

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

***ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΜΕ ΘΕΜΑ:***

ΣΤΡΕΣ - ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΠΡΟΛΗΨΗ

ΣΕ ΑΤΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ – ΒΑΛΕΝΤΙΝΗ ΡΗΓΑ

**ΚΑΡΑΜΟΛΕΓΚΟΥ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ
Α.Μ. : 1636**

ΡΕΘΥΜΝΟ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2006

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ – ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	
1.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	12
1.2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ	15
1.2.1. Κοινωνικό στρες	22
1.2.2. Εργασιακό στρες	24
1.3. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	26
1.3.1. Στάσεις – Αναπαραστάσεις για την Υγεία & τη Συμπεριφορά	28
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	
2.1. Η ΕΜΒΡΥΪΚΗ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΠΟΛΛΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΚΥΡΙΟ ΑΙΤΙΟ ΤΟ ΣΤΡΕΣ	30
2.1.1. Ενδομήτρια Ζωή	32
2.2. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ	38
2.2.1. Τα Ψυχικά βιώματα του Εμβρύου	38
2.2.2. Μακροπρόθεσμες Επιπτώσεις των Πρώιμων Εμπειριών	39
2.2.3. Το Σώμα Θυμάται...	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΠΙΡΡΟΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΣΥΝΔΕΣΗΣ ΣΤΡΕΣ – ΝΟΣΟΥ	45
3.2. ΜΙΑ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ	49
3.3. ΣΩΜΑ ΚΑΙ «ΦΑΥΛΟΠΟΙΗΣΗ» ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	50
3.4. ΣΩΜΑΤΙΚΗ «ΑΝΤΙΛΗΨΗ» ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	52
3.5. ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	55
3.6. ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	57
3.7. ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΣΥΝΔΕΣΗ ΣΤΡΕΣ– ΑΓΧΟΥΣ ΜΕ ΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	62
4.1.1. Συμπτωματολογία Καρδιαγγειακών Νοσημάτων	65
4.1.2. Διαγνωστικές Μέθοδοι	67
4.1.3. Υπέρταση	71
4.1.4. Στεφανιαία Νόσος	72
4.1.5. Άλλα συχνά Καρδιαγγειακά Νοσήματα είναι	74
4.2. ΑΝΑΤΟΜΙΑ - ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	75
4.3. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΣΤΡΕΣ	78
4.4. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΝΟΣΟ	81
4.4.1. Καρδιαγγειακές Παθήσεις και Ψυχική Υγεία	82
4.5. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΑΙΜΑΤΙΚΗ ΡΟΗ	83
4.6. ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	85
4.7. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	86
4.8. ΨΥΧΟΠΙΣΤΙΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ	88

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	90
5.1.1. Βιοανάδραση	91
5.1.2. Χαλάρωση και διαλογισμός	92
5.1.3. Άσκηση	93
5.2. ΕΝΑ ΣΥΝΘΕΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ	94
5.3. ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	96

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1. ΠΡΟΛΗΨΗ – ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	99
6.1.1. Πρόληψη στις διάφορες φάσεις της ζωής	101
▪ Προγεννητική Αγωγή – Αγωγή Υγείας από την Αρχή της Ζωής	101
▪ Περιγεννητική περίοδος	102
▪ Προσχολική ηλικία	105
▪ Σχολική ηλικία	105
▪ Εφηβεία	106
6.2. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΕ ΑΤΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	107
6.2.1. Η Κοινότητα στην Υγεία και την Ασθένεια	107
6.2.2. Κοινωνική Υποστήριξη και Υγεία	109
6.3. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ	111
6.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΟΠΙΕΣΤΙΚΩΝ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ	113

6.5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ	116
6.5.1. Η Οικογένεια ως Λειτουργικό Σύστημα	117
6.5.2. Η Οικογένεια στην Υγεία και την Ασθένεια	119
6.6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΓΕΝΕΤΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ	121

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ –ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	124
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	129
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	131

ΠΡΟΛΟΓΟΣ – ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η υγεία, συνυφασμένη με την αρρώστια στην εποχή μας (εποχή ψυχοσωματικών προβλημάτων, αφού οι άνθρωποι των πόλεων κυρίως βρίσκονται σε μια ενδιάμεση κατάσταση ανάμεσα στην υγεία και στην αρρώστια, αφού το στρες αυξήθηκε και η αντίσταση των σύγχρονων ανθρώπων στην αρρώστια μειώθηκε), δεν είναι ατομική υπόθεση αλλά αντικείμενο «κοινωνικής διαμάχης και συλλογιστικών κινήματων», (Παπαστάμου, 1989).

Η αρρώστια και η αντιμετώπιση της, αν και τόσο παλιά και σταθερή στη μακρά διάρκεια του χρόνου όσο και η ανθρώπινη ύπαρξη, αλλάζει μορφή, μεταβάλλεται, μεταμορφώνεται και αναπροσαρμόζεται κάθε φορά στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης χρονικά και τοπικά κοινωνίας (Κορασίδου, 2002).

Σήμερα, ελάχιστα αμφισβητείται το γεγονός ότι οι στρεσογόνες εμπειρίες και οι σκέψεις απελπισίας αυξάνουν τον κίνδυνο για την εμφάνιση πολλών ασθενειών. Αντιθέτως η κοινωνική στήριξη, η αίσθηση του χιούμορ και άλλες θετικές συναισθηματικές καταστάσεις αυξάνουν το προσδόκιμο της ζωής ή τουλάχιστον, βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ατόμων που υποφέρουν από σοβαρές ασθένειες.

Στρες, αγγλικός όρος που σημαίνει ακριβώς προσπάθεια, κόπο. Πιο γενικά δίνει την έννοια του τύπου ζωής που κουράζει. Συναισθηματικό στρες είναι οι επαναλαμβανόμενες και δυνατές συγκινησιακές καταστάσεις. Ο φιλόδοξος, επιθετικός, ανταγωνιστικός τρόπος ζωής, τυπικός των βιομηχανικών κοινωνιών, είναι ένα παράδειγμα ζωής με στρες (πλούσιας από συγκινήσεις, ψυχικές τάσεις, συνεχή φυσική κόπωση).

Ένας ρυθμός ζωής γεμάτος από τέτοιες καταστάσεις, φαίνεται να αυξάνει τις πιθανότητες στεφανιαίων παθήσεων, γιατί το στρες αυξάνει στο αίμα την κατεχολαμίνη (οι κατεχολαμίνες είναι ορμόνες που εκκρίνονται από τα επινεφρίδια) και αυξάνει την αρτηριακή πίεση.

Είναι γνωστό ότι οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι από τις κυριότερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας κυρίως σε άτομα μέσης και προχωρημένης ηλικίας.

Νεότερες έρευνες απέδειξαν ότι όλο και συχνότερα προσβάλλονται και νέα

άτομα συνήθως άντρες. Γι' αυτό επέλεξα το συγκεκριμένο θέμα για την διπλωματική μου εργασία θέλοντας να εμβαθύνω στα αίτια πρόκλησης αυτού του φαινομένου ώστε αρχικά να εντοπιστούν αυτά τα αίτια και στην συνέχεια να αποφευχθούν μέσα από προγράμματα πρόληψης.

Πρόσφατη έρευνα εστίασε στη συνεισφορά του στρες και της μεθόδου που κάποιος το αντιμετωπίζει, στην εξέλιξη της καρδιακής ασθένειας. Πιο συγκεκριμένα η επιθετικότητα, η έκθεση σε χρόνια στρες και η καρδιακή αντίδραση στο χρόνια στρες είναι στενά συνδεδεμένα στην εξέλιξη καρδιαγγειακής νόσου. Επιπροσθέτως το οξύ στρες, αρνητικά συναισθήματα και ξαφνικά ξεσπάσματα δραστηριότητας μπορούν να έχουν σαν επακόλουθο ξαφνικά κλινικά επεισόδια όπως έμφραγμα που οδηγούν στο να διαγνωσθεί καρδιακή νόσος. Αντίδραση σε άγχος ή και αντιμετωπίζοντας το μέσω επιθετικότητας μπορεί να συνδυαστεί με άλλους παράγοντες κινδύνου όπως υψηλά επίπεδα χοληστερόλης.

Νεότεροι ερευνητές γύρω από την ενδομήτριο ζωή, αναφέρουν ότι η έκθεση του εμβρύου σε όχι ευνοϊκό περιβάλλον κατά την ανάπτυξή του αυξάνει τον κίνδυνο για την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων κατά την ενήλικη ζωή (Heart Research Center, Oregon Health & Science University, 2005). Το κύριο μέλημα των αναπτυξιακών ψυχολόγων είναι να κατανοήσουν την αναπτυξιακή διαδοχή των σωματικών και ψυχολογικών αλλαγών που διέρχονται οι άνθρωποι καθώς μεγαλώνουν. Οι αλλαγές αυτές αρχίζουν με τη σύλληψη και συνεχίζονται σε ολόκληρη τη ζωή (Cole, 2000).

Στην παρούσα εργασία γίνεται μια προσπάθεια έκθεσης όλων των νεότερων δεδομένων αλλά και ανασκόπησης των σημαντικότερων παλαιότερων πληροφοριών γύρω από το στρες και την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου.

Τέλος θεωρώ υποχρέωσή μου να εκφράσω το σεβασμό και τις θερμές μου ευχαριστίες προς την Καθηγήτρια Αναστασία – Βαλεντίνη Ρήγα, η οποία αποτέλεσε για μένα σημαντική πηγή γνώσης και διαρκής κινητήριος δύναμη στην επιστημονική μου κατάρτιση και στη συνεχή αναζήτηση νέων κατευθύνσεων στο συναρπαστικό κόσμο της γνώσης, καθ' όλη την διάρκεια της φοίτησής μου στο Πανεπιστήμιο Κρήτης, στη σχολή Κοινωνικών Επιστημών στο τμήμα Ψυχολογίας.

Στη παρούσα εργασία η συμβολή της Καθηγήτριας Αναστασίας – Βαλεντίνης Ρήγα ήταν αποφασιστική. Οφείλω να την ευχαριστήσω για την πολυσχιδή της βοήθεια, την πολύτιμη και διαρκή καθοδήγησή της.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αν η ψυχομετρική αποτελεί το μεθοδολογικό κοινό παρονομαστή των εφαρμογών Κλινικής Ψυχολογίας ως προς τις περισσότερες, αν όχι όλες, τις σχολές που κινούνται στον κλάδο αυτό, τότε το στρες αποτελεί το κεφαλαιωδέστερο ίσως σημείο αναφοράς και τον κοινό παρονομαστή τόσο των ίδιων των σχολών της στο σύνολό τους όσο και του μεθοδολογικού τους βάθρου, σε όλες τις διαστάσεις διαπραγμάτευσης: σε επίπεδο διάγνωσης, σε επίπεδο συμβουλευτικής, σε επίπεδο πρόγνωσης, σε επίπεδο θεραπείας, σε επίπεδο πρόληψης.

Προκειμένου να κατανοήσει κανείς σε βάθος όλες τις ανθρώπινες ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις είναι ανάγκη να στρέψει με ένταση την προσοχή του σε μια άλλη ένταση, την ψυχική ένταση, που υποβαστάζει την ανθρώπινη ψυχοπαθολογία ως πραγματική γενεσιουργός της αιτία. Δεν είναι τυχαίο ότι στην ογκώδη επιστημονική βιβλιογραφία για το στρες πολλοί συγγραφείς ξεκινούν την επιχειρηματολογία τους εισάγοντας τον αρχικό ορισμό που η παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (World Health Organisation – W. H. O.) έδωσε για την ίδια την υγεία σε ένα από τα θεμελιώδη εισαγωγικά σημειώματα του καταστατικού της (1946). Στις εισαγωγικές αυτές παρατηρήσεις η Π. Ο. Υ. προσδιορίζει την υγεία μέσα στο δυναμικό, θετικό πλαίσιο της συνολικής ψυχολογικής, κοινωνικής και φυσικής ευεξίας, δίνοντας έμφαση στη δυναμική και μεταβαλλόμενη φύση της – ακριβώς, όπως θα όριζε κανείς τον καιρό (Lippa, 2003). Με αφετηρία μια τέτοια πολυμεταβλητή οι ίδιοι συγγραφείς προβαίνουν στη διαπραγμάτευση ζητημάτων περί του στρες, αφού τόση είναι η σημαντικότητά του, αλλά και η σχέση του με την υγεία.

Το στρες φαίνεται να αποτελεί τον πλέον σημαντικό παράγοντα για την ανάπτυξη νόσου. Άτομα τα οποία, για ποικιλία λόγων, υφίστανται στρες πολλαπλασιάζουν τις πιθανότητές τους να αρρωστήσουν.

Οι μελέτες της δεκαετίας (1984-1994) παρέχουν σοβαρές ενδείξεις ότι το στρες αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες για καρδιαγγειακά προβλήματα, λοιμώδη νοσήματα και επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Επίσης, το στρες φαίνεται να παίζει κάποιο ρόλο στην αιτιολογία του καρκίνου, καθώς και σε ενδοκρινολογικά προβλήματα όπως ο διαβήτης, η νόσος του Cushing και άλλα. Όσον αφορά στη μεθοδολογία, οι παραπάνω αναφερόμενες ενδείξεις είναι σοβαρότερες σε μελέτες, όπου οι ερευνητές

χρησιμοποιούν υποκειμενικά και όχι αντικειμενικά κριτήρια για την αξιολόγηση του στρες (π.χ. χρησιμοποιείται η αναφορά της προσωπικής εμπειρίας του υποκειμένου σχετικά με το στρες και όχι ερωτηματολόγιο ή άλλο μέσο).

Οι δεκαετίες του 1960 και 1970 χαρακτηρίζονται από την άγωνα (όπως τελικά αποδείχτηκε) διαμάχη μεταξύ αυτών που υποστήριζαν ότι οι συμπεριφορές και τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά, όπως ο νευρωτισμός και ο δείκτης νοημοσύνης, είναι παράγωγα κληρονομικότητας και εκείνων που υποστήριζαν ότι πρόκειται για επίκτητες ιδιότητες.

Η «ατομική» ενάντια στην «κοινωνική» προσέγγιση απασχόλησε όλο το φάσμα των κοινωνικών επιστημών, μέχρι τη στιγμή που νέα δεδομένα (επιστημονικά, κοινωνικά κ.α.) επέβαλαν την έννοια του «πολυπαραγοντικού μοντέλου» της ανθρώπινης φύσης. Γενικά το μοντέλο αυτό προτείνει ότι τόσο η «φύση» όσο και η «κοινωνία» παίζουν ρόλο στην ανθρώπινη εξέλιξη. Το στοιχείο συνεπώς που οφείλει να μελετηθεί είναι η αλληλεπίδραση αυτών των παραγόντων και όχι το ποσοστό συμβολής του καθενός από τους συμβαλλόμενους παράγοντες (Ποταμιάνος, 1995).

Είναι ακριβώς αυτή η πολυπαραγοντική προσέγγιση, η οποία τείνει να υιοθετεί από την πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας και άρα επιτρέπει την ύπαρξη αυτοτελών γνωστικών αντικειμένων, όπως η Ψυχολογία της Υγείας. Πώς όμως λειτουργεί το μοντέλο αυτό, προκειμένου να ερμηνεύσει την εμφάνιση της νόσου;

Σε ένα πρόσφατο δημοσίευμα, οι N. Adler και K. Matthews (1994) ανασκοπούν με υποδειγματικό τρόπο τη σχετική βιβλιογραφία των τελευταίων πέντε χρόνων. Είναι άξιο παρατήρησης ότι ο τρόπος με τον οποίο οι εν λόγω συγγραφείς οργάνωσαν αυτήν την κριτική αναδεικνύει όχι μόνο τα σύγχρονα ρεύματα των ερευνών στον τομέα της Ψυχολογίας της Υγείας, αλλά και το πολυπαραγοντικό μοντέλο προσέγγισης της νόσου. Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση, οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την εμφάνιση νόσου είναι η ατομική προδιάθεση και το κοινωνικό περιβάλλον – παράγοντες που βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση, οδηγώντας σε συμπεριφορές που προωθούν ή καταστέλλουν την υγεία. Έτσι, συγκεκριμένοι ψυχοφυσιολογικοί μηχανισμοί οδηγούν στην εμφάνιση ή μη της νόσου (Ποταμιάνος, 1995).

Η παρούσα εργασία αποτελείται από τα εξής κεφάλαια:

Το **πρώτο κεφάλαιο**, αρχικά, επισημαίνει το ρόλο του πολιτισμού στην υγεία και την ασθένεια. Στη συνέχεια με τον τίτλο: «Εννοιολογικοί Προσδιορισμοί του Στρες», γίνεται μια προσπάθεια ανάλυσης του όρου **στρες**, σε όλες του τις διαστάσεις, μέσα από μια προσπάθεια ανασκόπησης πολυάριθμων μελετών που διερευνούν τόσο από θεωρητική όσο και από εφαρμοσμένη – εμπειρική οπτική το φαινόμενο του στρες. Αναπτύσσονται οι έννοιες **κοινωνικό στρες** και **εργασιακό στρες** και τέλος γίνεται αναφορά στη σχέση Συμπεριφοράς – Υγείας και στο ρόλο των στάσεων – αναπαραστάσεων για την υγεία.

Στο **δεύτερο κεφάλαιο**, επισημαίνεται η σπουδαιότητα της ενδομητρίου ζωής ως καθοριστικός παράγοντας για την ομαλή – υγιή ανθρώπινη ανάπτυξη. Τονίζεται ότι η επίδραση του στρες κατά την ενδομήτριο ζωή μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων κατά την ενήλικη ζωή. Σύμφωνα με πολύ πρόσφατες ερευνητικές μελέτες που εξακολουθούν να είναι ακόμη σε εξέλιξη (Heart research Center, Oregon, Health & Science University, 2005) (Louey and Thornburg, 2005, <http://www.elsevier.com/locate/earlhumdev>).

Στο **τρίτο κεφάλαιο** αναπτύσσονται: τα μοντέλα επιρροής στην ερμηνεία σύνδεσης Στρες – Νόσου, η σωματική αντίληψη του στρες, σωματοποίηση του στρες, ψυχοσωματικές διαταραχές, σύνδεση του στρες με τη σωματική νόσο.

Στο **τέταρτο κεφάλαιο** γίνεται αναφορά: στη λειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος, στα καρδιαγγειακά νοσήματα, στη σχέση στρες και καρδιαγγειακού συστήματος καθώς και στους παράγοντες κινδύνου συμπεριφορικούς και άλλους που σχετίζονται με την εμφάνιση αυτών των νοσημάτων.

Το **πέμπτο κεφάλαιο** εστιάζεται: στους τρόπους ψυχοκοινωνικής θεραπείας σωματικών διαταραχών καθώς και στους τρόπους μείωσης του στρες. Τονίζεται πόσο αποφασιστικής σημασίας είναι η τροποποίηση της συμπεριφοράς για την προαγωγή της υγείας.

Στο **έκτο κεφάλαιο** γίνεται εκτενή αναφορά στο ρόλο της πρόληψης γενικότερα στις διάφορες φάσεις της ανθρώπινης ζωής. Στην συνέχεια το κεφάλαιο πραγματεύεται το ρόλο της κοινότητας και της οικογένειας στην υγεία και την ασθένεια, καθώς και το ρόλο της γενετικής συμβουλευτικής στην πρόληψη. Τέλος αναπτύσσονται στρατηγικές προληπτικής παρέμβασης καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Στο **έβδομο κεφάλαιο** αναπτύσσονται τα συμπεράσματα που προέκυψαν γύρω από την παρούσα βιβλιογραφική έρευνα και κάποιες προτάσεις για την αντιμετώπιση του στρες και τη μείωση του κινδύνου των καρδιαγγειακών νοσημάτων για μια καλύτερης ποιότητας ζωή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

...Η κοινωνία είναι αυτή που μέσω του τρόπου ζωής φέρνει την ασθένεια, ταυτόχρονα η κοινωνία είναι αυτή που απαιτεί από το άτομο να είναι υγιές...

Herzlich, 1969

Ο πολιτισμός αποτελεί συστατικό στοιχείο κάθε ανθρώπινης κοινωνίας. Υπήρξαν κοινωνίες που δημιούργησαν μεγάλους πολιτισμούς, οι οποίοι με τη σειρά τους επηρέασαν αποφασιστικά τη διαμόρφωση του κοινωνικού περιβάλλοντος. Η αλληλεπίδραση μεταξύ πολιτισμού και κοινωνίας συντελείται διαμέσου όλων των παραγόντων που συναποτελούν το εκάστοτε πολιτισμικό περιβάλλον. Η πνευματική δραστηριότητα, η καλλιτεχνική δημιουργία, τα ήθη και τα έθιμα, καθώς και οι κυρίαρχες ιδεολογικές αντιλήψεις, σφραγίζουν τις ανθρώπινες κοινωνίες κατά την ιστορική τους εξέλιξη.

