ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ΣΧΕΣΗ ΑΓΧΟΥΣ & ΚΑΡΚΙΝΟΥ:
ΜΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

Επόπτης Καθηγητής
Κ. ΧΑΤΗΡΑ

ΚΟΥΤΣΟΥ ΜΑΡΙΑ
Α.Μ. 1343

Ρέθυμνο 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος……2

Ιστορική αναδρομή……...4

Κεφάλαιο 1 : Η σχέση του άγχους με την ασθένεια

1.1. Η φυσιολογία του στρες……10
1.2. Το άγχος; Οι στρεσογόνοι παράγοντες και η παθολογία του άγχους……...10
1.3. Η συμπτωματολογία του άγχους. ……11
1.4 Η αιτιολογία του άγχους……11
1.5 Οι ψυχοσωματικές διαταραχές ως κύρια αιτία του άγχους……...14

Κεφάλαιο 2 : Στρες και καρκίνος: Σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα

2.1. Στρες-ανοσοποιητικό σύστημα και καρκίνος……..16
2.2. Χρόνιο και οξύ στρες ως προάγγελοι της υποτροπής ασθενών με καρκίνο του μαστού σε αρχικό στάδιο……...19
2.3. Καρκινικοί ασθενείς παρουσιάζουν συμπτώματα Μετά-τραυματικής Διαταραχής……21
2.3.1 Έρευνες που επικεντρώνονται στην επικράτηση των συμπτωμάτων της διαταραχής
2.3.2 Έρευνες με έμφαση στα περιστατικά των παρεισφρητικών και με συμπτωματολογία αποφυγής ασθενών
2.3.3. Έρευνες που μελετούν την συσχέτιση του καρκίνου με την πρόγνωση των συμπτωμάτων της Μετά-τραυματικής Διαταραχής

Κεφάλαιο 3 : Η ψυχολογική πορεία του καρκίνου

3.1. Πρότυπο νου-σώματος……27
3.2. Ο ρόλος της προσωπικότητας……..28
3.3. Σκιαγράφηση της καρκινικής προσωπικότητας……..32
3.4. Η θεωρία του ψυχοσωματικού συνεχές……..40

Κεφάλαιο 4 : Καρκίνος και προσδοκίες: οι επιδράσεις τους στην ανάρρωση

4.1. Αυτό-εκπληρωμένη προφητεία……...46
4.2. Τα αρνητικά κοινωνικά πιστεύω για τον καρκίνο και τα αποτελέσματά τους 48
4.3. Η οικοδόμηση θετικού συστήματος προσδοκιών……..49
4.4. Το ζήτημα της ψεύτικης ελπίδας ……50

Επίλογος

Βιβλιογραφία

Παράρτημα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ένας από τους πιο σύγχρονους κλάδους της ψυχολογίας που γνωρίζει ιδιαίτερη ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια είναι αυτός της ψυχοσωματικής ψυχολογίας και ιατρικής. Η νεότερη ιατρική έχει αποδεχτεί εδώ και αρκετές δεκαετίες τον ρόλο των ψυχολογικών παραγόντων και χαρακτηριστικών, τόσο στην εκδήλωση όσο και στην εξέλιξη αλλά και θεραπεία πολλών ασθενειών και κυρίως χρόνιων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο καρκίνος και τα νεοπλάσματα.

Το διεθνές επιστημονικό περιοδικό ψυχοσωματικών ερευνών έχει δημοσιεύσει ακόμα και πριν από το 1960 έρευνες και άρθρα που αφορούν στην ανάπτυξη του καρκίνου και τη σχέση του με τη συμπεριφορά αλλά και την προσωπικότητα των ασθενών. Το επιστημονικό ενδιαφέρον πολλών ερευνητών ιατρών αλλά και ψυχολόγων έχει στραφεί στο ρόλο της προσωπικότητας, της διάθεσης και κυρίως του άγχους στην εκδήλωση των νεοπλασμάτων αλλά και στην εξέλιξη της θεραπείας τους. Πολλά μοντέλα έχουν αναπτυχθεί και πολλές θεωρίες για αυτήν την σχέση «σώματος-ψυχής» . Όλοι οι ερευνητές αλλά και οι θεωρητικοί συμφωνούν πως ο ρόλος του ψυχικού οργάνου, η αντίληψη αλλά και η διάθεση του ατόμου μπορούν να επηρεάσουν ουσιαστικά την σωματική υγεία. Ασθένειες όπως ο καρκίνος, που προκαλούνται από τον ίδιο των οργανισμό και δεν μεταδίδονται σε αυτόν από το περιβάλλον , συνδέονται άμεσα με την ψυχολογία του ατόμου, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας αλλά και το χαρακτήρα του ατόμου. Έχουν αναπτυχθεί ακόμα και θεωρίες για την σκιαγράφηση της καρκινικής προσωπικότητας, όπως την ονομάζουν, μάλιστα πολλά ερευνητικά δεδομένα τις επιβεβαιώνουν. Αυτή είναι και η θέση που θα ακολουθήσει η παρούσα εργασία. Η ανάλυση της σχέσης του καρκίνου με την ιδιοσυγκρασία του ατόμου μπορεί να προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες τόσο σε επίπεδο πρόληψης όσο και θεραπείας και φροντίδας των ασθενών.

Ο καρκίνος είναι μία ασθένεια που βασανίζει τον άνθρωπο από τα πρώτα χρόνια της πορείας του στη γη. Οι ρυθμοί με τους οποίους εκδηλώνεται όμως τον τελευταίο αιώνα έχουν πολλαπλασιαστεί. Στην Ελλάδα κάθε χρόνο όλο και περισσότερα άτομα προσβάλλονται από αυτήν τη νόσο, η οποία δεν κάνει διακρίσεις ούτε σε ηλικίες αλλά ούτε και ανάμεσα στα δύο φύλα, σε κοινωνικές και οικονομικές θέσεις, σε μορφωτικό επίπεδο. Όλοι είμαστε πιθανά θύματα αυτής της μάστιγας και παρά την εξέλιξη της ιατρικής ακόμα κανείς δεν μπορεί να μιλήσει για πραγματική θεραπεία.

Το σώμα που νοσεί από καρκίνο βρίσκεται πολύ κοντά στο θάνατο το σωματικό αλλά και τον ψυχικό. Ο καθένας και μόνο στο άκουσμα της λέξης καρκίνος πλημμυρίζεται από έναν πανικό που οφείλεται στην ίδια την σοβαρότητα της ασθένειας. Οι πρώτες περιγραφές που έγιναν για τον καρκίνο τον παρουσίασαν σαν ένα καβούρι που ξεκινάει από ένα κεντρικό σημείο για να εξαπλώσει τα πόδια και τις δαγκάνες του σε όλο το σώμα καταβροχθίζοντας τα κύτταρα και τον οργανισμό. Πραγματικά αυτή είναι και η σωστή περιγραφή καθώς όποια περιοχή ή όργανο προσβληθεί από αυτόν καταστρέφεται.

Οι θεωρίες που ασχολήθηκαν με τη σχέση σώματος και ψυχής έχουν υποστηρίξει άλλοτε την υπεροχή του ενός από το άλλο και άλλοτε έχουν τονίσει την αλληλεξάρτηση αυτών των δύο. (Kalat,1996). Ο δυϊσμός τονίζει την σημασία της αμοιβαίας σχέσης ισορροπίας που υπάρχει για την διατήρηση της ομοιόστασης του οργανισμού. Το σώμα δεν μπορεί να λειτουργήσει χωρίς ψυχή και αντίστοιχα η ψυχή δεν υφίσταται χωρίς σώμα. Τι συμβαίνει λοιπόν όταν αυτή η ομοιόσταση καταστρέφεται από κάποια ασθένεια όπως ο καρκίνος, Σίγουρα πρόκειται για μια καθαρά σωματική ασθένεια που προσβάλει τον οργανισμό και που μπορεί να τον

οδηγήσει στον θάνατο. Ένα σώμα όμως που υποφέρει δεν παρασύρει μαζί του και την ψυχή; Ο φόβος του θανάτου και του πόνου, της απώλειας, οι επώδυνες χημειοθεραπείες και όλα αυτά που συνεπάγονται μετά τη διάγνωση του καρκινώματος, δεν είναι αρκετά για να τραυματίσουν την ψυχή; Αν κοιτάξουμε μόνο από το πρίσμα ενός αυστηρού ογκολόγου, τότε θα σκεφτούμε πως ο ρόλος της ψυχής είναι ανύπαρκτος και μόνο η ιατρική και η φαρμακολογία μπορούν να προσφέρουν θεραπεία. Η σύγχρονη επιστήμη όμως μας δίνει πολλές πληροφορίες που μπορούν να αλλάξουν πολύ την απαρχαιωμένη πια αυτή άποψη.

Ακολουθώντας τη θεωρία του δυϊσμού καταλαβαίνουμε ότι η σημασία που μπορεί να παίξει η ψυχική διάθεση του ασθενή τόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας όσο και στην πορεία της ασθένειας σφαιρικά είναι πολύ ενδιαφέρουσα. Υπάρχουν θεωρίες που στηρίζουν ακόμα και την άποψη για άτομα με ψυχική προδιάθεση, αν επιτραπεί ο όρος, στα καρκινώματα.

Βλέποντας τον άνθρωπο ως ένα σύνολο που αποτελείται από το σωματικό και το ψυχικό κομμάτι, έχοντας μια ψυχαναλυτική ματιά και θεωρώντας το σώμα και την υγεία του ως κύριο εκφραστή των συναισθημάτων του ατόμου, με σκοπό την κατανόηση της σχέσης αυτής, μελετάμε τον καρκίνο ως ένα ψυχοσωματικό φαινόμενο. Αναζητάμε αίτια και θεραπείες, ερμηνείες και θεωρίες που σχετίζονται με το ζήτημα θέλοντας να καλύψουμε ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της σύγχρονης υγείας και αντιμετώπισης των ασθενειών όπως ο καρκίνος.

3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η βασική γνώση ότι τα κακοήθη νεοπλάσματα προσβάλλουν άτομα με ορισμένη δόμηση της προσωπικότητας είναι ασφαλώς συνδεδεμένη με τα παλαιότερα κεφάλαια της ιατρικής.

Ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο «καρκίνωμα» σκέφτονταν, σύμφωνα πάντοτε με τη γενική θεωρία του «Περί χυμών» , ότι άτομα με μελαγχολική διάθεση έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να προσβληθούν από κακοήθης όγκους. Ο Γαληνός ωστόσο στη διάρκεια του 2^{ου} π.Χ. αιώνα, δίνει μια περισσότερο ακριβή εικόνα όπως και ορισμό για την ασθένεια. Συγκρίνει την εμφάνιση του καρκίνου με ένα καβούρι που με τα πόδια του αναπτύσσεται ακτινωτά ξεκινώντας από το σώμα του που βρίσκεται σε μια κεντρική θέση.

Σύμφωνα με το μεγάλο αυτό ιατρό των Ελληνιστικών χρόνων, ο καρκίνος οφείλεται σε μια υπερβολική έκχυση χολής στη ροή του αίματος κι ο Γαληνός διατυπώνει την αντίληψη πως οι μελαγχολικές γυναίκες έχουν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο από τις αιματώδεις.

Στη Ρωμαϊκή περίοδο και στα χρόνια του Βυζαντίου , οι ιατρικές αντιλήψεις της εποχής ήταν έντονα χρωματισμένες από τις ιπποκρατικές και γαληνικές δοξασίες. Ο μεγάλος Ιρανός φιλόσοφος Αβικκένας, τυπικό παράδειγμα του ισλαμικού πολιτισμού, αποδίδει επίσης τη γέννηση του καρκίνου στη μελαγχολία.

Στη διάρκεια του 17-18^{ου} αιώνα , ένας μεγάλος αριθμός από γιατρούς της εποχής πίστευε στη γενική αντίληψη πως οι μελαγχολικές καταστάσεις είναι συνήθως η βασική και αναγκαία προϋπόθεση για την ανάπτυξη της ασθένειας. Ο καθηγητής Gendron , του πανεπιστημίου του Montpellier , εκφράζει στις αρχές του 18^{ου} αιώνα την αντίληψη πως ο κακοήθης όγκος οφείλεται σε αλλοίωση της σωματικής λειτουργίας, που γεννιέται από το φόβο, το άγχος όπως και τα συχνά πένθη. Οι διαπρεπείς Γάλλοι ιατροί Leannec , Bayle διατυπώνουν λίγο αργότερα παρεμφερείς θεωρίες.

Στην Αγγλία ο Sir James Paget , ένας από τους επιφανέστερους ογκολόγους της εποχής του , έγραφε πως η απογοήτευση , οι ελπίδες που χάθηκαν και η έντονη κατάθλιψη , προκαλούν σημαντική αύξηση στις διαστάσεις του κακοήθη όγκου. Για πρώτη φορά επιστημονικά ευρήματα τονίζουν το ρόλο του άγχους στης εξέλιξη της νόσου και στην πιο έντονη εκδήλωσή της. Στις Η.Π.Α. από το 1875 ο William Parker δημοσίευσε μια σειρά από άρθρα του που ανέφεραν τα αποτελέσματα από συστηματικές έρευνες , που αφορούσαν τις επιπτώσεις που έχουν ψυχικοί παράγοντες πάνω στα διάφορα όργανα του σώματος. Για τον ίδιο είναι πιθανό πως μεγάλες περίοδοί πένθους όπως και ψυχικές ανησυχίες μπορεί να διαταράξουν την ισορροπία του νευρικού συστήματος και να δημιουργήσουν καρκίνο

Οι πρώτες ωστόσο στατιστικές για την αντικειμενική εκτίμηση της επίδρασης των συγκινησιακών παραγόντων που συνδέονται με την έκλυση του κακοήθους νεοπλάσματος, έρχονται από την Αγγλία και πάλι. Ο ιατρός Snow διαπιστώνει πως από τους 250 ασθενείς που μελέτησε και που έπασχαν από κακοήθη όγκο , οι 156 είχαν έκδηλα επηρεαστεί από το θάνατο ενός στενού συγγενικού τους προσώπου και 32 άλλοι αντιμετώπιζαν πολύ σοβαρά αγχογόνα προβλήματα, που σχετίζονταν με τα επαγγελματικά τους ζητήματα. Τελικά από το σύνολο των 250 ασθενών με καρκίνο μόνο 19 δεν βρέθηκε να συνδέονται με κάποιο αγχογόνο η έντονα συναισθηματικό περιστατικό ή κατάσταση. Τα ευρήματα αυτά πλέον ενισχύουν τις αρχικές θεωρίες και τις φέρνουν πολύ κοντά στην επιβεβαίωσή τους.

Η ιστορική αλυσίδα που συνδέει την εμφάνιση του καρκίνου με ψυχικές διαταραχές και συναισθηματικά προβλήματα συνεχίζεται και στην σύγχρονη εποχή. Με την ανάπτυξη της πειραματικής ψυχολογίας δίνεται η δυνατότητα στους ερευνητές ψυχολόγους να μελετήσουν όλες αυτές τις υποθέσεις και υποψίες κάτω από αυστηρές πειραματικές συνθήκες. Τα ευρήματα είναι πολύ ενδιαφέροντα. Ακόμα με την πρόοδο των νεύρο-επιστημών, την καλύτερη κατανόηση των λειτουργιών του νευρικού συστήματος, του εγκεφάλου και όλων γενικά των ανθρώπινων λειτουργιών άνοιξαν νέοι ορίζοντες στην συσχέτιση σώματος και «ψυχής», δίνοντας πλέον επιστημονικά έγκυρες και επιβεβαιωμένες απαντήσεις. Πολλές από τις αρχικά θεωρητικές πεποιθήσεις για την σχέση του καρκίνου με την μελαγχολία και το άγχος, που στηρίζονταν στην απλή παρατήρηση των ασθενών, μπόρεσαν να επιβεβαιωθούν μέσα από πειραματικές διαδικασίες. Φυσικά ακόμη η γνώση μας γύρω από των εγκέφαλο και τις χιλιάδες και πολύπλοκες διεργασίες του είναι περιορισμένη- αλλά εξελίσσεται. Στα επόμενα κεφάλαια θα μιλήσουμε περισσότερο για τις ερευνητικές διαδικασίες και τα ευρήματα που πιστοποιούν τις αρχικές θεωρητικές απόψεις. Το πιο σημαντικό που πρέπει να θυμόμαστε είναι ότι από τα πρώτα χρόνια που μελετήθηκε ο καρκίνος και παρά τις περιορισμένες γνώσεις και τεχνικές ιατρικές, συνδέθηκε με τις ψυχικές διεργασίες και την προσωπικότητα του ατόμου. Οι αποδείξεις για την ύπαρξη αυτής της σχέσης έρχονται αργότερα και με τη συνεχή πρόοδο εξακολουθούν να βελτιώνονται, βοηθώντας στην καλύτερη κατανόησή της.

Κεφάλαιο 1ο Η Σχέση Άγχους και ασθένειας του Καρκίνου

Ο δεσμός ανάμεσα στο άγχος και στον καρκίνο είναι τόσο ισχυρός, ώστε πολλοί ήταν οι επιστήμονες που υποστήριξαν ότι μπορεί η ασθένεια να προβλέπεται με βάση το βαθμό του άγχους που κυριαρχεί στη ζωή του ατόμου. Ένα μεγάλο μέρος της προκαταρκτικής εργασίας που δείχνει ότι τα συναισθήματα μπορούν να προκαλέσουν ασθένειες, έγινε από το Hans Selye στο Πανεπιστήμιο της Πράγας, το 1920. Τις μελέτες του ακολούθησαν και άλλες αναδεικνύοντας τις ακριβείς διεργασίες μέσα από τις οποίες δρα το στρες στον οργανισμό και τη φυσιολογία του. Αυτά τα ευρήματα είναι καθοριστικής σημασίας για τους καρκινοπαθείς επειδή υποδηλώνουν ότι τα αποτελέσματα του συναισθηματικού στρες μπορούν να καταστείλουν το ανοσοποιητικό σύστημα κι έτσι να δεσμεύσουν τις φυσιολογικές άμυνες του οργανισμού εναντίον του καρκίνου και των άλλων ασθενειών.

Χρόνια ολόκληρα οι γιατροί παρατηρούσαν ότι η ασθένεια είναι πιο πιθανό να πλήξει τους ανθρώπους μετά από πολύ αγχωτικά συμβάντα. Πολλοί γιατροί παρατήρησαν ότι οι ασθενείς τους, μόλις δοκιμάζουν κάποια μεγάλη συναισθηματική αναστάτωση, προσβάλλονται όχι μόνο από ασθένειες που ήταν ανέκαθεν γνωστές ως επακόλουθα συναισθηματικών κρίσεων (έλκη, υψηλή πίεση του αίματος, καρδιακά νοσήματα, πονοκέφαλοί) αλλά και από λοιμώδεις νόσους, πόνους της πλάτης, ακόμη και ατυχήματα.

Ο Dr. Thomas Holms ανέλαβε να δώσει επιστημονικό κύρος σε αυτές τις παρατηρήσεις. Μαζί του δούλεψαν οι συνεργάτες του στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Ουάσιγκτον. Ανέπτυξαν μια μέθοδο με την οποία μπορούσαν να μετρήσουν αντικειμενικά το ποσοστό του στρες ή της συναισθηματικής αναστάτωσης στη ζωή ενός ατόμου. Χάρις στην συνεργασία του Dr. Holms και του Dr. Rahe, σχεδιάστηκε μια κλίμακα που καθόριζε αριθμητικές αξίες σε συμβάντα που προκαλούν στρες. Συνολικά όλες αυτές οι αριθμητικές αξίες όλων αυτών των περιστατικών της ζωής ενός ατόμου θα μπορούσαν να δείξουν το μέγεθος της έντασης του δεχόταν το άτομο μέχρι εκείνη τη στιγμή. (Παράρτημα, Πίνακας 1)

Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει γεγονότα που όλοι μας γνωρίζουμε σαν αιτίες εντάσεων, όπως ο θάνατος του συντρόφου μας, το διαζύγιο, η απόλυση και άλλες οδυνηρές εμπειρίες. Το ενδιαφέρον είναι ότι η λίστα περιλαμβάνει και γεγονότα, όπως ο γάμος, η εγκυμοσύνη ή κάποιο σημαντικό προσωπικό επίτευγμα, που θεωρείται γενικά σαν ευτυχής εμπειρία. Εντούτοις όλα αυτά είναι εμπειρίες που μπορεί να απαιτούν από εμάς να αλλάξουμε τις συνήθειές μας, τις σχέσεις μας με τους ανθρώπους ή την εικόνα που φτιάξαμε για τον εαυτό μας. Μπορεί να είναι θετικές εμπειρίες ή να απαιτούν αρκετή ενδοσκόπηση, ακόμα μπορεί να μπορούν να φέρουν σοβαρές συγκινησιακές συγκρούσεις στην επιφάνεια. Το κλειδί είναι η προσαρμογή στην αλλαγή που μπορεί ή όχι να προκαλέσει άγχος ανεξαρτήτως από το αν αυτή είναι θετική ή αρνητική για το άτομο.

Χρησιμοποιώντας αυτές τις αντικειμενικές μετρήσεις των αλλαγών που μπορούν να παρατηρηθούν στη ζωή των ανθρώπων, οι παραπάνω ερευνητές μπόρεσαν να προβλέψουν την ασθένεια σε υψηλό επίπεδο στατιστικής ακρίβειας. Το 49% των ανθρώπων που είχαν συσσωρεύσει πάνω από 300 βαθμούς στην κλίμακα μέσα σε 12 μήνες, ανέφεραν κάποια ασθένεια. Μόνο το 9% από όσους είχαν κάτω από 200 βαθμούς ανέφεραν κάποια ασθένεια στην διάρκεια της ίδιας περιόδου. Άλλη μια δωδεκάμηνη μελέτη έδειξε ότι οι άνθρωποι με σύνολο βαθμών που τους τοποθετούσε

στο ανώτερο τρίτο της κλίμακας ανέφεραν 90% περισσότερες ασθένειες από τους ανθρώπους του κάτω τρίτου της κλίμακας.

Αν και χρησιμοποιώντας αυτήν την κλίμακα μπορεί κανείς να προβλέψει την πιθανότητα ασθένειας με βάση τα αγχωτικά συμβάντα στη ζωή ενός ατόμου, δεν είναι δυνατόν να προβλέψει πως θα αντιδράσει το άτομο σε αυτές τις καταστάσεις. Επιπλέον στη μελέτη του Holms το 51% των ατόμων με σκορ πάνω από 300 δεν αρρώστησαν στη διάρκεια της μελέτης. Το στρες μπορεί να προδιαθέτει για την ασθένεια, αλλά ο καθοριστικός παράγοντας είναι η αντιμετώπιση που επιφυλάσσει το ίδιο το άτομο στα προβλήματα. Είναι φανερό ότι το νόημα κι ενός ακόμη γεγονότος που προκαλεί ένταση ερμηνεύεται διαφορετικά από άτομο σε άτομο. Η απόλυση στην ηλικία των είκοσι δημιουργεί συνήθως λιγότερο άγχος από ότι στα πενήντα. Όταν ένα άτομο αποβλέπει με ενθουσιασμό στη σύνταξή του και περιμένει γεμάτο ζήλο να αφιερώσει τον χρόνο του σε έναν αριθμό σπουδαίων σχεδίων, τότε η συνταξιοδότησή του προκαλεί πολύ λιγότερο στρες από ότι αν του επιβαλλόταν απλά από το νόμο. Μερικές φορές το διαζύγιο είναι εξαιρετικά πικρό και συντριπτικό, ενώ άλλες φορές είναι μια σχετικά φιλική διαδικασία. Η ίδια λογική ισχύει σε σχεδόν ολόκληρη την κλίμακα του στρες, αλλά ο βαθμός του άγχους ποικίλει ανάλογα με το άτομο.(Simonton et al, 1988)

Η ένταση μπορεί να συσσωρευθεί μέχρι το σημείο όπου το άτομο δεν αντέχει πια και στη συνέχεια αρρωσταίνει. Συνήθως όμως η σχέση ανάμεσα στο στρες και την ικανότητα του ατόμου να παλεύει είναι πιο πολύπλοκη. Αυτό επιβεβαιώνεται και από την έρευνα του Samudzhen, που έδειξε ότι η σφοδρότητα της καρκινική ανάπτυξης στα πειραματόζωα που είχαν υποστεί συνθήκες στρες ήταν πάρα πολύ υψηλότερη από ότι στα ζώα που δεν είχαν υποστεί πίεση. Το 1955, ο Turkevich, έδειξε ότι η πρόκληση στρες στα πειραματόζωα διεγείρει την καρκινική ανάπτυξη. Σε μια ανασκόπηση αυτών των ερευνών, το 1969, συμπεραίνεται ότι οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες που έχουν ψυχοκοινωνική φύση μπορούν να τροποποιήσουν την αντίσταση του οργανισμού σε ορισμένες λοιμώδεις και νεοπλασματικές ασθένειες. Πολλά πειράματα πάνω σε ζώα απέδειξαν το σύνδεσμο ανάμεσα στο στρες και τον καρκίνο. Σε ένα από τα συμπόσια της Ακαδημίας Επιστημών της Νέας Υόρκης, ο Friedman είπε, ότι δεν χρειάζεται να γίνουν περισσότερες έρευνες σε πειραματόζωα πάνω σε αυτό το θέμα, γιατί ο σύνδεσμος καρκίνου και στρες έχει αποδειχτεί επαρκώς. Το ελλιπές σημείο όλων αυτών των ερευνών είναι πως δεν αναδεικνύουν τον τρόπο με τον οποίο το στρες επηρεάζει την ανάπτυξη του καρκίνου, απλά επιβεβαιώνουν το γεγονός της επίδρασης που υπάρχει. Με την πρόοδο της επιστήμης της ψυχολογίας και την είσοδο των νεύρο-επιστημών πολλά ερωτηματικά μπόρεσαν να απαντηθούν σε κάποιο βαθμό, κυρίως με την μελέτη της φυσιολογίας του στρες και τη δράση του στον οργανισμό. (Simonton et al, 1988)

Η ιατρική κοινότητα άργησε να αναγνωρίσει το ρόλο του στρες στην ασθένεια. Ως σε έναν βαθμό αυτό οφείλεται στο γενικό σωματικό προσανατολισμό του ιατρικού επαγγέλματος που δηλώνει ότι τα σωματικά προβλήματα προκαλούνται από σωματικά αίτια και θα πρέπει να θεραπεύονται με σωματική παρέμβαση. Εκείνο που έχει λείψει από τις σχετικές μελέτες για να τις κάνει πιο αποδεκτές στην ιατρική κοινότητα είναι η αναγνώριση ενός ειδικού φυσιολογικού μηχανισμού με τον οποίο συμμετέχουν οι συναισθηματικές καταστάσεις στην προσβολή από την ασθένεια. Οι σύγχρονες μελέτες μπόρεσαν να δώσουν κάποιες εξηγήσεις κυρίως μέσα από την ανάλυση του νευρικού συστήματος, τις επιδράσεις και τους τρόπους που αυτό λειτουργεί στο στρες αλλά κυρίως στην συνέπειες που έχουν όλα αυτά και στα υπόλοιπα συστήματα του οργανισμού.

Το ανθρώπινο νευρικό σύστημα είναι προϊόν εκατομμυρίων χρόνων εξέλιξης. Στο μεγαλύτερο μέρος του χρονικού αυτού διαστήματος οι απαιτήσεις που είχαν πιέσει το ανθρώπινο νευρικό σύστημα ήταν πολύ διαφορετικές από αυτές που επιβάλλονται επάνω μας από το σύγχρονο πολιτισμό. Η επιβίωση στις πρωτόγονες κοινωνίες απαιτούσε από τους ανθρώπους να είναι ικανοί να αναγνωρίζουν αμέσως τον κίνδυνο και να παίρνουν γρήγορες αποφάσεις σχετικά με το αν θα πολεμήσουν ή αν θα τρέξουν να ξεφύγουν. Το νευρικό σύστημα αντιμετώπιζε μια εξωτερική απειλή και τα σώματα ετοιμάζονταν στη στιγμή είτε για να πολεμήσουν είτε για να διαφύγουν.

Η ζωή στην σύγχρονη κοινωνία, από την άλλη, απαιτεί πολλές φορές να αναστέλλουμε τις πρωτόγονες αντιδράσεις που πηγάζουν, του είδους «πολέμα ή φύγε». Όταν ένας αστυνομικός μας σταματάει να μας δώσει μια κλίση για υπερβολική ταχύτητα ή όταν το αφεντικό κάνει παρατήρηση για τη δουλειά μας, τότε το σώμα μας κινητοποιείται αυθόρμητα. Σε αυτές τις κοινωνικές περιπτώσεις οι βασικές αντιδράσεις που είναι καταγεγραμμένες στο γενετικό μας υλικό, δεν είναι κοινωνικά κατάλληλες κι έτσι μαθαίνουμε να καταπνίγουμε τις αντιδράσεις μας. Όλη την ημέρα καταπνίγουμε αδιάκοπα τις αντιδράσεις του οργανισμού μας στο στρες- όταν γίνεται ένα λάθος, όταν ένα ταξί κορνάρει πολύ δυνατά, όταν πρέπει να περιμένουμε στην ουρά- που υπάρχει παντού γύρω μας ενεργοποιώντας όλες τις λειτουργίες του οργανισμού.

