

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΑΡΙΤΣΗΣ

**ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΖΩΗΣ,
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ
ΚΑΙ
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

**ΤΟΥ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ ΤΡΙΚΑ**
Επιμελητού Β΄ της Ψυχιατρικής Κλινικής ΠΕΠΑΓΝΗ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 1997

Στη γυναίκα μου

Στο φίλο και σύντροφο Κιμ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

i-iv

I.	ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ	Σελίδες v
II.	ΠΡΟΛΟΓΟΣ	viii

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

1.	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
1.2.	ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΣΚΕΨΗΣ ΚΑΙ ΓΝΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ	2-60
1.2.1.	Εξέλιξη από τον 2ο αιώνα έως τις αρχές του 20ου αιώνα	2
1.2.2.	Εξέλιξη από το 1900 έως το 1950	3
1.2.3.	Εξέλιξη Δεκαετίας 1950-1960	4
1.2.4.	Εξέλιξη Δεκαετίας 1960-1970	5
1.2.5.	Εξέλιξη Δεκαετίας 1970-1980	10-27
1.2.5.1.	Ορμόνες και άλλες υποθέσεις καρκινογένεσης	12
1.2.5.2.	Ανοσοποιητικό Σύστημα και καρκινογένεση	12
1.2.5.3.	Στρεσσογόνα Γεγονότα Ζωής και καρκινογένεση	15
1.2.5.4.	Ψυχοπαθολογία και καρκινογένεση	18
1.2.5.5.	Καρκινογένεση και Προσωπικότητα	22
1.2.6.	Εξέλιξη από το 1981 μέχρι σήμερα	27-55
1.2.6.1.	Ανοσία και καρκινογένεση	28
1.2.6.1.1.	Πρώτη ενότητα: ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και ανοσία.....	29
1.2.6.1.2.	Δεύτερη ενότητα: Μειωμένη ανοσία και καρκινογένεση.....	33
1.2.6.1.3.	Τρίτη ενότητα: Σχέσεις ανοσίας, ψυχοκοινωνικών παραγόντων και κακοήθων νεοπλασμάτων.....	34
1.2.6.2.	Στρεσσογόνα Γεγονότα Ζωής και καρκινογένεση	37
1.2.6.2.1.	Ποσοτική εκτίμηση Στρεσσογόνων Γεγονότων Ζωής.....	37
1.2.6.2.2.	Υποκειμενική ένταση Στρεσσογόνων Γεγονότων Ζωής.....	39
1.2.6.3.	Ψυχοπαθολογία και καρκινογένεση	40
1.2.6.3.1.	Ψυχιατρικό προφίλ καρκινοπαθών υπό θεραπεία.....	41
1.2.6.3.2.	Σχέσεις ψυχοπαθολογίας καρκινοπαθών με άλλες ψυχοκοινωνικές παραμέτρους.....	42
1.2.6.4.	Συμπεριφορά Τύπου C, εσφαλμένες στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσσογόνων γεγονότων και καρκινογένεση.	43
1.3.	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΥΡΥΤΕΡΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ	56
1.4.	ΣΚΟΠΟΣ	61

1.5.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	62
-------------	---	-----------

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1.	ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟ	68-102
2.1.1.	ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ	68-73
2.1.1.1.	Σχεδιασμός και χαρακτηριστικά της πειραματικής ομάδας και της πρώτης ομάδας ελέγχου	69
2.1.1.2.	Σκοπός της επιλογής της πειραματικής ομάδας και της πρώτης ομάδας ελέγχου	70
2.1.1.3.	Σχεδιασμός και χαρακτηριστικά της δεύτερης ομάδας ελέγχου.....	71
2.1.1.4.	Σκοπός του σχεδιασμού της δεύτερης ομάδας ελέγχου	72
2.1.1.5.	Χαρακτηριστικά που διαφέρουν μεταξύ των ομάδων	73
2.1.1.6.	Κοινά χαρακτηριστικά του δείγματος	73
2.1.2.	Η ΜΕΘΟΔΟΣ	73-102
2.1.2.1.	Εισαγωγικές γνώσεις	73
2.1.2.2.	Υποθέσεις	74
2.1.2.3.	ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ	76
2.1.2.3.1.	Εξέταση Ψυχοπαθολογίας	76
2.1.2.3.2.	Εξέταση των Στρεσογόνων Γεγονότων Ζωής	77
2.1.2.3.3.	Εξέταση των Χαρακτηριστικών του Οικογενειακού Περιβάλλοντος	78
2.1.2.3.4.	Εξέταση γνωστικών στοιχείων, που ενδεχομένως σχετίζονται με Συμπεριφορές Τύπου C, στρατηγικών που είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C, και στρατηγικών που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C	79-82
2.1.2.3.4.1	Εξέταση γνωστικών στοιχείων, που ενδεχομένως σχετίζονται με Συμπεριφορές Τύπου C	79
2.1.2.3.4.2	Εξέταση στρατηγικών που σχετίζονται άμεσα ή είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C	82
2.1.2.4.	Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	83
2.1.2.5.	ΤΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ	83-94
2.1.2.5.1.	Εξέταση της ψυχοπαθολογίας	83
2.1.2.5.2.	Εξέταση των στρεσογόνων γεγονότων ζωής	85
2.1.2.5.3.	Εξέταση των Χαρακτηριστικών του Οικογενειακού Περιβάλλοντος.....	86
2.1.2.5.4.	Εξέταση γνωσίων συμβατών με Συμπεριφορές Τύπου C, και στρατηγικών, που σχετίζονται άμεσα ή είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C	88
2.1.2.5.4.1	Εξέταση γνωσίων που είναι συμβατές με Συμπεριφορές Τύπου C, με την τεχνική του δικτύου (grid)	88

2.1.2.5.4.2	Εξέταση Στρατηγικών πού σχετίζονται άμεσα ή είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C, με το ειδικά διαμορφωμένο Ερωτηματολόγιο.....	92
2.1.2.6.	Η ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	94-102
2.1.2.6.1.	Βασικές εισαγωγικές γνώσεις	94
2.1.2.6.2.	Επιλογή των στατιστικών δοκιμασιών	95
2.1.2.6.3.	Υποθέσεις της παρούσας έρευνας	95
2.1.2.6.4.	Η συλλογή και οι μετρήσεις των παρατηρήσεων	97
2.1.2.6.5.	Οι στατιστικές δοκιμασίες	98
2.1.2.6.5.1	Η δοκιμασία χ^2	98
2.1.2.6.5.2	Ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης σειράς του Spearman (r_s)	100
2.1.2.6.5.3	Η δοκιμασία Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test)	101
2.1.2.6.5.4	Η Παραγοντική Ανάλυση (Factor Analysis)	102
2.2.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	103-131
2.2.1.	Υπόθεση 1	103
2.2.2.	Υπόθεση 2	104
2.2.3.	Υπόθεση 3	105
2.2.4.	Υπόθεση 4	106
2.2.5.	Υπόθεση 5	106
2.2.6.	Υπόθεση 6	107
2.2.7.	Υπόθεση 7	108
2.2.8.	Υπόθεση 8	111
2.2.9.	Υπόθεση 9	115
2.2.10.	Υπόθεση 10	117
2.2.11.	Υπόθεση 11	119
2.2.12.	Υπόθεση 12	119
2.2.13.	Υπόθεση 13	122
2.2.14.	Υπόθεση 14	125
2.2.15.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ FACTOR ANALYSIS, πού έγινε στο «Ερωτηματολόγιο Εξέτασης Στρατηγικών, πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C»	129
2.3.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	132-152
2.3.1.	ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πλεονεκτήματα και ατέλειες	132
2.3.1.1.	Χαρακτηριστικά αντιπροσωπευτικού δείγματος	132
2.3.1.2.	Δημιουργία ομοιογενούς δείγματος για τις δύο προβιοψιακές ομάδες.....	132
2.3.1.2.1.	Κυριότεροι προβλέψιμοι, αιτιολογικοί παράγοντες πρόκλησης δευτερογενών διαφορών της προβιοψιακής ομάδας του δείγματος, πού ελέγχθηκαν	133
2.3.1.3.	Δημιουργία ομοιογενούς δείγματος για την δεύτερη ομάδα ελέγχου του δείγματος	135
2.3.1.3.1.	Σχεδιασμός, και χαρακτηριστικά της δεύτερης ομάδας ελέγχου.....	135
2.3.1.3.2.	Διαφορά από τις δύο προηγούμενες ομάδες και μεθοδολογικά προβλήματα	135
2.3.2.	ΤΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	137-149

2.3.2.1.	Ψυχοπαθολογία και καρκίνος μαστού	137
2.3.2.2.	Στρεσσογόνα γεγονότα ζωής και καρκίνος μαστού	141
2.3.2.3.	Χαρακτηριστικά του Οικογενειακού Περιβάλλοντος και καρκίνος μαστού.....	142
2.3.2.4.	Στρατηγικές, συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C, πού δεν περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία	144
2.3.2.5.	Γνωστικά στοιχεία, πού ενδεχομένως σχετίζονται με Συμπεριφορές Τύπου C, και Στρατηγικές σχετιζόμενες άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C	145
2.3.3.	ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	150-151
2.3.3.1.	Ψυχοπαθολογία και καρκίνος μαστού	150
2.3.3.2.	Στρεσσογόνα γεγονότα ζωής και καρκίνος μαστού	150
2.3.3.3.	Χαρακτηριστικά του Οικογενειακού Περιβάλλοντος και καρκίνος μαστού.....	150
2.3.3.4.	Γνωστικά στοιχεία πού ενδεχομένως σχετίζονται με Συμπεριφορές Τύπου C	150
2.3.3.5.	Στρατηγικές, πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C.....	150
2.3.4.	ΝΕΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ	152
2.4a.	ΠΕΡΙΛΗΨΗ	153
2.4b.	SUMMARY	154
Π	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	155-171
Π ₁	Υποθέσεις καρκινογένεσης σε σχέση με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.....	155
Π ₂	Σχέσεις Ψυχοπαθολογίας και Καρκίνου	156
Π ₃	Σχέσεις Προσωπικότητας και Καρκίνου. Κατάλογος ερευνητών πού εξέτασαν τις σχέσεις προσωπικότητας και καρκίνου, και τα ευρήματά τους	158
Π ₄	Η πλήρης μορφή του καταλόγου των Στρεσσογόνων Γεγονότων.....	159
Π ₅	Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES)	161
Π ₆	Μέτρηση των υποκλιμάκων του FES	163
Π ₇	Βαθμολογία των κατασκευασμάτων (constructs) και των στοιχείων (elements)	164
Π ₈	Elements και Constructs της παρούσας έρευνας	164
Π ₉	Τρόπος ελέγχου Συμπεριφοράς Τύπου C και εσφαλμένης στρατηγικής από το δίκτυο (Grid).....	165
Π ₁₀	Οδηγίες της πρώτης σελίδας του δικτύου (Grid)	166
Π ₁₁	Ακριβής μορφή της πρώτης σελίδας του δικτύου (Grid)	167
Π ₁₂	Πλήρης μορφή του Ερωτηματολογίου Εξέτασης Στρατηγικών πού σχετίζονται άμεσα ή είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C.....	168
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	174-182

I. ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Ημερομηνία γέννησης:	14 Ιουλίου 1953
Τόπος γέννησης:	Αλεξάνδρεια Αιγύπτου
Υπηκοότητα:	Ελληνική
Οικογενειακή κατάσταση:	Έγγαμος
Αρ. δελτίου ταυτότητας:	M 019738 Ζ΄ Παρ. Ασφ. Αθηνών 27.1.1983
Διεύθυνση κατοικίας:	Θεσσαλονίκης 12 Ηράκλειο 71 201
Τηλέφωνο κατοικίας:	(081) 288774
Διεύθυνση εργασίας:	Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Τ.Θ. 1352, Ηράκλειο 711 10
Αδεια ασκήσεως επαγγέλματος:	Νομαρχία Λέσβου, αρ. αδείας 7119/6.12.1980
Διπλώματα-Τίτλοι:	Πτυχίο Ιατρικής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, αρ. πτυχίου 14446/27.7.1980 Τίτλος Ιατρικής Ειδικότητας Ψυχιατρικής, Νομαρχία Αθηνών, αρ. αδείας 16405/24.9.1990 Αγγλική.
Γλώσσες:	
Μεταπτυχιακές σπουδές:	
Εκπαίδευση-θέσεις:	
1980-1981:	Υπηρεσία υπαίθρου, Α.Ι. Βασιλικών Λέσβου.
1981-1983:	Εσωτερικός βοηθός σε Ψυχιατρική Κλινική, Γερολυμάτου ΕΠΕ
1983-1984:	Ειδίκευση στην Παθολογική Ανατομία, Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Θεραπευτηρίου «Ο Ευαγγελισμός».
1984-1985:	Συμπλήρωση υπηρεσίας υπαίθρου, Αγροτικό Ιατρείο Α΄ Τάξεως Λογγάς Ν. Μεσσηνίας.
1985-1986:	Εσωτερικός βοηθός σε Ψυχιατρική Κλινική, Γερολυμάτου ΕΠΕ
1986-1987:	Προκαταρκτική Άσκηση στην ειδικότητα της Ψυχιατρικής, Νευρολογική Κλινική του Κρατικού Νοσοκομείου Νίκαιας.
1987-1990:	Άσκηση στην ειδικότητα της Ψυχιατρικής, «Δρομοκαΐτειο» Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών. Εκτός από την κυρίως άσκηση μέσα στο ωράριο ειδικότητας, εκπαίδευση από τον Διευθυντή του βου Ψυχιατρικού Τμήματος κ. Ν. Παρίση: 1) στην Εξέταση της Παρούσας Ψυχικής Κατάστασης, των Wing, Cooper και Sartorius, και 2) από τον Ιούλιο 1987 έως τον Απρίλιο 1989, στη θεωρία και την κλινική εφαρμογή της Συστημικής Οικογενειακής Θεραπείας.
1988-1990:	Διετές Σεμινάριο στην Θεραπεία Οικογένειας και Ζευγαριών. Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Υπεύθυνος Επίκουρος Καθηγητής κ. Β. Τομαράς.
1990-1991:	Θέση Επιστημονικού Διευθυντού σε Ψυχιατρική Κλινική, Γερολυμάτου ΕΠΕ.
1991-σήμερα:	Επιμελητής Β΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου.
Συμμετοχή σε Επιστημονικές Εταιρίες:	Τακτικό Μέλος της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρίας, από 6/12/1990.
Εκπαιδευτικό έργο:	<u>Συμμετοχή, από το 1991 μέχρι σήμερα:</u> 1. στη διδασκαλία από αμφιθέατρο στα μαθήματα «Εισαγωγή στην Κλινική Ψυχολογία» και «Ψυχιατρική», στους

- φοιτητές της ιατρικής του 1ου και του 8ου εξαμήνου, αντίστοιχα,
2. στη διδασκαλία των θεωρητικών μαθημάτων της πρακτικής άσκησης των εκτοετών φοιτητών της ιατρικής,
 3. στην εκπαίδευση των ειδικευομένων στην Ψυχιατρική Κλινική ιατρών: α) στην Ψυχιατρική Σημειολογία, β) εκμάθηση ψυχιατρικής εξέτασης με την δομημένη συνέντευξη των Wing, Cooper και Sartorius (PSE), γ) λήψη Ψυχιατρικού Ιστορικού, δ) διάγνωση και διαφορική διάγνωση, καθώς και ε) στην εκμάθηση της Σύγχρονης Κλινικής Ταξινόμησης των Ψυχικών Διαταραχών σε Εθνικά και Διεθνή Ταξινομικά Συστήματα.
 4. στην εκπαίδευση πτυχιούχων επαγγελματιών ψυχικής υγείας του Τομέα Ψυχιατρικής και Επιστημών Συμπεριφοράς, του Πανεπιστημίου Κρήτης, στα πλαίσια του εξαμήνου Σεμιναρίου (Ιανουάριος-Ιούνιος 1997): «Εισαγωγή στη Συστημική Θεραπεία».

Ερευνητικό έργο:
Ειδικευόμενος Ψυχιατρικής
(1987-1990):

Στο «ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ»,
6ο Ψυχιατρικό Τμήμα. Διευθυντής: Ν. Παρίσης, MD, Ph. D.

Συμμετοχή στην έρευνα για την εξέταση των διαφορών της ηλεκτροεγκεφαλογραφικής συνέργειας (EEG coherence) σχιζοφρενών και υγιών εθελοντών.

Επιμελητής Β' (1991-σήμερα):

Στην ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ. Διευθυντής: Αναπληρωτής
 Καθηγητής Ν. Παρίσης

«Στρεσογόνα γεγονότα ζωής, συμπεριφορά, και ανάπτυξη καρκίνου». Κύριος ερευνητής στην εκπόνηση της παρούσας διδακτορικής διατριβής που άρχισε το 1991 και περατώθηκε το 1997, και συμμετοχή στις ακόλουθες έρευνες:

1. «Ψυχιατρικό προφίλ συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου», με κύριο ερευνητή τον Καθηγητή κ. Ο. Μανούσο, και συνεργητές τους: Ν. Φραγκιαδάκη, Π. Τρίκα, Μ. Ρουσομουστακάκη και Ν. Παρίση.
2. Πρόγραμμα STRIDE HELLAS (1992-1993), με κύριο ερευνητή τον Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Ν. Παρίση, με συμμετοχή του Π. Τρίκα στη δημιουργία ψυχιατρικής βάσης δεδομένων, που περιελάμβανε πλήρως κωδικοποιημένο ιστορικό και κωδικοποιημένη ψυχιατρική συνέντευξη (PSE).
3. «Γενετική σύνδεση της εκδήλωσης της Σχιζοφρένειας με δυνητικό τόπο του χρωμοσώματος 5 σε επιλεγμένες οικογένειες της Κρήτης», με Κύριους ερευνητές τους: Καθηγητές κ.κ. Ν. Ανάγνου και Ν. Παρίση, και Συνερευνητές τους: Π. Τρίκα και Α. Κοιλάδη.
4. «Εργαστήριο αξιολόγησης ψυχικής κατάστασης με τη βοήθεια υψηλής τεχνολογίας», με Κύριο Ερευνητή τον Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Ν. Παρίση και Συνερευνητές τους: Κ. Μπάλλα, Ι. Μαρούδα, Α. Καλαϊτζάκη, Π. Τρίκα και Ε. Βεργάκη.
5. «Εφαρμογή μίας συστημικής μεθοδολογίας στο σχεδιασμό και υλοποίηση της επαγγελματικής κατάρτισης ατόμων με ειδικές ανάγκες: Αξιολόγηση της πειραματικής ενέργειας σε άτομα με ειδικές διανοητικές και ψυχικές ανάγκες.» (τρέχον πρόγραμμα).

Κλινικό έργο:
Επιμελητής Β' (1991-σήμερα)

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ. Διευθυντής: Αναπληρωτής Καθηγητής Ν.
 Παρίσης

Συμμετοχή στις δραστηριότητες των τακτικών εξωτερικών ιατρείων, διασυνδετικής ψυχιατρικής, θεραπείας εσωτερικών νοσηλευομένων, και ανάληψη των εξής επιπλέον καθηκόντων:

1. Υπευθυνότητα της Μονάδας Βραχείας Νοσηλείας από 5/3/1993 έως 18/5/1994.
2. Καθήκοντα ψυχοθεραπευτού, στο ειδικό ιατρείο Συστημικής Ψυχοθεραπείας, από 21/5/1991 έως 5/3/1993,.
3. Εξέταση και κωδικοποίηση όλων των υπό την ευθύνη ασθενών, με την δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη των Wing, Cooper και Sartorius (PSE).

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ

A. Δημοσιεύσεις σε πλήρες κείμενο:

1. Το Συστημικό Πρότυπο, Lynn Hoffmann, μετάφραση: Π. Τρίκας, Ν. Παρίτσης. «ΤΕΤΡΑΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ» Μάιος-Ιούλιος 1990, **30**: 72-83.
2. EEG Coherence During Hemispheric Activation in Schizophrenics. Michelogiannis S, Paritsis N, and Trikas P. Eur. Arch. Psychiatry Clin Neurosci. (1991), **241**: 31-34.
3. «On the application of neural networks and parallel pattern recognition methods in clinical psychiatry». Karras DA, Chatzakis EG, Vlachonikolis IG, Trikas P and Paritsis N. Δόθηκε για δημοσίευση (1996) στο: Journal of Parallel Algorithms Applications.
4. «The Psychiatric Profile of Women with Breast Cancer». Panayotis Trikas, George Samonis, Vasilis Georgoulas, Dimitris Tsiftsis, Sofoklis Vasilakis and Nikolas Paritsis. Υπό συγγραφή.
5. «Η ψυχοσωματική διάσταση του καρκίνου του μαστού» (1997). Ν. Παρίτσης και Π. Τρίκας. Δόθηκε για δημοσίευση στο: «Χειρουργική».
6. «Ειδικά Οικογενειακά Χαρακτηριστικά γυναικών με Καρκίνο Μαστού» (1997). Π. Τρίκας, Γ. Σαμώνης, Β. Γεωργούλιας, Δ. Τσιφτσής, Σ. Βασιλάκης, και Ν. Παρίτσης. Δόθηκε για δημοσίευση σε πλήρες κείμενο στο βιβλίο περιλήψεων της 2ης Πανελλήνιας Συνάντησης Συστημικής Θεραπείας, Θεσσαλονίκη (1997).

B. Δημοσιευμένες περιλήψεις σε πρακτικά συνεδρίων:

1. «A coherence estimation of hemispheric activation in Schizophrenics», J. Micheloyannis, N. Paritsis, P. Trikas, A. Yannopoulos, N. Marketos, E. Prokopakis Abstract 1525, p. 396. VIII World Congress of Psychiatry, Athens. In: « Psychiatry today: Accomplishments and promises», CN Stefanis, CR Soldatos, AD Rabavilas (Eds), Excerpta Medica, Amsterdam (1989).
2. «Some implication of EEG analysis on understanding the schizophrenic process». Paritsis N, Michelogiannis J and Trikas P. VII Congress of the International Society of Greek Neuroscientists. Chania. Book of Abstracts (1992).
3. «Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (ΣΕΕ) και ψυχιατρικές διαταραχές». Φραγκιαδάκης Ν, Τρίκας Π, Ρουσσομυστακάκη Μ, Παρίτσης Ν και Μανούσος Ο. 13ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας. (περίληψη αρ. 330, σελ. 83), Ρόδος (1993).
4. «Βαθμός ψυχοπαθολογίας καρκινοπαθών και μη καρκινοπαθών ασθενών». Τρίκας Π., Γεωργούλιας Β., Σαμώνης Γ., Παρίτσης Ν. (Περίληψη αρ. 115.), 13ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη (1994).
5. «Σύγκριση της ψυχοπαθολογίας μεταξύ γυναικών με καρκίνο του μαστού και γυναικών με καλοήθεις μαστοπάθειες». Τρίκας Π., Γεωργούλιας Β., Σαμώνης Γ., Παρίτσης Ν. P43, σελ. 30. 14ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Ηράκλειο (1996).
6. «Ειδικού Τύπου Οικογενειακές Σχέσεις σε Καρκίνο Μαστού, χρήσιμες στην πρόληψη και θεραπεία». Τρίκας Π., Σαμώνης Γ., Γεωργούλιας Β., Τσιφτσής Δ., Βασιλάκης Σ., Παρίτσης Ν. 2η Πανελλήνια Συνάντηση Συστημικής Θεραπείας, (Βιβλίο περιλήψεων σελ. 39-40) Θεσσαλονίκη (1997).
7. «Γενετική Ανάλυση διασύνδεσης των γονιδίων των ντοπαμινεργικών υποδοχέων DRD5, DRD4 και DRD5 στη σχιζοφρένεια και τις συναισθηματικές διαταραχές». Palena, N. Παρίτσης, Α. Κοιλιάδη, Π. Τρίκας, Ι. Βλαχονικολής και Ν. Π. Ανάγνου. 23ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο (Περίληψη αρ. 295, σελ. 76), Αθήνα (1997).

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

1. VIII World Congress of Psychiatry, Athens (1989).
2. 6ο Παγκρήτιο Ιατρικό Συνέδριο. Ρέθυμνο (1992).
3. VII Congress of the International Society of Greek Neuroscientists, Chania (1992).
4. 13ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας. Ρόδος (1993).
5. 13ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη (1994).
6. 14ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής. Ηράκλειο (1996).
7. 2η Πανελλήνια Συνάντηση Συστημικής Θεραπείας. Θεσσαλονίκη (1997).
8. 23ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο (1997).

II. ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σύμφωνα με τα σωζόμενα κείμενα, οι πρώτες εμπειρικές κλινικές παρατηρήσεις που συνδέουν τους ψυχολογικούς παράγοντες με τη καρκινογένεση ανάγονται στο δεύτερο αιώνα μ.Χ., και οφείλονται στον Γαληνό. Στοιχεία παρεμφερή με τις παρατηρήσεις του Γαληνού άρχισαν να δημοσιεύονται αρκετούς αιώνες αργότερα, δηλαδή τον 18ο και τον 19ο αιώνα, και μάλιστα από παθολόγους και χειρουργούς. Η ψυχιατρική έστρεψε προς την κατεύθυνση αυτή το ενδιαφέρον της, λίγο πριν τα μέσα του 20ου αιώνα. Ο ειδικός κλάδος της ψυχιατρικής, η ψυχο-ογκολογία, πού ασχολείται με το θέμα αυτό, αναπτύχθηκε κατά τις τελευταίες μόλις δεκαετίες. Το πεδίο έρευνας του κλάδου αυτού παραμένει ακόμη γόνιμο και ανοικτό προς την κατεύθυνση των περισσότερων ψυχοκοινωνικών παραγόντων, πού εμπλέκονται στην καρκινογένεση. Τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ασθενών με καρκίνο μαστού περιλαμβάνουν την Προσωπικότητα C. Η διερεύνηση συμπληρωματικών ψυχολογικών χαρακτηριστικών αποτελεί το σκοπό της έρευνας αυτής. Την ιδέα αυτή ενθάρρυνε ο Αναπληρωτής Καθηγητής κ. Ν. Παρίτσης, του οποίου οι παρατηρήσεις αποτέλεσαν τον ακρογωνιαίο λίθο για τις υποθέσεις, αλλά και τη σφαιρικότερη και πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση του θέματος.

Η παρούσα διατριβή εκπονήθηκε με Επιβλέποντα Καθηγητή τον κ. Ν. Παρίτση, και μέλη της τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής τους Αναπληρωτές Καθηγητές Παθολογίας/Ογκολογίας κ.κ. Γεωργούλια Β και Σαμώνη Γ.

*Παρ' όλο πού θεωρείται από τον γράφοντα αυτονόητο, αποτελεί εν τούτοις ηθικό καθήκον να τονισθεί ότι η έρευνα αυτή όχι μόνο δεν θα είχε περατωθεί, αλλά δεν θα ήταν εφικτό ούτε να αρχίσει, χωρίς την μακρόχρονη προσωπική συμβολή και τις συνεχείς συμβουλές του επιβλέποντος κ. Ν. Παρίτση, εκτός από τις λοιπές φάσεις της έρευνας, και στην αποκλειστικά προσωπική του διαμόρφωση δικτύου (Grid), με την τεχνική του G. Kelly, για την εξέταση σχέσεων ανάμεσα σε έννοιες, πού αντιστοιχούν σε συγκεκριμένες γνώσεις πού εξετάζονται. Έτσι λοιπόν, εκτός από τις πιο θερμές μου ευχαριστίες για την πολύπλευρη βοήθειά του, οι γραμμές αυτές μου δίνουν την ευκαιρία να εκφράσω την μεγάλη εκτίμησή μου στον άνθρωπο, επιστήμονα και δάσκαλο, Αναπληρωτή Καθηγητή **Νίκο Παρίτση**, ο οποίος εκτός από τις γνώσεις, με έμαθε επιπλέον και πώς να μαθαίνω.*

*Την παρούσα έρευνα παρακολούθησαν σε όλες τις φάσεις της, οι Καθηγητές-Μέλη της Συμβουλευτικής Επιτροπής κ.κ. **Βασίλης Γεωργούλιας** και **Γιώργος Σαμώνης**, οι οποίοι με τις ειδικές γνώσεις τους στα θέματα Ογκολογίας της έρευνας αυτής, στάθηκαν πολύτιμοι σύμβουλοι και συμπαράστατες. Ιδιαίτερα δε η βοήθεια εκ*

μέρους του Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Β. Γεωργούλια, κυριολεκτικά όποτε του την ζήτησα, καθώς και οι πολυήμερες συμβουλές του Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Γ. Σαμώνη σε εξειδικευμένα θέματα σταδιοποίησης των κακοήθων νεοπλασμάτων, και σε όποια γενικά απορία είχα στα ειδικά αυτά θέματα, υπήρξαν καταλυτικές για την ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας. Για τους λόγους αυτούς θέλω να τους εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου.

Στον Αναπληρωτή Καθηγητή της Βιοστατιστικής κ. **Γιάννη Βλαχονικολή**, πού αφιέρωσε πολύωρες συμβουλές και υποδείξεις, κάνοντας μάλιστα και την επεξεργασία των στοιχείων, κατά τη διάρκεια των πρώτων φάσεων της παρούσας έρευνας, θέλω επίσης να απευθύνω τις πιο θερμές μου ευχαριστίες. Οι πολύτιμες συμβουλές του μου επέτρεψαν να συνεχίσω και να ολοκληρώσω, αυτοδύναμα πλέον, την επεξεργασία των στοιχείων της έρευνας αυτής.

Στους Τακτικούς Καθηγητές Χειρουργικής κ.κ. **Σοφοκλή Βασιλάκη** και **Δημήτρη Τσιφτσή**, πού ενθάρρυναν την έρευνα αυτή, και επέτρεψαν πρόθυμα και ανεπιφύλακτα, την κλινική εξέταση των προβιοψιακών ασθενών της έρευνας αυτής, στις κλινικές τους, θέλω να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες.

Τέλος, θεωρώ χρέος μου να ευχαριστήσω όλες τις ασθενείς, πού είτε μέσα στην αγωνία για το επικείμενο αποτέλεσμα μίας βιοψίας, είτε στον ανθρώπινο πόνο τους, κατά την μακρόχρονη και -ψυχικά τουλάχιστον- επίπονη θεραπεία τους, είχαν την υπομονή να δώσουν τις απαραίτητες πληροφορίες, γνωρίζοντας ότι: 1) δεν είναι υποχρεωμένες να το κάνουν, και 2) το μόνο κέρδος τους ήταν να βοηθηθούν, ενδεχομένως, άλλοι άνθρωποι.

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.

Η γραμμική σκέψη στην αναζήτηση της αιτιοπαθογένειας των νόσων, που κυριαρχεί στο βιοϊατρικό μοντέλο της ιατρικής, έχει απονήσει κατά τις τελευταίες τρεις περίπου δεκαετίες, παραχωρώντας τη θέση του στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο (Engel, 1977) [60], πού αποδέχεται την άποψη της γενικής θεωρίας των συστημάτων, σύμφωνα με την οποία όλα τα επίπεδα οργάνωσης αλληλοσυνδέονται με μία ιεραρχική σχέση, έτσι ώστε αλλαγή σε ένα επίπεδο να επιδρά και στα άλλα (Bertalanffy 1952, 1968) [28, 29]. Η ανάγκη για μία αποδοχή αυτού του μοντέλου τονίζεται σε εμπειριστατωμένες ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας, (Pettingale 1985, Levy 1985, Baltrusch et al 1988) [176, 146, 11], πού αναλύεται στο κεφάλαιο 1.2., όπου εξετάζονται τα θέματα της βιολογίας των όγκων σε σχέση με το ΚΝΣ, το ενδοκρινικό, το ανοσοποιητικό, καθώς και τους ενδεχόμενους ψυχοβιολογικούς μηχανισμούς, πού τα αλληλοσυνδέουν. Τα πιο πάνω αναγκάζουν πλέον με τα συγκλίνοντα ευρήματά τους, τον σύγχρονο ερευνητή να διαβλέπει και να αναμένει την τελική απάντηση στα αίτια των κακοήθων νεοπλασιών, μέσα από ένα πολυεπίπεδο σύνολο ποικίλων αλλά και αλληλοεξαρτώμενων παραγόντων, πού έχουν σαν τελικό αποτέλεσμα την κλινική εμφάνιση της κακοήθους νεοπλασίας.

Υπό το πρίσμα λοιπόν αυτού του πολυεπίπεδου μοντέλου πού θεωρεί πολυπαραγοντική την αιτιότητα όλων των νοσημάτων, καθίσταται πρόδηλη και η ανάγκη της μελλοντικής εξέτασης σε αλληλεξάρτηση των μεταβλητών, πού αναφέρθηκαν και ήδη έχουν εξεταστή μέχρι σήμερα από άλλους ερευνητές -αν και αποσπασματικά-, σε συνάρτηση με διάφορους βιολογικούς παράγοντες. Το συγκεκριμένο όμως πεδίο έρευνας, αφήνει εκτός από τις απαντήσεις, και αρκετά επίσης ερωτήματα προς επίλυση.

1.2. ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΣΚΕΨΗΣ ΚΑΙ ΓΝΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ.

1.2.1. Εξέλιξη από τον 2ο αιώνα έως τις αρχές του 20ου αιώνα.

- *Οι πρώτες υποθέσεις ότι η θλίψη και τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής σχετίζονται με την έναρξη και την έκβαση του καρκίνου, ανάγονται στην αρχαιότητα και βασίζονται αποκλειστικά και μόνο σε εμπειρικά δεδομένα μέχρι τις αρχές του αιώνα μας, με εξαίρεση την εργασία του γιατρού Herbert Snow, που πρώτος ανακοίνωσε στατιστική ερευνητική εργασία σ' αυτό το πεδίο έρευνας παρ' όλο που ήταν ελλιπής σε μεθοδολογία. Επίσης, σ' αυτή την περίοδο διατυπώνεται η ασαφής -αλλά πάντως πρωτοποριακή στο είδος της- υπόθεση περί πολλαπλής αιτιότητας του καρκίνου σε σχέση με τα ψυχιατρικά συμπτώματα, από τον James Paget.*

Το πρώτο γνωστό κείμενο που συνδέει τους ψυχολογικούς παράγοντες με τη καρκινογένεση ανάγεται στο δεύτερο αιώνα μ.Χ. όπου ο Γαληνός με βάση εμπειρικές πάντοτε κλινικές παρατηρήσεις, ανέφερε ότι οι μελαγχολικές γυναίκες παρουσίαζαν καρκίνο του μαστού πολύ συχνότερα από τις αισιόδοξες (Bahnsen 1980, 1981) [6].

Αρκετούς αιώνες αργότερα, χειρουργοί και παθολόγοι αναφέρουν εμπειρικά επίσης δεδομένα, όπως ο Gendron το 1701 [80], που έγραψε ότι γυναίκες με σοβαρή κατάθλιψη και υψηλό άγχος έρεπαν προς τον καρκίνο και ο Guy το 1759 [102], που συνέδεε τα "υστερικά και νευρικά παράπονα", την "αμβλεία, απαθή και μελαγχολική προδιάθεση" και "συμφορές της ζωής" με την παθογένεση του καρκίνου των γυναικών.

Μία εκατονταετία περίπου αργότερα, το 1870, ο James Paget [171], στο σύγγραμμά του της Χειρουργικής Παθολογίας, διατυπώνει την πρώτη, υπόθεση περί πολλαπλής αιτιότητας του καρκίνου, που περιείχε και ένα ψυχιατρικό παράγοντα. Η υπόθεση αυτή, όπως και οι προηγούμενες, αποτελούσε προϊόν κλινικής εμπειρίας:

"είναι τόσο συχνές οι περιπτώσεις, κατά τις οποίες βαθύ άγχος, φθίνουσα ελπίδα και απογοήτευση, ακολουθούνται από την ανάπτυξη και πρόοδο του καρκίνου, ώστε δύσκολα μπορούμε να αμφισβητήσουμε ότι η κατάθλιψη αποτελεί μία σημαντική προσθήκη στις λοιπές επιδράσεις, που ευνοούν την ανάπτυξη της καρκινοματώδους καταστάσεως".

Το 1883, ο γιατρός Herbert Snow, παρουσιάζοντας την πρώτη, στατιστική έρευνα [202], αναφέρθηκε σε ένα δείγμα 250 εσωτερικών και εξωτερικών καρκινοπαθών του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου του Λονδίνου. Από αυτούς, οι 156 ανέφεραν ότι προηγήθηκε αμέσως πριν την εκδήλωση της νόσου, πρόβλημα, που ήταν συχνά του οδοντηρίου τύπου της απώλειας ενός στενού συγγενούς. Οι 32 ανέφεραν δυσκολίες στην εργασία και στερήσεις, οι 43 είχαν ιστορικά, που επέτρεπαν την εκδοχή μηχανικής κάκωσης, και μόνο 19 δεν ανέφεραν κάποια αιτιώδη συνάφεια. Αυτή η εργασία απετέλεσε το έναυσμα για τις μετέπειτα έρευνες, τόσο κατά το πρώτο όσο και κατά το δεύτερο ήμισυ του αιώνα μας, που περιελάμβαναν το στοιχείο της απώλειας, σαν υπό διερεύνηση συντελεστικό όρο της καρκινογένεσης, όπως θα δούμε στη συνέχεια, σε εργασίες των Evans (1926) [62], LeShan (1959) [142], Kissen & Eysenck (1962) [131], και άλλων.

Τέλος, το 1896 δημοσιεύεται ένα από τα σημαντικά εμπειρικά ευρήματα, σε ανθρώπους, που υποδηλώνει ήδη από τα τέλη του 19ου αιώνα ότι υπάρχει ορμονοεξάρτηση σε ορισμένα είδη καρκίνου, χωρίς ακόμη να έχουν γίνει υποθέσεις, που να συνδέουν ορμονικούς και ψυχολογικούς παράγοντες στην καρκινογένεση. Η δημοσίευση αυτή έγινε από τον Beatson (1896) [22], ο οποίος περιγράφει την ωθηκεκτομή, σαν νέα μέθοδο για την αντιμετώπιση προχωρημένου καρκίνου του μαστού, αναφέροντας περιπτώσεις υποχώρησης καρκίνου του μαστού σε αρκετές ασθενείς, μετά από τέτοιου είδους χειρουργική επέμβαση. Για την οριστική τεκμηρίωση αυτού του ευρήματος όπως θα δούμε στη συνέχεια, χρειάστηκε να περάσουν 63 χρόνια για να επιβεβαιωθεί πρώτα σε πειραματόζωα (Huggins et al, 1959)

[117], και λίγο αργότερα να γίνουν οι τελικές ανακοινώσεις, που επιβεβαίωναν τα ευρήματα σε ανθρώπους (Lewison, 1965) [147].

1.2.2. Εξέλιξη από το 1900 έως το 1950.

* *Μέσα στο πρώτο ήμισυ του αιώνα μας, γίνεται συγκεκριμένη περιγραφή ψυχοπαθολογίας σαν προάγγελου του καρκίνου του παγκρέατος, δίνονται ποσοστά εμφάνισης αυτού του τύπου της συνδρομής, διαμορφώνεται για πρώτη φορά συγκεκριμένη υπόθεση ψυχοβιολογικής αιτιότητας των κακοήθων νεοπλασμάτων, και επιβεβαιώνεται η ορμονοεξάρτηση του καρκίνου του προστάτη σε πειραματόζωα. Στην πλειονότητά της όμως η έρευνα παραμένει ελλειμματική σε μεθοδολογία, μη περιλαμβάνοντας στα δείγματά της ομάδες ελέγχου.*

Το 1923, πρώτοι οι Scholz και Pfeiffer [192], ανακοίνωσαν ότι το άγχος δυνατόν να προηγείται της κλινικής εμφάνισης του καρκίνου του παγκρέατος. Τρία δε χρόνια αργότερα, το 1926, η Evans [62], σε μία πρωτοποριακή για την εποχή της υπόθεση, μετά από ψυχανάλυση καρκινοπαθών ασθενών της, πιστεύει ότι μια από τις βασικές αιτίες του καρκίνου είναι η απώλεια αγαπημένου αντικειμένου ή μιας σημαντικής σχέσης, με συνακόλουθη κατάθλιψη, η οποία οδηγεί την ψυχική ενέργεια προς τα έσω, εναντίον δηλαδή της φυσικής σωματικής άμυνας, με τελικό αποτέλεσμα την εμφάνιση καρκίνου. Μια υπόθεση δηλαδή που συμπεριλαμβάνει, με την ορολογία εκείνης της εποχής, και το ανοσοποιητικό σύστημα.

Η δημοσίευση των Scholz & Pfeiffer (1923) [192], που μόλις πιο πάνω αναφέρθηκε, ήταν η βάση πάνω στην οποία στηρίχθηκαν η μία μετά την άλλη μέσα στα επόμενα χρόνια, όπως θα δούμε, οι σχετικές έρευνες για τα πρόδρομα ψυχιατρικά συμπτώματα στον καρκίνο του παγκρέατος (Yaskin et al 1933, Savage et al 1952, Frasc et al 1967) [244, 190, 73]. Μία άλλη όμως θεωρητική εργασία που έγινε λίγα χρόνια αργότερα (Foque 1931) [70], ήταν το έναυσμα για να γίνουν οι πρώτες έρευνες σε πειραματόζωα (Huggins & Hodes, 1941) [116] για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ορμονών και καρκινογένεσης. Έτσι λοιπόν, λίγα χρόνια αργότερα, το 1931, παρουσιάζονται δύο δημοσιεύσεις, η μια περιγραφική στις ΗΠΑ, και η άλλη θεωρητική/υποθετική σε σχέση με την παθογένεια του καρκίνου, στο Παρίσι. Ο Yaskin λοιπόν στις ΗΠΑ, (Yaskin, 1931) [244], ήταν ο πρώτος, που περιέγραψε τα πρόδρομα ψυχιατρικά συμπτώματα, που παρουσιάζονται σε μερικές περιπτώσεις καρκίνου του παγκρέατος, η δε περιγραφή του παραμένει μέχρι σήμερα κλασσική στο είδος της: κατάθλιψη με κρίσεις κλάματος, απνία μη ανταποκρινόμενη στα συνήθη υπναγωγά, άγχος και αγχώδες προμήνυμα σοβαρής νόσου. Ο Foque στο Παρίσι, (1931) [70], εκφράζοντας μια γενική, αλλά από τις πρώτες στο είδος τους, πολυπαραγοντικές υποθέσεις καρκινογένεσης, ισχυρίζεται ότι τα καταθλιπτικά συναισθήματα, δια μέσου του ΚΝΣ, επηρεάζουν τις ενδοκρινικές ισορροπίες κατά τέτοιο τρόπο ώστε τα κύτταρα γίνονται ευπαθή στην καρκινογόνο δράση δευτερογενών αιτιών, που προφανώς δεν θα μπορούσαν διαφορετικά να επιδράσουν, όπως: ακτίνες χ, χημικοί παράγοντες και ιοί. Δυο χρόνια μετά τη δημοσίευση του Yaskin, οι Eusterman και Wilbur (1933) [61], εξετάζοντας 88 ασθενείς με καρκίνο παγκρέατος χωρίς ίκτερο, έδωσαν πρώτοι τα ποσοστά εμφάνισης της συνδρομής, που περιέγραψε ο Foque, υπολογίζοντας την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας σε καρκίνο του παγκρέατος σαν πρώτης εκδήλωσης, σε 10% περίπου.

Τέλος το 1941, οι Huggins και Hodes [116], σε εργασίες τους με πειραματόζωα, αρχίζουν να ρίχνουν κάποιο φως στην υπόθεση του Foque, που έγινε δέκα χρόνια νωρίτερα, αποδεικνύοντας ότι ο καρκίνος του προστάτη είναι ορμονοεξαρτώμενος. Τούτο επιβεβαιώθηκε για τον άνθρωπο είκοσι χρόνια αργότερα, όπως θα δούμε στις επόμενες δεκαετίες.

1.2.3. Εξέλιξη Δεκαετίας 1950-1960.

* Σ' αυτή τη δεκαετία διατυπώθηκαν οι πρώτες ιδέες από τους Bacon και συν, για την προσωπικότητα που είναι επιρρεπής για καρκίνο, ενώ συνεχίστηκαν οι έρευνες για την επιβεβαίωση της ορμονοεξάρτησης του καρκίνου από τον Huggins, καθώς και οι προσπάθειες συσχέτισης μεταξύ καρκίνου, στρεσογόνων γεγονότων και ψυχολογικών παραγόντων, κυρίως από τον LeShan. Η έρευνα συνεχίζεται και σ' αυτή τη δεκαετία με τον τρόπο σκέψης του αιτίου-αποτελέσματος, έτσι ώστε να ανακοινώνονται σε κλινικές έρευνες υποθέσεις για το ρόλο των ορμονών στον καρκίνο από τον Bell, ενώ από εργασίες σε πειραματόζωα προκύπτουν ευρήματα που αφορούν και άλλους μη ορμονικούς παράγοντες, όπως στην εργασία του Lasnitzki, που υποθέτει ότι η βιταμίνη Α έχει σχέση με την καρκινογένεση. Τέλος οι Perrin και Pierce διατύπωσαν αρχές μεθοδολογίας για τις έρευνες που εξετάζουν σχέσεις μεταξύ καρκίνου και ορισμένων στοιχείων προσωπικότητας, που μέχρι τότε βρισκότουσαν σε νηπιακό στάδιο.

Μία περίπου εικοσαετία μετά τους Eusterman και Wilbur [61], οι Savage, Butcher και Noble (1952) [190], υπολογίζουν στο διπλάσιο, 20% δηλαδή, το ποσοστό της πρόδρομης του καρκίνου του παγκρέατος ψυχιατρικής συνδρομής, ενώ την επόμενη δεκαετία τούτο φαίνεται, όπως θα δούμε, να ανεβαίνει ακόμη περισσότερο. Την ίδια χρονιά, οι Bacon, Rennecker και Kulter (1952) [3], δημοσίευσαν μια από τις πρωϊμότερες υποθέσεις, που συσχετίζουν χαρακτηριστικά προσωπικότητας επιρρεπούς σε καρκίνο, μετά από λεπτομερή ψυχαναλυτική εξέταση 40 γυναικών με καρκίνο μαστού, καταλήγοντας ότι είχαν έξι σημαντικά χαρακτηριστικά συμπεριφοράς:

1. μαζοχιστική δομή προσωπικότητας,
2. ανασταλμένη σεξουαλικότητα,
3. ανασταλμένη μητρότητα,
4. ανικανότητα να εκφορτίζουν ή να αντιμετωπίζουν κατάλληλα δυσάρεστα συναισθήματα, όπως: θυμό, επιθετικότητα ή εχθρότητα, που παρουσιάζονται γι' αυτό το λόγο καλυμμένα από προσωπείο ευθυμίας,
5. άλυτη εχθρική διαμάχη με τη μητέρα, διακινούμενη μέσω άρνησης και μη ρεαλιστικής θυσίας και
6. αναβλητικότητα της δόκιμης θεραπείας.

Οι Bacon και συν. τελικά, υποθέτουν ότι: "οι συναισθηματικές πιέσεις ενδέχεται να δρουν καταλυτικά στην καρκινική αντίδραση".

Τρία χρόνια αργότερα, το 1955, ο Lasnitzki [139], βρίσκει σε έρευνες με πειραματόζωα ότι η βιταμίνη Α εμπλέκεται στην καρκινογένεση, ενώ τον ίδιο χρόνο οι LeShan και Worthington [141], χρησιμοποιώντας μια προβλητική δοκιμασία του δεύτερου, δημοσίευσαν μια από τις πρώτες συγκριτικές έρευνες, που περιλαμβάνουν ένα χαρακτηριστικό συμπεριφοράς επιρρεπούς σε καρκίνο, και ένα σοβαρό στρεσογόνο γεγονός του τύπου της απώλειας, με αναδρομική μεθοδολογία. Έτσι, συγκρίνοντας 152 καρκινοπαθείς και 125 υγιή άτομα ή με άλλη νόσο, βρήκαν ότι η ομάδα των καρκινοπαθών διέφερε από την ομάδα ελέγχου στα εξής τρία σημεία: α) είχε δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων εχθρότητας, β) είχε υποστεί απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου πριν τη διάγνωση και γ) έδειχνε μεγαλύτερο άγχος για τον ενδεχόμενο θάνατο ενός γονιού. Ασφαλώς και σ' αυτήν όπως και σε όλες τις προηγούμενες έρευνες, υπάρχουν μεθοδολογικές ατέλειες, που έχουν σχολιασθεί από μεταγενέστερους ερευνητές των επόμενων δεκαετιών και τα σχόλιά τους θα αναφερθούν και σ' αυτό το κεφάλαιο και στα κεφάλαια των δεκαετιών, που έγιναν και οι δημοσιεύσεις των εργασιών τους. Ήδη όμως στην τελευταία εργασία, βλέπομε ότι η ομάδα ελέγχου δεν είναι ομοιογενής, αφού περιλαμβάνει υγιείς μαζί με μη καρκινοπαθείς ασθενείς.

Η υπόθεση του Foque (1931) [70], που περιελάμβανε όπως είδαμε σχέσεις μεταξύ καταθλιπτικών συναισθημάτων, ορμονικών παραγόντων και εμφάνισης καρκίνου, δείχνει να ενισχύεται από δύο άλλες ερευνητικές εργασίες: μία σε ανθρώπινο υλικό και μία σε

πειραματόζωα. Έτσι ο Bell (1957) [26], παρουσιάζει άλλο ένα εύρημα, που αφορά τον ορμονικό παράγοντα σε σχέση με τον καρκίνο, ότι δηλαδή στους διαβητικούς παρατηρείται υψηλή επικινδυνότητα/επιπολασμός καρκίνου του παγκρέατος. Τέτοια όμως μεμονωμένα, αλλά συγκλίνοντα ευρήματα, είναι εκείνα που άρχισαν να οδηγούν προοδευτικά αλλά σταθερά στη σύνθεση της επιστημονικής σκέψης και στη συνδυασμένη έρευνα με την προσπάθεια συσχέτισης στην παθογένεια του καρκίνου, μεταξύ: ορμονών, ψυχολογικών παραγόντων και στρεσογόνων γεγονότων, όπως θα δούμε στις επόμενες δεκαετίες.

Δύο χρόνια αργότερα, ακολουθεί η εργασία των Huggins et al (1959) [117] σε πειραματόζωα, που έδειξε ότι ο καρκίνος του μαστού είναι ορμονοεξαρτώμενος, γεγονός, που χρειάστηκε έξι χρόνια για να επιβεβαιωθεί στον άνθρωπο. Τον ίδιο χρόνο, ενώ πλέον η προσοχή των ερευνητών -παρακινημένη από τη δημοσίευση του Snow (1883) [202]- έχει στραφεί στη διερεύνηση της επίδρασης των στρεσογόνων γεγονότων ζωής σε σχέση με την εμφάνιση καρκίνου, ο LeShan (1959) [142], κάνοντας μια ανασκόπηση 75 σχετικών εργασιών, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι στην πλειονότητά τους: *"η απώλεια σημαντικής συναισθηματικής σχέσης, ήταν ο πλέον κυρίαρχος ψυχολογικός παράγον, που αναφερόταν αμέσως πριν την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων του νεοπλάσματος"*. Από αυτή την ανασκόπηση έβγαλε μια από τις πρώτες υποθέσεις, που διατυπώθηκαν για την καρκινογένεση σε σχέση με τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, την κατάθλιψη και ένα μηχανισμό άμυνας του εγώ: την ενδοβολή. Συγκεκριμένα ο LeShan υποθέτει ότι ο καρκίνος μπορεί να είναι αποτέλεσμα της απώλειας ενός αγαπημένου ή σημαντικού για το άτομο προσώπου, ιδίως σε άτομα, που τείνουν να υποφέρουν από αισθήματα έλλειψης ελπίδων, αυτουποτίμησης, κατάθλιψης, και παρουσιάζουν συχνότερα τον ασυνείδητο αμυντικό μηχανισμό της ενδοβολής. Ο τελευταίος, είναι η συμβολική "εσωτερικοποίηση" του αντικειμένου αγάπης ή του αντικειμένου μίσους, έτσι ώστε οι ιδιότητες του ενός ή του άλλου να ενσωματώνονται στο εγώ του ατόμου, και, στην μεν περίπτωση του αντικειμένου αγάπης να ελαττώνεται το άγχος αποχωρισμού, στην δε περίπτωση του αντικειμένου μίσους να βρίσκεται τούτο κάτω από τον έλεγχο του ατόμου, ελαττώνοντας έτσι το άγχος, ή και για να καταστρέφεται εικονικά το αντικείμενο μίσους (Freud A, 1966) [74].

Οι σημαντικές μεθοδολογικές ατέλειες όλων των ερευνών, που έγιναν μέχρι τα τέλη αυτής της δεκαετίας στον τομέα της ψυχοκοινωνικής ογκολογίας (ο όρος άρχισε να εμφανίζεται την τελευταία περίπου δεκαπενταετία), υπογραμμίστηκαν κυρίως από τους Perrin και Pierce, οι οποίοι σε σχετική ανασκόπηση το 1959, (Perrin & Pierce, 1959) [178], προτείνουν, ιδίως για τις έρευνες, που μελετούν καρκίνο και προσωπικότητα, να υπάρχουν -ιδεωδώς- δύο ομάδες ελέγχου: η πρώτη να περιλαμβάνει άτομα με κάποια μη καρκινική νόσο, τόσο σοβαρή ώστε να προκαλεί στο άτομο άγχος για την υγεία του, και η δεύτερη να περιλαμβάνει υγιείς. Ωστόσο οι Cox και Mackay (1982) [51], σχολιάζοντας την ανασκόπηση των μέχρι τότε 75 εργασιών και τα συμπεράσματα του LeShan το 1959 [142] από αυτές, ρίχνουν περισσότερο φως σ' αυτές τις ατέλειες διευκρινίζοντας ότι στην πλειονότητά τους ήταν: 1) εμπειρικές κλινικές παρατηρήσεις με προσωπικές εντυπώσεις, 2) όλες ήταν αναδρομικές και 3) στην πλειονότητά τους δεν είχαν ομάδα ελέγχου. Τέλος, ο Cooper (1984) [49], διευκρινίζει άλλες δύο ατέλειες: 1) ασάφεια ως προς την μεθοδολογία μέτρησης των ψυχολογικών παραγόντων και 2) χρησιμοποίηση ψυχομετρικών δοκιμασιών, που δεν ήταν αρκετά έγκυρες.

1.2.4. Εξέλιξη Δεκαετίας 1960-1970.

* *Οι ερευνητές αυτής της δεκαετίας στηριζόμενοι στις υποθέσεις της καρκινογένεσης των προηγούμενων, συνεχίζουν την αποσπασματική έρευνα, που όμως είναι πιο εξειδικευμένη, παρ' ότι δεν παύει να είναι γραμμική. Έτσι στα πλαίσια των υποθέσεων ότι ο καρκίνος μπορεί να είναι αποτέλεσμα διαταραχής της ισορροπίας του ενδοκρινικού -μεταξύ άλλων- συστήματος, που διατύπωσε ο Foote το 1931, αλλά και των υποθέσεων του Leshan (1959) για τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής και των Bacon et al (1952) για τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας των καρκινοπαθών, συνεχίζονται οι έρευνες με πιο έγκυρες τώρα*

μετρήσεις, από ψυχομετρικές δοκιμασίες, όπως οι έρευνες των Kissen και Eysenck για την προσωπικότητα, του Leshan για τα στρεσογόνα γεγονότα, ενώ άλλοι όπως οι Kissen, Kissen et al και ο Hagnell, παρουσιάζουν τις πρώτες προοπτικές ή και προοπτικού τύπου έρευνες, που εξετάζουν χαρακτηριστικά προσωπικότητας σε σχέση με τον καρκίνο.

- * Σε σχέση με τον καρκίνο και την ηλικία, ο Doll βρίσκει αύξηση του επιπολασμού των κακοήθων νεοπλασιών με την αύξηση της ηλικίας, το εύρημά του όμως δεν επιβεβαιώνεται στις επόμενες δεκαετίες. Συνεχίζονται οι έρευνες σε πειραματόζωα για τη σχέση καρκίνου και ανοσίας, (Marsh, Chang) αλλά και για τη σχέση καρκίνου και στρεσογόνων γεγονότων ζωής, (Solomon) ενώ από τον Lewison επιβεβαιώνεται στον άνθρωπο η ορμονοεξάρτηση του καρκίνου του μαστού, που είχε βρεθεί σε εργασία με πειραματόζωα την προηγούμενη εικοσαετία από τον Huggins. Συγκλίνοντα όμως ευρήματα, (Cassel, Tyroler κ.α.) δείχνουν ότι τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, από μόνα τους, έχουν σχέση τόσο με την ψυχική όσο και με την γενική σωματική νοσηρότητα, και όχι ειδικά με τον καρκίνο.
- * Στη διάρκεια της δεκαετίας, παρουσιάζονται επίσης και απόψεις για τις στρατηγικές αντιμετώπισης των στρεσογόνων γεγονότων ζωής, όπως του Lazarus, που οδήγησε αργότερα τον Fox (1978) στην υπόθεση ότι η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου είναι ανάλογη των ανεπιτυχών στρατηγικών, ενώ ο Frass, ανεβάζει σε ποσοστό τουλάχιστον 50% την εμφάνιση πρόδρομου καταθλιπτικού συνδρόμου στον καρκίνο του παγκρέατος.
- * Αυτό που χαρακτηρίζει την επιστημονική σκέψη και σ' αυτή τη δεκαετία, είναι η γραμμικότητα στην έρευνα και η προσπάθεια ανεύρεσης-μελέτης μιας αιτίας ή το πολύ δύο, στις ομάδες των ασθενών, χωρίς έτσι να μπορεί να ανεβρεθεί μια στατιστική τουλάχιστον συσχέτιση, και σε καμία περίπτωση, μία αιτιώδης συνάφεια, μεταξύ πολλαπλών παραγόντων όπως: ορμονικών, ανοσολογικών, ψυχολογικών και καρκίνου. Απόρροια αυτού του γεγονότος -και σ' αυτήν και σε επόμενες δεκαετίες- είναι να βλέπουμε πολλές έρευνες που εξετάζουν αποσπασματικά: τη σχέση εμφάνισης καρκίνου και ορμονικών επιπέδων ή καρκίνου και ψυχολογικών παραγόντων ή καρκίνου και στρεσογόνων γεγονότων ζωής κ.ο.κ. Σύγκλιση όμως στα ευρήματα και σύμπτωση με προηγούμενα δεδομένα υπάρχει, όπως π.χ. η υπόθεση του LeShan από την προηγούμενη δεκαετία, που ενισχύεται από δική του έρευνα. Τέλος, άλλοι (Habel, Fudenberg) ανακοινώνουν έμμεσα ευρήματα, που υποδηλώνουν ότι υπάρχει ανοσολογική αντίσταση κατά του καρκίνου.

Το 1960, στα πλαίσια των προσπαθειών να μελετηθεί το στρες σε πειραματικές συνθήκες, για να διαπιστωθούν οι επιπτώσεις, που τυχόν έχει στο ανοσοποιητικό σύστημα, οι Marsh και Rasmussen [153], ανακοινώνουν ότι παρουσιάζεται επινεφριδική υπερτροφία και βραδείες εκφυλιστικές αλλοιώσεις του θύμου αδένου σε πειραματόζωα, μετά από εργαστηριακές συνθήκες στρες, ενώ το 1965 οι Chang και Rasmussen [45], βρίσκουν καταστολή της παραγωγής ιντερφερόνης σε παρόμοιες εργαστηριακές συνθήκες. Τούτο σημαίνει στην πράξη, καταστολή της χυμικής ανοσίας, αφού η ιντερφερόνη αποτελεί πρωτεϊνικό προϊόν διέγερσης λευκοκυττάρων, ινοβλαστών ή και τεχνητά μεταμορφωμένων λευκοκυττάρων (Γαρδίκας, τόμος I, σελ. 8, 1984) [78]. Τέλος, άλλες έμμεσες ενδείξεις ότι υπάρχει ανοσολογική αντίσταση στον καρκίνο, ανακοινώθηκαν το 1963 και το 1968 από τον Habel και από τον Fudenberg αντίστοιχα [103, 76], όπως αναφέρουν σε σχετική ανασκόπηση οι Cox και Mackay (1982) [51], ενώ προς τα τέλη της δεκαετίας, το 1969, ο Solomon σε πειραματικές συνθήκες στρες με ποντίκια, βρήκε ότι στην ομάδα που χορηγούσε shock με ηλεκτρικό ρεύμα αμέσως μετά από ένεση ιού, που προκαλεί στα ποντίκια καρκίνο μαστού, ο όγκος αυξανόταν ταχύτερα, σε σύγκριση με την ομάδα, που δεν δεχόταν ηλεκτρικό ρεύμα. (Solomon, 1969) [204].

Φυσικά, η επίδραση των στρεσογόνων γεγονότων ζωής στην εμφάνιση του καρκίνου, δεν εξαντλήθηκε σε πειραματικές συνθήκες. Έγιναν μελέτες και σε ανθρώπινο υλικό, και τελικά επιβεβαιώθηκε ότι τα στρεσογόνα γεγονότα δεν αποτελούν ένα ειδικό παράγοντα, που από μόνος του θα συνεισέφερε στην εμφάνιση μίας κακοήθους νεοπλασίας, γιατί παρά τα μεμονωμένα ευρήματα, ήδη από τις αρχές της δεκαετίας, η έρευνα στράφηκε στη μελέτη της επίδρασης των στρεσογόνων γεγονότων και σε άλλες ασθένειες. Από το

τεράστιο φάσμα της σχετικής βιβλιογραφίας, αναφέρομε ενδεικτικά μόνο, ορισμένες από την ανασκόπηση του Fox (1978, p. 87) [71]: Το 1961 οι Cassel και Tyroler [44], και το 1964 οι Tyroler και Cassel [226], βρήκαν ότι ένας κοινός στρεσογόνος παράγων, η μετανάστευση, είχε επίδραση τόσο στη γενική σωματική νοσηρότητα όσο και στη ψυχολογική αντίστοιχα. Αλλά και οι Rees και Lutkins το 1967 [183], διαπίστωσαν μεγαλύτερη γενική θνησιμότητα σε άτομα που χήρεψαν και σε συγγενείς τους, με συνέπεια να είναι σχεδόν βέβαιο, κατά τον Fox, (1978) [71], ότι η επίδραση των στρεσογόνων γεγονότων ζωής, επηρεάζει θετικά την εμφάνιση γενικά της νοσηρότητας και όχι εξειδικευμένα την εμφάνιση των κακοήθων νεοπλασμάτων. Αυτό δεν φάνηκε να αποτρέπει τους ερευνητές από την μεμονωμένη προσπάθεια ανεύρεσης ειδικού τύπου συνάφειας, μεταξύ στρεσογόνων γεγονότων ζωής και καρκίνου, μέσα στα επόμενα χρόνια.

Ένα άλλο αμφιλεγόμενο για πολλές δεκαετίες ζήτημα, ήταν η συχνότητα εμφάνισης των κακοήθων νεοπλασμάτων σε σχέση με τις ηλικίες. Τούτο φαίνεται να τίθεται από τον Doll το 1962 [57], που ανακοίνωσε ότι ορισμένοι τουλάχιστον τύποι νεοπλασματικών νόσων όπως: πνεύμονος, προστάτου, μαστού, παχέως εντέρου, χρόνιας λεμφογενούς λευχαιμίας, πολυκυτταραιμίας και πολλαπλού μυελώματος, εμφανίζονται συχνότερα σε μεγαλύτερες ηλικίες [57]. Αργότερα, η υπόθεση αυτή δεν φάνηκε να ενισχύεται, γιατί μέσα στις επόμενες δεκαετίες είδαν το φως της δημοσιότητας διαφορετικά προοπτικά ευρήματα (Mikat 1975) [158].

Στα μέσα της δεκαετίας του '60 το 1965, επιβεβαιώθηκε κλινικά το εύρημα σε πειραματόζωα των Huggins et al (1959) [117], ότι ο καρκίνος του μαστού είναι ορμονοεξαρτώμενος. Ο Lewison δηλαδή, ανακοίνωσε σαν τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης του προχωρημένου καρκίνου μαστού σε γυναίκες, την ωοθηκεκτομή, (Lewison, 1965) [147], επιβεβαιώνοντας έτσι τα ευρήματα της πρώτης δημοσίευσης του Beatson το 1896 [22], που είχε κάνει ακριβώς την ίδια ανακοίνωση.

Σε σχέση με τα στρεσογόνα γεγονότα και τις στρατηγικές αντιμετώπισής τους, έγιναν τρεις -τουλάχιστον- σημαντικές ανακοινώσεις, δύο στα μέσα και μία στα τέλη της δεκαετίας. Το 1966, ο LeShan (LeShan, 1966) [143], αναλύοντας επιδημιολογικά δεδομένα άλλων ερευνών, τα βρήκε σύμφωνα με την υπόθεσή του της προηγούμενης δεκαετίας. Δηλαδή, προέβλεψε ότι τα ποσοστά θανάτων από καρκίνο θα ήταν -σύμφωνα με την υπόθεσή του, περί απώλειας μίας συναισθηματικής σχέσης- υψηλότερα για άτομα σε χηρεία, αμέσως μετά στα διαζευγμένα και κατόπιν στα άγαμα. Αναλύοντας λοιπόν τα επιδημιολογικά δεδομένα άλλων ερευνών, και προσαρμόζοντας κατά ηλικίες τα ποσοστά θνησιμότητας, βρήκε ότι τα αποτελέσματα ήταν σύμφωνα με την υπόθεσή του. Την ίδια χρονιά ο Lazarus (1966) [140], παρουσίασε μια λεπτομερή εργασία πάνω στις στρατηγικές αντιμετώπισης των στρεσογόνων γεγονότων ζωής, που οδήγησε τον Fox [71], δέκα χρόνια αργότερα, να κάνει την υπόθεση ότι: αν το στρες -μέσω των στρεσογόνων γεγονότων- μπορεί να προκαλέσει καρκίνο, τότε όσοι μπορούν να χαρακτηρισθούν ότι εφαρμόζουν επιτυχείς στρατηγικές αντιμετώπισής του, θα εμφανίζουν σε μικρότερο ποσοστό καρκίνο απ' όσους εφαρμόζουν λιγότερο επιτυχείς στρατηγικές (Fox 1978) [71]. Η υπόθεση αυτή φαίνεται να ενισχύεται όπως θα δούμε σε σχετική έρευνα της επόμενης δεκαετίας, χωρίς όμως να διακρίνεται μία συγκεκριμένη ανεπιτυχής στρατηγική (Cooper et al, 1986) [50]. Η τρίτη έρευνα που αφορούσε στρεσογόνα γεγονότα και εμφάνιση κακοήθους νεοπλασματος, έγινε το 1969 από τους Greene και Swisher [87], σε μονοωογενείς διδύμους, που βρήκαν ότι από εκείνους που είχαν πάθει λευχαιμία, αναφέρθηκε ότι πριν την εμφάνισή της, είχε προηγηθεί ένα στρεσογόνο γεγονός, που σχετιζόταν με απώλεια ή χωρισμό, το οποίο προκάλεσε αισθήματα έλλειψης ελπίδων.

Η έρευνα στράφηκε, αποσπασματικά πάντοτε, τόσο στην ψυχοπαθολογία, με επικέντρωση στην κατάθλιψη, όσο και στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σε σχέση με την εμφάνιση καρκίνου. Συγκεκριμένα, οι Fras et al το 1967 [73], με ελεύθερη ψυχιατρική συνέντευξη, αυτοσυμπληρούμενη δοκιμασία κατάθλιψης και την δοκιμασία προσωπικότητας MMPI, σε 139 προεγχειρητικούς ασθενείς, ανέβασαν τα ποσοστά των προηγούμενων δεκαετιών, για την εμφάνιση της πρόδρομης καταθλιπτικής συνδρομής στον καρκίνο

παγκρέατος, σε 50%. Ειδικότερα, στους 46 ασθενείς, που η ιστολογική εξέταση έδειξε καρκίνο παγκρέατος, οι 76% είχαν κατάθλιψη, ενώ στην ομάδα ελέγχου το ποσοστό ήταν 17-20%. (Fras et al, 1967) [73]. Βασική αδυναμία αυτής της έρευνας ήταν η ανομοιογένεια της ομάδας ελέγχου. Δηλαδή, η ομάδα ελέγχου, δεν ήταν ομοιογενής, γιατί την αποτελούσαν ασθενείς με άλλου τύπου κακοήθειες, ασθενείς με καλοήθειες παθήσεις και ασθενείς χωρίς βέβαιη ιστολογική διάγνωση. Η έρευνα όμως για την ψυχοπαθολογία στράφηκε και προς το νοσοκομειακό πληθυσμό των παθολογικών γενικά ασθενών, βοηθώντας έτσι αργότερα στη σύγκριση της ψυχοπαθολογίας μεταξύ καρκινοπαθών και μη καρκινοπαθών ασθενών. Δηλαδή, οι Stewart et al το 1965 και οι Schwab et al το 1967, μελετώντας το προφίλ της ψυχοπαθολογίας με επικέντρωση στην κατάθλιψη, σε παθολογικούς νοσοκομειακούς ασθενείς, υπολόγισαν τα ποσοστά της μεταξύ 20 και 24% (Stewart et al 1965, Schwab et al 1967) [212, 195]. Ποσοστό δηλαδή ίδιο με το παρουσιαζόμενο μεταξύ καρκινοπαθών ασθενών, όπως θα δούμε στην επόμενη δεκαετία. Τέλος, σε σχέση με την κατάθλιψη και την εμφάνιση καρκίνου, το 1969, οι Kerr et al, ερευνώντας αφ' ενός μεν, τα ιστορικά 135 ψυχιατρικών ασθενών, που χρειάστηκαν νοσηλεία για κατάθλιψη, και είχαν διαγνωσθεί με ελεύθερη ψυχιατρική συνέντευξη, χωρίς διεθνή ταξινομικά κριτήρια, αφ' ετέρου δε, παρακολουθώντας τις αιτίες θανάτου για τα επόμενα τέσσερα χρόνια μετά το τελευταίο τους εξιτήριο, βρήκαν αυξημένη θνησιμότητα από καρκίνο στους άνδρες, αλλά όχι στις γυναίκες, σε σχέση με την αναμενόμενη θνησιμότητα από καρκίνο στο γενικό πληθυσμό (Kerr et al, 1969) [127].

Στον τομέα έρευνας για τη σχέση διαφόρων χαρακτηριστικών προσωπικότητας και καρκίνου, έγιναν αρκετές έρευνες, αναδρομικές και προοπτικές, με λίγες έως αρκετές μεθοδολογικές ατέλειες, εκτός από τις βασικές, που αφορούν τη γραμμικότητα ενός αιτίου και του αποτελέσματος. Αναλυτικότερα, μια από τις πρώτες, προοπτικού τύπου έρευνες, παρ' όλο που δημοσιεύθηκε το 1966, ήταν του Hagnell. Αυτή αναφέρεται εδώ εξ αιτίας του χρόνου δημοσίευσης, αλλά στην πραγματικότητα, αφορούσε μετρήσεις, που έγιναν σε Σκανδιναβικό πληθυσμό 2.550 ατόμων το 1947, και παρακολουθήθηκαν επί δέκα χρόνια. Έτσι, το 1957, βρέθηκαν 20 καρκινοπαθείς άνδρες και 22 γυναίκες. Ο Hagnell [104], έκανε τις πρώτες μετρήσεις χρησιμοποιώντας τη δοκιμασία για χαρακτηριστικά προσωπικότητας του Σουηδού Sjobring (1963) [199]. Αυτά τα χαρακτηριστικά, αν και αποτελούν έγκυρες μετρήσεις, παρουσιάζουν μια δυσκολία στην ερμηνεία τους, όπως σχολιάστηκε από τους Cox και Mackay (1982, p. 387) [51], και είναι τα εξής:

1. *χαρακτηριστικό της ικανότητας [capacity (intelligence)]*
2. *χαρακτηριστικό της σταθερότητας (έλεγχος συναισθήματος και ακρίβεια) [stability (emotional control and precision)]*
3. *χαρακτηριστικό της συνεκτικότητας (επιρρέπεια και υποβολιμότητα) [solidity (liability and suggestibility)], και*
4. *χαρακτηριστικό της εγκυρότητας (ενέργεια, ενεργητικότητα και αυτοπεποίθηση) [validity (energy, forcefulness and confidence)].*

Από αυτά τα τέσσερα κύρια χαρακτηριστικά, σύμφωνα πάντοτε με τους Cox και Mackay, κανένα δεν βρέθηκε να έχει κάποια συσχέτιση με τον καρκίνο, εκτός από ένα, που κατά το σύστημα του Sjobring βρισκόταν στην κατηγορία "υποσταθερότητα" και υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ αυτού του χαρακτηριστικού και γυναικών με καρκίνο. Αυτός ο τύπος προσωπικότητας περιελάμβανε τα εξής χαρακτηριστικά:

- 1) *εγκαρδιότητα*, 2) *ζεστασιά*, 3) *ακαμψία*, 4) *ενδιαφέρον για τους άλλους ανθρώπους*, 5) *επιμέλεια*, και 6) *τάση να μην εκφράζουν τα συναισθήματά τους όταν καταθλιβονται*.

Κατά τον Cooper (1984) [49], αυτός ο τύπος προσωπικότητας έχει μια αντιστοιχία με τον τύπο, που περιγράφει ο Eysenck στη δική του ταξινόμηση υπό τον όρο "εξωστρέφεια".

Όπως αναφέρει γι'αυτή την έρευνα ο Fox (1978, p.79) [71], ο Hagnell είχε κάνει στα αρχικά στάδια της μελέτης την υπόθεση ότι τα χαρακτηριστικά, που διακρίνουν την προσωπικότητα των καρκινοπαθών δεν είναι μια παροδική αντίδραση στη νόσο τους, αλλά μόνιμα χαρακτηριστικά στοιχεία, που προϋπάρχουν. Έτσι, στο τέλος της έρευνας, έκανε μία ειδική δοκιμασία (test) και επιβεβαίωσε την υπόθεσή του.

Το 1963, οι Coopen και Metcalfe [47], παρακινήμένοι από τα ευρήματα του Hagnell, δημοσίευσαν μία μη συγκριτική μελέτη, με ένα δηλαδή δείγμα χωρίς ομάδα ελέγχου, αποτελούμενο από 47 καρκινοπαθείς γυναίκες, στις οποίες χορήγησαν τη δοκιμασία προσωπικότητας Maudsley (Maudsley Personal Inventory), που μετρά εξωστρέφεια, και συμπέραναν ότι γυναίκες, που εμφανίζουν καρκίνο μαστού, έχουν σημαντικά υψηλότερες τιμές εξωστρέφειας, η οποία είναι, όπως ισχυρίζονται, ιδιοσυγκρασιακά καθορισμένο χαρακτηριστικό αυτών των ασθενών και όχι παροδική αντίδραση στη νόσο τους. (Coopen & Metcalfe, 1963) [47].

Αυτή η δεκαετία, άρχισε και τελείωσε με σωρεία δημοσιεύσεων προοπτικού τύπου, (δηλαδή, με εξέταση ασθενών, που έγινε πριν τη τελική διάγνωση), των D. Kissen, Eysenck, Brown και M. Kissen, με θεματικό περιεχόμενο τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας επιρρεπούς σε καρκίνο, επικεντρωμένο στον καρκίνο του πνεύμονος, και κάνοντας σύγκριση με δύο ομάδες ελέγχου: μη καρκινοπαθών ασθενών και υγιών, αλλά εξετάζοντας πάλι ένα μόνο παράγοντα σε σχέση με τον καρκίνο, δηλαδή την προσωπικότητα. Τα ευρήματα των ερευνών αυτών, τους οδήγησαν στη διατύπωση συγκεκριμένων υποθέσεων, όπως εκτίθεται στη συνέχεια. Και αυτές όμως οι έρευνες δεν παύουν να αναζητούν την αιτιώδη σχέση μεταξύ μόνο παράγοντος (χαρακτηριστικό/-ά προσωπικότητας) και της εμφάνισης καρκίνου.

Έτσι, το 1962 οι Kissen και Eysenck, δείχνουν με τα ευρήματά τους, ότι σε άνδρες με καρκίνο του πνεύμονος, ο καρκίνος έχει αρνητική σχέση με το χαρακτηριστικό άγχος και τον νευρωτισμό (Kissen & Eysenck, 1962) [131]. Ένα χρόνο αργότερα, το 1963, ο Kissen, σε 161 ασθενείς με καρκίνο πνεύμονος και 174 μη καρκινοπαθείς ασθενείς, χρησιμοποιώντας την δοκιμασία προσωπικότητας Maudsley (MPI) και ένα ερωτηματολόγιο διαταραχών συμπεριφοράς παιδικής ηλικίας, βρήκε ότι οι καρκινοπαθείς παρουσίαζαν μειωμένη συναισθηματική έκφραση τόσο στην παιδική όσο και στην παρούσα ενήλικη ζωή τους. Μία από τις υποθέσεις, που διατύπωσε τότε, ήταν ότι από τους μηχανισμούς άμυνας του εγώ, η απώθηση είναι ο βασικός μηχανισμός της προσωπικότητας, που ευθύνεται για την καρκινογένεση, ιδίως σε άτομα, που υπέστησαν απώλεια αντικειμένου αγάπης (Kissen, 1963) [132], υπόθεση δηλαδή με αμιγή ψυχαναλυτική βάση. Σύμφωνα με τον ασυνείδητο αυτό μηχανισμό άμυνας του εγώ, δηλαδή την απώθηση, αποκλείεται από το συνειδησιακό πεδίο κάθε σκέψη, ενόρμηση ή βίωμα απαράδεκτο από το Εγώ, όταν αντίκειται στις υπερεγωτικές απαγορεύσεις και τις επιταγές του ηθικού κώδικα (Freud A, 1966) [74]. Παρόμοια όμως ευρήματα, με άλλο εργαλείο ψυχομετρίας, που δείχνουν να ενισχύουν την υπόθεση του Kissen, δημοσιεύθηκαν το 1964 σε άρθρο του Booth [34], που χορήγησε τη δοκιμασία Rorschach σε 93 ασθενείς με καρκίνο πνεύμονος και 82 ασθενείς με φυματίωση και βρήκε ότι οι καρκινοπαθείς είχαν υψηλότερη βαθμολογία στον αμυντικό μηχανισμό της απώθησης σε σύγκριση με τους φυματικούς ασθενείς.

Το 1966, ο Kissen συγκρίνοντας με τη βραχεία μορφή του MPI, ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονος και ασθενείς με άλλες μη κακοήθους φύσεως πνευμονοπάθειες, βρήκε στατιστικά σημαντική διαφορά, με χαμηλό νευρωτισμό στους καρκινοπαθείς σε σύγκριση με τους μη καρκινοπαθείς ασθενείς (Kissen, 1966) [133]. Τρία χρόνια αργότερα, το 1969, βελτιώνοντας τη μεθοδολογία του με τη προσθήκη δύο ομάδων ελέγχου, μία δηλαδή με μη καρκινοπαθείς ασθενείς και μία με υγιείς, χρησιμοποίησε τη δοκιμασία προσωπικότητας του Eysenck, και βρήκε χαμηλές τιμές νευρωτισμού στους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονος, τις οποίες ερμηνεύοντας, θεώρησε σύμφωνες με τις κλινικές του παρατηρήσεις, δηλαδή, ότι οι καρκινοπαθείς παρουσιάζουν φτώχη και περιορισμένη συναισθηματική έκφραση (Kissen et al, 1969) [134]. Τον ίδιο χρόνο, σε άλλη δημοσίευσή του (Kissen, 1969) [135], διατύπωσε για την καρκινογένεση μία άλλη υπόθεση, ότι δηλαδή, τα στρεσογόνα γεγονότα, πιθανώς να οδηγούν σε κατάθλιψη και απελπισία, οι οποίες καταλήγουν σε καρκίνο, όταν αυτά (τα στρεσογόνα γεγονότα) επιδρούν σε άτομα με φτώχη συναισθηματική έκφραση, η οποία έχει σαν συνέπεια μειωμένη ικανότητα να μετουσιώνονται οι άλυτες συναισθηματικές διαμάχες. Εδώ ο Kissen κάνει μία άλλη ψυχοδυναμικού τύπου υπόθεση, που βασίζεται σε ένα άλλο μηχανισμό άμυνας του Εγώ: την μετουσίωση, η οποία συνίσταται στην αυτόματη

παροχέτευση των απαράδεκτων ενστικτικών ενορμήσεων (δηλαδή των σεξουαλικών και των επιθετικών), καθώς και των απαράδεκτων ιδεών και συναισθημάτων, σε ανεκτή από το Εγώ και κοινωνικά επιδοκιμαζόμενη, συμπεριφορά (Freud A, 1966) [74]. Αυτή η υπόθεση, σε ό,τι αφορά το πρώτο σκέλος, της φτώχης δηλαδή συναισθηματικής έκφρασης, φαίνεται να ενισχύεται, όπως θα περιγραφεί, δέκα χρόνια αργότερα, από τις έρευνες των Thomas et al, εφ' όσον όμως δεν συνεκτιμήθηκαν οι παράγοντες στρεσογόνα γεγονότα, ψυχοπαθολογία, στρατηγικές αντιμετώπισης κ.α., τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών, και οι ερμηνείες τους, θα πρέπει να εκτιμηθούν με προσοχή. Αυτό τουλάχιστον υπογραμμίζει για παρόμοια ευρήματα σε σχετική ανασκόπηση η Burguess (1987) [40].

Στα τέλη αυτής της δεκαετίας έγινε μία εργασία, πού είναι απόρροια και συνέχεια της επιστημονικής σκέψης της προηγούμενης δεκαετίας. Όπως είδαμε δηλαδή, οι LeShan και Worthington (1955) [141], είχαν βρει ότι οι καρκινοπαθείς έχουν δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων εχθρότητας, ενώ λίγα χρόνια αργότερα ο Kissen (1963) [132], έβρισκε ότι οι καρκινοπαθείς έχουν γενικά μειωμένη συναισθηματική έκφραση και επιπλέον έκανε την υπόθεση ότι ο μηχανισμός της απόθησης ευθύνεται για την καρκινογένεση. Ένα χρόνο αργότερα ο Booth (1964) [34], βρήκε πράγματι ότι οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονος είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία απόθησης από τους ασθενείς με TBC πνεύμονος, ενισχύοντας έτσι την υπόθεση του Kissen (1963) [132]. Έτσι, βασιζόμενοι σ' αυτές τις εργασίες, στα τέλη της δεκαετίας, οι Bahnsen MB & Bahnsen CB (1969) [5], έκαναν τη δική τους έρευνα για την απόθηση και τη σχέση της με τον καρκίνο, χρησιμοποιώντας μία ομάδα με ποικιλία πρωτοπαθών εντοπίσεων καρκίνου και δύο ομάδες ελέγχου: 1) μία με υγιείς και 2) μία με ασθενείς πού έπασχαν από στεφανιαία νόσο. Στα αποτελέσματά τους βρήκαν ότι οι καρκινοπαθείς είχαν μεγαλύτερο βαθμό απόθησης τόσο από τους υγιείς ($p < 0,001$), όσο και από τους ασθενείς με στεφανιαία νόσο ($p < 0,025$).

1.2.5. Εξέλιξη Δεκαετίας 1970 - 1980.

* Και σ' αυτή τη δεκαετία, ο ίδιος τρόπος σκέψης επικρατεί στην ερευνητική πράξη. Δηλαδή οι ερευνητές διαμορφώνουν υποθέσεις και κάνουν έρευνες για την καρκινογένεση σύμφωνα με το παλιό γραμμικό πρότυπο της ιατρικής σκέψης. Η σωρεία των ερευνητικών ευρημάτων απαιτεί πλέον την ταξινόμησή τους σε κατηγορίες, τόσο για λόγους καλύτερης παρουσίασης, όσο και για λόγους καλύτερης ανάλυσής τους.

1. **Ορμόνες και άλλοι οργανικοί παράγοντες καρκινογένεσης.** Μία από τις υποθέσεις της καρκινογένεσης, πού φαίνεται να επαναλαμβάνεται, όπως η πρώτη του Lasnitzki για την βιταμίνη A το 1955, είναι η ίδια και από τον Bjelke, για την βιταμίνη A, το 1975, ειδικά όμως για τον καρκίνο του πνεύμονος. Στον ενδοκρινολογικό τομέα, μία καινοφανής ένδειξη εμπλοκής των ορμονών στο ανοσοποιητικό σύστημα, διαφαίνεται το 1974 από τον Gisler, με έρευνα σε πειραματόζωα, ενώ στον κλινικό τομέα βλέπομε επιβεβαίωση των εργασιών του Huggens σε πειραματόζωα (1941, 1959), πού υποστήριζαν την ορμονοεξάρτηση του καρκίνου μαστού και προστάτου. Αυτές, επιβεβαιώνονται τώρα, σε κλινικές εφαρμογές, όπως φαίνεται από δημοσίευση του Stoll στο Λονδίνο, το 1972, γεγονός, πού ενισχύει την υπόθεση του Foque, στα 1931 περί ενδοκρινικών ισορροπιών κ.λ.π., (βλ. σελ. 4).
2. **Ανοσία και καρκινογένεση.** Εμφανίζονται τα πρώτα έμμεσα, μεμονωμένα, αλλά συγκλίνοντα ευρήματα, πού υποδηλώνουν ότι η ανοσία εμπλέκεται στην εμφάνιση/καταπολέμηση του καρκίνου, ενισχύοντας έτσι τις υποθέσεις των προηγούμενων δεκαετιών (π.χ. Evans, 1926). Τέτοια ευρήματα είναι των Hoover και Fraumeni, το 1973, πού δείχνουν συνδυασμό αυξημένης καρκινοπάθειας με πτώση της ανοσίας. Οι Solomon et al το 1974, αναφέρουν καρκινοπάθεια σαν αποτέλεσμα του στρες, μέσω ορμονών πού προκαλούν πτώση της ανοσίας, ενώ οι Weksler και Tutteroth, ανακοινώνουν μείωση μίας κυτταρικής ανοσολογικής αντίδρασης σε ηλικιωμένους. Το 1975-76, άλλα ευρήματα έρχονται να περιπλέξουν το πρόβλημα της ανοσίας, όπως των Bolton και Holmes, πού διαπιστώνουν ότι ο καρκίνος καταστρέφει την κυτταρική ανοσία, σε αντίθεση με την υπόθεση του 1926 της Evans, πού διατείνεται ότι η μειωμένη φυσική άμυνα έχει σαν

συνέπεια την εμφάνιση καρκίνου. Επίσης ο *Mikat*, διαπιστώνει μειωμένη θνησιμότητα από καρκίνο γενικά στους ηλικιωμένους, εύρημα, που εξασθενίζει την υπόθεση του *Doll* (1962), που υπέθετε ότι συμβαίνει το αντίθετο, όχι όμως γενικά, αλλά για ορισμένους τύπους καρκίνου. Το 1978, ο *Whitlock* υποθέτει ότι η κατάθλιψη ή το στρες προκαλούν πτώση της ανοσίας κατά τον καρκίνο, ενώ στα τέλη της δεκαετίας συρρέουν συγκλίνουσες ενδείξεις ότι τα ΝΚ κύτταρα (φυσικοί φονείς), συμβάλλουν θετικά στην άμυνα του οργανισμού κατά του καρκίνου (*Baldwin, Haller κ.α.*). Τέλος ο *Bahnson* υποθέτει ότι στρεσογόνα γεγονότα, που περιλαμβάνουν το στοιχείο της απώλειας, οδηγούν σε κατάθλιψη, αυτή με τη σειρά της οδηγεί σε πτώση της ανοσίας και στη συνέχεια σε αυξημένη τάση εμφάνισης καρκίνου.

3. **Στρεσογόνα Γεγονότα Ζωής και καρκινογένεση.** Σ' αυτόν τον τομέα, τα ευρήματα είναι συχνά αλληλοσυγκρουόμενα. Έτσι για παράδειγμα, ενώ ο *Fox* το 1978 (*Fox, 1978, σελ. 87*), μετά από ανασκόπηση σχετικών ερευνών καταλήγει στο συμπέρασμα ότι το κοινωνικό στρες (εννοεί τα στρεσογόνα γεγονότα), είναι σχεδόν βέβαιο ότι επιδρά θετικά προς την κατεύθυνση της γενικής νοσηρότητας, εν τούτοις, οι αλληλοσυγκρουόμενες δημοσιεύσεις συνεχίζονται -μέχρι και σήμερα- σε μία συνεχιζόμενη προσπάθεια ανεύρεσης αιτιώδους σχέσης μεταξύ στρεσογόνων γεγονότων και καρκίνου, όπως θα εκτεθεί αναλυτικότερα. Όμως ο *Fox*, διατυπώνει το 1978 μία πολυεπίπεδη υπόθεση καρκινογένεσης, που περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής και την ανοσία, ενώ στα τέλη της δεκαετίας, τα προοπτικά ευρήματα των *Thomas* και συν., που χαρακτηρίζουν τους καρκινοπαθείς σαν άτομα, που βιώνουν υποκειμενικά χαλαρότερες (ψυχρές) σχέσεις με τους γονείς, ενισχύουν τις προγενέστερες υποθέσεις των *LeShan* (1955) και *Kissen* (1969).
4. **Ψυχοπαθολογία και καρκινογένεση.** Οι προσπάθειες αιτιολογικής συσχέτισης της κατάθλιψης με τον καρκίνο συνεχίζονται και σ' αυτή τη δεκαετία, με αλληλοσυγκρουόμενα όμως ευρήματα. Έτσι από τις προοπτικού τύπου έρευνες, έχουμε από τη μία μεριά, την μελέτη των *Evans et al* το 1974, καθώς και εκείνη των *Niemi et al* το 1979, που δεν βρίσκουν καμία διαφορά μεταξύ συχνότητας εμφάνισης καρκίνου και νοσηρότητας από κατάθλιψη, και από την άλλη, την έρευνα των *Whitlock* και *Siskind* το 1979, που επαναλαμβάνουν τα ευρήματα του 1969, των *Kerr et al*, διαπιστώνοντας αυξημένη θνησιμότητα από καρκίνο σε άνδρες, που είχαν νοσηλευθεί για κατάθλιψη. Οι υπόλοιπες έρευνες εξετάζουν σε ήδη διαγνωσμένους καρκινοπαθείς την ψυχοπαθολογία, είτε σαν προφίλ ψυχοπαθολογίας, όπως ο *Craig* και οι *Levine et al* είτε συγκριτικά με μη καρκινοπαθείς ασθενείς, όπως οι *Moffic* και *Paykel*, που δεν βρίσκουν διαφορές στην ψυχοπαθολογία, δίνοντας ποικίλες τιμές των ανευρισκομένων ποσοστών κατάθλιψης μεταξύ του 25% και του 61%, στις διάφορες έρευνες, πάντοτε όμως χωρίς διαφορές μεταξύ καρκινοπαθών και μη καρκινοπαθών ασθενών. Στα τέλη της δεκαετίας, οι *Derogatis et al*, παρακολουθώντας την ψυχοπαθολογία μετεγχειρητικών καρκινοπαθών σε σχέση με την επιβίωσή τους μέσα σε ένα έτος, βρήκαν ότι οι καρκινοπαθείς με μικρότερο ποσοστό ψυχοπαθολογίας έχουν μεγαλύτερη θνησιμότητα σε σύγκριση με όσους είχαν υψηλότερο ποσοστό ψυχοπαθολογίας.
5. **Προσωπικότητα και καρκινογένεση.** Εξακολουθούν, με ελάχιστες εξαιρέσεις, και σ' αυτή τη δεκαετία, οι προσπάθειες αιτιολογικής σύνδεσης, χαρακτηριστικών προσωπικότητας, με την καρκινογένεση, που μπορούν να διαιρεθούν σε τρεις κατηγορίες: εκείνες, που συγκλίνουν μεταξύ τους σε ομοιότητα αποτελεσμάτων, εκείνες, που επιβεβαιώνουν παλαιότερες υποθέσεις, και εκείνες, που αναδεικνύουν νεότερα ευρήματα. Στην πρώτη ομάδα, όπου τα ευρήματα συγκλίνουν σε ομοιότητα, υπάγονται αφ' ενός μεν, τα ευρήματα των *Schmale* και *Iker* το 1971 και των *Greer et al* το 1979, με κοινό χαρακτηριστικό, μεταξύ άλλων, την ενδοτικότητα στους καρκινοπαθείς, αφ' ετέρου δε, τα ευρήματα των *Thomas et al* το 1973, που ήταν προοπτικά και έδειξαν χαμηλότερο χαρακτηριστικό άγχος και κατάθλιψη στους καρκινοπαθείς, καθώς και τα ευρήματα των *Morris* και *Greer* το 1980, που ήταν προοπτικού τύπου και έδειξαν επίσης χαμηλότερο νευρωτισμό και άγχος στην προσωπικότητα των καρκινοπαθών, σε σύγκριση με τους μη καρκινοπαθείς. Οι τελευταίοι ερευνητές υπέθεσαν ότι υπάρχει ένας ειδικός Τύπος C, με χαμηλό

χαρακτηριολογικό άγχος, επινοώντας και ανακοινώνοντας έτσι για πρώτη φορά, την ορολογία "Τύπος C". Στη δεύτερη ομάδα, όπου με τα ευρήματα των εργασιών επιβεβαιώνονται παλαιότερες υποθέσεις, υπάγονται τα ευρήματα των Dattore και συν. το 1980, που συμφωνούν με τα ευρήματα της κατάθλιψης των Thomas και Morris, που αναφέρθηκαν στην πρώτη ομάδα, αλλά επιβεβαιώνουν και τα ευρήματα του Kissen της προηγούμενης δεκαετίας, βρίσκοντας υψηλή απόθεση στους καρκινοπαθείς. Στην τρίτη ομάδα, όπου αναδεικνύονται νεότερα ευρήματα, υπάγονται τα ευρήματα των Davies et al το 1973 ιδίως, αλλά και των Plumb και Holland, όπως αναφέρουν οι Greer et al, που συμπεραίνουν ότι οι μετρήσεις χαρακτηριστικών προσωπικότητας, ενδέχεται να μην είναι αξιόπιστες και να επηρεάζονται από την ίδια την νόσο του καρκίνου, αποκλειστικά και μόνο στις περιπτώσεις καρκινοπαθών, που βρίσκονται στα τελευταία στάδια της νόσου. Σ' αυτή την ομάδα επίσης υπάγονται και τα ευρήματα των Greer και Morris του 1975 και 1978, που βρίσκουν ανώμαλη εκφόρτηση του θυμού με δύο αντίπολα, σε ασθενείς με καρκίνο μαστού όπου: στον ένα πόλο η εκφόρτηση δεν γίνεται λόγω καταπίεσης, εύρημα, που ενισχύει εν μέρει την υπόθεση του Kissen (1966), ενώ στον άλλο πόλο παρουσιάζονται συχνές εκρήξεις θυμού. Τέλος, οι Pettingale et al το 1977, βρίσκουν θετική συσχέτιση μεταξύ ανοσοσφαιρίνης IgA και καταπίεσης του θυμού σε ασθενείς με καρκίνο μαστού, εύρημα, που υποδηλώνει μία οδό σύνδεσης του καρκίνου και των ψυχολογικών παραγόντων με το ανοσοποιητικό σύστημα.

1.2.5.1. Ορμόνες και άλλες υποθέσεις καρκινογένεσης.

Το 1972 αποτελεί σταθμό, με την έκδοση του Stoll (1972) [213], όπου ανακοινώνεται η κλινική επιβεβαίωση της ορμονοεξάρτησης των καρκίνων προστάτου και μαστού, που είχε διαπιστωθεί σε πειραματόζωα με τις εργασίες του Huggins το 1941 και 1959 αντίστοιχα [116, 117]. Παρ' όλο που είναι μία μονοπαραγοντική σχέση του καρκίνου με ένα βιολογικό παράγοντα, όμως δεν παύει να αποτελεί ένα έμμεσο στοιχείο, στο οποίο βασίστηκαν αρκετές υποθέσεις και έρευνες πολυπαραγοντικού τύπου, όπως θα αναλυθεί στη συνέχεια.

Το 1974, ο Gisler (1974) [82], σε έρευνα με πειραματόζωα βρήκε ένα άλλο έμμεσο στοιχείο, που συνδέει όμως το ενδοκρινικό με το ανοσοποιητικό σύστημα και τις υποθέσεις καρκινογένεσης, που αφορούν τη μειωμένη ανοσία, αφού διαπίστωσε ότι η αυξητική ορμόνη (GH) επιδρά ευνοϊκά στο ανοσοποιητικό σύστημα, αναστρέφοντας την ανοσοκατασταλτική επίδραση των κορτικοστεροειδών, που και αυτά με τη σειρά τους είναι γνωστό ότι εκκρίνονται υπό στρεσογόνες συνθήκες. Αυτή η έρευνα εξασθένησε μέρος της υπόθεσης του Foque (1931) [70], που υπέθετε ότι τα καταθλιπτικά συναισθήματα δια μέσου του ΚΝΣ επηρεάζουν τις ενδοκρινικές ισορροπίες με τέτοιο τρόπο, ώστε τα κύτταρα του οργανισμού να γίνονται ευπαθή σε καρκινογόνους παράγοντες. Αντίθετα λοιπόν με το τμήμα της υπόθεσης αυτής, που αφορά τις ενδοκρινικές ισορροπίες, βλέπομε ότι μία ορμόνη, ή αυξητική, δρα ευοδωτικά στην άμυνα του οργανισμού. Ωστόσο, το εύρημα αυτό του Gisler, οδήγησε τους Solomon και Amkraut (1979) [204], στη διατύπωση της υπόθεσης ότι η αυξητική ορμόνη και οι στεροειδείς ορμόνες μπορεί να αλληλεπιδρούν με παράγοντες του θύμου αδένου, προκαλώντας, μέσω του τελευταίου, λεμφοκυτταρική διαφοροποίηση και ωρίμανση. Οι Cox και Mackay (1982) [51], σχολιάζοντας αυτή την υπόθεση, αναφέρουν ότι αν τελικά αποδειχθεί ότι αυτή ευσταθεί, τούτο θα σημαίνει πώς διαγράφεται άλλη μία οδός, μέσω δηλαδή νευροενδοκρινικών αλλαγών, με την οποία το στρες ίσως να τροποποιεί την ανοσολογική λειτουργία.

Το 1975 ο Bjelke [30], υποθέτει ότι η βιταμίνη Α συνδέεται με την παθογένεια, ειδικά του καρκίνου του πνεύμονος, γεγονός που, λίγα χρόνια αργότερα, ώθησε άλλους ερευνητές, (Grossarth-Maticcek et al, 1985) [97], να ερευνήσουν την επίδρασή της σε συνδυασμό με άλλους βιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, στην εμφάνιση του καρκίνου του πνεύμονος, όπως θα εκτεθεί στην ανάλυση των σχετικών ερευνών της επόμενης δεκαετίας.

1.2.5.2. Ανοσοποιητικό Σύστημα και καρκινογένεση.

Μία από τις υποθέσεις, πού βλέπουμε να διατυπώνει ο Fox για την καρκινογένεση, είναι η μειωμένη ανοσία, πού επιτρέπει έτσι σε δυνητικά καρκινογόνους παράγοντες να δράσουν, ενώ υπό διαφορετικές συνθήκες δεν θα δρούσαν. (Fox, 1978, p 52) [71]. Αν ανατρέξουμε όμως στο 1931, βλέπουμε ότι ο Foque (Foque, 1931) [70], ήταν από τους πρωτεργάτες αυτής της υπόθεσης, υποστηρίζοντας ότι η κατάθλιψη δραστηριοποιεί δευτεροπαθή αίτια, μη καρκινογόνα υπό άλλες συνθήκες π.χ. ακτίνες χ κ.α., που μέσω του ΚΝΣ και των ενδοκρινών αδένων, καθιστούν τα κύτταρα του οργανισμού ευάλωτα στον καρκίνο. Με την πρόοδο της επιστήμης, επιτεύχθηκε και το ακατόρθωτο για την εποχή του Foque, δηλαδή οι μεταμοσχεύσεις οργάνων στον άνθρωπο, που όμως, για να μην απορριφθούν τα μοσχεύματα από τον οργανισμό, χρειάζεται ανοσοκαταστολή. Έτσι το 1973, οι Hoover και Fraumeni, πρώτοι ανακοινώνουν αυτό που στις μέρες μας θεωρείται κοινή ιατρική γνώση, δηλαδή την αυξημένη επιρρέπεια για κακοήθεις νεοπλασίες σε ασθενείς υπό ανοσοκαταστολή μετά από μεταμόσχευση. (Hoover & Fraumeni, 1973) [115]. Δύο χρόνια όμως νωρίτερα, τα ευρήματα των Caspary και Field (1971) [43], καθώς και των Field et al (1971) [69], δείχνουν ότι ο καρκίνος μάλλον, μετά την εκδήλωσή του, προκαλεί αλλοίωση του ανοσοποιητικού συστήματος, επειδή γίνεται διασταυρούμενη ανοσολογική αντίδραση μεταξύ βασικής πρωτεΐνης της μυελίνης του ΚΝΣ και βασικής πρωτεΐνης των καρκινικών κυττάρων. Υπάρχει δηλαδή διασταυρούμενη ανοσολογική αντίδραση μεταξύ καρκίνου και ΚΝΣ, όπως έδειξαν τα *in vitro* ευρήματά τους, τα οποία δεν φαίνονται να συγκλίνουν με τα ευρήματα των Hoover et al, του 1973 [115]. Το μόνο που θα μπορούσε να υποθέσει κανείς είναι ότι ίσως να συμβαίνουν και τα δύο: δηλαδή η πτώση της ανοσίας προκαλεί αυξημένη επιρρέπεια σε καρκίνο και ο καρκίνος προκαλεί περαιτέρω αλλοίωση των ανοσολογικών αντιδράσεων, "δένοντας" έτσι τις ειδικές εναντίον του αμυντικές διεργασίες του ξενιστού. Ένα έτος μετά την ανακοίνωση των Hoover και Fraumeni, το 1974, οι Solomon et al, ανακοινώνουν ότι το στρες προκαλεί ελαττωματική υπερέκκριση ορμονών, προκαλώντας ανοσοκαταστολή και αύξηση της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου, (Solomon et al, 1974) [204], ενώ συγχρόνως οι Weksler και Tutteroth (1974) [229], αναφέρουν μειωμένη κυτταρολυτική δραστηριότητα των Τ-λεμφοκυττάρων στους ηλικιωμένους, έτσι ώστε να φαίνεται για λίγο ενισχυμένη η υπόθεση ότι η μειωμένη ανοσία εμπλέκεται στην καρκινογένεση. Τούτο φαινόταν να ενισχύεται επίσης και από τα ευρήματα του Doll (1962) [57], ότι δηλαδή ορισμένοι τύποι κακοήθων νεοπλασμάτων εμφανίζονται συχνότερα σε ηλικιωμένα άτομα.

Μέσα στα επόμενα όμως δύο χρόνια το πρόβλημα αρχίζει, με τη σωρεία των ευρημάτων, να περιπλέκεται σε βαθμό αδιεξόδου, αφού γίνονται και οι εξής δημοσιεύσεις: μία πού έδειχνε μείωση της εμφάνισης των κακοήθων νεοπλασμάτων στους ηλικιωμένους, και άλλες δύο πού έδειχναν ότι η παρουσία του καρκίνου αυτή καθ' εαυτή, είναι εκείνη πού μειώνει την ανοσία. Πιο συγκεκριμένα, το 1975, ο Mikat στη Στουτγάρδη (Mikat, 1975) [158], διαπιστώνει, ερευνώντας τα Εθνικά Επιδημιολογικά Στατιστικά Αρχεία της Γερμανίας, ότι οι αιτίες θανάτου από τα κακοήθη νεοπλάσματα γενικά, μειώνονται από 35,4% στις ηλικίες των 55 ετών, σε μόλις 10,9% σε άτομα άνω των 85 ετών, γεγονός που επιβεβαιώνεται και στην επόμενη δεκαετία όπως θα δούμε. Αλλά το αδιέξοδο συμπληρώνεται από δύο διαφορετικές ομάδες ερευνητών, τους Bolton et al, το 1975 [33], και τους Holmes και Golub το 1976 [113], που δουλεύοντας ανεξάρτητα, δημοσιεύουν ότι η κακοήθης επεξεργασία παραβιάζει την κυτταρική ανοσία, αφήνοντας έτσι μετέωρο το ερώτημα: η πτώση της ανοσίας διευκολύνει την εμφάνιση του καρκίνου ή ο καρκίνος προκαλεί πτώση της ανοσίας; Έτσι μάλλον θα μπορούσε να ωθείται η σκέψη στο υποθετικό συμπέρασμα ότι ίσως να συμβαίνουν και τα δύο μαζί. Χωρίς όμως προοπτικές πολυπαραγοντικές έρευνες, η απάντηση στο σχετικό ερώτημα δεν είναι εφικτή, και μέχρι σήμερα δεν έχει αποσαφηνισθεί.

Παρ' όλα αυτά, η σωρεία των ευρημάτων που έπονται, δεν αφήνει αμφιβολίες για την εμπλοκή της ανοσίας στην εμφάνιση, αλλά και στην εξελικτική πορεία των κακοήθων νεοπλασιών, χωρίς όμως μέχρι σήμερα να έχει βρεθεί ο ακριβής παθοφυσιολογικός μηχανισμός εμπλοκής της. Η ανάλυσή τους και η έκθεση των ευρημάτων τους θα γίνει μέσα

στα περιορισμένα πλαίσια της εξέλιξης της επιστημονικής σκέψης, χωρίς σε καμία περίπτωση να σημαίνει τούτο ότι με την περιεκτική αυτή ανάλυση εξαντλείται και ο πραγματικός όγκος των εργασιών. Από αυτές τις μελέτες, αρκετές, όπως αναφέρουν οι Cox και Mackay (1982) [51], έγιναν για να αποσαφηνισθούν οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ ψυχοκοινωνικών παραγόντων και των ψυχοφυσιολογικών μηχανισμών, ώστε να γίνει κατανοητός ο τρόπος, με τον οποίο οι τελευταίοι εμπλέκονται στη διαδικασία εμφάνισης και ανάπτυξης των κακοήθων νεοπλασμάτων. Από τα ευρήματά τους οι ερευνητές βγάλουν υποθέσεις, για τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς, μέσω των οποίων οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες ενδέχεται να επιδρούν θετικά στην ανάπτυξη ή/και τις μεταστάσεις των κακοήθων νεοπλασμάτων. Τέτοιες προτάσεις μηχανισμών προς τα τέλη αυτής της δεκαετίας, είναι και εκείνες των Monjan και Collector το 1977, που υποθέτουν ότι η υπερέκκριση κορτικοστεροειδών μετά από διέγερση του φλοιού των επινεφριδίων από ACTH, μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη ανοσολογική αντίδραση, ή κατά τους Peters και Mason (1979), σε μη ειδική αντικαρκινική αντίδραση, ή τέλος, κατά τους Stein et al (1979), σε μειωμένη T-κυτταρική δραστηριότητα, η οποία ίσως να επιτρέπει τον πολλαπλασιασμό των νεοπλασματικών κυττάρων, ενώ μεταβολές της B-κυτταρικής δραστηριότητας ίσως να οδηγούν στην παραγωγή ανασταλτικών της άμυνας αντισωμάτων, διευκολύνοντας έτσι την προσοπισία των καρκινικών κυττάρων από την επίδραση που θα εξασκούσε πάνω τους το ανοσοποιητικό σύστημα. (Monjan & Collector, 1977, Peters & Mason, 1979, Stein et al, 1979) [160, 175, 209].

Πέρα όμως από τις εργασίες σέ πειραματόζωα, ακολούθησαν έρευνες και σε ανθρώπινο υλικό, που άρχισαν να εξετάζουν τις σχέσεις μεταξύ ψυχοκοινωνικού στρες και ανοσίας, δείχνοντας μέ τα ευρήματά τους ότι όντως η ανοσία μειώνεται μέ το στρες. Βεβαίως από το γεγονός αυτό δεν αποδεικνύεται ότι η πτώση της ανοσίας στους ανθρώπους, η οποία βρέθηκε ότι προέκυπτε από το ψυχοκοινωνικό στρες, ήταν και η αιτία της καρκινογένεσης. Όμως, παρ' όλα αυτά, η επιστημονική σκέψη δείχνει να ωθείται προς αυτή την κατεύθυνση επειδή τα ευρήματα αφ' ενός μεν σέ πειραματόζωα έδειχναν ότι υπάρχει αυτή η αλληλουχία σχέσεων: δηλαδή, πειραματικές συνθήκες στρες, πτώση της ανοσίας, καρκίνος (Marsh & Rasmussen 1960, Chang & Rasmussen 1965, Solomon 1969) [153, 45, 203]. Αφ' ετέρου δε, ερευνητικά δεδομένα σέ ανθρώπους, έδειχναν ότι σέ καταστάσεις όπου επικρατεί μειωμένη ανοσία, είναι συχνότερη η εμφάνιση ορισμένων κακοήθων νεοπλασμάτων (Hoover & Fraumeni, 1973) [115]. Έτσι λοιπόν, ο συνδυασμός αυτών των δεδομένων, μαζί μέ τα πρώτα ευρήματα σέ ανθρώπους, που έδειχναν ότι το ψυχοκοινωνικό στρες μειώνει την ανοσία, ενίσχυσε την επιστημονική σκέψη για περαιτέρω έρευνες προς την κατεύθυνση της ήδη υπάρχουσας υπόθεσης ότι η απώλεια αντικειμένου αγάπης ή/και η κατάθλιψη εμπλέκονται στην καρκινογένεση (π.χ. υποθέσεις των Evans 1926, και Foque 1931). Συγκεκριμένα, οι Bartrop et al, ήταν από τους πρώτους, που δημοσίευσαν το 1977, μελέτη της επίδρασης ισχυρού ψυχοκοινωνικού στρες, όχι σε πειραματόζωα, αλλά στο ανθρώπινο ανοσοποιητικό σύστημα, σε αναδρομικού τύπου έρευνα, συνυπολογίζοντας και ορμονικές παραμέτρους. Έτσι, εξετάζοντας την λεμφοκυτταρική δραστηριότητα (κυτταρική ανοσία), ανοσοσφαιρίνες (χυμική ανοσία), επίπεδα ορμονών και την συγκέντρωση T και B λεμφοκυττάρων σε 26 άτομα, που χήρεψαν πρόσφατα, ταιριασμένα σε φύλο, φυλή και ηλικία με 26 υγιείς, που δεν είχαν χήρεψει μέσα στα τελευταία δύο χρόνια, και κάνοντας την πρώτη μέτρηση 1-3 εβδομάδες μετά τη χηρεία και τη δεύτερη μέτρηση 6 εβδομάδες αργότερα, βρήκαν στατιστικά σημαντικά μειωμένη την κυτταρική ανοσία στα άτομα με πένθος, συγκριτικά με τους υγιείς, χωρίς άλλα ευρήματα, έτσι ώστε να συμπεράνουν ότι το σοβαρό ψυχολογικό στρες έδειχνε να επηρεάζει σημαντικά την ανοσία, χωρίς να υπάρχει διαταραγμένο ενδοκρινολογικό προφίλ (Bartrop et al, 1977) [21]. Ωστόσο, τα ευρήματά τους, όπως άλλωστε αναφέρουν και οι ίδιοι, αφορούν βραχύχρονες επιπτώσεις του στρες στην ανοσία, της τάξης των 6 εβδομάδων, χωρίς να μπορεί να εξακριβωθεί αν η επίδραση του στρες από το πένθος έχει πιο μακροχρόνιες επιπτώσεις στην ανοσία. Ένα χρόνο μετά από αυτή τη δημοσίευση, ο Whitlock (1978), βασισμένος τόσο στην πιο πάνω έρευνα, όσο και στα ευρήματα των Bolton et al (1975) [33] και Holmes et al (1976) [113], που δουλεύοντας ανεξάρτητα είχαν ανακοινώσει ότι η

κακοήθης επεξεργασία μειώνει την ανοσία, υποθέτει ότι η κατάθλιψη ή το παρατεταμένο στρες, θα μπορούσε να παραβλάψει παροδικά την ανοσία εναντίον των κυκλοφορούντων νεοπλασματικών κυττάρων, τα οποία υπό φυσιολογικές συνθήκες καταστρέφονται (Whitlock, 1978) [230] (βλέπε και **Πίνακα 1 Παραρτήματος** «Υποθέσεις καρκινογένεσης σε σχέση με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες»).

Εκτός όμως από τις έρευνες και τους προτεινόμενους ψυχοφυσιολογικούς μηχανισμούς, που μεσολαβούν μεταξύ των ψυχοκοινωνικών παραγόντων και της εμφάνισης καρκίνου, έγιναν και μεμονωμένες έρευνες για τη διερεύνηση της εμπλοκής του ανοσοποιητικού συστήματος στην εμφάνιση του καρκίνου, που έδωσαν όμως λαβή, και εκεί έγκειται ίσως μεταξύ των άλλων λόγων η αξία τους, μέσα στην επόμενη δεκαετία, να γίνουν έρευνες για την πιθανή αιτιώδη σχέση μεταξύ ποικίλων ψυχοκοινωνικών παραγόντων και καρκίνου, (π.χ. Kiecolt-Glaser, 1985) [128], όπως θα αναλυθεί στην επόμενη δεκαετία. Έτσι, όπως αναφέρουν οι Cox και Mackay (1982) [51] σε σχετική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, σύμφωνα με τα ευρήματα των Baldwin (1977), Haller et al (1977) και Herberman & Holden (1978) [8, 105, 111], η φυσική κυτταροτοξικότητα, που επιτυγχάνεται μέσω των "φυσικών φονέων κυττάρων" (NK cell), θεωρείται ως εναλλακτική λύση-μηχανισμός αντίδρασης του ανοσοποιητικού συστήματος κατά της ανάπτυξης καρκίνου, ενώ κατά τους Hanna και Fidler (1980) [106], υπάρχουν ενδείξεις ότι τα NK κύτταρα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην άμυνα κατά των κυκλοφορούντων καρκινικών κυττάρων, και ίσως να προφυλάσσουν από τις μεταστάσεις. Αυτές οι εργασίες, ήρθαν να ενισχύσουν τα ευρήματα των Greenberg και Playfair (1974) [85], που είχαν ήδη διαπιστώσει από εργασία τους σε πειραματόζωα, ότι οι φυσικοί φονευτές-κύτταρα (NK cells), έχουν την ικανότητα της αυτόματης αναγνώρισης και εκλεκτικής καταστροφής απ' ενός μεν των καρκινικών κυττάρων, απ' ετέρου δε των μολυσμένων με ιούς κυττάρων. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι ο Bahnson, είναι ένας από τους πρώτους, που μεταξύ του τέλους αυτής της δεκαετίας και των αρχών της επομένης (1980-81), διατύπωσε μία πιο σαφή και πολυεπίπεδη υπόθεση, που περιλαμβάνει την ψυχοπαθολογία, κοινωνικούς καθώς και βιολογικούς παράγοντες σε σχέση με την καρκινογένεση. Σύμφωνα λοιπόν με την υπόθεσή του, τα στρεσογόνα γεγονότα, ιδίως όσα περιλαμβάνουν το στοιχείο της απώλειας, ενδέχεται να οδηγούν σε κατάθλιψη, η οποία προκαλεί μείωση της ανοσολογικής λειτουργίας, με τελική συνέπεια την αυξημένη επιρρέπεια σε ανάπτυξη κακοήθων νεοπλασιών (Bahnson, 1980-81) [6].

1.2.5.3. Στρεσογόνα Γεγονότα Ζωής και καρκινογένεση.

Οι προσπάθειες των ερευνητών αυτής της δεκαετίας, που σε γενικές γραμμές φαίνεται να συνεχίζονται μέχρι σήμερα στον συγκεκριμένο τομέα, επικεντρώνονται στην ανεύρεση αιτιώδους σχέσης μεταξύ των στρεσογόνων γεγονότων ζωής από μόνων τους, και της εμφάνισης καρκίνου. Χωρίς δηλαδή να λαμβάνονται υπ' όψιν και άλλοι παράγοντες, με αποτέλεσμα να έχουμε ποικίλα ευρήματα: θετικά, αρνητικά ή και αδιάφορα. Ας εξετάσουμε όμως με τη χρονολογική τους σειρά τις κυριότερες δημοσιεύσεις.

