAI) Νο 15: Είμαι χαλαρωμένος	Από 1 έως 4	49.0	67.9	.001***
Κλίμακα άγχους (STAI) Νο 19: Αισθάνομαι υπερένταση	Από 1 έως 4	67.5	49.5	.003**

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

Η επιδίωξη αξιολόγησης των παραπάνω 12 θεμάτων ως προς τον βαθμό στον οποίο συμβάλουν ανεξάρτητα στη διαφοροποίηση των δύο ομάδων ασθενών, οδήγησε στη χρήση της προς τα εμπρός βαθμιαίας διαδικασίας (forward stepwise) της πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης (multiple logistic regression). Όπως φαίνεται στον

Πίνακα 19, οι σημαντικότερες ψυχολογικές εκδηλώσεις για την διαφοροποίηση των νοσηλευομένων είναι η συνύπαρξη α) της επιθυμίας να είναι κανείς ακριβολόγος (SSPS No 11) και της ανησυχίας για το μέλλον (STAI No 7), β) των συμπτωμάτων του ουρογεννητικού συστήματος (HAS No 12) και της ψυχοκινητικής διέγερσης (STAI No 14) και γ) της συχνής εκδήλωσης ονείρων (SSPS No 19).

Πίνακας 19: Αξιολόγηση του βαθμού συνεισφοράς των 12 θεμάτων-ερωτήσεων στη διαφοροποίηση των δύο ομάδων.

Μεταβλητές	Odds ratio	95% CI	P
HAS No 12	0.29	0.13 - 0.67	.003
SSPS No 11	13.39	2.95 - 60.64	.000
SSPS No 19	0.24	0.08 - 0.72	.010
STAI No 7	2.14	1.33 - 3.46	.001
STAI No 14	2.25	1.31 - 3.87	.003

Σύγκριση ογκολογικών ασθενών, καρδιολογικών ασθενών και υγιών ατόμων

Η σύγκριση των ογκολογικών ασθενών, των καρδιολογικών ασθενών και των υγιών ατόμων έδειξε ότι οι τρεις ομάδες δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την κατάταξη των γεγονότων σύμφωνα με τους τομείς στους οποίους αναφέρονται, είτε πρόκειται για γεγονότα του συναισθηματικού τομέα (π.χ. πένθος) είτε πρόκειται για γεγονότα των υπολοίπων κατηγοριών (π.χ. τρόπος ζωής, εργασία).

Από την σύγκριση μεταξύ των ομάδων ως προς τα γεγονότα ζωής προέκυψαν όμοιες τιμές όσον αφορά στον αριθμό των γεγονότων πριν την εκδήλωση της ασθένειας. Οι τρεις ομάδες διέφεραν στον συναισθηματικό αντίκτυπο των γεγονότων ζωής, με μεγαλύτερες τιμές για την κατηγορία των καρδιολογικών ασθενών (Πίνακας 20). Στατιστικά σημαντικές διαφορές, επίσης, παρατηρήθηκαν ως προς τον συναισθηματικό αντίκτυπο της ασθένειας, με μεγαλύτερες τιμές για τους ογκολογικούς ασθενείς.

Πίνακας 20: Σύγκριση των τριών ομάδων ως προς τις μεταβλητές των γεγονότων ζωής.

Μεταβλητή	Ογκολογικοί ασθενείς M	Καρδιολογικοί ασθενείς M	Υγιή άτομα M	F
Γεγονότα 5 ετίας πριν την εκδήλωση της νόσου	1.5	1.4	1.5	.070
Αντίκτυπος ανά γεγονός	69.1	80.2	69.1	3.335 *
Αντίκτυπος ασθένειας	60.7	58.3	37.4	8.346 ***

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

Η σύγκριση των τριών ομάδων ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά παρουσίασε στατιστικά σημάντικές διαφορές στις μεταβλητές της αλεξιθυμίας, της κατάθλιψης, όπως και στις μεταβλητές του ψυχικού, του σωματικού και του προσωρινού άγχους. Οι ομάδες δεν διέφεραν ως προς το συνολικό και το μόνιμο άγχος (Πίνακας 21). Οι παράμεροι της κατάθλιψης και της αλεξιθυμίας αν και κυμάνθηκαν σε μέτρια επίπεδα και για τις τρεις ομάδες, παρουσιάστηκαν σημαντικές διαφορές με υψηλότερες τιμές για τους ογκολογικούς ασθενείς.

Πίνακας 21: Σύγκριση των τριών ομάδων ως προς τις ψυχολογικές εκδηλώσεις.

Μεταβλητή	Ογκολογικοί ασθενείς M	Καρδιολογικοί ασθενείς M	Υγιή άτομα M	F
Αλεξιθυμία (SSPS-R)	8.0	7.1	6.4	5.281 **
Κατάθλιψη (MADRS)	16.5	13.3	11.1	5.106 **
Ψυχικό άγχος (HAS)	10.7	8.8	6.8	9.871 ***
Σωματικό άγχος (HAS)	3.0	5.2	6.2	7.823 ***
Συνολικό άγχος (HAS)	13.8	14.1	12.4	.905
Τωρινό άγχος (STAI)	43.2	45.2	38.1	4.341 *
Μόνιμο άγχος (STAI)	43.6	44.7	46.1	.721

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

Από τα παραπάνω αποτελέσματα, ενδιαφέρουσα φαίνεται να είναι η αναλογία τιμών του ψυχικού και του σωματικού άγχους στις τρεις ομάδες υποκειμένων. Συγκεκριμένα, ενώ οι τιμές των δύο μεταβλητών στους ογκολογικούς ασθενείς εμφανίζουν τη μέγιστη διαφορά (10.7 και 3.0), στους καρδιολογικούς ασθενείς η διαφορά αυτή μειώνεται (8.8 και 5.2) και στους υγιείς σχεδόν μηδενίζεται (6.8 και 6.2).

Ενδιαφέρουσες φαίνονται να είναι και οι συσχετίσεις των μεταβλητών των γεγονότων ζωής και των ψυχολογικών παραμέτρων όπως προκύπτουν για καθεμία από τις τρεις εξεταζόμενες ομάδες [Πίνακες 2, 4 & 6 (σελ. 96, 98, 100)] . Συγκεκριμένα, οι συσχετίσεις αλεξιθυμίας-κατάθλιψης (r= .38), αλεξιθυμίας-άγχους (r= .29) και αλεξιθυμίας-μόνιμου άγχους (r= .49) είναι στατιστικά σημαντικές στην κατηγορία των ογκολογικών ασθενών, κάτι που δεν ισχύει για την ομάδα των καρδιολογικών ασθενών (r= -.02, r= .14, r= .08). Επίσης, για την ομάδα των υγιών η συσχέτιση των μεταβλητών του συναισθηματικού αντίκτυπου των γεγονότων ζωής και του αντίκτυπου της ασθένειας-νοσηλείας με την παράμετρο του ψυχικού άγχους και του άγχους (r= .34, r= .48 και r= .30 r= .47) είναι στατιστικά σημαντική, ενώ δεν ισχύει το ίδιο και για τις άλλες δύο ομάδες.

Η επιδίωξη εντοπισμού πιθανών παραγόντων κινδύνου για την κάθε κατηγορία ασθενών οδήγησε σε μια τελική σύγκριση καρκινοπαθών *Vs.* υγιών και καρδιοπαθών *Vs.* υγιών με τη χρήση της βηματικής πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης (stepwise multiple logistic regression). Όπως φαίνεται στον Πίνακα 22, οι σημαντικότερες από τις εξεταζόμενες μεταβλητές που θα μπορούσαν να συνεισφέρουν ως πιθανοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του καρκίνου παχέος εντέρου είναι η συνύπαρξη κατάθλιψης, άγχους, και αλεξιθυμίας, με σημαντικότερο παράγοντα τις εκδηλώσεις κατάθλιψης.

Πίνακας 22: Αξιολόγηση της συνεισφοράς των εξεταζομένων μεταβλητών ως πιθανών παραγόντων κινδύνου για την ανάπτυξη του καρκίνου εντέρου.

Μεταβλητές	Odds ratio	95% CI	P
Γεγονότα 5ετίας πριν την εκδήλωση της νόσου	1.22	0.99 - 1.51	.052
Αντίκτυπος ανά γεγονός	1.00	0.99 - 1.01	.499
Συνολικό άγχος (HAS)	.89	0.81 - 0.97	.015
Κατάθλιψη (MADRS)	1.11	1.04 - 1.18	.001
Αλεξιθυμία (SSPS-R)	1.21	1.03 - 1.43	.019

Αντίστοιχα, όπως φαίνεται στον Πίνακα 23, οι σημαντικότερες από τις εξεταζόμενες μεταβλητές που θα μπορούσαν να συνεισφέρουν ως πιθανοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της στεφανιαίας νόσου είναι η συνύπαρξη ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής κατά την 5ετία πριν την εκδήλωση της νόσου και υψηλού συναισθηματικού αντίκτυπου ανά γεγονός, με σημαντικότερο παράγοντα την ύπαρξη ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής.

Πίνακας 23: Αξιολόγηση της συνεισφοράς των εξεταζομένων μεταβλητών ως πιθανών παραγόντων κινδύνου για την ανάπτυξη της στεφανιαίας νόσου.

Μεταβλητές	Odds ratio	95% CI	P
Γεγονότα 5ετίας πριν την εκδήλωση της νόσου	1.49	1.15 - 1.93	.002
Αντίκτυπος ανά γεγονός	1.02	1.00 - 1.04	.012
Συνολικό άγχος (HAS)	.94	0.86 - 1.03	.198
Κατάθλιψη (MADRS)	1.04	0.98 - 1.11	.167
Αλεξιθυμία (SSPS-R)	1.18	0.99 - 1.42	.060

Συζήτηση

Γενικά

Μια πρώτη παρατήρηση των αποτελεσμάτων είναι πως, γενικά, είτε οι ογκολογικοί είτε οι καρδιολογικοί ασθενείς δεν εκδηλώνουν παθολογικό άγχος, παθολογική κατάθλιψη ή έντονη αλεξιθυμία. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με την θεώρηση πως τόσο ο καρκίνος όσο και η στεφανιαία νόσος σπανίως συνδέονται με έντονα συμπτώματα των παραπάνω εκδηλώσεων σε βαθμό που να συνιστούν ενδείξεις κάποιας ψυχιατρικής παθολογίας. Αντίθετα, οι παραπάνω νόσοι μπορούν ευκολότερα να συνδυαστούν με μέτριες τιμές στις συγκεκριμένες παραμέτρους, αφού η εμφάνιση μιας νόσου με ψυχοσωματικά χαρακτηριστικά δύναται να λειτουργεί και ως εκφραστής των άλυτων ενδοψυχικών συγκρούσεων και τραυμάτων του ατόμου (Damigos, 1998). Έτσι, η δυσκολία των ατόμων να διατηρηθούν υγιείς και να προσαρμοστούν στις τρέχουσες καταστάσεις της ζωής τους, τόσο στο βιολογικό όσο και στο ψυχολογικό επίπεδο, εκφράζεται με την ίδια την ύπαρξη της νόσου. Η ταυτόχρονη εμφάνιση των συγκεκριμένων ψυχολογικών εκδηλώσεων μπορεί να σημαίνει πως οι ασθενείς δεν έχουν συμβιβαστεί με την ύπαρξη της ασθένειας τους ή την κατάσταση ζωής που βιώνουν. Το πιο πιθανό, μάλιστα, είναι οι ψυχολογικές αυτές εκδηλώσεις να προϋπήρχαν της εκδήλωσης της νόσου, ακόμη και να ήταν εντονότερες. Σίγουρα πάντως τα συγκεκριμένα συμπτώματα υποδηλώνουν μια κατάσταση ψυχολογικής κρίσης, η λύση της οποίας μπορεί να έχει είτε «εξελικτικό-αναπτυξιακό» είτε «δυσπροσαρμοστικό-αποδιοργανωτικό» χαρακτήρα.

Μια δεύτερη παρατήρηση αφορά στη σύγκριση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών ως προς το φύλο των εξεταζομένων ομάδων. Συγκεκριμένα, στις ομάδες των ογκολογικών ασθενών και των υγιών ατόμων, η κατηγορία των γυναικών παρουσιάζει υψηλότερες τιμές. Το αποτέλεσμα αυτό επιδέχεται δύο ερμηνείες. Είτε οι γυναίκες (των κατηγοριών που προαναφέραμε) όντως βιώνουν εντονότερα συμπτώματα ψυχοκαταπόνησης σε σχέση με τους άντρες εξεταζόμενους, είτε υπερβάλλουν στις απαντήσεις που δίνουν στον ερευνητή σε σχέση με αυτό που τους συμβαίνει. Είτε, όμως, απλά απαντούν με ειλικρίνεια αφού, ως συνέπεια κοινωνικών ρόλων, είναι πιθανότερο να αισθάνονται πιο άνετα σε σχέση με το άλλο φύλο στο να επικοινωνούν τις δυσκολίες τους, ενώ οι άντρες, στις αντίστοιχες ερωτήσεις, είναι πιθανότερο να προσπαθούν

να δείξουν πως είναι δυνατότεροι ή πως νιώθουν καλύτερα από ότι όντως αισθάνονται. Υποθέτουμε πως συμβαίνει το τελευταίο, ωστόσο τα δεδομένα της παρούσας έρευνας και τα στοιχεία που έχουμε δεν επιτρέπουν την τεκμηρίωση ή μη της υπόθεσης.

Σύγκριση ογκολογικών και καρδιολογικών ασθενών

Η σύγκριση των ογκολογικών και των καρδιολογικών ασθενών έδειξε ότι οι δύο ομάδες δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την κατάταξη των γεγονότων σύμφωνα με τους τομείς στους οποίους αναφέρονται, είτε πρόκειται για γεγονότα που αφορούν τον συναισθηματικό τομέα (π.χ. πένθος) είτε πρόκειται για τους υπόλοιπους τομείς (π.χ. εργασία). Βιβλιογραφικά έχει εκφραστεί η άποψη πως ορισμένες κατηγορίες ψυχοπιεστικών γεγονότων συνδέονται με συγκεκριμένες διαταραχές. Για το έμφραγμα μυοκαρδίου π.χ. ενοχοποιούνται οι αυξημένες απαιτήσεις της δουλειάς, για την δευτεροπαθή αμηνόρροια οι εμπειρίες πρόκλησης, ενώ τα γεγονότα που αφορούν θανάτους συγγενικών προσώπων συνδέθηκαν με την ανάπτυξη καρκίνου (Geyer, 1993. Chorot & Sandlin, 1994). Πέρα όμως του γεγονότος πως οι παραπάνω μελέτες αφορούν μικρά δείγματα ασθενών, αφενός δεν υποστηρίζουν όλες οι μελέτες την αυξημένη επίπτωση της παραπάνω κατηγορίας ψυχοπιεστικών γεγονότων σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, αφετέρου έχουν εκπονηθεί έρευνες που προτείνουν σημαντικά προβλήματα στον εργασιακό τομέα σε ασθενείς με καρκίνο εντέρου (Courtney, 1993. Kune et al, 1991).

Όσον αφορά στον αριθμό των γεγονότων ζωής, οι καρκινοπαθείς δεν αναφέρουν περισσότερα ψυχοπιεστικά γεγονότα σε σχέση με τους καρδιολογικούς ασθενείς κατά την 5ετία πριν την εκδήλωση της ασθένειας τους (Πίνακας 8). Το αποτέλεσμα αυτό συγκλίνει με πορίσματα άλλων μελετών σύμφωνα με τα οποία α) οι ογκολογικοί ασθενείς, γενικά, δεν αναφέρουν μεγαλύτερο αριθμό ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής σε σχέση με τους ασθενείς άλλων διαταραχών (Fox, 1978), β) παρουσιάζεται αδυναμία να εδραιωθούν με έγκυρο τρόπο άμεσοι δεσμοί μεταξύ του αριθμού των ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής και του καρκίνου (Levenson & Bremis, 1991) και γ) φαίνεται πιθανότερο πως η τελική εκδήλωση ή μη συμπτωμάτων ψυχοκαταπόνησης και μείωσης της άμυνας του οργανισμού σε ένα άτομο καθορίζεται από την αλληλεπίδραση του αθροίσματος των ψυχοπιεστικών του βιωμάτων με πλήθος άλλους παράγοντες

(π.χ. στρατηγικές αντίδρασης, ιστορία επίλυσης παλαιότερων κρίσεων, ηλικία, φάση ζωής κ.ο.κ.), (Lazarus, 1966. Lundberg & Theorell, 1976. Henderson et al, 1981. Damigos, 1986).

Ως προς τον συναισθηματικό αντίκτυπο ανά γεγονός διαπιστώθηκαν μεγαλύτερες τιμές στην κατηγορία των ασθενών με στεφανιαία νόσο. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να ερμηνευτεί με δύο τρόπους: α) οι καρδιολογικοί ασθενείς πράγματι βίωσαν ως πιο ψυχοπιεστικά γεγονότα ίδιου αριθμού και είδους την πενταετία πριν την εκδήλωση της νόσου, ή β) λόγω του γεγονότος της ύπαρξης της ασθένειας τους, υπερεκτιμούν την ψυχοκαταπόνηση που υπέστησαν και δρουν πιο αυτοπροστατευτικά δίνοντας έμφαση στην δεδομένη κατάσταση. Η εκτίμηση μας είναι πως η πιθανότερη εκδοχή που ισχύει είναι η δεύτερη, δεδομένου ότι οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο αμέσως μετά τη διάγνωση εκδηλώνουν έντονο άγχος (το οποίο μειώνεται σταδιακά τις επόμενες εβδομάδες) και αντιλαμβάνονται ως πολύ ψυχοπιεστική την προσαρμογή τους στην ασθένεια και τις πιθανές επιπλοκές της στη ζωή τους (Thompson et al, 1987). Επίσης, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να συνδέουν την βίωση ψυχοπιεστικών γεγονότων και τη μελλοντική ασθένεια από στεφανιαία νόσο (Rosengren et al, 1991), ενώ είναι πιθανότερο πως τα γεγονότα ζωής έχουν μεγαλύτερη επιρροή στα ποσοστά θνησιμότητας στην εξέλιξη της ασθένειας παρά στην αρχική εκδήλωση της (Greenwood et al, 1996).

Στην συνέχεια της ανάλυσης μας προέκυψε ότι οι δύο ομάδες δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην παράμετρο του άγχους (κλίμακες άγχους H.A.S. και STAI) (Πίνακας 9). Παρά το αναμενόμενο αντίθετο αποτέλεσμα [1], η ερμηνεία του ίσως είναι προφανής αν αναλογιστούμε τις συνθήκες εξέτασης των ασθενών. Συγκεκριμένα, η συνάντηση με τους καρκινοπαθείς διενεργήθηκε στο μεσοδιάστημα από την εγγραφή τους στη λίστα αναμονής μέχρι την εξέταση από τον θεράποντα ιατρό τους. Η εξέταση αυτή θα τους αποκάλυπτε την πορεία της νόσου και θα όριζε την θεραπευτική τους αγωγή, μια διαδικασία οπωσδήποτε αγχογόνος. Αντίθετα οι καρδιοπαθείς εξετάστηκαν την επόμενη ημέρα από την στεφανιογραφία στην οποία υποβλήθηκαν, όπου και επικυρώθηκε η διάγνωση της νόσου. Παρόλη την δικαιολογημένη ανησυχία για τη μελλοντική πορεία της ασθένειας, οι αγχώδεις εκδηλώσεις τους ήταν συνήθως μειωμένες ενώ φαινόταν περισσότερο κουρασμένοι και καταπτοημένοι.

[1] Στη βιβλιογραφία η εκδήλωση άγχους έχει συσχετισθεί με τους ασθενείς που πάσχουν από στεφανιαία νόσο (προσωπικότητα τύπου Α)

Παρατηρούμε, ότι η συναισθηματική κατάσταση κατά την διάρκεια της εξέτασης των καρδιολογικών ασθενών είναι διαφορετική από αυτή των ογκολογικών. Το τετελεσμένο γεγονός της ύπαρξης ασθένειας που ισχύει στην πρώτη περίπτωση συμβάλλει σε εκδηλώσεις καταθλιπτικού τύπου των ασθενών. Το γεγονός όμως αυτό δεν δηλώνει την έλλειψη άγχους στην καθημερινότητα τους. Αντίθετα η κατάσταση αναμονής των ασθενών στην δεύτερη περίπτωση συμβάλλει στη δημιουργία επιπρόσθετου άγχους. Υποθέτουμε ότι τελείως διαφορετικά αποτελέσματα θα είχαμε αν διενεργούσαμε την εξέταση σε άλλο χώρο και σε διαφορετική φάση της νόσου.