Οι πολιτισμικές αξίες επιδρούν αποφασιστικά όχι μόνο στη μορφή και την οργάνωση της ανθρώπινης κοινωνίας, αλλά και στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι βιώνουν, αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν σε κάθε περίπτωση τα ζητήματα της υγείας και της αρρώστιας εξαρτάται άμεσα από τον εκάστοτε πολιτισμό. Σύμφωνα μάλιστα με τους νεοδαρβινιστές, η γενετική εξέλιξη, μέσω της φυσικής επιλογής αύξησε την «ικανότητα για πολιτισμό» και ο πολιτισμός ενίσχυσε στο μέγιστο τη γενετική καταλληλότητα αυτών που τον χρησιμοποίησαν.

Ο πολιτισμός καθορίζει πρώτα απ' όλα, σε σημαντικό βαθμό, τις γενικότερες αντιλήψεις για την υγεία, την αρρώστια, και συνακόλουθα τον θάνατο. Αποτελεί επίσης το βασικό πλαίσιο για τον εντοπισμό των αιτιών της αρρώστιας και διαδραματίζει αποφασιστικό ρόλο στη θεωρητική και πρακτική διαμόρφωση της θεραπευτικής φροντίδας. Ανάλογα με τις πολιτισμικές επιδράσεις, η ίδια αρρώστια μπορεί να θεωρείται βλάβη ή χάρισμα, τιμωρία ή επιβράβευση, αμαρτία ή ιερότητα.

Χαρακτηριστικές είναι οι επιδράσεις αυτές σε πολιτισμούς όπως ο κλασικός Ελληνικός, ο Κινεζικός, και αργότερα ο Δυτικός (Τούντας, 2000).

Επίσης, η μαγεία, η θρησκεία και η επιστήμη θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν μεγάλα πολιτισμικά ρεύματα που διαχρονικά διαπέρασαν τους πολιτισμούς, αποτυπώνοντας τα χαρακτηριστικά τους στα θέματα της υγείας, άλλοτε σε μεγαλύτερο και άλλοτε σε μικρότερο βαθμό. Η μαγική σκέψη, που κυριαρχούσε στο παρελθόν και που τη συναντάμε έως σήμερα σε παραδοσιακές κοινωνίες, η θρησκεία στις διάφορες εκδοχές της, η επιστήμη αργότερα, έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση και στην αντιμετώπιση των φαινομένων της υγείας και της αρρώστιας.

Απ' όλες τις πολιτισμικές επιδράσεις, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η σχέση του πολιτισμού με την παραγωγή και εμφάνιση της σωματικής και ψυχικής νοσηρότητας. Έχει διαπιστωθεί ότι ο πολιτισμός άλλοτε ευθύνεται για την πρόκληση ορισμένων νοσημάτων, ενώ άλλοτε επηρεάζει τη συμπτωματολογία και άλλοτε τον τρόπο που τα άτομα αντιμετωπίζουν τις συνέπειες της αρρώστιας (Τούντας, 2000).

Ο Πλάτων συχνά αναφέρει ότι η αρρώστια προκαλείται από τον πολιτισμό. Όσο ο άνθρωπος ζούσε στη φύση, ήταν υγιής και δεν είχε ανάγκη ιατρικής φροντίδας. Η μαλθακότητα και η υπερβολική και εξεζητημένη διατροφή – χαρακτηριστικά του πολιτισμού της εποχής του – αποτελούσαν κατά τον Πλάτωνα τις βασικές αιτίες της νοσηρότητας. Ο Πλούταρχος και αρκετοί άλλοι ηθικολόγοι υιοθέτησαν τις απόψεις αυτές του Πλάτωνα. Αλλά και αργότερα, στη Ρώμη, τον 1^ο αιώνα μ.Χ., ο εγκυκλοπαιδιστής Κέλσος υποστήριξε ότι στην εποχή του Ομήρου η υγεία των ανθρώπων ήταν γενικά καλή, εξαιτίας των υγιεινών συνηθειών, που δεν είχαν ακόμα διαφθαρεί ούτε από τη νωθρότητα, ούτε από την πολυτέλεια του πολιτισμού.

Οι πολιτισμικοί παράγοντες μπορούν να αποτελέσουν αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας, άλλοτε με άμεσο και άλλοτε μ' έμμεσο τρόπο. Η οικογενειακή δομή, οι ρόλοι των φύλων, τα πρότυπα γάμου, η σεξουαλική συμπεριφορά, οι αντισυλληπτικές μέθοδοι, η πληθυσμιακή πολιτική, η τεκνοποίηση και η ανατροφή των παιδιών, που σε μεγάλο βαθμό διαφέρουν από πολιτισμό σε πολιτισμό, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην προστασία της υγείας και στην πρόκληση της αρρώστιας. Ισχυροί οικογενειακοί θεσμοί λειτουργούν προστατευτικά για την υγεία των μελών της οικογένειας.

Τα μεγάλα προβλήματα υγείας της εποχής μας, όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα κακοήθη νεοπλάσματα κ.α., συχνά αποκαλούνται νοσήματα του πολιτισμού μας, γιατί σχετίζονται με τις αξίες και τις δραστηριότητες που χαρακτηρίζουν τον Δυτικό πολιτισμό(<http://www.stress.org/>).

Σύμφωνα με το κλασικό μοντέλο για το στρες του Selye, ένας από τους τέσσερις βασικούς μηχανισμούς παραγωγής στρες είναι το πολιτισμικό υπόβαθρο (Τούντας, 2000).

1.2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ

Μια προσεκτική ματιά στις ογκωδέστερες βιβλιογραφικές και αρθρογραφικές αναφορές στο στρες, ωστόσο, θα αποκάλυπτε ότι η ίδια του η έννοια – πόσο δε μάλλον ο περαιτέρω ρόλος του στην ψυχοπαθολογία – δεν επικοινωνείται δίχως τα προβλήματα της, αφού το στρες είναι κοινά παραδεκτό ως αιτιοπαθογενετικός παράγοντας ψυχολογικών και ακόμη και βιολογικών συμπτωματολογιών. Η κατανόηση του στρες, όμως, και το περιεχόμενο, στο πλαίσιο του οποίου εξετάζεται κάθε φορά, δεν αντανακλούν ανάλογα κοινή συναίνεση μεταξύ ατόμων του γενικού πληθυσμού που το επικαλούνται κατά κόρον μεταξύ των ίδιων των επαγγελματιών της ψυχικής υγείας.

Κλασική βιβλιογραφική παραπομπή για την επιβεβαίωση του θέματος αυτού αποτελεί η συλλογή σημαντικών εργασιών για τις διαφορετικές εκφάνσεις που έχει λάβει η μελέτη του άγχους και του στρες, από τους Irwin L. Kutash, Louis B. Schlesinger και τους συνεργάτες τους το 1980 (Παλαιολόγου, 2001).

Προκύπτει πρώτιστα μια ανάγκη για την κυριολεκτική εξέταση του όρου στρες, που με τη σειρά της, θα προέτασσε ετυμολογικές αναζητήσεις.

Από την άποψη αυτή μαθαίνει κανείς ότι ο όρος είναι προϊόν του μοντέρνου αγγλικού λεξικού, που έχει διεθνοποιηθεί. Πρόκειται, μάλιστα, για σύντμηση της λέξης distress, που σημαίνει στενοχώρια, λύπη ή δοκιμασία. Ο σημερινός, όμως, όρος stress νοείται σε πολλές περιπτώσεις ταυτόσημος με, αλλά και σε εξίσου πολλές περιπτώσεις διάφορος από, τη σημασία της μητρικής του λέξης (Sinclair, 1986 – Παλαιολόγου, 2001).

Ιστορικά, το νόημα του στρες έχει από γλωσσικής άποψης κατανοηθεί υπό λεξικογραφικούς όρους ταυτόσημους με το άγχος.

Από το σανσκριτικό *anhus*, που δεν έχει ως τώρα βρεθεί σε γραπτό λόγο, στο ελληνικό άγχος, που πρωτοβρίσκεται γραπτώς στον Όμηρο, και είναι η πρώτη επίσημη εννοιολογική σύλληψη της πίεσης σε όρους φυσικής κατάστασης του υποκειμένου υπό ζυγό, «πέρασε», εν συνεχεία, στο λατινικό ρήμα *ageo*, και από αυτού περιήλθε σε κοινή πλέον χρήση από όλες τις λατινογενείς γλώσσες: *anngst* γερμανιστί, *angoise* γαλλιστί και *anxiety* αγγλικιστί (Νικολόπουλος, 1970 – Παλαιολόγου, 2001).

Μια πρόσθετη γλωσσολογική και ετυμολογική παρατήρηση οφείλεται να αναφερθεί εδώ: οι περισσότεροι σημερινοί τύποι λέξεων, που σχετίζονται με τον πρωτογενή όρο, πλέον ταυτισμένο με το στρες, προέρχονται από τον μέλλοντα άγξω του ελληνικού ρήματος. Έτσι, φαίνεται να διαμορφώνεται μια εικόνα κατανόησης του στρες ως κατ' εξοχήν αναφερόμενου σε ανησυχίες για το μέλλον.

Ωστόσο αυτή είναι μόνο μια διάσταση όλων όσα εννοούνται υπό τον ίδιο όρο.

Στρες είναι δυνατόν να προκύπτει στο άτομο και αναφορικά προς σωματο-ψυχο-διανοητικές τάσεις, εντάσεις και επιτάσεις που βιώνονται κατά το παρόν – αν και είναι κατανοητό ότι ούτε αυτές μπορούν να αποσιλωθούν από τη διάστασή τους που αφορά στο μέλλον, στο βαθμό που, λ.χ., ένας φόβος, πόνος ή πίεση, σχεδόν αυτόματα, είτε προβάλλεται ως φόβητρο και του μέλλοντος ως προς τις συνέπειες που εγκυμονεί, είτε ωθεί το άτομο να προβάλλει την εικόνα του εαυτού του ή των σημαντικών του άλλων στο μέλλον ταλανισμένη, υποτίθεται, εσαεί από το παρόν φόβητρο.

Σημειώτεον ότι με «ισοβαρείς» λέξεις όπως πόνος, φόβος, πίεση, τάση, ένταση, επίταση, και άλλες, ανάλογες σε ιεράρχηση απειλής εννοιολογικές συλλήψεις (αρνητικής ιδίως φόρτισης), η αναφορά μπορεί να συνδέεται και με εξωγενώς εμβαλλόμενες στρεσογόνες αιτίες (Χριστοδούλου & Κονταξάκης, Οικονόμου, 2000).

Για παράδειγμα, στρες νοείται πως προκύπτει όταν το άτομο την τελευταία στιγμή διαφεύγει την πρόσκρουση και άρα το θάνατο από ένα αυτοκίνητο που έρχεται με ιλιγγιώδη ταχύτητα προς το μέρος του, ή όταν μια αιφνίδια – αλλά και μοιραία – πτώση από μια σκάλα λόγω απροσεξίας αποτέλεσε την αφορμή να αναλογιστεί το άτομο την έκταση της βλάβης που υπέστη, αλλά και το μέγεθος της βλάβης που διέφυγε (εάν η πτώση είχε υποθετικά χειρότερες συνέπειες για την ακεραιότητά του, και δη μακροπρόθεσμα) – πίεση – φόβος, και πίεση-πόνος, αντίστοιχα).

Εναλλακτικά, όμως, ή και ταυτόχρονα, η απειλή μπορεί να συνδέεται με αισθήματα και συναισθήματα που προέρχονται είτε από τον ανθρώπινο οργανισμό είτε από την ψυχική κατάσταση του ατόμου.

Για παράδειγμα, ένας ισχυρός πονοκέφαλος ή μια επίπληξη από ένα σημαντικό για το άτομο πρόσωπο: στην πρώτη συνθήκη πρόκειται για σωματικό αίσθημα, που κατά τον παρόντα χρόνο προκαλεί πόνο, αλλά και φοβίζει για τυχόν συνέπειες σοβαρότερης νόσου στο μέλλον, και στη δεύτερη συνθήκη πρόκειται για συναισθηματική λώβηση, που κατά τον παρόντα χρόνο «στεναχωρεί», «προσβάλλει», «ρεζίλεύει» κ.λ.π., αλλά και απειλεί με επικείμενη οριστική ίσως διακοπή της θετικής σύνδεσης με το σημαντικό πρόσωπο που προβαίνει στην επίπληξη (<http://www.stress.org/>).

Διαχωριστικές γραμμές είναι εξαιρετικά δύσκολο, αν όχι ανέφικτο, να καθοριστούν με ακρίβεια, ειδικά αν κάποιος συλλογιστεί την κεφαλαιώδη προτεραιότητα της υποκειμενικότητας στην αντίληψη της εμπειρίας, όταν ο λόγος γίνεται (τουλάχιστον) για ανθρώπους. Ας σημειωθεί ότι και τα ζώα διέρχονται στρεσογόνων καταστάσεων. Άλλωστε, από πειραματικές διαδικασίες με ζώα προέρχονται ιστορικά και τα πρώτα πορίσματα στο χώρο της Ψυχολογίας για το στρες, όπως και για σειρά άλλων ψυχολογικών και ψυχοπαθολογικών φαινομένων (Χριστοδούλου & Κονταξάκης, Οικονόμου, 2000).

Για να περιπλακούν τα πράγματα ακόμη περισσότερο, δεν είναι ανώφελο να υπενθυμιστεί αυτό, που και η απλή εμπειρική παρατήρηση της καθημερινότητας επιβεβαιώνει: ότι δηλαδή, το στρες μπορεί να νοείται και αποκλειστικά ή και συνδυαστικά σχετιζόμενο με (δυσάρεστες) αναμνήσεις, με (αρνητικές) εμπειρίες του παρελθόντος.

Έτσι, για παράδειγμα, στρες μπορεί να βιωθεί όταν το άτομο, λόγω δεδομένων αφορμών που του δίνονται από εξωτερικά ερεθίσματα, ή και από εσωτερικά του «συμβάντα» (αισθήματα, δηλαδή, και συναισθήματα του), αναλογίζεται την ομοιότητα με παρελθοντικές τέτοιες καταστάσεις, και «στρεσάρεται» [όπως έχει καθιερωθεί στην καθομιλουμένη να λέγεται], ενώ ενδεχομένως εάν δεν είχε παρόμοιες εμπειρίες στο παρελθόν, τούτο να μη συνέβαινε αναγκαστικά.

Στρες σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να βιωθεί ακόμη και υπό τους αντίστροφους όρους, που λόγω μιας ουδέτερης ενθύμησης ή και επιθυμητής αναπόλησης, ακόμη και νοσταλγίας, η ανάκληση έλκει και σύγχρονα προς την αναπολούμενη συνθήκη εξωτερικά ή εσωτερικά γεγονότα, που είτε «υπενθυμίζουν» (αρνητικές) συναφείς στρεσογόνες συνθήκες είτε, αίφνης, μια ερμηνευτική τους διάσταση συνειδητοποιείται μόλις κατά τον παρόντα χρόνο, με κατάληξη το υποκείμενο να αναστατωθεί αναδρομικά, εν ονόματι εκείνης της συνθήκης η οποία δεν είχε προκαλέσει αρχικά τέτοια αντίδραση.

Φαίνεται ότι οι αιτίες πρόκλησης στρες διαπλέκουν δυσδιάκριτα παρελθοντικές, τρέχουσες, μελλοντικές, εσωτερικές, εξωτερικές, προσωπικές και διαπροσωπικές διαστάσεις, ενώ στη σχετική επιστημονική αρθρογραφία διαχωρίζονται άλλοτε, μα κάποτε άλλοτε διαπλέκονται επίσης μεταξύ τους, οργανικές – ιδίως νευρολογικές και ενδοκρινολογικές – παράμετροι, οι οποίες είναι εξίσου δυνατόν να θεωρείται ότι προηγούνται ως αιτίες, ή ότι έπονται, ως αποτελέσματα, μιας στρεσογόνου – αγχογόνου εμπειρίας (Παλαιολόγου, 2001).

Στο βαθμό που το προβάδισμα στον καθορισμό εννοιολογικών προσδιορισμών δεν κατοχυρώνεται ευδιάκριτα μεταξύ επιστημονικής ονοματολογίας και καθημερινής γλώσσας, αφού η μια παρακολουθεί την άλλη διαρκώς, κάθε περαιτέρω ειδική έννοια που έχει αποδοθεί στο στρες είναι δυνατόν να προέρχεται άλλοτε από επιστημονικούς προβληματισμούς, και άλλοτε από κοινούς τρόπους του λέγειν.

Ιδίως οι τελευταίοι είναι που καθιέρωσαν, για παράδειγμα, στρες να θεωρείται μια φυσική, ψυχολογική, ή και διανοητική πίεση, στρες να λογίζεται μια συγκρουσιακή κατάσταση ή μια οικονομική κρίση, ως στρες να αποδίδεται κατά τη ροή του λόγου έως και μια πολιτική ή και πολεμική σύρραξη, και ως στρες να δηλώνεται μια υψηλή φιλοδοξία, μια μεγάλη προσδοκία, μια κοπιώδης εργασία, μια ρουτίνα, μια σφοδρή ερωτική σχέση ή επαφή, μια φυσική αρρώστια, μια ψυχική ασθένεια, μια δίκη, μια πλάνη, ένα σφάλμα, ένα ατύχημα, ένα απροσδόκητο υψηλό κέρδος, ένας καβγάς, μια επίπληξη, μια σιωπή, μια σιγή, ένας θόρυβος, ένας φόβος...- όλα αυτά, και πλήθος άλλων στοιχείων που θα κατάρτιζαν ατέρμονο κατάλογο, συνθήκες κατά πάντα δόκιμες ως συσχετιζόμενες αιτιωδώς με το στρες και το άγχος, άλλοτε ως αυτουργοί τους και άλλοτε ως απόρροιά τους (Παλαιολόγου, 2001).

Ερευνητές από διαφορετικές ειδικότητες τόσο των βιολογικών όσο και των κοινωνικών επιστημών έχουν μελετήσει το στρες. Ερευνητές στο χώρο της ψυχοφυσιολογίας, της χημείας της νευροφυσιολογίας, της κοινωνικής ψυχολογίας και της κλινικής ψυχολογίας χρησιμοποιούν τις περισσότερες φορές τον όρο έχοντας διαφορετικά σημεία αναφοράς.

Επιπρόσθετα, μελέτες για το στρες έχουν εστιαστεί σε ποικίλα θέματα, όπως στρατιώτες στη μάχη, εργάτες σε διαφορετικά περιβάλλοντα, φοιτητές σε εξεταστική περίοδο. Αυτό το ερευνητικό ενδιαφέρον και οι τόσες διαφορετικές οπτικές γωνίες έχουν επαυξήσει τη σύγχυση που περικλείει ο όρος.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι το στρες είναι ένα πραγματικό φαινόμενο και ότι, παρά τη σύγχυση που επικρατεί, έχει επιτευχθεί πρόοδος στην προσπάθεια επιστέγασης των ορισμών (Βασιλάκη, Μπεζεβέγκης, Τριλίβα, 2001).

Η Aldwin (1994) πρότεινε έναν ορισμό σύμφωνα με τον οποίο το στρες αναφέρεται στην εμπειρία που παράγεται ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ατόμου – περιβάλλοντος, πράγμα που, μέσω της υπερδιέγερσης είτε της υποδιέγερσης, έχει ως αποτέλεσμα την ψυχολογική και φυσιολογική ένταση. Αυτός ο ορισμός του στρες ενσωματώνει τα περισσότερα στοιχεία που έχουν χρησιμοποιήσει οι ερευνητές για την αναγνώριση και μελέτη των επιπτώσεων αυτού του φαινομένου.

Υπάρχουν τρεις διαστάσεις του στρες που έχουν μελετηθεί εκτενώς:

1. Εσωτερική κατάσταση του οργανισμού (μερικές φορές αποκαλείται strain).
2. Εξωτερικό γεγονός (stressor).
3. Εμπειρία που προκύπτει από την αλληλεπίδραση ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον. Αυτά τα στοιχεία βασίζονται στο έργο του Mason (1975).

Η εσωτερική κατάσταση αφορά τις ψυχοφυσιολογικές και συναισθηματικές αντιδράσεις. Οι ψυχοφυσιολογικές αντιδράσεις αναφέρονται στο συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα, στο νευροενδοκρινολογικό και στις λειτουργίες του ανοσοποιητικού συστήματος. Η θέση ότι το στρες έχει αρνητικές ψυχοφυσιολογικές επιπτώσεις μπορεί να μην είναι τόσο ακριβής.