Το 1970, ο Witzel, εξετάζοντας μία μόνο συγκεκριμένη κατηγορία στρεσογόνων γεγονότων ζωής, δηλαδή εκείνα τα γεγονότα που σχετίζονται με προηγηθείσες νόσους του ατόμου, σε 150 καρκινοπαθείς ασθενείς και ισάριθμους μη καρκινοπαθείς ασθενείς, που έπασχαν από άλλες σοβαρές νόσους, βρήκε ότι οι μη καρκινοπαθείς είχαν περισσότερα σε αριθμό γεγονότα σε σύγκριση με τους καρκινοπαθείς (Witzel, 1970) [241]. Η εργασία του ήταν αναδρομική και δεν περιλάμβανε την εξέταση άλλων κατηγοριών γεγονότων όπως πχ γεγονότων, που να έχουν σχέση με τις απώλειες προσώπων ή σχέσεων ή με άλλες δυσάρεστες καταστάσεις, όπως διαταραγμένες σχέσεις, οικονομικές δυσκολίες κα. Έτσι δεν δίνεται καθόλου η πληροφορία γι' αυτού του είδους τα γεγονότα.

Για τέτοιου είδους γεγονότα, σχετικά δηλαδή με μία μορφή απώλειας, δίνονται πληροφορίες από τις επόμενες έρευνες. Το 1974 και το 1976, οι Thomas και Duszynski και η Thomas αντίστοιχα [221, 224], σε προοπτική έρευνα, όπως αναφέρει ο Fox (1978) σε ανασκόπηση του [71] βρίσκουν διαφορά μεταξύ καρκινοπαθών και υγιών στη βαθμολογία

της κλίμακας στενότητας σχέσεων των εξεταζομένων με τους γονείς τους, που έδειχνε ότι οι καρκινοπαθείς δήλωναν χαλαρότερες σχέσεις με τους γονείς τους, σε σχέση με τους υγιείς. Όπως όμως σχολιάζει ο Fox (Fox, 1978, p 97), σχετικά με τα μειονεκτήματα αυτής της έρευνας, αφ' ενός μεν οι καρκινοπαθείς δεν διέφεραν ως προς τις αναφερόμενες χαλαρές σχέσεις, από τις ομάδες α) εκείνων που αυτοκτόνησαν και β) των ψυχιατρικά ασθενών, αφ' ετέρου δε, ο αρχικός σχεδιασμός της έρευνας ήταν η ανεύρεση νέων προσεγγίσεων για την πρόβλεψη και την πρόληψη της υπέρτασης και της στεφανιαίας νόσου, με συνέπεια οι αρχικές υποθέσεις, που έγιναν για την επιλογή των δοκιμασιών (tests), να μην έχουν σχέση με τον καρκίνο. Σύμφωνα δηλαδή με τον Fox (Fox, 1978, p 81) [71], ένα από τα βασικά μεθοδολογικά σφάλματα, που καθιστούν μη ειδικά τα αποτελέσματα αυτής -και της όποιας άλλης- έρευνας, είναι και το γεγονός ότι: *"... η αρχική υπόθεση, που γίνεται σε μία έρευνα, καθορίζει και τα όρια, μέσα στα οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί μία δοκιμασία (test), για να μετρηθεί και να εκτιμηθεί αυτή η υπόθεση, ... , ... η δε επιλογή αυτής της δοκιμασίας, πρέπει να αντανακλά και τον σκοπό της έρευνας..."*.

Το 1975 όμως, ο Schonfield, σε προοπτικού τύπου έρευνα 112 γυναικών, που εξετάστηκαν μία ημέρα πριν τη βιοψία μαστού, όχι μόνο δεν βρήκε ενδείξεις ότι τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής -και ιδίως όσα σχετίζονται με απώλειες- προηγούνται της έναρξης του καρκίνου σε σύγκριση με τις μη καρκινοπαθείς, αλλά βρήκε αντίθετα ότι τα σκορ του στρες των γυναικών με καλοήθεις παθήσεις μαστού, έδειχναν μεγαλύτερα από τις καρκινοπαθείς (Schonfield, 1975) [193]. Και αυτή η έρευνα είχε σαν επίκεντρό της μία μόνο ανεξάρτητη μεταβλητή: τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, που εξετάστηκαν με αυτοσυμπληρούμενη δοκιμασία, με αναζήτηση πρόσφατων πριν την εμφάνιση της νόσου γεγονότων. Την ίδια χρονιά (1975), οι Greer και Morris, σε προοπτικού τύπου έρευνα 160 γυναικών, που εξέτασαν μία μέρα πριν από τη βιοψία μαστού, μεταξύ των άλλων ευρημάτων, δεν βρήκαν καμία διαφορά σε αριθμό ή ένταση στρεσογόνων γεγονότων ζωής μεταξύ γυναικών με καρκίνο μαστού και γυναικών με καλοήθεις παθήσεις μαστού, για τα προηγούμενα πέντε χρόνια πριν την εμφάνιση της νόσου (Greer & Morris, 1975) [89].

Ένα χρόνο αργότερα (1976), οι Smith και Sebastian, μελέτησαν τη σχέση στρεσογόνων γεγονότων ζωής και καρκίνου σε 44 καρκινοπαθείς και ισάριθμους μη καρκινοπαθείς ασθενείς, χρησιμοποιώντας δομημένη συνέντευξη και εξετάζοντας τον αριθμό, τη διάρκεια και την ένταση των γεγονότων, με ερωτήσεις που περιελάμβαναν θέματα από την οικογενειακή ζωή, την παιδική ηλικία, την κοινωνική και σεξουαλική ζωή, καριέρα, θρησκευτικές πεποιθήσεις κα, και βρήκαν ότι τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής ήταν περισσότερο σε αριθμό, και με μεγαλύτερη ένταση πριν από τη διάγνωση στους καρκινοπαθείς (Smith & Sebastian, 1976) [200]. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι οι σχετικές εργασίες για την ανεύρεση σχέσης στρεσογόνων γεγονότων και καρκίνου δημοσιεύονται σωρηδόν, παρά το γεγονός ότι ήδη από την προηγούμενη δεκαετία ήταν αποκτημένη γνώση πως τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής δεν μπορούν να θεωρηθούν -από μόνα τους- ειδικός δείκτης επικινδυνότητας για την εμφάνιση του καρκίνου, αφού από συγκλίνουσες έρευνες φάνηκε ότι επιδρούν θετικά, αλλά μη ειδικά, στην εμφάνιση της γενικής νοσηρότητας του πληθυσμού. Έτσι δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι το 1976, οι Rabkin και Struening, εφιστούν την προσοχή στους ερευνητές, υπογραμμίζοντας ότι δεν πρέπει να επαναλαμβάνεται πλέον το μεθοδολογικό σφάλμα των προηγούμενων δεκαετιών, η μεμονωμένη εξέταση δηλαδή των στρεσογόνων γεγονότων για την διερεύνηση της σχέσης τους με κάποια -οποιαδήποτε- σωματική πάθηση, χωρίς να λαμβάνεται υπ' όψιν η επίδραση, που μπορεί να έχουν και άλλοι συγχρόνως παράγοντες όπως: η προσωπικότητα και η κοινωνική στήριξη (Rabkin & Struening, 1976) [182].

Στα τέλη της δεκαετίας, το 1978, ο Fox δημοσίευσε μία εκτεταμένη ανασκόπηση των ερευνών, που μελετούν την επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην εμφάνιση του καρκίνου, και διατύπωσε την υπόθεση ότι ίσως ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας προκαλούν -στα άτομα που τα έχουν- μεγαλύτερη αντίδραση στα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, μειώνοντας έτσι την ικανότητα αντίστασης του ανοσοποιητικού συστήματος, με συνέπεια να έχουν μεγαλύτερη επιρρέπεια στην εμφάνιση καρκίνου. Επίσης

ο Fox στην ίδια δημοσίευση [71], αναφερόμενος στις μεθοδολογικές δυσκολίες, που είχαν μέχρι τότε αντιμετωπίσει οι ερευνητές στη μελέτη των ψυχολογικών παραγόντων και τη σχέση τους με τον επιπολασμό του καρκίνου, ανέλυσε μεταξύ άλλων τη σημασία ενός παράγοντα ο οποίος εμπλέκεται και στις σχετικές έρευνες για τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής και την εμφάνιση καρκίνου. Ο παράγων αυτός είναι το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ της υποκλινικής έναρξης του καρκίνου και της κλινικής του εκδήλωσης, έχει δε λάβει κατά διαστήματα και τον όρο: "λανθάνουσα περίοδος". Σ' αυτή λοιπόν την ανασκόπηση ο Fox (1978), αναφέρει και τις σχετικές με τη "λανθάνουσα περίοδο" εργασίες του Steel το 1973 και του Rush το 1975. Στην εργασία του 1973, ο Steel, υπολόγισε με τις μετρήσεις του τον "δυνητικό χρόνο διπλασιασμού" (potential doubling time -pdt-), ο οποίος αντιπροσωπεύει τον χρόνο που απαιτείται για τον μιτωτικό διπλασιασμό του αρχικού ποσού των νεοπλασματικών κυττάρων, εάν θεωρητικά κανένα κύτταρο δεν φονευόταν ή χανόταν. Το χρονικό αυτό διάστημα του "δυνητικού χρόνου διπλασιασμού" (pdt), ο Steel το υπολόγισε κυμαινόμενο από 1,9 ημέρες για το λεμφοσάρκωμα (παλιά ορολογία του NHL) έως 55 ημέρες για τον καρκίνο μαστού, με μέσο όρο 23 ημερών για τα περισσότερα είδη κακοήθων νεοπλασμάτων που μελέτησε. Αυτός είναι ο δυνητικός χρόνος διπλασιασμού. Τον πραγματικό χρόνο διπλασιασμού, ο Steel υπολόγισε από 5-500 ημέρες στις ακραίες περιπτώσεις, με ένα μέσο όρο 55 ημερών. Με βάση το χρονικό αυτό διάστημα και τον αριθμό των κυττάρων, που απαιτείται για να γίνει ένας όγκος κλινικά ανιχνεύσιμος, ο Steel υπολόγισε τις "λανθάνουσες περιόδους", τα χρονικά δηλαδή διαστήματα, που απαιτούνται για το κάθε είδος καρκίνου ώστε ο αρχικός -μη κλινικά ανιχνεύσιμος- όγκος, να γίνει κλινικά διαγνώσιμος. Τούτο γίνεται αν πολλαπλασιασθεί ο χρόνος διπλασιασμού με τον συνολικό αριθμό μιτωτικών διαιρέσεων που χρειάζονται για να γίνει ένας όγκος κλινικά ανιχνεύσιμος και διαιρώντας το γινόμενο δια του 360, ώστε να υπολογισθεί σέ έτη το χρονικό διάστημα της λανθάνουσας περιόδου. Έτσι ο Steel υπολόγισε ότι για να φθάσει ένας όγκος από το 10^0 (ένα κύτταρο) στα 10^{10} , όπου μερικοί όγκοι είναι ανιχνεύσιμοι, χρειάζονται περίπου 33 μιτωτικές διαιρέσεις, χ 55 ημέρες, που είναι η μέση χρονική διάρκεια κάθε μιτωτικής διαιρέσης, και διαιρούμενο δια του 360 για να μετατραπεί σέ χρόνια, έχουμε:

$$33 \times 55$$

$$\frac{\text{-----}}{360} = 5 \text{ περίπου χρόνια, που είναι δηλαδή,}$$

$$360$$

η μέση λανθάνουσα περίοδος, για την μέση περίπτωση της κλινικής εκδήλωσης κακοήθους νεοπλασματος γενικά (Steel, 1973) [210]. Λίγο αργότερα ο Rush (1975) [187], για τον καρκίνο του μαστού, όπως αναφέρει ο Fox (1978, p 72) [71], υπολογίζει τον ελάχιστο ανιχνεύσιμο αριθμό καρκινικών κυττάρων να είναι της τάξης των 10^7 κυττάρων, που καταλαμβάνουν όγκο 1 cm^3 , για τον οποίο απαιτούνται περίπου 30 μιτώσεις, και την λανθάνουσα περίοδο υπολόγισε σέ 11 περίπου χρόνια. Με βάση αυτές τις έρευνες, ο Fox, διατύπωσε τη γνώμη ότι αν οι υποθέσεις των ερευνητών, ως προς την αιτιώδη σχέση των στρεσογόνων γεγονότων ζωής με τον καρκίνο, αναφέρονται στην έναρξη της καρκινικής διεργασίας, τότε εκείνα τα στρεσογόνα γεγονότα, που συμπεριλαμβάνονται στις μελέτες και έχουν συμβεί κατά τη διάρκεια των πρόσφατων λίγων ετών πριν την κλινική εμφάνιση του καρκίνου, είναι πολύ συχνά άσχετα με την επίπτωση -που υποτίθεται ότι έχουν- στη διαδικασία έναρξης της νεοπλασματικής διεργασίας, εάν όμως -κατά τη γνώμη του- οι υποθέσεις των ερευνητών σχετίζονται με την ταχύτητα ανάπτυξης ενός όγκου, τότε ενδέχεται ότι τα στρεσογόνα γεγονότα θα μπορούσαν να επιταχύνουν αυτή τη διεργασία.

Όστόσο, στα τέλη της δεκαετίας, το 1979, δημοσιεύονται άλλες δύο εργασίες, που εξετάζουν μεταξύ άλλων και τη σχέση των στρεσογόνων γεγονότων με την εμφάνιση καρκίνου. Η μία ήταν του Greer, προοπτικού τύπου, και η άλλη των Thomas et al, που ήταν προοπτική έρευνα. Ο Greer, μελέτησε 160 γυναίκες προεγχειρητικά, μία ημέρα πριν τη βιοψία μαστού, και εξέτασε τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής με συνέντευξη, ενώ παράλληλα, τα γεγονότα που δηλώθηκαν από τις ασθενείς, επιβεβαιώθηκαν από τους συζύγους ή από στενούς συγγενείς των ασθενών. Μετά τη βιοψία βρέθηκαν 69 γυναίκες με καρκίνο μαστού

και 91 γυναίκες με καλοήθειες παθήσεις του μαστού, που χρησιμοποιήθηκαν ως ομάδα ελέγχου, χωρίς να βρεθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην παρουσία οποιασδήποτε ομάδας στρεσογόνων γεγονότων, συμπεριλαμβανομένης και της απώλειας αγαπημένου προσώπου. Όμως, ο Greer υπογραμμίζει ότι επειδή ο καρκίνος μαστού κάνει πολλά χρόνια μέχρι να εκδηλωθεί, -όπως ήδη εκτέθηκε με λεπτομέρειες πιο πάνω- και επειδή τα υπεύθυνα για τον καρκίνο του μαστού γεγονότα, έχουν ίσως συμβεί πολλά χρόνια νωρίτερα, υπάρχει ένα σοβαρό ενδεχομένως πρόβλημα "μνημονικής παραποίησης" -όπως το ονομάζει-, και καταλήγει ότι εκείνο που χρειάζεται είναι προοπτικές έρευνες ευρείας κλίμακας με πιο προσεγγιζόμενες ομάδες ελέγχου (Greer, 1979) [88].

Μία φυσική απόρροια των μέχρι τώρα αναδρομικών ερευνών (π.χ. Kissen 1963, LeShan 1966) [132, 143], που εξέταζαν τη σχέση μεταξύ των στρεσογόνων γεγονότων τύπου απώλειας και του καρκίνου, ήταν να γίνουν προσπάθειες προοπτικής έρευνας αυτής της σχέσης. Μία τέτοια έρευνα είχε ήδη αρχίσει συγχρόνως σχεδόν με τις πιο πάνω έρευνες αναδρομικού τύπου της προηγούμενης δεκαετίας, από τους Thomas et al, και, το 1979 οπότε δημοσιεύθηκε, είχαν ήδη συμπληρωθεί 20 χρόνια παρακολούθησης 1337 αρρένων γιατρών, που είχαν αποφοιτήσει από το πανεπιστήμιο από το 1948 έως το 1964, εκ των οποίων τη χρονιά της δημοσίευσης, η πλειονότητα σέ ποσοστό άνω του 95% ήταν ηλικίας από 40 έως 59 ετών και υπήρχαν 55 άτομα, που είχαν εμφανίσει ποικιλία κακοήθων νεοπλασμάτων. Οι Thomas et al, μεταξύ των άλλων δοκιμασιών, χορήγησαν και το ερωτηματολόγιο Family Attitude Questionnaire (FAQ) από όπου βρήκαν ότι οι 55 καρκινοπαθείς του ως άνω δείγματος διέφεραν από την ομάδα των υγιών ως προς την υποκειμενική τους εκτίμηση για τις σχέσεις τους με τους γονείς, τις οποίες οι καρκινοπαθείς βαθμολόγησαν κατά πολύ χαλαρότερες σε σύγκριση με τους υγιείς, και ιδίως στη σχέση πατέρα-γιου (Thomas et al, 1979) [222]. Αυτή η χαλαρότητα των σχέσεων, που θεωρείται στρεσογόνο γεγονός του τύπου της απώλειας σχέσεως ή προσώπου, βρέθηκε και στις αναδρομικές έρευνες των προηγούμενων δεκαετιών από τους Kissen (1963) και Le Shan (1966), που ήδη αναφέρθηκαν [132, 143].

1.2.5.4. Ψυχοπαθολογία και καρκινογένεση.

Τα πρώτα ευρήματα, αλλά και οι υποθέσεις ότι η κατάθλιψη είτε προηγείται είτε είναι ένα από τα αίτια της καρκινογένεσης, που καθιερώθηκαν με πρωτεργάτες, όπως αναφέρθηκε στα προηγούμενα, τους Scholz και Pfeiffer (1923), Evans (1926), Foque (1931), Yaskin (1931), Le Shan (1959) [192, 62, 70, 244, 142], κ.α., αποτέλεσαν και σ' αυτή τη δεκαετία τις βάσεις για τις σχετικές προσπάθειες να διερευνηθεί η σχέση της ψυχοπαθολογίας -και ιδιαίτερα της κατάθλιψης- με τον καρκίνο. Λίγες είναι και σ' αυτή τη δεκαετία οι προοπτικού τύπου εργασίες, και σχεδόν καμία δεν συμπεριλαμβάνει τη σύγχρονη διερεύνηση και άλλων παραμέτρων εκτός από την ψυχοπαθολογία, με εξαίρεση, ίσως, τις εργασίες των Craig και Abeloff (1974), και των Derogatis et al, (1979) [52, 55].

Αναλυτικότερα, το 1974 έχουμε τρεις δημοσιεύσεις, που ερευνούν τη σχέση καρκίνου και ψυχοπαθολογίας. Η μία από αυτές, των Craig και Abeloff, εξετάζει την ψυχοπαθολογία των καρκινοπαθών και τη σχέση της με την επιβίωση, δηλαδή με την έκβαση της νόσου, ενώ οι άλλες δύο είναι προοπτικές και εξετάζουν τη σχέση κατάθλιψης και εμφάνισης καρκίνου. Η μελέτη των Craig και Abeloff (1974) [52], έγινε με την αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα ψυχοπαθολογίας SCL-90, σε 30 ήδη διαγνωσμένους καρκινοπαθείς, με ποικιλία εντοπίσεων, που είχαν εισαχθεί για θεραπεία. Η δοκιμασία χορηγήθηκε μέσα στο πρώτο 48ωρο της εισαγωγής τους, και παρακολούθηθηκε η συχνότητα θνησιμότητάς τους μέσα στους επόμενους 12 μήνες. Οι συγγραφείς βρήκαν υψηλή ψυχοπαθολογία στο δείγμα τους, από το οποίο συγκεκριμένα ένα ποσοστό 50% είχε κατάθλιψη και το 30% είχε άγχος, ενώ περιγράφουν ότι παρατήρησαν πως ο υψηλότερος βαθμός ψυχοπαθολογίας συνοδευόταν από μεγαλύτερη θνησιμότητα μέσα στους επόμενους δώδεκα μήνες, χωρίς να αναφέρουν συγκεκριμένη στατιστική δοκιμασία και τα αποτελέσματά της. Έτσι, μετά πού εμείς υπολογίσαμε τα δεδομένα τους με την ποιοτική δοκιμασία χ^2 , βρήκαμε ότι η παρατήρησή τους αυτή είχε ευρήματα στατιστικά ασαφή ($p < 0,10$).

Την ίδια χρονιά, οι Evans, Baldwin και Gath (1974) [63], με σκοπό να επαναλάβουν τα ευρήματα των Kerr et al (1969) [127], μελέτησαν προοπτικά 823 ασθενείς, που χρειάστηκαν ψυχιατρική νοσηλεία για κατάθλιψη, των οποίων οι διαγνώσεις ταξινομήθηκαν σύμφωνα με το Διεθνές Ταξινομικό Σύστημα ICD-7, και παρακολούθηθηκε ο αριθμός και η αιτία θανάτων τους μέσα στα επόμενα 4 χρόνια από το εξιτήριό τους. Σ' αυτά τα 4 χρόνια, σημειώθηκαν 40 θάνατοι γυναικών και 32 θάνατοι ανδρών και από αυτούς βρέθηκε ότι 1 γυναίκα και 3 άνδρες είχαν πεθάνει από κακόηθες νεόπλασμα, που διαγνώστηκε μετά από κατάθλιψη, για την οποία είχε χρειασθεί νοσηλεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η θνησιμότητα από γενική νοσηρότητα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό ήταν μεν ηυξημένη, αλλά η θνησιμότητα ή η νοσηρότητα ειδικά από καρκίνο δεν υπερέβαινε την αναμενόμενη συχνότητα, που ίσχυε για τον γενικό πληθυσμό. Σημειώνεται εδώ ότι οι Kerr et al (1969), είχαν βρει αυξημένη θνησιμότητα από καρκίνο στους άνδρες που είχαν νοσηλευθεί για κατάθλιψη, αλλά όχι και στις γυναίκες. Ωστόσο τα πλεονεκτήματα της έρευνας αυτής (Evans et al, 1974), σε σχέση με την αντίστοιχη των Kerr et al (1969), ήταν κυρίως δύο: 1) το δείγμα ήταν εξαπλάσιο (823 ασθενείς) και 2) οι διαγνώσεις της κατάθλιψης έγιναν με Διεθνές Ταξινομικό Σύστημα, ενώ αντίθετα στην έρευνα των Kerr et al (1969), το δείγμα ήταν έξη φορές μικρότερο (135 ασθενείς) και οι διαγνώσεις της κατάθλιψης έγιναν με ελεύθερη συνέντευξη, χωρίς αναφορά σε οποιοδήποτε ταξινομικό σύστημα.

Η τρίτη προοπτική δημοσίευση της ίδιας χρονιάς, έγινε από τους Keehn, Goldberg και Beebe (1974) [125], σε 9.813 βετεράνους του στρατού, που απολύθηκαν κατά τα έτη 1944-1945, λόγω ψυχοπαθολογίας υπό τον γενικό -τότε- όρο ψυχονεύρωση, και παρακολούθηθηκαν επί 24 χρόνια, χωρίς να βρεθεί μεγαλύτερος επιπολασμός νοσηρότητας από καρκίνο σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, που την αποτελούσαν 9.942 βετεράνοι, που απολύθηκαν για άλλες αιτίες, διαφορετικές από την ψυχονεύρωση. Σημειώνεται ότι οι διαγνώσεις ετέθησαν σύμφωνα με τα Κριτήρια της 7ης Διεθνούς Ταξινόμησης (ICD-7, 1955). Τα δεδομένα είναι προοπτικά, και γι' αυτό το λόγο, -σύμφωνα με τον Fox (1978, p. 88) [71]- κατά πολύ εγκυρότερα από άλλα μη προοπτικά δεδομένα, και αποδυναμώνουν έτσι κατά τη γνώμη του την ισχύ της υπόθεσης ότι στρεσογόνοι παράγοντες όμοιοι με εκείνους που οδηγούν σε ψυχονευρωτική παθολογία ίσως συνδέονται με τον καρκίνο. Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι τα ευρήματα των Keehn et al (1974), ενισχύουν τα αναδρομικά ευρήματα του Kissen (1966) [133], ο οποίος βρήκε χαμηλότερο νευρωτισμό στους καρκινοπαθείς σε σύγκριση με τους μη καρκινοπαθείς. Ωστόσο, αν αντιπαραβάλομε από τη μία μεριά την εργασία των Evans και από την άλλη, την εργασία των Keehn et al σύμφωνα με τα τότε ταξινομικά συστήματα, που ήταν και στις δύο έρευνες ακριβώς τα ίδια, δηλαδή το ICD-7, θα δούμε ότι δεν μετρούν την ίδια κλινική οντότητα, γιατί ο όρος ψυχονεύρωση, που αναφέρεται στην έρευνα της ομάδας του Keehn, δεν έχει σχέση με την κατάθλιψη, -ή μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο σήμερα,- στην οποία αναφέρεται η ομάδα του Evans, αλλά, αντίθετα αναφέρεται σε μία συνδρομή, που περιλαμβάνει ποικιλία διαταραχών, μη συναισθηματικών, με μοναδική εξαίρεση συναισθηματικής διαταραχής την -υπό σημερινή ορολογία- Δυσθυμία, σε καμία όμως περίπτωση τη μείζονα κατάθλιψη. Ας δούμε όμως κατά λέξη την περιγραφή του R.D. Adams (Harrison, 1972) [107] για τον όρο ψυχονεύρωση:

* *"Από περιγραφικής μόνον απόψεως εις τας ψυχονευρώσεις περιλαμβάνονται επτά κλινικά σύνδρομα: 1) νευρασθενικός κάματος ή νευρασθένεια, όπως απεκαλείτο παλαιότερον 2) απλή νευρικότης, αγχώδης νεύρωσις και νευροκυκλοφοριακή ασθένεια 3) φοβική νεύρωσις 4) ιδεο-αναγκαστική νεύρωσις (καλούμενη και ψυχασθένεια) 5) υστερία 6) υποχονδριακή νεύρωσις και 7) αντιδραστική κατάθλιψις. Τα σύνδρομα ταύτα είναι ευδιάκριτα όταν εμφανίζονται υπό αμιγή μορφήν, αλλ' η πείρα έχει αποδείξει, ότι πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν συμπτώματα ανήκοντα εις περισσότερας της μιάς εκ των κατηγοριών τούτων, οπότε δέον να θεωρούνται ως πάσχοντες εκ "μικτών ψυχονευρώσεων"."* _

Στην αναλυτική περιγραφή που κάνει για την αντιδραστική κατάθλιψη στο κεφάλαιο 371 (Harrison, 1972), βλέπομε ότι περιλαμβάνει διαταραχές, οι οποίες στο 10ο Διεθνές Ταξινομικό Σύστημα (ICD-10, 1992), αντιστοιχούν με σημερινή ορολογία στην Δυσθυμία, την Οργανική Καταθλιπτική Διαταραχή και την Καταθλιπτική Αντίδραση Προσαρμογής,

επιπλέον δε αν λάβουμε υπ' όψιν και τις υπόλοιπες 6 συνδρομές, βλέπομε να συμπεριλαμβάνει τις σημερινές αγχώδεις και σωματοποιητικές διαταραχές, και πάντως, σε καμία περίπτωση την μείζονα κατάθλιψη (ενδογενή), που βλέπομε στην εργασία των Evans et al (1974) [63]. Επίσης, αν μελετήσουμε προσεκτικότερα την κλινική περιγραφή του Adams για την αντιδραστική κατάθλιψη, θα παρατηρήσουμε ότι στην εργασία των Keehn (1974), που ακολουθεί το περιγραφικό σύστημα εκείνης της περιόδου (ICD-7), συνεξετάζονται και τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, αφού συνυπάρχει και αυτή η κατηγορία σαφέστατα κάτω από τον υπότιτλο "κατάθλιψις συνδυαζομένη προς συναισθηματικά προβλήματα". Συγκεκριμένα ο Adams, υπό τον τίτλο "Αντιδραστική Κατάθλιψις", περιγράφει δύο -τότε- ισχύουσες κλινικές οντότητες, που σύμφωνα με τα σημερινά ταξινομικά δεδομένα (ICD-10, 1992) [123], αναλύθηκαν σε τρεις Διαταραχές, και αναφέρει τα εξής:

1. "Κατάθλιψις συνοδευούσα παθολογικήν νόσον", που περιλαμβάνει δύο σημερινές Διαταραχές: την Οργανική Καταθλιπτική Διαταραχή και την Καταθλιπτική Αντίδραση της Προσαρμογής, και
2. "Κατάθλιψις συνδυαζομένη προς συναισθηματικά προβλήματα", που περιλαμβάνει δύο επίσης σημερινές Διαταραχές: την Δυσθυμία και την Καταθλιπτική Αντίδραση της Προσαρμογής.

Υπό αυτό το πρίσμα των εννοιών, θα βλέπαμε, ίσως, τις σχετικές υποθέσεις των Le Shan (1959), του Kissen (1969), κ.α., αν όχι να καταρρίπτονται, τουλάχιστον να αποδυναμώνονται, επειδή σύμφωνα με αυτές, άτομα τα οποία έχουν τάση να καταθλιβονται εξ αιτίας δυσάρεστων γεγονότων, που περιλαμβάνουν και την απώλεια αγαπημένου αντικειμένου, είναι επιρρεπή σε καρκίνο. Στις δύο λοιπόν αυτές προοπτικές έρευνες, (γεγονός που κάνει τα αποτελέσματά τους εγκυρότερα), όπου παρουσιάζονται τα ευρήματα δύο διαφορετικών κατηγοριών κατάθλιψις και η σχέση τους με τον καρκίνο, παρέχονται δύο διαφορετικές πληροφορίες. Δηλαδή, η μία εργασία των Evans et al εξετάζει τη σχέση της μείζονος κατάθλιψις (ενδογενούς) και της θνησιμότητας από καρκίνο, και η άλλη των Keehn et al, εξετάζει τη σχέση καρκίνου και πολλών μη συναισθηματικών διαταραχών, μεταξύ των οποίων και την κατάθλιψη, όχι την ενδογενή, αλλά την οφειλόμενη σε στρεσογόνα γεγονότα, και τη Δυσθυμία, με κοινό παρονομαστή και στις δύο εργασίες την μη ανεύρεση σχέσης μεταξύ καρκίνου και οποιασδήποτε μορφής κατάθλιψις. Ένα τέτοιο όμως συμπέρασμα αποδυνάμωσης των ανωτέρω υποθέσεων θα ήταν επιπόλαιο, γιατί όπως θα δούμε στη συνέχεια τα αποτελέσματα άλλων ερευνών, δεν συγκλίνουν προς αυτή τη κατεύθυνση. Σημειώνεται πάντως ότι και στις δύο ανωτέρω έρευνες οι διαγνώσεις έχουν τεθεί σύμφωνα με διεθνή διαγνωστικά κριτήρια, γεγονός που τις κάνει επαναλήψιμες.

Ωστόσο, ακολούθησαν άλλες εργασίες που έδειξαν θετική σχέση κατάθλιψις, τόσο στους καρκινοπαθείς όσο και σε άλλους σοβαρά πάσχοντες παθολογικούς αλλά μη καρκινοπαθείς ασθενείς, έτσι ώστε να φαίνεται πιθανότερη μία θετική, αλλά μη ειδική εμπλοκή της κατάθλιψις τόσο στην παρουσία καρκίνου, όσο και στην παρουσία άλλων παθολογικών νοσημάτων. Συγκεκριμένα, το 1975, μία άλλη συγκριτική, αναδρομική έρευνα ψυχοπαθολογίας έγινε από τους Moffic και Paykel [159], οι οποίοι βασιζόμενοι επίσης στις υποθέσεις ότι η κατάθλιψη συνδέεται με την καρκινογένεση, εξέτασαν τον επιπολασμό της σε νοσοκομειακούς καρκινοπαθείς, συγκριτικά με σοβαρά πάσχοντες μη καρκινοπαθείς ασθενείς, και βρήκαν ότι τα μεν ποσοστά κατάθλιψις και στις δύο ομάδες ανέρχονται στο 61%, χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους. Άλλες δύο παρόμοιες και για τον ίδιο σκοπό έρευνες έγιναν μέσα στα επόμενα τρία χρόνια. Η μία ήταν των Plumb και Holland (1977), και η άλλη των Levine et al (1978). Συγκεκριμένα, οι Plumb και Holland (1977) [180], χορήγησαν την αυτοσυμπληρούμενη δοκιμασία κατάθλιψις του Beck σε 97 νοσοκομειακούς υπό χημειοθεραπεία καρκινοπαθείς, με ποικιλία κακοήθων νεοπλασμάτων, και σε 99 μη σωματικά πάσχοντες, νοσηλευόμενους για απόπειρα αυτοκτονίας. Ποσοστό 19%-23% των καρκινοπαθών παρουσίαζαν κατάθλιψη, έναντι ποσοστού 41% των νοσηλευομένων για απόπειρα αυτοκτονίας. Κατά την γενική εκτίμηση των συγγραφέων, οι καρκινοπαθείς συνήθως δεν παρουσιάζουν αυτουποτίμηση, ενώ ανάμεσά τους, σπάνια παρουσιάζεται η εικόνα της ψυχωτικής κατάθλιψις. Στο ανωτέρω δείγμα πάντως, οι

καρκινοπαθείς είχαν σημαντικά χαμηλότερη τη συνολική βαθμολογία ψυχοπαθολογίας από τους αυτοκτονικούς ασθενείς. Η δεύτερη, τέλος, ανακοίνωση παρόμοιου τύπου έγινε το 1978 από τους Levine, Silberfarb και Lipowski [144], που εξέτασαν 100 νοσοκομειακούς καρκινοπαθείς με ταξινομικά κριτήρια DSM-II, χωρίς ομάδα σύγκρισης, και βρήκαν κατάθλιψη σε ποσοστό 56%, οργανικές εγκεφαλικές διαταραχές σε ποσοστό 40%, και άλλου είδους διαταραχές σε ποσοστό 4%, ενώ σχολιάζοντας τη σχετική διεθνή βιβλιογραφία, καταλήγουν ότι γενικά, τα ποσοστά επιπολασμού κατάθλιψης, τόσο σε καρκινοπαθείς όσο και σε μη καρκινοπαθείς ασθενείς, κυμαίνονται γύρω στο 25% χωρίς διαφορές μεταξύ τους.

Και ενώ στις αρχές της δεκαετίας οι Evans et al, όπως αναλύθηκε στην προοπτική τους έρευνα [63], δεν βρήκαν αυξημένη θνησιμότητα από καρκίνο σε ασθενείς που χρειάστηκαν νοσηλεία λόγω κατάθλιψης, -σε αντίθεση με τα ευρήματα των Kerr et al, που είχαν βρει το 1969 σε ανάλογη έρευνα [127], ότι υπάρχει αυξημένη θνησιμότητα στους άνδρες, χωρίς όμως να έχουν βασισθεί για τη διάγνωσή τους σε διεθνή ταξινομικά κριτήρια,- στα τέλη αυτής της δεκαετίας, δημοσιεύονται άλλες δύο προοπτικές έρευνες, που η κάθε μία τους έχει όμοια μεθοδολογία και αποτελέσματα με τις δύο προηγούμενες, η μία δηλαδή είναι επανάληψη των Kerr (1969) και η άλλη των Evans (1974). Για να γίνουμε πιο σαφείς, στην έρευνα που μεταχειρίστηκαν σταθμισμένα διεθνή κλινικά κριτήρια, δεν βρέθηκε θετική σχέση μεταξύ καρκίνου και κατάθλιψης, ενώ στην έρευνα που μεταχειρίστηκαν ελεύθερη ψυχιατρική συνέντευξη χωρίς να θέτουν διάγνωση σύμφωνη με κάποιο ταξινομικό σύστημα, βρήκαν θετική σχέση μεταξύ καρκίνου και κατάθλιψης ειδικά για τους άνδρες, όπως και οι Kerr et al. Ωστόσο μεθοδολογικά εγκυρότερες θεωρούνται πάντοτε οι έρευνες που χρησιμοποιούν σταθμισμένες ή επαναλήψιμες δοκιμασίες μέτρησης. Παρ' όλ' αυτά, τις παραθέτουμε αναλυτικότερα, για να γίνει αντικειμενικότερη και πληρέστερη η εικόνα των σχετικών ερευνών στον τομέα αυτό της διερεύνησης της σχέσης ψυχοπαθολογίας και καρκίνου αυτής της δεκαετίας.

Το 1978, στην Ψυχιατρική Κλινική του Ελσίνκι στη Φιλανδία, οι Niemi και Jaaskelainen [169], μελέτησαν προοπτικά, για 10 τουλάχιστον χρόνια, τον επιπολασμό της νοσηρότητας του καρκίνου σε 191 ασθενείς, που είχαν νοσηλευθεί στην κλινική για συναισθηματικές διαταραχές, κατά τα έτη 1954-1956 και 1964-1966. Από τους ως άνω ασθενείς, συνολικά οι 48 είχαν Διπολική και οι 143 είχαν Μονοπολική Διαταραχή, με βάση τα κριτήρια των Casidy, Feighner και Winokur. Η νοσηρότητα από καρκίνο των ασθενών του δείγματος, συγκρίθηκε με την αντίστοιχη αναμενόμενη νοσηρότητα στον γενικό Φιλανδικό πληθυσμό. Από το συνολικό δείγμα των 191 συναισθηματικά πασχόντων, 10 άτομα, που ανήκαν αποκλειστικά στην ομάδα των Μονοπολικών Διαταραχών, εμφάνισαν καρκίνο, χωρίς στο σύνολό τους -δηλαδή ανεξαρτήτως φύλου- να υπερβαίνουν τον συνολικά αναμενόμενο αριθμό νοσηρότητας καρκίνου του γενικού πληθυσμού. Η αναμενόμενη όμως νοσηρότητα καρκίνου των φύλων, έδειξε διαφορές όμοιες μ' εκείνες των Kerr et al (1969). Δηλαδή οι άνδρες με Μονοπολικές Διαταραχές, που είχαν χρειασθεί νοσηλεία, είχαν αυξημένη νοσηρότητα καρκίνου σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό: 7 άνδρες καρκινοπαθείς έναντι της αναμενόμενης τιμής του 4,9. Παρ' όλ' αυτά οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι η έρευνά τους απέτυχε να δείξει ότι η κατάθλιψη αυξάνει την νοσηρότητα από καρκίνο, προφανώς δίνοντας μεγαλύτερη βαρύτητα στο συνολικό εύρημα, και των δύο φύλων, που δεν υπερέβαινε τον αναμενόμενο αριθμό νοσηρότητας στο γενικό πληθυσμό.

Τέλος, το 1979, κλείνουν οι προοπτικές έρευνες της δεκαετίας σ' αυτό το πεδίο, με τη δημοσίευση των Whitlock και Siskind [231], στην οποία, όπως αναφέρουν, εξέτασαν οι ίδιοι ψυχιατρικά, 36 άνδρες και 86 γυναίκες, που νοσηλεύθηκαν για κατάθλιψη στην Ψυχιατρική Κλινική του Brisbane της Αυστραλίας, και μελέτησαν τη θνησιμότητα από καρκίνο για τα επόμενα 2-4 χρόνια από τη νοσηλεία τους, σε σύγκριση με την αναμενόμενη στο γενικό πληθυσμό, χωρίς να αναφέρουν στη μεθοδολογία τους κάποια ταξινομικά διαγνωστικά κριτήρια. Τα ευρήματά τους συμπίπτουν με εκείνα των Kerr et al (1969), που βρήκαν μεγαλύτερη θνησιμότητα από καρκίνο στους άνδρες που νοσηλεύθηκαν για κατάθλιψη.

Την ίδια χρονιά οι Derogatis, Abeloff και Melisaratos (1979) [55], ερευνώντας, όχι πλέον τη σχέση κατάθλιψης και εμφάνισης καρκίνου, αλλά την επίδραση της ψυχοπαθολογίας στην πορεία της νόσου, παρακολούθησαν την επιβίωση μέσα σ' ένα χρόνο 35 γυναικών με μεταστατικό καρκίνο μαστού, αφού τους χορήγησαν μεταξύ άλλων και την αυτοσυμπληρούμενη δοκιμασία SCL-90-R, πού μετρά ψυχοπαθολογία των τελευταίων 7 ημερών, καθώς και την αυτοσυμπληρούμενη δοκιμασία Affect Balance Scale, πού μετρά συναισθηματικές διαταραχές, και βρήκαν ότι καρκινοπαθείς με μεγαλύτερο βαθμό κατάθλιψης και έκφρασης εχθρότητας, είχαν (σέ στατιστικά σημαντικό βαθμό), άνω του έτους επιβίωση, ενώ αντίθετα καρκινοπαθείς με μικρότερο βαθμό κατάθλιψης και εχθρότητας, είχαν μικρότερη του έτους επιβίωση. Ευρήματα δηλαδή, πού μία και δεν έχουν σχέση με την εμφάνιση του καρκίνου, αλλά με την εξελικτική του πορεία, υποδηλώνουν ότι η υψηλή ψυχοπαθολογία είναι μάλλον καλός και όχι κακός προγνωστικός δείκτης της πορείας του ήδη διαγνωσμένου καρκίνου του μαστού. Εκ πρώτης όψεως, τα ευρήματα αυτά φαίνονται να έρχονται σέ αντίθεση με τα ευρήματα των Craig και Abeloff (1974) [52], πού είχαν ανακοινώσει ότι καρκινοπαθείς με υψηλή ψυχοπαθολογία είχαν μικρότερη του έτους επιβίωση. Υπενθυμίζομε πάντως ότι των μεν τελευταίων τα ευρήματα βρέθηκαν να είναι, όταν τα υπολογίσαμε, στατιστικά σημαντικά στο επίπεδο του 10%, δηλαδή ασαφή, ενώ τα ευρήματα των Derogatis και συν, είναι στατιστικά σημαντικά. Επιπλέον, το δείγμα των Craig και Abeloff (1974) είχε ανομοιογένεια λόγω της ποικιλίας των κακοήθων νεοπλασμάτων πού περιελάμβανε, ενώ το δείγμα των Derogatis et al, (1979) ήταν ομοιογενές, επειδή αφορούσε αποκλειστικά και μόνο, μία πρωτοπαθή εστία, τον καρκίνο μαστού.

1.2.5.5. Καρκινογένεση και Προσωπικότητα.

Οι προσπάθειες απομόνωσης ενός ή περισσοτέρων στοιχείων προσωπικότητας ειδικών για επιρρέπεια σέ καρκίνο, συνεχίζονται και σ' αυτή τη δεκαετία χωρίς -κατά κανόνα- να συμπεριλαμβάνονται στις μετρήσεις των ερευνών και οι επιδράσεις άλλων βιο-ψυχο-κοινωνικών παραγόντων. Οι Rabkin και Struening (1976) [182], σχολιάζοντας τα μεθοδολογικά σφάλματα ορισμένων ερευνητών σέ έρευνες πού αφορούν τη σχέση των στρεσογόνων γεγονότων και της νοσηρότητας τονίζουν ότι μερικοί ερευνητές: "...επικεντρώνονται σέ μία γραμμική σχέση μεταξύ ανεξάρτητης και εξαρτημένης μεταβλητής, χωρίς να ελέγχουν για μεταβλητές, πού παρεμβαίνουν, όπως η προσωπικότητα και η κοινωνική στήριξη..." Είναι προφανές ότι το σχόλιό τους αυτό βρίσκει εφαρμογή και στον τομέα έρευνας της σχέσης καρκίνου και προσωπικότητας. Εξάιρεση ίσως να αποτελούσε η εργασία των Dattore et al (1980) [53], πού θα εξεταστή στη συνέχεια, όπου χρησιμοποιήθηκε discriminant analysis, αλλά και εκεί ουσιαστικά υπήρχε μία ανεξάρτητη μεταβλητή: η προσωπικότητα, και η αναφερόμενη ανάλυση αφορούσε τις υποκλίμακες της δοκιμασίας προσωπικότητας MMPI, με μία εξαρτημένη μεταβλητή: την εμφάνιση καρκίνου.

Ουσιαστικά, οι εργασίες του κεφαλαίου αυτού, μπορούν να μελετηθούν καλύτερα αν εξετασθούν υπό το πρίσμα των εξής τριών ομάδων:

1. Έρευνες συγκλίνουσες μεταξύ τους σέ ευρήματα και εννοιολογικό περιεχόμενο.
2. Έρευνες, πού ενισχύουν παλαιότερες υποθέσεις και συμπεράσματα, και
3. Έρευνες, πού αναδεικνύουν νεώτερα ευρήματα.

Ας δούμε όμως αναλυτικότερα, και με χρονολογική σειρά μέσα στη δεκαετία, την κάθε ομάδα.

1. Έρευνες συγκλίνουσες μεταξύ τους σέ ευρήματα και εννοιολογικό περιεχόμενο.

Κύρια χαρακτηριστικά των καρκινοπαθών, πού φάνηκε να είναι συγκλίνοντα στις εργασίες πού θα αναλυθούν, παρ' όλο πού μετρήθηκαν με διαφορετικό τρόπο, ήταν τα εξής:

- 1) έλλειψη ελπίδων, 2) στοϊκότητα ή παθητικότητα, 3) μειωμένη έκφραση θυμού, και 3) χαμηλό χαρακτηρισιολογικό άγχος.

Αναλυτικότερα, το 1971, οι Schmale και Iker [191], εξετάζοντας σέ μία προοπτικού τύπου έρευνα με ελεύθερη συνέντευξη και ψυχομετρικές δοκιμασίες, 40 γυναίκες πού υποβλήθηκαν σέ κωνοειδή βιοψία τραχήλου μήτρας, και προτού βγουν τα αποτελέσματά της, βρήκαν ότι οι καρκινοπαθείς σέ σύγκριση με τις μη καρκινοπαθείς, είχαν υψηλότερη

βαθμολογία σέ έλλειψη ελπίδων για τους προηγούμενους έξη μήνες, καθώς και υψηλότερη βαθμολογία σέ αυτοθυσία, τελειοθηρία και θρησκευτικότητα. Εξέτασαν δηλαδή οι Schmale και Iker ορισμένα στοιχεία προσωπικότητας, πού επικρατούν κατά την περίοδο της εμφάνισης των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου. Οκτώ χρόνια αργότερα, το 1979, οι Greer, Morris και Pettingale δημοσίευσαν προοπτική έρευνα [91], πού έκαναν σέ 69 ήδη διαγνωσμένες ασθενείς μέ καρκίνο μαστού στα αρχικά στάδια ($T_{0,1} N_{0,1} M_{0,1}$), μέ σκοπό να μελετήσουν την επίπτωση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην έκβαση του καρκίνου μέσα στα επόμενα πέντε χρόνια. Τις ασθενείς εξέτασαν μία φορά πριν τη μαστεκτομή, τον τρίτο και τον δωδέκατο μετεγχειρητικό μήνα, καθώς και μία φορά το χρόνο στα επόμενα τέσσερα χρόνια. Οι μετρήσεις έγιναν μέ κλίμακα Hamilton για καταθλιπτική νόσο, ερωτηματολόγιο προσωπικότητας για εχθρότητα των Caine και Foulds (HDHQ), ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck για να μετρήσουν εξωστρέφεια και νευρωτισμό, και τέλος συνέντευξη δικής τους επινόησης, πού μετρούσε: άρνηση, αισιοδοξία, στοϊκή αποδοχή της νόσου, καθώς και αισθήματα βοήθητου και έλλειψης ελπίδων. Μέσα στα επόμενα πέντε χρόνια, καμία από τις άλλες δοκιμασίες, εκτός από τη δική τους, δεν έδειξε στατιστικά σημαντικά ευρήματα σέ σχέση μέ την έκβαση της νόσου, και συγκεκριμένα την πενταετή επιβίωση. Από τη δική τους λοιπόν συνέντευξη, πού μετρούσε στοιχεία προσωπικότητας, βρέθηκε ότι όσες καρκινοπαθείς παρουσίαζαν στην πρώτη μέτρηση μεγαλύτερη βαθμολογία άρνησης και αισιοδοξίας, είχαν μακρότερη επιβίωση, ενώ όσες παρουσίαζαν μεγαλύτερη βαθμολογία στοϊκής αποδοχής της νόσου και έλλειψης ελπίδων, είχαν βραχύτερη επιβίωση. Σημειώνεται εδώ, ότι η έρευνα αυτή συνεχίστηκε και μέσα στην επόμενη δεκαετία, για συνολικά δέκα χρόνια, μέ τα ίδια ευρήματα.

Ήδη, συγκρίνοντας τις δύο αυτές εργασίες, είναι προφανής η ταύτιση των εννοιών σέ ορισμένα τουλάχιστον ευρήματα. Συγκεκριμένα, αφ' ενός μεν, οι Schmale και Iker βρίσκουν ότι επικρατούν, τουλάχιστον κατά την χρονική διάρκεια της διάγνωσης του καρκίνου, αλλά και για έξη μήνες νωρίτερα, η έλλειψη ελπίδων και η αυτοθυσία, αφ' ετέρου δε, οι Greer et al, βρίσκουν ότι έχουν μικρότερη επιβίωση, εκείνες οι καρκινοπαθείς, πού είχαν μεγαλύτερο βαθμό έλλειψης ελπίδων και στοϊκής αποδοχής. Ταύτιση των εννοιών εδώ, εκτός από την έλλειψη ελπίδων, θα μπορούσε να θεωρηθεί και η συνάφεια μεταξύ αυτοθυσίας και στοϊκής αποδοχής, κατά τη γνώμη της Temoshok (1987, p 550) [219], πού θεωρεί ότι η στοϊκή αποδοχή των Greer et al, είναι προφίλ ανάλογο της αυτοθυσίας, πού περιγράφει και η ίδια σέ άλλες εργασίες της (Temoshok 1985) [218]. Γεγονός όμως είναι ότι στοιχεία, πού εντοπίστηκαν στην έρευνα των Schmale και Iker σαν υπαρκτά για ένα τουλάχιστον εξάμηνο πριν τη διάγνωση του καρκίνου, βρέθηκαν και στην έρευνα των Greer et al, να υπάρχουν και να παρουσιάζουν θετική σχέση -μαθηματική τουλάχιστον- δείχνοντας ότι συντελούν στη μικρότερη επιβίωση.

Το 1979 τέλος, αναφέρεται σ' αυτήν την ομάδα άλλη μία εργασία των Rogentine et al, για άλλο τύπο κακοήθους νεοπλασματος: το μελάνωμα, μέ παρόμοια ευρήματα, και ιδίως μέ εκείνα των Greer et al. Αναφέρουν δηλαδή οι Rogentine et al [185], περισσότερες υποτροπές, σέ στατιστικά σημαντικό βαθμό, στους ασθενείς του δείγματός τους, πού εξέφραζαν λιγότερες δυσκολίες προσαρμογής στη νόσο τους, από εκείνους πού εξέφραζαν περισσότερες. Οι εν λόγω ερευνητές ερμήνευσαν αυτή την επίμονη αναφορά λίγων προβληματισμών εκ μέρους των ασθενών, καθώς και την εμμονή τους ότι η ζωή τους θα κυλούσε φυσιολογικά, ως παθητικό ή στοϊκό προφίλ προσωπικότητας, και όντως αυτή η ερμηνεία τους ταυτίζεται μέ την έννοια της στοϊκής αποδοχής (stoic acceptance), πού προκύπτει από τη συνέντευξη, πού επινόησαν οι Greer et al (1979, p 786) [91] και περιγράφουν ως εξής: *"...οι ασθενείς αγνοούσαν όσο το δυνατόν περισσότερο την νόσο και οποιαδήποτε συμπτώματα, και ζούσαν φυσιολογική ζωή,...αλλά η στοϊκή στάση, πού υιοθετούσαν..."*. Αυτό είναι το τμήμα της συνέντευξης όπου συγχρόνως περιγράφουν τον τρόπο μέ τον οποίο μετρούν την στοϊκή αποδοχή.

Στην πρώτη αυτή ομάδα των ερευνών, υπάγονται και άλλες δύο εργασίες μέ συγκλίνοντα ευρήματα. Η μεν πρώτη είναι προοπτική και συνεχίστηκε και την επόμενη δεκαετία, ενώ η δεύτερη είναι προοπτικού τύπου, δηλαδή, όπως εξηγούν οι Cox και Mackay

(1982, p 385) [51], αλλά και άλλοι ερευνητές, : "...*δύνητικά καρκινοπαθείς ασθενείς εξετάζονται κατά τη διάρκεια μικρού χρονικού διαστήματος προτού συμπληρωθεί η διαγνωστική διαδικασία...*". Η πρώτη έρευνα είναι των Thomas et al, τα δε αποτελέσματά της δημοσιεύθηκαν προοδευτικά μέσα στη δεκαετία, καθώς με την πάροδο των ετών παρουσιαζόντουσαν νέες περιπτώσεις (1973, 1974, 1976, 1979) [223, 221, 224, 222]. Στην δημοσίευση του 1973, ανακοίνωσαν τα πρώτα αποτελέσματα της εξέτασης συνολικά 1337 φοιτητών ιατρικής που αποφοίτησαν στη διάρκεια των ετών 1948-1964, η δε ομάδα των καρκινοπαθών ήταν αρκετά μικρή, δηλαδή εννέα άτομα. Το 1974 αυξήθηκε σε 20, ενώ το 1979, είχε αυξηθεί σε 55. Ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά, το δείγμα είχε εξετασθεί με το ερωτηματολόγιο HNT (The Habits of Nervous Tension Questionnaire), του οποίου τρεις υποκλίμακες μετρούσαν: Κατάθλιψη, Θυμό και Άγχος. Η ομάδα των καρκινοπαθών στη δημοσίευση του 1973 διέφερε από τις υπόλοιπες ομάδες ασθενών π.χ. ψυχιατρικών, υπέρτασικών και των υγιών, κατά το ότι είχε σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στις υποκλίμακες άγχους και κατάθλιψης, όπως αναφέρει ο Cooper σε σχετική ανασκόπηση (1984, p 7) [49]. Η δεύτερη εργασία, προοπτικού τύπου αυτή, της οποίας τα ευρήματα είναι συγκλίνοντα με εκείνα των Thomas και συν, που μόλις αναφέρθηκαν, είναι των Morris και Greer (1980) [165], οι οποίοι μέτρησαν πριν τη βιοψία μαστού σε 71 γυναίκες: 1) την έκφραση θυμού, με ημιδομημένη συνέντευξη, 2) τον νευρωτισμό και το άγχος, με το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck (EPQ), 3) το χαρακτηρισιολογικό άγχος (trait) καθώς και 4) την κατάσταση άγχους (state), με την δοκιμασία του Spielberger (STAI). Μετά τα αποτελέσματα των βιοψιών, βρέθηκαν 21 ασθενείς με καρκίνο μαστού και 50 με καλοήθεις παθήσεις μαστού, με τις εξής διαφορές: οι καρκινοπαθείς σε σύγκριση με τις μη καρκινοπαθείς είχαν, σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, μικρότερη βαθμολόγηση νευρωτισμού, χαρακτηρισιολογικού άγχους και έκφρασης θυμού, ευρήματα δηλαδή παρόμοια με των Thomas et al (1973). Για πρώτη φορά μεταχειρίζονται οι Morris και Greer τον όρο "Τύπος C" για Καρκίνο, με χαμηλό χαρακτηρισιολογικό άγχος, που μαζί με τον χαμηλό νευρωτισμό και την μειωμένη έκφραση θυμού στον καρκίνο μαστού, ενισχύουν τα αποτελέσματα των ερευνών, που έγιναν την προηγούμενη δεκαετία σε ασθενείς με καρκίνο πνεύμονος, από τους Kissen και Eysenck (1962) [131] και Kissen (1963, 1966) [132, 133], με χρησιμοποίηση άλλης δοκιμασίας προσωπικότητας και ευρήματα στους καρκινοπαθείς: χαμηλό χαρακτηρισιολογικό άγχος, χαμηλό νευρωτισμό και χαμηλή συναισθηματική έκφραση.

Όπως δηλαδή παρατηρεί ο προσεκτικός μελετητής, τα μέχρι τώρα ευρήματα που αφορούν τα στοιχεία προσωπικότητας επιρρεπούς για εμφάνιση καρκίνου, που είναι κοινά σε ποικίλα είδη καρκίνου. Το γεγονός αυτό, άρχισε αργότερα να οδηγεί τους ερευνητές στην υπόθεση ότι υπάρχει ένας ενιαίος τύπος προσωπικότητας επιρρεπής για όλα τα κακοήθη νεοπλασμάτα, που περιλαμβάνει ορισμένα χαρακτηριστικά (traits) ή συμπεριφορές αντιμετώπισης (coping styles). Τα χαρακτηριστικά αυτά αναφέρονται από το 1980 στη διεθνή βιβλιογραφία με τον όρο «Τύπος C» και με τη διευκρίνηση ότι αποτελούν στοιχεία προσωπικότητας (traits) ή συμπεριφορές (coping styles), που απορρέουν από αυτά (Baltrusch & Waltz 1985, Eysenck 1985, Greer & Watson 1985, Temoshok 1987, Baltrusch & Zongwei 1989 κ.α.) [15, 65, 92, 219, 12]. Στον **πίνακα 3** του παραρτήματος, φαίνονται επιγραμματικά τα χαρακτηριστικά που μετρήθηκαν, το είδος του κακοήθους νεοπλασμάτος, η μεθοδολογία, το φύλο, η χρονολογία και τα ονόματα των ερευνητών.

2. Έρευνες, που ενισχύουν παλαιότερες υποθέσεις και συμπεράσματα.

Όπως είδαμε στην προηγούμενη δεκαετία, οι Cooper και Metcalfe (1963) [47], παρακινημένοι από σχετική έρευνα του Hagnell (1966) [104], μέτρησαν την εξωστρέφεια 47 γυναικών με καρκίνο μαστού, χρησιμοποιώντας την δοκιμασία προσωπικότητας Maudsley (MPI) και βρίσκοντας στατιστικά σημαντικά αυξημένη την βαθμολογία της, συγκριτικά με τις φυσιολογικές τιμές της δοκιμασίας. Συμπέραναν έτσι ότι η αυξημένη εξωστρέφεια, είναι στοιχείο ιδιοσυγκρασιακά καθοριζόμενο και δεν αποτελεί μία προσωρινή αντίδραση στη νόσο τους, γεγονός που είχε ήδη διαπιστώσει νωρίτερα, σε προοπτική έρευνα διάρκειας 10 ετών ο Hagnell, σε δείγμα 2500 ατόμων, που εξέτασε μέσα στη δεκαετία 1947-57. Ο Hagnell βρήκε στο δείγμα του 20 άνδρες και 22 γυναίκες με ποικιλία κακοήθων νεοπλασμάτων. Την

προσωπικότητα του δείγματος, είχε μετρήσει με τη δοκιμασία του Sjobring, της οποίας η υποκλίμακα "υποσταθερότητα", που ήταν αυξημένη στις καρκινοπαθείς γυναίκες, έχει κατά τον Cooper (1984) [49], κοινά γνωρίσματα με τον όρο "εξωστρέφεια" της δοκιμασίας προσωπικότητας του Eysenck. Σημειώνεται εδώ, ότι ο Hagnell έκανε ειδική δοκιμασία, (Fox, 1978, p 79) [71], που έδειχνε ότι η "υποσταθερότητα" -ή όπως είδαμε η "εξωστρέφεια"- είναι σταθερό, ιδιοσυγκρασιακό, στοιχείο της προσωπικότητας των γυναικών, που έπαθαν κάποια μορφή κακοήθους νεοπλασματος μέσα στα επόμενα δέκα χρόνια από τις μετρήσεις.

Σ' αυτή τη δεκαετία έχουμε δύο τουλάχιστον έρευνες, που φαίνεται να ενισχύουν, μέσω όμως άλλης οδού, τα ανωτέρω συμπεράσματα των Hagnell (1966), καθώς και των Cooper και Metcalfe (1963). Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τις έρευνες των Davies et al (1973), και των Plumb και Holland (1977) [54, 180], μόνο ο προχωρημένος καρκίνος ενδέχεται να επηρεάζει άμεσα τις ψυχολογικές λειτουργίες. Κατά τη γνώμη των Greer et al (1979) [91], αφού σύμφωνα με τις πιο πάνω έρευνες, αποκλείεται οι ψυχολογικές λειτουργίες, να είναι επηρεασμένες από τον καρκίνο, επειδή στο δείγμα τους οι ασθενείς βρισκότουσαν σε μη προχωρημένο στάδιο καρκίνου του μαστού, υποθέτουν ότι η κακή έκβαση εκείνων των ασθενών του δείγματος τους, που είχαν υψηλή βαθμολόγηση έλλειψης ελπίδων και στοιχικής αποδοχής, οφειλόταν σε υιοθετημένη στάση αυτών των συγκεκριμένων στοιχείων. Μία άλλη ομάδα τριών εργασιών, δηλαδή των Weisman (1976) [228], Morris et al (1977) [163], και Morris (1979) [164], κατά τη γνώμη των Morris et al (1981) [166], δείχνει ότι ο τρόπος αντίδρασης των καρκινοπαθών όταν μαθαίνουν την πάθησή τους, είναι ίδιος με τον τρόπο, που αντιμετωπίζουν οποιοδήποτε άλλο στρεσογόνο γεγονός στην καθημερινή τους ζωή.

Η τελευταία σ' αυτή την ομάδα εργασία, είναι των Dattore, Shontz και Coyne (1980) [53]. Ήταν προοπτική και αφορούσε ανδρικό πληθυσμό. Δηλαδή, σε 200 ασθενείς, που χρειάστηκε να νοσηλευθούν στο νοσοκομείο βετεράνων πολέμου, είχε χορηγηθεί η δοκιμασία προσωπικότητας MMPI. Από αυτούς βρέθηκε ότι οι 75 έπαθαν κάποια μορφή κακοήθους νεοπλασματος, μέσα σε χρονικό διάστημα ενός έως δέκα ετών από τη χορήγηση του MMPI, και οι 125 δεν ήταν καρκινοπαθείς. Στην ομάδα των καρκινοπαθών, σε σύγκριση με την ομάδα των μη καρκινοπαθών, η απόθεση ήταν σημαντικά υψηλότερη, ενώ η κατάθλιψη και η άρνηση της υστερίας ήταν σημαντικά χαμηλότερες. Η χαμηλού βαθμού κατάθλιψη στους καρκινοπαθείς, που ήταν και η δεύτερη καλύτερα διακρινόμενη μεταβλητή στην διακριτική ανάλυση, που έκαναν, (discriminant analysis), είναι σύμφωνη με τα ευρήματα των Thomas και Greenstreet (1973) [223], ενώ η υψηλή απόθεση ενισχύει την υπόθεση του Kissen, που διετύπωσε το 1963, ότι δηλαδή η απόθεση είναι ο βασικός μηχανισμός της προσωπικότητας στην καρκινογένεση, ιδίως σε άτομα, που υπέστησαν απώλεια αντικειμένου αγάπης [132]. Επίσης, η έρευνα των Dattore και συν (1980) [53], ενισχύει και τα αναδρομικά ευρήματα του Booth (1964) [34], που βρήκε επίσης υψηλή απόθεση σε καρκίνο πνεύμονος με τη δοκιμασία Rorschach, καθώς και τα ευρήματα των Bahnson MB & Bahnson CB (1969), που επίσης βρήκαν υψηλή απόθεση σε ποικιλία εντοπίσεων καρκίνου συγκριτικά τόσο με υγιείς, όσο και με ασθενείς που έπασχαν από στεφανιαία νόσο [5].

3. Έρευνες, που αναδεικνύουν νεώτερα ευρήματα.

Σ' αυτή την ενότητα παρουσιάζονται αφ' ενός μεν ευρήματα, που ενισχύουν παλαιότερα συμπεράσματα, αφ' ετέρου δε αναδεικνύονται νέα γι' αυτή την περίοδο ευρήματα, καθώς και οι πρώτες ενδείξεις, που συνδέουν χαρακτηριστικά του "Τύπου C", με βιολογικές παραμέτρους. Τα ευρήματα αυτά, αν και αναφέρονται σαν νέα, εν τούτοις αφορούν και πάλι ψυχοδυναμικά ευρήματα, για παράδειγμα η καταπίεση και η άρνηση, όπως θα δούμε πιο κάτω αναλυτικότερα. Τα ευρήματα αυτά δεν θεωρούνται ειδικά για την ενδεχόμενη εμπλοκή τους στην καρκινογένεση, όπως θα εξηγήσουμε στα αμέσως επόμενα. Δηλαδή, τόσο τα προηγούμενα ευρήματα που αφορούσαν την ανεύρεση θετικής σχέσης μεταξύ απόθησης και καρκίνου (Booth 1964, Bahnson & Bahnson 1969, Dattore 1980) [34, 5, 53], όπως επίσης και η υπόθεση περί ενδοβολής και καρκίνου (LeShan, 1959) [142], για την οποία μέχρι σήμερα δεν υπήρξαν έρευνες που να την τεκμηριώνουν, αλλά και τα επόμενα ευρήματα, που αφορούν την ανεύρεση θετικής σχέσης μεταξύ καταπίεσης και καρκίνου, δεν είναι δυνατόν να

θεωρηθούν ότι είναι ειδικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας επιρρεπούς για καρκίνο, επειδή σύμφωνα με τη θεωρία του Freud εμπλέκονται στην παθογένεση άλλων παθήσεων. Σύμφωνα δηλαδή με αυτή τη θεωρία, η απώθηση διαδραματίζει τον κύριο ρόλο στην παθογένεια των Νευρώσεων. Η ενδοβολή οδηγεί στην κατάθλιψη, ενώ η υπερβολική χρήση της άρνησης ευοδώνει την εγκατάσταση ψυχώσεως. Άρνηση, σύμφωνα με τη θεωρία του Freud, είναι η αυτόματη απάρνηση των συναισθηματικών αντιδράσεων που συνδέονται με ένα γεγονός, ώστε το Εγώ να μην γνωρίζει ότι συνέβη οποιαδήποτε συναισθηματική αντίδραση συνδεόμενη με αυτό το γεγονός (Freud A, 1966) [74]. Ωστόσο, ορισμένα ευρήματα για τους μηχανισμούς αυτούς έδειξαν μία θετική σχέση με τον καρκίνο, έτσι ώστε να υποδηλώνεται μία μη ειδική σχέση μεταξύ καρκίνου και των μηχανισμών αυτών.

Αναλυτικότερα, το 1975 και 1978 οι Greer και Morris [89, 90], δημοσίευσαν σταδιακά τα ευρήματα εργασίας τους, προοπτικού τύπου, για τον καρκίνο μαστού. Οι ερευνητές εξέτασαν συνολικά 160 γυναίκες, μία μέρα πριν υποβληθούν σέ βιοψία μαστού, από τις οποίες κατόπιν βρέθηκε ότι οι 69 είχαν καρκίνο μαστού και οι 91 είχαν καλοήθεις παθήσεις. Η εξέταση του δείγματος έγινε με ελεύθερη συνέντευξη και διάφορα τυποποιημένα ερωτηματολόγια, συμπεριλαμβανομένου και του EPI (Eysenck Personality Inventory), (Cox & Mackay, 1982, p 385) [51], χωρίς να βρεθεί διαφορά σέ: εξωστρέφεια, στρεσογόνα γεγονότα ζωής, κατάθλιψη, σεξουαλική αναστολή και άρνηση. Η άρνηση, ανήκει και αυτή στους ασυνείδητους μηχανισμούς άμυνας του Εγώ και συνίσταται στην αυτόματη απάρνηση της εμπειρίας, έτσι ώστε το Εγώ του ατόμου δεν γνωρίζει ότι συνέβη μία συναισθηματική αντίδραση, που είχε σχέση με κάποιο γεγονός ή κάποια ιδέα. Επιπλέον, δεν γνωρίζει καν ότι συνέβη το ίδιο το γεγονός ή η ιδέα που είχε σχέση με την συναισθηματική αντίδραση που αναφέρθηκε πιο πάνω. Συνεπώς, με το μηχανισμό της άρνησης εξαλείφονται από το πεδίο της συνείδησης εμπειρίες και γεγονότα, που συνδέονται με δυσάρεστες συναισθηματικές αντιδράσεις, ενώ με την απώθηση εξαλείφονται ανεπιθύμητα από τη συνείδηση συναισθήματα, σκέψεις ή ενορμήσεις (Freud A, 1966) [74]. Με την εργασία όμως των Greer και Morris ενισχύθηκε μέρος μίας από τις υποθέσεις του Kissen (1966) [133], ότι δηλαδή οι καρκινοπαθείς παρουσιάζουν φτωχή και περιορισμένη συναισθηματική έκφραση. Συγκεκριμένα, οι Greer και Morris (1975, 1978) [89, 90], διαπίστωσαν στις καρκινοπαθείς υψηλότερη βαθμολογία, σέ μία ανώμαλη εκφόρτηση του θυμού, που είχε δύο πόλους, από τους οποίους ο ένας συγκλίνει με την υπόθεση του Kissen, ενώ ο άλλος αποτελεί μία νέα διαπίστωση. Δηλαδή, η ανώμαλη εκφόρτηση του θυμού παρουσίαζε δύο αντίθετα άκρα: καταπίεση του θυμού στο ένα, και συχνές εκρήξεις θυμού στο άλλο άκρο, με συχνότερη εμφάνιση στις καρκινοπαθείς, σέ σύγκριση με τις μη καρκινοπαθείς. Σημειώνεται εδώ ότι η καταπίεση είναι ένας από τους λίγους συνειδητούς μηχανισμούς άμυνας του Εγώ, και συνίσταται στην σκόπιμη απομάκρυνση του ανεπιθύμητου υλικού από το πεδίο της συνείδησης (Freud A, 1966) [74].

Μία άλλη εργασία σχετική με τον ίδιο μηχανισμό, δεν έδειξε διαφορά μεταξύ καρκινοπαθών και μη καρκινοπαθών, αλλά συμπεριέλαβε στις μετρήσεις της και μία παράμετρο του ανοσοποιητικού συστήματος, αφήνοντας με τα ευρήματά της, ανοικτά ερωτήματα και δημιουργώντας υποθέσεις για τις ενδεχόμενες σχέσεις μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων και της επίδρασής τους στο βιολογικό υπόστρωμα. Η δημοσίευση αυτή, αφορά τους Pettingale, Greer και Tee (1977) [179], που εξέτασαν 160 γυναίκες πριν τη βιοψία μαστού. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υψηλή καταπίεση του θυμού είχε σχέση με υψηλά επίπεδα ανοσοσφαιρίνης IgA, τόσο στις ασθενείς με καρκίνο μαστού, όσο και στις ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις μαστού. Οι ερευνητές διετύπωσαν την υπόθεση ότι η ανοσοσφαιρίνη IgA ίσως δρα σαν ανασταλτικός παράγων κατά του καρκινικού αντιγόνου, υπόθεση δηλαδή που αποτελεί συνδετικό κρίκο μεταξύ στοιχείων προσωπικότητας και καρκίνου του μαστού.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι σέ έρευνα που αφορούσε γυναικολογικούς καρκίνους, γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου ή του σώματος της μήτρας και των ωοθηκών, είχαν μεταξύ άλλων, μικρότερο βαθμού επιθετικότητα και μεγαλύτερο βαθμού συμμόρφωση, σέ σύγκριση με ασθενείς που έπασχαν από μη κακοήθεις νεοπλασίες των αντιστοίχων οργάνων (Mastrovito et al, 1979) [167].

1.2.6. Εξέλιξη από το 1981 μέχρι σήμερα.

Σ' αυτή την περίοδο οι έρευνες αρχίζουν να γίνονται πολυπαραγοντικές και εξετάζουν τις σχέσεις είτε της εμφάνισης είτε της πορείας καρκίνου και περισσότερων του ενός ψυχοκοινωνικών ή/και βιολογικών παραγόντων. Γι' αυτό είναι σκόπιμο να παρουσιασθούν με τον ίδιο τρόπο που παρουσιάστηκαν ως τώρα, πχ "ψυχοπαθολογία και καρκινογένεση", έχοντας επίγνωση ότι οι εργασίες θα συνεξετάζουν και άλλους παράγοντες. Ωστόσο θα γίνει προσπάθεια να συμπεριλαμβάνονται οι έρευνες στα εκάστοτε κεφάλαια, είτε σύμφωνα με τη βαρύτητα και την κατεύθυνση, πού δίνουν οι ίδιοι οι ερευνητές, είτε σύμφωνα με τα κυριότερα σε στατιστική σημαντικότητα ευρήματα.

- **Ανοσία και καρκινογένεση.** Η υπόθεση του Whitlock (1978), ότι η κατάθλιψη καταστρέφει την κυτταρική ανοσία κατά των κυκλοφορούντων καρκινικών κυττάρων ενισχύθηκε, (Kronfol et al, 1982, Linn et al, 1982, Irwin et al, 1990), αλλά δεν επιβεβαιώθηκε. Στα πλαίσια της έρευνας για την ανεύρεση σχέσης μεταξύ καρκίνου, ψυχολογικών παραγόντων και ανοσοποιητικού συστήματος, δημοσιεύθηκαν εργασίες, πού δείχνουν έμμεσα ότι αύξηση του βαθμού ανοσίας, σχετίζεται με μακρότερη επιβίωση των καρκινοπαθών, και επηρεάζεται θετικά από ψυχολογικές παρεμβάσεις (Grossarth-Matticek 1984, Kiecolt-Glaser et al 1985, Fawzy et al 1989, Spiegel et al 1989). Ωστόσο μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί ο αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ κατάθλιψης, στρεσογόνων γεγονότων, πτώσης της ανοσίας και εμφάνισης καρκίνου, γιατί λείπουν οι προοπτικές έρευνες, πού χρειάζονται να ερευνηθούν μαζί όλους αυτούς τους παράγοντες. Επίσης, παραμένουν ανοικτά τα ερωτήματα: ποιες ακριβώς ψυχολογικές παρεμβάσεις επιδρούν ευνοϊκά στο ανοσοποιητικό σύστημα και σε ποιες παραμέτρους του, αφού ακόμη δεν έχει βρεθεί ούτε ποιες ακριβώς ανοσολογικές παράμετροι εμπλέκονται στην εμφάνιση και την εξελικτική πορεία των κακοήθων νεοπλασιών, αν και ορισμένα ευρήματα δείχνουν ότι τόσο στην εμφάνιση όσο και στην εξέλιξή τους, εμπλέκονται μηχανισμοί κυτταρικής ανοσίας, (Levy et al 1985), όπως είχε αποδειχθεί και σε προηγούμενες εργασίες πάνω σε πειραματόζωα (Greenberg & Playfair, 1974).
- **Στρεσογόνα Γεγονότα Ζωής και καρκινογένεση.** Τα ευρήματα δεν είναι συγκλίνοντα. Υπάρχουν αρκετές δηλαδή έρευνες, πού επιβεβαιώνουν παλαιότερα ευρήματα, διαπιστώνοντας ότι τα στρεσογόνα γεγονότα δεν έχουν ειδική σχέση με την εμφάνιση του καρκίνου, αλλά έχουν μία γενικότερη σχέση, δηλαδή σχετίζονται με την αυξημένη εμφάνιση της γενικής νοσηρότητας. Στις έρευνες αυτές υπολογίζεται κυρίως ο απόλυτος αριθμός των γεγονότων. Άλλες όμως έρευνες βρίσκουν αυξημένη νοσηρότητα από καρκίνο σε σχέση με τον υψηλό βαθμό υποκειμενικής βίωσης των γεγονότων, ενώ άλλες βρίσκουν αυξημένη θνησιμότητα από καρκίνο σε σχέση με τα στρεσογόνα γεγονότα. Ωστόσο η πρωταρχική υπόθεση ότι ορισμένα γεγονότα ίσως προκαλούν κατάθλιψη, με συνέπεια να πέφτει η φυσική άμυνα του οργανισμού (ανοσία) και να προκαλείται καρκίνος, (Evans 1926), δεν επιβεβαιώθηκε ακόμη, ενώ επικρατεί η άποψη ότι χρειάζονται προοπτικές έρευνες με συνεξέταση πολλών παραγόντων, βιολογικών και ψυχοκοινωνικών, (Burgues 1987, Barraclough 1993), προκειμένου να συναχθούν τελικά συμπεράσματα.
- **Ψυχοπαθολογία και καρκινογένεση.** Οι έρευνες σ' αυτό τον τομέα είναι σχεδόν αποκλειστικά επικεντρωμένες στην επικράτηση της ψυχοπαθολογίας των ήδη διαγνωσμένων καρκινοπαθών, και όχι στην ψυχοπαθολογία, πού παρουσιάζεται κατά την περίοδο της εμφάνισης του καρκίνου. Στην πλειονότητά τους οι ομάδες των ασθενών, πού ερευνήθηκαν αφορούσαν ήδη διαγνωσμένους καρκινοπαθείς υπό θεραπεία ή ασθενείς σε προχωρημένα στάδια, και η επικρατέστερη ψυχοπαθολογία ήσαν οι καταθλιπτικές διαταραχές, σε ποσοστά 24%-41%, ενώ οι εκτίμηση έγινε είτε με κλινική συνέντευξη και Εθνικά Ταξινομικά Κριτήρια, είτε με αυτοσυμπληρούμενες δοκιμασίες. Εξαιρεση των ανωτέρω αποτελεί εργασία των Morris et al (1981), πού εξέτασε, μεταξύ άλλων παραμέτρων, την ψυχοπαθολογία πριν τη βιοψία, χρησιμοποιώντας αυτοσυμπληρούμενη δοκιμασία, αλλά για

τους λόγους, πού εκθέσαμε στην αρχή του παρόντος κεφαλαίου, θα αναλυθεί στην ενότητα "Προσωπικότητα και καρκινογένεση".

- **Προσωπικότητα, εσφαλμένες στρατηγικές και καρκινογένεση.** Καθιερώνεται πλέον στη διεθνή βιβλιογραφία ο όρος Συμπεριφορά "Τύπου C", και δημοσιεύονται έρευνες, από τις οποίες άλλες μεν ενισχύουν τα ευρήματα παλαιότερων, άλλες προσθέτουν νέα στοιχεία σ' αυτή τη συμπεριφορά και υποδηλώνουν με τα προοπτικά τους ευρήματα ότι η Συμπεριφορά "Τύπου C" ενδέχεται να εμπλέκεται στην καρκινογένεση, άλλες υποδηλώνουν ότι αυτός ο τύπος συμπεριφοράς έχει αρνητική επίδραση στην πορεία και πρόγνωση της κακοήθους νεοπλασματικής νόσου, ενώ παρουσιάζονται στην βιβλιογραφία και ευρήματα ανάλογα με εκείνα των στρεσογόνων γεγονότων, πού δείχνουν ότι ορισμένα από τα φερόμενα ως στοιχεία "Τύπου C", δεν είναι ειδικά αφού συντελούν στη γενική αύξηση της νοσηρότητας. Τέλος, παρουσιάζονται σαν ανήκοντα στον εν λόγω "Τύπο C" και χαρακτηριστικά, πού δεν φαίνεται ότι είναι προϊόντα συγκριτικής έρευνας, αλλά κλινικών παρατηρήσεων, έτσι ώστε τελικά να μένουν πολλά ερωτηματικά ανοικτά για περαιτέρω έρευνα. Ως προς τις εσφαλμένες στρατηγικές, δεν υπάρχουν έρευνες, πού να αναφέρονται στην περίοδο εμφάνισης του καρκίνου, αλλά μόνο μετά την κλινική του εκδήλωση και αναφέρονται στις σχέσεις κυρίως των ασθενών με το περιβάλλον τους, και όχι με τις ίδιες τις εσφαλμένες στρατηγικές, με ελάχιστες εξαιρέσεις.

1.2.6.1. Ανοσία και καρκινογένεση.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, δημοσιεύθηκε μία εκτεταμένη ανασκόπηση σχετικών ερευνών της προηγούμενης εικοσαετίας (Penn, 1981) [174], πού καταλήγει στο συμπέρασμα ότι παρά τον όγκο των ερευνών, ο ρόλος του ανοσοποιητικού συστήματος στην ανάπτυξη του καρκίνου, παραμένει ουσιαστικά αδιευκρίνιστος, ακόμη και με το γεγονός της συσσώρευσης των ευρημάτων, πού δείχνουν ότι η εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος και ιδίως της κυτταρικής ανοσίας, επιτρέπει ή διευκολύνει την ανάπτυξη ορισμένων τύπων κακοήθων νεοπλασμάτων. Το συμπέρασμα αυτό, πρέπει να σημειωθεί ότι δεν τροποποιήθηκε ουσιαστικά μέχρι σήμερα.

Τα ευρήματα ορισμένων ερευνών, πού αναφέρονται συχνά στον τομέα της ψυχο-ογκολογίας, είναι μόνο θεωρητικής αξίας, αφού δεν συνεξετάζουν τη μεταβλητή του καρκίνου, αλλά μόνο την ανοσία σέ σχέση με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες όπως: την κατάθλιψη, την ψυχοπαθολογία γενικότερα και τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής. Αυτές οι έρευνες είχαν ωστόσο το αποτέλεσμα να ενισχυθούν με πολύ έμμεσο τρόπο, οι εξής παλαιότερες υποθέσεις (βλέπε και **πίνακα 1** Παραρτήματος):

- η κατάθλιψη προκαλεί καρκίνο (Γαληνός 2ος αιώνας, Gendron 1701, Paget 1870, Foque 1931),
- τα στρεσογόνα γεγονότα προκαλούν καρκίνο (Snow 1883),
- η κατάθλιψη και τα στρεσογόνα γεγονότα προκαλούν καρκίνο (Guy 1759), ή τέλος ότι ο καρκίνος προκαλείται με την εξής αλληλουχία γεγονότων: στρεσογόνα γεγονότα, κατάθλιψη, πτώση ανοσίας, καρκίνος (Evans 1926).

Γι' αυτό το λόγο οι ανωτέρω έρευνες θα εξετασθούν υπό τον τίτλο "**ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και ανοσία**". Άλλη πάλι κατηγορία ερευνών, πού αναφέρονται στην βιβλιογραφία του τομέα της ψυχο-ογκολογίας, χωρίς να έχουν άμεση σχέση με τις επιπτώσεις των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην ανοσία και ακολούθως στην εμφάνιση καρκίνου, είναι εκείνη η κατηγορία των ερευνών, πού εξετάζει την εμφάνιση καρκίνου σέ σχέση με καταστάσεις μειωμένης μεν ανοσίας, άσχετες όμως με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Αυτές οι έρευνες αναφέρονται επειδή θεωρήθηκε όπως θα αναλυθεί λεπτομερέστερα, ότι ενισχύουν, αν και μέρος μόνο πάλι, των ανωτέρω υποθέσεων, όπως της Evans (1926) [62], γι' αυτό θα εξετασθούν υπό τον τίτλο "**μειωμένη ανοσία και καρκινογένεση**". Τα ευρήματα των δύο αυτών ομάδων θεωρήθηκαν από πολλούς ερευνητές όπως θα αναλυθεί στα επόμενα, ότι είναι συγκλίνοντα στην ενίσχυση των ανωτέρω υποθέσεων. Τέλος, σέ μία τρίτη ενότητα υπό τον τίτλο "**σχέσεις ανοσίας, ψυχοκοινωνικών παραγόντων και κακοήθων νεοπλασμάτων**", θα εξετασθούν πολυπαραγοντικές έρευνες, πού περιλαμβάνουν στις μελέτες τους

παραμέτρους σχετικές με καρκίνο όπως: συχνότητα, χρόνο επιβίωσης κλπ, σε σχέση με ανοσολογικές καθώς και ψυχοκοινωνικές παραμέτρους.

1.2.6.1.1. Πρώτη ενότητα: ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και ανοσία.

Το 1982 οι Kronfol et al [137], βασιζόμενοι στα ευρήματα προηγούμενων ερευνών ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου (Kerr 1969, Whitlock & Siskind 1979) [127, 231], κατάσταση για την οποία ο Whitlock (1978) [229], υπέθεσε ότι εμπλέκεται μειωμένη ανοσία, θέλησαν να ερευνήσουν την κατάσταση της κυτταρικής ανοσίας στην ενδογενή μελαγχολία. Χρησιμοποίησαν για τη διάγνωση κλινική εκτίμηση βασισμένη στα κριτήρια RDC (Research Diagnostic Criteria). Έτσι, μέτρησαν την λεμφοκυτταρική αντίδραση σε τρεις ομάδες ατόμων: α) 14 ασθενείς με ενδογενή μελαγχολία, β) 15 ψυχιατρικά πάσχοντες, μη καταθλιπτικούς και γ) 10 υγιείς. Από τις μετρήσεις τους, βρήκαν ότι η ομάδα των καταθλιπτικών διέφερε σημαντικά από τις δύο ομάδες ελέγχου, έχοντας μειωμένη κυτταρική ανοσία, ενισχύοντας ίσως έτσι, το πρώτο σκέλος μόνον της υπόθεσης του Whitlock (1978), ότι δηλαδή η κατάθλιψη καταστρέφει την κυτταρική ανοσία, η οποία δρα, όπως υποθέτει στη συνέχεια ο Whitlock, εναντίον των κυκλοφορούντων καρκινικών κυττάρων. Ουσιαστικά, με αυτή την έρευνα ενισχύεται η άποψη ότι η κατάθλιψη μειώνει την κυτταρική ανοσία. Εάν όμως αυτού του είδους η ανοσία παρεμβαίνει ή όχι στην άμυνα κατά του καρκίνου, δεν αποδεικνύεται από αυτή την έρευνα, αφού δεν μετρήθηκε καθόλου αυτή η μεταβλητή του καρκίνου.

Την ίδια χρονιά, οι Linn et al (1982) [148], θέλησαν να μελετήσουν το βαθμό κατάθλιψης, σαν αντίδρασης σε κάποιο σοβαρό στρεσογόνο γεγονός, καθώς επίσης και την πτώση της ανοσίας, που προκαλείται από την κατάθλιψη. Έτσι, εξέτασαν 60 άνδρες με μέσο όρο ηλικίας 54 ετών, στους οποίους μέσα στο προηγούμενο εξάμηνο είχε συμβεί ένα σοβαρό οικογενειακό γεγονός, όπως θάνατος ή σοβαρή νόσος, και, αφού τους χορήγησαν την αυτοσυμπληρούμενη δοκιμασία Hopkins Symptom Checklist, που μετρά κατάθλιψη, τους χώρισαν σε δύο ομάδες, ανάλογα με τον μέσο όρο του βαθμού κατάθλιψης, δηλαδή υψηλού βαθμού και χαμηλού βαθμού κατάθλιψη, μετρώντας συγχρόνως την κυτταρική και την χυμική ανοσία. Έτσι βρήκαν ότι η υψηλού βαθμού κατάθλιψη συνοδευόταν από χαμηλού βαθμού κυτταρική ανοσία σε σύγκριση με την ομάδα χαμηλού βαθμού κατάθλιψης, ενώ η χυμική ανοσία, παρ' όλο που ήταν μειωμένη, βρισκόταν μέσα στα φυσιολογικά όρια. Συμπέραναν έτσι, ότι ο βαθμός κατάθλιψης αντανακλάται στο βαθμό της πτώσης της κυτταρικής ανοσίας, υποθέτοντας ότι άτομα των οποίων η κατάθλιψη μειώνει την ανοσολογική άμυνα, είναι δυνητικά πλέον επιρρεπή σε λοιμώξεις ή ακόμη και σε καρκίνο. Ουσιαστικά λοιπόν, και σ' αυτή την έρευνα, στην οποία συνεξετάστηκαν στρεσογόνα γεγονότα ζωής και βαθμός κατάθλιψης σε σχέση με την ανοσία, βρέθηκε ότι ο βαθμός κατάθλιψης είχε αρνητική συσχέτιση με το βαθμό της κυτταρικής ανοσίας, χωρίς να απαντηθεί το ερώτημα αν τα στρεσογόνα γεγονότα προκαλούν άμεσα πτώση της ανοσίας, και κυρίως, δεν εξετάστηκε καμία μεταβλητή, που να έχει άμεση σχέση με τον καρκίνο.

Τέλος, οι Brown και Paraskevas (1982) [37], βασιζόμενοι σε πειραματικά δεδομένα της προηγούμενης δεκαετίας, διετύπωσαν την υπόθεση ότι η πρόδρομη καταθλιπτική συνδρομή, που παρουσιάζεται σε ορισμένους τύπους καρκίνου πριν την κλινική του εμφάνιση, αποτελεί ένα αυτοάνοσο νόσημα. Για τη διατύπωση αυτής της υπόθεσης βασίστηκαν στην ήδη υπάρχουσα γνώση ότι στις βιογενείς αμίνες, που εμπλέκονται στην κατάθλιψη, υπάγονται η νοραδρεναλίνη (NE) και η σεροτονίνη (5-HT) (Maas 1975, Sourkes 1977) [152, 206], καθώς και στα ήδη υπάρχοντα ευρήματα, που δείχνουν ότι η βασική πρωτεΐνη της μυελίνης των νευρώνων (MBP) -myelin basic protein-, περιέχει ένα πεπτίδιο, που αναλογεί στα χαρακτηριστικά του υποδοχέα σεροτονίνης, με συνέπεια η MBP να συμπληρώνει θεωρητικά τα χαρακτηριστικά ενός υποδοχέως σεροτονίνης (Smythies et al 1970, Carnegie 1971) [201, 41]. Επίσης στήριξαν την υπόθεσή τους και σε δύο άλλες έρευνες του 1971. Δηλαδή, την έρευνα των Caspary και Field αφ' ενός, οι οποίοι βρήκαν ότι η MBP και η βασική πρωτεΐνη των καρκινικών κυττάρων (TBP) -tumor basic protein-, παρουσιάζουν μία διασταυρούμενη ανοσολογική αντίδραση αναστολής της μετανάστευσης

των μακροφάγων [43], και την έρευνα των Field et al αφ' ετέρου, οι οποίοι διαπίστωσαν ότι η σεροτονίνη (5-HT) αναστέλλει την αντίδραση, πού προκαλούν οι δύο προηγούμενες πρωτεΐνες MBP και TBP [69]. Βασιζόμενοι σ' αυτά τα ευρήματα οι Brown και Paraskevas (1982), υποθέτουν τελικά ότι η πρόδρομη καταθλιπτική συνδρομή, πού παρουσιάζεται σε ορισμένες μορφές καρκίνου πριν από την εμφάνιση οποιονδήποτε άλλων εκδηλώσεων, είναι αυτοάνοσο νόσημα οφειλόμενο σε δύο πιθανούς/υποθετικούς μηχανισμούς:

1. Σύμφωνα με τον πρώτο μηχανισμό, η βασική πρωτεΐνη των καρκινικών κυττάρων (TBP), προκαλεί, δρώντας σαν αντιγόνο, την παραγωγή είτε αντισωμάτων είτε/και T-λεμφοκυττάρων. Λόγω της αντιγονικής ομοιότητας μεταξύ βασικής πρωτεΐνης της μυελίνης (MBP), η οποία έχει χαρακτηριστικές υποδοχές σεροτονίνης αφ' ενός, και βασικής πρωτεΐνης των καρκινικών κυττάρων (TBP) αφ' ετέρου, δημιουργείται διασταυρούμενη ανοσολογική αντίδραση, με συνέπεια τα δημιουργούμενα αντι-TBP αντισώματα, να ενώνονται σε σύμπλεγμα με την βασική πρωτεΐνη της μυελίνης (MBP), αποκλείοντας έτσι τους υποδοχείς της σεροτονίνης. Έτσι μειώνεται η λειτουργική δραστηριότητα σεροτονίνης-σεροτονινεργικού υποδοχέως και προκαλείται καταθλιπτική συνδρομή. Αυτά ενδέχεται να συμβαίνουν εάν η TBP προκαλέσει παραγωγή αντισωμάτων (χυμική ανοσία). Αν όμως η TBP πυροδοτήσει ανάπτυξη μηχανισμών κυτταρικής ανοσίας, τότε τα εξειδικευμένα πλέον T-λεμφοκύτταρα, πού ενεργοποιούνται και έχουν κυτταρολυτικές ιδιότητες, ενδέχεται να δημιουργήσουν ιστική βλάβη, με συνέπεια την πρόκληση καρκινωμάτωσης εγκεφαλομυελονευροπάθειας, πού ίσως έχει σαν εκδήλωση την καταθλιπτική συνδρομή.
2. Σύμφωνα με τον δεύτερο υποθετικό μηχανισμό, τα αντισώματα πού δημιουργούνται εναντίον της βασικής καρκινικής πρωτεΐνης (TBP) ή κατά της βασικής πρωτεΐνης της μυελίνης (MBP), δρουν με την σειρά τους σαν αντιγόνα, δημιουργώντας αντι-αντιTBPαντισώματα, τα οποία αφού έχουν αντιγονικές ομοιότητες με την MBP, δρουν σαν ψευδο-υποδοχείς σεροτονίνης, μειώνοντας έτσι την συναπτική της δραστηριότητα σαν νευροδιαβιβαστού, και προκαλώντας με ένα επιπρόσθετο μηχανισμό καταθλιπτική συνδρομή.

Συνοπτικά δηλαδή, οι Brown και Paraskevas υποθέτουν ότι επειδή υπάρχει αντιγονική ομοιότητα μεταξύ τμήματος πρωτεΐνης των καρκινικών κυττάρων και τμήματος πρωτεΐνης της μυελίνης των νευρώνων, πού θεωρούνται ταυτόσημα με τους υποδοχείς της σεροτονίνης, δημιουργείται διασταυρούμενη ανοσολογική αντίδραση μεταξύ της πρωτεΐνης των καρκινικών κυττάρων και των υποδοχέων σεροτονίνης, με συνέπεια, τα δημιουργούμενα από την αντίδραση αντισώματα να ενώνονται με τους υποδοχείς της σεροτονίνης και να τους αποκλείουν. Επιπλέον υποθετικός μηχανισμός κατάθλιψης, εικάζουν ότι είναι η παραγωγή αντισωμάτων κατά των πρώτων αντισωμάτων, τα οποία δρουν σαν ψευδο-υποδοχείς σεροτονίνης, αποκλείοντας έτσι την δράση της στους πραγματικούς υποδοχείς [37].

Ο Kronfol, ένα χρόνο αργότερα (1983) [138], βασιζόμενος αφ' ενός μεν στα ευρήματα των Kronfol et al (1982) [137], και των Linn et al (1982) [148], πού δείχνουν ότι η ενδογενής μελαγχολία προκαλεί πτώση της κυτταρικής ανοσίας, αφ' ετέρου δε στα ευρήματα της προηγούμενης δεκαετίας, πού δείχνουν ότι σε καταστάσεις μειωμένης ανοσίας η εμφάνιση ορισμένων κακοήθων νεοπλασμάτων είναι συχνότερη (Penn, 1981) [174], διετύπωσε την υπόθεση ότι η κατάθλιψη αποτελεί ένα επιπρόσθετο πιθανό παράγοντα επικινδυνότητας για την καρκινογένεση, παρ' όλο πού παραδέχθηκε ότι η αιτιολογία της καρκινογένεσης είναι πολύπλοκη και ακόμη αδιευκρίνιστη.

Εκτός από τις υποθέσεις σαν του Kronfol πού έχουν διατυπωθεί για την καρκινογένεση μέσα στην τελευταία δεκαετία, και τις εργασίες πού ήδη αναφέρθηκαν σ' αυτή την ενότητα, πρέπει να αναφερθούν ακόμη άλλες τρεις εργασίες, όπου εξετάζονται οι ανοσολογικές αντιδράσεις σε σχέση με τα στρεσογόνα γεγονότα ή/και την κατάθλιψη, χωρίς όμως να περιλαμβάνουν ομάδα καρκινοπαθών. Παρά το γεγονός όμως της έλλειψης συνεξέτασης ομάδας καρκινοπαθών, επανειλημμένα βλέπομε τα αποτελέσματα αυτών, αλλά και άλλων προηγούμενων εργασιών πού ήδη αναλύθηκαν (π.χ. Bartrop et al, 1977) [21], να παρουσιάζονται στη διεθνή βιβλιογραφία σαν συγκλίνοντα ευρήματα, από τα οποία

διαφαίνεται μία σχέση μεταξύ ψυχοκοινωνικών παραγόντων, ανοσίας και καρκινογένεσης, (π.χ. Baltrusch & Waltz 1985, Burgess 1987, Baltrusch et al 1988, Baltrusch & Zongwei 1989, Baltrusch et al 1991) [15, 40, 11, 12, 14]. Σημειώνεται εδώ ότι μία τέτοια άμεση σχέση δεν είναι δυνατόν να προκύπτει, τη στιγμή που δεν συνεξετάζονται καρκινοπαθείς, ώστε να γίνει η σχετική σύγκριση μεταξύ των ομάδων. Ωστόσο όμως, η σύγκλιση των ευρημάτων αυτών, ώθησε όπως θα δούμε στις αμέσως επόμενες γραμμές, την επιστημονική σκέψη σε υποθέσεις για την καρκινογένεση όμοιες με του Kronfol (1983), που μόλις πιο πριν αναφέρθηκε. Ας αναλύσουμε όμως τις υπόλοιπες τρεις, σχετικές με το περιεχόμενο αυτής της ενότητας, εργασίες.

Συγκεκριμένα, το 1984 οι Locke et al [149], εξετάζοντας σε 114 υγιείς σπουδαστές 1) την υποκειμενική ένταση των στρεσογόνων γεγονότων ζωής του προηγούμενου έτους, με δική τους τροποποίηση της αυτοσυμπληρούμενης δοκιμασίας των Holmes & Rahe [114], 2) το βαθμό ψυχοπαθολογίας της τελευταίας εβδομάδας, με την επίσης αυτοσυμπληρούμενη δοκιμασία Hopkins Symptom Checklist, και 3) μετρώντας την λεμφοκυτταρική δραστηριότητα των "φυσικών φονέων" κυττάρων (Natural Killer Cell Activity), βρήκαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ότι όσοι σπουδαστές είχαν χαμηλό βαθμό ψυχοπαθολογίας με υψηλό βαθμό υποκειμενικής βίωσης στρεσογόνων γεγονότων, παρουσίαζαν μικρότερου βαθμού ανοσοκαταστολή σε σύγκριση με όσους είχαν υψηλό επίσης βαθμό υποκειμενικής βίωσης στρεσογόνων γεγονότων, αλλά συγχρόνως και υψηλό βαθμό ψυχοπαθολογίας. Οι τελευταίοι δηλαδή είχαν μεγαλύτερη πτώση της κυτταρικής ανοσίας. Επίσης βρήκαν ότι συμπτώματα όπως άγχος και κατάθλιψη επηρεάζουν αρνητικά την ανοσία. Η έρευνά τους δεν περιλαμβάνει καρκινοπαθείς. Όμως παρ' όλα αυτά οι ερευνητές επαναδιατυπώνουν έμμεσα την υπόθεση των αρχών του αιώνα (Evans, 1926), καθώς συζητούν τα ευρήματά τους: "...εάν η μειωμένη κυτταρολυτική δραστηριότητα των φυσικών φονέων-κυττάρων (Natural Killer Cells) αυξάνει τον κίνδυνο των ιογενών νόσων και των όγκων, τότε ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζουμε το στρες (πόσο πολλή ψυχοπαθολογία βιώνουμε), ίσως να επηρεάζει την υγεία μας..." (Locke et al 1984, p. 451) [149].

Μέσα στα ίδια πλαίσια ήταν και η επόμενη έρευνα, που έδειξε ότι η ψυχολογική παρέμβαση επιδρά στο βιολογικό υπόστρωμα. Συγκεκριμένα, οι Kiecolt-Glaser et al (1985) [128], μελέτησαν την κατάσταση κυτταρικής ανοσίας τριών ομάδων ηλικιωμένων, που ζούσαν σε οίκους ευγηρίας, κάνοντας για ένα μήνα στην μεν πρώτη ομάδα: ατομικές ασκήσεις χαλάρωσης, τρεις φορές την εβδομάδα, στη δεύτερη ομάδα: κοινωνική επαφή, και στην τρίτη ομάδα: καμία παρέμβαση. Στο τέλος του μήνα, βρήκαν στατιστικά σημαντική αύξηση της κυτταρικής ανοσίας στην πρώτη ομάδα, δηλαδή, αύξηση της δραστηριότητας των NK-κυττάρων και των T-λεμφοκυττάρων, σε σύγκριση με τις δύο άλλες ομάδες, που δεν παρουσίασαν σημαντικές αλλαγές. Τίποτε το άμεσο σε σχέση με την καρκινογένεση δεν προκύπτει και από αυτή την έρευνα, παρά μόνο σε σχέση με τις προηγούμενες και τις επόμενες της δεύτερης ενότητας, οι οποίες γίνονται στα πλαίσια της υπόθεσης ότι η πτώση της ανοσίας σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου. Το μόνο βέβαιο εύρημα είναι ότι η ψυχολογική παρέμβαση, πράγμα "άπιαστο" βιολογικά, φαίνεται να επιδρά στο βιολογικό επίπεδο, και συγκεκριμένα στο ανοσοποιητικό σύστημα, επαληθεύοντας έτσι, και στην κλινική πράξη, την αρχή της Γενικής Θεωρίας των Συστημάτων ότι όλα τα επίπεδα οργάνωσης αλληλοσυνδέονται με μία ιεραρχική σχέση, έτσι ώστε αλλαγή σε ένα επίπεδο να επιδρά και στα άλλα (Bertalanffy 1952, 1968) [28, 29], όπως αναλύθηκε και στην εισαγωγή (σελ. 1).

Μία πιο πρόσφατη εργασία, με έλλειψη επίσης ομάδας καρκινοπαθών, ήρθε ωστόσο να διευκρινίσει ότι τόσο τα στρεσογόνα γεγονότα, όσο και η κατάθλιψη, επηρεάζουν ανεξάρτητα και παράλληλα την κυτταρική ανοσία, επιφέροντας το ίδιο αποτέλεσμα. Πρόκειται για την έρευνα των Irwin et al (1990) [124]. Οι ερευνητές εξέτασαν 36 νοσοκομειακούς ψυχιατρικούς ασθενείς, χρησιμοποιώντας για την εξέταση, την Κλίμακα Συναισθηματικών Διαταραχών και Σχιζοφρένειας, -Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- (SADS), και για την διάγνωση, τα Ερευνητικά Διαγνωστικά Κριτήρια (RDC), που τους χαρακτήρισαν ως πάσχοντες από Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή. Επίσης,

εξετάσαν και 36 υγιείς, ταιριασμένους σέ ηλικία, φύλο και φυλή, πού χαρακτηρίστηκαν σύμφωνα μέ τα κριτήρια κατά RDC, ως ουδέποτε πάσχοντες ψυχιατρικά. Σε όλους μετρήθηκαν τα στρεσογόνα γεγονότα του προηγούμενου έτους και η υποκειμενική τους βίωση, μέ την δομημένη συνέντευξη των Hirschfeld et al (1977) [112]: Ψυχιατρική Επιδημιολογική Ερευνητική Συνέντευξη, -Psychiatric Epidemiologic Research Interview-(PERI). Επίσης μετρήθηκε και η κυτταρική ανοσία, μέ επικέντρωση τα NK-κύτταρα. Αφού διαίρεσαν την πειραματική και την ομάδα ελέγχου σέ δύο υπο-ομάδες την κάθε μία, δηλαδή σέ υψηλού βαθμού κατάθλιψη-χαμηλού βαθμού κατάθλιψη και υψηλού βαθμού στρες-χαμηλού βαθμού στρες, βρήκαν ότι υπήρχε μείωση της κυτταρικής ανοσίας, δηλαδή της κυτταρολυτικής δραστηριότητας, κατά 50%, τόσο σέ καταθλιπτικούς ασθενείς, όσο και σέ μη καταθλιπτικούς πού είχαν υψηλού βαθμού βίωση και αριθμό στρεσογόνων γεγονότων, ενώ η παρουσία στρεσογόνων γεγονότων στους καταθλιπτικούς προκαλούσε ακόμη μεγαλύτερη πτώση της ανοσίας, έτσι ώστε να φαίνεται ότι οι δύο καταστάσεις, στρες και κατάθλιψη, δρουν ανεξάρτητα μεταξύ τους στην πτώση της ανοσίας. Ωστόσο, οι ερευνητές επισημαίνουν την ανάγκη προοπτικών ερευνών μέ συνεξέταση στρεσογόνων γεγονότων, κατάθλιψης, κυτταρικής ανοσίας και νοσηρότητας, -όπου προφανώς θα περιλαμβάνεται και ο καρκίνος-για να επικυρωθεί η τυχόν ύπαρξη αιτιώδους σχέσης μεταξύ των τεσσάρων αυτών παραγόντων.

Το 1991 οι Baltrusch et al [14], βασιζόμενοι στα μέχρι τώρα ευρήματα για τους ψυχολογικούς μηχανισμούς άμυνας του Εγώ, πού έχει βρεθεί ότι σχετίζονται μέ την συχνότερη εμφάνιση καρκίνου, (π.χ. Kissen 1966-απωθηση, Greer & Morris 1975-καταπίεση, και Morris et al 1981-άρνηση) [133, 89, 166], και ήδη θεωρούνται από ορισμένους ερευνητές ως στοιχεία προσωπικότητας επιρρεπούς για καρκίνο, (Greer & Watson 1985, Baltrusch & Santagostino 1988, Baltrusch et al 1988) [92, 13, 11], υποθέτουν ότι η εκτεταμένη χρήση των μηχανισμών της άρνησης, της καταπίεσης και της απώθησης, ίσως επηρεάζουν αρνητικά το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου στην άμυνα κατά του καρκίνου. Αναφορικά πάντως μέ το στοιχείο του ασυνείδητου μηχανισμού της άρνησης, κρίνεται σκόπιμο να διευκρινισθεί ότι στην μεν έρευνα των Morris et al (1981) [166], η άρνηση δεν μετρήθηκε άμεσα, αλλά θεωρήθηκε από τους ερευνητές ότι η μειωμένη έκφραση του θυμού και η υψηλή βαθμολογία ψεύδους των ασθενών μέ καρκίνο μαστού, ήταν ενδεικτικά σημεία άρνησης. Αντίθετα, σέ προηγούμενες έρευνες (Greer & Morris 1975, 1978, Dattore et al 1980) [89, 90, 53], όπου η άρνηση είχε μετρηθεί, βρέθηκε ότι δεν είχε σχέση μέ τον καρκίνο.

Τέλος, το 1992, οι Baltrusch et al [10], διέτυψαν ένα πλέον πολύπλοκο υποθετικό σύστημα καρκινογένεσης στηριζόμενοι στις εξής κυρίως εργασίες σέ πειραματόζωα:

- * έρευνες των Jankovic et al (1973, 1987) [118, 119], πού έδειξαν ότι τόσο το μεταιχμακικό σύστημα του ΚΝΣ, όσο και το σύστημα των ενδογενών οπιοειδών ή "σύστημα ανταμοιβής", δείχνουν να είναι η οδός του ΚΝΣ, μέσω της οποίας αλληλεπιδρούν το ενδοκρινικό και το ανοσοποιητικό σύστημα,
- * έρευνα των Doerner et al (1983) [58], πού δείχνει ότι η αυτοεκτίμηση είναι ο σημαντικότερος παράγων για την επίλυση πολύπλοκων προβλημάτων,
- * έρευνα των Arnsten et al (1984) [2], πού δείχνει ότι τα ενδογενή οπιοειδή εμπλέκονται μεταξύ άλλων και στο πειραματικά προκαλούμενο αίσθημα του αβοήθητου (helplessness), καθώς και
- * έρευνα των Shavit et al (1985) [196], πού έδειξε ότι το προκλητό στρες -σέ πειραματόζωα πάντοτε- πού προκαλεί αίσθημα αβοήθητου, φαίνεται ότι μειώνει την NK δραστηριότητα και την αντίσταση κατά των πειραματικά προκαλούμενων όγκων αφ' ενός, ενώ αφ' ετέρου το φαινόμενο αυτό αναλόγως, είτε αποτρέπεται, αν χορηγηθεί στο πειραματόζωο μη ειδικός ανταγωνιστής οπιοειδών, όπως η ναλοξόνη, είτε διευκολύνεται, αν χορηγηθεί μορφίνη.

Στηριζόμενοι κυρίως σ' αυτές τις εργασίες οι Baltrusch et al (1992) [10], αλλά και στα προγενέστερα ευρήματα, τόσο τα προοπτικά της προηγούμενης δεκαετίας (Thomas & Duszynski 1974, Thomas 1976) [221, 224], όσο και τα αναδρομικά της παρούσας δεκαετίας (Gehde & Baltrusch 1990) [79], πού δείχνουν ότι χαλαρές σχέσεις μέ τους γονείς, σχετίζονται

μέ αυξημένη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου, διατύπωσαν την υπόθεση ότι η πρόωμη έλλειψη συναισθηματικής ικανοποίησης και η ελλειμματική ανταμοιβή, μακροπρόθεσμα, ίσως προκαλούν τελικά πτώση της κυτταρικής ανοσίας, αφήνοντας τον οργανισμό έρμαιο στην ανάπτυξη καρκίνου. Υποθέτουν δηλαδή, ότι η έλλειψη συναισθηματικής ικανοποίησης και η ελλειμματική ανταμοιβή, μειώνουν την κυτταρική ανοσία δρώντας δια μέσου του μεταίχθμιου συστήματος, και του στενά συνδεδεμένου με αυτό, συστήματος οπιοειδών (ή "συστήματος ανταμοιβής"), που θεωρούνται οδοί σύνδεσης μεταξύ νευρικού, ενδοκρινικού και ανοσοποιητικού συστήματος. Υποθέτουν δηλαδή τελικά, ότι οι πρώιμες αυτές εμπειρίες, προκαλούν μέσω των ως άνω συστημάτων, πτώση της αυτοπεποίθησης, με συνέπεια δυσχέρεια επίλυσης των προβλημάτων και, μέσω των ανωτέρω συστημάτων, δημιουργία αισθημάτων του αβοήθητου, που έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση της NK δραστηριότητας, δηλαδή πτώση της κυτταρικής ανοσίας.

1.2.6.1.2. Δεύτερη ενότητα: Μειωμένη ανοσία και καρκινογένεση.

Εδώ περιλαμβάνονται εργασίες, που εξετάζουν καταστάσεις με μειωμένη ανοσία, στις οποίες παρατηρείται συχνότερη εμφάνιση καρκίνου, χωρίς όμως να συνεξετάζονται ψυχοκοινωνικές παράμετροι. Το γεγονός όμως ότι ορισμένες έρευνες έδειξαν πώς υπάρχει αυξημένη εμφάνιση καρκίνου σε καταστάσεις με μειωμένη ανοσία (Hoover & Fraumeni, 1973) [115], σε συνδυασμό με τις έρευνες της πρώτης ενότητας, όπου διαπιστώθηκε ότι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες σχετίζονται με πτώση της ανοσίας, έδωσε την ώθηση στην εξελικτική πορεία της επιστημονικής σκέψης, για τις πιο συνδυασμένες έρευνες της τρίτης ενότητας που ακολουθεί, αφού θα μπορούσε εύλογα κανείς να υποθέσει ότι αν η πτώση της ανοσίας αποτελεί παράγοντα αυξημένης επικινδυνότητας για εμφάνιση καρκίνου, τότε κάθε κατάσταση, που προκαλεί πτώση της ανοσίας, προφανώς συναποτελεί ένα επιπρόσθετο παράγοντα επικινδυνότητας, όπως π.χ. ήταν η υπόθεση του Kronfol (1983) [138], που αναφέρθηκε στην πρώτη ενότητα.

Μία λοιπόν από τις καταστάσεις στις οποίες έχει διαπιστωθεί μειωμένη ανοσία, με αλλοιώσεις τόσο της κυτταρικής όσο και της χυμικής ανοσίας, είναι και η τρίτη ηλικία. Αρκετές έρευνες έχουν επικεντρωθεί σε ένα είδος λεμφοκυττάρων, που υπάγεται στα T-λεμφοκύτταρα. Αυτή η τάξη των κυτταρολυτικών λεμφοκυττάρων ονομάστηκε NK (Natural Killer), δηλαδή Φυσικοί Φονείς. Στους ηλικιωμένους λοιπόν, άλλα κύτταρα βρέθηκαν να είναι ελαττωμένα σε αριθμό, όπως τα B-λεμφοκύτταρα (χυμική ανοσία) και τα T κυτταρολυτικά λεμφοκύτταρα (κυτταρική ανοσία), ενώ άλλα βρέθηκαν αυξημένα, όπως τα NK (π.χ. Baltrusch et al 1988, Pettingale 1985, Ηλιόπουλος και συνεργάτες 1990) [11, 176, 108], δίνοντας έτσι ώθηση στην αναδιατύπωση της υπόθεσης ότι με την αύξηση της ηλικίας, αυξάνεται η επικινδυνότητα εμφάνισης καρκίνου (Doll, 1962) [57]. Ήδη όμως με την εργασία του Mikat (1975) [158], όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη δεκαετία, φάνηκε να αποδυναμώνεται αυτή η άποψη, αφού βρέθηκε σ' αυτή την εργασία ότι παρουσιάζεται πτώση της θνησιμότητας από καρκίνο σε ηλικία άνω των 85 ετών. Το 1983, μία άλλη προοπτική έρευνα, όμοια με του Mikat, έρχεται να αποδυναμώσει ακόμη περισσότερο την υπόθεση του Doll (1962). Πρόκειται για την εργασία των Schramm et al [194], οι οποίοι επέλεξαν και παρακολούθησαν 301 άτομα με τεκμηριωμένη ηλικία 100 ετών. Ο ακριβής χρόνος επιβίωσής τους μετά το 100^ο έτος της ηλικίας, ήταν 30+/-1 μήνες, με πρώτη στη σειρά αιτία θανάτου, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ενώ τα κακοήθη νοσήματα σπάνιζαν στο δείγμα τους, που παρουσίασε μόνο 2 περιπτώσεις, δηλαδή ποσοστό 1%, που ήταν πολύ πιο κάτω και από το αναμενόμενο για ηλικίες άνω των 85 ετών, που ήταν 10,9%, σύμφωνα με τους Εθνικούς Στατιστικούς Πίνακες της Γερμανίας, όπου έγινε η έρευνα.

Ήδη από το 1984, οι καταστάσεις ανοσολογικής ανεπάρκειας, και κυρίως της μειωμένης κυτταρικής ανοσίας, στις οποίες παρατηρείται συχνότερη εμφάνιση κακοήθων νεοπλασιών, αποτελούν πλέον παγιωμένη γνώση και περιγράφονται στα κλασικά συγγράμματα. Επιγραμματικά αναφέρονται εδώ το σύνδρομο Chediak-Higashi, που είναι κληρονομώμενο και μεταβιβάζεται ως σωματικός υπολειπόμενος χαρακτήρας, καθώς και το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, -The Acquired Immunodeficiency Syndrome- (AIDS). Στο πρώτο σύνδρομο (Chediak-Higashi), παρουσιάζεται δυσλειτουργία

των φαγοκυττάρων (κυτταρική ανοσία), και στους ασθενείς είναι συχνή η εμφάνιση λεμφωμάτων, ενώ στο δεύτερο (AIDS), η ανοσολογική διαταραχή αφορά τα Τ-λεμφοκύτταρα (κυτταρική ανοσία), ενώ οι αντιδράσεις των Β-λεμφοκυττάρων (χυμική ανοσία) είναι φυσιολογικές. Σ' αυτό δε το σύνδρομο είναι συχνή η ανάπτυξη κακοήθων όγκων, όπως σάρκωμα Carosi κ.α. (Γαρδίκας Κ, 1984) [78].

Ωστόσο, την ίδια περίπου περίοδο, σέ σχετική ανασκόπηση των πιθανών βιολογικών οδών, μέσω των οποίων ενδεχομένως να επιδρούν ψυχολογικοί παράγοντες με τελικό αποτέλεσμα την ανάπτυξη καρκίνου, συνάγεται το συμπέρασμα ότι (Pettingale, 1985), να μην φαίνεται λογικό να υποθέσουμε ότι ορισμένοι ψυχο-νευρο-ενδοκρινολογικοί μηχανισμοί συντελούν στην ανάπτυξη καρκίνου, το μέγεθος όμως του ρόλου τους παραμένει προς το παρόν υποθετικό, και η επικέντρωση και απόδοση των αιτιών στο ΝΚ κύτταρο, αποτελεί μία παρακινδυνευμένη υπεραπλούστευση. Παράλληλα, εφιστάται η προσοχή στα συμπεράσματα αυτής της ανασκόπησης, ότι πολλοί άλλοι παράγοντες του ανοσοποιητικού συστήματος δεν έχουν ακόμη μελετηθεί, ή παραγκωνίστηκαν από τους ερευνητές. Άλλοι όμως ερευνητές, (Levy et al, 1985) [145], ενώ συνεχίζουν να μεταχειρίζονται τον κυτταρικό αυτό πληθυσμό (NK), φαίνεται ότι τον αναγνωρίζουν μόνο σαν δείκτη ανοσολογικών διεργασιών, πίσω από τις οποίες κρύβονται πολύπλοκοι και ακόμη αδιερεύνητοι μηχανισμοί (τρίτη ενότητα).