Το σώμα μας είναι έτσι σχεδιασμένο ώστε να μην βλάπτεται από την ενεργοποίηση όλων των συστημάτων που λειτουργούν στις καταστάσεις του στρες. Όταν όμως οι φυσιολογικές αντιδράσεις του στρες δεν εκδηλώνονται, δεν εκτονώνονται από τον οργανισμό, τότε η ενέργεια αυτή συσσωρεύεται προκαλώντας μια συνεχή διέγερση του οργανισμού. Αυτό είναι το γνωστό χρόνιο στρες, το στρες που συγκρατείται μέσα στο σώμα και δεν απελευθερώνεται. Ουσιαστικά ο οργανισμός δομείται με τέτοιον τρόπο ώστε στις καταστάσεις άγχους να αυξάνονται οι ρυθμοί όλων των λειτουργιών. Όταν η ενεργοποίηση αυτή αποδώσει τον αμυντικό της ρόλο, υπάρχει στη συνέχεια επιστροφή στους κανονικούς ρυθμούς, που αποτελούν την λεγόμενη ομοιόσταση του οργανισμού και η οποία είναι απαραίτητη για να διατηρείται η καλή του υγεία. Όταν η ενεργοποίηση αυτή δεν εκτονώνεται έχει ως αποτέλεσμα την συνέχεια των έντονων ρυθμών όλων των λειτουργιών, κάτι που με την πάροδο του χρόνου είναι βλαβερό προς τον οργανισμό. Το χρόνιο στρες αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο σαν σημαντικός παράγοντας σε πολλές ασθένειες.

Πρώτα-πρώτα, το χρόνιο στρες παράγει συχνά ορμονικές διαταραχές. Οι ορμόνες παίζουν σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση των καθημερινών λειτουργιών, οπότε και οι διαταραχές τους μπορούν να ανεβάσουν την πίεση του αίματος και περιστασιακά να προκαλέσουν βλάβη των νεφρών. Η βλάβη αυτή μπορεί να προκαλέσει σοβαρή υπέρταση, η οποία με τη σειρά της θα ενισχύσει την χημική ανισορροπία. Επιπλέον οι ορμονικές αλλαγές μπορούν να προκαλέσουν ρωγμές στα τοιχώματα των αρτηριών. Το σώμα επουλώνει αυτά τα σκισίματα με λεπτά στρώματα χοληστερόλης, ενός τύπου ουλώδες ιστού. Βέβαια η συσσώρευση πολλών τέτοιων στρωμάτων μπορεί να προκαλέσει σκλήρυνση των αρτηριών. Αυτό με τη σειρά του αναγκάζει την καρδιά να λειτουργεί πιο γρήγορα κι έτσι αυξάνεται πιο πολύ η πίεση του αίματος. Όταν η αρτηριοσκλήρωση έχει προχωρήσει πολύ πότε ελαττώνεται το ποσό του αίματος, άρα και του οξυγόνου, που φτάνει στην καρδιά, μέχρι που το άτομο παθαίνει ανεπάρκεια της στεφανιαίας. Με έναν παρόμοιο τρόπο μπορεί να προκληθεί τελικά και καρδιακή ανεπάρκεια. Ο οργανισμός προσπαθεί να αντιμετωπίσει όλα αυτά τα προβλήματα,

όμως οι στρεσογόνοι παράγοντες συνεχίζουν να τον καταβάλουν με τον ίδιο τρόπο, ώσπου δεν μπορεί να λειτουργήσει σωστά.

Αυτή η μαρτυρία δείχνει καθαρά τα πολύ σημαντικά σωματικά αποτελέσματα του στρες. Υπάρχει και ένα άλλο σημαντικό αποτέλεσμα για τον καρκινοπαθή. Πρώτος ο Selye ανακάλυψε ότι το χρόνιο στρες καταστέλλει το ανοσοποιητικό σύστημα, που εκτός από το ρόλο του στην καταπολέμηση των μολύνσεων από ξένους μικροοργανισμούς, έχει και ειδικές λειτουργίες για την καταπολέμηση των καρκινικών κυττάρων που παράγονται από τον ίδιο τον οργανισμό. Οι σωματικές καταστάσεις που παράγονται από το στρες είναι σχεδόν πανομοιότυπες με εκείνες κάτω από τις οποίες θα μπορούσε να αναπαραχθεί ένα ανώμαλο κύτταρο και να αναπτυχθεί σε καρκινικό. Μετά από αυτά εξηγείται και το γεγονός ότι οι καρκινοπαθείς έχουν συχνά εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα.(Selye, 1978)

Οι μελέτες έγιναν πιο συγκεκριμένες στις επιμέρους στρεσογόνες καταστάσεις και στην πιθανότητα που υπάρχει αυτές να επηρεάζουν την καλή λειτουργία του ανοσοποιητικού. Άτομα που είχαν χάσει κάποιο πολύ αγαπημένο τους πρόσωπο βρέθηκε να έχουν και σημαντικά μειωμένο αριθμό λεμφοκυττάρων, τα οποία αποτελούν μια από τις βασικότερες δομές των ανοσοποιητικών κυττάρων. (Bathrop, 1977). Αφού λοιπόν, το ανοσοποιητικό σύστημα χρησιμεύει στην άμυνα εναντίον της αναπαραγωγής καρκινικών κυττάρων, το γεγονός ότι η συναισθηματική απώλεια μπορεί να προκαλέσει την καταστολή του ανοσοποιητικού είναι σπουδαίο εύρημα για τα αίτια του καρκίνου.

Συνοψίζοντας τα σημαντικά στοιχεία της σχέσης καρκίνου και στρες πρέπει να τονιστεί ότι το έντονο συναισθηματικό στρες αυξάνει την ευαισθησία στην πάθηση. Επιπλέον το χρόνιο στρες οδηγεί στην καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος, η οποία με τη σειρά της προκαλεί αυξημένη ευαισθησία στις ασθένειες και κυρίως τον καρκίνο. Τέλος το συναισθηματικό στρες οδηγεί και σε ορμονικές διαταραχές. Αυτές μπορούν να αυξάνουν την παραγωγή ανώμαλων κυττάρων όταν το σώμα θα είναι λιγότερο ικανό να τα καταστρέψει. Ο βαθμός του συναισθηματικού στρες που προκαλείται από εξωτερικά συμβάντα εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο ερμηνεύει ή αντιμετωπίζει τα συμβάντα αυτά. Ακόμη και αν οι ερευνητές είναι ικανοί να προβλέψουν την ασθένεια βασισμένοι σε έναν αριθμό αγχωγόνων γεγονότων, πολλά άτομα σε αυτές τις μελέτες δεν ασθένησαν ακόμη και αν πέρασαν από υψηλό βαθμό στρες. Για άλλη μια φορά παρατηρείται η μοναδική, ατομική αντίδραση σε ένα περιστατικό που προκαλεί στρες. Ο καθένας έχει τον τρόπο του να διαχειρίζεται το στρες είτε να μειώνει τις συναισθηματικές του συγκρούσεις, είτε να μειώνει τα αποτελέσματά τους πάνω στο σώμα του. Αυτό που πρέπει να μελετηθεί είναι ο λανθασμένος τρόπος αντιμετώπισης του στρες, που παίζει αρνητικό ρόλο και κάνει τους ανθρώπους ευαίσθητους και ευάλωτους στον καρκίνο.

1.1 Η Φυσιολογία του άγχους

Αναζητώντας κανείς σε εννοιολογικά και ιατρικά λεξικά τον ορισμό του άγχους βρίσκει πολλούς ορισμούς, όμως θεωρώ σημαντικό να περιγράψω την έννοια του άγχους στα πλαίσια της ψυχολογίας και της σχέσης που έχει τόσο με το σωματικό όσο και με το συναισθηματικό κομμάτι της ανθρώπινης φύσης. Σημαντικό είναι το γεγονός πως το άγχος δεν εμφανίζεται μόνο στο ανθρώπινο είδος αλλά και σε πολλά άλλα και μάλιστα συχνά έχει και παρόμοιο τρόπο εκδήλωσης, γεγονός που βοηθάει τους νευροεπιστήμονες να το μελετήσουν καλύτερα και σε πειραματικές διαδικασίες με πειραματόζωα.

Το άγχος είναι μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση φόβου ή ανησυχίας, ακόμα και σε περίπτωση που απουσιάζει κάποιος αναγνωρίσιμος κίνδυνος ή απειλή, ή ακόμα όταν μια συγκινησιακή διαταραχή είναι σαφώς δυσανάλογη σε σχέση με την πραγματική ένταση του κινδύνου. Το άγχος βιώνεται υποκειμενικά και έχει άμεση σχέση με τη λειτουργία του οργανισμού. Το ενδιαφέρον κομμάτι είναι ότι το άγχος έχει σίγουρα μια πολύ σημαντική λειτουργία γι' αυτό και υπάρχει μέσα στα πρότυπα συμπεριφοράς και αντίδρασης των ειδών. Ο αρχικός του σκοπός είναι προστατευτικός για τον οργανισμό καθώς το οποιοσδήποτε στοιχείο του περιβάλλοντος αναγνωριστεί ως επικίνδυνο ενεργοποιεί την διαδικασία του άγχους η οποία προκαλεί την εντονότερη λειτουργία, διέγερση του οργανισμού και τον καθιστά έτσι ικανότερο να προστατευτεί από την απειλή. Ουσιαστικά πρόκειται για μια άμυνα του οργανισμού σε δύσκολες καταστάσεις οι οποίες μπορεί να μην είναι άμεσα βλαβερές για το άτομο αλλά έμμεσες όπως στις συναισθηματικές δυσκολίες που και πάλι ενεργοποιείται. Οι καταστάσεις, τα γεγονότα, τα αντικείμενα, τα συναισθήματα και γενικά οτιδήποτε μπορεί να αποτελέσει ερέθισμα παραγωγής άγχους ονομάζεται αγχωγόνο ή στρεσογόνο ερέθισμα ή παράγοντας. Αυτό που θα αναγνωρισθεί ως κίνδυνός μπορεί να αφορά έναν πραγματικό εχθρό (η παρουσία μιας γάτας αυξάνει το άγχος στους επίμυες), ή μια δύσκολη συναισθηματικά κατάσταση (άγχος που δημιουργείται την ώρα μιας εξέτασης), που όμως και στις δύο περιπτώσεις λειτουργεί θετικά προς τον οργανισμό (κάνει τον επίμυ να τρέχει γρηγορότερα και τη φοιτήτρια να συγκεντρωθεί στην δύσκολη ερώτηση) .

1.2 Τι είναι άγχος-αρνητική μορφή του

Τα αποτελέσματα της ενεργοποίησης του άγχους δεν είναι όμως πάντα και σε όλες τις περιπτώσεις θετικά, υπάρχουν όρια και συνθήκες κάτω από τα οποία το άγχος μπορεί να μετατραπεί επικίνδυνο για τον οργανισμό και να προκαλέσει τη δυσλειτουργία του. Αυτό που στο χώρο της ψυχολογίας ονομάζεται παθολογικό άγχος δεν είναι τίποτε άλλο από την εκδήλωση του άγχους με τέτοιο τρόπο που τελικά αποτελεί πρόβλημα για τον οργανισμό. Χαρακτηριστικό παράδειγμα του παθολογικού άγχους είναι οι αγχώδεις διαταραχές, διαταραχή πανικού με ξαφνικά και πολύ έντονα επεισόδια άγχους, ακόμα πιο συγκεκριμένα οι φοβίες, όπου η διαδικασία του άγχους ενεργοποιείται χωρίς να υπάρχει κάποιος πραγματικός κίνδυνος καθώς και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή όπου το άτομο βιώνει μια συνεχής κατάσταση

άγχους το οποίο δεν ενεργοποιείται από μια συγκεκριμένη υπαρκτή ή όχι αιτία αλλά υποβόσκει δημιουργώντας μια συνεχής υπερένταση η οποία εμποδίζει το άτομο να λειτουργήσει ομαλά. Μια άλλη παθολογική κατάσταση άγχους και μάλιστα μια από τις πιο συχνές είναι το χρόνιο στρες, ήπιας μορφής που οφείλεται κυρίως στους έντονους ρυθμούς και τις απαιτήσεις της σύγχρονης ζωής και το οποίο δεν παρουσιάζει άμεσα προβλήματα στο άτομο αλλά μακροπρόθεσμα έχει συνδεθεί με πολλές ασθένειες και δυσλειτουργίες των οργανικών συστημάτων. Επίσης σημαντική μορφή άγχους είναι και το οξύ ή αιφνίδιο άγχος που παρουσιάζεται άμεσα με την εμφάνιση μιας απειλής και οι δράσεις του οποίου είναι άμεσες και στιγμιαίες προς τον οργανισμό. Σε αυτές τις κατηγορίες άγχους θα αναφερθώ αναλυτικότερα στη συνέχεια, καθώς και σε μια ακόμη αγχώδης διαταραχή αυτή του μετατραυματικού άγχους και τις επιπτώσεις που έχουν στη λειτουργία του οργανισμού.

1.3 Γενικά συμπτώματα άγχους.

Τα συμπτώματα του άγχους έχουν μια μεγάλη ποικιλία και κυρίως είναι ιδιαίτερα υποκειμενική η εκδήλωσή τους καθώς εκτός από κάποια βασικά που όπως ανάφερα είναι κοινά σε πολλά είδη τα περισσότερα διαφέρουν από άτομο σε άτομο ανάλογα με το βαθμό του άγχους, τις καταστάσεις μέσα στις οποίες προκαλείται, την προσωπικότητα του ατόμου και φυσικά την ύπαρξη ή όχι παθολογικής μορφής εκδήλωσης άγχους. Μερικά από αυτά είναι ταχυκαρδία, εφίδρωση, μυϊκή διέγερση, υπερένταση, τρόμος, δύσπνοια, αύξηση πίεσης, αϋπνία ή αντίθετα υπερεπαγρύπνηση, πόνοι στομάχου, αύξηση ή μείωση λήψης τροφής, ξηρότητα στόματος, διάρροια, διαταραχές σταδίων του ύπνου, αδυναμία χαλάρωσης, αλλαγές στη μνήμη, εκνευρισμό, ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, απροσεξία ακόμα και λιποθυμία καθώς και ορμονικές διαταραχές μαζί με ένα μεγάλο πλήθος ακόμα συμπτωμάτων.

1.4 Η αιτιολογία του άγχους

Πρωτοπόρος στη μελέτη για τις αντιδράσεις του οργανισμού μπροστά στο στρες ήταν ο Καναδός ενδοκρινολόγος Hans Selye , ο οποίος επινόησε το λεγόμενο Γενικό Σύνδρομο Προσαρμογής προκειμένου να εξηγήσει τις συνολικές ψυχοσωματικές αλλαγές που προκαλεί το άγχος. Σύμφωνα με αυτό το πρότυπο, κάθε άτομο που αντιμετωπίζει τέτοιες καταστάσεις αντιδρά με την ίδια σωματική ενεργοποίηση η

οποία όμως διαφοροποιείται σε τρεις φάσεις. Η πρώτη, γνωστή ως φάση συναγερμού, συμβαίνει αμέσως μόλις το άτομο αντιληφθεί την απειλή. Το υποκείμενο τίθεται σε επιφυλακή και παρατηρείται αύξηση των ρυθμών της καρδιάς και της μυϊκής έντασης. Τότε μέσα του αναπτύσσεται μια ειδική ενεργοποίηση που το βοηθά να παλέψει με τον κίνδυνο που προβλέπει.

Αν το στρεσογόνο περιστατικό συνεχίζεται και δεν μπορούμε να διατηρήσουμε αυτήν την προσπάθεια για μεγάλο χρονικό διάστημα, μπαίνουμε στην φάση της αντίδρασης. Αυτή η δεύτερη φάση προϋποθέτει μια μικρότερη ενεργοποίηση και συνεπώς η προσπάθεια μπορεί να διαρκέσει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, στο οποίο καταβάλλεται η προσπάθεια υπέρβασης της απειλής. Το άτομο αρχίζει να φαίνεται ευερέθιστο, να παρουσιάζει μεταπτώσεις στη συμπεριφορά του, αϋπνία, προβλήματα πέψης, δυσκολία συγκέντρωσης και άλλα πολλά οργανικά συμπτώματα.

Η Τρίτη και τελευταία φάση, είναι αυτή της εξάντλησης και εκδηλώνεται όταν ο οργανισμός ξοδεύει όλα του τα αποθέματα και σταδιακά χάνει την ενεργητικότητά του. Συνήθως το άτομο αποσύρεται και εγκαταλείπει τον αγώνα. Παρουσιάζονται συμπτώματα κατάθλιψης, αδυναμίας, κόπωσης και απόγνωσης. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστούν ακόμη και σοβαρές οργανικές ασθένειες. Αν η αντίδραση στο στρες δεν είναι υπερβολικά έντονη, αρκεί ένα κάπως εκτενές διάλειμμα για να αναλάβουμε ξανά δυνάμεις. Χαρακτηριστικό είναι τα παράδειγμα του σπουδαστή που έχει καταβάλει το μέγιστο της προσπάθειας για να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις των εισαγωγικών εξετάσεων του πανεπιστημίου και που χρειάζεται ένα μικρό διάστημα ξεκούρασης, διακοπές του καλοκαιριού, από τα μαθήματα ώστε με την καινούρια χρονιά να μπορεί και πάλι να συνεχίσει τις σπουδές του με δύναμη και ενδιαφέρον.

Αντίθετα αν η αντίδραση είναι υπερβολική οι συνέπειες μπορεί να είναι καταστροφικές και στη χειρότερη περίπτωση να προκαλέσουν μέχρι και το θάνατο. Ενδεικτική είναι η περίπτωση των ατόμων τα οποία για μεγάλα χρονικά διαστήματα υποχρεώθηκαν να ζήσουν σε απάνθρωπες συνθήκες, όπως σε στρατόπεδα συγκεντρώσεων ή κελιά απομόνωσης στη φυλακή και τα οποία τελικά κατέρρευσαν αδυνατώντας να αντέξουν στην πίεση των συνθηκών. (Selye, 1936)

Στρες και Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

Μιλώντας πιο συγκεκριμένα για τους τρόπους αντίδρασης του οργανισμού σε κατάσταση άγχους θα διακρίνουμε μερικά συστήματα τα οποία λειτουργούν είτε ταυτόχρονα είτε υποστηριχτικά το ένα προς το άλλο. Ο ανθρώπινος και όχι μόνο οργανισμός απαντά στα στοιχεία του περιβάλλοντος κυρίως μέσο του νευρικού συστήματος, γεγονός που σημαίνει πως και η δράση του άγχους σχετίζεται με αυτό. Ειδικότερο η παρουσία του άγχους είναι κομμάτι της λειτουργίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος του συμπαθητικού και του παρασυμπαθητικού. Το συμπαθητικό Ν.Σ. προετοιμάζει το σώμα για έντονη δραστηριότητα σε έντονες καταστάσεις ενώ το παρασυμπαθητικό αυξάνει τη δραστηριότητα λειτουργιών που σχετίζονται με την χαλάρωση όπως η πέψη. Συνήθως είναι ενεργά και τα δύο συστήματα αλλά σε δεδομένες στιγμές το ένα σύστημα μπορεί να λειτουργεί περισσότερο από το άλλο. Ουσιαστικά το άγχος βιώνεται μέσο της λειτουργίας αυτών των δύο συστημάτων όμως πάντα σε αυτό πρωταρχικό ρόλο έχει το ίδιο το άτομο και το πώς αυτό αντιλαμβάνεται τα ερεθίσματα. Ένα απειλητικό ερέθισμα μπορεί να ενεργοποιήσει το Σ.Ν.Σ. προκαλώντας έτσι την ένταση, ταχυπαλμία και φόβο ώστε το άτομο να προστατευτεί καλύτερα από αυτό και να το αποφύγει ή να λειτουργήσει

με τρόπο αποτελεσματικό. Σε όλη αυτή τη διαδικασία το άτομο έχει σημαντικό ρόλο και μπορεί να επηρεάσει την αντίδρασή του. Σε μία έρευνα σε δυο ομάδες αγοριών ζητήθηκε να ολοκληρώσουν ένα συγκεκριμένο έργο, στην μία παρουσιάστηκε όλη η διαδικασία ως παιχνίδι ενώ στην άλλη ως διαγώνισμα και τελικά τα παιδιά της δεύτερης ομάδας παρουσίασαν πιο αυξημένο καρδιακό ρυθμό από την πρώτη. (Darley-Katz,1973). Η απάντηση της έντονης δραστηριότητας του Σ.Ν.Σ. είναι μια ξαφνική έντονη δραστηριότητα του Π.Ν.Σ. γεγονός που συμβαίνει όταν ένα άτομο εξαιτίας ενός έντονου συναισθηματικού επεισοδίου που έχει προκαλέσει την υπερδιέγερση του Σ.Ν.Σ. όπως η είδηση για το θάνατο κάποιου αγαπημένου προσώπου ξαφνικά χάνει τις αισθήσεις του από την λειτουργία του παρασυμπαθητικού συστήματος. Μέσο αυτής της λειτουργίας εκδηλώνεται κυρίως το οξύ στρες και για αυτό οι επιδράσεις του στον οργανισμό είναι άμεσες αλλά με μικρή χρονική διάρκεια, δηλαδή δεν προκαλούνται μεταγενέστερες επιπτώσεις του άγχους και σε άλλα συστήματα του οργανισμού όπως συμβαίνει με το χρόνιο στρες που δρα μέσο διαφορετικών δομών.

Στρες και Άξονας Υποθάλαμος-Υπόφυση-Φλοιός των Επινεφριδίων

Μια άλλη σημαντική δομή στη οποία δρουν οι στρεσογόνοι παράγοντες εκτός από τα δύο αυτόνομα νευρικά συστήματα είναι και ο άξονας που απαρτίζεται από τον υποθάλαμο, την υπόφυση και το φλοιό των επινεφριδίων, μάλιστα οι περισσότερες έρευνες που αναφέρονται στις επιπτώσεις του χρόνιου στρες εστιάζουν κυρίως σε αυτόν τον άξονα και την αλλαγή της λειτουργίας του κάτω από συνεχείς και ήπιες συνθήκες άγχους. Όσο μεγαλύτερη σε διάρκεια είναι η έκθεση σε άγχος τόσο αυξάνεται και η λειτουργία του άξονα. Το ερέθισμα διεγείρει τον υποθάλαμο ο οποίος εκκρίνει εκλυτικές ορμόνες προς τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης η οποία παράγει την αδρενοκορτικοτροπίνη ACTH . Η ορμόνη αυτή ενεργοποιεί τον φλοιό των επινεφριδίων τα οποία παράγουν την κορτιζόλη και την κορτικοστερόνη δύο ορμόνες που διεγείρουν το ήπαρ, αυξάνουν τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα, ενισχύουν το μεταβολισμό λιπιδίων και πρωτεϊνών και γενικά αυξάνουν τη διέγερση, δίνοντας ενέργεια στα κύτταρα και διατηρώντας τη δραστηριότητα του οργανισμού σε υψηλά επίπεδα ώστε να βρίσκεται σε ετοιμότητα και να μπορεί να προστατευτεί από τον κίνδυνο. Αυτή είναι μια σταθερή διαδικασία όταν όμως το άγχος παραμένει για μεγάλα χρονικά διαστήματα τότε τα υψηλά αποθέματα κορτιζόλης στο αίμα χρησιμοποιούν όλη την γλυκόζη στην παραγωγή ενέργειας και όχι στη σύνθεση άλλων πρωτεϊνών σημαντικών για το ανοσοποιητικό σύστημα και τελικά ο οργανισμός αποδυναμώνεται έχοντας αντίθετες από τις επιθυμητές συνέπειες.

Επιπλέον οι δράσεις της διέγερσης του υποθαλάμου από στρεσογόνους παράγοντες επηρεάζουν και τη λειτουργία της οπίσθιας υπόφυσης η οποία παράγει τις ορμόνες βασοπρεσίνη και ωκυτοκίνη η οποία έχει συνδεθεί και με τη σεξουαλική ζωή και κυρίως με το αίσθημα του οργασμού στους άντρες (το υψηλό άγχος δημιουργεί σεξουαλικά προβλήματα, όπως αδυναμία στύσης και γονιμότητας που δεν οφείλονται σε οργανικά προβλήματα αλλά σε συναισθηματικά). Ο ρόλος του υποθαλάμου είναι τέλος σημαντικός και στην παραγωγή ορμονών μέσο του νωτιαίου μυελού και πιο συγκεκριμένα μέσο αυτού στο μυελό των επινεφριδίων για την παραγωγή αδρεναλίνης-νοραδρεναλίνης, τις δύο πιο γνωστές ορμόνες που σχετίζονται με τη διέγερση και την αύξηση της έντασης και της δραστηριότητας του οργανισμού. Σκοπός όλων αυτών των συστημάτων ή καλύτερα των αξόνων δράσης του στρες είναι να καταστήσουν τον οργανισμό έτοιμο για να αντιμετωπίσει τον οποιοδήποτε κίνδυνο και μάλιστα οι δράσεις ορισμένων από αυτούς τους άξονες, όπως η διέγερση

του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και η αύξηση της παραγωγή της αδρεναλίνης , είναι άμεσες και αποτελεσματικές σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα.(Jasmin G. And Cautin M., 1991)

Στην νευροπαθολογική μελέτη για το άγχος έρευνες για την αιματική εγκεφαλική ροή υποστηρίζουν ότι ο κροταφικός λοβός παίζει ρόλο στο άγχος. Οι Reiman et al.(1986) εντόπισαν αλλαγές στην αιματική εγκεφαλική ροή στον πολικό κροταφικό φλοιό σε ασθενείς που βίωναν μια κρίση πανικού. Η ασύμμετρη ενεργοποίηση της αιματικής εγκεφαλικής ροής στην παρά-ιπποκάμπια έλικα προϋπήρχε της κρίσης σε αυτούς τους ασθενείς. Επίσης ανωμαλίες του κροταφικού λοβού διαπιστώθηκαν σε μελέτες του Fontaine (1990). Σε μια άλλη πιο πρόσφατη μελέτη Tomarken, Davidson (1994) κατέγραψαν την ηλεκτροεγκεφαλική δραστηριότητα 90 ατόμων τα οποία παρουσίαζαν απωθητική ή μη απωθητική στρατηγική αντιμετώπισης των αγχογόνων καταστάσεων . Τα υποκείμενα που παρουσίαζαν απωθητική στρατηγική είχαν μεγαλύτερη ενεργοποίηση του αριστερού μετωπιαίου φλοιού σε σχέση με τα υποκείμενα που παρουσίαζαν τόσο χαμηλό όσο και υψηλό άγχος σύμφωνα με την Κλίμακα Άγχους STAI . Τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια με τα απωθητικά άτομα. Τα στοιχεία αυτά υποστηρίζουν ότι η ανενεργή αριστερή μετωπιαία ενεργοποίηση μπορεί να υποδεικνύει αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ψυχοπαθολογικού άγχους, αν και ασκήθηκε αυστηρή κριτική λόγω του ότι το δείγμα ήταν όλο γυναίκες και ότι το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δεν αποτελεί και την πιο ακριβή μέθοδο μέτρησης της εγκεφαλικής δραστηριότητας σε αυτό το επίπεδο.(Παράρτημα, Πίνακες από 2 έως 9)

1.5 Ψυχοσωματικά προβλήματα κύρια αιτία εμφάνισης το άγχος

Η στενή σχέση που υπάρχει μεταξύ σωματικών ασθενειών και συμπτωμάτων με την συναισθηματική κατάσταση που βιώνει το άτομο που τα αντιμετωπίζει έχει γίνει γνωστή από τις μελέτες του Freud για την υστερία, μια ασθένεια με χαρακτηριστικά συμπτώματα όπως τύφλωση ή ακινησία, που έχει κύριο αίτιο εμφάνισης απωθημένα γεγονότα και επιθυμίες του ατόμου. Οι μελέτες για την εμφάνιση σωματικών δυσλειτουργιών εξαιτίας του άγχους που βιώνει ο ασθενής έχουν αυξηθεί εδώ και αρκετές δεκαετίες εφόσον πλέον το στρες είναι ένα κομμάτι της ζωής μας.

Η ανάπτυξη ψυχοσωματικών ασθενειών είναι κάτι που απασχολεί τους επιστήμονες καθώς πολλές από αυτές δεν έχουν κάποια άλλα εμφανή σωματικά αιτία για την εκδήλωσή τους γεγονός που εμποδίζει και την θεραπεία τους. Οι έρευνες έχουν αναδείξει μια μεγάλη αλυσίδα τέτοιων προβλημάτων πηγή των οποίων είναι τόσο το έντονο ξαφνικό άγχος λόγω έντονων περιβαλλοντικών παραγόντων, όσο και το χρόνιο ήπιο αλλά και μια γενική διάθεση άγχους που μπορεί να βιώνει το άτομο χωρίς εμφανή αίτια στις καταστάσεις που αντιμετωπίζει στη ζωή του.