Σύμφωνα με την έρευνά μας, στην παράμετρο του άγχους ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι το στοιχείο της στατιστικά σημαντικής διαφοράς που παρουσιάζουν οι δύο ομάδες ως προς την ποιοτική έκφραση του. Συγκεκριμένα, οι ογκολογικοί ασθενείς εμφανίζουν υψηλότερες τιμές στο ψυχικό άγχος που το εκφράζουν με φόβους, ανησυχίες, υπερένταση κ.ά.. Αντίθετα οι καρδιολογικοί ασθενείς εκδηλώνουν εντονότερο σωματικό άγχος, που κυρίως εκφράζεται με καρδιολογικά και άλλα σωματικά συμπτώματα. Η διαφορά αυτή στις τιμές του άγχους διαιρεί τις δύο ομάδες ασθενών και ως προς τον τρόπο που το διαχειρίζονται, γεγονός που δεικνύει άτομα που μοιράζονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Η περαιτέρω έρευνα του στοιχείου αυτού ίσως προσφέρει νέα δεδομένα για τους τύπους προσωπικότητας των ασθενών.

Ο παράγοντας της κατάθλιψης κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα και για τις δύο ομάδες των ασθενών χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές. Το εύρημα αυτό συγκλίνει και με συμπεράσματα άλλων ερευνητών, οι οποίοι καταγράφουν ήπιες καταθλιπτικές εκδηλώσεις σε ογκολογικούς (Bieliauskas & Garton, 1982), καθώς και σε καρδιολογικούς ασθενείς (Linden et al, 1996).

Τέλος, οι τιμές της αλεξιθυμίας παρουσιάζονται υψηλότερες στους ογκολογικούς ασθενείς, στοιχείο που σε μία νέα έρευνα μπορεί να συνδυαστεί με την εντονότερη εκδήλωση ψυχικού άγχους των παραπάνω ασθενών.

Από τη μελέτη μας προέκυψε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση των παραμέτρων αλεξιθυμίας - συνολικού άγχους, αλεξιθυμίας - κατάθλιψης και αλεξιθυμίας - μόνιμου άγχους για την ομάδα των ογκολογικών ασθενών. Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει πως οι συγκεκριμένες ψυχολογικές εκδηλώσεις αλληλεξαρτώνται και μία αλλαγή σε κάποιο χαρακτηριστικό συμπαρασύρει και τις άλλες λειτουργίες, αντίθετα από ότι φαίνεται να συμβαίνει στην ομάδα των καρδιολογικών ασθενών όπου δεν παρατηρείται η παραπάνω συσχέτιση.

Επίσης, το αποτέλεσμα της συσχέτισης των εκδηλώσεων κατάθλιψης και αλεξιθυμίας για την ομάδα των ογκολογικών ασθενών φαίνεται να συγκλίνει με μια παλαιότερη υπόθεση που θεωρούσε πως τα δύο χαρακτηριστικά της "καρκινικής" προσωπικότητας είναι α) η απελπισία ως αντίδραση στην ψυχοκαταπόνηση, συμπεριλαμβανομένης της αποτυχίας αντιμετώπισης της ψυχοπιεστικής κατάστασης και β) μια λογική, μη-συναισθηματική αντίδραση απώθησης του αντίκτυπου της συγκεκριμένης κατάστασης, αντί της φυσιολογικής βίωσης έντονων συναισθημάτων (συνήθως φόβου και θυμού) (Eysenck, 1988). Παρά το γεγονός ότι η απελπισία (helpnessness) δεν είναι μια άμεσα μετρήσιμη παράμετρος στην κλίμακα κατάθλιψης που χρησιμοποιήσαμε (M.A.D.R.S.), καθώς και ότι η μη-συναισθηματική αντίδραση απώθησης (non-emotional repressed reaction) δεν διερευνάται από την κλίμακα αλεξιθυμίας S.S.P.S., θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε τις παραπάνω έννοιες ως πολύ σχετικές με τις εκδηλώσεις κατάθλιψης και αλεξιθυμίας. Η βίωση συναισθημάτων απελπισίας είναι μια πολύ συνηθισμένη καταθλιπτική αντίδραση και η μη-συναισθηματική και λογική αντίδραση σε ποικίλες συναισθηματικές καταστάσεις είναι συνήθης σε άτομα που εκδηλώνουν αλεξιθυμία. Έτσι, τα αποτελέσματα μας θα μπορούσαν να στηρίξουν την άποψη που θέλει τους καρκινοπαθείς ως άτομα που κατ' αρχάς αντιδρούν με βίωση καταθλιπτικών συναισθημάτων και συνεχίζουν με την απώθηση των συναισθηματικών τους αντιδράσεων και την συνεπαγόμενη αδυναμία της επικοινωνίας και της εκφόρτισης τους.

Η μελέτη των δεδομένων που προέκυψαν από την έρευνα αυτή, οδήγησε στην σκέψη πως είναι πιθανόν να εντοπίζονται διαφορές των δύο ομάδων ασθενών σε ορισμένα από τα θέματα - ερωτήσεις (items) του συνόλου των εξεταζομένων μεταβλητών. Για να διερευνήσουμε την συγκεκριμένη υπόθεση χρησιμοποιήσαμε την μέθοδο της σταδιακής διακρίνουσας ανάλυσης (stepwise discriminant analysis). Η δοκιμασία αυτή μας επιτρέπει να ελέγξουμε κατά πόσο δύο ή περισσότερες γνωστές ομάδες ατόμων διαφοροποιούνται ως προς ορισμένα χαρακτηριστικά και ποιες είναι οι χρησιμότερες μεταβλητές για την διάκριση τους. Έτσι, από το σύνολο των 84 θεμάτων-ερωτήσεων του συνόλου των μεταβλητών (14 θέματα της κλίμακας H.A.S., 10 της M.A.D.R.S., 20 της SSPS και 40 της STAI) αναδείχθηκαν 12 θέματα που οι τιμές των απαντήσεων τους από έναν ασθενή αποκαλύπτει με πιθανότητα 91,4% την ταυτότητα της ασθένειάς του. Τα 12 αυτά θέματα αντλούνται και από τους δύο τύπους συλλογής

δεδομένων που χρησιμοποιήσαμε στην εργασία μας (εκτίμηση συνεντευκτή, ερωτηματολόγιο). Τα 7 πρώτα θέματα προέρχονται από τις εκτιμήσεις του συνεντευκτή (θέματα των κλιμάκων H.A.S και M.A.D.R.S.), ενώ 5 θέματα αποτελούνται από τις απαντήσεις των ασθενών σε συγκεκριμένες ερωτήσεις που τους τέθηκαν (ερωτήσεις των κλιμάκων SSPS και STAI).

Σύμφωνα με την επεξεργασία των αποτελεσμάτων, ο συνεντευκτής διαπίστωσε εντονότερες εκδηλώσεις άγχους και κατάθλιψης στις συνολικότερες αντιδράσεις της ομάδας των καρκινοπαθών (εκτός της μεταβλητής που εκτιμά τα καρδιολογικά συμπτώματα). Αντίθετα, δεν σημείωσε διαφορές στην συμπεριφορά των δύο ομάδων ασθενών (κλίμακα άγχους H.A.S. No 14) κατά τη στιγμή της εξέτασης. Στις περιπτώσεις που οι ασθενείς καταγράφουν τις αντιδράσεις τους, οι τιμές του άγχους (STAI) και της αλεξιθυμίας (SSPS) εμφανίζονται υψηλότερες στην ομάδα των καρδιοπαθών (εκτός της ερώτησης No 24 της κλίμακας άγχους STAI). Είναι προφανές ότι ενώ κατά την εκτίμηση του συνεντευκτή οι ογκολογικοί ασθενείς βιώνουν εντονότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, οι απαντήσεις τους στα ερωτηματολόγια παρουσιάζουν ηπιότερες τιμές σε σχέση με τους ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Το αντιστρόφως ανάλογο ισχύει για τους καρδιολογικούς ασθενείς.

Το παραπάνω αποτέλεσμα μπορεί εν μέρει να δικαιολογήσει τη διάσταση απόψεων στην σχετική βιβλιογραφία, όπου υφίστανται πλείστες αντιφάσεις ως προς την εκδήλωση των αγχωδών και καταθλιπτικών συμπεριφορών σε ασθενείς με καρκίνο και στεφανιαία νόσο. Η έρευνα μας δεν διαπίστωσε στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μετρήσεις του συνολικού άγχους και της κατάθλιψης στις δύο ομάδες. Οι ασθενείς, ωστόσο, διαφέρουν σε λεπτότερες, μεμονωμένες παραμέτρους και εκφράσεις των παραπάνω μεταβλητών, οι οποίες δεν μπορούν να γίνουν εμφανείς με τις απλές στατιστικές δοκιμασίες. Έτσι, το ερώτημα δεν θα πρέπει να τίθεται ως προς την ύπαρξη ή όχι μιας γενικότερης εικόνας αγχώδους ή καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των ασθενών μιας ορισμένης οργανικής παθολογίας, αλλά ως προς το ποιες συγκεκριμένες εκφράσεις αυτών των μεταβλητών εκδηλώνουν οι ασθενείς που μελετώνται.

Στην έρευνα μας παρατηρούμε ότι η εκτίμηση του συνεντευκτή και οι απαντήσεις των ασθενών δεν συμπίπτουν πάντα, στοιχείο που μπορεί να αναλυθεί ποικιλοτρόπως. Επίσης, σχηματίσαμε την εικόνα πως οι δύο ομάδες ασθενών εμφανίζουν διαφορές ως προς αυτό που βιώνουν και αυτό που εκφράζουν. Τέλος, μας έγινε ξεκάθαρο πως τα αποτελέσματα της έρευνας εξαρτώνται από τα εκάστοτε όργανα που

χρησιμοποιούνται, την φάση της νόσου των ασθενών, το χώρο που διενεργείται η εξέταση τους, καθώς και από τον τύπο της εξέτασης (εκτίμηση του συνεντευκτή ή ερωτηματολόγιο προς τον ασθενή).

Το τελευταίο ζήτημα που επιχειρήσαμε να διερευνήσουμε είναι η ιεράρχηση των 12 θεμάτων ως προς τον βαθμό στον οποίο συμβάλουν στη διαφοροποίηση των δύο ομάδων ασθενών. Τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας έδειξαν πως οι σημαντικότερες ψυχολογικές εκδηλώσεις για την διαφοροποίηση των δύο ομάδων ασθενών είναι η συνύπαρξη α) της εκδήλωσης του άγχους μέσω καρδιολογικών συμπτωμάτων και της καταθλιπτικής διάθεσης, β) της αίσθησης ότι οι άλλοι είναι πιο ευτυχισμένοι και των ποικίλων φόβων και γ) της ψυχοκινητικής διέγερσης. Η ιεράρχηση αυτή των παραγόντων μπορεί να μας φανεί χρήσιμη στην κατάταξη των ασθενών ανάλογα με τις ψυχολογικές εκδηλώσεις που εκφράζουν. Έτσι, για παράδειγμα, ένας ασθενής που εκφράζει το άγχος του κυρίως με καρδιολογικά συμπτώματα και ψυχοκινητική διέγερση αντί με καταθλιπτική διάθεση και ποικίλους φόβους, είναι πιο πιθανόν να ανήκει στην ομάδα των καρδιολογικών ασθενών. Αντίστοιχα, ένας ασθενής που εκφράζει κυρίως καταθλιπτική διάθεση και το άγχος του με ποικίλους φόβους αντί με καρδιολογικά συμπτώματα και ψυχοκινητική διέγερση, είναι πιο πιθανόν να ανήκει στην ομάδα των ογκολογικών ασθενών.

Ο κύριος πάντως προγνώστης για την διαφοροποίηση των ασθενών των δύο ομάδων φαίνεται να είναι η εκδήλωση ή όχι του άγχους με καρδιολογικά συμπτώματα. Ωστόσο, στην περίπτωση των ασθενών με στεφανιαία νόσο, δεν μπορούμε να γνωρίζουμε αν πρόκειται όντως για εκφράσεις του άγχους ή για συμπτώματα της ίδιας της νόσου. Επίσης, δεν μπορούμε να αποκλείσουμε και την περίπτωση να ισχύουν και τα δύο, ενώ είναι αδύνατο να κάνουμε υποθέσεις σχετικά με ποια από τις δύο αιτίες (οργανική ή/και ψυχολογική αιτιολογία των συμπτωμάτων) προηγήθηκε και ποια ακολούθησε.

Σύγκριση καρδιολογικών ασθενών και υγιών ατόμων

Η σύγκριση των καρδιολογικών ασθενών και των υγιών ατόμων έδειξε ότι οι δύο ομάδες δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την κατάταξη των γεγονότων σύμφωνα με τους τομείς στους οποίους αναφέρονται, είτε πρόκειται για γεγονότα που αφορούν τον συναισθηματικό τομέα (π.χ. πένθος) είτε πρόκειται για

τους υπόλοιπους τομείς (π.χ. τρόπος ζωής, εργασία). Όσον αφορά τον αριθμό και τον συναισθηματικό αντίκτυπο των γεγονότων ζωής, οι δύο ομάδες δεν διαφέρουν ως προς στον αριθμό των γεγονότων ζωής στην 5ετία πριν την εκδήλωση της ασθένειας, ενώ στατιστικά σημαντικές διαφορές εμφανίζονται στον συναισθηματικό αντίκτυπο ανά γεγονός. Το παραπάνω αποτέλεσμα μπορεί να ερμηνευτεί με δύο τρόπους: α) οι καρδιολογικοί ασθενείς όντως βίωσαν ως πιο ψυχοπιεστικά τα ίδιου αριθμού και είδους γεγονότα της πενταετίας πριν την εκδήλωση της νόσου, ή β) λόγω του γεγονότος της ύπαρξης της ασθένειας τους, υπερεκτιμούν την ψυχοκαταπόνηση που υπέστησαν. Η εκτίμηση μας είναι πως η πιθανότερη εκδοχή που ισχύει είναι η δεύτερη, δεδομένου ότι οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο αμέσως μετά τη διάγνωση εκδηλώνουν έντονο άγχος (το οποίο μειώνεται σταδιακά τις επόμενες εβδομάδες), και αντιλαμβάνονται ως πολύ ψυχοπιεστική την προσαρμογή τους στην ασθένεια και τις πιθανές επιπλοκές της στη ζωή τους (Thompson et al, 1987). Επίσης, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να συνδέουν την ύπαρξη ψυχοπιεστικών γεγονότων και τη μελλοντική ασθένεια από στεφανιαία νόσο (Rosengren et al, 1991), ενώ είναι πιθανότερο πως τα γεγονότα ζωής έχουν μεγαλύτερη επιρροή στη θνησιμότητα από την ασθένεια παρά στην αρχική εκδήλωση της (Greenwood et al, 1996).

Τα αποτελέσματα της εκτίμησης των ψυχολογικών εκδηλώσεων μας δείχνουν πως παρά το αυξημένο ψυχικό και το τωρινό άγχος των καρδιολογικών ασθενών (πιθανότατα λόγω του γεγονότος της ασθένειας), η παράμετρος του συνολικού άγχους (H.A.S.) δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές στις δύο ομάδες. Επίσης δεν συναντούμε διαφορές ως προς το σωματικό άγχος (H.A.S.), το μόνιμο άγχος (STAI), την αλεξιθυμία (SSPS) και την κατάθλιψη (M.A.D.R.S.). Φαίνεται πως οι υγιείς που εκδηλώνουν καρδιολογικά συμπτώματα, παρά την επιβεβαίωση πως δεν πάσχουν από κάποια νόσο, συνεχίζουν να εκδηλώνουν συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και αλεξιθυμίας. Το στοιχείο αυτό συμφωνεί με τα συμπεράσματα άλλων ερευνών, οι οποίες αναφέρουν τις ίδιες εκδηλώσεις σε άτομα που εκφράζουν συμπτώματα σωματοποίησης. Οι Barsky και συν. (1994) μελετώντας ασθενείς που παραπονιόταν για «πτερυγισμούς» χωρίς να επιβεβαιώνεται κλινικά κάποια αρρυθμία, βρήκε να εκδηλώνουν συμπτώματα σωματοποίησης, υποχονδρίας και εκτεταμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι ασθενείς αυτοί δεν ήταν πιο ευαίσθητοι ή ακριβείς όσον αφορά την καρδιακή τους λειτουργία, αλλά μάλλον εξέφραζαν μια αντίδραση απέναντι σε ψυχοπιεστικούς παράγοντες. Σε μια μελέτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Gureje et

al, 1997), η σωματοποίηση βρέθηκε να συνδέεται με αυξημένη αναφορά περί ύπαρξης ασθένειας, αρνητική αντίληψη για την υγεία, ήπια κατάθλιψη και γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Επίσης, ο Alexander (1994) ανέφερε πως η διαταραχή πανικού και η μείζων κατάθλιψη ήταν σημαντικά αυξημένες σε ασθενείς άνευ καρδιακής νόσου που βιώνανε έντονο πόνο στο στήθος.

Στατιστικά σημαντικές τιμές για την ομάδα των υγιών ατόμων παρουσιάζονται στις συσχετίσεις α) του συναισθηματικού αντίκτυπου των γεγονότων ζωής, β) του αντίκτυπου της ασθένειας-νοσηλείας και γ) της αλεξιθυμίας με τις παραμέτρους του άγχους, κάτι που δεν ισχύει για την ομάδα των καρδιολογικών ασθενών. Έτσι, φαίνεται ότι στα υγιή άτομα, αυτό που περιγράφουν οι ίδιοι πως αισθάνονται (συναισθηματικός αντίκτυπος, αλεξιθυμία) με αυτό που ο ερευνητής εκτιμά (παράμετροι του άγχους) συμβαδίζουν, ενώ το αντίθετο συμβαίνει στην περίπτωση των καρδιολογικών ασθενών. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με τις έρευνες που χαρακτηρίζουν τους ασθενείς με στεφανιαία νόσο ως άτομα που απωθούν την ψυχοκαταπόνηση και προσπαθούν να δείχνουν καλύτερα από ότι αισθάνονται (Denollet, 1996).

Η μελέτη των δεδομένων που προέκυψαν από την έρευνα αυτή, οδήγησε στην σκέψη πως είναι πιθανόν να εντοπίζονται διαφορές των δύο ομάδων ασθενών σε ορισμένα από τα θέματα - ερωτήσεις (items) του συνόλου των εξεταζομένων μεταβλητών. Για να διερευνήσουμε την συγκεκριμένη υπόθεση χρησιμοποιήσαμε την μέθοδο της σταδιακής διακρίνουσας ανάλυσης (stepwise discriminant analysis). Η δοκιμασία αυτή μας επιτρέπει να ελέγξουμε κατά πόσο δύο ή περισσότερες γνωστές ομάδες ατόμων διαφοροποιούνται ως προς ορισμένα χαρακτηριστικά και ποιες είναι οι χρησιμότερες μεταβλητές για την διάκριση τους. Έτσι, από το σύνολο των 84 θεμάτων-ερωτήσεων του συνόλου των μεταβλητών (14 θέματα της κλίμακας H.A.S., 10 της M.A.D.R.S., 20 της SSPS και 40 της STAI) αναδείχθηκαν 12 θέματα που οι τιμές των απαντήσεων τους από έναν ασθενή αποκαλύπτει με πιθανότητα 82,8% την ταυτότητα της ασθένειάς του. Τα 12 αυτά θέματα αντλούνται και από τους δύο τύπους συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήσαμε στην εργασία μας (εκτίμηση συνεντευκτή, ερωτηματολόγιο). Τα 2 πρώτα θέματα προέρχονται από τις εκτιμήσεις του συνεντευκτή (θέματα της κλίμακας H.A.S), ενώ 10 θέματα αποτελούνται από τις απαντήσεις των ασθενών σε συγκεκριμένες ερωτήσεις που τους τέθηκαν (ερωτήσεις των κλιμάκων SSPS και STAI).