Τα ευρήματα ωστόσο δεν σταματούν εδώ, αφού το 1987, δημοσιεύονται (Pross) [181] ευρήματα μειωμένης κυτταρολυτικής δραστηριότητας, συγκρίσιμης με τα επίπεδα των Irwin et al (1990) [124], (βλέπε πρώτη ενότητα), όχι μόνο σέ σύνδρομο Chediak-Higashi και AIDS, αλλά και σέ Συστηματικό Ερυθρηματώδη Λύκο (ΣΕΛ) καθώς και άλλα νοσήματα στα οποία παρουσιάζεται αυξημένη εμφάνιση καρκίνου. Όπως όμως αναφέρθηκε και στην πρώτη ενότητα, και οι Irwin et al (1990) φαίνεται να συμφωνούν με την άποψη (Pettingale, 1985) [176] ότι η σχέση μεταξύ μειωμένης κυτταρολυτικής δραστηριότητας των ΝΚ κυττάρων, και των αυξημένων κινδύνων νοσηρότητας σέ άτομα με στρες ή κατάθλιψη, δεν είναι αιτιολογική, και για να θεωρηθεί ότι υπάρχει αιτιολογική σχέση μεταξύ τους, χρειάζονται προοπτικές έρευνες, για τις οποίες προτείνουν συγκεκριμένη μεθοδολογία (Irwin et al, 1990) [124].

1.2.6.1.3. Τρίτη ενότητα: Σχέσεις ανοσίας, ψυχοκοινωνικών παραγόντων και κακοήθων νεοπλασμάτων.

Σ' αυτή την ενότητα περιλαμβάνονται πολυπαραγοντικές έρευνες, πού εξετάζουν κυρίως τη σχέση καρκίνου, με ορισμένες ανοσολογικές και ψυχοκοινωνικές παραμέτρους, πού αφορούν όμως, όχι την περίοδο εμφάνισης της νόσου, αλλά την εξέλιξη και πρόγνωση της. Μία από τις έρευνες αυτές είναι των Grossarth-Matticek et al (1984) [96], πού περιλαμβάνει μέτρηση δύο βιολογικών παραμέτρων σέ καρκινοπαθείς: χρόνο επιβίωσης και μία ανοσολογική παράμετρο, καθώς και εκτίμηση μίας ψυχοκοινωνικής παραμέτρου. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές συνέκριναν τη σχέση του αριθμού των λεμφοκυττάρων και του χρόνου επιβίωσης σέ τρία είδη ψυχοθεραπείας καρκινοπαθών. Το πρώτο είδος ψυχοθεραπείας ήταν μίγμα γνωσιακής και θεραπείας συμπεριφοράς, ενώ τα άλλα δύο ήσαν θεραπεία συμπεριφοράς και ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία. Το πρώτο είδος ψυχοθεραπείας, αποτελούσε επινόηση του πρώτου των ερευνητών, και ήταν ειδικά σχεδιασμένη, ώστε να βοηθά τους θεραπευόμενους να εκφράζουν ανάγκες και συναισθήματα, πού προηγουμένως δεν εξέφραζαν, καθώς επίσης βοηθά να ασχολούνται με πιο ικανοποιητικές κοινωνικές σχέσεις. Την μέθοδο τους αυτή, οι ερευνητές την ονόμασαν Creative Novation Therapy (Δημιουργική Θεραπεία Καινοτομίας). Η έλλειψη έκφρασης συναισθημάτων και αναγκών, θεωρείται χαρακτηριστικό προσωπικότητας τύπου C (eg. Grossarth-Matticek et al 1984, Temoshok 1987, Baltrusch & Zongwei 1989) [96, 219, 12]. Οι ερευνητές, αφού διαίρεσαν το δείγμα τους σέ τρεις ομάδες, βρήκαν ότι: 1) στην πρώτη ομάδα, οποιαδήποτε ψυχοθεραπεία από μόνη της, χωρίς άλλη θεραπεία, είχε σαν αποτέλεσμα αύξηση του χρόνου επιβίωσης κατά 3,6 μήνες, 2) στην δεύτερη ομάδα, χημειοθεραπεία από μόνη της, είχε σαν αποτέλεσμα μικρότερο χρόνο επιβίωσης, δηλαδή 2,8 μήνες, ενώ τέλος 3) ο συνδυασμός των δύο στην

τρίτη ομάδα, δηλαδή χημειοθεραπεία και ψυχοθεραπεία, είχαν συνεργικό αποτέλεσμα, με την μεγαλύτερη αύξηση του χρόνου επιβίωσης, δηλαδή 11,1 μήνες. Η ψυχοθεραπεία είχε επίσης σχέση με στατιστικά σημαντική μείωση σε ανεπιθύμητες ενέργειες από την χημειοθεραπεία, καθώς και αύξηση του ποσοστού των λεμφοκυττάρων, ενώ σε σειρά αποτελεσματικότητας ψυχοθεραπειών ως προς τον χρόνο επιβίωσης, βρέθηκαν: πρώτη η δικής τους επιβίωσης θεραπεία, δεύτερη η θεραπεία συμπεριφοράς και τελευταία, με αρνητική μάλιστα επίπτωση, η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία.

Λίγο αργότερα ο Eysenck (1985) [65], πρότεινε μεθοδολογία, που θα μπορούσε να ενισχύσει αιτιολογικά την υπόθεση ότι η προσωπικότητα εμπλέκεται στην καρκινογένεση, με την εφαρμογή ψυχολογικής παρέμβασης, που θα τροποποιούσε ένα υποτιθέμενο στοιχείο συμπεριφοράς τύπου C. Στην περίπτωση αυτή θα έπρεπε να αναμένεται ότι άτομα υγιή, που θα υφίσταντο αυτή την παρέμβαση, θα γινόντουσαν λιγότερο επιρρεπή σε καρκίνο, ενώ άτομα ήδη καρκινοπαθή, με την ίδια παρέμβαση, θα είχαν μακρότερο χρόνο επιβίωσης. Τέτοια μεθοδολογία, ασφαλώς δεν εφαρμόστηκε στην έρευνα των Grossarth-Matticek et al (1984) [96], αφού δεν μέτρησαν αν υπήρξαν μεταβολές στο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, που τροποποιούσε η ειδικά σχεδιασμένη ψυχοθεραπεία τους, αλλά υπολόγισαν μόνο τον χρόνο επιβίωσης. Τούτο, δεν σημαίνει απαραίτητα ότι τροποποιήθηκε το στοιχείο, που θεράπευαν, γιατί ίσως να τροποποιήθηκαν και άλλα στοιχεία. Στην καλύτερη δηλαδή περίπτωση, ίσως να τροποποιήθηκε το στοιχείο προσωπικότητας που θεράπευαν, μαζί με άλλα στοιχεία, που πιθανόν να συντελούν είτε από μόνα τους, είτε στο συνδυασμό τους, στην τροποποίηση του χρόνου επιβίωσης.

Την ίδια χρονική περίοδο, οι Levy και Herberman (1985) [145], μελέτησαν την προγνωστική βαρύτητα μίας ανοσολογικής παραμέτρου: της NK δραστηριότητας σε καρκίνο του μαστού, με δείκτη της προγνωστικής βαρύτητας: τις λεμφαδενικές μεταστάσεις, σε σχέση με την υποστήριξη από το περιβάλλον, όπως την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς, καθώς και σε σχέση με το στοικό προφίλ προσωπικότητας, ή προφίλ παραίτησης ή απάθειας. Οι ερευνητές μεταχειρίστηκαν τέσσερις τρόπους μέτρησης, εκτός από τη μέτρηση της NK δραστηριότητας: 1) μία δομημένη συνέντευξη δικής τους επιβίωσης για τον υπολογισμό της κοινωνικής-οικογενειακής στήριξης, 2) τη δοκιμασία GAIS, για την αντικειμενική μέτρηση της προσαρμογής στη νόσο, 3) τη δοκιμασία SCL-90, που μετρά ψυχοπαθολογία της τελευταίας εβδομάδας μαζί με 4) τη δοκιμασία POMS, που μετρά συναισθηματικές διαταραχές, για να υπολογίσουν την κόπωση και υποενεργητικότητα. Σύμφωνα με την προσωπική άποψη των ερευνητών, και παρ' όλο που παραδέχονται ότι οι δύο τελευταίες δοκιμασίες, που δημιουργήθηκαν για να μετρούν ψυχοπαθολογία, εμπεριέχουν το στοιχείο της κατάθλιψης στα συμπτώματα της κόπωσης και υποενεργητικότητας, εν τούτοις θεώρησαν ότι τα δύο αυτά συμπτώματα αντανάκλουν σφαιρικά το προφίλ της ατονίας ή απάθειας, το οποίο και υπολόγισαν μετρώντας την κόπωση και υποενεργητικότητα από αυτές τις κλίμακες ψυχοπαθολογίας. Έτσι, σε 75 γυναίκες με καρκίνο μαστού, σταδίου I ή II και ηλικίας 28 έως 74 ετών, 5 έως 7 ημέρες μετεγχειρητικά, χορηγήθηκαν οι ως άνω δοκιμασίες και μετρήθηκε η NK δραστηριότητα, ενώ παράλληλα υπολογίστηκε ο αριθμός των λεμφαδενικών μεταστάσεων από τις ιστολογικές εξετάσεις. Μετά από στατιστική ανάλυση πολλαπλής εξάρτησης, σταδιακής εφαρμογής (step-wise regression analysis), βρέθηκε ότι όσες καρκινοπαθείς είχαν: 1) (αντικειμενικά παρατηρήσιμη) καλή προσαρμογή, 2) (υποκειμενικά) κακή υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον, και 3) υψηλό βαθμό υποενεργητικότητας, παρουσίαζαν: α) μειωμένη ανοσία (χαμηλή NK δραστηριότητα) και β) αυξημένο αριθμό λεμφαδενικών μεταστάσεων. Σύμφωνα πάντα με τους ερευνητές, τα ευρήματα ρίχνουν κάποιο φως στους βιολογικούς μηχανισμούς, που μεσολαβούν μεταξύ συμπεριφοράς και πρόγνωσης ως προς την έκβαση του καρκίνου του μαστού. Οι ερευνητές, αναφέρονται σε ανάλογη εργασία σε πειραματόζωα των Greenberg et al (1984) [86], οι οποίοι προκαλώντας πειραματικά το αίσθημα του αβοήθητου, παρατήρησαν ότι η NK δραστηριότητα μειωνόταν, και παράλληλα μειωνόταν η NK αντικαρκινική ικανότητα, ενώ αντίθετα, με ένεση του ανταγωνιστού των ενδογενών οπιοειδών, της ναλτρεξόνης, η NK μειωμένη δραστηριότητα αντιστρεφόταν, επανερχόμενη στα φυσιολογικά επίπεδα, γεγονός, που υποδηλώνει επίδραση

της συμπεριφοράς στο ενδοκρινικό και το ανοσοποιητικό σύστημα. Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχουν ακόμη επαρκείς αποδείξεις αυτού του γεγονότος και για τον άνθρωπο. Το γεγονός όμως ότι αυθαίρετα μέτρησαν ένα στοιχείο προσωπικότητας, την στοϊκότητα, με δοκιμασίες ειδικά κατασκευασμένες για τη μέτρηση ψυχοπαθολογίας, αποτελεί μεθοδολογικό σφάλμα, που μειώνει την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων τους, επειδή οι δοκιμασίες που μεταχειρίστηκαν δεν μετρούσαν στοϊκότητα αλλά ψυχοπαθολογία. (Σχετικά με την εγκυρότητα βλ. και Fox, 1978 p. p. 67-68) [71].

Στη συνέχεια δημοσιεύθηκαν δύο άλλες έρευνες, εκ των οποίων η μία έδειχνε ότι η ψυχολογική παρέμβαση αυξάνει την επιβίωση σε προχωρημένο καρκίνο, ενώ η άλλη έδειχνε ότι η ψυχολογική παρέμβαση αυξάνει την ανοσία σε καρκινοπαθείς. Αυτό το γεγονός ώθησε την επιστημονική σκέψη στην υπόθεση ότι η ανοσία κατά του καρκίνου επηρεάζεται θετικά μέσω της ψυχολογικής παρέμβασης. Άλλωστε τα ευρήματα αυτά ερχόντουσαν σε συμφωνία με παρόμοια έρευνα που προηγήθηκε από τους Grossarth-Maticsek et al (1984) [96], όπου η ψυχοθεραπεία βρέθηκε ότι είχε θετική σχέση με την επιβίωση των καρκινοπαθών καθώς και με την αύξηση του αριθμού των λεμφοκυττάρων. Η αύξηση των λεμφοκυττάρων γενικά υπονοεί ανοσολογική αντίδραση, χωρίς όμως περαιτέρω εργαστηριακή επιβεβαίωση δεν μπορεί να τεκμηριωθεί η αύξηση της ανοσίας, διότι απαιτούνται εξειδικευμένες εργαστηριακές μετρήσεις για την μέτρηση της ανοσίας. Η δεύτερη έρευνα, όπως αναφέραμε έδειξε με πιο συγκεκριμένο τρόπο ότι όντως η ψυχολογική παρέμβαση αυξάνει την κυτταρική ανοσία σε καρκινοπαθείς, αλλά δεν μετρήθηκε ο χρόνος επιβίωσής τους, πράγμα που έγινε στην έρευνα των Grossarth-Maticsek et al (1984) [96]. Ο συνδυασμός όμως και πάλι των ευρημάτων οδηγεί την επιστημονική σκέψη προς αυτή την υποθετική κατεύθυνση. Ότι δηλαδή η ψυχολογική παρέμβαση ενδεχομένως αυξάνει την ανοσία κατά του καρκίνου και κατ' επέκτασιν αυξάνει την επιβίωση. Μία τέτοια περίπτωση υπόθεση έκανε και ο Eysenck (1985) [65], προτείνοντας συγχρόνως και μία συγκεκριμένη μεθοδολογία διερεύνησης προκειμένου να εξετασθεί αν ο τύπος C προσωπικότητας συνδέεται αιτιολογικά με την καρκινογένεση. Για να επιστρέψουμε όμως στην ανάλυση των εργασιών που σχετίζονται με την ψυχολογική παρέμβαση και τον καρκίνο, η έρευνα εκείνη που δεν σχετίζεται άμεσα με την ανοσία, είναι των Spiegel et al (1989). Ο λόγος που την κάνει άξια αναφοράς σ' αυτό το κεφάλαιο, είναι ότι προσθέτει ένα επιπλέον έμμεσο εύρημα στη σχέση μεταξύ ψυχολογικής παρέμβασης και έκβασης του καρκίνου. Δηλαδή, οι Spiegel et al [208], παρατήρησαν ότι ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο μαστού, οι οποίες χρησιμοποιούσαν την αυτοϋπνωση για να ανακουφιστούν από τα μεταστατικά άλγη, είχαν κατά 18 μήνες μεγαλύτερο χρόνο επιβίωσης, από τις αντίστοιχες ασθενείς της ομάδας ελέγχου, οι οποίες δεν χρησιμοποιούσαν αυτοϋπνωση. Οι Fawzy et al όμως, ένα χρόνο αργότερα (1990a,b) [67, 68], έδειξαν πιο άμεσα ότι η ψυχολογική παρέμβαση έχει σαν αποτέλεσμα την βελτίωση της κυτταρικής ανοσίας σε καρκινοπαθείς. Έτσι, κάνοντας σε ασθενείς με μελάνωμα μία ομαδική ψυχοθεραπεία για καρκινοπαθείς, δικής τους επινόησης, και μετρώντας πριν από την παρέμβαση καθώς και μετά 6 εβδομάδες, τον λεμφοκυτταρικό πληθυσμό, βρήκαν ότι υπήρχαν διαφορές στην συναισθηματική κατάσταση αφ' ενός, και αφ' ετέρου υπήρχε αυξημένη κυτταρική ανοσία. Δηλαδή, παρατηρήθηκε αύξηση του αριθμού των μακροφάγων, των NK κυττάρων και αύξηση της κυτταρολυτικής NK δραστηριότητας, με παράλληλη μικρή μείωση των T-helper/inducer (βοηθητικών) κυττάρων.

1.2.6.2. Στρεσογόνα Γεγονότα Ζωής και καρκινογένεση.

Ήδη από την δεκαετία του 1970 έχει διαπιστωθεί ότι τα στρεσογόνα γεγονότα αυτά καθ' εαυτά, σαν ποσοτική παρουσία, δεν παρουσιάζουν ειδική σχέση με την εμφάνιση του καρκίνου, αλλά έχουν σχέση με την γενική αύξηση της νοσηρότητας, τόσο της σωματικής όσο και της ψυχιατρικής (Fox 1978) [71], ενώ μάλιστα έχουν παρουσιασθεί και έρευνες, που εμφανίζουν τους μη καρκινοπαθείς ασθενείς να έχουν στο παρελθόν περισσότερα στρεσογόνα γεγονότα από τους καρκινοπαθείς (πχ Schonfield 1975) [193]. Οι έρευνες όμως εξακολουθούν να συνεχίζονται σε μία επίμονη προσπάθεια ανεύρεσης μίας ειδικής σχέσης μεταξύ στρεσογόνων γεγονότων και καρκίνου, με αντιφατικά, πολλές φορές, αποτελέσματα,

ως προς την ποσότητα των γεγονότων, αλλά μέ συγκλίνοντα ευρήματα, ως προς την υψηλότερη υποκειμενική βίωση των γεγονότων στους καρκινοπαθείς, σέ σύγκριση μέ τους μη καρκινοπαθείς ασθενείς. Θεωρήθηκε λοιπόν σκόπιμη η παρουσίαση των σχετικών ερευνών σέ δύο ομάδες: μία ομάδα, πού να περιλαμβάνει έρευνες πού εξετάζουν ποσοτική εκτίμηση στρεσογόνων γεγονότων και μία δεύτερη ομάδα, πού να περιλαμβάνει έρευνες πού εξετάζουν την εκτίμηση της υποκειμενικής έντασης, αφού έτσι άλλωστε εξετάστηκαν και από τους ερευνητές.

1.2.6.2.1. Ποσοτική εκτίμηση Στρεσογόνων Γεγονότων Ζωής.

Τρεις τουλάχιστον εργασίες φαίνεται ότι συμφωνούν σέ μία μη ειδική σχέση των γεγονότων ζωής μέ την γενική νοσηρότητα, (σωματική και ψυχιατρική), από το μεταίχμιο της δεκαετίας του '70 έως τις αρχές της δεκαετίας του '80. Συγκεκριμένα, οι Berkman και Syme (1979), Badura (1981), καθώς και οι Joseph και Syme (1982) [27, 4, 122], στην προσπάθεια να εντοπίσουν μία πιθανή αιτιώδη σχέση μεταξύ της ποιοτικής κατάστασης του γάμου και της ανάπτυξης ψυχιατρικής ή σωματικής νοσηρότητας, βρήκαν ότι άτομα πού χήρεψαν ή ήταν διαζευγμένα ή σέ διάσταση, είχαν σέ υψηλότερα επίπεδα: καταθλιπτικές διαταραχές, έμφρακτα μυοκαρδίου και άλλες σωματικές παθήσεις, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου.

Το 1984 όμως, βλέπομε να αναφέρεται σέ σχετική προοπτική έρευνα του Jenkins, ότι άνδρες μέ περισσότερα σέ αριθμό γεγονότα ζωής όπως: διαζύγιο, διάσταση, ανεργία και έλλειψη κοινωνικής στήριξης, είχαν αυξημένη θνησιμότητα από καρκίνο. Λίγα χρόνια αργότερα, οι Kiecolt-Glaser et al σέ δύο διαφορετικά δείγματα προοπτικών ερευνών, σέ γυναίκες το 1987 [129], και σέ άνδρες το 1988 [130], βρήκαν ότι ο βαθμός συζυγικής δυσαρμονίας (poor marital quality), παρουσίαζε θετική συσχέτιση μέ τον βαθμό κατάθλιψης και τον βαθμό πτώσης παραμέτρων της κυτταρικής ανοσίας. Παρά το γεγονός ότι οι δύο τελευταίες έρευνες δεν εξετάζουν καμία παράμετρο άμεσα σχετιζόμενη μέ τον καρκίνο, εν τούτοις τα ευρήματά τους, σέ συνδυασμό μέ τα ευρήματα του Jenkins (1984) [120], πού είναι προοπτικά και ως εκ τούτου ισχυρά, ενίσχυσαν την επιστημονική σκέψη προς την κατεύθυνση της υπόθεσης ότι τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, ιδίως του τύπου της απώλειας, έχουν σχέση μέ την καρκινογένεση. Υπόθεση δηλαδή πού είχε διατυπωθεί από τους Evans (1926) και LeShan (1959) [62, 142], και είχε ενισχυθεί μέ εργασία του τελευταίου στα μέσα της δεκαετίας του '60, (LeShan, 1966) [143]. Αυτή η σκέψη έδωσε ώθηση στη συνεχιζόμενη μέχρι σήμερα ερευνητική προσπάθεια για τη μελέτη αυτής της υπόθεσης, την οποία, όπως θα δούμε στη συνέχεια άλλα μεν ερευνητικά αποτελέσματα την ενίσχυσαν, σέ αντίθεση μέ άλλα, πού την αποδυνάμωσαν.

Αναλυτικότερα δηλαδή, την ίδια περίοδο, δημοσιεύονται άλλες δύο έρευνες: των Jones et al (1984) και Ewertz (1986) [121, 64], πού εξετάζουν όχι την θνησιμότητα από καρκίνο, αλλά τον κίνδυνο νοσηρότητας από καρκίνο μαστού, σέ σχέση μέ στρεσογόνα γεγονότα, πού αφορούν απώλειες προσώπων ή συναισθηματικών σχέσεων. Στις εν λόγω έρευνες, εξετάστηκαν επίσης ποσοτικά τα γεγονότα αυτά, χωρίς να βρεθεί αυξημένος κίνδυνος νοσηρότητας από καρκίνο, σέ αντίθεση μέ την έρευνα του Jenkins (1984) [120], πού βρήκε αυξημένη θνησιμότητα από καρκίνο σέ άνδρες.

Μία από τις πιο πρόσφατες εργασίες, πού μετρούσε μέ ημιδομημένη συνέντευξη, αριθμό κυρίως γεγονότων, τα οποία θεωρούνται αντικειμενικά στρεσογόνα, είναι των Geyer et al (1991) [81]. Η εργασία περιελάμβανε γεγονότα, πού συνέβησαν μία οκταετία πριν τη διάγνωση καρκίνου του μαστού, και τα αποτελέσματα έδειξαν την ύπαρξη θετικής σχέσης μεταξύ στρεσογόνων γεγονότων και καρκίνου. Ίσως μία από τις αιτίες, πού μέχρι τώρα δεν υπάρχουν παρόμοια ευρήματα, να είναι και ο μικρός χρόνος υπολογισμού μέσα στον οποίο μετρήθηκαν ότι συνέβησαν τα στρεσογόνα γεγονότα σέ αρκετές έρευνες. Τα αποτελέσματα της τελευταίας έρευνας δείχνουν να ενισχύουν τα ερευνητικά δεδομένα του Rush (1975), πού ήδη αναλύθηκαν στην προηγούμενη δεκαετία. Ο τελευταίος, όπως είδαμε, υπολόγισε την "λανθάνουσα περίοδο" πού απαιτείται για την κλινική εμφάνιση καρκίνου του μαστού σέ 11 χρόνια, έτσι ώστε να φαίνεται σαν φυσιολογική συνέπεια -αν τα ευρήματα του Rush είναι ορθά- το εξής: γεγονότα πού υπολογίζονται να συνέβησαν 1 ή 2 χρόνια πριν τη κλινική εμφάνιση οποιουδήποτε γενικά κακοήθους νεοπλασματος, να είναι άσχετα μέ εκείνα πού

ίσως πυροδότησαν την κλινική εμφάνιση του ήδη υποκλινικά υπάρχοντος καρκίνου ή/και έγιναν αιτία να αναπτυχθεί καρκίνος (Fox, 1978) [71]. Με την τελευταία αυτή ερμηνεία περί της μη ανεύρεσης ποσοτικών διαφορών στα αποτελέσματα των εργασιών αυτής της ομάδας, συμφωνεί εκτός από τον Fox (1978) και η Burgess (1987) [40], η οποία κάνει την υπόθεση ότι η μη ανεύρεση διαφορών, ίσως να αντανακλά το γεγονός ότι η καρκινογένεση ενδεχομένως να συνέβη αρκετά χρόνια πριν την περίοδο, στην οποία ανιχνεύθηκαν τα στρεσογόνα γεγονότα στις σχετικές έρευνες, δηλαδή γεγονότα, τα οποία μπορεί να συνέβαλαν στην έναρξη της νόσου, ίσως να έχουν συμβεί πολύ ενωρίτερα.

Η υπόθεση (1959) [142], και η ερευνητική εργασία (1966) [143] του LeShan, είχε σαν αποτέλεσμα να εγείρει το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών για ανίχνευση της υπόθεσής του, ότι δηλαδή γεγονότα τύπου απώλειας σχέσης ή αγαπητού προσώπου, εμπλέκονται στην καρκινογένεση, με συνέπεια να δημιουργηθούν από τα μη συγκλίνοντα ευρήματα, δύο ρεύματα-απόψεις επιστημονικής σκέψης. Η μία άποψη είναι ότι πρέπει να είμαστε πολύ επιφυλακτικοί στην υπόθεση ότι τα στρεσογόνα γεγονότα εμπλέκονται στην καρκινογένεση, με χαρακτηριστικό παράδειγμα την ομάδα των Barraclough et al, οι οποίοι πάντως προτείνουν για το μέλλον προοπτικές έρευνες με συγκεκριμένη πολυπαραγοντική μεθοδολογία. Η άλλη άποψη, είναι ότι δεν εμπλέκονται μεν στην καρκινογένεση τα στρεσογόνα γεγονότα αυτά καθ' εαυτά, αλλά ευθύνεται ο υποκειμενικός τρόπος, με τον οποίο τα άτομα βιώνουν τα γεγονότα, ενώ συγχρόνως παίζει ρόλο και το ανοσοποιητικό σύστημα (eg Cooper et al 1986, Burgess 1987) [50, 40]. Οι δύο αυτές απόψεις στηρίζονται και από σχετικά ερευνητικά δεδομένα, όπως θα δούμε αναλυτικότερα. Συγκεκριμένα, ως προς την πρώτη άποψη, ότι δηλαδή πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί στην υπόθεση ότι τα στρεσογόνα γεγονότα εμπλέκονται στην καρκινογένεση, και ειδικότερα θέλοντας να εξετάσουν αν τα στρεσογόνα γεγονότα αυξάνουν τις υποτροπές μετά την εμφάνιση του καρκίνου, οι Barraclough et al (1992) [19], ερεύνησαν προοπτικά για 31/2 χρόνια, 204 γυναίκες με καρκίνο μαστού, εξετάζοντας επανειλημμένα τα στρεσογόνα γεγονότα με την ημιδομημένη συνέντευξη των Brown και Harris (1978) [38]: Life Events and Difficulties Schedule (LEDS), χωρίς στο τέλος να βρουν θετική σχέση μεταξύ αριθμού γεγονότων και υποτροπών καρκίνου. Έτσι, η Barraclough, σε σχετική ανασκόπηση του 1993 παρά την ύπαρξη και θετικών ευρημάτων για την εμπλοκή των στρεσογόνων γεγονότων που συνέβησαν οκτώ χρόνια πριν την εμφάνιση καρκίνου του μαστού, (Geyer et al, 1991) [81], θεωρεί ότι τα ευρήματα αυτά δεν είναι αρκετά για να τεκμηριωθεί η εμπλοκή των στρεσογόνων γεγονότων στην καρκινογένεση. Τέλος, αναφέρει ότι επειδή το πρόβλημα της συνεισφοράς των στρεσογόνων γεγονότων, είτε στην ανάπτυξη είτε στη διασπορά του καρκίνου του μαστού εξακολουθεί να έχει επιστημονικό ενδιαφέρον, παρ' όλο που δεν υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις, ωστόσο, προτείνει ότι οι μελλοντικές εργασίες πρέπει να περιλαμβάνουν ορμονικές και ανοσολογικές παραμέτρους, που σχετίζονται με το στρες της ζωής, καθώς και ψυχολογικές παραμέτρους όπως: προσωπικότητα, στάση στην αρρώστια και κοινωνική στήριξη.

1.2.6.2.2. Υποκειμενική ένταση Στρεσογόνων Γεγονότων Ζωής.

Σ' αυτή την ομάδα, τόσο οι αναδρομικές όσο και οι προοπτικές έρευνες συμφωνούν ότι οι καρκινοπαθείς βιώνουν υποκειμενικά σε μεγαλύτερη ένταση τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, σε σύγκριση με τους μη καρκινοπαθείς. Οι εργασίες αυτές, έδωσαν ώθηση στη δεύτερη όπως αναφέραμε άποψη περί καρκινογένεσης και της σχέσης της με τα στρεσογόνα γεγονότα. Δηλαδή, ότι δεν ευθύνονται για την καρκινογένεση τα ίδια τα στρεσογόνα γεγονότα, αλλά μάλλον ευθύνεται ο ιδιαίτερος τρόπος, με τον οποίο τα άτομα βιώνουν υποκειμενικά τα γεγονότα. Χαρακτηριστικοί αντιπρόσωποι της άποψης αυτής είναι οι Cooper et al (1986) [50], και η Burgess (1987) [40], που πρώτοι εξέφρασαν την άποψη αυτή. Αρκετές ήταν οι εργασίες, που με την σύγκλιση των ευρημάτων τους συνετέλεσαν στην άποψη αυτή, όπως θα δούμε αναλυτικά.

Συγκεκριμένα, το 1985 οι Doongajis et al [59], δημοσίευσαν τα αποτελέσματα μιάς αναδρομικής έρευνας, που είχε παρουσιασθεί το 1979, στο 9^ο Ψυχιατρικό Συνέδριο των Ινδιών, στη Βομβάη. Οι ερευνητές χορήγησαν σε 100 καρκινοπαθείς και 100 υγιείς, τρεις αυτοσυμπληρούμενες κλίμακες στρεσογόνων γεγονότων, από τις οποίες οι δύο πρώτες ήταν

αντίστοιχα των Cochrane και Robertson (1973) [46]: Life Experience Inventory (LEI) και των Holmes και Rahe (1967) [114]: Social Readjustment Rating Scale (SRRS), ενώ η τρίτη ήταν δικής τους επινόησης. Με τις δύο πρώτες κλίμακες προσδιορίζονταν ο αριθμός, ο χρόνος εμφάνισης, και η χρονική διάρκεια των στρεσογόνων γεγονότων, ενώ με την τελευταία μετρήθηκε η υποκειμενική ένταση των γεγονότων που ήδη υπήρχαν. Τα στρεσογόνα γεγονότα συμπληρώθηκαν από τους εξετασθέντες, με αυτές τις τρεις κλίμακες για κάθε ένα χρόνο, για τα τελευταία τρία, πριν την εξέταση χρόνια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η υποκειμενική ένταση των στρεσογόνων γεγονότων στους καρκινοπαθείς, σε σύγκριση με τους μη καρκινοπαθείς, ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη τρία χρόνια πριν την εκδήλωση του καρκίνου, ελαττωνόταν δύο χρόνια πριν την εκδήλωσή του, και αποκτούσε την μεγαλύτερη τιμή, ένα χρόνο πριν την εκδήλωση του καρκίνου.

Ομοιότητα όμως και σύγκλιση στα ευρήματα, βρέθηκε σχεδόν συγχρόνως και από μία άλλη ομάδα ερευνητών, που είχε αρχίσει να μελετά το ίδιο θέμα πολύ νωρίτερα, και ανεξάρτητα από τους προηγούμενους ερευνητές, χρησιμοποιώντας όμως προοπτική μεθοδολογία. Έτσι, το 1984, οι Grossarth-Maticsek et al [99], δημοσίευσαν μέρος αποτελεσμάτων της δεκαετούς προοπτικής τους έρευνας, που αφορούσε στρεσογόνα γεγονότα τα οποία είχαν υποκειμενικά προκαλέσει είτε συναισθήματα θυμού και αναστάτωσης είτε συναισθήματα κατάθλιψης και έλλειψης ελπίδων. Η μέτρηση έγινε με δικό τους ερωτηματολόγιο και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου ήταν αυξημένος σε άτομα που είχαν βιώσει γεγονότα που προκάλεσαν συναισθήματα κατάθλιψης και έλλειψης ελπίδων για περισσότερο από ένα έτος, ενώ η επικινδυνότητα εμφάνισης καρκίνου φαινόταν να παραμένει για περισσότερο από τρία χρόνια μετά την εμφάνιση του γεγονότος. Επίσης βρέθηκε ότι όσο μακρότερο χρονικό διάστημα μεσολαβούσε από την εμφάνιση ενός στρεσογόνου γεγονότος, χωρίς να έχει βρεθεί από το άτομο μία λύση σ' αυτό, τόσο περισσότερο αυξανόταν ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου.

Συγκλίνοντα όμως, ως προς τον μεγάλο βαθμό με τον οποίο βιώνουν υποκειμενικά οι καρκινοπαθείς τα στρεσογόνα γεγονότα, σε σύγκριση με τους μη καρκινοπαθείς, ήταν και τα ευρήματα δύο άλλων ερευνών, και μάλιστα για διαφορετικές πρωτοπαθείς εστίες καρκίνου. Πιο συγκεκριμένα, μία άλλη έρευνα προοπτικού τύπου, όπως αναφέρει σε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας η Caroline Burgess (1987) [40], είναι των Goodkin et al (1986) [83], οι οποίοι μεταξύ άλλων δοκιμασιών, χορήγησαν σε γυναίκες πριν τη βιοψία τραχήλου μήτρας, την κλίμακα έλλειψης ελπίδων (the hopelessness scale) των Beck et al (1974) [24], και βρήκαν ότι όσες ασθενείς είχαν υποκειμενική βίωση απαισιοδοξίας και απελπισίας, σαν αντίδραση στο στρες, είχαν αυξημένη επικινδυνότητα εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Ωστόσο η έρευνά τους πάσχει, και κατά την εκτίμηση των ιδίων, από χαμηλή αναλογία αριθμού ατόμων του δείγματος σε σχέση με τις εξεταζόμενες μεταβλητές. Το ίδιο όμως έτος (1986), οι Cooper CL et al [50], σε μία προοπτικού τύπου έρευνα, με αρκετά πολυάριθμο δείγμα 2163 ασθενών γυναικών πριν τη βιοψία μαστού, χορήγησαν μεταξύ άλλων μία αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα γεγονότων ζωής, που εκτιμά τον αριθμό και την ένταση της υποκειμενικής βίωσης των γεγονότων των δύο προηγούμενων ετών. Μετά τα αποτελέσματα των ιστολογικών εξετάσεων, βρέθηκε ότι οι καρκινοπαθείς σε σύγκριση με τις μη καρκινοπαθείς ασθενείς, αντιμετώπισαν λιγότερα σε αριθμό στρεσογόνα γεγονότα, αλλά τα βίωσαν υποκειμενικά σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, με μεγαλύτερη ένταση. Επίσης είχαν συνοπτικά: πτωχότερες στρατηγικές αντιμετώπισης των στρεσογόνων γεγονότων και χαμηλότερη βαθμολογία στην προσωπικότητα Τύπου Α. Λεπτομέρειες όμως για τις τελευταίες παραμέτρους, θα παρατεθούν αναλυτικότερα στο σχετικό κεφάλαιο (1.2.6.4. Συμπεριφορά Τύπου C, εσφαλμένες στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων γεγονότων και καρκινογένεση). Υπογραμμίζεται εδώ ότι οι ερευνητές θεωρούν ότι στα ευρήματά τους υπάρχει μία σαφής και θετική μαθηματική σχέση μεταξύ στρες και καρκίνου του μαστού, καθώς και μία ακόμη σαφέστερη θετική σχέση μεταξύ καρκίνου του μαστού και του τρόπου με τον οποίο ένα άτομο βιώνει υποκειμενικά το στρες, ενώ παράλληλα συνυπάρχει μία μειωμένη ικανότητα αντιμετώπισής του, η οποία υποθέτουν ότι μειώνει την ανοσία του οργανισμού, με συνέπεια να πυροδοτείται η έναρξη της καρκινικής διεργασίας. Οι Cooper et

al (1986) [50], είναι οι πρωτοπόροι αυτής της άποψης για την ποιοτική πλέον ιδιαιτερότητα της εμπλοκής των στρεσογόνων γεγονότων στην καρκινογένεση.

Οι ανωτέρω ερευνητές, οδήγησαν την επιστημονική σκέψη σε μία διαφορετική άποψη για τον -υποθετικό πάντοτε- τρόπο με τον οποίο ενδεχομένως να οδηγείται το άτομο στον καρκίνο. Άγεται δηλαδή ο τρόπος σκέψης προς την κατεύθυνση μάλλον μιάς ιδιομορφίας ή ιδιαιτερότητας, σύμφωνα με την οποία, άτομα πού πιθανόν να παθαίνουν καρκίνο περισσότερο συχνά από ό,τι άλλα άτομα, είναι εκείνα πού βιώνουν υποκειμενικά πιο έντονα το ίδιο γεγονός, το οποίο άλλα άτομα θα το βίωναν σε λιγότερο έντονο βαθμό, και κατά συνέπεια θα υπέφεραν λιγότερο. Την μερίδα των ερευνητών πού πιστεύουν ότι αυτή η άποψη πρέπει να ερευνηθεί στο μέλλον, εκφράζει σε σχετική ανασκόπηση των μέχρι τώρα ερευνών και η Burgess (1987) [40], πού θεωρεί ότι δεν είναι τα στρεσογόνα γεγονότα αυτά καθ' εαυτά η αιτία ανάπτυξης των σωματικών γενικά νόσων και ειδικά του καρκίνου, αλλά μάλλον ο τρόπος της αντιμετώπισής τους από το άτομο. Έτσι, κρίνει απαραίτητη την συνεξέταση, στις έρευνες των στρεσογόνων γεγονότων ζωής σε σχέση με τον καρκίνο, παραμέτρων όπως οι εξής: τρόπους (στρατηγικές) αντιμετώπισης των γεγονότων, στοιχεία προσωπικότητας, στοιχεία κοινωνικής στήριξης και τέλος, ψυχοπαθολογία. Επίσης, προτείνει επικέντρωση των ερευνών με την ως άνω μεθοδολογία σε έρευνες, πού να αφορούν την κλινική πορεία του καρκίνου μάλλον παρά τον χρόνο έναρξής του, ο οποίος κατά τη γνώμη της, με τα σημερινά δεδομένα είναι πολύ δύσκολο να προσδιορισθεί, με συνέπεια να μην είναι δυνατόν να διερευνηθεί η αιτιολογική σχέση των γεγονότων με την καρκινογένεση.

1.2.6.3. Ψυχοπαθολογία και καρκινογένεση.

Οι προσπάθειες των ερευνητών στην τελευταία δεκαετία φαίνεται να επικεντρώνονται κυρίως στο ψυχιατρικό προφίλ των ήδη διαγνωσμένων καρκινοπαθών, χωρίς να γίνονται προσπάθειες σύγκρισης της ψυχοπαθολογίας καρκινοπαθών με μη καρκινοπαθείς ασθενείς, κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων και στις δύο περιπτώσεις. Στις έρευνες πού εξέτασαν το ψυχιατρικό προφίλ των καρκινοπαθών, δεν υπήρχε ομάδα ελέγχου για σύγκριση με άλλα μη κακοήθη νοσήματα, αλλά τα ευρήματα σε γενικές γραμμές συγκλίνουν μεταξύ τους και είναι συγκρίσιμα τόσο λόγω της ομοιότητας στον τρόπο μέτρησης, όσο και εξ αιτίας της ομοιογένειας των δειγμάτων. Αυτές οι έρευνες θα παρουσιασθούν υπό τον τίτλο "*Ψυχιατρικό προφίλ καρκινοπαθών υπό θεραπεία*", ενώ υπό τον τίτλο "*Σχέσεις ψυχοπαθολογίας καρκινοπαθών με άλλες ψυχοκοινωνικές παραμέτρους*", θα παρουσιασθούν εργασίες πού συνεξετάζουν ψυχοπαθολογία σε σχέση με άλλες ψυχοκοινωνικές παραμέτρους σε υπό θεραπεία καρκινοπαθείς. Ούτε και σε αυτή την ομάδα φαίνεται να έχουν γίνει ακόμη προοπτικές έρευνες, πού να εξετάζουν την ψυχοπαθολογία σε σχέση με άλλες παραμέτρους στην περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου (βλέπε και **πίνακα 2** Παραρτήματος).

1.2.6.3.1. Ψυχιατρικό προφίλ καρκινοπαθών υπό θεραπεία.

Οι τρεις εργασίες πού θα εκτεθούν έχουν δύο κοινούς παρονομαστές: 1) υλικό αποτελούμενο από ήδη διαγνωσμένους και υπό θεραπεία, καρκινοπαθείς, και 2) χρησιμοποίηση του DSM-III διαγνωστικού συστήματος της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας, για την ψυχιατρική διάγνωση.

Το 1983, οι Derogatis et al [56], δημοσίευσαν τα αποτελέσματα έρευνας της ψυχοπαθολογίας 215 περιπατητικών υπό θεραπεία καρκινοπαθών, από τρία ογκολογικά κέντρα. Ο μέσος όρος ηλικιών ήταν 50,3 έτη. Από τους 215 καρκινοπαθείς οι 105 ήταν άνδρες και οι 110 ήταν γυναίκες, ενώ από το σύνολό τους, οι 131 ήταν νοσοκομειακοί και οι 84 ήταν εξωτερικά θεραπευόμενοι ασθενείς. Η συλλογή του δείγματος έγινε με αλγορίθμους μέσα σε χρονικό διάστημα εννέα μηνών, αλλά ο τύπος του κακοήθους νεοπλασματος δεν ελήφθη υπ' όψιν σαν κριτήριο επιλογής. Οι ασθενείς εξετάστηκαν και διαγνώστηκαν ψυχιατρικά με βάση τα κριτήρια DSM-III, ενώ επιπλέον εκτιμήθηκαν με την κλίμακα κατάθλιψης του Raskin: Raskin Depression Screen (RDS), την κλίμακα προσαρμογής στη σωματική νόσο: Global Adjustment to Illness Scale (GAIS), την κλίμακα σωματικής λειτουργικότητας του Karnofsky (Karnofsky Performance Scale), καθώς επίσης και με την

αυτοσυμπληρούμενη δοκιμασία του Derogatis, που μετρά ψυχοπαθολογία των τελευταίων επτά ημερών, (SCL-90-R). Τα αποτελέσματα έδειξαν στον μεν Άξονα I, όπου ταξινομούνται οι κλινικές συνδρομές, ότι από το συνολικό δείγμα των καρκινοπαθών, το 44% παρουσίαζε ψυχοπαθολογία κάποιας κλινικής διαταραχής, στον δε Άξονα II, όπου ταξινομούνται οι διαταραχές προσωπικότητας, ότι το 3% του συνολικού δείγματος, παρουσίαζε κάποια διαταραχή προσωπικότητας. Από το 47% του συνολικού δείγματος, δηλαδή τις κλινικές συνδρομές μαζί με τις διαταραχές προσωπικότητας, ένα ποσοστό 68%, δηλαδή το μεγαλύτερο ποσοστό, παρουσίαζε Διαταραχές της Προσαρμογής, το 13% παρουσίαζε Μείζονα Κατάθλιψη, 4% παρουσίαζε Αγχώδεις Διαταραχές, 8% παρουσίαζε Οργανικές Διαταραχές και τέλος 7% παρουσίαζε Διαταραχές της Προσωπικότητας. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, η πλειονότητα των καρκινοπαθών του δείγματος είχε υψηλό βαθμό δυνητικής ίασης της ψυχοπαθολογίας, ενώ δεν υπήρχαν καθόλου σχιζοφρενικές διαταραχές.

Ένα χρόνο αργότερα, το 1984, οι Bukberg et al [39], δημοσίευσαν παρόμοια έρευνα με 61 νοσοκομειακούς καρκινοπαθείς ποικίλων τύπων, με μεγάλο εύρος ηλικίας: 18-70 ετών, από τους οποίους 32 ήταν άνδρες και 30 ήταν γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας 51 έτη. Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν η μελέτη της επικράτησης της κατάθλιψης μεταξύ των καρκινοπαθών, και όχι το ψυχιατρικό προφίλ όπως στην προηγούμενη έρευνα των Derogatis et al (1983) [56]. Γι' αυτό και η ψυχιατρική εξέταση και διάγνωση, που έγινε με βάση τα ταξινομικά κριτήρια DSM-III, περιστρεφόταν σέ εξέταση ψυχοπαθολογίας, που αφορούσε την κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι από το συνολικό δείγμα των 61 ασθενών, το 42% παρουσίαζε Μείζονα Κατάθλιψη χωρίς Ψυχωτικά Στοιχεία, και χωρίς να συμπληρώνει τα χαρακτηριστικά της Μελαγχολίας, που κατά το ως άνω σύστημα περιλαμβάνει τα εξής: πλήρη απώλεια της ευχαρίστησης, πρωινή επιδείνωση της καταθλιπτικής συναισθηματικής διάθεσης, πρώιμη αφύπνιση, ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, σημαντικού βαθμού ανορεξία ή απώλεια βάρους και, τέλος, υπερβολική ή απρόσφορη ενοχή. Η κλινική βαρύτητα της Μείζονος Κατάθλιψης στο ποσοστό 42%, που αναφέρθηκε, παρουσίαζε δύο διαβαθμίσεις: σοβαρού βαθμού κατάθλιψη στο 24%, και μέτριου βαθμού κατάθλιψη στο 18%. Η ψυχοπαθολογία που αφορούσε την κατάθλιψη στο υπόλοιπο 58% των καρκινοπαθών είχε ως εξής: 14% παρουσίαζαν καταθλιπτικά συμπτώματα και 44% δεν παρουσίαζαν καταθλιπτικά συμπτώματα. Ωστόσο, κατά την κλινική εκτίμηση των ερευνητών, πέρα από τα ταξινομικά κριτήρια, το δείγμα τους αξιολογήθηκε ότι παρουσίαζε μία φαινομενολογική ομοιότητα, που ταίριαζε, κατά την προσωπική τους κλινική εκτίμηση, περισσότερο στην Διαταραχή της Προσαρμογής με Καταθλιπτική Διάθεση, παρά στην Μείζονα Κατάθλιψη. Επίσης, εκείνο που χαρακτήριζε γενικά το δείγμα τους, ήταν το γεγονός ότι σπάνια παρουσιάστηκαν συμπτώματα όπως: αυτουποτίμηση, αυτοκτονικός ιδεασμός και παθολογική ενοχή, ενώ το άγχος συχνά ήταν συνοδό στοιχείο των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή/και τα επικάλυπτε. Δηλαδή και σ' αυτή την έρευνα όπως και στην προηγούμενη των Derogatis et al (1983) [56], βρέθηκε σύγκλιση των ευρημάτων με υψηλό μεν ποσοστό κατάθλιψης, η οποία όμως ήταν ήπιας βαρύτητας και είχε υψηλό βαθμό δυνητικής ίασης.

Το 1991, οι Sarantoglou et al [189], με σκοπό να υπολογίσουν τον τύπο της ψυχιατρικής διαταραχής σύμφωνα με τους παραπέμποντες ογκολόγους, και να συγκρίνουν τις διαγνώσεις αυτές με τις διαγνώσεις των ψυχιάτρων του ίδιου νοσοκομείου, εξέτασαν 118 νοσηλεύομενους καρκινοπαθείς, που είχαν παραπεμφθεί στο ψυχιατρικό τμήμα από διάφορα άλλα τμήματα του ίδιου αντικαρκινικού νοσοκομείου, έχοντας αποκλείσει από το δείγμα τους οποιονδήποτε καρκινοπαθή είχε θετικό ψυχιατρικό ατομικό αναμνηστικό, ούτως ώστε να αποκλείεται το ενδεχόμενο οι μη ψυχίατροι γιατροί να έβλεπαν μία ψυχιατρική διάγνωση στα ιστορικά ή τα βιβλιάρια των ασθενών. Τελικά βρέθηκε ότι οι γιατροί της Παθολογικής Ογκολογίας, εξ αιτίας μίας ειδικής βιο-ψυχο-κοινωνικής κατεύθυνσης, διέφεραν από τους συναδέλφους τους των χειρουργικών τμημάτων στα εξής τρία σημεία: 1) παρέπεμπαν τους ασθενείς έγκαιρα στο ψυχιατρικό τμήμα, 2) παρατηρούσαν τις ψυχιατρικές διαταραχές συχνότερα και 3) οι διαγνώσεις τους ήταν πιο ακριβείς. Η ψυχιατρική εξέταση και διάγνωση έγινε με βάση τα κριτήρια DSM-III, όπως και στις δύο προηγούμενες έρευνες, και βρέθηκε ότι η διάγνωση που επικρατούσε ήταν η κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, σέ 60% του δείγματος

παρουσιαζόταν Μείζων Κατάθλιψη και Δυσθυμία, στο 12% υπήρχαν Αγχώδεις Διαταραχές, στο 11% Ψυχωτικές Διαταραχές (Άτυπη Παρανοειδής Διαταραχή, Άτυπη Ψύχωση, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή), στο 7,6% Διαταραχές της Προσαρμογής, στο 5% Οργανική Παραληρητική Διαταραχή, στο 1,8% Ψυχογενής Διαταραχή Πόνου, στο 1,8% Διαταραχή Μετατροπής και, τέλος, στο 0,8% Υποχονδρίαση. Τα μεν αποτελέσματα της ψυχοπαθολογίας, δεν διαφέρουν ουσιαστικά από αυτά των Derogatis et al (1983) [56] και των Bukberg et al (1984) [39], αλλά ούτε και από εκείνα της προηγούμενης δεκαετίας, όπως των Moffic και Paykel (1975) [159], πού είχαν βρει παρόμοια ποσοστά κατάθλιψης σε καρκινοπαθείς, μόνο πού οι τελευταίοι δεν βρήκαν διαφορά όταν έκαναν τη σύγκριση με μη καρκινοπαθείς παθολογικούς ασθενείς. Αυτές όμως οι έρευνες, δεν μπορούν να δώσουν απάντηση στο ερώτημα της ενδεχόμενης εμπλοκής της κατάθλιψης ή άλλης ψυχοπαθολογίας στην καρκινογένεση, αφού δεν εξέτασαν το βαθμό της ψυχοπαθολογίας κατά την περίοδο της εμφάνισης του καρκίνου, σε σύγκριση με μη κακοήθεις νόσους.

1.2.6.3.2. Σχέσεις ψυχοπαθολογίας καρκινοπαθών με άλλες ψυχοκοινωνικές παραμέτρους.

Αυτή η ομάδα όπως προαναφέρθηκε, περιλαμβάνει την εκτίμηση κάποιων συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας και τη σχέση τους με διάφορες ψυχοκοινωνικές παραμέτρους, σε καρκινοπαθείς υπό θεραπεία.

Το 1984 οι Bloom και Spiegel [32], με σκοπό να ερευνήσουν ποιοι μηχανισμοί επιδρούν στην αποτελεσματικότητα πού έχει η κοινωνική στήριξη στον προχωρημένο καρκίνο μαστού, και υποθέτοντας ότι η συναισθηματική κατάσταση του ατόμου επιδρά στην αποτελεσματικότητα της στήριξης, εξέτασαν 84 γυναίκες με προχωρημένο καρκίνο μαστού, με τις εξής δοκιμασίες: 1) για να μετρήσουν την κοινωνική στήριξη πού παρέχεται στο άτομο από το οικογενειακό του περιβάλλον, τους χορήγησαν την βραχεία μορφή της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος: Family Environment Scale (FES), η οποία περιλαμβάνει δέκα υποκλίμακες. Οι ερευνητές, υπολόγισαν την κοινωνική στήριξη από το άθροισμα των εξής υποκλιμάκων του FES: συνοχή (cohesiveness), εκφραστικότητα (expressiveness) και ανεστραμμένη την υποκλίμακα διαμάχης (conflict), 2) για να μετρήσουν τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, χορήγησαν τμήμα της δοκιμασίας του Helmler, πού μετρά κατάθλιψη, και 3) για να μετρήσουν την αποτελεσματικότητα της κοινωνικής στήριξης, χορήγησαν ένα άλλο τμήμα της δοκιμασίας Helmler, πού μετρά κοινωνική λειτουργικότητα. Μετά από εφαρμογή της τεχνικής της πολλαπλής εξάρτησης (multiple regression analysis), βρήκαν ότι η κοινωνική στήριξη είναι πολυπαραγοντική έννοια, αποτελούμενη από τρεις αλληλοεπηρεαζόμενους παράγοντες: α) την συναισθηματική στήριξη από την οικογένεια, β) το βαθμό κατάθλιψης και έλλειψης ελπίδων και γ) την υποκειμενική αίσθηση της κοινωνικής λειτουργικότητας. Επίσης βρήκαν ότι η συναισθηματική στήριξη από την οικογένεια είχε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με το βαθμό κατάθλιψης και έλλειψης ελπίδων.

Την ίδια χρονιά οι Baider και De-Nour [7], με σκοπό να μελετήσουν την προσαρμογή και τις ψυχολογικές αντιδράσεις των καρκινοπαθών γυναικών μετά από μαστεκτομή και τις ψυχολογικές αντιδράσεις των συζύγων τους, χορήγησαν σε 20 γυναίκες μετά από μαστεκτομή, καθώς και στους συζύγους τους, την Κλίμακα της Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής σε Σωματική Νόσο: The Psychosocial Adjustment to Physical Illness Scale (PAIS), για την εκτίμηση της προσαρμογής στη νόσο. Επίσης χορήγησαν την Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος: The Family Environment Scale (FES), για την εκτίμηση των παραγόντων του οικογενειακού περιβάλλοντος πού συντελούν στην καλή ή κακή προσαρμογή. Τέλος, για την εκτίμηση των ψυχολογικών αντιδράσεων, τις οποίες θεώρησαν μέρος της μέτρησης της καλής ή κακής προσαρμογής στη μαστεκτομή, χορήγησαν την αυτοσυμπληρούμενη Βραχεία Κλίμακα Συμπτωμάτων των Derogatis et al: Brief Symptom Inventory (BSI), πού είναι η βραχεία μορφή της πλήρους κλίμακας SCL-90 του Derogatis, και μετράει την ψυχοπαθολογία των τελευταίων επτά ημερών. Παρά την ευνοϊκότερη πρόγνωση της πορείας της νόσου, πού έχει βρεθεί ότι έχουν όσοι καρκινοπαθείς εκφράζουν περισσότερα ψυχοπαθήματα (Derogatis et al 1979, Rogentine et al 1979) [55, 185], οι ερευνητές χαρακτήρισαν σαν ομάδα υψηλού κινδύνου -από απόψεως κακής προσαρμογής- τα ζευγάρια πού ανέφεραν περισσότερα μεν προβλήματα στην κλίμακα προσαρμογής στην νόσο (PAIS),

αλλά και περισσότερα ψυχιατρικά συμπτώματα στην κλίμακα BSI, και βρήκαν ότι σέ σχέση με τα ζευγάρια χαμηλού κινδύνου, αυτή η πρώτη ομάδα υψηλού κινδύνου είχε στην κλίμακα FES, χαμηλότερη εκφραστικότητα (expressiveness), υψηλότερο έλεγχο (control) και χαμηλότερη βαθμολογία ανεξαρτησίας (independence). Μέχρι σήμερα δεν είναι γνωστό αν αυτές οι υποκλίμακες του FES έχουν κάποια ειδική σχέση με τις πρώτες κλινικές εκδηλώσεις του καρκίνου, γιατί δεν αναφέρονται σχετικές έρευνες.

1.2.6.4. Συμπεριφορά Τύπου C, εσφαλμένες στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων γεγονότων και καρκινογένεση.

Μέχρι τις αρχές της τελευταίας δεκαεταετίας, υπάρχουν συγκλίνοντα ευρήματα από αναδρομικές και προοπτικές έρευνες σέ ποικιλία τύπων καρκίνου, στις οποίες ανιχνεύθηκαν συγκεκριμένα ψυχοδυναμικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας επιρρεπούς για καρκίνο, όπως: απώθηση και καταπίεση (Booth 1964, Greer & Morris 1975, 1978, Dattore et al 1980) [34, 89, 90, 53], καθώς και ορισμένα χαρακτηριστικά στοιχεία όπως: χαμηλές τιμές νευρωτισμού, κατάθλιψη και άγχους (Kissen 1963, 1966, Thomas & Greenstreet 1973, Morris & Greer 1980) [132, 133, 223, 165]. Επίσης, έχουν διαπιστωθεί και προστέθηκαν στον αστερισμό της Συμπεριφοράς Τύπου C, ορισμένα χαρακτηριστικά συμπεριφοράς όπως: μειωμένη έκφραση αρνητικών συναισθημάτων, ιδίως θυμού, καθώς και ένα γενικό προφίλ στοϊκότητας, πού απαντάται με ποικιλία όρων όπως: υποχωρητικότητα, παθητικότητα και αυτοθυσία (Schmale & Iker 1971, Rogentine et al 1979, Derogatis et al 1979, Greer et al 1979) [191, 185, 55, 91].

Από το 1981 μέχρι σήμερα, παρουσιάστηκε μία πληθώρα δημοσιευμάτων, από τις οποίες όπως θα δούμε, άλλες είναι προοπτικές, όπου γίνεται σύγκριση του Τύπου C μεταξύ καρκινοπαθών, μη καρκινοπαθών ασθενών και υγιών, ενώ άλλες εξετάζουν το προφίλ του Τύπου C σέ σχέση με την έκβαση του καρκίνου ή την βαρύτητα της νόσου και, τέλος, άλλες εξετάζουν κερωρισμένα ένα ή δύο χαρακτηριστικά συμπεριφοράς Τύπου C, αλλά όχι όλα μαζί. Εξάιρεση αποτελεί μία προοπτική έρευνα, (Kobasa et al 1982) [136], όπως θα δούμε λεπτομερέστερα, πού δεν βρίσκει ειδική επιρρέπεια για τον καρκίνο στα χαρακτηριστικά πού εξετάζουν και οι υπόλοιπες, αλλά μόνο σέ γενική νοσηρότητα. Κοινό χαρακτηριστικό όλων των ερευνών είναι η πολυπλοκότητα και η ανομοιογένεια τόσο στον τρόπο μέτρησης, όσο και στην ορολογία τους, και ως εκ τούτου η δυσκολία επανάληψής τους. Η πολυπλοκότητα και οι διαφορετικοί τρόποι μέτρησης της συμπεριφοράς τύπου C, αλλά και η απόκλιση στην ορολογία, και πολλές φορές ακόμη και η ακαταλληλότητα των εργαλείων μέτρησης, υποδηλώνουν την έλλειψη επαρκούς μεθόδου μέτρησης. Παραδείγματος χάριν, βλέπουμε να γίνονται μετρήσεις εσφαλμένων στρατηγικών ή συμπεριφορών τύπου C, με δοκιμασίες πού έχουν κατασκευασθεί για την μέτρηση άλλων μεγεθών, όπως ψυχοπαθολογίας γενικά ή ειδικότερα συναισθηματικών διαταραχών (βλ. εργασίες Derogatis et al 1979, Levy 1985) [55, 146]. Επίσης, επισημαίνεται ότι αρκετές (π.χ. Temoshok 1985, Levy et al 1985, Pettingale et al 1985) [218, 145, 177], εξετάζουν ήδη διαγνωσμένους καρκινοπαθείς, έτσι ώστε να μη τεκμηριώνεται η ύπαρξή τους στην περίοδο της εμφάνισης των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου. Οι παράγοντες αυτοί, καθώς και το γεγονός ότι η έρευνα της Συμπεριφοράς Τύπου C θεωρείται ότι βρίσκεται στα αρχικά της ακόμη βήματα, είναι θέματα πού τονίζονται και συζητούνται αναλυτικά στην βιβλιογραφία της ψυχοκοινωνικής ογκολογίας (Fox 1978, Greer & Watson 1985, Temoshok 1987) [71, 92, 219]. Παρ' όλα αυτά, η κάθε μία έρευνα από όσες θα εκτεθούν αναλυτικά, έχει την επιστημονική της αξία, με την έννοια της προσθήκης γνώσεων στα πλαίσια της εξέλιξης της επιστημονικής σκέψης, αλλά ακόμη και της ενίσχυσης παλαιότερων ευρημάτων και της επανάληψής τους με άλλο τρόπο μέτρησης. Γι' αυτό θα παρατεθούν χρονολογικά και θα αναλυθούν υπό το πρίσμα αυτό η κάθε μία χωριστά.

Όπως είδαμε προηγουμένως, οι Morris και Greer (1980) [165], ήταν οι πρώτοι πού δημοσίευσαν τον όρο "Τύπος C" με επιρρέπεια στον καρκίνο μαστού, όπου ανέφεραν ένα χαρακτηριστικό στοιχείο: το χαμηλό άγχος, και ένα συμπεριφορικό: την χαμηλή έκφραση θυμού. Ένα χρόνο αργότερα, οι Temoshok και Heller (1981) [216], ανέπτυξαν υπό τον ίδιο

όρο, συγκεκριμένες έννοιες, κυρίως συμπεριφορικές, και όχι μόνο, πού είναι οι εξής: συνεργασίμος, μη διεκδικητικός, υπομονητικός, καταπιέζει (συνειδητός μηχανισμός του Εγώ) αρνητικά συναισθήματα, ιδίως θυμό, και τέλος, αποδέχεται/συμμορφώνεται στις εξωτερικές επιβολές. Αυτή η περιγραφή των Temoshok και Heller (1981), όπως οι ίδιοι διευκρινίζουν, θεωρούν ότι είναι η περιγραφή του αντίθετου πόλου της συμπεριφοράς Τύπου Α, πού από το 1964 περιέγραψαν οι Rosenman και συν [186], περιγράφοντας ότι είναι συμπεριφορά επιρρεπής σέ στεφανιαία νόσο, και διαφέρει από τον Τύπο Β, πού ορίστηκε ως η απουσία των χαρακτηριστικών του Τύπου Α. Οι Temoshok και Heller, θεώρησαν υποθετικά ότι οι τρεις αυτοί Τύποι: Α, Β και C εκτείνονται σέ ένα νοητό άξονα, στον ένα πόλο του οποίου προεξάρχει ο Τύπος Α, στο μέσον βρίσκεται ο Τύπος Β, πού ορίζεται ως η απουσία του Τύπου Α, και τέλος, στον αντίθετο πόλο κυριαρχεί ο Τύπος C.

Το 1982, ο Shiloh [198], αναφέρει στον Τύπο C χαρακτηριστικά στοιχεία έλλειψης ελπίδων και κατάθλιψης, αλλά μέχρι το 1985, δεν φαίνεται να έχει γίνει κάποια συγκροτημένη προσπάθεια μέτρησης όλων μαζί των χαρακτηριστικών αυτών σέ μία συγκροτημένη μελέτη. Ωρισμένα δηλαδή χαρακτηριστικά, προστίθενται μόνο σαν υποθετικές συμπεριφορές Τύπου C, επειδή αφορούν προϊόντα εμπειρικής παρατήρησης χωρίς να έχουν τεκμηριωθεί σέ συγκριτικές μετρήσεις μέ μη καρκινοπαθείς ασθενείς ή μέ ομάδα υγιών.

Συγκεκριμένα, δύο τουλάχιστον επιπλέον τύποι συμπεριφορών επιρρεπών σέ καρκίνο, αναφέρονται σέ σχετική ανασκόπηση των Baltrush και Waltz (1985) [15], ότι προέκυψαν από εργασίες πού αφορούσαν οικογενειακή θεραπεία καρκινοπαθών μέ ερευνητές τους Wirsching et al (1981) [239], και ψυχοθεραπεία καρκινοπαθών, μέ ερευνητή τον Renneker (1981) [184], δηλαδή δεν είναι προϊόντα συγκριτικής έρευνας. Ο ένας τύπος είναι η "εναρμονιζόμενη συμπεριφορά" ("harmonizing behaviour"), πού ορίζεται σαν τάση αποφυγής της προσωπικής εμπλοκής σέ καταστάσεις, πού απαιτούν έκφραση επιθετικότητας (Wirsching et al, 1981) [239]. Ο άλλος τύπος είναι το "Σύνδρομο Παθολογικής Επιτήδευσης" ("pathological niceness syndrome"), σύμφωνα μέ τον οποίο οι καρκινοπαθείς στους οποίους παρουσιάζεται, δείχνουν να είναι υποχωρητικοί, υπάκουοι, παθητικοί, ανιδιοτελείς και αγχώδεις στο να ευχαριστούν τους άλλους, ώστε να αποφεύγουν να είναι αντιπαθητικοί. Τα ανωτέρω κρύβονται πίσω από ένα ευχάριστο και ατάραχο προσωπείο. Επιπλέον είναι απρόθυμοι να δεχθούν κοινωνική στήριξη αφ' ενός, ενώ αφ' ετέρου συχνά αισθάνονται ότι ελέγχονται εξωτερικά (Renneker, 1981) [184].

Μέσα στην ίδια χρονική περίοδο (1981), έγιναν άλλες δύο δημοσιεύσεις: η μία προοπτικού τύπου των Morris και συν [166], και η άλλη προοπτική, των Shekelle et al [197]. Στην πρώτη έρευνα, τα κυριότερα ευρήματα σέ ασθενείς μέ καρκίνο μαστού, ήταν η χαμηλή έκφραση θυμού σέ σχέση μέ τα χαρακτηριστικά Συμπεριφοράς Τύπου C, ενώ από τα μη ειδικά για τον καρκίνο χαρακτηριστικά ευρήματα, ήταν ο χαμηλός νευρωτισμός και το χαμηλό άγχος. Αυτά όλα ήταν συγκλίνοντα μέ τα μέχρι τώρα ευρήματα των εξής: 1) Kissen et al (1962, 1963, 1966) [131, 132, 133], πού είχαν βρει χαμηλό άγχος και νευρωτισμό σέ καρκίνο του πνεύμονος. 2) LeShan & Worthington (1955) [141], πού είχαν βρει σέ ποικιλία πρωτοπαθών εστιών καρκίνου, δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων εχθρότητας, και 3) Greer & Morris (1975, 1978) [89, 90], πού είχαν βρει σέ καρκίνο μαστού, αυξημένη καταπίεση θυμού. Τα ευρήματα όμως της δεύτερης έρευνας, πού έδειξαν υψηλού βαθμού χαρακτηριστική κατάθλιψη, ερχόντουσαν σέ αντίθεση, όπως θα δούμε, μέ τις προηγούμενες εργασίες των Thomas & Greenstreet (1973) [223], καθώς και των Dattore et al (1980) [53]. Διάφοροι ερευνητές έδωσαν εξηγήσεις γι' αυτή την απόκλιση των ευρημάτων, όπως θα δούμε αναλυτικά.

Συγκεκριμένα, οι Morris et al (1981) [166], εξέτασαν πριν από τη βιοψία μαστού, 71 γυναίκες ηλικίας 30-69 ετών μέ δομημένη συνέντευξη, σχεδιασμένη να μελετήσει την έκφραση θυμού, καθώς και μέ δύο αυτοσυμπληρούμενες δοκιμασίες: το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire), και τη δοκιμασία χαρακτηριστικού άγχους και κατάστασης άγχους του Spielberger (The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory). Η τελική ανάλυση έγινε, λόγω τεχνικών δυσκολιών, σέ 50

ασθενείς, από τις οποίες οι 33 είχαν καλοήγη νόσο του μαστού και οι 17 είχαν καρκίνο του μαστού. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι καρκινοπαθείς σε σχέση με τις μη καρκινοπαθείς είχαν χαμηλή έκφραση θυμού, χαμηλό νευρωτισμό και υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα ψεύδους σε όλες τις ηλικίες, ενώ το χαρακτηριστικό άγχος ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο μόνο στις καρκινοπαθείς με ηλικίες 40-49 ετών. Τέλος η κατάσταση άγχους στις μεγαλύτερης ηλικίας καρκινοπαθείς των 50-59 ετών, ήταν οριακά χαμηλότερη της αντίστοιχης των μη καρκινοπαθών. Οι συγγραφείς ερμηνεύουν το συνδυασμό χαμηλής έκφρασης θυμού με την υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα ψεύδους, σαν αντιπροσωπευτικά κριτήρια της άρνησης και απροθυμίας των καρκινοπαθών, να φανούν μη αποδεκτές κοινωνικά τόσο στη διάρκεια της εξέτασης, όσο και στην καθημερινή τους ζωή. Τέλος, ερμηνεύοντας τις χαμηλές βαθμολογίες του χαρακτηριστικού άγχους, του νευρωτισμού και του άγχους σαν ψυχιατρική κατάσταση (State), θεωρούν ότι συνηγορούν υπέρ μιάς ερμηνείας άρνησης, με την έννοια του γνωστού μηχανισμού του Εγώ (βλ. σελ. 38), στο προφίλ αυτών των ασθενών. Η έρευνα αυτή μελέτησε ένα στοιχείο συμπεριφοράς: την μειωμένη έκφραση θυμού και ένα χαρακτηριστικό στοιχείο: τον χαμηλό νευρωτισμό, δηλαδή, ένα μόνο χαρακτηριστικό συμπεριφοράς μέτρησαν, την μειωμένη έκφραση θυμού, από το σύνολο εκείνων που περιέγραψαν οι Temoshok και Heller (1981) [216].

Ως προς τη δεύτερη τώρα δημοσίευση που έγινε, φέρνοντας στο φως της δημοσιότητας αποκλίνοντα ευρήματα, σε σχέση με τα μέχρι τώρα δεδομένα, οι Shekelle et al (1981) [197], σε προοπτική έρευνα 2.020 ανδρών, χορήγησαν τη δοκιμασία προσωπικότητας MMPI, και μετά 17 χρόνια, αφού ερεύνησαν τις αιτίες θανάτου, βρήκαν ότι όσοι άνδρες μέσης ηλικίας είχαν καταθλιπτικό προφίλ, παρουσίαζαν διπλάσιο επιπολασμό θνησιμότητας από καρκίνο σε σύγκριση με εκείνους που δεν παρουσίαζαν τέτοιο προφίλ, η δε επικινδυνότητα αυτή, αυξανόταν μεταξύ 12ου και 17ου έτους μετά από τον χρόνο της μέτρησης. Τα αποτελέσματα αυτά, φαίνονται εκ πρώτης όψεως αντίθετα με εκείνα της χαμηλής κατάθλιψης στην εργασία των Dattore et al (1980) [53], όπου χρησιμοποιήθηκε επίσης το MMPI. Ωστόσο, οι επικρίσεις που επέσυρε η έρευνα αυτή των Shekelle et al (1981) [197], καθώς και οι διευκρινήσεις για τα επιμέρους ευρήματά της, που έγιναν από τους σχολιαστές της, δείχνουν ότι τα αποτελέσματά της είναι τουλάχιστον ουδέτερα, ως προς το εύρημα της υψηλής βαθμολογίας της κατάθλιψης.

Συγκεκριμένα, όπως σχολιάζει ο Cooper (1984) [49], αφ' ενός μεν, οι απόλυτες τιμές κατάθλιψης σ' όσους πέθαναν από καρκίνο, σε σύγκριση με τους μη καρκινοπαθείς, ήταν μόνο οριακά ανεβασμένες, χωρίς να βρίσκονται σε παθολογικά επίπεδα, αφ' ετέρου δε, υπήρχε μόνο μία, και μοναδική, καταγραφή κατάθλιψης πριν το θάνατο από καρκίνο, χωρίς να παρέχονται έτσι περαιτέρω πληροφορίες για τις τυχόν αλλαγές της ψυχολογικής κατάστασης, που ενδεχομένως συνέβησαν κατά τη διάρκεια μιάς ολόκληρης 17ετίας. Επιπλέον, και το σπουδαιότερο, όπως σχολιάζουν οι Cox και Mackay (1982) [51], στους 83 άνδρες, που ανέπτυξαν τελικά καρκίνο, το στοιχείο που έκανε τελικά αυτή την ομάδα των καρκινοπαθών να διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό από τους μη καρκινοπαθείς, ήταν μία υποκλίμακα της κλίμακας της κατάθλιψης του MMPI, που μετρούσε σωματικά συμπτώματα, και όχι αυτή καθ' εαυτή την αναφερόμενη από τους εξεταζόμενους καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση.

Στην ίδια ανασκόπηση, οι Cox και Mackay (1982), συμπεραίνουν ότι οι κυριότεροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες από την μέχρι τότε (1982) βιβλιογραφία, που πιθανώς ενέχονται τόσο στην καρκινογένεση όσο και στην πορεία και την έκβαση της νόσου, είναι κατά σειρά προτεραιότητας οι εξής [51]:

1. *ανικανότητα συναισθηματικής έκφρασης, ιδίως σε σχέση με το θυμό,*
2. *υψηλός βαθμός της υποκειμενικής βίωσης των στρεσογόνων γεγονότων, συμπεριλαμβανομένων και σημαντικών συμβάντων, με πιθανές καταθλιπτικές αντιδράσεις,*
3. *ψυχοσεξουαλικές διαταραχές και,*
4. *πρώιμα άλλα προβλήματα με τους γονείς.*

Μία άλλη όμως προοπτική έρευνα, που μελέτησε στοιχεία προσωπικότητας εννοιολογικά όμοια με αυτά που περιέγραψαν οι Temoshok & Heller (1981) [216], όπου

περιλαμβάνεται και το στοϊκό προφίλ, έδειξε μία θετική σχέση του προφίλ αυτού με την γενική νοσηρότητα, γεγονός που αφήνει ανοικτά ερωτήματα για το ενδεχόμενο της μη ειδικής πλέον σχέσης του προφίλ αυτού με την καρκινογένεση. Συγκεκριμένα, οι Kobasa et al (1982) [136], σε προοπτική έρευνα 259 ατόμων διάρκειας πέντε ετών, μέτρησαν τρεις φορές, με μεσοδιάστημα ενός έτους, με αυτοσυμπληρούμενες δοκιμασίες, που έστειλαν ταχυδρομικά, τα εξής: 1) τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής και 2) την κατάσταση της σωματικής υγείας. Επίσης, με τον ίδιο τρόπο μέτρησαν μία μόνο φορά, στην αρχή της έρευνας, την προσωπικότητα των ατόμων με τέσσερις συνολικά αυτοσυμπληρούμενες δοκιμασίες, εκ των οποίων οι δύο ήταν δικές τους. Αυτές οι δοκιμασίες περιελάμβαναν τη μέτρηση τριών γενικών χαρακτηριστικών προσωπικότητας, που οι συγγραφείς τα ονομάζουν συλλήβδην: χαρακτηριστικά σφριγηλότητας (Dispositions of Hardiness). Οι υποκλίμακες της σφριγηλότητας είναι τρεις: 1) Δέσμευση (Commitment), 2) Έλεγχος (Control), και 3) Πρόκληση (Challenge). Αυτές, περιλαμβάνουν τα εξής στοιχεία: παθητικότητα, αποφυγή, ενδοτικότητα σε εξωτερικές επιβολές, έλλειψη ελπίδων στην αντιμετώπιση απρόοπτων δυσχερειών -δηλαδή στρεσογόνων γεγονότων-, και ακαμψία στις στρατηγικές αντιμετώπισής τους. Κατά την μέτρησή τους, εξετάζεται ο βαθμός ύπαρξης του καθενός παθολογικού χαρακτηριστικού, σε σχέση με το αντίστοιχο του υγιές στοιχείο, όπως πχ, παθητικότητα-ενεργητικότητα, αποφυγή-προσέγγιση, ακαμψία αντιμετώπισης δυσχερειών-ευελιξία αντιμετώπισης δυσχερειών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η σφριγηλότητα, τα υγιή δηλαδή χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, δρώντας μέσα στο χρόνο, προοπτικά, επιδρούσαν σαν πηγή αντίστασης στη γενική νοσηρότητα, εξουδετερώνοντας έτσι την τυχόν βλαπτική επίδραση των στρεσογόνων γεγονότων. Επίσης, τα στρεσογόνα γεγονότα, σε σχέση με την εμφάνιση νοσηρότητας δεν έφθαναν σε επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας, δηλαδή από μόνα τους, αυτά καθ' εαυτά, δεν παρουσίαζαν επίπτωση στην αύξηση της γενικής νοσηρότητας. Από όσα εκτέθηκαν, φαίνεται ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, που μετρήθηκαν υπό τον όρο "σφριγηλότητα", στην έρευνα των Kobasa et al (1982), έρχονται στην πλειονότητα του εννοιολογικού τους περιεχομένου, σε πλήρη συμφωνία με εκείνα που περιγράφονται από άλλους ερευνητές στις εργασίες που αμέσως προηγουμένως αναλύθηκαν (Greer et al 1979, Temoshok & Heller 1981) [91, 216]. Στην έρευνα των Kobasa et al (1981) δεν διαπιστώθηκε ειδική σχέση αυτών των χαρακτηριστικών προσωπικότητας με τον καρκίνο, έτσι ώστε να μην δικαιολογείται η αναφορά τους κάποιες φορές στην βιβλιογραφία (Baltusch HJF, 1990) [9], με τέτοιο τρόπο που να υποδηλώνει ότι έχει βρεθεί θετική σχέση με τον καρκίνο.

Σε σχέση με τις εσφαλμένες στρατηγικές και την καρκινογένεση, όπως ήδη αναφέρθηκε, ο Fox (1978) [71], έκανε την γενική υπόθεση ότι αν ο τρόπος αντιμετώπισης των στρεσογόνων γεγονότων έχει σχέση με την καρκινογένεση, τότε τα άτομα που παρουσιάζουν περισσότερες εσφαλμένες στρατηγικές αντιμετώπισης των στρεσογόνων γεγονότων, θα παρουσιάζουν συχνότερη εμφάνιση καρκίνου από εκείνα που εμφανίζουν λιγότερες εσφαλμένες στρατηγικές. Συγκεκριμένη όμως υπόθεση κάποιας εσφαλμένης στρατηγικής που να εμπλέκεται ειδικά στην καρκινογένεση, δεν αναφέρεται. Ακόμη και οι ερευνητές που διενήργησαν σχετικές έρευνες μετρώντας τέτοιες στρατηγικές (Cooper et al, 1986) [50], δεν είχαν διατυπώσει προηγουμένως κάποια υπόθεση για την ενδεχόμενη εμπλοκή μιάς ή περισσότερων συγκεκριμένων εσφαλμένων στρατηγικών στην εμφάνιση καρκίνου. Το 1982 δημοσιεύθηκε μία σχετική έρευνα, η οποία όμως είχε σαν κύριο σκοπό της να διαμορφώσει ένα πρότυπο που να εξηγεί τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ κοινωνικής στήριξης, συμπεριφοράς αντιμετώπισης και προσαρμογής στη νόσο του καρκίνου, χωρίς όμως να έχει σαν σκοπό την ανεύρεση σχέσης μεταξύ εμφάνισης καρκίνου και ύπαρξης μιάς συγκεκριμένης εσφαλμένης στρατηγικής. Επειδή εξετάζονται όμως και ορισμένοι τρόποι συμπεριφοράς αντιμετώπισης των στρεσογόνων γεγονότων από τους καρκινοπαθείς, κρίθηκε σκόπιμη η παράθεση των ευρημάτων αυτής της έρευνας. Συγκεκριμένα, η Bloom JR (1982) [31], με σκοπό να εξετάσει δύο καταστάσεις: 1) την επίδραση της κοινωνικής στήριξης στην προσαρμογή των ασθενών με καρκίνο μαστού στη νόσο τους, και 2) την επίδραση της συμπεριφοράς αντιμετώπισης του καρκίνου σαν στρεσογόνου γεγονότος, στη

σχέση μεταξύ κοινωνικής στήριξης και προσαρμογής στην νόσο, εξέτασε 130 γυναίκες με καρκίνο μαστού και μέσο όρο ηλικίας: 51 ετών. Οι μετρήσεις έγιναν σε δύο χρόνους: 1) την 7η μετεγχειρητική ημέρα και 2) 21/2 χρόνια αργότερα. Για την εκτίμηση της κοινωνικής στήριξης, χρησιμοποίησε την υποκλίμακα της συνοχής (cohesiveness) από την αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα FES του R. Moos. Για την εκτίμηση της συμπεριφοράς αντιμετώπισης των στρεσογόνων γεγονότων, χρησιμοποίησε μία κλίμακα δικής της επινόησης, που μετρούσε συμπεριφορές αποφυγής: δηλαδή, αντί να αντιμετωπίζουν ευθέως ένα στρεσογόνο γεγονός, εκδήλωναν μία συμπεριφορά αποφυγής: π.χ., κάπνιζαν, έτρωγαν, έπιναν, κοιμόντουσαν, κ.α. Για την εκτίμηση της προσαρμογής χρησιμοποίησε μέρος της κλίμακας Janis-Field, και τέλος για την μέτρηση των στρεσογόνων γεγονότων χρησιμοποίησαν την κλίμακα των Holmes and Rahe [114]. Στα αποτελέσματα βρήκε ότι η καλή κοινωνική στήριξη, επηρεάζει θετικά την καλή προσαρμογή των ασθενών, επιδρώντας στη συμπεριφορά αντιμετώπισης της νόσου σαν στρεσογόνου γεγονότος και συγκεκριμένα μειώνοντας την συμπεριφορά αποφυγής.

Μέσα στα πλαίσια της διερεύνησης συγκεκριμένων τύπων συμπεριφοράς, τους οποίους όσα άτομα εμφανίζουν, παρουσιάζουν αυξημένη επιρρέπεια για εμφάνιση καρκίνου, οι Grossarth-Maticcek, Siegrist και Vetter (1982a) [100], διατύπωσαν την υπόθεση ότι όσα άτομα παρουσιάζουν ορθολογιστική και αντισυναίσθηματική συμπεριφορά (rational and anti-emotional behaviour), διαπροσωπική καταπίεση (interpersonal repression), χρόνια συναισθήματα έλλειψης ελπίδων, ευερεθιστότητα και θυμό, αυτά τα άτομα έχουν αυξημένη επικινδυνότητα εμφάνισης είτε καρκίνου είτε καρδιαγγειακής νόσου. Σύμφωνα με την ομάδα αυτών των ερευνητών, εκείνο το στοιχείο που διαφοροποιεί την πιθανή εξέλιξη προς την κατεύθυνση της μίας ή της άλλης νόσου, είναι ο σαφής διαχωρισμός που διατυπώνουν μεταξύ αποστολέως και δέκτη της διαπροσωπικής καταπίεσης (Grossarth-Maticcek et al, 1982b) [98]. Κατά την διατύπωση αυτή, ο αποστολέας εξασκεί κοινωνικές πιέσεις εναντίον άλλων ατόμων αναστέλλοντας έτσι την έκφραση των συναισθημάτων και των αναγκών τους, ενώ ο αποδέκτης βιώνει/δέχεται κοινωνικές πιέσεις από άλλα άτομα, που χειρίζονται έτσι τα συναισθήματά του, αναστέλλοντας τις πλέον κατάλληλες εναλλακτικές του συμπεριφορές. Η εργασία τους ήταν προοπτική, δεκαετούς διάρκειας, και έγινε στην Γιουγκοσλαβία, με δείγμα 1353 ατόμων, και είχε σκοπό να ερευνηθεί ψυχοκοινωνικούς και οργανικούς παράγοντες επικινδυνότητας για ανάπτυξη καρκίνου ή καρδιαγγειακών νόσων. Οι μετρήσεις τους άρχισαν το 1965, τέλειωσαν το 1976 και τα αποτελέσματα δημοσιεύθηκαν σταδιακά από το 1980 έως το 1986. Επανάληψη της ίδιας έρευνας έγινε στη Δυτική Γερμανία με 1026 άτομα, όπου οι μετρήσεις άρχισαν το 1972 και τελείωσαν το 1982, επιβεβαιώνοντας τα ευρήματα της πρώτης έρευνας (Eysenck 1985, 1987) [65, 66]. Ο κύριος όγκος των ψυχοκοινωνικών παραμέτρων μετρήθηκε με ερωτηματολόγιο δικής τους επινόησης και αφορούσε εκτός από τα δημογραφικά στοιχεία, τα στρεσογόνα γεγονότα, και τους τύπους προσωπικότητας με τα στοιχεία που ήδη αναφέρθηκαν περί αποστολέα-δέκτη διαπροσωπικής καταπίεσης, καθώς και των χρόνιων αισθημάτων έλλειψης ελπίδων, ευερεθιστότητας και θυμού, που οφειλόταν σε στρεσογόνα γεγονότα. Το ερωτηματολόγιο που περιείχε 109 ερωτήσεις, συνοδευόταν και από ένα κατάλογο παρατηρούμενης συμπεριφοράς. Οι μετρήσεις οργανικών παραγόντων περιελάμβαναν λευκά αιμοσφαίρια, αρτηριακή πίεση, συχνότητα και διάρκεια καπνίσματος, επίπεδα ορού σε βιταμίνες A και C, επίπεδα χοληστερόλης και υπολογισμούς ηπατικής κίρρωσης και χρόνιας ηπατίτιδας A ή B. Αυτές επαναλήφθηκαν με μεσοδιαστήματα έξι μηνών από το 1969 έως το 1972 (στην έρευνα της Γιουγκοσλαβίας), (Grossarth-Maticcek 1980a, 1980b, Grossarth-Maticcek et al 1983, Grossarth-Maticcek et al 1985) [93, 94, 95, 97]. Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι η προσωπικότητα μετρήθηκε ως εξής (Eysenck HJ 1987) [66]: ο εξεταστής έδειχνε στον εξεταζόμενο τέσσερις διαφορετικές φραστικές περιγραφές συμπεριφοράς, που αφορούσαν τέσσερις διαφορετικούς τύπους προσωπικότητας. Το ίδιο έκανε μετά, και σε στενούς φίλους ή συγγενείς του εξεταζόμενου που τον ήξεραν καλά. Τέλος, ο εξεταστής κατέγραφε την δική του άποψη ως προς τον τύπο προσωπικότητας που είχε ο εξεταζόμενος, ανεξάρτητα από τους δύο προηγούμενους τρόπους. Οι τρεις αυτοί τρόποι συγκρίθηκαν μεταξύ τους, και, βρέθηκε ότι είχαν υψηλή συσχέτιση, γεγονός που

έδειχνε μεγάλο βαθμό αξιοπιστίας ως προς τον τύπο προσωπικότητας των εξεταζομένων. Τους τέσσερις αυτούς τύπους προσωπικότητας ονόμασαν: Τύπο I, που είναι επιρρεπής για καρκίνο, Τύπο II, που είναι επιρρεπής για στεφανιαία νόσο, και Τύπους III και IV, που δεν είναι επιρρεπείς για καμία από τις δύο ανωτέρω παθήσεις. Περιληπτικά, η φραστική διατύπωση παρουσίαζε, και επομένως μετρούσε, (Grossarth-Maticsek et al, 1986) τους τέσσερις τύπους ως εξής [101]:

- * Ο Τύπος I, που είναι επιρρεπής για καρκίνο: αντιμετωπίζει με στρες την απώλεια του αντικειμένου αγάπης ή την ματαιωτική μη ανταμοιβή από το αντικείμενο αγάπης, και αντιδρά με αισθήματα έλλειψης ελπίδων, αίσθημα του αβοήθητου, κατάθλιψη, επίσης διατηρεί συναισθηματικό δεσμό με το απομακρυνόμενο αντικείμενο, δείχνει μία τάση να το εξιδανικεύει, και τέλος, απωθεί τις ανοικτές συναισθηματικές αντιδράσεις.
- * Ο Τύπος II, που είναι επιρρεπής για στεφανιαία νόσο, αντιδρά στο στρες και στην ματαιωτική μη-ανταμοιβή (από το αντικείμενο αγάπης), με χρόνια ευερεθιστότητα και θυμό, τείνει να αποδίδει μία ακραία εκτίμηση στα αντικείμενα που προκαλούν ενόχληση και αποτυγχάνει να εδραιώσει σταθερές συναισθηματικές σχέσεις.
- * Οι τύποι III και IV, αν και διαφορετικοί από τους δύο προηγούμενους, αποφεύγουν αυτές τις ακραίες αντιδράσεις.

Στα αποτελέσματα αναφέρουν ότι άτομα που είχαν Τύπο I, παρουσίασαν θνησιμότητα από καρκίνο σέ ποσοστό 46,2%, ενώ όσοι είχαν Τύπο II, III και IV παρουσίασαν αντίστοιχα ποσοστά: 5,6%, 1,8% και 0,6%. Σε μία από τις δημοσιεύσεις τους (Grossarth-Maticsek et al 1985) [97], υποθέτουν ότι τα επιρρεπή για καρκίνο άτομα είναι υποχωρητικά, μη επιθετικά, καταπιέζουν τις ανάγκες τους και προσαρμόζονται σέ μη ανταμοιβόμενες διαπροσωπικές σχέσεις για να διατηρήσουν αισθήματα ασφάλειας και εκτίμησης. Αυτά τα χαρακτηριστικά κατά τους ερευνητές, προδιαθέτουν τα άτομα που τα παρουσιάζουν, να γίνονται αποδέκτες διαπροσωπικής καταπίεσης, έτσι ώστε να εκτίθενται σέ συναισθήματα του αβοήθητου, παραίτησης και κατάθλιψης. Ωστόσο οι μετρήσεις που έκαναν, όπως είδαμε πιο πάνω, δεν αφορούσαν τον έλεγχο του πρώτου σκέλους της υπόθεσής τους (υποχωρητικά, μη επιθετικά κλπ), αλλά αφορούσαν τον έλεγχο του δεύτερου σκέλους (αισθήματα αβοήθητου, διαπροσωπική καταπίεση κλπ), που θεώρησαν ως επίπτωση λόγω της ύπαρξης του πρώτου. Η μέτρηση αυτού του δεύτερου σκέλους είναι φανερό ότι έγινε, και τούτο φαίνεται καθαρά αν δούμε το περιεχόμενο, που ήδη πιο πάνω αναφέρθηκε, τόσο των πινάκων που είχαν τις τέσσερις διαφορετικές φραστικές διατυπώσεις των τεσσάρων τύπων προσωπικότητας, όσο και το περιεχόμενο της δομημένης συνέντευξης, που περιείχε τα στοιχεία της διαπροσωπικής καταπίεσης (Grossarth-Maticsek et al 1982a) [100]. Έτσι, τα χαρακτηριστικά, που υπέθεσαν οι Grossarth-Maticsek et al, ως στοιχεία συμπεριφοράς Τύπου C, όπως και άλλοι ερευνητές (Morris & Greer 1980, Temoshok & Heller 1981) [165, 216], δεν μετρήθηκαν σ' αυτή την έρευνα. Μετρήθηκαν μόνο οι υποτιθέμενες επιπτώσεις τους, χωρίς αυτό να σημαίνει κατά κανένα τρόπο ότι μετρήθηκαν και τα χαρακτηριστικά του υποχωρητικού, μη επιθετικού και των υπολοίπων στοιχείων. Τα στοιχεία όμως της απόθησης των ανοικτών συναισθηματικών αντιδράσεων στα άτομα που παρουσίασαν κάποια μορφή καρκίνου μέσα στα επόμενα δέκα χρόνια από τη μέτρησή τους, είναι εκείνα που κάνουν τα ευρήματα της έρευνας αυτής να συγκλίνουν με τα μέχρι τώρα όμοια ευρήματα των LeShan & Worthington (1955) [141], που βρήκαν σέ ποικιλία πρωτοπαθών εστιών καρκίνου, δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων εχθρότητας, καθώς και με τα ευρήματα των Greer & Morris (1975, 1978) [89, 90], αλλά και των Morris et al (1981) [166], εκ των οποίων οι μεν πρώτοι βρήκαν καταπίεση του θυμού σέ καρκίνο μαστού, οι δε δεύτεροι βρήκαν μειωμένη έκφραση θυμού, ομοίως σέ καρκίνο μαστού.

Όπως είδαμε μέχρι τώρα, οι περισσότεροι ερευνητές αναφέρουν στοιχεία προσωπικότητας επιρρεπούς για καρκίνο που είναι μη ειδικά, δηλαδή εμπλέκονται και στην παθογένεια άλλων διαταραχών (βλ και σελ 38): απόθηση, (Coopen & Metcalfe 1963, Booth 1964) [47, 34], χαμηλό χαρακτηρισιολογικό άγχος και χαμηλός νευρωτισμός (Kissen et al 1962, 1963, 1966, Thomas & Greenstreet 1973, Morris & Greer 1980) [131, 132, 133, 223, 165]. Υπήρξαν όμως και εκείνοι, οι οποίοι βρήκαν και στοιχεία συγκεκριμένης συμπεριφοράς,

όπως αυτοθυσία (Schmale & Iker, 1971) [191], στοϊκότητα (Greer et al, 1979) [91], και μειωμένη έκφραση θυμού (Morris et al, 1981) [166]. Το στοιχείο της αυτοθυσίας, πού βρήκαν οι Schmale & Iker, (1971) [191], σε προβιοψιακό καρκίνο τραχήλου της μήτρας, βρέθηκε και σε προβιοψιακό καρκίνο μαστού από τους Wirsching et al, (1982) [240], μαζί με συναισθηματική καταπίεση, ορθολογιστική συμπεριφορά και αποφυγή των καυγάδων, με ημιδομημένη συνέντευξη.

Ο Eysenck (1985) [65], θέτοντας μία άλλη θεωρητική διάσταση στον τρόπο μέτρησης της προσωπικότητας γενικά, δίνει έναν ορισμό γι' αυτήν, πού βασίζεται στην φαινομενολογία και καθορίζει τρόπους για τη μελλοντική της διερεύνηση, τέτοιους ώστε να μπορεί να αποδειχθεί ότι τα χαρακτηριστικά πού θα μετρηθούν είναι εκείνα πού εμπλέκονται στην καρκινογένεση. Συγκεκριμένα, ο Eysenck (1985, σελ. 549) [65], αναφερόμενος στην μεθοδολογία, μέ την οποία θα μπορούσε να ερευνηθεί η αιτιολογική σχέση πού πιθανώς έχει ο τύπος προσωπικότητας στην καρκινογένεση, ορίζει κατ' αρχήν ότι προσωπικότητα είναι το σύνολο των καθ' έξιν τύπων συμπεριφοράς. Στη συνέχεια υποστηρίζει ότι αν ένας τύπος συμπεριφοράς, πού θεωρείται επιρρεπής για καρκίνο, καταστεί δυνατόν να αποδειχθεί ότι τροποποιήθηκε μετά από ψυχοθεραπεία σέ καρκινοπαθείς, μέ παράλληλη παράταση της επιβίωσής τους, ή αν πάλι αποδειχθεί ότι σέ όσους υγιείς μία τέτοια συμπεριφορά τροποποιήθηκε και αυτοί έγιναν λιγότερο επιρρεπείς σέ καρκίνο, τότε θα ενισχυθεί σημαντικά η υπόθεση ότι ο ειδικός αυτός τύπος προσωπικότητας σχετίζεται αιτιολογικά μέ την καρκινογένεση. Μέχρι σήμερα, τέτοιας μεθοδολογίας έρευνα δεν έχει δημοσιευθεί. Έρευνα δηλαδή στην οποία η υπό διερεύνηση συμπεριφορά Τύπου C, να έχει μετρηθεί και να αποδεικνύεται έτσι ότι μετά την επαναμέτρησή της, αυτή τροποποιήθηκε, μέ παράλληλη αύξηση της επιβίωσης καρκινοπαθών. Αντίθετα, τέτοιας μεθοδολογίας έρευνες, πού αφορούσαν προσωπικότητα επιρρεπή σέ καρδιαγγειακά νοσήματα, έχουν γίνει. Οι μετρήσεις δε του σχετικού τύπου προσωπικότητας σ' αυτές τις έρευνες, έγιναν τόσο μέ δομημένη συνέντευξη, όσο και μέ αυτοσυμπληρούμενες δοκιμασίες (Rosenman RH et al 1964, Bortner RW 1969, Friedman M et al 1984) [186, 35, 75].

Παράλληλα μέ την έρευνα του τύπου της προσωπικότητας πού είναι επιρρεπής σέ καρκίνο, έχουν ήδη αρχίσει αυτή την περίοδο έρευνες, πού αφορούν μελέτη των επιπτώσεων του οικογενειακού περιβάλλοντος στη στήριξη του καρκινοπαθούς, αλλά και τη μελέτη των εσφαλμένων στρατηγικών αντιμετώπισης των στρεσογόνων γεγονότων ζωής. Μέσα στα πλαίσια αυτά, εμπίπτει και η έρευνα των Spiegel et al (1983) [207], πού είχε σκοπό να μελετήσει την επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος στην προσαρμογή των ασθενών μέ καρκίνο μαστού στη νόσο τους, καθώς και στην έκβαση της νόσου, δηλαδή την επιβίωση. Έτσι, μελέτησαν 58 γυναίκες μέ μεταστατικό καρκίνο του μαστού, μέ μέσο όρο ηλικίας 54,5 έτη. Μεταξύ άλλων αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων, τους χορήγησαν την βραχεία μορφή της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος-40 ερωτήσεων: Family Environment Scale (FES), (Moos R & Moos B, 1981) [161], για να υπολογίσουν την επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος στη στήριξη του καρκινοπαθούς. Για να μετρήσουν την προσαρμογή στον καρκίνο χορήγησαν το Προφίλ Συναισθηματικών Καταστάσεων: Profile of Mood States (POMS), (McNair et al, 1971) [156], πού μετράει συναισθηματικές ψυχιατρικές διαταραχές. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν μία φορά στην έναρξη της έρευνας και άλλες τρεις φορές: μία ανά τετράμηνο, ενώ στο τέλος του δωδεκάμηνου, οπότε έληξε η έρευνα, μετρήθηκαν, εκτός από τα σκορ των ερωτηματολογίων, και ο χρόνος επιβίωσης των ασθενών. Οι ερευνητές βρήκαν ότι όσες καρκινοπαθείς ζούσαν στο τέλος της έρευνας, είχαν χαμηλότερη βαθμολογία συναισθηματικής διαταραχής στο POMS σέ σύγκριση μέ όσες έζησαν λιγότερο από ένα έτος. Επίσης, όσες ζούσαν στο τέλος της έρευνας είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην Εκφραστικότητα και μικρότερη βαθμολογία στην Διαμάχη και την Ηθικο-Θρησκευτική Έμφαση από τις υποκλίμακες του FES, συγκριτικά μέ όσες έζησαν λιγότερο από ένα έτος.

Στη συνέχεια άρχισαν να βλέπουν όλο και συχνότερα το φως της δημοσιότητας, άλλα δύο χαρακτηριστικά συμπεριφοράς Τύπου C: η παθητικότητα και η στοϊκότητα. Η μέτρηση αυτών των χαρακτηριστικών γινόταν άλλοτε μέ δόκιμο τρόπο, δηλαδή μέ εργαλείο

ειδικά κατασκευασμένο για τη μέτρηση στοϊκότητας, όπως στη έρευνα των Pettingale et al (1985), και άλλοτε με αδόκιμο τρόπο, δηλαδή με εργαλείο ειδικά κατασκευασμένο για τη μέτρηση κάποιας άλλης παραμέτρου, όπως θα αναλυθεί στις αμέσως επόμενες γραμμές. Έτσι, το 1985, οι Pettingale et al [177], δημοσίευσαν στα δέκα χρόνια παρακολούθησης, την συνέχεια της πρώτης τους δημοσίευσης (Greer et al, 1979) [91], για την προγνωστική αξία στην δεκαετή επιβίωση από καρκίνο μαστού, των δύο χαρακτηριστικών προσωπικότητας C: στοϊκότητας και έλλειψης ελπίδων, που είχαν μετρήσει με δομημένη συνέντευξη ειδικά σχεδιασμένη για την μέτρηση στοϊκότητας, έλλειψης ελπίδων, μαχητικότητας και άρνησης. Έτσι, και στα δέκα χρόνια μελέτης παρέμειναν σταθερά τα αποτελέσματα των πρώτων πέντε ετών. Δηλαδή, όσες γυναίκες με καρκίνο μαστού έζησαν στα δέκα χρόνια της μελέτης είχαν υψηλό βαθμό άρνησης και μαχητικότητας, ενώ όσες πέθαναν νωρίτερα, είχαν υψηλότερο βαθμό από τις προηγούμενες σέ: στοϊκότητα και έλλειψη ελπίδων.

Επίσης, η Levy (1985) [146], σέ σχέση με το χαρακτηριστικό της στοϊκότητας και τον τρόπο μέτρησής του, στο βιβλίο της: "Συμπεριφορά και Καρκίνος", αναφερόμενη στην πιλοτική φάση της έρευνας που δημοσίευσε για την σχέση του καρκίνου του μαστού με διάφορες ψυχολογικές και βιολογικές παραμέτρους (Levy et al 1985), γράφει ότι σέ γυναίκες με προχωρημένο καρκίνο μαστού, κατά την έναρξη θεραπείας για υποτροπή της νόσου τους, χορηγήθηκαν οι αυτοσυμπληρούμενες δοκιμασίες: 1) POMS για συναισθηματικές διαταραχές και 2) SCL-90 για ψυχοπαθολογία, ενώ παράλληλα εκτιμήθηκε κλινικά με την δοκιμασία GAIS η προσαρμογή τους στη νόσο τους. Μετά ένα έτος, βρέθηκε ότι όσες ανέφεραν μικρότερη ψυχοπαθολογία και, στην αντικειμενική παρατήρηση (δοκιμασία GAIS) εκτιμήθηκαν σαν "καλά προσαρμοσμένες", ήταν πιο πιθανό να έχουν πεθάνει πριν το τέλος του χρόνου, ενώ όσες ανέφεραν υψηλότερου βαθμού ψυχοπαθολογία και είχαν βαθμολογία κακής προσαρμογής, έτειναν να ζουν μετά το πέρας της έρευνας, που κράτησε ένα έτος. Τα ευρήματά της, αλλά και ο τρόπος μέτρησης της ψυχοπαθολογίας, ήταν όμοια με των Derogatis et al (1979) [55]. Η Levy (1985, pp 164-167) [146], θεωρεί ότι η μειωμένη έκφραση ψυχοπαθολογίας αντανακλά ένα παθητικό προφίλ, η μέτρηση του οποίου όπως βλέπομε έγινε με εργαλεία σχεδιασμένα για τη μέτρηση ψυχοπαθολογίας. Το γεγονός τούτο, συνιστά ένα μεθοδολογικά αδόκιμο τρόπο μέτρησης της παθητικότητας. Η Levy (1985) [146], σχολιάζοντας τις εργασίες των Greer et al (1979) [91], Rogentine et al (1979) [185], και των Derogatis et al (1979) [55], στις οποίες βρέθηκαν παρόμοια αποτελέσματα, εκφράζει την άποψη ότι από τα ευρήματά τους απορρέει ένα κοινό παθητικό προφίλ. Η Temoshok (1987) [219], σέ σχετική ανασκόπηση, θεωρεί ότι από τις ανωτέρω εργασίες με τον χαμηλό βαθμό ψυχοπαθολογίας, καθώς και από εργασίες με χαμηλό καταθλιπτικό προφίλ προσωπικότητας, που μετρήθηκε με MMPI, αναφέροντας σαν παράδειγμα την εργασία των Dattore et al (1980), προκύπτει το στοϊκό προφίλ προσωπικότητας [53]. Σύμφωνα όμως με τον Fox (1978) [71], όταν ένα εργαλείο σχεδιασμένο για την μέτρηση ενός συγκεκριμένου χαρακτηριστικού χρησιμοποιηθεί για την μέτρηση άλλου χαρακτηριστικού, τότε τα ευρήματα δεν θεωρούνται έγκυρα.

Τα συμπεράσματα αυτά, έδωσαν ώθηση για μία μεθοδολογικά ορθή μέτρηση των χαρακτηριστικών της παθητικότητας, της στοϊκότητας, καθώς και των υπολοίπων χαρακτηριστικών Συμπεριφοράς Τύπου C, που μέχρι τώρα είχαν ορισθεί, θεωρητικά μόνο, από τους προηγούμενους ερευνητές, όπως για παράδειγμα τους Morris και Greer (1980) [165], Temoshok και Heller (1981) [216], καθώς και τους Grossarth-Maticek et al (1985) [97], με εξαίρεση τους Greer et al (1979) [91], που μέτρησαν τη στοϊκότητα με ειδικά σχεδιασμένο εργαλείο. Η εν λόγω έρευνα για την προσωπικότητα C, έγινε από την Temoshok et al (1985) [220], με σκοπό να μελετήσουν τη σχέση μεταξύ αυτού του τύπου προσωπικότητας και της βαρύτητας του κακοήθους μελανώματος, με κριτήριο τον ιστολογικό τύπο και το πάχος του όγκου σέ mm. Έτσι εξέτασαν 59 ασθενείς και των δύο φύλων, ηλικίας 18-72 ετών, μέσα στον πρώτο μήνα από την βιοψία. Την προσωπικότητα C εξέτασαν με μία δομημένη συνέντευξη 15 κλιμάκων, από τις οποίες μετά από factor analysis αφαιρέθηκαν δύο και παρέμειναν συνολικά 13. Ορισμένες από αυτές τις κλίμακες μετρούσαν την προσωπικότητα C είτε σαν μη λεκτικό τύπο, είτε σαν τύπο συμπεριφοράς. Η κλίμακα του

"Μη λεκτικού τύπου C" μετρούσε 17 διαφορετικά χαρακτηριστικά μεταξύ τύπου C και τύπου A, και βασιζόταν στην υπόθεση που έκαναν για τον τύπο τούτο το 1981 (Temoshok and Heller, 1981). Τα χαρακτηριστικά αυτής της κλίμακας ήταν τα εξής (Temoshok et al, 1985) [220]:

1) αδρανής (*down*)-δραστήριος (*up*), 2) συναισθηματικά περιορισμένος (*emotionally constricted*)-συναισθηματικά ευμετάβλητος (*labile*), 3) αργός (*slow*)-γρήγορος (*fast*), 4) υπομονητικός (*patient*)-ανυπόμονος (*impatient*), 5) απαθής (*lethargic*)-βιαστικός (*hurried*), 6) παθητικός (*passive*)-ενεργητικός (*active*), 7) λυπημένος (*sad*)-θυμωμένος (*angry*), 8) ήρεμος (*bland*)-υπερευαίσθητος (*intense*), 9) ενδοτικός (*given up*)-μαχητικός (*struggling*), 10) αβοήθητος (*helpless*)-διευθύνει (*in control*), 11) απελπισμένος (*hopeless*)-κυνηγεί τις ευκαιρίες που προσφέρει ο κόσμος (*pursues opportunities world offers*), 12) ευγενικός (*smooth*)-απότομος (*jerky*), 13) καθησυχαστικός (*appeasing*)-εχθρικός (*hostile*), 14) υποτακτικός (*accepting*)-εξουσιαστικός (*controlling*), 15) δεν είναι επιφυλακτικός (*sincere*)-επιφυλακτικός (*guarded*), 16) ευμετάβλητος (*fluid*)-άκαμπος (*awkward*), 17) αποσυρμένος (*withdrawn*)-κοινωνικός (*extended*).

Μία άλλη κλίμακα αυτής της δομημένης συνέντευξης ονομαζόταν "Πίστη" και εξέταζε την πίστη των εξεταζομένων για τη θεραπεία τους σε εξωτερικούς παράγοντες όπως: στο Θεό ή τους γιατρούς, ενώ μία άλλη κλίμακα ονομαζόταν "Συναισθηματικά εκφραστικός", και εξέταζε το βαθμό συναισθηματικής έκφρασης του εξεταζόμενου όταν πληροφορήθηκε τη διάγνωση του μελανώματος, καθώς και κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Στα αποτελέσματα, βρήκαν ότι οι υψηλές βαθμολογίες "Μη λεκτικού τύπου C" στο συνολικό του άθροισμα, και "Πίστη", συνοδεύονταν από μεγαλύτερο πάχος όγκου σε χιλιοστά του μέτρου (mm). Ως προς την κλίμακα του "Συναισθηματικά εκφραστικού", σε άλλη τους δημοσίευση (Temoshok, 1987 p 552) [219], βρήκαν ότι οι υψηλές βαθμολογίες αυτής της κλίμακας συνόδευαν καλούς προγνωστικούς βιολογικούς δείκτες όπως: υψηλή λεμφοκυτταρική διήθηση και μειωμένη μιτωτική δραστηριότητα του όγκου. Τέλος, οι Temoshok et al (1985) [220], αναφερόμενοι κυρίως στα αποτελέσματα της έρευνάς τους, ισχυρίζονται ότι όταν διαγνωσθεί στους ανθρώπους μία νόσος, δεν αλλάζουν ξαφνικά τους συνηθισμένους τρόπους, με τους οποίους αντιμετωπίζουν τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, ούτε αναπτύσσουν εντελώς νέα πρότυπα στρατηγικών. Αντίθετα, θεωρούν σαν πιθανότερο ενδεχόμενο ότι ο τρόπος, με τον οποίο οι καρκινοπαθείς αντιμετωπίζουν το στρες της διάγνωσης και την θεραπεία της νόσου τους, αποτελεί ένα προϋπάρχον προφίλ τρόπου αντίστοιχης αντιμετώπισης παρόμοιων στρεσογόνων γεγονότων. Κύριο αδύνατο σημείο αυτής της έρευνας είναι ότι δεν μας πληροφορεί για τον βαθμό ύπαρξης (ή ανυπαρξίας) του "μη λεκτικού Τύπου C" σε μη καρκινοπαθείς ασθενείς.

Γυρνώντας προσωρινά λίγα χρόνια πίσω, σε μία υπόθεση των Grossarth-Matticek et al (1982), βλέπουμε ότι αυτή η υπόθεση ενισχύεται λίγο αργότερα από μία εργασία άλλων ερευνητών, που εργάστηκαν ανεξάρτητα από αυτούς. Πιο συγκεκριμένα, όπως είδαμε προηγουμένως, σύμφωνα με την υπόθεση των Grossarth-Matticek et al (1982a) [100], άτομα με ορθολογιστική και αντισυναισθηματική συμπεριφορά, τα οποία συγχρόνως είναι δέκτες διαπροσωπικής καταπίεσης, έχουν επιρρέπεια σε καρκίνο, ενώ επίσης καταπιέζουν τις ανάγκες τους, προσαρμοζόμενα σε μη ανταμοιβόμενες διαπροσωπικές σχέσεις, για να διατηρήσουν αίσθημα ασφάλειας και εκτίμησης. Κατά την Temoshok (1987) [219], αυτή η υπόθεση ενισχύεται από τα ευρήματα της πολυετούς προοπτικής έρευνας των Graves et al (1986) [84], οι οποίοι χορηγώντας την προβλητική δοκιμασία Rorschach σε φοιτητές ιατρικής, βρήκαν ότι όσοι μετά από χρόνια παρουσίασαν καρκίνο, σε σύγκριση με τους υπόλοιπους του δείγματος, είχαν προβάλλει στη δοκιμασία λιγότερο ικανοποιητικές στάσεις και προσδοκίες για τις σχέσεις τους με τους άλλους.

Πέρα όμως από υποθέσεις όπως για παράδειγμα του Fox (1978) [71], για τις πτωχές στρατηγικές αντιμετώπισης των στρεσογόνων γεγονότων και τη σχέση τους με τον καρκίνο, καθώς επίσης και την τελευταία έρευνα που αναφέρθηκε των Graves et al (1986) [84], που έδειχνε με προβλητικό τρόπο την πτωχή προσδοκία των καρκινοπαθών για τις σχέσεις τους με τους άλλους, δεν είχαν γίνει μέχρι τώρα πιο συγκεκριμένες μετρήσεις εσφαλμένων

στρατηγικών συμπεριφοράς, έως ότου την ίδια χρονιά (1986), είδε το φως της δημοσιότητας μία μέτρηση, με εργαλείο ειδικά κατασκευασμένο, τέτοιων στρατηγικών. Όπως όμως ήδη αναφέρθηκε, ούτε και σ' αυτή την έρευνα είχε προδιατυπωθεί ένα υποθετικό ενδεχόμενο για την ύπαρξη μίας συγκεκριμένης εσφαλμένης στρατηγικής, η οποία να θεωρείται ότι έχει μία ειδική σχέση εμπλοκής στην εμφάνιση καρκίνου. Η εν λόγω έρευνα ήταν προοπτικού τύπου, και είχε σχέση τόσο με την προσωπικότητα Α, όσο και με τις εσφαλμένες στρατηγικές αντιμετώπισης των στρεσογόνων γεγονότων ζωής, καθώς και με τα ίδια τα στρεσογόνα γεγονότα, και ήταν των Cooper et al (1986) [50], πού ήδη αναφέρθηκε στην ενότητα των Στρεσογόνων Γεγονότων Ζωής και καρκινογένεσης. Οι ερευνητές, πού εξέτασαν πριν τη βιοψία μαστού 2.163 γυναίκες, εκτός από αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια στρεσογόνων γεγονότων και εσφαλμένων στρατηγικών, πού χορήγησαν, έδωσαν επίσης στις εξεταζόμενες και ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο Συμπεριφοράς Τύπου Α, και βρήκαν ότι οι καρκινοπαθείς σέ σύγκριση με τις μη καρκινοπαθείς, είχαν χαμηλότερη βαθμολογία Συμπεριφοράς Τύπου Α και πτωχότερες στρατηγικές αντιμετώπισης των στρεσογόνων γεγονότων. Χαρακτηριστικά παραδείγματα πτωχών στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες, ήταν: 1) να μην κλαίει το άτομο, ούτε όταν είναι μόνο του, 2) να συγκρατεί τα συναισθήματά του και κατόπιν να καταρρέει, και 3) να μην εκδηλώνει τα συναισθήματά του ακόμη και όταν δεν το βλέπει κανείς. Εδώ πρέπει να τονισθεί ότι το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας πού μεταχειρίστηκαν, είναι όπως αναφέρουν άλλωστε στην έρευνά τους, φτιαγμένο για να μετρά Συμπεριφορά Τύπου Α. Πάντως, η χαμηλή βαθμολογία Τύπου Α, πού βρήκαν στις καρκινοπαθείς, κατά κανένα τρόπο δεν αντανακλά Συμπεριφορά Τύπου C, επειδή τα δίπολα αυτού του ερωτηματολογίου μετρούν τύπους συμπεριφοράς πού κυμαίνονται μεταξύ συμπεριφοράς Α και συμπεριφοράς Β. Υπενθυμίζεται εδώ, ότι η Συμπεριφορά Τύπου Β, απλώς είναι δηλωτική της έλλειψης του Τύπου Α και κατά συνέπεια, δεν είναι δηλωτική της ύπαρξης Τύπου C (Bortner, 1969) [35].

Μέχρι σήμερα, πολλές ήταν οι προσπάθειες συγκερασμού όλων των ψυχοκοινωνικών παραγόντων σέ μία συγκροτημένη θεωρητική υπόθεση για τη σχέση τους με την καρκινογένεση (Fox 1978, Baltrusch & Waltz 1985, Greer & Watson 1985, Pettingale 1985) [71, 15, 92, 176]. Η αναλυτική παράθεση όλων αυτών των θεωριών, εκφεύγει των σκοπών αυτής της έρευνας. Ωστόσο, θεωρήθηκε σκόπιμη η βραχεία περιγραφή ενός μόνον τέτοιου χαρακτηριστικού παραδείγματος, πού αφορά την υπόθεση της Temoshok (1987) [219], γ' αυτό το θέμα, καθώς επίσης, και η περιγραφή μίας από τις πιο πρόσφατες υποθέσεις για τον πυρήνα της προσωπικότητας C, με την οποία και θα κλείσει το αναλυτικό αυτό μέρος της εξέλιξης της επιστημονικής σκέψης.