Μερικά από αυτά τα ψυχοσωματικά προβλήματα μπορεί να είναι:

- Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος, δηλαδή μια γενική αποδυνάμωση με αποτέλεσμα το άτομο να είναι επιρρεπής στην εκδήλωση ασθενειών ή δυσκολία στην ίαση κάποιας ήδη υπάρχουσας ασθένειας (περιπτώσεις ατόμων που πάσχουν από καρκίνο και έχει αποδειχθεί από

έρευνες πως βρίσκουν ευκολότερα ίαση, αν αυτό είναι δυνατό, όταν βιώνουν λιγότερο στρες) και που οφείλεται κυρίως σε χρόνιο στρες

- Διαταραχές στη διάθεση και εμφάνιση ψυχοπαθολογικών προβλημάτων όπως η κατάθλιψη γεγονός που οφείλεται τόσο σε οξύ στρες όσο και σε χρόνιο ήπιο
- Διαταραχές στην πέψη και γενικά το πεπτικό σύστημα, όπως το έλκος που είναι μια ασθένεια άμεσα συνδεδεμένη με το χρόνιο στρες
- Ορμονικές διαταραχές που φυσικά επηρεάζουν πολλές πτυχές του οργανισμού από σεξουαλικά προβλήματα έως προβλήματα στην ανάπτυξη ή τον έμμηνο κύκλο στις γυναίκες καθώς και τη γονιμότητα
- Αλλεργικές εκδηλώσεις του οργανισμού και κυρίως εμφάνιση δερματικών προβλημάτων, ακμή, έκζεμα, αλωπεκίαση κ. ά.

- Διαταραχές του ύπνου τόσο στην ποιότητα όσο και στην ποσότητα, στα στάδια του ύπνου και τις λειτουργίες.

Κεφάλαιο 2^{ο} Η Σχέση στρες-καρκίνου: Σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα σε μελέτες με ανθρώπους

2.1.Στρες, ανοσοποιητικό και καρκίνος

Η σύνδεση ανάμεσα στην ψυχολογία και την πιθανότητα εμφάνισης και εξέλιξης καρκίνου είναι κάτι που έχει απασχολήσει εδώ και αρκετές δεκαετίες την παγκόσμια ερευνητική κοινότητα. Τα πρώτα πειραματικά δεδομένα, στηριζόμενα κυρίως σε ευρήματα από πειραματόζωα, τόνισαν από την αρχή τη σχέση τόσο εμφάνισης αλλά κυρίως της ανάπτυξης του καρκίνου κάτω από στρεσογόνες συνθήκες. Οι πρώτες ακόμα έρευνες δίνουν έμφαση στην ψύχω-νεύρο-ανοσολογία, στις επιδράσεις δηλαδή που έχει η ενεργοποίηση του νευρικού συστήματος στο ανοσοποιητικό και κατά συνέπεια στην εμφάνιση νόσων όπως ο καρκίνος. Είναι πλέον δεδομένες οι συνέπειες του χρόνιου άγχους στην λειτουργία του ανοσοποιητικού και οι τρόποι που το στρες δρα αρνητικά σε αυτό. Η πιο χαρακτηριστική δράση του χρόνιο στρες έχει συνδεθεί με τον άξονα Υποθάλαμος- Υπόφυση- Φλοιός των Επινεφριδίων και άρα την Αδρεναλίνης. Πολλές έρευνες πιστοποιούν ότι το άτομο που βρίσκεται κάτω από την επίδραση ενός χρόνιου στρες έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της αδρεναλίνης και άλλων ορμονών του στρες, οι δράσεις των οποίων είναι γνωστές τόσο στην κατάθλιψη όσο και στην εξασθένιση του ανοσοποιητικού. Γίνεται μια ανασκόπηση στους παράγοντες ου επηρεάζουν το ανοσοποιητικό σύστημα λόγο του χρόνιου στρες και της εμφάνισης κατάθλιψης καθώς και τις επιπτώσεις όλων αυτών στην ανάπτυξη του καρκίνου. Οι επιδράσεις που οφείλονται στο χρόνιο στρες αφορούν κυρίως δύο τύπους ανοσοποιητικών κυττάρων, τα κυτταροτοξικά (Τ- κύτταρα) και τα κύτταρα δολοφόνους (ΝΚ κύτταρα), τα οποία μέσα στις πολλές τους αρμοδιότητες παίζουν και πολύ σημαντικό ρόλο στην καταπολέμηση και καταστροφή των καρκινικών κυττάρων.

Η ιδέα ότι η ψυχολογική κατάσταση μπορεί να επηρεάσει την υγεία του ατόμου είναι γνωστή. Ακόμα ο ίδιος ο Selye, που πρώτος μελέτησε τις λειτουργίες του στρες, τόνισε το 1936 τις αλλαγές του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-φλοιός των επινεφριδίων και τις επιπτώσεις του στο ανοσοποιητικό. Τα στοιχεία για τη σχέση του Κ.Ν.Σ.(Κεντρικού Νευρικού Συστήματος) με το ενδοκρινικό και το ανοσοποιητικό σύστημα είναι γνωστά με την παρατήρηση των αλλαγών των επιπέδων νευροδιαβιβαστών όπως η νορεπινεφρίνη, σεροτονίνη, ντοπαμίνη, ακετοχολίνη, καθώς και των νευροπεπτιδίων όπως η ουσία Ρ, η κορτικοτροπίνη και η προλακτίνη. Τέλος ορμόνες όπως η αδρεναλίνη, τα κορτικοστεροειδή και η επινεφρίνη επηρεάζουν ανοσοποιητικούς παράγοντες. Η σχέση του στρες με όλες αυτές τις ουσίες οφείλεται στις επιδράσεις του στον εγκέφαλο όπου και παράγονται όλες οι εκλιτικές ορμόνες οι οποίες και καθορίζουν την λειτουργία όλων των άλλων συστημάτων και την παραγωγή των επιμέρους ορμονών τους. Με απλά λόγια οι εγκεφαλικές ορμόνες που παράγοντες στους δύο βασικούς εγκεφαλικούς αδένες, τον υποθάλαμο και την υπόφυση, είναι αυτές που δίνουν τις εντολές για την παραγωγή όλων των άλλων ορμονών άρα και τη συνολική ρύθμιση των συστημάτων όπως το ανοσοποιητικό και η αύξηση ή μείωση των ανοσοποιητικών του κυττάρων.

Πολλές έρευνες έχουν επιβεβαιώσει ότι η λειτουργία του ανοσοποιητικού ατόμων που βιώνουν κάποιο χρόνιο στρες και κατάθλιψη φαίνεται να δυσλειτουργεί. Χαρακτηριστικά οι J.R. Calabrese, 1987, και M. Biondi, 1996, τονίζουν την μερική έως απόλυτη μείωση του αριθμού των NK- κυττάρων και τη σχετική μείωση των Τ-κυττάρων. Ακόμα η συσχέτιση της αύξησης των επιπέδων της κορτιζόλης, C3 και C4, φαίνεται να είναι αντιστρόφως ανάλογη των κυττάρων του ανοσοποιητικού. Δηλαδή η σταθερή αύξηση ορμονών που σχετίζονται με το άγχος, όπως η κορτιζόλη, έχουν μια αντίθετη σχέση με τα επίπεδα των ανοσοποιητικών κυττάρων. Παρόλα αυτά η κριτική που έχει ασκηθεί σε αυτές τις έρευνες αφορά το είδος του δείγματος. Στις έρευνες που γίνονται σε πειραματόζωα, μελετώντας αυτές τις εναλλαγές των ορμονών και τις επιδράσεις τους στην παραγωγή κυττάρων NK και Τ, η γενική καλή υγεία του ζώου μπορεί να θεωρηθεί δεδομένη, στα θέματα όμως των ανθρώπινων ερευνών οι παράγοντες που πρέπει να συνυπολογιστούν είναι πιο πολύπλοκοι. Η μείωση των δράσεων του ανοσοποιητικού συστήματος μπορεί να επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες όπως η κακή διατροφή, το βιοτικό επίπεδο καθώς και η ηλικία.(στις συγκεκριμένες έρευνες πολλά από τα μέλη του δείγματος ήταν μεγαλύτερης ηλικίας). Γενικά πλέον έχει επιβεβαιωθεί πως το στρες μαζί και με άλλους παράγοντες επηρεάζει την υγεία. Στις περισσότερες έρευνες το οξύ στρες λειτουργεί προστατευτικά ενεργοποιώντας το ανοσοποιητικό σύστημα μέσο των αυξημένων εκκρίσεων ορμονών του άγχους, όπως η αδρεναλίνη. Η χρόνια λειτουργία όμως αυτών μπορεί να έχει αντίθετα αποτελέσματα προκαλώντας εξασθένιση του οργανισμού και κάνοντάς τον ευάλωτο σε ασθένειες.(Edna Maria Vissoci Reiche et al, 2004)

Υπάρχουν πολλά είδη καρκίνου, όπως είναι γνωστό, και δεν συνδέονται όλα στον ίδιο βαθμό με το στρες και τις επιδράσεις του στο ανοσοποιητικό. Η έρευνα του R.J. Holden,1998, έδειξε τη σχέση του στρες με την αύξηση της ιντερλευκίνης 1και ιντερλευκίνης 6, καθώς και της ουσίας TNFa που απελευθερώνονται από τα μακροφάγα κύτταρα και που στη συνέχεια με τη βοήθεια και άλλων αγγελιοφόρων προκαλούν τη μείωση της δραστηριότητας των κυττάρων δολοφόνων NK. Αυτό που ουσιαστικά συμβαίνει είναι η μείωση της καταπολέμησης του καρκίνου. Τα NK κύτταρα υπέρ-δραστηριοποιούνται στη μάχη τους με τον καρκίνο. Αυτό που ανέδειξε η έρευνα του Holden και των συνεργατών του είναι ότι το έντονο και συνεχές άγχος που βιώνει το άτομο αυξάνει τα επίπεδα στης ιντερλευκίνης που λειτουργεί ανασταλτικά στα NK κύτταρα. Δεν πρόκειται ουσιαστικά για ενίσχυση της καρκίνο-γέννησης αλλά για εμποδισμό της καταπολέμησής του.

Άλλες έρευνες τονίζουν τη δράση του στρες στην ανάπτυξη του καρκίνου μέσα από άλλους μηχανισμούς. Οι έρευνες των R. Glaser 1985, J.K. Kiecolt-Glaser 1985 και M.J. Forlenza 2000 έδειξαν τις επιπτώσεις που είχε το χρόνιο στρες στην αύξηση των καταστροφών σε επίπεδο DNA, τον παρεμποδισμό των μηχανισμών ανασυγκρότησης του DNA και που μπορούν να επηρεάσουν την καρκίνο-γέννηση. (ας μην ξεχνάμε ότι ουσιαστικά ο καρκίνος είναι μια παθολογική αύξηση κυττάρων που η εντολή για την παραγωγή τους δίνεται από δομές του DNA). Συγκεκριμένα, άτομα με ιστορικό κατάθλιψης, που βίωναν για ένα μεγάλο κομμάτι της ζωής τους έντονο και συνεχές άγχος, βρέθηκε να έχουν, κατόπιν ειδικής, αιματολογικής, κυτταρικής εξέτασης που καταγράφει την ανασυγκρότηση των πρωτεϊνών των κυττάρων, μειωμένα ποσοστά διόρθωσης εσφαλμένων πρωτεϊνικών δομών σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, όπου τα άτομα δεν παρουσίαζαν ποτέ κάποιο σοβαρό περιστατικό κατάθλιψης.(J.K. Kiecolt-Glaser, 1985). Η έρευνα αυτό που κυρίως επιβεβαιώνει είναι όχι τόσο το ρόλο του στρες στην αρχική εκδήλωση του καρκίνου αλλά στην εξέλιξή του.

Οι B. Garssen and K. Goodkin, 1999, τόνισαν τον άμεσο ρόλο του στρες στην εξάπλωση του καρκίνου μέσα από επιδράσεις στο ανοσοποιητικό τόσο σε πειράματά τους σε ανθρώπους όσο και ζώα. Δεν μπόρεσαν όμως να δώσουν αρκετές πληροφορίες για την καρκίνο-γέννηση, η οποία δεν φάνηκε να δημιουργείται σε υγιή ποντίκια ακόμα και μετά από πολλές και μακροχρόνιες διαδικασίες στρες. Για την ακρίβεια τα ζώα ήταν τόσο καταρρακωμένα μετά από όλες τις βασανιστικές στρεσογόνες συνθήκες που ζούσαν, ώστε κινδύνευψαν να χάσουν τη ζωή τους. Οι ερευνητές απλώς υπέθεσαν πως ενώ οι επίμυες έχουν έντονη θνησιμότητα και για αυτό δεν «προλαβαίνουν», όπως ανέφεραν, να αποκτήσουν καρκίνο αφού το στρες απειλή άμεσα τη ζωή τους, στους ανθρώπους αντίστοιχα που η θνησιμότητα δεν είναι τόσο εύκολη, μπορεί ο καρκίνος να είναι αποτέλεσμα ενός έντονου και συνεχούς στρες (αυτού που οδηγεί στο θάνατο τους επίμυες) κάτι όμως που φυσικά κανείς δεν θα μπορούσε να επιβεβαιώσει πειραματικά γιατί θα ξεπερνούσε κάθε όριο της δεοντολογίας.(κανείς ερευνητής δεν θα μπορούσε να ασκήσει το απαιτούμενο στρες για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ανθρώπους ώστε να τους προκαλέσει καρκίνο)

Πολλές έρευνες έχουν επιχειρήσει να επιβεβαιώσουν το αντίθετο στη σχέση στρες και καρκίνου, ότι δηλαδή η μείωση του άγχους σε καρκινικούς ασθενείς, μέσα από κοινωνική στήριξη και ψυχοθεραπεία, μπορεί να βελτιώσει την υγεία του. Οι D. Spiegal 1989, I.F Fawzy 1990 και 1993 τόνισαν την αύξηση του ορίου ζωής ασθενών με προχωρημένο καρκίνο και τη μείωση των περιπτώσεων μετάστασης ασθενών που παρακολουθούσαν ειδικά προγράμματα κοινωνικής υποστήριξης καταφέρνοντας να μειώσουν το άγχος τους. Συγκεκριμένα, ο Spiegal και οι συνεργάτες του, ανέλαβαν γυναίκες με μεταστατικό καρκίνο του μαστού και τις τοποθέτησαν τυχαία σε δύο ομάδες. Η πειραματική παρακολουθούσε θεραπευτικές και υποστηριχτικές συνεδρίες σε ομάδες, ενώ η ελέγχου δεν συμμετείχε στο ίδιο πρόγραμμα. Ένα χρόνο μετά το τέλος του προγράμματος, που αφορούσε τεχνικές αυτό-ύπνωσης για έλεγχο του πόνου και ενίσχυση του ατόμου ώστε να διαχειρίζεται καλύτερα το άγχος και να αντιμετωπίσει το αναπόφευκτο του θανάτου, βρέθηκαν τα μέλη της πρώτης ομάδας να έχουν πολύ χαμηλότερο σκορ σε κλίμακες άγχους σε σχέση με τη δεύτερη ομάδα αλλά και σε σχέση με τις αρχικές τους μετρήσεις πριν την εισαγωγή τους στα ειδικά αυτά προγράμματα. Τελικά η διάρκεια ζωής των ατόμων της πειραματικής ομάδας έφτασε το μέσο όρο των 36 μηνών σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου που δεν ξεπέρασε τους 18 μήνες.

Μια ακόμα έρευνα έδειξε ότι 50 ασθενείς μετά από εγχείρηση αφαίρεσης όγκου και με σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης, παρακολούθησαν ατομική ψυχοθεραπεία με αποτέλεσμα τη μείωση των ρυθμών εξέλιξης νέων όγκων, καθώς και των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, κάτι που δεν συνέβηκε στην ομάδα ελέγχου των άλλων 50 ασθενών με παρόμοιο ιστορικό συμπτωματολογίας.(Mc.La-Raja, 1997)

Ασθενείς με μελάνωμα, ένα από τα πιο θανατηφόρα είδη καρκίνου με πολύ περιορισμένο φάσμα θεραπειών και τρόπων καταπολέμησής του, μετά από ψυχοθεραπεία παρουσίασαν σημαντική αύξηση των NK κυττάρων και μια γενικότερη βελτίωση της ασθένειας. (I.F. Fawzy, 1993). Πολλές είναι τέλος οι έρευνες που αν και δεν μπορούν να επιβεβαιώσουν την λύση ούτε για τα αίτια ούτε για τη θεραπεία του καρκίνου, πιστοποιούν το σημαντικό ρόλο του άγχους και της προσωπικότητας του ανθρώπου που νοσεί για την πορεία της εξέλιξης της νόσου. Οι ψυχολογικοί παράγοντες έχουν ενεργό ρόλο στη διαμόρφωση της ασθένειας του καρκίνου και αυτό που σίγουρα προκύπτει και που μπορεί να προσφέρει χρήσιμο υλικό είναι επιβεβαίωση πως η ψυχολογική στήριξη των αρρώστων μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά. Ακόμα και στις σοβαρές περιπτώσεις που το ενδεχόμενο του θανάτου είναι σχεδόν βέβαιο, η ψυχοθεραπεία και η παρέμβαση μπορεί να βοηθήσει

βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής του ατόμου, βοηθώντας τους ασθενείς να μάθουν να ελέγχουν τον πόνο τους, το άγχος και να καλυτερεύσουν τη διάθεσή τους κάτι που μπορεί να είναι ιδιαίτερα αισιόδοξο μήνυμα.

2.2. Το χρόνιο και το οξύ στρες ως προάγγελοι της υποτροπής ασθενών με καρκίνο του μαστού σε αρχικά στάδια.

Τα δύο βασικά είδη άγχους, το χρόνιο και το οξύ στρες όπως ονομάζονται, φαίνονται να έχουν διαφορετικά αποτελέσματα στην ανάπτυξη εμφυτευμένων όγκων σε ζώα. Στις έρευνες που έχουν γίνει σε ανθρώπους είναι γνωστό πως οι επιδράσεις που έχει το χρόνιο στρες και το οξύ στο ανοσοποιητικό σύστημα είναι διαφορετικές.

Έρευνες σχετικά με τη θνησιμότητα, την υποτροπή και την επιβίωση ασθενών με καρκίνο του μαστού αναδεικνύουν τους σημαντικούς παράγοντες, εσωγενείς-προσωπικούς αλλά και εξωγενείς (όπως η κοινωνική στήριξη), που επηρεάζουν την λεγόμενη coping διαδικασία και μεταφράζονται ως στρεσογόνοι παράγοντες που σχετίζονται με την ίδια την ασθένεια. Οι διαδικασίες αντιμετώπισης (coping) φαίνεται να βοηθούν τα υποκείμενα να υιοθετούν έναν τρόπο αντίδρασης ώστε να γίνονται δυνατότερα και να μπορούν να στοχεύσουν γρηγορότερα στην ανάρρωση. Μια ποιοτική ανασκόπηση ερευνών έδειξε τη σχέση μεταξύ της αντιμετώπισης και της πρόγνωσης του καρκίνου του μαστού, φανερώνοντας σε πέντε από αυτές φτωχότερο ξέσπασμα της ασθένειας.

Το 1999 μια σημαντική έρευνα των Bert De Brabander and Pol Gerits, μελέτησε τη σχέση ανάμεσα στους δείκτες χρόνιου και οξύ στρες και την πιθανή υποτροπή του καρκίνου του μαστού 3,5 χρόνια μετά την αρχική διάγνωση. Η υπόθεση της έρευνας ήταν ότι οι ασθενείς που υποβάλλονταν στη διαδικασία της βιοψίας και την αναμονή αλλά και το άκουσμα των αποτελεσμάτων βιώνουν έντονο οξύ στρες με αποτέλεσμα η ασθένεια να παρουσιάζει γρηγορότερα υποτροπή. Παρόμοια πειράματα σε ζώα δείχνουν πως ο εμφυτευμένος όγκος μεγαλώνει γρηγορότερα όταν τα ζώα υποβάλλονται σε διαδικασίες οξύ στρες. Πιθανά λόγω του ότι ένας οξύς στρεσογόνος παράγοντας προκαλεί μείωση της νοραδρεναλίνης στον εγκέφαλο. Στους ανθρώπους τα επίπεδα της ουσίας αυτής μετρούνται μέσο των περιφερειακών επιπέδων μιας άλλης ουσίας της MHPG, που αποτελεί τον κύριο μεταβολίτη της εγκεφαλικής νοραδραναλίνης.

Η μέθοδος της έρευνας στηρίχτηκε σε δείγμα από γυναίκες που παρακολουθούνταν σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο μετά από εγχείρηση και βιοψία καρκινωμάτων ή όγκων στο στήθος. Από τις αρχικά 56 γυναίκες στην έρευνα συμμετείχαν οι 44. Οι συνεντεύξεις γίνονταν στο χώρο του νοσοκομείου πριν από την καθιερωμένη νοσηλεία τους. Όλες τους είχαν παρουσιάσει αρχικά στάδια της νόσου και δεν είχαν υποστεί ολική μαστεκτομή. Επίσης έκαναν περιορισμένο αριθμό ακτινοθεραπειών μόνο για προληπτικούς λόγους και μόνο στις περιπτώσεις που παρουσιάστηκε μετάσταση χορηγήθηκαν και χημειοθεραπείες. Οι μετρήσεις του οξύ στρες έγιναν πριν την βιοψία και 24 ώρες μετά το άκουσμα των αποτελεσμάτων, γιατί στα ζώα φαίνεται η μείωση της νοραδρεναλίνης να διαρκεί τόσο.

Οι ανοσολογικές, ψυχολογικές και νευροχημικές μετρήσεις έγιναν σε δύο φάσεις. Την πρώτη ημέρα εισαγωγής (φάση 1) και την μέρα που δίνονταν τα αποτελέσματα

της κυτταρολογικής ανάλυσης (φάση 2), με δείγμα αίματος που παίρνονταν το πρωί και συνέντευξη που γίνονταν το απόγευμα. Το χρόνιο στρες μετρήθηκε με την κλίμακα Hopkins, που αναφέρεται σε 63 ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα που παρουσίαζαν τα άτομα ένα χρόνο πριν την διάγνωσή τους. Το ερωτηματολόγιο συμπλήρωσαν τα άτομα την πρώτη μόνο ημέρα της εισαγωγής τους, με βάση της προσωπικές τους αυτό-αναφορές για το πόσο πολύ ή λίγο τους εξέφραζαν τα θέματα της κλίμακας. Το ύψος του συνολικού σκορ μετρούσε το χρόνιο στρες που δήλωναν τα ίδια τα άτομα ότι βίωναν ένα χρόνο πριν τη διάγνωσή τους. Το οξύ στρες μετρήθηκε με την κλίμακα κατάθλιψης πριν και μετά τη διάγνωση και οι διαφορές θα αναδείκνυαν την πιθανή κατάρρευση του ατόμου. Στις ανοσολογικές εξετάσεις μετρήθηκαν τα επίπεδα των κυττάρων δολοφόνων NK και στις νευροχημικές τα επίπεδα της MHPG. (Παράρτημα, Πίνακας 10)

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι από τους 44 συνολικά ασθενείς 10 παρουσίασαν μετάσταση μετά από 3,5 χρόνια από την αρχική τους διάγνωση και από αυτούς οι 9 σε κάποιο άλλο μέρος του σώματος ενώ μόνο μία βρέθηκε περίπτωση μετάστασης στο άλλο στήθος. Πιο συγκεκριμένα οι ασθενείς που έκαναν υποτροπή παρουσίασαν πολύ περισσότερα συμπτώματα χρόνιου άγχους και είχαν εντονότερα συμπτώματα κατάθλιψης ειδικά πριν την βιοψία. (T1).

Επιπλέον τα επίπεδα της MHPG στους ασθενείς με μετάσταση ήταν υψηλότερα τόσο πριν τη βιοψία αλλά και μετά. (T1-T2), σε σχέση με αυτούς που δεν παρουσίασαν μετάσταση κάτι που δείχνει και την αλλαγή στα επίπεδα της νοραδρεναλίνης άρα και την αντίδραση του οργανισμού στο οξύ στρες της αναμονής αλλά και του ακούσματος των αποτελεσμάτων της βιοψίας. Τα αποτελέσματα των ανοσολογικών εξετάσεων δεν έδειξαν κάποια στατιστικά σημαντική μείωση των NK κυττάρων.

Η στατιστική ανάλυση του των αποτελεσμάτων αυτών έδωσε ποσοστό πρόβλεψης 98% , που αφορά το 100% των γυναικών που δεν παρουσίασαν υποτροπή και το 90% αυτών που παρουσίασαν. Από τους παράγοντες που συνυπολογίστηκαν στο τελικό ποσοστό της πρόβλεψης φαίνεται να έχει το σημαντικότερο ρόλο το χρόνιο στρες και όχι το οξύ και αμέσως μετά το νεαρό της ηλικίας, κάτι που επιβεβαιώνεται και στην έρευνα των Dean and Surtees 1989. Μάλιστα αυτοί τόνισαν πως οι ασθενείς με υψηλό σκορ στα συμπτώματα κατάθλιψης για τρεις μήνες μετά το χειρουργείο είχαν πολύ μικρότερες πιθανότητες επιβίωσης από τους ασθενείς με χαμηλότερο σκορ.

Παρά το υψηλό χρόνιο στρες που καταγράφηκε αυτό δεν φάνηκε να συσχετίζεται σημαντικά με τα επίπεδα της MHPG ή των κυττάρων δολοφόνων. Βέβαια έγιναν μόνο δύο μετρήσεις αυτών των επιπέδων πριν και μετά την βιοψία και μέχρι το πέρας των 3,5 ετών δεν γνωρίζουμε τη μεσολάβησε. Αναμένεται το χρόνιο στρες που βίωναν και πριν τα αποτελέσματα της βιοψίας να έγινε πολύ εντονότερο, καθώς ο φόβος και η ανησυχία για την υγεία κατά τη διάρκεια αυτών των χρόνων που πέρασαν να διαφοροποίησε τα επίπεδά τους. (Παράρτημα, Πίνακας 11)

Άτομα που είχαν και χρόνιο άγχος πριν την ασθένεια αναμένεται να συνεχίζουν να το βιώνουν κάτι που θα συνεχίζει να βλάπτει και το ανοσοποιητικό τους σύστημα. Στην έρευνα μετρήθηκαν οι αρχικές αλλαγές κατά την περίοδο της αναμονής των αποτελεσμάτων των κυτταρολογικών εξετάσεων κάτι που δεν φάνηκε να είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Το λογικό συμπέρασμα είναι ότι το χρόνιο στρες συνδέεται με την υποτροπή και μάλιστα είναι ο ισχυρότερος παράγοντας που την επηρεάζει, όμως η ακριβής διαδικασίας δράσης του απλώς πιθανολογείται. Ερευνητικά δεδομένα στο τομέων του καρκίνου του μαστού φαίνονται να συγκρούονται. Έρευνες των F.D. Roberts 1996, όπως και άλλων σημαντικών ερευνητών, A. Petticrew 1999 και J.

Graham 2002, δεν καταφέρνουν να πιστοποιήσουν καμιά συσχέτιση του χρόνιου στρες με την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Τα ποσοστά χρόνιου άγχους είναι πάντα υψηλότερα χωρίς όμως να πληρούν τα αυστηρά στατιστικά κριτήρια. Νέες έρευνες στον τομές ίσως καταφέρουν να αναδείξουν με καλύτερη ακρίβεια τη σχέση του άγχους με τον καρκίνο του μαστού, μια σχέση που σίγουρα αφορά και την εξασθένηση του ανοσοποιητικού, που όμως αποτελούν ένα παζλ τα συνολικά κομμάτια του οποίου δεν έχουν καταφέρει να συλλέξουν ακόμα οι ερευνητές.

2.3. Καρκινικοί ασθενείς παρουσιάζουν συμπτώματα Μετά-τραυματικής Διαταραχής.

Υπάρχουν πολλές απόψεις ότι άτομα που πάσχουν από καρκίνο παρουσιάζουν συχνά έντονα συμπτώματα άγχους τα οποία πολλές φορές μπορούν να πληρούν ακόμα και τα κριτήρια για τη διάγνωση της Μετά-τραυματικής Διαταραχής και ότι αυτή συνδέεται με τον καρκίνο. Πριν προχωρήσουμε στην ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας θα ήταν καλό να αναφερθούμε στην ίδια την μετά-τραυματική διαταραχή και ποιες ακριβώς είναι η διαστάσεις της.

Η Μετά-τραυματική Διαταραχή (Post-traumatic-Stress-Disorder) ανήκει στη γενική κατηγορία των διαταραχών του άγχους σύμφωνα με το DSM IV. Η διαταραχή αυτή προέρχεται από αιφνίδιο στρες που οφείλεται σε ένα τραυματικό γεγονός (όπως θάνατος ή τραυματισμός του ίδιου του ατόμου ή κάποιου αγαπημένου προσώπου) και που προκαλεί έντονο φόβο, αίσθημα του αβοήθητου και τρόμο. Αυτά αποτελούν και το κριτήριο Α της διαταραχής. Το κριτήριο Β απαιτεί οι εμπειρίες, έντονες μνήμες, εφιάλτες, αναβίωση του τραυματικού γεγονότος και διαταραχές ψυχολογικές αλλά και φυσιολογικές να προκαλούνται μετά το πέρας του γεγονότος. Το κριτήριο Γ απαιτεί τουλάχιστον τρεις αποφυγές από σκέψεις, αισθήματα οι μνήμες του τραύματος και ανικανότητα ανάκλησης των λεπτομερειών και σκηνών του τραύματος. Το κριτήριο Δ αναφέρεται στην παρουσία τουλάχιστον δύο από τα συμπτώματα: αϋπνία, ευερεθιστότητα, δυσκολίες στη συγκέντρωση, υπερβολική αντίδραση σε ερεθίσματα. Τα συμπτώματα πρέπει να παραμένουν για τουλάχιστον ένα μήνα, κριτήριο Ε, και να παρεμποδίζουν έντονα τις φυσιολογικές δραστηριότητες του ατόμου, κριτήριο ΣΤ.