Ίσως είναι πιο ακριβές να ειπωθεί ότι το στρες προκαλεί θετικές ή αρνητικές φυσιολογικές διεργασίες με βάση ποικίλους προσωπικούς και περιστασιακούς παράγοντες. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις στο στρες αναφέρονται σε αρνητικά συναισθήματα, όπως είναι το άγχος, ο θυμός και η λύπη, αν και αντιδράσεις στο στρες μπορεί να θεωρηθούν επίσης η ντροπή, η ενοχή ή τα συναισθήματα ανίας (Lazarus, 1991). Τον τελευταίο καιρό μάλιστα το ενδιαφέρον έχει στραφεί προς τη θετική θυμική κατάσταση ως αντίδραση στο στρες (Βασιλάκη, Μπεζεβέγκης, Τριλίβα, 2001).

Η δεύτερη διάσταση του στρες εστιάζεται στο εξωτερικό περιβάλλον. Γι' αυτό το σκοπό έχουν μελετηθεί ποικίλες περιβαλλοντικές συνθήκες (π.χ. φυσικές καταστροφές, θόρυβος, συνωστισμός και μόλυνση του περιβάλλοντος). Η κατηγορία αυτή αργότερα επεκτάθηκε για να συμπεριλάβει γεγονότα ζωής και καθημερινά μικροσυμβάντα.

Τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής συνθέτουν τρεις κύριες κατηγορίες:

1. καθημερινά, συνεχή, αργά στην αλλαγή προβλήματα
2. προβλεπόμενα γεγονότα κύκλου ζωής
3. μη προγραμματισμένα και, συνήθως, ανεπιθύμητα γεγονότα που προκαλούν αναστάτωση, όπως ασθένειες ή πρόωρος θάνατος αγαπημένου προσώπου (<http://www.sciencedirect.com/mdc/journal>).

Η καθημερινή ζωή είναι γεμάτη από ενοχλητικά μικρογεγονότα (hassles): περιορισμένος χρόνος, μοναξιά, κυκλοφοριακή συμφόρηση, διαπροσωπικοί διαπληκτισμοί, χαμηλή επίδοση στο σχολείο ή την εργασία.

Τέλος, το στρες μπορεί να γίνει κατανοητό ως εμπειρία που αναδύεται από τη διαδικασία αλληλεπίδρασης ατόμου και περιβάλλοντος, ειδικά αυτών των περιστάσεων όπου δεν υπάρχει συνταίριασμα ανάμεσα στο δυναμικό του ατόμου και στις αντιληπτές απαιτήσεις της κατάστασης. Σε αυτό το πλαίσιο η γνωστική εκτίμηση του ατόμου για το στρες (εκτίμηση της απώλειας, του κινδύνου, της απειλής ή της πρόκλησης) αποτελεί αναπόσπαστο μέρος των συναισθηματικών και ψυχοφυσιολογικών αντιδράσεων (Lazarus & Folkman, 1984).

Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι οι παραπάνω αναφερόμενοι παράγοντες είναι αναπόσπαστο κομμάτι της διαδικασίας του στρες. Υπάρχουν όμως διαφωνίες ως προς το είδος των αντιδράσεων που προκαλούν τα στρεσογόνα γεγονότα (γενικά ή ειδικά). Κυρίως οι ερευνητές διαφωνούν ως προς τη φύση των αιτιολογικών σχέσεων στις αντιδράσεις του στρες.

Ουσιαστικά τίθεται το ερώτημα: ποιο έρχεται πρώτο, οι γνωστικές, οι συναισθηματικές ή οι ψυχοφυσιολογικές αντιδράσεις στο στρες; Επιπλέον, οι ερευνητές διαφωνούν για την αιτιολογική σχέση ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον.

Τι συμβαίνει από τα δύο: το περιβάλλον προκαλεί συναισθηματικές και ψυχοφυσιολογικές αντιδράσεις ή οι εσωτερικές καταστάσεις του ατόμου επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται το περιβάλλον και κατά κάποιο τρόπο προκαλούν προβλήματα;

Από τα παραπάνω γίνεται εμφανής η σύγχυση που υπάρχει στην προσπάθεια ορισμού του στρες. Όπως φαίνεται στη βιβλιογραφία, απουσιάζει ένας επαρκής και γενικά αποδεκτός ορισμός, όπως έχει ήδη γίνει αναφορά και παραπάνω. Αν κάνουμε μια ιστορική αναδρομή, θα διαπιστώσουμε τους διαφορετικούς ορισμούς που επικράτησαν σε συνάρτηση με την εξέλιξη της μελέτης του στρες.

Ο Cannon (1932) περιέγραψε το στρες ως τη διαταραχή της ομοιόστασης του οργανισμού κάτω από ακραίες εσωτερικές ή εξωτερικές συνθήκες. Ο Selye (1974) όρισε το στρες ως «τη μη συγκεκριμένη αντίδραση του σώματος σε κάθε απαίτηση που δέχεται». Ο ίδιος, επιπλέον, αναγνώρισε την έννοια του θετικού

στρες που δεν προκαλεί δυσλειτουργικές αντιδράσεις (Χριστοδούλου, Κονταξάκης, Οικονόμου, 2000).

Η προσέγγιση του (Selye, 1956) για το στρες ως ενός αναμενόμενου συνόλου ψυχοφυσιολογικών αντιδράσεων σε δυσάρεστα ερεθίσματα, όπως περιγράφεται στη θεωρία του για το Σύνδρομο της Γενικής Προσαρμογής (General Adaptation Syndrome – GAS), άσκησε σημαντική επίδραση στη σύγχρονη έρευνα για τα θέματα αυτά. Αποτέλεσε τη βάση για την εμφάνιση του όρου «αντιμετώπιση του στρες» (coping), ο οποίος αναφέρεται στην αλλαγή των γνωστικών και συμπεριφορικών προσπαθειών για τη διαχείριση του ψυχολογικού στρες (Lazarus & Folkman, 1984. Lazarus, 1993).

Ο Mason (1975) σημειώνει ότι ο όρος στρες έχει χρησιμοποιηθεί ποικιλοτρόπως και ότι αναφέρεται είτε στο «ερέθισμα» είτε στην «αντίδραση» είτε στην «αλληλεπίδραση» ερεθίσματος αντίδρασης.

Ο Rutter (1983) παρατηρεί ότι ο όρος μπορεί να σημαίνει είτε ένα είδος ερεθίσματος είτε ένταση που βιώνεται επειδή ένα γεγονός απαιτεί αλλαγή προσαρμογής από τον οργανισμό είτε ψυχολογική δυσφορία είτε ένα είδος σωματικής αντίδρασης (<http://www.sciencedirect.com/stress>).

Σύμφωνα με τη Sorensen (1993), οι μεταγενέστεροι ορισμοί του στρες ακολουθούν την κατεύθυνση του Selye και περιλαμβάνουν:

1. Τις σωματικές ή ψυχικές επιδράσεις ή διαταραχές σε μια από τις αυτόματες ψυχοφυσιολογικές διεργασίες.
2. Την ψυχοφυσιολογική διέγερση που, αν είναι παρατεταμένη, μπορεί να κουράσει, να προκαλέσει βλάβη ή να οδηγήσει σε σωματική ασθένεια.
3. Τα αποτελέσματα της μη επιτυχούς αντιμετώπισης των γεγονότων.
4. Τη συνθήκη κατά την οποία υπάρχει ασυμφωνία ανάμεσα στις απαιτήσεις, την απώλεια, την απειλή απώλειας ή τα γεγονότα ζωής, από τη μια μεριά, και τη ικανότητα του ατόμου να αντιδρά, από την άλλη, έτσι ώστε να τίθεται σε κίνδυνο η υγεία του.
5. Τα αποτελέσματα της διαδικασίας αξιολόγησης, κατά την οποία το άτομο συγκρίνει: α) τη φύση και το νόημα μιας συναλλαγής σε σχέση με την κατάσταση ευεξίας του, και β) τη στρατηγική χρησιμοποίησης των διαθέσιμων εφοδίων για την αντιμετώπισή του (Βασιλάκη, Τριλίβα, Μπεζεβέγκης, 2001).

1.2.1. Κοινωνικό στρες

Ο όρος «στρες» προέρχεται από το λατινικό *stringere* που σημαίνει «συμπιέζω, σφίγγω». Τον 15^ο αιώνα, ο όρος χρησιμοποιούνταν για να περιγράψει προβλήματα ή πόνο. Στην αρχή του 20^{ου} αιώνα, ο όρος απέκτησε ευρύτερο και κάπως διαφορετικό περιεχόμενο, και σήμερα αναφέρεται σε μια σειρά ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν την ανθρώπινη υγεία, διαταράσσοντας την ομοιόσταση, δηλαδή τη φυσιολογική δυναμική ισορροπία που χαρακτηρίζει τη ζωή.

Οι στρεσογόνοι παράγοντες στο περιβάλλον ταξινομούνται σε φυσικούς – χημικούς και κοινωνικούς – ψυχολογικούς. Η πρώτη κατηγορία θα αναλυθεί παρακάτω. Στη δεύτερη κατηγορία, σημαντικό ρόλο παίζουν ορισμένα κρίσιμα γεγονότα, όπως ο θάνατος συγγενούς, το διαζύγιο, η φυλάκιση, η σοβαρή ασθένεια, η απώλεια της δουλειάς, η μετακίνηση, κ.α. Στους ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες περιλαμβάνονται επίσης οι οικογενειακές υποχρεώσεις, η έλλειψη αυτοπεποίθησης, η απομόνωση, κ.α. (έχει γίνει ήδη αναφορά).

Η σύγχρονη ψυχολογία, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στη δυναμική αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον, θεωρεί ότι οι επιδράσεις των στρεσογόνων παραγόντων τροποποιούνται από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο ερμηνεύει και βιώνει τους παράγοντες αυτούς. Στη διαδικασία εμπλέκεται το κεντρικό νευρικό σύστημα, το οποίο δρα ρυθμιστικά ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον του, καθώς και το ενδοκρινικό και ανοσολογικό σύστημα, τα οποία με τις ορμόνες και τους ανοσομεταβιβαστές αλληλεπιδρούν με το νευρικό σύστημα (<http://www.stress.org/>).

Οι επιπτώσεις των στρεσογόνων διεργασιών στην υγεία διακρίνονται σε άμεσες και μακροπρόθεσμες. Στις άμεσες επιπτώσεις περιλαμβάνονται ο πόνος στην πλάτη, οι μυϊκοί σπασμοί, οι ταχυπαλμίες, τα οφθαλμολογικά προβλήματα, ο πονοκέφαλος, τα δερματικά εξανθήματα, η κόπωση. Μακροπρόθεσμα, η χρόνια επιβάρυνση από το στρες μπορεί να προκαλέσει σοβαρά νοσήματα, τα οποία συνήθως εκδηλώνονται 6-18 μήνες μετά από ένα σημαντικό στρεσογόνο γεγονός.

Τα πιο σημαντικά νοσήματα που μπορεί να προκαλέσει μακροπρόθεσμα το στρες είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Από τις πρώτες εργασίες με διεθνή απήχηση που

τεκμηρίωσαν τη σχέση του στρες με την αυξημένη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα ήταν αυτή του ακαδημαϊκού Δ. Τριχόπουλου και των συνεργατών του. Στρεσογόνοι παράγοντες έχουν παρατηρηθεί και πριν την εμφάνιση ορισμένων άλλων νοσημάτων ακόμη και κακοήθων νεοπλασμάτων. Το μεγαλύτερο, όμως, ενδιαφέρον παρουσιάζει η συσχέτιση του στρες με τα καρδιαγγειακά νοσήματα (<http://www.sciencedirect.com>).

Η απάντηση του οργανισμού στο στρες ποικίλει από άτομο σε άτομο. Οι διαφορές οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στις εμπειρίες των πρώτων χρόνων ζωής, όταν αναπτύσσεται ο εγκέφαλος. Στέρση της μητέρας ή άλλα τραυματικά κοινωνικά γεγονότα αυξάνουν την υπερβολική αντίδραση στα στρεσογόνα γεγονότα κατά την ενήλικη ζωή. Επίσης, υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες. Στις γυναίκες δεν αυξάνεται τόσο η αρτηριακή πίεση όσο στους άνδρες. Από την άλλη, οι γυναίκες έχουν την τάση να επηρεάζονται από ευρύτερο φάσμα στρεσογόνων παραγόντων, επειδή έχουν πιο σφαιρική εικόνα της πραγματικότητας και συνολικότερη ευθύνη της καθημερινότητας (Τούντας, 2000).

1.2.2.Εργασιακό στρες

Το εργασιακό στρες σχετίζεται με τις φυσικές συνθήκες εργασίας, με τη θέση του εργαζομένου στην επιχείρηση και τη σχέση του με το εργασιακό περιβάλλον. Οι πιο συνηθισμένοι στρεσογόνοι φυσικοί παράγοντες είναι ο φωτισμός, ο θόρυβος, η ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία, το ψύχος, οι δονήσεις, η θερμότητα. Οι επαναλαμβανόμενες κινήσεις κατά την εργασία και η ανύψωση βαρών αποτελούν επίσης στρεσογόνους σωματικούς παράγοντες.

Σε ό,τι αφορά την κατηγορία των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, ιδιαίτερης βαρύτητας είναι η απόλυση από την εργασία, ενώ μικρότερης βαρύτητας είναι η αλλαγή των συνθηκών εργασίας. Η ψυχοκοινωνική επιβάρυνση συχνά σχετίζεται και με τον τρόπο οργάνωσης της εργασίας, τις συνθήκες απασχόλησης, το αντικείμενο και το περιεχόμενο της εργασίας, το πρόγραμμα εργασίας, το εισόδημα, τις υπερωρίες, τις τριβές με τη διοίκηση ή τους συναδέλφους, την υγιεινή και την ασφάλεια.

Έχει διαπιστωθεί, επίσης, πως η ψυχοκοινωνική πίεση στην εργασία επηρεάζεται σε μεγάλο από τις απαιτήσεις της εργασίας, τον βαθμό ικανοποίησης από αυτήν, τις δυνατότητες των εργαζομένων για ανάληψη πρωτοβουλιών και για εξέλιξη. Για τον λόγο αυτό άλλωστε, ο συνδυασμός της εργασίας με υψηλές απαιτήσεις και μικρές δυνατότητες επιρροής αποτελεί συχνά πηγή στρες, ενώ το εύκαμπτο ωράριο και η προσωπική οργάνωση της εργασίας εξασφαλίζουν μεγαλύτερη αυτονομία του εργαζόμενου.

Ένα άλλο μοντέλο ερμηνείας του εργασιακού στρες στηρίζεται στο δίπολο προσπάθεια – επιβράβευση. Η προσπάθεια που καταβάλλει ένας εργαζόμενος εξαρτάται από τις «εξωγενείς» απαιτήσεις και από τα «ενδογενή» κίνητρα. Η προσπάθεια μπορεί να επιβραβεύεται με χρήματα, εκτίμηση, καταξίωση και ασφάλεια. Όταν κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει, όταν δηλαδή υπάρχει μεγάλη προσπάθεια και μικρή ανταμοιβή, τότε το στρες, και συνακόλουθα οι διαταραχές υγείας, αυξάνουν. (<http://www.stress.org/>)

Πρόσφατη έρευνα του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας διαπίστωσε ότι περισσότεροι από το 25% των εργαζομένων βιώνουν καταστάσεις στρες στην εργασία τους. Ένας στους πέντε ευρωπαίους εργαζόμενους αισθάνεται κόπωση και ένας στους οκτώ υποφέρει από πονοκέφαλο. Περίπου οι μισοί από τους εργαζόμενους στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

απασχολούνται σε μονότονες εργασίες. Η μονοτονία και η επανάληψη στην εργασία είναι φαινόμενα που παρατηρούνται περισσότερο στη Γαλλία, την Ελλάδα και την Ισπανία.

Οι εργαζόμενες γυναίκες είναι ιδιαίτερα εκτεθειμένες σε στρεσογόνους παράγοντες. Οι γυναίκες και οι νεότεροι εργαζόμενοι έχουν τους περισσότερους περιορισμούς. Οι γυναίκες κερδίζουν κατά κανόνα λιγότερα χρήματα και έχουν χαμηλότερου κύρους εργασία απ' ό,τι οι άνδρες. Ένας μεγάλος αριθμός εργασιών που διεκπεραιώνονται από γυναίκες περιλαμβάνει άμεση επαφή με πελάτες, η οποία πολλές φορές συνεπάγεται ένταση και στρες. Οι γυναίκες ελέγχουν, επίσης, λιγότερο τον ρυθμό της δουλειάς τους απ' ό,τι οι άνδρες, ενώ και οι υπερωρίες έχουν μεγαλύτερη στρεσογόνο επίδραση στις γυναίκες.

Οι στρεσογόνοι αυτοί παράγοντες έχουν σημαντικές επιδράσεις στην υγεία των εργαζομένων. Από πολλές μελέτες διαπιστώνεται σημαντική συσχέτιση μεταξύ εργασιακής επιβάρυνσης και ορισμένων νοσημάτων. Σε σύγκριση με το σύνολο των εργαζομένων, οι εργαζόμενοι που υφίστανται στρεσογόνο πίεση διατρέχουν τέσσερις με πέντε φορές μεγαλύτερο κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων (Τούντας, 2000).

1.3. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Όπως ήδη έχουμε αναφέρει και παραπάνω, η ανθρώπινη συμπεριφορά αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την προστασία και προαγωγή της υγείας. Η σχέση μεταξύ συμπεριφοράς και υγείας ήταν γνωστή σε όλους τους αρχαίους πολιτισμούς. Η διατροφή, η άσκηση, οι κοινωνικές σεξουαλικές σχέσεις, ο ύπνος, κ.α., αναφέρονται ως παράγοντες υγείας στα συγγράμματα των ιατρών της αρχαιότητας. Η θεωρία των τεσσάρων χυμών του Ιπποκράτη είχε οδηγήσει και στην περιγραφή αντίστοιχων χαρακτηρισολογικών τύπων. Η κυριαρχία του «αίματος» διαμόρφωνε τον «αιματώδη» και αισιόδοξο τύπο ανθρώπου. Το «φλέγμα» χαρακτήριζε τον «φλεγματούδη» τύπο, που τον διέκρινε ηρεμία και πραότητα. Η «κίτρινη χολή» επικρατούσε στον «χολερικό» τύπο, που ήταν ανήσυχος και ευέξαπτος. Τέλος, η «μαύρη χολή» οδηγούσε στον «μελαγχολικό» ή καταθλιπτικό τύπο ανθρώπου.

Σήμερα, είναι γνωστός ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζουν διάφορες συμπεριφορές στην εμφάνιση της σύγχρονης νοσηρότητας. Οι διατροφικές συνήθειες, το κάπνισμα και η κατανάλωση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών, η φυσική άσκηση, ο ύπνος, η οδική και σεξουαλική συμπεριφορά, επιδρούν άμεσα ή έμμεσα, άλλοτε πρωτογενώς και άλλοτε δευτερογενώς, στη διαμόρφωση του φαινομένου της υγείας και της αρρώστιας. Μολαταύτα, το ερώτημα παραμένει γιατί ορισμένα άτομα συνειδητοποιούν τον κίνδυνο που διατρέχουν και προσαρμόζουν κατάλληλα τη συμπεριφορά τους ώστε να προστατεύσουν και να προάγουν την υγεία τους, ενώ άλλα άτομα υιοθετούν συμπεριφορές επικίνδυνες για την υγεία και τη ζωή τους. Σε συνάρτηση με το ερώτημα αυτό τίθεται και το μεγάλο αίτημα για τον περιορισμό των επικίνδυνων και αντίστοιχα τη διάδοση των υγιεινών συμπεριφορών. Αναφορικά με τα κρίσιμα αυτά ζητήματα έχει αναπτυχθεί στη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα πλήθος θεωρητικών προσεγγίσεων και προβληματισμών (Lipra, 2003).

Τα τελευταία χρόνια διαμορφώνονται ειδικές θεωρίες και μοντέλα, στο πλαίσιο της Ψυχολογίας της Υγείας (Health Psychology), η οποία αποτελεί νέο σχετικά κλάδο της ψυχολογίας και της Συμπεριφοριστικής Ιατρικής (Behavioral Medicine). Οι θεωρίες αυτές αφορούν είτε την ερμηνεία των συμπεριφορών υγείας, είτε την τροποποίηση των συμπεριφορών αυτών (<http://www.libr.uoc.gr>).