Σύμφωνα με την επεξεργασία των αποτελεσμάτων, ο συνεντευκτής διαπίστωσε διαφορές στην εκδήλωση του άγχους των δύο ομάδων κατά τη στιγμή της εξέτασης. Συγκεκριμένα, η ομάδα των καρδιολογικών ασθενών εξέφραζε εντονότερα διάφορες ανησυχίες, φόβους και ευερεθιστότητα, ενώ οι υγιείς εκδήλωναν το άγχος τους με ψυχολογική ένταση και με συμπτώματα του ουρογεννητικού συστήματος (κλίμακα άγχους H.A.S. No 2 και 12). Στις επόμενες παραμέτρους όπου οι ασθενείς καταγράφουν τις αντιδράσεις τους, οι καρδιολογικοί ασθενείς φαίνεται να εμφανίζουν εντονότερα συμπτώματα αλεξιθυμίας (SSPS No 11, 12, 19) και να βιώνουν εντονότερα συμπτώματα άγχους (αγωνία, ψυχοκινητική διέγερση, υπερένταση (STAI No 4, 7, 9, 14, 19). Αντίθετα, οι υγιείς απαντούν πως νιώθουν περισσότερο χαλαρωμένοι, ονειρεύονται συχνότερα στον ύπνο τους και προτιμούν να δίνουν μεγαλύτερο βάρος στη βίωση παρά στη λογική επεξεργασία των συναισθημάτων τους (STAI No 10, 15 και SSPS No 12, 19).

Το τελευταίο ζήτημα που επιχειρήσαμε να διερευνήσουμε είναι η ιεράρχηση των 12 θεμάτων ως προς τον βαθμό στον οποίο συμβάλουν στη διαφοροποίηση των δύο ομάδων ασθενών. Τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας έδειξαν πως οι σημαντικότερες ψυχολογικές εκδηλώσεις για την διαφοροποίηση των ασθενών είναι η συνύπαρξη α) της επιθυμίας να είναι κανείς ακριβολόγος και της ανησυχίας για το μέλλον, β) των συμπτωμάτων του ουρογεννητικού συστήματος και της ψυχοκινητικής διέγερσης και γ) της συχνής εκδήλωσης ονείρων. Η ιεράρχηση αυτή των παραγόντων μπορεί να μας φανεί χρήσιμη στην κατάταξη των ασθενών ανάλογα με τις ψυχολογικές εκδηλώσεις που εκφράζουν. Έτσι, για παράδειγμα, ένας ασθενής που ονειρεύεται σπάνια, είναι ακριβολόγος και εκφράζει το άγχος του κυρίως ανησυχία, φόβους και ψυχοκινητική διέγερση αντί με συμπτώματα του ουρογεννητικού συστήματος, είναι πιο πιθανόν να ανήκει στην ομάδα των καρδιολογικών ασθενών. Αντίστοιχα, ένας ασθενής που ονειρεύεται συχνότερα και εκφράζει το άγχος του με συμπτώματα του ουρογεννητικού συστήματος αντί με ανησυχία, φόβους και ψυχοκινητική διέγερση, είναι πιο πιθανόν να ανήκει στην ομάδα των υγιών ατόμων.

Σύγκριση ογκολογικών, καρδιολογικών ασθενών και υγιών ατόμων

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων μας προέκυψε πως στην κατηγορία των ογκολογικών ασθενών αναφέρεται μεγαλύτερος συναισθηματικός αντίκτυπος στο γεγονός της ασθένειας, εμφανίζονται εντονότερα συμπτώματα αλεξιθυμίας, κατάθλιψης και ψυχικού άγχους και παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση της αλεξιθυμίας με την κατάθλιψη και όλες τις παραμέτρους του άγχους. Αντίστοιχα στην κατηγορία των καρδιολογικών ασθενών αναφέρεται μεγαλύτερος συναισθηματικός αντίκτυπος στα ψυχοπιεστικά γεγονότα της 5ετίας πριν την εκδήλωση της ασθένειας και εκδηλώνονται εντονότερα συμπτώματα προσωρινού άγχους. Τέλος, στην κατηγορία των υγιών που εκδηλώνουν πόνο στο στήθος αναφέρεται μικρότερος συναισθηματικός αντίκτυπος στο γεγονός της νοσηλείας, εκδηλώνονται εντονότερα συμπτώματα σωματικού άγχους και εμφανίζεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση των παραμέτρων του άγχους με τον αντίκτυπο ανά γεγονός και με τον αντίκτυπο στο γεγονός της νοσηλείας τους.

Τα παραπάνω αποτελέσματα, εκτός της χρησιμότητας τους ως προς τη διαφοροποίηση των εξεταζομένων ομάδων όσον αφορά τα γεγονότα ζωής και τα ψυχολογικά τους χαρακτηριστικά, μας δίνουν και την ευκαιρία να κάνουμε ορισμένα περαιτέρω σχόλια προς την κατεύθυνση της ερμηνείας τους.

Πιο συγκεκριμένα, ο μεγαλύτερος συναισθηματικός αντίκτυπος στα γεγονότα ζωής που εκφράζουν οι καρδιολογικοί ασθενείς μπορεί να ερμηνευτεί με δύο τρόπους: α) οι καρδιολογικοί ασθενείς όντως βίωσαν ως πιο ψυχοπιεστικά τα ίδιου αριθμού και είδους γεγονότα της πενταετίας πριν την εκδήλωση της νόσου, ή β) λόγω του γεγονότος της ύπαρξης της ασθένειας τους, υπερεκτιμούν την ψυχοκαταπόνηση που υπέστησαν. Η εκτίμηση μας είναι πως η πιθανότερη εκδοχή που ισχύει είναι η δεύτερη, δεδομένου ότι οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο αμέσως μετά τη διάγνωση εκδηλώνουν έντονο άγχος (το οποίο μειώνεται σταδιακά τις επόμενες εβδομάδες) και αντιλαμβάνονται ως πολύ ψυχοπιεστική την προσαρμογή τους στην ασθένεια και τις πιθανές επιπλοκές της στη ζωή τους (Thompson et al, 1987). Επίσης, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να συνδέουν την ύπαρξη ψυχοπιεστικών γεγονότων και τη μελλοντική ασθένεια από στεφανιαία νόσο (Rosengren et al, 1991), ενώ είναι πιθανότερο πως τα γεγονότα ζωής έχουν μεγαλύτερη επιρροή στη θνησιμότητα από την ασθένεια παρά στην αρχική εκδήλωση της (Greenwood et al, 1996).

Όσον αφορά στην παράμετρο του συναισθηματικού αντίκτυπο στο γεγονός της ασθένειας, μια προσεκτική εξέταση του αποτελέσματος αποκαλύπτει πως οι τιμές των ογκολογικών και των καρδιολογικών ασθενείς δεν εμφανίζουν μεγάλη διαφορά, ενώ είναι πιθανότερο η διαφορά που παρατηρείται στο συνολικό μοντέλο να οφείλεται στον κατά πολύ χαμηλότερο μέσο όρο τιμών της ομάδας των υγιών ατόμων. Το αποτέλεσμα αυτό είναι απολύτως αναμενόμενο, δεδομένης της ύπαρξης της ασθένειας στις δύο πρώτες ομάδες.

Το αποτέλεσμα κατά το οποίο στην κατηγορία των υγιών εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές τιμές στην συσχέτιση του συναισθηματικού αντίκτυπου των γεγονότων ζωής και του αντίκτυπου της ασθένειας-νοσηλείας με τις παραμέτρους του άγχους δείχνει ότι στα υγιή άτομα, αυτό που περιγράφουν οι ίδιοι πως αισθάνονται (συναισθηματικός αντίκτυπος στα γεγονότα ζωής και στην ασθένεια) με αυτό που ο ερευνητής εκτιμά (παράμετροι του άγχους) συμβαδίζουν, ενώ το αντίθετο συμβαίνει στην περίπτωση των ογκολογικών και καρδιολογικών ασθενών. Το εύρημα αυτό φαίνεται να συμφωνεί με τη θεώρηση των ασθενών με στεφανιαία νόσο ως άτομα που απωθούν την ψυχοκαταπόνηση και προσπαθούν να δείχνουν καλύτερα από ότι αισθάνονται (Denollet, 1996).

Το αποτέλεσμα που αναφέρεται στις τιμές των μέσων όρων της κατάθλιψης για τις τρεις εξεταζόμενες ομάδες συγκλίνει και με τα συμπεράσματα άλλων ερευνητών, οι οποίοι καταγράφουν ήπιες καταθλιπτικές εκδηλώσεις σε ογκολογικούς (Bieliauskas & Garron, 1982) και καρδιολογικούς ασθενείς (Linden et al, 1996), καθώς και σε ασθενείς άνευ καρδιακής νόσου που βιώνανε έντονο πόνο στο στήθος (Alexander et al, 1994).

Από το αποτέλεσμα της στατιστικώς σημαντικής συσχέτισης των παραμέτρων αλεξιθυμίας - συνολικού άγχους, αλεξιθυμίας - κατάθλιψης και αλεξιθυμίας - μόνιμου άγχους για την ομάδα των ογκολογικών ασθενών προκύπτει πως οι συγκεκριμένες ψυχολογικές εκδηλώσεις αλληλεξαρτώνται και μία αλλαγή σε κάποιο χαρακτηριστικό συμπαρασύρει και τις άλλες λειτουργίες, αντίθετα από ότι φαίνεται να συμβαίνει στην ομάδα των καρδιολογικών ασθενών όπου δεν παρατηρείται η παραπάνω συσχέτιση. Το αποτέλεσμα της συσχέτισης των τριών ψυχολογικών εκδηλώσεων για την ομάδα των ογκολογικών ασθενών, σε συνδυασμό με το γεγονός πως παρουσιάζονται υψηλότερες τιμές στις παραμέτρους της αλεξιθυμίας και της κατάθλιψης για την συγκεκρι-

μένη ομάδα, δείχνει ότι οι καρκινοπαθείς βιώνουν εντονότερη ψυχολογική αποδιοργάνωση σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες.

Επίσης, το αποτέλεσμα της συσχέτισης των εκδηλώσεων κατάθλιψης και αλεξιθυμίας για την ομάδα των ογκολογικών ασθενών φαίνεται να συγκλίνει με μια παλαιότερη υπόθεση που θεωρούσε πως τα δύο χαρακτηριστικά της "καρκινικής" προσωπικότητας είναι α) η απελπισία ως αντίδραση στην ψυχοκαταπόνηση, συμπεριλαμβανομένης της αποτυχίας αντιμετώπισης της ψυχοπιεστικής κατάστασης και β) μια λογική, μη-συναισθηματική αντίδραση απώθησης του αντίκτυπου της συγκεκριμένης κατάστασης, αντί της φυσιολογικής βίωσης έντονων συναισθημάτων (συνήθως φόβου και θυμού) (Eysenck, 1988). Παρά το γεγονός ότι η απελπισία (helpnessness) δεν είναι μια άμεσα μετρήσιμη παράμετρος στην κλίμακα κατάθλιψης που χρησιμοποιήσαμε (M.A.D.R.S.), καθώς και ότι η μη-συναισθηματική αντίδραση απώθησης (non-emotional repressed reaction) δεν διερευνάται από την κλίμακα αλεξιθυμίας S.S.P.S., θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε τις παραπάνω έννοιες ως πολύ σχετικές με τις εκδηλώσεις κατάθλιψης και αλεξιθυμίας. Η βίωση συναισθημάτων απελπισίας είναι μια πολύ συνηθισμένη καταθλιπτική αντίδραση και η μη-συναισθηματική και λογική αντίδραση σε ποικίλες συναισθηματικές καταστάσεις είναι συνήθης σε άτομα που εκδηλώνουν αλεξιθυμία. Έτσι, τα αποτελέσματα μας θα μπορούσαν να στηρίξουν την άποψη που θέλει τους καρκινοπαθείς ως άτομα που κατ' αρχάς αντιδρούν με βίωση καταθλιπτικών συναισθημάτων και συνεχίζουν με την απώθηση των συναισθηματικών τους αντιδράσεων και την συνεπαγόμενη αδυναμία της επικοινωνίας και της εκφόρτισης τους.

Οι παραπάνω στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο στις αναλογίες ψυχικού και σωματικού άγχους, όσο και στις συσχετίσεις των μεταβλητών, προτείνουν την ύπαρξη διαφορών των τριών ομάδων στο επίπεδο της γενικότερης διαχείρισης των ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής και δεικνύουν ομάδες ατόμων που μοιράζονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Η περαιτέρω διερεύνηση των στοιχείων αυτών, ίσως σε συνδυασμό με ενδείξεις δοκιμασιών προσωπικότητας (MMPI, προβολικά τεστ), και κλινικές μελέτες (μακρόπνοες ψυχοθεραπείες), είναι πιθανό να προσφέρει νέα δεδομένα για τους τύπους προσωπικότητας των ασθενών. Τέλος, δεν θα πρέπει να παραλειφθεί από μεταγενέστερες έρευνες η μελέτη της επίδρασης που ενδεχομένως έχουν οι φιλοσοφικές και θεολογικές τοποθετήσεις των ατόμων στην αντιμετώπιση της ασθένειας και των υπολοίπων ψυχοπιεστικών καταστάσεων που βιώνουν.

Πρόταση έρευνας

Στην έρευνα μας παρατηρούμε ότι η εκτίμηση του συνεντευκτή και οι απαντήσεις των ασθενών δεν συμπίπτουν πάντα, στοιχείο που μπορεί να αναλυθεί ποικιλοτρόπως. Επίσης, σχηματίσαμε την εικόνα πως οι δύο ομάδες ασθενών εμφανίζουν διαφορές ως προς αυτό που βιώνουν και αυτό που εκφράζουν. Τέλος, μας έγινε ξεκάθαρο πως τα αποτελέσματα της έρευνας εξαρτώνται από τα εκάστοτε όργανα που χρησιμοποιούνται, τη φάση της νόσου των ασθενών, το χώρο που διενεργείται η εξέταση τους, καθώς και από τον τύπο εξέτασης (εκτίμηση του συνεντευκτή ή ερωτηματολόγιο προς τον ασθενή).

Τα ευρήματα της εργασίας αυτής μας ενθαρρύνουν στην πρόταση μιας νέας έρευνας σε αρκετά μεγαλύτερο δείγμα ασθενών με καρκίνο εντέρου και στεφανιαία νόσο. Οι στόχοι αυτής της έρευνας θα είναι:

Η επιβεβαίωση ή μη της υπόθεσης πως στην διερεύνηση των ψυχολογικών εκδηλώσεων σε ασθενείς με καρκίνο εντέρου και στεφανιαία νόσο, η εκτίμηση του συνεντευκτή και οι απαντήσεις των ασθενών δεν συμπίπτουν πάντα.

Η επιβεβαίωση ή μη της υπόθεσης πως οι δύο ομάδες ασθενών μπορεί να εμφανίζουν διαφορές ως προς αυτό που βιώνουν και αυτό που εκφράζουν.

Η επιβεβαίωση ή μη της υπόθεσης πως το σύνολο των 12 θεμάτων-ερωτήσεων στα οποία διαφοροποιούνται οι δύο ομάδες ασθενών (Πίνακας 12) παρουσιάζει υψηλό δείκτη εσωτερικής σταθερότητας (internal consistency) και αποτελεί αυτόνομο παράγοντα διαφοροποίησης των δύο ομάδων.

Ο έλεγχος των παραπάνω υποθέσεων μπορεί να γίνει με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου όπως αυτό που παρουσιάζεται στον Πίνακα 24. Η συμπλήρωση της κλίμακας μπορεί να γίνει στα 7 πρώτα θέματα από το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό - μετά από μικρής διάρκειας εκπαίδευση- και των υπολοίπων 5 ερωτήσεων από τους ασθενείς. Η βαθμολογία των απαντήσεων μπορεί να γίνει με ένα κλειδί σαν αυτό που παρουσιάζεται επίσης στον Πίνακα 24, όπου για τον κάθε ασθενή θα προκύπτει ένα αριθμητικό αποτέλεσμα από το άθροισμα των επιμέρους τιμών. Η κατασκευή του φύλλου απαντήσεων, αν οι υποθέσεις μας είναι σωστές, έγινε με το σκεπτικό πως οι γυνοκολογικοί ασθενείς θα εμφανίσουν πολύ μικρότερο άθροισμα από αυτό των καρδιολογικών. Έτσι, η ενδεχόμενη επιβεβαίωση της χρησιμότητας της κλίμακας που προτείνου-

με θα μας επιτρέψει να προχωρήσουμε σε περαιτέρω χρήσιμες παρατηρήσεις για τις ψυχολογικές εκδηλώσεις των ασθενών με καρκίνο εντέρου και στεφανιαία νόσο, εκδηλώσεις που όπως αποδείχτηκε απαίτησαν λεπτούς χειρισμούς για να αναδειχθούν.

Πίνακας 24: Προτεινόμενη κλίμακα εκτιμήσεων-ερωτήσεων και φύλο απαντήσεων προς εφαρμογή σε ασθενείς με καρκίνο εντέρου και στεφανιαία νόσο.

Εκτίμηση κλινικού	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ
Φόβοι (του πλήθους, της μοναξιάς, νοσοφοβία)				
Καταθλιπτική διάθεση (απώλεια ενδιαφερόντων, πρώιμη αφύπνιση)				
Συμπτώματα καρδιολογικά (ταχυκαρδία, πόνος στο στήθος)				
Συμπεριφορά του ασθενή κατά την εξέταση (υπερένταση, ταραχή)				
Εμφανής λύπη				
Εκφραζόμενη λύπη				
Δυσκολίες στην συγκέντρωση				
Απαντήσεις ασθενή				
Ονειροπολώ πολύ				
Ανησυχώ για ενδεχόμενες ατυχίες				
Βρίσκομαι σε διέγερση				
Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος όσο οι άλλοι φαίνονται να είναι				
Έρχομαι σε μια κατάσταση αναστάτωσης, όταν σκέφτομαι τις δυσκολίες και τα ενδιαφέροντα μου				

Εκτίμηση κλινικού				
Φόβοι (του πλήθους, της μοναξιάς, νοσοφοβία)	4	3	2	1
Καταθλιπτική διάθεση (απώλεια ενδιαφερόντων, πρώιμη αφύπνιση)	4	3	2	1
Συμπτώματα καρδιολογικά (ταχυκαρδία, πόνος στο στήθος)	1	2	3	4
Συμπεριφορά του ασθενή κατά την εξέταση (υπερένταση, ταραχή)	4	3	2	1
Εμφανής λύπη	4	3	2	1
Εκφραζόμενη λύπη	4	3	2	1
Δυσκολίες στην συγκέντρωση	4	3	2	1
Απαντήσεις ασθενή				
Ονειροπολώ πολύ	1	2	3	4
Ανησυχώ για ενδεχόμενες ατυχίες	1	2	3	4
Βρίσκομαι σε διέγερση	1	2	3	4
Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος όσο οι άλλοι φαίνονται να είναι	4	3	2	1
Έρχομαι σε μια κατάσταση αναστάτωσης, όταν σκέφτομαι τις δυσκολίες και τα ενδιαφέροντα μου	1	2	3	4

Με αντίστοιχο τρόπο μπορεί να γίνει μια ίδιου τύπου έρευνα σε μεγάλο δείγμα ασθενών με στεφανιαία νόσο και υγιών που εκδηλώνουν καρδιολογικά συμπτώματα. Οι στόχοι της έρευνας θα είναι:

Η επιβεβαίωση η μη της υπόθεσης πως, κατά τη στιγμή της εξέτασης, οι καρδιολογικοί ασθενείς εκφράζουν εντονότερα διάφορες ανησυχίες, φόβους και ευερεθιστότητα, ενώ οι υγιείς εκδηλώνουν το άγχος τους με πιο πολλά συμπτώματα του ουρογεννητικού συστήματος.

Η επιβεβαίωση η μη της υπόθεσης πως οι καρδιολογικοί ασθενείς εμφανίζουν εντονότερα συμπτώματα αλεξιθυμίας και βιώνουν εντονότερα συμπτώματα άγχους (αγωνία, ψυχοκινητική διέγερση, υπερένταση), ενώ οι υγιείς νιώθουν περισσότερο χαλαρωμένοι, ονειρεύονται συχνότερα στον ύπνο τους και προτιμούν να δίνουν μεγαλύτερο βάρος στη βίωση παρά στη λογική επεξεργασία των συναισθημάτων τους.