Τα ποσοστά επικράτησης άγχους και συναισθηματικών διαταραχών σε καρκινικούς ασθενείς έχουν αναφερθεί σε ποσοστό από 1% έως και 58%. Αυτή η μεγάλη διαφορά των ποσοστών οφείλεται σε πολλούς παράγοντες συμπεριλαμβανομένου της θέσης του καρκίνου, την ποιότητα και την πρόγνωσή του σε σχέση πάντα και με τις ιατρικές διαπλοκές (όπως πόνος, περιορισμός της φυσικής λειτουργικότητας, νοσοκομειακές συνθήκες), κοινωνική στήριξη και την ποικιλία των ιατρικών μεθόδων και διαγνωστικών εργαλείων που χρησιμοποιούνται. Παρόλα αυτά υπάρχει μια μεγάλη βιβλιογραφία για τις ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου και η οποία χωρίζεται σε τρεις βασικές κατηγορίες:

1. Αυτές που επικεντρώνονται στην επικράτηση των συμπτωμάτων της μετά-τραυματικής διαταραχής

2. Αυτές που μελετούν τα περιστατικά των παρεισφρητικών με συμπτωματολογία αποφυγής ασθενών
3. Αυτές που ασχολούνται με την αξιολόγηση των προβλέψεων που αφορούν τη σχέση του καρκίνου με τα συμπτώματα της διαταραχής.

(M. Kangas et. al., 2002)

2.3.α. Έρευνες που επικεντρώνονται στην επικράτηση των συμπτωμάτων της μετά-τραυματικής διαταραχής

Στο σύνολο των σχετικά νέων ερευνών που έχουν αυτό το αντικείμενο μελέτης βρέθηκαν 13 που μελετούν ενήλικους καρκινικούς ασθενείς με συμπτώματα της διαταραχής. Οι περισσότερες από αυτές μελετούν τα συμπτώματα της μετά-τραυματικής διαταραχής από 2 μήνες έως και 12 χρόνια μετά τη διάγνωση του καρκίνου ενώ μόνο μία βρέθηκε να συνεχίζει και μετά τα 12 χρόνια. Στην πλειοψηφία τους οι έρευνες επικεντρώνονται σε γυναίκες με καρκίνο του στήθους από τις οποίες οι 5 αναφέρονται σε αρχικά μόνο στάδια της νόσου ενώ μία μόνο έχει ως υποκείμενα άτομα σε πολύ σοβαρά στάδια όπου απειλείται και άμεσα η ζωή τους.

Για την μέτρηση των συμπτωμάτων της μετά-τραυματικής διαταραχής πολλοί ερευνητές χρησιμοποιούν το μοντέλο δομημένης, κλινικής συνέντευξης της διαταραχής από το DSM, που συμβολίζεται SCID (Structured Clinical Interview for DSM IV), καθώς και την κλίμακα PCL-C (Checklist Civilian Version for P.T.S.D.). Στις έρευνες που χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο SCID βρέθηκε να συνδέεται ο καρκίνος με τη μετά-τραυματική διαταραχή σε ποσοστό από 0% (Mundy et. al., 2000) μέχρι και 6% (Andrykowski et al, 1998).

Στις έρευνες που χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα PCL-C εφαρμόστηκαν δύο μέθοδοι: 1) αυτή που περιορίστηκε κυρίως στα σοβαρά συμπτώματα της διαταραχής και που τα υποκείμενα συγκέντρωναν υψηλή βαθμολογία, τουλάχιστον 50 και 2) τη μέθοδο των στιβάδων των συμπτωμάτων που χρησιμοποιεί το νούμερα των συμπτωμάτων που παρουσιάζονται και αποτελούν προϋποθέσεις της διαταραχής. Στο σύνολο των ερευνών που χρησιμοποίησαν την πρώτη μέθοδο βρέθηκε ποσοστό συσχέτισης της μετά-τραυματικής διαταραχής με τον καρκίνο από 5έως 12% ενώ σε αυτές που εφαρμόστηκε η δεύτερη μέθοδος τα ποσοστά συσχέτισης ήταν από 6% (Andrykowski, 1998) μέχρι 19%. (Jacobsen et al, 1998).

Σε δύο έρευνες χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα CAPS-I (Clinician, Administered P.T.S.D. Scale-Structured Interview) για να ανιχνευτεί η διαταραχή σε άτομα με καρκίνο του μαστού μετά από μετάσταση και η συσχέτισή της με τον καρκίνο ήταν υψηλότερη από 14% ,μάλιστα μετά από 21 μήνες από τη διάγνωση (Pitman et al, 2001), ενώ σε άλλη έρευνα μετά από 16 μήνες από τη διάγνωση το ποσοστό συσχέτισης έφτανε το 32%. (Naidich & Motta, 2000). Γενικά πολλές έρευνες βρίσκουν μεγάλες διαφορές στα ποσοστά συσχέτισης του καρκίνου με τη διαταραχή όμως εκτός από την έρευνα του Smith 1999 που έδωσε ποσοστό 60% και η οποία θεωρήθηκε ότι είχε πολλά μεθοδολογικά σφάλματα οι περισσότερες δίνουν έναν μέσο όρο συσχέτισης περίπου στο 13%.(Kangas et al, 2002).

Ένα άλλο σημαντικό κομμάτι είναι ότι σε πολλές από τις σχετικές έρευνες βρέθηκε μια διαχρονική συσχέτιση του καρκίνου με συμπτώματα της μετά-τραυματικής διαταραχής μέσα από ειδικά ερωτηματολόγια που ζητήθηκε από τους ασθενείς να περιγράψουν αν είχαν παρατηρήσει συμπτώματα της διαταραχής στη ζωή τους και πριν την εμφάνιση του καρκίνου. (Mundy et al. 2000). Το μεγαλύτερο ποσοστό αναφέρθηκε στο 35% του δείγματος. Σε άλλες έρευνες τα νούμερα κυμάνθηκαν από 3% (Green et al, 1998) μέχρι και 22% (Alter et al, 1996) (Παράρτημα, Πίνακας 12)

2.3.β. Έρευνες με έμφαση στα περιστατικά των παρεισφρητικών και με συμπτωματολογία αποφυγής ασθενών.

Το σύνολο των νεότερων ερευνών που επικεντρώνονται σε ασθενείς με καρκίνου και που παρουσιάζουν αυτά τα συμπτώματα είναι 21 και οι οποίες χρησιμοποιούν την κλίμακα IES (Impact of Events Scale) των Horowitz, Wilner & Alvarez 1979. Σε εννέα από αυτές διασταυρώνονται τα ευρήματα σε διάστημα 9-6 μηνών μετά τη διάγνωση και η συσχέτιση των συμπτωμάτων αυτών με τον καρκίνο παρατηρήθηκε έντονα. Χαρακτηριστικά ο Hampton το 2000 βρήκε στο 10% των ανδρών ασθενών και στο 20% των γυναικών που μελέτησε να έχουν υψηλά τελικά σκορ στην κλίμακα IES για 12 μήνες μετά τη διάγνωση. Αντίστοιχα ο Kaasa και οι συνεργάτες του το 1993 αναφέρουν ποσοστό 21% των ασθενών τους να έχουν υψηλό σκορ στην ίδια κλίμακα ενώ έκαναν ακτινοθεραπεία για τη μείωση του όγκο τους πριν τη χειρουργική διαδικασία.

Σε ένα άλλο δείγμα με ασθενείς με καρκίνο του μαστού σε αρχικά στάδια βρέθηκε ποσοστό 20% συσχέτισης της ασθένειας με τα συμπτώματα της διαταραχής που φάνηκαν πάλι από τα υψηλά σκορ της κλίμακας, ενώ το νούμερο αυτό μειώθηκε σε 5% μετά από έξι βδομάδες και εφόσον η θεραπεία τους είχε επιτυχώς ολοκληρωθεί. (Tjemsland et al, 1996a and 1998).

Σε ότι αφορά τα συμπτώματα παρεισφρητικής συμπεριφοράς και τα συμπτώματα αποφυγής οι καρκινικοί ασθενείς βρέθηκε να αναφέρουν υψηλά ποσοστά, από 16% (Beicker et al, 2000) έως 43% (Cella et al, 1990) για την παρεισφρητική συμπεριφορά και 15% (Beicker et al, 2000) έως 80% (Cella et al, 1990) για τα συμπτώματα αποφυγής.

Πολλά στοιχεία πιστοποιούν πως η επικράτηση των συμπτωμάτων της μετά-τραυματικής διαταραχής συμβαίνει σε ένα μεγάλο ποσοστό καρκινικών ασθενών μέσα σε τρεις μήνες μετά τη διάγνωσή τους και συνεχίζουν να υπάρχουν και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Έρευνα έδειξε πως άτομα παρουσίαζαν τα ίδια συμπτώματα αποφυγής ακόμα και 14 μήνες μετά τη θεραπεία τους. Αναβίωναν τη διαδικασία και ένιωθαν τα ίδια συμπτώματα άρνησης. Αυτό δείχνει πως τα συμπτώματα της διαταραχής κυμαίνονται σε μια σειρά προσωπικών και ατομικών εμπειριών που σχηματίζει το άτομο στη σχέση του με τον καρκίνο. (Andrykowski et al, 2000) (Παράρτημα, Πίνακας 13)

2.3.γ. Έρευνες που μελετούν τη συσχέτιση του καρκίνου και την πρόγνωση των συμπτωμάτων της μετά-τραυματικής διαταραχής.

Πολλές έρευνες πιστοποιούν ότι άτομα που νοσούν από καρκίνο και που στη ζωή τους και πριν την εμφάνισή του είχαν ιστορικό ψυχολογικών διαταραχών, χαμηλό κοινωνικό status, χαμηλή μόρφωση, έλλειψη συναισθηματικής σταθερότητας, φτωχή κοινωνική υποστήριξη και κοινωνική λειτουργικότητα αλλά που κυρίως ήταν άτομα με αγχώδης προσωπικότητα αναμένονται να παρουσιάσουν συμπτώματα της διαταραχής μετά την πρώτη διάγνωση του καρκίνου. Επίσης φαίνεται υψηλή συσχέτιση στη σχέση καρκίνου και μετά-τραυματικής διαταραχής γεγονός που τονίζει την εμφάνιση και των δύο νόσων μαζί. Αυτό σημαίνει πως άτομα με τα παραπάνω χαρακτηριστικά έχουν περισσότερες πιθανότητες στατιστικά να παρουσιάσουν τόσο τη διαταραχή όσο και κάποιο είδος καρκίνου. (Alter, Green, Andrykowski, Cella, Kangas)

Η βίωση ενός τραυματικού γεγονότος όπως η διάγνωση καρκίνου αποτελεί ένα σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα για κάθε ασθενή. Φαίνεται πως το άτομο εκτός από τις δυσκολίες που έχει να αντιμετωπίσει σε ότι αφορά την ασθένεια του καρκίνου, έχει παράλληλα να διαχειριστεί και το άγχος που μπορεί να προϋπάρχει της νόσου αλλά που σίγουρα πολλαπλασιάζεται μετά τη διάγνωση. Έτσι η σύνδεση του καρκίνου με την μετά-τραυματική διαταραχή είναι γνωστή και αναμενόμενη. Αναλύοντας την διαδικασία ανάπτυξης και εμφάνισης των συμπτωμάτων της διαταραχής φαίνεται πως αυτή ξεκινάει συνήθως με εκδηλώσεις οξύ στρες που μπορεί εύκολα να εξελιχθεί σε μια χρόνια μορφή άγχους που υπάρχει μόνιμα. Η γέννηση των συμπτωμάτων της διαταραχής δεν ξεκινάει από τη στιγμή της διάγνωσης αλλά περίπου δύο μήνες μετά . Πολλοί είναι οι παράγοντες που συμμετέχουν στην εκδήλωση των συμπτωμάτων και ακριβώς αυτό το γεγονός της ετεροχρονισμένης εκδήλωσης πιστοποιεί τη διαταραχή. Ουσιαστικά είναι κάτι πολύ περισσότερο από τη βίωση μιας άσχημης κατάστασης όπως η διάγνωση του καρκίνου. Αν συνέβαινε αυτό τότε θα έπρεπε σχεδόν όλος ο πληθυσμός των καρκινικών να αντιμετωπίζουν και την μετά-τραυματική διαταραχή και μάλιστα αμέσως μετά τη διάγνωσή τους γεγονότα που δεν αντιστοιχούν στα πραγματικά γεγονότα των ερευνών. Σίγουρα όλες οι έρευνες πιστοποιούν μια αύξηση των επιπέδων του άγχους μετά την αρχική διάγνωση της νόσου όμως σε καμιά περίπτωση αυτή η αύξηση δεν μπορεί να πληρεί τα κριτήρια για διάγνωση της διαταραχής. Επιπλέον στις περιπτώσεις όπου παρουσιάζεται η διαταραχή το άγχος των ασθενών και τα άλλα συμπτώματα ξεκινούν μερικούς μήνες μετά και παραμένουν αρκετές φορές ακόμα και μετά την αποθεραπεία του ασθενή. Μάλιστα η πιο έντονη εκδήλωση των συμπτωμάτων γίνεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας ακόμα και όταν οι ιατρικές προβλέψεις είναι αισιόδοξες. Αυτό που απορρέει λοιπόν είναι πως δεν είναι το ίδιο το τραύμα της διάγνωσης αλλά ένας συνεχής και γενικότερος φόβος. Είναι εύλογο πως ο φόβος αυτός σχετίζεται με τη σοβαρότητα της νόσου του καρκίνου, τα ποσοστά θανάτου από αυτήν, ο πόνος και η ταλαιπωρία των θεραπειών και γενικά όλος ο τρόμος που χαρακτηρίζει τον καρκίνο ως μάστιγα. Έρευνες σε βάθος ρίχνοντας φως

στην ακριβή εκδήλωση των συμπτωμάτων και στον τρόπο που αυτά κλιμακώνονται δίνουν μια σαφέστερη εικόνα της σχέσης καρκίνου και διαταραχής.

Το μοντέλο της μετά-τραυματικής διαταραχής τονίζει πως τα συμπτώματα αυξάνονται όταν πληροφορίες που δέχεται το άτομο για την ασθένειά του συνδυάζονται με άλλες προϋπάρχουσες μνήμες και κατασκευές ενός δικτύου φόβου γύρω από αυτό. Ουσιαστικά το τραύμα που αποτελεί για το άτομο το άκουσμα της διάγνωσης θα ενεργοποιήσει τα συμπτώματα της διαταραχής όταν θα έρθει σε επαφή με το δίκτυο φόβου που έχει το άτομο. Ο συνδυασμός αυτών των πληροφοριών με τις προϋπάρχουσες μνήμες εμποδίζουν το άτομο να ολοκληρώσει την διαδικασία της επεξεργασίας του τραύματος και να οδηγηθεί στο να το ξεπεράσει. Το αρχικό τραύμα ενισχύεται από το δίκτυο αυτό και αναδιαμορφώνεται, αναβιώνει οδηγώντας στην δημιουργία των συμπτωμάτων της διαταραχής. Στις περιπτώσεις που το άτομο βιώνει έντονο παθολογικό στρες και προσπαθεί να εμποδίσει ή να καταπιέσει την ενεργοποίηση του δικτύου του φόβου έχουμε την παρουσία συμπτωμάτων αποφυγής και άρνησης. (Foa, 1986). Πρόκειται για γνωστικές διαδικασίες που ξεκινούν από τις γενικές γνωστικές λειτουργίες του ατόμου, τα γνωστικά σχήματα που έχει κατασκευάσει σε σχέση με την ασθένεια και κυρίως με το πώς αυτή μπορεί να εξελιχθεί για το ίδιο. Στην περίπτωση του καρκίνου οι δυσκολίες είναι περισσότερες γιατί δεν είναι μόνο η ίδια η διάγνωση που προκαλεί το στρες αλλά και οι διαδικασίες που πιθανόν θα την ακολουθήσουν και που είναι σημαντικοί και κατεξακολούθηση στρεσογόνοι παράγοντες. (Νοσηλεία, θεραπευτικές διαδικασίες, ακτίνες, χημειοθεραπείες κτλ) .Το γνωστικό δίκτυο φόβου του ατόμου ενεργοποιείται στην μελλοντική απειλή όλων των διαδικασιών που μπορεί να ακολουθήσουν.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο είναι η διαφοροποίηση κάποιων κύριων δομών της μετά-τραυματικής διαταραχής στα καρκινικά άτομα.. Αυτές αφορούν στους στρεσογόνους παράγοντες αλλά και στα συμπτώματα της αναβίωσης. Στις περιπτώσεις της διαταραχής που δεν συνδέονται με την εμφάνιση κάποιας νεοπλασίας, το τραύμα, το οποίο αποτελεί την πηγή της διαταραχής, είναι ένα συγκεκριμένο πολύ δυσάρεστο προς το άτομο γεγονός. Η διάγνωση του καρκίνου είναι επίσης ένα τραύμα που όμως μπορεί και συνήθως ακολουθείται και από άλλα σχετικά με αυτό. Η αναβίωση για παράδειγμα του τραύματος από το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου απλά συμβαίνει στο μυαλό του ατόμου σε επανάληψη. Για τον καρκινικό ασθενή δεν είναι μόνο η αναβίωση της στιγμής όπου του ανακοινώνεται η ασθένειά του το κύριο στρεσογόνο γεγονός αλλά και π.χ. η πρώτη ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία, ο πόνος, τα φάρμακα, κάποιος πιθανός ακρωτηριασμός και πολλά άλλα. Χαρακτηριστικά είναι τα παραδείγματα γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του μαστού και που αντιμετωπίζουν εφιάλτες τόσο για τη στιγμή της διάγνωσης όσο και της μετεγχειρητικής περιόδου όπου τους είχε αφαιρεθεί το στήθος, ακόμα και όταν έχουν όλα διορθωθεί μέσο πλαστικών επεμβάσεων. Είναι κατανοητό πως το άτομο βομβαρδίζεται από νέα τραυματικά γεγονότα κι έτσι βιώνει ένα συνεχές άγχος. Ο καρκινικός ασθενής έχει να διαχειριστεί πολλούς φόβους, να προετοιμαστεί για τη χειρότερη έκβαση της θεραπείας του και κυρίως έχει να αντιμετωπίσει τον ίδιο τον θάνατο. (Χατήρα, 2000)

Σε ότι αφορά τα συμπτώματα της αναβίωσης η περιγραφή του DSM IV υποδηλώνει ότι οι παρεισφρητικές σκέψεις και οι συνδεδεμένες με αυτές επιπτώσεις αναφέρονται σε γεγονότα που εμφανίζονται. Αυτό πιθανά δημιουργεί προβλήματα σε ότι αφορά τον καρκίνο γιατί πολλές παρεισφρήσεις είναι μελλοντικοί φόβοι προσανατολισμένοι στην υγεία του ατόμου. Χαρακτηριστικό αυτού του φαινόμενου μελετήθηκε σε δείγμα γυναικών με καρκίνο του μαστού που ανέφεραν ότι οι πληροφορίες που λάμβαναν για την εξέλιξη και την πρόγνωση της κατάστασης του

όγκου τους τελικά αποτελούσαν σημαντικότερο στρεσογόνο παράγοντα παρά τα θετικά αποτελέσματα της θεραπείας. Οι γυναίκες αυτές στο παρελθόν είχαν αρνητικές εμπειρίες σχετικά με τις εξετάσεις (π.χ. μαστογραφίες) που έκαναν κι έτσι οποιαδήποτε σύνδεση με αυτές ξυπνούσε αρνητικά συναισθήματα. Επιπλέον η σταδιακή ενημέρωση της εξέλιξης της νόσου κουράζει το άτομο, που μπορεί, όπως αναφέρουν αυτές οι γυναίκες, να πιστεύει πως οι γιατροί ψεύδονται λέγοντας ότι όλα πηγαίνουν καλά. Η αναμονή των αποτελεσμάτων, το ενδεχόμενο αυτές να είναι ή και να μην είναι καλές ενισχύουν λόγο της αβεβαιότητας και της εξακολούθησης της κατάστασης που δεν λύνεται, το άγχος του ασθενή. Το ίδιο το άτομο προσανατολίζει τους φόβους του προς την υγεία του και το ενδεχόμενο του θανάτου ή της επιδείνωσης. Η αναμονή και η συνεχής ενημέρωση για την κατάσταση δεν λειτουργεί καθησυχαστικά. Όλες οι προηγούμενες εμπειρίες αναβιώνονται αρνητικά, ενισχύοντας τους φόβους. Σε πολλές περιπτώσεις η ίδια η θεραπεία είναι τόσο τραυματική για το άτομο που μπορεί να αναβιώνεται ως εφιάλτης κάτι που συνήθως συμβαίνει μόνο με το αρχικό τραύμα.

Κεφάλαιο 3ο Η Ψυχολογική Πορεία της Ανάπτυξης του Καρκίνου

3.1. Πρότυπο νου-σώματος

Η αλληλεπίδραση του νου ή της συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου με τον υγεία του, δηλαδή του σώμα του θα μπορούσε να περιγράφεται σχηματικά σαν μια αλυσίδα που ξεκινάει από το ψυχολογικό στρες που βιώνει το άτομο στην καθημερινότητά του, το οποίο, ανάλογα με την ατομικότητα του καθενός, μετατρέπεται σε κατάπτωση και απόγνωση και που έχει άμεσες επιπτώσεις στην ομοιόσταση του οργανισμού και στην λειτουργία πολλών συστημάτων ανάμεσά τους και το ενδοκρινικό. Στη συνέχεια η αλυσίδα ενώνει τις δραστηριότητες της Υπόφυσης και του Υποθάλαμου που επηρεάζουν το ανοσοποιητικό σύστημα και τις ορμονικές εκκρίσεις αντίστοιχα. Η καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος διευκολύνει την ανάπτυξη του καρκίνου, η οποία επίσης ενισχύεται από τις ορμονικές δυσλειτουργίες και την αύξηση των ανώμαλων κυττάρων από αυτές. (Παράρτημα, Πίνακας 14)

Η ανάλυση ένα-ένα των τμημάτων της αλυσίδας ξεκινάει από την ψυχολογική ένταση. Το στρες προδιαθέτει στους ανθρώπους την ανάπτυξη ασθενειών, ανάμεσά τους και ο καρκίνος. Οι κλινικές παρατηρήσεις επιβεβαιώνουν ότι οι καρκινικοί ασθενείς δέχονται μεγάλη πίεση και στρες στη ζωή τους και υποδηλώνουν ότι η επίδραση αυτού είναι ακόμα μεγαλύτερη όταν απειλή κάποιο ρόλο ή σχέση ιδιαίτερα σημαντική για την ταυτότητα του ατόμου, ή του δημιουργεί ένα πρόβλημα ή μια κατάσταση από την οποία δεν μπορεί να ξεφύγει. Επιπλέον οι μελέτες δείχνουν ότι συνήθως το καθοριστικό στρεσογόνο γεγονός συμβαίνει κατά έτσι έως δεκαοχτώ μήνες πριν από την διάγνωση της ασθένειας.

Αν και πολλοί μπορεί να υφίστανται σοβαρό στρες στη διάρκεια της ζωής τους, τη διαφορά στην επιδεκτικότητα προβολής την διαμορφώνει ο τρόπος αντίδρασης στο στρες. Η κοινωνική ζωή διαμορφώνει και καθορίζει ρόλου που πρέπει να ακολουθούνται και κανόνες που βάζουν όρια μέσα στα οποία αντιμετωπίζεται το στρες. Σε μερικές περιπτώσεις οι κανόνες αυτοί περιορίζουν την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει το άγχος σε σημείο που να δημιουργούνται άλυτα προβλήματα. Το αποτέλεσμα όλης αυτής της διαδικασίας μπορεί να είναι κατάπτωση, απόγνωση, απελπισία, ανικανότητα- όλα τα συναισθήματα που αναφέρθηκαν ότι προηγούνται του καρκίνου. Εξαιτίας αυτών των συναισθημάτων, σε συνειδητό ή υποσυνείδητο επίπεδο, η σοβαρή ασθένεια, ακόμη και ο θάνατος, γίνεται αποδεκτή σαν δυνατή λύση.

Η οδός μέσα από την οποία το στρες δρα στον οργανισμό ξεκινάει από τον εγκέφαλο. Η πρώτη περιοχή του εγκεφάλου που επηρεάζεται από το στρες είναι ο υποθάλαμος, ένας από τους σημαντικότερους αδένες του ενδοκρινικού συστήματος, Πρώτον το τμήμα του υποθαλάμου που ανταποκρίνεται άμεσα στο ανθρώπινο συναισθηματικό στρες συμμετέχει και στον έλεγχο του ανοσοποιητικού συστήματος. Πολλές είναι οι αρχικές ορμόνες που εκκρίνονται από αυτό και που επηρεάζουν την λειτουργία άλλων αδένων και των ορμονών τους. Δεύτερον, ο υποθάλαμος παίζει καθοριστικό ρόλο στη λειτουργία της υπόφυσης και τον ορμονών που αυτή παράγει, ρυθμίζοντας έτσι με τη σειρά της τις λειτουργίες του υπόλοιπου ορμονικού συστήματος και άρα έχει τον ορμονικό έλεγχο ολόκληρου του σώματος.

Το ανοσοποιητικό σύστημα- η φυσιολογική άμυνα του σώματος- δέχεται ή καταστρέφει οποιαδήποτε καρκινικά κύτταρα, τα οποία η σύγχρονη ιατρική σκέψη θεωρεί ότι όλοι έχουμε στα σώματά μας από καιρό σε καιρό. Η καταστολή του ανοσοποιητικού μπορεί να οδηγήσει σε καρκινική ανάπτυξη. Σε αυτό το πρότυπο νου-σώματος το συναισθηματικό στρες με τη μεσολάβηση όλων των παραπάνω καταστέλλει το ανοσοποιητικό αφήνοντας το σώμα απροστάτευτο στην ανάπτυξη του καρκίνου. Η λειτουργία αυτή δίνει μια καλή εξήγηση για τη συμμετοχή του άγχους στις περιπτώσεις επιδείνωσης ή ραγδαίας εμφάνισης του καρκίνου, ακόμα εξηγεί το ρόλο του στις περιπτώσεις των ασθενών που παρουσιάζουν υποτροπή ή κάποια μετάσταση. Το σημαντικό στοιχείο είναι ότι ο καρκίνος έχει ήδη εμφανιστεί, δεν προκαλείται, απλά ο οργανισμός είναι αδύναμος στον να τον καταπολεμήσει και έτσι εδραιώνεται.

Το πιο σημαντικό κομμάτι αυτής της αλυσίδας, που έχει ήδη αναφερθεί, είναι ο ρόλος του στρες και στην ίδια την καρκίνο-γέννηση. Γνωρίζουμε πως και οι υγιείς οργανισμοί πολλές φορές παράγουν ανώμαλα κύτταρα, τα οποία όμως δεν θεωρούνται καρκίνοι ή δεν μεταλλάσσονται σε αυτόν. Πολλές όμως είναι και οι φορές που ένας καλοήθης όγκος μπορεί να μετατραπεί σε καρκίνο. Οι ακριβείς διαδικασίες κάτω από τις οποίες γίνονται όλα αυτά δεν είναι ακόμα σαφώς προσδιορισμένες. Αυτό που είναι γνωστό είναι πως πολλές ορμόνες, η παραγωγή των οποίων επηρεάζεται από το στρες μέσο της υπόφυσης, κυρίως από το φλοιό των επινεφριδίων, συμμετέχουν στην δημιουργία λανθασμένων κυττάρων, συνήθως μέσο πολύπλοκων ορμονικών μηχανισμών. Ο συνδυασμός λοιπόν ορμονικών διαταραχών και ανοσοποιητικής αδυναμίας μπορεί να προκαλέσει την ανάπτυξη του καρκίνου ως ένα σωματικό αποτέλεσμα μιας στρεσογόνου κατάστασης

3.2. Ο ρόλος της προσωπικότητας

Τις περισσότερες φορές ο τρόπος με τον οποίο ανταποκρινόμαστε στο στρες της ζωής είναι προϊόν συνήθειας, υπαγορευμένο από τα υποσυνείδητα πιστεύω μας σχετικά με το ποιοι είμαστε, ποιοι θα έπρεπε να είμαστε, ποιος είναι ο κόσμος και πως θα έπρεπε να είναι οι άλλοι άνθρωποι. Αυτά τα πρότυπα συμπεριφοράς σχηματίζουν έναν ενιαίο προσανατολισμό ή στάση απέναντι στη ζωή. Υπάρχουν όμως όλο ένα και περισσότερες μαρτυρίες που δείχνουν ότι κάποιες στάσεις απέναντι στη ζωή μπορεί να συνδέονται με ορισμένες ασθένειες. Για παράδειγμα ο Friedman αναφέρει έναν τρόπο συμπεριφοράς, στάσης απέναντι στη ζωή, που πιστεύει ότι συμβάλλει σημαντικά στις καρδιακές παθήσεις. Αποκαλεί αυτή τη συνεχή, πιεστική ανταγωνιστική στάση «Τύπο προσωπικότητας Α» και την θεωρεί σε κάποιο τουλάχιστον βαθμό υπαίτια για την εμφάνιση καρδιολογικών νοσημάτων. Άτομα με αυτόν τον τύπο προσωπικότητας έχουν ευπάθεια στις καρδιολογικές παθήσεις. Παρόμοιες απόψεις υπάρχουν και για άλλα είδη ασθενειών όπως ρευματοειδής αρθρίτιδες, έλκη στομάχου, άσθμα, αλλεργικές παθήσεις ακόμα και ο καρκίνος. Αυτό το φάσμα των ασθενειών που έχει συνδεθεί με αντίστοιχους τύπους προσωπικότητας, ως προς την αντιμετώπιση των προβλημάτων της ζωής, έχει σχηματίσει τα λεγόμενα ψυχοσωματικά συμπτώματα και ασθένειες.