Η αξία που δίνει το άτομο στην υγεία του, η ευθύνη που νιώθει για την υγεία τη δική του και των άλλων ανθρώπων, το τι κάνει ή δεν κάνει για να την προφυλάξει, η υιοθέτηση επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών (κάπνισμα, ανεύθυνη οδήγηση, κ. α.), αποτελούν όλα αντικείμενο συστηματικών μελετών και θεωρητικών αναζητήσεων της Ψυχολογίας της Υγείας.

Όλα τα μοντέλα συμπεριφορών υγείας έχουν ως κεντρικό σημείο αναφοράς τις πεποιθήσεις, τις στάσεις, τις αξίες και τις προθέσεις κάθε ατόμου, δηλαδή έννοιες που διαμορφώνονται ή επηρεάζονται από τις γνωσιακές λειτουργίες. Οι πεποιθήσεις αντιστοιχούν σε όσα το άτομο γνωρίζει, ή πιστεύει ως αληθινά. Οι πεποιθήσεις είναι σημαντικές, γιατί διαμορφώνουν τον τρόπο σκέψης ως προς τα θέματα υγείας. Όμως, Μεγαλύτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι στάσεις του ατόμου, οι οποίες καθώς αποτελούν «προδιάθεση για συμπεριφορά», βρίσκονται πιο κοντά στην πραγματική συμπεριφορά. Οι στάσεις αποτελούν σχετικά σταθερή τάση αντιμετώπισης προσώπων, πραγμάτων και καταστάσεων (Τούντας, 2004).

1.3.1. Στάσεις – Αναπαραστάσεις για την Υγεία και τη Συμπεριφορά

Οι στάσεις (attitudes), ο τρόπος δηλαδή με τον οποίο αξιολογούμε τα «αντικείμενα» (οτιδήποτε μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο σκέψης και κατά συνέπεια αξιολόγησης, π.χ. πρόσωπο, συμπεριφορά κ.λ.π.), στο περιβάλλον μας, αποτελούν μία από τις σημαντικότερες έννοιες της Κοινωνικής Ψυχολογίας (Ajzen, 2001). Οι στάσεις είναι σημαντικές γιατί υποκινούν και επηρεάζουν την κοινωνική συμπεριφορά και συνεπώς συμβάλουν στην ερμηνεία, την πρόβλεψη και τον έλεγχο της.

Ένας από τους λόγους που μελετούμε τις στάσεις είναι επειδή προσδοκούμε να καταφέρουμε να προβλέψουμε τη μελλοντική συμπεριφορά ενός ατόμου. Η υπόθεση ότι οι στάσεις του ανθρώπου καθορίζουν τη συμπεριφορά του είναι βαθιά ριζωμένη στη δυτική σκέψη και σε πολλές περιπτώσεις είναι βάσιμη.

Οι έρευνες όμως έδειξαν ότι η σχέση μεταξύ στάσεων και συμπεριφοράς είναι περίπλοκη. Γενικά, οι στάσεις μπορούν να οδηγήσουν σε ασφαλείς προβλέψεις συμπεριφοράς α) όταν είναι ισχυρές και συνεπείς, β) όταν σχετίζονται συγκεκριμένα με τη συμπεριφορά που θέλουμε να προβλέψουμε, γ) όταν βασίζονται στην άμεση εμπειρία του ατόμου και, δ) όταν το άτομο έχει επίγνωση των στάσεών του.

Οι πεποιθήσεις και οι στάσεις μας μπορούν να επηρεάσουν τις συμπεριφορές μας που σχετίζονται με την υγεία. Για παράδειγμα, οι απόψεις ενός ατόμου σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος μπορεί να επηρεάσουν το εάν καπνίζει, πράγμα που έχει σαν αποτέλεσμα το να είναι επιρρεπές σε διάφορες ασθένειες που συνδέονται με το κάπνισμα. Οι σεξουαλικές αντιλήψεις ενός ατόμου μπορούν να επηρεάσουν το αν κάνει ασφαλές σεξ. Επίσης, οι πεποιθήσεις μιας γυναίκας για την πιθανότητα και τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού μπορεί να επηρεάσει το κατά πόσον θα εξετάζεται μόνη της κάθε μήνα και το κατά πόσο θα κάνει τακτικές μαστογραφίες.

Διαθέτουμε πολλές γνώσεις για το πώς οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες – το στρες, κοινωνική υποστήριξη, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, οι πεποιθήσεις και οι στάσεις – μπορούν να επηρεάσουν την υγεία των ατόμων.

Το Μοντέλο Πεποιθήσεων που αφορά στην Υγεία εστιάζεται σε τέσσερα κύρια είδη πεποιθήσεων που επηρεάζουν το πότε λαμβάνουμε μέτρα, για να προστατέψουμε την υγεία μας: πεποιθήσεις για το κόστος και το όφελος της λήψης μέτρων, πεποιθήσεις για το πόσο ευάλωτοι είμαστε απέναντι στην ασθένεια και πεποιθήσεις σχετικά με τη

σοβαρότητα της ασθένειας. Πολλές μελέτες δείχνουν ότι αυτές οι πεποιθήσεις προβλέπουν τότε τα άτομα ενεργούν με στόχο να προστατέψουν την υγεία τους.

Επίσης οι άνθρωποι προβαίνουν σε παράλληλη γνωστική και συναισθηματική αναπαράσταση της κατάστασης της υγείας του. Αναπαραστάσεις είναι ψυχικές «εικόνες», στις οποίες αποταμιεύεται η εμπειρία από τις σχέσεις μας μέσα στον κόσμο, με τους άλλους με την εξουσία και με τα πράγματα, οι αναπαραστάσεις αποτελούν, θα λέγαμε το βασικό εργαλείο αλλά και την πρώτη ύλη της επικοινωνίας. Ο όρος αναπαράσταση (representation) έχει βαθιές ρίζες στην ιστορία της φιλοσοφίας. Αναπαράσταση, κατά τον Rene Kaes ,1968 (Ναυρίδης, 1995), είναι «το αποτέλεσμα και η διαδικασία ψυχικής συγκρότησης του πραγματικού από μια ανθρώπινη ψυχική συσκευή».

Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, με τον όρο αναπαράσταση εννοούνται δύο διαφορετικά μεν, αλλά αλληλένδετα πράγματα. Από το ένα μέρος η ψυχική, θα λέγαμε, εικόνα ενός αντικειμένου, και από το άλλο, η ψυχική διεργασία κατασκευής αυτής της εικόνας από το άτομο.

Κάθε άτομο δημιουργεί νοητικές (γνωστικές) αναπαραστάσεις παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την υγεία. Το είδος αυτών των αναπαραστάσεων καθορίζει σε σημαντικό βαθμό και την αντίστοιχη συμπεριφορά του (Ναυρίδης, 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Η ΕΜΒΡΥΪΚΗ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΠΟΛΛΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΚΥΡΙΟ ΑΙΤΙΟ ΤΟ ΣΤΡΕΣ

Ένας Άγγλος βιολόγος, ο Sir Frederick Trubby King, είπε προς τους πολιτικούς: «Αν θέλετε να βελτιώσετε τη φυσικοψυχική υγεία της φυλής, ασχοληθείτε με τους εννέα μήνες της κυοφορίας».

Και πραγματικά, όλη η ανθρωπότητα, Ευρώπη και Αμερική, στην προσπάθειά της να αναθρέψει παιδιά υγιή και ισορροπημένα, έξυπνα και ευτυχισμένα, αφού ασχολήθηκε πρώτα με την βρεφική ηλικία του παιδιού – με την ανακάλυψη της ψυχανάλυσης από τον Freud, πέρασε στην συνέχεια στην ώρα του τοκετού, της γέννησης, γιατί ανακαλύφθηκε πόσο σημαντικό για τη ζωή του ανθρώπου ήταν, αν ο τοκετός θα ήταν ήρεμος και ευτυχής ή τραυματικός και αγωνιώδης. Έτσι, αναπτύχθηκαν τεχνικές ανώδυνου τοκετού, επίσης τοκετού μέσα στο νερό και δόθηκαν στους ιατρούς και τις μέλλουσες μητέρες οδηγίες για την ιερή αυτή ώρα, όπου το παιδί από το μικρό, ασφαλές, υδάτινο, γαλήνιο σύμπαν της Μήτρας, όπου ενωμένο με τη μητέρα του έζησε επί μια αιωνιότητα, έρχεται να ζήσει στο μεγάλο, αέρινο, ψυχρό, ταραγμένο, πολυθόρυβο Σύμπαν, όπου θα κινείται μόνο, αποκομμένο, ανεξάρτητο, με τις δικές του δυνάμεις.

Από τα έτη 1930 – 1940 και μετά, και ιδιαίτερα από το 1970 και εφεξής, οι επιστήμονες οδηγήθηκαν ακόμη πιο πίσω. Ανακάλυψαν την ύψιστη σημασία των προγεννητικών εμπειριών του ανθρώπου (Μαρή, 2004).

Βιολόγοι, ιατροί, ψυχαναλυτές, ψυχολόγοι, φιλόσοφοι, μας εξηγούν ότι η ψυχική στάση της εγκυμονούσας γυναίκας και του περιβάλλοντός της αφήνουν ανεξίτηλα εντυπώματα στο σώμα και την ψυχή του κυοφορούμενου. Μας λένε ότι αν θέλουμε να επηρεάσουμε, να προσανατολίσουμε ευνοϊκά, Θετικά τον Άνθρωπο στην πορεία του στη Ζωή και στην Κοινωνία, πρέπει να ασχοληθούμε με την προγεννητική περίοδο των εννέα μηνών, όπου το έμβρυο βυθισμένο στο αμνιακό υγρό της Μήτρας της Μητέρας του και συνδεδεμένο συνεχώς μαζί της, σχηματίζει όλα τα όργανα του σώματός του από το αίμα της Μητέρας, δέχεται

μέσα απ' αυτήν όλα τα ερεθίσματα, καλά και κακά, την αγάπη ή την απόρριψη της, την υπερηφάνεια ή την περιφρόνηση και την αδιαφορία της κι όλα αποτελούν αντίστοιχες εγγραφές στην κυτταρική του μνήμη, αντίστοιχα μηνύματα που θα τον οδηγούν, μετά τη γέννηση του, σε μια ζωή πλούσια, θετική, αισιόδοξη, ειρηνική, κοινωνική ή αντίθετα σε μια ζωή αρνητική, περιορισμένη, αυτιστική και μίζερη.

Μας διδάσκουν ότι η Προγεννητική Περίοδος είναι η πιο σημαντική, ότι κατ' αυτήν την περίοδο πρέπει να διαπαιδαγωγήσουμε τον άνθρωπο, διαπαιδαγωγώντας τους γονείς, ώστε εκείνοι να του προσφέρουν θετικά μηνύματα ζωής, γιατί μετά από τη γέννησή του είναι ήδη αργά...

Οι ψυχολόγοι, οι παιδαγωγοί, οι εκπαιδευτικοί έχουν μικρές σχετικά δυνατότητες, αφού ο άνθρωπος είναι ήδη, στην φυσικοψυχική του διάσταση, σχηματισμένος.

Ο άνθρωπος πράγματι πριν να διανύσει την θύρα της γεννήσεως και να ζήσει στο «εξωτερικό», ορατό, απρόσωπο Μεγάλο Σύμπαν, έχει ήδη διανύσει μια μακρόχρονη περίοδο εννέα μηνών σ' ένα μικρό «εσωτερικό», προσωπικό αόρατο σύμπαν: τη μητρική κοιλία: τη Μήτρα της Μητέρας του. Κι απ' αυτήν την περίοδο των εννέα μηνών – ιδιαίτερα μακρόχρονη, λόγω των συνταρακτικά γρήγορων ρυθμών αναπτύξεως της εμβρυϊκής ζωής – εξαρτάται κατά την σύγχρονη επιστήμη η Υγεία, η Ψυχική Ισορροπία και Πνευματική Δομή: οι ιδιοφυίες ή η έλλειψή τους και η ποιότητα του χαρακτήρα, που ο άνθρωπος θα εκδηλώσει κατά τη μεταγεννητική ζωή του.

Οι σύγχρονες έρευνες των πρωτοπόρων ερευνητών διαφόρων χωρών, ιατρών, ψυχιάτρων, ψυχολόγων, βιολόγων κ.λ.π. έφεραν ένα νέο φως και δημιούργησαν ένα νέο κλάδο, αναφερόμενο στην προγεννητική ζωή του ανθρώπου (<http://www.elsevier.com/locate/ybbrc>).

Απτεται της Ψυχολογίας, της Υγείας, της Ιατρικής και μάλιστα της Πρόληψης, της Αγωγής Υγείας και της Παιδαγωγικής (Μαρή, 2004).

2.1.1. Ενδομήτρια Ζωή

Οι έρευνες γύρω από την ενδομήτρια ζωή βρίσκονται ακόμα σε εξέλιξη. Υπάρχουν, όμως σίγουρες ενδείξεις ότι η κατάσταση της μητέρας επηρεάζει το έμβρυο. Μ' άλλα λόγια, η εμπειρία της ζωής αρχίζει μέσα στη μήτρα. Το δεύτερο κίολας μήνα ζωής μέσα στη μήτρα, ο εγκέφαλος αρχίζει να λειτουργεί και να μεταδίδει ερεθίσματα που συντονίζουν τα όργανα του μικροσκοπικού σώματος. Πρόκειται για έναν υποτυπώδη εγκέφαλο που από πολύ νωρίς αρχίζει να καταγράφει τα ερεθίσματα που προσλαμβάνει από το ενδομήτριο περιβάλλον. Πρέπει να τονίσουμε τον όρο «καταγράφει», γιατί, πραγματικά, αυτό το μικροσκοπικό νευρικό σύστημα ζει μέσα σ' έναν κόσμο που δέχεται εξωτερικές επιδράσεις. Αυτές οι επιδράσεις μπορεί τελικά να συντελέσουν στη εμφάνιση ασθενειών πολύ πριν να είναι το άτομο σε θέση να το επεξεργαστεί και συνειδητοποιήσει (<http://www.elsevier.com/locate/psyneuen>).

Αν η μητέρα πει κάποιο οινοπνευματώδες ποτό, ένα μέρος από αυτό μπορεί να περάσει στο έμβρυο. Αν παίρνει ηρωίνη, μπορεί να οδηγήσει το έμβρυο στον εθισμό. Αν καπνίζει, το έμβρυο μπορεί να παρουσιάσει καθυστέρηση στην ανάπτυξή του και να γεννηθεί μικρότερο από το κανονικό.

Μια μελέτη που έγινε στην Αγγλία με δεκαεπτά χιλιάδες παιδιά έδειξε ότι το παιδί μιας γερής καπνίστριας (δέκα ή και περισσότερα τσιγάρα τη μέρα μετά τον τέταρτο μήνα της εγκυμοσύνης) δε βρίσκεται σε άριστη σωματική κατάσταση και παρουσιάζει ανεπάρκεια στην κοινωνική του ανάπτυξη. Οι μητέρες που κάπνιζαν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, απέβαλαν σε ποσοστό 30 τοις εκατό περισσότερο από εκείνες που δεν κάπνιζαν (Τζάνοφ, 1991).

Εκείνο που πρέπει να σκεφτούμε είναι πόσο πιο αγχώδεις και ευαίσθητες στο στρες είναι οι μητέρες που καπνίζουν από εκείνες που δεν καπνίζουν. Για να το πούμε καλύτερα, το κάπνισμα δεν αποτελεί παρά άλλη μια παρενέργεια της έντασης και του στρες που βιώνει μια μέλλουσα μητέρα.

Για να εξασφαλίσουμε λοιπόν μια υγιή εγκυμοσύνη, θα πρέπει ακριβώς να ασχοληθούμε με την ένταση και το στρες και τελικά να το εξαλείψουμε. Βλέπουμε λοιπόν ότι το στρες έχει άμεση επίδραση στην εμβρυϊκή ανάπτυξη.

Μελέτες έδειξαν ότι ο ήχος μεταφέρεται απευθείας στο έμβρυο. Σ' ένα πείραμα που έγινε σ' ένα θάλαμο νεογέννητων, έβαλαν να παίζει μια μαγνητοταινία με καρδιακό παλμό. Το αποτέλεσμα ήταν ότι το κλάμα των μωρών ελαττώθηκε. Αυτό δείχνει ότι ο καρδιακός παλμός της μητέρας καταγράφεται στο έμβρυο, με συνέπεια η κανονικότητα του (ή η μη κανονικότητα) να το επηρεάζει. Ο καρδιακός παλμός της μητέρας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να επηρεάσει αργότερα το παιδί. (Louey and Thornburg, 2005, <http://www.elsevier.com/locate/earlhumdev>)

Ο ήχος δεν προσλαμβάνεται μόνο μέσα από το δέρμα, αλλά υπάρχουν ενδείξεις ότι μπορεί να εντοπιστεί και με τη βοήθεια ορισμένων περιοχών του δέρματος. Το δέρμα αποτελεί τα μάτια και τα αυτιά του εμβρύου.

Πειράματα στη Σουηδία έδειξαν ότι το έμβρυο αντιδρά στους μέτριους ήχους αυξάνοντας τον καρδιακό ρυθμό του. Αυτό αποτελεί δείκτη αντίδρασης σε στρες (<http://www.elsevier.com/locate/ybri>).

Το γεγονός ότι το έμβρυο δεν μπορεί να συλλάβει νοητικά το στρες δε σημαίνει ότι δεν πληγώνεται από αυτό ή, ακόμα, ότι το στρες δε θα σημαδέψει τη μετέπειτα συμπεριφορά του (Τζάνοφ, 1991).

Εκείνο που συμβαίνει σ' όλη τη διάρκεια της ενδομήτριας και εξωμήτριας ζωής είναι ότι δημιουργούνται αγχογόνες καταστάσεις που σημαδεύουν τον οργανισμό, σχηματίζοντας μια Πρωτογενή δεξαμενή που κάποια μέρα ξεχειλίζει με τη μορφή Συμπτωμάτων.

Η έρευνα του S. Rosen, ενός οντολόγου από τη Νέα Υόρκη, είναι διδακτική: «Όταν ένας ξαφνικός θόρυβος χτυπήσει στο αυτί, η καρδιά αρχίζει να χτυπά γρήγορα, τα αιμοφόρα αγγεία συστέλλονται, οι κόρες διαστέλλονται και παρουσιάζονται σπασμοί στο στομάχι, τον οισοφάγο και τα έντερα...Εσείς μπορεί να ξεχάσετε το θόρυβο, το σώμα σας, όμως, ποτέ».

Ο Dr Rosen αναφέρεται σε μια κατάσταση στρες ή αγχωτική αντίδραση. Ένα μωρό που δεν μπορεί να εντοπίσει την εστία του θορύβου ή να κάνει κάτι γι' αυτόν θα υποστεί στρες. Το αν ο ανθρώπινος οργανισμός βρίσκεται μέσα ή έξω από τη μήτρα δεν έχει και τόση σημασία όσον αφορά τις σωματικές αντιδράσεις του στο στρες που προκαλεί ο θόρυβος.

Εκείνο που συμβαίνει στη διάρκεια της κύησης είναι ότι προετοιμαζόμαστε να γίνουμε ανθρώπινα πλάσματα με συναισθήματα. Τα ερεθίσματα που δέχεται το έμβρυο με τη μορφή αισθήσεων εξελίσσονται σε

καθολικές σωματικές καταστάσεις που επηρεάζουν τις εκκρίσεις, την ορμονική ανάπτυξη, τις εγκεφαλικές διεργασίες, κλπ. Οι αισθήσεις, λοιπόν, εξελίσσονται σε προάγγελους συναισθημάτων (Τζάνοφ, 1991).

Οι καταστροφικές αισθήσεις σημειώνουν την αρχή μιας κατάρρευσης που θα εξελιχτεί μετά τη γέννηση σε κάποια ασθένεια ψυχική ή σωματική. Εκείνο που χαρακτηρίζεται από πολλούς σαν «γενετικές χαρακτηρισολογικές διαφορές» ανάμεσα στα νεογέννητα μπορεί να είναι η «προσωπικότητα» που έχει ήδη αναπτυχθεί, με τον ένα ή τον άλλο τρόπο, εξαιτίας των εμπειριών του εμβρύου μέσα στη μήτρα.

Φυσικά αν μια μέλλουσα μητέρα που καπνίζει γεννήσει ένα μικρό μωρό, αυτό σημαίνει ότι το συγκεκριμένο στρες ανέστειλε την ορμονική ανάπτυξη που ήταν απαραίτητη στην ανάπτυξη του εμβρύου (Τζάνοφ, 1991).