Ο έλεγχος των παραπάνω υποθέσεων μπορεί να γίνει με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου όπως αυτό που παρουσιάζεται στον Πίνακα 25. Η συμπλήρωση της κλίμακας μπορεί να γίνει στα 2 πρώτα θέματα από το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό - μετά από μικρής διάρκειας εκπαίδευση- και των υπολοίπων 10 ερωτήσεων από τους ασθενείς. Η βαθμολογία των απαντήσεων μπορεί να γίνει με ένα κλειδί σαν αυτό που παρουσιάζεται επίσης στον Πίνακα 25, όπου για τον κάθε ασθενή θα προκύπτει ένα αριθμητικό αποτέλεσμα από το άθροισμα των επιμέρους τιμών. Η κατασκευή του φύλλου απαντήσεων, αν οι υποθέσεις μας είναι σωστές, έγινε με το σκεπτικό πως οι καρδιολογικοί ασθενείς θα εμφανίσουν πολύ μικρότερο άθροισμα από αυτό των υγιών. Η επιβεβαίωση των παραπάνω υποθέσεων θα μας δείξει αν όντως οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο βιώνουν αυξημένα επίπεδα άγχους (πιθανόν λόγω της ύπαρξης της νόσου και των μελλοντικών επιπλοκών στη ζωή τους) και αν οι δύο ομάδες αποτελούνται από άτομα που χρησιμοποιούν άλλου τύπου στρατηγικές αντιμετώπισης (coping style) της ψυχοκαταπόνησης.

Πίνακας 25: Προτεινόμενη κλίμακα εκτιμήσεων-ερωτήσεων και φύλο απαντήσεων προς εφαρμογή σε με στεφανιαία νόσο και υγιή άτομα.

Εκτίμηση κλινικού	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ
Ένταση (αίσθημα ανησυχίας, ακαθόριστοι φόβοι, ευερεθιστότητα)				
Συμπτώματα ουρογεννητικά (συχνοουρία, αμηνόρροια, ψυχρότητα, πρώιμη εκσπερμάτωση)				
Απαντήσεις ασθενών				
Μου αρέσει να είμαι ακριβής				
Προτιμώ να εξετάζω το πώς αισθάνομαι, παρά να περιγράφω το καθετί με λεπτομέρειες.				
Συχνά ονειρεύομαι στον ύπνο μου				
Έχω αγωνία				
Ανησυχώ για ενδεχόμενες ατυχίες				
Αισθάνομαι άγχος				
Αισθάνομαι βολικά				
Βρίσκομαι σε διέγερση				
Είμαι χαλαρωμένος				
Αισθάνομαι υπερένταση				

Εκτίμηση κλινικού				
Ένταση (αίσθημα ανησυχίας, ακαθόριστοι φόβοι, ευερεθιστότητα)	4	3	2	1
Συμπτώματα ουρογεννητικά (συχνοουρία, αμηνόρροια, ψυχρότητα, πρώιμη εκσπερμάτωση)	1	2	3	4
Απαντήσεις ασθενών				
Μου αρέσει να είμαι ακριβής	4	3	2	1
Προτιμώ να εξετάζω το πώς αισθάνομαι, παρά να περιγράφω το καθετί με λεπτομέρειες.	1	2	3	4
Συχνά ονειρεύομαι στον ύπνο μου	1	2	3	4
Έχω αγωνία	4	3	2	1
Ανησυχώ για ενδεχόμενες ατυχίες	4	3	2	1
Αισθάνομαι άγχος	4	3	2	1
Αισθάνομαι βολικά	1	2	3	4
Βρίσκομαι σε διέγερση	4	3	2	1
Είμαι χαλαρωμένος	1	2	3	4
Αισθάνομαι υπερένταση	4	3	2	1

Συμπεράσματα-Προτάσεις

Τα γενικότερα συμπεράσματα της παρούσας συγκριτική μελέτης γεγονότων ζωής και ψυχολογικών εκδηλώσεων (άγχους, κατάθλιψης, αλεξιθυμίας) σε ασθενείς με καρκίνο εντέρου, ασθενείς με στεφανιαία νόσο και υγιή άτομα, μαζί με τις συνεπαγόμενες προτάσεις, θα μπορούσαν να συνοψιστούν στα παρακάτω:

- Γενικά, οι ογκολογικοί καθώς και οι καρδιολογικοί ασθενείς, όπως προκύπτει από την συγκεκριμένη έρευνα, δεν εκδηλώνουν παθολογικό άγχος, παθολογική κατάθλιψη ή έντονη αλεξιθυμία. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με την θεώρηση πως τόσο ο καρκίνος όσο και η στεφανιαία νόσος σπανίως συνδέονται με έντονα συμπτώματα των παραπάνω εκδηλώσεων σε βαθμό που να συνιστούν ενδείξεις κάποιας ψυχιατρικής παθολογίας, αφού η εμφάνιση μιας νόσου με ψυχοσωματικά χαρακτηριστικά δύναται να λειτουργεί και ως εκφραστής των άλυτων ενδοψυχικών συγκρούσεων και τραυμάτων του ατόμου. Έτσι, η δυσκολία των ατόμων να διατηρηθούν υγιείς και να προσαρμοστούν στις τρέχουσες καταστάσεις της ζωής τους, τόσο στο βιολογικό όσο και στο ψυχολογικό επίπεδο, εκφράζεται με την ίδια την ύπαρξη της νόσου, ενώ η ταυτόχρονη εμφάνιση των συγκεκριμένων ψυχολογικών εκδηλώσεων μπορεί να υποδηλώνει περαιτέρω δυσκολίες των ασθενών στο να δεχτούν την ύπαρξη της ασθένειας τους ή την κατάσταση ζωής που βιώνουν.
- Ο παράγοντας του φύλου των ατόμων επηρεάζει την έκφραση των ψυχολογικών παραμέτρων που εκτιμήθηκαν (υποκειμενική εκτίμηση του συναισθηματικού αντίκτυπου στα γεγονότα ζωής και στην ύπαρξη της ασθένειας, αλεξιθυμία, άγχος, κατάθλιψη). Ειδικότερα, στις ομάδες των ογκολογικών ασθενών και των υγιών ατόμων, η κατηγορία των γυναικών παρουσιάζει υψηλότερες τιμές. Ωστόσο, τα δεδομένα της παρούσας έρευνας δεν επιτρέπουν τον περαιτέρω σχολιασμό του συγκεκριμένου αποτελέσματος.
- Όσον αφορά στη σύγκριση των τριών ομάδων σχετικά με το είδος των ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής που ανέφεραν δεν απεδείχθησαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, είτε πρόκειται για γεγονότα που αφορούν τον συναισθηματικό τομέα (π.χ. πένθος) είτε πρόκειται για τους υπόλοιπους τομείς (π.χ. τρόπος ζωής, εργασία). Επίσης, δεν απεδείχθησαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την

σύγκριση των τριών ομάδων σχετικά με τον αριθμό των ψυχοπιεστικών τους βιωμάτων στην 5ετία πριν την εκδήλωση της ασθένειας ή τη νοσηλεία τους.

- Αντίθετα διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές των εξεταζομένων ομάδων στον συναισθηματικό αντίκτυπο ανά γεγονός, με μεγαλύτερες τιμές για την ομάδα των καρδιολογικών ασθενών. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να ερμηνευτεί με δύο τρόπους: α) οι καρδιολογικοί ασθενείς πράγματι βίωσαν ως πιο ψυχοπιεστικά γεγονότα ίδιου αριθμού και είδους την πενταετία πριν την εκδήλωση της νόσου, ή β) λόγω του γεγονότος της ύπαρξης της ασθένειας τους, υπερεκτιμούν την ψυχοκατάπόνηση που υπέστησαν και δρουν πιο αυτοπροστατευτικά δίνοντας έμφαση στην δεδομένη κατάσταση. Η εκτίμηση μας είναι πως η πιθανότερη εκδοχή που ισχύει είναι η δεύτερη, δεδομένου ότι οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο αμέσως μετά τη διάγνωση εκδηλώνουν έντονο άγχος (το οποίο μειώνεται σταδιακά τις επόμενες εβδομάδες) και αντιλαμβάνονται ως πολύ ψυχοπιεστική την προσαρμογή τους στην ασθένεια και τις πιθανές επιπλοκές της στη ζωή τους. Επίσης, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να συνδέουν την βίωση ψυχοπιεστικών γεγονότων και τη μελλοντική ασθένεια από στεφανιαία νόσο, ενώ είναι πιθανότερο πως τα γεγονότα ζωής έχουν μεγαλύτερη επιρροή στα ποσοστά θνησιμότητας στην εξέλιξη της ασθένειας παρά στην αρχική εκδήλωση της.
- Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν στην παράμετρο του συναισθηματικού αντίκτυπου της ασθένειας, με μεγαλύτερες τιμές για τους ογκολογικούς ασθενείς. Ωστόσο, η διαφορά των μέσων όρων για τις ομάδες των ογκολογικών και των καρδιολογικών ασθενών δεν είναι μεγάλη, ενώ η υψηλή στατιστική διαφορά στη συνολική σύγκριση οφείλεται στον κατά πολύ χαμηλότερο μέσο όρο τιμών της ομάδας των υγιών ατόμων. Το αποτέλεσμα αυτό είναι απολύτως αναμενόμενο, δεδομένης της ύπαρξης της ασθένειας στις δύο πρώτες ομάδες.
- Συνοπτικότερα, από την ανάλυση των αποτελεσμάτων μας προέκυψε πως στην κατηγορία των ογκολογικών ασθενών αναφέρεται μεγαλύτερος συναισθηματικός αντίκτυπος στο γεγονός της ασθένειας, εμφανίζονται εντονότερα συμπτώματα αλεξιθυμίας, κατάθλιψης και ψυχικού άγχους και παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση της αλεξιθυμίας με την κατάθλιψη και όλες τις παραμέτρους του άγχους. Αντίστοιχα στην κατηγορία των καρδιολογικών ασθενών αναφέρεται μεγαλύτερος συναισθηματικός αντίκτυπος στα ψυχοπιεστικά γεγονότα της 5ετίας πριν την εκδήλωση της ασθένειας και εκδηλώνονται εντονότερα συμπτώματα

προσωρινού άγχους. Τέλος, στην κατηγορία των υγιών που εκδηλώνουν πόνο στο στήθος αναφέρεται μικρότερος συναισθηματικός αντίκτυπος στο γεγονός της νοσηλείας, εκδηλώνονται εντονότερα συμπτώματα σωματικού άγχους και εμφανίζεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση των παραμέτρων του άγχους με τον αντίκτυπο ανά γεγονός και με τον αντίκτυπο στο γεγονός της νοσηλείας τους.

- Από το αποτέλεσμα της στατιστικώς σημαντικής συσχέτισης των παραμέτρων αλεξιθυμίας - συνολικού άγχους, αλεξιθυμίας - κατάθλιψης και αλεξιθυμίας - μόνιμου άγχους για την ομάδα των ογκολογικών ασθενών προκύπτει πως οι συγκεκριμένες ψυχολογικές εκδηλώσεις αλληλεξαρτώνται και μία αλλαγή σε κάποιο χαρακτηριστικό συμπαρασύρει και τις άλλες λειτουργίες, αντίθετα από ότι φαίνεται να συμβαίνει στην ομάδα των καρδιολογικών ασθενών όπου δεν παρατηρείται η παραπάνω συσχέτιση. Το αποτέλεσμα της συσχέτισης των τριών ψυχολογικών εκδηλώσεων για την ομάδα των ογκολογικών ασθενών, σε συνδυασμό με το γεγονός πως παρουσιάζονται υψηλότερες τιμές στις παραμέτρους της αλεξιθυμίας και της κατάθλιψης για την συγκεκριμένη ομάδα, δείχνει ότι οι καρκινοπαθείς βιώνουν εντονότερη ψυχολογική αποδιοργάνωση σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες.
- Επίσης, το αποτέλεσμα της συσχέτισης των εκδηλώσεων κατάθλιψης και αλεξιθυμίας για την ομάδα των ογκολογικών ασθενών φαίνεται να συγκλίνει με μια παλαιότερη υπόθεση που θεωρούσε πως τα δύο χαρακτηριστικά της "καρκινικής" προσωπικότητας είναι α) η απελπισία ως αντίδραση στην ψυχοκαταπόνηση, συμπεριλαμβανομένης της αποτυχίας αντιμετώπισης της ψυχοπιεστικής κατάστασης και β) μια προσπάθεια λογικής επεξεργασίας και αντιμετώπισης της συγκεκριμένης κατάστασης, αντί της φυσιολογικής βίωσης έντονων συναισθημάτων (συνήθως φόβου και θυμού). Παρά το γεγονός ότι η απελπισία (helpnessness) δεν είναι μια άμεσα μετρήσιμη παράμετρος στην κλίμακα κατάθλιψης που χρησιμοποιήσαμε (M.A.D.R.S.), καθώς και ότι η λογική, αντί της συναισθηματικής, αντιμετώπιση και επεξεργασία της συγκεκριμένης κατάστασης δεν διερευνάται από την κλίμακα αλεξιθυμίας S.S.P.S., θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε τις παραπάνω έννοιες ως πολύ σχετικές με τις εκδηλώσεις κατάθλιψης και αλεξιθυμίας. Η βίωση συναισθημάτων απελπισίας είναι μια πολύ συνηθισμένη καταθλιπτική αντίδραση και η μη-συναισθηματική αντίδραση σε ποικίλες ψυχοπιεστικές καταστάσεις είναι συνήθης σε άτομα που εκδηλώνουν αλεξιθυμία. Ωστόσο, περισσότερες έρευνες απαιτούνται προκειμένου να τεκμηριωθεί με εγκυρότερο τρόπο η συσχέτιση των καταθλιπτι-

κών και των αλεξιθυμικών εκδηλώσεων τόσο στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, όσο και στο ενδεχόμενο η συσχέτιση αυτή να ισχύει για τους ογκολογικούς ασθενείς γενικότερα.

- Οι σημαντικότερες ψυχολογικές εκδηλώσεις για την διαφοροποίηση των ασθενών με καρκίνο εντέρου και των ασθενών με στεφανιαία νόσο είναι η συνύπαρξη α) της εκδήλωσης του άγχους μέσω καρδιολογικών συμπτωμάτων και της καταθλιπτικής διάθεσης, β) της αίσθησης ότι οι άλλοι είναι πιο ευτυχισμένοι και των ποικίλων φόβων και γ) της ψυχοκινητικής διέγερσης. Αντίστοιχα, οι σημαντικότερες ψυχολογικές εκδηλώσεις για την διαφοροποίηση των ασθενών με στεφανιαία νόσο και των ατόμων που εκδηλώνουν συμπτώματα σωματοποίησης είναι η συνύπαρξη α) της επιθυμίας να είναι κανείς ακριβολόγος και της ανησυχίας για το μέλλον, β) των συμπτωμάτων του ουρογεννητικού συστήματος και της ψυχοκινητικής διέγερσης και γ) της συχνής εκδήλωσης ονείρων.
- Επίσης, οι σημαντικότερες από τις εξεταζόμενες μεταβλητές που θα μπορούσαν να συνεισφέρουν ως πιθανοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του καρκίνου παχέος εντέρου είναι η συνύπαρξη κατάθλιψης, άγχους, και αλεξιθυμίας, με σημαντικότερο παράγοντα τις εκδηλώσεις κατάθλιψης. Αντίστοιχα, οι σημαντικότερες από τις εξεταζόμενες μεταβλητές που θα μπορούσαν να συνεισφέρουν ως πιθανοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της στεφανιαίας νόσου είναι η συνύπαρξη ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής κατά την 5ετία πριν την εκδήλωση της νόσου και υψηλού συναισθηματικού αντίκτυπου ανά γεγονός, με σημαντικότερο παράγοντα την ύπαρξη ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής.
- Οι παραπάνω στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο στις αναλογίες ψυχικού και σωματικού άγχους, όσο και στις συσχετίσεις των μεταβλητών, προτείνουν την ύπαρξη διαφορών των τριών ομάδων στο επίπεδο της γενικότερης διαχείρισης των ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής και δεικνύουν ομάδες ατόμων που μοιράζονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Η περαιτέρω διερεύνηση των στοιχείων αυτών, ίσως σε συνδυασμό με ενδείξεις δοκιμασιών προσωπικότητας (MMPI, προβολικά τεστ), και κλινικές μελέτες (μακρόπνοες ψυχοθεραπείες), είναι πιθανό να προσφέρει νέα δεδομένα για τους τύπους προσωπικότητας των ασθενών. Τέλος, δεν θα πρέπει να παραλειφθεί από μεταγενέστερες έρευνες η μελέτη της επίδρασης που ενδεχομένως έχουν οι φιλοσοφικές και θεολογικές τοποθετήσεις των

ατόμων στην αντιμετώπιση της ασθένειας και των υπολοίπων ψυχοπιεστικών καταστάσεων που βιώνουν.

Επιστημολογικές προεκτάσεις των συμπερασμάτων. Προς μια σύνθετη μεθοδολογική προσέγγιση

- Θα ήταν ιδιαίτερα σημαντική συμβολή στη μελέτη μας η ύπαρξη ενός ολοκληρωμένου θεωρητικού μοντέλου που θα παρουσιάζει και θα εξηγεί το ρόλο και τον τρόπο δράσης της φιλοσοφικής και της υπαρξιακής τοποθέτησης των ανθρώπων. Η σημασία των τοποθετήσεων αυτών φαίνεται να είναι πρωτεύουσα για την κατανόηση της συμπεριφοράς των ανθρώπων, σε συνδυασμό με τις άλλες ψυχολογικές ή κοινωνικές παραμέτρους. Ταυτόχρονα, η διερεύνηση του φαινομένου της δημιουργικότητας στην διαχείριση μιας δύσκολης κατάστασης ενδέχεται να καλύψει διάφορα κενά και μη εξηγήσιμα αποτελέσματα της παρούσας επιστημονικής έρευνας, η οποία επιχειρεί να προσεγγίσει το γεγονός της ασθένειας ως ψυχοβιολογική και κοινωνική εκδήλωση. Είναι απαραίτητη η μορφοποίηση εννοιών που θα εξηγούν το πώς συνδέεται η ψυχοσυναισθηματική λειτουργία των ανθρώπων με το πολιτισμικό της περιβάλλον και τις υπαρξιακές της ανάγκες. Η ανάπτυξη αυτής της διάστασης στην επιστημονική έρευνα, σε συνδυασμό με τις κατακτήσεις των νευροεπιστημών και της γνωσιακής θεωρίας, θεωρούμε πως θα αποδώσει πολλούς καρπούς και θα καλύψει πολλά θεωρητικά κενά στην σύγχρονη επιστημονική σκέψη.

Είναι γνωστή η άποψη πολλών επιστημόνων πως η βιοϊατρική κατεύθυνση της σύγχρονης ιατρικής έρευνας και πρακτικής έχει τις ρίζες της στο στοχασμό του Καρτέσιου, ο οποίος διαχωρίζει το σώμα και την ψυχή. Τον τρόπο αυτό σκέψης και διανόησης συνεχίζουν διάφορές Σχολές Ψυχολογίας των τελευταίων αιώνων (π.χ. η Σχολή του Μπιχεβιορισμού), οι οποίες ανέπτυξαν θεωρίες για την λειτουργία και τον έλεγχο του ψυχισμού των ανθρώπων, ενώ ταυτόχρονα δεν δίστασαν να τις χρησιμοποιήσουν σε τεχνικές ψυχοθεραπείας προκειμένου να θεραπεύσουν τις «άρρωστες» ψυχές παρά τις εμφανείς ατέλειες και αποτυχίες που συναντούσαν. Οι ερμηνείες που συνήθως δίνονταν στις αποτυχημένες θεραπείες ήταν του τύπου «ο ασθενής δεν ανταποκρίθηκε» ή «ο ψυχοθεραπευτής δεν έκανε καλά τη

δουλειά του». Το θεωρητικό μοντέλο άλλαζε σε ελάχιστα σημεία, διατηρώντας τη δομή του ακέραια, αφού σαν ολοκληρωμένη θεωρητική κατασκευή τα περιείχε όλα και μπορούσε να αμφισβητηθεί μόνο από ένα άλλο, παρόμοιας δομής και φιλοσοφίας μοντέλο.