Μια από τις καλύτερες μελέτες πάνω στον καρκίνο και στις συναισθηματικές καταστάσεις που μπορούν να τον επηρεάσουν, δημοσιεύτηκε το 1926 από την Evans μαθήτρια της σχολής του Γιούγκ. Ο ίδιος θεώρησε πως πολλά ερωτηματικά για τον καρκίνο είχαν απαντηθεί, συμπεριλαμβανομένου του γιατί η πορεία της ασθένειας δεν μπορεί να προβλεπτεί, αφού η πάθηση μπορεί πολλές φορές να επανέλθει μετά από πολλά χρόνια χωρίς ο ασθενής να έχει στο μεταξύ συμπτώματα και γιατί είναι μια ασθένεια που σχετίζεται με τη βιομηχανοποιημένη κοινωνία..

Η ερευνήτρια αναλύοντας τις περιπτώσεις 100 καρκινοπαθών συμπέρανε ότι πολλοί είχαν χάσει μια σπουδαία συναισθηματική σχέση πριν από την αρχή της ασθένειας. Είδε αυτούς τους ασθενείς σαν ανθρώπους που είχαν μάλλον επενδύσει την ταυτότητά τους σε ένα ατομικό αντικείμενο ή ρόλο παρά στην ανάπτυξη της ατομικότητάς τους. Όταν το αντικείμενο ή ο ρόλος κινδύνευε ή απομακρυνόταν, αυτοί οι ασθενείς έπρεπε πια να στηριχτούν στον εαυτό τους διαθέτοντας λίγες εσωτερικές πηγές για να αντλήσουν δύναμη και να αντιμετωπίσουν την κατάσταση. Πίστευε ακόμη, ότι ο καρκίνος ήταν σύμπτωμα άλλων μη επιλυμένων προβλημάτων της ζωής του ασθενή.

Μια γενική ματιά τις πρώτες προσπάθειες των ερευνητών να συγκεντρώσουν τα κοινά στοιχεία πολλών καρκινοπαθών ασθενειών φαίνεται να αποδίδει. Μέσα στα πρώτα κοινά χαρακτηριστικά είναι η συναισθηματική απομόνωση στην νεαρή ηλικία, εγκατάλειψη και κακές διαπροσωπικές σχέσεις. Το κενό αυτό των παιδικών χρόνων στην ενήλικη ζωή έρχεται να καλύψει κάποιο συγκεκριμένο πρόσωπο ή η εργασία. Αυτή λοιπόν η σχέση ή ο ρόλος γίνεται ολόκληρη η ύπαρξη του ατόμου. (ένας γάμος, ένα παιδί, μια δουλειά κτλ). Το σημείο λίγο πριν την εμφάνιση του καρκίνου είναι ο αποχωρισμός από αυτό ακριβώς το πρόσωπο ή τον ρόλο που έχει γίνει το κέντρο της ζωής του ατόμου. Ξαφνικά το άτομο χάνει όσα έχει επενδύσει και χάνει και τον εαυτό του για αυτός ουσιαστικά δεν έχει εκφραστεί ποτέ και άρα δεν υπάρχει διαφορετικά. Το τραύμα που είχε εσφαλμένα επουλωθεί από την παιδική ηλικία ανοίγει κι έτσι το άτομο νιώθει και είναι ανίκανο να διαχειριστεί το άγχος που πηγάζει από την απώλεια αυτή. Είναι απελπισμένο και το σημαντικότερο κοινό στοιχείο των καρκινικών, είναι ότι την απελπισία τους αυτή την κράτησαν μέσα τους. Τα άτομα αυτά δεν έχουν μάθει να εκφράζονται συναισθηματικά, άρα και το άγχος τους δεν εξωτερικεύεται, ούτε εκτονώνεται αφού τα άτομα δεν ξέρουν πώς να το κάνουν αυτό. Η πίεση είναι πολύ μεγάλη για τον οργανισμό και υπήρχε από την παιδική ηλικία. Η εκτόνωση που βρήκε μέσα από αυτή την κεντρική σχέση ή ρόλο που δημιούργησε το άτομο τώρα χάνεται και η απώλεια είναι κάτι πολύ πιο επώδυνο για το άτομο. Του θυμίζει την απομόνωση των παιδικών χρόνων, ουσιαστικά κάτι που περιμένει μια καταστροφή που έχει ζήσει και που περίμενε να ξαναζήσει. Το συσσωρευμένο άγχος είναι πολύ, ξεκινάει από τα παιδικά χρόνια, ουσιαστικά συνέχιζε να υπάρχει σε μικρότερο βαθμό και μοιάζει με μια βόμβα που θα εκραγεί τη στιγμή της απώλειας. Κι όμως τα συμπτώματα της νόσου ξεκινούν λίγο μετά και αυτό γιατί το στρες συγκεντρώνεται όλο και περισσότερο καθώς το άτομο συνεχίζει τη ζωή του και μετά την απώλεια φαινομενικά, ώσπου και καταβάλλεται από αυτό και καταρρέει. Μοιάζει καθώς το άτομο συνεχίζει τη ζωή του, ενώ φαίνεται να έχει ξεπεράσει την απώλεια, σαν να περιμένει αυτό που θα του συμβεί, σαν να επιθυμεί να του συμβεί, σαν να ξέρει πως το περιμένει ακόμα και ο θάνατος και σαν να τον επιδιώκει.

Όλα αυτά τυποποιούν τα είδη των συγκρούσεων που αντιμετωπίζουν οι καρκινικοί ασθενείς. Θα μπορούσαν να αναγνωριστούν πέντε βήματα της ψυχολογικής πορείας που συχνά προηγείται του καρκίνου:

1. Οι εμπειρίες της παιδικής ηλικίας οδηγούν σε αποφάσεις που καθορίζουν ένα πρότυπο για τον εαυτό. Πολλές από τις αποφάσεις τις παιδικής ηλικίας είναι θετικές και έχουν ευεργετική επίδραση στη ζωή. Σε μερικές όμως περιπτώσεις οι αποφάσεις αυτές πάρθηκαν κατά την διάρκεια κάποιου τραυματικού και επώδυνου γεγονότος. Κάποιες λοιπόν καταστάσεις μπορεί να κάνουν ένα παιδί να πάρει την απόφαση να είναι πάντα καλό και υπομονετικό ή ακόμα να κατηγορεί τον εαυτό του για κάτι που έγινε λάθος. Αυτές οι στάσεις μπορεί τότε να ήταν ιδιαίτερα βοηθητικές για την επιβίωση της ψυχικής του υγείας όμως στην ενήλικη ζωή μπορεί να του δημιουργήσουν πολλά προβλήματα και να μην μπορούν να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις της ζωής. Εκείνο που είναι σημαντικό είναι ότι οι αποφάσεις που έχει πάρει το άτομο ως παιδί μπορεί να το περιορίσουν στις κατοπινές πηγές του για να ξεπερνάει το άγχος. Το άτομο έχει μάθει να δα με συγκεκριμένες συμπεριφορές οι οποίες μπορεί πια να μην αρμόζουν, ακόμα και να το βλάπτουν γιατί δεν θα το βοηθούν στην εκτόνωση του στρες, είναι όμως αναπόσπαστα κομμάτια του χαρακτήρα του.
2. Το άτομο συγκλονίζεται από γεγονότα της ζωής του γεμάτα άγχος. Οι έρευνες δείχνουν ότι το μεγάλο στρες είναι πρόδρομος του καρκίνου. Συχνά, πολλές αιτίες στρες συσσωρεύονται μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα. Τα κρίσιμα στρεσογόνα γεγονότα είναι εκείνα που απειλούν το Εγώ του ατόμου, την ταυτότητά του. Σε αυτά μπορεί να περιληφθεί ο θάνατος του συζύγου ή ενός αγαπημένου προσώπου, η σύνταξη ή η απώλεια ενός σημαντικού ρόλου.
3. Αυτά τα άγχη δημιουργούν προβλήματα που το άτομο δεν γνωρίζει πώς να τα διαχειριστεί. Δεν είναι μόνο το στρες που δημιουργεί προβλήματα αλλά και η ανικανότητα του ατόμου να τα βγάζει πέρα μαζί του, παρόλο που είναι δεδομένοι οι κανόνες συμπεριφοράς και ο ρόλος του έχει αποφασιστεί στα πρώτα χρόνια της ζωής του. Όταν ο άνθρωπος που είναι ανίκανος να δημιουργεί στενές σχέσεις με τους άλλους κι έτσι για παράδειγμα βρίσκει νόημα μέσα από τη δουλειά του αναγκάζεται να αποσυρθεί, δεν μπορεί να προσαρμοστεί στο νέο τρόπο ζωής. Όταν μια γυναίκα βρίσκει νόημα μόνο μέσα από το ρόλο της συζύγου, αντίστοιχα δεν μπορεί να προσαρμοστεί όταν μάθει πως εκείνος έχει κάποιο άλλο δεσμό. Ο άνθρωπος που εκφράζει σπάνια τα συναισθήματά του, αισθάνεται παγιδευμένος όταν αντιμετωπίζει μια κατάσταση που μπορεί να βελτιωθεί μόνο αν ο ίδιος εκφραστεί ανοιχτά.
4. Το άτομο δεν βλέπει τρόπο αλλαγής των κανόνων αντίδρασης κι έτσι αισθάνεται παγιδευμένο και αβοήθητο στη λύση του προβλήματος. Επειδή οι υποσυνείδητες αποφάσεις του σωστού τρόπου δράσεις αποτελούν ένα σημαντικό μέρος του Εγώ, οι άνθρωποι βλέπουν ότι η αλλαγή είναι αδύνατη και αισθάνονται ότι το να αλλάξουν σημαντικά σημαίνει να χάσουν την ταυτότητά τους. Το συνεχιζόμενο στρες είναι η απόδειξη ότι το πέρασμα του χρόνου και οι παραπέρα εξελίξεις δεν θα βελτιώσουν την κατάσταση.
5. Το άτομο αποστασιοποιείται από το πρόβλημά του κι έτσι γίνεται στατικό, άκαμπτο και δεν αλλάζει. Επιφανειακά δείχνει να αντιμετωπίζει καλά τη ζωή, όμως δεν έχει ελπίδες, η ζωή δεν έχει

> άλλο νόημα από το διατηρεί τις συμβατικότητες. Η σοβαρή ασθένεια ή ο θάνατος αντιπροσωπεύουν μια λύση.

Η παραίτηση αυτή από τη ζωή παίζει παρεμβατικό ρόλο στο ανοσοποιητικό σύστημα και μπορεί μέσα από κάποιες αλλαγές στην ορμονική ισορροπία να οδηγήσει στην αυξημένη παραγωγή ανώμαλων κυττάρων. Σωματικά δημιουργείται ένα κλίμα κατάλληλο για την ανάπτυξη του καρκίνου. Εκείνο που πρέπει να τονιστεί είναι ότι το ίδιο το άτομο δίνει το νόημα και την αξία στα γεγονότα που του συμβαίνουν. Αυτό μπορεί να εκτιμήσει με αισιοδοξία μια κατάσταση ή να τη θεωρήσει ως το τέλος του κόσμου και αυτό είναι κάτι που δεν γίνεται συνειδητά, μπορεί όμως και να αλλάξει ανάλογα με τις επιλογές που κάνει το άτομο. Η ένταση του στρες προσδιορίζεται από το νόημα που του δίνεται και από τους κανόνες που υπάρχουν σχετικά με το πώς αυτό αντιμετωπίζεται, κανόνες που μπορεί να έχουν προκαθοριστεί στην παιδική ηλικία, που μπορούν όμως πάντα να αλλάξουν, εφόσον το άτομο θέλει να βοηθήσει τον εαυτό του.

3.3 Σκιαγράφηση καρκινικής προσωπικότητας

Ο L. Leshan , Αμερικανός ψυχολόγος και από τους πρώτους που ασχολήθηκαν με την γέννηση του καρκίνου και τη σχέση της με τον ψυχισμό του ατόμου και την ιδιαιτερότητα της προσωπικότητας, αναφέρει ότι η απώλεια μιας σημαντικής ανθρώπινης σχέσης, η ανικανότητα να εκφράσει κανείς εχθρικά αισθήματα και η έντονη συγκινησιακή αντίδραση ύστερα από το θάνατο ενός αγαπητού προσώπου, αποτελούν ένα σταθερό εύρημα σε όλες τις περιπτώσεις κακοήθους όγκου που μελέτησε. Χρησιμοποιώντας δύο ψυχολογικά προβολικά τεστ, του Rorschach και το Τ.Α.Τ. , κατόρθωσε να διαγνώσει με μεγάλη ακρίβεια την ύπαρξη καρκίνου σε μια ομάδα από δέκα ασθενείς .

Στα τρία παραπάνω χαρακτηριστικά ο ίδιος επιστήμονας γρήγορα πρόσθεσε και ένα νέο. Τα μελλοντικά θύματα της κακοήθους νεοπλασίας είχαν μια πολύ έντονη τάση να υποτιμούν, να μην αγαπούν διόλου και να μην εκτιμούν ούτε να έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους. Η παθητική αυτή στάση, η έλλειψη μαχητικότητας προς τα προβλήματα και η έντονη ενοχικότητα μετατρέπεται σε χρόνιο άγχος το οποίο ο συγγραφέας ονομάζει απόγνωση.

Πραγματικά από τις έρευνες του Leshan επιβεβαιώνεται ότι η απόγνωση αυτή είναι παρούσα σε πολλές περιπτώσεις ασθενών. Τονίζεται επίσης πως αυτή η γενική παθητική στάση απελπισίας δεν είναι αποτέλεσμα της ασθένειας αλλά ένα χαρακτηριστικό της ίδιας της προσωπικότητας του ατόμου και το οποίο προϋπαρχε της νόσου. Παραδειγματικά αναφέρει περιπτώσεις ασθενών που ομολογούν πως πολλές φορές ένιωθαν τόσο πιεσμένοι και εγκλωβισμένοι στη ζωή τους που πίστευαν πως μόνο ο θάνατος θα μπορούσε να είναι μία διέξοδος.

Στα παραπάνω κύρια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των καρκινικών ασθενών , ο Leshan πρόσθεσε και τρία δευτερεύοντα. Έλλειψη πίστης για τα εξωτερικά αντικείμενα που θα μπορούσαν να δώσουν ικανοποίηση. Έτσι οι άρρωστοι πίστευαν πάντα πως οποιαδήποτε σχέση κι αν έκαναν κι όποιο νόημα κι αν έβρισκαν στη σχέση αυτή, δε θα ήταν παρά προσωρινή και μόνο απογοήτευση και πόνο θα μπορούσε να φέρει. Δεύτερο. Τίποτε απολύτως δε θα μπορούσε να μεταβληθεί , ούτε ο χρόνος, ούτε η δική τους εξέλιξη δε θα μπορούσε να αλλάξει το παραμικρό. Ο άνθρωπος που βρίσκεται σε απόγνωση δεν βλέπει καμία δυνατότητα για οτιδήποτε.

Το τρίτο χαρακτηριστικό που αναφέρει είναι ότι τα άτομα αυτά βιώνουν έντονα την μοναξιά από την οποία πιστεύουν πως δεν υπάρχει τίποτα που μπορούν να κάνουν για να ξεφύγουν. Βλέπουν παντού την αποτυχία και την θεωρούν ως κομμάτι του εαυτού τους τον οποίο έτσι κι αλλιώς θεωρούν αποτυχημένο, ανίκανο και ανάξιο για οτιδήποτε καλό.

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα από τους ασθενείς του Leashan είναι η Κατριν, μία 32χρονη γυναίκα που έπασχε από μία μορφή καρκινώματος του λεμφικού συστήματος. Μέσα από τις συνεδρίες που είχε μαζί της φάνηκε να είναι μια πολύ δυστυχισμένη γυναίκα που ποτέ δεν ένιωσε την ευτυχία ακόμα και από τα παιδικά της χρόνια. Μεγαλωμένη από μία αδιάφορη μητέρα και έναν πουριτανό πατέρα και έχοντας να ανταγωνιστεί την μικρότερη αδερφή της, η ίδια πάντα ένιωθε παραγκωνισμένη, χωρίς καμιά αξία και απομονωμένη.

Ο ίδιος ο Leshan τονίζει πως το ιστορικό προφίλ της Κατρίν έχει πολλά κοινά και με άλλους ασθενείς που μελέτησε. Σε όλες τις περιπτώσεις και παρά τις διαφορές που υπάρχουν στην κάθε περίπτωση, υπάρχει ένα κοινό σημείο τραυματισμού της

συναισθηματικής και συγκινησιακής ανάπτυξης. Οι ασθενείς αυτοί σε κάποια στιγμή στην παιδική τους ηλικία έμαθαν να πιστεύουν πως οι συναισθηματικές του σχέσεις θα προκαλέσουν μόνο πόνο και εγκατάλειψη. Τα συναισθήματα αυτά θα μπορούσαν να τα νιώσουν σε βάθος μόνο αν τα πλήρωναν πολύ ακριβά, με απόρριψη και οδύνη. Έτσι τα παιδιά αυτά ήταν καταδικασμένα να ζουν σε μια μόνιμη συναισθηματική μοναξιά με αποτέλεσμα να την αποδίδουν σε δικό τους σφάλμα και ευθύνη. Η αναπόφευκτη συνέπεια όλων αυτών θα ήταν το άγχος, η ενοχή και η καταδίκη του εαυτού.

Η Κατρίν, συνεχίζει ο συγγραφέας, δεν τόλμησε ποτέ να ανοιχτεί στη δημιουργία μιας σχέσης ή άλλων ενδιαφερόντων παρά μόνο όταν έγινε πολύ μεγαλύτερη σε ηλικία. Ακόμα και τα φοιτητικά της χρόνια ήταν γεμάτα από μοναξιά και λύπη, απομόνωση και απογοήτευση. Προβλήματα υπήρχε και στα θέματα των σπουδών της, δυσκολίες στις εξετάσεις που την έπειθαν ότι τελικά ήταν ανάξια να συνεχίσει και με αποτέλεσμα να εγκαταλείψει κάθε προσπάθεια.

Στην προσωπικά της ζωή δεν είχε σχεδόν καθόλου εμπειρίες και παντρεύτηκε γρήγορα με το σύζυγό της που είχε και ο ίδιος αρκετά συναισθηματικά προβλήματα. Η συζυγική τους ζωή ήταν έντονα προβληματική και η ίδια εξακολουθούσε να κατηγορεί τον εαυτό της για όλα. Ποτέ δεν ένιωσε ευτυχισμένη και γεμάτη, πάντα την βασάνιζε ένα κενό που πίστευε πως η ίδια ευθύνονταν για αυτό. Από τις συνεδρίες μαζί της ήταν φανερό πως από τα πρώτα χρόνια του γάμου της έπασχε από κατάθλιψη και μελαγχολία και μέσα στον όγδοο χρόνο του γάμου της, σε αρκετά νεαρή ηλικία φάνηκαν τα πρώτα συμπτώματα του καρκίνου.

Το ιστορικό της Κατρίν, τονίζει ο Leshan , είναι χαρακτηριστικό για τα ¾ των περιπτώσεων των ασθενών με καρκίνο που μελέτησε. Αντίθετα στην ομάδα ελέγχου το βρήκε σε αναλογία μόνο 10 στους 100. Θα πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι ο Αμερικανός αυτός ψυχολόγος ασχολήθηκε με την ψυχοθεραπεία καρκινικών ασθενών, που δεν είχαν καμιά ελπίδα να γίνουν καλά και η επιβίωσή τους μετρούσε μόνο λίγους μήνες.

Μια συνοπτική ματιά στο έργο του Leshan δίνει το βασικό συγκινησιακό σχήμα των περιπτώσεων που μελέτησε. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει μια παιδική ηλικία που σημαδεύεται από αισθήματα μοναξιάς. Οι έντονες συναισθηματικές σχέσεις θεωρούνται επικίνδυνες γιατί προκαλούν πόνο και απόρριψη. Το δεύτερο, έχει για κέντρο την περίοδο που το άτομο ανακαλύπτει μια σχέση με βαθύτερο νόημα. Πιστεύει τώρα πως βρήκε τη δυνατότητα να χαρεί μια αίσθηση παραδοχής από τους άλλους. Το τρίτο τέλος μέρος, έρχεται στην επιφάνεια μόλις σημειωθεί η απώλεια αυτής της σημαντικής σχέσης, ύστερα από το χάσιμο του τρόπου που έχει βρει το άτομο για να έρχεται σε επαφή με τους ανθρώπους. Η απόγνωση που τώρα κάνει την εμφάνισή της, είναι απόλυτη και συνδέεται στενά με την μοναξιά της παιδικής ηλικίας. Ο άνθρωπος κυριαρχείται πια από την πεποίθηση πως δεν υπάρχει πια καμιά ελπίδα στη ζωή. Τότε κάποια στιγμή παρουσιάζονται και τα πρώτα σημάδια του καρκίνου.

Ο ίδιος επιστήμονας, στο βιβλίο του «Μπορείς να Αγωνιστείς για τη Ζωή σου», αναφέρει ένα περιστατικό που μοιάζει με παραμύθι και που υποστηρίζει πως είναι αληθινή ιστορία. Μιλάει για μια γυναίκα άρρωστη από καρκίνο και που οι γιατροί της διέγνωσαν πως της έμενε μόνο ένας χρόνος ζωής. Η ίδια επισκέφτηκε ένα ψυχίατρο για να την βοηθήσει να αποδεχτεί το θάνατό της. Ο γιατρός της γνωρίζοντας πως είναι χήρα χωρίς παιδιά και υποχρεώσεις της παρότρυνε να πραγματοποιήσει το όνειρο της ζωής της και να ταξιδέψει σε όλο τον κόσμο, ξοδεύοντας όλες τις οικονομίες της. Πραγματικά έκανε το πιο πολυτελές ταξίδι και στην επιστροφή όταν επισκέφτηκε τους γιατρούς της οι εξετάσεις έδειξαν πως ο όγκος είχε υποχωρήσει.

Χρησιμοποιώντας ακόμα και αυτό το παράδειγμα που θυμίζει λιγάκι ιστοριούλα για μικρά παιδιά, ο Leshan, θέλει να μας μεταφέρει το μήνυμα και τη σημασία της απώλειας ενός σημαντικού προσώπου στη ζωή αυτού που νοσεί από κάποιο είδος καρκίνου. Ο ίδιος θεωρεί πως τα άτομα με οικογένεια που βιώνουν κάποιον θάνατο, αρρώστια, εξαφάνιση ή οποιαδήποτε άλλη παρόμοια κατάσταση έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν προβλήματα στην υγεία τους. Με βάση αυτόν τον σκεπτικισμό, οι παντρεμένοι άντρες και γυναίκες έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από τους ελεύθερους. Πράγματι η αναλογία ασθενών με καρκίνο είναι πολύ υψηλότερη στους παντρεμένους και μάλιστα στους χωρισμένους και στους χήρους. Σε μια παλαιότερη έρευνα στις Η.Π.Α. , βρέθηκε ότι από το 1929 έως και το 1931, από τα άτομα που εισήχθησαν σε νοσοκομεία και διαγνώστηκαν να πάσχουν από καρκίνο διαφόρων ειδών, τα 61 ήταν ανύπαντρα, τα 137 παντρεμένα, τα 175 χωρισμένα και τέλος τα 527 είχαν χάσει το σύντροφό τους. Αν και τα δεδομένα αυτά είναι αρκετά παλιά μπορούν όμως να χρωματίσουν το εύρος τις διαφοράς μεταξύ τους κατηγοριών.

Βέβαια εδώ θα πρέπει να σημειωθεί και η κριτική που ασκήθηκε στην παρούσα έρευνα και αφορά τα όρια ηλικίας. Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που εμφανίζεται συχνότερα σε μεγαλύτερες ηλικίες που είναι πολύ πιθανότερο τα άτομα να είναι παντρεμένα και μάλιστα να έχουν ήδη χάσει το σύζυγό τους. Η δημοσίευση του άρθρου με αυτά τα στατιστικά δεδομένα δεν μας πληροφορεί αν τα 61 ανύπαντρα άτομα ήταν και αρκετά νεαρής ηλικίας ώστε να μην είχαν προλάβει να παντρευτούν, ούτε αν τα 527 ήταν ιδιαίτερα ηλικιωμένα ώστε να είναι πιθανότερη και η περίπτωση της χηρείας. Σίγουρα πάντως η διαφορές των ποσοστών είναι τόσο μεγάλες που ακόμα και το ηλικιακό κριτήριο δεν θα μπορούσε να αλλάξει πολύ την σφαιρική εικόνα, η οποία έρχεται σύμφωνη με τον άποψη του ερευνητή.

Ακολουθώντας την ίδια πάντα θεωρητική βάση, οι παντρεμένοι χωρίς παιδιά θα είχαν πολύ μεγαλύτερη πιθανότητα να προσβληθούν από τον καρκίνο, παρά οι παντρεμένοι με παιδιά, γιατί στη δεύτερη κατηγορία η πιθανότητα να διατηρήσουν μια ικανοποιητική συναισθηματική σχέση με τα απιδιά τους , έστω και αν ο γάμος δεν πήγε καλά, ήταν μεγαλύτερη παρά στους παντρεμένους χωρίς παιδιά. Μια έρευνα που έγινε στην δεκαετία του 60 στο συνολικό πληθυσμό της Αυστραλίας δεν άφησε καμία αμφιβολία για την αλήθεια αυτό του συλλογισμού.

Στην Αγγλία ένας άλλος ερευνητής, ο Kissen, εργαζόμενος με τον Άγγλο ψυχολόγο Eysenck, διαπιστώνει και αυτός πως οι άνθρωποι που προορίζονται να γίνουν θύματα του καρκίνου, έχουν κάποια βασικά όμοια χαρακτηριστικά που τους κάνουν να διαφέρουν ριζικά από τα άτομα της ομάδας ελέγχου. Σύμφωνα με αυτούς τους ερευνητές, οι μελλοντικοί καρκινοπαθείς είχαν «μια μειωμένη διέξοδο συναισθηματικού φορτίου». Αξίζει να σημειωθεί πως η έρευνα έγινε σε ένα νοσοκομείο νοσημάτων θώρακος και οι διαφορές των δύο ομάδων, πειραματικής και ελέγχου, έγινε ανεξάρτητα από το αν τα άτομα κάπνιζαν ή όχι. (Kissen-Eysenck, 1962)

Ένας ακόμα σημαντικός ερευνητής, ο Αμερικανός Bahnson , προσθέτει πως αν το πειραματικό ποντικάκι έχει βρεθεί στο παρελθόν σε δύσκολη θέση, δεν παλεύει πολύ καλά εναντίον του πειραματικού καρκίνου, εάν όμως το παρελθόν του είναι ήρεμο και υγειές, τότε αντιμετωπίζει ικανοποιητικά τον καρκινικό εισβολέα.(Bahnson, 1964). Με τον ίδιο τρόπο, συνεχίζει ο ερευνητής, η οικογένεια του κάθε ατόμου δρα σαν το πειραματικό περιβάλλον μέσα στο οποίο μεγαλώνουμε. Οι εμπειρίες του παιδιού μέσα στην οικογένεια , οι συμπεριφορές του κοινωνικού συνόλου προς το άτομα, διαμορφώνουν την μελλοντική τους αντίδραση και αντιμετώπιση που θα έχουν στη ζωή, όπως είναι και το εργαστήριο για τον μικρό

επίμυ. Τα ζώα που περνάνε από πολλές δοκιμασίες και αντιμετωπίζουν έντονο εργαστηριακό στρες, είναι πολύ πιο ευπαθή προς τον καρκίνο, σε σχέση με εκείνα που φροντίζονται χωρίς πολλές δοκιμασίες. Το ίδιο, θεωρεί, ότι μπορεί και να συμβαίνει με τους ανθρώπους, οι οποίοι από την παιδική τους ηλικίας μπαίνουν σε μια μόνιμη κατάσταση άγχους και η οποία αργότερα δημιουργεί προβλήματα στην καταπολέμηση του καρκίνου, που γεννάτε από το ίδιο το σώμα, κι που κάτω από ευνοϊκότερες συνθήκες θα μπορούσε να καταπολεμάτε καλύτερα. (Bahnson, 1969).

Η συνέχεια αυτής της θεωρίας, επικεντρώνεται στη δομή των σύγχρονων οικογενειών, τους γρήγορους και πιεστικούς ρυθμούς της κοινωνίας, των αναγκών και των προβλημάτων που όλοι αντιμετωπίζουμε και παλεύουμε για την επιβίωση. Ο χώρος έκφρασής έχει μειωθεί κάτω από το στρες με αποτέλεσμα η συναισθηματική ανάπτυξη και ολοκλήρωση να μην διαμορφώνεται με έναν υγιή τρόπο. Μέσα σε οικογένειες όπου οι συνθήκες επικοινωνίας είναι περιορισμένες, είναι εύκολο να αντιληφθεί κανείς πως η έλλειψη συναισθηματικής έκφρασής οδηγεί στην εκφόρτισή της μέσο του σώματος. Όταν κανείς δεν μπορεί να μιλήσει για το τι αισθάνεται τότε μιλάει το σώμα του για αυτόν, κάτι που υποστηρίζει την αλληλεξάρτηση που υπάρχει.