Στο μέτρο που οι ορμόνες συνδέονται τόσο πολύπλοκα με τα συναισθήματα, είναι λογικό να υποθέσουμε ότι μια δυσμενής ορμονική ανάπτυξη θα επηρεάσει την ικανότητα μας να αισθανόμαστε.

Καμιά φορά, οι καταστροφικές αυτές αισθήσεις δεν είναι τόσο φανερές. Για παράδειγμα, αν μια έγκυος γυναίκα ανέβει σ' ένα ψηλό βουνό, ταξιδέψει μ' ένα αεροπλάνο που δεν έχει ρυθμιστή πίεσης ή αν η κυκλοφορία της εξασθενεί εξαιτίας της έντασης που νιώθει, τότε το μωρό θα υποφέρει από έλλειψη οξυγόνου. Αυτό θα πρέπει να είναι μια πολύ δυσάρεστη αίσθηση. Αν και ο πλακούντας θα προσπαθήσει ν' αναπληρώσει αυτή την έλλειψη, το έμβρυο, εντούτοις, θα νιώσει με κάποιο τρόπο τη στέρηση του οξυγόνου. Η συνεχής δυσφορία μπλοκάρει αυτόματα ή παραμορφώνει την ευαισθησία του συστήματος (δημιουργώντας σ' αυτή την περίπτωση έναν υπερανπτυγμένο πλακούντα), χωρίς αυτό να γίνεται συνειδητά αντιληπτό σαν Πόνος. Το έμβρυο μπορεί να έχει μια αίσθηση δυσφορίας (που μπορούμε να τη χαρακτηρίσουμε Πόνο), χωρίς να την αντιλαμβάνεται συνειδητά. Οι αισθήσεις αποτελούν τα βασικά στοιχεία της συνείδησης. Μια αμβλυμένη αίσθηση θα έχει σίγουρα κάποια επίδραση αργότερα στη συνείδηση του νεογέννητου. Το μωρό μπορεί να είναι λιγότερο οξυδερκές, ευκίνητο και ζωηρό, να παρουσιάζει καθυστέρηση στην αντιληπτική του ανάπτυξη ή οτιδήποτε άλλο (Louey and Thornburg, 2005, <http://www.elsevier.com/locate/earlhumdev>).

Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι αυτές οι αισθήσεις δε δημιουργούν μόνιμα αποτελέσματα, γιατί πολλά από τα εγκεφαλικά κύτταρα που χρειάζονται για την

ερμήνευσή τους δεν είναι εμμύελα. Άλλες πάλι έρευνες αποδεικνύουν το αντίθετο (Τζάνοφ, 1991).

Ένα όμως είναι σίγουρο, αν θα έπρεπε μια γυναίκα να προσέξει πολύ τον εαυτό της, αυτό θα έπρεπε να συμβεί στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η ακατάλληλη διατροφή, η υπερβολική χρήση οιοπνευματωδών, κλπ, επηρεάζουν το μωρό. Η έγκυος γυναίκα έχει ήδη αναπτύξει μια σχέση με το παιδί της. Αν ενδιαφέρεται για το παιδί της, θα φροντίσει το σώμα της, δε θα τρέχει πάνω κάτω για να προλάβει μέχρι την τελευταία στιγμή τις δουλειές της, δε θα ουρλιάζει κάθε δύο λεπτά στα άλλα παιδιά της και γενικά δε θα κάνει πράγματα που αυξάνουν την ένταση. Εκείνο που χρειάζεται είναι ένα χαλαρωμένο σύστημα.

Η ανεπάρκεια οξυγόνου δεν είναι η μοναδική στέρηση που μπορεί να νιώσει το έμβryo. Η ακατάλληλη διατροφή της μητέρας αποτελεί άλλον ένα ουσιαστικό παράγοντα. Μια υγιής μητέρα αισθάνεται τις ανάγκες του εμβρύου μέσα της σαν μέρος των δικών της αναγκών. Θα ικανοποιήσει, επομένως, αυτές τις ανάγκες αυθόρμητα, όταν είναι έγκυος, μέσα από ένα σωστό διαιτολόγιο. Δε θα κάνει εξοντωτικές δίαιτες για να διατηρήσει λεπτό το σώμα της. Μια μητέρα που δεν τρέφεται κανονικά βλάπτει το έμβryo. Έτσι, το έμβryo δεν αναπτύσσεται φυσιολογικά, με αποτέλεσμα να γίνει αργότερα το παιδί σωματικά ευάλωτο. Η έλλειψη ικανοποιητικής τροφής μπορεί να επηρεάσει το νευρικό σύστημα του εμβρύου την εποχή που βρίσκεται στο στάδιο της ταχείας εξέλιξής του (Cole, 2002).

Όλοι μας ξέρουμε πως ένα ακατάλληλο διαιτολόγιο μπορεί να επηρεάσει το σώμα μας. Εκείνο που μπορεί να μην καταλαβαίνουμε τελείως είναι το πώς ακριβώς το ακατάλληλο διαιτολόγιο μιας εγκύου μπορεί να κάνει το έμβryo να υποφέρει, παρόλο που το ίδιο δεν έχει αναπτύξει μια συνείδηση για να καταλάβει τι του συμβαίνει.

Υπάρχουν επίσης πολυάριθμες μελέτες που δείχνουν τα βλαβερά αποτελέσματα μιας πρόωρης γέννας. Αυτά κυμαίνονται από πνευματική καθυστέρηση μέχρι διάφορες αρρώστιες του αναπνευστικού. Κάτι τέτοιο μπορεί βέβαια να οφείλεται λιγότερο στο πρόωρο της γέννησης και περισσότερο στο γεγονός ότι τα πρόωρα μωρά τοποθετούνται σε θερμοκοιτίδες, όπου υπάρχει σαφής έλλειψη ερεθισμάτων, ζεστασιάς και σωματικής επαφής, στοιχεία απαραίτητα για την ανάπτυξη τους – ιδιαίτερα, μάλιστα, αν σκεφτούμε ότι

πρόκειται για έμβρυα που χρειάζονται όλα τα ερεθίσματα που τους παρέχει η μήτρα.

Για να μπορέσει το πρόωρο παιδί ν' αναπτυχθεί φυσιολογικά, θα πρέπει να του δοθεί ένα μεγαλύτερο από το συνηθισμένο ποσό οπτικών ερεθισμάτων. Αυτό το είδος ερεθισμάτων έχει άμεση επίδραση στην ανάπτυξη των εγκεφαλικών κυττάρων (Τζάνοφ, 1991).

Μια μορφή άρνησης στο μωρό της φυσιολογικής του φύσης είναι η καθυστερημένη γέννα – δεν επιτρέπεται στο μωρό εκείνο που του υπαγορεύει η φύση του, να γεννηθεί στο σωστό χρόνο.

Το τραύμα μιας καθυστερημένης γέννας αποδεικνύεται από το γεγονός ότι το ποσοστό θνησιμότητας των μωρών που αργούν να βγουν στον κόσμο είναι διπλάσιο από εκείνο των φυσιολογικών. Επειδή ακριβώς το μέγεθος του κεφαλιού και της λεκάνης είναι συνήθως μεγαλύτερο από το κανονικό (εξαιτίας της μεγαλύτερης παραμονής του μωρού μέσα στη μητέρα), η γέννα είναι περισσότερο δύσκολη και τραυματική. Με λίγα λόγια, μια μητέρα που δεν αισθάνεται έτοιμη για το ρόλο της, που είναι σφιγμένη κι έχει την τάση να κρατάει τα πάντα μέσα της, μπορεί ασυνείδητα να κρατήσει το μωρό μέσα της περισσότερο από το κανονικό.

Είναι σημαντικό να ξέρουμε κατά πόσο η ένταση μιας εγκύου γυναίκας δημιουργεί μεγαλύτερες πιθανότητες για τη γέννηση μωρών που υποφέρουν από διάφορα προβλήματα υγείας (ψυχικά και σωματικά) στην πορεία της ζωής τους (Mudler, et al., 2002).

Όταν μιλάμε για ένταση, εννοούμε μια καθολική σωματική κατάσταση που αφορά την ορμονική παροχή, το μυϊκό σύστημα, το κυκλοφορικό, κλπ. Ένταση είναι απλώς ένας όρος, ένας δείκτης της κατάστασης όλων αυτών των συνδεδεμένων σωματικών συστημάτων.

Μια διαταραχή του ορμονικού συστήματος της μητέρας μπορεί να δημιουργήσει μακροχρόνιες επιδράσεις στο έμβryo. Μπορεί να καθορίσει το πόσο επιθετική ή παθητική θα είναι η ιδιοσυγκρασία του παιδιού (Τζάνοφ, 1991).

Οι έντονες συγκινήσεις της μέλλουσας μητέρας οι οποίες συνοδεύονται από έκτακτες ορμονικές εκκρίσεις και από μεταβολή της κανονικής φυσικο – χημικής σύνθεσης του φυσιολογικού περιβάλλοντος του οργανισμού της είναι δυνατόν να ακολουθηθούν από επιβλαβείς φυσικοχημικές μεταβιβάσεις από το μητρικό σώμα προς το σώμα του εμβρύου. Και αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο

απαιτείται η εγκυμονούσα να ζει σε κατάλληλο φυσικό και ψυχικό περιβάλλον το οποίο να είναι κατάλληλο για την σωματική και ψυχική της υγεία (Ράπτης, 1974).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι από την μία το σώμα της μητέρας διαθέτει αμυντικό σύστημα αυτοπροστασίας εναντίον των διαταρακτικών της φυσιολογικής και ψυχολογικής ισορροπίας εξωτερικών επιδράσεων (π.χ. σύστημα αυτόματων ορμονικών αντισταθμίσεων του νευρικού συστήματος). Από την άλλη ο πλακούντας δια του οποίου πραγματοποιούνται ενδομητρικώς όλες οι μεταβιβάσεις από το σώμα της μητέρας στο σώμα του εμβρύου, αποτελεί οχυρωματική γραμμή αδιαπέραστη σε μεγάλο αριθμό μικροβίων και επιβλαβών χημικών ουσιών.

Επί πλέον και ο αναπτυσσόμενος οργανισμός του εμβρύου διαθέτει αμυντικό σύστημα προστατευτικό αντισταθμίσεων. Μέχρι ενός σημείου η προστασία του εμβρύου από επιβλαβείς επιδράσεις του προ της γέννησης περιβάλλοντος είναι εξασφαλισμένη αλλά όχι ολοκληρωτική.

Πρέπει να τονίσουμε επίσης ότι τα επιβλαβή γενετικά αποτελέσματα δεν εξαρτώνται μόνο από το μέγεθος της σοβαρότητας των εξωτερικών αιτιών αλλά και από την κατάσταση του αμυντικού συστήματος του μητρικού οργανισμού και του οργανισμού του εμβρύου, των οποίων η αποτελεσματικότητα όχι μόνο διαφέρει από άτομο σε άτομο αλλά μπορεί και να μεταβληθεί σε αυτό το άτομο από διάφορες αιτίες.

Για το λόγο αυτό συμβαίνει πολλές φορές σε αρκετά αξιόλογα εξωτερικά αίτια (όπως η εμπλοκή της εγκυμονούσας σε μεγάλες καταστροφές, θεομηνίες, συμφορές κ.λ.π.) να μη προκαλέσουν δυσμενή επακόλουθα, ενώ αντίθετα άλλες φορές ασήμαντα εξωτερικά αίτια να προκαλέσουν αξιόλογες γενετικές συνέπειες (Ράπτης, 1974).

2.2. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ

2.2.1 Τα Ψυχικά βιώματα του εμβρύου

Το έμβρυο αισθάνεται τα συναισθήματα της μητέρας του. Συλλαμβάνει τις σκέψεις της μέσα από τα ίδια του τα κύτταρα. Το έμβρυο έχει μνήμη και απομνημονεύει, εγγράφοντας στα κύτταρά του, τις σκέψεις της μητέρας του, τα μηνύματα που εκείνη του στέλνει, την στάση της στην ζωή, την νοοτροπία της, τα ιδανικά και τους στόχους της, την ποιότητα της ύπαρξής της.

Το έμβρυο συναισθάνεται ιδιαίτερα την ψυχική στάση που η μητέρα του τρέφει απέναντί του. Αν είναι θετική ή απορριπτική. Αν επιθυμεί τη γέννησή του ή όχι. Η αρνητική στάση της μητέρας ή του πατέρα προκαλεί σοβαρό τραύμα για το μωρό, που παρακωλύει την ομαλή φυσική και ψυχική του ανάπτυξη, εγγράφεται στα κύτταρά του και εκτός από τις φυσικές ατέλειες και αδυναμίες που μπορεί να δημιουργήσει, μειώνει την επιθυμία για ζωή και επικοινωνία με τον κόσμο, όπου προορίζεται να ζήσει. Αντίθετα, τα θετικά συναισθήματα, όπως η χαρά, η ευτυχία, ο θαυμασμός, η γεμάτη εμπιστοσύνη, σεβασμό και αισιοδοξία αναμονή της γέννησής του, που επίσης εγγράφονται, συνεισφέρουν σημαντικά στην υγιή, ομαλή και αισιόδοξη φυσική, συναισθηματική και νοητική του ανάπτυξη (Μαρή, 2004).

Το έμβρυο είναι ένα ζωντανό πλάσμα, νοήμον και συναισθηματικό. Οι πρώτες εμπειρίες που δέχεται από τη ζωή, είναι οι πιο σημαντικές, είναι ο νόμος του. Αν η εμπειρία που δέχτηκε είναι δυσάρεστη, αν δεν δέχτηκε την αγάπη της μητέρας του και του πατέρα του, σχηματίζει ως πρώτο του νόμο την ιδέα ότι η ζωή είναι δυσάρεστη, ότι η μητέρα του, ο πατέρας του, οι άνθρωποι δεν το αγαπούν και ότι ο κόσμος όπου θα ζήσει δεν είναι ευνοϊκός προς αυτό...Αν, αντίθετα, δέχτηκε αυτή την αγάπη σχηματίζει μια κοινωνική, αξιαγάπητη και αισιόδοξη προσωπικότητα. Ο αυτισμός, σήμερα το ξέρουν, αρχίζει συχνά από τραυματικές εμπειρίες προγεννητικές (Μαρή 2004).

2.2.2. Μακροπρόθεσμες Επιπτώσεις των Πρώιμων Εμπειριών

Αυτό που πρέπει να καταλάβουμε είναι ότι η ζωή στη μήτρα είναι η αρχή του προσανατολισμού μας μέσα στον κόσμο. Μέσα στη μήτρα είμαστε κιόλας πλάσματα δεκτικά – αντιληπτικά. Αν η παραμονή μας εκεί είναι άνετη, τότε ο αρχικός προσανατολισμός μας στη ζωή μετά τη γέννηση θα είναι θετικός. Αν δεν είναι άνετη, αν η μητέρα υποφέρει από χρόνια ένταση, έχει παλμούς γρήγορους ή άρρυθμους, κινήσεις σπασμωδικές, καπνίζει, πίνει και παίρνει ναρκωτικά, τότε το έμβryo προσανατολίζεται ασυνείδητα στο ότι ο κόσμος και η ζωή δεν προσφέρουν ασφάλεια και δεν πρέπει να τους έχει κανείς εμπιστοσύνη (Cole, 2002).

Μια τέτοια ενδομήτρια εμπειρία που συνοδεύεται από ένα δύσκολο τοκετό και απουσία κατάλληλης μεταχείρισης τους πρώτους μήνες παγιώνει τον άμορφο προσανατολισμό που είχε αρχίσει να διαγράφεται μέσα στη μήτρα. Αργότερα, όταν το παιδί αρχίσει να σκέφτεται, οι βασικές ιδέες του θα είναι: « Δεν μπορώ να εμπιστευτώ κανέναν, κλπ. Αυτές οι αποκαλούμενες παρανοϊκές ιδέες έχουν πραγματικές ρίζες – στις πραγματικές εμπειρίες του παιδιού που αντιστοιχούν στην ενδομήτρια ζωή.

Μέσα στη μήτρα το έμβryo «επισκοπεί» τον κόσμο, όχι με μάτια και αυτιά, αλλά με την αίσθηση της αφής του (Τζάνοφ, 1991).

Αργότερα, θ' αρχίσει να χρησιμοποιεί γι' αυτό το σκοπό και τις άλλες αισθήσεις του. Ακόμα, δεν μπορεί να νιώσει τη διαφορά τους.

Το έμβryo είναι, λοιπόν, ένας οργανισμός που αισθάνεται τα πάντα. Το κάθε λογής τραύμα μπορεί να του προκαλέσει την ίδια μορφή αισθητηριακής υπερφόρτισης μ' εκείνη που μπορεί να συμβεί αργότερα στη ζωή του και να έχει ακριβώς το ίδιο αποτέλεσμα, όπως π.χ. την εξασθένηση της αισθητηριακής αντίληψης.

Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι το έμβryo είναι πιο ευαίσθητο στην αισθητηριακή υπερφόρτιση, γιατί ο νευρολογικός μηχανισμός του δεν έχει ακόμα αναπτυχθεί ικανοποιητικά.

Το αποτέλεσμα μιας αισθητηριακής υπερφόρτισης στη διάρκεια της περιόδου πριν και λίγο μετά τον τοκετό μπορεί να δημιουργήσει τέτοιες

αλλοιώσεις στον εγκέφαλο, ώστε να επηρεαστούν ορισμένες ικανότητες.

Αργότερα, το παιδί μπορεί να εμφανίσει ανεπάρκεια μηχανικής ικανότητας. Μπορεί να είναι ανίκανο να δει πώς ταιριάζουν τα διάφορα πράγματα μεταξύ τους. Μπορεί να είναι ανίκανο ν' αντιληφθεί τη σχέση των επίπλων σ' ένα δωμάτιο. Μπορεί, ακόμα, να είναι ανίκανο να καταλάβει πώς συναρμολογούνται ορισμένα εξαρτήματα. Αυτές οι ελλείψεις μπορεί να είναι αποτέλεσμα πολύ πρώιμων εμπειριών μέσα στη μήτρα και όχι δυσκολίες κληρονομικής φύσης, όπως πιστεύαμε στο παρελθόν. Φυσικά, δεν πρέπει ν' αγνοούμε την τεράστια επίδραση των εμπειριών που συνέβησαν μετά τον τοκετό.

Για παράδειγμα, αν οι γονείς αρνούνται ν' αφήσουν ένα παιδί να εξερευνήσει και ν' αγγίξει αντικείμενα, οι μηχανικές ικανότητες του παιδιού θα ελαττωθούν. Δε θα μπορεί, μ' άλλα λόγια, να βιώνει το περιβάλλον του σε σχέση με το σώμα του, πράγμα βασικό για την ανάπτυξη των μηχανικών ικανοτήτων. Όταν το μωρό μένει παθητικά μέσα στο καροτσάκι του, η αντίληψη του θα αμβλυνθεί, γιατί η εξερεύνηση του κόσμου του είναι ατελής. Η αντίληψη του ελαττώνεται κατά τρόπο καθολικό. (Louey and Thornburg, 2005, <http://www.elsevier.com/locate/earlhumdev>)

Η εξερευνητική συμπεριφορά που εκδηλώνεται πολύ νωρίς στη ζωή είναι εκείνη ακριβώς που δημιουργεί στο παιδί τη σωστή αντίληψη του χώρου. Όταν δεν επιτρέπουμε σ' ένα παιδί ν' αναπτύσσει με πληρότητα τις αισθήσεις του, το αναγκάζουμε να στραφεί στο αφηρημένο – να γίνει, δηλαδή, ένα άτομο με αναπτυγμένες περισσότερο διανοητικές παρά μηχανικές ικανότητες. Αργότερα, μπορεί να γίνει ένας διανοούμενος με θαυμάσια αφηρημένη σκέψη κι ελάχιστες μηχανικές ικανότητες.

Η ουσία είναι, ότι η παρεμπόδιση της ανάπτυξης των αισθήσεων νωρίς στη ζωή ενός παιδιού μπορεί να προκαθορίσει για όλη τη μετέπειτα ζωή του τον τρόπο σκέψης και ύπαρξης του.

Θα έλεγε κανείς ότι μ' ένα καλό ξεκίνημα στη ζωή ο άνθρωπος θα μπορούσε αργότερα ν' αντέξει κάθε μορφή στρες. Μια κακή αρχή απλά εξασφαλίζει την ύπαρξη μετέπειτα προβλημάτων. Ακόμα πιο σημαντικό, μια καλή αρχή μπορεί να σημαίνει ένα καλό τέλος ή τουλάχιστον ένα τέλος που δε θα έρθει πρόωρα. Ο William Berkowitz ανέφερε στην εργασία του με τα ζώα ότι εκείνα που δέχτηκαν τα κατάλληλα ερεθίσματα έζησαν περισσότερο από τα άλλα. Τα παιδιά μιας μητέρας που είχε μια «καλή» αρχή στη ζωή έζησαν

περισσότερο. Έτσι, αυτοί οι πρώτοι μήνες φαίνεται να είναι υπόθεση ζωής και θανάτου.