Οι παραπάνω εμπνευστές των θεωρητικών μοντέλων, οι φιλόσοφοι και οι διανοητές, παρόλη την αρτιότητα της «τακτοποιημένης» και λογικά «τεκμηριωμένης» σκέψης τους παρέβλεπαν το γεγονός πως α) υπάρχουν πολλοί άλλοι «τύποι» ανθρώπων που είναι κυρίως «συναισθηματικοί» και που ο διαχωρισμός ψυχής και σώματος είναι από δύσκολος ως αδύνατος, β) ο ψυχισμός δύσκολα και μόνο για μικρά διαστήματα «ελέγχεται» ενώ αργότερα ακολουθεί το δικό του τρόπο και δρόμο, συνεπώς πολλές συμπεριφοριστικές μορφές ψυχοθεραπείας μετά από ένα διάστημα αποτυχαίνουν και γ) ενώ πράγματι σε σταθερές καταστάσεις ζωής (π.χ. η ζωή σε ένα μοναστήρι) ο ψυχισμός μπορεί να ακολουθεί κάποιο σταθερό τρόπο «σχετίζεσθαι» με το φυσικό και ανθρώπινο περιβάλλον του, σε ποικίλες καταστάσεις κρίσης (π.χ. σε ένα πόλεμο ή σε μια φυσική καταστροφή) η λειτουργία του είναι συνήθως απρόβλεπτη. Συνεπώς, οι παραπάνω θεωρητικές κατασκευές έχουν μεγάλη ιστορική αλλά όχι ουσιαστική πρακτική αξία.

- Επίσης, το πρόβλημα με τα γεγονότα ζωής εμφανίζεται πιο πολύπλοκο από όσο αρχικά είχε θεωρηθεί. Όπως ήδη έχουν επισημάνει αρκετοί ερευνητές ένα συμβάν θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως γεγονός ή ατύχημα ανάλογα με το βαθμό εμπλοκής που έχει το άτομο στην εμφάνιση του. Ο συναισθηματικός αντίκτυπος ενός ατόμου μετά από μια π.χ. οικονομική καταστροφή που ακολουθεί μια αλληλουχία συμβάντων είναι πολύ πιθανό να είναι διαφορετικός από τον αντίστοιχο αντίκτυπο μετά από μια φυσική καταστροφή π.χ. ένα σεισμό για την εμφάνιση του οποίου το άτομο δεν έχει καμία υπευθυνότητα. Έτσι, αφού ο βαθμός συναισθηματικής επένδυσης του ατόμου για κάθε μεμονωμένο γεγονός ποικίλει, ο όρος «ψυχοπιεστικό γεγονός ζωής» δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται για διάφορες κατηγορίες γεγονότων σαν να πρόκειται για συμβάντα με συγκεκριμένο και αντικειμενικά καθορισμένο αντίκτυπο (Damigos, 1986). Αντίθετα, η μελέτη των παραμέτρων προσωπικότητας και διαχείρισης των εκάστοτε γεγονότων ζωής είναι καλύτερο να εξειδικεύεται και να προσωποποιείται για κάθε συγκεκριμένο άτομο, λαμβάνοντας υπόψη τη διαφορετική του ιδιοσυγκρασία και ιστορία, την φάση ζωής που βρίσκεται και την σημασία που αποδίδει στα βιώματα του.

- Ταυτόχρονα, ο συναισθηματικός αντίκτυπος σε ένα γεγονός εκτιμάται μόνο από τις υποκειμενικές εντυπώσεις των ατόμων, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η επίδραση των γεγονότων σε λειτουργίες που τα άτομα δεν συνειδητοποιούν (π.χ. στη διάθεση, στην όρεξη για φαγητό, στην ονειρική δραστηριότητα κ.ά.) (Damigos et al, 1998). Ωστόσο, πληθαίνουν οι ερευνητές που υποστηρίζουν πως οι πρώτες ενδείξεις μιας ψυχο-βιολογικής διαταραχής εμφανίζονται με ελαφρά προβλήματα στην συνήθη καθημερινή λειτουργία (π.χ. πονοκέφαλοι, αδιαθεσία, αϋπνία κ.λπ.). Για το λόγο αυτό θεωρούμε πως η σύγχρονη έρευνα θα πρέπει να συμπεριλάβει στις μελέτες της και τον υγιή πληθυσμό, ώστε α) να διερευνήσει τον αντίκτυπο που έχουν τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής το διάστημα πριν την εμφάνιση μιας ασθένειας (η εμφάνιση της οποίας περιπλέκει την εκτίμηση των επιπτώσεων τους) και β) να εξηγήσει καλύτερα τις στρατηγικές αντιμετώπισης (coping strategies) που χρησιμοποιούν τα άτομα που καταφέρνουν να παραμείνουν υγιή.
- Πρωτίστως, όμως, πριν την οριοθέτηση των κατευθύνσεων που θα πρέπει να έχει η μελλοντική έρευνα, η ιατρική επιστήμη θα πρέπει δημιουργήσει ένα στέρεο θεωρητικό υπόβαθρο, μια σειρά επιστημολογικών και μεθοδολογικών θέσεων και απόψεων, προς την κατεύθυνση της εκτίμησης του πως αλληλεπιδρούν ένας μεγάλος αριθμός παραμέτρων και επιπέδων λειτουργίας. Το κυριότερο εμπόδιο, κατά τη γνώμη μας, είναι η πολύπλοκη και πολυεπίπεδη φύση του ανθρώπινου οργανισμού που μπορεί να μελετηθεί μόνο τμηματικά και όχι συνολικά. Το γεγονός αυτό δυσκολεύει τη μορφοποίηση ενός θεωρητικού μοντέλου για την ολοκληρωμένη λειτουργία ενός ατόμου, το οποίο θα συνδέει τα διάφορα επίπεδα δράσης του (βιολογικό, ψυχολογικό, κοινωνικό, οικολογικό, υπαρξιακό, θεολογικό). Τέλος, επιπλέον δυσκολίες παρουσιάζονται και λόγω των σύγχρονων επιστημολογικών προβλημάτων που εμφανίζουν οι θετικές επιστήμες (φυσική, χημεία, βιολογία) στις οποίες βασίζεται η ιατρική.
- Ωστόσο, ο τρόπος που επιλύουν ορισμένοι ερευνητές τα επιστημολογικά προβλήματα στις θετικές επιστήμες, ενδέχεται να αποδειχτεί χρήσιμος στη λύση ορισμένων προβλημάτων και στην ανάδειξη ορισμένων αναλογιών της λειτουργίας των φυσικών / χημικών / βιολογικών συστημάτων με αυτή του ψυχισμού. Μελετώντας το έργο του φυσικού νομπελίστα Prigogine «Τάξη μέσα από το Χάος» σχετικά με

την επιστημονική μέθοδο των τελευταίων αιώνων[2], παρατηρούμε ότι οι θετικές επιστήμες δεν ξέφυγαν από το τέλμα της αδυναμίας εξήγησης πολλών γεγονότων μέσα από το παραδοσιακό ερμηνευτικό επιστημονικό μοντέλο και πως αναζητούνται νέοι τρόποι θεώρησης των φυσικών φαινομένων, συμπεριλαμβανομένων της ιστορικής και μη αντιστρέψιμης διάστασης ορισμένων χημικών διαδικασιών, της αυτο-οργάνωσης που επέρχεται στην ύλη μετά από μια κατάσταση χάους λόγω αυξημένης εισροής ενέργειας κ.ά. Ο συγγραφέας, αναλύοντας τις διαφορές λειτουργίας μεταξύ φυσικών και βιολογικών συστημάτων, τόνισε ιδιαιτέρως την εντονότερη ιστορική και μη-αναστρέψιμη διάσταση των βιολογικών λειτουργιών[3] μιλώντας για την ομοιοστατική δράση των ενζύμων στα κύτταρα των έμβιων οργανισμών. Κατέληξε στο ότι, παρόλη την συνήθη αρμονική, αναστρέψιμη και προβλέψιμη λειτουργικότητα της ύλης, σε καταστάσεις όπου η ενέργεια αυξάνεται πάνω από ένα όριο η ύλη συμπεριφέρεται με τρόπο παράδοξο, απρόβλεπτο και μη-αναστρέψιμο, δημιουργώντας μια νέα εξελιγμένη δομή και οργάνωση. Η μελέτη των τρόπων με τους οποίους η ύλη αυτο-οργανώνεται μετά από μια κατάσταση χάους, αντί της αναζήτησης ενός μοντέλου όπου κάθε φαινόμενο θα οφείλεται σε γνωστά αίτια και θα μπορεί να επαναληφθεί, είναι για τον Prigogine η πρόκληση της σύγχρονης φυσικής.

- Η χρησιμότητα των αναλογιών των φυσικών, χημικών και βιολογικών φαινομένων με την λειτουργία του ψυχισμού είναι εμφανής. Οι πλειονότητα των ψυχολογικών θεωριών που έχουν έως σήμερα μορφοποιηθεί κυρίως αφορούν στην ανάλυση των ψυχικών διεργασιών ενός ατόμου του οποίου οι συνθήκες ζωής είναι σταθερές και μπορούν να χρησιμεύσουν στην διδασκαλία φοιτητών, σε ανάπτυξη πολιτικών

---

[2] «...κατά τη γνώμη μας η πειραματική μέθοδος συνιστά μια τέχνη, δηλαδή βασίζεται σε μια ειδική τεχνική και όχι σε γενικούς κανόνες. Δεν παρέχει λοιπόν ποτέ εγγυήσεις επιτυχίας και είναι πάντα εκτεθειμένη στην ευτέλεια και στην αμφίβολη κρίση. Καμιά μεθοδολογική αρχή δεν μπορεί να απαλείψει τον κίνδυνο, λόγου χάρη, να εμμένει κανείς σε ένα ερευνητικό αδιέξοδο. Η πειραματική μέθοδος είναι η τέχνη να επιλέγουμε ένα ενδιαφέρον πρόβλημα και να εξετάζουμε όλες τις συνέπειες του συγκεκριμένου θεωρητικού πλαισίου, εξαντλώντας όλες τις δυνατότητες απάντησης της φύσης στη θεωρητική γλώσσα που έχει επιλεγεί. Μέσα από την πολυπλοκότητα των φυσικών φαινομένων πρέπει να επιλέξουμε ένα, που να έχει την μεγαλύτερη πιθανότητα να πραγματώσει τις επιταγές της θεωρίας με ένα μη αμφιλεγόμενο τρόπο. Αυτό το φαινόμενο θα απομονωθεί κατόπιν από το περιβάλλον του και «θα τεθεί επί σκηνής» έτσι, ώστε ο έλεγχος της θεωρίας να γίνει με τρόπο που να μπορεί να αναπαραχθεί και να κοινοποιηθεί...

[3] Ας υπογραμμίσουμε μια ενδιαφέρουσα διαφορά. Στα παραδείγματα της ανόργανης χημείας συμμετέχουν μόρια απλά, ενώ οι μηχανισμοί αντίδρασης είναι πολύπλοκοι. Αντίθετα, στα πολλά βιολογικά παραδείγματα που έχουμε, το σχήμα της αντίδρασης είναι απλό, αλλά τα μόρια (πρωτεΐνες, νουκλεϊκά οξέα κ.λπ.) είναι άκρως πολύπλοκα και ειδικευμένα. Αυτό δύσκολα μπορεί να θεωρηθεί συμπτωματικό. Εδώ συναντάμε ένα στοιχείο που επισημαίνει τη διαφορά ανάμεσα στη φυσική και στη βιολογία. Τα βιολογικά συστήματα έχουν παρελθόν. Τα συστατικά τους μόρια είναι αποτέλεσμα μιας εξέλιξης. Έχουν επιλεγεί για να συμμετέχουν στους αυτοκαταλυτικούς μηχανισμούς για πρόκληση οργανωτικών διεργασιών με πολύ συγκεκριμένες μορφές.

πρόληψης των ψυχολογικών προβλημάτων ενός πληθυσμού κ.ά. Αντίθετα, η αντιμετώπιση μιας ψυχολογικής κρίσης ενός ατόμου απαιτεί συγκεκριμένη, προσωποποιημένη και εξειδικευμένη παρέμβαση, για να δημιουργηθούν οι κατά το δυνατόν καλύτερες συνθήκες, ώστε η νέα αυτό-οργάνωση του ψυχισμού του ατόμου να παρουσιάζει την βέλτιστη λειτουργικότητα. Η βιβλιογραφία της ψυχιατρικής έχει να επιδείξει μεγάλες προόδους στο θέμα της δημιουργιας ενός θεραπευτικού πλαισίου για την επεξεργασία ψυχολογικών κρίσεων και το ίδιο είναι απαραίτητο να γίνει και στους υπόλοιπους τομείς της ιατρικής, ιδιαιτέρως στις ειδικότητες που αφορούν ασθένειες όπου ο ψυχολογικός παράγοντας έχει ιδιαίτερο βάρος (π.χ. καρκίνος, στεφανιαία νόσος, AIDS, ρευματοειδής αρθρίτιδα κ.ά).

Επίσης, ορισμένες ψυχολογικές διεργασίες είναι αναστρέψιμες, ενώ άλλες όχι. Γνωρίζουμε, για παράδειγμα, πως στην περίπτωση που ένα άτομο δεν καταφέρει να προσαρμοστεί σε μια περίοδο κρίσης και το περιβάλλον του δεν του παράσχει την κατάλληλη βοήθεια, μετά από κάποιο χρονικό διάστημα ενδέχεται να ακολουθήσει μια μείζονα αποδιοργάνωση της προσωπικότητας ή να οδηγηθεί σε ψύχωση. Σε αυτή την περίπτωση, ακόμη και αν το άτομο αυτό νοσηλευτεί και «θεραπευτεί», ποτέ δεν θα επανέλθει στην αρχική του κατάσταση. Μια μόνιμη, μη αναστρέψιμη εμπειρία έχει βιωθεί, η οποία μπορεί να οδηγήσει μόνο σε καινούργιες ισορροπίες και ποτέ σε παλιότερες. Παράλληλα, κοινή αναλογία μπορεί να υπάρχει και στην λειτουργία του οργανισμού μετά από την επίδραση κάποιων οργανικών ασθενειών, όπως ο καρκίνος, η στεφανιαία νόσος κ.λπ. Ωστόσο, η ασθένεια μπορεί να λειτουργήσει και ως αφορμή για νέες προσαρμογές και πιο «εξελιγμένη» λειτουργικότητα του ατόμου. Πάντως, σε οποιαδήποτε περίπτωση, θα έχει επέλθει μια μη-αναστρέψιμη αλλαγή, η οποία θα συμβαδίσει με τα ιδιοσυγκρασιακά στοιχεία του ατόμου και θα συνκαθορίσει την νέα ταυτότητα λειτουργίας του.

Οι τρόποι με τους οποίους ένα άτομο διαχειρίζεται ψυχολογικά ποικίλες καταστάσεις και η προσωπικότητα του σαφέστατα εκδηλώνονται πιο έντονα όταν ζει και λειτουργεί σε μια κατάσταση κρίσης. Η γνώση αυτή έχει χρησιμοποιηθεί και στην ανακριτική διαδικασία όπου ο ανακριτής, προκειμένου να καταλήξει σε κάποια συμπεράσματα, προκαλεί στον ανακρινόμενο συνθήκες μη-ισορροπίας ώστε να μελετήσει τις απαντήσεις και τις αντιδράσεις του. Γνωρίζει ότι σε τέτοιου είδους συνθήκες είναι πολύ πιο δύσκολο το υποκείμενο να διατηρήσει την ψυχραιμία του και να συνεχίσει να ψεύδεται, αν φυσικά ψεύδεται. Οι καταστάσεις μακριά από την ισορροπία

δείχνουν καλύτερα τον τρόπο λειτουργίας ενός ατόμου. Υπό αυτή την έννοια, ο τρόπος που κάποιος διαχειρίζεται μια ασθένεια, όντας σε κρίση, μπορεί να δώσει πολλές πληροφορίες για την προσωπικότητα, τη βαθύτερη ψυχοσυναισθηματική του πραγματικότητα και τους τομείς εκείνους που θα χρειαζόταν ψυχοθεραπευτική βοήθεια.

Ο Fox κατηγόρησε τους ψυχοδυναμικούς ότι δεν κατόρθωσαν να κάνουν προβλέψεις στο ποιες προσωπικότητες θα νοσήσουν και ποιες όχι. Όμως, όπως μας διδάσκει η σύγχρονη φυσική, χημεία ή βιολογία, είναι χαρακτηριστικό όλων των συστημάτων –έμβιων και μη- να έχουν απρόβλεπτη λειτουργία σε καταστάσεις μακριά από την ισορροπία και όταν η εντροπία αυξάνει πέρα από κάποιο όριο. Στο επίπεδο της ψυχολογικής οργάνωσης, η ίδια προσωπικότητα μπορεί να «βγει» από μια κατάσταση μη ισορροπίας και να ισορροπήσει έχοντας πετύχει μια πιο εξελιγμένη ή πολύπλοκη δομή, ή αντίθετα να παλινδρομήσει σε μια πιο απλή ή εξαρτημένη από το περιβάλλον της οργάνωση (ασθένεια). Οι συγκεκριμένες ψυχοπιεστικές καταστάσεις που βιώνει το συγκεκριμένο άτομο, το γενετικό – βιολογικό του υπόβαθρο, η ιδιοσυγκρασία καθώς και η ιστορία του θα καθορίσουν το αποτέλεσμα της επίλυσης μιας κατάστασης κρίσης.

Η V. Satir – μια αυθεντία στην οικογενειακή ψυχολογική θεραπεία – συνήθιζε να προτείνει στις οικογένειες με τις οποίες εργαζόταν, να δεθούν όλα τα μέλη της οικογένειας μεταξύ του με σκοινί αφήνοντας κάποια απόσταση ο ένας από τον άλλον. Με αυτό τον τρόπο επεδίωκε να γίνει συνείδηση στα μέλη της οικογένειας –αφού είχαν δεθεί μεταξύ τους- πως κατά αναλογία με τη φυσική κίνηση, οποιαδήποτε κίνηση προς κάποια κατεύθυνση στο ψυχολογικό τομέα ενός μέλους αναγκαστικά παρέσερνε και τους υπόλοιπους. Το ίδιο συμβαίνει και στις σχέσεις του συνόλου της οικογένειας με την γειτονιά, την ευρύτερη κοινότητα, το κράτος, το Θεό κ.ο.κ., δηλαδή οποιαδήποτε αλλαγή ενός στοιχείου οποιουδήποτε επιπέδου προκαλεί μικρότερες ή μεγαλύτερες αλλαγές στα υπόλοιπα επίπεδα και συστήματα. Τα γεγονότα ζωής δεν είναι τίποτε άλλο από αλλαγές των σχέσεων σε κάποιο σύστημα κάποιου συγκεκριμένου επιπέδου, αλλαγές που με τη σειρά τους γίνονται αφετηρία μελλοντικών αλλαγών σε άλλα συστήματα σχέσεων και επιπέδων – άλλοτε στο επίπεδο σχέσεων των μελών μιας οικογένειας, άλλοτε στο επίπεδο της υγείας ενός ατόμου, άλλοτε στο επίπεδο της συνολικής συμπεριφοράς μιας κοινότητας, άλλοτε όλων των παραπάνω. Η ασθένεια μπορεί να συμβεί, στην περίπτωση κατά την οποία οι νέες σχέσεις που προκύπτουν απειλούν την ύπαρξη, την α-

τομικότητα ή την μελλοντική επιβίωση ενός ατόμου και στις οποίες ούτε το άτομο αλλά ούτε τα αμέσως ανώτερα και κατώτερα από άποψη οργάνωσης συστήματα (π.χ. οικογένεια, οργανισμός) δεν έχουν καταφέρει να προσαρμοστούν.