Σε σχέση με μία από τις προσπάθειες συγκερασμού όλων των ψυχοκοινωνικών παραγόντων σέ μία υπόθεση για την καρκινογένεση, το 1987, η Lydia Temoshok [219], προσπαθώντας να εξηγήσει γιατί ορισμένοι ερευνητές βρήκαν άλλοτε 1) ότι τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας C απαντώνται συχνότερα σέ όσους παθαίνουν καρκίνο, ενώ άλλοι βρήκαν 2) την μειωμένη συναισθηματική εκφραστικότητα και άλλοι 3) τα αισθήματα του αβοήθητου και της έλλειψης ελπίδων, πρότεινε ένα υποθετικό ενοποιημένο πρότυπο χαρακτηριστικών, πού περιλαμβάνει και τους τρεις αυτούς παράγοντες, οι οποίοι όμως σύμφωνα με την υπόθεσή της, διαδραματίζουν το ρόλο τους στην ανάπτυξη καρκίνου σέ διαφορετικούς χρόνους. Πιο συγκεκριμένα, η Temoshok υποθέτει ότι: Σε ένα πρώτο χρόνο: το άτομο σαν αποτέλεσμα είτε γενετικής προδιάθεσης είτε οικογενειακών πρότυπων συμπεριφοράς, εξ αιτίας αναπόφευκτων προκλήσεων και πιθανών στρεσογόνων γεγονότων, καθώς και με τη συσσώρευση του μαθησιακού από αυτά υλικού, αποκτά τα χαρακτηριστικά τύπου C, πού το κάνουν να είναι υπερσυνεργάσιμο, μη διεκδικητικό, καθησυχαστικό και υποχωρητικό. Έτσι, Σε ένα δεύτερο χρόνο: αρχίζει προοδευτικά να αναπτύσσει μία χρόνια καταστολή της συναισθηματικής έκφρασης, για να μην ενοχλεί τους άλλους, το έσχατο σημείο της οποίας είναι, το άτομο να καταλήγει από κάποιο χρονικό διάστημα και μετά, να μην αναγνωρίζει ούτε τα βιολογικά σημεία, πού αποτελούν εκδήλωση σωματικών αναγκών, όπως είναι για παράδειγμα ο πόνος και η κούραση. Εκείνο δηλαδή, πού αποτελεί κατά την Temoshok συνέπεια των χαρακτηριστικών Τύπου C, είναι η καταστολή της συναισθηματικής

έκφρασης, και η συνέπεια της τελευταίας είναι ότι το άτομο καταργεί τις ανάγκες του για χάρη των άλλων. Στη συνέχεια, και Σε ένα τρίτο χρόνο: σαν απόρροια των ανωτέρω, παρουσιάζεται χρόνια έλλειψη ελπίδων, πού δεν είναι όμως συνειδητά αναγνωρίσιμη, επειδή ήδη έχει δημιουργηθεί η πεποίθηση ότι είναι ανώφελο να εκφράζει τις ανάγκες του, αφού αυτές δεν μπορούν να ικανοποιηθούν, αλλά ούτε και πρόκειται να ικανοποιηθούν από τους γύρω του. Συνέπεια τούτων είναι να αισθάνεται αβοήθητο (helpless)-αδύναμο ή ακόμη και ανίκανο να αλλάξει αυτή την κατάσταση. Αυτό το πρότυπο συμπεριφοράς, όπως υποθέτει στη συνέχεια η Temoshok, κρύβεται πίσω από ένα ευτυχισμένο-ευχάριστο προσωπείο, και, στην πορεία του χρόνου, με τη συσσώρευση των μη ικανοποιούμενων ψυχολογικών και βιολογικών αναγκών, -και όχι με ένα ειδικό στρεσογόνο γεγονός- το άτομο αρχίζει κάποτε να αισθάνεται κατάθλιψη σαν αποτέλεσμα της αδυναμίας του να αντιμετωπίσει επαρκώς τις συσσωρευμένες πλέον ανάγκες του, με συνέπεια, να εισάγεται στο χρονικό στάδιο, κατά το οποίο αρχίζει να αναπτύσσεται η νόσος.

Κατά τη γνώμη της Temoshok (1987), έτσι εξηγείται ο λόγος πού άλλοι ερευνητές, ανάλογα με το χρονικό στάδιο πού έκαναν τις μετρήσεις, άλλοτε βρήκαν μειωμένη συναισθηματική έκφραση, άλλοτε έλλειψη ελπίδων, και άλλοτε μόνο τα στοιχεία της προσωπικότητας C, δηλαδή υποχωρητικότητα, μη διεκδικητικότητα κλπ. Τέλος η Temoshok (1987, p 550) [219], ανασκοπώντας την μέχρι τότε βιβλιογραφία, υποθέτει ότι τόσο ο χαμηλός βαθμός ψυχοπαθολογίας γενικά (Derogatis et al, 1979), όσο και το χαμηλό καταθλιπτικό χαρακτηρισολογικό προφίλ (Dattore et al, 1980), αντανακλούν ένα κοινό προφίλ της στοικικής προσαρμογής.

Μετά την έρευνα των Temoshok et al (1985) [220], οι προσπάθειες για την διερεύνηση της προσωπικότητας C και της σχέσης της με την καρκινογένεση, συνεχίστηκαν χωρίς να δημοσιευθεί ένας λιγότερο πολύπλοκος τρόπος μέτρησης όλων μαζί των χαρακτηριστικών Τύπου C, από εκείνο των Temoshok et al (1985), όπου επαναλαμβάνεται ότι δεν υπήρχε ομάδα ελέγχου μη καρκινοπαθών ασθενών. Εκείνο όμως πού τις χαρακτηρίζει είναι η σύγκλιση των ευρημάτων. Το ίδιο ισχύει και για τις έρευνες, πού αφορούν τις στρατηγικές πού ακολουθούν οι καρκινοπαθείς. Αυτός είναι και ο λόγος πού θα παρατεθούν δύο τέτοια χαρακτηριστικά παραδείγματα, ένα πού αφορά την προσωπικότητα C, και ένα πού αφορά τις στρατηγικές. Σ' αυτά τα παραδείγματα, φαίνεται ότι το πεδίο έρευνας των τομέων αυτών, είναι ακόμη στα αρχικά του βήματα, όπως πιστεύουν αρκετοί ερευνητές (Greer & Watson 1985, Temoshok 1987, Eysenck 1987, Baltrusch et al 1991) [92, 219, 66, 14].

Έτσι λοιπόν, το 1988, οι Baltrusch et al [11], ερευνώντας την προσωπικότητα C, σέ σχέση με τον καρκίνο και την προχωρημένη ηλικία, δημοσίευσαν προκαταρκτικά ευρήματα σέ ασθενείς με ιδιοπαθή πολυκυτταραιμία, η οποία είναι νόσος οφειλόμενη σέ παθολογικά (νεοπλασματικά) εκτρεπόμενο κλώνο ενός αρχέγονου πολυδύναμου κυττάρου, με βραδεία κλινική πορεία, και προσβάλλει συνήθως μεσήλικες και υπερήλικες (Γαρδίκας Κ, τομ. 2, σελ. 1120, 1984) [78]. Έτσι, εξέτασαν 35 ασθενείς με ιδιοπαθή πολυκυτταραιμία: 18 άνδρες και 17 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας 60,6 και 60,8 αντίστοιχα. Η εξέταση έγινε με δομημένη συνέντευξη πού εξέταζε δημογραφικά στοιχεία, ποιότητα σχέσεων και στρεσογόνα γεγονότα των τριών τελευταίων ετών πριν την κλινική εκδήλωση της νόσου. Επίσης, έγινε με την Κλίμακα Μηχανισμών Άμυνας Συναισθηματικής Έκφρασης: Courtauld Emotional Control Scale (CECS), πού εξετάζει καταπίεση (ή καταστολή) (suppression) θυμού, άγχους και καταθλιπτικής διάθεσης, καθώς επίσης και με το Ερωτηματολόγιο Thomas Οικογενειακής Στάσης: Thomas Family Attitude Questionnaire (FAQ). Συγκρίνοντας το δείγμα αυτό με ισάριθμους υγιείς ταιριασμένους σέ φύλο και ηλικία, βρήκαν ότι οι ασθενείς υφίσταντο περισσότερο εξωτερικό έλεγχο, είχαν μεγαλύτερη καταστολή θυμού και εχθρότητας, μεγαλύτερη βαθμολογία σέ στάσεις μοιρολατρίας και παραίτησης, καθώς και περισσότερο άκαμπτη συμμόρφωση σέ εξωτερικές επιβολές. Εξ άλλου, χωρίς ομάδα σύγκρισης, και εργαλείο μέτρησης, κατά την κλινική μόνο διαπίστωση των συγγραφέων, οι ασθενείς είχαν μία βαθιά ριζωμένη διαταραχή στην ικανότητα αντιμετώπισης των σχέσεων με τους άλλους και ιδίως με τόν/τήν σύζυγο. Οι περισσότεροι είχαν ανεπαρκή διέξοδο στην έκφραση των προβλημάτων και ανησυχιών τους, αλλά συγχρόνως και μία απροθυμία να μοιράζονται τα

προβλήματά τους με τους άλλους. Η έλλειψη ομάδας σύγκρισης σ' αυτούς τους τύπους σχέσεων, καθιστά ανεπιβεβαίωτη την ειδική ύπαρξή τους σέ νεοπλασματικά νοσήματα, ενώ το ίδιο συμβαίνει και για τον τύπο C, για τον οποίο εκτός από την έλλειψη ομάδας σύγκρισης, δεν αναφέρεται ούτε ο τρόπος μέτρησής του.

Λίγο αργότερα, η ίδια ομάδα ερευνητών, διατύπωσε μία υπόθεση για τη σχέση που μπορεί να έχουν μεταξύ τους, η προσωπικότητα C, η ιδιαιτερότητα με την οποία βιώνονται τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής από τα άτομα που είναι επιρρεπή στην νοσηρότητα από καρκίνο, και τέλος, ο τύπος των οικογενειακών σχέσεων. Σ' αυτή την υπόθεση οδηγήθηκαν αφ' ενός μεν από τις παλαιότερες υποθέσεις, αφ' ετέρου δε, από τα ευρήματα ερευνητών όπως οι LeShan (1959, 1966) [142, 143], Kissen (1963) [132], και Thomas et al (1979) [222], που βρήκαν ότι γεγονότα τύπου απώλειας σχετίζονται με την εμφάνιση καρκίνου, (βλ. και πίνακα 1). Έτσι, οι Gehde και Baltrusch (1990) [79], χορήγησαν το ερωτηματολόγιο FAQ σέ 1.200 καρκινοπαθείς και των δύο φύλων με ποικιλία τύπων κακοήθειας, και συνέκριναν το δείγμα τους με ταιριασμένα σέ ηλικία και φύλο υγιή άτομα. Στα προκαταρκτικά αποτελέσματα σέ γυναικολογικούς καρκίνους μήτρας, ωοθηκών και αιδοίου, βρήκαν στις καρκινοπαθείς αυξημένη βαθμολογία συγκριτικά με τις υγιείς, σέ χαλαρότητα συναισθηματικών δεσμών με τους γονείς, με αρνητικές στάσεις προς αυτούς ή τα υποκατάστατά τους, το πατρικό-γονεϊκό τους σπίτι, καθώς επίσης υψηλές συνολικές απώλειες και υψηλή βαθμολογία υποκειμενικής έντασης γεγονότων. Οι ερευνητές υποθέτουν ότι η υποκειμενική βίωση των στρεσογόνων γεγονότων, αποτελεί ένα αντανακλόμενο οικογενειακό πρότυπο, που συντελεί στην ανάπτυξη της συμπεριφοράς Τύπου C.

Σε σχέση με την συμπεριφορά Τύπου C και την μεθοδολογία μέτρησής της, ο Baltrusch (1990, p 19) [9], αναφέρει ότι υπάρχουν αποδείξεις ότι είναι μικρής σημασίας ο ισχυρισμός ότι η επίγνωση εκ μέρους του ασθενούς (συνειδητή ή ασυνειδητή) ότι πάσχει από καρκίνο, έχει σαν αποτέλεσμα ψυχολογικές ή φυσιολογικές αντιδράσεις, που θέτουν σέ κίνδυνο την εγκυρότητα των μετρήσεων που αφορούν τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς Τύπου C. Επίσης, κάνει την υπόθεση ότι το χαρακτηριστικό της καταστολής (suppression), ίσως να έχει σαν συνέπεια το άτομο να μην αναπτύσσει αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης των στρεσογόνων γεγονότων ζωής. Στο σημείο αυτό όμως, θα πρέπει επίσης να σημειωθεί, ότι υπάρχει και ο αντίλογος αυτής της άποψης. Ένας από τους εκπροσώπους αυτού του αντίλογου, είναι για παράδειγμα η Levy (1985, p 151) [146], που αναφέρει ότι υπάρχουν σχετικές έρευνες αναδρομικού τύπου, που μετρούσαν διαφορές προσωπικότητας μεταξύ ήδη διαγνωσμένων καρκινοπαθών και ομάδων ελέγχου, όπου αποκαλύπτονται διαφορές, οι οποίες κατά πάσα πιθανότητα είναι το αποτέλεσμα της γνώσης της διάγνωσης του καρκίνου εκ μέρους των καρκινοπαθών. Με αυτή την άποψη συμφωνεί και ο Eysenck (1987) [66], που πιστεύει ότι η γνώση της διάγνωσης εκ μέρους των ασθενών, μπορεί να οδηγήσει σέ αλλαγές στην προσωπικότητα, που δεν συνδέονται αιτιολογικά με την νόσο τους.

Κλείνοντας αυτό το κεφάλαιο, θα παραθέσομε μία υπόθεση που αφορά τον πυρήνα της συμπεριφοράς Τύπου C, επισημαίνοντας ότι ακόμη μόνον υποθέσεις υπάρχουν σ' αυτό το πεδίο, χωρίς να υπάρχουν τελικά και τεκμηριωμένα δεδομένα. Δηλαδή, ως προς τον πυρήνα της συμπεριφοράς Τύπου C, οι Baltrusch et al (1991) [14], σέ ανασκόπηση βιβλιογραφίας της τελευταίας δεκαετίας για έρευνες που εξετάζουν τη σχέση ψυχοκοινωνικού στρες, ανοσίας και καρκίνου, υποθέτουν ότι ο πυρήνας της προσωπικότητας C αποτελείται από καταστολή ή καταπίεση (suppression) και άρνηση (denial) των αρνητικών συναισθημάτων και ιδιαίτερα του θυμού, καθώς και από ανικανότητα έκφρασης συναισθημάτων. Γύρω από αυτόν τον πυρήνα, υποθέτουν ότι συνυπάρχουν τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά, δηλαδή, παθολογική επιτήδευση, αποφυγή καυγάδων, εναρμονιζόμενη και αυτοθυσιαζόμενη συμπεριφορά, υψηλού βαθμού κοινωνική συμμόρφωση, ενδοτικότητα/ /υποχωρητικότητα, μη διεκδικητικότητα και υπερβολική υπομονή (over-patience), στοιχεία που κατά τη γνώμη τους κρύβονται πίσω από ένα ευχάριστο προσωπείο. Επίσης, υποθέτουν ότι η υπερβολική χρήση των τριών αμυντικών μηχανισμών του Εγώ: 1) της καταπίεσης, 2) της απόθησης και 3) της άρνησης, προκαλούν (με άγνωστο ακόμη μηχανισμό), ψυχοφυσιολογικές αντιδράσεις, που

συνδέονται με την άμυνα του οργανισμού σε σχέση με την ανάπτυξη καρκίνου. Μέχρι σήμερα, δεν έχει επιβεβαιωθεί με σχετική έρευνα η υπόθεση αυτή.

1.3. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΥΡΥΤΕΡΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ.

Οι πρώτες συγκριτικές έρευνες συγκεκριμένων τύπων σχέσεων, και οι σχέσεις τους με τον καρκίνο, ανάγονται στις ερευνητικές εργασίες του LeShan (1955, 1959, 1966) [141, 142, 143], ο οποίος τελικά συμπέρανε ότι τα άτομα που πρόκειται να νοσήσουν από καρκίνο, αναπτύσσουν από την παιδική ηλικία μειωμένη ικανότητα ανάπτυξης επαρκών-ικανοποιητικών σχέσεων με το περιβάλλον τους.

Οι Abse et al (1974) [1], ανακοίνωσαν μία προοπτικού τύπου έρευνα, σε καρκίνο πνεύμονος και τη σχέση του, μεταξύ άλλων παραμέτρων, με τις συζυγικές και κοινωνικές σχέσεις, που μετρήθηκαν με δομημένη συνέντευξη. Δεν βρήκαν πραγματικές διαφορές μεταξύ καρκινοπαθών και μη καρκινοπαθών, αλλά οι νεώτεροι σε ηλικία καρκινοπαθείς, έτειναν να παρουσιάζουν μεγαλύτερα ελλείμματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, σε σύγκριση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία καρκινοπαθείς.

Υπήρξε και μία έρευνα, που μελέτησε αποκλειστικά, τις οικογενειακές σχέσεις καρκινοπαθών σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες ή μικρότερες ηλικίες. Συγκεκριμένα, σε έρευνα του Becker (1979) [25], μελετήθηκαν δύο ομάδες γυναικών με καρκίνο μαστού στο τέταρτο στάδιο. Η πρώτη ομάδα περιελάμβανε ασθενείς ηλικίας 28-48 ετών, και η δεύτερη ασθενείς ηλικίας 50-69 ετών. Η εξέταση έγινε με ημιδομημένη συνέντευξη και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι καρκινοπαθείς μικρότερης ηλικίας είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία μη αρμονικών και απόμακρων σχέσεων, καθώς και διαταραγμένες συζυγικές και σεξουαλικές σχέσεις.

Μία από τις πρώτες σχετικές προοπτικές έρευνες ήταν των Thomas et al (1979) [222], που εξέτασαν 1337 φοιτητές ιατρικής με το αυτοσυμπληρούμενο Ερωτηματολόγιο Οικογενειακών Στάσεων: Thomas Family Attitudes Questionnaire (FAQ). Μετά 29 χρόνια, και ενώ είχαν τελικά παρουσιασθεί 48 περιπτώσεις καρκινοπαθών, βρήκαν διαφορά μεταξύ καρκινοπαθών και υγιών στη βαθμολογία της κλίμακας στενότητας σχέσεων των εξεταζομένων με τους γονείς τους, που έδειχνε ότι οι καρκινοπαθείς δήλωναν χαλαρότερες σχέσεις με τους γονείς τους, συγκριτικά με τους υγιείς, και ειδικότερα στη σχέση πατέρα-γιου.

Την ίδια χρονιά, μία άλλη προοπτική έρευνα εννεαετούς διάρκειας, δημοσιεύθηκε, δείχνοντας ότι η καλύτερη κοινωνική στήριξη αποτελεί προστατευτικό παράγοντα στην εμφάνιση καρκίνου (Berkman & Syme, 1979) [27]. Η μέτρηση έγινε με αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, και έδειχνε την κοινωνική στήριξη όπως την αντιλαμβάνονται τα άτομα, υπό τη μορφή θετικών-καλών σχέσεων με το περιβάλλον τους.

Εκτός όμως από τις έρευνες αυτές, δύο επιπλέον τύποι συμπεριφορών επιρρεπών σε καρκίνο, πού εξετάζουν τις σχέσεις των ήδη διαγνωσμένων καρκινοπαθών με το περιβάλλον τους, αναφέρονται σε σχετική ανασκόπηση των Baltrusch και Waltz (1985) [15], ότι προέκυψαν από εργασίες πού αφορούσαν, η μεν πρώτη, οικογενειακή θεραπεία καρκινοπαθών με ερευνητές τους Wirsching et al (1981) [239], η δε δεύτερη, ψυχοθεραπεία καρκινοπαθών, με ερευνητή τον Renneker (1981) [184], δηλαδή και οι δύο δημοσιεύσεις δεν είναι προϊόντα συγκριτικής έρευνας. Ο ένας τύπος είναι η "εναρμονιζόμενη συμπεριφορά" ("harmonizing behaviour"), πού ορίζεται σαν τάση αποφυγής της προσωπικής εμπλοκής σε καταστάσεις, πού απαιτούν έκφραση επιθετικότητας (Wirsching et al, 1981). Ο άλλος τύπος είναι το "Σύνδρομο Παθολογικής Επιτήδευσης" ("pathological niceness syndrome"), σύμφωνα με τον οποίο οι καρκινοπαθείς στους οποίους παρουσιάζεται, δείχνουν να είναι υποχωρητικοί, υπάκουοι, παθητικοί, ανιδιοτελείς και αγχώδεις στο να ευχαριστούν τους άλλους, ώστε να αποφεύγουν να είναι αντιπαθητικοί. Τα ανωτέρω κρύβονται πίσω από ένα ευχάριστο και ατάραχο προσωπείο. Επιπλέον είναι απρόθυμοι να δεχθούν κοινωνική στήριξη απ' ενός, ενώ απ' ετέρου συχνά αισθάνονται ότι ελέγχονται εξωτερικά στις σχέσεις τους με τους άλλους (Renneker, 1981). Ωστόσο, οι δύο αυτές εργασίες δεν συγκρίνουν τα ανωτέρω χαρακτηριστικά με ομάδα υγιών, όπως ήδη αναφέρθηκε. Μία τρίτη όμως δημοσίευση των Wirsching et al (1982) [240], σε γυναίκες πριν τη βιοψία μαστού, έδειξε ότι οι ασθενείς με καρκίνο μαστού είχαν σε σημαντικό βαθμό, αυξημένη εναρμονιζόμενη συμπεριφορά πού οι ερευνητές την ορίζουν ως ενεργητική αποφυγή καυγάδων. Επίσης, οι καρκινοπαθείς είχαν αυξημένη αυτοθυσία, και αυξημένη ορθολογιστική (rational) συμπεριφορά, σε σύγκριση με τις ασθενείς πού είχαν καλοήθεις παθήσεις μαστού. Τα χαρακτηριστικά αυτά μετρήθηκαν με ημιδομημένη συνέντευξη.

Μέσα στα πλαίσια της διερεύνησης συγκεκριμένων τύπων συμπεριφοράς, τους οποίους όσα άτομα εμφανίζουν, παρουσιάζουν αυξημένη επιρρέπεια για εμφάνιση καρκίνου, οι Grossarth-Matickek, Siegrist και Vetter (1982a) [100], διατύπωσαν την υπόθεση ότι όσα άτομα παρουσιάζουν ορθολογιστική και αντισυναίσθηματική συμπεριφορά (rational and anti-emotional behaviour), διαπροσωπική καταπίεση (interpersonal repression), χρόνια συναισθήματα έλλειψης ελπίδων, ευερεθιστότητα και θυμό, αυτά τα άτομα έχουν αυξημένη επικινδυνότητα εμφάνισης είτε καρκίνου είτε καρδιαγγειακής νόσου. Σύμφωνα με την ομάδα αυτών των ερευνητών, εκείνο το στοιχείο πού διαφοροποιεί την πιθανή εξέλιξη προς την κατεύθυνση της μίας ή της άλλης νόσου, είναι ο σαφής διαχωρισμός πού διατυπώνουν μεταξύ αποστολέως και αποδέκτη της διαπροσωπικής καταπίεσης (Grossarth-Matickek et al, 1982a). Κατά την διατύπωση αυτή, ο αποστολέας εξασκεί κοινωνικές πιέσεις εναντίον άλλων ατόμων αναστέλλοντας έτσι την έκφραση των συναισθημάτων και των αναγκών τους, ενώ ο αποδέκτης βιώνει/δέχεται κοινωνικές πιέσεις από άλλα άτομα, πού χειρίζονται έτσι τα συναισθήματά του, αναστέλλοντας τις πλέον κατάλληλες εναλλακτικές του συμπεριφορές.

Η εργασία αυτή ήταν προοπτική, δεκαετούς διάρκειας, και έγινε στην Γιουγκοσλαβία, με δείγμα 1353 ατόμων, και είχε σκοπό να ερευνήσει ψυχοκοινωνικούς και οργανικούς παράγοντες επικινδυνότητας για ανάπτυξη καρκίνου ή καρδιαγγειακών νόσων. Οι μετρήσεις τους άρχισαν το 1965, τέλειωσαν το 1976, και τα αποτελέσματα δημοσιεύθηκαν σταδιακά από το 1980 έως το 1986. Η εξέταση έγινε με δομημένη συνέντευξη, αποτελούμενη από 109 ερωτήσεις, πού αφορούσαν συνολικά οκτώ διαφορετικές ψυχοκοινωνικές παραμέτρους. Από αυτές, οι 11 ερωτήσεις εξέταζαν τις διαπροσωπικές σχέσεις των ατόμων στην οικογένεια, την εργασία και τις ευρύτερες κοινωνικές τους σχέσεις, ως προς ένα δίπολο τύπο σχέσεων: σχέσεις αποδέκτη-αποστολέως διαπροσωπικής καταπίεσης, με βραχύχρονη και μακρόχρονη διάρκεια. Τα αποτελέσματα, σε ό,τι αφορά τον ειδικό αυτό τύπο σχέσεων του ατόμου με το περιβάλλον του, έδειξαν μετά από δέκα χρόνια, ότι υπήρχε θετική σχέση μεταξύ εμφάνισης διαφόρων τύπων καρκίνου, και διαπροσωπικών σχέσεων του ατόμου με το περιβάλλον του, πού το χαρακτήριζαν σαν αποδέκτη μακροχρόνιας διαπροσωπικής καταπίεσης.

Εκτός όμως από τις προοπτικές έρευνες, ήδη από το 1979, άρχισαν να δημοσιεύονται εργασίες πού αφορούσαν τις σχέσεις μεταξύ του ατόμου με το οικογενειακό και κοινωνικό

περιβάλλον του, και του καρκίνου του μαστού. Κοινό χαρακτηριστικό τους είναι ότι καμία από αυτές δεν ήταν συγκριτική. Ερευνούσαν όμως τις σχέσεις μεταξύ πορείας του καρκίνου, σχέσεων του καρκινοπαθούς με το περιβάλλον του, καθώς και άλλων παραμέτρων.

Πρώτο παράδειγμα είναι η εργασία των Greer et al (1979) [91], η οποία παρ' όλο που ήταν προοπτικού τύπου σε προβιοψιακό καρκίνο μαστού, η διαφορά στον τύπο οικογενειακών σχέσεων φάνηκε ως προς την πενταετή επιβίωση των καρκινοπαθών και όχι σε σύγκριση με τις μη καρκινοπαθείς, όπου δεν φάνηκε διαφορά. Συγκεκριμένα, η εξέταση, που έγινε με δομημένη συνέντευξη, έδειξε ότι οι προβιοψιακές καρκινοπαθείς, που ήταν άγαμες, ή δεν συζούσαν με ερωτικό σύντροφο, καθώς και οι έγγαμες με φτωχές όμως, και μη ικανοποιητικές συζυγικές σχέσεις, είχαν χειρότερη πρόγνωση στην πενταετή επιβίωση, σε σύγκριση με τις έγγαμες καρκινοπαθείς, που δήλωναν ικανοποιητικές συζυγικές σχέσεις. Παρόμοια αποτελέσματα, για άλλο τύπο όμως σχέσεων, έδειξε μία έρευνα των Funch και Marshall (1983) [77], σε δομημένη συνέντευξη ασθενών με καρκίνο μαστού στο πρώτο ή δεύτερο στάδιο, όπου σε όλες τις ηλικίες, η επιβίωση ήταν μεγαλύτερη όταν και ο βαθμός των κοινωνικών σχέσεων ήταν μεγαλύτερος.

Την ίδια περίοδο χρονική περίοδο, άρχισαν να δημοσιεύονται έρευνες που εξέταζαν τις οικογενειακές σχέσεις με ειδικά εργαλεία μέτρησης οικογενειακών σχέσεων, πάλι όμως χωρίς ομάδα ελέγχου. Εκτός όμως από αυτές, έγινε και μία έρευνα που εξέταζε τη σχέση μεταξύ καρκίνου μαστού, των οικογενειακών σχέσεων, και μίας ανοσολογικής παραμέτρου.

Αναλυτικότερα, η Levy (1985) [146], στο βιβλίο της «Συμπεριφορά και Καρκίνος», αναφέρει ότι από το 1981, άρχισε έρευνες για τις οικογενειακές σχέσεις των γυναικών με καρκίνο μαστού στα στάδια των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων. Συγκεκριμένα, εξέτασε τις σχέσεις μεταξύ καρκίνου του μαστού και άλλων παραμέτρων, όπως η στοϊκότητα, η NK δραστηριότητα, και οι οικογενειακές σχέσεις. Δηλαδή, η κοινωνική στήριξη, όπως την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς μέσα από τις οικογενειακές τους σχέσεις. Η εξέταση, έγινε με δομημένη συνέντευξη και βρέθηκε ότι όσες καρκινοπαθείς αντιλαμβάνονται ότι έχουν περισσότερη συναισθηματική στήριξη από τις σχέσεις τους με την οικογένεια και τους φίλους, έχουν μεγαλύτερο βαθμό κυτταρολυτικής δραστηριότητας των NK κυττάρων, γεγονός που υποδηλώνει καλύτερη ανοσολογική ανταπόκριση. Αντίθετα, ασθενείς με καρκίνο μαστού, που είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην έλλειψη επικοινωνίας με τον σύζυγο, φτωχότερη ποιότητα συζυγικών σχέσεων και αυξημένη γενική βαθμολογία ανεπάρκειας του οικογενειακού και κοινωνικού τους συστήματος, έτειναν να ανήκουν στην χειρότερη -ανοσολογικά- προγνωστική κατηγορία, δηλαδή, είχαν μειωμένη NK δραστηριότητα (Levy et al, 1985) [145].

Παράλληλα με την έναρξη των ερευνών της Levy για τον καρκίνο του μαστού, άρχισαν και άλλοι, όπως αναφέρθηκε, ερευνητές, να ανακοινώνουν μη συγκριτικές επίσης έρευνες, που αφορούσαν την ίδια εντόπιση κακοήθειας, αλλά εξέταζαν ειδικούς τύπους οικογενειακών σχέσεων, με πλέον εξειδικευμένα εργαλεία.

Συγκεκριμένα, η Bloom JR (1982) [31], με σκοπό να εξετάσει δύο καταστάσεις: 1) την επίδραση της κοινωνικής στήριξης στην προσαρμογή των ασθενών με καρκίνο μαστού στη νόσο τους, και 2) την επίδραση της συμπεριφοράς αντιμετώπισης του καρκίνου σαν στρεσογόνου γεγονότος, στη σχέση μεταξύ κοινωνικής στήριξης και προσαρμογής στην νόσο, εξέτασε 130 γυναίκες με καρκίνο μαστού και με μέσο όρο ηλικίας: 51 ετών. Οι μετρήσεις έγιναν σε δύο χρόνους: 1) την 7η μετεγχειρητική ημέρα και 2) 21/2 χρόνια αργότερα. Για την εκτίμηση της κοινωνικής στήριξης, χρησιμοποίησε την υποκλίμακα της συνοχής (cohesiveness) από την αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα FES του R. Moos (1981). Για την εκτίμηση της συμπεριφοράς αντιμετώπισης των στρεσογόνων γεγονότων, χρησιμοποίησε μία κλίμακα δικής της επινόησης, που μετρούσε συμπεριφορές αποφυγής: δηλαδή, αντί να αντιμετωπίζουν ευθέως ένα στρεσογόνο γεγονός, εκδήλωναν μία συμπεριφορά αποφυγής: π.χ., κάπνιζαν, έτρωγαν, έπιναν, κοιμόντουσαν, κ.α. Για την εκτίμηση της προσαρμογής χρησιμοποίησε μέρος της κλίμακας Janis-Field, και τέλος για την μέτρηση των στρεσογόνων γεγονότων χρησιμοποίησαν την κλίμακα των Holmes and Rahe. Στα αποτελέσματα βρήκε ότι η καλή κοινωνική στήριξη, επηρεάζει θετικά την καλή

προσαρμογή των ασθενών, επιδρώντας στη συμπεριφορά αντιμετώπισης της νόσου σαν στρεσογόνο γεγονός και συγκεκριμένα μειώνοντας την συμπεριφορά αποφυγής.

Άλλη έρευνα σχετική με τον καρκίνο μαστού και τις ειδικού τύπου σχέσεις του ατόμου με το οικογενειακό του περιβάλλον, ήταν εκείνη των Spiegel et al (1983) [207], που είχε σκοπό να μελετήσει την επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος στην προσαρμογή στη νόσο τους, ασθενών με καρκίνο μαστού, καθώς και στην έκβαση της νόσου, δηλαδή την επιβίωση. Έτσι, μελέτησαν 58 γυναίκες με μεταστατικό καρκίνο του μαστού, με μέσο όρο ηλικίας 54,5 έτη. Μεταξύ άλλων αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων, τους χορήγησαν την βραχεία μορφή της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος-40 ερωτήσεων: Family Environment Scale (FES), (Moos R & Moos B, 1981), για να υπολογίσουν την επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος στη στήριξη του καρκινοπαθούς. Για να μετρήσουν την προσαρμογή στον καρκίνο χορήγησαν το Προφίλ Συναισθηματικών Καταστάσεων: Profile of Mood States (POMS), (McNair et al, 1971), που μετράει συναισθηματικές ψυχιατρικές διαταραχές. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν μία φορά στην έναρξη της έρευνας και άλλες τρεις φορές: μία ανά τετράμηνο, ενώ στο τέλος του δωδεκάμηνου, οπότε έληξε η έρευνα, μετρήθηκαν, εκτός από τα σκορ των ερωτηματολογίων, και ο χρόνος επιβίωσης των ασθενών. Οι ερευνητές βρήκαν ότι όσες καρκινοπαθείς ζούσαν στο τέλος της έρευνας, είχαν χαμηλότερη βαθμολογία συναισθηματικής διαταραχής στο POMS σε σύγκριση με όσες έζησαν λιγότερο από ένα έτος. Επίσης, σε ό,τι αφορά τις σχέσεις των καρκινοπαθών με το οικογενειακό τους περιβάλλον, στις υποκλίμακες του FES, όσες ζούσαν στο τέλος της έρευνας είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην Εκφραστικότητα και μικρότερη βαθμολογία στην Διαμάχη και την Ηθικο-Θρησκευτική Έμφαση, συγκριτικά με όσες έζησαν λιγότερο από ένα έτος.

Παρόμοιες σχέσεις μεταξύ καρκίνου μαστού και ειδικού τύπου, οικογενειακών σχέσεων, μελέτησαν το 1984 οι Bloom και Spiegel [32], με σκοπό να ερευνήσουν ποιοι μηχανισμοί επιδρούν στην αποτελεσματικότητα που έχει η κοινωνική στήριξη στον προχωρημένο καρκίνο μαστού, και υποθέτοντας ότι η συναισθηματική κατάσταση του ατόμου επιδρά στην αποτελεσματικότητα της στήριξης. Εξέτασαν λοιπόν 84 γυναίκες με προχωρημένο καρκίνο μαστού, με τις εξής δοκιμασίες: 1) για να μετρήσουν την κοινωνική στήριξη που παρέχεται στο άτομο από το οικογενειακό του περιβάλλον, τους χορήγησαν την βραχεία μορφή της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος: Family Environment Scale (FES), η οποία περιλαμβάνει δέκα υποκλίμακες. Οι ερευνητές, υπολόγισαν την κοινωνική στήριξη από το άθροισμα των εξής υποκλιμάκων του FES: συνοχή (cohesiveness), εκφραστικότητα (expressiveness) και ανεστραμμένη την υποκλίμακα διαμάχης (conflict), 2) για να μετρήσουν τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, χορήγησαν τμήμα της δοκιμασίας του Helmler, που μετρά κατάθλιψη, και 3) για να μετρήσουν την αποτελεσματικότητα της κοινωνικής στήριξης, χορήγησαν ένα άλλο τμήμα της δοκιμασίας Helmler, που μετρά κοινωνική λειτουργικότητα. Μετά από εφαρμογή της τεχνικής της πολλαπλής εξάρτησης (multiple regression analysis), βρήκαν ότι η κοινωνική στήριξη είναι πολυπαραγοντική έννοια, αποτελούμενη από τρεις αλληλοεπηρεαζόμενους παράγοντες: α) την συναισθηματική στήριξη από την οικογένεια, β) το βαθμό κατάθλιψης και έλλειψης ελπίδων και γ) την υποκειμενική αίσθηση της κοινωνικής λειτουργικότητας. Επίσης βρήκαν ότι η συναισθηματική στήριξη από την οικογένεια είχε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με το βαθμό κατάθλιψης και έλλειψης ελπίδων.

Την ίδια χρονιά οι Baidier και De-Nour (1984) [7], με σκοπό να μελετήσουν την προσαρμογή και τις ψυχολογικές αντιδράσεις των καρκινοπαθών γυναικών μετά από μαστεκτομή και τις ψυχολογικές αντιδράσεις των συζύγων τους, χορήγησαν σε 20 γυναίκες μετά από μαστεκτομή, καθώς και στους συζύγους τους, την Κλίμακα της Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής σε Σωματική Νόσο: The Psychosocial Adjustment to Physical Illness Scale (PAIS), για την εκτίμηση της προσαρμογής στη νόσο. Επίσης χορήγησαν την Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος: The Family Environment Scale (FES), για την εκτίμηση των παραγόντων του οικογενειακού περιβάλλοντος που συντελούν στην καλή ή κακή προσαρμογή. Τέλος, για την εκτίμηση των ψυχολογικών αντιδράσεων, τις οποίες θεώρησαν

μέρος της μέτρησης της καλής ή κακής προσαρμογής στη μαστεκτομή, χορήγησαν την αυτοσυμπληρούμενη Βραχεία Κλίμακα Συμπτωμάτων των Derogatis et al: Brief Symptom Inventory (BSI), που είναι η βραχεία μορφή της πλήρους κλίμακας SCL-90 του Derogatis, και μετράει την ψυχοπαθολογία των τελευταίων επτά ημερών. Παρά την ευνοϊκότερη πρόγνωση της πορείας της νόσου, που έχει βρεθεί ότι έχουν όσοι καρκινοπαθείς εκφράζουν περισσότερα ψυχιατρικά συμπτώματα (Derogatis et al 1979, Rogentine et al 1979) [55, 185], οι ερευνητές χαρακτήρισαν σαν ομάδα υψηλού κινδύνου -από απόψεως κακής προσαρμογής- τα ζευγάρια που ανέφεραν περισσότερα μεν προβλήματα στην κλίμακα προσαρμογής στην νόσο (PAIS), αλλά και περισσότερα ψυχιατρικά συμπτώματα στην κλίμακα BSI, και βρήκαν ότι σε σχέση με τα ζευγάρια χαμηλού κινδύνου, αυτή η πρώτη ομάδα υψηλού κινδύνου είχε στην κλίμακα FES, τους εξής ειδικούς τύπους οικογενειακών σχέσεων: 1) χαμηλότερη εκφραστικότητα (expressiveness), 2) υψηλότερο έλεγχο (control) και χαμηλότερη βαθμολογία 3) ανεξαρτησίας (independence). Μέχρι σήμερα δεν είναι γνωστό αν αυτές οι υποκλίμακες του FES έχουν κάποια ειδική σχέση με τις πρώτες κλινικές εκδηλώσεις του καρκίνου, γιατί δεν αναφέρονται σχετικές έρευνες.

Εκτός όμως από τις έρευνες αυτές, ανακοινώθηκαν λίγο αργότερα, και άλλου είδους έρευνες, συγκριτικές, που μέτρησαν όμως με πιο έμμεσους τρόπους τις σχέσεις του ατόμου με το περιβάλλον του, σε σχέση με την εμφάνιση καρκίνου ποικίλων μορφών εντόπισης. Τέτοιου είδους είναι τα ευρήματα της πολυετούς προοπτικής έρευνας των Graves et al (1986) [84], οι οποίοι χορηγώντας την προβλητική δοκιμασία Rorschach σε φοιτητές ιατρικής, βρήκαν ότι όσοι μετά από χρόνια παρουσίασαν καρκίνο, σε σύγκριση με τους υπόλοιπους του δείγματος, είχαν προβάλλει στη δοκιμασία λιγότερο ικανοποιητικές στάσεις και προσδοκίες για τις σχέσεις τους με τους άλλους.

Τέλος, οι Gehde και Baltrusch (1990) [79], χορήγησαν το ερωτηματολόγιο FAQ σε 1.200 καρκινοπαθείς και των δύο φύλων με ποικιλία τύπων κακοήθειας, και συνέκριναν το δείγμα τους με ταιριασμένα σε ηλικία και φύλο υγιή άτομα. Στα προκαταρκτικά αποτελέσματα σε γυναικολογικούς καρκίνους μήτρας, ωοθηκών και αιδοίου, και, σε ό,τι αφορά τις σχέσεις του ατόμου με το οικογενειακό του περιβάλλον, βρήκαν στις καρκινοπαθείς αυξημένη βαθμολογία συγκριτικά με τις υγιείς, σε χαλαρότητα συναισθηματικών δεσμών με τους γονείς, με αρνητικές στάσεις προς αυτούς ή τα υποκατάστατά τους, και το πατρικό-γονεϊκό τους σπίτι.

1.4. ΣΚΟΠΟΣ

Το θέμα της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της σχέσης του καρκίνου του μαστού κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, και κατά το τελικό στάδιο με: 1) την ψυχοπαθολογία, 2) τα στρεσογόνα Γεγονότα Ζωής, 3) τα χαρακτηριστικά του οικογενειακού περιβάλλοντος, 4) γνωστικά στοιχεία, που ενδεχομένως σχετίζονται με Συμπεριφορές Τύπου C, 5) στρατηγικές, που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C και περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία, και 6) στρατηγικές, που δεν περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία, αλλά είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C.

Οι πιο πάνω παράγοντες θα ερευνηθούν σαν ειδικοί για τον καρκίνο του μαστού, και όχι σαν παράγοντες κοινούς σε άλλες ασθένειες (π.χ. ψυχοσωματικές νόσοι ή άλλοι τύποι καρκίνου).

Σύμφωνα με τα ευρήματα των μέχρι σήμερα ερευνών, δεχόμαστε ότι η συμπεριφορά του ατόμου επηρεάζεται από ένα σύνολο παραγόντων, οι οποίοι ενδεχομένως να συντελούν στην ευνοϊκή ή δυσμενή έκβαση ή ακόμη και στην εμφάνιση των κακοήθων νεοπλασιών. Δηλαδή, ο ειδικός αυτός τύπος συμπεριφοράς, που ήδη είναι γνωστός ως Συμπεριφορά Τύπου C, ενδεχομένως να επηρεάζεται από ένα συνδυασμό παραγόντων, όπως είναι:

1) ο βαθμός ψυχοπαθολογίας, 2) τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος (στρεσογόνα γεγονότα ζωής), 3) ο τρόπος, που αντιδρά το άτομο (στρατηγικές αντιμετώπισης) στο περιβάλλον του, τόσο εξ αιτίας των ανωτέρω δύο παραγόντων, όσο και εξ αιτίας των επιδράσεων από 4) τα χαρακτηριστικά του στενού οικογενειακού του περιβάλλοντος, προκαλώντας έτσι ένα σύνολο συμπεριφοράς, την Συμπεριφορά Τύπου C, που από μόνη της, αλλά και με κάθε ένα από τους ανωτέρω παράγοντες, επηρεάζει και επηρεάζεται από το βιολογικό υπόστρωμα, μέσα από ένα συνεχές φάσμα αλληλεπίδρασης, έτσι ώστε ο τύπος αυτός της Συμπεριφοράς C, να αποτελεί από μόνος του μία μεταβλητή εξαρτώμενη από πολλούς παράγοντες, την οποία μπορούμε να επηρεάσουμε, επιδρώντας έτσι θετικά είτε στην πρόληψη, σε άτομα με υψηλό βαθμό επικινδυνότητας, είτε στην έκβαση της νόσου, μέσα από ψυχοπροφυλακτικές ή ψυχοθεραπευτικές, ανάλογα, παρεμβάσεις, όπως φαίνεται από τις λίγες μέχρι τώρα έρευνες, που έχουν γίνει σ' αυτόν τον τομέα και ήδη αναφέρθηκαν διεξοδικότερα. Η αλληλεπίδραση όμως, των παραγόντων που προαναφέρθηκαν, δεν θα ερευνηθεί με την παρούσα μεθοδολογία, λόγω των συγκεκριμένων ομάδων ελέγχου. Εκτός εάν οι παράγοντες και η αλληλεπίδρασή τους αφορούν μόνον τον καρκίνο του μαστού, πράγμα εντελώς απίθανο.

1.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Προτού εκτεθούν τα αναμενόμενα από αυτή την έρευνα ευρήματα, δηλαδή οι υποθέσεις, που αφορούν τις πιθανές σχέσεις μεταξύ: ψυχοπαθολογίας, στρεσογόνων γεγονότων ζωής, Συμπεριφοράς Τύπου C, χαρακτηριστικών του οικογενειακού περιβάλλοντος, εσφαλμένων στρατηγικών αντιμετώπισης, και: των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων καρκίνου του μαστού, κρίνεται σκόπιμη η σύντομη ανακεφαλαίωση των μέχρι σήμερα ευρημάτων στα ανωτέρω θέματα.

Ανοσία και καρκίνος: Έχει βρεθεί ότι η μειωμένη ανοσία εμπλέκεται γενικά στην καρκινογένεση (Hoover & Fraumeni 1973, Solomon et al 1974, Penn 1981) [115, 205, 174], αλλά αυτή η σχέση δεν θεωρείται ειδική, αφού ισχύει επίσης και για την γενική νοσηρότητα (Pettingale 1985) [176]. Επίσης όμως, έχει βρεθεί ότι και ο καρκίνος μετά την κλινική του εμφάνιση, προκαλεί αλλοιώσεις του ανοσοποιητικού συστήματος (Casparay & Field 1971, Field et al 1971) [43, 69], ενώ πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι παραβλάπτει την κυτταρική ανοσία (Bolton et al 1975, Holmes & Golub 1976) [33, 113]. Ειδικά για τον καρκίνο του μαστού, βρέθηκε ότι η μειωμένη κυτταρική ανοσία σχετίζεται με αυξημένο αριθμό λεμφοαδενικών μεταστάσεων (Levy et al, 1985) [145].

Μέχρι σήμερα, δεν έχει αποδειχθεί ποιες ακριβώς ανοσολογικές παράμετροι εμπλέκονται τόσο στην καρκινογένεση, όσο και στην πρόγνωση των κακοήθων νεοπλασιών.

Ψυχοπαθολογία και καρκίνος: Τα ευρήματα είναι αλληλοαντικρουόμενα. Άλλοι ερευνητές έχουν βρει αυξημένη θνησιμότητα από καρκίνο σε άνδρες που είχαν νοσηλευθεί για κατάθλιψη, αλλά όχι σε γυναίκες (Kerr et al 1969, Niemi & Jaaskelainen 1978, Whitlock & Siskind 1979) [127, 169, 231], ενώ άλλοι δεν βρήκαν καμία διαφορά και για κανένα φύλο μεταξύ νοσηρότητας ή θνησιμότητας από καρκίνο και προηγηθείσης νοσηλείας για κατάθλιψη (Evans et al, 1974) [63]. Οι έρευνες αυτές αφορούσαν μείζονα κατάθλιψη. Εκτός όμως από την μείζονα κατάθλιψη, δεν έχει βρεθεί αυξημένη θνησιμότητα από καρκίνο, ούτε για άλλες μορφές κατάθλιψης, όπως δυσθυμία ή καταθλιπτική αντίδραση της προσαρμογής, (Keehn et al, 1974) [125]. Εξ άλλου, ούτε για γενική ψυχοπαθολογία βρέθηκε κάποια σχέση με νοσηρότητα από καρκίνο (Grossarth-Matticek et al, 1983) [95], (βλ. και πίνακα 2). Αντίθετα, έχει βρεθεί η ύπαρξη κατάθλιψης, χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά, μεταξύ νοσηλευόμενων καρκινοπαθών και ασθενών με μη κακοήθη νεοπλασματικά νοσήματα (Moffic & Paykel, 1975) [159]. Ειδικότερα, τέλος, για τον καρκίνο μαστού, σημειώνεται ότι ενώ δεν έχει βρεθεί διαφορά μεταξύ κατάθλιψης και πρώτων κλινικών εκδηλώσεων της νόσου, προβιοψιακά, (Greer & Morris 1975, Morris et al, 1977) [89, 163], εν τούτοις βρέθηκε μετά από παρακολούθηση δύο ετών, αυξημένη βαθμολογία κατάθλιψης στις καρκινοπαθείς, σε σύγκριση με τις μη καρκινοπαθείς (καλοήθεις μαστοπάθειες) (Morris et al, 1977) [163]. Επίσης, βρέθηκε οριακά χαμηλότερο άγχος ($p < 0,10$) σε γυναίκες με καρκίνο

μαστού ηλικίας 50-59 ετών, συγκριτικά με γυναίκες που είχαν καλοήθεις παθήσεις μαστού (Morris et al, 1981) [166].

Σχετικά με την ψυχοπαθολογία και τη σχέση της με τον καρκίνο γενικά, και ειδικότερα με τον καρκίνο του μαστού, δεν έχουν μέχρι σήμερα απαντηθεί τα εξής ερωτήματα:

1. Αν η ψυχοπαθολογία γενικά, έχει σχέση με την καρκινογένεση,
2. Αν η κατάθλιψη ειδικότερα, έχει σχέση με την καρκινογένεση γενικά, και ιδίως με την καρκινογένεση στον μαστό,
3. Αν η ψυχοπαθολογία έχει σχέση με τις πρώτες κλινικές εκδηλώσεις του καρκίνου γενικά, (με εξαίρεση τον καρκίνο του παγκρέατος) και του καρκίνου του μαστού ειδικότερα,
4. Αν η κατάθλιψη έχει σχέση με την έκβαση του καρκίνου και ειδικά του καρκίνου του μαστού,
5. Αν η κατάθλιψη είναι επακόλουθο της χρονιότητας της νόσου, η οποία συνεπάγεται: συνεχή παρακολούθηση, συνεχή φαρμακευτική αγωγή, και αναλόγως μακροχρόνια περιοδικά χημειοθεραπευτικά σχήματα με δυσάρεστες, συχνά, παρενέργειες, και τέλος,
6. Η εμπλοκή της κατάθλιψης στη γενική νοσηρότητα, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου, και ειδικά του καρκίνου του μαστού, φαίνεται πιθανή, αλλά δεν έχει οριστικά απαντηθεί.

Τα υπ' αριθμόν 3, 5 και 6 ερωτήματα θα ερευνηθούν στην παρούσα έρευνα, σε σχέση με το ειδικό τους σκέλος, που αφορά τον καρκίνο του μαστού, με δύο υποθέσεις, που διαμορφώνονται ως εξής: Υποθέσεις: 1) Εάν οποιασδήποτε μορφής ψυχοπαθολογία, ή ειδικότερα η κατάθλιψη, έχει σχέση με τις πρώτες κλινικές εκδηλώσεις του καρκίνου του μαστού, τότε η δεδομένη αυτή ψυχοπαθολογία, πριν τη βιοψία, θα πρέπει να είναι μεγαλύτερη στις καρκινοπαθείς, συγκριτικά με ασθενείς που θα έχουν καλοήθεις παθήσεις μαστού. 2) Εάν η κατάθλιψη είναι επακόλουθο της μακροχρόνιας, συνήθως, πορείας του καρκίνου του μαστού, τότε οι προβιοψιακές ασθενείς με καρκίνο του μαστού, πρέπει να έχουν μικρότερο βαθμό κατάθλιψης από ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο, περιπατητικές, που δεν θα γνωρίζουν τη διάγνωση.

Στρεσσογόνα γεγονότα ζωής και καρκινογένεση: Ούτε σ' αυτό τον τομέα υπάρχει συμφωνία μεταξύ των ευρημάτων. Ορισμένες έρευνες βρήκαν θετική σχέση μεταξύ καρκίνου και στρεσσογόνων γεγονότων ζωής του τύπου ειδικά της απώλειας (LeShan & Worthington 1955, Greene & Swisher 1969, Jenkins 1984) [141, 87, 120], ενώ άλλες βρήκαν θετική σχέση μεταξύ καρκίνου και στρεσσογόνων γεγονότων ζωής οποιουδήποτε τύπου (Witzel 1970, Smith & Sebastian 1976) [241, 200]. Ωστόσο, άλλοι ερευνητές δεν βρήκαν θετική σχέση μεταξύ καρκίνου και του αριθμού των στρεσσογόνων γεγονότων ζωής, αλλά βρήκαν θετική σχέση μεταξύ καρκίνου και του βαθμού της έντασης, με την οποία βίωναν υποκειμενικά τα στρεσσογόνα γεγονότα οι καρκινοπαθείς, σε σύγκριση με τους μη καρκινοπαθείς (Thomas et al 1979, Grossarth-Matticek et al 1984, Doongaji et al 1985, Goodkin et al 1986) [222, 99, 59, 83]. Υπήρξαν όμως και ερευνητές, που βρήκαν θετική σχέση μεταξύ στρεσσογόνων γεγονότων ζωής και: α) ψυχιατρικής νοσηρότητας (Tyroler & Cassel 1964) [226], β) γενικής θνησιμότητας (Rees & Lutkins 1967) [183], καθώς και γ) γενικής νοσηρότητας (Cassel & Tyroler 1961, Berkman & Syme 1979, Badura 1981, Joseph & Syme 1982) [44, 27, 4, 122]. Στις τελευταίες αυτές έρευνες δεν βρέθηκε ειδικού τύπου σχέση μεταξύ στρεσσογόνων γεγονότων και καρκίνου. Ακόμη και στις έρευνες που έγιναν ειδικά σε καρκίνο μαστού, τα αποτελέσματα δεν συγκλίνουν. Πολλές, έγιναν πριν τη βιοψία μαστού και οι συγκρίσεις τελικά αφορούσαν σχέσεις μεταξύ καρκίνου μαστού και καλοήθων παθήσεων μαστού. Ορισμένες δεν έδειξαν καμία σχέση μεταξύ καρκίνου και γεγονότων (Greer & Morris 1975, Greer 1979, Jones et al 1984, Ewertz 1986) [89, 88, 121, 64], ενώ μία μάλιστα έδειξε μικρότερο αριθμό γεγονότων στις καρκινοπαθείς (Schonfield 1975) [193]. Άλλη μία έδειξε θετική σχέση μεταξύ καρκίνου και στρεσσογόνων γεγονότων που συνέβησαν οκτώ χρόνια πριν την εμφάνιση του καρκίνου (Geyer et al 1991) [81], ενώ τέλος μία έρευνα έδειξε λιγότερα μεν γεγονότα στις καρκινοπαθείς, αλλά μεγαλύτερο βαθμό υποκειμενικής έντασης, με τον οποίο αυτά βιώθηκαν (Cooper et al, 1986) [50].

Συμπερασματικά, έχει αποδειχθεί ότι τα στρεσογόνα γεγονότα έχουν σχέση με την ψυχιατρική νοσηρότητα, αλλά και με την σωματική γενικά νοσηρότητα, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου. Επίσης, έχει αποδειχθεί ότι τα στρεσογόνα γεγονότα προκαλούν πτώση της ανοσίας.

Δεν έχουν όμως ακόμη αποδειχθεί τα εξής:

1. Αν τα στρεσογόνα γεγονότα εμπλέκονται στη διαδικασία της καρκινογένεσης. {Υπενθυμίζεται εδώ ότι σύμφωνα πάντα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, για να αποδειχθεί κάτι τέτοιο, θα πρέπει να γίνουν προοπτικές έρευνες διάρκειας τουλάχιστον 5-11 ετών. Δεδομένου μάλιστα του χρονικού διαστήματος, που είναι γνωστό ως "λανθάνουσα περίοδος", και απαιτείται για να γίνει ένας όγκος κλινικά ανιχνεύσιμος, στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, η διάρκεια μίας τέτοιας προοπτικής έρευνας θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 11 χρόνια (Steel, 1973) [210]}. Άλλα επίσης ερωτήματα, που δεν έχουν οριστικά απαντηθεί, είναι και τα εξής,
2. Αν έχει σχέση ο αριθμός των στρεσογόνων γεγονότων τύπου απώλειας ή άλλου τύπου με την κλινική εμφάνιση του καρκίνου γενικά, και του καρκίνου του μαστού ειδικότερα.
3. Αν έχει σχέση η βαρύτητα της υποκειμενικής βίωσης των στρεσογόνων γεγονότων με την κλινική εμφάνιση του καρκίνου γενικά, και του καρκίνου του μαστού ειδικότερα.

Στην παρούσα έρευνα θα εξετασθούν τα δύο τελευταία ερωτήματα, στο ειδικό τους σκέλος, που αφορά τον καρκίνο του μαστού, μέσα από τις εξής Υποθέσεις: 1) Εάν τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής έχουν σχέση αυτά καθ' εαυτά με την κλινική εμφάνιση καρκίνου του μαστού, τότε θα πρέπει ο συνολικός τους αριθμός να είναι, προβιοσιακά, μεγαλύτερος στις καρκινοπαθείς, συγκριτικά με τις ασθενείς που εμφανίζουν καλοήθεις παθήσεις μαστού. Εάν όμως υπάρχει μία ιδιοσυγκρασιακή τάση των ατόμων που παθαίνουν καρκίνο μαστού, τέτοια ώστε να βιώνουν τα στρεσογόνα γεγονότα με μεγαλύτερη ένταση από τα άτομα που παθαίνουν καλοήθεις παθήσεις μαστού, τότε ο βαθμός της συνολικής υποκειμενικής έντασης των γεγονότων πρέπει να είναι μεγαλύτερος στις καρκινοπαθείς σε σύγκριση με τις ασθενείς που εμφανίζουν καλοήθεις παθήσεις του μαστού. 2) Εάν πράγματι υπάρχει μία ιδιοσυγκρασιακή τάση των καρκινοπαθών να βιώνουν υποκειμενικά τα στρεσογόνα γεγονότα με μεγαλύτερη ένταση, τότε η τάση αυτή θα πρέπει να υπάρχει εντονότερη κατά τη μακρά πορεία της νόσου. Μία κατάλληλη ομάδα ελέγχου γι' αυτή την υπόθεση, είναι καρκινοπαθείς στο τέταρτο στάδιο καρκίνου του μαστού, που για λόγους ομοιογένειας με την πειραματική ομάδα, θα πρέπει να είναι περιπατητικοί και να μην γνωρίζουν (ιδεωδώς) τη διάγνωση της νόσου τους.

Εσφαλμένες στρατηγικές αντιμετώπισης γεγονότων και καρκίνος: Ελάχιστα είναι τα ευρήματα αυτού του τομέα. Σε μία μόνο εργασία εκτιμήθηκαν τέτοιες στρατηγικές κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού, όπου βρέθηκε μία γενική βαθμολογία σε πτωχές στρατηγικές στις καρκινοπαθείς συγκριτικά με τις μη καρκινοπαθείς, χωρίς να προεξάρχει κάποια συγκεκριμένη στρατηγική που να φαίνεται ότι την εφαρμόζουν ειδικά οι γυναίκες με καρκίνο μαστού, περισσότερο από τις γυναίκες με καλοήθεις μαστοπάθειες. Μέσα στις επί μέρους όμως στρατηγικές που εξετάστηκαν ήταν: να μην εκφράζει το άτομο τον θυμό του, ακόμη και όταν είναι μόνο του (Cooper et al, 1986) [50]. Σε μία άλλη εργασία αναφέρεται ότι οι καρκινοπαθείς παρουσίαζαν μεγάλη απροθυμία να μοιράζονται τα προβλήματα με άλλους (Baltrusch et al, 1988) [11], ενώ τέλος σε μία άλλη εργασία, χωρίς ομάδα ελέγχου, με μετεγχειρητικές ασθενείς, που έπασχαν από καρκίνο μαστού, βρέθηκε ότι μία στρατηγική: η συμπεριφορά αποφυγής, παρουσίαζε αρνητική σχέση με ένα τύπο οικογενειακής σχέσης: την συνοχή (cohesiveness) (Bloom et al, 1982) [32].

Δεν έχει ακόμη αποδειχθεί ότι μία συγκεκριμένη στρατηγική έχει σχέση με την καρκινογένεση, ούτε ότι η απροθυμία να μοιράζεται κάποιος τα προβλήματά του με άλλους έχει σχέση με την εμφάνιση καρκίνου.

Τρεις δικές μας υποθέσεις που θα εξετασθούν, έχουν ορισμένα μόνο στοιχεία από τα ανωτέρω ευρήματα. Τα συμπεριλαμβανόμενα αυτά στοιχεία είναι η αποφυγή και η μη έκφραση του θυμού, σε συνδυασμό όμως με ένα άλλο υποθετικό στοιχείο. Συγκεκριμένα, οι Υποθέσεις μας είναι οι εξής: οι γυναίκες με καρκίνο μαστού συγκριτικά με εκείνες που

παρουσιάζουν καλοήθειες παθήσεις του μαστού, αναμένεται να έχουν υψηλότερη βαθμολογία στις εξής εσφαλμένες στρατηγικές αντιμετώπισης στα καθημερινά τους προβλήματα: 1) Δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους που τις θύμωσαν, αλλά διαμαρτύρονται μόνο (για τον προβληματισμό τους) σε άλλα άτομα. 2) Εκφράζουν με ασάφεια τα παράπονά τους σ' αυτούς που τις ενοχλούν. 3) Γκρινιάζουν αναίτια σε τρίτους. Σύμφωνα με μία υπόθεση των Baltrusch et al (1988) [11], άτομα επιρρεπή για καρκίνο, εκδηλώνουν συχνά συμπεριφορά παραίτησης. Αυτή η εσφαλμένη στρατηγική, θα εξετασθεί επίσης.

Χαρακτηριστικά του Οικογενειακού Περιβάλλοντος και καρκίνος: Έρευνες τέτοιων τύπων σχέσεων, κατά τη χρονική περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού, δεν έχουν γίνει. Τα μόνα αναφερόμενα ευρήματα, αφορούν ήδη διαγνωσμένες γυναίκες με προχωρημένο καρκίνο μαστού χωρίς σύγκριση με ομάδες μη καρκινοπαθών ασθενών. Ορισμένες από αυτές βρήκαν ότι ο υψηλός βαθμός ψυχοπαθολογίας συνοδεύεται από τους εξής τύπους οικογενειακών σχέσεων: μικρή συνοχή (cohesiveness), μικρή εκφραστικότητα (expressiveness), μεγάλη διαμάχη (conflict), μεγάλος έλεγχος (control) και μικρή ανεξαρτησία (independence) (Bloom & Spiegel 1984, Baider & De-Nour 1984) [32, 7]. Σε μία έρευνα βρέθηκε ότι σε σχέση με τους τύπους οικογενειακών σχέσεων, η εσφαλμένη στρατηγική της συμπεριφοράς αποφυγής συνοδεύεται από μικρή συνοχή (cohesiveness) (Bloom, 1982) [31], ενώ τέλος, σε μία άλλη έρευνα βρέθηκε ότι η επιβίωση των καρκινοπαθών σχετιζόταν θετικά με τους εξής τύπους οικογενειακών σχέσεων: μεγάλη εκφραστικότητα (expressiveness), χαμηλή διαμάχη (conflict) και χαμηλή Ηθικο-Θρησκευτική Έμφαση (Moral-Religion Emphasis) (Spiegel et al, 1983) [207]. Σύμφωνα με μία άλλη έρευνα, ασθενείς με ιδιοπαθή πολυκυτταραιμία, έδειχναν να ελέγχονται εξωτερικά περισσότερο από την ομάδα των υγιών (Baltrusch et al, 1988). Ο τύπος αυτός σχέσεων δείχνει να ταιριάζει περισσότερο με τους τύπους της οργάνωσης (organization) και του ελέγχου (control), που εξετάζονται στις κλίμακες του Οικογενειακού Περιβάλλοντος: Family Environment Scale (FES) (Moos RH & Moos BS, 1986) [162].

Μέχρι σήμερα δεν έχει ερευνηθεί ότι κάποιος από τους πιο κάτω τύπους οικογενειακών σχέσεων έχει σχέση με την καρκινογένεση ή την εμφάνιση των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού ή άλλου τύπου καρκίνου: 1) οργάνωση (organization), 2) έλεγχος (control), 3) Ηθικο-Θρησκευτική Έμφαση (Moral-Religion Emphasis), 4) συνοχή (cohesiveness), 5) εκφραστικότητα (expressiveness), 6) διαμάχη (conflict), και 7) ανεξαρτησία (independence).

Αντίθετα, έχει βρεθεί ότι αυτοί οι τύποι εμπλέκονται γενικά σε ψυχικές νόσους, διανοητική καθυστέρηση, διαταραχές προσωπικότητας, κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, αλλά επίσης και σε ψυχοσωματικές διαταραχές (Moos RH & Moos BS, 1986, pp 29-30, 37-38) [162]. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει μία μη ειδική ύπαρξη σχέσης μεταξύ των ανωτέρω τύπων και του καρκίνου. Ειδικότερα, για τις ψυχοσωματικές διαταραχές βρέθηκε υψηλότερος βαθμός οργάνωσης και ελέγχου, καθώς και χαμηλότερος βαθμός εκφραστικότητας και συνοχής (Waring & Russell 1980, McBurney & Baer 1981) [227, 157].

Δεδομένου λοιπόν ότι οι ανωτέρω τύποι σχέσεων έχουν μία γενική, μη ειδική δηλαδή σχέση με την γενική νοσηρότητα, δεν αναμένεται γενικότερα από αυτή την έρευνα η ανεύρεση ειδικής σχέσης μεταξύ οποιουδήποτε από τους τύπους αυτούς και της εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Δηλαδή, αναμένεται να ανευρεθεί μία όμοια σχέση σε ό,τι αφορά τους τύπους που βρέθηκαν και για τις ψυχοσωματικές διαταραχές. Δηλαδή, αυξημένος βαθμός οργάνωσης και ελέγχου αφ' ενός, και αφ' ετέρου, χαμηλός βαθμός εκφραστικότητας, και συνοχής στον καρκίνο μαστού. Επιπλέον όμως, αναμένεται να ανευρεθούν στον καρκίνο μαστού: 1) χαμηλός βαθμός διαμάχης στην Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος, επειδή η υποκλίμακα αυτή μετρά το ποσόν του ανοικτά εκφραζόμενου θυμού, της επιθετικότητας και της διαμάχης μεταξύ των μελών της οικογένειας. Είναι γνωστό ότι από διαφορετικού τύπου μετρήσεις έχει βρεθεί ότι οι καρκινοπαθείς δεν εκφράζουν το θυμό τους (LeShan & Worthington 1955, Greer & Morris 1975, 1978, Morris & Greer 1980, Morris et al 1981) [141, 89, 165, 166], και 2) αυξημένος βαθμός Ηθικο-Θρησκευτικής Έμφασης, όπως είχε βρεθεί σε σχετική έρευνα των Schmale και Iker (1971) [191], σε άλλη όμως εντόπιση

καρκίνου και με διαφορετικό εργαλείο μέτρησης, του οποίου τα ευρήματα της «θρησκευτικότητας» ήταν συμβατά με την έννοια της Ηθικο-Θρησκευτικής Έμφασης. Με βάση λοιπόν τα ανωτέρω διαμορφώνονται οι εξής Υποθέσεις: Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού συγκριτικά με τις ασθενείς που εμφανίζουν καλοήθεις παθήσεις του μαστού, θα έχουν: μεγαλύτερο βαθμό οργάνωσης (organization) ελέγχου (control), Ηθικο-Θρησκευτικής Έμφασης (moral-religious emphasis) και, μικρότερο βαθμό συνοχής (cohesiveness), διαμάχης (conflict) και εκφραστικότητας (expressiveness).

Συμπεριφορά Τύπου C και καρκίνος: Τα πρώτα ευρήματα, που άρχισαν να δημοσιεύονται από τη δεκαετία του '60, αφορούν ψυχοδυναμικού κυρίως τύπου χαρακτηριστικά και άλλα γενικά χαρακτηριστικά στοιχεία προσωπικότητας επιρρεπούς για εμφάνιση καρκίνου όπως: υψηλή βαθμολογία απόθησης και άρνησης, χαμηλή βαθμολογία νευρωτισμού, άγχους και κατάθλιψης και υψηλή εξωστρέφεια (Kissen et al 1962, 1963, 1966, Coopen & Metcalfe 1963, Booth 1964, Hagnell 1966, Dattore et al 1980, Morris et al 1981) [131, 132, 133, 47, 34, 104, 53, 166]. Υπήρξαν όμως και εργασίες που δεν βρήκαν διαφορά στη βαθμολογία άρνησης και νευρωτισμού (Greer & Morris 1975, 1978) [89, 90], καθώς και ευρήματα που έδειξαν υψηλή βαθμολογία χαρακτηριστικής κατάθλιψης στους καρκινοπαθείς σε σύγκριση με τους υγιείς (Shekelle et al, 1981) [197]. Από νωρίς επίσης άρχισαν να δημοσιεύονται πιο ειδικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας με επιρρέεια σε καρκίνο όπως: δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων εχθρότητας, έλλειψη ελπίδων, αυτοθυσία, τελειοθηρία, θρησκευτικότητα, μειωμένη έκφραση θυμού, ανώμαλη εκφόρτιση θυμού, και στοϊκότητα (LeShan & Worthington 1955, Schmale & Iker 1971, Greer & Morris 1975, 1978, Greer et al 1979, Morris & Greer 1980, Morris et al 1981, Grossarth-Matticek et al 1986) [141, 191, 89, 90, 91, 165, 166, 101]. Χαρακτηριστικό των τελευταίων ερευνών είναι ότι δεν εξέταζαν όλα μαζί τα αναφερόμενα πιο πάνω χαρακτηριστικά. Μία μόνο έρευνα δημοσιεύθηκε (Temoshok et al, 1985) [220], εξετάζοντας 18 χαρακτηριστικά μαζί, που τα ονομάζει Συμπεριφορά Τύπου C, όρος που πρωτοδημοσιεύθηκε από τους Morris & Greer το 1980 [165], και αναπτύχθηκε σε υποθετικά χαρακτηριστικά από τους Temoshok & Heller το 1981 [216]. Το 1985, οι Temoshok και συν [220], μελέτησαν όλα τα χαρακτηριστικά αυτά σε ασθενείς με μελάνωμα, χωρίς όμως να τα συγκρίνουν με υγιείς ή με μη καρκινοπαθείς ασθενείς. Αυτά τα χαρακτηριστικά ήταν τα εξής: αδρανής, συναισθηματικά περιορισμένος, μειωμένη συναισθηματική έκφραση, αργός, υπομονητικός, απαθής, παθητικός, λυπημένος, ήρεμος, ενδοτικός, αβοήθητος, απελπισμένος, ευγενικός, καθησυχαστικός, υποτακτικός, μη επιφυλακτικός, ευμετάβλητος και αποσυρμένος. Άθροισαν τη συνολική βαθμολογία όλων αυτών των χαρακτηριστικών, και βρήκαν ότι όσοι είχαν υψηλότερη γενική βαθμολογία, παρουσίαζαν μεγαλύτερο σε χιλιοστόμετρα πάχος όγκου. Σε άλλη έρευνα, γυναίκες με κακοήθεις νεοπλασίες των γεννητικών οργάνων, είχαν μεταξύ άλλων, μικρότερου βαθμού επιθετικότητα και μεγαλύτερου βαθμού συμμόρφωση, σε σύγκριση με ασθενείς που έπασχαν από μη κακοήθεις νεοπλασίες των γεννητικών οργάνων (Mastrovito et al, 1979) [167]. Μία εργασία σε καρκίνο μαστού προβιοψιακά, έδειξε μία άλλη παθολογική συμπεριφορά αυξημένη στις καρκινοπαθείς, την αποφυγή καυγών, με συνεξέταση άλλων τριών χαρακτηριστικών: της αυτοθυσίας, της καταπίεσης συναισθημάτων και της ορθολογιστικής συμπεριφοράς, που επίσης βρέθηκαν αυξημένα (Wirsching et al, 1982) [240], ενώ σε τρεις άλλες αναφέρεται από τους Greer και Watson (1985) [92], ότι οι καρκινοπαθείς παρουσιάζουν αυξημένο βαθμό να είναι κοινωνικά επιθυμητοί (social desirability). Τέλος, έχει βρεθεί ότι οι καρκινοπαθείς παρουσιάζουν σε σύγκριση με υγιείς, μη ικανοποιητικές στάσεις και προσδοκίες για τις σχέσεις τους με τους άλλους (Graves et al, 1986) [84].

Μέχρι σήμερα, έχει βρεθεί ότι έχουν σχέση με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού, και του καρκίνου γενικότερα, τα εξής: (βλ. και πίνακα 3) 1) Αυξημένη απόθεση, 2) Αυξημένη καταπίεση, 3) Απόθεση ανοικτής συναισθηματικής αντίδρασης, 4) Χαμηλό χαρακτηριστικό άγχος, 5) Χαμηλός νευρωτισμός, 6) Καταπίεση του θυμού, 7) Μειωμένη έκφραση του θυμού, 8) Αποφυγή καυγών, 9) Αυξημένη επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, και 10) αυτοθυσία.

Δεν έχουν απαντηθεί τα εξής ερωτήματα:

1) Αυξημένος βαθμός άρνησης, 2) Παραμέληση των αναγκών, 3) Αδρανής, 4) Αργός, 5) Υπομονητικός, 6) Απαθής, 7) Παθητικός, 8) Λυπημένος, 9) Ήρεμος, 10) Ενδοτικός, 11) Αβοήθητος, 12) Απελπισμένος, 13) Ευγενικός, 14) Καθησυχαστικός, 15) Υποτακτικός, 16) Μη επιφυλακτικός, 17) Ευμετάβλητος, 18) Αποσυρμένος, και 19) Μειωμένη έκφραση άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων, πλην του θυμού.

Σ' αυτή την έρευνα, θα εξετασθούν τα υπ' αριθμόν 2, 5, 7, 14, 15, και 19 ερωτήματα, καθώς και η μειωμένη έκφραση του θυμού, η αποφυγή καυγάδων, η αυτοθυσία και η επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, πού δεν έχουν συνεξετασθεί μαζί με τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά σε συγκριτική έρευνα. Με βάση λοιπόν αυτά τα χαρακτηριστικά, διαμορφώνονται οι εξής Υποθέσεις: Εάν ορισμένα από τα επόμενα χαρακτηριστικά Συμπεριφοράς Τύπου C, εμπλέκονται στην εμφάνιση των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού όπως τα εξής: μη έκφραση του θυμού, μη έκφραση άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων, πλην του θυμού, επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, αποφυγή καυγάδων, παραμέληση των αναγκών, θυσιάζεται για τους άλλους, καθησυχαστικός, υποτακτικός, υποχωρητικός και παθητικός, τότε το καθένα από αυτά θα πρέπει να έχει μεγαλύτερη βαθμολογία προβιοψιακά, στις ασθενείς με καρκίνο μαστού, σε σύγκριση με τις ασθενείς πού πάσχουν από καλοήθεις παθήσεις μαστού. Εάν ισχύει αυτή η σχέση, δηλαδή αν τα ανωτέρω χαρακτηριστικά έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία στις προβιοψιακές καρκινοπαθείς ασθενείς σε σύγκριση με τις μη καρκινοπαθείς ασθενείς, τότε αναμένεται ότι τα ανωτέρω χαρακτηριστικά θα είναι υπαρκτά ή ακόμη και αυξημένα, και στο τελευταίο στάδιο καρκίνου του μαστού. Για τον λόγο αυτό χρειάζεται και μία δεύτερη ομάδα ελέγχου, αποτελούμενη από ασθενείς με καρκίνο στο τέταρτο στάδιο. Έτσι θα ελεγχθεί η υπόθεση ότι τα ανωτέρω χαρακτηριστικά είναι σταθερά τόσο κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού, όσο και κατά τη διάρκεια της μακροχρόνιας πορείας του.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1. ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟ

2.1.1. ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα αποτελείται από δύο ομάδες γυναικών, ηλικίας 40-60 ετών, οι οποίες συμπληρώνουν η κάθε μία χωριστά, τα χαρακτηριστικά του αντιπροσωπευτικού (τυχαίου) δείγματος, με την έννοια ότι τα υπό έρευνα χαρακτηριστικά (ψυχολογικά χαρακτηριστικά περιπατητικών γυναικών, ηλικίας 40-60 ετών, που γνωρίζουν να γράφουν και να διαβάζουν ελληνικά, και προσέρχονται για βιοψία μαστού, (για την πρώτη ομάδα), και με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο (για την δεύτερη ομάδα), αποτελούν εκτιμήσεις του αντίστοιχου γενικότερου συνόλου ("universe" ή "population"), από το οποίο προέρχονται. Δηλαδή, περιπατητικών γυναικών, ηλικίας 40-60 ετών, που γνωρίζουν να γράφουν και να διαβάζουν ελληνικά, και προσέρχονται στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, για βιοψία μαστού (στην πρώτη ομάδα) ή για θεραπεία καρκίνου μαστού τετάρτου σταδίου (στην δεύτερη ομάδα). Συγχρόνως και επιπλέον με τα ανωτέρω, κάθε ασθενής που ανήκει στο καθένα από τα αναφερθέντα γενικά σύνολα, έχει τις ίδιες ακριβώς πιθανότητες να συμπεριληφθεί στο δείγμα της παρούσας έρευνας. Αν δηλαδή για παράδειγμα, ο εξεταστής δεν μπορέσει για οποιοδήποτε λόγο, να εξετάσει μία ασθενή που ανήκει σε ένα από τα δύο αυτά γενικότερα σύνολα, ή αντίθετα αν την εξετάσει και την συμπεριλάβει έτσι στην παρούσα έρευνα, οι πιθανότητες να γίνει οποιαδήποτε από τις δύο ενέργειες είναι ίσες για όλες τις ασθενείς. Σύμφωνα με τις συνθήκες αυτές, η κάθε μία από τις δύο ομάδες του δείγματος, έχει από μόνη της, τα χαρακτηριστικά του αντιπροσωπευτικού (τυχαίου) δείγματος (Τριχόπουλος Δ, 1975 σελ. 25) [225].

Πρωταρχικής σημασίας για την επιλογή του δείγματος της παρούσας έρευνας ήταν να αποφευχθεί, κατά το δυνατόν, η δημιουργία ανομοιογενούς δείγματος στην κάθε ομάδα. Αντίθετα, έπρεπε να επιτευχθεί, κατά το δυνατόν, διαφορά μόνον ως προς την απουσία ή την παρουσία του καρκίνου με την συνακόλουθη προγνωστική βαρύτητα της πενταετούς επιβίωσης. Έτσι ώστε να εξουδετερωθούν οι παράγοντες, από τους οποίους είναι δυνατόν να δημιουργηθούν δευτερογενείς διαφορές και συσχετίσεις, που θα έχουν σαν συνέπεια τα ευρήματα της έρευνας να στερούνται, τελικά, ιατρικής σημασίας (Τριχόπουλος Δ, 1975 σελ.

145) [225]. Ωστόσο, επειδή η παρούσα έρευνα δεν είναι έρευνα παρεμβάσεως, αλλά είναι μη πειραματική έρευνα (non experimental study, observational study), δεν είναι δυνατή η επίτευξη αυτής της εξομοίωσης, με την τυχαία διανομή (randomization) κάποιων παραγόντων του ερευνητικού υλικού στις τρεις ομάδες του δείγματος. Αντίθετα, εκείνο που πρωτεύει προκειμένου να επιτευχθεί αυτός ο σκοπός, δηλαδή η εξομοίωση, είναι η έγκαιρη, κατά το δυνατόν, πρόβλεψη και απόλειψη, όσων παραγόντων ενδέχεται να προκαλέσουν αυτές τις δευτερογενείς διαφορές και συσχετίσεις (Τριχόπουλος Δ, 1975 σελ. 148) [225]. Για το λόγο αυτό, ελήφθησαν ευθύς εξ αρχής μέτρα αποφυγής όσων παραγόντων ήταν τουλάχιστον γνωστό ότι η παρουσία τους θα καθιστούσε ανομοιογενές το ερευνητικό υλικό, με συνέπεια την παρουσία δευτερογενών διαφορών στα ευρήματά μας.

2.1.1.1. ΣΧΕΛΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ.

Προκειμένου να εξασφαλισθεί η ομοιογένεια του δείγματος, μεριμνήθηκε ευθύς εξ αρχής, η απόλειψη όλων εκείνων των παραγόντων, η παρουσία των οποίων ήταν τουλάχιστον προβλέψιμο ότι θα είχε σαν συνέπεια την δυσχέρεια της ερμηνείας των ευρημάτων, εξ αιτίας των συνακόλουθων δευτερογενών διαφορών.

Ένας από τους παράγοντες που χρειάστηκε να ρυθμισθεί προκειμένου να εξασφαλισθεί η ομοιογένεια του δείγματος, ήταν η ηλικία. Αυτός ο παράγον προκάλεσε ανομοιογένεια, όπως αναφέρθηκε στο γενικό μέρος, σε παρόμοιες έρευνες. Συγκεκριμένα, σε προβιοψιακή εξέταση δειγμάτων με παθήσεις μαστού, όπως η παρούσα έρευνα, στην ομάδα των μη καρκινοπαθών ο μέσος όρος της ηλικίας ήταν κατά 10 χρόνια μικρότερος από τον αντίστοιχο της ομάδας των καρκινοπαθών (48 έναντι 58) (Morris et al 1977, Greer et al 1979) [163, 91]. Επίσης, τέτοιας μορφής ηλικιακή ανομοιογένεια παρατηρήθηκε σε άλλη έρευνα, όπου από τις τρεις ομάδες του δείγματος, η μία ομάδα είχε μέσο όρο ηλικίας 34 έτη και οι άλλες δύο ομάδες είχαν μέσο όρο ηλικίας 41 και 43 έτη αντίστοιχα (Plumb & Holland, 1977) [180]. Για την εξομοίωση λοιπόν του δείγματος ως προς τον παράγοντα αυτό, αποφασίστηκε όλες οι ασθενείς του δείγματος να έχουν ηλικία από 40 έως και 60 ετών.

Άλλος παράγον που έπρεπε να ρυθμισθεί για να υπάρχει ομοιογένεια στο δείγμα, ήταν η αποφυγή ανάμιξης μέσα στην πρώτη ομάδα ελέγχου, στοιχείων που θα συνυπήρχαν και στην πειραματική ομάδα, ή ακόμη και στοιχείων αδιευκρίνιστης κατηγοριοποίησης. Δηλαδή, αποφυγή ύπαρξης στην πρώτη ομάδα ελέγχου, είτε αδιάγνωστων παθήσεων είτε άλλης πρωτοπαθούς εστίας κακοήθων νεοπλασμάτων. Τέτοια στοιχεία ανομοιογένειας, παρατηρήθηκαν σε έρευνα για την εμφάνιση κατάθλιψης σαν πρόδρομου συμπτώματος πριν την κλινική εμφάνιση καρκίνου του παγκρέατος, όπου στην ομάδα ελέγχου συνυπήρχαν: ασθενείς με άλλου τύπου κακοήθειες, ασθενείς με καλοήθειες παθήσεις, καθώς επίσης και ασθενείς χωρίς βέβαιη ιστολογική διάγνωση (Fras et al, 1967) [73]. Η ρύθμιση της εξομοίωσης στις δύο πρώτες ομάδες του δείγματος, δηλαδή την πειραματική και την πρώτη ομάδα ελέγχου, σε ό,τι αφορά τον παράγοντα αυτό, έγινε με τον σχεδιασμό της εξέτασης γυναικών που πρόκειται να υποβληθούν σε βιοψία μαστού για οποιασδήποτε μορφής αδιάγνωστη νόσο του μαστού. Ένας από τους σκοπούς αυτού του σχεδιασμού ήταν η δημιουργία δύο ομάδων μετά τη λήψη των αποτελεσμάτων της ιστολογικής εξέτασης. Από αυτές, η μία θα περιείχε ένα είδος κακοήθους νεοπλασματος και η άλλη θα είχε μόνο καλοήθειες παθήσεις. Αποφασίστηκε δηλαδή διαμόρφωση των εξής δύο ομάδων: 1) ασθενείς με αδενοκαρκίνωμα μαστού και 2) ασθενείς με μη κακοήθειες παθήσεις μαστού. Έτσι δηλαδή από την πρώτη ομάδα, θα αποκλεισθούν άλλης προέλευσης κακοήθη νεοπλάσματα, όπως για παράδειγμα το λιποσάρκωμα, και η πειραματική ομάδα θα αποτελείται αποκλειστικά από κακοήθη νεοπλάσματα προερχόμενα από το αδενικό επιθήλιο του μαστού (Παπαχαραλάμπος Ν, 1979) [172].

Με τον σχεδιασμό αυτό, οι δύο ανωτέρω ομάδες εξομοιώθηκαν επιπλέον και ως προς ένα άλλο παράγοντα με την συνακόλουθη απόλειψή του. Η παρουσία αυτού του παράγοντος έχει βρεθεί ότι θα επηρέαζε, τόσο τα ευρήματα της ψυχοπαθολογίας, όσο και τα ευρήματα των Στρατηγικών που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C. Πρόκειται για τον παράγοντα της επίγνωσης εκ μέρους του ασθενούς της ακριβούς φύσεως της πάθησής του, ότι δηλαδή έχει

καρκίνο. Η απόλειψη αυτού του παράγοντος ήταν απαραίτητη, επειδή σκοπός της παρούσας έρευνας σε ό,τι αφορά την ψυχοπαθολογία και τις Στρατηγικές που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, είναι η ανίχνευση του βαθμού ύπαρξής τους, κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού. Είναι όμως δεδομένο, ότι και οι δύο αυτοί παράγοντες επηρεάζονται όταν ο ασθενής γνωρίζει ότι έχει καρκίνο, τόσο ως προς την ψυχοπαθολογία (eg Davies et al 1973, Craig & Abeloff 1974, Morris et al 1977, Plumb & Holland 1977) [54, 52, 163, 180], όσο και ως προς ορισμένες παραμέτρους της προσωπικότητας (Levy 1985, p 151, Eysenck 1987) [146, 66]. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο, αποφασίσθηκε να περιορισθεί το χρονικό όριο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου, μέσα στο οποίο θα εξετάζοντουσαν οι ασθενείς για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Αποφασίσθηκε δηλαδή το χρονικό διάστημα εξέτασης να μην περιλαμβάνει ασθενείς πριν την έναρξη χημειοθεραπείας, αλλά ούτε και ασθενείς αμέσως μετά την χειρουργική επέμβαση. Διότι, στην πρώτη περίπτωση περιλαμβάνονται και ασθενείς με ήδη προχωρημένο, και κλινικά, με βεβαιότητα, διαγνωσμένο πριν τη βιοψία καρκίνο, για τις οποίες αποφασίζεται έναρξη χημειοθεραπείας για τον περιορισμό του μεγέθους του όγκου, πριν τη χειρουργική επέμβαση. Από την άλλη μεριά, στη δεύτερη περίπτωση, αν δηλαδή έχει γίνει η επέμβαση, κατά κανόνα έχει προηγηθεί και η ιστολογική διάγνωση. Ωστόσο, και στις δύο περιπτώσεις οι πιθανότητες, αφ' ενός μεν είναι μεγάλες ότι η ασθενής γνωρίζει την διάγνωση, αφ' ετέρου δε, στην περίπτωση της έναρξης χημειοθεραπείας πριν την χειρουργική επέμβαση, ο καρκίνος δεν βρίσκεται πλέον στο στάδιο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, το οποίο και συναποτελεί μέρος του σκοπού της παρούσας έρευνας. Έτσι λοιπόν, το χρονικό διάστημα της εξέτασης των ασθενών του δείγματος, από το οποίο προέκυψαν η πειραματική ομάδα και η πρώτη ομάδα ελέγχου, αποφασίσθηκε να περιορίζεται αποκλειστικά και μόνον στο προβιοψιακό χρονικό επίπεδο, οπότε αφ' ενός μεν, δεν γνωρίζουν τη διάγνωση οι ασθενείς, αφ' ετέρου δε, ούτε και οι θεράποντες ιατροί γνωρίζουν - τουλάχιστον όχι με απόλυτη βεβαιότητα- την διάγνωση, ώστε να μπορέσουν, ακούσια, να μεταδώσουν τις ανησυχίες τους στην ασθενή, έστω και με εξωλεκτικό τρόπο.

Συγχρόνως, και παράλληλα με τον ανωτέρω σχεδιασμό, έπρεπε να απαλειφθεί και ένας άλλος παράγοντας από τις δύο προβιοψιακές ομάδες, που θα προέκυπταν μετά τη λήψη της ιστολογικής διάγνωσης, δηλαδή το προεγχειρητικό στρες. Εφ' όσον επρόκειτο να μετρηθεί η ψυχοπαθολογία προβιοψιακά, ο παράγον του προεγχειρητικού στρες δεν ήταν δυνατόν να απαλειφθεί, μία και οι ανωτέρω ομάδες θα αποτελούνται από ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση. Τουλάχιστον όμως θα έπρεπε να είναι εξίσου επιμερισμένοι και στις δύο ομάδες. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού, αποφασίσθηκε ο χρόνος εξέτασης των ασθενών για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, να είναι η παραμονή της βιοψίας μαστού, οπότε θα έχει περατωθεί όλος ο προεγχειρητικός έλεγχος, ο οποίος είναι όμοιος για όσες ασθενείς με ογκίδιο μαστού πρόκειται να υποβληθούν σε βιοψία.

Επιπλέον στοιχεία για την εξομοίωση του δείγματος καθορίστηκαν τα εξής: 1) όλες οι ασθενείς να είναι περιπατητικές και πιο συγκεκριμένα, να είναι σε θέση να εκτελούν τις συνηθισμένες τους δραστηριότητες, για λόγους που θα αναπτυχθούν στα χαρακτηριστικά της δεύτερης ομάδας ελέγχου, στις αμέσως επόμενες παραγράφους, και 2) να διαβάζουν και να γράφουν την ελληνική γλώσσα, ώστε να είναι σε θέση να δώσουν απαντήσεις στα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια. Αυτοί ήταν οι κυριότεροι προβλέψιμοι, και εμφανείς τουλάχιστον, παράγοντες, που θα μπορούσαν να προκαλέσουν τις δευτερογενείς διαφορές στα ευρήματα της παρούσας έρευνας.

2.1.1.2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΗΣ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ.

Σκοπός της επιλογής των δύο αυτών ομάδων με τα ανωτέρω χαρακτηριστικά, δηλαδή της πειραματικής ομάδας και της πρώτης ομάδας ελέγχου, ήταν η διερεύνηση των εξής υποθέσεων:

1. Οποιασδήποτε μορφής ψυχοπαθολογία, και ειδικότερα η κατάθλιψη, είναι μεγαλύτερη κατά τις πρώτες κλινικές εκδηλώσεις του καρκίνου του μαστού, από ό,τι σε ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις μαστού.
2. Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής έχουν σχέση αυτά καθ' εαυτά με την κλινική εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Δηλαδή είναι περισσότερα σε αριθμό στις καρκινοπαθείς από ό,τι στις μη καρκινοπαθείς.
3. Υπάρχει μία ιδιοσυγκρασιακή τάση των γυναικών που παθαίνουν καρκίνο μαστού, κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, τέτοια ώστε να βιώνουν τα στρεσογόνα γεγονότα εντονότερα από τις μη καρκινοπαθείς.
4. Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής του τύπου απώλειας, έχουν σχέση αυτά καθ' εαυτά με την κλινική εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Δηλαδή είναι περισσότερα σε αριθμό στις καρκινοπαθείς από ό,τι στις μη καρκινοπαθείς.
5. Υπάρχει μία ιδιοσυγκρασιακή τάση των γυναικών που παθαίνουν καρκίνο μαστού, κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, τέτοια ώστε να βιώνουν τα στρεσογόνα γεγονότα του τύπου απώλειας, εντονότερα από τις μη καρκινοπαθείς.
6. Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, συγκριτικά με τις ασθενείς που εμφανίζουν καλοήθεις παθήσεις του μαστού, έχουν στα χαρακτηριστικά του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, τις εξής διαφορές: μεγαλύτερο βαθμό οργάνωσης (organization) ελέγχου (control), ηθικο-θρησκευτικής έμφασης (moral-religious emphasis) και, μικρότερο βαθμό συνοχής (cohesiveness), διαμάχης (conflict) και εκφραστικότητας (expressiveness).
7. Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων του κλινικών εκδηλώσεων, σε σύγκριση με γυναίκες που παρουσιάζουν καλοήθεις παθήσεις μαστού, έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό τους εξής τύπους εσφαλμένης στρατηγικής, που δεν περιλαμβάνονται στις συμπεριφορές Τύπου C, αλλά είναι συναφείς: 1) Δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους που τις θύμωσαν, αλλά διαμαρτύρονται μόνο (για τον προβληματισμό τους) σε άλλα άτομα, 2) Εκφράζουν με ασάφεια τα παράπονά τους σ' αυτούς που τις ενοχλούν, 3) Εκφράζουν δυσαρέσκεια αναίτια σε τρίτους, 4) εκδηλώνουν συχνά συμπεριφορά παραίτησης,
8. Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων του κλινικών εκδηλώσεων, σε σύγκριση με γυναίκες που παρουσιάζουν καλοήθεις παθήσεις μαστού, έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό σχέσεις ανάμεσα σε έννοιες, που αντιστοιχούν σε συγκεκριμένες γνώσεις συμβατές με Συμπεριφορές Τύπου C, όπως: «ο υποτακτικός είναι καλός», «ο ιδανικός εαυτός είναι παθητικός», κ.α. Οι έννοιες αυτές, που αποτελούν και ατομικές ιδιότητες είναι οι εξής: 1) μη έκφραση του θυμού, 2) παραμέληση των αναγκών, 3) θυσιάζεται για τους άλλους, 4) καθησυχαστικός, 5) υποτακτικός, 6) υποχωρητικός και 7) παθητικός, και τέλος,
9. Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων του κλινικών εκδηλώσεων, σε σύγκριση με γυναίκες που παρουσιάζουν καλοήθεις παθήσεις μαστού, έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό ορισμένες στρατηγικές, που σχετίζονται άμεσα με τις εξής Συμπεριφορές Τύπου C που περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία: 1) μη έκφραση του θυμού, 2) μη έκφραση άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων, πλην θυμού, 3) επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, 4) αποφυγή καυγάδων, 5) παραμέληση των αναγκών, 6) θυσιάζεται για τους άλλους, 7) καθησυχαστικός, 8) υποτακτικός, 9) υποχωρητικός και 10) παθητικός.

Τα στοιχεία των ανωτέρω υποθέσεων της πειραματικής ομάδας, θα συγκριθούν με τα αντίστοιχα της πρώτης ομάδας ελέγχου, προκειμένου να ελεγχθούν οι τυχόν υπάρχουσες διαφορές.

Όπως όμως αναφέρθηκε στην αρχή του παρόντος κεφαλαίου, το δείγμα θα αποτελείται από 3 ομάδες. Από αυτές, η πειραματική και η πρώτη ομάδα ελέγχου, καθώς και τα χαρακτηριστικά, αλλά και ο σκοπός του σχεδιασμού τους, ήδη σκιαγραφήθηκαν.

2.1.1.3. ΣΧΕΛΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ.

Για τις ανάγκες της έρευνας, πού θα εξηγηθούν στις επόμενες γραμμές, δηλαδή για τη διερεύνηση ορισμένων υποθέσεων, χρειάστηκε να δημιουργηθεί και μία τρίτη ομάδα, δηλαδή, μία δεύτερη ομάδα ελέγχου, οι ψυχοκοινωνικές παράμετροι της οποίας θα συγκριθούν με τις αντίστοιχες της πειραματικής ομάδας.

Η ομάδα αυτή αποτελείται από ασθενείς πού νοσηλεύονται για θεραπεία καρκίνου του μαστού στο τέταρτο στάδιο. Για λόγους εξομοίωσης του δείγματος, αποφασίστηκε οι ασθενείς της ομάδας αυτής να είναι περιπατητικές και να είναι σε θέση να εκτελούν τις συνηθισμένες τους δραστηριότητες. Έτσι θα βρίσκονται στην ίδια λειτουργική δραστηριότητα με οποιαδήποτε γυναίκα, από εκείνες πού ανήκουν στις δύο προηγούμενες ομάδες και προσέρχονται στο νοσοκομείο για μία βιοψία μαστού. Ένας επιπλέον λόγος, για τον οποίο αποφασίστηκε το εν λόγω λειτουργικό στάδιο, είναι ότι κατά τα βιβλιογραφικά δεδομένα, ο καρκίνος μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα των ψυχολογικών δοκιμασιών μόνο κατά τα τελικά στάδια της νόσου, κατά τα οποία η λειτουργικότητα των ασθενών παρουσιάζει σημαντική έκπτωση, καθώς και όταν συνυπάρχουν οργανικές (νεοπλασματικές) βλάβες του εγκεφάλου (Davies et al, 1977) [54]. Τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά τους είναι ίδια με τις δύο προηγούμενες ομάδες, εκτός από ένα. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς της ομάδας αυτής θεωρούνται ότι για πολλούς λόγους έχουν είτε άμεση είτε έμμεση πληροφόρηση για την ακριβή φύση της πάθησής τους. Δηλαδή, έχει προηγηθεί η βιοψία, η χειρουργική επέμβαση και εφ' όσον ήδη βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νόσου τους, για μεγάλο, άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα, έχουν κάνει επανειλημμένες εισαγωγές σε μία οργανωμένη ογκολογική κλινική, όπως είναι η συγκεκριμένη κλινική του νοσοκομείου μας, προκειμένου να υποβληθούν σε θεραπεία, έτσι ώστε να θεωρείται τελείως απίθανο να μην έχουν λάβει καμία πληροφορία, τουλάχιστον έμμεση, για τη σοβαρότητα ή και την φύση της κατάστασής τους.

2.1.1.4. ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΤΗΣ ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ.

Ο σκοπός του σχεδιασμού της δεύτερης ομάδας ελέγχου ήταν να διερευνηθούν οι εξής υποθέσεις:

1. Η κατάθλιψη είναι επακόλουθο της μακροχρόνιας πορείας του καρκίνου του μαστού. Δηλαδή, οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού κατά την περίοδο των πρώτων του κλινικών εκδηλώσεων, θα έχουν μικρότερο βαθμό κατάθλιψης από ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο.
2. Υπάρχει μία ιδιοσυγκρασιακή τάση των ασθενών με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, να βιώνουν υποκειμενικά τα στρεσογόνα γεγονότα με μεγαλύτερη ένταση από τους μη καρκινοπαθείς. Η τάση αυτή, γίνεται εντονότερη κατά την μακρά πορεία της νόσου. Δηλαδή, σε ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο.
3. Οι εσφαλμένες στρατηγικές, πού δεν περιλαμβάνονται στις συμπεριφορές Τύπου C, αλλά είναι συναφείς: 1) Δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους πού τις θύμωσαν, αλλά διαμαρτύρονται μόνο (για τον προβληματισμό τους) σε άλλα άτομα, 2) Εκφράζουν με ασάφεια τα παράπονά τους σ' αυτούς πού τις ενοχλούν, 3) Εκφράζουν δυσαρέσκεια αναίτια σε τρίτους, 4) εκδηλώνουν συχνά συμπεριφορά παραίτησης, υπάρχουν κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού, και γίνονται εντονότερες κατά τη διάρκεια της μακροχρόνιας πορείας του. Δηλαδή, σε ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο.
4. Οι σχέσεις ανάμεσα σε έννοιες, πού αντιστοιχούν σε συγκεκριμένες γνωσίες συμβατές με Συμπεριφορές Τύπου C, υπάρχουν κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού, και γίνονται εντονότερες κατά τη διάρκεια της μακροχρόνιας πορείας του. Δηλαδή, σε ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο. Συγκεκριμένα, οι έννοιες αυτές, πού αποτελούν και ατομικές ιδιότητες, είναι οι εξής: 1) μη έκφραση του θυμού, 2) παραμέληση των αναγκών, 3) θυσιάζεται για τους άλλους, 4) καθησυχαστικός, 5) υποτακτικός, 6) υποχωρητικός και 7) παθητικός, και τέλος,
5. Ορισμένες στρατηγικές, πού σχετίζονται άμεσα με τις εξής Συμπεριφορές Τύπου C πού περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία: 1) μη έκφραση του θυμού, 2) μη έκφραση άλλων

δυσάρεστων συναισθημάτων, πλην θυμού, 3) επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, 4) αποφυγή καυγάδων, 5) παραμέληση των αναγκών, 6) θυσιάζεται για τους άλλους, 7) καθησυχαστικός, 8) υποτακτικός, 9) υποχωρητικός και 10) παθητικός, υπάρχουν κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού, και γίνονται εντονότερες κατά τη διάρκεια της μακροχρόνιας πορείας του. Δηλαδή, σε ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο.

Η πειραματική ομάδα θα συγκριθεί επίσης, εκτός από την πρώτη ομάδα ελέγχου, και με την δεύτερη ομάδα ελέγχου, προκειμένου να διερευνηθούν οι ανωτέρω υποθέσεις.

Επειδή κατά την πρώτη χρονική περίοδο της παρούσας έρευνας, οι ασθενείς του δείγματος εξετάστηκαν αρχικά μόνο ως προς την ψυχοπαθολογία, και στη συνέχεια έγινε η εξέταση με τα υπόλοιπα εργαλεία, ο αριθμός των ασθενών που εξετάστηκαν με το καθένα εργαλείο είναι διαφορετικός.

2.1.1.5. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΟΥ ΔΙΑΦΕΡΟΥΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΟΜΑΔΩΝ.

Τα χαρακτηριστικά που διαφέρουν μεταξύ των ομάδων είναι τα εξής:

1. Πειραματική ομάδα: καρκίνος μαστού κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων.
2. Πρώτη ομάδα ελέγχου: καλοήθεις παθήσεις του μαστού κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων.
3. Δεύτερη ομάδα ελέγχου: καρκίνος μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο.

2.1.1.6. ΚΟΙΝΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.

Τα κοινά χαρακτηριστικά του δείγματος είναι τα εξής:

1. Ηλικία: από 40 έως και 60 ετών.
2. Φύλο: γυναίκες.
3. Νοσηλεία: στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου για παθήσεις του μαστού.
4. Περιπατητικές: εκτελούν όλες τις συνηθισμένες τους δραστηριότητες.
5. Γνωρίζουν: να γράφουν και να διαβάζουν ελληνικά.

2.1.2. Η ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1.2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ.

Οι ψυχοκοινωνικές παράμετροι που πρόκειται να ερευνηθούν στην παρούσα έρευνα είναι οι εξής:

1. Ψυχοπαθολογία,
2. Στρεσογόνα Γεγονότα Ζωής,
3. Χαρακτηριστικά του Οικογενειακού Περιβάλλοντος,
4. Γνωστικά στοιχεία, που ενδεχομένως σχετίζονται με Συμπεριφορές Τύπου C,
5. Στρατηγικές σχετιζόμενες άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, που περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία, και
6. Στρατηγικές, που δεν περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία, αλλά είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C.

Προκειμένου να μετρηθούν οι ανωτέρω παράμετροι, έπρεπε να επιλεγούν κατάλληλα εργαλεία, με ακρίβεια και πιστότητα μέτρησης. Η καταλληλότητα ενός εργαλείου (π.χ. ερωτηματολόγιο, τυποποιημένη ψυχιατρική εξέταση), κρίνεται από τα εξής δύο χαρακτηριστικά, δηλαδή: 1) την αξιοπιστία (Reliability) και 2) την εγκυρότητά του (Validity). Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένα διακριτικά όρια καταλληλότητας σε ό,τι αφορά τα

χαρακτηριστικά αυτά, μεταξύ: α) δομημένων συνεντεύξεων και β) αυτοσυμπληρούμενων δοκιμασιών.

α) Δομημένες συνεντεύξεις.

Ένα όργανο ή εργαλείο (instrument), θεωρείται έγκυρο (valid), εφ' όσον πράγματι μετράει την οντότητα πού παρουσιάζεται ότι μετράει, και όχι κάποιον άλλο παράγοντα. Επίσης θεωρείται αξιόπιστο (reliable), εφ' όσον τα ευρήματά του είναι αναπαραγώγιμα, δηλαδή, οι μετρήσεις του πάνω στην ίδια οντότητα παραμένουν σταθερές, ακόμη και αν χορηγηθεί σε διαφορετικό τόπο, χρόνο και από διαφορετικούς εξεταστές. Στην περίπτωση λοιπόν των δομημένων συνεντεύξεων λαμβάνεται υπ' όψιν και η αξιοπιστία των συνεντευκτών, η οποία εξαρτάται από το βαθμό της εκπαίδευσης πάνω στη συγκεκριμένη συνέντευξη (Grad de Alarcon & Crocetti In: Saisbury & Kreitman, 1975) [188].

β) Αυτοσυμπληρούμενες δοκιμασίες.

1. Στην προκειμένη περίπτωση, ενώ η έννοια της εγκυρότητας (validity) παραμένει η αυτή, δηλαδή αφορά το βαθμό, κατά τον οποίο η δοκιμασία μετρά το χαρακτηριστικό, το οποίο είναι κατασκευασμένη να μετρήσει, εν τούτοις,
2. στην έννοια της αξιοπιστίας (reliability), πού υποδηλώνει το βαθμό κατά τον οποίο τα ίδια αποτελέσματα αναπαράγονται κάτω από διαφορετικές συνθήκες, συμπεριλαμβάνεται μία διαφορετική έννοια: η σταθερότητα (stability). Η έννοια αυτή, αναφέρεται στο βαθμό, κατά τον οποίο ο εξεταζόμενος αναμένεται να δώσει τα ίδια αποτελέσματα βαθμολογίας σε μία δεδομένη δοκιμασία, κάτω από διαφορετικές συνθήκες. Τούτο επιτυγχάνεται με τον υπολογισμό του συντελεστού συσχέτισης της βαθμολογίας της ίδιας ομάδας εξεταζόμενων, αφού τους χορηγηθεί η ίδια δοκιμασία δύο φορές με μεσοδιάστημα μερικών συνήθως εβδομάδων. Ο ανωτέρω συντελεστής ονομάζεται συντελεστής συσχέτισης αξιοπιστίας της επαναμέτρησης (the test-retest reliability coefficient). Απαραίτητη προϋπόθεση όμως για να γίνει αυτή η μέτρηση, είναι ότι το χαρακτηριστικό πού εξετάζεται παραμένει σταθερό. Ωστόσο αυτή η τελευταία συνθήκη δεν υπάρχει πάντοτε (Wilson GD, In: Saisbury & Kreitman, 1975) [188], όπως για παράδειγμα στην περίπτωση χρησιμοποίησης της μεθόδου εξέτασης του δικτύου (grid). Η τελευταία αυτή μέθοδος είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη στις αλλαγές των απόψεων του εξεταζόμενου για το χαρακτηριστικό/ά πού χορηγούνται για μέτρηση. Έτσι λοιπόν, με την στατιστική έννοια του όρου, δεν υπάρχει συντελεστής συσχέτισης αξιοπιστίας της επαναμέτρησης (the test-retest reliability coefficient) για την τεχνική του δικτύου (Fransella F. In: Saisbury & Kreitman, 1975) [188]. Υπάρχουν όμως σημαντικές αποδείξεις για την αξιοπιστία συγκεκριμένων δικτύων (Bannister and Mair, 1968) [18]. Δηλαδή, όταν οι τελευταίοι ερευνητές επαναχορήγησαν την ίδια μορφή κατασκευασμένου δικτύου (grid) στην ίδια ομάδα ατόμων, με μεσοδιάστημα 6 εβδομάδων, βρέθηκε ότι ο συντελεστής συσχέτισης αξιοπιστίας της επαναμέτρησης (the test-retest reliability coefficient), ήταν πολύ υψηλός (0,92). Παρόμοια ευρήματα με επαναμέτρηση των ίδιων ομάδων έδειξαν αποτελέσματα με συμφωνία πού κυμαινόταν μεταξύ 0,6 και 0,8 (Bannister 1960, Bannister & Fransella 1966) [17].
3. Η στάθμιση (standardization), είναι ένα άλλο κριτήριο αξιολόγησης των αυτοσυμπληρούμενων δοκιμασιών, πού καθορίζει το βαθμό εξομοίωσης των ατομικών βαθμολογήσεων σε σχέση με μεγάλες ομάδες συγκρίσιμες με το εξεταζόμενο άτομο σε φύλο, ηλικία ή οποιοδήποτε άλλο παράγοντα θεωρείται σημαντικός για την εκάστοτε κατάσταση. Ωστόσο, από τα τρία αυτά κριτήρια, μόνο τα δύο πρώτα θεωρούνται ουσιώδη για την αντικειμενική αξιολόγηση των αυτοσυμπληρούμενων δοκιμασιών, ενώ η τελευταία εξαρτάται από τους σκοπούς για τους οποίους χρησιμοποιούνται κάθε φορά οι δοκιμασίες (Wilson GD. In: Saisbury & Kreitman, 1975) [188].

2.1.2.2. ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.

Με γνώμονες λοιπόν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα επιλέξαμε τα εργαλεία πού θα περιγραφούν στις επόμενες γραμμές, για τις μετρήσεις των ανωτέρω έξι ψυχοκοινωνικών παραμέτρων. Σκοπός της επιλογής τους ήταν να διερευνηθούν οι εξής 14 συνολικά υποθέσεις της παρούσας έρευνας:

Υπόθεση 1. Η ψυχοπαθολογία γενικά, και ειδικότερα η κατάθλιψη, είναι μεγαλύτερη κατά τις πρώτες κλινικές εκδηλώσεις στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, σε σύγκριση με τις καλοήθεις παθήσεις μαστού.

Υπόθεση 2. Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής έχουν σχέση αυτά καθ' εαυτά με την κλινική εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Δηλαδή είναι περισσότερα σε αριθμό στις καρκινοπαθείς από ό,τι στις μη καρκινοπαθείς.

Υπόθεση 3. Υπάρχει μία ιδιοσυγκρασιακή τάση των γυναικών που παθαίνουν καρκίνο μαστού, κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, τέτοια ώστε να βιώνουν τα στρεσογόνα γεγονότα εντονότερα από τις ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις μαστού.

Υπόθεση 4. Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής του τύπου απώλειας, έχουν σχέση αυτά καθ' εαυτά με την κλινική εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Δηλαδή είναι περισσότερα σε αριθμό στις καρκινοπαθείς από ό,τι στις μη καρκινοπαθείς.

Υπόθεση 5. Υπάρχει μία ιδιοσυγκρασιακή τάση των γυναικών που παθαίνουν καρκίνο μαστού, κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, τέτοια ώστε να βιώνουν τα στρεσογόνα γεγονότα του τύπου απώλειας, εντονότερα από τις ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις μαστού.

Υπόθεση 6. Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών του εκδηλώσεων, συγκριτικά με τις ασθενείς που εμφανίζουν καλοήθεις παθήσεις του μαστού, έχουν στα Χαρακτηριστικά του Οικογενειακού Περιβάλλοντος τις εξής διαφορές: μεγαλύτερο βαθμό οργάνωσης (organization), ελέγχου (control), ηθικο-θρησκευτικής έμφασης (moral-religion emphasis), καθώς επίσης και μικρότερο βαθμό συνοχής (cohesiveness), διαμάχης (conflict) και εκφραστικότητας (expressiveness).

Υπόθεση 7. Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων του κλινικών εκδηλώσεων, σε σύγκριση με γυναίκες που παρουσιάζουν καλοήθεις παθήσεις μαστού, έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό τους εξής τύπους εσφαλμένων στρατηγικών, που είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C: 1) Δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους που τις θύμωσαν, αλλά διαμαρτύρονται μόνο (για τον προβληματισμό τους) σε άλλα άτομα, 2) εκφράζουν με ασάφεια τα παράπονά τους σ' αυτούς που τις ενοχλούν, 3) εκφράζουν δυσαρέσκεια αναίτια σε τρίτους, και 4) εκδηλώνουν συχνά συμπεριφορά παραίτησης.

Υπόθεση 8. Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων του κλινικών εκδηλώσεων, σε σύγκριση με γυναίκες που παρουσιάζουν καλοήθεις παθήσεις μαστού, έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό σχέσεις ανάμεσα σε έννοιες, που αντιστοιχούν σε συγκεκριμένες γνώσεις συμβατές με Συμπεριφορές Τύπου C, όπως: «ο υποτακτικός είναι καλός», «ο παθητικός είναι καλός», «ο ιδανικός εαυτός είναι παθητικός», κ.α. Οι έννοιες αυτές, που αποτελούν και ατομικές ιδιότητες είναι οι εξής: 1) μη έκφραση θυμού, 2) παθητικός, 3) υποχωρητικός, 4) υποτακτικός, 5) καθησυχαστικός, 6) παραμελεί τις ανάγκες του και 7) θυσιάζεται για τους άλλους.

Υπόθεση 9. Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων του κλινικών εκδηλώσεων, σε σύγκριση με γυναίκες που παρουσιάζουν καλοήθεις παθήσεις μαστού, έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό τις εξής στρατηγικές που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C: 1) μη έκφραση του θυμού, 2) μη έκφραση άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων, πλην θυμού, 3) επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, 4) αποφυγή καυγάδων, 5) παραμέληση των αναγκών, 6) θυσιάζεται για τους άλλους, 7) καθησυχαστικός, 8) υποτακτικός, 9) υποχωρητικός και 10) παθητικός.

Υπόθεση 10. Η κατάθλιψη είναι επακόλουθο της μακροχρόνιας πορείας του καρκίνου του μαστού. Δηλαδή, οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού κατά την περίοδο των πρώτων του κλινικών εκδηλώσεων, θα έχουν μικρότερο βαθμό κατάθλιψης από ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο.

Υπόθεση 11. Υπάρχει μία ιδιοσυγκρασιακή τάση των ασθενών με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, να βιώνουν υποκειμενικά τα στρεσογόνα γεγονότα με μεγαλύτερη ένταση από τους μη καρκινοπαθείς. Η τάση αυτή, γίνεται εντονότερη κατά τη μακρά πορεία της νόσου, όπως σε ασθενείς με καρκίνο μαστού

στο τέταρτο κλινικό στάδιο. Δηλαδή, οι ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο στάδιο, θα έχουν μεγαλύτερο βαθμό υποκειμενικής βίωσης των στρεσογόνων γεγονότων, σε σύγκριση με τις ασθενείς με καρκίνο μαστού, κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων.

Υπόθεση 12. Οι σχέσεις ανάμεσα σε έννοιες, πού αντιστοιχούν σε συγκεκριμένες γνώσεις συμβατές με Συμπεριφορές Τύπου C, υπάρχουν κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού, και γίνονται εντονότερες κατά τη διάρκεια της μακροχρόνιας πορείας του. Δηλαδή, σε ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο. Συγκεκριμένα, οι έννοιες αυτές, πού αποτελούν και ατομικές ιδιότητες είναι οι εξής: 1) μη έκφραση θυμού, 2) παθητικός, 3) υποχωρητικός, 4) υποτακτικός, 5) καθησυχαστικός, 6) παραμελεί τις ανάγκες του και 7) θυσιάζεται για τους άλλους.

Υπόθεση 13. Οι στρατηγικές πού σχετίζονται άμεσα με τις εξής περιγραφόμενες στη διεθνή βιβλιογραφία Συμπεριφορές Τύπου C: 1) μη έκφραση του θυμού, 2) μη έκφραση άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων, πλην θυμού, 3) επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, 4) αποφυγή καυγάδων, 5) παραμέληση των αναγκών, 6) θυσιάζεται για τους άλλους, 7) καθησυχαστικός, 8) υποτακτικός, 9) υποχωρητικός και 10) παθητικός, υπάρχουν κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού, και γίνονται εντονότερες κατά τη διάρκεια της μακροχρόνιας πορείας του. Δηλαδή, σε ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο.

Υπόθεση 14. Οι πιθανές εσφαλμένες στρατηγικές, πού είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C: 1) Δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους πού τις θύμωσαν, αλλά διαμαρτύρονται μόνο (για τον προβληματισμό τους) σε άλλα άτομα, 2) Εκφράζουν με ασάφεια τα παράπονά τους σ' αυτούς πού τις ενοχλούν, 3) εκφράζουν δυσαρέσκεια αναίτια σε τρίτους, και 4) εκδηλώνουν συχνά συμπεριφορά παραίτησης, θα είναι αυξημένες σε γυναίκες με καρκίνο μαστού στο τέταρτο στάδιο, δηλαδή κατά τη μακροχρόνια πορεία της νόσου, σε σύγκριση με την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων καρκίνου του μαστού.

2.1.2.3. ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ.