Αυτήν ακριβώς την εποχή, οι γονείς θα πρέπει να προσφέρουν στο νεογέννητο ένα περιβάλλον ήρεμο, χωρίς καβγάδες, να προσέχουν να μη βομβαρδίζεται το μωρό με δυνατούς θορύβους ή να μην περιορίζεται σφιχτά από μια κουβέρτα, να μην αφήνεται βρεμένο, πεινασμένο ή διψασμένο για πολλή ώρα (Τζάνοφ, 1991).

Με λίγα λόγια, οι πρώτοι μήνες σημαίνουν για τους γονείς αδιάκοπη προσπάθεια. Όλα αυτά θα πρέπει να τα έχει υπόψη του το ζευγάρι που σκέφτεται να κάνει παιδί.

Το ίδιο θα πρέπει να γίνεται και από πλευρά της κοινωνίας. Γιατί αν είναι δυνατό, τόσο η μητέρα όσο και ο πατέρας δε θα έπρεπε να πηγαίνουν στη δουλειά τους για μερικούς μήνες μετά τη γέννηση του μωρού.

Ο πατέρας θα έπρεπε να παίρνει κάποια μορφή άδειας για να συμμετέχει στην πιο σημαντική δουλειά του κόσμου..., να βοηθήσει έναν καινούργιο άνθρωπο ν' αποκτήσει τις καλύτερες ευκαιρίες για τη ζωή.

2.2.3. Το Σώμα Θυμάται...

Το σώμα είναι μια δεξαμενή αναμνήσεων που διατηρεί όλες τις εμπειρίες του, δεν ξεχνά τίποτα, ακόμα κι όταν το συνειδητό μυαλό είναι ανίκανο να θυμηθεί αυτά τα γεγονότα.

Δεν είναι μόνο το «μυαλό» που διατηρεί ή «θυμάται» εμπειρίες, είναι και ολόκληρο το σώμα. Επειδή ακριβώς το σώμα και το μυαλό είναι μια ενότητα, το σώμα συνεχώς αντιδρά στην εμπειρία που είναι αποσυνδεδεμένη, κωδικοποιημένη και αποθηκευμένη. Με άλλα λόγια, ο Πόνος (και οι ανικανοποίητες ανάγκες μετατρέπονται σε Πόνο) είναι θέμα ιστών και οι ιστοί «θυμούνται» με έναν σωματικό τρόπο. Πρόκειται για το είδος «ανάμνησης» που παρατηρείται όταν το σύστημά μας «θυμάται» ότι έχουμε πάρει μεγάλη δόση κάποιου φαρμάκου και έπειτα παρουσιάζει ανοσία σ' αυτό.

Η εμπειρία δεν είναι μια ολότητα που διατηρείται εγκλωβισμένη μόνο στον εγκέφαλο. Μια αναφομοίωτη πρόιμη εμπειρία δημιουργεί ένα επαναλαμβανόμενο βραχυκύκλωμα στον εγκέφαλο που ερεθίζει το σώμα και το καθιστά αναπόσπαστο τμήμα αυτής της εμπειρίας (Τζάνοφ, 1991).

Αν, για παράδειγμα, το πρώιμο τραύμα συνδεόταν με την έξοδο του εμβρύου σε μια ψυχρή αίθουσα τοκετών, τότε το κυκλοφορικό σύστημα αντιδρά στο τραύμα με συστολή των αιμοφόρων αγγείων.

Αυτή η συσταλτική διαδικασία μπορεί να μονιμοποιηθεί με αποτέλεσμα το άτομο να παρουσιάζει υπέρμετρη καρδιαγγειακή αντίδραση σε οποιοδήποτε στρες που ενεργοποιεί το στρες του πρώιμου τραύματος. Ένα τέτοιο άτομο μπορεί να παρουσιάσει αργότερα στη ζωή του καρδιαγγειακές παθήσεις. Με άλλα λόγια το στρες κατά την ενδομήτριο ζωή είναι δυνατό να αυξήσει πιθανότητες ευπάθειας και ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων στην ενήλικη ζωή ((Louey and Thornburg, 2005, <http://www.elsevier.com/locate/earlhumdev>).

Το 1989 μέσα από ερευνητικές μεθόδους βρέθηκε ότι το ακατάλληλο ενδομήτριο περιβάλλον, η μικρής διάρκειας εγκυμοσύνη (όχι ολοκληρωμένη) και το μικρό βάρος του εμβρύου σχετίζεται με τον κίνδυνο για χρόνια νοσήματα, συμπεριλαμβανομένης της στεφανιαίας νόσου και του διαβήτη, κατά την ενήλικη ζωή. Άλλες μελέτες απέδειξαν επίσης ότι οι διατροφικοί παράγοντες κατά την

βρεφική ηλικία παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου στην ενήλικη ζωή.

Φαίνεται ότι η φτωχή διατροφή κατά την εμβρυϊκή και βρεφική ηλικία σε συνδυασμό με την ξαφνική αύξηση βάρους στην παιδική ηλικία αποτελεί το μεγαλύτερο κίνδυνο για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου αργότερα.

Σύμφωνα με πολύ πρόσφατες έρευνες γύρω από την ενδομήτριο ζωή (Heart Research Center, Oregon, Health & Science University, 2005), η έκθεση του εμβρύου σε όχι ευνοϊκό περιβάλλον κατά την ανάπτυξή του, αυξάνει τον κίνδυνο για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων κατά την ενήλικη ζωή. Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι υπάρχει μεγάλη συσχέτιση ανάμεσα στο στρες που βιώνει ένα έμβρυο κατά την ενδομήτριο ζωή και στην ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου ή ακόμη και στην προσβολή από καρδιακή ανακοπή κατά την πορεία της ζωής του.

(Louey and Thornburg, 2005, <http://www.elsevier.com/locate/earlhumdev>)

Επακόλουθο του στρες που βιώνεται στη μήτρα αποτελεί επίσης κάποια αλλαγή στην γονιδιακή έκφραση σαν απάντηση σε ένα στρεσογόνο παράγοντα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει στην μεταβολή της ανάπτυξης συγκεκριμένων οργάνων κατά την διάρκεια της πιο κρίσιμης περιόδου της ανάπτυξης.

Η σχέση των γονιδίων με το περιβάλλον τους είναι περίπλοκη και πολυσχιδής. Τα γονίδια δεν είναι παρά χημικοί κώδικες και προσδιορίζουν τη διαδοχή των αμινοξέων στις πρωτεΐνες που παράγουν τα κύτταρα. Με τον τρόπο αυτόν, καθορίζουν τη μορφή και τις λειτουργίες των κυττάρων. Τα κύτταρα, με τη σειρά τους, παρέχουν το άμεσο περιβάλλον στο οποίο υπάρχουν τα γονίδια. Έτσι, τα γονίδια και το κυτταρικό υλικό βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση. Το σύνολο του συστήματος των κυττάρων, δηλαδή ο οργανισμός, βρίσκεται επίσης σε συνεχή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του. Οι αλληλεπιδράσεις του οργανισμού με το ευρύτερο περιβάλλον του καθορίζουν τις συνθήκες των επιμέρους κυττάρων και, επομένως, το άμεσο περιβάλλον των γονιδίων.

Βλέπουμε λοιπόν, ότι υπάρχουν όργανα – στόχοι που είναι ευάλωτα όχι μόνο εξαιτίας κάποιας βεβαρημένης κληρονομικότητας (που δεν πρέπει να παραβλέπεται), αλλά και εξαιτίας κάποιου πρώιμου τραύματος – στρες (Τζάνοφ, 1991).

Οι ερευνητές που προσπαθούν να κατανοήσουν πώς συνδυάζονται οι γενετικοί παράγοντες με τους παράγοντες της συμπεριφοράς για να δημιουργήσουν ατομικές διαφορές, ονομάζονται γενετιστές της συμπεριφοράς.

Οι ενδείξεις ότι το ξεχωριστό περιβάλλον του κάθε ατόμου έχει βαθιές επιδράσεις στην ανάπτυξη του, δεν μειώνει, κατά κανένα τρόπο, τη σπουδαιότητα των γενετικών παραγόντων. Αντίθετα, επιβεβαιώνει την αρχή ότι τα γονίδια και το περιβάλλον είναι δύο πτυχές της ίδιας διεργασίας της ανάπτυξης (Τζάνοφ, 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΠΙΡΡΟΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΣΥΝΔΕΣΗΣ ΣΤΡΕΣ – ΝΟΣΟΥ

Ήταν στις ανατολές της εποχής του στρες αλλά και αυτής, της αγγλοσαξονικά νοούμενης επιστημονικής εποχής της Ψυχολογίας, όταν ο Walter Cannon, πατέρας της σύγχρονης επιστημονικής έκφρασης της Ψυχολογίας στον αγγλοσαξονικό χώρο, διατύπωνε, στα 1935, στο 189^ο τεύχος του Αμερικανικού Περιοδικού της Ιατρικής Επιστήμης (American Journal of Medical Science), τη διαβόητη υπόθεση περί αγώνα έναντι παραίτησης, ή προς το ελληνικότερο, εμπλοκής, ή εφόρμησης έναντι απόδρασης (Fight versus flight hypothesis), αποτυπώνοντας τις δύο μείζονες εναλλακτικές αντιδράσεις-λύσεις που το άτομο μπορεί να επιστρατεύσει ανταποκρινόμενο στο στρες, προκειμένου να ανακτήσει την εξισορροπητική ομοιόσταση που κάθε οργανισμός επιδιώκει, ώστε να διάγει σε ηρεμία.

Η θέση αυτή του Cannon σημάδεψε μια εποχή, αυτή του στρες ως πυρηνικής επιστημονικής θεματικής, το μετέπειτα αμείωτο ενδιαφέρον στην οποία έως τις ημέρες μας δεν εκπλήσσει ποσώς, δεδομένων των αλληπάλληλων επιβεβαιώσεων που τα ερευνητικά δεδομένα επιδεικνύουν, συνδέοντας το και ως αιτιοπαθογενετικό παράγοντα δημιουργίας ασθενειών, αλλά και ως δεσμό της ανακύκλωσης των τελευταίων σε νέες μορφές ή και με νέες εντάσεις (Παλαιολόγου, 2001).

Κατά την εμφάνιση του στρες, έδειξε πειραματικά ο Selye, ο οργανισμός μπαίνει σε κατάσταση συναγερμού. Αυτή συνίσταται σε ένα είδος σωματικού σοκ, καθώς εντατικοποιούμενες οι βιολογικές αντιδράσεις αντανακλούν πρώτες την απειλή που δέχεται ο οργανισμός να διαταραχτεί η ισορροπία του.

Η βιολογική εντατικοποίηση μπορεί να φέρει τέτοια επιβάρυνση στα συστήματα του οργανισμού, ώστε το κυρίαρχα ανταποκρινόμενο στο στρες όργανο του να σταθεί κάποτε αδύνατο να εξισορροπήσει την ένταση στην

προσπάθεια να αποζημιώσει τον οργανισμό από το πλήγμα που δέχεται. Ως αποτέλεσμα, το όργανο αυτό μπορεί να υποστεί βλάβη, ίσως και ανεπανόρθωτη, οπότε να πάψει να λειτουργεί. Αν, για παράδειγμα, το όργανο που ανέλαβε το βάρος της διαχείρισης του στρες είναι η καρδιά, σε περίπτωση ισχυρού στρες δεν αποκλείεται η μόνιμη ανακοπή της λειτουργίας της, δεδομένης μάλιστα μιας ήδη υπάρχουσας προδιάθεσης σε ευπάθεια. Αν πρόκειται για άλλο όργανο, ή για έναν κατά τα άλλα υγιή καρδιακό μυ, η βλάβη που θα προκληθεί συνεπάγεται σχεδόν αυτόματα την εκδήλωση μιας σχετικής νόσου, η σοβαρότητα της οποίας εξαρτάται από τους ίδιους παράγοντες, αναμνηστικής ή κληρονομικής ευπάθειας, καθώς και της έντασης του στρες που προκλήθηκε.

Παρόλα αυτά, αν οι άμυνες του οργανισμού δεν υπονομευθούν ολοκληρωτικά και οι αντοχές που διαθέτουν υποστηρίξουν από την έως στιγμής επίτευξη διατήρησης υγείας των οργάνων του, τότε για να αντεπεξέλθει στην ένταση, ο οργανισμός μπαίνει σε λειτουργία αντίστασης στο στρεσογόνο παράγοντα, και όλα τα όργανα, με όλα τα αποθέματα ενέργειάς τους κινητοποιούνται ώστε να επιδιώξουν την επιστροφή σε κατάσταση ισορροπίας, σε κατάσταση ομοιόστασης.

Πρόκειται για μια ενέργεια προσαρμογής (adaptive energy), που προβάλλεται ως η προτιμώμενη μορφή αντίστασης στην ανισορροπία που απειλεί να επιφέρει το στρες-αντίστασης, που οι περισσότεροι οργανισμοί κατορθώνουν να προβάλλουν, τις περισσότερες φορές (Παλαιολόγου, 2001).

Και πάλι, ενόψει ενός επίμονου στρεσογόνου παράγοντα, και κατά τη φάση αυτή της αφιέρωσης ενέργειας προσαρμογής σε αυτόν, τα προσβαλλόμενα όργανα είναι πιθανό να επιβαρυνθούν δυσανάλογα προς τη δυνατότητα αντοχής τους, οπότε και να προκύψει χρόνια συρρίκνωση της ενέργειας προσαρμογής.

Στην περίπτωση που ο στρεσογόνος παράγοντας επιμένει επ' αόριστον ή και επ' άπειρον (ακόμη και υπό μορφή ιδεοψυχαναγκαστικών τελετουργικών σκέψεων – ούτε καν δηλαδή απαιτώντας και εκδραμάτιση σε καταναγκαστικές πράξεις), ή, εναλλακτικά, στην περίπτωση που στην εμπειρία του οργανισμού εγγράφονται πολλαπλές διελεύσεις από τη φάση του συναγερμού στη φάση της απορρόφησης ενέργειας προσαρμογής, η εξάντλησή του, ή και των, οργάνων, που αναλαμβάνουν κάθε φορά τον πρωταγωνιστικό ρόλο διαχείρισης, προβλέπεται ως δεδομένη και αναπόφευκτη.

Ο λόγος γι' αυτό βρίσκεται διατυπωμένος στην πρώιμη υπαγόρευση του νόμου της ελαστικότητας που ο Robert Hooke (1635-1703) θεμελίωσε για την επιστήμη της Φυσικής και υπαγορεύει ότι η ιδιότητα ενός σώματος ή ενός υλικού τείνει να ανακτά την αυθεντική του μορφή και τις αρχικές του διαστάσεις όταν μετακινηθούν οι τυχόν δυνάμεις που του ασκούνται, παύει να ισχύει, όταν υπερβεί το όριο της ελαστικότητάς του (Παλαιολόγου, 2001).

Η πορεία στην εξάντληση διαγράφεται σε τρία στάδια κατόπιν του εναρκτηρίου λακτίσματος του στρες:

Στρες

Συναγερμός

Αντίσταση Προσαρμογής

Εξάντληση

Η συσχετιζόμενη με το στρες εκδήλωση νόσου προκύπτει ως αποτέλεσμα διακένωσης φυσιολογικών πόρων αντίστασης/προσαρμογής και με τη συνεπακόλουθη εξάντληση/εξόντωση του κυρίαρχου ανταγωνιστικού στο στρες οργάνου, δεδομένης της ανεπανόρθωτης φθοράς του, κατόπιν της επίμονης τριβής του με, και απίσχνανσής του από τις ανεπιθύμητες πιέσεις (Παλαιολόγου, 2001).

Αυτό είναι το είδος της ακολουθίας των σταδίων του μοντέλου αντίστασης που παρατηρείται και στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, καθώς επίσης και το τμήμα της θεωρίας του Selye που βρήκε την εκτενέστερη διάδοση και απήχηση έως τις ημέρες μας.

Η πτυχή της θεωρίας του Selye, που αποσιωπήθηκε ιδιαίτερα κατά τις δεκαετίες που ακολούθησαν τη διατύπωση του μοντέλου του, αφορά και επιβεβαιώνει την οπτιμιστική πλευρά της δράσης του οργανισμού απέναντι στο στρες.

Ενόψει ενός επίμονου στρεσογόνου παράγοντα, και κατά τη φάση αυτή της αφιέρωσης ενέργειας προσαρμογής σε αυτόν, το ή τα προσβαλλόμενα όργανα έχουν εκμάθει έναν τουλάχιστον τρόπο οικονομίας της ενέργειας προς κατανάλωση, αλλά και, δεδομένης της προηγηθείσας επιτυχίας, η ανάκτηση της ομοιόστασης επιτυγχάνεται ταχύτερα και αποτελεσματικότερα. Αντί να επιβαρυνθούν δυσανάλογα προς τη δυνατότητα αντοχής τους, οπότε και να

προκύπτει χρόνια συρρίκνωση της ενέργειας προσαρμογής, εξασφαλίζουν ενέργεια που είτε κατευθύνεται στη διαχείριση άλλων, νέων στρεσογόνων συνθηκών που προκύπτουν, είτε αφιερώνεται στην εκλέπτυνση της αντίδρασης στον οικείο, αλλά ακόμη ικανά «διδασκτικό» στρεσογόνο παράγοντα.

Στην περίπτωση που ο στρεσογόνος παράγοντας επιμένει επ' αόριστον ή και επ' άπειρον, ο εντοπισμός επάλληλων στρατηγικών διαχείρισης του μεταστρέφεται σε προτιμητέα πρόκληση προς αυτοβελτίωση του οργανισμού σε εναλλακτικές λύσεις κατίσχυσης.

Το μοντέλο του Selye δέχτηκε δριμύτατες αρνητικές κριτικές πριν τη μεταγενέστερα μόνο υιοθέτησή του, ιδίως για την υπεργενικευμένη του θεώρηση και την έλλειψη ευελιξίας που παρουσίαζε κατονομάζοντας συγκεκριμένες αντιδράσεις στο στρες, από συγκεκριμένων ευάλωτων οργάνων (Παλαιολόγου, 2001).

Η σύλληψη Selye για την επιμονή ή την επαλληλία στρεσογόνων παραγόντων ως υπονομευτική της ανθρώπινης αντοχής βρήκε την πιο σφαιρική της έκφραση στο μοντέλο συνάθροισης στρεσογόνων συνθηκών, πρώτα διατυπωμένο από τον H.G. Wolff (ψευδώνυμο της Δρ. A. Parish Tizzel, 1898-1962) και ενσωματωμένο στην «ψυχιατρική κοινού νου» (common sense psychiatry of Dr. A. Meyer).

Το μοντέλο αυτό επανέλαβε με τρόπο διεξοδικό την αρνητική στρεσογόνο επίδραση που ακόμη και οι θετικές εμπειρίες μπορούν να έχουν και ξεσήκωσε θυελλώδεις συζητήσεις, ειδικά στο χώρο της ψυχοσωματικής, αφού η προσθετική ισχύς των πιέσεων της ζωής συνδέθηκε πλέον άρρηκτα με μια σειρά οργανικών παθήσεων, συμπεριλαμβανομένων ορισμένων καρδιοπαθειών (Παλαιολόγου, 2001).

3.2. ΜΙΑ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ

Η Αμερικανική Επιτροπή του Ινστιτούτου Ιατρικής της Εθνικής Ακαδημίας των Επιστημών (American Committee of the National Academy of Sciences' Institute of Medicine) προσδιόρισε τους όρους κατανόησης και αντιμετώπισης του στρες επί των διαστάσεων που μπορούν να εντοπιστούν, ομαδοποιώντας υποσύνολα των πολλών εννοιών που του προσάπτονται: στρεσογόνους παράγοντες (stressors), αντιδράσεις / απαντήσεις (reactions / responses), συνέπειες (consequences) και διαμεσολαβητικούς παράγοντες (mediators) που μπορεί να ευνοούν, να εντείνουν, ή να περιορίζουν, ακόμη και να ακυρώνουν μια δεδομένη στρεσογόνο εμπειρία ή συνθήκη.