Παιδιά που μεγαλώνουν κάτω από αυτές τις συνθήκες, κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες τις Β. Ευρώπης και στην Αμερική, μαθαίνουν να φυλάσσουν α συναισθήματά τους για τον εαυτό τους και μόνο και έτσι τα μεταβιβάζουν με τη βοήθεια του κεντρικού νευρικού συστήματος στον οργανισμό τους. Ο ίδιος αυτός Αμερικανός ψυχολόγος, τονίζει πως από τις έρευνές του, η ψυχρότητα και η έλλειψη κοινωνικότητας βρίσκονταν συχνά στις οικογένειες που ανάπτυσσαν καρκίνο. Στους καρκινικούς ασθενείς, συμπεραίνει ο Bahnson , υπάρχει ουσιαστικά μια αδυναμία να μεταδώσουν στους άλλους τις συγκινήσεις τους και τα συναισθήματά τους, το ίδιο όπως και να τους πλησιάσουν. Η χρόνια αυτή κατάσταση επιδεινώνεται όταν τα άτομα αυτά χάσουν μια σχέση σημαντική στη ζωή τους. Είναι ακριβώς αυτή η στιγμή που αρχίζουν να εμφανίζονται τα σημάδια της καρκινικής νεοπλασίας.

Με αυτόν τον τρόπο διαπιστώνεται η αντίληψη πως υπάρχει ένα συνεχές από νοσήματα, δηλαδή μια αλυσίδα από νοσηρές οντότητες και που στατιστικά περιλαμβάνουν τους χρόνιους ψυχωτικούς, τους ψυχοσωματικούς, τους νευρωσικούς, τους καρδιολογικούς και τους καρκινικούς ασθενείς. Στο θεωρητικό του υπόδειγμα διατυπώνει, ο ερευνητής, την υπόθεση ότι οι σωματικές και ψυχολογικές αποκλίσεις από το μέσο όρο πρέπει να θεωρηθούν ως προκαθορισμένες, λογικές και γεμάτες νόημα εκφράσεις από την ολική ψυχολογική οργάνωση του αρρώστου και των σχέσεων του με το περιβάλλον του.

Το σύνολο των ψυχοσωματικών ερευνών που αφορούν τα καρκινικά νεοπλάσματα συνοψίζονται πολύ καλά στο έργο του Γερμανού ερευνητή Baltrusch, ο οποίος ασχολήθηκε με την γέννηση του καρκίνου και τη σχέση της με την προσωπικότητα του ατόμου, αναλύοντας το ευρύτερο φάσμα των ερευνών που υπήρχαν, θέλοντας και δημιουργήσει μια θεώρηση που να καλύπτει όλα τα δεδομένα. Για τον ίδιο ερευνητή, ένα ψυχοκοινωνικό στρες μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του κακοήθους όγκου. Σε μια μεγάλη αναλογία καρκινικών ασθενών, οι κλινικές εκδηλώσεις της κακοήθειας παρουσιάστηκαν όταν οι άρρωστοι δεν στάθηκαν ικανοί να ανταπεξέλθουν ικανοποιητικά σε μια δύσκολη κατάσταση, μια σημαντική ψύχω-κοινωνική μεταβολή που είχε σαν συνέπεια έναν πιθανό ή πραγματικό κίνδυνο να χαθεί μια σημαντική ανθρώπινη σχέση ή άλλοτε, ύστερα από πένθη και κατάθλιψη, που ακολουθούνται από απελπισία και το δυσβάσταχτο αίσθημα του αβοήθητου.

Το καρκινικό άτομο, συνεχίζει ο Γερμανός, περιγράφεται με αναστολές, παθολογικά εύκαμπτο και ευπροσάρμοστο, προσαρμοσμένος στη νόρμα, καταθλιπτικός και ψυχαναγκαστικός. Ένα άλλο γνώρισμα της προσωπικότητάς του είναι η τάση του να αρνείται και να απωθεί απαράδεκτα συναισθήματα, να κρύβει συγκινήσεις και ψυχικές τάσεις και συγχρόνως η έκδηλη ανικανότητά του να εκφράσει οργή και άγχος, που επιμελώς κρύβει κάτω από ένα προσωπείο ηρεμίας και γαλήνης.

Μελέτες στις οικογένειες των καρκινικών ασθενών στις τις οικογένειές τους, δείχνουν ότι στις πρώτες παιδικές εμπειρίες τους, οι οικογενειακές διαταραχές αποτελούν τη βάση για μια κατατονική ψυχολογική αδυναμία του ατόμου ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει την απώλεια μια σημαντικής σχέσης ή γενικά μιας έντονης στρεσογόνου κατάστασης. Τα άτομα που έμελλε να προσβληθούν από καρκίνο, έβλεπαν τις σχέσεις τους με τους γονείς τους στερημένες από κάθε συναισθηματική προσέγγιση. Ακόμα και άλλοι ερευνητές αναφέρουν πως πολλοί από τους καρκινικούς ασθενείς ανάφεραν ότι είχαν ψυχρούς και απορριπτικούς γονείς, που περίμεναν από τα παιδιά τους πάρα πολλά και απαιτούσαν από αυτά να ακολουθούν διαρκώς καθορισμένες κοινωνικές νόρμες. (Baltrusch, 1969)

Η οργάνωση της ψυχολογικής άμυνας χαρακτηρίζεται από την άρνηση, την απώθηση και το ολοκληρωτικό χάσιμο της ικανότητας να γνωρίσουν τους άλλους τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους. Κάτω από ρεαλιστικές και ενδεχομένως ευχάριστες διαπροσωπικές σχέσεις, κρύβεται πάντα μια πιεσμένη και ψυχρή προσωπική ζωή. Από την άλλη πλευρά άλλοι ερευνητές διαπιστώνουν ότι οι μελλοντικοί καρκινικοί έχουν μια εμπειρία σχετικής απομόνωσης και ανασφάλειας, όπως και την πεποίθηση ότι οι ανθρώπινες σχέσεις είναι επικίνδυνες. Ακόμα πιστεύουν πως έχουν μέσα τους κάτι κακό και είναι εντελώς ανίκανοι να απολαύσουν υγιείς ανθρώπινες σχέσεις. Έτσι οι πρώτες προσπάθειες να αποκαταστήσουν μια φιλία υπεραναπληρώνεται με την υπερβολική ανάγκη των καρκινικών να προσκολλιούνται έντονα σε άλλα άτομα. Για να διατηρήσουν λοιπό την γραμμή άμυνάς τους έχουν ανάγκη να είναι πάντα ικανοί να απωθούν και να αρνούνται να βιώσουν και να εκφράσουν συναισθήματα., συγκινησιακές καταστάσεις, ακόμα και άγχος ή και επιθετικότητα. (Ρασιδάκη, 1983)

Για τον Baltrusch, όταν ο καρκίνος φτάσει στην τρίτη φάση, την εκλυτική, ο ασθενής βομβαρδίζεται από συναισθήματα άγχους, που είτε απειλεί τις διαπροσωπικές σχέσεις είτε τους στόχους που έχει βάλει στη ζωή του. Μπορεί ακόμα να προέρχεται από την απώλεια του Αντικειμένου ή από κάποιο πένθος γενικότερα.. Ένα σύνολο από έρευνες αποκάλυψε πως η έκβαση του καρκίνου μπορεί να επηρεάζεται από ψυχοκοινωνικές μεταβλητές καθώς και από την ίδια τη συμπεριφορά του αρρώστου. Βρέθηκε πως η καθυστέρηση της διάγνωσης οφείλεται συνήθως στο άγχος και στο φόβο της καρκινικής αρρώστιας, φόβο που αυξάνει σημαντικά όσο μεγαλώνει η ηλικία και όσο χαμηλότερο είναι το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο του ασθενή. Η επιβράδυνση του καρκινικού αρρώστου να επισκεφτεί τον ειδικό ιατρό, συνδέεται με μια βασική δυσπιστία του για το περιβάλλον αλλά και από τη μορφή που έχει οργανώσει την ψυχολογική του άμυνα. Δεν υπάρχει αμφιβολία πως η ακαμψία του καρκινικού ασθενή συμβάλει ουσιαστικά στο να καθυστερήσει να ζητήσει βοήθεια και θεραπεία, κάτι που δυσκολεύει τόσο την σωματική του φροντίδα από τους γιατρούς, όσο και την ψυχοθεραπεία του από τους συμβούλους υγείας. (Baltrusch, 1978)

Τα δεδομένα όμως των Γερμανών επιστημόνων δεν σταματάνε εδώ. Ένας ακόμα σημαντικός ερευνητής στον τομές των ψυχοσωματικών νοσημάτων, ο S. Trotnow, ασχολήθηκε συστηματικά με τη μελέτη καρκινικών γυναικών. Σε μία μελέτη του με 7500 γυναίκες, που νοσηλεύονταν με μεγάλο γερμανικό νοσοκομείο με ειδίκευση

στην ογκολογία, μπόρεσε να διαπιστώσει, με τη χρήση του τεστ M.M.P.I., πως το διαζύγιο και η χηρεία ιδιαίτερα ευνοούν την εμφάνιση του νεοπλάσματος του μαστού. Η αποχή από το σεξ, η κοινωνική απομόνωση και οι συχνές θρησκευτικές ενασχολήσεις βρέθηκαν πιο συχνά στην ομάδα των ασθενών με καρκίνο του μαστού παρά στην ομάδα ελέγχου. Οι γυναίκες αυτές που νοσούσαν εμφανίστηκαν πολύ περισσότερο νευρωτικές στατιστικά από ότι αναμένονταν αρχικά από την έρευνα. (Trotnow, 1973)

Ένα ακόμα σημαντικό στοιχείο στη διαμόρφωση ενός ψυχολογικού προφίλ που θα σκιαγραφεί την καρκινική προσωπικότητα είναι και η τάση της αυτοκαταστροφής. Τα άτομα αυτά διαμορφώνουν μια παθητική και ενοχική προσωπικότητα, όπως έχει επιβεβαιωθεί από πολλές έρευνες, φαίνεται όμως η επιθετικότητα που δεν μπορεί να εκφραστεί πως το περιβάλλον στρέφεται προς το ίδιο το άτομο. Αυτή η συμπεριφορά χαρακτηρίζει και άλλες πτυχές της ζωής του ατόμου, καθώς η ανεπαρκής γνώση του εαυτού, οι δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις δημιουργούν σαδιστικές τάσεις. (Achte, 1976)

Το τελευταίο αυτό στοιχείο επιβεβαιώνεται έντονα και από το γερμανοαμερικανό ερευνητή G. Booth. Η εντόπιση του όγκου και της σχέσης της προσωπικότητας όπως και της συναισθηματικής ζωής του ατόμου, συνδέονται άμεσα για τον ερευνητή αυτό με ολόκληρη της ιδιοσυγκρασία του και τον τρόπο αντίληψης του για το περιβάλλον. Ο Booth φτάνει ακόμα και στο σημείο να μιλάει για καρκινικές απαντήσεις στα προβολικά τεστ όπου φαίνονται κομμάτια της συνολικής προσωπικότητας του ασθενή. Σε μια προσπάθεια που έκανε ώστε να πιστοποιήσει αυτές τις θεωρίες του κατασκεύασε σχεδιαγράμματα πιθανόν απαντήσεων του τεστ του Rorschach, που θα ήταν αναμενόμενες για τις καρκινικές προσωπικότητες. (Booth,1973).

Οι Ούγγροι γιατροί Nemeth και Mezei, σε μια σειρά από εργασίες τους, αναφέρουν την σταθερά ευρισκομένη πλειάδα νευρωτικών συμπτωμάτων, ψυχολογικά stress, κατάθλιψη και το ακατανίκητο αίσθημα της απελπισίας, στους περισσότερους καρκινικούς ασθενείς που μελέτησαν. Η ύπαρξη, γενικά, ενός βαθμού επιθετικότητας και εχθρότητας στους ασθενείς αυτούς, αποτελεί για τους Ούγγρους μελετητές, ένα ευνοϊκό σημείο για την εξέλιξη της ασθένειας. (Mezei-Nemeth, 1969)

Πολλές από τις εργασίες σπουδαίων ερευνητών στηρίχτηκαν κυρίως σε άτομα που ήδη νοσούσαν. Στόχος λοιπόν ήταν να δουν σε γενικές γραμμές το αν τα άτομα αυτά κάλυπταν τα κριτήρια σε αυτό που θεωρείται ως το προφίλ μιας καρκινικής προσωπικότητας. Σε αυτό το σημείο ασκήθηκε και η αυστηρή κριτική αυτών των ερευνών. Το να μελετήσει κανείς άτομα που ήδη πάσχουν από την ασθένεια αυτή και εκ των υστέρων να διαγνώσει πως ανήκαν στην ομάδα που είχε την προδιάθεση, τελικά δεν προσφέρει κάτι καινούριο. Σκοπός είναι να λειτουργήσει η έρευνα προληπτικά, δηλαδή, να μπορεί να υπολογίσει την πιθανή εμφάνιση της νόσου σε ένα άτομο που βρίσκεται ακόμα σε καλή υγεία. Αυτό ακριβός ήταν και το αντικείμενο της μελέτης του G. Maticek, ο οποίος με τη βοήθεια ενός ειδικού ερωτηματολογίου που κατασκεύασε, μπόρεσε να υπολογίσει με εκπληκτική ακρίβεια τη μελλοντική εμφάνιση του καρκίνου στον πληθυσμό ενός μικρού Γιουγκοσλαβικού χωριού, των 1300 κατοίκων. Σύμφωνα με τις μελέτες του, 38 από αυτούς, θα γίνονταν θύματα μιας κακοήθους νεοπλασίας. Πραγματικά οι προγνώσεις του επαληθεύτηκαν, καθώς μετά από μεριά χρόνια ήδη οι 37 από αυτούς είχαν ήδη πεθάνει από αυτήν την ασθένεια.(G. Maticek, 1975).

Ο ίδιος ερευνητής, δημοσίευσε αργότερα και έρευνες που αφορούσαν τις οικογένειες των μελλοντικών ασθενών, αναφέροντας ότι γενικά τα άτομα αυτά έχουν ψυχρές διαπροσωπικές σχέσεις και ότι οι γονείς βρίσκονται σε απόσταση με τα παιδιά τους. Όχι μόνο αρνούνται να αναπτύξουν βαθιές συγκινησιακές σχέσεις με αυτά,

αλλά δεν τους παρείχαν καμιά θαλπωρή ή τρυφερότητα. Ακόμα αναφέρει πως τους παρουσίαζαν μια σειρά από πρότυπα και ιδανικά που αυτά έπρεπε υποχρεωτικά να δεχτούν, να μιμηθούν και τελικά να ενσαρκώσουν τέλεια. Αυτή η μορφή σχέσεις που ανάπτυσσαν με τα παιδιά τους, τα οδηγούσε στην προσπάθεια να επιτύχουν αυτούς στους στόχους, θέλοντας έτσι να κερδίσουν την καλή σχέση μαζί τους. Γενικά, τονίζει πως η στάση των γονιών ων μελλοντικών καρκινικών ασθενών είναι η απόρριψη, που γίνεται εντονότερη όταν τα παιδιά τους εξαρτώνται από αυτούς. Η συμπεριφορά των γονιών αυτών, οφείλεται στο ότι στοχεύουν τα παιδιά τους να αποκτήσουν μια καθορισμένη κοινωνική στάση, έχοντας μια καθορισμένη εργασία που πιστεύουν ότι είναι το καλύτερο για εκείνα και διαμορφώνοντας τον καθημερινό τρόπο ζωής τους σύμφωνα με τα κοινωνικά στερεότυπα. Με αυτή της τη στάση εμποδίζουν το παιδί να εκφράσει επιθυμίες και περιορίζουν την ανάπτυξη της διαφορετικότητάς του. Ποτέ καμία προσπάθεια του παιδιού δεν είναι αρκετή και ποτέ η γνώμη του δεν είναι σωστή αν διαφωνεί με τη δική τους. Δημιουργείται λοιπόν, ένας αγώνας του παιδιού για να κερδίσει την εκτίμηση των γονιών του και άρα κατά συνέπεια την τρυφερότητα και τη στοργή τους, στερώντας το από κάθε πρωτοβουλία ή προσωπική αντίληψη. Στις περιπτώσεις όπου το άτομο αντιδράει και διεκδικεί να εκτιμηθεί το προσωπικό του έργο και άποψη η απάντηση που δέχεται από τους γονείς είναι η τιμωρία και η οργή κάτι που λειτουργεί αρνητικά σε οποιαδήποτε μελλοντική προσπάθεια έκφρασης του παιδιού.

Η σκιαγράφηση της καρκινικής προσωπικότητας είναι ένα σημαντικό κομμάτι που κέντρισε το ενδιαφέρον και πολλών Ελλήνων ερευνητών από τις δεκαετίες του 80 και 90. Μια σημαντική έρευνα που δημοσιεύτηκε το 1977, ήταν η πρώτη ουσιαστική προσπάθεια ώστε να επιβεβαιωθούν τα διεθνή ευρήματα και στον ελληνικό χώρο. Η ομάδα του Ν. Κ. Ρασιδάκι και των συνεργατών του μελέτησαν ελληνικές οικογένειες και ασθενής καταλήγοντας σε παρόμοια συμπεράσματα. Οι έρευνες διεξήχθησαν με τη βοήθεια ειδικού ερωτηματολογίου και της προβολικής ψυχολογικής δοκιμασίας Τ.Α.Τ. επιβεβαιώνοντας τα ευρήματα των άλλων χωρών.

Η κακή οικογενειακή ατμόσφαιρα και τα συχνά διαζύγια των γονέων, δυσάρεστα ή αντίθετα, υπερπροστατευτικά οικογενειακά πρόσωπα και ένα έκδηλα ταραγμένο οικογενειακό περιβάλλον, είναι τα κύρια ευρήματα των μελετών. Οι μελλοντικοί καρκινικοί περιγράφουν τον εαυτό τους σε μόνιμη ψυχική απομόνωση, υπερευαίσθητο, ηττοπαθή, υποτασσόμενο και ανίκανο να εκφράσει τα συναισθήματά του. Παράλληλα, όλοι σχεδόν οι καρκινικοί ασθενείς αναφέρουν αδιαφορία για το αντίθετο φύλο, άτυχους συναισθηματικούς δεσμούς και κακές σχέσεις με τον ή την σύζυγο ή σύντροφο. Ένας μικρός αριθμός, τέλος, του δείγματος που μελετήθηκε, αναφέρει μικρή χρήση αλκοόλ και νευρωτικά συμπτώματα σε όλη του τη ζωή, με υποχονδριακές συνήθως ενοχλήσεις. Ακόμα ένα πολύ σημαντικό εύρημα, που επιβεβαιώνεται όπως έχει ήδη αναφερθεί και από πολλούς ξένους μελετητές, είναι ένα έντονο ψυχολογικό stress, σε ποσοστό περίπου 75%, όπως κάποιο διαζύγιο, θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου ή κάποια σημαντική επαγγελματική αποτυχία.(Ρασιδάκι, 1977)

Σε αντίθεση με την πειραματική ομάδα των ασθενών, η ομάδα ελέγχου αποκαλύπτει μια οικογενειακή ατμόσφαιρα ειρηνική και ήσυχη, στην πιο μεγάλη αναλογία των περιπτώσεων. Δε βρέθηκε καμιά περίπτωση διαζυγίου στις γονεϊκές οικογένειες και η προσωπικότητα των γονιών περιγράφεται ήρεμη ή μέση. Από τα νευρωτικά σημεία της παιδικής ηλικίας πολύ λίγα μόνο αναφέρουν έντονο παιδικό πείσμα. Όλα σχεδόν τα μέλη της ομάδας αυτής περιέγραψαν τους εαυτούς τους αισιόδοξους, εύθυμους, ενεργητικούς και ικανούς να δίνουν πάντα διέξοδο στα συναισθήματά τους. Τα περισσότερα μέλη της ομάδας περιέγραψαν πως πάντα είχαν

σταθερό ενδιαφέρον για τα άτομα του αντίθετου φύλου και η χρήση αλκοόλ περιγράφεται μόνο σε έναν μικρό αριθμό περιπτώσεων.(Ρασιδάκι, 1973)

Η ψυχολογική δοκιμασία που χρησιμοποιήθηκε αποκαλύπτει πως οι καρκινικοί άρρωστοι, είχαν μια «φτωχή» εικόνα για τον εαυτό τους, στερήσεις και συναισθηματικές ελλείψεις στα πρώτα χρόνια η ζωή τους. Πάρα πολλοί προσέθεταν σε αυτά διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις και δυσάρεστες παιδικές εμπειρίες. Οι γονεϊκές μορφές, από την άλλη πλευρά, σταθερά περιγράφονται σαν απορριπτικές και ιδιαίτερα πιεστικές, κυρίως η μητέρα, ενώ η πατρική φιγούρα σταθερά ζωγραφίζεται σαν «σκιά» ή να λείπει. Οι ήρωες με τους οποίους οι καρκινικοί ασθενείς ταυτίζουν τους εαυτούς τους, περιγράφονται αδρανείς, ασυνεπείς, ανίκανοι να πάρουν αποφάσεις, απαισιόδοξοι και βασανισμένοι από ένα αυστηρό Υπερεγώ. Οι στόχοι τους και οι φιλοδοξίες στη ζωή στάθηκαν πάντα ταπεινοί, τους έλλειπαν τα κίνητρα, ήταν παθητικοί και φαίνονταν να εξαρτώνται από τους άλλους, να έχουν ανάγκη από συμπαράσταση. Πολλές φορές διαπίστωναν και ιδέες αυτοκαταστροφής. Το ίδιο προβληματικές φαίνονται από την ίδια δοκιμασία και οι ερωτικές σχέσεις όλων των καρκινικών ασθενών, με δυσκολίες στη σεξουαλική δραστηριότητα και έλλειψη οργασμού.(Ρασιδάκι, 1975)

Συνοπτικά τα ελληνικά δεδομένα μας δίνουν μια εικόνα των καρκινικών ασθενών που χαρακτηρίζεται από ένα ανεπαρκές Εγώ, αισθήματα ενοχής, συνεχές άγχος, ανωριμότητα, ανεπαρκείς μηχανισμούς άμυνας και μια σταθερή ανικανότητα των ασθενών να εκφράσουν αρνητικά συναισθήματα, μια γενική αναποφασιστικότητα, ηττοπάθεια και απαισιοδοξία. (Ρασιδάκι, 1978). Σε αντίθεση με όλη αυτή την εικόνα η ομάδα ελέγχου έδωσε μια πιο ευτυχισμένη οικογενειακή ατμόσφαιρα και πιο ανέμελα παιδικά χρόνια. Τα μέλη της ομάδας είχαν καλύτερη εικόνα για τον εαυτό τους και ένα ισχυρότερο και υγιέστερο Εγώ. Τα αισθήματα ενοχής και άγχους ήταν ελάχιστα και τα περισσότερα άτομα δήλωναν ικανά να προσπαθήσουν και να λύσουν τα καθημερινά προβλήματα της ζωής.

3.4 Η Θεωρία του Ψυχοσωματικού Συνεχές

Οι προσπάθειες που έγιναν στον ερευνητικό χώρο, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, κατάφεραν να συνδέσουν την πάθηση του καρκίνου με ένα γενικό προφίλ μιας διαταραγμένης προσωπικότητας των ασθενών είτε που πάσχουν είτε που έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν στο μέλλον. Το φάσμα των διαταραχών αυτών, όπως έχει ήδη αναφερθεί, αφορούν σε έντονες καταστάσεις άγχους, μειωμένη αυτοεκτίμηση, δυσλειτουργίες του Εγώ, άσχημα παιδικά βιώματα, νευρωτικά συμπτώματα καθώς και καταθλιπτικά. Παρά λοιπόν την πλειάδα των διαταραχών που αντιμετωπίζουν τα άτομα αυτά καμία έρευνα δεν φαίνεται να κατάφερε να συνδέσει την εμφάνιση της νόσου του καρκίνου με κάποιο από τα είδη των ψυχωτικών διαταραχών αν και πολλοί ερευνητές το θεωρούσαν πιθανό. Αυτό λοιπόν το γεγονός, η διάψευση δηλαδή των προσδοκιών των ερευνητών στην προσπάθεια να συνδέσουν τους ψυχικά ασθενείς με τη νόσο του καρκίνου, έφερε στο προσκήνιο μια άλλη πολύ ενδιαφέρουσα θεωρία. Ο συλλογισμός της θεωρίας αυτής είναι απλός, εφόσον δεν συνδέονται οι ψυχικές ασθένειες με την εμφάνιση νεοπλασμάτων, πιθανόν να λειτουργούν ακόμα και προστατευτικά προς την πιθανή εκδήλωσή τους.

Η πρώτη σημαντική έρευνα που έγινε προς αυτήν την κατεύθυνση, έλαβε μέρος στο Δημόσιο Ψυχιατρείο των Αθηνών αναλύοντας τα αίτια θανάτου των ασθενών για 15 χρόνια. Πραγματικά οι θάνατοι των ασθενών αυτών από νεοπλασίες ήταν πολύ σπάνιοι. Ανάλογα ευρήματα υπήρξαν και σε χώρες όπως η Αγγλία, η Ουαλία και η Σκωτία. Τα στατιστικά στοιχεία μας πληροφορούν πως οι ψυχικά άρρωστοι που πεθαίνουν από καρκίνο αφορούν το 1/3 μόνο της αντίστοιχης αναλογίας του γενικού πληθυσμού. Τα ευρήματα αυτά αναλύθηκαν σε βάθος, αναζητώντας ακριβώς τις διαταραχές των ασθενών που έμεναν μέσα στο ψυχιατρείο και πέθαναν τα 15 αυτά χρόνια. Τελικά με μεγάλη διαφορά η σχιζοφρενείς ασθενείς ήταν αυτοί που δεν αντιμετώπισαν προβλήματα νεοπλασμάτων και που οι θάνατοί τους οφειλόταν σε τελείως διαφορετικά αίτια. Η αναλογία των σχιζοφρενών ασθενών, όλων των μορφών, που είχαν πεθάνει από κάποιο κακοήθες νεόπλασμα μόλις που υπερβαίνει το 1/3 της αναλογίας των θανάτων από κακοήθη όγκο στο γενικό πληθυσμό.(6% απέναντι σε 16%). Τα επιδημιολογικά αυτά ευρήματα του Ψυχιατρείου των Αθηνών επιβεβαιώθηκαν και από αντίστοιχα επιδημιολογικά δεδομένα δημόσιων ψυχιατρείων της Νορβηγίας και της Πρώην Σοβιετικής Ένωσης. (Ρασιδάκι,1983). Οι μελέτες επικεντρώθηκαν ακόμα πιο συγκεκριμένα και σε ότι αφορά τα είδη των νεοπλασμάτων με αποτέλεσμα η λευχαιμία να είναι η σπανιότερη μορφή καρκίνου στον πληθυσμό των σχιζοφρενών. Για την ακρίβεια η έρευνα του Μ. Κελεπούρη το 1971 δεν βρήκε καμία περίπτωση λευχαιμίας ανάμεσα στους χιλιάδες θανάτους σχιζοφρενών που μελέτησε. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα Δανών ερευνητών το 1972, οι οποίοι διαπίστωσαν πως από τις μορφές σχιζοφρενικής ψύχωσης, η κατατονία και η ηβηφρενική (σύμφωνα με το DSM I) δεν παρουσιάζουν καμία περίπτωση εμφάνισης λευχαιμίας. Θέλοντας η ομάδα του Μ. Κελεπούρη να προκαλέσει σε βάθος την αξιοπιστία των ευρημάτων τους, μελέτησαν και τους θανάτους των συγγενών των σχιζοφρενών του ψυχιατρείου. Γνωρίζοντας πως η κληρονομικότητα είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας τόσο για την εκδήλωση της σχιζοφρένειας όσο και του καρκίνου, θεωρήθηκε αναμενόμενο πως τα ίδια χαμηλά ποσοστά θανάτων από νεοπλασίες θα έπρεπε να υπάρχουν και τις οικογένειες των ασθενών. Πραγματικά η υπόθεση επιβεβαιώθηκε καθώς η αναλογία των

καρκινωμάτων στους συγγενείς εξ αίματος των σχιζοφρενών ήταν 8% προς 16% όπου υπάρχει στον γενικό πληθυσμό της Ελλάδας την περίοδο 1960-1970.

Η αρνητική αυτή μαθηματικά σχέση ανάμεσα στην ψυχική ασθένεια και τον καρκίνο είχε αρχικά διαπιστωθεί από τον Lucksch, λέγοντας πως το κακοήθες νεόπλασμα βρίσκεται σε πολύ μικρότερη αναλογία σε ψυχωτικούς ασθενείς από ότι στο γενικό πληθυσμό. Η ερευνητική αυτή εργασία έγινε σε 1100 νεκροτομημένους ασθενείς ενός ψυχιατρικού ασύλου της πρώην Τσεχοσλοβακίας.