2.1.2.3.1. Εξέταση Ψυχοπαθολογίας.

Το εργαλείο πού χρησιμοποιήθηκε για την εξέταση της ψυχοπαθολογίας στην παρούσα έρευνα, είναι η Εξέταση της Παρούσας Κατάστασης-Present State Examination (PSE) (Wing et al, 1974) [233], στην ελληνική της απόδοση (Wing et al, Ελληνική Απόδοση: Μαυρέας Β και συν., 1982) [238]. Το PSE είναι μία δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη για την εκμαίευση και την βαθμολόγηση της ψυχοπαθολογίας πού υπάρχει κατά τη διάρκεια του προηγούμενου της συνέντευξης μήνα. Για να είναι αξιόπιστος ο εξεταστής, πρέπει να έχει προηγηθεί ειδική εκπαίδευση. Κατά κανόνα όμως για την εξέταση της πλήρους μορφής του PSE, ο ειδικά εκπαιδευμένος εξεταστής πρέπει να είναι ψυχίατρος και να γνωρίζει καλά τους ορισμούς των συμπτωμάτων, από τους οποίους συνοδεύεται η δομημένη αυτή συνέντευξη. Οι ορισμοί αυτοί βασίζονται στη φαινομενολογική προσέγγιση του Jaspers και του Schneider (Wing et al, Ελληνική Απόδοση: Μαυρέας Β και συνεργάτες, 1982) [238]. Σημειώνεται ότι η δομημένη αυτή συνέντευξη είναι σχεδιασμένη έτσι ώστε η όλη διαδικασία της να είναι όμοια με εκείνη της κλινικής ψυχιατρικής εξέτασης. Δηλαδή, με την προϋπόθεση πάντοτε ότι ο εξεταστής γνωρίζει καλά, όχι μόνο τους ορισμούς των συμπτωμάτων, αλλά και τις ίδιες τις ερωτήσεις, έχει την ευχέρεια να τροποποιεί τη σειρά τους, και να κάνει και τις δικές του ερωτήσεις, μέχρι να σιγουρευτεί ότι απαντήθηκαν οι ερωτήσεις πού έγιναν.

Η εγκυρότητα (validity) και η αξιοπιστία (reliability) του PSE έχουν αποδειχθεί με πληθώρα ερευνητικών εργασιών, τόσο σε εσωτερικούς ασθενείς, όσο και σε γενικό πληθυσμό, συμπεριλαμβανομένων της 8ης αλλά και της 9ης έκδοσης του PSE (Cooper et al 1977, Luria & McHugh 1974, Στεφανής και συνεργάτες 1977, Sturt et al 1981, Wing et al 1967, 1974, 1977a, 1977b, 1982) [48, 150, 211, 214, 232, 233, 234, 235, 238].

Η δομημένη αυτή συνέντευξη (PSE), συμπληρώνεται από ένα ειδικό πρόγραμμα εφαρμογών για ηλεκτρονικό υπολογιστή (CATEGO), το οποίο επιτρέπει τον διαχωρισμό των συμπτωμάτων σε 38 κλινικά σύνδρομα, προσδιορίζει το συνολικό άθροισμα της

ψυχοπαθολογίας και, υπό ορισμένους περιορισμούς, την κατηγοριοποίηση τους σύμφωνα με την ένατη Διεθνή Ταξινόμηση (ICD-9). Επίσης, έχει εκ των υστέρων προστεθεί στο σύστημα αυτό, ένας Δείκτης Προσδιορισμού (Index of Definition) (Wing & Sturt, 1978) [237]. Ο εν λόγω δείκτης, επιτρέπει τον προσδιορισμό των εξεταζομένων σε 8 διαβαθμίσεις βαρύτητας με 1 την ελάχιστη βαρύτητα και 8 την μέγιστη, καθορίζοντας παράλληλα τις "κλινικές ψυχιατρικές περιπτώσεις" από τις μη κλινικές. Συγκεκριμένα, όσοι εξεταζόμενοι εμπίπτουν, σύμφωνα με τον δείκτη αυτό, στους προσδιορισμούς 1-4, δεν αποτελούν κλινικές περιπτώσεις. Όσοι εμπίπτουν στον προσδιορισμό 5, αποτελούν τις ενδιάμεσες περιπτώσεις, που χρειάζονται προσοχή, ενώ τέλος οι προσδιορισμοί 6-8, αποτελούν τις κλινικές περιπτώσεις. Το σύστημα CATEGO, ταξινομεί τις περιπτώσεις με δείκτη προσδιορισμού 5-8, στο διαγνωστικό σύστημα ICD-9, ενώ στις υπόλοιπες που έχουν δείκτη προσδιορισμού 1-4 τις αφήνει χωρίς διάγνωση στο ανωτέρω σύστημα, όπως είναι επακόλουθο, αφού δεν αποτελούν κλινικές ψυχιατρικές περιπτώσεις.

Το PSE έχει χρησιμοποιηθεί τόσο σε μελέτες ψυχιατρικών ασθενών (WHO 1973, 1979) [242, 243], όσο και σε έρευνες γενικού πληθυσμού (Brown et al 1977, Brown & Harris 1978, Wing et al 1978, Henderson et al 1979, 1981, Orley & Wing 1979, Bebbington et al 1981, Surtees et al 1983) [36, 38, 236, 109, 110, 170, 23, 215]. Επίσης έχει μεταφραστεί σε πληθώρα γλωσσών, ενώ χρησιμοποιήθηκε σε ευρείας κλίμακας διεθνείς μελέτες (WHO 1973, 1979) [242, 243]. Τέλος το PSE στην Ελληνική του απόδοση (Wing et al, Ελληνική Απόδοση: Μαυρέας Β και συνεργάτες, 1982) [238], έχει χρησιμοποιηθεί τόσο σε εσωτερικούς ψυχιατρικούς ασθενείς (Μαυρέας Β και συνεργάτες, 1981) [154], όσο και σε γενικό πληθυσμό (Μαυρέας et al, 1986) [155], καθώς επίσης και σε ψυχοσωματικούς ασθενείς (Lyketsos et al, 1985) [151].

Στην παρούσα έρευνα υπολογίστηκαν τα εξής με το PSE και το ειδικό πρόγραμμα εφαρμογών για ηλεκτρονικό υπολογιστή (CATEGO):

1. Οι κλινικές συνδρομές (Syndrome Check List)
2. Το συνολικό άθροισμα της ψυχοπαθολογίας (PSE TOTAL), και
3. Ο δείκτης προσδιορισμού (Index of Definition ή ID)

2.1.2.3.2. Εξέταση των Στρεσογόνων Γεγονότων Ζωής.

Η εξέταση των στρεσογόνων γεγονότων έγινε με την αυτοσυμπληρούμενη Κλίμακα των Γεγονότων Ζωής (Scaling of Life Events) των Paykel et al (1971) [173]. Η κλίμακα αυτή μεταφράστηκε από τα αγγλικά στα ελληνικά και κατόπιν από τα ελληνικά πάλι στα αγγλικά, για να ελεγχθεί η ακρίβεια της μετάφρασης. Η τελευταία αυτή μετάφραση δεν έδειξε σημαντικές διαφορές από το αρχικό αγγλικό κείμενο.

Η κλίμακα αυτή προέρχεται από τροποποιήσεις που έκαναν οι Paykel et al (1971) από την αντίστοιχη Κλίμακα Προσαρμογής των Holmes & Rahe (1967) [114], η οποία είχε ορισμένα μειονεκτήματα στον υπολογισμό του αθροίσματος των γεγονότων (Burgess, 1987) [40]. Η Κλίμακα των Γεγονότων Ζωής (Scaling of Life Events) των Paykel et al (1971), αποτελείται από 61 συνολικά γεγονότα, τα οποία είναι αριθμημένα, και ο εξεταζόμενος καλείται να τα βαθμολογήσει ένα προς ένα, ως προς το μέγεθος της υποκειμενικής τους έντασης, με εύρος βαρύτητας είκοσι διαβαθμίσεων, από το 0 έως το 20, ενώ στο τέλος καλείται να καθορίσει εάν κάποια από τα 61 αυτά γεγονότα του συνέβησαν κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους, και να σημειώσει τον αριθμό τους.

Η Κλίμακα Γεγονότων Ζωής των Paykel και συναδ. (1971), χορηγήθηκε σε σημαντικό αριθμό εξωτερικών και εσωτερικών ψυχιατρικών ασθενών, καθώς και υγιών συγγενών τους. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα ήταν αρκετά υψηλές και η Κλίμακα Γεγονότων Ζωής των Paykel et al (1971), θεωρείται κατάλληλη για ερευνητική εφαρμογή μεταξύ ομάδων.

Σύμφωνα με τους Paykel et al (1971), σε ορισμένες έρευνες είναι αναγκαία κάποια μορφή κατηγοριοποίησης του στρες. Σε περίπτωση απουσίας αυτής της κατηγοριοποίησης προτείνει είτε τον αριθμητικό υπολογισμό ενός εκάστου των γεγονότων που βιώνονται, είτε μία προσπάθεια ομαδοποίησης των γεγονότων ανάλογα με τη σημασία τους. Έτσι, τα

γεγονότα διαχωρίστηκαν και ομαδοποιήθηκαν περαιτέρω, ανάλογα με το εννοιολογικό τους περιεχόμενο σε δύο κατηγορίες: 1) 57 γεγονότα σχετιζόμενα με οποιαδήποτε μορφή απώλεια, δηλαδή, αντικειμένου ή προσώπου ή σχέσης ή κατάστασης, και 2) 4 γεγονότα σχετιζόμενα με εμπειρία σωματικής αρρώστιας. Με τον επιπρόσθετο αυτό τρόπο υπολογισμού των γεγονότων θα καταστεί δυνατή η εκτίμηση τόσο του συνολικού αριθμού, όσο και του ποιοτικού είδους των γεγονότων. Η ομαδοποίηση αυτή έγινε για να ελεγχθούν καλύτερα οι σχετικές υποθέσεις, αλλά και τα ευρήματα των LeShan (1959, 1966) [142, 143] και Cooper et al (1986) [50] και άλλων ερευνητών, που αναφέρουν ότι οι καρκινοπαθείς ή άτομα επιρρεπή για καρκίνο, βιώνουν υποκειμενικά με μεγαλύτερη ένταση τα γεγονότα τύπου απώλειας, συγκριτικά με τους μη καρκινοπαθείς.

Με την ανωτέρω Κλίμακα Γεγονότων Ζωής εξετάστηκαν τα εξής:

1. Τα γεγονότα ζωής, που συνέβησαν τους τελευταίους 12 μήνες πριν την εξέταση.
2. Η υποκειμενική ένταση όσων γεγονότων συνέβησαν τους τελευταίους 12 μήνες πριν την εξέταση.
3. Ο συνολικός αριθμός των γεγονότων ζωής, που συνέβησαν τους τελευταίους 12 μήνες πριν την εξέταση.
4. Η συνολική υποκειμενική ένταση όσων γεγονότων συνέβησαν τους τελευταίους 12 μήνες πριν την εξέταση.
5. Ο συνολικός αριθμός των γεγονότων ζωής τύπου απώλειας, που συνέβησαν τους τελευταίους 12 μήνες πριν την εξέταση.
6. Ο συνολικός αριθμός των γεγονότων ζωής τύπου εμπειρίας αρρώστιας, που συνέβησαν τους τελευταίους 12 μήνες πριν την εξέταση.
7. Η συνολική υποκειμενική ένταση όσων γεγονότων τύπου απώλειας, συνέβησαν τους τελευταίους 12 μήνες πριν την εξέταση.
8. Η συνολική υποκειμενική ένταση όσων γεγονότων τύπου εμπειρίας αρρώστιας, συνέβησαν τους τελευταίους 12 μήνες πριν την εξέταση.

2.1.2.3.3. Εξέταση Χαρακτηριστικών του Οικογενειακού Περιβάλλοντος.

Τα Χαρακτηριστικά του Οικογενειακού Περιβάλλοντος εξετάστηκαν με την ελληνική απόδοση των Πολέμη-Τοδούλου & Λαμπίδη, της αυτοσυμπληρούμενης Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος-Family Environment Scale ή για συντομία: FES (Moos & Moos, 1981) [161].

Το FES, είναι ένα ερωτηματολόγιο, που αποτελείται από 90 προτάσεις, που αφορούν διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας και διαιρείται σε 10 υποκλίμακες. Χορηγείται σε τρεις μορφές: 1) την ιδανική μορφή (Ideal Form), όπου ο εξεταζόμενος περιγράφει πώς θα έπρεπε να είναι διαμορφωμένες οι σχέσεις στο οικογενειακό του περιβάλλον, 2) την μορφή των προσδοκιών (Expectations Form), όπου ο εξεταζόμενος περιγράφει πώς ο ίδιος θα επιθυμούσε να είναι διαμορφωμένες οι σχέσεις στο οικογενειακό του περιβάλλον, και 3) την πραγματική μορφή (Real Form), όπου ο εξεταζόμενος περιγράφει τον τρόπο, με τον οποίο αντιλαμβάνεται ότι είναι διαμορφωμένες οι τρέχουσες σχέσεις του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ελληνική απόδοση της πραγματική μορφής της κλίμακας αυτής (Real Form).

Τις ανωτέρω ερωτήσεις, ο εξεταζόμενος καλείται να απαντήσει με δύο εναλλακτικές απαντήσεις: "σωστό"- "λάθος". Η ποιότητα των σχέσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας, διαμορφώνει στη συνέχεια τις δέκα υποκατηγορίες του FES, των οποίων οι ονομασίες και το περιεχόμενο έχουν ως εξής:

1. Συνοχή (Cohesion), (αίσθηση ότι ανήκουν στην οικογένεια και είναι υπερήφανοι γι' αυτήν).
2. Εκφραστικότητα (Expressiveness), (εκδηλωτικότητα των συναισθημάτων).
3. Διαμάχη (Conflict), (κατά πόσο χαρακτηρίζουν την οικογένεια οι ανοικτές σχέσεις διαμάχης).
4. Ανεξαρτησία (Independence), (τα μέλη της οικογένειας ενθαρρύνονται να δρουν το καθένα, αυτόνομα).

5. Προσανατολισμός προς την Επιτυχία (Achievement Orientation), (δραστηριότητες, πού γίνονται με σκοπό την επιτυχία ή τον συναγωνισμό).
6. Διανοητικός-Πολιτιστικός Προσανατολισμός (Intellectual-Cultural Orientation), (ενδιαφέροντα για πολιτικές, κοινωνικές, πνευματικές και πολιτιστικές δραστηριότητες).
7. Ενεργητικός-Ψυχαγωγικός Προσανατολισμός (Active-Recreational Orientation), (συμμετοχή σε κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες).
8. Ηθικο-Θρησκευτική Έμφαση (Moral-Religion Emphasis), (βαθμός πεποίθησης σε ηθικο-θρησκευτικές αξίες).
9. Οργάνωση (Organization), (βαθμός μεθοδικότητας και ακρίβειας του σχεδιασμού των οικογενειακών δραστηριοτήτων).
10. Έλεγχος (Control), (περιγραφή του ρόλου των κανόνων στην οικογένεια, καθώς και του βαθμού αυταρχικότητας ή της ιεραρχίας στη δομή της).

Κάθε υποκλίμακα βαθμολογείται με ένα συνολικό απόλυτο άθροισμα, πού κυμαίνεται από 0 έως 9, ενώ βάσει ειδικών πινάκων στάθμισης, υπάρχουν και αντίστοιχες σταθερές τιμές για κάθε υποκλίμακα (Moos RH & Moos BS, 1986, p 62) [162].

Η αξιολογία και εγκυρότητα της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES), έχει ελεγχθεί και βρέθηκε υψηλή (Moos RH & Moos BS, 1986, pp 18-22). Το FES, έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές έρευνες για ψυχικές νόσους, διανοητική καθυστέρηση, διαταραχές προσωπικότητας, κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, και σε ψυχοσωματικές διαταραχές (Waring & Russell 1980, McBurney & Baer 1981, Moos RH & Moos BS 1986, pp 26-30, 37-38) [227, 157, 162], καθώς και σε έρευνες με καρκίνο μαστού, σε προχωρημένα κλινικά στάδια χωρίς σύγκριση με ομάδες μη καρκινοπαθών ασθενών (Bloom 1982, Spiegel et al, 1983, Bloom & Spiegel 1984, Baider & De-Nour 1984) [31, 207, 32, 7].

Στην παρούσα έρευνα μετρήθηκαν με το FES οι εξής τύποι οικογενειακών σχέσεων:

- 1) Οργάνωση (organization), 2) Έλεγχος (control), 3) Ηθικο-Θρησκευτική Έμφαση (moral-religious emphasis), 4) Συνοχή (cohesiveness), 5) Διαμάχη (conflict) και 6) Εκφραστικότητα (expressiveness).

2.1.2.3.4. Εξέταση γνωστικών στοιχείων, πού ενδεχομένως σχετίζονται με Συμπεριφορές Τύπου C, στρατηγικών πού είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C, και στρατηγικών πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C.

Η εξέταση ενός γνωστικού στοιχείου πού ενδεχομένως σχετίζεται με μία από τις στρατηγικές, πού είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C και περιγράφει ότι: «οι καρκινοπαθείς δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους πού τις θύμωσαν, αλλά, μόνο διαμαρτύρονται (για τον προβληματισμό τους) σε άλλα άτομα», καθώς επίσης και η μέτρηση 7 γνωστικών στοιχείων, πού ενδεχομένως σχετίζονται με τις εξής Συμπεριφορές Τύπου C, δηλαδή: 1) μη έκφραση του θυμού, 2) παραμέληση των αναγκών, 3) θυσιάζεται για τους άλλους, 4) καθησυχαστικός, 5) υποτακτικός, 6) υποχωρητικός και 7) παθητικός, έγιναν με την τεχνική του δικτύου (grid), πού διαμορφώθηκε από τον Επιβλέποντα της παρούσας έρευνας.

Επίσης, εξετάστηκαν τόσο οι εσφαλμένες στρατηγικές πού είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C, όσο και οι στρατηγικές πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, με ένα ερωτηματολόγιο 31 ερωτήσεων, πού διαμορφώθηκε από τον Κύριο Ερευνητή με την στενή καθοδήγηση και εποπτεία του Επιβλέποντα της παρούσας έρευνας.

Δηλαδή, με το ερωτηματολόγιο αυτό εξετάστηκαν:

α) οι υπό διερεύνηση 4 συνολικά εσφαλμένες στρατηγικές, πού είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C και περιγράφουν ότι: 1) οι καρκινοπαθείς δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους πού τις θύμωσαν, αλλά, μόνο διαμαρτύρονται (για τον προβληματισμό τους) σε άλλα άτομα, 2) εκφράζουν με ασάφεια τα παράπονά τους σ' αυτούς πού τις ενοχλούν, 3) γκρινιάζουν αναίτια σε τρίτους, και 4) εκδηλώνουν συχνά συμπεριφορά παραίτησης, καθώς επίσης και

β) οι υπό εξέταση 10 συνολικά, στρατηγικές πού σχετίζονται άμεσα με τα εξής χαρακτηριστικά Συμπεριφοράς Τύπου C: 1) μη έκφραση του θυμού, 2) μη έκφραση άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων, πλην του θυμού, 3) επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, 4) αποφυγή

καυγάδων, 5) παραμέληση των αναγκών, 6) θυσιάζεται για τους άλλους, 7) καθησυχαστικός, 8) υποτακτικός, 9) υποχωρητικός και 10) παθητικός.

2.1.2.3.4.1. Εξέταση γνωστικών στοιχείων, πού ενδεχομένως σχετίζονται με Συμπεριφορές Τύπου C.

Βασικές γνώσεις.

1) Τι εξετάζει η τεχνική του δικτύου (Grid):

Η τεχνική του δικτύου (grid), ερευνά το σύστημα ορισμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του ατόμου. Σύμφωνα με τη θεωρία των "ατομικών (νοητικών) κατασκευασμάτων" (Personal Construct Theory) του G. Kelly, το κάθε άτομο έχει ορισμένες προσωπικές του "θεωρίες", ή ατομικές αντιλήψεις, σύμφωνα με τις οποίες εξηγεί όσα συμβαίνουν γύρω του και καθορίζει τη συμπεριφορά του (Fransella & Bannister, 1977, p 5) [72]. Σύμφωνα με αυτή την θεωρία, οι ατομικές ερμηνείες στο σύνολό τους αποτελούν το "σύστημα των προσωπικών αντιλήψεων" του ατόμου ή αλλιώς το "σύστημα των νοητικών του κατασκευασμάτων" (Personal Construct System). Η τεχνική grid λοιπόν, μελετά δομικά στοιχεία της προσωπικότητας (constructs) και συγκεκριμένα τις σχέσεις, που έχουν μεταξύ τους.

2) Τι είναι νοητικό κατασκεύασμα (construct) και τι είναι στοιχείο (element):

Κατά τον G Kelly, construct είναι κάθε ατομικό νοητικό κατασκεύασμα, για όσα διαδραματίζονται γύρω μας, το οποίο μερικές φορές δεν είναι δυνατόν να διατυπωθεί από το άτομο λεκτικά, και έχει έναν αντίθετο εννοιολογικό πόλο, πχ τίμιος-απατεώνας. Από την άλλη μεριά, στοιχεία (elements), είναι όλα εκείνα τα πράγματα ή πρόσωπα ή καταστάσεις ή γεγονότα, πάνω στα οποία αναφέρεται και μπορεί να εφαρμοσθεί κατάλληλα ένα ατομικό νοητικό κατασκεύασμα (construct).

3) Συμπερασματικά τονίζεται ότι:

Η τεχνική του δικτύου (grid), δεν είναι δοκιμασία προσωπικότητας (test), αλλά μέθοδος-τεχνική εκμείυσης πληροφοριών για συγκεκριμένες αντιλήψεις ενός ατόμου, και στις περισσότερες περιπτώσεις έχει σκοπό να προσδιορίσει τις σχέσεις που έχουν μεταξύ τους τα ατομικά νοητικά κατασκευάσματα (constructs) του εξεταζόμενου, ενώ σε μερικές περιπτώσεις, τις σχέσεις που έχουν μεταξύ τους τα στοιχεία (elements). Ανεξάρτητα από τη μορφή λοιπόν με την οποία χορηγείται ένα δίκτυο (grid), (γιατί υπάρχει μία ποικιλία μορφών χορήγησης), όλα τα δίκτυα σχεδιάζονται με τέτοιο τρόπο, ώστε να είναι δυνατόν να εφαρμοσθούν ποικίλες στατιστικές δοκιμασίες και η βασική τους υπόθεση είναι ότι οι στατιστικές συσχετίσεις μεταξύ δύο ατομικών κατασκευασμάτων (constructs), αντανακλούν γνώσεις.

Η μορφή δικτύου, πού χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, είναι η διαβαθμιζόμενη (rating grid). Σύμφωνα με τη μορφή αυτή, κάθε στοιχείο (element) βαθμολογείται με μία κλίμακα που καθορίζεται με μία σειρά από δίπολα νοητικά κατασκευάσματα (constructs), τα οποία χωρίζονται μεταξύ τους από ορισμένο αριθμό διαβαθμίσεων, όπως για παράδειγμα στην παρούσα έρευνα: 11 διαβαθμίσεις. Ο εξεταζόμενος καλείται να βαθμολογήσει το εκάστοτε στοιχείο, καθορίζοντας ένα-ένα τα διαβαθμιζόμενα νοητικά κατασκευάσματα. Στη μορφή αυτή το δίκτυο παρουσιάζεται με πολλές σελίδες, στο επάνω μέρος των οποίων αναγράφεται το εκάστοτε διαφορετικό στοιχείο (element), ενώ ακολουθεί ο πανομοιότυπος κατάλογος των διαβαθμιζόμενων δίπολων νοητικών κατασκευασμάτων (constructs).

Προκειμένου να ελεγχθούν οι υπό διερεύνηση υποθέσεις της παρούσας έρευνας, οι οποίες εξετάστηκαν με τη μορφή των χορηγούμενων δίπολων νοητικών κατασκευασμάτων (constructs), συγχορηγήθηκαν τέσσερα επιπλέον δίπολα νοητικά κατασκευάσματα (constructs), για να εξετασθούν οι μεταξύ τους σχέσεις. Δηλαδή, όλα τα δίπολα νοητικά κατασκευάσματα (constructs), ήταν τα εξής:

1) Δεν εκδηλώνει το θυμό του - Εκδηλώνει το θυμό του, 2) Δεν φροντίζει για τις ανάγκες του - Φροντίζει για τις ανάγκες του, 3) Θυσιάζεται για τους άλλους - Δεν θυσιάζεται για τους άλλους, 4) Καθησυχαστικός - Δεν είναι καθησυχαστικός, 5) Υποτακτικός - Καταπιεστικός, 6)

Υποχωρητικός - Ανυποχώρητος, 7) Παθητικός - Επιθετικός, 8) Ευτυχισμένος - Δυστυχισμένος, 9) Πετυχημένος - Αποτυχημένος, 10) Καλός - Κακός, 11) Έξυπνος - Κουτός.

Από αυτά τα 11 δίπολα νοητικά κατασκευάσματα (constructs), τα 7 πρώτα αφορούσαν τα υπό διερεύνηση χαρακτηριστικά Συμπεριφοράς Τύπου C, και τα 4 τελευταία που συνιστούν γενικά αποδεκτές έννοιες με θετικά-αρνητικά χαρακτηριστικά, προσετέθησαν για τον έλεγχο των υπό διερεύνηση 7 χαρακτηριστικών. Αν δηλαδή από τις στατιστικές συσχετίσεις που θα προκύψουν, βρεθεί για παράδειγμα ότι οι καρκινοπαθείς πιστεύουν ότι όποιος είναι υποχωρητικός, είναι ευτυχισμένος, ή πετυχημένος, ή καλός, ή έξυπνος, τότε αυτό θα σημαίνει ότι και στην καθημερινή τους πρακτική, προφανώς θα είναι όντως υποχωρητικοί, κ.ο.κ. Έτσι λοιπόν υπολογίσθηκαν ανά ένα, όλοι οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των constructs υπ' αριθμόν 1 έως 7 και 8 έως 11 του ανωτέρω καταλόγου.

Τα ανωτέρω δίπολα, βαθμολογήθηκαν με βάση 16 στοιχεία (elements), που ήταν τα εξής:

1. Πατέρας
2. Μητέρα
3. Σύζυγος
4. Ο εαυτός όπως είναι τώρα
5. Αδελφή
6. Αδελφός
7. Ένα πρόσωπο, που γνωρίζει καλά η εξεταζόμενη, και δεν τα πήγαινε καλά μαζί του
8. Ο εαυτός, όπως θα ήθελε να είναι
9. Ένα άτομο ιδιαίτερα υποχωρητικό, που γνωρίζει καλά η εξεταζόμενη
10. Ένα άτομο ιδιαίτερα καθησυχαστικό, που γνωρίζει καλά η εξεταζόμενη
11. Ένα άτομο ιδιαίτερα υποτακτικό, που γνωρίζει καλά η εξεταζόμενη
12. Ένα άτομο, που γνωρίζει καλά η εξεταζόμενη, το οποίο δεν εκφράζει σ' αυτόν που το θύμωσε το θυμό του, αλλά διαμαρτύρεται σε άλλα άτομα.
13. Ένα άτομο, που γνωρίζει καλά, που παραμερίζει τις δικές του επιθυμίες, για το χατίρι των άλλων.
14. Ένα άτομο, που η εξεταζόμενη γνωρίζει καλά, και, όταν κάποιος το ενοχλεί συνεχώς, δεν βρίσκει το κουράγιο να τον κάνει να σταματήσει.
15. Ένα άτομο ιδιαίτερα επιθετικό, που γνωρίζει καλά η εξεταζόμενη
16. Ένα άτομο, που θυσιάζεται για τους άλλους, και η εξεταζόμενη το γνωρίζει καλά.

Η μέτρηση του γνωστικού στοιχείου που ενδεχομένως σχετίζεται με μία από τις στρατηγικές, που είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C και περιγράφει ότι «οι καρκινοπαθείς δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους που τις θύμωσαν, αλλά, μόνο διαμαρτύρονται (για τον προβληματισμό τους) σε άλλα άτομα», έγινε με τον υπολογισμό των μη παραμετρικών συντελεστών συσχέτισης των στοιχείων 4 (Εαυτός) και 12 (Άτομο, το οποίο δεν εκφράζει σ' αυτόν που το θύμωσε το θυμό του, αλλά διαμαρτύρεται σε άλλα άτομα), καθώς και των στοιχείων 8 (Ιδανικός Εαυτός) και 12 (Άτομο, το οποίο δεν εκφράζει σ' αυτόν που το θύμωσε το θυμό του, αλλά διαμαρτύρεται σε άλλα άτομα).

Εγκυρότητα και αξιοπιστία. Με την στατιστική έννοια του όρου, δεν υπάρχει συντελεστής συσχέτισης αξιοπιστίας της επαναμέτρησης (the test-retest reliability coefficient) για την τεχνική του δικτύου (Fransella F. In: Saisbury & Kreitman, 1975) [188]. Υπάρχουν όμως σημαντικές αποδείξεις για την αξιοπιστία συγκεκριμένων δικτύων (Bannister and Mair, 1968) [18]. Δηλαδή, όταν οι τελευταίοι ερευνητές επαναχορήγησαν την ίδια μορφή κατασκευασμένου δικτύου (grid) στην ίδια ομάδα ατόμων, με μεσοδιάστημα 6 εβδομάδων, βρέθηκε ότι ο συντελεστής συσχέτισης αξιοπιστίας της επαναμέτρησης (the test-retest reliability coefficient), ήταν πολύ υψηλός (0,92). Παρόμοια ευρήματα με επαναμέτρηση των ίδιων ομάδων έδειξαν αποτελέσματα με συμφωνία που κυμαινόταν μεταξύ 0,6 και 0,8 (Bannister 1960, Bannister & Fransella 1966) [16, 17]. Όσον αφορά την εγκυρότητα (validity), με τη γνωστή έννοια του όρου, ότι δηλαδή το δίκτυο (grid), μετράει την οντότητα που παρουσιάζεται ότι μετράει, για παράδειγμα την "υποχωρητικότητα", και όχι κάποιον άλλο παράγοντα, πρέπει να σημειωθεί ότι τα δίκτυα (grids), δεν μετρούν ένα χαρακτηριστικό με

αυτή την έννοια. Ο λόγος, είναι ότι τα δίκτυα είναι τρόποι υπολογισμού των σχέσεων, που έχουν μεταξύ τους τα ατομικά νοητικά κατασκευάσματα ενός ατόμου (constructs) (Fransella & Bannister, 1977) [72]. Βασική σημασία λοιπόν, για την εγκυρότητα (validity), έχει η λήψη του ακόλουθου προληπτικού μέτρου, κατά τη χορήγηση των έτοιμων ατομικών νοητικών κατασκευασμάτων (constructs), προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση που έχουν μεταξύ τους στο κάθε άτομο. Συγκεκριμένα, πρέπει η έννοιά τους να είναι προσιτή και κατανοητή από το εξεταζόμενο άτομο, έτσι ώστε αυτό να μη βαθμολογήσει τα κατασκευάσματα για το κάθε στοιχείο, με τυχαίο και αυθαίρετο τρόπο. Αν γίνει, εκ μέρους του εξεταζόμενου, τέτοιου είδους βαθμολογήσει, τότε και οι πληροφορίες που θα προκύψουν ως προς τις σχέσεις μεταξύ των constructs, θα είναι παραπλανητικές (Fransella & Bannister, 1977, pp 92-103) [72].

Με τη διαβαθμιζόμενη μορφή του δικτύου της παρούσας έρευνας (rating grid), έγιναν οι εξής μετρήσεις, με τον υπολογισμό του μη παραμετρικού συντελεστή συσχέτισης σειράς του Spearman (ή r_s): α) για την εκτίμηση των γνωσιών, που είναι δυνατόν να σχετίζονται με Συμπεριφορές Τύπου C, όσο και β) για την εκτίμηση της γνωσίας, που ενδεχομένως σχετίζεται με την εσφαλμένη στρατηγική, που είναι συναφής με Συμπεριφορά Τύπου C, σύμφωνα με την οποία ο εξεταζόμενος «δεν εκφράζει σ' αυτόν που τον θύμωσε το θυμό του, αλλά διαμαρτύρεται σε άλλα άτομα»:

1. Μη έκφραση του θυμού: r_s μεταξύ των constructs 1-8, 1-9, 1-10, και 1-11.
2. Δεν φροντίζει για τις ανάγκες του: r_s μεταξύ των constructs 2-8, 2-9, 2-10, και 2-11.
3. Θυσιάζεται για τους άλλους: r_s μεταξύ των constructs 3-8, 3-9, 3-10, και 3-11. Επίσης r_s μεταξύ των elements 4-13, 4-16, 8-13, και 8-16.
4. Καθησυχαστικός: r_s μεταξύ των constructs 4-8, 4-9, 4-10 και 4-11. Επίσης r_s μεταξύ των elements 4-10 και 8-10.
5. Υποτακτικός: r_s μεταξύ των constructs 5-8, 5-9, 5-10, και 5-11. Επίσης r_s μεταξύ των elements 4-11 και 8-11.
6. Υποχωρητικός: r_s μεταξύ των constructs 6-8, 6-9, 6-10, και 6-11. Επίσης r_s μεταξύ των elements 4-9 και 8-9.
7. Παθητικός: r_s μεταξύ των constructs 7-8, 7-9, 7-10, και 7-11. Επίσης r_s μεταξύ των elements 4-14, 8-14, 4-15, και 8-15.
8. Δεν εκφράζει το θυμό της σ' αυτόν που την θύμωσε, αλλά διαμαρτύρεται σε άλλα άτομα: r_s μεταξύ των elements 4-12 και 8-12.

2.1.2.3.4.2. Εξέταση στρατηγικών που σχετίζονται άμεσα ή είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C.

Το ανωτέρω ερωτηματολόγιο περιείχε 31 ερωτήσεις, από τις οποίες οι 24 εξέταζαν ορισμένες στρατηγικές που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, καθώς και συνδυασμούς αυτών με ορισμένες άλλες, όπως της παραμέλησης των αναγκών, και της επιθυμίας της κοινωνικής αποδοχής, ενώ οι 7 εξέταζαν εσφαλμένες στρατηγικές, που είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C.

Οι στρατηγικές που εξετάζονται στις 24 ερωτήσεις, σχετίζονται άμεσα με τους εξής Τύπους Συμπεριφοράς C, που περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία: 1) Υποχωρητικός, 2) Παθητικός, 3) Υποτακτικός, 4) Καθησυχαστικός, 5) Ενδιαφέρεται για την εκτίμηση των άλλων, 6) Δεν εκφράζει θυμό, 7) Δεν εκφράζει άλλα δυσάρεστα συναισθήματα, πλην θυμού, 8) Δεν φροντίζει για τις ανάγκες του, 9) Θυσιάζεται για τους άλλους και 10) Αποφεύγει τους καυγάδες.

Οι υπόλοιπες στρατηγικές που εξετάζονται στις 7 ερωτήσεις είναι οι εξής Τύποι εσφαλμένων στρατηγικών, που δεν περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία, αλλά είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C: 1) Δεν λέει στους άλλους τα παράπονά του, 2) Λέει τα παράπονά του σε τρίτους, 3) Παραπονιέται για άσχετα θέματα, 4) Δεν λέει τα παράπονά του σε στενό συγγενή, 5) Λέει τα παράπονά του για συγγενή σε τρίτους, 6) Παραπονιέται σε συγγενή για άσχετα θέματα, 7) Παραπονιέται παροδικά σε συγγενή και κατόπιν παραιτείται, και 8) Δεν

λέει τα παράπονά του σε συγγενή και ξεσπάει σε τρίτους. Οι στρατηγικές αυτές, είναι νέες υποθέσεις, οι οποίες δεν περιλαμβάνονται στις Συμπεριφορές Τύπου C στη μέχρι σήμερα προσιτή βιβλιογραφία, αλλά είναι συναφείς με αυτές.

Οι ερωτήσεις χορηγήθηκαν με μία διαβαθμιζόμενη μορφή, όπου η διατύπωση γινόταν με δύο αντίθετες μεταξύ τους σε έννοια προτάσεις, και ένα διαχωρισμό με 11 παύλες, τις οποίες οι εξεταζόμενες ήταν σε θέση να βαθμολογήσουν ελεύθερα. Συγκεκριμένα, στον ένα πόλο υπήρχε μία φραστική διατύπωση της υπό διερεύνηση στρατηγικής, ενώ στον αντίθετο πόλο υπήρχε μία φραστική διατύπωση μη ύπαρξης της εξεταζόμενης στρατηγικής. Η πλήρης μορφή του ερωτηματολογίου φαίνεται στον **πίνακα 12** του Παραρτήματος.

Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε αφ' ενός μεν για να γίνει ο έλεγχος των ανωτέρω υποθέσεων, δηλαδή να ελεγχθεί αν οι καρκινοπαθείς έχουν τις ανωτέρω στρατηγικές σε μεγαλύτερο βαθμό από τις μη καρκινοπαθείς, αφ' ετέρου δε, για να γίνει επιπλέον Factor Analysis, προκειμένου να διαπιστωθεί ποιες εσφαλμένες στρατηγικές από εκείνες που είναι συναφείς με τις Συμπεριφορές Τύπου C, αλλά δεν περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία, συνοδεύουν τις στρατηγικές που, σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, και περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία.

2.1.2.4. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ.

Όλα τα άτομα, και των τριών ομάδων, που εξετάστηκαν για την παρούσα έρευνα, ήταν ασθενείς του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης. Συγκεκριμένα, οι προβιοψιακές ασθενείς, δηλαδή οι ασθενείς της πειραματικής και της πρώτης ομάδας ελέγχου, νοσηλεύονταν στην Γενική Χειρουργική Κλινική και την Κλινική Χειρουργικής Ογκολογίας, ενώ οι περιπατητικές ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο στάδιο, δηλαδή οι ασθενείς της δεύτερης ομάδας ελέγχου, νοσηλεύονταν στην Κλινική Παθολογικής Ογκολογίας.

Όλες οι ασθενείς εξετάστηκαν από τον κύριο ερευνητή, αφού πριν από την έναρξη της έρευνας, είχε προηγηθεί λεπτομερής ενημέρωση των Διευθυντών των ανωτέρω Κλινικών από τον Επιβλέποντα, για την ακριβή φύση της έρευνας, και αφού είχε χορηγηθεί άδεια από τους ανωτέρω Διευθυντές για την εξέταση των ασθενών τους. Στο σημείο αυτό υπογραμμίζεται ότι όπως είναι γνωστό, στη χώρα μας δεν συνηθίζεται να ενημερώνονται όλοι ανεξαιρέτως οι καρκινοπαθείς για την διάγνωση της πάθησής τους. Ωστόσο, οι επικεφαλής των ανωτέρω Τμημάτων ερωτήθηκαν για το θέμα αυτό, και προέκυψε ότι και από τα τρία ανωτέρω Τμήματα, ακολουθείται η εξής κοινή γραμμή αντιμετώπισης. Δηλαδή, κατά κανόνα, οι ασθενείς δεν ενημερώνονται για την ακριβή φύση της πάθησής τους, εκτός εάν κριθεί από τους θεράποντες ιατρούς ότι τούτο είναι σκόπιμο. Σκόπιμο δε, κρίνεται από όλους τους θεράποντες ιατρούς, μόνον όταν επιμένει πολύ ο ασθενής να πληροφορηθεί για την ακριβή φύση της πάθησής του.

Έτσι λοιπόν, κρίθηκε σκόπιμο, η προσέγγιση όλων των ασθενών, προκειμένου να ζητηθεί η δική τους, προσωπική, άδεια για την ψυχιατρική εξέταση, ώστε να τεθούν στην έρευνα, να μην περιέχει τον ακριβή σκοπό, ότι δηλαδή "γίνεται έρευνα για τον καρκίνο", αφού άλλωστε τούτο θα ερχόταν σε αντίθεση με την ανωτέρω ακολουθούμενη από τους θεράποντες ιατρούς στρατηγική. Ζητήθηκε λοιπόν άδεια από τις ασθενείς, λέγοντάς τους ότι: "γίνεται έρευνα για τις ψυχολογικές αντιδράσεις ασθενών που έχουν παθήσεις όπως και η δικιά σας, όταν έρχονται στο νοσοκομείο για θεραπεία ή εγχείρηση, για να μπορούν οι γιατροί να τις αντιμετωπίσουν καλύτερα".

Ως προς την λήψη πληροφοριών από τις ασθενείς για το θέμα της γνώσης εκ μέρους τους, της ακριβούς ή όχι φύσης της πάθησής τους, υποβλήθηκαν οι προβιοψιακές ασθενείς, στις εξής δύο ερωτήσεις, που διαμορφώθηκαν από τον Επιβλέποντα: 1) "Για τι αρρώστια θα χειρουργηθείτε;" και 2) "Τι σας είπαν ότι έχετε οι γιατροί;". Ανάλογα με τις απαντήσεις, οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε μία από τις εξής δύο κατηγορίες: 1) Γνωρίζει ή 2) Δεν γνωρίζει.

2.1.2.5. ΤΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ.

2.1.2.5.1. Εξέταση της ψυχοπαθολογίας.

Η εξέταση της ψυχοπαθολογίας έγινε με την "Εξέταση της Παρούσας Κατάστασης" των Wing, Cooper και Sartorius στην Ελληνική της απόδοση, των Μαυρέα και συναδελ. (1982) [238] (Present State Examination ή για συντομία στο εξής: PSE).

Μορφή και τρόπος χορήγησης. Το PSE, δεν είναι ένα απλό ερωτηματολόγιο, αλλά μία αρκετά εύκαμπτη τυποποιημένη ψυχιατρική συνέντευξη, η οποία στην πλήρη της μορφή χορηγείται μόνον από ψυχίατρο, και αφορά την εξέταση της ψυχοπαθολογίας του τελευταίου μήνα. Το PSE, στην πλήρη μορφή του, με την οποία έγινε και η εξέταση όλων των ασθενών, περιέχει 107 ερωτήσεις συμπτωμάτων. Η θετική βαθμολόγησή τους δεν βασίζεται σε μία απλή καταφατική απάντηση του εξεταζόμενου, αλλά ακριβώς επειδή απαιτείται κλινική κρίση, ο ψυχίατρος κάνει επιπλέον και τις δικές του διευκρινιστικές ερωτήσεις, ή ακόμη, αν χρειασθεί, αλλάζει κατά την κρίση του τη σειρά των ερωτήσεων, έτσι ώστε η εξέταση να γίνεται λιγότερο κατευθυνόμενη, και ως εκ τούτου εύκαμπτη. Εκτός από τις 107 ερωτήσεις συμπτωμάτων, περιλαμβάνονται επιπλέον και 33 σημεία, όπου βαθμολογείται κατά την κρίση πάλι του κλινικού, η συμπεριφορά, το συναίσθημα και η ομιλία του εξεταζόμενου, πάντοτε όμως σε συμφωνία με το γλωσσάριο των ορισμών, που συνοδεύει το PSE. Το τελευταίο, βασίζεται στο σύνολό του, δηλαδή και στις 140 ερωτήσεις και σημεία του, σε ένα καθαρά περιγραφικό σύστημα φαινομενολογίας.

Το PSE, συμπληρώνεται από ένα πρόγραμμα (CATEGO) για ηλεκτρονικό υπολογιστή, το οποίο επιτρέπει την ταξινόμηση των εξεταζόμενων σε κατηγορίες ψυχιατρικών συνδρομών αφ' ενός, και αφ' ετέρου σε διαγνωστικές κατηγορίες αντίστοιχες της Ένατης Διεθνούς Ταξινόμησης (ICD-9). Τα, 38 συνολικά, σύνδρομα, που σχηματίζονται από τα 140 συμπτώματα, είναι τα εξής:

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ (SYNDROME CHECK LIST): 1) NS = πυρηνικό σύνδρομο, 2) CS = κατατονικό σύνδρομο, 3) IS = ασυνάρτητη ομιλία, 4) RS = υπολειμματικό σύνδρομο, 5) DD = καταθλιπτικές παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις, 6) SD = απλή κατάθλιψη, 7) ON = ιδεοψυχαναγκαστική νευρώση, 8) GA = γενικό άγχος, 9) SA = περιστασιακό άγχος, 10) HT = υστερία, 11) AF = συναισθηματική επιπέδωση, 12) HM = υπομανία, 13) AH = ακουστικές ψευδαισθήσεις, 14) PE = διακτικές παραληρητικές ιδέες, 15) RE = παραληρητικές ιδέες αναφοράς, 16) GR = παραληρητικές ιδέες μεγαλείου και θρησκευτικού περιεχομένου, 17) SF = σεξουαλικές και φανταστικές παραληρητικές ιδέες, 18) VH = οπτικές ψευδαισθήσεις, 19) OH = οσφρητικές ψευδαισθήσεις, 20) OV = υπερδραστηριότητα, 21) SL = βραδύτητα, 22) NP = μη ειδική ψύχωση, 23) DE = αποπροσωποποίηση, 24) ED = ειδικά χαρακτηριστικά κατάθλιψης, 25) AG = ταραχή, 26) NG = παραμέληση εαυτού, 27) IR = ιδέες αναφοράς, 28) TE = τάση, 29) LE = απώλεια ενεργητικότητας, 30) WO = στενοχώρια κ.λ.π., 31) IT = ευερεθιστότητα, 32) SU = κοινωνικά ανήσυχος, 33) IC = απώλεια ενδιαφέροντος και συγκέντρωσης, 34) HY = υποχονδρίαση, 35) OD = άλλα συμπτώματα κατάθλιψης, 36) OR = οργανική βλάβη, 37) SC = "υποπολιτιστικές" παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, και 38) DI = αμφίβολη συνέντευξη.

Στη συνέχεια, προστέθηκε ένα σύστημα, (Wing & Sturt, 1978) [237], που προσδιορίζει την βαρύτητα της συμπτωματολογίας, και ονομάστηκε "Δείκτης Προσδιορισμού" (Index of Definition ή ID). Με αυτό το σύστημα καθορίζεται αν ένα άτομο αποτελεί "ψυχιατρική περίπτωση", το βαθμό βαρύτητάς της, καθώς και αν πρόκειται για "υποκλινική περίπτωση". Σύμφωνα λοιπόν με το σύστημα αυτό, για συντομία ID, διακρίνονται οκτώ επίπεδα βαρύτητας, εκ των οποίων τα τέσσερα πρώτα είναι υποκλινικά, το πέμπτο αφορά τις ενδιάμεσες περιπτώσεις, και τα τρία τελευταία αφορούν τις σαφείς κλινικές περιπτώσεις. Τα επίπεδα αυτά, ορίζονται λεπτομερέστερα ως εξής:

1. το επίπεδο 1, χαρακτηρίζει την απουσία συμπτωμάτων και συνολικό άθροισμα βαθμολογίας 0
2. το επίπεδο 2, χαρακτηρίζει την παρουσία μη ειδικών νευρωσικών συμπτωμάτων και συνολικό άθροισμα βαθμολογίας 1-4

3. το επίπεδο 3, χαρακτηρίζει την παρουσία μη ειδικών νευρωσικών συμπτωμάτων, αλλά, συνολικό άθροισμα βαθμολογίας 5-9
4. το επίπεδο 4, χαρακτηρίζει είτε την παρουσία μη ειδικών νευρωσικών συμπτωμάτων και συνολικό άθροισμα βαθμολογίας μεγαλύτερο του 10, είτε την παρουσία ενός μόνον ειδικού συμπτώματος, όπως καταθλιπτικού ή υπομανιακού συναισθήματος χωρίς τη συνοδεία άλλων συναφών συμπτωμάτων,
5. το επίπεδο 5, χαρακτηρίζει τις ενδιάμεσες ή "μεθοριακές" περιπτώσεις, ενώ τέλος,
6. τα επίπεδα 6-8, χαρακτηρίζουν τις σαφείς ψυχικές διαταραχές, οι οποίες ως εκ τούτου προσλαμβάνουν και μία συγκεκριμένη ταξινομητική θέση στο διαγνωστικό σύστημα ICD-9.

Αξιοπιστία και εγκυρότητα. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του PSE, έχουν επανειλημμένα ελεγχθεί και βρέθηκαν πολύ υψηλές. Για παράδειγμα, η αξιοπιστία σε ό,τι αφορά συμπτώματα με το PSE ανέβηκε σε πολύ υψηλά επίπεδα όπως: ψευδαισθήσεις 91,9%, παραληρητικές ιδέες 94,5%, άγχος 93,9%, συναισθηματική επιπέδωση 86,2% και κατάθλιψη 88,3%. Επίσης, σε ό,τι αφορά τις διαγνωστικές κατηγορίες, η αξιοπιστία ανέβηκε σε ποσοστό 84% σε απόλυτη συμφωνία, καθώς και επιπρόσθετα σε μερική 7%. Γενικά, το PSE μπορεί να θεωρηθεί σε παρόμοιο επίπεδο η πλέον αξιόπιστη και έγκυρη τυποποιημένη ψυχιατρική συνέντευξη (Cooper et al 1977, Luria & McHugh 1974, Στεφανής και συνεργάτες 1977, Sturt et al 1981, Wing et al 1967, 1974, 1977a, 1977b, 1982) [48, 150, 211, 214, 232, 233,234, 235, 238].

Περιορισμοί χρήσης. Στο PSE δεν συμπεριλαμβάνονται καθόλου ερωτήσεις πού να εξετάζουν διαταραχές της προσωπικότητας, ούτε όμως και ερωτήσεις πού να εξετάζουν στο σύνολό τους τις οργανικές ψυχικές διαταραχές, με συνέπεια το PSE να μη μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ταξινόμηση ασθενών με τις ανωτέρω διαταραχές.

Χρήσεις του PSE. Το PSE έχει δυνατότητες εφαρμογής τόσο σε επιστημονικές, όσο και σε εκπαιδευτικές, κλινικές και κοινωνικές χρήσεις. Ως προς τις επιστημονικές χρήσεις, γιατί η ανάλυση των υπολοίπων εκφεύγει των σκοπών της παρούσας εργασίας, πρέπει να αναφερθεί ότι το PSE, μεταξύ άλλων εφαρμογών, έχει την δυνατότητα της περιγραφής της ψυχοπαθολογίας ομάδων ατόμων, σε ποικιλία όρων: συμπτωμάτων, κλινικών συνδρόμων ή κατηγοριών. Το PSE, έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές έρευνες διαγνωστικής ταξινόμησης ψυχιατρικών ασθενών, ενώ η μετάφρασή του, πού έγινε σε 15 γλώσσες, δίνει τη δυνατότητα σύγκρισης των αποτελεσμάτων διαφόρων ερευνών σε πολλά μέρη του κόσμου (Wing et al, 1982 Ελληνική Απόδοση: Μαυρέας και συνεργάτες, σελ. 7-10) [238]. Τέλος, η Ελληνική απόδοση, έχει χρησιμοποιηθεί τόσο σε εσωτερικούς ψυχιατρικούς ασθενείς (Μαυρέας και συνεργάτες, 1981) [154], όσο και σε γενικό πληθυσμό (Μαντεάς et al, 1986) [155], αλλά και σε ψυχοσωματικούς ασθενείς (Lyketsos et al, 1985) [151].

2.1.2.5.2. Εξέταση των στρεσογόνων γεγονότων ζωής.

Η εξέταση των στρεσογόνων γεγονότων ζωής, έγινε με την Κλίμακα των Γεγονότων Ζωής -Scaling of Life Events- των Paykel et al (1971) [173]. Η κλίμακα αυτή είναι αυτοσυμπληρούμενη και εξετάζει τον αριθμό, το είδος, και την υποκειμενική ένταση των γεγονότων του τελευταίου έτους, σε 61 διαφορετικά γεγονότα. Ο εξεταζόμενος, βαθμολογεί την βαρύτητα της υποκειμενικής έντασης του καθενός γεγονότος με μία αριθμητική κλίμακα βαρύτητας, πού κυμαίνεται από το ελάχιστο, με όριο το μηδέν, και φθάνει μέχρι το μέγιστο, του οποίου όριο είναι το είκοσι. Στο τέλος, καλείται να ξαναδιαβάσει τον κατάλογο των γεγονότων από την αρχή, σημειώνοντας με ένα χ, όσα γεγονότα του συνέβησαν μέσα στους τελευταίους δώδεκα μήνες. Ο κατάλογος των γεγονότων αρχίζει με τα μεγαλύτερης βαρύτητας γεγονότα όπως: θάνατοι στενών συγγενών, φυλάκιση, διαζύγιο, απόλυση από την εργασία, και προχωρεί σε γεγονότα ήσσονος βαρύτητας, όπως: να είναι σε διάσταση, να έχει σοβαρές οικονομικές δυσκολίες, ενώ τέλος καταλήγει σε γεγονότα, πού υποσημαίνουν μεν κάποια μορφή αλλαγής, η οποία χρειάζεται προσαρμογή, αλλά έχουν ευχάριστη χροιά, όπως: να αρραβωνιασθεί, να πάρει προαγωγή ή να έχει μία γυναίκα επιθυμητή εγκυμοσύνη. Κοινό χαρακτηριστικό όλων όμως των γεγονότων, είναι ότι μέσα από όλα τα είδη, δηλαδή τόσο τα δυσάρεστα, όσο και τα ευχάριστα, είναι ότι σε όλα ανεξαιρέτως υποσημαίνεται μία μορφή

απώλειας, η οποία αφορά οτιδήποτε από τα εξής: κατάσταση, αντικείμενο, άτομο ή σχέση. Επίσης, περιλαμβάνονται και τέσσερα συνολικά γεγονότα, που αναφέρονται σε μία μορφή εμπειρίας που έχει σχέση με κάποια αρρώστια.

Η Κλίμακα Γεγονότων Ζωής, αρχίζει με ένα μικρό επεξηγηματικό πρόλογο, που δίνει με λίγα λόγια, στον εξεταζόμενο, να καταλάβει τι ακριβώς του ζητείται. Στη συνέχεια ακολουθεί ο κατάλογος με τα γεγονότα, και στο τέλος, υπάρχει άλλο ένα σχόλιο, με το οποίο ζητείται από τον εξεταζόμενο να ξαναδιαβάσει τα γεγονότα ένα-ένα, και σε όσα του έχουν συμβεί τον τελευταίο χρόνο, να βάλει ένα σημείο χ πάνω στον αριθμό του γεγονότος.

Αξιοπιστία και εγκυρότητα. Η Κλίμακα Γεγονότων Ζωής των Paykel και συναδ. (1971), αποτελεί προϊόν σημαντικής τροποποίησης της Κλίμακας Προσαρμογής των Holmes & Rahe (1967) [114], και χορηγήθηκε σε σημαντικό αριθμό εξωτερικών και εσωτερικών ψυχιατρικών ασθενών, καθώς και υγιών συγγενών τους. Σύγκριση σε 14 γεγονότα που ήταν όμοια σε θεματικό περιεχόμενο μεταξύ των δύο κλιμάκων, έδειξε σημαντική ομοιότητα μεταξύ τους ($r=0.683$). Επίσης, η συμφωνία μεταξύ των ομάδων ήταν πολύ υψηλή, καθώς και η συμφωνία μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών τάξεων. Υψηλού βαθμού συμφωνία βρέθηκε και όταν έγινε διαχωρισμός και σύγκριση κατά φύλο, φυλή, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση και θρησκεία. Έτσι, Η Κλίμακα Γεγονότων Ζωής των Paykel et al (1971), θεωρείται κατάλληλη για ερευνητική εφαρμογή μεταξύ ομάδων [173].

Τρόπος χορήγησης του Ερωτηματολογίου: Αφού δοθεί το ερωτηματολόγιο στις εξεταζόμενες, ο κύριος ερευνητής τους εξηγεί με λίγα λόγια τις ήδη γραμμένες οδηγίες. Στη συνέχεια, τις αφήνει να διαβάσουν τις οδηγίες, και είναι στη διάθεσή τους για τυχόν επιπρόσθετες επεξηγήσεις που αφορούν τις οδηγίες, ή κάποια συμπληρωματικά επεξηγηματικά σχόλια πάνω στις ίδιες τις ερωτήσεις, αν χρειασθεί.

Η Κλίμακα Γεγονότων Ζωής μεταφράστηκε στα Ελληνικά και επαναμεταφράστηκε στα Αγγλικά, για να ελεγχθεί η ακρίβεια της μετάφρασης. Η επαναμετάφραση, αφού ελέγχθηκε από τον Εισηγητή της έρευνας, δεν έδειξε σημαντικές διαφορές από το αρχικό αγγλικό κείμενο. Ο πλήρης κατάλογος, στη μορφή που χορηγήθηκε, φαίνεται στον **πίνακα 4** (βλ. Παράρτημα).

Σύμφωνα με τους Paykel et al (1971), σε ορισμένες έρευνες είναι αναγκαία κάποια μορφή κατηγοριοποίησης του στρες. Σε περίπτωση απουσίας αυτής της κατηγοριοποίησης προτείνει είτε τον αριθμητικό υπολογισμό ενός εκάστου των γεγονότων που βιώνονται, είτε μία προσπάθεια ομαδοποίησης των γεγονότων ανάλογα με τη σημασία τους. Γι' αυτό το λόγο, προτιμήθηκε, εκτός από την μέτρηση ενός εκάστου των γεγονότων της πειραματικής ομάδας σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου, να γίνει επιπλέον και μία εννοιολογική ομαδοποίηση. Έτσι, τα γεγονότα διαχωρίστηκαν και ομαδοποιήθηκαν περαιτέρω, ανάλογα με το εννοιολογικό τους περιεχόμενο σε δύο κατηγορίες: 1) 57 γεγονότα σχετιζόμενα με οποιασδήποτε μορφής απώλεια, δηλαδή, αντικειμένου ή προσώπου ή σχέσης ή κατάστασης, και 2) 4 γεγονότα σχετιζόμενα με εμπειρία σωματικής αρρώστιας. Με τον επιπρόσθετο αυτό τρόπο υπολογισμού των γεγονότων θα καταστεί δυνατή η εκτίμηση τόσο του συνολικού αριθμού, όσο και του ποιοτικού είδους των γεγονότων. Η ομαδοποίηση αυτή έγινε για να ελεγχθούν καλύτερα οι σχετικές υποθέσεις, αλλά και τα ευρήματα των LeShan (1959, 1966) [142, 143] και Cooper et al (1986) [50], και άλλων ερευνητών, που αναφέρουν ότι οι καρκινοπαθείς ή άτομα επιρρεπή για καρκίνο, βιώνουν υποκειμενικά σε μεγαλύτερη ένταση τα γεγονότα τύπου απώλειας, συγκριτικά με τους μη καρκινοπαθείς.

2.1.2.5.3. Εξέταση των Χαρακτηριστικών του Οικογενειακού Περιβάλλοντος.

Η εξέταση των Χαρακτηριστικών του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, έγινε με την Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale) των Moos RH & Moos BS (1981) [161].

Μορφή και περιεχόμενο της Κλίμακας. Η Κλίμακα αυτή είναι αυτοσυμπληρούμενη και αποτελείται από 90 ερωτήσεις, στις οποίες ο εξεταζόμενος σημειώνει ναι ή όχι, αναλόγως, δηλαδή αν συμφωνεί ή όχι με το περιεχόμενό τους. Επίσης, μπορεί να χορηγηθεί σε τρεις μορφές: 1) την ιδανική μορφή (Ideal Form), όπου ο εξεταζόμενος περιγράφει πώς θα έπρεπε

να είναι διαμορφωμένες οι σχέσεις στο οικογενειακό του περιβάλλον, 2) την μορφή των προσδοκιών (Expectations Form), όπου ο εξεταζόμενος περιγράφει πώς ο ίδιος θα επιθυμούσε να είναι διαμορφωμένες οι σχέσεις στο οικογενειακό του περιβάλλον, και 3) την πραγματική μορφή (Real Form), όπου ο εξεταζόμενος περιγράφει τον τρόπο, με τον οποίο αντιλαμβάνεται ότι είναι διαμορφωμένες οι τρέχουσες σχέσεις του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ελληνική απόδοση της τελευταίας αυτής μορφής της κλίμακας (Real Form). Η μορφή αυτή, της οποίας λεπτομερής κατάλογος φαίνεται στον **πίνακα 5** (βλ. Παράρτημα), αρχίζει με οδηγίες για τον τρόπο συμπλήρωσής της, όπου ο εξεταζόμενος καλείται να συμπληρώσει τον κατάλογο διαφόρων καταστάσεων που συμβαίνουν στην οικογένειά του, έτσι όπως εκείνος νομίζει ότι ισχύουν για τα περισσότερα μέλη. Στη συνέχεια ακολουθεί ο κατάλογος με τις 90 διαφορετικές καταστάσεις, τις οποίες ο εξεταζόμενος συμπληρώνει ανάλογα, βάζοντας ένα χ σε τετραγωνάκια με την ένδειξη "ΙΣΧΥΕΙ" ή "ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ".

Από τις 90 ανωτέρω αναφερόμενες ερωτήσεις, διαμορφώνονται τελικά οι εξής δέκα υποκλίμακες:

1. Συνοχή (Cohesion), όπου περιγράφεται ο βαθμός της δέσμευσης, αλληλοβοήθειας και αλληλοϋποστήριξης των μελών της οικογένειας.
2. Εκφραστικότητα (Expressiveness), όπου περιγράφεται ο βαθμός της αλληλοενθάρρυνσης για ανοικτή δράση και σαφή έκφραση των συναισθημάτων.
3. Διαμάχη (Conflict), όπου περιγράφεται ο βαθμός της ανοικτής έκφρασης θυμού, επιθετικότητας και διαμάχης μεταξύ των μελών της οικογένειας.
4. Ανεξαρτησία (Independence), όπου περιγράφεται ο βαθμός της αυτοπεποίθησης, αυτάρκειας και ικανότητας για λήψη αποφάσεων ενός εκάστου των μελών της οικογένειας.
5. Προσανατολισμός προς την Επιτυχία (Achievement Orientation), όπου περιγράφεται ο βαθμός των δραστηριοτήτων, που γίνονται με σκοπό την επιτυχία ή τον συναγωνισμό.
6. Διανοητικός-Πολιτιστικός Προσανατολισμός (Intellectual-Cultural Orientation), όπου περιγράφεται ο βαθμός του ενδιαφέροντος για πολιτικές, κοινωνικές, πνευματικές και πολιτιστικές δραστηριότητες.
7. Ενεργητικός-Ψυχαγωγικός Προσανατολισμός (Active-Recreational Orientation), όπου περιγράφεται ο βαθμός συμμετοχής σε κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες.
8. Ηθικο-Θρησκευτική Έμφαση (Moral-Religion Emphasis), όπου περιγράφεται ο βαθμός πεποίθησης σε ηθικά και θρησκευτικά ζητήματα και αξίες.
9. Οργάνωση (Organization), όπου περιγράφεται ο βαθμός που θεωρείται σημαντική η καθαρή οργάνωση και δομή στο σχεδιασμό οικογενειακών δραστηριοτήτων και υπευθυνότητων.
10. Έλεγχος (Control), όπου περιγράφεται ο βαθμός με τον οποίο χρησιμοποιούνται κανόνες και διαδικασίες στην καθημερινή οικογενειακή ζωή.

Αξιοπιστία και εγκυρότητα. Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει ελεγχθεί και βρέθηκε υψηλή (Moos RH & Moos BS, 1986) [162], ενώ η Ελληνική απόδοση έγινε από τις ψυχολόγους Μίνα Πολέμη-Τοδούλου και Άννα Λαμπίδη, και έχει χρησιμοποιηθεί ερευνητικά σε πολλαπλά πλαίσια από συνεργάτες του Αθηναϊκού Κέντρου Μελέτης του Ανθρώπου.

Τρόπος χορήγησης. Αφού δοθεί στον εξεταζόμενο ο κατάλογος της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος, του εξηγούνται πρώτα προφορικά οι οδηγίες, που ήδη είναι γραμμένες (βλέπε πίνακα 5), στη συνέχεια καλείται να τις διαβάσει και μόνος του, ενώ ο εξετάζων βρίσκεται στη διάθεση του εξεταζόμενου σε όλη τη διάρκεια της συμπλήρωσης του καταλόγου.

Σε περίπτωση που ο εξεταζόμενος ζητήσει διευκρινήσεις, μπορούν να του δοθούν απλές εξηγήσεις για το νόημα ορισμένων λέξεων, πάντοτε όμως με την προϋπόθεση ότι ο εξετάζων προσέχει να μην επηρεάσει τον εξεταζόμενο σε οποιαδήποτε κατεύθυνση ως προς τις απαντήσεις του. Στους αναποφάσιστους εξεταζόμενους, μπορεί να δοθεί βοήθεια με τον εξής φραστικό τρόπο: "απαντήστε ότι ισχύει, αν νομίζετε ότι ισχύει τον περισσότερο καιρό" ή "ισχύει για τα περισσότερα μέλη στην οικογένειά σας τις περισσότερες μέρες". Σαν τελευταία

μέτρο βοήθειας, συνιστάται η εξής φραστική διατύπωση: "Αν δεν είστε σίγουρος/-η, κάντε μία υπόθεση μόνο, και γράψτε την" (Moos RH & Moos BS, 1986, p 4) [162].

Τρόπος μέτρησης. Η μέτρηση των αποτελεσμάτων απαιτεί μία προεργασία. Δηλαδή, οι απαντήσεις των εξεταζομένων γράφονται σε ένα άλλο έντυπο όπου υπάρχει η ένδειξη T (True) (σωστό) ή F (Fault) (λάθος) και περιέχει 90 θέσεις για να τεθούν κατάλληλα με ένα χ οι απαντήσεις που έδωσε ο εξεταζόμενος (βλέπε **πίνακα 6** παραρτήματος). Αφού συμπληρωθεί αυτός ο πίνακας, η μέτρηση αποτελεί απλή διαδικασία, κατά την οποία εφαρμόζεται πάνω από το έντυπο μία διάφανη μεμβράνη με προκαθορισμένους κύκλους διατεταγμένους σε δέκα κάθετες στήλες, όσες δηλαδή είναι και οι υποκλίμακες του FES. Αν υπάρχει σχεδιασμένο χ μέσα στους κύκλους αυτούς, τότε σημαίνει ότι όσα χ υπάρχουν σε κάθε μία από τις δέκα κάθετες στήλες, το σύνολο των χ κάθε στήλης θα αποτελεί το απόλυτο σύνολο της αρίθμησης της (raw score). Στο εγχειρίδιο της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος, υπάρχει πίνακας μετατροπής αυτής της αρίθμησης σε σταθμισμένα σύνολα (standard scores) (Moos RH & Moos BS, 1986, p 62) [162]. Με βάση αυτόν τον πίνακα μετατροπής, υπολογίστηκαν τα απόλυτα σύνολα στην παρούσα έρευνα. Στο κάτω μέρος του **πίνακα 6** (βλ. Παράρτημα), φαίνεται η αρίθμηση που πρέπει να γίνει στο τέλος. Δηλαδή στην πρώτη γραμμή αναγράφονται οι τιμές του αθροίσματος της κάθε υποκλίμακας (R/S), ενώ στη δεύτερη γραμμή αναγράφονται οι αντίστοιχες σταθμισμένες τιμές (S/S) της κάθε υποκλίμακας.

Έρευνες με το FES. Το FES, έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές έρευνες για ψυχικές νόσους, διανοητική καθυστέρηση, διαταραχές προσωπικότητας, κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, και σε ψυχοσωματικές διαταραχές (Waring & Russell 1980, McBurney & Baer 1981, Moos RH & Moos BS 1986, pp 26-30, 37-38) [227, 157, 162]. Επίσης έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνες με καρκίνο μαστού, σε προχωρημένα κλινικά στάδια, χωρίς σύγκριση με ομάδες μη καρκινοπαθών ασθενών (Bloom et al, 1982, Spiegel et al, 1983, Bloom & Spiegel 1984, Baider & De-Nour 1984) [31, 207, 32, 7].

2.1.2.5.4. Εξέταση γνωσιών συμβατών με Συμπεριφορές Τύπου C, και στρατηγικών, που σχετίζονται άμεσα ή είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C.

Η εξέταση ορισμένων γνωσιών που είναι συμβατές με Συμπεριφορές Τύπου C, έγινε με τη μέθοδο του δικτύου του G Kelly, και η εξέταση των εσφαλμένων στρατηγικών που σχετίζονται άμεσα ή είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C, έγινε με το ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο.

2.1.2.5.4.1. Εξέταση γνωσιών που είναι συμβατές με Συμπεριφορές Τύπου C, με την τεχνική του δικτύου (grid).

Η εξέταση, τόσο της υπό διερεύνηση εσφαλμένης στρατηγικής, που περιγράφει ότι οι καρκινοπαθείς δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους που τις θύμωσαν, αλλά, μόνο διαμαρτύρονται (για τον προβληματισμό τους) σε άλλα άτομα, καθώς επίσης και η εξέταση 7 από τα υπό διερεύνηση 10 συνολικά χαρακτηριστικά Τύπου C, δηλαδή: 1) μη έκφραση του θυμού, 2) παραμέληση των αναγκών, 3) θυσιάζεται για τους άλλους, 4) καθησυχαστικός, 5) υποτακτικός, 6) υποχωρητικός και 7) παθητικός, μετρήθηκαν με την τεχνική του δικτύου (grid) του G. Kelly, που διαμορφώθηκε από τον Εισηγητή της παρούσας έρευνας.

Επειδή το δίκτυο (grid) δεν είναι τυποποιημένη δοκιμασία (test), αλλά μέθοδος, όπως ήδη προδιατυπώθηκε, η οποία διαμορφώνεται πάντοτε σύμφωνα με τις παραμέτρους που χρειάζεται κάθε φορά να ερευνηθούν, κρίνεται σκόπιμη εδώ η παράθεση ορισμένων εισαγωγικών επεξηγηματικών της μεθόδου σχολίων.

Θεωρητικό υπόβαθρο και βασικοί ορισμοί. Η τεχνική του δικτύου (grid), ερευνά το σύστημα των προσωπικών αντιλήψεων του ατόμου. Το θεωρητικό υπόβαθρο αυτού του συστήματος δημιουργήθηκε από τον ψυχολόγο George Kelly, η θεωρία του οποίου αναλύεται στο δίτομο έργο του: "The Psychology of Personal Constructs" (1955) [126]. Σύμφωνα με τη θεωρία των "ατομικών (νοητικών) κατασκευασμάτων" (Personal Construct Theory) του G. Kelly, το κάθε άτομο έχει ορισμένες προσωπικές του "θεωρίες", ή καλύτερα ατομικές

αντιλήψεις, σύμφωνα με τις οποίες εξηγεί όσα συμβαίνουν γύρω του και καθορίζει τη συμπεριφορά του (η υπογράμμιση είναι δική μας) (Fransella & Bannister, 1977, p 5) [72].

Η τεχνική του δικτύου (grid), μελετά τις κατασκευαστικές μονάδες της προσωπικότητας (constructs) και, πιο συγκεκριμένα, μελετά τις σχέσεις, που έχουν μεταξύ τους. Κατά τον G Kelly, κάθε νοητική κατασκευαστική μονάδα (construct), έχει και έναν αντίθετο εννοιολογικό πόλο, πχ τίμιος-απατεώνας, είναι δηλαδή διπολική (Fransella & Bannister, 1977, p 5) [72]. Επίσης, είναι πεπερασμένη, με την έννοια ότι αναφέρεται -και ως εκ τούτου είναι λειτουργική και εφαρμόσιμη- από το κάθε άτομο, σε ένα ορισμένο μόνο αριθμό προσώπων, ή καταστάσεων, ή γεγονότων, (Range Corollary), (Fransella & Bannister, 1977, p 172) [72].

Μετά από αυτές τις βασικές έννοιες, θα αναφερθεί και ο ορισμός των στοιχείων (elements), στα οποία αναφέρεται μία νοητική κατασκευαστική μονάδα, δηλαδή ένα νοητικό κατασκεύασμα (construct). Στοιχεία λοιπόν (elements), είναι όλα εκείνα τα πράγματα ή πρόσωπα ή καταστάσεις ή γεγονότα, πάνω στα οποία αναφέρεται και μπορεί να εφαρμοσθεί κατάλληλα, ένα νοητικό κατασκεύασμα (construct), ενός συγκεκριμένου ατόμου (Fransella & Bannister, 1977, p 172) [72].

Γενικές Αρχές του τρόπου κατασκευής ενός δικτύου (grid). Σύμφωνα λοιπόν με όσα ήδη εκτέθηκαν, όταν θέλουμε να σχεδιάσουμε μία δοκιμασία δικτύου (grid), για να ερευνήσουμε την άποψη που έχει ένα άτομο, για ένα συγκεκριμένο θέμα, τα στοιχεία (elements) επιλέγονται για να αντιπροσωπεύσουν τον χώρο, μέσα στον οποίο βρίσκεται εφαρμογή η συγκεκριμένη αυτή άποψη του ατόμου. Στην πράξη αυτό σημαίνει για παράδειγμα (Fransella & Bannister, 1977, p 13) [72], ότι αν θέλουμε να ερευνήσουμε τα νοητικά κατασκευάσματα (constructs) ενός ομοφυλόφιλου ατόμου για ένα συγκεκριμένο θέμα της ομοφυλοφιλίας πχ τις ερωτικές στάσεις, -που στην προκειμένη περίπτωση θα αποτελούνται από ποικιλία στάσεων με την κάθε μία αντίθετη με την άλλη,- τα στοιχεία (elements) θα πρέπει να αποτελούνται μόνο από ομοφυλόφιλα άτομα, αλλιώς η εφαρμογή του νοητικού κατασκευάσματος (constructs) του υπό εξέταση ατόμου για τις ερωτικές στάσεις στην ομοφυλοφιλία, δεν θα είναι κατάλληλη. Αντίθετα, αν θέλουμε να ερευνήσουμε τα νοητικά κατασκευάσματα του ίδιου ατόμου για το σεξ γενικότερα, τότε αυτά για να είναι δυνατόν να διατυπωθούν και να μπορούν να βρουν κατάλληλη εφαρμογή, πρέπει στα στοιχεία που θα του χορηγήσουμε να περιλαμβάνονται πρόσωπα και των δύο φύλων, ώστε να δοθεί στο υπό εξέταση άτομο η δυνατότητα να διατυπώσει τη γνώμη του για το σεξ.

Τέλος, στη συγκεκριμένη περίπτωση της παρούσας έρευνας, αφού θέλουμε να διερευνήσουμε τις γνώσεις, που έμμεσα σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά συμπεριφοράς τύπου C, ενός ατόμου, σύμφωνα με τα ανωτέρω εκτεθέντα, πρέπει να ερευνήσουμε με τη μέθοδο του δικτύου τα νοητικά κατασκευάσματα του ατόμου αυτού, για τα υπό διερεύνηση χαρακτηριστικά. Τούτο θα είναι αρκετό για να συμπεράνομε αν το εν λόγω άτομο εφαρμόζει στις καθημερινές του δραστηριότητες τις υπό διερεύνηση συμπεριφορές. Διότι, σύμφωνα με τη θεωρία στην οποία βασίζεται η κατασκευή του δικτύου, ανάλογα με τις απόψεις που έχει το εξεταζόμενο άτομο για τα υπό διερεύνηση χαρακτηριστικά, διαμορφώνει κατάλληλα και τη συμπεριφορά του (Fransella & Bannister, 1977, p 5) [72]. Αν δηλαδή προκύψει από το δίκτυο που θα κατασκευάσουμε, ότι το άτομο έχει καλές εντυπώσεις για τα χαρακτηριστικά τύπου C, τότε θα διαμορφώνει τη συμπεριφορά του ανάλογα. Δηλαδή, θα εφαρμόζει τα χαρακτηριστικά συμπεριφοράς τύπου C, και στην καθημερινή πράξη. Πρέπει λοιπόν να του συγχορηγήσουμε υπό μορφή διπόλων, τόσο τα ερευνούμενα χαρακτηριστικά, όσο και τα χαρακτηριστικά ορισμένων γενικά αποδεκτών και ευκολονόητων καλών-κακών (υπό μορφή διπόλων πάντοτε) εννοιών, για να δούμε πώς διαμορφώνεται στο συγκεκριμένο πεδίο έρευνας (των χαρακτηριστικών τύπου C), το προσωπικό σύστημα των πεποιθήσεων του εξεταζόμενου. Βεβαίως για να γίνει αυτό, τα ανωτέρω (δίπολα) ατομικά νοητικά κατασκευάσματα (constructs), θα πρέπει να εφαρμοσθούν σε ένα πεδίο εφαρμογής, που θα είναι ένας κατάλογος διαφόρων ατόμων στην προκειμένη περίπτωση (elements). Αυτό είναι σε γενικές γραμμές το θεωρητικό υπόβαθρο της κατασκευής του δικτύου στην παρούσα έρευνα. Στη συνέχεια, θα επανέλθουμε με πιο συγκεκριμένα παραδείγματα, όταν θα αναλυθεί η πλήρης διαμόρφωσή του.

Προς το παρόν όμως, θα πρέπει να εκτεθούν μερικές ακόμη βασικές έννοιες για τις γενικές αρχές κατασκευής και τον τρόπο χορήγησης ενός δικτύου.

Συγκεκριμένα, προκειμένου να κατασκευασθεί ένα δίκτυο (grid), οι υπό διερεύνηση ατομικές αντιλήψεις (constructs) του εξεταζόμενου για ένα συγκεκριμένο θέμα, μπορούν είτε να του χορηγηθούν έτοιμες από τον ερευνητή, είτε αφού προηγουμένως τις εκμαιεύσει ο ερευνητής από τον εξεταζόμενο με διάφορες συγκεκριμένες μεθόδους. Είτε στη μία όμως, είτε στην άλλη περίπτωση, το περιεχόμενο των ατομικών νοητικών κατασκευασμάτων (constructs), καθορίζεται από τους εκάστοτε ερευνητικούς σκοπούς και ειδικά στην περίπτωση, κατά την οποία τα ατομικά κατασκευάσματα χορηγούνται έτοιμα, πρέπει να είμαστε πάντοτε σίγουροι ότι το νόημά τους είναι σαφές για τον εξεταζόμενο, διαφορετικά πρέπει να τον ρωτάμε αν καταλαβαίνει τι του ζητάμε, αν δηλαδή καταλαβαίνει το νόημα των χορηγούμενων constructs, και αν χρειασθεί, να του το διευκρινίζουμε (Fransella & Bannister, 1977, p 19) [72].

Η τεχνική του δικτύου (grid), που για άλλη μία φορά τονίζεται ότι δεν είναι δοκιμασία προσωπικότητας (test), αλλά μέθοδος, -τεχνική- εκμαίευσης πληροφοριών για τα νοητικά κατασκευάσματα ενός ατόμου, στις περισσότερες περιπτώσεις (Sainsbury & Kreitman, 1975 pp 268-269) [188], έχει σκοπό να προσδιορίσει τις σχέσεις που έχουν μεταξύ τους τα ατομικά νοητικά κατασκευάσματα (constructs) του εξεταζόμενου και, σε μερικές περιπτώσεις, τις σχέσεις που έχουν μεταξύ τους τα στοιχεία (elements). Αυτές ακριβώς οι σχέσεις, στο σύνολό τους, αποτελούν, σύμφωνα με τη θεωρία του George Kelly, "τις προσωπικές πεποιθήσεις" του ατόμου ή αλλιώς, το "σύστημα των νοητικών του κατασκευασμάτων" (Personal Construct System). Ανεξάρτητα λοιπόν από τη μορφή, με την οποία χορηγείται ένα δίκτυο (grid), (γιατί υπάρχει μία ποικιλία μορφών χορήγησης), όλα τα δίκτυα σχεδιάζονται με τέτοιο τρόπο, ώστε να είναι δυνατόν να εφαρμοσθούν ποικίλες στατιστικές δοκιμασίες και η βασική τους υπόθεση είναι ότι οι στατιστικές συσχετίσεις μεταξύ δύο ατομικών κατασκευασμάτων (constructs), αντανακλούν ψυχολογικές σχέσεις. Το σύνολο δε αυτών των σχέσεων, για το συγκεκριμένο θέμα, αποτελεί όπως αναφέρθηκε το "σύστημα των ατομικών -νοητικών- κατασκευασμάτων" του ατόμου (Personal Construct System). Στην πράξη, για να γίνουμε λίγο σαφέστεροι, αφού το άτομο συμπληρώσει το δίκτυο (grid), γίνεται ένας κατάλογος όλων των βαθμολογήσεων των κατασκευασμάτων (constructs) και των στοιχείων (elements), από όπου μπορούν να γίνουν στατιστικές συσχετίσεις τόσο μεταξύ των constructs όσο και μεταξύ των elements, όπως για παράδειγμα ο **πίνακας 7**, (βλ. Παράρτημα), που παρατίθεται ασυμπλήρωτος. Στον πίνακα αυτό μπορούν να συμπληρωθούν οι βαθμολογίες που βάζει ο εξεταζόμενος για 11 διαφορετικά ατομικά νοητικά κατασκευάσματα (constructs), όπως κατά τη γνώμη του εφαρμόζονται σε 16 διαφορετικά άτομα, που στην προκειμένη περίπτωση είναι τα στοιχεία (elements). Από τον πίνακα αυτό φαίνεται εύκολα πώς μπορούν να γίνουν οι συσχετίσεις μεταξύ των διάφορων ατομικών νοητικών κατασκευασμάτων (constructs) και των στοιχείων (elements). Από τις συσχετίσεις αυτές αντανακλώνται και οι ψυχολογικές σχέσεις, που αναφέρθηκαν πιο πάνω. Στο σημείο αυτό όμως, θα επανέλθομε με ένα συγκεκριμένο παράδειγμα, όταν αναλύσομε λεπτομερέστερα τη μορφή του δικτύου της παρούσας έρευνας.

Από απόψεως επαναληψιμότητας και σταθερότητας των ευρημάτων σε μεσοδιάστημα 7-10 ημερών η αξιοπιστία με την μέθοδο του δικτύου σε συγκεκριμένες μορφές δικτύων, αποδείχθηκε πολύ υψηλή ($r=0,74$) (Watson et al, 1976, In: Fransella & Bannister, 1977, p 85) [72]. Το δίκτυο όμως έχει και μία άλλη σημαντική ιδιότητα, δηλαδή παρουσιάζει υψηλού βαθμού ευαισθησία ακόμη και σε μικρού βαθμού αλλαγές του "συστήματος των προσωπικών πεποιθήσεων" (Fransella & Bannister, 1977, p 85) [72]. Η εγκυρότητα του δικτύου εξαρτάται από το μέγεθος της κατανόησης εκ μέρους του εξεταζόμενου των χορηγούμενων ατομικών νοητικών κατασκευασμάτων (constructs). Από το σημείο αυτό και μετά, το δίκτυο έχει πλέον τη δυνατότητα να παρέχει με έγκυρο τρόπο τις σχέσεις που έχουν μεταξύ τους τα νοητικά κατασκευάσματα (Fransella & Bannister, 1977, pp 92-103) [72].

Τρόπος κατασκευής του δικτύου (grid) στην παρούσα έρευνα.

Η μορφή δικτύου που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα είναι η διαβαθμιζόμενη (rating grid) (Fransella & Bannister, 1977, p 40) [72]. Σύμφωνα με τη μορφή αυτή, κάθε στοιχείο (element) βαθμολογείται με μία κλίμακα όπου καθορίζεται μία σειρά από δίπολα

νοητικά κατασκευάσματα (constructs), τα οποία χωρίζονται μεταξύ τους από ορισμένο αριθμό, όπως για παράδειγμα 11 διαβαθμίσεις στην παρούσα έρευνα. Ο εξεταζόμενος καλείται να βαθμολογήσει το εκάστοτε στοιχείο καθορίζοντας ένα-ένα τα διαβαθμιζόμενα νοητικά κατασκευάσματα. Στη μορφή αυτή το δίκτυο παρουσιάζεται με πολλές σελίδες, στο επάνω μέρος των οποίων αναγράφεται το εκάστοτε διαφορετικό στοιχείο (element), ενώ ακολουθεί ο πανομοιότυπος κατάλογος των διαβαθμιζόμενων δίπολων νοητικών κατασκευασμάτων (constructs). Στον αναλυτικό **πίνακα 8** (βλ. Παράρτημα), φαίνονται όλα τα δίπολα νοητικά κατασκευάσματα (constructs) και τα στοιχεία (elements) που εξετάστηκαν, στο δίκτυο (grid) της παρούσας έρευνας.

Από τον πίνακα φαίνεται ότι το εξεταζόμενο άτομο καλείται να καθορίσει τον τρόπο, με τον οποίο εφαρμόζονται τα παρεχόμενα νοητικά κατασκευάσματα (constructs), στα 16 επίσης παρεχόμενα στοιχεία (elements). Με τη διάταξη αυτή, που βρίσκεται στον πίνακα των constructs, θα γίνεται η βαθμολόγηση καθοδικά, από τα αριστερά προς τα δεξιά, δηλαδή, από τα αριστερά θα βαθμολογείται με 11, με καθοδική πορεία βαθμολόγησης έως το 1 στην άκρη δεξιά. Στα υπό εξέταση όμως άτομα, η διάταξη των constructs θα χορηγηθεί τυχαιοποιημένα, με τους πόλους ορισμένων από αυτά ανεστραμμένους, ώστε να εξασφαλισθεί η αντικειμενικότερη χορήγηση. Στη συνέχεια, για κάθε ένα από τα πρώτα επτά constructs, θα γίνει μη παραμετρική συσχέτιση (Spearman's test) με κάθε ένα από τα τέσσερα τελευταία constructs. Από τις συσχετίσεις αυτές θα προκύψει εκείνη η έννοια, που αναφέρθηκε στα εισαγωγικά επεξηγηματικά σχόλια για τη θεωρία του G. Kelly, δηλαδή, οι ατομικές ερμηνείες των εξεταζόμενων, οι οποίες στο σύνολό τους, αποτελούν "τις προσωπικές πεποιθήσεις" του ατόμου ή αλλιώς, το "σύστημα των νοητικών του κατασκευασμάτων" (Personal Construct System). Αυτό το σύστημα θα αφορά τα στοιχεία εκείνα των υπό έρευνα γνωσιών που είναι δυνατόν να σχετίζονται με Συμπεριφορές Τύπου C, καθώς και την υπό έρευνα εσφαλμένη στρατηγική.

Στο σημείο αυτό όμως, πρέπει να υπενθυμίσουμε ότι τα δίκτυα σχεδιάζονται με τέτοιο τρόπο, ώστε να είναι δυνατόν να εφαρμοσθούν ποικίλες στατιστικές δοκιμασίες και η βασική τους υπόθεση είναι ότι οι στατιστικές συσχετίσεις μεταξύ δύο νοητικών κατασκευασμάτων (constructs), αντανακλούν γνωσίες. Έτσι, εξηγείται ο τρόπος με τον οποίο θα γίνει η βαθμολογία των constructs (δηλαδή, καθοδικά, από τα αριστερά προς τα δεξιά), καθώς και η επιλογή των τεσσάρων τελευταίων, δηλαδή: 1) ευτυχισμένος-δυστυχισμένος, 2) πετυχημένος-αποτυχημένος, 3) καλός-κακός, και 4) έξυπνος-κουτός. Τα τελευταία δηλαδή αυτά constructs, αφορούν γενικές έννοιες, θετικού χαρακτήρα έτσι όπως θα βαθμολογηθούν. Συγκεκριμένα, ως πάρομο για παράδειγμα τη συσχέτιση μεταξύ των υπ' αριθμόν 1 και 8 constructs (βλ. Παράρτημα, **πίνακα 8**):

1. Δεν εκδηλώνει το θυμό του v. Εκδηλώνει το θυμό του
8. Ευτυχισμένος v. Δυστυχισμένος

Αν η συσχέτιση είναι θετική, η ψυχολογική σχέση που αντανακλάται υποσημαίνει ότι σύμφωνα με την πεποίθηση του συγκεκριμένου αυτού ατόμου: όποιος δεν εκδηλώνει το θυμό του, είναι ευτυχισμένος. Δηλαδή ο λόγος ύπαρξης των τελευταίων τεσσάρων constructs, είναι ο έλεγχος των υπό έρευνα επτά χαρακτηριστικών, τα οποία είναι σύμφωνα με τις υποθέσεις μας, προδιαθεσικά για καρκίνο. Αν λοιπόν αυτά τα προδιαθεσικά χαρακτηριστικά βρεθεί ότι έχουν σχέση, με ορισμένες γενικά αποδεκτές ως θετικές/καλές έννοιες, προφανώς θα είναι και εκείνα τα χαρακτηριστικά συμπεριφοράς που αντικειμενικά εφαρμόζουν στην καθημερινή τους ζωή. Διότι σύμφωνα με τη βασική θεωρία στην οποία στηρίζεται η κατασκευή του δικτύου, όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή, το κάθε άτομο έχει ορισμένες προσωπικές του αντιλήψεις, σύμφωνα με τις οποίες εξηγεί όσα συμβαίνουν γύρω του και καθορίζει τη συμπεριφορά του (Fransella & Bannister, 1977, p 5) [72].

Σύμφωνες με όσα εκτέθηκαν ως τώρα, είναι και οι υποθέσεις που εκτίθενται κατωτέρω λεπτομερώς για τα αναμενόμενα ευρήματα:

Υποθέσεις

Στην ομάδα των καρκινοπαθών υποθέτομε ότι θα προκύψουν οι εξής συσχετίσεις μεταξύ των constructs, περισσότερο από ό,τι στην ομάδα των μη καρκινοπαθών:

1. Θετική μεταξύ των 1 και των 8 ή 9 ή 10 ή 11: Δηλαδή όποιος δεν εκδηλώνει το θυμό του είναι ο,τιδήποτε από τα εξής τέσσερα: ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.
2. Θετική μεταξύ των 2 και των 8 ή 9 ή 10 ή 11: δηλαδή όποιος δεν φροντίζει για τις ανάγκες του, είναι είτε ευτυχισμένος είτε πετυχημένος είτε καλός είτε έξυπνος.
3. Θετική μεταξύ των 3 και των 8 ή 9 ή 10 ή 11: δηλαδή όποιος θυσιάζεται για τους άλλους, είναι ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.
4. Θετική μεταξύ των 4 και των 8 ή 9 ή 10 ή 11: δηλαδή όποιος είναι καθησυχαστικός, είναι ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.
5. Θετική μεταξύ των 5 και των 8 ή 9 ή 10 ή 11: δηλαδή όποιος είναι υποτακτικός, είναι ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.
6. Θετική μεταξύ των 6 και των 8 ή 9 ή 10 ή 11: δηλαδή όποιος είναι υποχωρητικός, είναι ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.
7. Θετική μεταξύ των 7 και των 8 ή 9 ή 10 ή 11: δηλαδή όποιος είναι παθητικός, είναι ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.

Επίσης, για την ομάδα των καρκινοπαθών υποθέτομε ότι θα προκύψουν οι εξής συσχετίσεις μεταξύ των Elements, περισσότερο από ό,τι στην ομάδα των μη καρκινοπαθών:

1. Θετική μεταξύ ενός από τα ανωτέρω αναφερόμενα E (1 ή 2 ή 5 ή 6) και ενός ή περισσότερων από τα εξής: E9 ή E10 ή E11 ή E12 ή E13 ή E14 ή E16. (αρνητική για το E15). Δηλαδή ένα ή περισσότερα από τα πρόσωπα, που ταιριάζουν με τον εαυτό, είναι υποχωρητικό ή καθησυχαστικό ή υποτακτικό ή διαμαρτύρεται σε άλλα άτομα ή παραμερίζει τις επιθυμίες του για το χατίρι των άλλων κλπ.
2. Θετική μεταξύ του E4 (εαυτού) ή του E8 (ιδανικού εαυτού) και ενός ή περισσότερων από τα E: 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, και 15. (αρνητική για το τελευταίο). Δηλαδή ο εαυτός ταιριάζει με ένα ή περισσότερα από τα πρόσωπα, που έχουν ένα από τα χαρακτηριστικά συμπεριφοράς τύπου C ή χρησιμοποιούν εσφαλμένη στρατηγική (E12).

Στον **πίνακα 9** (βλ. Παράρτημα), φαίνονται με λεπτομέρειες οι τρόποι με τους οποίους θα υπολογισθούν έμμεσα, μέσω των γνωσιών, τα υπό διερεύνηση χαρακτηριστικά Συμπεριφοράς Τύπου C, καθώς και η εσφαλμένη στρατηγική αντιμετώπισης των στρεσογόνων γεγονότων.

Τρόπος χορήγησης. Το δίκτυο χορηγείται στον εξεταζόμενο λέγοντάς του ότι ζητείται από αυτόν να γράψει τη γνώμη του για τα χαρακτηριστικά διαφόρων προσώπων που γνωρίζει καλά, ενώ συγχρόνως και απαραίτητως, ο εξεταζόμενος ερωτάται αν καταλαβαίνει ακριβώς τι σημαίνουν οι διάφορες έννοιες (constructs), και ο εξετάζων αν χρειασθεί τις διευκρινίζει. Στον **πίνακα 10** (βλ. Παράρτημα), φαίνονται οι οδηγίες και τα παραδείγματα της πρώτης σελίδας του δικτύου, ενώ στον **πίνακα 11** (βλ. Παράρτημα), φαίνεται η ακριβής μορφή της πρώτης σελίδας του δικτύου. Οι υπόλοιπες σελίδες είναι πανομοιότυπες ως προς τα constructs, ενώ τα στοιχεία (elements) αλλάζουν και είναι διαφορετικά, ένα δηλαδή διαφορετικό στοιχείο, στο πάνω μέρος κάθε νέας σελίδας, όπως φαίνονται στον **πίνακα 8** του παραρτήματος.

2.1.2.5.4.2. Εξέταση Στρατηγικών που σχετίζονται άμεσα ή είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C, με το ειδικά διαμορφωμένο Ερωτηματολόγιο.

Το ως άνω ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκε από τον Κύριο Ερευνητή με την εποπτεία και στενή καθοδήγηση του Επιβλέποντος της παρούσας έρευνας. Σκοπός της διαμόρφωσής του ήταν: 1) η εξέταση όλων των υπό διερεύνηση Στρατηγικών, που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, 2) τεσσάρων Εσφαλμένων Στρατηγικών, συναφών με Συμπεριφορές Τύπου C, που επιπλέον υποθέτομε ότι υπάρχουν, και 3) η διερεύνηση, με Factor Analysis, αν οι συναφείς αυτές με Συμπεριφορές Τύπου C στρατηγικές, συνοδεύουν τις υπό διερεύνηση στρατηγικές, που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C. Οι στρατηγικές αυτές, αποτελούν όπως ήδη αναφέρθηκε, μία νέα υπόθεση, που δεν περιλαμβάνεται στην μέχρι τώρα προσιτή βιβλιογραφία.

Το ερωτηματολόγιο εξετάζει τις εξής εσφαλμένες στρατηγικές, που είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C: 1) οι καρκινοπαθείς δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους που τις θύμωσαν, αλλά, μόνο διαμαρτύρονται (για τον προβληματισμό τους) σε άλλα άτομα, 2)

εκφράζουν με ασάφεια τα παράπονά τους σ' αυτούς πού τις ενοχλούν, 3) εκφράζουν δυσάρεσκα αναίτια σε τρίτους, και 4) εκδηλώνουν συμπεριφορά παραίτησης. Επίσης εξετάζει 10 συνολικά, στρατηγικές πού σχετίζονται άμεσα με τα εξής χαρακτηριστικά Συμπεριφορών Τύπου C: 1) μη έκφραση του θυμού, 2) μη έκφραση άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων, πλην του θυμού, 3) επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, 4) αποφυγή καυγάδων, 5) παραμέληση των αναγκών, 6) θυσιάζεται για τους άλλους, 7) καθησυχαστικός, 8) υποτακτικός, 9) υποχωρητικός και 10) παθητικός.

Μορφή του Ερωτηματολογίου. Η μορφή του ερωτηματολογίου πού χρησιμοποιήθηκε ήταν διαβαθμιζόμενη μορφή δίπολων. Συγκεκριμένα, τόσο οι στρατηγικές, πού είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C, όσο και οι Στρατηγικές, πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, παρουσιάζονται σαν δίπολα, τα οποία χωρίζονται μεταξύ τους από μία κλίμακα 11 διαβαθμίσεων. Κάθε δίπολο περιέχει στον ένα πόλο του, διατυπωμένη φραστικά, μία από τις υπό εξέταση Στρατηγικές πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, ή τις υπό εξέταση στρατηγικές, πού είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C, και στον αντίθετο πόλο περιέχει διατυπωμένη φραστικά την έννοια της μη ύπαρξης της αντίστοιχης Στρατηγικής.

Οι κατωτέρω στρατηγικές, πού σχετίζονται άμεσα με τις εξής Συμπεριφορές Τύπου C:
1) Δεν εκφράζει θυμό, 2) Δεν εκφράζει άλλα δυσάρεστα συναισθήματα, πλην του θυμού, 3) Υποχωρητικότητα, 4) Παθητικότητα, 5) Υποτακτικότητα, 6) Καθησυχαστικότητα, 7) Αποφυγή καυγάδων και 8) θυσιάζεται για τους άλλους, εξετάστηκαν μεμονωμένα σε δίπολα, πού περιείχαν την ύπαρξη της εξεταζόμενης στρατηγικής στον ένα πόλο και την μη ύπαρξή της στον αντίθετο πόλο. Οι υπόλοιπες δύο στρατηγικές, πού σχετίζονται άμεσα με τις εξής Συμπεριφορές Τύπου C, δηλαδή: 1) παραμελεί τις ανάγκες του, και 2) επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, εξετάστηκαν μόνο σε συνδυασμό με τις προηγούμενες. Συγκεκριμένα, εξετάστηκαν οι συνδυασμοί: 1) θυσιάζεται για τους άλλους, εις βάρος των αναγκών του, 2) Υποχωρητικός, με επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, 3) Αποφυγή καυγάδων, με επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, 4) Παθητικός, με επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, 5) Δεν εκφράζει λεκτικά θυμό, με επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, και 6) Υποτακτικός, με επιθυμία κοινωνικής αποδοχής.

Στο σημείο αυτό πρέπει να διευκρινισθεί ότι επειδή οι Greer και Watson (1985) [92], συνιστούν πώς είναι σκόπιμο να ερευνηθεί αν οι καρκινοπαθείς δεν εκφράζουν και άλλα επίσης δυσάρεστα συναισθήματα εκτός από το θυμό, διαμορφώθηκαν συνολικά επτά ερωτήσεις, πού εξετάζουν την μη έκφραση δυσάρεστων γενικά συναισθημάτων, όπως για παράδειγμα η στεναχώρια ή τα παράπονα για τους άλλους. Επίσης, σε ορισμένες στρατηγικές, πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, χρησιμοποιήθηκαν περισσότερες από μία φραστικές διατυπώσεις, για να εξασφαλισθεί μία σφαιρικότερη φραστική απόδοση και κατά συνέπεια, μία αρτιότερη κατανόησή τους από τις εξεταζόμενες. Έτσι, από τις 24 συνολικά ερωτήσεις, πού εξετάζουν στρατηγικές, πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, το χαρακτηριστικό Παθητικός εξετάστηκε με δύο ερωτήσεις, πού είχαν διαφορετική αλλά ταυτόσημη εννοιολογικά φραστική διατύπωση. Το ίδιο έγινε και για το χαρακτηριστικό Υποτακτικός, με δύο ερωτήσεις διαφορετικής διατύπωσης, αλλά ταυτόσημης έννοιας, ενώ για την μη έκφραση άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων, πλην του θυμού, χρησιμοποιήθηκαν επτά διαφορετικές ερωτήσεις, με τις οποίες εξετάζεται τόσο η λεκτική, όσο και η εξωλεκτική τους έκφραση. Επίσης και η μη έκφραση του θυμού, εξετάζεται με δύο διαφορετικές ερωτήσεις, πού αφορούν την λεκτική και την εξωλεκτική του έκφραση.

Οι ερωτήσεις πού εξετάζουν τις τέσσερις νέες υποθετικές εσφαλμένες στρατηγικές, πού είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C περιγράφουν ότι: 1) οι καρκινοπαθείς δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους πού τις θύμωσαν, αλλά, μόνο διαμαρτύρονται (για τον προβληματισμό τους) σε άλλα άτομα, 2) εκφράζουν με ασάφεια τα παράπονά τους σ' αυτούς πού τις ενοχλούν, 3) εκφράζουν δυσάρεσκα αναίτια σε τρίτους, και 4) παρουσιάζουν συμπεριφορά παραίτησης. Για τις εσφαλμένες στρατηγικές εξετάστηκε όχι μόνο η παρουσία τους γενικά, αλλά και ειδικά η εφαρμογή τους σε στενούς συγγενείς, με 7 συνολικά ερωτήσεις.

Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζεται με τη μορφή δίπολων, τα οποία χωρίζονται μεταξύ τους από 11 παύλες. Το εξεταζόμενο άτομο καλείται να βάλει ένα χ πάνω στην παύλα, πού

εκείνο νομίζει ότι βρίσκεται πιο κοντά στη συμπεριφορά, πού του συμβαίνει πιο συχνά. Στον **πίνακα 12** (βλέπε Παράρτημα), φαίνονται οι έννοιες των δίπολων Στρατηγικών πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, καθώς και των τεσσάρων νέων υποθετικών Εσφαλμένων Στρατηγικών, οι οποίες αντανακλώνται από τη φραστική διατύπωση στο ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας. Στον πίνακα αυτό φαίνεται ο αριθμός των ερωτήσεων πού έγιναν με διαφορετική φραστική διατύπωση προκειμένου να εξασφαλισθεί η σφαιρικότερη απόδοση του νοήματος.

Από τον πίνακα **12** (βλέπε Παράρτημα), φαίνεται ότι το εξεταζόμενο άτομο καλείται να καθορίσει τον τρόπο, με τον οποίο εφαρμόζονται οι παρεχόμενες Στρατηγικές πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C και οι Εσφαλμένες Στρατηγικές. Με τη διάταξη αυτή, πού φαίνεται στον πίνακα **12**, θα γίνεται η βαθμολόγηση καθοδικά, από τα αριστερά προς τα δεξιά. Δηλαδή, από τα αριστερά θα βαθμολογείται με 11, με καθοδική πορεία βαθμολόγησης έως το 1 στην άκρη δεξιά. Έτσι, η υψηλότερη βαθμολογία θα αφορά τις υπό εξέταση παθολογικές στρατηγικές. Στα υπό εξέταση όμως άτομα, η διάταξη των στρατηγικών θα χορηγηθεί τυχαίοποιημένα, με τους πόλους ορισμένων από αυτές ανεστραμμένους, και με τις διαφορετικές, όπου υπάρχουν περισσότερες από μία, φραστικές διατυπώσεις, σε τυχαία σειρά, ώστε να εξασφαλισθεί η αντικειμενικότερη χορήγηση. Στη συνέχεια, για κάθε μία από τις 31 στρατηγικές, θα γίνει η βαθμολογία και οι τιμές των 31 ερωτήσεων θα συγκριθούν η κάθε μία χωριστά μεταξύ της πειραματικής ομάδας και των δύο ομάδων ελέγχου.

Τρόπος χορήγησης. Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε στις εξεταζόμενες, λέγοντάς τους να διαβάσουν τις οδηγίες και να βάλουν ένα χ πάνω στην παύλα πού βρίσκεται κατά τη γνώμη τους πιο κοντά στην κατάσταση, πού τους ταιριάζει. Ο εξεταστής βρισκόταν πάντοτε στη διάθεσή τους για περαιτέρω τυχόν διευκρινήσεις. Η πλήρης φραστική διατύπωση του ερωτηματολογίου βρίσκεται στον **πίνακα 12** του Παραρτήματος.

Υποθέσεις: Από τις μετρήσεις πού θα γίνουν αναμένεται ότι: γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων του κλινικών εκδηλώσεων, σε σύγκριση με γυναίκες πού παρουσιάζουν καλοήθεις παθήσεις μαστού, θα έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό τους εξής τύπους στρατηγικών, πού είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C: 1) Δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους πού τις θύμωσαν, αλλά διαμαρτύρονται μόνο (για τον προβληματισμό τους) σε άλλα άτομα, 2) Εκφράζουν με ασάφεια τα παράπονά τους σ' αυτούς πού τις ενοχλούν. 3) εκφράζουν δυσαρέσκεια αναίτια σε τρίτους, 4) εκδηλώνουν συχνά συμπεριφορά παραίτησης. Επίσης, έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό στρατηγικές, πού σχετίζονται άμεσα με τις εξής Συμπεριφορές Τύπου C: 1) μη έκφραση του θυμού, 2) μη έκφραση άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων, πλην του θυμού, 3) επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, 4) αποφυγή καυγάδων, 5) παραμέληση των αναγκών, 6) θυσιάζεται για τους άλλους, 7) καθησυχαστικός, 8) υποτακτικός, 9) υποχωρητικός και 10) παθητικός.

Επίσης αναμένεται ότι τα ως άνω χαρακτηριστικά θα υπάρχουν σε μεγαλύτερο βαθμό στις καρκινοπαθείς στο τέταρτο στάδιο, σε σύγκριση με τις προβιοψιακές καρκινοπαθείς.

2.1.2.6. Η ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.

2.1.2.6.1. Βασικές εισαγωγικές γνώσεις.

Προκειμένου να γίνει η παρουσίαση, αλλά και η στατιστική επεξεργασία του αριθμού των παρατηρήσεων μίας έρευνας, πρέπει προηγουμένως να διευκρινισθεί το είδος των χαρακτηριστικών τους. Δηλαδή, εάν πρόκειται για ποσοτικές, ποιοτικές ή διατάξιμες παρατηρήσεις. Συγκεκριμένα, οι ποιοτικές παρατηρήσεις δεν επιδέχονται αριθμητικές μετρήσεις, όπως για παράδειγμα η παρουσία ή απουσία ενός παθολογικού χαρακτηριστικού. Αντίθετα, οι ποσοτικές παρατηρήσεις συνδέονται με μετρήσεις φυσικών μεγεθών, όπως για παράδειγμα βάρος, ύψος, γραμμάρια και ούτω καθ' εξής. Τέλος, οι διατάξιμες παρατηρήσεις (ordinal), αποτελούν μία ενδιάμεση κατάσταση, κατά την οποία ενώ οι παρατηρήσεις δεν επιδέχονται ακριβή ποσοτική στάθμιση, προσφέρονται εν τούτοις σε μία φυσική ιεραρχική διάταξη κατά σειρά. Τόσο τα ποιοτικά, όσο και τα διατάξιμα χαρακτηριστικά (ordinal),

παρουσιάζονται συχνά στις μετρήσεις ψυχολογικών παρατηρήσεων (Τριχόπουλος Δ, 1975 σελ. 11-12) [225].

Για την στατιστική επεξεργασία των υπό έρευνα παρατηρήσεων εφαρμόζονται οι κατάλληλες στατιστικές δοκιμασίες. Για την στατιστική επεξεργασία των ποιοτικών χαρακτηριστικών εφαρμόζεται κυρίως η δοκιμασία χ^2 , ενώ για τα ποσοτικά χαρακτηριστικά εφαρμόζονται οι λεγόμενες παραμετρικές δοκιμασίες, οι οποίες ονομάζονται παραμετρικές, επειδή για την εφαρμογή τους χρειάζεται ο υπολογισμός ορισμένων παραμέτρων όπως: η μέση τιμή, η σταθερά απόκλιση κ.α. Ενώ τέλος, για την επεξεργασία των διατάξιμων χαρακτηριστικών, επειδή δεν χρησιμοποιούνται οι προηγούμενες παράμετροι, οι εφαρμοζόμενες δοκιμασίες ονομάζονται μη παραμετρικές (non-parametric, distribution free), και είναι συνήθως οι στατιστικές δοκιμασίες σειράς (rank statistical tests) (Τριχόπουλος Δ, 1975 σελ. 127-128) [225].

Σε όλων των ειδών τις στατιστικές δοκιμασίες, εφαρμόζεται κατά την εκκίνησή τους, η άκυρος υπόθεση (null hypothesis) (Τριχόπουλος Δ, 1975 σελ. 59) [225]. Σύμφωνα με την υπόθεση αυτή, πριν την εκτέλεση οποιασδήποτε στατιστικής δοκιμασίας για την ανεύρεση μίας διαφοράς παρατηρήσεων, ισχύει η υπόθεση ότι δεν υπάρχει πραγματική διαφορά στις παρατηρήσεις. Επειδή η υπόθεση αυτή δεν βασίζεται σε στοιχεία, αφού ακόμη δεν έχει γίνει καμία στατιστική δοκιμασία, η υπόθεση αυτή στερείται κύρους, γι' αυτό και καλείται άκυρη υπόθεση (null hypothesis). Σκοπός όλων λοιπόν των στατιστικών δοκιμασιών, είναι να απορριφθεί τελικά η άκυρος υπόθεση, πράγμα που γίνεται εφ' όσον η στατιστική δοκιμασία αποφέρει στατιστικά σημαντικά ευρήματα.

2.1.2.6.2. Επιλογή των στατιστικών δοκιμασιών.

Στην παρούσα έρευνα πρόκειται να εξετασθούν τα εξής:

1. Ψυχοπαθολογία,
2. Στρεσογόνα Γεγονότα Ζωής,
3. Χαρακτηριστικά του Οικογενειακού Περιβάλλοντος,
4. Γνωστικά στοιχεία, που ενδεχομένως σχετίζονται με Συμπεριφορές Τύπου C,
5. Στρατηγικές σχετιζόμενες άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, που περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία, και
6. Στρατηγικές, που είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C, αλλά δεν περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία.

Όλα τα ανωτέρω χαρακτηριστικά δεν επιδέχονται μετρήσεις, οι οποίες να αναφέρονται σε κάποιο φυσικό μέγεθος, επομένως δεν αποτελούν ποσοτικά χαρακτηριστικά. Αντίθετα, όλα σχεδόν προσφέρονται μόνο για μία διάταξη κατά σειρά, είναι δηλαδή "διατάξιμα" (ordinal), με εξαίρεση την εξέταση μέρους της ψυχοπαθολογίας, όπου η διερεύνηση της παρουσίας ή απουσίας της κατάθλιψης, αποτελεί ποιοτικό χαρακτηριστικό (Τριχόπουλος Δ, 1975 σελ. 11-12) [225]. Εξαίρεση επίσης αποτελεί το ερωτηματολόγιο εξέτασης Στρατηγικών, που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C και άλλων Εσφαλμένων Στρατηγικών, στο οποίο όπως ήδη αναφέρθηκε θα εφαρμοσθεί Factor Analysis, προκειμένου να διερευνηθεί ποιες από τις τέσσερις νέες υποθετικές Εσφαλμένες Στρατηγικές συνοδεύουν τις υπό διερεύνηση στρατηγικές που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C. Τούτο σημαίνει ότι για την στατιστική επεξεργασία των υπολοίπων παρατηρήσεων της παρούσας έρευνας, οι οποίες αποτελούνται από ποιοτικά και διατάξιμα (ordinal) χαρακτηριστικά, εκτός από την αναφερθείσα Factor Analysis που θα γίνει για το ως άνω ερωτηματολόγιο, οι κατάλληλες στατιστικές δοκιμασίες είναι οι εξής:

1. Στατιστικές δοκιμασίες σειράς (rank statistical tests) και οι
2. Διάφορες μορφές της στατιστικής δοκιμασίας χ^2 (Τριχόπουλος Δ, 1975 σελ. 125) [225].

2.1.2.6.3. Υποθέσεις της παρούσας έρευνας.

Ας εξετάσουμε όμως πρώτα τις υποθέσεις της παρούσας έρευνας, και κατόπιν τις μετρήσεις, που έγιναν για να συλλεγούν οι παρατηρήσεις.

Οι υποθέσεις της παρούσας έρευνας, είναι οι εξής:

Υπόθεση 1. Η ψυχοπαθολογία γενικά, και ειδικότερα η κατάθλιψη, είναι μεγαλύτερη κατά τις πρώτες κλινικές εκδηλώσεις στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, σε σύγκριση με τις καλοήθεις παθήσεις μαστού.

Υπόθεση 2. Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής έχουν σχέση αυτά καθ' εαυτά με την κλινική εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Δηλαδή είναι περισσότερα σε αριθμό στις καρκινοπαθείς από ό,τι στις μη καρκινοπαθείς.

Υπόθεση 3. Υπάρχει μία ιδιοσυγκρασιακή τάση των γυναικών που παθαίνουν καρκίνο μαστού, κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, τέτοια ώστε να βιώνουν τα στρεσογόνα γεγονότα εντονότερα από τις ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις μαστού.

Υπόθεση 4. Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής του τύπου απώλειας, έχουν σχέση αυτά καθ' εαυτά με την κλινική εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Δηλαδή είναι περισσότερα σε αριθμό στις καρκινοπαθείς από ό,τι στις μη καρκινοπαθείς.

Υπόθεση 5. Υπάρχει μία ιδιοσυγκρασιακή τάση των γυναικών που παθαίνουν καρκίνο μαστού, κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, τέτοια ώστε να βιώνουν τα στρεσογόνα γεγονότα του τύπου απώλειας, εντονότερα από τις ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις μαστού.

Υπόθεση 6. Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών του εκδηλώσεων, συγκριτικά με τις ασθενείς που εμφανίζουν καλοήθεις παθήσεις του μαστού, έχουν στα Χαρακτηριστικά του Οικογενειακού Περιβάλλοντος τις εξής διαφορές: μεγαλύτερο βαθμό οργάνωσης (organization), ελέγχου (control), ηθικο-θρησκευτικής έμφασης (moral-religion emphasis), καθώς επίσης και μικρότερο βαθμό συνοχής (cohesiveness), διαμάχης (conflict) και εκφραστικότητας (expressiveness).

Υπόθεση 7. Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων του κλινικών εκδηλώσεων, σε σύγκριση με γυναίκες που παρουσιάζουν καλοήθεις παθήσεις μαστού, έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό τους εξής τύπους εσφαλμένων στρατηγικών, που είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C: 1) Δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους που τις θύμωσαν, αλλά διαμαρτύρονται μόνο (για τον προβληματισμό τους) σε άλλα άτομα, 2) εκφράζουν με ασάφεια τα παράπονά τους σ' αυτούς που τις ενοχλούν, 3) εκφράζουν δυσαρέσκεια αναίτια σε τρίτους, και 4) εκδηλώνουν συχνά συμπεριφορά παραίτησης.

Υπόθεση 8. Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων του κλινικών εκδηλώσεων, σε σύγκριση με γυναίκες που παρουσιάζουν καλοήθεις παθήσεις μαστού, έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό σχέσεις ανάμεσα σε έννοιες, που αντιστοιχούν σε συγκεκριμένες γνώσεις συμβατές με Συμπεριφορές Τύπου C, όπως: «ο υποτακτικός είναι καλός», «ο παθητικός είναι καλός», «ο ιδανικός εαυτός είναι παθητικός», κ.α. Οι έννοιες αυτές, που αποτελούν και ατομικές ιδιότητες είναι οι εξής: 1) μη έκφραση θυμού, 2) παθητικός, 3) υποχωρητικός, 4) υποτακτικός, 5) καθησυχαστικός, 6) παραμελεί τις ανάγκες του και 7) θυσιάζεται για τους άλλους.

Υπόθεση 9. Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων του κλινικών εκδηλώσεων, σε σύγκριση με γυναίκες που παρουσιάζουν καλοήθεις παθήσεις μαστού, έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό τις εξής στρατηγικές που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C: 1) μη έκφραση του θυμού, 2) μη έκφραση άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων, πλην θυμού, 3) επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, 4) αποφυγή καυγάδων, 5) παραμέληση των αναγκών, 6) θυσιάζεται για τους άλλους, 7) καθησυχαστικός, 8) υποτακτικός, 9) υποχωρητικός και 10) παθητικός.

Υπόθεση 10. Η κατάθλιψη είναι επακόλουθο της μακροχρόνιας πορείας του καρκίνου του μαστού. Δηλαδή, οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού κατά την περίοδο των πρώτων του κλινικών εκδηλώσεων, θα έχουν μικρότερο βαθμό κατάθλιψης από ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο.