Αλλά και η ίδια η ύπαρξη της ασθένειας δεν μας δίνει πολλά στοιχεία για την μελλοντική συμπεριφορά του ασθενούς. Η εξέλιξη της πιθανόν να καθορίζεται, εκτός των βιολογικών παραμέτρων, από ψυχολογικούς και υπαρξιακούς συντελεστές. Γιατί π.χ. οι ασθενείς που δεν θέλουν να συμβιβαστούν με το γεγονός της ασθένειας τους είναι περισσότερο ενεργητικοί στην αντιμετώπιση της, ακολουθούν πιστότερα τις ιατρικές συμβουλές και εκφράζουν το θυμό τους ανοιχτά παρουσιάζουν, συνήθως, μεγαλύτερο ποσοστό και χρονικό διάστημα επιβίωσης (Derogatis, Abeloff & Melisaratos, 1977); Η απάντηση φαίνεται απλή. Αφού το γεγονός της ασθένειας δεν εξυπηρετεί με κανένα τρόπο το πώς ορίζουν την ταυτότητα της ύπαρξης τους, αντίθετα από άλλους την πολεμούν, αγωνίζονται εναντίον της και εκφράζουν θυμό όταν αποτυχαίνουν στις προσπάθειες τους. Με άλλα λόγια, φροντίζουν να αναστέλλουν όσο είναι δυνατό την λειτουργία της ασθένειας η οποία τρέφεται από τα παράγωγα της και αναπτύσσεται. Αντίθετα, φαίνεται πως σε πολλούς ασθενείς, όπου η ασθένεια εξυπηρετεί ποικίλους κοινωνικούς ή υπαρξιακούς στόχους, το γεγονός ύπαρξης της ασθένειας αποσιωπείται, απωθείται, συντηρείται, έως και ευοδώνεται ή ενθαρρύνεται. Στις περιπτώσεις αυτές η κατάσταση των ασθενών συνεχώς επιδεινώνεται, και λανθασμένα ίσως, θεωρούμε πως η αποστολή της Ιατρικής απέτυχε, ότι τα φάρμακα δεν ήταν κατάλληλα, ότι οι παρεμβάσεις ήταν ανεπαρκείς. Τείνουμε να παραβλέπουμε το γεγονός πως η ασθένεια μπορεί να ήταν επιλογή του ασθενούς-ατόμου, του οργανισμού ή της οικογένειας του. Σε αυτή την κατεύθυνση και σε αυτά τα ζητήματα πολλά μένουν να γίνουν στο χώρο της φιλοσοφίας και της πρακτικής της Ιατρικής.

Τέλος, στη σύγχρονη Φυσική έχει ειπωθεί ότι, εφόσον δεν είμαστε ικανοί, ούτε στην πράξη ούτε στη θεωρία να περιγράψουμε ένα σύστημα με τη βοήθεια μιας τροχιάς και υποχρεωνόμαστε να χρησιμοποιούμε μια συνάρτηση κατανομής που αντιστοιχεί σε μια πεπερασμένη περιοχή (οσοδήποτε μικρή) του χώρου φάσεων, δεν μπορούμε να προβλέψουμε παρά μόνο στατιστικά το μέλλον ενός συστήματος. Κάπως ανάλογα, μόνο στατιστικές προβλέψεις μπορούμε να κάνουμε και στο χώρο της Ψυχολογίας, ενώ η πραγματική πορεία του κάθε συγκεκριμένου ασθενή θα παραμένει ένα αίνιγμα έως ότου έλθουν οι χρονικές στιγμές εκείνες που θα επιτρέψουν στην

συνισταμένη πάμπολλων παραγόντων να καθορίσει το τελικό αποτέλεσμα.

- Τελειώνοντας, και με την ευχή ο κάθε ασθενής να βιώσει την ασθένεια του ως μια ευκαιρία για ωρίμανση και εξέλιξη των προσαρμοστικών του μηχανισμών, παρουσιάζουμε την περίληψη του άρθρου των Kennedy B.J. και συν. που παρουσιάστηκε στο περιοδικό Cancer [4] το Νοέμβριο του 1976:

« Είκοσι δύο ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο, που είχαν αναρρώσει για 5 έως 20 χρόνια από την τελευταία θεραπεία, υπεβλήθησαν σε ψυχολογικές διαδικασίες. Μετρήθηκαν οι αντιδράσεις των ατόμων στο γεγονός της ανάρρωσης τους. Οι γενική τους στάση ήταν πολύ θετική απέναντι στη ζωή και στο μέλλον. Είχαν μια καλύτερη αντίληψη του χρόνου, της ζωής, των ανθρώπων και των διαπροσωπικών σχέσεων, αναφορικά με την περίοδο πριν την εκδήλωση της ασθένειας τους. Ενδιαφερόταν πολύ λιγότερο για τα μη βασικά της ζωής. Φαίνεται ότι η ανάρρωση από τον προχωρημένο καρκίνο ήταν μια καλή εμπειρία για την ανάπτυξη του χαρακτήρα».

[4]Kennedy B.J., Tellegen A., Kennedy S. & Havernick N. (1976): Psychological response of patients cured of advanced cancer. Cancer 38:2184-91

Περίληψη

Ιωάννης Βελίκης

Εργαστήριο Ιατρικής Ψυχολογίας
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Στην παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε η σύγκριση τριών ισοδύναμων (μέγεθος δείγματος, φύλο και ηλικία) ομάδων ατόμων -ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, ασθενείς με στεφανιαία νόσο και υγιή άτομα που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία λόγω εκδήλωσης πόνου στο στήθος- ως προς τον αριθμό και τον αντίκτυπο των ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής που έχουν βιώσει, καθώς και τις εκδηλώσεις κατάθλιψης, άγχους και αλεξιθυμίας.

Στους ογκολογικούς ασθενείς α) αναφέρεται μεγαλύτερος αρνητικός συναισθηματικός αντίκτυπος στο γεγονός της ασθένειας, β) εμφανίζονται εντονότερα συμπτώματα αλεξιθυμίας, κατάθλιψης και ψυχικού άγχους και γ) παρουσιάζεται συσχέτιση της αλεξιθυμίας με την κατάθλιψη. Όσον αφορά στους καρδιολογικούς ασθενείς α) αναφέρεται μεγαλύτερος συναισθηματικός αντίκτυπος στα ψυχοπιεστικά γεγονότα της 5ετίας πριν την εκδήλωση της ασθένειας και β) εκδηλώνονται εντονότερα συμπτώματα προσωρινού άγχους. Στα υγιή άτομα με συμπτώματα σωματοποίησης α) εκδηλώνονται εντονότερα συμπτώματα σωματικού άγχους και β) εμφανίζεται συσχέτιση των παραμέτρων του άγχους με τον συναισθηματικό αντίκτυπο ανά γεγονός και με τον συναισθηματικό αντίκτυπο στο γεγονός της νοσηλείας τους.

Το αποτέλεσμα της στατιστικώς σημαντικής συσχέτισης των παραμέτρων αλεξιθυμίας - συνολικού άγχους, αλεξιθυμίας - κατάθλιψης και αλεξιθυμίας - μόνιμου άγχους για την ομάδα των ογκολογικών ασθενών, σε συνδυασμό με το γεγονός πως παρουσιάζονται υψηλότερες τιμές στις παραμέτρους της αλεξιθυμίας και της κατάθλιψης για την συγκεκριμένη ομάδα, δείχνει ότι οι καρκινοπαθείς βιώνουν εντονότερη ψυχολογική αποδιοργάνωση σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες. Επίσης, το αποτέλεσμα της συσχέτισης των εκδηλώσεων κατάθλιψης και αλεξιθυμίας για την ομάδα των ογκολογικών ασθενών φαίνεται να συγκλίνει με μια παλαιότερη υπόθεση που θεωρούσε πως τα δύο χαρακτηριστικά της "καρκινικής" προσωπικότητας είναι α) η απελπισία ως αντίδραση στην ψυχοκαταπόνηση, συμπεριλαμβανομένης της αποτυχίας αντιμετώπισης της ψυχοπιεστικής κατάστασης και β) μια προσπάθεια λογικής επεξεργασίας και αντιμετώπισης της συγκεκριμένης κατάστασης, αντί της φυσιολογικής βίωσης έντονων

συναισθημάτων (συνήθως φόβου και θυμού). Περισσότερες έρευνες απαιτούνται προκειμένου να τεκμηριωθεί με εγκυρότερο τρόπο η γενικευσιμότητα η μη του συγκεκριμένου αποτελέσματος.

Οι σημαντικότερες ψυχολογικές εκδηλώσεις για την διαφοροποίηση των ασθενών με καρκίνο εντέρου και των ασθενών με στεφανιαία νόσο είναι η συνύπαρξη α) της εκδήλωσης του άγχους μέσω καρδιολογικών συμπτωμάτων και της καταθλιπτικής διάθεσης, β) της αίσθησης ότι οι άλλοι είναι πιο ευτυχισμένοι και των ποικίλων φόβων και γ) της ψυχοκινητικής διέγερσης. Αντίστοιχα, οι σημαντικότερες ψυχολογικές εκδηλώσεις για την διαφοροποίηση των ασθενών με στεφανιαία νόσο και των ατόμων που εκδηλώνουν συμπτώματα σωματοποίησης είναι η συνύπαρξη α) της επιθυμίας να είναι κανείς ακριβολόγος και της ανησυχίας για το μέλλον, β) των συμπτωμάτων του ουρογεννητικού συστήματος και της ψυχοκινητικής διέγερσης και γ) της συχνής εκδήλωσης ονείρων.

Επίσης, οι σημαντικότερες από τις εξεταζόμενες μεταβλητές που θα μπορούσαν να συνεισφέρουν ως πιθανοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του καρκίνου παχέος εντέρου είναι η συνύπαρξη κατάθλιψης, άγχους, και αλεξιθυμίας, με σημαντικότερο παράγοντα τις εκδηλώσεις κατάθλιψης. Αντίστοιχα, οι σημαντικότερες από τις εξεταζόμενες μεταβλητές που θα μπορούσαν να συνεισφέρουν ως πιθανοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της στεφανιαίας νόσου είναι η συνύπαρξη ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής κατά την 5ετία πριν την εκδήλωση της νόσου και υψηλού συναισθηματικού αντίκτυπου ανά γεγονός, με σημαντικότερο παράγοντα την ύπαρξη ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής.

Οι παραπάνω στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο στις αναλογίες ψυχικού και σωματικού άγχους, όσο και στις συσχετίσεις των μεταβλητών, προτείνουν την ύπαρξη διαφορών των τριών ομάδων στο επίπεδο της γενικότερης διαχείρισης των ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής και δεικνύουν ομάδες ατόμων που μοιράζονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Η περαιτέρω διερεύνηση των στοιχείων αυτών, ίσως σε συνδυασμό με ενδείξεις δοκιμασιών προσωπικότητας (MMPI, προβολικά τεστ), και κλινικές μελέτες (μακρόπνοες ψυχοθεραπείες), είναι πιθανό να προσφέρει νέα δεδομένα για τους τύπους προσωπικότητας των ασθενών. Τέλος, δεν θα πρέπει να παραλειφθεί από μεταγενέστερες έρευνες η μελέτη της επίδρασης που ενδεχομένως έχουν οι φιλοσοφικές και θεολογικές τοποθετήσεις των ατόμων στην αντιμετώπιση της ασθένειας και των υπολοίπων ψυχοπιεστικών καταστάσεων που βιώνουν.

Summary

I. Velikis
Laboratory of Medical Psychology,
Medical School, University of Ioannina

The present study attempted to compare three groups, equal in sample size (N=58) and equivalent to gender and age, formed with colorectal cancer patients, coronary heart disease patients and individuals suffering from chest pains but proved to be healthy following a coronariography check, respectively Comparison was performed on the basis of the frequency of occurrence and the emotional impact of stressful life events regarding indications of depression, anxiety and alexithymia.

Cancer patients reported a greater emotional impact of the disease and showed acute symptoms of alexithymia, depression and psychological anxiety compared to the other two groups. Alexithymia and depression were correlated for cancer patients. Coronary heart disease patients reported a greater emotional impact of stressful events that occurred five years before the appearance of the disease and more intense symptoms of state anxiety than cancer patients and healthy individuals Anxiety was found to be correlated with the emotional impact of hospitalisation and other life events in the sample of healthy individuals.

A significant correlation of alexithymia with anxiety, depression and trait anxiety in cancer patients, in addition to the fact that cancer patients received the highest scores for both alexithymia and depression scales, it could be concluded that cancer patients experienced stronger psychological breakdown than the other two groups. The finding that alexithymia correlated with depression in cancer patients seemed to be consistent to a former hypothesis, which stated that a 'cancer prone personality' has two features: a) hopelessness as a reaction to psychological breakdown and failure to deal with such condition and b) a logical, non emotional repressed reaction to the impact of the given condition instead of experiencing intense emotions (e.g., fear, anger).

Stepwise multiple logistic regression was performed to account for the psychological factors that contributed to the appearance of colorectal cancer and coronary heart disease. Healthy individuals were compared to cancer patients and heart disease patients respectively. It was found that colorectal cancer strongly related to depression,

anxiety and alexithymia, when these co-existed, and especially the depression alone. Coronary heart disease was found to strongly relate to a high frequency of occurrence of stressful events as well as a large emotional impact of each event when these co-existed and especially the total number of stressful events.

The results suggested that groups differed in coping with stressful events. They also suggested that some groups shared certain personality features. Additional research on this area in conjunction with personality tests (e.g., MMPI, projective techniques) and clinical studies (long-term psychotherapies) may offer new evidence for patients' personality type. Finally, future research should not omit to investigate coping style as well as the effect that theological and philosophical beliefs may have on dealing with stressful life events or a disease.

Βιβλιογραφικές παραπομπές

-Abse D.W., Wilkins M.M., Buxton W.D., Brown R.S., Kirschner G. & Weston D.L. (1972): Self frustration, night-time smoking and lung cancer. *Psycosom. Med.* 34: 395-404

-Abse D.W., Wilkins M.M., Van De Castle R.L., Buxton W. D. & Demars J.P. (1974): Personality and behavioral characteristics of lung cancer patients. *J. Psychosom. Res.* 18: 101-113.

-Ader R. (1980): Psychosomatic and psychoimmunologic research. *Psychosom. Medicine* 42: 307-321

-Ader R. & Friedman S.B. (1965): Differential early experiences and susceptibility to transplaaaanted tumor in the rat. *J. Compar. Physiol. Psychology* 59: 361-364

-Antoni M.H. & Goodkin K. (1988): Host moderated variables in the promotion of cervical neoplasia. I. Personality facets. *J. Psychosom. Res.* 32: 327-338

-Antoni M.H. & Goodkin K. (1989): Host moderated variables in the promotion of cervical neoplasia. II. Dimensions of life stress. *J. Psycol. Res.* 33: 457-467

-Akistal H.S. & McKinney W.T.(1973): Depressive disorders: Toward a unified hypothesis. *Science* 183: 20-29

-Alexander F.: *The medical value of psychoanalysis*. Norton Pubs., New York, 1932

-Alexander F.: *Psychosomatic medicine, its principles and applications. With a chapter on The functions of the sexual apparatus and their disturbances, by Therese Benedek.* Norton Pubs., New York, 1932

-Amiel-Lebigre F. (1983): Evenements existentiels et Psychopathologie. *Encephale.* 9B-16

-Anagnostopoulos F., Vaslamatzis G., Markidis M., Katsouyanni K., Vassilaros S. & Stefanis C. (1993): An investigation of hostile and alexithymic characteristics in breast cancer patients. *Psychother. Psychosom.* 59: 179-189

-Angelopoulos N.V., Tzivaridou D., Nikolaou N. & Pavlidis A.N. (1995): Mental symptoms, hostility features and stressful life events in people with cancer. *Acta Psychiatr. Scand.* 92: 44-50

-Antonovsky A. Conceptual and methodological problems in the study of resistance resources and stressful life events. In Barbara S. Dohrenwend & Bruce P. Dohrenwend (eds.), *Stressful life events: Their Nature and Effects.* New York: Wiley, 1974

-Bacon G.L., Renneker R. & Cutler M. (1952): A psychosomatic survey of cancer of the breast. *Psychosom. Med.* 14: 450-458

-Bahnson C. B. & Bahnson M. B.: Denial and repression of primitive impulses and of disturbing emotion in patients with malignant neoplasms. In *Psychosomatic Aspects of*

Neoplastic Disease, D. M. Kissen & L. LeShan, eds. : 42-62. Pittman Medical Publishing Co., Ltd., London, a 1964

-Bahnson C. B. & Bahnson M. B.: Cancer as an alternative to psychosis: a theoretical model of somatic and psychologic regression. In *Psychosomatic Aspects of Neoplastic Disease*, D. M. Kissen & L. LeShan, eds. : 184-202. Pittman Medical Publishing Co., Ltd., London, b 1964

-Bahnson C.B. & Bahnson M.B. (1966): The role of ego defenses: denial and repression in the etiology of malignant neoplasm. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 75: 825- 839

-Bahnson C.B. (1969): Psychophysiological complementarity in malignacies: Past work and future vistas. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 164: 319-334.

-Baltrusch H.J.F., Stangel W. & Titze I. (1991): Stress, Cancer and Immunity. *Acta Neurologica* / New Series 13: 315-27

-Barsky A..J., Cleary P.D., Barnett M.C., Christiansen C.L. & Ruskin J.N. (1994): The accuracy of symptom reporting by patients complaining of palpitations. *Am. J. Med.* 97: 214-221

-Barsky A.J. & Klerman G.L.: *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology*. Lawrence Erlbaum, Hillslade, N.J., 1983

-Bateson G.B. : *Mind and Nature. A Necessary Unity*. Bantam Books. New York, 1979

-Baum. A., Friedman A.L. & Zakowski S.G. (1997): Stress and genetic testing for disease risk. *Health Psychol.* 16: 8-19

-Becker J.: *Depression: Theory and research*. New York, Wiley Public., 1974

-Bertalanffy L.: *General System Theory*. Braziller, New York, 1964

-Betz B.J. & Thomas C.B. (1979): Individual temperament as a predictor of Health or Premature disease. *The John Hopkins Med. J.* 144 (3): 55-63

-Bieliauskas L & Garron D.C. (1982): Psychological Depression and Cancer. *Gen. Hospital Psyciatry* 4: 187-195

-Bloom J.R.: Social support systems and cancer: a conceptual view. In *Psychosocial Aspects of Cancer*. Raven Press, New York, 1982

-Blumberg E.M.: The relationship of certain personality differences to growth rate in neoplastic diseases. An exploratory study. Ph.D. Dissertation, *Univ. of Southern California*, 1952

-Blumberg E.M., West P.M., Ellis F.W.: MMPI findings in human cancer, In G.S.Welsh, W.G. Dahlstrom (ed) *Basic Readings on the MMPI in Psychology and Medicine*. Minneapolis, University of Minnesota Press, 1956

-Bolger N., Foster M., Vinokur A.D. & Ng R. (1996): Close relationships and adjustment to a life crisis: the case of breast cancer. *J. Pers. Soc. Psychol.* 70: 283-294

-Booth G. (1965): Irration complications of the cancer problem. *Am. J. Psychoanal.* 25: 41

-Brown J.H., Varsamis J., Towes J., & Shane M. (1974): Psychiatry and Oncology: A review. *Can. Psychiatr. Assoc. J.* 19, 211-220

-Brown G., Harris T. & Bifulco A.: Long term effects of early loss of parent. In *Depression in young people: Developmental and Clinical Perspectives*. Edited by Rutter M, Izzard C, Read P. New York, Guilford Press, 1985

-Brugha T.S., Bebbington P.E., Sturt E., MacCarthy B. & Wykes T. (1990): The relation between life events and social support networks in a clinically depressed cohort. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 25: 308-313

-Bryla C.M. (1996): The relationship between stress and the development of breast cancer: a literature review. *Oncol. Nurs. Forum* 23: 441-448

-Bukberg J., Penman D., & Holland J.C. (1984): Depression in Hospitalized Cancer Patients. *Psychosom. Medicine* 46: 199-211

-Calogeras R.C. & Berti L.A. (1991): Psychoanalysis and cancer. A case report and an hypothesis. *Psyche* (Stuttg) 45: 228-264

-Caplan J. : *Support systems and Community Mental Health*. Behavioral Publications, New York, 1974

-Caplan G. : *An Approach to Community Mental Health*. London: Tavistock, a 1964

-Caplan G.: *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books, b 1964

-Caplan G. (1981): Mastery of stress: psychosocial aspects. *Am. J. Psychiatry* 138:413-20

-Cassel J. (1974): Psychosocial processes and "stress": Thoretical formulation. *Inter. J. Health Service* 4: 471-482

-Cheang A. & Cooper C.L. (1985): Psychosocial factors and breast cancer. *Stress Med.* 1: 11-24

-Chen C.C. David A.S., Nunnerley H., Michell M., Dawson J.L., Berry H., Dobbs J. & Fahy T. (1995): Adverse life events and breast cancer: case-control study. *Student BMJ* 4: 25-28, 1996

-Cobb S. (1976): Social support as a moderator of stress. *Psychosom. Med.* 38: 300-314

-Cochrane C. Robertson A. (1973): The life events inventory: a measure of the raletive severity of psychosocial stressors. *J. Psychosom. Res.*, 17: 135-139

-Coe C. L. (1993): Psychosocial factors and immunity in nonhumans primates: A review. *Psychosom. Med.* 55: 298-308

-Coopen A. & Metcalfe M. (1963): Cancer and extraversion. *B.M.J.* 2:18-19

-Cooper C.L. & Faragher E.B. (1993): Psychosocial stress and breast cancer: the inter-relationship between stress events, coping strategies and personality. *Psychol. Med.* 23: 653-662

-Creagan E.T. (1997): Attitude and disposition: do they make a difference in cancer survival? *Mayo. Clin. Proc.* 72: 160-4

-Crisp A. H. (1970): Some psychosomatic aspects of neoplasia. *Brit. J. Med. Psychol.* 43: 311-316

-Cullberg J.: *Krise og udvikling*. Reitzel, Kobenhavn, 1976

-Currie G.A.: *Cancer and the immune response*. Edward Arnold: London, 1974.