Τα ενδιαφέροντα αυτά ευρήματα, που προκύπτουν από τις μαθηματικές σχέσεις με τη χρήση της στατιστικής, ουσιαστικά δεν μπορούν να μας δώσουν μια αιτιώδης σχέση που να περιγράφει τους λόγους για τους οποίους ο καρκίνος δεν εμφανίζεται τόσο συχνά στον πληθυσμό τον σχιζοφρενών. Στο 11° Ευρωπαϊκό Συμπόσιο Σεμιναρίου του Καρκίνου, έφερε στο προσκήνιο και ακόμα πιο ενδιαφέροντα στοιχεία προς μελέτη. Έρευνες μια την μεταστατική τάση του καρκίνου προσπάθησαν να καταγράψουν την παρουσία άλλων γνωστών ψυχοσωματικών νοσημάτων, όπως η ημικρανία, αλλεργίες, βρογχικό άσθμα, δωδεκαδακτυλικό έλκος που έχουν χαρακτηριστεί ως τα βασικότερα εσωγενή νοσήματα που συνδέονται με το χρόνιο άγχος. Η υπόθεση των ερευνητών ήταν πως άτομα που πάσχουν από καρκίνο και έχουν σαφώς έντονο άγχος στη ζωή τους και λόγο της ασθένειάς τους θα έτειναν να αντιμετωπίζουν και πολλά από αυτά τα νοσήματα που αναφέρθηκαν. Τα αποτελέσματα ήταν αντίθετα καθώς οι καρκινικοί ασθενής παρουσίαζαν πολύ σπανιότερα τέλειου είδους προβλήματα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Το περίεργο κομμάτι των ευρημάτων ήταν ότι το ίδιο φαίνονταν να συμβαίνει και με τους σχιζοφρενείς υπερβαίνοντας κατά πολύ τα όρια της στατιστικής σημαντικότητας. Μια άλλη έρευνα έδειξε ότι το ίδιο ισχύει και με το ζαχαρώδη διαβήτη, δηλαδή οι ασθενείς που πάσχουν από αυτόν δεν παρουσιάζουν συχνά άλλα ψυχοσωματικά νοσήματα.

Συνδυάζοντας όλα αυτά τα ευρήματα, ο Ν. Κ. Ρασιδάκι και οι συνεργάτες του κατασκεύασαν την θεωρία του Ψυχοσωματικού Συνεχές, όπου οι τέσσερις αυτές νοσολογικές οντότητες: κακοήθη νεοπλάσματα, σχιζοφρένεια, ψυχοσωματικές αρρώστιες και ζαχαρώδης διαβήτης, αποκλείει η μία την άλλη σε στατιστικό επίπεδο.

Μέσα στην δεκαετία του 80, η ίδια αυτή ερευνητική ομάδα κατάφερε και σε άλλες μελέτες να επιβεβαιώσει την ύπαρξη αυτού του συνεχές. Προσπάθησε μάλιστα να προσθέσει σε αυτό και άλλες νόσους όπως τα καρδιολογικά νοσήματα καθώς και τον τύπο της ομάδας αίματος ή και τη σειρά γέννησης των ασθενών που έπασχαν από καρκίνο, όμως το αποτέλεσμα ήταν ανεπιτυχές.

Τα ευρήματα που περιγράφονται και που τουλάχιστον κάτω από τους στατιστικούς όρους φαίνονται αναμφισβήτητα, χρειάζονται και ένα θεωρητικό υπόβαθρο που να μπορέσει να ερμηνεύσει την αρνητική αυτή σχέση των νοσημάτων. Η απλή περιγραφή και πιστοποίηση της ύπαρξης αυτής της αρνητικής μαθηματικά σχέσης δεν μας πληροφορεί σε τίποτα για τον σκοπό της ύπαρξής της, δηλαδή με απλά λόγια το γεγονός πως αποδεικνύεται στατιστικά ότι π.χ. οι σχιζοφρενείς πάσχουν σπάνια από καρκινικά νεοπλάσματα, δεν μας εξηγεί το γιατί και με πιο σκοπό συμβαίνει αυτό. Το θεωρητικό μοντέλο που ερμηνεύει το φαινόμενο αυτό παρουσιάστηκε για πρώτη φορά στο 9° Διεθνές Συνέδριο Ογκολογίας, αν και δεν επικροτήθηκε από όλη την επιστημονική κοινότητα.

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, το Ψυχοσωματικό Συνεχές χτίζεται σχεδόν αποκλειστικά, πάνω σε μια συγκεκριμένη δόμηση της προσωπικότητας. Η σχιζοφρένεια π.χ., δεν παρουσιάζεται κατά τύχη, αλλά τα κλινικά συμπτώματά της εκδηλώνονται- σε πολύ μεγάλη αναλογία- πάνω σε άτομα που ανήκουν στην σχιζοειδή, όπως ονομάζεται προσωπικότητα. Το ίδιο αφορά και στο ζαχαρώδη

διαβήτη και τα ψυχοσωματικά, όπως καλούνται, νοσήματα. Για αυτά τα τελευταία χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του δωδεκαδακτυλικού έλκους που διαφέρει κατά πολύ από το έλκος στομάχου και που παρουσιάζει διαφορετικά στοιχεία της προσωπικότητας των ασθενών. Σε ότι αφορά τον καρκίνο, επίσης έχουν υπάρξει πολλές μελέτες που στοιχειοθετούν ως ένα βαθμό ακόμα και την ύπαρξη ενός είδους καρκινικής προσωπικότητας που για την οποία αναμένεται η εμφάνιση της νόσου κάποια στιγμή στη ζωή του ασθενή ακόμα και όταν το άτομο είναι προς το παρόν υγιές. Τονίζεται με τον τρόπο αυτό, ότι η παρουσία οποιασδήποτε από τις τέσσερις αυτές ασθένειες που ανήκουν στο συνεχές, δεν είναι τυχαία αλλά αναμένεται σύμφωνα με την ίδια τη δόμηση της προσωπικότητας των ασθενών και ότι η εμφάνισή της είναι αποτέλεσμά της.

Κάθε μία από τις αρρώστιες αυτές, δεν είναι παρά το ορατό μέρος από το «παγόβουνο» αυτό, η συμπυκνωμένη κορυφή μιας ορισμένης δόμησης προσωπικότητας και είναι ακριβώς η διαφορά αυτή της προσωπικότητας και όχι η αρρώστια που προκαλεί την αρνητική μαθηματικά σχέση, που επιδημιολογικά επιβεβαιώνεται. Ουσιαστικά δεν είναι η σχιζοφρένεια που όπως φαίνεται «προφυλάσσει» από τον καρκίνο, απλώς η σχιζοειδής προσωπικότητα, πάνω στην οποία οικοδομείται η σχιζοφρενική ψύχωση, δεν μπορεί να αποτελέσει την υποδομή σε κανένα άλλο νόσημα του Συνεχές, παρά μόνο στην ψυχική αυτή αρρώστια, τη σχιζοφρένεια.

Η θεωρητική αυτή κατασκευή επιτρέπει την ερμηνεία δύο φαινόμενων πολύ γνωστών στους ιατρικούς κλάδους. Το πρώτο αφορά στο δωδεκαδακτυλικό έλκος και στο ότι δεν εξελίσσεται σε καρκίνο κάτι που συμβαίνει συχνά στο έλκος του στομάχου. Το δωδεκαδακτυλικό έλκος αποτελεί ένα νόσημα του συνεχές και σαν τέτοιο δεν μπορεί να παρουσιαστεί παρά σε άτομα που ανήκουν σε μια συγκεκριμένη δόμηση της προσωπικότητας και η οποία αποτελεί το υπόβαθρο της εμφάνισης της νόσου από την αρχή. Η δόμηση αυτής της προσωπικότητας μπορεί να «παράγει» μόνο την εμφάνιση του έλκους του δωδεκαδακτύλου και όχι κάποιας άλλης νόσου του συνεχές, όπως ο καρκίνος, γιατί για την παρουσία αυτού απαιτούνται άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τα οποία έχουν οι καρκινικοί ασθενείς. Αυτό που στηρίζει η θεωρία αυτή είναι απλά ότι τα άτομα που έχουν έλκος του δωδεκαδακτύλου δεν μπορούν- σε στατιστικό επίπεδο- να τον εξελίξουν σε καρκίνο λόγο της χαρακτηριστικής δομής της προσωπικότητάς τους, που δεν πληρεί τα στοιχεία της καρκινικής προσωπικότητας αλλά αυτής που τείνει να παράγει έλκος του δωδεκαδακτύλου.

Το δεύτερο φαινόμενο είναι η «οικογενής» μερικές φορές εμφάνιση των τεσσάρων νοσημάτων του Ψυχοσωματικού Συνεχές. Συχνά οι νόσοι αυτές θεωρούνται κληρονομικές και για αυτό συνανόνται ανάμεσα στα μέλη οικογενειών. Σύμφωνα με τη θεωρία του συνεχές τα αίτια δεν είναι κληρονομικά αλλά τα κοινά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που έχουν μεταξύ τους τα μέλη των οικογενειών αυτών. Για τις τέσσερις αυτές νόσους τα άγχος και η κακή διαχείρισή του από τα ίδια τα άτομα είναι σημαντικός παράγοντας στη διαμόρφωση της ανάλογης με την αρρώστια προσωπικότητας. Τόσο οι σχιζοφρενείς όσο και οι καρκινικοί αλλά και οι άλλοι ασθενείς του συνεχές βιώνουνε έντονο άγχος που ανάλογα με τον λανθασμένο τρόπο που το διαχειρίζονται δομούν και την ανάλογη προσωπικότητα που επηρεάζει την τελική εμφάνιση της νόσου. Το άγχος αυτό σίγουρα παρουσιάζεται και μέσα στα πλαίσια της οικογένειας και μάλιστα αυτή αποτελεί και πηγή του. Το συμπέρασμα είναι πως η ύπαρξη αυτών των τεσσάρων ασθενειών ανάμεσα στα μέλη οικογενειών, δεν είναι το αποτέλεσμα μιας απλής, βιολογικής κληρονομικής διαδικασίας, αλλά το κοινό περιβάλλον άγχους και

άσχημων εμπειριών που μοιράζονται τα μέλη και που εξαιτίας του δομούν κοινούς τύπους προσωπικότητας που παράγουν την εμφάνιση της νόσου.(Ρασιδάκι, 1983)

Στην επιστήμη της ψυχολογίας, όπου η επιβεβαίωση μιας θεωρίας δεν είναι πολλές φορές εύκολο γιατί χρειάζεται ένας συνδυασμός πολλών παραγόντων, μπορεί η προσπάθεια απόδειξης του αντίθετου, ότι δηλαδή δεν έχει ισχύς η θεωρία, να είναι ευκολότερο. Σύμφωνα λοιπόν με τη θεωρία του Συνεχές, άτομα που δεν ανήκουν σε καμία από τις τέσσερις δομές της προσωπικότητας που παράγουν αυτές της νόσους, δεν θα πρέπει και να έχουν κάποιο τέτοιο ιατρικό ιστορικό. Ανάλογα και άτομα που δεν αντιμετώπισαν ποτέ στη ζωή του προβλήματα, όπως καρκίνος, σχιζοφρένεια, έλκος δωδεκαδακτύλου και διαβήτη, θα πρέπει και να μην έχουν τα χαρακτηριστικά των αντίστοιχων προσωπικοτήτων. Με τη βοήθεια ενός ειδικού ερωτηματολογίου, και με τη χρήση δύο ψυχολογικών δοκιμασιών, αυτή του τεστ κηλίδων του Rorschach και της Θεματικής Αντίληψης του Murray, πραγματοποιήθηκε έρευνα για την αντίθετη επιβεβαίωση της θεωρίας.

Τα άτομα της πειραματικής ομάδας συλλέχτηκαν με μεγάλη προσοχή καθώς θα έπρεπε μέσα από τις δοκιμασίες και το ερωτηματολόγιο να ήταν απόλυτα ώριμοι ενήλικες, δημιουργικοί, με ικανότητα να διατηρούν ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις, να έχουν μεγαλώσει σε καλό οικογενειακό περιβάλλον, να έχουν συναισθηματική πληρότητα, ήρεμη παιδική ηλικία, καλή σεξουαλική ζωή, επαγγελματικές επιτυχίες, φαντασία, δραστηριότητες, δυναμισμό και κυρίως να έχουν μειωμένα γενικά επίπεδα άγχους και να μπορούν να διαχειρίζονται τα προβλήματα της ζωής τους. Με απλά λόγια θα έπρεπε να μην έχουν κανένα από τα χαρακτηριστικά που έχουν τα άτομα που πάσχουν από τις τέσσερις αυτές νόσους Τα άτομα αυτά δεν βρέθηκε να αντιμετώπισαν σοβαρά προβλήματα υγείας, τουλάχιστον σε ότι αφορά στις ασθένειες του συνεχές.

Η συναισθηματική πληρότητά τους επέτρεπε να διατηρούν συνεχή την επαφή με την πραγματικότητα και τους έδινε τη δυνατότητα να πραγματοποιήσουν τους στόχους τους για τη ζωή. Το Εγώ τους ήταν επαρκές, καλά προσαρμοσμένο και λειτουργούσε με πλήρη επάρκεια. Από την αρχή της ζωής τους τα άτομα αυτά είχαν την ευκαιρία να δομήσουν ένα τέτοιο είδος προσωπικότητας που τους προστάτευε από κάθε λανθασμένη διαχείριση των προβλημάτων. Ήταν άτομα με ολοκληρωμένη ψυχοσεξουαλική ταυτότητα, με προσωπικότητα φιλική, κοινωνική και ώριμη κάτι που έρχεται σε αντίθεση με την προσωπικότητα των καρκινικών ασθενών.

Μια θεωρητική αντίληψη, που αν και αδυνατεί να μετρηθεί στατιστικά και να ελεγχθεί πειραματικά, αλλά ακολουθεί μια απλή λογική οδό, είναι ότι οι τέσσερις ασθένειες του συνεχές παράγονται από το ψυχωτικό άγχος και την επανεμφάνιση του Ενστίκτου της Ζωής, πάνω σε άτομα με ορισμένη προσωπικότητα, όταν αυτά βρεθούν κάτω από έναν χρόνιο σωματικό ερεθισμό ή ένα έντονο ψυχολογικό στρες. Ο καρκίνος, το περισσότερο σωματικό από τα τέσσερα, παράγεται από το δομικό άγχος και την επανεμφάνιση του Ενστίκτου της Δημιουργίας και χτίζεται πάνω στην καρκινική προσωπικότητα, όταν το άτομο βρεθεί κάτω από ένα χρόνιο σωματικό ερεθισμό ή ένα οξύ στρες. Η σχιζοφρένεια, το περισσότερο ψυχολογικό από τα τέσσερα, χτίζεται πάνω στη σχιζοειδή προσωπικότητα, όταν το άτομα βρεθεί κάτω από μια έντονη ψυχική καταπόνηση.

Υπέρ της υπόθεσης αυτής συνηγορεί και το γεγονός πως και τα τέσσερα νοσήματα εμφανίζουν τα κλινικά τους συμπτώματα στις δύο περισσότερο αγχογόνους περιόδους της ανθρώπινης ζωής, την εφηβεία και την πρώτη μετεφηβεία καθώς και μετά το τέλος της νεανικής ζωής. Ο καρκίνος ειδικότερα εμφανίζεται κοντά στα 50 χρόνια, όπου αρχίζει και η δύση του ατόμου, κάτι που πάντα προκαλεί άγχος. Στις γυναίκες η εμφάνιση του καρκίνου είναι λίγο νωρίτερα (40-52 ετών) καθώς με την

αρχή της εμμηνόπαυσης αρχίζει η πτώση άρα και το στρες, ενώ για τους άντρες είναι λίγο αργότερα (50-65), όπου αρχίζουν οι συνταξιοδοτήσεις και η γενικότερη φθορά.

Η υπόθεση ότι το ψυχωτικό άγχος που σχετίζεται με την εμφάνιση των καρκινωμάτων, ξεπηδά από την περιοχή των ενστίκτων, το Εκείνο κατά τον Freud, τα ατομικό για κάθε ανθρώπινο πλάσμα, φαίνεται και από το γεγονός ότι η αρρώστια συνδέεται άμεσα με την προσωπική ζωή του καρκινικού ασθενή, το ιστορικό του, τη συμπεριφορά και τον συναισθηματικό του κόσμο και που καθορίζουν την δομή της προσωπικότητά του.

Η μελέτη των κλινικών εκδηλώσεων στα δύο νοσήματα, της σχιζοφρένειας και του καρκίνου, τονίζουν την σημασία των βασικών ενστίκτων στην διαμόρφωσή τους. Στην περίπτωση της σχιζοφρένειας, ο παράλογος, χαώδης, πρωτόγονος και καταστροφικός χαρακτήρας των σχιζοφρενικών εκδηλώσεων, απηχεί απλώς στις χαοτικές, πρωτόγονες και ανεπεξέργαστες συνθήκες που επικρατούν στον χώρο των Ενστίκτων. Στον καρκίνο από την άλλη, το Ένστικτο της Ζωής εκδηλώνεται, μαχόμενο το πιεστικό και ασφυκτικό περιβάλλον που δεν επιτρέπει στο άτομο να αναπτυχθεί και να εξελιχθεί, με τον ακράτητο, συνεχή, ακατανίκητο πολλαπλασιασμό των κυττάρων σε ένα μέρος του σώματος. Τα καρκινικά κύτταρα είναι νεαρά, αμετάπλαστα, αδιαφοροποίητα, πρωτόγονα και γεμάτα ζωτικότητα. Είναι η ενσάρκωση του ίδιου του ενστίκτου που δεν του επιτρέπεται να εκφραστεί και έτσι αντεπιτίθεται σωματικά και που στην προσπάθειά του να εκτονωθεί προκαλεί μια νοσηρή επανεμφάνισή του.

Κεφάλαιο 4ο Οι Προσδοκίες για τον Καρκίνο και οι Επιδράσεις τους στην Ανάρρωση

Ένα πολύ γνωστό φαινόμενο που έχουν αντιμετωπίσει πολύ γιατροί είναι πως ένα υγιές, δυνατό άτομο πεθαίνει αμέσως μόλις πληροφορηθεί ότι πάσχει από καρκίνο. Η ραγδαία αυτή εμφάνιση και εξέλιξη της νόσου δεν μπορεί να καταπολεμηθεί εύκολα από τους ειδικούς. Αν και είναι γνωστές οι επιπτώσεις στην γενική υγεία, αυτή η τόσο ραγδαία πρόοδος της νόσου, όπου ο οργανισμός του ατόμου φαίνεται να μην αντιδράει σε καμία θεραπεία, πρέπει να στηρίζεται και στις ψυχολογικές διεργασίες του ατόμου και για αυτό οι ιατρικές μέθοδοι δεν προσφέρουν καμία βοήθεια. Οι ασθενείς αυτού του τύπου τρομάζουν τόσο πολύ από τη διάγνωση του καρκίνου και έχουν τόσο αρνητικές προσδοκίες από την ικανότητά τους να επιβιώνουν, ώστε μπορεί να μην βγουν ποτέ πια από το νοσοκομείο μετά τη διάγνωσή τους. Η πορεία της ασθένειας χειροτερεύει πολύ πιο γρήγορα από ότι προέβλεπαν οι γιατροί. Σε αυτές τις περιπτώσεις παρουσιάζεται μια «παραίτηση» των ασθενών η απώλεια «της θέλησης για ζωή». Φυσικά στα ιατρικά δεδομένα υπάρχει και το αντίθετο φαινόμενο, όπου μετά τη διάγνωση του καρκίνου οι ασθενείς διατηρούν θετικές προσδοκίες και παρουσιάζουν ασυνήθιστα καλή ανάρρωση. Στην ιατρικοί κοινότητα αυτό θεωρείται πως απλά οφείλεται αποκλειστικά στις καλές ιατρικές θεραπείες στις οποίες επιβάλλεται ο ασθενής. Δηλαδή, στην πρώτη περίπτωση απλά λέγεται πως ο καρκίνος δεν υποχωρεί από τις θεραπείες ενώ στη δεύτερη ότι αυτές κάνουν θαύματα. Σίγουρα οι ιατρικές τεχνικές και η πρόοδός τους είναι αυτή που φέρνει τα αποτελέσματα, όμως ο ρόλος του ίδιου του ασθενή είναι πολύ πιο σημαντικός, όπως θα μπορούσαμε να πούμε, αυτός είναι που ανταποκρίνεται ή όχι στις θεραπείες.

Γενικά οι άνθρωποι πιστεύουν πολύ πιο εύκολα στο θάνατο και τις αρνητικές προσδοκίες παρά στην ανάρρωση και στις θετικές σκέψεις. Το δύσκολο κομμάτι στην αναγνώριση των πραγματικών προσδοκιών του ασθενή είναι ότι ακόμα και εκείνοι που περιμένουν το χειρότερο για τον εαυτό τους, συνήθως φαίνονται πολύ πιο αισιόδοξοι κυρίως για χάρη των γύρω τους και των δικών τους ανθρώπων. Φυσικά τα άτομα αυτά ενώ μπορεί να δηλώνουν ότι πιστεύουν ότι όλα θα πάνε καλά, αλλά στην πραγματικότητα να έχουν ήδη παραδοθεί από τη ζωή τους, όπως για παράδειγμα τη δουλειά τους και να παραμένουν κλεισμένα στον εαυτό τους κάτι που μόνο χειροτερεύει την κατάσταση.

Οι ασθενείς δεν έχουν συχνά επίγνωση της αρνητικής προσδοκίας που εκφράζουν με τη συμπεριφορά τους και το φόβο τους για τον καρκίνο- φόβο που βγαίνει από το γεγονός ότι είχαν φίλους ή συγγενείς που πέθαναν από αυτή την ασθένεια και από την απαισιόδοξη στάση του πολιτισμού μας απέναντι σε αυτή. Πολύ καθοριστικός παράγοντας στην εξέλιξη της νόσου είναι οι θετικές ή αρνητικές προσδοκίες του ασθενή, δηλαδή το πιστεύω του για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και για τη δυνατότητα των φυσιολογικών μηχανισμών άμυνας του οργανισμού του. Το συνεχές άγχος που βιώνει ο ασθενής μπορεί να είναι ο χειρότερος σύμβουλός του στην διάρκεια της θεραπείας. Το πιο δύσκολο κομμάτι είναι ότι πέρα από το γενικό συσσωρευμένο άγχος, πέρα από τις λανθασμένες αντιλήψεις που έχει καθιερώσει το άτομο, πέρα από τις αρνητικές προσδοκίες και όλα όσα αντιμετωπίζει με την ασθένειά του, έχει να αντιμετωπίσει και το συνεχές στρες από την ίδια του τη θεραπεία.

Είναι γνωστό ότι πολλές θεραπευτικές τεχνικές μπορεί να είναι ιδιαίτερα επώδυνες, όπως ακτινοθεραπείες, χημειοθεραπείες, χειρουργεία και κυρίως οι παρενέργειές τους. Ακόμα και ένας δυνατός και υγιής άνθρωπος στρεσάρεται όταν βλέπει να χάνει τα μαλλιά του, έχει συχνούς εμετούς και πονοκεφάλους, βιώνει ακρωτηριασμούς και πολλά άλλα που μοιάζουν με βασανιστήρια όμως όλοι του λένε πως είναι για το καλό του. (Χατήρα, 2000). Στην ψυχολογία του ατόμου που απειλείται από το θάνατο και προσπαθεί να γλυτώσει από αυτόν κάνοντας όλες αυτές τις βασανιστικές τεχνικές, τελικά ακόμα και αυτός μπορεί να είναι καλύτερος. Η Π.Δ. Χατήρα στο βιβλίο της για την ψυχολογική παρέμβαση σε παιδιά και εφήβους που αντιμετωπίζουν τον καρκίνο, αναφέρει τις σημαντικές συνέπειες όλων αυτών των θεραπειών στην ψυχολογία και την διάθεση του ασθενή. Τονίζει πως το άτομο πρέπει να προετοιμάζεται κατάλληλα για όλα αυτά που μπορεί να ακολουθήσουν μια θεραπεία ώστε να μπορέσει να την ολοκληρώσει. Πολλές φορές μπορεί όλες αυτές οι παρενέργειες των θεραπειών να κάνουν το άτομο να αρνηθεί τη συνέχειά τους και να χάσει κάθε ελπίδα για τη σωτηρία του ώστε οι προσδοκίες του να είναι μόνο ο θάνατος, ο οποίος φαίνεται λιγότερο απειλητικός από όλα αυτά που πρέπει να υποστεί για να γίνει καλά.

4.1. Αυτό-εκπληρωμένη Προφητεία

Το φαινόμενο της αυτό-εκπληρωμένης προφητείας βασίζεται στο γεγονός ότι ένα άτομο μπορεί ανάλογα με τα πιστεύω του για κάποιο θέμα να λειτουργεί με τέτοιο τρόπο ώστε τελικά να επιβεβαιώνει αυτό που πιστεύει και να πραγματοποιείται. Στο παράδειγμα των καρκινικών ασθενών μπορεί ένας ασθενής που πιστεύει πραγματικά στη θεραπεία του να ακολουθεί πολύ πιστά τις οδηγίες των γιατρών, να παίρνει σωστά τη φαρμακευτική αγωγή και γενικά να αυξάνει με αυτούς τους τρόπους τις πιθανότητές του να βελτιωθεί και να δει θετικά αποτελέσματα από τη θεραπεία του. Αντίθετα, το άτομο που δεν πιστεύει στην θεραπεία του είναι πολύ πιθανό να μην ακολουθεί σωστά τις οδηγίες κι έτσι η βελτίωση της υγείας του είναι πολύ λιγότερο πιθανή. Αυτά τα απλά παραδείγματα απεικονίζουν το φαινόμενο της αυτό-εκπληρωμένης προφητείας, τον ενισχυτικό κύκλο: η προσδοκία της επιτυχίας οδηγεί συχνά στην επιτυχία, που με τη σειρά της παρέχει τη μαρτυρία πως η αρχική προσδοκία ήταν σωστή. Από την άλλη μια προσδοκία αποτυχίας οδηγεί συχνά σε αποτυχίες που δίνουν κύρος στην αρχική αρνητική πεποίθηση. Στις δυο αυτές περιπτώσεις το αποτέλεσμα που προκάλεσε η προσδοκία υποστηρίζει το κύρος της πρόβλεψης. Όσο πιο συχνά επαναλαμβάνεται ο κύκλος τόσο πιο δυνατή γίνεται η προσδοκία, θετική ή αρνητική, ανάλογα και το αποτέλεσμα.

Το θέμα της αυτό-εκπληρωμένης προφητείας στον τομές της ψυχολογίας είναι ιδιαίτερα γνωστό από πειράματα του R. Rosenthal που έκανε στους φοιτητές του. Ο σχεδιασμός του πειράματος ήταν απλός και ο στόχος του ήταν να δει το κατά πόσο τα πιστεύω του ατόμου μπορούν να επηρεάσουν το τελικό αποτέλεσμα των καταστάσεων. Χώρισε τους φοιτητές του σε δύο ομάδες και τους έβαλε να καταγράψουν και να μελετήσουν την συμπεριφορά και την ταχύτητα ορισμένων πειραματόζωων μέσα σε έναν λαβύρινθο. Ο Rosenthal, είπε στην μία ομάδα των φοιτητών ότι οι επίμυες που έπρεπε να μελετήσουν ήταν γενετικά μεταλλαγμένοι και ικανότεροι από τους άλλους της ομάδας ελέγχου. Στην πραγματικότητα τα ζώα ήταν ακριβώς τα ίδια και δεν διέφεραν σε τίποτα, εκείνο που διέφερε ήταν οι πεποίθηση που είχαν για αυτά οι νεαροί ερευνητές. Τελικά πραγματικά ο χρόνος που έκαναν τα

ζώα μέσα στο λαβύρινθο της πειραματικής ομάδας ήταν πολύ λιγότερος από της ομάδας ελέγχου. Δεν γνωρίζουμε τους ακριβείς τρόπους με τους οποίους οι φοιτητές επηρέασαν τα ζώα τους, ίσως τα φρόντιζαν περισσότερο ίσως προσπάθησαν γιατί πίστευαν πως μπορούσαν να τα καταφέρουν καλύτερα, το γεγονός ήταν πως οι προσδοκίες του βγήκαν αληθινές.

Το ίδια αποτελέσματα βρέθηκαν και σε ένα άλλο πείραμα του ίδιου ερευνητή, αυτή τη φορά σε σχολεία της Αμερικής. Παιδιά δημόσιων σχολείων επιλέχτηκαν τυχαία και συμπλήρωσαν στην αρχή της χρονιάς κάποια τεστ νοητικών δυνατοτήτων. Στη συνέχεια οι δάσκαλοι ορισμένων παιδιών ενημερώθηκαν για τα αποτελέσματα των τεστ. Ο σχεδιασμός ήταν ότι για κάποια παιδιά οι δάσκαλοι θα ενημερώνοντας πως είχαν μεγαλύτερο δείκτη νοημοσύνης από την ηλικία τους και όταν ήταν ιδιαίτερα ικανά, ενώ για κάποια άλλα το αντίθετο. Βέβαια αυτό δεν ανταποκρίνονταν στην πραγματικότητα από μόνο μέσα στις προσδοκίες των δασκάλων. Μετά από οχτώ μήνες τα ίδια αυτά παιδιά υποβλήθηκαν ξανά στην ίδια διαδικασία των τεστ κι προς μεγάλη έκπληξη τα παιδιά που από τους δασκάλους τους θεωρούνταν εξυπνότερα τελικά είχαν ανεβάσει κατά πολύ τις αποδώσεις τους σε σχέση με το αρχικό τεστ. Ουσιαστικά η πεποίθηση των δασκάλων ότι κάποια από τα παιδιά τους ήταν ιδιαίτερα ικανά, τους έκανε να ασχοληθούν περισσότερο μαζί τους κι έτσι τελικά να τα βοηθήσουν και στην πραγματικότητα να ανεβάσουν τις αποδώσεις τους. Μέσα από αυτά τα πειράματα και πολλά άλλα που ακολούθησαν φαίνεται πως οι πεποιθήσεις μπορούν και διαμορφώνουν συμπεριφορές προς κάποιες κατευθύνσεις χωρίς το άτομο να έχει την πλήρη συνείδηση των συμπεριφορών του οι οποίες τελικά καθορίζουν τα αποτελέσματα ανάλογα με αυτές. Η δύναμη της αυτό-εκπληρωμένης προφητείας φαίνεται πως είναι τόσο ισχυρή ώστε να κάνει μικρά ποντίκια γρηγορότερα και παιδιά με φυσιολογικές ικανότητες να γίνονται εξυπνότερα. Εφόσον λοιπόν οι επιδράσεις της είναι τόσο ισχυρές σε άλλα πρόσωπα είναι λογικό να είναι και ακόμα ισχυρότερες σε ότι αφορά το ίδιο το άτομο.