Υπόθεση 11. Υπάρχει μία ιδιοσυγκρασιακή τάση των ασθενών με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, να βιώνουν υποκειμενικά τα στρεσογόνα γεγονότα με μεγαλύτερη ένταση από τους μη καρκινοπαθείς. Η τάση αυτή,

γίνεται εντονότερη κατά τη μακρά πορεία της νόσου, όπως σε ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο. Δηλαδή, οι ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο στάδιο, θα έχουν μεγαλύτερο βαθμό υποκειμενικής βίωσης των στρεσογόνων γεγονότων, σε σύγκριση με τις ασθενείς με καρκίνο μαστού, κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων.

Υπόθεση 12. Οι σχέσεις ανάμεσα σε έννοιες, πού αντιστοιχούν σε συγκεκριμένες γνώσεις συμβατές με Συμπεριφορές Τύπου C, υπάρχουν κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού, και γίνονται εντονότερες κατά τη διάρκεια της μακροχρόνιας πορείας του. Δηλαδή, σε ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο. Συγκεκριμένα, οι έννοιες αυτές, πού αποτελούν και ατομικές ιδιότητες είναι οι εξής: 1) μη έκφραση θυμού, 2) παθητικός, 3) υποχωρητικός, 4) υποτακτικός, 5) καθησυχαστικός, 6) παραμελεί τις ανάγκες του και 7) θυσιάζεται για τους άλλους.

Υπόθεση 13. Οι στρατηγικές πού σχετίζονται άμεσα με τις εξής περιγραφόμενες στη διεθνή βιβλιογραφία Συμπεριφορές Τύπου C: 1) μη έκφραση του θυμού, 2) μη έκφραση άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων, πλην θυμού, 3) επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, 4) αποφυγή καυγάδων, 5) παραμέληση των αναγκών, 6) θυσιάζεται για τους άλλους, 7) καθησυχαστικός, 8) υποτακτικός, 9) υποχωρητικός και 10) παθητικός, υπάρχουν κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού, και γίνονται εντονότερες κατά τη διάρκεια της μακροχρόνιας πορείας του. Δηλαδή, σε ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο.

Υπόθεση 14. Οι πιθανές εσφαλμένες στρατηγικές, πού είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C: 1) Δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους πού τις θύμωσαν, αλλά διαμαρτύρονται μόνο (για τον προβληματισμό τους) σε άλλα άτομα, 2) Εκφράζουν με ασάφεια τα παράπονά τους σ' αυτούς πού τις ενοχλούν, 3) εκφράζουν δυσαρέσκεια αναίτια σε τρίτους, και 4) εκδηλώνουν συχνά συμπεριφορά παραίτησης, θα είναι αυξημένες σε γυναίκες με καρκίνο μαστού στο τέταρτο στάδιο, δηλαδή κατά τη μακροχρόνια πορεία της νόσου, σε σύγκριση με την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων καρκίνου του μαστού.

2.1.2.6.4. Η συλλογή και οι μετρήσεις των παρατηρήσεων.

Για την συλλογή των παρατηρήσεων διερεύνησης των υποθέσεων 1 και 10 έγιναν με το PSE οι ακόλουθες μετρήσεις:

1. Οι κλινικές συνδρομές (Syndrome Check List)
2. Το συνολικό άθροισμα της ψυχοπαθολογίας (PSE TOTAL),
3. Ο δείκτης προσδιορισμού (Index of Definition ή ID), και
4. Οι διαγνώσεις του συστήματος CATEGO.

Για την συλλογή των παρατηρήσεων διερεύνησης των υποθέσεων 2, 3, 4, και 5, έγιναν με την Κλίμακα Γεγονότων Ζωής οι ακόλουθες μετρήσεις:

1. Το κάθε ένα χωριστά, από όσα γεγονότα ζωής συνέβησαν μέσα στους τελευταίους 12 μήνες πριν την εξέταση.
2. Η υποκειμενική ένταση όσων γεγονότων συνέβησαν τους τελευταίους 12 μήνες πριν την εξέταση.
3. Ο συνολικός αριθμός των γεγονότων ζωής, πού συνέβησαν τους τελευταίους 12 μήνες πριν την εξέταση.
4. Η συνολική υποκειμενική ένταση όσων γεγονότων συνέβησαν τους τελευταίους 12 μήνες πριν την εξέταση.
5. Ο συνολικός αριθμός των γεγονότων ζωής τύπου απώλειας, πού συνέβησαν τους τελευταίους 12 μήνες πριν την εξέταση.
6. Ο συνολικός αριθμός των γεγονότων ζωής τύπου εμπειρίας αρρώστιας, πού συνέβησαν τους τελευταίους 12 μήνες πριν την εξέταση.
7. Η συνολική υποκειμενική ένταση όσων γεγονότων τύπου απώλειας, συνέβησαν τους τελευταίους 12 μήνες πριν την εξέταση.
8. Η συνολική υποκειμενική ένταση όσων γεγονότων τύπου εμπειρίας αρρώστιας, συνέβησαν τους τελευταίους 12 μήνες πριν την εξέταση.

Για την συλλογή των παρατηρήσεων διερεύνησης της υπόθεσης 6, έγιναν με το FES οι ακόλουθες μετρήσεις σε σταθμισμένες τιμές:

1. Οργάνωση (organization),
2. Έλεγχος (control),
3. Ηθικο-θρησκευτική έμφαση (moral-religious emphasis),
4. Συνοχή (cohesiveness),
5. Διαμάχη (conflict) και
6. Εκφραστικότητα (expressiveness).

Για την συλλογή των παρατηρήσεων μέρους της διερεύνησης των υποθέσεων 7, και 14, καθώς και ολοκλήρων των υποθέσεων 8 και 12, έγιναν με την μέθοδο του δικτύου (grid) διαβαθμιζόμενης μορφής, οι ακόλουθες μετρήσεις μη παραμετρικών συντελεστών Spearman (r_s):

1. r_s μεταξύ των constructs 1-8, 1-9, 1-10, και 1-11 (Μη έκφραση του θυμού).
2. r_s μεταξύ των constructs 2-8, 2-9, 2-10, και 2-11 (Δεν φροντίζει για τις ανάγκες του).
3. r_s μεταξύ των constructs 3-8, 3-9, 3-10, και 3-11. Επίσης r_s μεταξύ των elements 4-13, 4-16, 8-13, και 8-16 (Θυσιάζεται για τους άλλους).
4. r_s μεταξύ των constructs 4-8, 4-9, 4-10 και 4-11. Επίσης r_s μεταξύ των elements 4-10 και 8-10 (Καθησυχαστικός).
5. r_s μεταξύ των constructs 5-8, 5-9, 5-10, και 5-11. Επίσης r_s μεταξύ των elements 4-11 και 8-11 (Υποτακτικός).
6. r_s μεταξύ των constructs 6-8, 6-9, 6-10, και 6-11. Επίσης r_s μεταξύ των elements 4-9 και 8-9 (Υποχωρητικός).
7. r_s μεταξύ των constructs 7-8, 7-9, 7-10, και 7-11. Επίσης r_s μεταξύ των elements 4-14, 8-14, 4-15, και 8-15 (Παθητικός).
8. r_s μεταξύ των elements 4-12 και 8-12 (Δεν εκφράζει το θυμό της σ' αυτόν που την θύμωσε, αλλά διαμαρτύρεται σε άλλα άτομα).

Τέλος, για την διερεύνηση των υποθέσεων υπ' αριθμόν 9, 13, και 14, έγινε η συλλογή της βαθμολογίας του Ερωτηματολογίου εξέτασης Στρατηγικών, που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C και άλλων Εσφαλμένων Στρατηγικών. Οι διαφορές των τιμών των 31 ερωτήσεων μεταξύ της πειραματικής και των δύο ομάδων ελέγχου, θα εξετασθούν με τη δοκιμασία Wilcoxon δύο ανεξαρτήτων δειγμάτων.

2.1.2.6.5. Οι στατιστικές δοκιμασίες.

1) Για τη στατιστική επεξεργασία μέρους της υπόθεσης 1 (Οποιασδήποτε μορφής ψυχοπαθολογία, και ειδικότερα η κατάθλιψη, είναι μεγαλύτερη κατά τις πρώτες κλινικές εκδηλώσεις του καρκίνου του μαστού, από ό,τι σε ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις μαστού), χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 , ως κριτήριο συσχέτισης ποιοτικών χαρακτηριστικών (Τριχόπουλος Δ, 1975 σελ. 63-94) [225]. Προτού όμως περιγραφή η δοκιμασία χ^2 , η οποία στην ουσία είναι μία μαθηματική σχέση, κρίνεται σκόπιμο να εκτεθούν ορισμένα εισαγωγικά στοιχεία για το σκεπτικό της διαδικασίας.

2) Για τη στατιστική επεξεργασία όλων των υπολοίπων υποθέσεων, χρησιμοποιήθηκαν:

1. Η δοκιμασία Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), ενώ επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε
2. Ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης σειράς του Spearman (Spearman rank correlation coefficient), για την επεξεργασία των παρατηρήσεων των υποθέσεων 8, και 12, καθώς και μέρους των υποθέσεων 7 και 14, πριν την εφαρμογή της τελικής ανάλυσης, και,
3. Η Παραγοντική Ανάλυση (Factor Analysis), προκειμένου να διαπιστωθεί ποιες εσφαλμένες στρατηγικές από εκείνες που είναι συναφείς με τις συμπεριφορές Τύπου C, αλλά δεν

περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία, συνοδεύουν τις στρατηγικές πού, σχετίζονται άμεσα με εκείνες τις συμπεριφορές Τύπου C, πού περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία.

2.1.2.6.5.1. Η δοκιμασία χ^2 .

Στις περιπτώσεις πού οι παρατηρήσεις είναι ποιοτικής φύσης, ο στατιστικός έλεγχος γίνεται με τη σύγκριση των συχνοτήτων των παρατηρήσεων των διαφόρων ταξινομικών κατηγοριών. Τα άτομα ενός τέτοιου δείγματος, πού περιέχει ποιοτικές παρατηρήσεις, πρέπει απαραίτητα, να μπορούν να ταξινομηθούν κατά δύο ή περισσότερους τρόπους, είτε διαδοχικά είτε ταυτόχρονα. Αυτή η ταυτόχρονη ταξινόμηση κατά δύο τρόπους, λέγεται διπλή ή διαζωνική ταξινόμηση (two way classification) (Τριχόπουλος Δ, 1975 σελ. 63-64) [225]. Για παράδειγμα στην υπόθεση 1: "Η κατάθλιψη έχει σχέση αυτή καθ' εαυτή με την κλινική εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Δηλαδή είναι συχνότερη στις καρκινοπαθείς από ό,τι στις μη καρκινοπαθείς". Τα άτομα του δείγματος, μπορούν, και πρέπει, να ταξινομηθούν κατά δύο τρόπους προκειμένου να διερευνηθεί με την δοκιμασία χ^2 η ως άνω υπόθεση. Δηλαδή, θα ταξινομηθούν ανάλογα με τη διάγνωση της σωματικής διαταραχής: καρκινοπαθείς-μη καρκινοπαθείς, και ανάλογα με την ψυχιατρική διάγνωση, δηλαδή την παρουσία-απουσία κατάθλιψης, σε ένα διαζωνικό πίνακα με 4 κελιά (cells), όπως στο Σχήμα 1:

Σχήμα 1: Παρατηρούμενες συχνότητες (observed frequency)

Νόσος μαστού	Κατάθλιψη: ΝΑΙ	Κατάθλιψη: ΟΧΙ	Σύνολο στήλης
Καρκίνος μαστού	8	14	22
Καλοήθεις νόσοι	7	16	23
Σύνολο στήλης	15	30	Γενικό σύνολο: 45

Ο πίνακας αυτός (σχήμα 1), πού αφορά μία υποκατηγορία του συστήματος Catego, των διαγνωστικών κατηγοριών ανεξάρτητα από την κλινική βαρύτητα, περιέχει 4 κελιά με τις παρατηρούμενες συχνότητες (observed frequency), τόσο όσον αφορά τις διαγνώσεις, όσο και σε ό,τι αφορά την παρουσία-απουσία κατάθλιψης. Επίσης, περιέχει τα σύνολα της κάθε στήλης, οριζόντιας και κάθετης, καθώς και το γενικό σύνολο των ασθενών του υπό εξέταση δείγματος. Το αμέσως επόμενο ερώτημα πού τίθεται, και χρειάζεται απάντηση προκειμένου να εφαρμοσθεί η διαδικασία της δοκιμασίας χ^2 , είναι το εξής: εάν δεν υπήρχε συσχέτιση μεταξύ διαγνώσεων και κατάθλιψης, ποια θα ήταν η αναμενόμενη συχνότητα της κατάθλιψης στα κελιά; Είναι δε απαραίτητη η απάντηση αυτού του ερωτήματος για τον εξής λόγο: για να εφαρμοσθεί η δοκιμασία χ^2 , όπως και σε όλες τις στατιστικές δοκιμασίες, είναι απαραίτητη η εφαρμογή της άκυρου υποθέσεως κατά την εκκίνηση της δοκιμασίας (null hypothesis) (Τριχόπουλος Δ, 1975 σελ. 59) [225]. Σύμφωνα με την υπόθεση αυτή, όπως ήδη αναλύθηκε πιο πάνω, πριν την εκτέλεση οποιασδήποτε στατιστικής δοκιμασίας για την διερεύνηση μίας διαφοράς μεταξύ ομάδων παρατηρήσεων, ισχύει η υπόθεση ότι δεν υπάρχει πραγματική διαφορά στις παρατηρήσεις. Σύμφωνα λοιπόν με την υπόθεση αυτή, είναι και το ερώτημα πού ετέθη πιο πάνω: εάν δεν υπήρχε συσχέτιση μεταξύ σωματικών διαγνώσεων και κατάθλιψης, ποια θα ήταν η αναμενόμενη συχνότητα της κατάθλιψης στα κελιά; Κατά τον ορισμό της άκυρης υπόθεσης (null hypothesis), οι αναμενόμενες συχνότητες (expected frequency) δεν θα έχουν διαφορά από τις παρατηρούμενες συχνότητες (observed frequency). Οι τελευταίες είναι απαραίτητο να υπολογισθούν προκειμένου να εφαρμοσθεί η δοκιμασία χ^2 , αφού όπως ήδη αναφέρθηκε η άκυρη υπόθεση εφαρμόζεται σε όλες τις στατιστικές δοκιμασίες. Ελέγχεται δηλαδή, με τις στατιστικές δοκιμασίες αν ισχύει ή όχι η άκυρος υπόθεση. Έτσι λοιπόν, σύμφωνα με την άκυρη υπόθεση (null hypothesis), οι αναμενόμενες συχνότητες (expected frequency) στο σχήμα 1, δεν θα έχουν διαφορά από τις παρατηρούμενες συχνότητες (observed frequency). Εάν τούτο ισχύει, στον συνολικό αριθμό των 45 ασθενών (σχ. 1), η κατανομή της κατάθλιψης θα είναι η αυτή. Δηλαδή οι συχνότητες κατάθλιψης στον καρκίνο μαστού, θα είναι όμοιες με εκείνες των καλοήθων παθήσεων μαστού. Για να βρεθούν λοιπόν οι αναμενόμενες συχνότητες (expected frequency) κατάθλιψης στον καρκίνο μαστού, μπορεί να εφαρμοσθεί η απλή μέθοδος των τριών (βλέπε και σχήμα 1):

Στις 45 συνολικά ασθενείς
στις 22 καρκινοπαθείς

15 παρουσιάζουν κατάθλιψη
χ παρουσιάζουν κατάθλιψη

15x22

$\chi = \frac{15 \times 22}{45} = 7,3$ είναι η αναμενόμενη συχνότητα παρουσίας κατάθλιψης

και γενικά, σε οποιοδήποτε κελί η αναμενόμενη συχνότητα βρίσκεται από τον εξής τύπο (Τριχόπουλος Δ, 1975 σελ. 66):

$$E = \frac{(\text{αντίστοιχο οριζόντιο σύνολο}) \cdot (\text{αντίστοιχο κάθετο σύνολο})}{(\text{γενικό σύνολο})}$$

Ο έλεγχος της υπόθεσης, μετά τη διαξονική αυτή κατάταξη, και το σκεπτικό πού αναλύθηκε, δηλαδή, η δοκιμασία χ^2 , υπολογίζεται από τον εξής τύπο (Τριχόπουλος Δ, 1975 σελ. 66) [225]:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

όπου: **O** και **E**, είναι η παρατηρούμενη και η αναμενόμενη αντίστοιχα συχνότητα, ενώ **Σ**, είναι το άθροισμα των αποτελεσμάτων όλων των κελιών. Λεπτομέρειες όμως για τις περαιτέρω διαδικασίες του υπολογισμού των παρατηρούμενων συχνοτήτων (observed frequency), αλλά και για τον τελικό υπολογισμό της δοκιμασίας χ^2 , πού γίνεται μέσω ειδικών πινάκων (Τριχόπουλος Δ, 1975 σελ. 63-68) [225], εκφεύγουν των σκοπών της εργασίας αυτής, και μπορούν να αναζητηθούν σε ειδικά συγγράμματα στατιστικής (Campbell RC 1967, Τριχόπουλος Δ, 1975) [42, 225]. Επίσης, σημειώνεται ότι αυτές, καθώς και άλλες πολυπλοκώτερες στατιστικές δοκιμασίες, γίνονται και με ειδικά προγράμματα ηλεκτρονικών υπολογιστών (Nie et al 1975) [168].

2.1.2.6.5.2. Ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης σειράς του Spearman (r_s), είναι: το μέτρο της συσχέτισης μεταξύ δύο διαταξιμών (ordinal) συνήθως, αλλά και ποσοτικών χαρακτηριστικών, οι δε τιμές πού λαμβάνει, κυμαίνονται από -1 έως +1 (Τριχόπουλος Δ, 1975 σελ. 141-144) [225].

Σκεπτικό της διαδικασίας.

Για να γίνει κατανοητή η διαδικασία εφαρμογής της δοκιμασίας, ας πάρουμε για παράδειγμα τμήμα του πίνακα 7 (βλ. Παράρτημα), στο **σχήμα 2**, όπου φαίνεται η βαθμολογία μίας μη καρκινοπαθούς (Πίνακας 7 παράρτημα),

Βαθμολογία των κατασκευασμάτων (constructs) και των στοιχείων (elements)

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16
C1	5	11	11	2	6	11	1	11	11	11	11	11	11	11	1	11
C2	10	1	11	11	6	11	1	1	11	11	11	1	1	11	1	10

Σχήμα 2. (Απόσπασμα από τον πίνακα 7 του Παραρτήματος)

ασθενούς του δείγματος, για το κάθε ένα από τα δύο πρώτα νοητικά κατασκευάσματα (C1 και C2) σε σχέση με τα 16 στοιχεία (E1 έως E16). Η βαθμολογία αυτή, βασίζεται σε 16 παρατηρήσεις, όπου το κάθε νοητικό κατασκεύασμα λαμβάνει μία βαθμολογία από το 1 ως το 11, ως προς το αντίστοιχο στοιχείο (E) του πίνακα 7. Τούτο γίνεται επειδή τα δίπολα του πλέγματος πού χορηγήθηκε, είχαν το καθένα 11 θέσεις βαθμολόγησης. Οι παρατηρήσεις είναι 16, επειδή το κάθε ένα νοητικό κατασκεύασμα (C1 και C2) βαθμολογείται 16 φορές, ως προς τα 16 στοιχεία (E1 έως E16). Για να υπολογισθεί ο συντελεστής συσχέτισης σειράς, μεταξύ

των δύο αυτών νοητικών κατασκευασμάτων (C1 και C2), δεν λαμβάνονται υπ' όψιν αυτές καθ' εαυτές οι οριζόντιες βαθμολογήσεις των C1 και C2 (βλ. σχήμα 2), αλλά οι θέσεις που καταλαμβάνουν οι βαθμολογήσεις μετά από προηγούμενη κατάταξή τους, σε ανοδική σειρά 16 θέσεων, για καθένα από τα νοητικά κατασκευάσματα C1 και C2.

Συγκεκριμένα, ως πάρομο για παράδειγμα την βαθμολόγηση C1 του σχήματος 2:

C1	5	11	11	2	6	11	1	11	11	11	11	11	11	11	1	11
----	---	----	----	---	---	----	---	----	----	----	----	----	----	----	---	----

Η ανακατανομή της ανωτέρω βαθμολογίας σε ανοδική πορεία θα είναι η εξής (σχήμα 3):

σειρά:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
C1	1	1	2	5	6	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11

Σχήμα 3. Ανακατανομή της βαθμολογίας C1 για τον υπολογισμό της τιμής θέσης.

Οι τιμές που θα λάβει τελικά το C1 θα είναι ανάλογες της σειράς στην οποία ανήκουν, η οποία φαίνεται στο άνω μέρος του σχήματος 3. Στην περίπτωση που υπάρχουν ισοβαθμίες, οι παρατηρήσεις παίρνουν σαν βαθμό θέσης, τον μέσο όρο των θέσεων που θα έπαιρναν αν δεν υπήρχε ισοβαθμία (Τριχόπουλος Δ, 1975 σελ. 139) [225]. Για παράδειγμα οι τελικές τιμές των τιμών C1 από τη σειρά 6-16, στο σχήμα 3, θα είναι:

$$\frac{6+7+8+9+10+11+12+13+14+15+16}{11} = 11$$

Έτσι η τελική βαθμολογία θέσης των τιμών του C1 θα είναι η εξής (σχήμα 4):

C1	1,5	1,5	3	4	5	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
----	-----	-----	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Σχήμα 4. Βαθμολογία θέσης των τιμών C1

Με όμοιο τρόπο πρέπει να βαθμολογηθούν σε ανοδική διάταξη και οι αρχικές βαθμολογήσεις του C2, ούτως ώστε τελικά να υπολογισθεί ο συντελεστής συσχέτισης σειράς του Spearman, από την εξής εξίσωση (Τριχόπουλος Δ, 1975 σελ. 142) [225]:

$$r_s = 1 - \frac{6 \cdot \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

όπου d είναι η διαφορά μεταξύ των τιμών των θέσεων που παίρνει κάθε μία από τις βαθμολογήσεις των C1 και C2, ενώ n είναι ο αριθμός των παρατηρήσεων, δηλαδή στο συγκεκριμένο παράδειγμα με τα 16 στοιχεία (elements), η τιμή είναι $n=16$. Αναλυτικές λεπτομέρειες για τον τελικό υπολογισμό του r_s αναφέρονται σε ειδικά συγγράμματα (Campbell RC 1967, Τριχόπουλος Δ, 1975) [42, 225].

2.1.2.6.5.3. Η δοκιμασία Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test).

Πρόκειται για μη παραμετρική δοκιμασία σειράς, για τη στατιστική αξιολόγηση της διαφοράς μεταξύ δύο ανεξαρτήτων ομάδων παρατηρήσεων και, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για τα διατάξιμα (ordinal) χαρακτηριστικά (Τριχόπουλος Δ, 1975 σελ. 137-141) [225].

Σκεπτικό της διαδικασίας.

Προκειμένου να εφαρμοσθεί η δοκιμασία αυτή, οι παρατηρήσεις των δύο ομάδων πρέπει να τεθούν σε μία ενιαία διάταξη ανοδικής ή καθοδικής σειράς. Τούτο σημαίνει ότι ο συνολικός αριθμός των θέσεων ισούται με το άθροισμα των παρατηρήσεων των δύο ομάδων. Στο παράδειγμα δηλαδή του σχήματος 2, όπου υπάρχουν δύο ομάδες 32 συνολικά παρατηρήσεων, ο συνολικός αριθμός της σειράς των θέσεων θα είναι 32. Οι τελικοί

υπολογισμοί της δοκιμασίας θα γίνουν και σ' αυτή την δοκιμασία μετά την ανακατανομή των βαθμολογιών σε ανοδική ή καθοδική πορεία, και την μετατροπή τους σε τιμές των θέσεων.

Μετά από αυτή τη μετατροπή σε τιμές θέσης, και προκειμένου να εφαρμοσθεί η δοκιμασία, πρέπει κατ' αρχήν να υπολογισθούν τα άθροισμα των τιμών των θέσεων της κάθε μίας ομάδας. Το άθροισμα των θέσεων της ομάδας με τις λιγότερες παρατηρήσεις, συμβολίζεται με T_1 , ενώ ο αριθμός των παρατηρήσεων της ομάδας αυτής συμβολίζεται με n_1 . Το άθροισμα και οι παρατηρήσεις της δεύτερης ομάδας, συμβολίζονται αντίστοιχα με T_2 και n_2 . Στη συνέχεια, η δοκιμασία υπολογίζεται από την τιμή της εξής παράστασης (Τριχόπουλος Δ, 1975 σελ. 137-141) 225]:

$$\frac{\left| T_1 - \frac{n_1}{2} (n_1+n_2+1) \right|}{\sqrt{\frac{n_1 n_2 (n_1+n_2+1)}{12}}}$$

Αναλυτικές λεπτομέρειες για τον τελικό υπολογισμό της δοκιμασίας, και του καθορισμού της στατιστικής σημαντικότητας, που γίνεται μέσω ειδικών πινάκων, μπορούν να ανευρεθούν σε ειδικά συγγράμματα (Campbell RC 1967, Τριχόπουλος Δ, 1975) [42, 225], ενώ επίσης όπως ήδη αναφέρθηκε, όλες αυτές οι δοκιμασίες γίνονται και με ειδικά προγράμματα ηλεκτρονικών υπολογιστών (Nie et al 1975) [168].

2.1.2.6.5.4. Η Παραγοντική Ανάλυση (Factor Analysis).

Η δοκιμασία αυτή χρησιμοποιείται για να συνοψίσει ένα μεγάλο αριθμό μεταβλητών σε ένα μικρότερο αριθμό, που καλείται παράγων (factor). Κάθε παράγων αποτελείται από ένα αριθμό μεταβλητών και εξηγεί ένα ποσοστό της μεταβλητότητας (Davies et al, 1973) [54].

Στην παρούσα έρευνα, όλες οι στατιστικές δοκιμασίες που μόλις αναλύθηκε το σκεπτικό της εφαρμογής τους, έγιναν με την 6η έκδοση του προγράμματος SPSS για Windows, με ηλεκτρονικό υπολογιστή.

2.2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2.2.1. Υπόθεση 1.

Η ψυχοπαθολογία γενικά, και ειδικότερα η κατάθλιψη, είναι μεγαλύτερη κατά τις πρώτες κλινικές εκδηλώσεις στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, σε σύγκριση με τις καλοήθεις παθήσεις μαστού.

Για την συλλογή των παρατηρήσεων διερεύνησης της υπόθεσης 1, έγιναν με το PSE οι ακόλουθες μετρήσεις:

1. Οι κλινικές συνδρομές (Syndrome Check List)
2. Το συνολικό άθροισμα της ψυχοπαθολογίας (PSE TOTAL),
3. Ο δείκτης προσδιορισμού (Index of Definition ή ID), και
4. Οι διαγνώσεις του συστήματος CATEGO.

Εξετάστηκαν συνολικά 55 προβιοψιακές ασθενείς, από τις οποίες οι 23 ανήκαν στην πειραματική ομάδα των προβιοψιακών ασθενών με καρκίνο του μαστού, και οι 32 στην πρώτη ομάδα ελέγχου των προβιοψιακών ασθενών με καλοήθεις παθήσεις μαστού. Στην πειραματική ομάδα των 23 προβιοψιακών ασθενών με καρκίνο του μαστού, καμία δεν ήταν δυνατόν να γνωρίζει μετά βεβαιότητας τη διάγνωση, εξ ορισμού, αφού δεν είχε γίνει ακόμη η βιοψία. Από τις διευκρινιστικές ερωτήσεις όμως, που όπως αναφέρθηκε, έγιναν σε όλο το προβιοψιακό δείγμα, βρέθηκε ότι 7 από αυτές είχαν την πληροφορία από τους γιατρούς τους, ότι το ογκίδιο του μαστού τους ίσως να ήταν καρκίνος. Έτσι οι 7 αυτές ασθενείς αποκλείστηκαν από την έρευνα. Μετά τον αποκλεισμό τους, έμειναν στην πειραματική ομάδα 16 προβιοψιακές ασθενείς με καρκίνο μαστού, που δεν είχαν καμία θετική πληροφορία από τους γιατρούς τους για τη διάγνωση, οι οποίες και συγκρίθηκαν με τις 32 προβιοψιακές ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις μαστού, της πρώτης ομάδας ελέγχου.

Για τη στατιστική επεξεργασία μέρους της υπόθεσης 1 (η κατάθλιψη, είναι μεγαλύτερη κατά τις πρώτες κλινικές εκδηλώσεις του καρκίνου του μαστού, από ό,τι σε ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις μαστού), χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 .

Στην γενική διαγνωστική κατηγορία CATEGO: «catclass», όπου προσδιορίζονται γενικά κλινικές και μη κλινικές περιπτώσεις, 4 καρκινοπαθείς και 10 μη καρκινοπαθείς ασθενείς παρουσίαζαν κατάθλιψη, ενώ 2 καρκινοπαθείς και 12 μη καρκινοπαθείς ασθενείς παρουσίαζαν άγχος. Επίσης, στην διαγνωστική κατηγορία CATEGO: «tentative diagnosis», όπου προσδιορίζονται μόνον οι κλινικές περιπτώσεις, 2 καρκινοπαθείς και 7 μη καρκινοπαθείς ασθενείς παρουσίαζαν καταθλιπτική νεύρωση, ενώ 1 καρκινοπαθής και 3 μη καρκινοπαθείς ασθενείς παρουσίαζαν αγχώδη νεύρωση. Η δοκιμασία χ^2 δεν ήταν στατιστικά σημαντική σε καμία διαγνωστική κατηγορία (**πίνακας 1**).

Πίνακας 1. Σύγκριση κατηγοριών CATEGO μεταξύ προβιοψιακών ασθενών με καρκίνο μαστού και ασθενών με καλοήθειες παθήσεις μαστού.

Διάγνωση Catego	Καρκίνος μαστού προβιοψιακά N=16	Καλοήθειες παθήσεις μαστού προβιοψιακά N=32	Δοκιμασία χ^2 με διόρθωση κατά Yates
Άγχος	2	12	N.S.
Κατάθλιψη	4	10	N.S.
Καταθλιπτική Νεύρωση	2	7	N.S.
Αγχώδης Νεύρωση	1	3	N.S.

Για τη στατιστική επεξεργασία του υπόλοιπου μέρους της υπόθεσης 1, (Οποιαδήποτε μορφής ψυχοπαθολογία, είναι μεγαλύτερη κατά τις πρώτες κλινικές εκδηλώσεις του καρκίνου του μαστού, από ό,τι σε ασθενείς με καλοήθειες παθήσεις μαστού), χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), για τη σύγκριση μεταξύ πειραματικής ομάδας και πρώτης ομάδας ελέγχου στις εξής μετρήσεις του PSE:

1. Τις κλινικές συνδρομές (Syndrome Check List),
2. Το συνολικό άθροισμα της ψυχοπαθολογίας (PSE TOTAL), και
3. Τον δείκτη προσδιορισμού (Index of Definition ή ID)

Από τις κλινικές συνδρομές, οι καρκινοπαθείς σε σύγκριση με τις μη καρκινοπαθείς, είχαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($p < 0,05$) μικρότερες τιμές στη συνδρομή της υποενεργητικότητας (LE). Στις λοιπές συνδρομές δεν βρέθηκαν διαφορές. Το συνολικό άθροισμα της ψυχοπαθολογίας (PSE TOTAL) καθώς και οι τιμές του δείκτη προσδιορισμού (Index of Definition ή ID), που καθορίζει την κλινική βαρύτητα, δεν έδειξαν διαφορές. Τα αποτελέσματα των ανωτέρω μετρήσεων με τη δοκιμασία Wilcoxon δύο δειγμάτων, συνοψίζονται στον **Πίνακα 2**.

Πίνακας 2. Σύγκριση κλινικών συνδρομών, συνολικού αθροίσματος ψυχοπαθολογίας (PSE TOTAL), και δείκτη προσδιορισμού (ID), μεταξύ πειραματικής και πρώτης ομάδας ελέγχου.

Κλινικές Συνδρομές Άθροισμα ψυχοπαθολογίας Δείκτης προσδιορισμού	Καρκίνος μαστού N=16	Καλοήθειες μαστοπάθειες N=32	Wilcoxon test
DE (Αποπροσωποποίηση)	24,00	24,75	N.S.
GA (Γενικό άγχος)	25,97	23,77	N.S.
HY (Υποχονδρίαση)	25,00	24,25	N.S.
IC (Απώλεια ενδιαφέροντος και συγκέντρωσης)	20,88	26,31	$p < 0,10$
IR (Ιδέες αναφοράς)	23,50	25,00	N.S.
IT (Ευερεθιστότητα)	21,00	26,25	N.S.
LE (Απώλεια ενεργητικότητας)	20,50	26,50	$p < 0,05$
NP (Μη ειδική ψύχωση)	25,00	24,25	N.S.
OD (Άλλα συμπτώματα κατάθλιψης)	21,06	26,22	N.S.
ON (Ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση)	25,50	24,00	N.S.
SA (Περιστασιακό άγχος)	22,75	25,38	N.S.
SD (Απλή κατάθλιψη)	22,19	25,66	N.S.
SU (Κοινωνικά ανήσυχος)	22,69	25,41	N.S.
TE (Τάση)	23,15	24,88	N.S.
WO (Στενοχώρια κ.λ.π.)	21,25	26,13	N.S.
PSE TOTAL	20,13	26,69	N.S.

ID	21,31	26,09	N.S.
----	-------	-------	------

Επομένως, η υπ' αριθμόν 1 υπόθεση της παρούσας έρευνας, ότι η ψυχοπαθολογία γενικά, και ειδικότερα η κατάθλιψη, είναι μεγαλύτερη κατά τις πρώτες κλινικές εκδηλώσεις στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, σε σύγκριση με τις καλοήθειες παθήσεις μαστού, απορρίπτεται.

2.2.2. Υπόθεση 2.

Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής έχουν σχέση αυτά καθ' εαυτά με την κλινική εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Δηλαδή είναι περισσότερα σε αριθμό στις καρκινοπαθείς από ό,τι στις μη καρκινοπαθείς.

Για τη στατιστική επεξεργασία της υπόθεσης 2, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), για τη σύγκριση μεταξύ πειραματικής ομάδας (καρκίνος μαστού πριν τη βιοψία) και πρώτης ομάδας ελέγχου (καλοήθειες παθήσεις μαστού πριν τη βιοψία), για το κάθε ένα από τα 61 στρεσογόνα γεγονότα ζωής, καθώς και για τον συνολικό τους αριθμό.

Συνολικά συμπληρώθηκε η Κλίμακα των Γεγονότων Ζωής -Scaling of Life Events- των Paykel και συναδ. (1971), από 27 προβιοψιακές ασθενείς, από τις οποίες 10 ανήκουν στην πειραματική ομάδα και 17 ανήκουν στην πρώτη ομάδα ελέγχου. Από τα 61 γεγονότα της Κλίμακας, 13 είχαν επαρκή αριθμό, είχαν δηλαδή συμπληρωθεί ότι συνέβησαν εκ μέρους των ασθενών, ώστε να είναι εφαρμόσιμη η δοκιμασία Wilcoxon δύο δειγμάτων, μεταξύ των δύο ανωτέρω ομάδων. Σε κανένα γεγονός δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικό εύρημα. Επίσης δεν βρέθηκε διαφορά ούτε ως προς το συνολικό αριθμό των γεγονότων. Στον **πίνακα 3** περιγράφονται τα γεγονότα, η μέση τιμή σειράς (mean rank) και τα αποτελέσματα.

Πίνακας 3. Σύγκριση στρεσογόνων γεγονότων μεταξύ πειραματικής και πρώτης ομάδας ελέγχου.

Αύξων αριθμός γεγονότος	Στρεσογόνο Γεγονός	Καρκίνος μαστού (N=10)	Καλοήθειες μαστ/θειες (N=17)	Wilcoxon test
4	Θάνατος στενού συγγενούς, όπως γονιός ή αδελφός	2,00	2,67	N.S.
14	Σοβαρή αρρώστια που απαιτεί νοσηλεία μέλους της οικογένειας	2,50	1,75	N.S.
15	Ανεργία για ένα μήνα	2,00	1,00	N.S.
16	Θάνατος στενής φίλης	1,00	2,00	N.S.
18	αρρώστια που απαιτεί νοσηλεία	1,00	2,00	N.S.
29	Να πάει φαντάρος ο γιος της	3,00	1,50	N.S.
31	Διαφωνίες με συγγενείς που δεν μένουν στο σπίτι	2,50	1,00	N.S.
36	Να κάνει μία σοβαρή εξέταση	1,75	3,83	N.S.
39	Εγκατάσταση καινούργιου ατόμου στο σπίτι	1,50	3,00	N.S.
47	Να φύγει ένα παιδί απ' το σπίτι	1,00	2,50	N.S.
53	Να πάρει προαγωγή	1,00	2,00	N.S.
58	Να αρραβωνιασθεί το παιδί της	2,50	2,50	N.S.
61	Να παντρευτεί ένα παιδί με τη θέλησή της	1,50	2,25	N.S.
Συνολικός αριθμός γεγονότων		15,05	13,38	N.S.

Επομένως, η υπ' αριθμόν 2 υπόθεση της παρούσας έρευνας, ότι τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής έχουν σχέση αυτά καθ' εαυτά με την κλινική εμφάνιση καρκίνου του μαστού,

δηλαδή είναι περισσότερα σε αριθμό στις ασθενείς με καρκίνο μαστού πριν τη βιοψία, από ό,τι στις ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις μαστού πριν τη βιοψία, απορρίπτεται.

2.2.3. Υπόθεση 3.

Υπάρχει μία ιδιοσυγκρασιακή τάση των γυναικών που παθαίνουν καρκίνο μαστού, κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, τέτοια ώστε να βιώνουν τα στρεσογόνα γεγονότα εντονότερα από τις ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις μαστού.

Για τη στατιστική επεξεργασία της υπόθεσης 3, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), για τη σύγκριση μεταξύ πειραματικής ομάδας (καρκίνος μαστού πριν τη βιοψία) και πρώτης ομάδας ελέγχου (καλοήθεις παθήσεις μαστού πριν τη βιοψία), ως προς τον συνολικό βαθμό υποκειμενικής έντασης των στρεσογόνων γεγονότων ζωής. Τα ευρήματα έδειξαν ότι δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (βλέπε **πίνακα 4**).

Πίνακας 4. Σύγκριση συνολικού βαθμού έντασης γεγονότων, μεταξύ πειραματικής και πρώτης ομάδας ελέγχου.

	m e a n r a n k		
Συνολική βαθμολογία γεγονότων	Καρκίνος μαστού (N=10)	Καλοήθεις μαστοπάθειες (N=17)	Wilcoxon test
Υποκειμενική ένταση γεγονότων	13,50	14,20	N.S.

Επομένως, η υπ' αριθμόν 3 υπόθεση της παρούσας έρευνας, ότι υπάρχει μία ιδιοσυγκρασιακή τάση των γυναικών που παθαίνουν καρκίνο μαστού, κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, τέτοια ώστε να βιώνουν τα στρεσογόνα γεγονότα εντονότερα από τις μη καρκινοπαθείς, απορρίπτεται.

2.2.4. Υπόθεση 4.

Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής του τύπου απώλειας, έχουν σχέση αυτά καθ' εαυτά με την κλινική εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Δηλαδή είναι περισσότερα σε αριθμό στις καρκινοπαθείς από ό,τι στις μη καρκινοπαθείς.

Για τη στατιστική επεξεργασία της υπόθεσης 4, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), για τη σύγκριση μεταξύ πειραματικής ομάδας (καρκίνος μαστού πριν τη βιοψία) και πρώτης ομάδας ελέγχου (καλοήθεις παθήσεις μαστού πριν τη βιοψία), ως προς τον συνολικό αριθμό των στρεσογόνων γεγονότων ζωής του τύπου απώλειας. Τα ευρήματα έδειξαν ότι δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (βλέπε **πίνακα 5**).

Πίνακας 5. Σύγκριση συνολικού αριθμού γεγονότων τύπου απώλειας, μεταξύ πειραματικής και πρώτης ομάδας ελέγχου.

	m e a n r a n k		
Συνολική βαθμολογία αριθμού γεγονότων	Καρκίνος μαστού (N=10)	Καλοήθεις μαστοπάθειες (N=17)	Wilcoxon test
Γεγονότα τύπου απώλειας	15,60	13,06	N.S.

Επομένως η υπ' αριθμόν 4 υπόθεση της παρούσας έρευνας, ότι τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής του τύπου απώλειας, έχουν σχέση αυτά καθ' εαυτά με την κλινική εμφάνιση καρκίνου του μαστού, δηλαδή είναι περισσότερα σε αριθμό στις καρκινοπαθείς από ό,τι στις μη καρκινοπαθείς, απορρίπτεται.

2.2.5. Υπόθεση 5.

Υπάρχει μία ιδιοσυγκρασιακή τάση των γυναικών που παθαίνουν καρκίνο μαστού, κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, τέτοια ώστε να βιώνουν τα στρεσογόνα γεγονότα του τύπου απώλειας, εντονότερα από τις ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις μαστού.

Για τη στατιστική επεξεργασία της υπόθεσης 5, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), για τη σύγκριση μεταξύ πειραματικής ομάδας (καρκίνος μαστού πριν τη βιοψία) και πρώτης ομάδας ελέγχου (καλοήθεις παθήσεις μαστού πριν τη βιοψία), ως προς τον συνολικό βαθμό υποκειμενικής έντασης των στρεσογόνων γεγονότων ζωής του τύπου απώλειας. Τα ευρήματα έδειξαν ότι δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (βλέπε **πίνακα 6**).

Πίνακας 6. Σύγκριση υποκειμενικής έντασης γεγονότων τύπου απώλειας, μεταξύ πειραματικής και πρώτης ομάδας ελέγχου.

Συνολική βαθμολογία γεγονότων	m e a n r a n k		Wilcoxon test
	Καρκίνος μαστού (N=10)	Καλοήθεις μαστοπάθειες (N=17)	
Υποκειμενική ένταση γεγονότων τύπου απώλειας	14,60	13,65	N.S.

Επομένως η υπόθεση υπ' αριθμόν 5 της παρούσας έρευνας, ότι υπάρχει μία ιδιοσυγκρασιακή τάση των γυναικών που παθαίνουν καρκίνο μαστού, κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, τέτοια ώστε να βιώνουν τα στρεσογόνα γεγονότα του τύπου απώλειας, εντονότερα από τις ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις μαστού, απορρίπτεται.

2.2.6. Υπόθεση 6.

Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών του εκδηλώσεων, συγκριτικά με τις ασθενείς που εμφανίζουν καλοήθεις παθήσεις του μαστού, έχουν στα Χαρακτηριστικά του Οικογενειακού Περιβάλλοντος τις εξής διαφορές: μεγαλύτερο βαθμό οργάνωσης (organization), ελέγχου (control), ηθικο-θρησκευτικής έμφασης (moral-religious emphasis), καθώς επίσης και μικρότερο βαθμό συνοχής (cohesiveness), διαμάχης (conflict) και εκφραστικότητας (expressiveness).

Για τη στατιστική επεξεργασία της υπόθεσης 6, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), για τη σύγκριση μεταξύ πειραματικής ομάδας (καρκίνος μαστού πριν τη βιοψία) και πρώτης ομάδας ελέγχου (καλοήθεις παθήσεις μαστού πριν τη βιοψία), ως προς τον βαθμό οργάνωσης (organization), ελέγχου (control), ηθικο-θρησκευτικής έμφασης (moral-religious emphasis), καθώς επίσης και μικρότερο βαθμό συνοχής (cohesiveness), διαμάχης (conflict) και εκφραστικότητας (expressiveness). Συνολικά, 14 προβιοψιακές ασθενείς με καρκίνο μαστού και 22 προβιοψιακές ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις μαστού συμπλήρωσαν την Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES).

Τα ευρήματα έδειξαν ότι υπήρχε διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στην υποκλίμακα της ηθικο-θρησκευτικής έμφασης (moral-religious emphasis), της οποίας ο βαθμός βρέθηκε μεγαλύτερος στην πειραματική ομάδα (καρκίνος μαστού πριν τη βιοψία), ($p < 0,03$) καθώς και στην υποκλίμακα της διαμάχης (conflict), της οποίας ο βαθμός βρέθηκε μικρότερος στην πειραματική ομάδα (καρκίνος μαστού πριν τη βιοψία) ($p < 0,03$) (βλέπε **πίνακα 7**).

Πίνακας 7. Συγκριτικά αποτελέσματα των Χαρακτηριστικών του Οικογενειακού Περιβάλλοντος μεταξύ προβιοψιακών ασθενών με καρκίνο μαστού και ασθενών με καλοήθεις παθήσεις μαστού στη βαθμολογία της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES).

Χαρακτηριστικά Οικογενειακού Περιβάλλοντος	mean rank		Wilcoxon test
	Καρκίνος μαστού (N=14)	Καλοήθεις μαστοπάθειες (N=22)	
Οργάνωση	21,54	16,57	N.S.
Έλεγχος	19,50	17,86	N.S.
Ηθικο-Θρησκευτική Έμφαση	23,14	15,55	p<0,03
Συνοχή	17,36	19,23	N.S.
Εκφραστικότητα	16,39	19,84	N.S.
Διαμάχη	13,96	21,39	p<0,03

Δηλαδή, ασθενείς με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο της κλινικής εμφάνισης, εμφανίζουν μεγαλύτερη ηθικο-θρησκευτική έμφαση (moral-religious emphasis), και μικρότερη διαμάχη (conflict), στη βαθμολογία της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES), σε σύγκριση με ασθενείς που εμφανίζουν καλοήθεις παθήσεις του μαστού.

Επομένως, η υπόθεση υπ' αριθμόν 6 της παρούσας έρευνας, σύμφωνα με την οποία: «Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών του εκδηλώσεων, συγκριτικά με τις ασθενείς που εμφανίζουν καλοήθεις παθήσεις του μαστού, έχουν στα Χαρακτηριστικά του Οικογενειακού Περιβάλλοντος τις εξής διαφορές: μεγαλύτερο βαθμό οργάνωσης (organization) ελέγχου (control), ηθικο-θρησκευτικής έμφασης (moral-religious emphasis) και, μικρότερο βαθμό συνοχής (cohesiveness), διαμάχης (conflict) και εκφραστικότητας (expressiveness)», επαληθεύεται ως προς τα εξής δύο σημεία της, ότι δηλαδή, γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών του εκδηλώσεων, έχουν μεγαλύτερο βαθμό ηθικο-θρησκευτικής έμφασης (moral-religious emphasis) και μικρότερο βαθμό διαμάχης (conflict), συγκριτικά με τις ασθενείς που εμφανίζουν καλοήθεις παθήσεις του μαστού.

2.2.7. Υπόθεση 7.

Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων του κλινικών εκδηλώσεων, σε σύγκριση με γυναίκες που παρουσιάζουν καλοήθεις παθήσεις μαστού, έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό τους εξής τύπους εσφαλμένων στρατηγικών, που είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C: 1) Δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους που τις θύμωσαν, αλλά διαμαρτύρονται μόνο (για τον προβληματισμό τους) σε άλλα άτομα, 2) Εκφράζουν με ασάφεια τα παράπονά τους σ' αυτούς που τις ενοχλούν. 3) εκφράζουν δυσαρέσκεια αναίτια σε τρίτους, και 4) εκδηλώνουν συχνά συμπεριφορά παραίτησης.

Η πρώτη στρατηγική εξετάσθηκε με δύο τρόπους: Α) έμμεσα με την τεχνική Grid, ως αντίστοιχη γνώσια που ενδεχομένως να σχετίζεται με την εξεταζόμενη στρατηγική, αφ' ενός, και αφ' ετέρου Β) άμεσα με το Ερωτηματολόγιο Εξέτασης Στρατηγικών, που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C.

Α) Εξέταση της γνώσιας που ενδεχομένως να σχετίζεται με την πρώτη στρατηγική (Δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους που τις θύμωσαν, αλλά διαμαρτύρονται μόνο -για τον προβληματισμό τους- σε άλλα άτομα), με την τεχνική Grid.

Υπολογίσθηκε σε όλο το δείγμα ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης σειράς του Spearman (r_s), μεταξύ των στοιχείων (elements) Εαυτός (E4) και Ενός Ατόμου που εφαρμόζει την στρατηγική να μην εκφράζει το θυμό του σε εκείνους που το θύμωσαν, αλλά να διαμαρτύρεται μόνο -για τον προβληματισμό του- σε άλλα άτομα (E12), καθώς και μεταξύ των στοιχείων (elements) του Ιδανικού Εαυτού (E8) και Ενός Ατόμου που εφαρμόζει

την στρατηγική να μην εκφράζει το θυμό του σε εκείνους που το θύμωσαν, αλλά να διαμαρτύρεται μόνο -για τον προβληματισμό του- σε άλλα άτομα (E12).

Στη συνέχεια, ο έλεγχος της υπόθεσης 7, έγινε με εφαρμογή της δοκιμασίας Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), για τη σύγκριση μεταξύ πειραματικής ομάδας (καρκίνος μαστού πριν τη βιοψία) και πρώτης ομάδας ελέγχου (καλοήθεις παθήσεις μαστού πριν τη βιοψία), ως προς την υπό γνωσία που ενδεχομένως να σχετίζεται με την υπό έρευνα εσφαλμένη στρατηγική, με τους εν λόγω μη παραμετρικούς συντελεστές συσχέτισης σειράς του Spearman (r_s).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης σειράς του Spearman (r_s), μεταξύ των στοιχείων (elements) E8 (Ιδανικού Εαυτού) και E12 (Ενός Ατόμου που εφαρμόζει την στρατηγική να μην εκφράζει το θυμό του σε εκείνους που το θύμωσαν, αλλά να διαμαρτύρεται μόνο -για τον προβληματισμό του- σε άλλα άτομα), ήταν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό μεγαλύτερος ($p < 0,007$) στην πρώτη ομάδα ελέγχου (καλοήθεις παθήσεις μαστού πριν τη βιοψία), ενώ ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης σειράς του Spearman (r_s), μεταξύ των στοιχείων (elements) E4 (Εαυτού) και E12 (Ενός Ατόμου που εφαρμόζει την στρατηγική να μην εκφράζει το θυμό του σε εκείνους που το θύμωσαν, αλλά να διαμαρτύρεται μόνο -για τον προβληματισμό του- σε άλλα άτομα), ή για συντομία: «εσφαλμένη έκφραση θυμού», δεν είχαν διαφορά μεταξύ πειραματικής (καρκίνος μαστού πριν τη βιοψία), και πρώτης ομάδας ελέγχου (καλοήθεις παθήσεις μαστού πριν τη βιοψία) (βλέπε **πίνακα 8**).

Πίνακας 8. Συγκριτικά αποτελέσματα μεταξύ πειραματικής και πρώτης ομάδας ελέγχου, των συντελεστών spearman μεταξύ του Εαυτού και Ατόμου που εφαρμόζει την εσφαλμένη στρατηγική «μη έκφραση θυμού», και μεταξύ του Ιδανικού Εαυτού και Ατόμου που εφαρμόζει την εσφαλμένη στρατηγική «μη έκφραση θυμού».

Γνωσία που ενδεχομένως να σχετίζεται με την Εσφαλμένη Στρατηγική «εσφαλμένη έκφραση θυμού»	m e a n r a n k		Αποτέλεσμα
Συντελεστές Spearman (r_s) μεταξύ των στοιχείων (elements) Εαυτός και Άτομο με «εσφαλμένη έκφραση θυμού», καθώς και, μεταξύ των στοιχείων (elements) Ιδανικός Εαυτός και Άτομο με «εσφαλμένη έκφραση θυμού»	Καρκίνος μαστού προβιοψιακά N=12	Καλοήθεις μαστοπάθειες προβιοψιακά N=14	Wilcoxon test
Εαυτός και Άτομο με «εσφαλμένη έκφραση θυμού»	15,46	11,82	N.S.
Ιδανικός Εαυτός και Άτομο με «εσφαλμένη έκφραση θυμού»	9,17	17,21	$p < 0,007$

Δηλαδή, η χαρακτηριζόμενη σαν γνωσία που ενδεχομένως να σχετίζεται με την εσφαλμένη στρατηγική, σύμφωνα με τα ανωτέρω αποτελέσματα ακολουθείται περισσότερο από τους μη καρκινοπαθείς, αντίθετα από ό,τι προέβλεπε η υπόθεσή μας.

B) Εξέταση των εσφαλμένων στρατηγικών, που είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C, με το Ερωτηματολόγιο Εξέτασης Στρατηγικών που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C: Η συνολική εξέταση των τεσσάρων εσφαλμένων στρατηγικών έγινε με τις υπ' αριθμόν 20, 22, 24, 26, 27, 28 και 30 του ως άνω Ερωτηματολογίου.

Η εξέταση της υπ' αριθμόν 1 στρατηγικής: «Δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους που τις θύμωσαν, αλλά διαμαρτύρονται μόνο (για τον προβληματισμό τους) σε άλλα άτομα», έγινε με τις υπ' αριθμόν 20 και 24 ερωτήσεις του ως άνω Ερωτηματολογίου.

Ο έλεγχος της υπόθεσης 7, έγινε με εφαρμογή της δοκιμασίας Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), για τη

σύγκριση μεταξύ πειραματικής ομάδας (καρκίνος μαστού προβιοψιακά) και πρώτης ομάδας ελέγχου (καλοήθεις παθήσεις μαστού προβιοψιακά), ως προς την υπό έρευνα εσφαλμένη στρατηγική. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (βλέπε **πίνακα 9**). Επομένως η τρέχουσα υπόθεση ως προς την υπ' αριθμόν 1 στρατηγική, απορρίπτεται.

Πίνακας 9. Σύγκριση Εσφαλμένης Στρατηγικής υπ' αριθμόν 1, μεταξύ πειραματικής και πρώτης ομάδας ελέγχου, με το Ερωτηματολόγιο Εξέτασης Στρατηγικών που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C.

	Έννοιες ερωτήσεων	m e a n	r a n k	Αποτέλεσμα
Αρ	Εσφαλμένη Στρατηγική που σχετίζεται άμεσα με Συμπεριφορά Τύπου C	Καρκίνος μαστού προβιοψιακά N=10	Καλοήθεις μαστοπάθειες προβιοψιακά N=14	Wilcoxon test
20	Εκφράζει λεκτική δυσαρέσκεια για κάποιον, μόνο σε τρίτους	10,85	13,68	N.S.
24	Εκφράζει λεκτική δυσαρέσκεια για στενούς συγγενείς μόνο σε τρίτους	11,45	13,25	N.S.

Η εξέταση της στρατηγικής υπ' αριθμόν 2: «Εκφράζουν με ασάφεια τα παράπονά τους σ' αυτούς που τις ενοχλούν», έγινε με τις υπ' αριθμόν 22, 26 και 27 ερωτήσεις του ως άνω Ερωτηματολογίου. Ο έλεγχος της υπόθεσης 7, έγινε με εφαρμογή της δοκιμασίας Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), για τη σύγκριση μεταξύ πειραματικής ομάδας (καρκίνος μαστού προβιοψιακά) και πρώτης ομάδας ελέγχου (καλοήθεις παθήσεις μαστού προβιοψιακά), ως προς την υπό έρευνα εσφαλμένη στρατηγική. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Επομένως η τρέχουσα υπόθεση ως προς την στρατηγική: «Εκφράζουν με ασάφεια τα παράπονά τους σ' αυτούς που τις ενοχλούν», απορρίπτεται. (βλέπε **πίνακα 10**).

Πίνακας 10. Σύγκριση Εσφαλμένης Στρατηγικής «Εκφράζουν με ασάφεια τα παράπονά τους σ' αυτούς που τις ενοχλούν», μεταξύ πειραματικής και πρώτης ομάδας ελέγχου, με το Ερωτηματολόγιο Εξέτασης Στρατηγικών που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C.

	Έννοιες ερωτήσεων	m e a n	r a n k	Αποτέλεσμα
Αρ	Εσφαλμένη Στρατηγική που σχετίζεται άμεσα με Συμπεριφορά Τύπου C	Καρκίνος μαστού προβιοψιακά N=10	Καλοήθεις μαστοπάθειες προβιοψιακά N=14	Wilcoxon test
22	Εκφράζει λεκτική δυσαρέσκεια για άσχετα θέματα	12,25	12,68	N.S.

26	Εκφράζει λεκτική δυσαρέσκεια σε στενούς συγγενείς για άσχετα θέματα (διατύπωση 1)	13,80	11,57	N.S.
27	Εκφράζει λεκτική δυσαρέσκεια σε στενούς συγγενείς για άσχετα θέματα (διατύπωση 2)	11,55	13,18	N.S.

Η εξέταση της στρατηγικής υπ' αριθμόν 3: «εκφράζουν δυσαρέσκεια αναίτια σε τρίτους», έγινε με την ερώτηση υπ' αριθμόν 30 του ως άνω Ερωτηματολογίου. Ο έλεγχος της υπόθεσης 7, έγινε με εφαρμογή της δοκιμασίας Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), για τη σύγκριση μεταξύ πειραματικής ομάδας (καρκίνος μαστού προβιοψιακά) και πρώτης ομάδας ελέγχου (καλοήθεις παθήσεις μαστού προβιοψιακά), ως προς την υπό έρευνα εσφαλμένη στρατηγική. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (βλέπε **πίνακα 11**). Επομένως η τρέχουσα υπόθεση ως προς την στρατηγική: «εκφράζουν δυσαρέσκεια αναίτια σε τρίτους», απορρίπτεται.

Πίνακας 11. Σύγκριση Εσφαλμένης Στρατηγικής «εκφράζουν δυσαρέσκεια αναίτια σε τρίτους», μεταξύ πειραματικής και πρώτης ομάδας ελέγχου, με το Ερωτηματολόγιο Εξέτασης Στρατηγικών που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C.

Αρ	Έννοιες ερωτήσεων	m e a n	r a n k	Αποτέλεσμα
	Εσφαλμένη Στρατηγική που σχετίζεται άμεσα με Συμπεριφορά Τύπου C	Καρκίνος μαστού προβιοψιακά N=10	Καλοήθεις μαστοπάθειες προβιοψιακά N=14	Wilcoxon test
30	Δεν εκφράζει δυσαρέσκεια σε συγγενείς και την εκφράζει αναίτια σε τρίτους	11,20	13,43	N.S.

Η εξέταση της στρατηγικής υπ' αριθμόν 4: «εκδηλώνουν συχνά στρατηγική παραίτησης», έγινε με την ερώτηση υπ' αριθμόν 28 του ως άνω Ερωτηματολογίου. Ο έλεγχος της υπόθεσης 7, έγινε με εφαρμογή της δοκιμασίας Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), για τη σύγκριση μεταξύ πειραματικής ομάδας (καρκίνος μαστού προβιοψιακά) και πρώτης ομάδας ελέγχου (καλοήθεις παθήσεις μαστού προβιοψιακά), ως προς την υπό έρευνα εσφαλμένη στρατηγική. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (βλέπε **πίνακα 12**). Επομένως η τρέχουσα υπόθεση ως προς την στρατηγική: «εκδηλώνουν συχνά στρατηγική παραίτησης», απορρίπτεται.

Πίνακας 12. Σύγκριση Εσφαλμένης Στρατηγικής «εκδηλώνουν συχνά στρατηγική παραίτησης», μεταξύ πειραματικής και πρώτης ομάδας ελέγχου, με το Ερωτηματολόγιο Εξέτασης Στρατηγικών που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C.

Αρ	Έννοιες ερωτήσεων	m e a n	r a n k	Αποτέλεσμα
	Εσφαλμένη Στρατηγική που σχετίζεται άμεσα με Συμπεριφορά Τύπου C	καρκίνος μαστού προβιοψιακά N=10	Καλοήθεις μαστοπάθειες προβιοψιακά N=14	Wilcoxon test
28	Στρατηγική παραίτησης έναντι συγγενών	12,10	12,79	N.S.

2.2.8. Υπόθεση 8.

Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων του κλινικών εκδηλώσεων, σε σύγκριση με γυναίκες που παρουσιάζουν καλοήθειες παθήσεις μαστού, έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό σχέσεις ανάμεσα σε έννοιες, που αντιστοιχούν σε συγκεκριμένες γνωσίες συμβατές με Συμπεριφορές Τύπου C, όπως: «ο υποτακτικός είναι καλός», «ο παθητικός είναι καλός», «ο ιδανικός εαυτός είναι παθητικός», κ.α. Οι έννοιες αυτές, που αποτελούν και ατομικές ιδιότητες είναι οι εξής: 1) μη έκφραση θυμού, 2) παθητικός, 3) υποχωρητικός, 4) υποτακτικός, 5) καθησυχαστικός, 6) παραμελεί τις ανάγκες του και 7) θυσιάζεται για τους άλλους.

Η εξέταση με την τεχνική Grid των γνωσιών που είναι συμβατές με Συμπεριφορές Τύπου C, έγινε για τις εξής έννοιες: 1) μη έκφραση του θυμού, 2) παραμέληση των αναγκών, 3) θυσιάζεται για τους άλλους, 4) καθησυχαστικός, 5) υποτακτικός, 6) υποχωρητικός και 7) παθητικός.

Υπολογίσθηκαν σε όλο το δείγμα οι μη παραμετρικοί συντελεστές συσχέτισης σειράς του Spearman (r_s), μεταξύ των ανωτέρω 7 δίπολων νοητικών κατασκευασμάτων (constructs), και κάθε ενός από τα τέσσερα constructs, που χρησιμεύουν για τον έλεγχο παθολογικότητας των 7 υπό διερεύνηση χαρακτηριστικών. Στην ομάδα των καρκινοπαθών υποθέτομε ότι θα προκύψουν οι εξής συσχετίσεις μεταξύ των constructs, περισσότερο από ό,τι στην ομάδα των μη καρκινοπαθών:

1. Θετική μεταξύ των 1 και των 8 ή 9 ή 10 ή 11: Δηλαδή όποιος δεν εκδηλώνει το θυμό του είναι ό,τιδήποτε από τα εξής τέσσερα: ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.
2. Θετική μεταξύ των 2 και των 8 ή 9 ή 10 ή 11: δηλαδή όποιος δεν φροντίζει για τις ανάγκες του, είναι είτε ευτυχισμένος είτε πετυχημένος είτε καλός είτε έξυπνος.
3. Θετική μεταξύ των 3 και των 8 ή 9 ή 10 ή 11: δηλαδή όποιος θυσιάζεται για τους άλλους, είναι ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.
4. Θετική μεταξύ των 4 και των 8 ή 9 ή 10 ή 11: δηλαδή όποιος είναι καθησυχαστικός, είναι ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.
5. Θετική μεταξύ των 5 και των 8 ή 9 ή 10 ή 11: δηλαδή όποιος είναι υποτακτικός, είναι ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.
6. Θετική μεταξύ των 6 και των 8 ή 9 ή 10 ή 11: δηλαδή όποιος είναι υποχωρητικός, είναι ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.
7. Θετική μεταξύ των 7 και των 8 ή 9 ή 10 ή 11: δηλαδή όποιος είναι παθητικός, είναι ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.

Επίσης, για την ομάδα των καρκινοπαθών υποθέτομε ότι θα προκύψουν οι εξής συσχετίσεις μεταξύ των Elements, περισσότερο από ό,τι στην ομάδα των μη καρκινοπαθών:

1. Θετική μεταξύ του E4 (εαυτού) ή του E8 (ιδανικού εαυτού) και ενός ή περισσότερων από τα E: 9, 10, 11, 13, 14, 16, και 15. (αρνητική για το τελευταίο). Δηλαδή ο εαυτός ή ο ιδανικός εαυτός, ταιριάζει με ένα ή περισσότερα από τα πρόσωπα, που έχουν ένα από τα χαρακτηριστικά συμπεριφοράς τύπου C. Ειδικά για την τελευταία συσχέτιση οι τιμές υποθέτομε ότι θα είναι μεγαλύτερες στην ομάδα των μη καρκινοπαθών, διότι η μεγάλη επιθετικότητα των μη καρκινοπαθών υποδηλώνει μικρή παθητικότητα, και το αντίθετο: η μικρή επιθετικότητα των καρκινοπαθών υποδηλώνει μεγάλη παθητικότητα.

Το Grid συμπληρώθηκε από 12 ασθενείς της πειραματικής ομάδας και 14 ασθενείς της πρώτης ομάδας ελέγχου, όπως προέκυψε μετά από τα αποτελέσματα της ιστολογικής εξέτασης. Στη συνέχεια, ο έλεγχος της υπόθεσης 8, ως προς τις υπό διερεύνηση Συμπεριφορές Τύπου C, έγινε με εφαρμογή της δοκιμασίας Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), με τους εν λόγω μη παραμετρικούς συντελεστές συσχέτισης σειράς του Spearman (r_s), για τη σύγκριση μεταξύ πειραματικής ομάδας (καρκίνος μαστού προβιοψιακά), και πρώτης ομάδας ελέγχου (καλοήθειες παθήσεις μαστού προβιοψιακά).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης σειράς του Spearman (r_s), μεταξύ πειραματικής (καρκίνος μαστού προβιοψιακά), και πρώτης ομάδας ελέγχου (καλοήθεις παθήσεις μαστού προβιοψιακά), ήταν αυξημένος στην πειραματική ομάδα (καρκίνος μαστού προβιοψιακά), στις εξής συσχετίσεις: 1) «δεν εκφράζει θυμό» - «ευτυχισμένος» ($p<0,03$), 2) «δεν εκφράζει θυμό» - «πετυχημένος» ($p<0,04$), 3) «υποτακτικός» - «καλός» ($p<0,02$), και 4) «παθητικός» - «καλός» ($p<0,05$). Δηλαδή, οι καρκινοπαθείς συνδέαν τρία χαρακτηριστικά, που θεωρούνται ότι όποιος τα έχει είναι πλέον επιρρεπής για ανάπτυξη καρκίνου σε σχέση με κάποιον που δεν τα έχει, με έννοιες γενικής αποδοχής. Συγκεκριμένα, συνδέαν τις έννοιες του υποτακτικού και του παθητικού με την έννοια του καλού, και την έννοια της μη έκφρασης του θυμού με τις έννοιες του ευτυχισμένου και του πετυχημένου.

Τα αποτελέσματα της σύγκρισης των constructs μεταξύ των δύο ομάδων, φαίνονται αναλυτικά στον Πίνακα 13.

Πίνακας 13. Σύγκριση μεταξύ πειραματικής και πρώτης ομάδας ελέγχου, των σχέσεων μεταξύ των constructs.

Σχέσεις constructs μεταξύ τους	m e a n r a n k		Αποτέλεσμα Wilcoxon test
	Καρκίνος μαστού προβιοψιακά N=12	Καλοήθεις μαστοπάθειες προβιοψιακά N=14	
«δεν εκφράζει θυμό» - «ευτυχισμένος»	16,83	10,64	$p<0,03$
«δεν εκφράζει θυμό» - «πετυχημένος»	16,71	10,75	$p<0,04$
«δεν εκφράζει θυμό» - «καλός»	16,17	11,21	$p<0,09$
«δεν εκφράζει θυμό» - «έξυπνος»	16,33	11,07	$p<0,08$
«δεν φροντίζει τις ανάγκες του» - «ευτυχισμένος»	12,33	14,50	N.S.
«δεν φροντίζει τις ανάγκες του» - «πετυχημένος»	13,67	13,36	N.S.
«δεν φροντίζει τις ανάγκες του» - «καλός»	11,13	15,54	N.S.
«δεν φροντίζει τις ανάγκες του» - «έξυπνος»	14,33	12,79	N.S.
«θυσιάζεται για τους άλλους» - «ευτυχισμένος»	13,58	13,43	N.S.
«θυσιάζεται για τους άλλους» - «πετυχημένος»	12,50	14,36	N.S.
«θυσιάζεται για τους άλλους» - «καλός»	14,63	12,54	N.S.
«θυσιάζεται για τους άλλους» - «έξυπνος»	13,17	13,79	N.S.
«καθησυχαστικός» - «ευτυχισμένος»	12,83	14,07	N.S.
«καθησυχαστικός» - «πετυχημένος»	11,63	15,11	N.S.
«καθησυχαστικός» - «καλός»	14,79	12,39	N.S.
«καθησυχαστικός» - «έξυπνος»	14,29	11,82	N.S.
«υποτακτικός» - «ευτυχισμένος»	13,63	13,39	N.S.

«υποτακτικός» - «πετυχημένος»	14,42	12	N.S.
"υποτακτικός» - «καλός»	17,17	10,36	p<0,02
«υποτακτικός» - «έξυπνος»	15,92	11,45	N.S.
«υποχωρητικός» - «ευτυχισμένος»	15,58	11,71	N.S.
«υποχωρητικός» - «πετυχημένος»	14,38	12,75	N.S.
«υποχωρητικός» - «καλός»	16,38	11,04	p<0,07
«υποχωρητικός» - «έξυπνος»	16,46	10,96	p<0,06
«παθητικός» - «ευτυχισμένος»	13,88	13,18	N.S.
«παθητικός» - «πετυχημένος»	14,71	12,96	N.S.
«παθητικός» - «καλός»	16,58	10,26	p<0,05
«παθητικός» - «έξυπνος»	15,54	11,75	N.S.

Τα ευρήματα που αφορούσαν τις συσχετίσεις μεταξύ Εαυτού, Ιδανικού Εαυτού και ενός Επιθετικού Ατόμου, ήταν σύμφωνα με τις υποθέσεις που έγιναν, δηλαδή οι αντίστοιχες τιμές ήταν σαφώς αυξημένες στην πρώτη ομάδα ελέγχου, των μη καρκινοπαθών (p<0,001 και p<0,005). Δηλαδή, οι μη καρκινοπαθείς βαθμολογούν τόσο τον εαυτό, όσο και τον ιδανικό εαυτό, ότι ταιριάζει με ένα επιθετικό άτομο, περισσότερο από ό,τι οι καρκινοπαθείς. Με άλλα λόγια, επειδή πρόκειται για δίπολα, ο αντίθετος πόλος των οποίων είναι ο παθητικός, οι καρκινοπαθείς είναι περισσότερο παθητικοί από τους μη καρκινοπαθείς, εύρημα που ταιριάζει με τις υποθέσεις της παρούσας έρευνας.

Στον Πίνακα 14, φαίνονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της σύγκρισης μεταξύ πειραματικής και πρώτης ομάδας ελέγχου, των Συντελεστών Spearman μεταξύ των Elements που σχετίζονται με Τύπους Συμπεριφοράς C, και των Elements του Εαυτού και του Ιδανικού Εαυτού.

Πίνακας 14. Σύγκριση πειραματικής και πρώτης ομάδας ελέγχου, των Συντελεστών Spearman μεταξύ των Elements που σχετίζονται με Τύπους Συμπεριφοράς C, και των Elements του Εαυτού και του Ιδανικού Εαυτού.

Σχέσεις Elements	m e a n r a n k		Αποτέλεσμα
Συντελεστές Spearman μεταξύ των Elements που σχετίζονται με Τύπους Συμπεριφοράς C, και των Elements του Εαυτού και του Ιδανικού Εαυτού	Καρκίνος μαστού προβιοψιακά N=12	Καλοήθειες μαστοπάθειες προβιοψιακά N=14	Wilcoxon test
Εαυτός, με Άτομο που παραμερίζει τις επιθυμίες του για το χατίρι των άλλων	12,50	14,36	N.S.
Εαυτός, με Άτομο που θυσιάζεται για τους άλλους	14,79	12,39	N.S.
Ιδανικός Εαυτός, με Άτομο που παραμερίζει τις επιθυμίες του για το χατίρι των άλλων	10,67	15,93	p<0,08
Ιδανικός Εαυτός, με Άτομο που θυσιάζεται για τους άλλους	13,54	13,46	N.S.
Εαυτός, με Καθησυχαστικό Άτομο	11,63	15,11	N.S.
Ιδανικός Εαυτός, με Καθησυχαστικό Άτομο	11,21	15,46	N.S.
Εαυτός, με Υποτακτικό Άτομο	12,42	14,43	N.S.
Ιδανικός Εαυτός, με Υποτακτικό Άτομο	11,71	15,04	N.S.
Εαυτός, με Υποχωρητικό Άτομο	14,17	12,93	N.S.

Ιδανικός Εαυτός, με Υποχωρητικό Άτομο	15,00	12,21	N.S.
Εαυτός, με Άτομο πού δεν βρίσκει το κουράγιο να σταματήσει αυτούς πού το ενοχλούν	12,17	14,64	N.S.
Ιδανικός Εαυτός, με Άτομο πού δεν βρίσκει το κουράγιο να σταματήσει αυτούς πού το ενοχλούν	14,13	12,96	N.S.
Εαυτός, με Άτομο Επιθετικό	8,46	17,82	p<0,001
Ιδανικός Εαυτός, με Άτομο Επιθετικό	8,96	17,39	p<0,005

Συμπερασματικά, με την τεχνική Grid, επιβεβαιώθηκαν ορισμένα μέρη της υπόθεσης 8. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων του κλινικών εκδηλώσεων, σε σύγκριση με γυναίκες πού παρουσιάζουν καλοήθεις παθήσεις μαστού, έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό σχέσεις μεταξύ των constructs, από τις οποίες προκύπτουν έμμεσα οι εξής γνωσίες, πού είναι συμβατές με Συμπεριφορές Τύπου C: 1) ο υποτακτικός είναι καλός, 2) ο παθητικός είναι καλός, 3) όποιος δεν εκφράζει θυμό είναι ευτυχισμένος, και 4) όποιος δεν εκφράζει θυμό είναι πετυχημένος. Επίσης, από τις σχέσεις μεταξύ των elements, πού αποτελούν και ατομικές ιδιότητες, βρέθηκε ότι οι μη καρκινοπαθείς βαθμολογούν τόσο τον εαυτό, όσο και τον ιδανικό εαυτό, ότι ταιριάζει με ένα επιθετικό άτομο, περισσότερο από ό,τι οι καρκινοπαθείς.

Επειδή ο αντίθετος πόλος του επιθετικού είναι ο παθητικός, στη μορφή του δικτύου (Grid), πού χορηγήθηκε, το εύρημα υποδηλώνει ότι οι καρκινοπαθείς είναι περισσότερο παθητικοί από τους μη καρκινοπαθείς. Τα ανωτέρω ευρήματα είναι σύμφωνα με τις υποθέσεις της παρούσας έρευνας.

2.2.9. Υπόθεση 9.

Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων του κλινικών εκδηλώσεων, σε σύγκριση με γυναίκες πού παρουσιάζουν καλοήθεις παθήσεις μαστού, έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό στρατηγικές σχετιζόμενες άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, πού περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία και είναι οι εξής: 1) μη έκφραση του θυμού, 2) μη έκφραση άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων, πλην θυμού, 3) επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, 4) αποφυγή καυγάδων, 5) παραμέληση των αναγκών, 6) θυσιάζεται για τους άλλους, 7) καθησυχαστικός, 8) υποτακτικός, 9) υποχωρητικός και 10) παθητικός.

Η Εξέταση των ανωτέρω χαρακτηριστικών, έγινε με το Ερωτηματολόγιο Εξέτασης Στρατηγικών πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C. Από τις 31 ερωτήσεις του ως άνω Ερωτηματολογίου, οι 24 εξετάζουν τις εξής 10 στρατηγικές πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C και περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία: 1) μη έκφραση του θυμού, 2) μη έκφραση δυσάρεστων συναισθημάτων, πλην του θυμού, 3) αποφυγή καυγάδων, 4) επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, 5) παραμέληση των αναγκών, 6) θυσιάζεται για τους άλλους, 7) καθησυχαστικός, 8) υποτακτικός, 9) υποχωρητικός και 10) παθητικός.

Οι 10 στρατηγικές πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C και ο κάθε αριθμός ερώτησης, πού έγινε με το Ερωτηματολόγιο Εξέτασης Στρατηγικών πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, φαίνονται αναλυτικά στον αμέσως επόμενο πίνακα **15**.

Πίνακας 15. Στρατηγικές πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, με τους αντίστοιχους αριθμούς ερώτησης, στους οποίους ανήκουν οι 24 ερωτήσεις του Ερωτηματολογίου Εξέτασης Στρατηγικών, πού σχετίζονται άμεσα με τις 10 Συμπεριφορές Τύπου C.

Στρατηγικές πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C	Αριθμός ερώτησης του Ερωτηματολογίου
μη έκφραση του θυμού	12, 14
μη έκφραση δυσάρεστων συναισθημάτων, πλην του θυμού	11, 15, 19, 21, 23, 25, 29
αποφυγή καυγάδων	7
επιθυμία κοινωνικής αποδοχής	1, 9, 10, 16, 17
παραμέληση των αναγκών	8, 18
θυσιάζεται για τους άλλους	4
καθησυχαστικότητα	5
υποτακτικότητα	3, 6
υποχωρητικότητα	13
παθητικότητα	2, 31

Ο έλεγχος της υπόθεσης 9, έγινε από τις βαθμολογίες των 24 αυτών ερωτήσεων, με εφαρμογή της δοκιμασίας Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), για τη σύγκριση μεταξύ πειραματικής ομάδας (καρκίνος μαστού προβιοψιακά) και πρώτης ομάδας ελέγχου (καλοήθεις παθήσεις μαστού προβιοψιακά), ως προς τις υπό διερεύνηση Στρατηγικές πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C. Οι υπ' αριθμόν 1-19, 21, 23, 25, 29 και 31 ερωτήσεις, όπως δείχνει και ο πίνακας 15 (βλέπε επίσης και πίνακα 12 Παραρτήματος για την πλήρη φραστική διατύπωση της κάθε μίας ερώτησης), εξέταζαν τις ως άνω Στρατηγικές, πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C. Όπως προέκυψε μετά από τα αποτελέσματα των ιστολογικών εξετάσεων, 10 ασθενείς από την πειραματική ομάδα (καρκίνος μαστού προβιοψιακά), πού δεν γνώριζαν τη διάγνωση της νόσου τους, και 14 ασθενείς της πρώτης ομάδας ελέγχου (καλοήθεις παθήσεις μαστού προβιοψιακά), συμπλήρωσαν το ως άνω Ερωτηματολόγιο.

Τα αποτελέσματα έδειξαν αυξημένες τιμές στην πειραματική ομάδα, δηλαδή στις καρκινοπαθείς, στις εξής 7 ερωτήσεις: 1) Παθητικότητα (διατύπωση 1) ($p<0,05$), 2) Υποτακτικότητα (διατύπωση 1) ($p<0,04$), 3) Υποτακτικότητα (διατύπωση 2) ($p<0,009$), 4) Δεν εκφράζει λεκτικά στενοχώρια ($p<0,007$), 5) Δεν εκφράζει (ούτε εξωλεκτικά) θυμό ($p<0,001$) και 6) Δεν εκφράζει (ούτε εξωλεκτικά) στενοχώρια ($p<0,01$). Τα αποτελέσματα αυτά είναι σύμφωνα με την υπόθεση 9 της παρούσας έρευνας. Τα αναλυτικά ευρήματα και των 24 ερωτήσεων φαίνονται στον **Πίνακα 16**.

Πίνακας 16. Σύγκριση Στρατηγικών πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, μεταξύ πειραματικής και πρώτης ομάδας ελέγχου.

Αρ	Έννοιες ερωτήσεων	m e a n r a n k		Αποτέλεσμα
	Στρατηγική πού σχετίζεται άμεσα με Συμπεριφορά Τύπου C	Καρκίνος μαστού προβιοψιακά N=10	Καλοήθεις μαστοπάθειες προβιοψιακά N=14	Wilcoxon test
1	Υποχωρητικότητα λόγω επιθυμίας κοινωνικής αποδοχής	14,70	10,93	N.S.
2	(Παθητικότητα) Αδιαμαρτύρητη αποδοχή ενόχλησης (διατύπωση 1)	15,70	10,21	$p<0,05$

3	(Υποτακτικότητα) Αντίδραση καθησυχαστικότητας στον άδικο θυμό των άλλων (διατύπωση 1)	15,90	10,07	p<0,04
4	Θυσιάζεται για τους άλλους	11,15	13,46	N.S.
5	Καθησυχαστικότητα	11,05	13,54	N.S.
6	(Υποτακτικότητα) Αντίδραση καθησυχαστικότητας στον άδικο θυμό των άλλων (διατύπωση 2)	16,90	9,36	p<0,009
7	Αποφυγή καυγάδων	14,35	11,18	N.S.
8	Θυσιάζεται για τους άλλους παραμελώντας τις ανάγκες του (διατύπωση 1)	13,10	12,07	N.S.
9	Αποφυγή καυγάδων με επιθυμία κοινωνικής αποδοχής	12,65	12,39	N.S.
10	(Υποτακτικότητα με επιθυμία κοινωνικής αποδοχής) Αδιάλειπτη προσφορά συνεργασίας λόγω επιθυμίας κοινωνικής αποδοχής	11,80	13,00	N.S.
11	Δεν εκφράζει λεκτικά στενοχώρια	17,05	9,25	p<0,007

(συνεχίζεται)

(συνέχεια)

Πίνακας 16. Σύγκριση Στρατηγικών που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, μεταξύ πειραματικής και πρώτης ομάδας ελέγχου.

Αρ	Έννοιες ερωτήσεων Στρατηγική που σχετίζεται άμεσα με Συμπεριφορά Τύπου C	m e a n r a n k		Αποτέλεσμα Wilcoxon test
		Καρκίνος μαστού προβιοψιακά N=10	Καλοήθειες μαστοπάθειες προβιοψιακά N=14	
12	Δεν εκφράζει (ούτε εξωλεκτικά) θυμό	17,85	8,68	p<0,001
13	Υποχωρητικότητα	12,40	12,57	N.S.
14	Δεν εκφράζει λεκτικά θυμό	15,35	10,46	p<0,09
15	Δεν εκφράζει (ούτε εξωλεκτικά) στενοχώρια	16,60	9,57	p<0,01
16	(Παθητικότητα με επιθυμία κοινωνικής αποδοχής) Αδιαμαρτύρητη αποδοχή ενόχλησης λόγω επιθυμίας κοινωνικής αποδοχής	12,00	12,86	N.S.
17	Δεν εκφράζει λεκτικά θυμό, λόγω επιθυμίας κοινωνικής αποδοχής	14,10	11,36	N.S.

18	Θυσιάζεται για τους άλλους παραμελώντας τις ανάγκες του (διατύπωση 2)	11,85	12,96	N.S.
19	Δεν εκφράζει λεκτικά δυσαρέσκεια (διατύπωση 1)	11,40	13,29	N.S.
21	Δεν εκφράζει λεκτική δυσαρέσκεια (διατύπωση 2)	13,45	11,82	N.S.
23	Δεν εκφράζει λεκτική δυσαρέσκεια σε στενούς συγγενείς (διατύπωση 1)	12,10	12,79	N.S.
25	Δεν εκφράζει λεκτική δυσαρέσκεια σε στενούς συγγενείς (διατύπωση 2)	13,30	11,93	N.S.
29	Εκφράζει δυσαρέσκεια σε συγγενείς μόνο εξωλεκτικά	11,40	13,29	N.S.
31	Παθητικότητα (διατύπωση 2)	14,60	11,00	N.S.

2.2.10. Υπόθεση 10.

Η κατάθλιψη είναι επακόλουθο της μακροχρόνιας πορείας του καρκίνου του μαστού. Δηλαδή, οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού κατά την περίοδο των πρώτων του κλινικών εκδηλώσεων, θα έχουν μικρότερο βαθμό κατάθλιψης από ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο.

Για τη στατιστική επεξεργασία της υπόθεσης 10, χρησιμοποιήθηκαν: 1) η δοκιμασία χ^2 , και 2) η δοκιμασία Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test).

1) Δοκιμασία χ^2 . Επί συνόλου 39 ασθενών, από τις οποίες οι 16 ανήκαν στην πειραματική ομάδα των προβιοψιακών ασθενών με καρκίνο του μαστού, και οι 23 στην δεύτερη ομάδα ελέγχου των ασθενών με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο. Στην γενική διαγνωστική κατηγορία CATEGO: «catclass», όπου προσδιορίζονται γενικά κλινικές και μη κλινικές περιπτώσεις, 4 προβιοψιακές καρκινοπαθείς και 10 καρκινοπαθείς ασθενείς στο τέταρτο στάδιο, παρουσίαζαν κατάθλιψη. Η δοκιμασία χ^2 δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Επίσης, στην διαγνωστική κατηγορία CATEGO: «tentative diagnosis», όπου προσδιορίζονται μόνον οι κλινικές περιπτώσεις, 2 προβιοψιακές καρκινοπαθείς ασθενείς επί συνόλου 16, αποτελούσαν ψυχιατρικές περιπτώσεις κατάθλιψης, δηλαδή ποσοστό 12,5%, ενώ 3 ασθενείς τέταρτου σταδίου επί συνόλου 23 ασθενών, αποτελούσαν ψυχιατρικές περιπτώσεις κατάθλιψης, δηλαδή ποσοστό 13%. Η δοκιμασία χ^2 δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Επομένως, η υπόθεση υπ' αριθμόν 10 της παρούσας έρευνας, ότι «οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού κατά την περίοδο των πρώτων του κλινικών εκδηλώσεων, θα έχουν μικρότερο βαθμό κατάθλιψης από ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο», δεν επαληθεύθηκε.

2) Επίσης χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), για τη σύγκριση μεταξύ πειραματικής ομάδας και δεύτερης ομάδας ελέγχου στις εξής μετρήσεις του PSE:

1. Τις κλινικές συνδρομές (Syndrome Check List)
2. Το συνολικό άθροισμα της ψυχοπαθολογίας (PSE TOTAL), και
3. Τον δείκτη προσδιορισμού (Index of Definition ή ID)

Από τις κλινικές συνδρομές, οι προβιοψιακές καρκινοπαθείς σε σύγκριση με τις καρκινοπαθείς στο τέταρτο κλινικό στάδιο, δεν έδειξαν διαφορές. Το συνολικό άθροισμα της ψυχοπαθολογίας (PSE TOTAL) και οι τιμές του δείκτη προσδιορισμού (Index of Definition ή

ID), δεν έδειξαν διαφορές. Δηλαδή, η τρέχουσα υπόθεση δεν επιβεβαιώθηκε. Τα αποτελέσματα των ανωτέρω μετρήσεων με τη δοκιμασία Wilcoxon δύο δειγμάτων, συνοψίζονται στον **πίνακα 17**.

Πίνακας 17. Σύγκριση κλινικών συνδρομών, συνολικού αθροίσματος ψυχοπαθολογίας (PSE TOTAL), και δείκτη προσδιορισμού (ID), μεταξύ πειραματικής και δεύτερης ομάδας ελέγχου.

Κλινικές Συνδρομές Αθροισμα ψυχοπαθολογίας Δείκτης προσδιορισμού	m e a n r a n k		Wilcoxon test
	Καρκίνος μαστού προβιοψιακά (N=16)	Καρκίνος μαστού σταδίου IV (N=23)	
AG (Ταραχή)	19,50	20,35	N.S.
GA (Γενικό άγχος)	20,59	19,59	N.S.
HT (Υστερία)	23,52	22,50	N.S.
ED(Ειδικά χαρακτηριστικά κατάθλιψης)	20,19	19,87	N.S.
HY (Υποχονδρίαση)	21,66	18,85	N.S.
IC (Απώλεια ενδιαφέροντος και συγκέντρωσης)	19,31	20,48	N.S.
IR (Ιδέες αναφοράς)	19,00	20,70	N.S.
IT (Ευερεθιστότητα)	18,16	21,28	N.S.
LE (Απώλεια ενεργητικότητας)	17,22	21,93	p<0,06
NP (Μη ειδική ψύχωση)	20,22	19,85	N.S.
OD (Άλλα συμπτώματα κατάθλιψης)	19,50	20,35	N.S.
ON (Ιδιοψυχαναγκαστική νεύρωση)	20,97	19,33	N.S.
SA (Περιστασιακό άγχος)	21,56	18,91	N.S.
SD (Απλή κατάθλιψη)	19,00	20,70	N.S.
SU (Κοινωνικά ανήσυχος)	18,78	20,85	N.S.
TE (Τάση)	19,31	20,48	N.S.
WO (Στενοχώρια κ.λ.π.)	19,88	20,09	N.S.
PSE TOTAL	19,91	20,07	N.S.
ID	20,44	19,70	N.S.

2.2.11. Υπόθεση 11.

Υπάρχει μία ιδιοσυγκρασιακή τάση των ασθενών με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, να βιώνουν υποκειμενικά τα στρεσογόνα γεγονότα με μεγαλύτερη ένταση από τους μη καρκινοπαθείς. Η τάση αυτή, γίνεται εντονότερη κατά τη μακρά πορεία της νόσου, όπως σε ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο. Δηλαδή, οι ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο στάδιο, θα έχουν μεγαλύτερο βαθμό υποκειμενικής βίωσης των στρεσογόνων γεγονότων, σε σύγκριση με τις ασθενείς με καρκίνο μαστού, κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων.

Για τη στατιστική επεξεργασία της υπόθεσης 11, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), για τη σύγκριση μεταξύ πειραματικής ομάδας (καρκίνος μαστού προβιοψιακά) και δεύτερης ομάδας ελέγχου (καρκίνος μαστού τετάρτου σταδίου), ως προς τον συνολικό βαθμό υποκειμενικής έντασης των στρεσογόνων γεγονότων ζωής. Δέκα προβιοψιακές καρκινοπαθείς από την πειραματική ομάδα και οκτώ καρκινοπαθείς τετάρτου σταδίου από

την δεύτερη ομάδα ελέγχου, συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο Στρεσογόνων Γεγονότων Ζωής.

Τα ευρήματα έδειξαν ότι δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στο βαθμό υποκειμενικής βίωσης των στρεσογόνων γεγονότων, παρ' όλο που οι μέσες τιμές σειράς ήταν μεγαλύτερες στην δεύτερη ομάδα ελέγχου, των καρκινοπαθών δηλαδή στο τέταρτο στάδιο. Επομένως, η τρέχουσα υπόθεση υπ' αριθμόν 11, δεν επαληθεύεται. Τα αποτελέσματα φαίνονται αναλυτικά στον **πίνακα 18**.

Πίνακας 18. Σύγκριση συνολικού αριθμού γεγονότων, συνολικού βαθμού έντασης, καθώς και αριθμού, υποκειμενικής έντασης γεγονότων τύπου απώλειας, μεταξύ πειραματικής και δεύτερης ομάδας ελέγχου.

Συνολική βαθμολογία γεγονότων	mean rank		Wilcoxon test
	Καρκίνος μαστού προβιοψιακά (N=10)	Καρκίνος μαστού σταδίου IV (N=8)	
Αριθμός γεγονότων	8,75	10,44	N.S.
Υποκειμενική ένταση γεγονότων	7,90	11,50	N.S.
Γεγονότα τύπου απώλειας	8,70	10,50	N.S.
Υποκειμενική ένταση γεγονότων απώλειας	8,40	10,88	N.S.

2.2.12. Υπόθεση 12.

Οι σχέσεις ανάμεσα σε έννοιες, που αντιστοιχούν σε συγκεκριμένες γνωσίες συμβατές με Συμπεριφορές Τύπου C, υπάρχουν κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού, και γίνονται εντονότερες κατά τη διάρκεια της μακροχρόνιας πορείας του. Δηλαδή, σε ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο. Συγκεκριμένα, οι έννοιες αυτές, που αποτελούν και ατομικές ιδιότητες είναι οι εξής: 1) μη έκφραση θυμού, 2) παθητικός, 3) υποχωρητικός, 4) υποτακτικός, 5) καθησυχαστικός, 6) παραμελεί τις ανάγκες του και 7) θυσιάζεται για τους άλλους.

Η εξέταση των γνωσιών, που είναι συμβατές με Συμπεριφορές Τύπου C έγινε με την τεχνική Grid. Η μέτρηση με την τεχνική Grid, έγινε για 7 από τα υπό εξέταση 10 συνολικά χαρακτηριστικά Τύπου C, δηλαδή: 1) μη έκφραση του θυμού, 2) παραμέληση των αναγκών, 3) θυσιάζεται για τους άλλους, 4) καθησυχαστικός, 5) υποτακτικός, 6) υποχωρητικός και 7) παθητικός. Υπολογίσθηκαν σε όλο το δείγμα οι μη παραμετρικοί συντελεστές συσχέτισης σειράς του Spearman (r_s), μεταξύ των ανωτέρω 7 δίπολων νοητικών κατασκευασμάτων (constructs), και κάθε ενός από τα τέσσερα constructs, που αποτελούν γενικά αποδεκτές έννοιες και χρησιμεύουν για τον έλεγχο των 7 υπό διερεύνηση χαρακτηριστικών. Στην ομάδα των προβιοψιακών καρκινοπαθών υποθέτομε ότι θα προκύψουν οι εξής συσχετίσεις μεταξύ των constructs, λιγότερο από ό,τι στην ομάδα των καρκινοπαθών στο τέταρτο στάδιο:

1. Θετική μεταξύ των 1 και των 8 ή 9 ή 10 ή 11: Δηλαδή όποιος δεν εκδηλώνει το θυμό του είναι ό,τιδήποτε από τα εξής τέσσερα: ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.
2. Θετική μεταξύ των 2 και των 8 ή 9 ή 10 ή 11: δηλαδή όποιος δεν φροντίζει για τις ανάγκες του, είναι είτε ευτυχισμένος είτε πετυχημένος είτε καλός είτε έξυπνος.
3. Θετική μεταξύ των 3 και των 8 ή 9 ή 10 ή 11: δηλαδή όποιος θυσιάζεται για τους άλλους, είναι ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.
4. Θετική μεταξύ των 4 και των 8 ή 9 ή 10 ή 11: δηλαδή όποιος είναι καθησυχαστικός, είναι ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.
5. Θετική μεταξύ των 5 και των 8 ή 9 ή 10 ή 11: δηλαδή όποιος είναι υποτακτικός, είναι ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.

6. Θετική μεταξύ των 6 και των 8 ή 9 ή 10 ή 11: δηλαδή όποιος είναι υποχωρητικός, είναι ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.
7. Θετική μεταξύ των 7 και των 8 ή 9 ή 10 ή 11: δηλαδή όποιος είναι παθητικός, είναι ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.

Επίσης, για την ομάδα των καρκινοπαθών της δεύτερης ομάδας ελέγχου, υποθέτομε ότι θα προκύψουν οι εξής συσχετίσεις μεταξύ των Elements, περισσότερο από ό,τι στην ομάδα των προβιοψιακών καρκινοπαθών:

1. Θετική μεταξύ του E4 (εαυτού) ή του E8 (ιδανικού εαυτού) και ενός ή περισσότερων από τα E: 9, 10, 11, 13, 14, 16, και 15. (αρνητική για το τελευταίο). Δηλαδή ο εαυτός ή ο ιδανικός εαυτός, ταιριάζει με ένα ή περισσότερα από τα πρόσωπα, που έχουν ένα από τα χαρακτηριστικά συμπεριφοράς τύπου C. Ειδικά για την τελευταία συσχέτιση οι τιμές υποθέτομε ότι θα είναι μεγαλύτερες στην ομάδα των καρκινοπαθών της δεύτερης ομάδας ελέγχου, διότι η μεγάλη επιθετικότητα των προβιοψιακών καρκινοπαθών υποδηλώνει μικρή παθητικότητα, και το αντίθετο: η μικρή επιθετικότητα των καρκινοπαθών της δεύτερης ομάδας ελέγχου υποδηλώνει μεγάλη παθητικότητα.

Το Grid συμπληρώθηκε από 12 ασθενείς της πειραματικής ομάδας, όπως προέκυψε μετά από τα αποτελέσματα της ιστολογικής εξέτασης, και 15 ασθενείς της δεύτερης ομάδας ελέγχου.

Στη συνέχεια, ο έλεγχος της υπόθεσης 12, έγινε με εφαρμογή της δοκιμασίας Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), για τη σύγκριση μεταξύ πειραματικής ομάδας (καρκίνος μαστού προβιοψιακά) και δεύτερης ομάδας ελέγχου (καρκίνος μαστού στο τέταρτο στάδιο), ως προς τις υπό διερεύνηση γνωσίες που είναι συμβατές με Συμπεριφορές Τύπου C, με τους εν λόγω μη παραμετρικούς συντελεστές συσχέτισης σειράς του Spearman (r_s).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης σειράς του Spearman (r_s), μεταξύ πειραματικής και δεύτερης ομάδας ελέγχου, ήταν αυξημένος στην πειραματική ομάδα (καρκίνος μαστού προβιοψιακά), στις εξής συσχετίσεις: 1) «δεν εκφράζει θυμό» - «ευτυχισμένος» ($p<0,01$), 2) «δεν εκφράζει θυμό» - «καλός» ($p<0,02$), και 3) «Παθητικός» - «καλός» ($p<0,04$).

Δηλαδή από τη βαθμολογία των σχέσεων αυτών, φαίνεται έμμεσα ότι οι καρκινοπαθείς στα πρώτα στάδια εμφάνισης καρκίνου του μαστού, έχουν περισσότερο από τις καρκινοπαθείς στο τέταρτο στάδιο τις εξής γνωσίες, που προκύπτουν έμμεσα από τις ανωτέρω σχέσεις, και είναι συμβατές με Συμπεριφορές Τύπου C: 1) όποιος είναι παθητικός είναι καλός, 2) όποιος δεν εκφράζει θυμό είναι καλός και 3) όποιος δεν εκφράζει θυμό είναι ευτυχισμένος. Έτσι, η παρούσα υπόθεση σύμφωνα με τα ευρήματα αυτά, δεν επαληθεύεται. Τα αποτελέσματα φαίνονται αναλυτικά στον **Πίνακα 19**.

Πίνακας 19. Σύγκριση μεταξύ πειραματικής και δεύτερης ομάδας ελέγχου, των σχέσεων μεταξύ των constructs.

Σχέσεις constructs μεταξύ τους	m e a n r a n k		Αποτέλεσμα
	Καρκίνος μαστού προβιοψιακά N=12	Καρκίνος μαστού σταδίου IV N=15	
Συντελεστές Spearman μεταξύ constructs που σχετίζονται με Συμπεριφορές Τύπου C και constructs γενικής αποδοχής			Wilcoxon test
«δεν εκφράζει θυμό» - «Ευτυχισμένος»	18,17	10,67	$p<0,01$
«δεν εκφράζει θυμό» - «Πετυχημένος»	14,58	13,53	N.S.
«δεν εκφράζει θυμό» - «Καλός»	17,75	11,00	$p<0,02$

«δεν εκφράζει θυμό» - «Έξυπνος»	14,79	13,37	N.S.
«δεν φροντίζει τις ανάγκες του» - «Ευτυχισμένος»	15,00	13,20	N.S.
«δεν φροντίζει τις ανάγκες του» - «Πετυχημένος»	14,92	13,27	N.S.
«δεν φροντίζει τις ανάγκες του» - «Καλός»	13,46	14,43	N.S.
«δεν φροντίζει τις ανάγκες του» - «Έξυπνος»	14,17	13,87	N.S.
«θυσιάζεται για τους άλλους» - «Ευτυχισμένος»	12,67	15,07	N.S.
«θυσιάζεται για τους άλλους» - «Πετυχημένος»	11,04	16,37	p<0,08
«θυσιάζεται για τους άλλους» - «Καλός»	15,50	12,80	N.S.
«θυσιάζεται για τους άλλους» - «Έξυπνος»	10,79	16,57	p<0,06
«Καθησυχαστικός» - «ευτυχισμένος»	13,54	14,37	N.S.
«Καθησυχαστικός» - «πετυχημένος»	11,92	15,67	N.S.
«Καθησυχαστικός» - «καλός»	13,92	14,07	N.S.
«Καθησυχαστικός» - «έξυπνος»	13,13	14,70	N.S.
«Υποτακτικός» - «ευτυχισμένος»	13,96	14,03	N.S.
«Υποτακτικός» - «πετυχημένος»	12,00	15,60	p<0,08
«Υποτακτικός» - «καλός»	15,29	12,97	N.S.
«Υποτακτικός» - «έξυπνος»	11,50	16,00	N.S.
«Υποχωρητικός» - «ευτυχισμένος»	15,46	12,83	N.S.
«Υποχωρητικός» - «πετυχημένος»	12,88	14,90	N.S.
«Υποχωρητικός» - «καλός»	13,54	14,37	N.S.
«Υποχωρητικός» - «έξυπνος»	11,75	15,80	p<0,06
«Παθητικός» - «ευτυχισμένος»	15,96	12,43	N.S.
«Παθητικός» - «πετυχημένος»	14,50	13,60	N.S.
«Παθητικός» - «καλός»	17,42	11,27	p<0,04
«Παθητικός» - «έξυπνος»	14,21	13,83	N.S.

Οι συσχετίσεις μεταξύ Εαυτού, Ιδανικού Εαυτού και Ατόμων με ένα από τα υπό διερεύνηση χαρακτηριστικά, έδειξαν αυξημένες τιμές στην πειραματική ομάδα (καρκίνος μαστού προβιοψιακά) στη συσχέτιση που εξετάζει την παθητικότητα: Ιδανικός Εαυτός-Ατομο που δεν βρίσκει το κουράγιο να σταματήσει κάποιον που το ενοχλεί (p<0,01).

Δηλαδή, η παθητικότητα είναι μεγαλύτερη στον καρκίνο μαστού στα πρώτα κλινικά στάδια της εμφάνισής του σε σύγκριση με την παθητικότητα των καρκινοπαθών στο τέταρτο στάδιο. Επομένως, η παρούσα υπόθεση σύμφωνα με τα ευρήματα αυτά, απορρίπτεται. Τα αποτελέσματα φαίνονται αναλυτικά στον **Πίνακα 20**.

Πίνακας 20. Σύγκριση πειραματικής και δεύτερης ομάδας ελέγχου, των Συντελεστών Spearman μεταξύ των Elements που σχετίζονται με Τύπους Συμπεριφοράς C, και των Elements του Εαυτού και του Ιδανικού Εαυτού.

Σχέσεις Elements	mean rank	Αποτέλεσμα
------------------	-----------	------------

Συντελεστές Spearman μεταξύ Elements Τύπων Συμπεριφοράς C , Εαυτού, και Ιδανικού Εαυτού	Καρκίνος μαστού προβιοψιακά N=12	Καρκίνος μαστού σταδίου IV N=15	Wilcoxon test
Εαυτός-Άτομο πού παραμερίζει τις επιθυμίες του για το χατίρι των άλλων	13,25	14,60	N.S.
Εαυτός-Άτομο πού θυσιάζεται για τους άλλους	16,38	12,10	N.S.
Ιδανικός Εαυτός-Άτομο πού παραμερίζει τις επιθυμίες του για το χατίρι των άλλων	13,46	14,43	N.S.
Ιδανικός Εαυτός-Άτομο πού θυσιάζεται για τους άλλους	12,63	15,10	N.S.
Εαυτός-Καθησυχαστικό Άτομο	14,04	13,97	N.S.
Ιδανικός Εαυτός-Καθησυχαστικό Άτομο	13,46	14,43	N.S.
Εαυτός-Υποτακτικό Άτομο	14,75	13,40	N.S.
Ιδανικός Εαυτός-Υποτακτικό Άτομο	12,38	15,30	N.S.
Εαυτός-Υποχωρητικό Άτομο	12,25	15,40	N.S.
Ιδανικός Εαυτός-Υποχωρητικό Άτομο	14,04	13,97	N.S.
Εαυτός-Άτομο πού δεν βρίσκει το κουράγιο να σταματήσει αυτούς πού το ενοχλούν	13,63	14,30	N.S.
Ιδανικός Εαυτός-Άτομο πού δεν βρίσκει το κουράγιο να σταματήσει αυτούς πού το ενοχλούν	18,25	10,60	p<0,01
Εαυτός-Άτομο Επιθετικό	12,38	15,30	N.S.
Ιδανικός Εαυτός-Άτομο Επιθετικό	14,96	13,23	N.S.

Συμπερασματικά, η υπόθεση 12, σύμφωνα με την οποία «Οι γνωσίες πού σχετίζονται έμμεσα με συμπεριφορές Τύπου C, υπάρχουν κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού, και γίνονται εντονότερες κατά τη διάρκεια της μακροχρόνιας πορείας του, δηλαδή, σε ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο», απορρίφθηκε.

2.2.13. Υπόθεση 13.

Οι στρατηγικές πού σχετίζονται άμεσα με τις εξής περιγραφόμενες στη διεθνή βιβλιογραφία Συμπεριφορές Τύπου C: 1) μη έκφραση του θυμού, 2) μη έκφραση άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων, πλην θυμού, 3) επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, 4) αποφυγή καυγάδων, 5) παραμέληση των αναγκών, 6) θυσιάζεται για τους άλλους, 7) καθησυχαστικός, 8) υποτακτικός, 9) υποχωρητικός και 10) παθητικός, υπάρχουν κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού, και γίνονται εντονότερες κατά τη διάρκεια της μακροχρόνιας πορείας του. Δηλαδή, σε ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο.

Η Εξέταση έγινε με το Ερωτηματολόγιο Εξέτασης Στρατηγικών πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C. Από τις 31 ερωτήσεις του ως άνω Ερωτηματολογίου, οι 24 εξετάζουν στρατηγικές πού σχετίζονται άμεσα με τους εξής 10 τύπους Συμπεριφοράς C: 1) μη έκφραση του θυμού, 2) μη έκφραση δυσάρεστων συναισθημάτων, πλην του θυμού, 3) αποφυγή καυγάδων, 4) επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, 5) παραμέληση των αναγκών, 6)

θυσιάζεται για τους άλλους, 7) καθησυχαστικότητα, 8) υποτακτικότητα, 9) υποχωρητικότητα, και 10) παθητικότητα.

Αναλυτικότερα, οι 10 Στρατηγικές που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C και ο κάθε αριθμός ερώτησης, που έγινε με το Ερωτηματολόγιο Εξέτασης Στρατηγικών που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, φαίνονται στον πίνακα **15**, ενώ η πλήρης φραστική διατύπωση των ερωτήσεων φαίνεται στον πίνακα **12** του Παραρτήματος.

Ο έλεγχος της υπόθεσης 13, έγινε από τις βαθμολογίες των 24 αυτών ερωτήσεων, με εφαρμογή της δοκιμασίας Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), για τη σύγκριση μεταξύ πειραματικής ομάδας (καρκίνος μαστού προβιοψιακά) και δεύτερης ομάδας ελέγχου (καρκίνος μαστού στο τέταρτο στάδιο), ως προς τις υπό διερεύνηση στρατηγικές που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C. Οι υπ' αριθμόν 1-19, 21, 23, 25, 29 και 31 ερωτήσεις (βλέπε και πίνακα 12 Παραρτήματος), εξέταζαν τις ως άνω στρατηγικές που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C. Όπως προέκυψε μετά από τα αποτελέσματα των ιστολογικών εξετάσεων, 10 ασθενείς από την πειραματική ομάδα και 12 ασθενείς της δεύτερης ομάδας ελέγχου, συμπλήρωσαν το ως άνω Ερωτηματολόγιο.

Τα αποτελέσματα έδειξαν αυξημένες τιμές στην πειραματική ομάδα των προβιοψιακών καρκινοπαθών για τις εξής 2 ερωτήσεις: 1) (Υποτακτικότητα) Αντίδραση καθησυχαστικότητας στον άδικο θυμό των άλλων (διατύπωση 2) ($p<0,03$), και 2) Δεν εκφράζει (ούτε εξωλεκτικά) θυμό ($p<0,02$). Δηλαδή, αντίθετα με την παρούσα υπόθεση, οι προβιοψιακοί καρκινοπαθείς σε σύγκριση με τις καρκινοπαθείς τετάρτου σταδίου, έχουν υψηλότερες τιμές σε δύο στρατηγικές που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C: 1) υποτακτικότητα και 2) μη έκφραση θυμού.

Τα αποτελέσματα ήταν σύμφωνα προς την κατεύθυνση της παρούσας υπόθεσης, δηλαδή έδειξαν αυξημένες τιμές στην ομάδα των καρκινοπαθών στο τέταρτο στάδιο στην εξής στρατηγική: (Παθητικότητα με επιθυμία κοινωνικής αποδοχής) Αδιαμαρτύρητη αποδοχή ενόχλησης λόγω επιθυμίας κοινωνικής αποδοχής ($p<0,02$). Δηλαδή, η τρέχουσα υπόθεση επαληθεύθηκε ως προς την στρατηγική της παθητικότητας με επιθυμία κοινωνικής αποδοχής. Αναλυτικά αποτελέσματα φαίνονται στον **Πίνακα 21**.

Πίνακας 21. Σύγκριση Στρατηγικών που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, μεταξύ πειραματικής και δεύτερης ομάδας ελέγχου.

Αρ	Έννοιες ερωτήσεων Στρατηγική που σχετίζεται άμεσα με Συμπεριφορά Τύπου C	m e a n r a n k		Αποτέλεσμα Wilcoxon test
		Καρκίνος μαστού προβιοψιακά N=10	Καρκίνος μαστού σταδίου IV N=12	
1	Υποχωρητικότητα λόγω επιθυμίας κοινωνικής αποδοχής	11,45	11,54	N.S.
2	(Παθητικότητα) Αδιαμαρτύρητη αποδοχή ενόχλησης (διατύπωση 1)	11,25	11,71	N.S.
3	(Υποτακτικότητα) Αντίδραση καθησυχαστικότητας στον άδικο θυμό των άλλων (διατύπωση 1)	13,00	10,25	N.S.
4	Θυσιάζεται για τους άλλους	11,05	11,88	N.S.
5	Καθησυχαστικότητα	10,95	11,96	N.S.

(συνεχίζεται)

Πίνακας 21. Σύγκριση Στρατηγικών που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, μεταξύ πειραματικής και δεύτερης ομάδας ελέγχου (συνέχεια).

Αρ	Έννοιες ερωτήσεων Στρατηγική που σχετίζεται άμεσα με Συμπεριφορά Τύπου C	m e a n r a n k		Αποτέλεσμα Wilcoxon test
		Καρκίνος μαστού προβιοψιακά N=10	Καρκίνος μαστού σταδίου IV N=12	
6	(Υποτακτικότητα) Αντίδραση καθησυχαστικότητας στον άδικο θυμό των άλλων (διατύπωση 2)	14,65	8,88	p<0,03
7	Αποφυγή καυγάδων	10,70	12,17	N.S.
8	Θυσιάζεται για τους άλλους παραμελώντας τις ανάγκες του (διατύπωση 1)	11,85	11,21	N.S.
9	Αποφυγή καυγάδων με επιθυμία κοινωνικής αποδοχής	11,60	11,42	N.S.
10	(Υποτακτικότητα με επιθυμία κοινωνικής αποδοχής) Αδιάλειπτη προσφορά συνεργασίας λόγω επιθυμίας κοινωνικής αποδοχής	10,05	12,71	N.S.
11	Δεν εκφράζει λεκτικά στενοχώρια	13,60	9,75	N.S.
12	Δεν εκφράζει (ούτε εξωλεκτικά) θυμό	14,85	8,71	N.S.
13	Υποχωρητικότητα	11,20	11,75	N.S.
14	Δεν εκφράζει λεκτικά θυμό	12,45	10,71	N.S.
15	Δεν εκφράζει (ούτε εξωλεκτικά) στενοχώρια	14,25	9,21	p<0,06
16	(Παθητικότητα με επιθυμία κοινωνικής αποδοχής) Αδιαμαρτύρητη αποδοχή ενόχλησης λόγω επιθυμίας κοινωνικής αποδοχής	8,15	14,29	p<0,02
17	Δεν εκφράζει λεκτικά θυμό, λόγω επιθυμίας κοινωνικής αποδοχής	9,45	13,21	N.S.
18	Θυσιάζεται για τους άλλους παραμελώντας τις ανάγκες του (διατύπωση 2)	12,25	10,88	N.S.
19	Δεν εκφράζει λεκτικά δυσaréσκεια (διατύπωση 1)	10,05	12,71	N.S.
21	Δεν εκφράζει λεκτική δυσaréσκεια (διατύπωση 2)	10,95	11,96	N.S.
23	Δεν εκφράζει λεκτική δυσaréσκεια σε στενούς συγγενείς (διατύπωση 1)	11,65	11,38	N.S.
25	Δεν εκφράζει λεκτική δυσaréσκεια σε στενούς συγγενείς (διατύπωση 2)	12,40	10,75	N.S.

(συνεχίζεται)

Πίνακας 21. Σύγκριση Στρατηγικών που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, μεταξύ πειραματικής και δεύτερης ομάδας ελέγχου (συνέχεια).

	Έννοιες ερωτήσεων	m e a n r a n k		Αποτέλεσμα
Αρ	Στρατηγική που σχετίζεται άμεσα με Συμπεριφορά Τύπου C	Καρκίνος μαστού προβιοψιακά N=10	Καρκίνος μαστού σταδίου IV N=12	Wilcoxon test
29	Εκφράζει δυσαρέσκεια σε συγγενείς μόνο εξωλεκτικά	12,45	10,71	N.S.
31	Παθητικότητα (διατύπωση 2)	12,65	10,54	N.S.

2.2.14. Υπόθεση 14.

Οι πιθανές εσφαλμένες στρατηγικές, που δεν περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία, αλλά είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C: 1) Δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους που τις θύμωσαν, αλλά διαμαρτύρονται μόνο (για τον προβληματισμό τους) σε άλλα άτομα, 2) Εκφράζουν με ασάφεια τα παράπονά τους σ' αυτούς που τις ενοχλούν, 3) εκφράζουν δυσαρέσκεια αναίτια σε τρίτους, και 4) εκδηλώνουν συχνά συμπεριφορά παραίτησης, θα είναι αυξημένες σε γυναίκες με καρκίνο μαστού στο τέταρτο στάδιο, δηλαδή κατά τη μακροχρόνια πορεία της νόσου, σε σύγκριση με την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων καρκίνου του μαστού.

Η εξέταση της γνωσίας που ενδεχομένως σχετίζεται με την πρώτη στρατηγική, που είναι συναφής με Συμπεριφορά Τύπου C: «Δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους που τις θύμωσαν, αλλά διαμαρτύρονται μόνο (για τον προβληματισμό τους) σε άλλα άτομα», έγινε με την τεχνική του δικτύου (Grid), δηλαδή μέσω των γνωσιών που προκύπτουν από σχέσεις ανάμεσα σε έννοιες. Η εξέταση των τεσσάρων πιθανών εσφαλμένων στρατηγικών που είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C, έγινε με το Ερωτηματολόγιο Εξέτασης Στρατηγικών που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, με τις υπ' αριθμόν 20, 22, 24, 26, 27, 28 και 30 του ως άνω Ερωτηματολογίου.

Α) Εξέταση με την τεχνική του δικτύου (Grid), της γνωσίας που ενδεχομένως σχετίζεται με την πρώτη στρατηγική, που είναι συναφής με Συμπεριφορά Τύπου C: (οι καρκινοπαθείς δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους που τις θύμωσαν, αλλά μόνο διαμαρτύρονται -για τον προβληματισμό τους- σε άλλα άτομα). Υπολογίστηκε σε όλο το δείγμα ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης σειράς του Spearman (r_s), μεταξύ των στοιχείων (elements) E4 και E12, καθώς και των E8 και E12. Όπου, E4 και E8, είναι αντίστοιχα ο εαυτός και ο ιδανικός εαυτός, ενώ E12 είναι ένα άτομο που εφαρμόζει την υπό διερεύνηση εσφαλμένη στρατηγική: (οι καρκινοπαθείς δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους που τις θύμωσαν, αλλά, μόνο διαμαρτύρονται -για τον προβληματισμό τους- σε άλλα άτομα), ή για συντομία: «εσφαλμένη έκφραση θυμού»

Το Grid συμπληρώθηκε από 12 ασθενείς της πειραματικής ομάδας, όπως προέκυψε μετά από τα αποτελέσματα της ιστολογικής εξέτασης, και 15 ασθενείς της δεύτερης ομάδας ελέγχου.