-Damigos D. (1984): *A la recherché du temps intermediaire. Le temps de la crise.* D.E.A. de Psychoplogie, Univ. Lyon 2

-Damigos D.: *Crise, evenement et cancer*. Diplome d etude et de researshe en Biologie Human. D.E.R.B.H. Psychologie Medicale, Universite Lyon I, 1986

-Damigos D., Siafaka V., Voulgari P.V., Liakos A. & Drosos A.A. (1998): The impact of life events on patients with rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 16: 350

-Dattore P.J.: Premorbit personality characteristics associated with neoplasms: an archival approach. Ph.D. Dissertation, *Univ. of Kansas*, Lawrence, 1978

-Dechambre R.P.& Gosse C. (1973): Individual versus group caging of mice with grafted tumors. *Cancer Research* 33: 140-144

-Derogatis L.R., Abeloff M.D., & Melisaratos N. (1977): Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *JAMA*, 242, (14) 1504-9

-De Rosney J. (1979): Analytic versus systemic approaches. *Principia Cybernetica Web* p. 1-2

-Dodge D. & Martin W.: *Social stress and chronic illness*. Univ. of Notre Dam Press, Notre Dam, 1970

-Dohrenwend B.S. & Dohrenwend B.P.: Future research in stress related disorder. Paper presented at the *Annual convention of the American Sociological Association*, New York, 1976

-Dohrenwed B.C. (1984): Symptoms, hassles, social support, and life events: problems of confounded measures. *J. of Abnormal Psychology* 93: 222-230

-Dubos R.: *Mirage of health*. Allen and Unwin, London, 1960

-Earle M.J.: An evaluation of the claim that psychological factors are causally associated with cancer. Ph.D. Thesis, Bedford College, *Univ. of London*, 1963

-Εγχειρίδιο SPSS: *Base 7.5 Applications Guide*. SPSS Inc. USA, 1997

-Edelman G.M.: *Αιθέρας Θεϊκός, Λαμπερή Φωτιά*. Εκδόσεις Κάτοπτρο. 1996

-Engel G.L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196: 129-136

-Eysenck H.J. (1985): Personality, cancer and cardiovascular disease: A causal analysis. *Personality and Individual Differences* 5: 535-557

-Eysenck H.J. (1988): Personality, stress ans cancer: Prediction and prophylaxis. *Br. J. Med. Psychol.* 61: 57-76

-Faragher E.B. & Cooper C.L. (1997): Are life events related to the onset of breast cancer? *Psychol Med* 27: 497-8

-Fife A., Beasley P.J. & Fertig D.L. (1996): Psychoneuroimmunology and cancer: historical perspectives and current research. *Adv. Neuroimmunol.* 6: 179-190

-Finn F., Mulcahy R. & Hickey N. (1974): The psychological profiles of coronary and cancer patients and of matched controls. *Irish J. Medical Science* 143:176-178.

-Fodor J. & Lepore E.: *Holism. A shopper's Guide*. Blackwell Publishers, Oxford, 1992

-Fox B. H. (1978): Premorbid psychological factors as related to cancer incidence. *J. Behavioral Medicine* 1: 45-133

-Fox B.H.: A Psychological Measure as a Predictor in Cancer. In *Psychosocial Aspects of Cancer*. Raven Press, New York, 1982

-Fras I., Litin E.M. & Pearson J.S. (1967): Comparison of psychiatric symtoms in carcinoma of the pancreas with those in some other intra-abdominal neoplasms. *Am. J. Psychiatry* 123:1553-1562

-Fridfinnsdottir E.B. (1997): Icelandic women's identifications of stressors and social support during the diagnostic phase of breast cancer. *J. Adv. Nurs.* 25: 526-31

-Friedman L.C. (1992): The relationship of dispositional optimism, daily life stress, and domestic environment to coping methods used by cancer patients. *J. Behav. Med.* 15: 127-141

-Fukunishi I., Saito S. & Ozaki S. (1992): The influence of defense mechanisms on secondary alexithymia in hemodialysis patients. *Psychother. Psychosom.* 57: 50-56

-Fukunishi I. (1995): Social desirability and alexithymia. *Psychol. Rep.* 75: 835-838

-Fukunishi I., Numata Y. & Hattori M. (1995): Alexithymia and defense mechanisms in myocardial infraction. *Psycol. Rep.* 75: 219-223

-Fukunishi I. & Rahe R.H. (1995): Alexithymia and coping with stress in healthy persons: alexithymia as a personality trait is associated with low social support and poor responses to stress. *Psychol. Rep.* 76: 1299-1304

-Fukunishi I. (1996): College maladjustment may be related to alexithymia constructs with weakness of ego strength. *Psycol. Rep.* 78: 735-738

-Fukunishi I., Maeda K., Kubota M. & Tomino Y. (a 1997): Association of alexithymia with low utilization and perception on a measure of social support in patients on peritoneal dialysis. *Psychol. Rep.* 80: 127-130

-Fukunishi I., Migguchi M. & Nishihara Y. (b 1997): Influence of ego strength on association of alexithymia and depression. *Psychol. Rep.* 79: 999-1005

-Galosy R.A. & Guebelein C.J. (1977): Cardiovascular adaptation to environmental stress. *Biobehavioral Reviews* 1: 165-175

-Garssen B. & Goodkin K. (1999): On the role of immunological factors as mediators between psychosocial factors and cancer progression. *Psychiatry Res.* 85: 51-61

-Geyer S. (1993): Life events, chronic difficulties and vulnerability factor preceding breast cancer. *Soc. Sci. Med.* 37: 1545-55

-Godding P.R. (1995): Predictors of depression among male cancer patients. *J. Nerv. Ment. Dis.* 183: 95-98

-Goodkin K., Antoni M.H. & Blamey P.H. (1986): Stress and hopelessness in the promotion of cervical intra epithelial neoplasia to invasive squamous cell carcinoma of the cervix. *J. Psycol. Res.* 30: 67-76

-Gore S. (1978): The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. *J. Health and Social Behavior* 19, 157-65

-Gorzinski G.: A ten-year psychoendocrine follow up of women studied before breast biopsy. Read before the *34th annual meeting of the American Psychosomatic Society*, Atlanta, March 1977

-Greene W.A. (1954): Psychological factors and reticuloendothilial disease. I. Preliminary observations on a group of males with lymphomas and leukemias. *Psychosom. Med.* 16:220-230

-Greene W.A., Young L.E. & Swisher S.N. (1956): «Psychological factors and reticuloendothilial disease II. Observations on a group of women with lymphomas and leukemias. *Psychosom. Med.* 18:284-303

-Greene W.A. (1966): The psychological setting of the development of leukemia and lymphoma. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 125: 7794-801

-Greene W.A., & Swsher S.N. (1969): Psychological and somatic variables associated with the development and course of monozygotic twins discordant for leukemia. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 164:394-408

-Greer S. & Morris T. (1975): Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study. *J. Psychosom. Res.* 19: 147-153

-Greer S. (1979): Psychological enquiry: a contribution to cancer research. *Psychol. Med.* 9: 81-89

-Guarini G. & Onofri E. (1993): New horizons in medicine. Complexity and predictability in internal medicine. *Recenti Prog. Med.* 84 (10): 691-97

-Guo G.N. (1992): A correlation study of psychologic stress factors and cancer by stepwise and logistic analyses. *Chung Hua Chung Liu Tsa Chih* 13: 416-418

-Gyr J.: *Ψυχοσωματική και Καρκίνος*. Εκδόσεις Χατζηνικολή Αθήνα. 1993

-Hamilton M. (1969): Diagnosis and Rating of anxiety. In *Studies of Anxiety*, Lader M.H. (ed.). Brit. J. Psychiatry, Spec. Pub. 3: 76-79

-Hamilton M.: The symptomatology of anxiety. In *Psychopathology of Anxiety and its Management*, ed. Okasha, A. Cairo: World Psychiatric Association, 1981

-Hagnell O. (1966): The premorbid personality of persons who develop cancer in a total population investigated in 1947 and 1957. *Ann. N.Y. Acad. Sciences* 125: 846-855

-Haviland M.G. & Reise S.P. (1996): A California Q-set alexithymia prototype and its relationship to ego-control and ego-resiliency. *J. Psychosom. Res.* 41: 597-607

-Helsing K.J., Szklo M. & Comstock G.W. (1981): Factors associated with mortality after widowhood. *Am. J. Pubic Health* 7: 802-809

-Hendryx M.S., Haviland M.G. & Shaw D.G. (1991): Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *J. Pers. Assess* 56: 227-237

-Henry J.P., Stephens P.M. & Watson F.M. (1975): Force breeding, social disorder and mammary tumor formation in CBA / VSC mouse colonies. A pilot study. *Psychosom. Med.* 37: 277-283

-Herbert T.B. & Cohen S. (1993): Stress and Immunity in Humans: A Meta-Analytic Review. *Psychosomatic Medicine* 55: 364-379

-Hetherington E.M., Cox M. & Cox R.: *Effects of divorce on parents and children. In Nontraditional Families*. Edited by Lamb M., Hillsdale N.J., Lawrence Erlbaum Associates, 1982

-Heylighten F. & Joslyn C. (1992): What is system theory. *Principia Cybernetica Web* p. 1-6

-Heylighten F. (1998): Basic concepts of the systems approach. *Principia Cybernetica Web* p. 1-8

-Hinkle L.E.: The effect of exposure to culture change, social change and changes in interpersonal relationships in health. In B.S Dohrenwend & B.P. Dohrenwend (eds.) *Stressful life events. Their nature and effects*. Wiley, New York, 1974

-Hobbs M., (1984): Crisis intervention in theory and practice: A selective review. *Br. J. Med. Psychol.* 57: 23-34

-Hochmann J. (1995): Ψυχαναλυτική θεωρία της ψυχιατρικής περίθαλψης ψυχωσικών. *Ψυχανάλυση & Ψυχοθεραπεία* 4: 155-160

-Holmes T.H. & Rahe R.H. (1967): The Social Readjustment Rating Scale. *J. Psychosom. Res.* 11: 213-8

-Horne R.L., & Picard R.S. (1979): Psychosocial risk factors for lung cancer. *Psychosom. Med.* 41: 503-515

-Hughes J. E. (1985): Depressive illness and lung cancer. I Depresion before. diagnosis. *Eur. J. of Surg. Oncology*. 11: 15-20

-Jacobs T.L. & Charles E. (1980): Life events and occurence of cancer in children. *Psycosom. Med.* 42: 11-24

-Jacobson G. F. : Crisis theory. In G. F. Jacobson (ed.), *Crisis Intervention in the 1980s: New Directions for Mental Health Services*. San Francisco: Jossey-Bass, 1980

-Jansson B. (1990): The concept of cancer – A theoretical note. *Medical Hypotheses* 32 (2): 89-90

-Jasmin C., Le M.G., Marty P., Herzberg R. & the Psycho-Oncologic Group (1990): Evidence for a link between certain psychological factors and the risk of breast cancer in a case control study. *Annals of Oncology* 1: 1990, 22-29

-Jenkins D.C. (1985): New Horizons for psychosomatic Medicine. *Psychosom. Medicine* 47: 3-25

-Joslyn C. (1992): The nature of cybernetic systems. *Principia Cybernetica Web* p. 1-6

-Kaes R.: Introduction a l' analyse transitionnelle. In R. Kaes, D. Anziu, J. Guillamin et J. Bleger, *Crise, rupture et depassement*. Paris, Dunod, 1979

-Kauhanen J., Kaplan G.A., Cohen R.D., Salonen R. & Salonen J.T. (1994): Alexithymia may influence the diagnosis of coronary heart disease. *Psychosom. Med.* 56: 237-244

-Keehn R.J., Goldberg I.D. & Beebe G.W. (1974): Twenty four year follow-up of army veterans with disability separations for psychoneurosis in 1944. *Psychosom. Med.* 36: 27-45

-Kerr T.A., Schapira K. & Roth M. (1969): The relationship between premature death and affective disorders. *Br. J. Psychiatry* 115:1277-1282

-Kiecolt-Glaser J.K., Fisher L.D., Ogrocki P., Stout J.C., Speicher C.E. & Glaser R . (1987): Marital quality, marital disruption and immune function. *Psychol. Med.* 19: 13-34

-Kissen D.M. (1962): Relationship between primary lung cancer and peptic ulcer in males. *Psycol. Med.* 24:133-147

-Kissen D.M. (1963): Personality characteristics in males conductive to lung cancer. *Br. J. Med. Psycol.* 36: 27-36

-Kissen D.M. (1967): The significance of personality in lung cancer in men. *Ann. NY Acad. Sci.* 125: 802-826

-Kissen D.M. & Brown R.I.F. (1968): A further report on personality and psychosocial factors in lung cancer. *Ann NY Acad. Sci.* 164: 535-544

-Kjeldsen-Kragh J. (1996): The influence of psychological factors on the immune system and immunological diseases. *Tidsskr. Nor. Laegeforen* 116: 3102-3107

-Κοραντής Ι. (1994): Ψυχοσωματικά χαρακτηριστικά σε ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες. *Ελληνική Ογκολογία* 30: 222-225

-Kreisler L.: *Η Ψυχοσωματική του Παιδιού*. Μετάφραση Ε. Αστερίου. Εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα, 1994

-Κυριαζής Δ.: Προσωπικότητα, Οικογενειακά Δυναμικά και Καρκίνος. *Συμπόσιο με θέμα "Οικογένεια και Καρκίνος" που διοργάνωσε η Ιατρική Σχολή Πανμιου Ιωαννίνων*, Μέτσοβο, 1997

-Laajus S. (1984): Parental losses. *Acta psychiatr. Scand.* 69: 1-12

-Langlie J.K. (1977): Social networks, health beliefs, and preventive health behavior. *J. of health and Social Behavior* 18: 244-60

-Laplanche J. & Pontalis J.B.: *Λεξιλόγιο της ψυχανάλυσης*. Εκδόσεις Κέδρος, Αθήνα, 1986

-Lazarus R.S.: *Psychological stress and the coping process*. McGraw Hill, New York 1966

-Lazarus R.S. & Folkman S.: *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer, 1984

-LeShan L. & Worthington R.E. (1956): Some reccurent life history patterns observed in patients with malignanat disease. *J. Nerv. Ment. Disease* 124: 460-465

-LeShan L. (1959): Psychological States as factors in the development of malignant disease: a critical review. *J. of the National Cancer Institute* 22: 1-18

-Levenson J.L. & Bemis C. (1991): The role of psychological factors in cancer onset and progression. *Psychosomatics* 32: 124-132

-Λιάκος Α.: *Σχέσεις άγχους και επιθετικότητος εις την Ψυχωσιακήν Μελαγχολίαν*. Διατριβή επί υφηγεσία. Αθήναι, 1977

-Liakos A., Markidis M., Kokkevi A., Stefanis C.: The Relation of Anxiety to Hostility and Frustration in Neurotic Patients. In *Stress and Anxiety*, C.D Spielberger. and I.G. Sarason (eds), Vol. 4, Hemisphere Publications, Washington, 1977

-Liakos A., Yiannitsi S., Loucas S.: Cognitive Performance in Schizophrenia and its relationships to Arousal, Psychopathology and Anxiety. Paper presented to *XIV Eyropean Conferance on Psychosomatic Reasearch*. Amsterdam, 1982

-Λιάκος Α. & Γιαννίτση Σ. (1984): Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος* 21: 71-76

-Lin N., Simeone R.S., Ensel W.M. & Kuo W. (1979): Social support, stressful life events, and illness: a model and an empirical test. *J. of Health and Social Behavior* 20: 108-119

-Lumley M.A., Stettner L. & Wehmer F. (1996): How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *J. Psychosom. Res.* 41: 505-518

-Martin J.B. & Pihl R.O. (1986): Influence of alexithymic characteristics on physiological and subjective stress responses in normal individuals. *Psychother. Psychosom.* 45: 66-77

-Marty P. & De M'Uzan M. (1963): La "pensée operatoire" *Rev. Fr. Psychoanal.* (Suppl.) 27: 1345-1356

-Miller T.R. (1977): Psychophysiologic aspects of cancer. *Cancer* 39: 413-418

-Monroe S.M. & Steiner S.C. (1986): Social support and psychopathology: interrelations with pre-existing disorder, stress, and personality. *J. of Abnormal Psychology* 95: 29-39

-Morin E. (1976): Pour une crisologie. *Communications* 25: 149-163

-Muslin H.L., Gyarfas K. & Pieper W.J. (1966): Separation experience and cancer of the breast. *Ann.N.Y. Acad. Sci.* 125: 802-806

-Myers J.: Future research in mental disease. Paper presented at the *Annual convention of the American Sociological Association*, New York, 1976

-Nandi S., Guzman R.C. & Yang J. (1995): Hormones and mammary carcinogenesis in mice, rats, and humans: a unifying hypothesis. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 92: 3650-57

-Nemeth G.: Prospective psychologic and somatic examinations of patients who later developed carcinoma. Proceedings of the *Third Internatational Symposium on Psychobiologic, Psychophysiologic, Psychosomatic and Sociosomatic Aspects of Neoplastic Disease*, Bohinj, Yugoslavia, 1978

-Nemeth,G. Mezei, A.: Personality traits of cancer patients compared with benign tumors on the basis of the Rorshach test. In D.Kissen and L. LeShan (ed) *Psychosomatic Aspects of neoplastic Disease*, London, Pitman Publ., 1963

-Nemiah J.C. & Sifneos P.E. (1970): Psychosomatic illness: A problem of communication. *Psychother. Psychosom.* 18: 154-160

-Nuckolls C.G., Cassel J. & Kaplan B.H. (1972): Psycho-social assets, life crises and the prognosis of pregnancy. *Am. J. of Epidemiology* 95: 431-41

-Parkes C.M., Benjamin B. & Fitzgerald R.G. (1969): Broken heart. A statistical study of increased mortality among widowers. *B.M.J.* 1: 740-743

-Παυλίδης Ν. (1983): Η σχέση ανάμεσα στο νευρικό, ενδοκρινικό και ανοσολογικό σύστημα. Η έννοια του «νευρο-ενδοκρινο-ανοσολογικού άξονα». *Αρχ. Ιατρ. Εταιρ.* 9: 281-91

-Pelletier K.R.: *Mind as Healer, Mind as Slayer*. New York, Dell Publishing Co., Inc., 1977

-Plumb M. & Holland J. (1981): Comparative studies of psychology function in patients with advanced cancer II. Interviewer-rated current and past psychological symptoms. *Psychosom. Medicine* 43: 1243-254

-Porcelli P., Leoci C., Guerra V., Taylor G.J. & Bagby R. (1996): A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in imflamatory bowel disease. *J. Psychosom. Res.* 41: 569-573

-Rabkin J.G. & Struening E. (1976): Life events, stress, and illness. *Science* 194: 1013-20

-Rahe R.H., Floistad I., Bergan T., Ringdal R., Gerhardt R., Gunderson E.K. & Arthur R.J. (1974): A model for life changes and illness research. Cross-cultural data from the Norwegian Navy. *Arch. Gen. Psychiatry.* 31:172-7

-Rahe R.H. (1978): Life change, measurement, clarification. Editorial. *Psychosom. Med.* 40, 95-98

-Ρηγάτος Γ.Α. : *Εισαγωγή στην Ψυχοκοινωνική Ογκολογία.* Έκδοση Ιδιωτική, Αθήνα, 1985

-Riley V. (1975): Mouse mammary tumors. Alternation of incidence as apparent function of stress. *Science* 189: 465-467

-Ρόζος Β. & Παπαβασιλείου Ι.: *Εγχειρίδιο ιστορίας της ιατρικής*. Αθήνα-Ιωάννινα, 1985

-Rogentine G.N.: Psychological and biological factors in the short term prognosis of malignant melanoma. Read before the *35th annual meeting of the American Psychosomatic Society*, Washington DC, March 1978

-Rogentine G.N. , van Kammen D.P., Fox B.H., Docherty J.P., Rosenblatt J.E., Boyd S.C. & Bunney W.E. Jr (1979): Psychological factors in the prognosis of malignant melanoma. *Psychosom. Med.* 41: 647-655

-Rotkin I.D. (1967): Epidemiology of cancer of the cervix. III. Sexual characteristics of a cervical cancer population. *Am. J Public Health* 57: 815-829

-Rutter M. (1986): Meyerian psychobiology, personality development, and the role of life experiences. *Am. J. Psychiatry* 143:1077-87

-Rutter M. & Quinton D. (1984): Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychol. Med.* 14: 853-880

-Sache R. (1994): Heart beat perception in patients with psychosomatic disorders: distracting attention from personal physical processes. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 44: 284-292

-Schmale A.H. Jr & Iker H. P. (1966): The psychological setting of uterine cervical cancer. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 125: 807-813

-Schmale A.H. & Iker H. (1971): Hopelessness as a predictor of cervical cancer. *Soc. Sci. Med.* 5: 95-100.