Μια σημαντική μελέτη για τη δύναμη της αυτό-εκπληρωμένης προφητείας σε 152 καρκινικούς ασθενείς στην αεροπορική βάση του Τράβις, στην δυτική ακτή των Η.Π.Α. Πέντε μέλη του προσωπικού ταξινόμησαν τους ασθενείς με βάση τις προσδοκίες τους για την θεραπεία και αξιολόγησαν τις αντιδράσεις τους σε διάρκεια 18 μηνών. Τα αποτελέσματα ήταν καθαρά. Οι ασθενείς με θετική στάση είχαν καλύτερη ανταπόκριση στην θεραπεία, σε αντίθεση με εκείνους που ήταν απαισιόδοξοι και δεν είχαν τόσο καλή εξέλιξη. Από το σύνολο των 152 μόνο δύο από εκείνους που δεν πίστευαν πως η θεραπεία θα τους βοηθούσε, τελικά ανταποκρίθηκαν θετικά σε αυτή και η υγεία τους βελτιώθηκε.

Το πιο σημαντικό εύρημα της μελέτης δείχνει ότι η θετική στάση ήταν η καλύτερη ένδειξη για τη μελλοντική ανταπόκριση στην θεραπεία παρά η σοβαρότητα στης ασθένειας. Έτσι ασθενείς που είχαν πολύ άσχημη διάγνωση αλλά θετική στάση, τα κατάφεραν καλύτερα από ασθενείς που είχαν σχετικά ελαφρότερη διάγνωση αλλά αρνητική στάση. Επιπλέον οι ασθενείς που άρχισαν να βλέπουν τη θεραπεία τους θετικά ανέφεραν συχνά ότι μειώνονταν και τα προβλήματά τους.

Η προσδοκία μπορεί να δουλέψει και αρνητικά. Η ίδια έρευνα έφερε στο προσκήνιο και ένα άλλο πολύ ενδιαφέρον εύρημα. Ανάμεσα στα καρκινοπαθή άτομα της μελέτης ήταν πολλοί Γιαπωνέζοι ασθενείς, οι οποίοι είχαν τη χειρότερη ανταπόκριση στις ακτινοθεραπείες, παραπονιόταν περισσότερο από όλους για συμπτώματα πονοκεφάλων και πολλές φορές αρνήθηκαν να ολοκληρώσουν την θεραπεία, παρά το γεγονός ότι ο καρκίνος τους δεν ήταν σε τόσο σοβαρά στάδια και θα μπορούσαν ακόμα και να θεραπευτούν. Τελικά οι ερευνητές κατάλαβαν πως η αρνητική τους στάση για τις ακτινοβολίες ήταν συνδεδεμένη με τις εμπειρίες που

είχαν από τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο και την ατομική βόμβα. Τα άτομα αυτά είχαν συνδέσει την ακτινοβολία με τον θάνατο κι έτσι δεν περίμεναν μέσα από αυτήν την θεραπεία. Ακόμα και όταν προσπάθησαν να τους εξηγήσουν τις διαφορές και το ότι θα τους έκαναν καλό οι ακτινοθεραπείες τα άτομα δεν μπορούσαν να αλλάξουν τις πεποιθήσεις τους που στηρίζονταν σε τόσο άσχημες εμπειρίες που είχαν.

Το θέμα των προσδοκιών είναι ιδιαίτερα πολύπλοκο γιατί δεν μπορεί εύκολα να καθοριστεί και να τροποποιηθεί προς όφελος του ασθενή. Το παράδειγμα των παρενεργειών που προκύπτουν από πολλές θεραπείες έχει μελετηθεί αλλά χωρίς να οδηγηθεί η επιστήμη σε ξεκάθαρα συμπεράσματα. Παράδειγμα είναι οι ναυτίες που συχνά ταλαιπωρούν πολλούς ασθενείς μετά από τις χημειοθεραπείες. Οι ιατρικοί λόγοι εξηγούν αυτό που συμβαίνει στα άτομα δεν μπορεί όμως να εξηγήσει την ναυτία που παραπονιούνται να έχουν οι ασθενείς και στο δρόμο πηγαίνοντας να κάνουν την θεραπεία. Το δυσάρεστο είναι ότι αυτές ακριβώς οι παρενέργειες που δεν πηγάζουν από την ίδια την θεραπεία αλλά από τις πεποιθήσεις του ατόμου μπορούν πολλές φορές να σταθούν σημαντικό εμπόδιο στην ολοκλήρωση της θεραπείας, εφόσον το άτομο υποφέρει και άρα αρνείται να συνεχίσει. (Χατήρα, 2000)

4.2. Τα Αρνητικά Κοινωνικά Πιστεύω για τον Καρκίνο και τα Αποτελέσματά τους

Η δύναμη των αρνητικών προσδοκιών γίνεται ιδιαίτερα τρομακτική αν συνυπολογιστούν σε αυτήν τα πιστεύω της κοινωνίας για τον καρκίνο και τις πιθανές επιδράσεις του στον ασθενή. Η σύγχρονη κοινωνία ακόμα και με τα επιτεύγματα της ιατρικής και την αύξηση των περιπτώσεων των ανθρώπων που επιβιώνουν από τον καρκίνο, εξακολουθεί να τον θεωρεί συνώνυμο με τον θάνατο. Ακόμα ο καρκίνος είναι κάτι που χτυπάει απλά το άτομο που δεν έχει την ελπίδα να τον ελέγξει. Τέλος η θεραπεία του, είτε είναι ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία είτε χειρουργική είναι δραστική και αρνητική, ενώ έχει συχνά πολλές ανεπιθύμητες παρενέργειες.

Εφόσον οι προσδοκίες συμμετέχουν στα αποτελέσματα τότε αυτά τα κοινωνικά πιστεύω προκαλούν μια βαριά και σοβαρά αρνητική προδιάθεση στον ασθενή και άρα στα αποτελέσματα των θεραπειών του. Πολλοί ασθενείς αναφέρουν ότι νιώθουν τους φίλους τους να τους αποφεύγουν ή να τους λυπούνται γιατί θεωρούνται ήδη νεκροί. Αυτή η τραγική σειρά αρνητικών προσδοκιών μεταδίδεται όχι μόνο από τους φίλους ή τους συγγενείς αλλά και από τους γιατρούς. Σε πολλές περιπτώσεις οι γιατροί υπεκφεύγουν, προσπαθούν να παραπληροφορήσουν το άτομο, με έναν τρόπο που οι ψεύτικες ελπίδες που του δίνουν είναι εμφανές. Ακόμα κάποιοι φαίνονται ιδιαίτερα απαισιόδοξοι ή ωμοί στους τρόπους που προσεγγίζουν τους ασθενείς τους. Γενικά το θέμα αυτό είναι πολύ δύσκολο τόσο για το περιβάλλον του ασθενή όσο και για το νοσοκομειακό προσωπικό. Κανείς δεν χαίρεται στο άκουσμα ενός ατόμου που πάσχει από καρκίνο και για όλους οι πρώτες σκέψεις είναι αρνητικές. Όμως όλα αυτό το αξιοθρήνητο αποτέλεσμα, για τον πόνο, τον θάνατο, μεταδίδεται στον ασθενή και γίνεται μια αυτό-εκπληρωμένη προφητεία.

4.3. Η Οικοδόμηση Θετικού Συστήματος Προσδοκιών

Η δύναμη των πιστεύω και η επιρροή της πάνω στην θεραπεία είναι αξιοθαύμαστη. Για αυτό το λόγο το ζητούμενο από τον καρκινοπαθή ασθενή είναι να μπορέσει να αλλάξει τα πιστεύω του, να κατανοήσουν πως μπορούν να αναρρώσουν και να ζήσουν μια ζωή ολοκληρωμένη που θα τους ανταμείψει, παρά τους φόβους τους για την ασθένεια και τις αρνητικές προσδοκίες του περιβάλλοντος. Βέβαια αυτό δεν είναι κάτι που μπορούν εύκολα να πραγματοποιήσουν και αρχικά φαίνεται ότι απαιτείται υπερβολικό θάρρος και δύναμη. Τα πρώτα βήματα προς αυτήν την κατεύθυνση ξεκινούν με την αλλαγή των απόψεων της κοινωνίας γύρω από τον καρκίνο. Η πιο βασική σκέψη που πρέπει να αλλάξει είναι ότι ναι ο καρκίνος μπορεί να είναι θανατηφόρος, μπορεί όμως και όχι εφόσον υπάρχουν πολλές περιπτώσεις ανθρώπων που έχουν καταφέρει να επιβιώσουν και να έχουν μια απολύτως φυσιολογική ζωή μετά. Ουσιαστικά οι αρνητικές προσδοκίες μετατρέπονται σε θετικές. Η δεύτερη προσδοκία αφορά την πεποίθηση ότι ο καρκίνος είναι κάτι που απλά χτυπάει τον άνθρωπο και εκείνος είναι εντελώς αδύναμος στο να τον καταπολεμήσει. Γνωρίζουμε πως αυτό είναι λάθος καθώς η ισχυρότερη θεραπεία βρίσκεται μέσα στον ίδιο τον οργανισμό του ατόμου, στο ανοσοποιητικό του σύστημα, το οποίο μπορεί να ενισχυθεί και να αντιμετωπίσει τα καρκινικά κύτταρα. Το τελευταίο αρνητικό πιστεύω που πρέπει να μετατραπεί σε θετικό είναι οι απόψεις για τις θεραπείες οι οποίες δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται ως κάτι το δυσάρεστο. Πραγματικά πολλές είναι οι παρενέργειες που προκύπτουν από αυτές και το άτομο πρέπει να είναι καλά ενημερωμένο σχετικά, αλλά τα θετικά αποτελέσματα και η δυνατότητα καταπολέμησης της νόσου σίγουρα αξίζει και την ταλαιπωρία και όλες τις δυσκολίες οι οποίες πρέπει να αντιμετωπίζονται ως σύμμαχοι στην μάχη κατά του καρκίνου και όχι ως εχθροί.

Οι διαδικασίες αυτές αλλαγής των πιστεύω δεν είναι κάτι που μπορεί να γίνει εύκολα από το άτομο, όμως δεν είναι και κάτι αδύνατο. Η ίδια όμως δύναμη που κάνει τους ανθρώπους να χρησιμοποιούν αρνητικές προσδοκίες μπορεί να τους κάνει να αποκτήσουν και θετικές. Σίγουρα υπάρχουν κάποια όριο στο ρόλο που παίζουν οι προσδοκίες, όμως κανείς δεν γνωρίζει ποιο είναι αυτό. Αναμφισβήτητα πάντως είναι επιθυμητό να συνεργάζονται οι προσδοκίες με τον ασθενή και να μην του αντιτίθενται.

4.4. Το Ζήτημα της «Ψεύτικης Ελπίδας»

Το ζήτημα της ψεύτικης ελπίδας είναι κάτι που έχει φέρει σε σύγκρουση πολλούς επιστήμονες, γιατί άλλοι στηριζόμενοι πάνω στη θεωρία της αυτό-εκπληρωμένης προφητείας υποστηρίζουν πως το άτομο πρέπει πάντα να ακούει καλά νέα για την υγεία του, ενώ άλλοι υποστηρίζουν πως αργά ή γρήγορα το άτομο βλέπει την πραγματικότητα εφόσον τη βιώνει. Αυτό που προκύπτει είναι το ζήτημα της Λογικής Ελπίδας. Κανείς ασθενής δεν είναι ανόητος ώστε να μην ξέρει τι πραγματικά του συμβαίνει και μια αυτοπεποίθηση που στηρίζεται σε ψέματα δεν μπορεί να κρατήσει ούτε και να είναι αποτελεσματική. Ακόμα και στου πιο αισιόδοξους ασθενής, που αγωνίζονται για τη θεραπεία τους και πιστεύουν σε αυτή ο θάνατος είναι πιθανός και πάντα μπορεί να καταφέρει τελικά να νικήσει το άτομο. Αυτό που πρέπει να αναλογιστεί κανείς είναι ότι δεν είναι μόνο η θεραπεία και η ίαση που πρέπει να είναι στόχος αλλά και βελτίωση των συνθηκών ζωής και η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου του ασθενή, κάτι που τον βοηθάει να αντιμετωπίσει ανοιχτά το θάνατο, μια στάση που ελευθερώνει δυναμικό για ζωή.

Οι άνθρωποι που θέτουν το ζήτημα της ψεύτικης ελπίδας θεωρούν συχνά τον εαυτό τους ρεαλιστή, πιστεύουν ότι βλέπουν την ζωή όπως πραγματικά είναι. Η άποψη όμως, της ζωής που δεν περιλαμβάνει την ελπίδα δεν είναι ρεαλιστική, είναι απλά απαισιόδοξη. Η στάση αυτή μπορεί να αποτρέπει την απογοήτευση της διάψευσης των ελπίδων, αλλά το καταφέρνει με το να διαμορφώνει ενεργητικά τα αρνητικά αποτελέσματα του φόβου. Η ελπίδα είναι σημαντικό στοιχείο επιβίωσης για τον καρκινοπαθή. Η απελπισία και η ανικανότητα είναι συχνά πρόδρομοι του καρκίνου. Η ελπίδα που μεταδίδεται σε έναν καρκινοπαθή ασθενή είναι στάση προς τη ζωή. Δεν είναι ένα φιλοσοφικό ζήτημα αλλά θέμα επιβίωσης. Για κάθε ασθενή η διαδικασία της ανάρρωσης περιλαμβάνει τον επαναπροσδιορισμό της στάσης του απέναντι στην ασθένεια που απειλή τη ζωή του έτσι ώστε να υπάρχει η ελπίδα.

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα της δύναμης της ελπίδας αποτελούν πολλές παραϊατρικές τεχνικές που εφαρμόζονται και φαίνονται να επιτυγχάνουν την θεραπεία. Η κυκλοφορία ενός φαρμάκου, Λιατρίλ, που θεράπευε από τον καρκίνο στις αρχές του 80 στην Αμερική έδειξε πως αν και το φάρμακο αυτό δεν πρόσφερε καμιά ουσιαστική βοήθεια κατά του καρκίνου, πολλοί ασθενείς δήλωσαν πως θεραπεύτηκαν από αυτό. Μοιάζει με την άποψη για τα πλασίμπο φάρμακα, που όμως κανείς δεν μπόρεσε να καταλάβει πως ακριβώς λειτουργούν ευεργετικά αυτές οι ουσίες οι οποίες δεν προσφέρουν τίποτα στον οργανισμό αλλά τελικά βοηθούν στην θεραπεία, απλά δίνοντας ελπίδα και πίστη στη ζωή. Πολλές περίεργες τεχνικές, ακόμα και μαγεία έχει σχετιστεί με την θεραπεία του καρκίνου. Φυσικά κανείς λογικός και επιστήμον άνθρωπος δεν θα μπορούσε να πιστέψει σε αυτές τις δοξασίες που βρίσκονται στην σφαίρα της φαντασίας, όμως από την άλλη κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει τους ασθενείς που δηλώνουν πως μέσα από αυτές βρήκαν θεραπεία. Τελικά όλα αυτά απλά συνηγορούν στο επιχείρημα για τη δύναμη της ανθρώπινης θέλησης. Η ιατρική μπορεί να διδαχτεί από όλες αυτές τις αντί-επιστημονικές θεραπείες πως εκτός από τις ιατρικές θεραπείες μάλλον θα πρέπει να εστιάσει και στην ψυχολογική δύναμη που απορρέει από την πίστη του ασθενή.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το ευρύ ζήτημα του άγχους και της σχέσης του με τον καρκίνο είναι ένα βασικό θέμα που απασχολεί και θα συνεχίσει να απασχολεί τους επιστήμονες της υγείας. Οι πρόοδο που σημειώνονται στην ιατρική, οι νέες θεραπευτικές μέθοδοι που ανακαλύπτονται και κατασκευάζονται θα συνεχίσουν να προσπαθούν να βρουν την οριστική θεραπεία αυτής της νόσου που ταλαιπωρεί ανθρώπους σε όλο τον πλανήτη. Στην παρούσα εργασία τονίστηκε η σημασία πολλών παραγόντων στην εμφάνιση, εξέλιξη αλλά και θεραπεία της νόσου. Υπάρχουν πολλά ερευνητικά δεδομένα που ενισχύουν την άποψη για καρκίνο-γέννηση ως αποτέλεσμα άγχους όμως κανένα από αυτά δεν στάθηκε τόσο σφαιρικό και ουσιαστικό ώστε να μπορέσει να αποδείξει τους ακριβείς τρόπους δράσης του. Τα θέματα που αφορούν τις ορμονικές διαταραχές και την εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος χρίζουν ακόμη περισσότερη και πιο συστηματική έρευνα. Ακόμη πολλά από τα αποτελέσματα σημαντικών ερευνητών συγκρούονται μεταξύ τους με συνέπεια να μην είναι δυνατή η δημιουργία ενός μοντέλου δράσης του στρες πάνω στον καρκίνο.

Αυτό που πρέπει να γίνει κατανοητό είναι ότι ο ρόλος του στρες στην εξέλιξη του καρκίνου είναι υπαρκτός, η προσωπικότητα του ατόμου και ο τρόπος αντιμετώπισης της ίδιας της ασθένειας μπορεί να γίνει, με την κατάλληλη συμβουλευτική κα υποστήριξη του ασθενή, ένα πολύτιμο εργαλείο στα χέρια της επιστήμης και των ιατρών. Πρέπει το ενδιαφέρον μας να στραφεί και πάνω στον ασθενή σαν άτομο, προσωπικότητα και χαρακτήρα. Το γεγονός της ποικιλομορφίας του καρκίνου συνηγορεί σε αυτό, αφού ακόμα και οι ειδικοί ογκολόγοι παραδέχονται πως η μορφή και οι εκδηλώσεις του καρκίνου μπορούν να είναι τόσο διαφορετικές, μοναδικές, απρόβλεπτες και ξεχωριστές όσο και οι ίδιοι οι άνθρωποι. Οι ατομικές διαφορές ως προς την φύση της ασθένειας δηλώνουν τη σημασία της ατομικότητας του ασθενή και τον ενεργητικό ρόλο που μπορεί να παίξει αυτή ως προς την θεραπεία του.

Η συνέχεια της μελέτης όλων αυτών των ατομικών παραγόντων που αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον, την κληρονομικότητα και όλα τα άλλα στοιχειά που επηρεάζουν την εμφάνιση της νόσου του καρκίνου, μπορούν να γίνουν αξιόλογοι δείκτες πρόληψης της ασθένειας. Όταν μπορέσει να γίνει με πληρότητα κατανοητή η σχέση όλων αυτών των παραμέτρων, όταν θα μπορέσει η ψυχολογία να δώσει μια πιο σαφή εικόνα των χαρακτηριστικών των ατόμων που νοσούν τότε θα μπορούμε να μιλάμε για την δημιουργία ενός προφίλ των μελλοντικών ασθενών με σκοπό την παρέμβαση και την πρόληψη. Ακόμα όμως και αν δεν μπορέσει να πραγματοποιηθεί με επιτυχία, η δυναμική που δίνεται στην θεραπεία θα είναι πολύ πιο αποτελεσματική.

Στο εξωτερικό η ψυχική υποστήριξη αυτών των ασθενών θεωρείται πια δεδομένη. Η ψυχολογία της υγείας, η ψυχοθεραπεία των χρόνιων ασθενών, η δημιουργία ομάδων στήριξης, η εκμάθηση τεχνικών ανακούφισης από τον πόνο και καλύτερης διαχείρισης του άγχους, δυστυχώς ακόμα στην Ελλάδα βρίσκεται σε αρχικά στάδια. Το μέλλον της ιατρικής για την καλύτερη αντιμετώπιση των καρκινοπαθών, βρίσκεται σε συνεργασία με την ψυχολογία και την ψυχοθεραπεία. Κοινός στόχος όλων είναι η ανακούφιση και η θεραπεία αυτών που υποφέρουν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Alter C.L. et al, (1996): Identification of P.T.S.D. in cancer survivors. In J. *Psychosomatics 33, p.p. 137-143*

Andrykowski M.A. and Cordova M.J. (1998): Factors associated with P.T.S.D. Symptoms following treatment for breast cancer. In *Journal of Traumatic Stress 11, p.p. 189-203*

Andrykowski M.A. et al (2000): Stability and change in P.T.S.D. symptoms Following breast cancer treatment: a 1 year follow-up. In J *Psycho-Oncology 9, p.p. 69-78*

Αθητάκη Κ. , Κολλάρου Α. κ. συν. (1976): Κακοήθες νεόπλασμα, ομάδα Αίματος και σειρά στη γέννηση. Σχιζοφρένεια ανάμεσα στους συγγενείς των καρκινικών ασθενών. *Ελλ. Ογκολογία, τόμ. 12, τεύχος 1-2, σελ. 87-90*

Bathrop R.W. (1977). Καταπιεσμένη λυμφατική λειτουργία μετά την απώλεια *Lancet 45 pp.335-343*

Biondi M. et al (1996): Clinical Research strategies in psycho immunology: a review of 46 human research studies (1972-1992). In. *B.E Leonard and Miller Editors, Stress, the immune system and psychiatry, John Wiley& Sons Ltd*

Bleicker E.M.A. et al (2000): Psychological distress 2 years after diagnosis of breast cancer: frequency and prediction. In J. *Patient Education and Counselling 40, p.p. 209-217*

Booth G. (1973): Psychological aspects of lung cancer. Second European Symposium of Psychosomatic aspects of neoplastic diseases. *Cran. Gora*

Brabander B.D. and Gerits P. (1999): Chronic and acute stress as predictors of Relapse in primary breast cancer patients. In J.*Patients Education and Counselling 37, p.p. 265-272*

Calabrese J.R. et al (1987) : Alterations in immune-competence during stress, Bereavement and depression: focus on neuroendocrine regulation. In *Am. J. Psychiatry 144, p.p. 1123-1143*

Cella D.F. Mahon S.M. and Donovan M.J. (1990):. Cancer recurrence as a traumatic Event. In J.*Behavioural Medicine 16, p.p. 15-22*

Chrousos and Sratakis (1995): *Stress, basic mechanisms and clinical implications* The New York Academy of Sciences

Dean C. and Surtees P.G. (1989): Do psychological factors predict survival in Breast cancer? In *J. Psychosomatics Research 33, p.p. 561-569*

Evans E. (1926*). Μια ψυχολογική μελέτη του καρκίνου*. In Dodd, Mead&Go

Fawzy I.F. et al (1990) : A structured psychiatric intervention, for cancer patients In J. *Arch Gen Psychiatry 47, p.p. 729-735*

Fawzy I.F. and Hyun C.S. et al (1993): Malignant melanoma: effects of an early Structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival 6 years later. In J. *Arch Gen Psychiatry 50, p.p. 681-689*

Foa E.B. and Kozak M.J. (1986): Emotional processing of fear: exposure to Corrective information. In J. *Psychological Bulletin 99, p.p. 20-35*

Forlenza M.J. and Baim A. (2000): Psychosocial influences on cancer progression : Alternative cellular and molecular mechanisms. In J *Curr Opin Psych 13,p.p. 639-645*

Friedman M.& Rosenman R. (1974*): Η συμπεριφορά του τύπου Α και η καρδιά σας*. In New York: Alfred A. Knopf

Garseen B. and Goodkin K. (1999): On the role of immunological factor as mediators Between psychological factors and cancer progression. In J. *Psychiatry 85, p.p51-61*
Glaser R. et al (1999): Stress induced immune-modulation: implications for infections Diseases. In J. *Jama 281, p.p. 2268-2270*
Graham J. et al (2002): Stressful life experiences and risk of repalse breast cancer, Observational cohort study. In *B.M.J. 321, p.p. 1420-1423*
Green B.L. et al (1998) : Prevalence of P.T.S.D. in women with breast cancer In J. *Psychosomatics 39, p.p. 102-111*
Grossath – Matick R. (1975): Krebserkrankung und Familie, in familiendynamik. In J. *Psychiatry 4, p.p. 294-301*
Hampton A.G. and Frombach I. (2000): Women's experience of traumatic stress in Cancer treatment. In J. *Health Care for Women International 21, p.p. 67-76*
Holden R.J. et al (1998): An immunological model connecting the pathogenesis of Stress, depression and carcinoma. In J. *Med Hypotheses 51, p.p. 309-314*
Jacobsen P.B. et al (1998): P.T.S.D. symptoms after bone marrow transplantation for Breast cancer. In J. *Psychosomatic Medicine 60, p.p. 366-371*
Jasmin G. and Cautin M. (1991): *Stress revisited neuroendocrinology of stress.* Karder
Kaasa S. et al (1993): Psychological distress in cancer patients with advanced disease. In J. *Radiotherapy and Oncology 27, p.p. 193-197*
Kalat W.J. *Βιολογική Ψυχολογία Τόμος Β.* Επιμέλεια: Καστελλάκης, Χρηστίδης. Εκδόσεις Έλλην
Kangas M. et al (2002): P.T.S.D. following cancer: a conceptual and empirical review In J.*Elsevier Science Ltd 22, p.p. 499-524*
Kiecolt J.K. Glaser et al (1985): Distress and DNA repair in human lymphocytes. In *J. Behavioural Medicine 8, p.p. 311-320*
La-Raja et al (1997): Depression secondary to tumours in patients who underwent Surgery for mammary carcinoma: psycho-pharmaceutical and psychotherapy Care. *In J. Experience Clinical Cancer 16, p.p. 209-216*
Mundy E.A. et al (2000) : P.T.S.D. in breast cancer patients following autologous Bone marrow transplantation or conventional cancer treatments. In *Behavioural Research and Therapy 38, p.p. 1015-1027*
Naidich J. and Motta R.W. (2000): P.T.S.D.- related symptoms in women with Breast cancer. In *J. Psychotherapy in Independent Practice 1, p.p. 35-54*
Pitman R.K. et al (2001) : Psycho physiologic assessment of P.T.S.D. in breast cancer Patients. In J *Psychosomatics 42, p.p. 133-140*
Petticrew A. Fraser J. and Regan M. (1999): Adverse life events and risk of breast Cancer: a meta analysis. In *Br. J. Health Psychology 4, p.p.1-17*
Rassidakis et al (1973): Anxiety, schizophrenia and carcinogenesis. In *Ment Health And research 15, p.p.567-571*
Rassidakis et al (1975): Illness of the psychosomatic. A psychogenetic and Ontogenetic regression. In J *Med Health and Research 17,p.p. 87-96*
Rassidakis et al (1978). A contribution to the study of the personality of cancer Patients. *Ment Health and Research 20,p.p 651-60*
Ρασσιδάκης Ν.Κ. (1983). Ψυχή και Καρκίνος. *Αθήνα*
Roberts F.D. et al (1996): Self-reported stress and risk of breast cancer. In J *Cancer 77, p.p. 1089-1093*
Selye H. Selye's Guide to stress research. *VNR Company*
Selye H. (1978). The stress of life. *New York: Mc Graw-Hill Book CO*

Simonton O.C. and Creighton J.L. (1988): Γίνε ξανά καλά: Μια ολιστική Προσέγγιση στη θεραπεία του καρκίνου. Μετ. Μυγιάκης Λ. *Αθήνα:Ιαμβλιχός*
Smith M.Y. et al (1999): Validation of the P.T.S.D. civilian version in survivors of Bone marrow transplantation. In *J. Traumatic Stress 12, p.p. 485-499*
Spiegal D. et al (1989): Effect of psychological treatment on survival of patients With metastatic breast cancer. In *Lancet 14, p.p. 888-891*
Tjemsland L. Soriend JA. And Malt UF. (1996): Traumatic stress symptoms in early Breast cancer: outcome 6 weeks post surgery. In J *Psycho-Oncology 5, p.p. 295-303*
Tjemsland L. et al (1998): Posttraumatic distress symptoms in operable breast cancer Status one year after surgery. In J *Breast Cancer Research and Treatment 47, p.p.141-151*
Vissoci Reiche E.M. et al (2004) : Stress, depression, the immune system and cancer A review. In J *Oncology 5, p.p. 617-625*
Χατήρα Π.Δ. (2000): *Κλινική ψυχολογική παρέμβαση στο παιδί και τον έφηβο με Βαρύ και χρόνιο νόσημα.* Αθήνα: Ζήτα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ:ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