Στη συνέχεια, ο έλεγχος της υπόθεσης για την υπό διερεύνηση στρατηγική, έγινε με εφαρμογή της δοκιμασίας Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), για τη σύγκριση μεταξύ πειραματικής ομάδας (καρκίνος μαστού προβιοψιακά) και δεύτερης ομάδας ελέγχου (καρκίνος μαστού στο τέταρτο στάδιο), ως προς την γνωσία που ενδεχομένως σχετίζεται με την υπό εξέταση εσφαλμένη

στρατηγική, πού είναι συναφής με Συμπεριφορά Τύπου C, με τους εν λόγω μη παραμετρικούς συντελεστές συσχέτισης σειράς του Spearman (r_s).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι τιμές του μη παραμετρικού συντελεστή συσχέτισης σειράς του Spearman (r_s), μεταξύ των στοιχείων (elements) E8 (Ιδανικός Εαυτός) και E12 (Άτομο πού εφαρμόζει την εν λόγω εσφαλμένη στρατηγική), καθώς και οι τιμές του μη παραμετρικού συντελεστή συσχέτισης σειράς του Spearman (r_s), μεταξύ των στοιχείων (elements) E4 (Εαυτός) και E12 (Άτομο πού εφαρμόζει την εν λόγω εσφαλμένη στρατηγική), δεν είχαν διαφορά μεταξύ πειραματικής (καρκίνος μαστού προβιοψιακά) και δεύτερης ομάδας ελέγχου (καρκίνος μαστού στο τέταρτο στάδιο). Επομένως, το μέρος της παρούσας υπόθεσης ότι οι καρκινοπαθείς στο τέταρτο στάδιο εφαρμόζουν την στρατηγική «εσφαλμένη έκφραση θυμού» σε μεγαλύτερο βαθμό από τους καρκινοπαθείς κατά τα πρώτα στάδια κλινικής εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, δεν αποδείχθηκε. Τα αποτελέσματα φαίνονται αναλυτικά στον **Πίνακα 22**.

Πίνακας 22. Συγκριτικά αποτελέσματα μεταξύ πειραματικής και δεύτερης ομάδας ελέγχου, των τιμών των συντελεστών spearman μεταξύ ατόμου με την στρατηγική «εσφαλμένη έκφραση θυμού» και του Εαυτού, ατόμου με την στρατηγική «εσφαλμένη έκφραση θυμού» και του Ιδανικού Εαυτού.

Γνωσία πού ενδεχομένως σχετίζεται με την Στρατηγική «εσφαλμένη έκφραση θυμού»	m e a n r a n k		Αποτέλεσμα
Συντελεστές Spearman μεταξύ Elements ατόμου με την στρατηγική «εσφαλμένη έκφραση θυμού», Εαυτού, και Ιδανικού Εαυτού	Καρκίνος μαστού προβιοψιακά N=12	Καρκίνος μαστού σταδίου IV N=15	Wilcoxon test
Εαυτός και Άτομο με «εσφαλμένη έκφραση θυμού»	15,50	12,80	N.S.
Ιδανικός Εαυτός και Άτομο με «εσφαλμένη έκφραση θυμού»	14,71	13,43	N.S.

B) Εξέταση με το Ερωτηματολόγιο Εξέτασης Στρατηγικών πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C.

Η εξέταση της υπ' αριθμόν 1 στρατηγικής: «Δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους πού τις θύμωσαν, αλλά διαμαρτύρονται μόνο (για τον προβληματισμό τους) σε άλλα άτομα», έγινε με τις υπ' αριθμόν 20 και 24 ερωτήσεις του ως άνω Ερωτηματολογίου.

Ο έλεγχος της υπόθεσης 14, έγινε με εφαρμογή της δοκιμασίας Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), για τη σύγκριση μεταξύ πειραματικής ομάδας (καρκίνος μαστού προβιοψιακά) και δεύτερης ομάδας ελέγχου (καρκίνος μαστού τετάρτου σταδίου), ως προς την υπό έρευνα εσφαλμένη στρατηγική. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (βλέπε **πίνακα 23**).

Πίνακας 23. Σύγκριση Εσφαλμένης Στρατηγικής υπ' αριθμόν 1, μεταξύ πειραματικής και δεύτερης ομάδας ελέγχου, με το Ερωτηματολόγιο Εξέτασης Στρατηγικών πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C.

	Έννοιες ερωτήσεων	m e a n r a n k		Αποτέλεσμα
Αρ	Εσφαλμένη Στρατηγική πού σχετίζεται άμεσα με Συμπεριφορά Τύπου C	Καρκίνος μαστού προβιοψιακά N=10	Καρκίνος μαστού σταδίου IV N=12	Wilcoxon test

20	Εκφράζει λεκτική δυσαρέσκεια για κάποιον, μόνο σε τρίτους	10,35	12,46	N.S.
24	Εκφράζει λεκτική δυσαρέσκεια για στενούς συγγενείς μόνο σε τρίτους	10,35	12,46	N.S.

Η εξέταση της στρατηγικής υπ' αριθμόν 2: «Εκφράζουν με ασάφεια τα παράπονά τους σ' αυτούς που τις ενοχλούν», έγινε με τις υπ' αριθμόν 22, 26 και 27 ερωτήσεις του ως άνω Ερωτηματολογίου. Ο έλεγχος της υπόθεσης 14, έγινε με εφαρμογή της δοκιμασίας Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), για τη σύγκριση μεταξύ πειραματικής ομάδας (καρκίνος μαστού προβιοψιακά) και δεύτερης ομάδας ελέγχου (καρκίνος μαστού τετάρτου σταδίου), ως προς την υπό έρευνα εσφαλμένη στρατηγική. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (**πίνακας 24**).

Πίνακας 24. Σύγκριση Εσφαλμένης Στρατηγικής υπ' αριθμόν 2, μεταξύ πειραματικής και δεύτερης ομάδας ελέγχου, με το Ερωτηματολόγιο Εξέτασης Στρατηγικών που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C.

Αρ	Έννοιες ερωτήσεων Εσφαλμένη Στρατηγική που σχετίζεται άμεσα με Συμπεριφορά Τύπου C	m e a n r a n k		Αποτέλεσμα Wilcoxon test
		Καρκίνος μαστού προβιοψιακά N=10	Καρκίνος μαστού σταδίου IV N=12	
22	Εκφράζει λεκτική δυσαρέσκεια για άσχετα θέματα	11,80	11,25	N.S.
26	Εκφράζει λεκτική δυσαρέσκεια σε στενούς συγγενείς για άσχετα θέματα (διατύπωση 1)	12,85	10,38	N.S.
27	Εκφράζει λεκτική δυσαρέσκεια σε στενούς συγγενείς για άσχετα θέματα (διατύπωση 2)	10,35	12,46	N.S.

Η εξέταση της στρατηγικής υπ' αριθμόν 3: «εκφράζουν δυσαρέσκεια αναίτια σε τρίτους», έγινε με την ερώτηση υπ' αριθμόν 30 του ως άνω Ερωτηματολογίου. Ο έλεγχος της υπόθεσης 14, έγινε με εφαρμογή της δοκιμασίας Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), για τη σύγκριση μεταξύ πειραματικής ομάδας (καρκίνος μαστού προβιοψιακά) και δεύτερης ομάδας ελέγχου (καρκίνος μαστού τετάρτου σταδίου), ως προς την υπό έρευνα εσφαλμένη στρατηγική. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (βλέπε **πίνακα 25**).

Πίνακας 25. Σύγκριση Εσφαλμένης Στρατηγικής υπ' αριθμόν 3, μεταξύ πειραματικής και δεύτερης ομάδας ελέγχου, με το Ερωτηματολόγιο Εξέτασης Στρατηγικών που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C.

Αρ	Έννοιες ερωτήσεων Εσφαλμένη Στρατηγική που σχετίζεται άμεσα με Συμπεριφορά Τύπου C	m e a n r a n k		Αποτ/σμα Wilcoxon test
		Καρκίνος μαστού προβιοψιακά N=10	Καρκίνος μαστού σταδίου IV N=12	

30	Δεν εκφράζει δυσαρέσκεια σε συγγενείς και την εκφράζει αναίτια σε τρίτους	10,40	12,42	N.S.
----	---	-------	-------	------

Η εξέταση της στρατηγικής υπ' αριθμόν 4: «εκδηλώνουν συχνά συμπεριφορά παραίτησης», έγινε με την ερώτηση υπ' αριθμόν 28 του ως άνω Ερωτηματολογίου. Ο έλεγχος της υπόθεσης 14, έγινε με εφαρμογή της δοκιμασίας Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), για τη σύγκριση μεταξύ πειραματικής ομάδας (καρκίνος μαστού προβιοψιακά) και δεύτερης ομάδας ελέγχου (καρκίνος μαστού τέταρτου σταδίου), ως προς την υπό έρευνα εσφαλμένη στρατηγική. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (βλέπε **πίνακα 26**).

Πίνακας 26. Σύγκριση Εσφαλμένης Στρατηγικής υπ' αριθμόν 4, μεταξύ πειραματικής και δεύτερης ομάδας ελέγχου, με το Ερωτηματολόγιο Εξέτασης Στρατηγικών που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C.

	Έννοιες ερωτήσεων	m e a n r a n k		Αποτέλεσμα
Αρ	Εσφαλμένη Στρατηγική που σχετίζεται άμεσα με Συμπεριφορά Τύπου C	καρκίνος μαστού προβιοψιακά N=10	καρκίνος μαστού σταδίου IV N=12	Wilcoxon test
28	Στρατηγική παραίτησης έναντι συγγενών	9,30	13,33	N.S.

Συμπερασματικά, απορρίπτεται στο σύνολό της η υπόθεση, σύμφωνα με την οποία «Οι πιθανές εσφαλμένες στρατηγικές, που είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C: 1) Δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους που τις θύμωσαν, αλλά διαμαρτύρονται μόνο (για τον προβληματισμό τους) σε άλλα άτομα, 2) Εκφράζουν με ασάφεια τα παράπονά τους σ' αυτούς που τις ενοχλούν, 3) εκφράζουν δυσαρέσκεια αναίτια σε τρίτους, και 4) εκδηλώνουν συχνά συμπεριφορά παραίτησης, θα είναι αυξημένες σε γυναίκες με καρκίνο μαστού στο τέταρτο στάδιο, δηλαδή κατά τη μακροχρόνια πορεία της νόσου, σε σύγκριση με την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων καρκίνου του μαστού».

2.2.15. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ FACTOR ANALYSIS, πού έγινε στο «Ερωτηματολόγιο Εξέτασης Στρατηγικών, πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C»

Το ερωτηματολόγιο Εξέτασης Στρατηγικών, πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, από τις οποίες, οι 24 εξέταζαν στρατηγικές πού σχετίζονται άμεσα με εκείνες τις Συμπεριφορές Τύπου C, πού περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία, και οι 7 εξέταζαν τέσσερις υποθετικά εσφαλμένες στρατηγικές συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C, πού δεν περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία, αξιολογήθηκε με Factor Analysis (principal factor solution with varimax rotation) και οι 31 ερωτήσεις ταξινομήθηκαν σε 8 παράγοντες, πού εξηγούν το 77,8% της μεταβλητότητας, και περιλαμβάνουν ο καθένας τις εξής ερωτήσεις:

1. Παράγων 1. Ερωτήσεις υπ' αριθμόν: 22, 23, 26 και 27.
2. Παράγων 2. Ερωτήσεις υπ' αριθμόν: 4, 5, 8, 13 και 18.
3. Παράγων 3. Ερωτήσεις υπ' αριθμόν: 24, 29, και 30.
4. Παράγων 4. Ερωτήσεις υπ' αριθμόν: 9, 10, 16 και 17.
5. Παράγων 5. Ερωτήσεις υπ' αριθμόν: 1, 6, 12, και 15.
6. Παράγων 6. Ερωτήσεις υπ' αριθμόν: 11, 14, 19 και 20.
7. Παράγων 7. Ερωτήσεις υπ' αριθμόν: 2, 3 και 31.
8. Παράγων 8. Ερωτήσεις υπ' αριθμόν: 7, 21, 25 και 28.

Στον καθένα από τους ανωτέρω παράγοντες αποδόθηκε μία βραχεία ονομασία. Υπογραμμίζεται ότι οι ονομασίες αυτές είναι εν πολλοίς αυθαίρετες και αποτελούν την προσπάθεια απόδοσης μίας συνοπτικής ονομασίας, πού να αντανακλά κατά το δυνατόν, το εννοιολογικό περιεχόμενο των χαρακτηριστικών πού περιέχονται στον κάθε παράγοντα.

Οι έννοιες, πού προκύπτουν από τους ανωτέρω παράγοντες, καθώς και οι βραχείες ονομασίες πού αποδόθηκαν στον καθένα, είναι οι εξής:

1. **"Ασαφής ή έμμεση λεκτική έκφραση δυσαρέσκειας"**-Εκφράζει λεκτική δυσαρέσκεια για άσχετα θέματα σε όποιον τον ενοχλεί.
2. **"Πλήρης παραμέληση των αναγκών, υπέρ των άλλων"**-Συνδυασμένη υποχωρητική, καθησυχαστική και θυσιαζόμενη συμπεριφορά με παραμέληση των αναγκών.
3. **"Αναίτια έκφραση δυσαρέσκειας"**-Συνδυασμένη έκφραση παραπόνων για τους συγγενείς μόνο σε τρίτους, και αναίτια έκφραση δυσαρέσκειας σε τρίτους.
4. **"Πλήρης υποταγή λόγω επιθυμίας κοινωνικής αποδοχής"**-Συνδυασμός αποφυγής καυγάδων, υποτακτικότητας, παθητικότητας και μη έκφρασης θυμού, λόγω επιθυμίας κοινωνικής αποδοχής.
5. **"Γενικευμένη υποταγή και επιτήδεση"**- Συνδυασμένη υποχωρητικότητα με επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, και υποτακτικότητα, χωρίς να εκφράζει κανένα δυσάρεστο συναίσθημα, ενώ αντίθετα δείχνει ψύχραιμη ή ευχάριστη έκφραση.
6. **"Διατύπωση δυσαρέσκειας μόνο σε τρίτους"**- δεν εκφράζει δυσάρεστα συναισθήματα σ' αυτούς πού τα προκαλούν, και τα διατυπώνει μόνο σε τρίτους.
7. **"Πλήρης παθητικότητα"**-Υπομένει αδιαμαρτύρητα ενοχλήσεις και υποτάσσεται σ' αυτές, ενώ γνωρίζει τις δέουσες αντιδράσεις.

8. "Παραίτηση και αποφυγή επιθετικότητας"-Αποφυγή έκφρασης επιθετικότητας και συμπεριφορά παραίτησης.

Υποθέσεις. Οι οκτώ παράγοντες θα εξετασθούν συγκριτικά μεταξύ της πειραματικής και κάθε μίας από τις δύο ομάδες ελέγχου. Υποθέτομε ότι: **1) οι καρκινοπαθείς προβιοσιακές ασθενείς θα έχουν υψηλότερη βαθμολογία στους ανωτέρω οκτώ παράγοντες της Factor Analysis, σε σύγκριση με τις προβιοσιακές μη καρκινοπαθείς ασθενείς.** Επίσης, υποθέτομε ότι: **2) οι ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο, θα έχουν υψηλότερη βαθμολογία στους ανωτέρω οκτώ παράγοντες της Factor Analysis, σε σύγκριση με τις προβιοσιακές ασθενείς με καρκίνο μαστού.**

Υπόθεση 1. Οι καρκινοπαθείς προβιοσιακές ασθενείς θα έχουν υψηλότερη βαθμολογία στους ανωτέρω οκτώ παράγοντες της Factor Analysis, σε σύγκριση με τις προβιοσιακές ασθενείς με καλοήθειες μαστοπάθειες.

Για τον έλεγχο της υπόθεσης αυτής, έγινε σύγκριση των τιμών των οκτώ παραγόντων που προέκυψαν από τη Factor Analysis, μεταξύ πειραματικής (καρκίνος μαστού προβιοσιακά) και πρώτης ομάδας ελέγχου (καλοήθειες μαστοπάθειες προβιοσιακά), με εφαρμογή της δοκιμασίας Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), από όπου προέκυψε ότι οι τιμές των εξής δύο παραγόντων, ήταν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό αυξημένες στην πειραματική ομάδα: 1) «Γενικευμένη υποταγή και επιτήδευση» ($p < 0,001$), και 2) «Πλήρης παθητικότητα» ($p < 0,02$), (βλέπε πίνακα 27).

Πίνακας 27. Σύγκριση των τιμών των παραγόντων (factors), μεταξύ πειραματικής και πρώτης ομάδας ελέγχου.

Αρ	Έννοιες Παραγόντων (Factors) (Με σειρά αρίθμησης 1-8)	m e a n r a n k		Αποτέλεσμα Wilcoxon test
		Καρκίνος μαστού προβιοσιακά N=10	Καλοήθειες μαστοπάθειες προβιοσιακά N=14	
1	"Ασαφής ή έμμεση λεκτική έκφραση δυσaréσκειας"	12,55	12,46	N.S.
2	"Πλήρης παραμέληση των αναγκών, υπέρ των άλλων"	11,75	13,04	N.S.
3	"Αναίτια έκφραση δυσaréσκειας"	10,85	13,68	N.S.
4	"Πλήρης υποταγή λόγω επιθυμίας κοινωνικής αποδοχής"	13,30	11,93	N.S.
5	"Γενικευμένη υποταγή και επιτήδευση"	17,90	8,64	$p < 0,001$
6	"Διατύπωση δυσaréσκειας μόνο σε τρίτους"	14,35	11,18	N.S.
7	"Πλήρης παθητικότητα"	16,35	9,75	$p < 0,02$
8	"Παραίτηση και αποφυγή επιθετικότητας"	13,90	11,50	N.S.

Δηλαδή, **οι γυναίκες με καρκίνο μαστού στα πρώτα κλινικά στάδια της εμφάνισής τους**, έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό, συγκριτικά με τις γυναίκες που πάσχουν από καλοήθειες παθήσεις του μαστού, κατά τα πρώτα επίσης κλινικά στάδια της εμφάνισής τους, τα κατωτέρω χαρακτηριστικά, που θεωρούνται ότι είναι προδιαθεσικά για εμφάνιση καρκίνου, με συνέπεια να **μπορούν να περιγραφούν ως εξής:**

1. Παθητικές,
2. Δεν εκφράζουν λεκτικά θυμό, ούτε άλλα δυσάρεστα συναισθήματα,
3. Έχουν έντονη την επιθυμία της κοινωνικής αποδοχής, με συνέπεια να υποχωρούν, να θυσιάζουν το δίκιο τους και να στεναχωριούνται,
4. Παρουσιάζουν εξωτερικά ένα «ευχαριστημένο προσωπείο», ενώ συγχρόνως, και σε αντίθεση με αυτό, δεν εκφράζουν κανένα δυσάρεστο συναίσθημα, και τέλος είναι
5. Υποτακτικές.

Υπόθεση 2. Οι ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο, θα έχουν υψηλότερη βαθμολογία στους ανωτέρω οκτώ παράγοντες της Factor Analysis, σε σύγκριση με τις προβιοψιακές ασθενείς με καρκίνο μαστού.

Για τον έλεγχο της υπόθεσης 2, έγινε σύγκριση των τιμών των οκτώ παραγόντων που προέκυψαν από τη Factor Analysis, μεταξύ πειραματικής (καρκίνος μαστού προβιοψιακά) και δεύτερης ομάδας ελέγχου (καρκίνος μαστού στο τέταρτο στάδιο), με εφαρμογή της δοκιμασίας Wilcoxon δύο δειγμάτων (Wilcoxon test for unpaired measurements, Mann-Whitney U test), από όπου προέκυψε ότι οι τιμές του παράγοντα 5, ήταν αυξημένες στην πειραματική ομάδα: 1) "Γενικευμένη υποταγή και επιτήδευση" ($p < 0,01$). Τα αποτελέσματα φαίνονται αναλυτικά στον **πίνακα 28**.

Πίνακας 28. Σύγκριση των τιμών των παραγόντων (factors), μεταξύ πειραματικής και δεύτερης ομάδας.

Αρ	Έννοιες Παραγόντων (Factors) (Με σειρά αρίθμησης 1-8)	m e a n r a n k		Αποτέλεσμα Wilcoxon test
		Καρκίνος μαστού προβιοψιακά N=10	Καρκίνος μαστού σταδίου IV N=12	
1	"Ασαφής ή έμμεση λεκτική έκφραση δυσaréσκειας"	12,00	11,08	N.S.
2	"Πλήρης παραμέληση των αναγκών, υπέρ των άλλων"	12,15	10,96	N.S.
3	"Αναίτια έκφραση δυσaréσκειας"	11,00	11,92	N.S.
4	"Πλήρης υποταγή λόγω επιθυμίας κοινωνικής αποδοχής"	9,90	12,83	N.S.
5	"Γενικευμένη υποταγή και επιτήδευση"	15,30	8,33	N.S.
6	"Διατύπωση δυσaréσκειας μόνο σε τρίτους"	10,70	12,17	N.S.
7	"Πλήρης παθητικότητα"	12,55	10,63	N.S.
8	"Παραίτηση και αποφυγή επιθετικότητας"	11,25	11,71	N.S.

Αντίθετα δηλαδή με την τρέχουσα υπόθεση 2, σύμφωνα με την οποία «ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο, θα έχουν υψηλότερη βαθμολογία στους ανωτέρω εννέα παράγοντες της Factor Analysis, σε σύγκριση με τις προβιοψιακές ασθενείς με καρκίνο μαστού», βρέθηκε ότι ένας παράγοντας της Factor Analysis, στις προβιοψιακές καρκινοπαθείς είχε υψηλότερη βαθμολογία από τις καρκινοπαθείς στο τέταρτο στάδιο. Κατά συνέπεια, η δεύτερη υπόθεση, που αφορά την Factor Analysis, απορρίπτεται.

2.3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

2.3.1. ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΤΕΛΕΙΕΣ.

Η παρούσα έρευνα, από απόψεως σχεδιασμού μεθοδολογίας, αποτελεί μία «προοπτικού τύπου» ή «περιορισμένη» προοπτική έρευνα, σύμφωνα με την οποία οι ασθενείς εξετάζονται πριν την τελική-ιστολογική διάγνωση. Οπωσδήποτε η προοπτικού «τύπου» έρευνα δεν συνιστά πάντοτε την ιδεώδη μεθοδολογία διεξαγωγής μίας έρευνας, είναι όμως το αμέσως επόμενο επιθυμητό βήμα, όταν για οποιουδήποτε λόγους μία προοπτική έρευνα είναι ανέφικτη, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ο τελευταίος τύπος, της «αληθούς» δηλαδή προοπτικής έρευνας, δεν είναι άμοιρος ατελειών (Cox & Mackay 1982, Temoshok 1987) [51, 219].

2.3.1.1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΤΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται από δύο ομάδες γυναικών, ηλικίας 40-60 ετών, οι οποίες συμπληρώνουν η κάθε μία χωριστά, τα χαρακτηριστικά του αντιπροσωπευτικού (τυχαίου) δείγματος, με την έννοια ότι τα υπό έρευνα χαρακτηριστικά (ψυχολογικά χαρακτηριστικά περιπατητικών γυναικών με καρκίνο μαστού, κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, ηλικίας 40-60 ετών, πού γνωρίζουν να διαβάζουν και να γράφουν ελληνικά), αποτελούν εκτιμήσεις του αντίστοιχου γενικότερου συνόλου ("universe" ή "population"), από το οποίο προέρχονται, δηλαδή, από τις περιπατητικές γυναίκες, ηλικίας 40-60 ετών, πού γνωρίζουν να γράφουν και να διαβάζουν ελληνικά, και προσέρχονται για βιοψία μαστού στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου. Συγχρόνως δε, η κάθε μία ασθενής του γενικότερου αυτού συνόλου είχε τις ίδιες πιθανότητες να συμπεριληφθεί στο δείγμα της παρούσας έρευνας. Η δεύτερη επίσης ομάδα, συμπληρώνει με τη σειρά της, τα χαρακτηριστικά του αντιπροσωπευτικού (τυχαίου) δείγματος, με την έννοια ότι τα υπό έρευνα χαρακτηριστικά (ψυχολογικά χαρακτηριστικά περιπατητικών γυναικών με καρκίνο μαστού κατά το τέταρτο στάδιο, ηλικίας 40-60 ετών, πού γνωρίζουν να διαβάζουν και να γράφουν ελληνικά), αποτελούν με τη σειρά τους, εκτιμήσεις του αντίστοιχου γενικότερου συνόλου

("universe" ή "population"), από το οποίο προέρχονται, δηλαδή, από όλες εκείνες τις περιπατητικές γυναίκες, ηλικίας 40-60 ετών, που γνωρίζουν να γράφουν και να διαβάζουν ελληνικά, και προσέρχονται για θεραπεία καρκίνου του μαστού στο τέταρτο στάδιο, στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου. Συγχρόνως δε, η κάθε μία ασθενής αυτού του τελευταίου γενικότερου συνόλου είχε τις ίδιες πιθανότητες να συμπεριληφθεί στο δείγμα της δεύτερης ομάδας της παρούσας έρευνας. Κάτω από τις συνθήκες αυτές, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας θεωρούνται «αδιάβλητα» ή ορθά, παρ' όλο που η ακρίβειά τους είναι μικρή εξ αιτίας του περιορισμένου αριθμού του δείγματος (Τριχόπουλος Δ, 1975 σελ. 25) [225].

2.3.1.2. ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΟΜΟΙΟΓΕΝΟΥΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΥΟ ΠΡΟΒΙΟΨΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ.

Πρωταρχικής σημασίας για την επιλογή του δείγματος της παρούσας έρευνας ήταν να αποφευχθεί, κατά το δυνατόν, η δημιουργία ανομοιογενούς δείγματος στην κάθε ομάδα. Αντίθετα, έπρεπε να επιτευχθεί, κατά το δυνατόν, διαφορά μόνον ως προς την απουσία ή την παρουσία του καρκίνου μαστού, έτσι ώστε να εξουδετερωθούν οι παράγοντες, από τους οποίους θα ήταν δυνατόν να δημιουργηθούν δευτερογενείς διαφορές και συσχετίσεις, που θα είχαν σαν συνέπεια τα ευρήματα της έρευνας να στερούνται, τελικά, ιατρικής σημασίας (Τριχόπουλος Δ, 1975 σελ. 145) [225]. Ωστόσο, επειδή η παρούσα έρευνα δεν είναι έρευνα παρεμβάσεως, αλλά είναι μη πειραματική έρευνα (non experimental study, observational study), δεν είναι δυνατή η επίτευξη αυτής της εξομοίωσης, με την τυχαία διανομή (randomization) κάποιων παραγόντων του ερευνητικού υλικού στις τρεις ομάδες του δείγματος. Έτσι, εκείνο που πρότερον προκειμένου να επιτευχθεί η εξομοίωση, ήταν η έγκαιρη, κατά το δυνατόν, πρόβλεψη και απόλειψη, όσων παραγόντων θα μπορούσαν να προκαλέσουν αυτές τις δευτερογενείς διαφορές και συσχετίσεις (Τριχόπουλος Δ, 1975 σελ. 148) [225]. Για το λόγο αυτό, ελήφθησαν ευθύς εξ αρχής μέτρα αποφυγής όσων παραγόντων ήταν τουλάχιστον γνωστό ότι η παρουσία τους θα καθιστούσε ανομοιογενές το ερευνητικό υλικό, με συνέπεια την παρουσία δευτερογενών διαφορών στα ευρήματά μας.

Στη συνέχεια, θα αναφερθούμε πρώτα στα μέτρα που ελήφθησαν για την πρώτη ομάδα του δείγματος, τις προβιοψιακές δηλαδή ασθενείς, από τις οποίες, μετά τη βιοψία προέκυψε η πειραματική ομάδα των γυναικών με καρκίνο μαστού, και η πρώτη ομάδα ελέγχου, των ασθενών με καλοήθεις παθήσεις του μαστού. Η δεύτερη ομάδα του δείγματος, η οποία χρησιμοποιήθηκε σαν δεύτερη ομάδα ελέγχου, και τα μεθοδολογικά προβλήματά της, θα συζητηθούν χωριστά.

2.3.1.2.1. Κυριότεροι προβλέψιμοι, αιτιολογικοί παράγοντες πρόκλησης δευτερογενών διαφορών της προβιοψιακής ομάδας του δείγματος, που ελέγχθηκαν.

1. **Ο παράγων της ηλικίας.** Ένας από τους παράγοντες που χρειάστηκε να ρυθμισθεί προκειμένου να εξασφαλισθεί η ομοιογένεια του δείγματος, ήταν η ηλικία. Αυτός ο παράγων έχει προκαλέσει ανομοιογένεια, σε παρόμοιες έρευνες. Συγκεκριμένα, σε προβιοψιακή εξέταση δειγμάτων με παθήσεις μαστού, όπως η παρούσα έρευνα, στην ομάδα των μη καρκινοπαθών ο μέσος όρος της ηλικίας ήταν κατά 10 χρόνια μικρότερος από τον αντίστοιχο της ομάδας των καρκινοπαθών (48 έναντι 58) (Morris et al 1977, Greer et al 1979) [163, 91]. Επίσης, σε άλλη έρευνα, με ποικιλία διαγνωσμένων κακοήθων νεοπλασμάτων, από τις τρεις ομάδες του δείγματος, η μία ομάδα είχε μέσο όρο ηλικίας 34 έτη και οι άλλες δύο ομάδες είχαν μέσο όρο ηλικίας 41 και 43 έτη αντίστοιχα (Plumb & Holland, 1977) [180]. Για την εξομοίωση λοιπόν του δείγματος ως προς τον παράγοντα αυτό, αποφασίστηκε όλες οι ασθενείς του δείγματος να έχουν ηλικία από 40 έως και 60 ετών.
2. **Ο παράγων της διαγνωστικής ετερογένειας.** Άλλος παράγων που έπρεπε να ρυθμισθεί για να υπάρχει ομοιογένεια στο δείγμα, ήταν η αποφυγή ανάμιξης μέσα στην πρώτη ομάδα ελέγχου, στοιχείων που θα συνυπήρχαν και στην πειραματική ομάδα, ή ακόμη και στοιχείων αδιευκρίνιστης κατηγοριοποίησης. Δηλαδή, αποφυγή ύπαρξης στην πρώτη ομάδα ελέγχου, είτε αδιάγνωστων παθήσεων είτε άλλης πρωτοπαθούς εστίας κακοήθων

νεοπλασμάτων. Τέτοια στοιχεία ανομοιογένειας, παρατηρήθηκαν σε έρευνα για την εμφάνιση κατάθλιψης σαν πρόδρομοι συμπτώματος πριν την κλινική εμφάνιση καρκίνου του παγκρέατος, όπου στην ομάδα ελέγχου συνυπήρχαν: ασθενείς με άλλου τύπου κακοήθειες, ασθενείς με καλοήθειες παθήσεις, καθώς επίσης και ασθενείς χωρίς βέβαιη ιστολογική διάγνωση (Fras et al, 1967) [73]. Η ρύθμιση της εξομοίωσης στις δύο πρώτες ομάδες του δείγματος, δηλαδή την πειραματική και την πρώτη ομάδα ελέγχου, σε ό,τι αφορά τον παράγοντα αυτό, έγινε με τον σχεδιασμό της εξέτασης γυναικών που πρόκειται να υποστούν βιοψία μαστού για οποιασδήποτε μορφής αδιάγνωστη νόσο του μαστού. Ένας από τους σκοπούς αυτού του σχεδιασμού ήταν η δημιουργία δύο ομάδων μετά τη λήψη των αποτελεσμάτων της ιστολογικής εξέτασης. Από αυτές, η μία θα περιείχε ένα είδος κακοήθους νεοπλασματος και η άλλη θα είχε μόνο καλοήθειες παθήσεις. Αποφασίστηκε δηλαδή διαμόρφωση των εξής δύο ομάδων: 1) ασθενείς με αδενοκαρκίνωμα μαστού και 2) ασθενείς με μη κακοήθειες παθήσεις μαστού. Έτσι δηλαδή από την πρώτη ομάδα, θα αποκλεισθούν άλλης ιστολογικής προέλευσης κακοήθη νεοπλασματα, όπως για παράδειγμα το λιποσάρκωμα, και η πειραματική ομάδα θα αποτελείται αποκλειστικά από κακοήθη νεοπλασματα προερχόμενα από ένα τύπο ιστού, δηλαδή από το αδενικό επιθήλιο του μαστού (Παπαχαλαράμπος Ν, 1979) [172].

3. **Ο παράγων της επίγνωσης εκ μέρους του ασθενούς της ακριβούς φύσεως της πάθησής του.** Με τον σχεδιασμό αυτό, οι δύο ανωτέρω ομάδες εξομοιώθηκαν επιπλέον και ως προς ένα άλλο παράγοντα με την συνακόλουθη απάλειψή του. Η παρουσία αυτού του παράγοντος έχει βρεθεί ότι θα επηρέαζε, όχι μόνο τα ευρήματα της ψυχοπαθολογίας, αλλά, ενδεχομένως, και τα ευρήματα της Συμπεριφοράς Τύπου C (Levy 1985, Eysenck 1987) [146, 66]. Πρόκειται για τον παράγοντα της επίγνωσης εκ μέρους του ασθενούς της ακριβούς φύσεως της πάθησής του, ότι δηλαδή έχει καρκίνο. Η απάλειψη αυτού του παράγοντος ήταν απαραίτητη, επειδή σκοπός της παρούσας έρευνας σε ό,τι αφορά την ψυχοπαθολογία και την Συμπεριφορά Τύπου C, είναι η ανίχνευση του βαθμού ύπαρξής τους, κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού. Είναι όμως δεδομένο, ότι και οι δύο αυτοί παράγοντες επηρεάζονται όταν ο ασθενής γνωρίζει ότι έχει καρκίνο, τόσο ως προς την ψυχοπαθολογία (eg Davies et al 1973, Craig & Abeloff 1974, Morris et al 1977, Plumb & Holland 1977) [54, 52, 180], όσο και ως προς ορισμένες παραμέτρους της προσωπικότητας (Levy 1985, p 151, Eysenck 1987) [146, 66]. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο, αποφασίστηκε να περιορισθεί το χρονικό όριο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου, μέσα στο οποίο θα εξεταζόντουσαν οι ασθενείς για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Αποφασίστηκε δηλαδή το χρονικό διάστημα εξέτασης να μην περιλαμβάνει ασθενείς πριν την έναρξη χημειοθεραπείας, αλλά ούτε και ασθενείς αμέσως μετά την χειρουργική επέμβαση. Διότι, στην πρώτη περίπτωση περιλαμβάνονται και ασθενείς με ήδη προχωρημένο, και κλινικά, με βεβαιότητα, διαγνωσμένο πριν τη βιοψία καρκίνο, για τις οποίες αποφασίζεται έναρξη χημειοθεραπείας για τον περιορισμό του μεγέθους του όγκου, πριν τη χειρουργική επέμβαση. Από την άλλη μεριά, στη δεύτερη περίπτωση, αν δηλαδή έχει γίνει η επέμβαση, κατά κανόνα έχει προηγηθεί και η ιστολογική διάγνωση. Ωστόσο, και στις δύο περιπτώσεις οι πιθανότητες, αφ' ενός μεν είναι μεγάλες ότι η ασθενής γνωρίζει την διάγνωση, αφ' ετέρου δε, στην περίπτωση της έναρξης χημειοθεραπείας πριν την χειρουργική επέμβαση, ο καρκίνος δεν βρίσκεται πλέον στο στάδιο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, το οποίο και συναποτελεί μέρος του σκοπού της παρούσας έρευνας. Έτσι λοιπόν, το χρονικό διάστημα της εξέτασης των ασθενών του δείγματος, από το οποίο προέκυψαν η πειραματική ομάδα και η πρώτη ομάδα ελέγχου, αποφασίστηκε να περιορίζεται αποκλειστικά και μόνον στο προβιοψιακό χρονικό επίπεδο, οπότε αφ' ενός μεν, δεν γνωρίζουν τη διάγνωση οι ασθενείς, αφ' ετέρου δε, ούτε και οι θεράποντες ιατροί γνωρίζουν συνήθως με απόλυτη βεβαιότητα την διάγνωση, ώστε να μπορέσουν, ακούσια, να μεταδώσουν τις ανησυχίες τους στην ασθενή, έστω και με εξωλεκτικό τρόπο.
4. **Ο παράγων του στρες.** Συγχρόνως, και παράλληλα με τον ανωτέρω σχεδιασμό, έπρεπε να απαλειφθεί και ένας άλλος παράγοντας από τις δύο προβιοψιακές ομάδες, που θα

προέκυπταν μετά τη λήψη της ιστολογικής διάγνωσης, δηλαδή το προεγχειρητικό στρες. Εφ' όσον επρόκειτο να μετρηθεί η ψυχοπαθολογία προβιοψιακά, ο παράγων του προεγχειρητικού στρες δεν ήταν δυνατόν να απαλειφθεί, μια και οι ανωτέρω ομάδες θα αποτελούνται από ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση. Τουλάχιστον όμως θα έπρεπε να είναι εξίσου επιμερισμένοι και στις δύο ομάδες. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού, αποφασίστηκε ο χρόνος εξέτασης των ασθενών για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, να είναι η παραμονή της βιοψίας μαστού, οπότε θα έχει περατωθεί όλος ο προεγχειρητικός έλεγχος, ο οποίος είναι όμοιος για όσες ασθενείς με ογκίδιο μαστού πρόκειται να υποβληθούν σε βιοψία. Έτσι, οι φόβοι και οι ανησυχίες των ασθενών θα είχαν εξομοιωθεί. Η εξομοίωση αυτή βοηθά άμεσα στην εξέταση της ψυχοπαθολογίας καθιστώντας αδιάβλητα τα ευρήματά της. Σε ό,τι αφορά όμως την εξέταση χαρακτηριστικών προσωπικότητας ή συμπεριφορών που σχετίζονται με αυτήν, παραμένει η πιθανότητα ότι η ίδια η νόσος του καρκίνου επιδρά άμεσα μέσω ορμονικών ή άλλων παραγόντων, που όμως σύμφωνα με άλλους ερευνητές η πιθανότητα αυτή είναι αμελητέα, ενώ σύμφωνα με άλλους δεν είναι αμελητέα (Eysenck 1985, Fox 1978) [65, 71].

5. **Επιπλέον στοιχεία για την εξομοίωση του δείγματος καθορίστηκαν τα εξής:** 1) όλες οι ασθενείς να είναι περιπατητικές και πιο συγκεκριμένα, να είναι σε θέση να εκτελούν τις συνηθισμένες τους δραστηριότητες, για λόγους που θα αναπτυχθούν στα χαρακτηριστικά της δεύτερης ομάδας ελέγχου, και 2) να διαβάζουν και να γράφουν την ελληνική γλώσσα, ώστε να είναι σε θέση να δώσουν απαντήσεις στα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια. Αυτοί ήταν οι κυριότεροι προβλέψιμοι, και εμφανείς τουλάχιστον, παράγοντες, που θα μπορούσαν να προκαλέσουν τις δευτερογενείς διαφορές στα ευρήματα της παρούσας έρευνας.

2.3.1.3. ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΟΜΟΙΟΓΕΝΟΥΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΕΥΤΕΡΗ ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.

2.3.1.3.1. Σχεδιασμός, και χαρακτηριστικά της δεύτερης ομάδας ελέγχου.

Για τις ανάγκες της έρευνας, δηλαδή για τη διερεύνηση ορισμένων υποθέσεων, χρειάστηκε να δημιουργηθεί μία δεύτερη ομάδα στο δείγμα, που χρησιμοποιήθηκε σαν δεύτερη ομάδα ελέγχου σύγκρισης ορισμένων ψυχοκοινωνικών παραμέτρων της, με τις αντίστοιχες παραμέτρους της πειραματικής ομάδας, των προβιοψιακών καρκινοπαθών.

Η ομάδα αυτή αποτελείται από ασθενείς που νοσηλεύονται για θεραπεία καρκίνου του μαστού στο τέταρτο στάδιο. Για λόγους εξομοίωσης του δείγματος, αποφασίστηκε οι ασθενείς της ομάδας αυτής να είναι περιπατητικές και να είναι σε θέση να εκτελούν τις συνηθισμένες τους δραστηριότητες. Έτσι θα βρίσκονται στην ίδια λειτουργική δραστηριότητα με οποιαδήποτε γυναίκα, από εκείνες που ανήκουν στις δύο προηγούμενες (προβιοψιακές) ομάδες και προσέρχονται στο νοσοκομείο για μία βιοψία μαστού.

Ένας επιπλέον λόγος, για τον οποίο αποφασίστηκε το εν λόγω λειτουργικό στάδιο, ήταν ότι κατά τα βιβλιογραφικά δεδομένα, ο καρκίνος μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα των ψυχολογικών δοκιμασιών μόνο κατά τα τελικά στάδια της νόσου, κατά τα οποία η λειτουργικότητα των ασθενών παρουσιάζει σημαντική έκπτωση, καθώς και όταν συνυπάρχουν οργανικές (νεοπλασματικές) βλάβες του εγκεφάλου (Davies et al, 1977) [54].

Τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά τους είναι ίδια με τις δύο προηγούμενες ομάδες, εκτός από ένα. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς της ομάδας αυτής θεωρήθηκαν ότι για πολλούς λόγους θα είχαν είτε άμεση είτε έμμεση πληροφόρηση για την ακριβή φύση της πάθησής τους. Δηλαδή, έχει συνήθως, αν και όχι πάντοτε, προηγηθεί η βιοψία, η χειρουργική επέμβαση και εφ' όσον ήδη βρίσκονται στο τέταρτο στάδιο της νόσου τους, για μεγάλο, άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα, έχουν κάνει επανειλημμένες εισαγωγές σε μία οργανωμένη ογκολογική κλινική, όπως είναι η συγκεκριμένη κλινική του νοσοκομείου μας, προκειμένου να υποβληθούν σε θεραπεία, έτσι ώστε να θεωρείται τελειώς απίθανο να μην είχαν λάβει καμία πληροφορία, τουλάχιστον έμμεση, για τη σοβαρότητα ή ακόμη και την κακοήγη φύση της κατάστασής τους.

2.3.1.3.2. Διαφορά από τις δύο προηγούμενες ομάδες και μεθοδολογικά προβλήματα.

Τα χαρακτηριστικά που διαφέρουν μεταξύ των ομάδων είναι τα εξής:

1. Πειραματική ομάδα: καρκίνος μαστού κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων.
2. Πρώτη ομάδα ελέγχου: καλοήθεις παθήσεις του μαστού κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων.
3. Δεύτερη ομάδα ελέγχου: καρκίνος μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο.

Τα κοινά χαρακτηριστικά του δείγματος είναι τα εξής:

1. Ηλικία: από 40 έως και 60 ετών.
2. Φύλο: γυναίκες.
3. Νοσηλεία στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου για παθήσεις του μαστού.
4. Περιπατητικές, εκτελούν όλες τις συνηθισμένες τους δραστηριότητες.
5. Γνωρίζουν να γράφουν και να διαβάζουν ελληνικά.

Μεθοδολογικό πρόβλημα αποτέλεσε η διαφορά ως προς την επίγνωση της φύσης της αρρώστιας στην δεύτερη ομάδα ελέγχου, αλλά για τους λόγους που ήδη αναφέρθηκαν, και εξ αιτίας της ίδιας της κατάστασης της εν λόγω ομάδας, θεωρήθηκε ότι δεν ήταν δυνατόν να διορθωθεί η διαφορά αυτή. Ωστόσο, οι κύριοι σκοποί της παρούσας έρευνας δεν επηρεάστηκαν, αφού οι σημαντικότερες υποθέσεις αφορούσαν τις δύο πρώτες ομάδες, των οποίων ο σχεδιασμός υπήρξε κατά το δυνατόν χωρίς σημαντικά μειονεκτήματα, για την συγκεκριμένη προοπτικού τύπου μεθοδολογία.

Η διεξαγωγή της έρευνας από έναν μόνο ψυχίατρο θεωρείται ότι παρέτεινε μεν τη διάρκειά της, αλλά, συνετέλεσε συγχρόνως και στην ενιαία κλινική και διαγνωστική προσέγγιση του δείγματος. Τόσο η εξέταση της ψυχοπαθολογίας, που έγινε με δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη (PSE), όσο και τα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν, είναι ενδεδειγμένα για κλινικές έρευνες.

2.3.2. ΤΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Το θέμα της παρούσας έρευνας ήταν α) αφ' ενός μεν η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στις πρώτες κλινικές εκδηλώσεις καρκίνου του μαστού, και σε ορισμένους παράγοντες όπως: 1) η ψυχοπαθολογία, 2) τα Στρεσογόνα Γεγονότα Ζωής, 3) τα Χαρακτηριστικά του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, 4) Γνωστικά στοιχεία, πού ενδεχομένως σχετίζονται με Συμπεριφορές Τύπου C, 5) Στρατηγικές σχετιζόμενες άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, πού περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία, 6) Στρατηγικές, συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C, πού δεν περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία, αφ' ετέρου δε, β) η διερεύνηση της σχέσης ορισμένων από αυτούς τους παράγοντες με την μακροχρόνια πορεία της νόσου. Οι πιο πάνω παράγοντες ερευνήθηκαν σαν ειδικοί για τον καρκίνο του μαστού, και όχι σαν παράγοντες κοινί σε άλλες ασθένειες (π.χ. ψυχοσωματικές νόσοι ή άλλοι τύποι καρκίνου).

2.3.2.1. ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ.

Σχετικά με την ψυχοπαθολογία και τη σχέση της με τον καρκίνο γενικά, και ειδικότερα με τον καρκίνο του μαστού, δεν έχουν μέχρι σήμερα απαντηθεί τα εξής ερωτήματα:

1. Αν η ψυχοπαθολογία γενικά, έχει σχέση με την καρκινογένεση,
2. Αν η κατάθλιψη ειδικότερα, έχει σχέση με την καρκινογένεση γενικά, και ιδίως με την καρκινογένεση στον μαστό,
3. Αν η ψυχοπαθολογία έχει σχέση με τις πρώτες κλινικές εκδηλώσεις του καρκίνου γενικά, (με εξαίρεση τον καρκίνο του παγκρέατος) και του καρκίνου του μαστού ειδικότερα,
4. Αν η κατάθλιψη έχει σχέση με την έκβαση του καρκίνου και ειδικά του καρκίνου του μαστού,
5. Αν η κατάθλιψη είναι επακόλουθο της χρονιότητας της νόσου, η οποία συνεπάγεται: συνεχή παρακολούθηση, συνεχή φαρμακευτική αγωγή, και -αναλόγως- μακροχρόνια περιοδικά χημειοθεραπευτικά σχήματα με δυσάρεστες, συχνά, παρενέργειες, και τέλος,
6. Η εμπλοκή της κατάθλιψης στη γενική νοσηρότητα, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου, και ειδικά του καρκίνου του μαστού, φαίνεται πιθανή, αλλά δεν έχει οριστικά απαντηθεί.

Τα υπ' αριθμόν 3, 5 και 6 ερωτήματα ερευνήθηκαν στην παρούσα έρευνα, σε σχέση με το ειδικό τους σκέλος, πού αφορά τον καρκίνο του μαστού, με δύο υποθέσεις, πού διαμορφώθηκαν ως εξής:

Υπόθεση 1η. Η ψυχοπαθολογία γενικά, και ειδικότερα η κατάθλιψη, είναι μεγαλύτερη κατά τις πρώτες κλινικές εκδηλώσεις στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, σε σύγκριση με τις καλοήθειες παθήσεις μαστού.

Υπόθεση 2η. Η κατάθλιψη είναι επακόλουθο της μακροχρόνιας πορείας του καρκίνου του μαστού. Δηλαδή, οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού κατά την περίοδο των πρώτων του κλινικών εκδηλώσεων, θα έχουν μικρότερο βαθμό κατάθλιψης από ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι καμία από τις δύο αυτές υποθέσεις δεν επαληθεύθηκε. Πιο συγκεκριμένα, και ειδικότερα, πρέπει να αναφερθούν τα εξής:

Ός προς την 1η Υπόθεση: «*Η ψυχοπαθολογία γενικά, και ειδικότερα η κατάθλιψη, είναι μεγαλύτερη κατά τις πρώτες κλινικές εκδηλώσεις στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, σε σύγκριση με τις καλοήθειες παθήσεις μαστού*». Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε με την Εξέταση της Παρούσας Κατάστασης (PSE), στις δύο προβιοψιακές ομάδες, σε στατιστικά ασαφή επίπεδα ($p < 0,10$) μία κλινική συνδρομή, η απώλεια ενδιαφέροντος και συγκέντρωσης (IC), σε μεγαλύτερο βαθμό στις καλοήθειες παθήσεις μαστού σε σύγκριση με τον καρκίνο μαστού. Η συνδρομή αυτή απαντάται ειδικά σε κατάθλιψη. Επίσης, στην ίδια πάντοτε ομάδα των μη καρκινοπαθών, βρέθηκε αυξημένη άλλη μία κλινική συνδρομή: η υποενεργητικότητα (LE), σε στατιστικά σημαντικά επίπεδα ($p < 0,05$). Η τελευταία συνδρομή θεωρείται μη ειδική, επειδή απαντάται εξ ίσου σε αγχώδεις και σε καταθλιπτικές διαταραχές. Τα ευρήματα δηλαδή αυτά είναι αντίθετα και ως εκ τούτου απορριπτικά της ως άνω υπόθεσης.

Τα ως άνω ευρήματα, παρά τον μικρό αριθμό του δείγματος, και ενώ για τον λόγο αυτό έχουν μικρή ακρίβεια, είναι εν τούτοις ορθά ή αδιάβλητα, επειδή προέρχονται από τυχαίο (αντιπροσωπευτικό) δείγμα και ομοιογενές ερευνητικό υλικό, του οποίου οι ιδιότητες αναλύθηκαν στην αρχή της συζήτησης (Τριχόπουλος Δ, 1975 σελ. 25).

Τα ευρήματά μας, είναι σύμφωνα με τα ευρήματα παρόμοιων ερευνών προοπτικού «τύπου», πριν τη βιοψία μαστού, όπως, των Greer & Morris και Morris et al (1975, 1977) [89, 163], όπου δεν είχε βρεθεί διαφορά μεταξύ κατάθλιψης και πρώτων κλινικών εκδηλώσεων της νόσου. Πλεονέκτημα των ερευνών αυτών θεωρείται ο μεγαλύτερος αριθμός του δείγματος (69 καρκινοπαθείς και 91 μη καρκινοπαθείς, έναντι 16 και 32 του αντίστοιχου δικού μας δείγματος). Μειονεκτήματα των ερευνών είναι τα εξής: 1) το εργαλείο εξέτασής τους, δηλαδή η κλινική εξέταση αποκλειστικά και μόνο της κατάθλιψης, με την Κλίμακα Hamilton, έναντι της δικής μας Εξέτασης της Παρούσας Ψυχικής Κατάστασης (PSE), που περιλαμβάνει όλη την ψυχοπαθολογία, εκτός από τις διαταραχές προσωπικότητας, οι οποίες εξ άλλου εξετάζονται πάντοτε χωριστά, και 2) η δεκαετής διαφορά του μέσου όρου ηλικίας μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή 58 για τις καρκινοπαθείς και 48 για τις μη καρκινοπαθείς, έναντι της εξαετούς περίπου διαφοράς των αντίστοιχων δικών μας 52,4 και 45,8. Η μικρότερη αυτή διαφορά στην παρούσα έρευνα, οφείλεται στην μεθοδολογία εξέτασης συγκεκριμένου εύρους ηλικιών, δηλαδή από ηλικίας 40 έως 60 ετών στο δείγμα.

Επίσης, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, ήταν σύμφωνα με εκείνα των Morris et al. (1981) [166], στην έρευνα των οποίων βρέθηκε οριακά χαμηλότερο άγχος ($p < 0,10$) σε γυναίκες με καρκίνο μαστού ηλικίας 50-59 ετών, συγκριτικά με γυναίκες που είχαν καλοήθειες παθήσεις μαστού. Το δείγμα αυτής της έρευνας δεν πλεονεκτούσε σε αριθμό έναντι του δικού μας, αφού ήταν σχεδόν ταυτόσημο: 17 καρκινοπαθείς και 33 ασθενείς με καλοήθειες παθήσεις μαστού, που εξετάστηκαν όλοι στο νοσοκομείο, πριν τη βιοψία μαστού. Είχε όμως παρόμοιες μεθοδολογικές ατέλειες, και διαφορές στα εργαλεία εξέτασης, με τις προηγούμενες έρευνες των Greer & Morris και Morris et al (1975, 1977), που αναφέρθηκαν. Συγκεκριμένα: 1) το δείγμα τους δεν εξετάστηκε σφαιρικά ως προς την ψυχοπαθολογία όπως το δικό μας, αλλά μόνον ως προς το άγχος, με μία αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα κατάστασης άγχους και χαρακτηριστικού άγχους (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory), και 2) οι μέσοι όροι των ηλικιών μεταξύ των δύο ομάδων είχαν ακόμη μεγαλύτερη -δωδεκαετή- διαφορά από την προηγούμενη έρευνα, δηλαδή, οι μέσοι όροι της ηλικίας ήταν 44 για τις μη καρκινοπαθείς και 56 για τις καρκινοπαθείς, γεγονός, που καθιστά τα ευρήματά τους ευάλωτα στη δημιουργία δευτερογενών διαφορών.

Συμπερασματικά, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας προέρχονται από τυχαίο δείγμα και ομοιογενές υλικό αφ' ενός, και αφ' ετέρου στην μεθοδολογία πλεονεκτούν έναντι των προαναφερθέντων ερευνών (Greer & Morris και Morris et al) [89, 163, 166], ως προς τους εξής παράγοντες: 1) την μικρότερη διαφορά των ηλικιών μεταξύ των ομάδων, 2) την εξέταση όλης της ψυχοπαθολογίας και όχι μόνον μέρους αυτής, και τέλος 3) τον τρόπο εξέτασης της ψυχοπαθολογίας, πού έγινε με τη μορφή της δομημένης συνέντευξης. Συγκεκριμένα, οι δομημένες μορφές συνέντευξης παρ' όλο πού είναι πιο χρονοβόρες, θεωρούνται πλέον αξιόπιστες και υπερέχουν των αυτοσυμπληρούμενων δοκιμασιών (Bugress C, 1987) [40], όπως εκείνες πού χρησιμοποιήθηκαν στις αναφερθείσες έρευνες. Για τους λόγους αυτούς, πρέπει να θεωρηθεί ότι ο βαθμός της ψυχοπαθολογίας γενικά και η κατάθλιψη ειδικότερα, δεν αποτελούν παράγοντες αυξημένης επικινδυνότητας στην περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού.

Ως προς την 2η Υπόθεση: «*Η κατάθλιψη είναι επακόλουθο της μακροχρόνιας πορείας του καρκίνου του μαστού. Δηλαδή, οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού κατά την περίοδο των πρώτων του κλινικών εκδηλώσεων, θα έχουν μικρότερο βαθμό κατάθλιψης από ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο*». Στην παρούσα έρευνα, βρέθηκε αυξημένη σε ασαφή επίπεδα ($p < 0,06$), στις καρκινοπαθείς τετάρτου κλινικού σταδίου, σε σύγκριση με τις προβιοψιακές καρκινοπαθείς, η κλινική συνδρομή της υποενεργητικότητας (LE).

Η συγκεκριμένη κλινική συνδρομή της υποενεργητικότητας, παρ' όλο πού δεν είναι ειδική της κατάθλιψης, αλλά απαντάται τόσο σε καταθλιπτικές όσο και σε αγχώδεις διαταραχές, θεωρείται από ορισμένους ερευνητές, και ειδικά για έρευνες με ήδη διαγνωσμένους καρκινοπαθείς, ότι δεν πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στα βαθμολογούμενα ψυχιατρικά συμπτώματα, επειδή εμπλέκεται έστω και έμμεσα, με σωματικά ενοχλήματα. Άλλα δύο επίσης συμπτώματα συνιστάται να εξαιρούνται για τους ίδιους λόγους: 1) η κόπωση και 2) η ανορεξία (Stewart et al 1965, Levine et al 1978, Bukberg et al 1984) [212, 144, 39]. Γι' αυτούς τους λόγους, αποφασίσθηκε η συνδρομή αυτή να μη ληφθεί υπ' όψιν, αφού για ένα επιπλέον λόγο, οι ασθενείς της δεύτερης ομάδας ελέγχου θα πρέπει να θεωρηθούν, αν και περιπατητικές, ως βαρέως πάσχοντες, ακριβώς για τον λόγο ότι βρίσκονται στο τέταρτο στάδιο μίας θανατηφόρου νόσου, της οποίας η πρόγνωση της πενταετούς επιβίωσης είναι 10%. Αντίθετα, οι καρκινοπαθείς των αμέσως προηγούμενων αναφερθέντων ερευνών, όπου οι προαναφερθέντες συγγραφείς συνιστούν τον αποκλεισμό των τριών αυτών συμπτωμάτων, δεν ήσαν μόνο καρκινοπαθείς στο τέταρτο στάδιο, αλλά και σε άλλα κλινικά στάδια. Κατά συνέπεια, η υπόθεση ότι ο καρκίνος του μαστού, λόγω της μακροχρόνιας πορείας του, μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη, δεν επιβεβαιώθηκε στην παρούσα έρευνα.

Τα ευρήματά μας δεν έρχονται σε συμφωνία με μία συγκεκριμένη έρευνα σχετικά όμοιας μεθοδολογίας των Morris et al (1977) [163], όπου βρέθηκε μετά από παρακολούθηση δύο ετών, αυξημένη συνολική βαθμολογία κατάθλιψης, άνω του 10 στην Κλίμακα Hamilton, στις ασθενείς με καρκίνο μαστού, σε σύγκριση με τις ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις μαστού ($p < 0,05$). Η αιτία μπορεί να οφείλεται σε τέσσερις κυρίως διαφορές μεταξύ των δύο ερευνών, όπως η ηλικία, η περίοδος προσαρμογής, η διαφορετικές ομάδες ελέγχου, και το διαφορετικό στάδιο του καρκίνου. Θα αναφερθούμε όμως αναλυτικά στην κάθε μία από αυτές:

1. Ανομοιογένεια στην ηλικία. Κατ' αρχήν, όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη υπόθεση, το δείγμα της έρευνας των Morris et al (1977) [163], περιείχε μία ανομοιογένεια ως προς την ηλικία μεταξύ των δύο ομάδων του, πού είχαν ένα μέσο όρο διαφοράς δέκα ετών. Η ύπαρξη και μόνον αυτού του παράγοντος, ενδέχεται να προκαλεί δευτερογενείς διαφορές, στις οποίες μπορεί να οφείλονται τα διαφορετικά αποτελέσματα μεταξύ της έρευνάς τους και της παρούσας έρευνας.
2. Ανομοιογένεια των κλινικών σταδίων. Ο παράγων αυτός, σχετίζεται και με την διάρκεια της παρακολούθησης στο δείγμα της έρευνας των Morris et al (1977) [163]. Πιο συγκεκριμένα, επειδή εξ' ορισμού ο καρκίνος του μαστού είναι μία μακροχρόνια νόσος, το

στοιχείο της ανομοιογένειας, ως προς τα κλινικά στάδια του καρκίνου, είναι προφανές στο δείγμα της έρευνάς τους. Δηλαδή, οι καρκινοπαθείς του δείγματός τους, πού τις παρακολούθησαν μόνο για δύο χρόνια, σίγουρα δεν βρισκόντουσαν όλες στο αυτό (τέταρτο) κλινικό στάδιο, όπως η αντίστοιχη ομάδα ελέγχου του δείγματος της παρούσας έρευνας.

3. Η Καταθλιπτική Αντίδραση της Προσαρμογής. Ένας τρίτος παράγοντας, πού υποθέτομε ότι πιθανόν να προσδιορίζει τη διαφορά μεταξύ των ευρημάτων μας, είναι και η Διαταραχή της Καταθλιπτικής Αντίδρασης της Προσαρμογής. Δηλαδή, στην έρευνα των Morris et al (1977), οι καρκινοπαθείς, όπως άλλωστε αναφέρουν και οι ίδιοι οι ερευνητές, αντιμετώπιζαν σωρεία προβλημάτων προσαρμογής (εργασίας, σεξουαλικών σχέσεων, κ.α.) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου των μη καρκινοπαθών γυναικών, και οπωσδήποτε στα δύο χρόνια της παρακολούθησης, λίγες καρκινοπαθείς θα ήταν κατά πάσα πιθανότητα στο τελευταίο (τέταρτο) στάδιο του καρκίνου του μαστού, αφού η κλινική εμφάνισή του, είχε συμβεί πριν δύο χρόνια. Άλλωστε αυτό το στοιχείο δεν το καθορίζουν καθόλου, και, μόνον τελειώς έμμεσα μπορεί να βγει τέτοιο συμπέρασμα, δηλαδή από τους θανάτους: από τις 69 καρκινοπαθείς του αρχικού δείγματος, οι 13 είχαν καταλήξει στους 24 μήνες πού τελειώσε η έρευνα. Εάν λοιπόν στην έρευνα των Morris et al (1977), η ομάδα των καρκινοπαθών βρισκόταν στην περίοδο προσαρμογής, και ένα ποσοστό τους είχε εμφανίσει μία Καταθλιπτική Αντίδραση της Προσαρμογής, είναι φυσικό να είχαν παθολογικές τιμές στην Κλίμακα Hamilton, και μάλιστα σε μεγαλύτερο βαθμό από την ομάδα των μη καρκινοπαθών.
4. Η διαφορετική ομάδα ελέγχου. Στην παρούσα έρευνα, η σύγκριση της ψυχοπαθολογίας έγινε μεταξύ προβιοψιακών καρκινοπαθών και καρκινοπαθών στο τέταρτο στάδιο, για τον έλεγχο της δεύτερης υπόθεσης. Στην προκειμένη περίπτωση, οι ασθενείς του τετάρτου σταδίου είναι πιθανότερο ότι έχουν ήδη περάσει από το στάδιο της προσαρμογής και είναι λογικό να μην εμφανίζουν ψυχοπαθολογία πλέον, ή τουλάχιστον ψυχοπαθολογία πού να έχει σχέση με προβλήματα προσαρμογής. Αντίθετα, στην έρευνα των Morris et al (1977), η σύγκριση της ψυχοπαθολογίας έγινε μεταξύ προβιοψιακών καρκινοπαθών και μη καρκινοπαθών, στα δύο χρόνια μετά την βιοψία, οπότε και βρέθηκε η διαφορά στην ψυχοπαθολογία. Έτσι, οι μη καρκινοπαθείς, ήδη είχαν ξεπεράσει τα όποια προβλήματα προσαρμογής.

Πρέπει να σημειωθεί ότι σε άλλες έρευνες, έχει βρεθεί αυξημένος βαθμός κατάθλιψης σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά, μεταξύ νοσηλευόμενων καρκινοπαθών και ασθενών με άλλα παθολογικά, αλλά μη κακοήθη νεοπλασματικά νοσήματα (Stewart et al 1965, Schwab et al 1967, Moffic & Paykel, 1975) [211, 194, 158]. Σκοπός όμως της παρούσας έρευνας ήταν να αποδειχθεί αν η κατάθλιψη ή άλλη μορφή ψυχοπαθολογίας, είναι ειδική της εμφάνισης του καρκίνου του μαστού αφ' ενός, και αφ' ετέρου, αν η κατάθλιψη οφείλεται στη μακροχρόνια πορεία του καρκίνου του μαστού, σαν ειδική Αντίδραση της Προσαρμογής.

Δεν αναφέρεται στη βιβλιογραφία σχετική έρευνα με την μεθοδολογία της παρούσας έρευνας και με το συγκεκριμένο σκοπό της υπόθεσης αυτής, έτσι ώστε να μην είναι δυνατόν να γυνή σύγκριση των αποτελεσμάτων. Το γεγονός όμως της ανεύρεσης αυξημένου βαθμού κατάθλιψης σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, τόσο στους καρκινοπαθείς όσο και στους μη καρκινοπαθείς, στις έρευνες πού αναφέρθηκαν [211, 194, 158], συγκρινόμενο με την μη ανεύρεση διαφοράς σε οποιαδήποτε μορφή ψυχοπαθολογίας, συμπεριλαμβανομένης και της κατάθλιψης, μεταξύ προβιοψιακών καρκινοπαθών και καρκινοπαθών στο τέταρτο στάδιο, στην παρούσα έρευνα, υποδηλώνει αφ' ενός μεν ότι η κατάθλιψη δεν αποτελεί κοινό χαρακτηριστικό των ασθενών με καρκίνο μαστού στο τέταρτο στάδιο, αφ' ετέρου δε ότι η κατάθλιψη δεν αποτελεί ειδικό χαρακτηριστικό των καρκινοπαθών γενικότερα.

Τελικό συμπέρασμα και για τις δύο υποθέσεις είναι το εξής: Αν ο καρκίνος, αυτός καθ' εαυτός, προκαλούσε κατάθλιψη, σύμφωνα δηλαδή με την υπόθεση των Brown & Paraskevas (1982), τότε θα έπρεπε η κατάθλιψη να υπάρχει τόσο στα στάδια της πρώτης κλινικής εμφάνισης, γεγονός πού δεν αποδείχθηκε με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας,

όσο και στα τελευταία στάδια, γεγονός πού επίσης δεν αποδεικνύεται από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας. Επίσης, αν η κατάθλιψη ήταν επακόλουθο της χρονιότητας της νόσου, η οποία σημειωτέον συνεπάγεται συνεχή στρεσογόνα γεγονότα όπως: συνεχιζόμενη ιατρική παρακολούθηση, συνεχή φαρμακευτική αγωγή, και -αναλόγως- μακροχρόνια περιοδικά χημειοθεραπευτικά σχήματα με δυσάρεστες, συχνά, παρενέργειες, με άλλα λόγια αν η κατάθλιψη στον καρκίνο του μαστού οφειλόταν σε Καταθλιπτική Αντίδραση της Προσαρμογής, θα έπρεπε επίσης να ήταν αυξημένη στο τέταρτο στάδιο, στο οποίο φθάνουν αρκετές γυναίκες μετά από μακροχρόνια πορεία, σε σύγκριση με τις προβιοψιακές καρκινοπαθείς. Η τελευταία αυτή όμως υπόθεση, επίσης δεν αποδείχθηκε στην παρούσα έρευνα. Για τους λόγους αυτούς, η υπόθεση ότι η κατάθλιψη ή οποιαδήποτε άλλη ψυχοπαθολογία, έχει ειδική σχέση με τον καρκίνο του μαστού κατά την περίοδο της κλινικής εμφάνισης, ή/και με τη μακροχρόνια πορεία του, θα πρέπει πιθανότατα να αναθεωρηθεί.

2.3.2.2. ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ.

Σχετικά με τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής και τη σχέση τους με τον καρκίνο γενικά, και ειδικότερα με τον καρκίνο του μαστού, δεν έχουν μέχρι σήμερα απαντηθεί τα εξής ερωτήματα:

1. Αν τα στρεσογόνα γεγονότα εμπλέκονται στη διαδικασία της καρκινογένεσης. Υπενθυμίζεται εδώ ότι σύμφωνα πάντα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, για να αποδειχθεί κάτι τέτοιο, θα πρέπει να γίνουν προοπτικές έρευνες διάρκειας τουλάχιστον 5-11 ετών. Δεδομένου μάλιστα του χρονικού διαστήματος, πού είναι γνωστό ως "λανθάνουσα περίοδος", και απαιτείται για να γίνει ένας όγκος κλινικά ανιχνεύσιμος, στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, η διάρκεια μίας τέτοιας προοπτικής έρευνας θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 11 χρόνια (Steel, 1973) [210]. Άλλα επίσης ερωτήματα, πού δεν έχουν οριστικά απαντηθεί, είναι και τα εξής,
2. Αν έχει σχέση ο αριθμός των στρεσογόνων γεγονότων τύπου απώλειας ή άλλου τύπου με την κλινική εμφάνιση του καρκίνου γενικά, και του καρκίνου του μαστού ειδικότερα.
3. Αν έχει σχέση η βαρύτητα της υποκειμενικής βίωσης των στρεσογόνων γεγονότων με την κλινική εμφάνιση του καρκίνου γενικά, και του καρκίνου του μαστού ειδικότερα.

Στην παρούσα έρευνα εξετάστηκαν τα δύο τελευταία ερωτήματα, στο ειδικό τους σκέλος, πού αφορά τον καρκίνο του μαστού, μέσα από τις εξής Υποθέσεις:

Υπόθεση 3. Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής έχουν σχέση αυτά καθ' αυτά με την κλινική εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Δηλαδή είναι περισσότερα σε αριθμό στις καρκινοπαθείς από ό,τι στις μη καρκινοπαθείς.

Υπόθεση 4. Υπάρχει μία ιδιοσυγκρασιακή τάση των γυναικών πού παθαίνουν καρκίνο μαστού, κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, τέτοια ώστε να βιώνουν τα στρεσογόνα γεγονότα εντονότερα από τις ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις μαστού.

Υπόθεση 5. Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής του τύπου απώλειας, έχουν σχέση αυτά καθ' αυτά με την κλινική εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Δηλαδή είναι περισσότερα σε αριθμό στις καρκινοπαθείς από ό,τι στις μη καρκινοπαθείς.

Υπόθεση 6. Υπάρχει μία ιδιοσυγκρασιακή τάση των γυναικών πού παθαίνουν καρκίνο μαστού, κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, τέτοια ώστε να βιώνουν τα στρεσογόνα γεγονότα του τύπου απώλειας, εντονότερα από τις ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις μαστού.

Η εξέταση των στρεσογόνων γεγονότων έγινε με την αυτοσυμπληρούμενη Κλίμακα των Γεγονότων Ζωής (Scaling of Life Events) των Paykel et al (1971). Καμία από τις υποθέσεις αυτές δεν επιβεβαιώθηκε από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας. Στις έρευνες πού έγιναν μέχρι τώρα, ειδικά σε καρκίνο μαστού, τα αποτελέσματα διαφέρουν μεταξύ τους. Δηλαδή, ορισμένες, πού έγιναν πριν τη βιοψία μαστού, έχοντας έτσι την ίδια μεθοδολογία με

την παρούσα έρευνα, δεν έδειξαν καμία σχέση μεταξύ καρκίνου και γεγονότων (Greer & Morris 1975, Greer 1979, Jones et al 1984, Ewertz 1986) [89, 91, 121, 64], ενώ μία μάλιστα έδειξε μικρότερο αριθμό γεγονότων στις καρκινοπαθείς (Schonfield 1975) [193]. Άλλη μία έδειξε θετική σχέση μεταξύ καρκίνου και στρεσογόνων γεγονότων πού συνέβησαν οκτώ χρόνια πριν την εμφάνιση του καρκίνου (Geyer et al 1991) [81], ενώ τέλος μία έρευνα έδειξε λιγότερα μεν, σε αριθμό, γεγονότα στις καρκινοπαθείς, αλλά μεγαλύτερο βαθμό υποκειμενικής έντασης, με τον οποίο αυτά βιώθηκαν (Cooper et al, 1986) [50]. Τούτο δεν βρέθηκε στη δική μας έρευνα, αλλά η ακρίβεια της έρευνας των Cooper et al (1986), είναι ασφαλώς κατά πολύ μεγαλύτερη από την παρούσα έρευνα, αφού ο συνολικός αριθμός του δείγματός τους ήταν 2.163 γυναίκες πού εξετάστηκαν πριν τη βιοψία μαστού. Τέλος, τα ευρήματα των Geyer et al (1991), θεωρούνται σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα περί "λανθάνουσας περιόδου" του Steel (1973).

Γενικά, επειδή έχει αποδειχθεί ότι τα στρεσογόνα γεγονότα έχουν σχέση με την ψυχιατρική νοσηρότητα, αλλά και με την σωματική γενικά νοσηρότητα, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου (Tyroler & Cassel 1964, Rees & Lutkins 1967, Cassel & Tyroler 1961, Berkman & Syme 1979, Badura 1981, Joseph & Syme 1982) [226, 183, 44, 27, 4, 122], και παρά τα πλεονεκτήματα της παρούσας μεθοδολογίας, τα μειονεκτήματα πού προκύπτουν από την λανθάνουσα περίοδο, υπερτερούν.

Για τους ανωτέρω λόγους, δεν είναι δυνατόν να αποκλεισθεί η συμβολή των στρεσογόνων γεγονότων στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού από την παρούσα έρευνα, παρ' όλο πού δεν αποδείχθηκαν αληθείς οι ανωτέρω υποθέσεις, επειδή η εξέταση αφορούσε μόνον γεγονότα πού συνέβησαν μέσα στο προηγούμενο έτος. Είναι δηλαδή δυνατόν, στρεσογόνα γεγονότα κατά την περίοδο της καρκινογένεσης, πολλά χρόνια πριν την κλινική εμφάνιση του καρκίνου, κατά μέσον όρο 8-11 χρόνια σύμφωνα με τις έρευνες του Steel (1973) [210], να συντελούν στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

2.3.2.3. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ.

Μέχρι σήμερα δεν έχει ερευνηθεί αν κάποιος από τους εξής τύπους οικογενειακών σχέσεων, έχει σχέση με την καρκινογένεση ή την εμφάνιση των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού ή άλλου τύπου καρκίνου: 1) οργάνωση (organization), 2) έλεγχος (control), 3) ηθικο-θρησκευτική έμφαση (moral-religious emphasis), 4) συνοχή (cohesiveness), 5) εκφραστικότητα (expressiveness), 6) διαμάχη (conflict), και 7) ανεξαρτησία (independence).

Αντίθετα, έχει βρεθεί ότι ορισμένοι από αυτούς εμπλέκονται γενικά σε ψυχικές νόσους, διανοητική καθυστέρηση, διαταραχές προσωπικότητας, κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, αλλά επίσης και σε ψυχοσωματικές διαταραχές (Moos RH & Moos BS, 1986, pp 29-30, 37-38) [162]. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει μία μη ειδική ύπαρξη σχέσης μεταξύ των ανωτέρω τύπων και του καρκίνου. Ειδικότερα, για ορισμένες ψυχοσωματικές διαταραχές βρέθηκε υψηλότερος βαθμός οργάνωσης και ελέγχου, καθώς και χαμηλότερος βαθμός εκφραστικότητας και συνοχής (Waring & Russell 1980, McBurney & Baer 1981) [227, 157].

Δεδομένου λοιπόν ότι ορισμένοι από τους ανωτέρω τύπους οικογενειακών σχέσεων έχουν μία γενική, μη ειδική δηλαδή σχέση με την γενική νοσηρότητα, δεν αναμενόταν από αυτή την έρευνα η ανεύρεση ειδικής σχέσης με τον καρκίνο του μαστού, ιδίως για τους τύπους εκείνους, πού εμπλέκονται στις ψυχοσωματικές διαταραχές. Συγκεκριμένα, αναμενόταν να ανευρεθεί μία όμοια σχέση σε ό,τι αφορά τους τύπους πού βρέθηκαν και για τις ψυχοσωματικές διαταραχές. Δηλαδή, αυξημένος βαθμός οργάνωσης και ελέγχου αφ' ενός, και αφ' ετέρου, χαμηλός βαθμός εκφραστικότητας και συνοχής στον καρκίνο μαστού. Επιπλέον όμως, αναμενόταν να ανευρεθούν στον καρκίνο μαστού, και τα εξής: 1) αυξημένος βαθμός ηθικο-θρησκευτικής έμφασης, όπως είχε βρεθεί σε σχετική έρευνα των Schmale και Iker (1971) [191], σε άλλη όμως εντόπιση καρκίνου και με εργαλείο πού μετρούσε έννοια συμβατή με την ηθικο-θρησκευτική έμφαση, καθώς και 2) χαμηλός βαθμός διαμάχης, επειδή σε έρευνες για την συμπεριφορά τύπου C, έχει βρεθεί ότι η μη έκφραση του θυμού ήταν το

κύριο χαρακτηριστικό των καρκινοπαθών (Baltrusch et al, 1988) [11]. Με βάση λοιπόν τα ανωτέρω διαμορφώθηκε η εξής υπόθεση:

Υπόθεση 7. Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών του εκδηλώσεων, συγκριτικά με τις ασθενείς που εμφανίζουν καλοήθεις παθήσεις του μαστού, έχουν στους τύπους οικογενειακών σχέσεων τις εξής διαφορές: μεγαλύτερο βαθμό οργάνωσης (organization), ελέγχου (control), ηθικο-θρησκευτική έμφαση (moral-religious emphasis), καθώς επίσης και μικρότερο βαθμό συνοχής (cohesiveness), διαμάχης (conflict), και εκφραστικότητας (expressiveness).

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, η υπόθεση αυτή επαληθεύθηκε σε δύο σημεία της. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών του εκδηλώσεων, έχουν μεγαλύτερο βαθμό ηθικο-θρησκευτικής έμφασης (moral-religious emphasis) και μικρότερο βαθμό διαμάχης (conflict), συγκριτικά με τις ασθενείς που εμφανίζουν καλοήθεις παθήσεις του μαστού. Οι μετρήσεις, που έγιναν με την Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES), έδειξαν ότι οι γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών του εκδηλώσεων, (προβιοψιακά), σε σύγκριση με τις ασθενείς που εμφανίζουν καλοήθεις παθήσεις του μαστού, έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία στην υποκατηγορία της ως άνω Κλίμακας: «ηθικο-θρησκευτική έμφαση» (moral-religious emphasis) ($p < 0,03$), και μικρότερη βαθμολογία στην υποκατηγορία «διαμάχη» (conflict) ($p < 0,03$).

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν γνωστές έρευνες που να έχουν εξετάσει προβιοψιακά, και για κανένα τύπο κακοήθους νεοπλασματος, χαρακτηριστικά του Οικογενειακού Περιβάλλοντος με την Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES), παρά μόνο σε ήδη διαγνωσμένες γυναίκες με προχωρημένο καρκίνο μαστού, και μάλιστα χωρίς σύγκριση με ομάδες μη καρκινοπαθών ασθενών (Bloom & Spiegel 1984, Baider & De-Nour 1984, Bloom 1982, Spiegel et al 1983) [32, 7, 31, 207]. Έτσι δεν υπάρχει σχετική βιβλιογραφία για να συγκριθούν τα αποτελέσματα άλλων ερευνών με τα παρόντα ευρήματα. Ωστόσο, το εύρημα της αυξημένης ηθικο-θρησκευτικής έμφασης, έρχεται σε μία έμμεση κατά κάποιο τρόπο σύγκλιση με παρόμοια ευρήματα των Schmale και Iker (1971) [191], που βρήκαν αυξημένο βαθμό θρησκευτικότητας με διαφορετικό εργαλείο, σε προβιοψιακές γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Το δείγμα τους ήταν περίπου ίδιο σε αριθμό με το δικό μας: 19 καρκινοπαθείς και 21 μη καρκινοπαθείς, έναντι 14 προβιοψιακών καρκινοπαθών και 22 προβιοψιακών μη καρκινοπαθών ασθενών της παρούσας έρευνας, που συμπλήρωσαν το FES. Στην έρευνα των Schmale και Iker (1971) [191], η θρησκευτικότητα αντανάκλα τις πεποιθήσεις των εξεταζομένων για τον εαυτό τους, ενώ στην παρούσα έρευνα ο βαθμός της «ηθικο-θρησκευτικής έμφασης», αντανάκλα τον βαθμό της έμφασης στις σχέσεις των μελών της οικογένειας σε ηθικά και θρησκευτικά θέματα και αξίες, όπως τον αντιλαμβάνονται οι προβιοψιακές καρκινοπαθείς του δείγματός μας.

Δεδομένου του ευρήματος της έρευνας των Spiegel et al (1983) [207], που ναι μεν δεν είχε ομάδα ελέγχου, αλλά έγινε με το ίδιο εργαλείο (FES), και έδειξε ότι η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο μαστού σχετιζόταν θετικά με τους εξής τύπους οικογενειακών σχέσεων: μεγάλη εκφραστικότητα (expressiveness), χαμηλή διαμάχη (conflict) και χαμηλή ηθικο-θρησκευτική έμφαση (moral-religious emphasis), θα πρέπει να θεωρηθεί το εύρημα αυτό της παρούσας έρευνας, δηλαδή η μεγαλύτερη ηθικο-θρησκευτική έμφαση των προβιοψιακών καρκινοπαθών, σαν στοιχείο που χαρακτηρίζει τις ασθενείς με καρκίνο μαστού, κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών.

Ο χαμηλός βαθμός διαμάχης (conflict), παρ' όλο που δεν υπάρχουν σχετικές έρευνες για να συγκριθούν τα ευρήματά τους με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, δείχνει μία επίσης ειδική οικογενειακή σχέση στις προβιοψιακές ασθενείς με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, επειδή αντανάκλα την αντίληψη των προβιοψιακών ασθενών με καρκίνο μαστού για το είδος των σχέσεων που κυριαρχεί στις οικογένειές τους. Αντιλαμβάνονται δηλαδή οι καρκινοπαθείς μία έλλειψη εκδήλωσης του θυμού, διαμάχης, και γενικά μαχητικότητας όταν παρουσιάζονται διαφωνίες στις καθημερινές σχέσεις μέσα στις οικογένειές τους.

Συμπερασματικά, ο συνδυασμός των ευρημάτων της παρούσας έρευνας, πού δείχνουν ότι οι καρκινοπαθείς σε σύγκριση με τις μη καρκινοπαθείς, έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία «θρησκευτικότητας-ηθικότητας» και μικρότερη βαθμολογία «διαμάχης», υποδηλώνει ότι οι οικογενειακές σχέσεις των γυναικών με καρκίνο μαστού, κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, διέπονται, σύμφωνα με τον τρόπο πού αντιλαμβάνονται οι ίδιες, από δύο τύπους, πού θα πρέπει να θεωρηθούν ειδικό κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού: 1) άκαμπτη ηθικότητα, ενώ ταυτόχρονα 2) εμποδίζεται η ελεύθερη εκδήλωση του θυμού, της επιθετικότητας και της σύγκρουσης στις σχέσεις τους μέσα στην οικογένειά τους, σε βαθμό πού πρόδηλα παρακωλύει και την επίλυση των καθημερινών προβλημάτων της ζωής, αφού το είδος των σχέσεων αυτών, δεν τους επιτρέπει να διεκδικήσουν με μαχητικό τρόπο τα δικαιώματά τους.

Τέλος, πρέπει να τονισθεί ότι τα χαρακτηριστικά της υψηλής «ηθικο-θρησκευτικής έμφασης», και της χαμηλής «διαμάχης», είναι συμβατά με τις έννοιες ορισμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας τύπου C, πού περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Συγκεκριμένα, η υποκλίμακα του Οικογενειακού Περιβάλλοντος «ηθικο-θρησκευτική έμφαση», περιλαμβάνει τον βαθμό πεποίθησης σε ηθικά και θρησκευτικά ζητήματα και αξίες. Οι έννοιες όμως αυτές τόσο των θρησκευτικών όσο και των ηθικών αξιών, είναι συμβατές με την έννοια της αυτοθυσίας, πού αναφέρεται στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τύπου C, πού περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Εξ άλλου, στην άλλη υποκλίμακα «διαμάχη», του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, πού περιλαμβάνει το βαθμό της ανοικτής έκφρασης θυμού, επιθετικότητας και διαμάχης μεταξύ των μελών της οικογενείας, η έννοια του ευρήματος της χαμηλής «διαμάχης», πού χαρακτηρίζει τις οικογενειακές σχέσεις των καρκινοπαθών, είναι συμβατή με την έννοια της ελαττωμένης έκφρασης του θυμού, πού επίσης αναφέρεται στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τύπου C, πού περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Οι έννοιες δηλαδή αυτές των δύο υποκλιμάκων της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος: 1) της υψηλής «ηθικο-θρησκευτικής έμφασης», και 2) της χαμηλής «διαμάχης», είναι συμβατές με αντίστοιχες έννοιες, οι οποίες περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία μαζί με άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τύπου C.

2.3.2.4. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ, ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΜΕ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΤΥΠΟΥ C, ΠΟΥ ΔΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΔΙΕΘΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.

Δεν έχει ακόμη αποδειχθεί ότι μία συγκεκριμένη στρατηγική έχει σχέση με την καρκινογένεση, ή με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού.

Υποθέσεις μας ήταν οι εξής:

Υπόθεση 8. Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού συγκριτικά με εκείνες πού παρουσιάζουν καλοήθειες παθήσεις του μαστού, αναμένεται να έχουν υψηλότερη βαθμολογία στις εξής πιθανές εσφαλμένες στρατηγικές, πού είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C: 1) Δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους πού τις θύμωσαν, αλλά διαμαρτύρονται μόνο (για τον προβληματισμό τους) σε άλλα άτομα, 2) Εκφράζουν με ασάφεια τα παράπονά τους σ' αυτούς πού τις ενοχλούν, 3) εκφράζουν δυσαρέσκεια αναίτια σε τρίτους, και 4) εκδηλώνουν συχνά συμπεριφορά παραίτησης.

Υπόθεση 9. Οι πιθανές εσφαλμένες στρατηγικές, πού είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C: 1) Δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους πού τις θύμωσαν, αλλά διαμαρτύρονται μόνο (για τον προβληματισμό τους) σε άλλα άτομα, 2) Εκφράζουν με ασάφεια τα παράπονά τους σ' αυτούς πού τις ενοχλούν, 3) εκφράζουν δυσαρέσκεια αναίτια σε τρίτους, και 4) εκδηλώνουν συχνά συμπεριφορά παραίτησης, θα είναι αυξημένες σε γυναίκες με καρκίνο μαστού στο τέταρτο στάδιο, δηλαδή κατά τη μακροχρόνια πορεία της νόσου, σε σύγκριση με την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων καρκίνου του μαστού.

Ως προς την Υπόθεση 8.

Η εξέταση της πιθανής εσφαλμένης στρατηγικής: «Δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους πού τις θύμωσαν, αλλά διαμαρτύρονται μόνο (για τον προβληματισμό τους) σε άλλα άτομα», έγινε έμμεσα, ως αντίστοιχη γνώσια πού ενδεχομένως να σχετίζεται με την εξεταζόμενη στρατηγική, με την τεχνική του δικτύου (Grid). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι

μη καρκινοπαθείς, ταυτίζουν τον ιδανικό τους εαυτό με ένα άτομο που εφαρμόζει την εξεταζόμενη στρατηγική σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($p < 0,007$), σε σύγκριση με τις προβιοψιακές καρκινοπαθείς, αντίθετα από ό,τι προέβλεπε η υπόθεσή μας.

Η εξέταση και των τεσσάρων πιθανών εσφαλμένων στρατηγικών έγινε επίσης και με το Ερωτηματολόγιο Εξέτασης Στρατηγικών που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C. Τα αποτελέσματα, δεν έδειξαν διαφορές. Δηλαδή, η υπόθεση ότι οι τέσσερις πιθανές στρατηγικές: 1) της μη έκφρασης θυμού στο άτομο που ενοχλεί, 2) της ασαφούς έκφρασης παραπόνων, 3) της αναίτιας έκφρασης δυσαρέσκειας σε τρίτους, και 4) συμπεριφοράς παραίτησης, εφαρμόζονται περισσότερο στην περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού, σε σύγκριση με την αντίστοιχη περίοδο των ασθενών με καλοήθειες παθήσεις του μαστού, απορρίφθηκε γενικά.

Ως προς την Υπόθεση 9, σύμφωνα με την οποία «Οι πιθανές εσφαλμένες στρατηγικές, που είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C: 1) Δεν εκφράζουν το θυμό τους σε εκείνους που τις θύμωσαν, αλλά διαμαρτύρονται μόνο (για τον προβληματισμό τους) σε άλλα άτομα, 2) Εκφράζουν με ασάφεια τα παράπονά τους σ' αυτούς που τις ενοχλούν, 3) εκφράζουν δυσαρέσκεια αναίτια σε τρίτους, και 4) εκδηλώνουν συχνά συμπεριφορά παραίτησης, θα είναι αυξημένες σε γυναίκες με καρκίνο μαστού στο τέταρτο στάδιο, δηλαδή κατά τη μακροχρόνια πορεία της νόσου, σε σύγκριση με την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων καρκίνου του μαστού», οι μετρήσεις που έγιναν με τα ίδια εργαλεία, δεν έδειξαν διαφορά στη βαθμολογία των τεσσάρων στρατηγικών μεταξύ προβιοψιακών καρκινοπαθών και καρκινοπαθών στο τέταρτο κλινικό στάδιο. Επομένως η υπόθεση ότι οι τέσσερις πιθανές στρατηγικές: 1) της μη έκφρασης θυμού στο άτομο που ενοχλεί, 2) της ασαφούς έκφρασης παραπόνων, 3) της αναίτιας έκφρασης δυσαρέσκειας σε τρίτους, και 4) συμπεριφοράς παραίτησης, εφαρμόζονται περισσότερο κατά τη μακροχρόνια πορεία της νόσου, σε σύγκριση με την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού, απορρίφθηκε στο σύνολό της.

2.3.2.5. ΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ, ΠΟΥ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΩΣ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΤΥΠΟΥ C, ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΑΜΕΣΑ ΜΕ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΤΥΠΟΥ C.

Μέχρι σήμερα έχουν ερευνηθεί τα εξής χαρακτηριστικά Τύπου C:

1) αυξημένος βαθμός άρνησης, 2) παραμέληση των αναγκών, 3) αυτοθυσία, 4) αδρανής, 5) αργός, 6) υπομονητικός, 7) απαθής, 8) παθητικός, 9) λυπημένος, 10) ήρεμος, 11) ενδοτικός, 12) αβοήθητος, 13) απελπισμένος, 14) ευγενικός, 15) καθησυχαστικός, 16) υποτακτικός, 17) μη επιφυλακτικός, 18) ευμετάβλητος, και 19) αποσυρμένος.

Η μειωμένη έκφραση άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων, πλην του θυμού, δεν έχει ερευνηθεί, και σύμφωνα με τους Greer και Watson (1985), χρειάζεται διερεύνηση [92].

Τα ανωτέρω χαρακτηριστικά Τύπου C, ερευνήθηκαν σε σχέση με το βαθμό βαρύτητας μελανώματος του δέρματος (Temoshok et al, 1985) [220]. Ορισμένα όμως άλλα όμοια χαρακτηριστικά τύπου C, όπως η συμμόρφωση, η έλλειψη διεκδικητικότητας, και η υπομονή, έχουν ερευνηθεί σε προβιοψιακό καρκίνο μαστού (Pettingale et al, 1985) [177].

Σ' αυτή την έρευνα, εξετάστηκαν τα υπ' αριθμόν 2, 3, 6, 8, 15, 16 ερωτήματα, η μειωμένη έκφραση του θυμού, η αποφυγή καυγάδων και η επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, που δεν έχουν εξετασθεί μαζί με τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά σε συγκριτική έρευνα, καθώς και η μειωμένη έκφραση άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων, πλην του θυμού, που δεν έχει ερευνηθεί. Η εξέταση αυτών των χαρακτηριστικών έγινε μέσω γνωσιών και στρατηγικών, και διαμορφώθηκαν οι εξής ομάδες υποθέσεων:

Ομάδα υποθέσεων 1. Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων του κλινικών εκδηλώσεων, σε σύγκριση με γυναίκες που παρουσιάζουν καλοήθειες παθήσεις μαστού, έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό σχέσεις ανάμεσα σε έννοιες, που αντιστοιχούν σε συγκεκριμένες γνωσίες συμβατές με Συμπεριφορές Τύπου C, όπως: «ο υποτακτικός είναι καλός», «ο παθητικός είναι καλός», «ο ιδανικός εαυτός είναι παθητικός», κ.α. Οι έννοιες αυτές, που αποτελούν και ατομικές ιδιότητες είναι οι εξής: 1) μη έκφραση θυμού, 2) παθητικός, 3) υποχωρητικός, 4) υποτακτικός, 5) καθησυχαστικός, 6) παραμελεί τις ανάγκες του και 7) θυσιάζεται για τους άλλους.

Ομάδα υποθέσεων 2. Οι σχέσεις ανάμεσα σε έννοιες, πού αντιστοιχούν σε συγκεκριμένες γνωσίες συμβατές με Συμπεριφορές Τύπου C, υπάρχουν κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού, και γίνονται εντονότερες κατά τη διάρκεια της μακροχρόνιας πορείας του. Δηλαδή, σε ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο. Συγκεκριμένα, οι έννοιες αυτές, πού αποτελούν και ατομικές ιδιότητες είναι οι εξής: 1) μη έκφραση θυμού, 2) παθητικός, 3) υποχωρητικός, 4) υποτακτικός, 5) καθησυχαστικός, 6) παραμελεί τις ανάγκες του και 7) θυσιάζεται για τους άλλους.

Ομάδα υποθέσεων 3. Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων του κλινικών εκδηλώσεων, σε σύγκριση με γυναίκες πού παρουσιάζουν καλοήθεις παθήσεις μαστού, έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό στρατηγικές πού σχετίζονται άμεσα με εκείνες τις Συμπεριφορές Τύπου C, που περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία, και είναι οι εξής: 1) μη έκφραση του θυμού, 2) μη έκφραση άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων, πλην θυμού, 3) επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, 4) αποφυγή καυγάδων, 5) παραμέληση των αναγκών, 6) θυσιάζεται για τους άλλους, 7) καθησυχαστικός, 8) υποτακτικός, 9) υποχωρητικός και 10) παθητικός.

Ομάδα υποθέσεων 4. Οι στρατηγικές πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, όπως αυτές οι συμπεριφορές περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχουν κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού, και γίνονται εντονότερες κατά τη διάρκεια της μακροχρόνιας πορείας του. Δηλαδή, σε ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο. Οι στρατηγικές αυτές είναι: 1) μη έκφραση του θυμού, 2) μη έκφραση άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων, πλην θυμού, 3) επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, 4) αποφυγή καυγάδων, 5) παραμέληση των αναγκών, 6) θυσιάζεται για τους άλλους, 7) καθησυχαστικότητα, 8) υποτακτικότητα, 9) υποχωρητικότητα και 10) παθητικότητα.

Η Ομάδα υποθέσεων 1, «Υπάρχουν ορισμένες γνωσίες στις προβιοψιακές ασθενείς με καρκίνο μαστού οι οποίες είναι συμβατές με τις εξής Συμπεριφορές Τύπου C: 1) μη έκφραση θυμού, 2) παθητικός, 3) υποχωρητικός, 4) υποτακτικός, 5) καθησυχαστικός, 6) παραμελεί τις ανάγκες του και 7) θυσιάζεται για τους άλλους».

Με την τεχνική δικτύου (Grid), του G. Kelly, επιβεβαιώθηκαν ορισμένα μέρη της ομάδας υποθέσεων 1. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι καρκινοπαθείς έχουν μεγαλύτερες τιμές «θετικής αξιολόγησης» (σχέσης με κοινά αποδεκτές θετικές έννοιες, όπως καλός, έξυπνος κ.α.), σε σύγκριση με τις μη καρκινοπαθείς για τις έννοιες: 1) υποτακτικός, 2) παθητικός και 3) μη έκφραση του θυμού.

Με αυτό το τρόπο μπορούν να προκύψουν οι εξής γνωσίες, χαρακτηριστικές των καρκινοπαθών, πού βρέθηκαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό:

- α) Ο υποτακτικός είναι καλός (ή ο καλός είναι υποτακτικός) ($p < 0,02$),
- β) Ο παθητικός είναι καλός (ή ο καλός είναι παθητικός) ($p < 0,05$),
- γ) Όποιος δεν εκφράζει το θυμό του είναι ευτυχισμένος (ή ευτυχισμένος είναι όποιος δεν εκφράζει το θυμό του) ($p < 0,03$),
- δ) Όποιος δεν εκφράζει το θυμό του είναι πετυχημένος (ή πετυχημένος είναι όποιος δεν εκφράζει το θυμό του) ($p < 0,04$).

Επίσης βρέθηκε ότι οι καρκινοπαθείς ταυτίζουν τόσο τον Εαυτό τους, όσο και τον Ίδανικό Εαυτό τους, με ένα άτομο ιδιαίτερα Παθητικό ($p < 0,001$ και $p < 0,005$ αντίστοιχα).

Δεν υπάρχουν δημοσιευμένες έρευνες με την τεχνική πλέγματος (Grid), σε προβιοψιακό καρκίνο μαστού, ή καρκίνο άλλης εντόπισης, στην προσιτή μέχρι τώρα διεθνή βιβλιογραφία, ώστε να μπορέσουν να συγκριθούν με αυτές τα ευρήματα της παρούσας έρευνας. Ωστόσο, επειδή οι ανωτέρω γνωσίες, πού περικλείουν τις έννοιες της μη έκφρασης του θυμού, του υποτακτικού και του παθητικού και έχουν αξιολογηθεί θετικά στο γνωστικό σύστημα των καρκινοπαθών, είναι συμβατές με Συμπεριφορές Τύπου C, τα ανωτέρω ευρήματα υποδηλώνουν ότι κατά πάσα πιθανότητα οι ασθενείς με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, είναι παθητικές, υποτακτικές και δεν εκφράζουν το θυμό τους.

Η Ομάδα υποθέσεων 2, «Στις ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο στάδιο υπάρχουν σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι στις προβιοψιακές ασθενείς με καρκίνο μαστού ορισμένες γνωσίες οι οποίες είναι συμβατές με τις εξής Συμπεριφορές Τύπου C: 1) μη έκφραση θυμού, 2) παθητικός, 3) υποχωρητικός, 4) υποτακτικός, 5) καθησυχαστικός, 6) παραμελεί τις ανάγκες του και 7) θυσιάζεται για τους άλλους», απορρίφθηκε στο σύνολό της.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, δεν υπάρχουν δημοσιευμένες έρευνες με την τεχνική πλέγματος (Grid), σε προβιοψιακό καρκίνο μαστού, ή καρκίνο άλλης εντόπισης, στην προσιτή μέχρι τώρα διεθνή βιβλιογραφία, ώστε να μπορέσουν να συγκριθούν με αυτές τα ευρήματα της παρούσας έρευνας.

Με την τεχνική δικτύου (Grid), του G Kelly, βρέθηκε μία τάση επιβεβαίωσης ορισμένων μερών της ομάδας υποθέσεων 2. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι καρκινοπαθείς στο τέταρτο κλινικό στάδιο τείνουν να έχουν σε στατιστικά ασαφή επίπεδα, μεγαλύτερες τιμές «θετικής αξιολόγησης» (σχέσης με κοινά αποδεκτές θετικές έννοιες, όπως καλός, έξυπνος κ.α.), σε σύγκριση με τις προβιοψιακές καρκινοπαθείς για τις έννοιες: 1) υποτακτικός, ($p < 0,08$), 2) υποχωρητικός ($p < 0,06$), και 3) θυσιάζεται για τους άλλους ($p < 0,06$).

Επειδή οι έννοιες: 1) θυσιάζεται για τους άλλους, 2) υποτακτικός, και 3) υποχωρητικός, βρέθηκαν σε στατιστικά ασαφή βαθμό να βαθμολογούνται στο γνωστικό επίπεδο των καρκινοπαθών του τετάρτου σταδίου, με τρόπο σύμφωνο προς την κατεύθυνση της παρούσας υπόθεσης, θα πρέπει να γίνει επαναξιολόγηση με μεγαλύτερο αριθμό παρατηρήσεων προκειμένου να επιβεβαιωθούν τα ευρήματα, εφ' όσον η διαφορά είναι πραγματική.

Η Ομάδα υποθέσεων 3, «Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού πριν τη βιοψία σε σύγκριση με ασθενείς με καλοήθεις μαστοπάθειες έχουν αναπτύξει ορισμένες στρατηγικές που σχετίζονται άμεσα με τις εξής Συμπεριφορές Τύπου C: 1) μη έκφραση του θυμού, 2) μη έκφραση άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων, πλην θυμού, 3) επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, 4) αποφυγή καυγάδων, 5) παραμέληση των αναγκών, 6) θυσιάζεται για τους άλλους, 7) καθησυχαστικός, 8) υποτακτικός, 9) υποχωρητικός και 10) παθητικός».

Τα αποτελέσματα έδειξαν αυξημένες τιμές στην πειραματική ομάδα, δηλαδή στις καρκινοπαθείς, στις εξής 6 στρατηγικές: 1) Αδιαμαρτύρητη αποδοχή ενόχλησης (Παθητικότητα, διατύπωση 1) ($p < 0,05$), 2) Αντίδραση καθησυχαστικότητας στον άδικο θυμό των άλλων (Υποτακτικότητα, διατύπωση 1) ($p < 0,04$), 3) Αντίδραση καθησυχαστικότητας στον άδικο θυμό των άλλων (Υποτακτικότητα, διατύπωση 2) ($p < 0,009$), 4) Δεν εκφράζει λεκτικά στενοχώρια ($p < 0,007$), 5) Δεν εκφράζει (ούτε εξωλεκτικά) θυμό ($p < 0,001$) και 6) Δεν εκφράζει (ούτε εξωλεκτικά) στενοχώρια ($p < 0,01$). Επίσης, τα αποτελέσματα έδειξαν αυξημένες τιμές, επίσης για την πειραματική ομάδα των καρκινοπαθών, σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, στο συνολικό άθροισμα των 24 ερωτήσεων, που εξετάζαν τις 10 υπό διερεύνηση στρατηγικές ($p < 0,03$).

Με το ως άνω Ερωτηματολόγιο, όπως και με την τεχνική Grid, οι έννοιες της παθητικότητας, της υποτακτικότητας και της μη έκφρασης του θυμού επαναλήφθηκαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό προς την πλευρά της παρούσας υπόθεσης, ενώ επιπρόσθετα, βρέθηκε ακόμη μία έννοια, που εξετάστηκε μόνο με το ως άνω ερωτηματολόγιο, εκείνη της μη έκφρασης άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων, πλην του θυμού, που μέχρι σήμερα δεν είχε ερευνηθεί. Σύμφωνα με τους Greer και Watson (1985) [92], η έννοια αυτή χρειαζόταν διερεύνηση.

Με την Factor Analysis, πού έγινε στο ως άνω Ερωτηματολόγιο, προέκυψε ότι οι τιμές των εξής δύο παραγόντων (factors), από τους οκτώ πού προέκυψαν, ήταν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό αυξημένες στην ομάδα των προβιοψιακών καρκινοπαθών: 1) «Γενικευμένη υποταγή και επιτήδευση» ($p < 0,001$), και 2) «Πλήρης παθητικότητα» ($p < 0,02$).

Δηλαδή, οι γυναίκες με καρκίνο μαστού στα πρώτα κλινικά στάδια της εμφάνισής του, σύμφωνα με την Factor Analysis, έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό, συγκριτικά με τις γυναίκες πού πάσχουν από καλοήθεις παθήσεις του μαστού, κατά τα πρώτα επίσης κλινικά στάδια της εμφάνισής τους, τις κατωτέρω στρατηγικές, πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C και περιλαμβάνονται στους ανωτέρω δύο παράγοντες:

1. Παθητικότητα,
2. Υποτακτικότητα,
3. Δεν εκφράζουν λεκτικά θυμό, ούτε άλλα δυσάρεστα συναισθήματα,
4. Έχουν έντονη την επιθυμία της κοινωνικής αποδοχής, με συνέπεια να υποχωρούν, να θυσιάζουν το δίκιο τους και να στενοχωρούνται, και τέλος,
5. Παρουσιάζουν εξωτερικά ένα «ευχαριστημένο προσωπείο», ενώ συγχρόνως, και σε αντίθεση με αυτό, δεν εκφράζουν κανένα δυσάρεστο συναίσθημα.

Επίσης, τα ευρήματα της Factor Analysis, είναι συμβατά με ορισμένα τουλάχιστον χαρακτηριστικά που ανήκουν σε δύο κλινικά σύνδρομα, και τα περιέγραψαν σε εργασίες που αφορούσαν οικογενειακή θεραπεία καρκινοπαθών οι ερευνητές Wirsching και συν (1981) και Renneker (1981), δηλαδή δεν είναι προϊόντα συγκριτικής έρευνας.

Η πρώτη κλινική συνδρομή είναι η "εναρμονιζόμενη συμπεριφορά" ("harmonizing behaviour"), που ορίζεται σαν τάση αποφυγής της προσωπικής εμπλοκής σε καταστάσεις, που απαιτούν έκφραση επιθετικότητας (Wirsching et al, 1981) [239]. Η συνδρομή αυτή είναι συμβατή με τον παράγοντα 7 («πλήρης παθητικότητα») ($p < 0,02$). Ο παράγων 7: "Πλήρης Παθητικότητα", περιέχει τις υπ' αριθμόν 2, 3, και 31 ερωτήσεις του ως άνω Ερωτηματολογίου, που αναφέρονται αντίστοιχα στις στρατηγικές: «αδιαμαρτύρητη αποδοχή ενόχλησης», «αντίδραση καθισχυαστικότητας στον άδικο θυμό των άλλων» και, «όταν ενσπλείται δεν αντιδρά».

Η δεύτερη κλινική συνδρομή είναι το "Σύνδρομο Παθολογικής Επιτήδευσης" ("pathological niceness syndrome"), σύμφωνα με το οποίο οι καρκινοπαθείς στους οποίους παρουσιάζεται, δείχνουν να είναι υποχωρητικοί, υπάκουοι, παθητικοί, ανιδιοτελείς και αγχώδεις στο να ευχαριστούν τους άλλους, ώστε να αποφεύγουν να είναι αντιπαθητικοί. Τα ανωτέρω κρύβονται πίσω από ένα ευχάριστο και ατάραχο προσωπείο. Επιπλέον είναι απρόθυμοι να δεχθούν κοινωνική στήριξη αφ' ενός, ενώ αφ' ετέρου συχνά αισθάνονται ότι ελέγχονται εξωτερικά (Renneker, 1981) [184]. Τα ανωτέρω, με εξαίρεση τα στοιχεία: 1) «είναι απρόθυμοι να δεχθούν κοινωνική στήριξη», και 2) συχνά «αισθάνονται ότι ελέγχονται εξωτερικά», που δεν εξετάστηκαν στην παρούσα έρευνα, είναι συμβατά με τον παράγοντα 5 («Γενικευμένη υποταγή και επιτήδευση») ($p < 0,001$) της Factor Analysis. Ο παράγων 5: «Γενικευμένη υποταγή και επιτήδευση»- «Συνδυασμένη υποχωρητικότητα με επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, και υποτακτικότητα, χωρίς να εκφράζει κανένα δυσάρεστο συναίσθημα, ενώ αντίθετα δείχνει ψύχραιμη ή ευχάριστη έκφραση» περιέχει τις υπ' αριθμόν 1, 6, 12 και 15 ερωτήσεις του ως άνω Ερωτηματολογίου, που περιλαμβάνουν τις εξής στρατηγικές: 1) «μη έκφραση θυμού ενώ συγχρόνως εξωλεκτικά φαίνεται ένα ψύχραιμο ή ευχαριστημένο προσωπείο (ερ. 12), 2) «μη έκφραση στενοχωρίας ενώ συγχρόνως εξωλεκτικά φαίνεται ένα ψύχραιμο ή ευχαριστημένο προσωπείο» (ερ. 15), 3) «υποχωρητικότητα λόγω επιθυμίας κοινωνικής αποδοχής» (ερ. 1), και 4) «υποτακτικότητα» (ερ. 6).

Επίσης, τα ευρήματα που προέκυψαν έρχονται σε πλήρη συμφωνία με το πρώτο από τα δύο ευρήματα σε προβιοψιακές ασθενείς με καρκίνο μαστού άλλων ερευνών: 1) μειωμένη έκφραση θυμού, και 2) ανώμαλη εκφόρτιση θυμού (Greer & Morris 1975, 1978, Morris & Greer 1980, Morris et al 1981) [89, 90, 165, 166]. Χαρακτηριστικό των τελευταίων ερευνών είναι ότι δεν εξέταζαν όλα μαζί τα αναφερόμενα πιο πάνω χαρακτηριστικά, αλλά μόνο τα δύο προαναφερθέντα: μειωμένη έκφραση θυμού, και ανώμαλη εκφόρτιση θυμού. Το τελευταίο αυτό χαρακτηριστικό, δεν ερευνήθηκε στην παρούσα έρευνα.

Μία μόνο έρευνα δημοσιεύθηκε (Temoshok et al, 1985) [220], εξετάζοντας 18 χαρακτηριστικά μαζί, που τα ονομάζει Συμπεριφορά Τύπου C, όρος που πρωτοδημοσιεύθηκε από τους Morris & Greer το 1980 [165], και αναπτύχθηκε σε υποθετικά χαρακτηριστικά από τους Temoshok & Heller το 1981 [216]. Στην προαναφερόμενη έρευνα όμως των Temoshok et al, 1985, μελέτησαν όλα τα χαρακτηριστικά αυτά σε ασθενείς με μελάνωμα, χωρίς όμως να τα συγκρίνουν με υγιείς ή με μη καρκινοπαθείς ασθενείς, και βρήκαν ότι όσοι είχαν υψηλότερη γενική βαθμολογία, στα 18 μαζί χαρακτηριστικά, (δηλαδή: αδρανής, συναισθηματικά περιορισμένος, μειωμένη συναισθηματική έκφραση, αργός, υπομονητικός,

απαθής, παθητικός, λυπημένος, ήρεμος, ενδοτικός, αβοήθητος, απελπισμένος, ευγενικός, καθισχυαστικός, υποτακτικός, μη επιφυλακτικός, ευμετάβλητος και αποσυρμένος), παρουσιάζαν μεγαλύτερο σε χιλιοστάμετρα πάχος όγκου.

Μία άλλη εργασία σε καρκίνο μαστού προβιοσιακά, έδειξε μία άλλη παθολογική συμπεριφορά αυξημένη στις καρκινοπαθείς, την αποφυγή καυγάδων (Wirsching et al, 1982) [240]. Το εύρημα αυτό δεν επιβεβαιώθηκε στην παρούσα έρευνα από την ερώτηση πού εξέταζε τη συγκεκριμένη στρατηγική, φαίνεται όμως να υπερκαλύπτεται από μία άλλη στρατηγική, πού επιβεβαιώθηκε στην παρούσα έρευνα. Η στρατηγική αυτή είναι η «αντίδραση καθισχυαστικότητας στον άδικο θυμό των άλλων», η οποία επιβεβαιώθηκε σε πλέον στατιστικό βαθμό ($p < 0,009$) ότι εφαρμόζεται από τις προβιοσιακές καρκινοπαθείς του δείγματός μας. Από αυτή τη στρατηγική προκύπτει ότι οι καρκινοπαθείς, προφανώς αποφεύγουν τους καυγάδες, αφού κατά τη στρατηγική αυτή φαίνεται ότι «όταν οι άλλοι θυμώνουν άδικα μαζί τους, εκείνες προτιμούν να τους καθισχυάζουν ευγενικά», και επομένως δεν καυγαδίζουν με κάποιον ακόμη και όταν προκαλούνται. Τούτο δείχνει επίσης και μία συγχρόνως εφαρμοζόμενη, εσφαλμένη βέβαια, στρατηγική καθισχυαστικότητας εκ μέρους των καρκινοπαθών. Η στρατηγική είναι εσφαλμένη, διότι με τον τρόπο πού εφαρμόζεται καταλήγει τελικά στην εξεταζόμενη στρατηγική υποτακτικότητας, πού συνάγεται από την όλη στρατηγική και εξετάζεται μέσα από την ερώτηση αυτή.

Ένα άλλο επίσης εύρημα της παρούσας έρευνας: η επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, είναι σύμφωνο με μία άλλη έρευνα, επίσης σε καρκίνο μαστού προβιοσιακά, στην οποία αναφέρεται ότι οι καρκινοπαθείς παρουσιάζουν σε αυξημένο βαθμό το χαρακτηριστικό να είναι κοινωνικά επιθυμητοί (social desirability). (Greer & Watson, 1985) [92].

Σε άλλη έρευνα οι προβιοσιακοί ασθενείς με καρκίνο μαστού είχαν περισσότερη βαθμολογία συμμόρφωσης, υπομονής και μη διεκδικητικότητας, σε σύγκριση με τις μη καρκινοπαθείς (Pettingale et al, 1985) [177]. Το στοιχείο της υπομονής, είναι σύμφωνο επίσης με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας.

Έρευνα σε γυναικολογικούς καρκίνους (Mastrovito et al, 1979) [167], έδειξε επίσης αυξημένες βαθμολογίες συμμόρφωσης και μη διεκδικητικότητας των καρκινοπαθών, σε σύγκριση με ασθενείς πού έπασχαν από καλοήθειες γυναικολογικές παθήσεις. Η έννοια της συμμόρφωσης όπως εκφράζεται στην ανωτέρω έρευνα (Mastrovito et al, 1979), είναι σύμφωνη με την έννοια της υποτακτικότητας της παρούσας έρευνας.

Τονίζεται όμως και πάλι ότι καμία συγκριτική έρευνα, γνωστή μέχρι σήμερα, είτε σε καρκίνο μαστού, είτε σε άλλους τύπους, δεν περιλαμβάνει συνεξέταση όλων των χαρακτηριστικών μαζί, όπως στην παρούσα έρευνα.

Η Ομάδα υποθέσεων 4, «Οι στρατηγικές πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, όπως αυτές οι συμπεριφορές περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχουν κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού, και γίνονται εντονότερες κατά τη διάρκεια της μακροχρόνιας πορείας του. Δηλαδή, σε ασθενείς με καρκίνο μαστού στο τέταρτο κλινικό στάδιο. Οι στρατηγικές αυτές είναι: 1) μη έκφραση του θυμού, 2) μη έκφραση άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων, πλην θυμού, 3) επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, 4) αποφυγή καυγάδων, 5) παραμέληση των αναγκών, 6) θυσιάζεται για τους άλλους, 7) καθισχυαστικότητα, 8) υποτακτικότητα, 9) υποχωρητικότητα και 10) παθητικότητα».

Τα αποτελέσματα έδειξαν διαφορά σε μία στρατηγική μεταξύ προβιοσιακών καρκινοπαθών, και καρκινοπαθών στο τέταρτο στάδιο, με συνέπεια, η Ομάδα υποθέσεων 4, σύμφωνα με την οποία «Οι στρατηγικές πού σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C, υπάρχουν κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού, και γίνονται εντονότερες κατά τη διάρκεια της μακροχρόνιας πορείας του», να επιβεβαιώνεται ως προς την στρατηγική «αδιαμαρτύρητη αποδοχή ενόχλησης, λόγω επιθυμίας κοινωνικής αποδοχής», πού βρέθηκε ότι εφαρμόζεται περισσότερο στις καρκινοπαθείς τετάρτου σταδίου, σε σύγκριση με τις προβιοσιακές καρκινοπαθείς ($p < 0,02$).

Επομένως, από τις στρατηγικές, πού σχετίζονται άμεσα με συμπεριφορές Τύπου C, κατά πάσα πιθανότητα, η στρατηγική σύμφωνα με την οποία οι καρκινοπαθείς αποδέχονται

αδιαμαρτύρητα διάφορες ενοχλήσεις, λόγω της επιθυμίας να είναι αποδεκτές από τους άλλους, δηλαδή η «παθητικότητα με επιθυμία κοινωνικής αποδοχής», φαίνεται ότι αυξάνεται κατά τη μακροχρόνια πορεία της νόσου του καρκίνου του μαστού.

2.3.3. ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

2.3.3.1. ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ.

1. Η υπόθεση ότι η ψυχοπαθολογία γενικά, και ειδικότερα η κατάθλιψη, είναι ειδικό χαρακτηριστικό των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου του μαστού, σε σύγκριση με τις καλοήθεις παθήσεις μαστού, απορρίπτεται ως μη ειδική, επειδή η κατάθλιψη βρίσκεται αυξημένη σε πολλές ψυχοσωματικές διαταραχές, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό.
2. Επίσης απορρίπτεται και η υπόθεση ότι η κατάθλιψη είναι επακόλουθο της μακροχρόνιας πορείας του καρκίνου του μαστού. Η υψηλή κατάθλιψη σε καρκινοπαθείς τετάρτου σταδίου παρουσιάζεται και σε άλλες επίσης σωματικές διαταραχές και οφείλεται σε άλλες αιτίες.

2.3.3.2. ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ.

1. Τα στρεσογόνα γεγονότα του τελευταίου έτους δεν βρέθηκε να σχετίζονται με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού, ούτε με την μακροχρόνια πορεία του.
2. Η συμβολή των στρεσογόνων γεγονότων στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού δεν είναι δυνατόν να αποκλεισθεί από την παρούσα έρευνα, παρ' όλο που δεν βρέθηκαν θετικά ευρήματα, επειδή η εξέταση αφορούσε μόνον γεγονότα που συνέβησαν μέσα στο προηγούμενο έτος. Είναι δηλαδή δυνατόν, στρεσογόνα γεγονότα κατά την περίοδο της καρκινογένεσης, πολλά χρόνια πριν την κλινική εμφάνιση του καρκίνου, κατά μέσον όρο 8-11 χρόνια σύμφωνα με τις έρευνες του Steel (1973) [210], να συντελούν στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

2.3.3.3. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ.