-Schwab E.D. & Pienta K.J. (1997): Modeling signal transduction in normal and cancer cells using complex adaptive systems. *Med. Hypotheses* 48: 111-23

-Schwartz M.A. & Wiggins O.P. (1986): Systems and the structuring of meaning: contributions to a biopsychosocial medicine. *Am. J. Psychiatry* 143: 1213-21

-Scrivener A. B. (1990): A curriculum for cybernetics and systems theory. *Principia Cybernetica Web* p. 1-39

-Scurry M.T. & Levin E.M. (1979): Psychosocial factors related to the incidence of cancer. *Int. J. Psychiatry in Medicine* 9: 159-177

-Selye H.: *The stress of life*. Mc Graw-Hill, New York, 1956

-Servaes P., Vingerhoets A.J., Vreugdenhil G., Keuning J.J. & Broekhuijsen A.M. (1999): Inhibition of emotional expression in breast cancer patients. *Behav. Med.* 25: 23-7

-Shekelle R.B. Raynor W.J. Jr, Ostfeld A.M., Garron D.C., Bieliauskas L.A., Liu S.C., Maliza C. & Paul O. (1981): Psychological depression and 17-year risk and death from cancer. *Psycosom. Med.* 43: 117-125

-Sifneos P.E. (1986): The Schalling-Sifneos Personality Scale revised. *Psychother. Psychosom.* 45: 161-165

-Sifneos P.E. (1996): Alexithymia. Past and Present. *Am. J. Psychiatry* 153: 137-142

-Sklar L.S. & Anisman H. (1979): Stress and coping factors influence tumor growth. *Science* 205: 513-515

-Smithers D.: Relevance in cancer research: a clinical viewpoint. In *The Problem of relevance in cancer research* (ed. G. Bennette), pp.63-64. The British Cancer Council: London, 1970

-Solomon G.F., Amkraut A.A., & Kasper P. (1974): Immunity, emotions and stress with special reference to the mechanisms of stress on the immune system. *Psychother Psychosom.* 23: 209-17

-Solomon G.F., Segerstrom S.C., Grohr P., Kemeny M. & Fahey J. (1997): Shaking up immunity: psychological and immunologic changes after a natural disaster. *Psychosom. Med.* 59: 114-127

-Σπαντίδος Δ.Α.: *Μοριακή και κυτταρική ογκολογία.* Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1992

-Spielberger C.D. (1976): The measurement of state and trait anxiety: conceptual and methodological issues. *Monograph* 2: 713-25

-Spiegel D. (1997): Psychosocial aspects of breast cancer treatment. *Semin. Oncol.* 24(1 Suppl 1): S1-36-S1-47

-Stone G.C., Cohen F. & Adler N.E. (eds): *Health Psychology.* Jossey-Bass Publ., San Francisco, 1979

-Straker M.: Crisis intervention: An overview. In H. Dovanloo (ed.), *Short-term Dynamic Psychotherapy.* New York: Jason Aronson, 1980

-Taylor E.J. (1993): Factors associated with meaning in life among people with recurrent cancer. *Oncol. Nurs. Forum* 20: 1399-1405

-Taylor G.J. (1977): Alexithymia and the counter-transference. *Psychother. Psychosom.* 28: 141-147

-Taylor G.J., Bagby R.M., & Parker J.D. (a 1993): Is alexithymia a non-neurotic personality dimension? *Br. J. Med. Psychol.* 66: 281-287

-Taylor G.J., Bagby R.M., & Parker J.D. (b 1993): Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotions. *Psychother. Psychosom.* 59: 197-202

-Terra J.L., Amiel-Lebigre F., Boujema F., Guyotat J., Guillaud-Bataille J.M., Jurus M., Rebattu P. & Gausset M.F. (1986): Life events and breast cancer. Initial results of a

comparative study dealing with 100 cases and their control. *Acta Psychiatr Belg* 86: 496-501

-Thomas C.B. & Duszynski K.R. (1974): Closeness to parents and the family constellation in a prospective study of five disease states: suicide, mental illness, malignant tumor, hypertention and coronary heart disease. *Hopkins Med. J.* 134: 131-152

-Thomas C.B. (1976): Precursors of premature disease and death: The predictive potential of habits and family attitudes. *Ann. Intern. Med.* 85: 653-658

-Todarello O., La Pesa M.W., Zaka S., Martino V. & Lattanzio E. (1989): Alexithymia and breast cancer. Survey of 200 women undergoing mammography. *Psychother. Psychosom* 51: 51-5

-Todarello O., Casamassima A., Marinaccio M., La Pesa M.W., Caradonna L., Valentino L. & Marinaccio L. (1994): Alexithymia, immunity and cervical intraepithelial neoplasia: a pilot study. *Psychother. Psychosom.* 61: 199-204

-Todarello O., Casamassima A., Daniele S., Marinaccio M., Fanciullo F., Valentino L., Tedesco N., Wiesel S., Simone G. & Marinaccio L. (1997): Alexithymia, immunity and cervical intraepithelial neoplasia: replication. *Psychother. Psychosom.* 66: 208-213

-Trichopoulou A., Tzonou A., Hsieh C.C., Toupadaki N., Manousos O. & Trichopoulos D. (1992): High protein, saturated fat and cholesterol diet, and low level of serum lipids in colorectal cancer. *Inter. J. Cancer* 51: 386-389

-Turns D. & Newby L.G.: Psychosocial Factors In *Cancer of the Breast* by Donegan - Spratt. Saunders Co, Toronto, 1979

-Van Servellen G. (1996): Emotional distress in men with life-threatening illness. *Int. J. Nurs. Stud.* 33(5): 551-65

-Wasan H.S. & Bodmer W.F.: Inherited susceptibility to cancer. In *Introduction to the Cellular and Molecular Biology of Cancer* (L.M. Franks and N.M. Teich eds.) Oxford University Press Inc., New York, 1997

-Watson C.G. & Schuld D. (1977): Psychosomatic factors in the etiology of neoplasms. *J. Consult. Clin. Psychol.* 46: 1522-1523

-Weinryb R.M., Gustavsson J.P., Asberg M. & Rossel R.J. (1992): The concept of alexithymia: an empirical study using psychodynamic ratings and self-reports. *Acta Psychiatr. Scand.* 85: 153-162

-Weiss J.M. (1971): Effects of coping behavior in different warning signal conditions on stress pathology in rats. *J. of Comparative and Physiological Psychology* 77: 1-13

-Weiss R.A.: Some conclusions and prospects. In *Introduction to the Cellular and Molecular Biology of Cancer* (L.M. Franks and N.M. Teich eds.) Oxford University Press Inc., New York, 1997

-Wise T.N., Mann L.S. & Epstein S. (1991): Ego defensive styles and alexithymia: a discriminant validation study. *Psychother Psychosom* 56: 141-5

-Yelsma P. (1995): Self-esteem and alexithymia. *Psychol. Rep.* 77: 735-738

-Zervas I.M., Augustine A. & Fricchione G.L. (1993): Patients delay in cancer. A view from the crisis model. *Gen Hosp. Psychiatry* 15: 9-13

Παράρτημα

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Οικογενειακή Κατάσταση:

Οικογένεια Μητρική:

Τόπος Καταγωγής:
Τόπος Διαμονής:
Παρούσα Ασθένεια:

Άλλες Ασθένειες:
Ασθένειες στο Οικογενειακό Περιβάλλον:

Θάνατοι στο Οικογενειακό-Φιλικό Περιβάλλον:

Συναισθηματικές Αντιδράσεις στα Διάφορα Γεγονότα Ζωής

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΩΝ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ ΖΩΗΣ

Ημερ. συνέντευξης Ημερ. γέννησης

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ

1. Ανεργία του ατόμου και του (της συζύγου).....

2. Δυσκολίες με τον εργοδότη και τους συναδέλφους .....

3. Αλλαγή εργασίας (του ιδίου τόπου) .....

4. Αλλαγή τόπου εργασίας .....

5. Αλλαγή στις ώρες και τις συνθήκες της εργασίας.....

6. Μείωση και αύξηση σημαντικών ευθυνών στην δουλειά .....

7. Αρχή συντάξιμης περιόδου .....

8. Μετακόμιση.....

9. Επαγγελματική ακοτυχία .....

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 στην κοντινή οικογένεια ή στο οικογενειακό περιβάλλον .....

22. Φυλάκιση.....

23. Θάνατος στο στενό οικογενειακό περιβάλλον.....

24. Θάνατος ενός στενού φίλου.....

25. Ατύχημα ή αρρώστια σοβαρή στο στενό οικογενειακό περιβάλλον .....

26. Λφιξη ενός νέου μέλους της οικογένειας κάτω από την ίδια στέγη.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ

27. Προβλήματα σε σχέση με το αλκοόλ και τα ναρκωτικά .....

28. Σημαντική μείωση της κοινωνικής ζωής .....

29. Άστεγος για ένα χρονικό διάστημα .....

30. Αρρώστια & τραυματισμός σοβαρός που απαιτεί θεραπεία στο νοσοκομείο και το λιγότερο ένα μήνα αναρρωτική άδεια από την εργασία .....

31. Αρρώστια και ατύχημα που απαιτεί ιατρική αγωγή .....

32.Ανικηρία όρασης ή ακοής ξαφνική & 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 τον σύζυγό σας ή τον σύντροφό 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 την βοήθεια άλλων για την φύλαξη των παιδιών σας.....

44. Πρόβλημα συμπεριφοράς με τα παιδιά σας .....

45. Θάνατος του (της) συζύγου σας .....

46.Διαζύγιο ή διάσταση .....

47. Συζυγικός χωρισμός που επιβάλλεται από τις περιστάσεις.....

48.Εξω-συζυγικές σχέσεις .....

49. Διακοπή μιας σχέσης.....

50. Απιστία του (της) συζύγου.....

51.Επανασύνδεση των συζύγων μετά από χωρισμό .....

52. Αρχή και σταμάτημα της εργασίας του (της) συζύγου.....

53.Άλλα γεγονότα εκτός από αυτά που αναφέραμε σας έχουν συμβεί τα 2 τελευταία χρόνια.....

ΚΛΙΜΑΚΑ M.A.D.R.S (ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ)

1. ΕΜΦΑΝΗΣ ΛΥΠΗ

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

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

2. ΕΚΦΡΑΖΟΜΕΝΗ ΛΥΠΗ

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

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

3. ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΕΝΤΑΣΗ

Αίσθηση απροσδιόριστης κακοδιαθεσίας, νευρικότητα, ψυχική ένταση που φθάνει ως τον πανικό, τρόμος, αγωνία.

Βαθμολογείται σε σχέση με την ένταση, την διάρκεια την συχνότητα και τον βαθμό της ασφάλειας που ζητάει ο ασθενής.

Ο 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 Τρόμος, συνεχές άγχος, ανυπόφορος πανικός

4. ΑΫΠΝΙΑ

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

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

5. ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Εντύπωση ότι έχουμε λιγότερη όρεξη από πριν. Η αξιολόγηση γίνεται στην επιθυμία για φαγητό ή στην ανάγκη να πιέζουμε τον ασθενή για να φαει.

Ο 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 ΣΤΗΝ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ

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

Ο Χωρίς δυσκολία συγκέντρωσης
1 .....
2 Δυσκολίες περιστασιακές να συγκεντρώνει τις ιδέες του
3 .....
4 Δυσκολία να κρατάει την προσοχή του σε σχέση με την ανάγνωση και την συζήτηση
5 .....
6 Μεγάλες δυσκολίες να διαβάζει ή να κρατάει μια συζήτηση

7. ΑΤΟΝΙΑ

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

Ο Σχεδόν καμία δυσκολία στο ξεκίνημα ούτε επιβράδυνση
1 .....
2 Δυσκολία να ξεκινήσει τις 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.

Ο Κανονικό ενδιαφέρον
1 .....
2 Μείωση της ικανότητας να παίρνει ευχαρίστηση από τα καθημερινά ενδιαφέροντα 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.

9. ΑΠΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ

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

Ο Χωρίς απαισιόδοξες ιδέες
1.....
2 Περιστασιακές σκέψεις αποτυχίας, αυτο-κατηγόρησης, ανεπάρκειας
3.....
4 Εμμονή στην αυτο-κατηγόρηση, σκέψεις συγκεκριμένες αλλά ακόμη 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 την βαθμολογία.

Ο Ικανοποίηση από την ζωή. Την παίρνεις όπως έρχεται
1.....
2 Απογοήτευση από την ζωή. Περιστασιακές ιδέες αυτοκτονίας
3.....
4 Σκέψεις ότι θα ήταν καλύτερα να είχε πεθάνει. Συχνές σκέψεις αυτοκτονίας. Η αυτοκτονία θεωρείται σαν μία λύση αλλά χωρίς να το προετοιμάζει συγκεκριμένα.
5.....
6 Συγκεκριμένο πλάνο αυτοκτονίας όταν παρουσιαστεί η ευκαιρία, ενεργητική προετοιμασία.

Κλίμακα Άγχους (Hamilton Anxiety Rating Scale)

Ήπιο: Συμβαίνει ακανόνιστα και για βραχεία χρονικά διαστήματα.
Μέτριο: Διαρκεί περισσότερο, απαιτώντας σημαντική προσπάθεια για να ξεπεραστεί.
Έντονο : Συνεχές και κυρίαρχο στη ζωή του ατόμου
Πολύ έντονο : Προκαλεί πλήρη ανικανότητα

		Ανύπ	Ήπιο	Μέτριο	Έντονο	Πολύ Έντονο
1. Αγχώδης διάθεση	Αίσθημα ανησυχίας - Αναμονή επικείμενης διάθεση συμφοράς - Ακαθόριστοι φόβοι -Ευερεθιστότητα	0	1	2	3	4
2. Ένταση	Αίσθημα υπερέντασης 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
5. Γνωστικές λειτουργίες	Δυσκολία στη συγκέντρωση - Διαταραχές της μνήμης	0	1	2	3	4
6. Καταθλιπτική διάθεση	Απώλεια ενδιαφερόντων - Αδιαφορία για παλιά «χόμπυ» - Πρώιμη αφύπνιση	0	1	2	3	4
7. Συμπτώματα νευρο-μυϊκά	Μυϊκά άλγη και μυϊκές συσπάσεις- Τριγμός οδόντων - Ασταθής φωνή	0	1	2	3	4
8. Γενικά αισθητικά συμπτώματα	Θολή όραση και δυσχέρειες στην προσαρμογή - αίσθημα αδυναμίας - αίσθημα θερμότητας - Μούδιασμα	0	1	2	3	4
9. Συμπτώματα καρδιολογικά	Ταχυκαρδία - Παλμοί - Πόνος στο στήθος - Παλμοί των αγγείων - Τάση λιποθυμίας - Απώλεια σφυγμών	0	1	2	3	4
10. Συμπτώματα αναπνευστικά	Αίσθημα πίεσης στο θώρακα - Αίσθημα πνιγμονής - Δύσπνοια- Αναστεναγμοί	0	1	2	3	4
11. Συμπτώματα γαστρεντερικά	Δυσκαταποσία - Κοιλιακά άλγη - Δυσκοιλιότητα - Διάρροια - Απώλεια βάρους - Άλγος πριν ή μετά το φαγητό - Ναυτία - Εμετοί - Αίσθημα κορεσμού - Αίσθημα καύσου - Συσπάσεις στο επιγάστριο	0	1	2	3	4
12.Συμπτώματα ουρο-γεννητικά	Συχνοουρία - Άμεση ανάγκη ούρησης - Αμηνόρροια - Δυσμηνόρροια - Ψυχρότητα - Πρώιμη εκσπερμάτωση - Ελλιπής στύση - Ανικανότητα	0	1	2	3	4
13.Συμπτώματα του Α.Ν.Σ.	Ξηρότητα - Εξάψεις - Ωχρότητα προσώπου - Εφίδρωση - Ίλιγγοι - Κεφαλαλγίες τάσεως - Χήνειο δέρμα	0	1	2	3	4
14.Συμπεριφορά του ασθενή κατά την εξέταση	Υπερένταση - Δυσφορία - Ταραχή - Κινήσεις χεριών - Περπάτημα - Σκληρά χαρακτηριστικά λόγω μυϊκής έντασης - Ζωηρά τενόντια αντανακλαστικά - Διασταλμένες κόρες - Εξόφθαλμος	0	1	2	3	4

Ψυχικό : Σωματικό : Σύνολο:

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑΣ (Schalling-Sifneos Personality Scale)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΗΜΕΡ. ΕΞΕΤΑΣΗΣ:

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:

ΟΔΗΓΙΕΣ:
Παρακάτω υπάρχουν 20 φράσεις τις οποίες χρησιμοποιούμε, συνήθως, για να περιγράψουμε διάφορες ενέργειές ή συναισθήματα μας. Για κάθε μια από ης φράσεις αυτές υπάρχουν δυο πιθανές απαντήσεις: ΝΑΙ ή ΟΧΙ. Βάλτε ένα σταυρό στην απάντηση εκείνη που σας αντιπροσωπεύει και για κάθε φράση χωριστά. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Απαντάτε όσο το δυνατό πιο γρήγορα.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Μου είναι πιο εύκολο να περιγράφω τα σωματικά μου συμπτώματα ή ενοχλήματα, από το να περιγράφω τα συναισθήματά μου		
2. Είναι σημαντικό να ανακαλύπτει κανείς το πως 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 δε σκέφτομαι, αλλά ενεργώ		
8. Προτιμώ τις ταινίες που έχουν δράση, από αυτές που έχουν δραματική ή συναισθητική 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		
15. Προτιμώ πάντα να προσέχω το τι γίνεται γύρω μου, παρά να κάθομαι να σκέπτομαι για το πώς αισθάνομαι		
16. Όταν ακούω κάποιους ύποπτους θορύβους τη νύχτα, ποτέ δε 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		

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ (State & Trait Anxiety Inventory)

υπό Α. Λιάκου και C.D. Spielberger
STAI Gr. X-1

Ονοματεπώνυμο:

Ημερομηνία:

ΟΔΗΓΙΕΣ: Πιο κάτω υπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσης, για να δείξετε πώς αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολύ ώρα για κάθε μια φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σ' αυτό που αισθάνεστε τώρα.

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

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ (State & Trait Anxiety Inventory)

υπό Α. Λιάκου και C.D. Spielberger
STAI Gr. X-1

Ονοματεπώνυμο:

Ημερομηνία:

ΟΔΗΓΙΕΣ: Πιο κάτω υπάρχει ένας αριθμός φράσεων που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν, για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό, στα δεξιά της φράσης, για να δείξετε πώς αισθάνεστε συνήθως. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολύ ώρα για κάθε μια φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να περιγράφει πώς αισθάνεστε γενικά.

	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντοτε
21. Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4
22. Κουράζομαι εύκολα	1	2	3	4
23. Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία	1	2	3	4
24. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος όσο οι άλλοι φαίνονται 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 αναπαυμένος	1	2	3	4
27 . Είμαι ήρεμος, ψύχραιμος και συγκεντρωμένος	1	2	3	4
28. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται, ώστε να μη μπορώ να τις ξεπεράσω.	1	2	3	4
29. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι, που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	1	2	3	4
30. Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση	1	2	3	4
31. Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα	1	2	3	4
32. Μου λείπει η αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
33. Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
34. Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσεως ή δυσκολίας	1	2	3	4
35. Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση	1	2	3	4
36. Είμαι ικανοποιημένος	1	2	3	4
37. Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί.	1	2	3	4
38. Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.	1	2	3	4
39. Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας	1	2	3	4
40. Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης, όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες δυσκολίες και τα ενδιαφέροντά μου	1	2	3	4