Ως στρεσογόνος παράγων ορίζεται κάθε γεγονός ή κατάσταση που προκαλεί φυσικές ή και ψυχολογικές αντιδράσεις σε ένα άτομο υπό συγκεκριμένες συνθήκες. Ως αντιδράσεις / απαντήσεις στο στρες ορίζονται οι βιολογικές ή και ψυχοκοινωνικές «απαντήσεις» του ατόμου στο στρεσογόνο παράγοντα. Ως συνέπειες του στρες ορίζονται τα αντίστοιχα βιολογικά – ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα αυτών των αντιδράσεων.

Τέλος, ως διαμεσολαβητικοί παράγοντες νοούνται όλες οι συνθήκες ή παράμετροι, η καταλυτική ή και δραστική παρουσία των οποίων προσδιορίζει την πλοκή με την οποία η αλληλουχία στρεσογόνου παράγοντα – αντίδρασης – συνεπειών λαμβάνει χώρα.

Η προσωπικότητα του ατόμου, για παράδειγμα έχει βρεθεί σε πλήθος μελετών ότι είναι ο πλέον αποφασιστικός διαμεσολαβητικός παράγοντας στο στρες (Pervin & John, 2001).

3.3. ΣΩΜΑ ΚΑΙ Η «ΦΑΥΛΟΠΟΙΗΣΗ» ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Την επίταση της «φαυλο-ποίησης» αυτών δημιουργεί η σπειροειδής ανακύκλωση των στρεσογόνων και αγχογόνων εμπειριών. Η φαυλοποίηση τούτη κατανοείται ίσως καθαρότερα σε περιπτώσεις όπως οι παραπάνω, αναβίωσης μιας παρελθοντικής στρεσογόνου εμπειρίας, ή αναδρομικού αναλογισμού μιας πιθανά ουδέτερης παρελθοντικής συνθήκης, που όμως αργότερα αναστατώνει το άτομο καθώς εντοπίζονται πτυχές και ερμηνείες της, που δεν είχαν συνειδητοποιηθεί κατά την πρωτογενή εμφάνισή της.

Κατά τι δυσκολότερη φαίνεται η κατανόηση της αντίστοιχης φαυλοποίησης, όταν στην εξέταση, τόσο του στρες όσο και του άγχους, διαπιστώνει κανείς ότι εμπλέκεται όντως αναπόφευκτα ο σωματικός παράγοντας.

Και είναι γεγονός ότι η πρώτη κατά σειρά «απάντηση» (response) που το άτομο προβάλλει στο στρες και το άγχος είναι «σωματική»: Ανεξάρτητα από το εάν και κατά πόσο η αυτοπαρακολούθηση του υποκειμένου εντοπίζει στο σωματικό του εαυτό τις πρώτιστες αντι-δράσεις σε πιεστικές συνθήκες, τούτο συμβαίνει δίχως εξαιρέσεις.

Πράγματι, ως αντίδραση στο στρες και το άγχος είναι ο φυσικός σωματικός οργανισμός του υποκειμένου που παρουσιάζει πρώτιστα μεταβολές. Όλα τα υποσυστήματα του ανθρώπινου οργανισμού είναι δυνατόν να συμμετάσχουν στην απάντηση προς το στρεσογόνο παράγοντα, αν και τόσο γενικευμένες διαταραχές σπανιότατα παρατηρούνται στην κλινική πράξη. Συνήθως, όμως, τουλάχιστον ένα ή δύο υποσυστήματα του οργανισμού παρουσιάζουν μεταβολές, που, άμεσα ή αργότερα, ενδέχεται, ιδίως αν παραμείνουν απαρατήρητες ή και αδιαχείριστες, να εξελιχθούν σε πραγματικές σωματικές παθήσεις (Μάνος, 1997).

Πολύ περισσότερο, όταν λίγο, ή αρκετά αργότερα, η οποιαδήποτε σωματική δυσλειτουργία που θα έχει προκληθεί εξαιτίας της στρεσογόνου εμπειρίας υποπέσει στην αντίληψη του ατόμου, τούτο δεν γίνεται κατά κανόνα αντιληπτό ως συνέπεια του στρες που προηγήθηκε, αλλά τυπικά εκλαμβάνεται ως κάποια πρόσθετη, και άρα πρόσθετα απειλητική σωματική νόσος, που, με τη σειρά της, προκαλεί έντονο στρες και άγχος στο υποκείμενο, φαυλοποιώντας έτσι την αρχική εμπειρία, εν ονόματι, τελικά, μιας σειράς

παρερμηνειών των στρεσογενώς και αγχογενώς προκεκλιμένων σωματικών σημείων και σημάτων.

Η καθυστερημένη χρονικά αντίληψη της σωματικής εμπλοκής στη στρεσογόνο εμπειρία συσκοτίζει την αιτιώδη σχέση μεταξύ των δύο, παρωθώντας σε μια εσφαλμένη αυτονόμηση του σωματικού παράγοντα, που αιφνίδια συντελεί ξεχωριστή απειλή [Για μια πρόσφατη εκτενή κριτική επισκόπηση του υλικού που αφορά στο φόβο των σωματικών αντιδράσεων προς το στρες και το άγχος, τη συνακόλουθη παρερμηνεία τους και το φαύλο κύκλο των μετέπειτα συμπεριφορών και συμπτωμάτων που προκύπτουν, μπορούμε να στραφούμε στους Asmudson και Norton, 1993, Taylor, 1995].

3.4. ΣΩΜΑΤΙΚΗ «ΑΝΤΙΑΛΗΨΗ» ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Το σώμα «αντιλαμβάνεται» πρώτο το συναγερμό που προκαλεί μια εμπειρία την οποία το άτομο αξιολογεί ως στρεσογόνο ή και αγχογόνο, και είναι το σώμα που κατά προτεραιότητα αντιδρά στο συναγερμό αυτό.

Σωματικά συμπτώματα που εμφανίζονται με κάθε στρεσογόνο και αγχογόνο εμπειρία μπορεί να είναι πονοκέφαλος, ζαλάδα, χλομή όψη, διαστολή της κόρης των ματιών, δυσκαταποσία, υπερσιέλωση, ξηροστομία, «κόμπος» στο λαιμό, ψυχογενής τριχόπτωση, τάση προς έμμεση, αίσθημα ναυτίας, «πεταλούδες» στο στομάχι, υπεροξυγόνωση, διάφορα αναπνευστικά προβλήματα επιτάχυνσης ή επιβράδυνσης της αναπνοής, αιφνίδια ακατάσχετη εφίδρωση, δερματοπάθειες, υπερέκκριση αδρεναλίνης, ταχυπαλμία, καρδιακή αρρυθμία, συσπάσεις της σπλήνας, ηπατική διέγερση, εντερικά προβλήματα, τρόμος των άνω ή και κάτω άκρων, έντονοι μυοσκελετικοί πόνοι, γυναικολογικής και ανδρολογικής φύσης ενοχλήσεις, αλλά και γενικευμένα ακαθόριστα συμπτώματα και, κατ' επέκταση, παθήσεις, και αλλαγές στη συμπεριφορά, όπως σε περιπτώσεις που παρατηρούνται αδυναμία χαλάρωσης, συγκέντρωσης της προσοχής και ειρμού της σκέψης, χωροταξικός και χρονικός αποπροσανατολισμός, εκζητημένο τρόμαγμα ή αποσβόλωση λόγω τετριμμένων ή και αναμενόμενων ερεθισμάτων, εκρήξεις θυμού και επιθετικότητας, εξάψεις ή ρίγη, άτοπη ή άσκοπη υπερενεργητικότητα, ανεξέλεγκτες καταστάσεις θλίψης και απελπισίας, ακαθησία, και μια σειρά διαταραχών ύπνου – όλα σχετιζόμενα έμμεσα ή άμεσα με την εγκεφαλική και την ενδοκρινολογική λειτουργία του οργανισμού.

Κοντολογίς, εκτός από την εγκεφαλική και την ενδοκρινολογική λειτουργία, το μυοσκελετικό σύστημα, το γαστρεντερολογικό σύστημα, το καρδιαγγειακό σύστημα, το γεννητικό, ουροποιητικό και νευρολογικό σύστημα του ατόμου είναι δυνατόν να ανταποκριθούν στο στρες με κίνδυνο κάποτε και μόνιμης βλάβης τους.

Τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές που προκύπτουν από τέτοιες σωματικές διαταραχές είναι ευνόητο πως μπορούν με τη σειρά τους να προκαλέσουν στρες και άγχος στο άτομο, που, δεδομένης μιας, λ.χ., παρατεταμένης αϋπνίας, υπολειτουργεί σε επίπεδο επαγγελματικής συνέπειας, και δεδομένης μιας «ανεξήγητης» ευερεθιστότητας

του ωθείται σε απόσυρση από κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, που ενδεχομένως θα οδηγήσει σε αισθήματα απελπισίας, αφού η κοινωνική και επαγγελματική του ζωή κινδυνεύουν να διαταραχθούν ανεπανόρθωτα (<http://www.stress.org/>).

Στη λίστα είναι προφανές ότι καταχωρήσιμη θεωρείται, τελικά, κάθε ενόχληση ή δυσλειτουργία του οργανισμού. Και, αν αναλογιστεί κανείς ότι συμπτώματα όπως τα παραπάνω, αλλά και πλείστα – όσα ακόμη, που είναι κατατάξιμα στη λίστα αυτή αφορούν σε οργανωμένα σύνδρομα ψυχικών διαταραχών, και αφού η αιτιοπαθογένεση αυτών των συμπτωμάτων ανάγεται μερικά ή ολικά στον ψυχολογικό παράγοντα, ευνόητο είναι πώς, τέτοιες ενοχλήσεις αλλά και παθήσεις που μπορεί να εξυπακούονται, να αποτελούν τελικά αντικείμενο μελέτης και παρέμβασης και Κλινικής Ψυχολογίας (Παλαιολόγου, 2001).

Σύνδρομο ορίζεται κάθε σύνολο μεμονωμένων συμπτωμάτων που τείνουν να εμφανίζονται οργανωμένα, ομαδηδόν ή κατ' ακολουθία, χαρακτηρίζοντας μια διακριτή νοσολογική οντότητα, πολλές φορές ποιοτικά διάφορη αυτού, που εξυπακούονται τα επιμέρους συμπτώματα που συναποτελούν το σύνδρομο. Η γενική πάρεση, για παράδειγμα, σύνδρομο ενδεικτικό μιας προϊούσας (ακόμη και κατά 30 χρόνια) συφιλιδικής διαταραχής, ούτε περιλαμβάνει κάποιο από τα συμπτώματα της σύφιλης (χάνχρες), ούτε αφορά άμεσα, ή καν θεραπεύεται άμεσα με αγωγή στην εμφάνιση του κάθε χωριστού συμπτώματος που τη χαρακτηρίζει. Έτσι, ενώ ξεκινά με φαινομενικά ασύνδετες ακολουθίες συμπτωμάτων, δηλαδή διαταραχές μνήμης και διαταραχές προσοχής (αφαίρεση, αποσβόλωση/απόσβεση, λήθη), και βλακώδεις ιδέες μεγαλείου, αργότερα αυτά ακολουθούνται από γενικευμένη έκπτωση των νοητικών ικανοτήτων, την οποία διαδέχονται συμπτώματα αρχικά μερικής, και κατόπιν γενικής παράλυσης, που, με τη σειρά της, ακολουθείται από εντονότατους πόνους, που παραμένουν χαρακτηριστικοί της κλινικής εικόνας, έως ο ασθενής να καταλήξει.

Οι Rosenhan και Seligman (1989) προτείνουν εύστοχα ότι το σύνδρομο της πάρεσης συνιστά κάλλιστο παράδειγμα σύμφυσης των ενδιαφερόντων της Κλινικής Ψυχολογίας, της Ψυχιατρικής και της Ιατρικής, αφού δυνάμει αρμόζει να τύχει αγωγής και από τις τρεις επιστήμες (Ποταμιάνος, 1995).

Η σύγχρονη μάστιγα του συνδρόμου επίκτητης ανεπάρκειας του ανοσοποιητικού συστήματος (AIDS) συνιστά ανάλογη περίπτωση.

Διακρίνονται πλήθος συνδρόμων που καθιστούν διαγνώσιμες μια σειρά από διαταραχές της ανθρώπινης ψυχοπαθολογίας αλλά και γενικής νοσολογίας, και που κατά κανόνα παίρνουν το όνομά τους από το όνομα τους από τον ερευνητή που έκανε τις

πρώτες παρατηρήσεις διαπιστώνοντας την αλληλουχία των συμπτωμάτων σε οργανωμένη μορφή.

Γίνεται λόγος για σύνδρομο Korsakoff (ιδίως σε αλκοολικούς, επί απώλειας μνήμης πρόσφατων γεγονότων και μυθοπλασίας, αλλά ακριβέστερης ανακλησιμότητας παλαιότερων βιωμάτων). Ενδιαφέρον γνωσιολογικά είναι το σύνδρομο Ganser, εκούσια προκαλούμενης ψευδοψύχωσης – υστερικής ψευδάνοιας – με σκοπό την έλξη της προσοχής τρίτων, στην παρουσία των οποίων τα συμπτώματα επιτείνονται, καθώς και το συναφές σύνδρομο Munchhausen, χρόνιας ακατανόητης προσποιητής διαταραχής, που όμως φθάνει να «παραγάγει» αληθή σωματικά συμπτώματα, που τα προκαλεί το ίδιο το άτομο υπό μορφή διάφορων εκούσιων «αυτοτραυματισμών», και που για το λόγο αυτό συχνότατα αντιμετωπίζονται με ιατρικές επιθετικές αγωγές (από πλύσεις στομάχου έως χειρουργικές επεμβάσεις).

3.5. ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ - ΣΤΡΕΣ

Η σοβαρότητα της σωματικής συμμετοχής στην ψυχική νόσο δεν μπορεί να εκτιμηθεί στο εύρος που πραγματικά ισχύει, αν παραλειφθεί η εξέταση της ενότητας των περιπτώσεων σωματοποίησης του άγχους. Εκδηλούμενη με ποικίλες μορφές, η διαταραχή αυτή εξυπακούεται την εμφάνιση ασθένειας ή ψευδασθένειας, που πλήττει τη φυσική κατάσταση του ατόμου, εξαιτίας ακριβώς μιας ψυχολογικής ασθένειας του ίδιου να αντιμετωπίσει τις στρεσογόνες συνθήκες της ζωής (Χριστοδούλου, Κονταξάκης, Οικονόμου, 2000).

Η εποχή της έξαρσης του ενδιαφέροντος για τον προσδιορισμό του εάν και κατά πόσο μια σχετιζόμενη με το στρες και άγχος σωματική δυσλειτουργία άρμοζε να καθοριστεί ως ψυχοσωματική ή σωματοψυχική διάρκεσε περίπου δύο δεκαετίες (από τα μέσα του 1960 ως τα μέσα του 1980), και παρερχόμενη δεν φάνηκε να αποφέρει ιδιαίτερες ωφέλειες για την πρόοδο των αποκρυσταλλωμένων προ πολλού, από εποχής Ιπποκράτη, γνώσεων μας: στο ότι τελικά η προτεραιοποίηση είναι πολύ σχετική και αμφίροπη, στο βαθμό που μπορεί να εντοπιστεί από το ιστορικό του ασθενή μια ψυχολογική επιβάρυνση πριν την εμφάνιση μιας σωματικής νόσου ή μια σωματική δυσλειτουργία πριν από την εμφάνιση ψυχικών προβλημάτων. Δεδομένου ότι ο άνθρωπος είναι ον που διαθέτει αμφοτέρα, «σώμα» (σάρκα, βιολογικές λειτουργίες, νευρολογικές δομές) και «ψυχή» (διάνοια, ψυχολογική υπόσταση, πνευματισμό) η εξορισμού του ως όντος αλληλοδιαπλοκή τους κάνει το ερώτημα περί προτεραιότητας να καταντά ρητορικό, αυτονόητα ισόρροπο ως προς τα μέρη του, ίσως δε και περιττό.

Σε μεγάλο αριθμό κλινικών περιπτώσεων ατόμων, βέβαια, η αιτιώδης σχέση σωματικής και ψυχολογικής κατάστασης αποκτά κατεύθυνση, προτεραιοποιώντας τη δεύτερη ως υπεύθυνη για τις διαταραχές της πρώτης. Αλλά και σε τέτοιες περιπτώσεις, μπορεί να ειπωθεί πως οι πρόοδοι μας στις βιολογικές αποκαλύψεις βρίσκονται ακόμη σε πρώιμο στάδιο σε σχέση με τις γνώσεις που επιφυλάσσεται το ανθρώπινο σώμα, οπότε και άδηλες, λόγω της πενίας μας σε ερευνητικά μέσα, οπότε και οι βιολογικές προτεραιότητες ευθύνης, όπως είναι τουλάχιστον ευλογοφανές, να μπορούν αργότερα να αποκαλυφθούν για ό,τι ως τώρα φέρεται ψυχογενώς εκκινούμενο (Παλαιολόγου, 2001).

Διατηρώντας την επιφύλαξη αυτής της σύμβασης, μένει μικρό περιθώριο στην περιοχή απόδοσης προτεραιότητας ευθυνών για την τυχούσα διαταραχή στο σώμα ή την ψυχή, και η πιο σοφή ίσως τακτική παραμένει η περιγραφική, με βάση τα έως τώρα διεθνή ερευνητικά δεδομένα ως προς τις ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται ως σωματικές νόσοι, ή προκαλούν σωματικές νόσους ή ψευδονόσους – άλλωστε, δευτερογενής, μετά την εκδήλωση μιας (αληθούς) σωματικής νόσου, εμφάνιση στρες και άγχους είναι σχεδόν αυτονόητη, στο βαθμό που μια αρρώστια δεν τείνει να εγγράφεται στον κατάλογο των θετικών εμπειριών για τους περισσότερους ανθρώπους.

3.6. ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Αντίθετα με την κοινή πεποίθηση, η ψυχοσωματική ιατρική δεν είναι μια υποκατηγορία της ψυχιατρικής ή κάποιας άλλης ειδικότητας της ιατρικής.

Αποτελεί έναν ανεξάρτητο επιστημονικό κλάδο, ο οποίος εξετάζει τη σχέση μεταξύ των ψυχολογικών, βιολογικών και κοινωνικών διαδικασιών μέσα στον ανθρώπινο οργανισμό – στη φάση τόσο της υγείας, όσο και της ασθένειας.

(Ρήγα, 1991)

Ο όρος «ψυχοσωματικός» οφείλεται στο Γερμανό ψυχίατρο Heinroth (1818), που θεώρησε την προέλευση της αϋπνίας ως «ψυχοσωματική». Οπωσδήποτε, όμως, η έννοια που απέδωσε ο Heinroth στον όρο ήταν ασαφής, όπως ασαφής ήταν και η χρησιμοποίησή του από πολλούς μέχρι σήμερα (Μάνος, 1997).

Η H. Deutsch (1973), εισήγαγε στην ψυχανάλυση τον όρο ψυχοσωματική ιατρική, με σκοπό να δηλώσει παθήσεις οι οποίες θεωρήθηκαν ότι εκδηλώνονται, χρονίζουν ή βελτιώνονται σε σχέση «με καταστάσεις εσωτερικής πίεσης (stress), καταστάσεις που προκύπτουν από αντίξοες εσωτερικές και εξωτερικές συνθήκες. Τα συμπτώματά τους ερμηνεύτηκαν από ορισμένη ομάδα ερευνητών ως εκδηλώσεις των ειδικών ασυνείδητων ψυχοσυγκρούσεων του ασθενή, ενώ οι κλινικές τους εικόνες συνοδεύονται και από διαταραχές της φυσιολογίας του οργανισμού» (Νέστορος-Βαλλιανάτου, 1989).

Κατ' άλλους ερευνητές γεγονότα ή σοβαρή «εσωτερική πίεση» παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ψυχοσωματικής νόσου, όταν επιπλέον το άτομο έχει κάποιο ευάλωτο όργανο ή λειτουργία (Χαρτοκόλλης, 1991).

Είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον, ότι ήδη ο Πλάτωνας είχε συλλάβει την ουσία του όρου γιατί είχε σημειώσει ότι η ικανότητα των γιατρών να θεραπεύσουν την αρρώστια ήταν περιορισμένη «επειδή παρέβλεπαν το όλο, που έπρεπε επίσης να μελετηθεί, καθώς το μέρος δεν μπορεί ποτέ να γίνει καλά εκτός αν γίνει το όλο καλά». Η μοντέρνα έννοια του όρου «ψυχοσωματικός» είναι ακριβώς αυτή της αρχαίας Ελλάδας: η «ολιστική» άποψη του ανθρώπου και της ιατρικής ότι δηλαδή ψυχή και σώμα είναι συνθετικά

τμήματα του ατόμου, που διαχωρίζονται μόνο τεχνητά για λόγους μελέτης και ανάλυσης, αλλά που στη φύση είναι αδιαίρετα (Μάνος, 1997).