Η υψηλή ηθικο-θρησκευτική έμφαση και η χαμηλή διαμάχη χαρακτηρίζουν τις οικογενειακές σχέσεις των καρκινοπαθών.

2.3.3.4. ΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΩΣ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΤΥΠΟΥ C.

Βρέθηκε ότι οι προβιοψιακές καρκινοπαθείς, σε σύγκριση με τις μη καρκινοπαθείς, συνδέουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, θετικές έννοιες, όπως «καλός», «έξυπνος» κ.α., με έννοιες που σχετίζονται με την Προσωπικότητα C. Έτσι μπορούν να προκύψουν οι εξής γνώσιες, χαρακτηριστικές των ασθενών με καρκίνο μαστού, που μετρήθηκαν κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων:

1. Ο υποτακτικός είναι καλός (ή ο καλός είναι υποτακτικός),
2. Ο παθητικός είναι καλός (ή ο καλός είναι παθητικός),
3. Όποιος δεν εκφράζει το θυμό του είναι ευτυχιμένος (ή ευτυχιμένος είναι όποιος δεν εκφράζει το θυμό του),
4. Όποιος δεν εκφράζει το θυμό του είναι πετυχημένος (ή πετυχημένος είναι όποιος δεν εκφράζει το θυμό του).

Επίσης βρέθηκε ότι οι καρκινοπαθείς ταυτίζουν τόσο τον Εαυτό τους, όσο και τον Ιδανικό Εαυτό τους, με ένα άτομο ιδιαίτερα Παθητικό.

2.3.3.5. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ, ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΑΜΕΣΑ ΜΕ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΤΥΠΟΥ C.

Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού στα πρώτα κλινικά στάδια της εμφάνισής του, έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό, συγκριτικά με τις γυναίκες που πάσχουν από καλοήθεις παθήσεις του μαστού, κατά τα πρώτα επίσης κλινικά στάδια της εμφάνισής τους, τις κατώτερο στρατηγικές, που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C και θεωρούνται σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία προδιαθεσικές για εμφάνιση καρκίνου:

1) Αδιαμαρτύρητη αποδοχή ενόχλησης (Παθητικότητα), 2) Αντίδραση καθυστερημένης στον άδικο θυμό των άλλων (Υποτακτικότητα), 3) Δεν εκφράζει λεκτικά στενοχώρια, 4) Δεν εκφράζει (ούτε εξωλεκτικά) θυμό, και 5) Δεν εκφράζει (ούτε εξωλεκτικά) στενοχώρια.

Με την Factor Analysis που έγινε, προέκυψε ότι οι τιμές δύο παραγόντων (factors), από τους οκτώ που προέκυψαν, ήταν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό αυξημένες στην ομάδα των προβιοσιακών καρκινοπαθών: 1) «Γενικευμένη υποταγή και επιτήδευση», και 2) «Πλήρης παθητικότητα».

Δηλαδή, οι γυναίκες με καρκίνο μαστού στα πρώτα κλινικά στάδια της εμφάνισής του, σύμφωνα με την Factor Analysis, χαρακτηρίζονται από τις εξής στρατηγικές, που σχετίζονται άμεσα με Συμπεριφορές Τύπου C:

1. Παθητικότητα,
2. Υποτακτικότητα,
3. Δεν εκφράζουν λεκτικά θυμό, ούτε άλλα δυσάρεστα συναισθήματα,
4. Έχουν έντονη την επιθυμία της κοινωνικής αποδοχής, με συνέπεια να υποχωρούν, να θυσιάζουν το δικό τους και να στενοχωριούνται, και τέλος,
5. Παρουσιάζουν εξωτερικά ένα «ευχαριστημένο προσωπείο», ενώ συγχρόνως, και σε αντίθεση με αυτό, δεν εκφράζουν κανένα δυσάρεστο συναίσθημα.

Επιπλέον, τα ευρήματα της Factor Analysis φαίνονται να είναι συμβατά με δύο κλινικά σύνδρομα, που τα περιέγραψαν σε εργασίες που αφορούσαν οικογενειακή θεραπεία καρκινοπαθών οι ερευνητές Wirsching και συν (1981) και Renneker (1981), δηλαδή δεν είναι προϊόντα συγκριτικής έρευνας.

Το πρώτο κλινικό σύνδρομο είναι η *"εναρμονιζόμενη συμπεριφορά"* ("harmonizing behaviour"), που ορίζεται σαν τάση αποφυγής της προσωπικής εμπλοκής σε καταστάσεις, που απαιτούν έκφραση επιθετικότητας (Wirsching et al, 1981) [239]. Το σύνδρομο αυτό είναι συμβατό με τον παράγοντα 7 («πλήρης παθητικότητα») ($p < 0,02$) της Factor Analysis.

Το δεύτερο κλινικό σύνδρομο είναι το *"Σύνδρομο Παθολογικής Επιτήδευσης"* ("pathological niceness syndrome"), σύμφωνα με το οποίο οι καρκινοπαθείς στους οποίους παρουσιάζεται, δείχνουν να είναι υποχωρητικοί, υπάκοοι, παθητικοί, ανιδιοτελείς και αγχώδεις στο να ευχαριστούν τους άλλους, ώστε να αποφεύγουν να είναι αντιπαθητικοί. Τα ανωτέρω κρύβονται πίσω από ένα ευχάριστο και ατάραχο προσωπείο. Επιπλέον είναι απρόθυμοι να δεχθούν κοινωνική στήριξη αφ' ενός, ενώ αφ' ετέρου συχνά αισθάνονται ότι ελέγχονται εξωτερικά (Renneker, 1981) [184]. Τα ανωτέρω, είναι συμβατά, με εξαίρεση τα στοιχεία: 1) είναι απρόθυμοι να δεχθούν κοινωνική στήριξη, και 2) συχνά αισθάνονται ότι ελέγχονται εξωτερικά, που δεν εξετάστηκαν στην παρούσα έρευνα, με τον παράγοντα 5 («Γενικευμένη υποταγή και επιτήδευση») ($p < 0,001$) της Factor Analysis.

Τέλος, από τις στρατηγικές, που σχετίζονται άμεσα με συμπεριφορές Τύπου C, η στρατηγική «παθητικότητα με επιθυμία κοινωνικής αποδοχής», αυξάνεται κατά τη μακροχρόνια πορεία της νόσου του καρκίνου του μαστού.

2.3.4. ΝΕΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ

Ο Eysenck (1985, σελ. 549) [65], αναφερόμενος στην μεθοδολογία, με την οποία θα μπορούσε να ερευνηθεί η αιτιολογική σχέση που πιθανώς έχει ο τύπος προσωπικότητας στην καρκινογένεση, υποστηρίζει ότι: 1) αν ένας τύπος συμπεριφοράς, που θεωρείται επιρρεπής για καρκίνο, καταστεί δυνατόν να αποδειχθεί ότι τροποποιήθηκε μετά από ψυχοθεραπεία σε καρκινοπαθείς, με παράλληλη παράταση της επιβίωσής τους, ή 2) αν πάλι αποδειχθεί ότι σε όσους υγιείς μία τέτοια συμπεριφορά τροποποιήθηκε και αυτοί έγιναν λιγότερο επιρρεπείς σε καρκίνο, τότε θα ενισχυθεί σημαντικά η υπόθεση ότι ο ειδικός αυτός τύπος, σχετίζεται αιτιολογικά με την καρκινογένεση. Μέχρι σήμερα, τέτοιας μεθοδολογίας έρευνα δεν έχει δημοσιευθεί. Έρευνα δηλαδή στην οποία η υπό διερεύνηση συμπεριφορά Τύπου C, να έχει μετρηθεί και να αποδεικνύεται έτσι ότι μετά την επαναμέτρησή της, αυτή τροποποιήθηκε, με παράλληλη αύξηση της επιβίωσης καρκινοπαθών.

Επειδή η προοπτική διερεύνηση, με χορήγηση δηλαδή σε υγιές δείγμα των εργαλείων, που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα, θα απαιτούσε μεγάλο αριθμό παρατηρήσεων -κλινικοεργαστηριακά βεβαιωμένα- υγιών εθελοντών, με τις συνοδές δυσχέρειες στην πολύχρονη παρακολούθηση των προοπτικών ερευνών (Fox 1978, Temoshok 1987, Eysenck 1985) [71, 219, 65], ο πρώτος τύπος της προτεινόμενης από τον Eysenck (1985) έρευνας, θεωρείται πλέον πρόσφορος για την ταυτόχρονη ερευνητική-ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση των καρκινοπαθών.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, που αφορούν τις γνωσίες, τις στρατηγικές και τα χαρακτηριστικά του οικογενειακού περιβάλλοντος, κατά την περίοδο της εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, μπορούν να βρουν συνδυασμένη εφαρμογή τόσο στην ψυχοθεραπεία σε καρκινοπαθείς, όσο και στη διερεύνηση της αιτιολογικής σχέσης των Συμπεριφορών αυτών στην καρκινογένεση, σύμφωνα με την συνιστώμενη μεθοδολογία του Eysenck.

Τα ευρήματά μας, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να δούμε αν διαφέρουν τα χαρακτηριστικά των καρκινοπαθών πριν και μετά την οικογενειακή θεραπεία, καθώς και αν υπάρχει η ανάλογη διαφορά στον χρόνο επιβίωσης. Επειδή τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα είναι εύχρηστα, δηλαδή απαιτείται λίγος χρόνος για τη συμπλήρωσή τους, είναι εφικτή η χρησιμοποίησή τους στην προτεινόμενη έρευνα.

2.4a. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της σχέσης του καρκίνου του μαστού κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, και κατά το τελικό στάδιο με: την ψυχοπαθολογία, τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, τα χαρακτηριστικά του οικογενειακού περιβάλλοντος, τις πεποιθήσεις του ατόμου (γνώσιες), και τους τρόπους αντίδρασης (στρατηγικές), που χαρακτηρίζουν μία παθητική, υποχωρητική ή υποτακτική προσωπικότητα.

Εξετάστηκαν γυναίκες ηλικίας μεταξύ 40 και 60 ετών. Από αυτές, 48 εξετάστηκαν πριν τη βιοψία μαστού, και 23 στο τέταρτο στάδιο καρκίνου του μαστού. Μετά τη βιοψία και την ιστολογική διάγνωση, οι 48 ασθενείς διαιρέθηκαν σε δύο ομάδες: 16 ασθενείς με καρκίνο και 32 ασθενείς με καλοήθειες παθήσεις.

Η εξέταση των ασθενών έγινε με μία δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη (PSE), την Κλίμακα των Γεγονότων Ζωής (Paykel et al), την Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES), την τεχνική δικτύου (G. Kelly), και ένα ερωτηματολόγιο Στρατηγικών.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

1) Η υψηλή ηθικο-θρησκευτική έμφαση και η χαμηλή διαμάχη χαρακτηρίζουν τις οικογενειακές σχέσεις των καρκινοπαθών.

2) Οι πεποιθήσεις (γνώσιες) που χαρακτηρίζουν τις ασθενείς με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων είναι οι εξής: «ο υποτακτικός είναι καλός», «ο παθητικός είναι καλός», «όποιος δεν εκφράζει το θυμό του είναι ευτυχημένος», «όποιος δεν εκφράζει το θυμό του είναι πετυχημένος». Κατά την ίδια περίοδο οι καρκινοπαθείς ταυτίζουν τον Εαυτό, και τον Ιδανικό Εαυτό τους, με ένα άτομο ιδιαίτερα Παθητικό.

3) Οι τρόποι αντιμετώπισης στη συνάντηση δυσκολιών (στρατηγικές), που χαρακτηρίζουν τις ασθενείς με καρκίνο μαστού κατά την ίδια περίοδο είναι οι εξής: «παθητικότητα», «υποτακτικότητα», «δεν εκφράζει λεκτικά στενοχώρια», «δεν εκφράζει (λεκτικά και εξωλεκτικά) θυμό», και «δεν εκφράζει (λεκτικά και εξωλεκτικά) στενοχώρια». Τέλος, βρέθηκε ότι η στρατηγική «παθητικότητα με επιθυμία κοινωνικής αποδοχής», είναι χαρακτηριστική των ασθενών με καρκίνο μαστού στο τέταρτο στάδιο.

4) Δεν βρέθηκε ότι η ψυχοπαθολογία και ειδικότερα η κατάθλιψη, έχουν ειδική σχέση με την εμφάνιση ή την μακροχρόνια πορεία του καρκίνου του μαστού.

5) Δεν βρέθηκε ότι τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής έχουν ειδική σχέση με την εμφάνιση ή την μακροχρόνια πορεία του καρκίνου του μαστού.

6) Συζητήθηκε ότι η σχετική υπόθεση που συνδέει την κατάθλιψη με εμφάνιση καρκίνου του μαστού, πρέπει πιθανότατα να αναθεωρηθεί. Επίσης, συζητήθηκε η πιθανότητα ανεύρεσης ειδικής σχέσης των στρεσογόνων γεγονότων ζωής με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού, εφ' όσον αυτά εξεταστούν για μία περίοδο 8-11 ετών πριν την εμφάνιση του καρκίνου.

2.4b. SUMMARY

The present study investigated the relation of breast cancer at both the clinical onset and at its terminal stage (stage IV) with: psychopathology, stressful life events, the family environment features, the individual's convictions (cognitions), and coping styles (strategies), characterized by a passive, compliant or submissive personality.

Women aged 40-60 years were studied. From these, 48 were studied prior to breast biopsy and 23 were studied whose condition was at the terminal stage (stage IV) of breast cancer. After breast biopsy and histological diagnosis, the 48 patients were divided into two groups: 16 breast cancer patients and 32 patients with benign breast diseases.

The study has been carried out using a structured psychiatric interview (PSE), the Paykel's et al Scale of Life Events, the Family Environment Scale (FES), a Repertory Grid Technique (G. Kelly), and a Strategies' questionnaire.

The results of this study showed that:

1) The features of high moral-religious emphasis and low conflict are distinctive of the family relations of breast cancer patients

2) The following individual's convictions (cognitions) are distinctive of breast cancer patients at the clinical onset: «the submissive is good», «the passive is good», «whoever does not express his anger, is happy», «whoever does not express his anger, is successful». Likewise, at the clinical onset, breast cancer patients identify both their Self and Ideal Self with a very passive person.

3) The following coping styles (strategies), are distinctive of breast cancer patients at the clinical onset: «passivity», «submissiveness», «doesn't express distress verbally», «doesn't express (neither verbally nor nonverbally) anger», «doesn't express (neither verbally nor nonverbally) distress». Finally, it was found that the strategy «passivity with social desirability» was distinctive of patients at the terminal stage of breast cancer.

4) Psychopathology and specifically depression, does not appear to have a specific relation with the clinical onset of breast cancer nor with the longstanding process of the disease.

5) Stressful life events do not appear to be related specifically with the clinical onset of breast cancer nor with the longstanding process of the disease.

6) It has been discussed that the hypothesis relating depression with the onset of breast cancer possibly has to be revised. The possibility of finding a specific relation between life events and breast cancer manifestation has also been discussed, under the condition that the former will be inquired for within a period of 8-11 years before the clinical onset of the malignancy.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1. Υποθέσεις καρκινογένεσης σε σχέση με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Ερευνητής	Υπόθεση
Γαληνός, 2ος αι.	Ο καρκίνος μαστού παρουσιάζεται συχνότερα σε μελαγχολικές γυναίκες από ό,τι σε αισιόδοξες.
Gendron, 1701	Γυναίκες με σοβαρή κατάθλιψη και υψηλό άγχος, ρέπουν προς τον καρκίνο.
Guy, 1759	Τα υστερικά και νευρικά παράπονα, η αμβλεία, απαθής και μελαγχολική προδιάθεση και οι συμφορές της ζωής, σχετίζονται με την καρκινογένεση των γυναικών.
James Paget, 1870	Η κατάθλιψη αποτελεί σημαντική προσθήκη στις υπόλοιπες επιδράσεις, που ευνοούν την ανάπτυξη καρκίνου.
Evans, 1926	Η κατάθλιψη που έπεται της απώλειας αγαπημένου ή σημαντικής σχέσης, οδηγεί την ψυχική ενέργεια εναντίον της σωματικής άμυνας, προκαλώντας καρκίνο.
Foque, 1931	Τα καταθλιπτικά συμπτώματα επηρεάζουν, μέσω του ΚΝΣ, τις ενδοκρινικές ισορροπίες, καθιστώντας ευπαθή τα κύτταρα του οργανισμού στην καρκινογόνο δράση αιτίων, που διαφορετικά δεν θα δρούσαν, όπως: ακτίνες χ, χημικοί παράγοντες και ιοί.
Bacon et al, 1952	Οι συναισθηματικές πιέσεις δρουν καταλυτικά στην καρκινική αντίδραση.
LeShan, 1959	Ο καρκίνος είναι αποτέλεσμα απώλειας, ιδίως σε άτομα που τείνουν να υποφέρουν από αισθήματα έλλειψης ελπίδων, αυτοϋποτίμησης, κατάθλιψης, και παρουσιάζουν συχνότερα τον αμυντικό μηχανισμό της ενδοβολής.

Fox, 1978	Αν το στρες, μέσω των στρεσογόνων γεγονότων, μπορεί να προκαλέσει καρκίνο, τότε όσοι μπορούν να χαρακτηρισθούν ότι εφαρμόζουν επιτυχείς στρατηγικές αντιμετώπισής του, θα εμφανίζουν σε μικρότερο ποσοστό καρκίνο, απ' όσους εφαρμόζουν λιγότερο επιτυχείς στρατηγικές. Ορισμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας προκαλούν μεγαλύτερη αντίδραση στα στρεσογόνα γεγονότα, μειώνοντας έτσι την αντίσταση της ανοσίας κατά του καρκίνου
Kissen, 1963	Η απώθηση ευθύνεται για την καρκινογένεση, ιδίως σε άτομα που υπέστησαν απώλεια αντικειμένου αγάπης.

(συνεχίζεται)

Πίνακας 1. Υποθέσεις καρκινογένεσης σε σχέση με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (συνέχεια).

Ερευνητής	Υπόθεση
Kissen, 1969	Τα στρεσογόνα γεγονότα οδηγούν σε κατάθλιψη και απελπισία, οι οποίες καταλήγουν σε καρκίνο, σε άτομα με φτωχή συναισθηματική έκφραση, η οποία έχει σαν συνέπεια μειωμένη ικανότητα να μετουσιώνονται άλυτες συναισθηματικές διαμάχες.
Whitlock, 1978	Η κατάθλιψη ή το παρατεινόμενο στρες, παραβλάπτει την ανοσία εναντίον των κυκλοφορούντων κακοήθων κυττάρων, τα οποία υπό φυσιολογικές συνθήκες καταστρέφονται.
Bahnson, 1980-1	Τα στρεσογόνα γεγονότα τύπου απώλειας, οδηγούν σε κατάθλιψη, η οποία προκαλεί πτώση της ανοσίας, με συνέπεια την ανάπτυξη καρκίνου.

Πίνακας 2. Σχέσεις Ψυχοπαθολογίας και Καρκίνου

Ερευνητές και τύπος έρευνας	Τύπος ψυχοπαθολογίας	Τρόπος Εξέτασης	Πρωτογενής εστία και φύλο	Σχέση ψυχοπαθολογίας και καρκίνου
Yaskin et al, 1933 Αναδρομική	Άγχος	Ελεύθερη συνέντευξη	Πάγκρεας, άνδρες και γυναίκες	Εμφάνιση κατά 10% του καρκίνου του παγκρέατος σαν πρόδρομο σύμπτωμα.
Savage et al, 1952 Αναδρομική	Άγχος	Ελεύθερη συνέντευξη	Πάγκρεας, άνδρες και γυναίκες	Εμφάνιση κατά 20% του καρκίνου του παγκρέατος σαν πρόδρομο σύμπτωμα.
Stewart et al, 1965 Αναδρομική	Κατάθλιψη	Ελεύθερη συνέντευξη	Ποικιλία, άνδρες και γυναίκες	Καμία σχέση μεταξύ νοσηλευομένων καρκινοπαθών και παθολογικών ασθενών
Schwab et al, 1967 Αναδρομική	Κατάθλιψη	Ελεύθερη συνέντευξη	Ποικιλία, άνδρες και γυναίκες	Καμία σχέση μεταξύ νοσηλευομένων καρκινοπαθών και παθολογικών ασθενών
Fras et al, 1967 Προοπτικού τύπου	Κατάθλιψη	Ελεύθερη συνέντευξη και Wechsler Depression Rating Scale	Πάγκρεας, άνδρες και γυναίκες	Εμφάνιση κατά 50% του καρκίνου του παγκρέατος σαν πρόδρομο σύμπτωμα.

Kerr et al 1969 Προοπτική	Κατάθλιψη	Ελεύθερη συνέντευξη	Ποικιλία, άνδρες και γυναίκες	Αυξημένη θνησιμότητα από καρκίνο σε άνδρες με κατάθλιψη
Keehn et al 1974 Προοπτική	Ψυχονέυρωση	Κριτήρια ICD-6	Ποικιλία, άνδρες	Καμία διαφορά σε θνησιμότητα από καρκίνο μεταξύ ασθενών με ψυχονέυρωση και υγιών.
Craig & Abeloff, 1974 Εκβαση νόσου	Γενική Ψυχοπαθολογία	Αυτοσυμπλη- ρούμενο Ερωτηματο- λόγιο SCL-90	Ποικιλία, άνδρες και γυναίκες	Αυξημένη ψυχοπαθολογία συνοδεύεται από αυξημένη θνησιμότητα στους επόμενους 12 μήνες (p<0,10)

(συνεχίζεται)

Πίνακας 2. Σχέσεις Ψυχοπαθολογίας και Καρκίνου (συνέχεια)

Ερευνητές και τύπος έρευνας	Τύπος ψυχοπαθολογίας	Τρόπος Εξέτασης	Πρωτογενής εστία και φύλο	Σχέση ψυχοπαθολογίας και καρκίνου
Evans et al 1974 Προοπτική	Κατάθλιψη	Κριτήρια ICD-7	Ποικιλία, άνδρες και γυναίκες	Καμία σχέση μεταξύ θνησιμότητας ή νοσηρότητας από καρκίνο και προηγηθείσας νοσηλείας για κατάθλιψη
Moffic & Paykel, 1975 Αναδρομική	Κατάθλιψη	Ελεύθερη συνέντευξη	Ποικιλία, άνδρες και γυναίκες	Καμία σχέση μεταξύ νοσηλευομένων καρκινοπαθών και παθολογικών ασθενών
Morris et al, 1977 Προοπτικού Τύπου	Κατάθλιψη	Κλίμακα Hamilton	Μαστός, γυναίκες	Χωρίς διαφορά προβιομακά μεταξύ καρκίνου μαστού και καλοήθων παθήσεων μαστού. Αλλά, μεγαλύτερος βαθμός κατάθλιψης στις καρκινοπαθείς στο 2 ^ο μετεγχειρητικό έτος
Plumb & Holland, 1977 Αναδρομική	Κατάθλιψη	Ερωτηματολό γιο Beck	Ποικιλία, άνδρες και γυναίκες	Μικρότερο σκορ κατάθλιψης καρκινοπαθών σε σύγκριση με αυτοκτονικούς ασθενείς, αλλά σωματικά υγείς
Niemi and Jaaskelainen 1978, Προοπτική	Κατάθλιψη	Κριτήρια Casidy et al	Ποικιλία, άνδρες και γυναίκες	Συχνότερη εμφάνιση καρκίνου σε άνδρες που νοσηλεύθηκαν για κατάθλιψη
Levine et al 1978, χωρίς ομάδα ελέγχου	Γενική Ψυχοπαθολογία	Κριτήρια DSM-II	Ποικιλία, άνδρες και γυναίκες	56% κατάθλιψη 40% οργ. εγκεφ. διαταραχές και 4% άλλα συμπτώματα
Whitlock & Siskind, 1979 Προοπτική	Κατάθλιψη	Ελεύθερη συνέντευξη	Ποικιλία, άνδρες και γυναίκες	Μεγαλύτερη θνησιμότητα από καρκίνο σε άνδρες που νοσηλεύθηκαν για κατάθλιψη

Derogatis et al, 1979 Έκβαση νόσου	Κατάθλιψη και εχθρότητα	Ερωτηματολόγιο για SCL-90-R & Affect Balance Scale	Μαστός, γυναίκες	Υψηλός βαθμός κατάθλιψης και εχθρότητας συνοδεύεται από μεγαλύτερη του έτους επιβίωση
Morris et al 1981 Προοπτικού Τύπου	Άγχος	Ερωτηματολόγιο Spielberger (STAI)	Μαστός, γυναίκες	Οριακά χαμηλότερο άγχος ($p < 0,10$) σε καρκ/παθείς 50-59 ετών σε σύγκριση με καλοήθειες παθήσεις μαστού
Grossarth-Maticsek et al, 1983 Προοπτική	ψυχοπαθολογία	Ελεύθερη συνέντευξη	Ποικιλία, άνδρες και γυναίκες	Καμία "ψυχιατρική περίπτωση" στους καρκινοπαθείς

Πίνακας 3. Σχέσεις Προσωπικότητας και Καρκίνου. Κατάλογος ερευνητών που εξέτασαν τις σχέσεις προσωπικότητας και καρκίνου, και τα ευρήματά τους.

Ερευνητές και είδος έρευνας	Τρόπος εξέτασης	Πρωτογενής εστία και φύλο	Χαρακτηριστικά προσωπικότητας
LeShan & Worthington 1955, Αναδρομική	Προβλητική δοκιμασία Worthington	Ποικιλία, και τα δύο φύλα	Δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων εχθρότητας
Kissen & Eysenck, 1962 Αναδρομική	Maudsley Personality Inventory	Πνεύμονας, άνδρες	μειωμένη συναισθηματική έκφραση (outlet)
Kissen, 1966 Αναδρομική	Short Maudsley Inventory	Πνεύμονας, άνδρες	χαμηλή βαθμολογία νευρωτισμού
Kissen et al, 1969 Αναδρομική	Eysenck Personality Inventory	Πνεύμονας, άνδρες	χαμηλή βαθμολογία νευρωτισμού
Coopen & Metcalfe 1963, Αναδρομική	MPI	Μαστός γυναίκες	υψηλή εξωστρέφεια
Booth 1964, Αναδρομική	Rorschach	Πνεύμονας άνδρες	υψηλή απόθεση
Hagnell 1966 Προοπτική	Sjobering	Ποικιλία, και στα δύο φύλα	υψηλή υποσταθερότητα σε γυναίκες (όρος ισοδύναμος με εξωστρέφεια)
Schmale & Iker 1971, Προοπτικού τύπου	Ελεύθερη συνέντευξη	Τράχηλος μήτρας	έλλειψη ελπίδων, τελειοθρία, αυτοθυσία, και θρησκευτικότητα
Thomas & Greenstreet 1973 Προοπτική	Habits of Nervous Tension Questionnaire (HNT), Rorschach	Ποικιλία, και στα δύο φύλα	χαμηλό άγχος και κατάθλιψη
Greer & Morris 1975, 1978 Προοπτικού τύπου	Δομημένη συνέντευξη και EPI	Μαστός γυναίκες	καταπίεση θυμού, ανώμαλη εκφόρτιση θυμού, χωρίς διαφορά σε εξωστρέφεια και άρνηση
Mastrovito et al 1979, Προοπτικού τύπου	Adjective Check List	Γεννητικά όργανα, γυναίκες	καταπίεση συναισθηματικής έκφρασης, υπομονή, συμμόρφωση, χαμηλό χαρακτηρισιολογικό άγχος.
Greer et al 1979, Πορεία νόσου	Δομημένη συνέντευξη	Μαστός γυναίκες	στοϊκή αποδοχή, έλλειψη ελπίδων

Morris & Greer 1980, Προοπτικού τύπου	Ημιδομημένη συνέντευξη, EPQ, STAI	Μαστός γυναίκες	χαμηλός νευρωτισμός και χαρακτηρισολογικό άγχος, καθώς και μειωμένη έκφραση θυμού
Dattore et al 1980, Προοπτική	MMPI	Ποικιλία άνδρες	χαμηλή κατάθλιψη και άρνηση, και υψηλή απώθηση
Morris et al, 1981 Προοπτική	Δομημένη συνέντευξη, EPQ	Μαστός γυναίκες	μειωμένη έκφραση θυμού, χαμηλός νευρωτισμός, υψηλή βαθμολογία ψεύδους
Shekelle et al, 1981 Προοπτική	MMPI	Ποικιλία άνδρες	υψηλή βαθμολογία κατάθλιψης (υποκλίμακα της κατάθλιψης με σωματικά ενοχλήματα)

(συνεχίζεται)

Πίνακας 3. Σχέσεις Προσωπικότητας και Καρκίνου. Κατάλογος ερευνητών που εξέτασαν τις σχέσεις προσωπικότητας και καρκίνου, και τα ευρήματά τους (συνέχεια).

Ερευνητές και είδος έρευνας	Τρόπος εξέτασης	Πρωτογενής εστία και φύλο	Χαρακτηριστικά προσωπικότητας
Temoshok et al, 1985 Βαρύτητα νόσου, χωρίς ομάδα ελέγχου	Δομημένη συνέντευξη και μέτρηση με βάση τη συνολική βαθμολογία όλων μαζί των χαρακτηριστικών	Μελάνωμα άνδρες και γυναίκες	αδρανής, συναισθηματικά περιορισμένος, μειωμένη συναισθηματική έκφραση, αργός, υπομονητικός, απαθής, παθητικός, λυπημένος, ήρεμος, ενδοτικός, αβοήθητος, απελπισμένος, ευγενικός, καθησυχαστικός, υποτακτικός, μη επιφυλακτικός, ευμετάβλητος, αποσυρμένος.
Grossarth-Maticek et al, 1986 Προοπτική	Δομημένη συνέντευξη και επιλογή από τον εξεταζόμενο μεταξύ τεσσάρων τύπων προσωπικότητας	Ποικιλία άνδρες και γυναίκες	αποδέκτης διαπροσωπικής καταπίεσης, αντίδραση με αισθήματα έλλειψης ελπίδων, αβοήθητου και κατάθλιψης στην απώλεια, και απώθηση ανοικτής συναισθηματικής αντίδρασης.
Graves et al, 1986 Προοπτική	Rorschach	Ποικιλία άνδρες και γυναίκες	Μη ικανοποιητικές στάσεις και προσδοκίες, για τις σχέσεις με τους άλλους.

Πίνακας 4. Η πλήρης μορφή του καταλόγου των Στρεσσογόνων Γεγονότων.

Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος από γεγονότα που συμβαίνουν λίγο-πολύ στη ζωή μας. Θα θέλαμε να σκεφθείτε το καθένα από αυτά και να βγάλετε ένα δικό σας συμπέρασμα, γράφοντας πόσο θα αναστάτωνε ένα οποιονδήποτε άνθρωπο, όχι μόνο εσάς, αν συνέβαινε στη ζωή του. Ένα συγκεκριμένο γεγονός μπορεί να αναστατώσει άλλους πιο πολύ κι' άλλους πιο λίγο. Γι' αυτό, προτού βγάλετε το συμπέρασμά σας, να έχετε στο νου σας όχι μόνο τη δική σας πείρα, αλλά και όσα ξέρετε για τις αντιδράσεις των άλλων ανθρώπων.

Στον κατάλογο, δεξιά από κάθε γεγονός υπάρχει ένα τετραγωνάκι που μπορείτε να συμπληρώσετε με αριθμούς από το 0 ως το 20, ανάλογα με το πόσο σκεφτήκατε ότι μπορεί να αναστατώσει τον κάθε άνθρωπο αυτό το γεγονός, όχι μόνο εσάς. Για παράδειγμα, αν αποφασίσετε ότι αναστατώνει λίγο, τότε γράψτε ένα μικρό αριθμό, αν αναστατώνει πολύ, γράψτε μεγάλο αριθμό. Σας παρακαλούμε να βαθμολογήσετε όλα τα γεγονότα από το 0 ως το 20.

Βαθμολογείστε από το 0 ως το 20, πόσο θα αναστατώνονταν κάποιος, αν του συνέβαιναν κάποια από τα εξής γεγονότα:

1	Αν πέθαινε ένα παιδί της	
2	Αν πέθαινε ο σύζυγος	
3	Αν πήγαινε φυλακή	
4	Αν πέθαινε ένας στενός συγγενής της (ένας γονιός της ή κάποιος από τα αδέρφια της)	
5	Αν την απατούσε ο σύζυγος	
6	Αν τύχαιναν μεγάλες οικονομικές δυσκολίες (μεγάλα χρέη, χρεοκοπία)	
7	Αποτυχία στη δουλειά της	
8	Να απολυθεί από τη δουλειά της	
9	Να αποβάλει ή να γεννηθεί νεκρό το παιδί	
10	Να πάρει διαζύγιο	
11	Να είναι σε διάσταση με τον άντρα της, γιατί δεν συμφωνούν	

(συνέχεια)

Πίνακας 4. Η πλήρης μορφή του καταλόγου των Στρεσογόνων Γεγονότων (συνέχεια)

12	Να δικαστεί για σοβαρή παρανομία	
13	Να έχει ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη	
14	Να αρρωστήσει σοβαρά και να πάει στο νοσοκομείο ένα άτομο από την οικογένειά της	
15	Να μείνει χωρίς δουλειά για ένα μήνα	
16	Να πεθάνει μία στενή της φίλη	
17	Να την υποβιβάσουν	
18	Να αρρωστήσει σοβαρά έτσι πού να χρειασθεί νοσοκομείο ή να μην πάει στη δουλειά της για ένα μήνα	
19	Να αρχίσει μία εξωσυζυγική σχέση	
20	Να χάσει κάτι πού για εκείνη είχε μεγάλη αξία	
21	Να της κάνουν μήνυση	
22	Να αποτύχει στις σπουδές της (να την κόψουν στις εξετάσεις ή να χάσει χρονιά)	
23	Να παντρευτεί το παιδί της παρά την αντίθετη γνώμη της	
24	Να χαλάσει ο αρραβώνας της	
25	Να έχει σοβαρές διαφωνίες με το σύζυγο	
26	Να έχει σοβαρές διαφωνίες με ένα συγγενή πού μένει σπίτι της	
27	Να έχει σοβαρές διαφωνίες με τον αρραβωνιαστικό ή ένα σοβαρό δεσμό	
28	Να δανειστή πολλά λεφτά (πάνω απ' τα μισά όσων κερδίζει σ' ένα χρόνο)	
29	Να πάει φαντάρος ο γιος της	
30	Να 'χει διαφωνίες με τ' αφεντικό της ή μία συνάδελφό της	
31	Να 'χει διαφωνίες με συγγενείς πού δε μένουν μαζί της (πεθερικά, άλλοι συγγενείς)	
32	Να πάει να μείνει σ' άλλη χώρα	
33	Να σταματήσει η περίοδος σε μία γυναίκα	
34	Μέτριες οικονομικές δυσκολίες (ενοχλητικές αλλά όχι σοβαρές, π.χ., αυξημένα έξοδα, ενόχληση από δοσατζή)	
35	Χωρισμός από σημαντικό πρόσωπο (στενή φίλη ή συγγενής)	
36	Να κάνει μία σοβαρή εξέταση (να πάει να δώσει εξετάσεις πού έχουν μεγάλη σημασία γι' αυτήν)	
37	Να είναι μία γυναίκα σε διάσταση με τον άντρα της χωρίς να υπάρχουν σοβαρές διαφωνίες	
38	Να αλλάξει το ωράριο εργασίας (πολλές υπερωρίες, δεύτερη δουλειά, πολύ λιγότερες ώρες απ' το συνηθισμένο)	
39	Να εγκατασταθεί καινούργιο άτομο στο σπίτι	
40	Να πάρει σύνταξη	
41	Αλλαγή στις συνθήκες της εργασίας (να πάει σε άλλο τμήμα, να αλλάξει ο διευθυντής, να γίνουν σοβαρές ανακατατάξεις)	
42	Αλλαγή στον τρόπο πού γίνεται η εργασία	
43	Διακοπή ενός σταθερού δεσμού (πού είχε κρατήσει το λιγότερο 3 μήνες)	
44	Να πάει να μείνει σ' άλλη πόλη	
45	Ν' αλλάξει σχολείο ένας μαθητής	

46	Να σταματήσει μία εκπαίδευση πού ήταν γι' αυτόν η κύρια απασχόληση (είτε παίρνοντας πτυχίο είτε διακόπτοντας τις σπουδές)	
47	Να φύγει ένα παιδί της απ' το σπίτι (π.χ. για να πάει στο Πανεπιστήμιο)	
48	Να συμφιλιωθεί με το σύζυγο (μετά πού ο ένας απ' τους δύο έχει φύγει απ' το σπίτι)	
49	Να κάνει μία μικρή παρανομία	
50	Να γεννήσει παιδί μία γυναίκα	
51	Να μείνει έγκυος μία σύζυγος	
52	Να παντρευτεί μία γυναίκα	
53	Να πάρει κάποιος προαγωγή	
54	Να αρρωστήσει κάποιος, όχι σοβαρά αλλά να χρειασθεί να τον δη γιατρός	
55	Να μετακομίσει μέσα στην ίδια πόλη	
56	Να γίνει κάποια μητέρα ή να υιοθετήσει παιδί	
57	Ν' αρχίσει κάποιος να εκπαιδεύεται (είτε έχοντας σαν κύρια απασχόληση τη μόρφωσή του, είτε να έχει και άλλη απασχόληση)	

(συνέχεια)

Πίνακας 4. Η πλήρης μορφή του καταλόγου των Στρεσογόνων Γεγονότων (συνέχεια)

58	Να αρραβωνιασθεί το παιδί της	
59	Να αρραβωνιασθεί η ίδια	
60	Επιθυμητή εγκυμοσύνη	
61	Να παντρευτεί το παιδί της με την έγκρισή της	

Πίνακας 5. Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES).

FAMILY ENVIRONMENT SCALE (Rudolph H Moos)

Ο Δ Η Γ Ι Ε Σ

Στο φυλλάδιο πού έχετε στα χέρια σας υπάρχουν 90 προτάσεις πού αφορούν οικογένειες.

Εσείς καλείστε να αποφασίσετε ποιες προτάσεις ισχύουν για τη δική σας οικογένεια και ποιες όχι.

Απαντήστε την κάθε ερώτηση, σημειώνοντας ένα χ στο τετραγωνάκι ΙΣΧΥΕΙ, εάν το περιεχόμενο της αντίστοιχης πρότασης ταιριάζει με την πραγματικότητα όπως εσείς την βλέπετε, ή με ένα χ στο τετραγωνάκι ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ εάν η πρόταση δεν σας ταιριάζει.Παρακαλείσθε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις, ακόμα κι' αν δεν είστε σίγουροι για την απάντηση. Μπορεί να νοιώσετε ότι μερικές από τις προτάσεις ισχύουν για ορισμένα από τα μέλη της οικογένειάς σας και όχι για όλα. Σημειώστε χ- ισχύει, εάν η πρόταση ταιριάζει στα περισσότερα από τα μέλη.Θυμηθείτε, ότι αυτό πού μας ενδιαφέρει είναι τι νομίζετε εσείς για την οικογένειά σας, και όχι τι νομίζουν οι άλλοι.

Ευχαριστούμε

ΔΕΝ
ΙΣΧΥΕΙ ΙΣΧΥΕΙ

		1	Τα μέλη της οικογένειάς μας πραγματικά βοηθούμε και υποστηρίζουμε ο ένας τον άλλον.
		2	Στην οικογένειά μας, συχνά ο καθένας κρατάει τα συναισθήματά του για τον εαυτό του.
		3	Τσακωνόμαστε πολύ στην οικογένειά μας.
		4	Στην οικογένειά μας δεν κάνει αρκετά συχνά ο καθένας πράγματα μόνοι του.
		5	Νοιώθουμε ότι είναι σημαντικό να είναι κανείς ο καλύτερος σε οτιδήποτε κάνει.
		6	Συχνά συζητάμε για πολιτικά και κοινωνικά προβλήματα.
		7	Περνάμε τα περισσότερα Σαββατοκύριακα και βράδια στο σπίτι.
		8	Στην οικογένειά μας πηγαίνουμε στην εκκλησία ή στο κατηχητικό αρκετά συχνά.
		9	Στην οικογένειά μας οι δραστηριότητες προγραμματίζονται πολύ προσεκτικά.
		10	Σπάνια διατάζουμε ο ένας τον άλλον, στην οικογένεια.
		11	Συχνά, "σκοτώνουμε την ώρα μας" στο σπίτι.
		12	Στο σπίτι μιλάμε ελεύθερα, λέμε ό,τι θελήσουμε.
		13	Τα μέλη της οικογένειας σπάνια θυμώνουν ανοιχτά
		14	Στην οικογένειά μας, υπάρχει έντονη ενθάρρυνση για ανεξαρτησία.
		15	Το να προοδεύει κανείς στη ζωή, είναι πολύ σημαντικό στην οικογένειά μας.
		16	Σπάνια πάμε σε διαλέξεις, στο θέατρο ή σε συναυλίες.

	17	Συχνά έρχονται στο σπίτι φίλοι για φαγητό ή για επίσκεψη.
	18	Δεν προσευχόμαστε στην οικογένειά μας.
	19	Γενικά είμαστε πολύ τακτικοί.
	20	Υπάρχουν πολύ λίγοι κανόνες που πρέπει να ακολουθούμε στην οικογένειά μας.
	21	Δίνουμε πολύ τον εαυτό μας σ' αυτά που κάνουμε στο σπίτι.
	22	Είναι δύσκολο να ξεσπάσεις στο σπίτι μας, χωρίς να ταραχθεί κανείς.
	23	Τα μέλη της οικογένειας θυμώνουν καμιά φορά τόσο πολύ που πετάνε αντικείμενα.
	24	Στην οικογένειά μας επεξεργαζόμαστε μόνοι μας τις υποθέσεις μας.
	25	Το πόσα χρήματα βγάζει κανείς δεν είναι πολύ σημαντικό για μας.
	26	Το να μαθαίνει κανείς καινούργια και διαφορετικά πράγματα, είναι πολύ σημαντικό στην οικογένειά μας.
	27	Κανένας στην οικογένειά μας δεν ασχολείται ενεργά με спор.
	28	Συχνά μιλάμε για το θρησκευτικό νόημα των Χριστουγέννων, του Πάσχα και άλλων εορτών.
	29	Είναι δύσκολο να βρεις αυτό που χρειάζεσαι, όταν το θέλεις, μέσα στο σπίτι μας.
	30	Ένα μέλος της οικογένειας παίρνει τις περισσότερες αποφάσεις.

(συνέχεια)

Πίνακας 5. Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES) (συνέχεια)

	31	Υπάρχει αίσθηση συντροφικότητας στην οικογένειά μας.
	32	Μιλάμε ο ένας στον άλλον για τα προσωπικά μας προβλήματα.
	33	Τα μέλη της οικογένειάς μας, σπάνια χάνουν την ψυχραιμία τους.
	34	Πηγαίνουμε συχνά όπως θέλουμε στην οικογένειά μας.
	35	Πιστεύουμε στον ανταγωνισμό και στο "ο καλύτερος ας επικρατήσει".
	36	Δεν μας πολυενδιαφέρουν οι πολιτιστικές δραστηριότητες.
	37	Πηγαίνουμε συχνά στον κινηματογράφο, αθλητικές εκδηλώσεις, κάμπινγκ, κλπ.
	38	Δεν πιστεύουμε ότι υπάρχει παράδεισος ή κόλαση.
	39	Το να είμαστε συνεπείς στην ώρα μας είναι πολύ σημαντικό στην οικογένειά μας.
	40	Υπάρχουν καθορισμένοι τρόποι με τους οποίους κάνουμε διάφορα πράγματα στο σπίτι.
	41	Όταν κάτι πρέπει να γίνει στο σπίτι, σπάνια προσφέρεται κάποιος από μας να το κάνει.
	42	Άμα μας έρθει ξαφνικά η διάθεση να κάνουμε κάτι, συχνά ξεσηκωνόμαστε αμέσως και το κάνουμε.
	43	Τα μέλη της οικογένειάς μας συχνά ασκούν κριτική το ένα στο άλλο.
	44	Υπάρχει πολύ λίγος ιδιωτικός χώρος για τον καθένα στην οικογένειά μας.
	45	Αγωνιζόμαστε πάντα να τα καταφέρουμε λίγο καλύτερα την επόμενη φορά που δοκιμάζουμε.
	46	Σπάνια κάνουμε συζητήσεις πνευματικού περιεχομένου.
	47	Όλοι στην οικογένεια έχουμε κάποιο χόμπι.
	48	Τα μέλη της οικογένειάς μας έχουν αυστηρά καθορισμένες ιδέες για το τι είναι καλό και τι κακό.
	49	Αλλάζουν εύκολα γνώμη τα άτομα στην οικογένεια μας.
	50	Δίνεται μεγάλη έμφαση στην οικογένεια στο να ακολουθούμε τους κανόνες.
	51	Τα μέλη της οικογένειας πραγματικά καλύπτουν και προφυλάσσουν το ένα το άλλο.
	52	Συνήθως κάποιος ταραίζεται, αν παραπονεθείς στην οικογένειά μας.
	53	Τα μέλη της οικογένειας καμιά φορά χτυπούν το ένα το άλλο.
	54	Σχεδόν πάντα, τα μέλη της οικογένειας στηρίζονται ο καθένας στον εαυτό του, όταν προκύψει κάποιο πρόβλημα.
	55	Τα μέλη της οικογένειας σπάνια ανησυχούν για προαγωγή στη δουλειά, βαθμούς στο σχολείο, κλπ.
	56	Κάποιο μέλος στην οικογένεια μας παίζει ένα μουσικό όργανο.
	57	Τα μέλη της οικογένειας δεν συμμετέχουν πολύ σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες εκτός δουλειάς ή σχολείου.
	58	Πιστεύουμε ότι υπάρχουν ορισμένα πράγματα που απλώς τα πιστεύει κανείς χωρίς να τα αμφισβητεί.
	59	Τα μέλη της οικογένειας φροντίζουν ώστε σίγουρα τα δωμάτιά τους να είναι συγυρισμένα.
	60	Η γνώμη όλων έχει το ίδιο βάρος στις οικογενειακές αποφάσεις.
	61	Υπάρχει πολύ λίγο ομαδικό πνεύμα στην οικογένειά μας.
	62	Το θέμα των χρημάτων και της πληρωμής λογαριασμών κουβεντιάζεται ανοιχτά στην οικογένειά μας.
	63	Αν υπάρξει διαφωνία στην οικογένειά μας προσπαθούμε πολύ να εξομαλύνουμε τα πράγματα και να διατηρήσουμε την ηρεμία.

F											F
T	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	T
F											F
T	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	T
F											F

	Ctl	C	Ex	Con	Ind	AO	ICO	ARO	MRE	Org	
R/S											
S/S											

Αφού συμπληρωθεί αυτός ο πίνακας, για να γίνει η μέτρηση εφαρμόζεται πάνω από το έντυπο μία διάφανη μεμβράνη με προκαθορισμένους κύκλους διατεταγμένους σε δέκα κάθετες στήλες, όσες δηλαδή είναι και οι υποκλίμακες του FES. Στην πρώτη γραμμή του κάτω μέρους του πίνακα, αναγράφονται οι τιμές του αθροίσματος της κάθε υποκλίμακας (R/S), ενώ στη δεύτερη γραμμή αναγράφονται οι αντίστοιχες σταθμισμένες τιμές (S/S) της κάθε υποκλίμακας.

Πίνακας 7. Βαθμολογία των κατασκευασμάτων (constructs) και των στοιχείων (elements)

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16
C1																
C2																
C3																
C4																
C5																
C6																
C7																
C8																
C9																
C10																
C11																

Με "E" συμβολίζονται τα στοιχεία (elements) και με "C" συμβολίζονται τα constructs.

Πίνακας 8. Elements και Constructs της παρούσας έρευνας:

Elements:

1. Πατέρας
2. Μητέρα
3. Σύζυγος
4. Ο εαυτός όπως είναι τώρα
5. Αδελφή
6. Αδελφός
7. Ένα πρόσωπο, πού γνωρίζει καλά η εξεταζόμενη, και δεν τα πήγαινε καλά μαζί του
8. Ο εαυτός, όπως θα ήθελε να είναι
9. Ένα άτομο ιδιαίτερα υποχωρητικό, που γνωρίζει καλά η εξεταζόμενη
10. Ένα άτομο ιδιαίτερα καθυστερητικό, που γνωρίζει καλά η εξεταζόμενη

11. Ένα άτομο ιδιαίτερα υποτακτικό, που γνωρίζει καλά η εξεταζόμενη
12. Ένα άτομο, που γνωρίζει καλά η εξεταζόμενη, το οποίο δεν εκφράζει σ' αυτόν που το θύμωσε το θυμό του, αλλά διαμαρτύρεται σε άλλα άτομα.
13. Ένα άτομο, που γνωρίζει καλά, που παραμερίζει τις δικές του επιθυμίες, για το χατίρι των άλλων.
14. Ένα άτομο, που η εξεταζόμενη γνωρίζει καλά, και, όταν κάποιος το ενοχλεί συνεχώς, δεν βρίσκει το κουράγιο να τον κάνει να σταματήσει.
15. Ένα άτομο ιδιαίτερα επιθετικό, που γνωρίζει καλά η εξεταζόμενη
16. Ένα άτομο, που θυσιάζεται για τους άλλους, και η εξεταζόμενη το γνωρίζει καλά

Constructs:

1. Δεν εκδηλώνει το θυμό του ν. Εκδηλώνει το θυμό του
2. Δεν φροντίζει για τις ανάγκες του ν. Φροντίζει για τις ανάγκες του
3. Θυσιάζεται για τους άλλους ν. Δεν θυσιάζεται για τους άλλους
4. Καθησυχαστικός ν. Δεν είναι καθησυχαστικός
5. Υποτακτικός ν. Καταπιεστικός
6. Υποχωρητικός ν. Ανυποχώρητος
7. Παθητικός ν. Επιθετικός
8. Ευτυχισμένος ν. Δυστυχισμένος
9. Πετυχημένος ν. Αποτυχημένος
10. Καλός ν. Κακός
11. Έξυπνος ν. Κουτός

Πίνακας 9. Τρόπος ελέγχου Συμπεριφοράς Τύπου C και εσφαλμένης στρατηγικής από το δίκτυο (Grid)

Συμπεριφορά Τύπου C		Τρόπος Ελέγχου από το δίκτυο (Grid)	
		Σχέσεις μεταξύ constructs	Σχέσεις μεταξύ elements
1.	Μη έκφραση του θυμού	Θετική συσχέτιση μεταξύ των constructs 1 αφ' ενός, και των 8, 9, 10 και 11 αφ' ετέρου. Δηλαδή, όποιος δεν εκφράζει το θυμό του είναι ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.	
2.	Δεν φροντίζει για τις ανάγκες του	Θετική συσχέτιση μεταξύ των constructs 2 αφ' ενός, και των 8, 9, 10 και 11 αφ' ετέρου. Δηλαδή, όποιος δεν φροντίζει για τις ανάγκες του, είναι ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.	
3.	Θυσιάζεται για τους άλλους	Θετική συσχέτιση μεταξύ των constructs 3 αφ' ενός, και των 8, 9, 10 και 11 αφ' ετέρου. Δηλαδή, όποιος θυσιάζεται για τους άλλους, είναι ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.	Θετική συσχέτιση μεταξύ 13, 16 αφ' ενός, και 4 ή/και 8 αφ' ετέρου. Δηλαδή ο εαυτός, ή/καί ο ιδανικός εαυτός, ταιριάζουν με ένα άτομο, που παραμερίζει τις δικές του επιθυμίες για το χατίρι των άλλων, ή/καί με ένα άτομο που θυσιάζεται για τους άλλους.

4.	Καθησυχαστικός	Θετική συσχέτιση μεταξύ των constructs 4 αφ' ενός, και των 8, 9, 10 και 11 αφ' ετέρου. Δηλαδή, όποιος είναι καθησυχαστικός, είναι ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.	Θετική συσχέτιση μεταξύ 10 αφ' ενός, και 4 ή/και 8 αφ' ετέρου. Δηλαδή ο εαυτός, ή/καί ο ιδανικός εαυτός, ταιριάζουν με ένα άτομο, πού είναι ιδιαίτερα καθησυχαστικό
5.	Υποτακτικός	Θετική συσχέτιση μεταξύ των constructs 5 αφ' ενός, και των 8, 9, 10 και 11 αφ' ετέρου. Δηλαδή, όποιος είναι υποτακτικός, είναι ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.	Θετική συσχέτιση μεταξύ 11 αφ' ενός, και 4 ή/και 8 αφ' ετέρου. Δηλαδή ο εαυτός, ή/καί ο ιδανικός εαυτός, ταιριάζουν με ένα άτομο, πού είναι ιδιαίτερα υποτακτικό.
6.	Υποχωρητικός	Θετική συσχέτιση μεταξύ των constructs 6 αφ' ενός, και των 8, 9, 10 και 11 αφ' ετέρου. Δηλαδή, όποιος είναι υποχωρητικός, είναι ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.	Θετική συσχέτιση μεταξύ 9 αφ' ενός, και 4 ή/και 8 αφ' ετέρου. Δηλαδή ο εαυτός, ή/καί ο ιδανικός εαυτός, ταιριάζουν με ένα άτομο, πού είναι ιδιαίτερα υποχωρητικό.

(συνεχίζεται)

Πίνακας 9. Τρόπος ελέγχου Συμπεριφοράς Τύπου C και εσφαλμένης στρατηγικής από το δίκτυο (Grid) (συνέχεια)

Συμπεριφορά Τύπου C		Τρόπος Ελέγχου από το δίκτυο (Grid)	
		Σχέσεις μεταξύ constructs	Σχέσεις μεταξύ elements
7.	Παθητικός	Θετική συσχέτιση μεταξύ των constructs 7 αφ' ενός, και των 8, 9, 10 και 11 αφ' ετέρου. Δηλαδή, όποιος είναι παθητικός, είναι ευτυχισμένος ή πετυχημένος ή καλός ή έξυπνος.	Θετική συσχέτιση μεταξύ 14 αφ' ενός, και 4 ή/και 8 αφ' ετέρου. Δηλαδή ο εαυτός, ή/καί ο ιδανικός εαυτός, ταιριάζουν με ένα άτομο, πού δεν βρίσκει το κουράγιο να σταματήσει κάποιον, πού το ενοχλεί (δηλαδή Παθητικό). Επιπλέον, αρνητική συσχέτιση μεταξύ 15 αφ' ενός, και 4 ή/και 8 αφ' ετέρου. Δηλαδή ο εαυτός, ή/καί ο ιδανικός εαυτός, ταιριάζουν με ένα άτομο, πού είναι ιδιαίτερα παθητικό.
Εσφαλμένη Στρατηγική		Τρόπος Ελέγχου από το δίκτυο (Grid)	
		Σχέσεις μεταξύ constructs	Σχέσεις μεταξύ elements
1.	Δεν εκφράζει το θυμό του σε αυτόν που το θύμωσε, αλλά διαμαρτύρεται σε άλλα άτομα.		Θετική συσχέτιση μεταξύ του 12 αφ' ενός και του 4 ή/και του 8 αφ' ετέρου. Δηλαδή ο εαυτός, ή/καί ο ιδανικός εαυτός, ταιριάζουν με ένα άτομο, πού δεν εκφράζει το θυμό του σ' αυτόν πού το θύμωσε, αλλά διαμαρτύρεται σε άλλα άτομα.

Πίνακας 10. Οδηγίες της πρώτης σελίδας του δικτύου (Grid).

Παρακαλούμε να μας περιγράψετε τις ιδιότητες των προσώπων, που αναφέρονται στις επόμενες σελίδες, βάζοντας ένα χ πάνω στην παύλα, που αντιστοιχεί περισσότερο στα χαρακτηριστικά του κάθε προσώπου:

Παράδειγμα 1:

Υποχωρητικός ----- χ ----- Ανυποχώρητος

Στο πιο πάνω παράδειγμα, το πρόσωπο έχει χαρακτηριστεί σαν σχετικά ανυποχώρητο.

Παράδειγμα 2:

Υποχωρητικός χ ----- Ανυποχώρητος

Στο πιο πάνω παράδειγμα το πρόσωπο έχει χαρακτηριστεί σαν εξαιρετικά υποχωρητικό.

Πίνακας 11. Ακριβής μορφή της πρώτης σελίδας του δικτύου (Grid).

Το όνομα του πατέρα σας:

1)

Εκδηλώνει το θυμό του ----- Δεν εκδηλώνει το θυμό του

2)

Δεν φροντίζει για τις ανάγκες του ----- Φροντίζει για τις ανάγκες του

3)

Δεν θυσιάζεται για τους άλλους ----- Θυσιάζεται για τους άλλους

4)

Καθησυχαστικός ----- Δεν είναι καθησυχαστικός

5)

Καταπιεστικός ----- Υποτακτικός

6)

Υποχωρητικός ----- Ανυποχώρητος

7)

Επιθετικός ----- Παθητικός

8)

Ευτυχισμένος ----- Δυστυχισμένος

9)

Αποτυχημένος ----- Πετυχημένος

10)

Κακός ----- Καλός

11)

Έξυπνος ----- Κουτός

Πίνακας 12. Πλήρης μορφή του Ερωτηματολογίου Εξέτασης Στρατηγικών πού σχετίζονται άμεσα ή είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C. (Δίπλα στον αριθμό της κάθε ερώτησης είναι γραμμένες οι Έννοιες, όπως διατυπώθηκαν πριν τη Factor Analysis)

Πιο κάτω υπάρχουν σημειωμένες διάφορες καταστάσεις, πού παρουσιάζονται λίγο-πολύ σε όλους μας. Οι ακραίες περιπτώσεις βρίσκονται γραμμένες δεξιά και αριστερά στη σελίδα, ενώ ανάμεσά τους υπάρχουν έντεκα παύλες, πού τις ενώνουν. Σας παρακαλούμε, βάλτε ένα "χ" πάνω στην παύλα εκείνη, πού βρίσκεται πιο κοντά στην κατάσταση, πού σας συμβαίνει πιο συχνά.

1) Υποχωρητικότητα λόγω επιθυμίας κοινωνικής αποδοχής

Μ' ενδιαφέρει τόσο πολύ η εκτίμηση των άλλων, ώστε μπορώ να υποχωρήσω, να θυσιάσω το δίκιο μου και να στενοχωρηθώ.

Δεν μ' ενδιαφέρει τόσο πολύ η εκτίμηση των άλλων, ώστε να χρειασθεί να υποχωρήσω, να θυσιάσω το δίκιο μου και να στεναχωρηθώ.

2) (Παθητικότητα, διατύπωση 1) Αδιαμαρτύρητη αποδοχή ενόχλησης

Κάνω υπομονή αδιαμαρτύρητα (χωρίς να παραπονιέμαι), σε καταστάσεις, πού με ενοχλούν.

Αν κάποια κατάσταση μ' ενοχλεί, μου είναι αδύνατον να μη διαμαρτυρηθώ.

3) (Υποτακτικότητα, διατύπωση 1) Αντίδραση καθησυχαστικότητας στον άδικο θυμό των άλλων

Αν θυμώνουν οι άλλοι μαζί μου άδικα, προτιμώ να τους καθησυχάζω ευγενικά.

Όταν οι άλλοι θυμώνουν μαζί μου άδικα, τους το λέω πάντα αμέσως.

4) Θυσιάζεται για τους άλλους

Βοηθώ πάντα τους άλλους, κάνοντας μία δουλειά γι' αυτούς, όποτε μου το ζητήσουν.

Ποτέ δεν μου αρέσει να κάνω δουλειές σε άλλους.

5) Καθησυχαστικότητα

Είμαι απ' αυτούς πού δεν τους αρέσει να κουκουλώνουν μία άσχημη κατάσταση. Ό, τι έχω να πω, το λέω αμέσως.

Προτιμώ πάντα να μη ρίχνω λάδι στη φωτιά. Προσπαθώ να ηρεμίσω τα πνεύματα, και αν είναι να πω κάτι σωστό, πού όμως θα χειροτερέψει τα πράγματα, δεν το λέω εκείνη την ώρα.

6) (Υποτακτικότητα, διατύπωση 2) Αντίδραση καθησυχαστικότητας στον άδικο θυμό των άλλων

Όποιος μου φωνάζει άδικα, ξέρει ότι δεν θα το καταπιώ. Θα του το πω εκείνη τη στιγμή κι' ας είναι θυμωμένος.

Αν κανείς θυμώσει άδικα μαζί μου, είναι καλύτερα να τον κάνω να ηρεμίσει εκείνη την ώρα, παρά να του το πω αμέσως.

7) Αποφυγή καυγάδων

Καυγαδίζω πάντα μ' όποιον μ' ενοχλήσει ή με προκαλέσει. Όποιος κι' αν είναι.

Αποφεύγω τους καυγάδες "όπως ο διάβολος το λιβάνι". Δεν καυγαδίζω σχεδόν ποτέ.

(συνεχίζεται)

Πίνακας 12. Πλήρης μορφή του Ερωτηματολογίου Εξέτασης Στρατηγικών πού σχετίζονται άμεσα ή είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C (συνέχεια)

8) Θυσιάζεται για τους άλλους παραμελώντας τις ανάγκες του (παραμέληση αναγκών, διατύπωση 1)

Προτιμώ να χάσω ώρες ακόμη κι' απ' τη διασκέδασή μου ή την ξεκούραση, παρά να χαλάσω χατίρι.

Προτιμώ να χαλάσω το χατίρι των άλλων, αν πρέπει για να τους το κάνω, να χάσω ώρες απ' τη διασκέδαση ή την ξεκούρασή μου.

9) Αποφυγή καυγάδων με επιθυμία κοινωνικής αποδοχής

Μ' ενδιαφέρει η εκτίμηση των άλλων τόσο, ώστε δεν τσακάνομαι σχεδόν ποτέ με κάποιον ενοχλητικό.

Δεν μ' ενδιαφέρει η εκτίμηση των άλλων τόσο, ώστε να αποφεύγω να τσακάνομαι με κάποιον ενοχλητικό.

10) (Υποτακτικότητα με επιθυμία κοινωνικής αποδοχής) Αδιάλειπτη προσφορά συνεργασίας, λόγω επιθυμίας κοινωνικής αποδοχής

Μ' ενδιαφέρει τόσο η εκτίμηση των άλλων, ώστε όποτε μου ζητήσουν συνεργασία, τους την προσφέρω.

Δεν μ' ενδιαφέρει η εκτίμηση των άλλων τόσο, ώστε να συνεργάζομαι με τους άλλους όποτε μου το ζητήσουν.

11) Δεν εκφράζει λεκτικά στεναχώρια

Αν στεναχωρεθώ με κάποιον, του το λέω πάντα αμέσως, όποιος κι' αν είναι.

Αν στεναχωρεθώ με κάποιον, δεν του το λέω, σχεδόν πάντα. Αυτό μου συμβαίνει αρκετές φορές.

12) Δεν εκφράζει λεκτικά και εξωλεκτικά θυμό

Όταν θυμώσω με κάποιον, έστω κι' αν βράζω από μέσα μου, δεν του το λέω, αλλά με καταλαβαίνει σχεδόν πάντα, γιατί κατεβάζω τα μούτρα. Κατσουφιάζω.

Όταν θυμώνω με κάποιον, ακόμη κι' αν βράζω από μέσα μου, δεν του το λέω, ούτε τον αφήνω να το καταλάβει, γιατί καταφέρνω, σχεδόν πάντα, να φαίνομαι ψύχραιμη, ή να χαμογελώ ευγενικά.

13) Υποχωρητικότητα

Δεν χαλάω ποτέ χατίρια. Έτσι οι άλλοι μπορούν εύκολα να με κάνουν ό,τι θέλουν.

Δύσκολα κάνω χατίρια. Έτσι οι άλλοι δεν μπορούν εύκολα να με κάνουν ό,τι θέλουν.

14) Δεν εκφράζει λεκτικά θυμό

Αν κάποιος με κάνει να θυμώσω, του το λέω αμέσως πάντα, όποιος κι' αν είναι. Αυτό μου συμβαίνει αρκετές φορές.

Αν κάποιος με κάνει να θυμώσω, δεν του το λέω σχεδόν ποτέ. Αυτό μου συμβαίνει αρκετές φορές.

15) Δεν εκφράζει λεκτικά και εξωλεκτικά στεναχώρια

Όταν στεναχωρηθώ με κάποιον, δεν του το λέω, έστω κι' αν βράζω από μέσα μου, αλλά με καταλαβαίνει σχεδόν πάντα γιατί κατσουφιάζω.

Όταν στεναχωρηθώ με κάποιον, ακόμη κι' αν βράζω από μέσα μου, δεν του το λέω, ούτε τον αφήνω να το καταλάβει, γιατί καταφέρνω, σχεδόν πάντα, να φαίνομαι ψύχραιμη, ή να χαμογελώ ευγενικά.

(συνεχίζεται)

Πίνακας 12. Πλήρης μορφή του Ερωτηματολογίου Εξέτασης Στρατηγικών πού σχετίζονται άμεσα ή είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C (συνέχεια)16) (Παθητικότητα με επιθυμία κοινωνικής αποδοχής) Αδιαμαρτύρητη αποδοχή ενόχλησης, λόγω επιθυμίας κοινωνικής αποδοχής

Μ' ενδιαφέρει τόσο η εκτίμηση των άλλων, ώστε μπορώ να υπομένω πολλές ενοχλητικές καταστάσεις, χωρίς να το λέω.

Η εκτίμηση των άλλων δεν μ' ενδιαφέρει τόσο, ώστε να χρειάζεται να υπομένω πολλές ενοχλητικές καταστάσεις, χωρίς να το λέω.

17) Δεν εκφράζει λεκτικά θυμό λόγω επιθυμίας κοινωνικής αποδοχής

Η εκτίμηση των άλλων μ' ενδιαφέρει τόσο, ώστε αν θυμώσω δεν το λέω, μήπως χαλάσουν οι σχέσεις μας και χάσουν την εκτίμησή τους για μένα.

Η εκτίμηση των άλλων δεν μ' ενδιαφέρει τόσο, ώστε αν θυμώσω το λέω, αδιαφορώντας αν θα χαλάσουν οι σχέσεις μας ή αν θα χάσουν την εκτίμησή τους για μένα.

18) Θυσιάζεται για τους άλλους εις βάρος των αναγκών του (παραμέληση αναγκών, διατύπωση 2)

Δεν χαλάω ποτέ χατίρι, ακόμη και όταν νοιώθω μέσα μου αναστατωμένη, ή να είναι τεταωμένα τα νεύρα μου, λόγω της χάρης, πού μου ζητούν.

Αν νοιώθω μέσα μου ζορισμένη για κάποια χάρη, πού μου ζητούν οι άλλοι, τότε δεν τους την κάνω.

Όπως σ' όλο τον κόσμο, έτσι και σε μένα, συμβαίνουν κάποιες φορές στη ζωή μου δυσάρεστα ή ενοχλητικά πράγματα, από ανθρώπους, που μπορεί να είναι ξένοι, ή φίλοι ή ακόμη και στενοί συγγενείς μου. Τότε, τις πιο πολλές φορές, όταν κάποιος μ' ενοχλεί, κάνω τα εξής:

19) Δεν εκφράζει λεκτικά τη δυσαρέσκειά του

Του το λέω σχεδόν πάντα, όποιος κι' αν είναι.	-----	Δεν του το λέω σχεδόν ποτέ, όποιος κι' αν είναι.
---	-------	--

20) Εκφράζει λεκτικά τη δυσαρέσκειά του σε τρίτους

Το λέω μόνο σε άλλους και σχεδόν ποτέ στον ίδιο, όποιος κι' αν είναι.	-----	Το λέω μόνο στον ίδιο, όποιος κι' αν είναι, και σχεδόν ποτέ σε άλλους.
---	-------	--

21) Δεν εκφράζει λεκτικά τη δυσαρέσκειά του

Όποιος κι' αν είναι, δεν το κρατάω μέσα μου.	-----	Όποιος κι' αν είναι, δεν το λέω σε κανένα, το κρατάω μέσα μου.
--	-------	--

22) Παραπονιέται για άσχετα θέματα

Όποιος κι' αν είναι, βρίσκω σχεδόν πάντα τη δύναμη να του πω αυτό ακριβώς που με ενοχλεί, χωρίς να παραπονιέμαι για άλλα πράγματα.	-----	Όποιος κι' αν είναι, δεν βρίσκω πάντα τη δύναμη να του πω αυτό ακριβώς που με ενοχλεί, αλλά του παραπονιέμαι για άλλα πράγματα.
--	-------	---

23) Δεν εκφράζει λεκτικά τη δυσαρέσκειά του σε συγγενή

Αν είναι στενός συγγενής, δεν του το λέω σχεδόν ποτέ.	-----	Αν είναι στενός συγγενής, του το λέω σχεδόν πάντα.
---	-------	--

(συνεχίζεται)

Πίνακας 12. Πλήρης μορφή του Ερωτηματολογίου Εξέτασης Στρατηγικών που σχετίζονται άμεσα ή είναι συναφείς με Συμπεριφορές Τύπου C (συνέχεια)

24) Εκφράζει λεκτικά τη δυσαρέσκειά του για συγγενή σε τρίτους

Αν είναι στενός συγγενής, το κουβεντιάζω με τον ίδιο, και σχεδόν ποτέ με άλλους.	-----	Αν είναι στενός συγγενής, το κουβεντιάζω μόνο με άλλους, και σχεδόν ποτέ με τον ίδιο.
--	-------	---

25) Δεν εκφράζει λεκτικά τη δυσαρέσκειά του για συγγενή

Αν είναι στενός συγγενής, δεν το κρατάω μέσα μου.	-----	Αν είναι στενός συγγενής, δεν το λέω σε κανένα. Το κρατάω μέσα μου.
---	-------	---

26) Παραπονιέται σε συγγενή για άσχετα θέματα (διατύπωση 1)

Αν είναι στενός συγγενής, δεν του το λέω ξεκάθαρα σχεδόν ποτέ.	-----	Αν είναι στενός συγγενής, του το λέω ξεκάθαρα σχεδόν πάντα.
--	-------	---

27) Παραπονιέται σε συγγενή για άσχετα θέματα (διατύπωση 2)

Αν είναι στενός συγγενής, δεν του το λέω στα ίσια. Το βρίσκω πιο εύκολο να του παραπονιέμαι για άλλα πράγματα, που κάνει. Αυτό μου συμβαίνει αρκετά συχνά.	-----	Αν είναι στενός συγγενής, το βρίσκω πιο εύκολο να του το λέω στα ίσια. Αυτό μου συμβαίνει αρκετά συχνά.
--	-------	---

28) Στρατηγική παραίτησης όταν ενοχλείται από συγγενείς

Αν είναι στενός συγγενής, του το λέω στα ίσια, όσες φορές κι' αν χρειασθεί.	-----	Αν είναι στενός συγγενής, του το λέω στα ίσια στην αρχή, αλλά κάποτε σταματάω γιατί δεν ωφελεί.
---	-------	---

29) Εκφράζει τα παράπονα σε συγγενή μόνο εξωλεκτικά

Αν είναι στενός συγγενής, κατσοφιάζω και δεν του το λέω σχεδόν ποτέ.	-----	Αν είναι στενός συγγενής, στην αρχή κατσοφιάζω, αλλά αν με ρωτήσει, του το λέω σχεδόν πάντα.
--	-------	--

30) Δεν λέει παράπονα σε συγγενή και εκφράζει δυσαρέσκεια αναίτια σε τρίτους

Αν είναι στενός συγγενής, δεν του το λέω και γι' αυτό μερικές φορές γκρινιάζω στους άλλους.	-----	Αν είναι στενός συγγενής, του το λέω και γι' αυτό δεν γκρινιάζω σχεδόν ποτέ στους άλλους.
---	-------	---

Με λίγα λόγια, μπορώ να πω με σιγουριά, ότι μέχρι σήμερα, αν κάποιος με ενοχλούσε με τη συμπεριφορά του, όσο στενός συγγενής κι' αν ήταν αυτός, εγώ τις πιο πολλές φορές έκανα το εξής:

31) (Παθητικότητα, διατύπωση 2)) Όταν ενοχλείται δεν αντιδρά

Σχεδόν πάντα, έβρισκα τις λύσεις για να τον αναγκάσω να σταματήσει, αλλά ακόμα δεν βρήκα το κουράγιο να τις εφαρμόσω, μέχρι αυτή τη στιγμή.	-----	Σχεδόν πάντα έβρισκα τις λύσεις για να τον κάνω να σταματήσει, και τις εφαρμόζα. Έτσι, αυτή τη στιγμή, όποιος με ενοχλούσε, είτε τον έχω αναγκάσει να πάψει να μ' ενοχλεί, είτε τον έχω βγάλει οριστικά απ' τη ζωή μου.
---	-------	---

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Abse DW, Wilkins MM, Van de Castel RL, Buxton WD, Demars JP, Brown RS, and Kirschner LG (1974).** Personality and behavioral characteristics of lung cancer patients. *J. Psychosom. Res.* **18**, 101-113.
2. **Arnsten AF, Neville HJ, Hillyard SA, Janowsky DS, & Segal DS (1984).** Naloxone increases electrophysiological measures of selective information processing in humans. *J. Neurosci.* **4**: 2912-2919.
3. **Bacon C L, Rennecker R, and Kutler M. (1952).** "Psychosomatic Survey of Cancer of the Breast. *Psychosom. Med.* Vol. **4**, pp. 453-460.
4. **Badura B (Ed.) (1981).** Soziale Unterst'u'tzung und chronische Krankheit. *Suhrkamp, Frankfurt.*
5. **Bahnon M B & Bahnon C B (1969).** Ego Defenses in Cancer Patients. *An. NY Acad. Sci.* **164**: 546-559.
6. **Bahnon C B (1980,1981).** Stress and cancer: The state of the art. Parts 1 and 2. *Psychosomatics* **21**, 975-981, 1980/ *Psychosomatics* **22**, 207-220, 1981.
7. **Baider L & De-Nour AK (1984).** Couples' Reactions and Adjustment to Mastectomy: A Preliminary Report. *Int'l. J. Psychiatry In Medicine*, Vol. **14**(3), 265-276.
8. **Baldwin RW (1977).** Immune surveillance revisited. *Nature*, Lond. **270**, 557.

9. **Baltrusch HJF (1990).** Life style; Coping and Cancer: Is there a predisposing personality pattern? *Psycho-Oncology letters*. **1** (3), 18-23.
10. **Baltrusch HJF, Gehde E, Titze I, & Heinze HJ (1992).** Early Socialization and Development of Cancer in Later Life. *Ann. NY Acad. Sci.* **650**, 355-362.
11. **Baltrusch HJF, Seidel J, Stangel W, & Waltz ME (1988).** Psychosocial Stress, Aging and Cancer. *Ann. NY Acad. Sci.* 1-15.
12. **Baltrusch HJF, Zongwei Z (1989).** The Role of Psychosocial Stressors, Personality and Coping in the Multifactorial Origin, Initiation and Clinical Course of Neoplastic Disease and in Host-Defense. *Chin. J. Can. Res.* **1**(4): 65-75.
13. **Baltrusch HJF & Santagostino P (1989).** The Type C Pattern: New Concepts. *Intern. J. Psychophysiology*, **7**: 126-127.
14. **Baltrusch HJF, Stangel W, & Titze I (1991).** Stress, Cancer and Immunity. *Acta Neurol.* **13** (4), 315-326.
15. **Baltrusch HJF & Waltz M (1985).** Cancer from a Biobehavioural and Social Epidemiological Perspective. *Soc. Sci. Med.* **20** (8), 789-794.
16. **Bannister D (1960).** Conceptual structure in thought disordered schizophrenics. *Journal of Mental Science* **106**: 1230-1249.
17. **Bannister D & Fransella F (1966).** "Grid Test of Thought Disorder". Psychological Test Publications, *Barnstaple*.
18. **Bannister D & Mair JMM (1968).** The evaluation of Personal Constructs. Academic Press. *London*.
19. **Barraclough J et al (1992).** *Br. Med. J.* **304**, 1078-1081. In: *Barraclough J (1993)*.
20. **Barraclough J (1993).** Life events and breast cancer. *Cancer Topics*. **9** (5), 51-52.
21. **Bartrop RW, Lazarus L, Luckhurst E, Kiloh LG & Penny R (1977).** Depressed Lymphocyte Function after Bereavement. *Lancet*, April 16, 834-36.
22. **Beatson GT (1896).** On the Treatment of Inoperable Cases of Carcinoma of the Mammary: Suggestions for a New Method of Treatment with Illustrative Cases. *Lancet*, **2**: 104-107.
23. **Bebbington P, Hurry J, Tennant C, Sturt E, Wing JK (1981).** Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychol. Med.* **11**: 561-579.
24. **Beck At, Weissman A, Lester D and Trexler L (1974).** The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. **42**: 861-865.
25. **Becker H (1979).** Psychodynamic aspects of breast cancer: Differences in Younger and Older Patients. *Psychother. Psychosom.*, **32**, 287-296.
26. **Bell E T (1957).** Carcinoma of the pancreas: 1. Clinical and pathological study of 609 necropsied cases. 2. The relation of carcinoma of the pancreas to diabetes mellitus. *Am. J. Pathol.* **33**: 499-523. In: *Fox B. : Premorbid Psychological Factors as Related to Cancer Incidence. Journal of Behavioral Medicine, Vol. 1, No. 1, 1978.*
27. **Berkman L and Syme S (1979).** Social networks, host resistance and mortality. *Am. J. Epid.* **109**, 186-204.
28. **Bertalanffy L (1952).** *Problems of life*, Wiley, New York.
29. **Bertalanffy L (1968).** *General systems theory*, Braziller New York
30. **Bjelke E (1975).** Dietary vitamin A and human lung cancer. *Int. J. Cancer*, 561-565.
31. **Bloom JR (1982).** Social Support, Accomodation to Stress and Adjustment to Breast Cancer. *Soc. Sci. Med.* **16**, 1329-38.
32. **Bloom JR & Spiegel D (1984).** The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Soc. Sci. Med.* **Vol. 19**, No. 8, 831-837.
33. **Bolton PM, Mander AM, Davidson JM, James SL, Newcombe RG & Hughes LE (1975).** Cellular immunity in Cancer: comparison of delayed hypersensitivity skin tests in three common cancers. *Br. Med. J.* **III**, 18.
34. **Booth G (1964).** *Cancer and Culuture: Psychological Disposition and Environment (A Rorschach Study)* Unpublished.

35. **Bortner RW (1969).** A Short Rating Scale as a Potential Measure of Pattern A Behavior. *J. Chron. Dis.* **22**: 87-91.
36. **Brown GW, Davidson S, Harris T, Maclean U, Pollock S, Prudo R (1977).** Psychiatric disorder in London and North Uist. *Soc. Sci. Med.* **11**: 367-377.
37. **Brown JH & Paraskevas F (1982).** Cancer and Depression: Cancer Presenting with Depressive Illness: An Autoimmune Disease? *Brit. J. Psychiat.* **141**, 227-232.
38. **Brown GW and Harris TO (1978).** Social Origins of Depression. Tavistock, London.
39. **Bukberg J, Penman D & Holland JC (May/June 1984).** Depression in Hospitalized Cancer Patients. *Psychosomatic Medicine*, Vol. **46**, No. 3, 199-211.
40. **Burgess C (1987).** Stress and cancer. *Canc. Surv.* **6** (3), 403-416.
41. **Carnegie PR (1971).** Properties, structure and possible neuroreceptor role of the encephalitogenic protein of human brain. *Nature*, **229**, 25-8.
42. **Cambell RC (1967).** Statistics for biologists. Cambridge. University Press.
43. **Caspary EA & Field EJ (1971).** Specific lymphocyte sensitization in cancer: is there a common antigen in human malignant neoplasia? *Brit. Med. J.* **ii**, 613-17. In: *Brown JH & Paraskevas F (1982).*
44. **Cassel JT and Tyroler HA (1961).** Epidemiological studies of culture change. I. Health status and recency of industrialization. *Arch. Environ. Health* **3**: 25-33. In: *Fox B H. (1978).*
45. **Chang SS and Rasmussen AF (1965).** Stress induced suppression of interferon production in virus-infected mice. *Nature* **205**, 623-624.
46. **Cochrane R and Robertson A (1973).** The life events inventory: A measure of the relative severity of psychological stressors. *J. Psychosomat. Res.* **17**: 135-140.
47. **Coopen AJ and Metcalfe M (1963).** "Cancer and Extraversion." *Br. Med. J.* Vol. **XX**, (July 6th) pp. 18-19.
48. **Cooper J.E., Copeland J.R.M., Brown G.W., Harris T. and Courlay A.J. (1977):** Further studies on interviewer training and inter-rater reliability of the Present State Examination. *Psychol. Med.* **7**, 517-523.
49. **Cooper CL (Spring 1984).** The Social-Psychological Precursors to Cancer. *Journal of Human Stress.* pp. 4-11.
50. **Cooper CL, Cooper Davies RF & Faragher EB (1986).** A Prospective Study of the Relationship Between Breast Cancer and Life Events, Type A Behaviour, Social Support and Coping Skills. *Stress Med.* **2**: 271-277.
51. **Cox T and Mackay C (1982).** Psychosocial Factors and Psychophysiological Mechanisms in the Aetiology and Development of Cancers. *So. Sci. Med.* Vol. **16**, 381-396.
52. **Craig T and Abeloff M (1974).** "Psychiatric Symptomatology Among Hospitalized Cancer Patients." *Am J Psychiatry* **131**:12, December.
53. **Dattore P, Shontz F and Coyne L (1980).** Premorbid Personality Differentiation of Cancer and Non-Cancer Groups. *J. Consult. Clin. Psychol.* **48**(3), 388-394.
54. **Davies RK, Quinlan DM, McKegney FP, Kimball CP (1973).** Organic factors and psychological adjustment in advanced cancer patients. *Psychosom Med*; **35**, 464-71.
55. **Derogatis LR, Abeloff MD and Melisaratos N (1979).** Psychological Coping Mechanisms and Survival Time in Metastatic Breast Cancer. *JAMA*, **242** (14), 1504-1508.
56. **Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, Henrichs M, Carnicke CLM, Jr, MA (1983).** The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. *JAMA*, Feb 11, Vol **249**, No. 6, 751-757.
57. **Doll R (1962).** Susceptibility to carcinogenesis at different ages. *Geront. Clin.* **4**: 211-221.
58. **Doerner D, Kreuzig HW, Reither F, & Staudel T (1983).** Lohhausen: Vom Umgang mit Unbestimmtheit und Komplexit'a't. *Huber. Bern.*

59. **Doongaji DR, Apte JS, Duit MR, Shubha Thatte, Mala Rao & Meena Pradhan (1985).** Measurement of Psycho-Social Stress in Relationship to an Illness. *Journal of Postgraduate Medicine*, **31** (2), 73-79.
60. **Engel GL (1977).** The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*. Vol. **196**, No 4286, 8 April, pp 129-136.
61. **Eusterman GB, and Wilbur DL (1933).** Primary Malignant Neoplasm of Pancreas: Clinical Study of 88 Verified Cases Without Jaundice, *Southern Med. J.* **26**: 875-883.
62. **Evans E (1926).** *A Psychological Study of Cancer*. Dodd-Mead, New York.
63. **Evans NJR, Baldwin JA and Gath D (1974).** The Incidence of Cancer Among In-Patients with Affective Disorders. *Brit. J. Psychiat.* **124**, 518-25.
64. **Ewertz M (1986).** Bereavement and breast cancer. *Br. J. Canc.* **53**, 701-703. In: *Burgess C (1987)*.
65. **Eysenck HJ (1985).** Personality, cancer and cardiovascular disease: a causal analysis. *Personality and Individual Differences*. **6**, 535-556.
66. **Eysenck HJ (1987).** Personality as a predictor of cancer and cardiovascular disease; and the application of behaviour therapy in prophylaxis. *European Journal of Psychiatry*. **1**, 45-133.
67. **Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, Kemeny ME, Elshoff R, Morton D (1990a).** A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch. Gen. Psychiat.* **47**, 720-725.
68. **Fawzy FI, Kemeny ME, Fawzy NW, Elshoff R, Morton D, Cousins N, Fahey JL (1990b).** A structured psychiatric intervention for cancer patients. II. Changes over time in immunological measures. *Arch. Gen. Psychiat.* **47**, 729-735.
69. **Field EJ, Caspary EA & Carnegie PR (1971).** Lymphocyte sensitization to basic protein of brain in malignant neoplasia: experiments with serotonin and related compounds. *Nature*, **233**, 284-6.
70. **Foque E (1931).** "Le Probleme au Cancer dans les Aspects Psychiques." *Hospital Gazette (Paris)*, **104**, p. 827.
71. **Fox BH (1978).** Premorbid Psychological Factors as Related to Cancer Incidence. *J. Behav. Med.* Vol. **1**. No 1, 45-133.
72. **Fransella F & Bannister D (1977).** A Manual for Repertory Grid Technique. *Academic Press Inc. (London) Ltd.*
73. **Fras I, Latin EM and Pearson JS (1967).** Comparison of Psychiatric Symptoms in Carcinoma of the Pancreas with Those in Some Other Intra-abdominal Neoplasms. *Amer. J. Psychiat.* **123**: 12, 1553-1562.
74. **Freud A (1966).** The Ego and the Mechanisms of Defense. *Rev. Ed. New York. International Universities Press.*
75. **Friedman M, Powell LH, Price VA, and Dixon T (August 1984).** Alteration of type A behavior and reduction in cardiac recurrences in postmyocardial infarction patients. *Am. Heart J.* **108**: 237-248.
76. **Fudenberg HH (1968).** Are autoimmune diseases immunologic deficiency states? *Hosp. Pract.* **3**, 43-48. In: *Cox T & Mackay C (1982)*.
77. **Funch DP, Marshall J (1983).** The role of stress, social support and age in survival from breast cancer. *J. Psychosom. Res.* **27**: 77-83.
78. **Γαρδίκας Κ (1984).** Ειδική Νοσολογία. **1**: 8, **2**: 1046, 1120. *Εκδόσεις Παρισιάνου Γρ, Αθήνα.*
79. **Gehde E & Baltrusch HJF (1990).** Early Experience and Development of Cancer in Later Life: Implications for Psychoneuroimmunologic Research. *Intern. J. Neurosci.* **51**, 257-260.
80. **Gendron D (1701).** *Enquiries into the Nature, Knowledge and Cure of Cancer*. London.
81. **Geyer S (1991).** *J. Psychosom. Res.* **35**, 355-363. In: **Barracough J (1993).**
82. **Gisler RH (1974).** Stress and the hormonal regulation of the immune response in mice. *Psychother. Psychosom.* **23**, 197-208.

83. **Goodkin K, Antoni MH & Blaney PH (1986).** Stress and hopelessness in the promotion of cervical intraepithelial neoplasia to invasive squamous cell carcinoma of the cervix. *J. Psychosom. Res.* 30, 67-76. **In: Burgess C (1987).**
84. **Graves PL, Mead LA & Pearson TA (1986).** The Rorschach interaction scale as a potential predictor of cancer. *Psychosom. Med.* 48 549-563. **In: Temoshok L (1987).**
85. **Greenberg AM, Playfair JH (1974).** Spontaneously arising cytotoxicity to the P-815 mastocytoma in NZB mice. *Clin. Exp. Immunol.* 16: 99-110.
86. **Greenberg A, Dyck D, & Sandler L (1984).** Opponent processes, neurohormones and natural resistance. *In Fox B & Newberry B (Eds), Impact of psychoendocrine systems in cancer and immunity (pp. 255-258).* Toronto: Hogrefe.
87. **Greene WA and Swisher SN (1969).** Psychological and somatic variables associated with the development and course of monozygotic twins discordant for leukemia. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 164: 394-408.
88. **Greer S (1979).** "Psychological Enquiry: A Contribution to Cancer Research." *J. Psychol. Med.* Vol. 9, 81-89.
89. **Greer S and Morris T (1975).** "Psychological Attributes of Women who Develop Breast Cancer: A Controlled Study." *J. Psychosom. Res.* Vol. 19, 147-153. **In: Cooper CL (Spring 1984).**
90. **Greer S and Morris T (1978).** The study of psychological factors in breast cancer: Problems of method. *Soc. Sci. Med.* 12, 129-134.
91. **Greer S, Morris T and Pettingale KW (1979).** Psychological Response to Breast Cancer: Effect on Outcome. *The Lancet*, p. 785-787.
92. **Greer S and Watson M (1985).** Towards a Psychobiological Model of Cancer: Psychological Considerations. *Soc. Sci. Med.* 20 (8): 773-777.
93. **Grossarth-Maticek R (1980a).** Psychosocial Predictors of Cancer and Internal Diseases. An Overview. *Psychother. Psychosom.* 33: 122-128.
94. **Grossarth-Maticek R (1980b).** Synergetic Effects of Cigarette Smoking, Systolic Blood Pressure, and Psychosocial Risk Factors for Lung Cancer, Cardiac Infarct and Apoplexy Cerebri. *Psychother. Psychosom.* 34: 267-272.
95. **Grossarth-Maticek R, Dusan T Kanazir, H Vetter, M Jankovic (1983).** Smoking as a Risk Factor for Lung Cancer and Cardiac Infarct as Mediated By Psychosocial Variables. A Prospective Investigation. *Psychother. Psychosom.* 39: 94-105.
96. **Grossarth-Maticek R, Schmidt P, Vetter H & Arndt S (1984a).** Psychotherapy research in oncology. In: Steptoe A and Matthews A (eds), Health Care and Human Behaviour, Ch 1, pp 325-341. Academic Press, London. **In: Temoshok L (1987).**
97. **Grossarth-Maticek R, Kanazir DT, Schmidt P and Vetter H (1985).** Psychosocial and Organic Variables as Predictors of Lung Cancer, Cardiac Infarct and Apoplexy: Some Differential Predictors. *Person. individ. Diff.* 6(3), 313-321.
98. **Grossarth-Maticek R, Kanazir DT, Schmidt P and Vetter H (1982b).** Psychosomatic Factors in the process of cancerogenesis. Theoretical models and empirical results. *Psychother. Psychosom.* 38, 284-302.
99. **Grossarth-Maticek R, Frenzel-Beyme R & Becker N (1984b).** Cancer Risks Associated With Life Events and Conflict Solution. *Cancer Detection and Prevention*, 7: 201-209.
100. **Grossarth-Maticek R, Siegrist J, and Vetter H (1982a).** Interpersonal repression as a predictor of cancer. *Soc. Sci. Med.* 16, 493-498.
101. **Grossarth-Maticek R, Eysenck HJ, Vetter H, and Frenzel-Beyme R (1986).** The Heidelberg prospective intervention study. Paper presented at the First International Symposium on Primary Prevention and Cancer. Antwerp. March 19-22, 1986. **In: Eysenck HJ (1987).**
102. **Guy R (1759).** *An Essay on Schirrhous Tumors and Cancer.* W Owen. London.

103. **Habel K (1963).** Immunologic aspects of oncogenesis by polyoma virus. In *Conceptual Advances in Immunology and Oncology*. Harper & Row. New York. **In: Cox T & Mackay C (1982).**
104. **Hagnell O (1966).** "The Premorbid Personality of Persons who Develop Cancer in a Total Population Investigated in 1947 and 1957. In: *Psycho-Physiological Aspects of Cancer*. Ann. of NY Acad. Sci., p. 846.
105. **Haller O, Kiesling R and Oern A (1977).** Natural cytotoxicity to human leukemia mediated by mouse non-T cells. *Int. J. Cancer* **20**, 91-103.
106. **Hanna N and Fidler IJ (1980).** Role of natural killer cells in the destruction of circulating tumor emboli. *J. natn. Cancer Inst.* **65**, 801-809.
107. **Harrison TR (1972).** Principles of Internal Medicine. *Ελληνική Απόδοση, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου*. **3**, Κεφ. 369, 371. Αθήνα.
108. **Ηλιόπουλος Γ, Βαϊόπουλος Γ, Κουλοχέρη Σ, Αλεξανδράκης Μ, Κωνσταντοπούλου Μ, Ντουρντουρέκα Κ, Γανωτάκης Ε (1990).** Αυξημένη κυτταρολυτική δραστηριότητα των κυττάρων φυσικών φονέων (NK-κυττάρων) στά ηλικιωμένα άτομα. *Ιατρική*, **58** (4), 365-369.
109. **Henderson S, Duncan-Jones P, Byrne DG, Scott R, Adcock S (1979).** Psychiatric disorder in Canberra: a standardized study of prevalence. *Acta Psych. Scand.* **60**: 355-374.
110. **Henderson S, Byrne DG, Duncan-Jones P (1981).** Neurosis and the social environment. *Academic Press. London*.
111. **Herberman R and Holden H (1978).** Natural cell-mediated immunity. *Adv. Cancer Res.* **27**, 305-377.
112. **Hirschfeld RMA, Kleeman GL, Schless AP (1977).** Modified Life Events section of the Psychiatric Epidemiology Research Interview (PERI), for use in the clinical studies of the NIMH clinical research branch collaborative program on the psychology of depression. **In: Irwin M (1990).**
113. **Holmes EC & Golub SH (1976).** Immunological defects in lung cancer patients. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, **71**, 161.
114. **Holmes TH and Rahe RH (1967).** The social readjustment rating scale. *J. Psychosomat. Res.* **11**: 213-218.
115. **Hoover R and Fraumeni JF, Jr. (1973).** Risk of cancer in renal transplant recipients. *Lancet* 2: 55-57. **In: Fox BH (1978).**
116. **Huggins C and Hodes CV (1941).** Studies on prostatic cancer: effect of castration, of estrogen and of androgen injection on serum phosphatases in metastatic carcinoma of prostate. *Cancer Res.* **1**, 293-297. **In: Cox T & Mackay C (1982).**
117. **Huggins C, Briziarelli G and Sutton H (1959).** Rapid induction of mammary carcinoma in the rat and the influence of hormones on the tumors. *J. Exp. Med.* **109**: 25-42.
118. **Jankovic BD & Isakovic K (1973).** Neuro-endocrine correlates of immune response. I. Effect of brain lesions on antibody production, Arthus reactivity and delayed hypersensitivity in the rat. *Int. Arch. Allergy Appl. Immunol.* **45**: 360-372.
119. **Jankovic BD & Maric D (1987).** Enkephalins and immunity. I: In vivo suppression and potentiation of humoral immune response. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* **496**: 115-125.
120. **Jenkins D (1984).** Social environment and cancer mortality in men. *N. Engl. J. Med.* **48**, 395-398.
121. **Jones DR, Goldblatt PO & Leon DA (1984).** Bereavement and Cancer: some data on deaths of spouses from the longitudinal study of OPCS. *Br. Med. J.* **289**, 461-464. **In: Burgess C (1987).**
122. **Joseph J and Syme L (1982).** Social connection and the etiology of cancer. In *Psychological Aspects of Cancer* (Edited by Cohen J, Cullen J and Martin L). *Raven Press, New York*.

123. **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (1992).** *World Health Organization. Geneva.*
124. **Irwin M, Patterson T, Smith TL, Caldwell C, Brown SA, Gillin JC, & Grant I (1990).** Reduction of Immune Function in Life Stress and Depression. *Biol. Psychiatry*, **27**, 22-30.
125. **Keehn RJ, Goldberg ID and Beebe GW (1974).** Twenty-four year followup of army veterans with disability separations for psychoneurosis in 1944. *Psychosom. Med.* **36**: 27-45.
126. **Kelly GA (1955).** The Psychology of Personal Constructs. **Vols 1 and 2.** *Norton, New York.*
127. **Kerr T A, Schapira K and Roth M (1969).** The Relationship between Premature Death and Affective Disorders. *Br. J. Psychiat.* **115**, 1277-82.
128. **Kiecolt-Glaser JK, Glaser R, Willinger D, Stout J, Messick G, Ricker D, Romisher SC, Briner W, Bonnell G & Donnerberg R (1985).** Psychosocial enhancement of immunocompetence in a geriatric population. *Health Psychol.* **4**: 25-41.
129. **Kiecolt-Glaser JK, Fisher L, Ogrocki P, Stout JC, Speicher CF, Glaser R (1987).** Marital quality, marital disruption and immune function. *Psychosom. Med.* **49**, 13-34.
130. **Kiecolt-Glaser JK, Kennedy S, Maloff S, Fisher L, Speicher LE, Glaser R (1988).** Marital discord and immunity in males. *Psychosom. Med.* **50**, 213-229.
131. **Kissen DM and Eysenck HJ (1962).** Personality in male lung cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research* **6**: 123-137.
132. **Kissen D (1963).** "Personality Characteristics in Males Conductive to Lung Cancer." *Br. J. Med. Psychol.* **36**, 27-36.
133. **Kissen DM (1966).** The significance of personality in lung cancer in men. *Annals of the New York Academy of Sciences.* **125**: 820-826.
134. **Kissen DM, Brown RIF, and Kissen MA (1969).** A further report on personality and psychosocial factors in lung cancer. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* **164**, 535-545.
135. **Kissen D (1969).** "The Present Status of Psychosomatic Cancer Research." *Geriatrics*, **24**, p. 129.
136. **Kobasa SC, Maddi SM and Khan S (1982).** Hardiness and Health: A Prospective Study. *J. Personality and Soc. Psychol.* **42**(1), 168-177.
137. **Kronfol Z, Silva J, Greden J Dembinski S and Carroli BJ (1982).** Cell-Mediated Immunity in Melancholia. *Psychosom. Med.* **44**(3), 304.
138. **Kronfol Z (1983).** Cancer and Depression. *Brit. J. Psychiat.* **142**, 309.
139. **Lasnitizki I (1955).** The influence of a hypervitaminosis on the effect of 20-methylcholanthrene on mouse prostate glands grown in vitro. *Br. J. Cancer* **9**, 434.
140. **Lazarus RS (1966).** Psychological Stress and the Coping Process. *McGrow-Hill, New York.* *In: Fox B H (1978).*
141. **LeShan L and Worthington RE (1955).** "Some Psychological Correlates of Neoplastic Disease: Preliminary Report." *J. Clin. Exper. Psychopathol.* **Vol. 16**, p. 281.
142. **LeShan L (1959).** "Psychological States as Factors in the Development of Malignant Disease: A Critical Review." *J. Nat. Cancer Institute.* **22**, pp. 1-18.
143. **LeShan L (1966).** "An Emotional Life-History Pattern Associated with Neoplastic Disease." *Ann. NY Academy Sci. J.* **Vol. 125**, pp. 780-793.
144. **Levine PM, Silberfarb PM, & Lipowski ZJ (1978).** Mental Disorders in Cancer Patients. *Cancer* **42**: 1385-1391.
145. **Levy SM, Herberman RB, Maluish AM, Schlien B, and Lippman M (1985).** Prognostic Risk Assessment in Primary Breast Cancer by Behavioral and Immunological Parameters. *Health Psychology*, **4** (2), 99-113.
146. **Levy SM (1985).** Behavior and Cancer. *Jossey-Bass Inc. (Publ). San Francisco, California.*
147. **Lewison EF (1965).** Castration in the treatment of advanced breast cancer. *Cancer* **18**, 1558-1562.

148. **Linn BS, Linn MW, & Jensen J (1982).** Degree of Depression and Immune Responsiveness. *Psychosom. Med.* **44**(1), 128.
149. **Locke SE, Kraus L, Leserman J, Hurst MW, Heisel JS and Williams RM (Sept/Oct 1984).** Life Change Stress, Psychiatric Symptoms, and Natural Killer Cell Activity. *Psychosomatic Medicine*, **46**(5), 441-453.
150. **Luria RE & MacHugh PR (1974).** Reliability and clinical utility of the "Wing" Present State Examination. *Arch. Gen. Psych.* **30**: 866-871.
151. **Lyketos GC, Lyketos CG, Richardson SC, Beis A (1985).** Depression and depressive syndromes in psychosomatic disorders. *Paper presented at the regional meeting of the World Psychiatric Association.* Athens, October.
152. **Maas JW (1975).** Biogenic amines and depression. *Archives of General Psychiatry*, **32**, 1357-61.
153. **Marsh JT and Rasmussen AF (1960).** Response of adrenals, spleen and leucocytes to shuttle box confinement stress. *Proc. Soc. Exp. Biol.* **104**, 180-183.
154. **Μαυρέας Β, Λυκέτσος Γ, Λιανόπουλος Δ, Πατεράκης Π και Παρίτσης Ν (1981).** Δοκιμαστική εφαρμογή τής Εξέτασης τής Παρούσας Κατάστασης (PSE) σέ ψυχωσικούς ασθενείς. *Ιπποκράτης*, **9** (3): 179-188.
155. **Mavreas VG, Beis A, Mouyias A, Rigoni F, and Lyketos GC (1986).** Prevalence of psychiatric disorders in Athens. A community study. *Soc. Psych.* **21**: 172-181.
156. **McNair PM, Lorr M and Drappelman L (1971).** POMS Manual. Education and Industrial testing Services. San Diego. pp, 24-25.
157. **McBurney M & Baer P (1981).** The family environment of families with a hypertensive father. *Psychosom. Med.* **43**.
158. **Mikat B (1975).** Zur Häufigkeit alter Menschen in der Bundesrepublik Deutschland und in West-Berlin. In *Altern und Langlebigkeit. V. Boehlau, Ed. Schattauer. Stuttgart.*
159. **Moffic HS and Paykel ES (1975).** Depression in medical in-patients. *Br. J. Psychiatry.* **126**: 346-353.
160. **Monjan A and Collector MI (1977).** Stress-induced modulation of the immune response. *Science* **196**, 207-208. In: **Cox T & Mackay C (1982).**
161. **Moos RH & Moos BS (1981).** Family Environment Scale. Manual. *Consulting Psychologists Press, Inc. Palo Alto, California.*
162. **Moos RH & Moos BS (1986).** Family Environment Scale. Manual. *Consulting Psychologists Press, Inc. Palo Alto, California.*
163. **Morris T Greer HS and White P (1977).** Psychological and social adjustment to mastectomy: a two-year follow-up study. *Cancer*, **40**, 2381-2387.
164. **Morris T (1979).** Psychological adjustment to mastectomy. *Cancer Treat. Rev.* **6**, 41-61.
165. **Morris T and Greer HS (1980).** A 'Type C' for Cancer? Low Trait Anxiety in the Pathogenesis of Breast Cancer. *Cancer Detection and Prevention.* **3**(1), **Abstract 102.**
166. **Morris T, Greer S, Pettingale KW and Watson M (1981).** Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *J. Psychosom. Res.* **24**(2), 111-117.
167. **Mastrovito RC, Deguire KS, Clarkin J, Thaler T, Lewis JL, and Cooper E (1979).** Personality characteristics of women with gynecological cancer. *Cancer Detect. Prev.* **2**, 281-287.
168. **Nie NW, Hull CH, Jenkins JG, Steinbrenner K and Bent DH (1975).** "Statistical Package for the Social Sciences". *McGraw Hill, New York.*
169. **Niemi T and Jaaskelainen J (1977).** Cancer Morbidity in Depressive Persons. *J. Psychosom. Res.* **Vol. 22**, pp 117-120.
170. **Orley J, Wing JK (1979).** Psychiatric disorders in two African villages. *Arch. Gen. psych.* **36**: 513-520.
171. **Paget J (1870).** *Surgical Pathology*, 2nd Edition. Longmans Green. London.
172. **Παπαχαράλμπος Ν (1979).** Γενική Παθολογία. *Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα.*

173. **Paykel ES, Prusoff BA and Uhlenhuth EH (1971).** Scaling of Life Events. *Arch. Gen. Psychiat.* Vol 25, Oct 1971, 340-347.
174. **Penn I (1981).** Depressed immunity and the development of cancer. *Clin. Exp. Immunol.* 46, 459-474.
175. **Peters LJ and Mason KA (1979).** Influence of stress on experimental cancer. In: *Mind and Cancer Prognosis (Edited by Stoll BA) Wiley. London.* In: **Cox T & Mackay C (1982).**
176. **Pettingale KW (1985).** Towards a Psychobiological Model of Cancer: Biological Considerations. *Soc. Sci. Med.* 20 (8), 779-787.
177. **Pettingale K, Morris T, Greer S, & Haybittle JL (March 30, 1985).** Mental Attitudes to Cancer: An Additional Prognostic Factor. *Lancet*, p 750.
178. **Perrin GM, and Pierce IR (1959).** "Psychosomatic Aspects of Cancer: A Review." *Psychosom. Med.*, Vol. 5, pp. 397-421.
179. **Pettingale KW, Greer S and Tee DEH (1977).** Serum IgA and emotional expression in breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research* 21: 395-399.
180. **Plumb MM, Holland J (1977).** Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer. 1. Self-reported depressive symptoms. *Psychosom Med*; 39, 264-76.
181. **Pross HF (1987).** Involvement of natural killer cells in human malignant disease. In Lotzova E, Huberman RB (eds), *Immunobiology of Natural killer Cells.* Boca Raton: CRC Press. In: **Irwin M et al (1990).**
182. **Rabkin and Stuenkel EL (1976).** Life events, stress and illness. *Science* 194: 1013-1020. In: **Burgess C (1987).**
183. **Rees WD and Lutkins SG (1967).** Mortality of bereavement. *Br. Med. J.* 4: 13-16. In: **Fox BH (1978).**
184. **Renneker R (1981).** Cancer and psychotherapy. In: *Psychotherapeutic Treatment of Cancer Patients* (Edited by Goldberg JG). *Free Press, New York.* In: **Baltrusch and Waltz (1985).**
185. **Rogentine S, Boyd S, Bunney W, Docherty J, FoxBH, Rosenblatt J and Van Kammen D (1979).** Psychological factors in the prognosis of malignant melanoma. *Psychosomatic Medicine.* 41: 647-658.
186. **Rosenman RH, Friedman M, Straus R, Wurm M, Kositchek R, Hahn W, Werthessen NT (1964).** A predictive study of coronary heart disease. *J. Am. Med. Assoc.* 189: 15-26.
187. **Rush Bf, Jr (1975).** A rational approach to the therapy of primary breast cancer. *Lecture in a course, "Topics in Clinical Oncology: Breast Carcinoma". American College of Physicians.*
188. **Sainsbury P & Kreitman N (1975).** Methods of Psychiatric Research. *Oxford University Press. New York.*
189. **Sarantoglou GE, Rigatos GA, & Stavrakakis GE (1991).** Experience with referrals to the psychiatric department of a cancer hospital. *Psycho-Oncology letters*, 2 (3-4), 21-26.
190. **Savage C, Butcher W, and Noble D (1952).** Psychiatric Manifestations in Pancreatic Disease. *J. Clin. Exp. Psychopath.* 13: 9-16.
191. **Schmale AH and Iker H (1971).** Hopelessness as a mediator of cervical cancer. *Social Science and Medicine* 5, 95-100.
192. **Scholz T and Pfeiffer F (1923).** Roentgenologic Diagnosis of Carcinoma of the Tail of the Pancreas, *JAMA.* 81, 275-277.
193. **Schonfield J (1975).** "Psychological and Life-Experience Differences Between Israeli Women with Benign and Cancerous Breast Lesions." *J. Psychosom. Res.* 19, p. 229.
194. **Schramm A, Franke H, Sims B & Haubitz I (1983).** Gesundheitszustand, Lebenserwartung und Todesursache von Hundertj'a'hrigen. *Versicherungsmedizin* 35, 50-53.

195. Schwab JJ, Bialow M, Brown JM, and Holzer CE (1967). Diagnosing depression in medical in-patients. *Ann. Intern. Med.* **67**: 695-707.
196. Shavit Y, Terman GW, Martin FC, Lewis JW, Liebeskind JC, & Gale RP (1985). Stress, opioid peptides, the immune system, and cancer. *J. Immunol.* **135**: 834s-837s.
197. Shekelle RB, Raynor AM Ostefeld et al (1981). Psychological Depression and 17-Year Risk and Death from Cancer. *Psychosom. Med.* **43**, 117-125.
198. Shiloh A (1982). Type C. The cancer-prone personality. *Unpublished paper. Dept. of Anthropology, U. of South Florida, Tampa, FL.*
199. Sjobring H (1963). La Personalite', Structure et Developpement. *Doin, Paris.*
200. Smith WR and Sebastian H (1976). "Emotional History and Pathogenesis of Cancer." *J. Clin. Psychol.* Vol. **32**(4), 63-66.
201. Smythies JR, Bennington F & Morin RD (1970). Specification of a possible serotonin receptor site in the brain. *Neurosciences Research Program Bulletin*, **8**, 117-22.
202. Snow H (1883). *Clinical Notes on Cancer.* J & A Churchill. London.
203. Solomon GF (1969). Stress and antibody response in rats. *International Archives of Allergy and Applied Immunology.* **35**, 97-104.
204. Solomon GF and Amkraut AA (1979). Neuroendocrine aspects of the immune response and their implications for stress effects on tumour immunity. *Cancer Detection Prevention* **2**, 197-224. *In: Cox T & Mackay C (1982).*
205. Solomon GF, Amkraut AA, and Kasper P (1974). Immunity, emotions, and stress. (With special reference to the mechanisms of stress effects on the immunity system.) *Ann. Clin. Res.* **6**, 313-322.
206. Sourkes TL (1977). Biochemistry of mental depressions. *Canadian Psychiatric Association Journal*, **22**, 467-81.
207. Spiegel D, Bloom JR & Gottheil E (1983). Family Environment as a Predictor of Adjustment to Metastatic Breast Cancer. *J. Psychosoc. Oncol.* **1**(1), 33-44.
208. Spiegel et al (1989). In: Baltrusch HJF et al (1991). Stress, Cancer and Immunity.
209. Stein M, Keller S and Schleifer S (1979). Role of the hypothalamus in mediating stress effects on the immune system. In: *Mind and Cancer Prognosis (Edited by Stoll BA) Wiley. London. In: Cox T & Mackay C (1982).*
210. Steel GG (1973). Cytokinetics of neoplasia. In Holland JF & Frei E III (eds), *Cancer Medicine*, Lea and Febiger, Philadelphia.
211. Στεφανής Κ και συν. (1977). Ψυχιατρικά Θέματα. *Univ. Press. Αθήνα.*
212. Stewart MA, Drake F and Winokus G (1965). Depression among medically ill patients. *Dis. Nerv. Syst.* **26**: 479-484.
213. Stoll BA (Ed.) (1972). *Endocrine Therapy in Malignant Disease.* Saunders. London.
214. Sturt E, Bebbington PE, Hurry J, Tennant C (1981). The present state examination used by interviews from a survey: Report from the Camberwell community survey. *Psychol. Med.* **11**: 185-192.
215. Surtees PG, Dean C, Ingham JG, Kreitman NB, Miller PMcC, Sashidaran SP (1983). Psychiatric disorder in women from an Edinburgh community: associations with demographic factors. *Br. J. Psych.* **142**: 238-246.
216. Temoshok L & Heller B (1981). Stress and "Type C" versus epidemiological risk factors in melanoma. *Paper presented at the 89th Annual Convention of the American Psychological Association, Los Angeles, August 25.*
217. Temoshok L & Heller BW (1984). On Comparing Apples, Oranges and Fruit Salad: a Methodological Overview of Medical Outcome Studies in Psychosocial Oncology. In: Cooper CL (Ed.). *Psychosocial Stress and Cancer.* John Wiley & Sons Ltd. Chichester.
218. Temoshok L (1985). Biopsychological studies on cutaneous malignant melanoma: Psychosocial factors associated with prognostic indicators, progression, psychophysiology and tumor-host response. *Soc. Sci. Med.* **20** 833-840. *In: Temoshok et al (1985).*
219. Temoshok L (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Canc. Serv.* **6** (3), 545-567.

220. **Temoshok L, Heller BW, Sagebiel RW, Blois MS, Sweet DM, DiClemente RJ & Gold ML (1985).** The Relationship of Psychosocial Factors to Prognostic Indicators in Cutaneous Malignant Melanoma. *J. Psychosom. Res.* **29** (2), 139-153.
221. **Thomas CB and Duszynski KR (1974).** Closeness to parents and the family constellation in a prospective study of five disease states: Suicide, mental illness, malignant tumor, hypertension and coronary heart disease. *Johns Hopkins Med. J.* **134**: 251-270.
222. **Thomas CB Duszynski KR and Shaffer JW (1979).** Family attitudes reported in youth as potential predictors of cancer. *Psychosom. Med.* **41**, 287-302.
223. **Thomas CB and Greenstreet RL (1973).** "Psychobiological Characteristics in Youth as Predictors of Five Disease States: Suicide, Mental Illness, Hypertension, Coronary Heart Disease and Tumor." *Johns Hopkins Med. J.* **132**, 16-43.
224. **Thomas CB (1976).** Precursors of premature disease and death: The predictive potential of habits and family attitudes. *Ann. Intern. Med.* **85**: 653-658.
225. **Τριχόπουλος Δ (1975).** Ιατρική Στατιστική. Κεφ. 5. Εκδόσεις Παρισιάνου Γρ. Αθήνα.
226. **Tyroler HA and Cassel JC (1964).** Health consequences of culture change: The effect of urbanization on coronary heart mortality in rural residents of North Carolina. *J. Chron. Dis.* **17**: 167-177. *In: Fox B H (1978).*
227. **Waring EA & Russel L (1980).** Family structure, marital adjustment, and intimacy in patients referred to a consultation/liaison service. *Gen. Hosp. Psych.* **3**: 198-203.
228. **Weisman AD (1976).** Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. *Am. J. Med. Sci.* **271**, 187-196.
229. **Weksler ME & Tutteroth TH (1974).** Impaired lymphocyte function in aged humans. *J. Clin. Invest.* **53**, 99-103.
230. **Whitlock FA (1978).** Suicide, Cancer and Depression. *Br. J. Psychiat.* **132**, 269-74.
231. **Whitlock FA and Siskind M (1979).** Depression and cancer: a follow-up study. *Psychological medicine*, **9**, 747-752.
232. **Wing JK, Birley JLT, Cooper JE, Graham P, Isaaks AO (1967).** Reliability of a procedure for measuring and classifying "Present Psychiatric State". *Br. J. Psych.* **113**: 499-515.
233. **Wing JK, Cooper JE and Sartorius N (1974).** Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms. An instruction Manual for the P. S. E. and CATEGO Program. *Cambridge Univ. Press.*
234. **Wing JK, Nixon JM, Mann SA, Leff JP (1977a).** Reliability of the PSE (ninth edition) used in a population survey. *Psychol. Med.* **7**, 505-516.
235. **Wing JK, Henderson AS, Winckle M (1977b).** The Rating of Symptoms by a Psychiatrist and a Non-Psychiatrist: A study of Patients referred from General Practice. *Psychol. Med.* **7**, 713-715.
236. **Wing JK, Mann SA, Leff JP, Nixon JM (1978).** The concept of a "case" in psychiatric population surveys. *Psychol. Med.* **8**: 203-217.
237. **Wing JK & Sturt E (1978).** The PSE-ID-CATEGO System Supplementary Manual *MRC Soc. Psychiat. Unit. Inst. Psychiat., London.*
238. **Wing JK, Cooper JE and Sartorius N (1982).** Ελληνική Απόδοση: Μαυρέας Β, Λυκέτσος Γ, Λιανόπουλος Δ, Oldham Α, Παρίστης Ν, και Πατεράκης. «ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ», Μονογραφία 2.
239. **Wirsching M, Stierlin H, Haas B, Weber G and Wirsching B (1981).** Familientherapie bei Krebsleiden. *Familiendynmic.* **6**: 1-23. *In: Baltrusch and Waltz (1985).*
240. **Wirsching M, Stierlin H, Hoffman F, Weber G and Wirsching B (1982).** Psychological identification of breast cancer patients before biopsy. *J. Psychosomat. Res.* **26** (1): 1-10.

241. **Witzel L (1970).** "Anamnese und Zweiterkrankungen bei Patienten mit boesartigen Neubildungen." (Medical histories of patients with malignant tumors compared with other diseases), *Med. Klin.* **Vol. 65**, 876-879.
242. **WHO (1973).** The International Pilot Study of Schizophrenia. *Geneva.*
243. **WHO (1979).** Schizophrenia. An International Follow-up Study. *John Willey Publ.*
244. **Yaskin JC (1931).** Nervous Symptoms as Earliest Manifestations of Carcinoma of the Pancreas, *J A M A.* **96**: 1664-1668.
-