Κάθε πάθηση θεωρείται ότι έχει πολλαπλή αιτιολογία, δηλαδή είναι το αποτέλεσμα της σύμπλοκης διαντίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων. Κάθε μια από τις τρεις τάξεις των μεταβλητών μπορεί να παίζει είτε απαραίτητο είτε συντελεστικό (= ότι δηλαδή συμβάλλει) αιτιολογικό ρόλο. Συντελεστική αιτία π.χ. μπορεί να είναι μείζων αλλαγή της ζωής του ατόμου και η ψυχολογική αντίδραση σ' αυτήν, που αυξάνει την πιθανότητα νόσησης του ατόμου.

Αν η συντελεστική αιτία απομακρυνθεί ή αποδυναμωθεί, η πιθανότητα να συμβεί η αρρώστια ελαττώνεται (είναι πολύ πιθανό, όπως αναφέρει ο Lipowski, ότι οι ψυχολογικοί και οι κοινωνικοί παράγοντες αποτελούν συντελεστικούς μόνον και όχι απαραίτητους ή επαρκείς παράγοντες για νόσηση). Η ψυχιατρική είναι αναπόσπαστο τμήμα της ιατρικής. Ο σωστός χειρισμός του ασθενή λαμβάνει πάντα υπόψη τις ψυχολογικές και κοινωνικοπολιτισμικές πλευρές του.

Η ψυχοσωματική διαταραχή είναι όρος που χρησιμοποιείται για «οργανικές» παθήσεις στην αιτιολογία των οποίων οι ψυχολογικοί παράγοντες πιστεύεται ότι παίζουν αποφασιστικό ρόλο. Σήμερα επικρατεί περισσότερο ο όρος Ψυχολογικοί Παράγοντες που Επηρεάζουν τη Σωματική Κατάσταση (Μάνος, 1997).

Αναλογιζόμενος κανείς ότι υπάρχει στις μέρες μας ογκωδέστατη βιβλιογραφική και ερευνητική επιβεβαίωση του γεγονότος ότι παθήσεις αμιγώς σωματικές, όπως το έλκος του στομάχου, το έλκος του δωδεκαδακτύλου, ορισμένες ηπατοπάθειες, η συντριπτική πλειοψηφία των ήπιων δερματοπαθειών, αλλά ορισμένων πολύ σοβαρότερων περιπτώσεων δερματίτιδας, ορισμένες περιπτώσεις σπαστικής κολίτιδας, καθώς και μια σειρά εντερικών διαταραχών και σπλαχνικών νόσων, αλλά και, ίσως πιο απροσδόκητα, εξαιρετος αριθμός καρκινοπαθειών και προβλημάτων του κυκλοφορικού συστήματος, έχουν αποδεδειγμένα συνδεθεί με ψυχολογική αιτιοπαθογένεση, μπορεί, αν μη τι άλλο, να αναλογιστεί επίσης και την υπέρογκη σημαντικότητα της έγκαιρης κατανόησης και διαχείρισης αυτών, που προτάσσονται κάθε περαιτέρω ψυχολογικής προβληματικής: του στρες και του άγχους.

Ο συγκαλυμμένος ρόλος του στρες και του άγχους στις σωματοποιητικές και στις ψυχοσωματικές διαταραχές εξυπακούεται μεγαλύτερες διαγνωστικές και θεραπευτικές δυσκολίες. Αυτό δεν σημαίνει ότι άλλες ψυχικές διαταραχές παραμένουν ανεξάρτητες στρεσογόνων και αγχογόνων εμπειριών και συνεπειών (Μάνος, 1997).

Ωστόσο, σε αυτές τις δύο διακριτές υποομάδες τους, που συμβαίνει να εμφανίζονται και σε μεγαλύτερες συχνότητες στους κλινικούς πληθυσμούς, η αποκάλυψη των πηγών του στρες και του άγχους αποτελεί άμεση προτεραιότητα και η πραγματοποίησή της συνιστά θεραπευτικό βήμα αποφασιστικής αξίας, που σχεδόν στο ήμισυ των περιπτώσεων εξισούται με την αποθεραπεία.

Από την άλλη πλευρά, ενώ ορισμένες ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις (όπως οι μη σωματοποιητικές και οι μη ψυχοσωματικές διαταραχές), κατά τις οποίες το στρες και το άγχος είναι έκδηλα, θα φαίνονταν ευκολότερα διαχειρίσιμες, είναι γεγονός ότι δίχως την αντιμετώπιση των σωματικών τους επιπλοκών έχει συχνά παρεμποδιστεί η ομαλή διεξαγωγή του ψυχοθεραπευτικού έργου (Μάνος, 1997).

3.7. ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΣΥΝΔΕΣΗ ΣΤΡΕΣ – ΑΓΧΟΥΣ ΜΕ ΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ

Πάνω από 70.000 εργασίες έχουν εκπονηθεί διεθνώς μόνο κατά την τελευταία εικοσαετία συνδέοντας τις καταστάσεις ψυχοδιεγερσιμότητας στρες και άγχους με την εκδήλωση διαταραχών του φυσιολογικού βιολογικού συστήματος του ατόμου και πάνω από 2.000 μελέτες μετα-ανάλυσης έχουν εκπονηθεί στον ίδιο χρόνο σε μια προσπάθεια επισκόπησης του υλικού που προσφέρεται στον επιστημονικό χώρο για τη σφαιρική κατανόηση των επιμέρους αποτελεσμάτων των ειδικών αυτών εργασιών. Η συναίνεση μεταξύ των τελευταίων τείνει να είναι καθολική:

- Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που εμπλέκουν στρες και άγχος διατηρούν ισχυρή σχέση με την εκδήλωση φυσικών νόσων.
- Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που εμπλέκουν στρες και άγχος διατηρούν ισχυρή σχέση με την απουσία / έλλειψη κοινωνικής ευεξίας.
- Η απουσία / έλλειψη ψυχοκοινωνικής ευεξίας και το στρες και το άγχος καθεαυτά βρέθηκε να παρουσιάζουν την ισχυρότερη συνάφεια με την εκδήλωση ιδίως των καρδιοπαθειών και μολυσματικών νόσων, ενώ παρέμειναν στατιστικά σημαντικά συνδεδεμένα και με όλες τις ιατρικά παρακολουθούμενες διαταραχές, με εξαίρεση μερικές επιλόχειες επιπλοκές, όχι όμως και με την επιλόχεια νεύρωση και την επιλόχεια ψύχωση, που βρέθηκαν επίσης να σχετίζονται αιτιωδώς με προϊούσες στρεσογόνες και αγχογόνες εμπειρίες.
- Ευάριθμα μοντέλα σύνδεσης στρεσογόνων και αγχογόνων εμπειριών με την εκδήλωση φυσικών δυσλειτουργιών έχουν διατυπωθεί, και ο έλεγχος ποικίλων νόσων βάσει αυτών των μοντέλων επιβεβαιώνει τα παραπάνω ευρήματα.

Μια σχηματική διατύπωση που εκφράζει το γνωσιακό μοντέλο Ψυχικής Ευρωστίας ανταποκρινόμενο στον όγκο της γνώσης που μας έχει κληροδοτηθεί σχετικά με το στρες και το άγχος υπαγορεύει την ανακύκλωση των δύο καταστάσεων στη ροή του φαύλου κύκλου: στρες – άγχος – πόνος – νόσος – στρες κ.λ.π. Οι εκάστοτε (αρνητικές) εξωτερικές πιέσεις δημιουργούν δυνάμει αγχώδεις καταστάσεις, που προκαλούν τουλάχιστον ψυχικό άλγος, αλλά αποδεικνύεται περίτρανα και ότι

επιηρεάζουν το σωματικό εαυτό, που, σε περιπτώσεις ιδίως παρατεταμένης επίδρασης τους, ή και επαναλαμβανόμενης εμπειρίας τους, είναι δυνατόν να εγκαταστήσουν σοβαρή σωματική νόσο – αυτή, με τη σειρά της, είναι αφ' εαυτού της αγχώδης, δημιουργώντας ένα σχεδόν αυτόνομο νέο στρεσογόνο κύκλο, αφού η νόσος πλέον αποτελεί το στρες, και η ύπαρξη της συνιστά κατάσταση αγχώδη, οπότε και ο ψυχικός πόνος έπεται σχεδόν αναπόδραστα εν ονόματι της ανεπιθύμητης νοσηρότητας που παρουσιάστηκε, με κίνδυνο ο φόβος περί νοσηρότητας της νόσου να προκαλέσει μια επιπλοκή της αρχικής νόσου, ή μια «παραπληρωματική» αρρώστια, που με τη σειρά της...κ.λ.π. (Παλαιολόγου, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Οι επιδημιολογικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί τις τελευταίες πέντε δεκαετίες, έχουν συνεισφέρει στην σημαντική επέκταση της γνώσης, που αφορά στη φυσική εξέλιξη της καρδιαγγειακής νόσου (ΚΑΝ). Η έρευνα αυτή έχει δώσει σημαντικές πληροφορίες, που έχουν βοηθήσει τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, τους επιστήμονες και τους γιατρούς να κατανοήσουν καλύτερα τους παράγοντες που προδιαθέτουν την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου. Αυτοί έχουν γίνει γνωστοί ως παράγοντες κινδύνου, όρος που οφείλει το όνομά του στην Framingham Heart Study (Kannel, 1961).

Η εντόπιση αυτών των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου βοήθησε στην εκδήλωση ενδιαφέροντος για τη προληπτική καρδιολογία παγκοσμίως και έχει αναγάγει την καρδιολογική επιδημιολογία στη βασική επιστήμη της προληπτικής ιατρικής. Η αύξηση της γνώσης που αφορά στους κύριους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι γνωστοποιήθηκαν από την Framingham Heart Study και επιβεβαιώθηκαν και από άλλους ερευνητές, ενθάρρυναν τις δημόσιες πρωτοβουλίες κατά του καπνίσματος στη δεκαετία του 1960, της υπέρτασης στη δεκαετία του 1970 και της υπερχοληστεριναιμίας στη δεκαετία του 1980.

Η επιδημιολογική μελέτη της εξέλιξης της καρδιαγγειακής νόσου υποκινήθηκε από την καλπάζουσα αύξηση των περιστατικών, μεταξύ των δεκαετιών του 1930 και του 1950.

Στις βιομηχανικές κοινωνίες, από τη δεύτερη και τρίτη δεκαετία του 20^{ου} αιώνα, παρατηρήθηκε αύξηση των περιστατικών της στεφανιαίας νόσου της καρδιάς (Coronary Heart Disease: C. H. D.) και σήμερα πια αποτελεί την κύρια αιτία πρόωρης θνησιμότητας στις κοινωνίες αυτές. Τα ενδεικτικά στοιχεία συνθέτουν μια δραματική εικόνα. Στην Ελλάδα «τα καρδιολογικά νοσήματα έρχονται πρώτα σε επιπολασμό και σαν αιτία θανάτου» (Κ.Ε.Σ.Υ.,1987). Στη Μ. Βρετανία το ένα τρίτο των θανάτων στους άνδρες κάτω των 65 χρόνων και το 28% του συνόλου των θανάτων οφείλονται σε παθήσεις των στεφανιαίων

αρτηριών. Στις Η Π Α, επίσης, αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου και μαζί με τις άλλες καρδιαγγειακές νόσους ευθύνεται για το ένα τρίτο των θανάτων. Στην ίδια χώρα, οι ετήσιες δαπάνες για τις καρδιαγγειακές νόσους ανήλθαν, στη δεκαετία του 1980, στο ποσόν των πενήντα δισεκατομμυρίων δολαρίων, ποσό μεγαλύτερο από το διπλάσιο αυτού που δαπανάται για όλους τους τύπους καρκίνου (Ποταμιάνος, 1995).

Οι δημόσιες υπηρεσίες πρόνοιας των Η Π Α αποφάσισαν να διερευνήσουν το πρόβλημα, αναζητώντας τροποποιήσιμες συνθήκες προδιάθεσης, χρησιμοποιώντας μια επιδημιολογική προσέγγιση, η οποία, την εποχή εκείνη αποτελούσε μια εντελώς καινούρια έννοια. Αυτή εμπεριείχε μακροχρόνιες έρευνες προοπτικής παρακολούθησης των ύποπτων οργανικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, οι οποίοι αναμενόταν ότι προάγουν την καρδιαγγειακή νόσο σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού.

Η πληθυσμιακή προσέγγιση που χρησιμοποιήθηκε, προσέφερε μια λιγότερο διαστρεβλωμένη εκτίμηση της εξέλιξης της καρδιαγγειακής νόσου, από αυτή που προερχόταν από κλινικές μελέτες, οι οποίες και υπόκεινται σε συστηματικό σφάλμα επιλογής.

Σύντομα έγινε εμφανές ότι, η στεφανιαία νόσος (Σ Ν) είναι μια ιδιαίτερα κοινή και εξαιρετικά θνησιγόνος ασθένεια, η οποία προσβάλλει ένα στα πέντε άτομα πριν το 60^ο έτος της ηλικίας, ότι οι γυναίκες υπολείπονται στην εμφάνιση στεφανιαίας νόσου κατά 20 χρόνια σε σχέση με τους άντρες και ότι ο αιφνίδιος θάνατος αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα της στεφανιαίας νόσου. Ένα στα έξι στεφανιαία επεισόδια βρέθηκε ότι είχαν ως πρώτο και μοναδικό σύμπτωμα, τον αιφνίδιο θάνατο (Dawber, 1980).

Έγινε επίσης φανερό ότι η ασθένεια, στην πιο σοβαρή μορφή της, μπορεί να είναι ασυμπτωματική, καθώς ένα στα τρία καρδιακά εμφράγματα δεν γινόταν αντιληπτό εξαιτίας της σιωπηλής ή άτυπης φύσης του. Εξαιτίας αυτού του κλινικού προφίλ, η προληπτική προσέγγιση φαινόταν να είναι ουσιώδης. Ευτυχώς, η επιδημιολογική έρευνα κατάφερε να προσδιορίσει αρκετούς τροποποιήσιμους προδιαθεσικούς παράγοντες καθιστώντας δυνατό τον εντοπισμό των υποψήφιων ατόμων υψηλού κινδύνου, για τους οποίους θα πρέπει να ληφθούν προληπτικά μέτρα, πολύ πριν την εμφάνιση συμπτωμάτων. Το γεγονός ότι ο πληθυσμός της μελέτης Framingham παρακολούθηθηκε για περισσότερο από πέντε δεκαετίες, έδωσε τη δυνατότητα να διαπιστωθεί ότι ο κίνδυνος για την

εμφάνιση στεφανιαίων συμβάντων στη διάρκεια της ζωής ήταν 48,6% στους 40χρονους άντρες και 31,7% στις γυναίκες της ίδιας ηλικίας. Το ποσοστό αυτό στις γυναίκες τρεις φορές μεγαλύτερο από την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του στήθους, τον οποίο όμως φοβούνται περισσότερο (Kannel & Abbott, 1984).

4.1.1. Συμπτωματολογία Καρδιαγγειακών Νοσημάτων

Τα αρχικά συμπτώματα του αρρώστου με καρδιακή νόσο προκύπτουν συχνότερα από ισχαιμία του μυοκαρδίου, από διαταραχή της συστολικής δραστηριότητας του μυοκαρδίου ή από ανώμαλο καρδιακό ρυθμό ή συχνότητα. Η ισχαιμία εκδηλώνεται συχνότερα με άλγος στο στήθος, ενώ η μείωση της αντλητικής ικανότητας της καρδιάς οδηγεί συχνά σε αδυναμία και κάματο ή, όταν είναι σοβαρού βαθμού, προκαλεί κυάνωση, υπόταση, συγκοπτική κρίση και αυξημένη ενδοαγγειακή πίεση πίσω από μια κοιλία που ανεπαρκεί. Η τελευταία (αυξημένη ενδοαγγειακή πίεση) καταλήγει σε παθολογική συσσώρευση υγρού, η οποία στη συνέχεια οδηγεί σε δύσπνοια, ορθόπνοια και οίδημα. Καρδιακές αρρυθμίες συχνά εμφανίζονται αιφνίδια και τα συμπτώματα και σημεία που προκύπτουν - αίσθημα παλμών, δύσπνοια, στηθάγχη, υπόταση και συγκοπτική κρίση - σε γενικές γραμμές εμφανίζονται απότομα και μπορεί να εξαφανισθούν τόσο απότομα όσο εμφανίσθηκαν (Harrison, 1987).

Μια θεμελιώδης αρχή, χρήσιμη στην εκτίμηση του αρρώστου που είναι ύποπτος για καρδιακή νόσο, είναι ότι η μυοκαρδιακή ή στεφανιαία λειτουργία, η οποία μπορεί να είναι επαρκής σε κατάσταση ηρεμίας, μπορεί να είναι ανεπαρκής στη διάρκεια ασκήσεως. Έτσι, ένα ιστορικό άλγους στο στήθος και / ή δύσπνοια, η οποία εμφανίζεται μόνο στη διάρκεια της δραστηριότητας, είναι χαρακτηριστικά της καρδιακής νόσου, ενώ το αντίθετο πρότυπο, δηλ. η εμφάνιση αυτών των συμπτωμάτων σε κατάσταση ηρεμίας και η ύφεσή τους στη διάρκεια ασκήσεως, σπάνια παρατηρείται σε αρρώστους με οργανική νόσο της καρδιάς.

Οι άρρωστοι με καρδιαγγειακή νόσο μπορεί να είναι τελείως ασυμπτωματικοί και στην κατάσταση ηρεμίας και στη διάρκεια ασκήσεως, αλλά μπορεί να εμφανίζουν παθολογικό φυσικό εύρημα, όπως καρδιακό φύσημα, αυξημένη συστηματική αρτηριακή πίεση, ή ανωμαλία στο ηλεκτροκαρδιογράφημα ή στην καρδιακή σκιά στην ακτινογραφία θώρακα.

Οι νόσοι της καρδιάς και της κυκλοφορίας είναι τόσο συχνές και ο κόσμος γνωρίζει τόσο καλά τα κύρια συμπτώματα που προέρχονται από αυτές τις διαταραχές, ώστε οι άρρωστοι, και μερικές φορές και οι γιατροί, αποδίδουν εσφαλμένα πολλά ενοχλήματα σε οργανική καρδιαγγειακή νόσο. Πέρα απ' αυτά,

ο συνδυασμός της ευρείας διαδόσεως του φόβου για καρδιακή νόσο στο δυτικό κόσμο με τα βαθιά ριζωμένα συναισθηματικά επακόλουθα που αφορούν τη λειτουργία αυτού του οργάνου συνεπάγεται τη συχνή εμφάνιση, σε άτομα με φυσιολογικά καρδιαγγειακά συστήματα, συμπτωμάτων τα οποία μιμούνται εκείνα της οργανικής νόσου. Η σωστή αξιολόγηση των συμπτωμάτων σε αρρώστους με γνωστές οργανικές καρδιαγγειακές διαταραχές είναι μερικές φορές αρκετά δύσκολη.

Τα άτομα αυτά, πέρα από το ότι έχουν συμπτώματα που απορρέουν από τη νόσο τους, μπορεί επίσης να εμφανίσουν λειτουργικά ενοχλήματα, που είναι δυνατόν να αναφέρονται στο καρδιαγγειακό σύστημα. Η διαφοροδιάκριση των συμπτωμάτων και σημείων που οφείλονται σε οργανική νόσο της καρδιάς από εκείνα τα οποία δεν σχετίζονται άμεσα με αυτήν αποτελεί σημαντικό και προκλητικό καθήκον σ' αυτούς τους αρρώστους.

Πρέπει να γίνει αντιληπτό, ότι η δύσπνοια, μια από τις πρωτεύουσες (κύριες) εκδηλώσεις της μειωμένης καρδιακής εφεδρείας, δεν περιορίζεται σε νόσο της καρδιάς, αλλά είναι επίσης χαρακτηριστική αρκετών διαφορετικών καταστάσεων, όπως η πνευμονική νόσος, η έντονη παχυσαρκία και η αγχώδης διαταραχή. Παρόμοια, το άλγος στο στήθος μπορεί να προέλθει από ποικιλία αιτιών, που είναι άσχετα με την ισχαιμία του μυοκαρδίου. Το κατά πόσον η καρδιακή νόσος είναι υπεύθυνη για τα συμπτώματα αυτά μπορεί συχνά να προσδιορισθεί με την εκτέλεση λεπτομερούς κλινικής εξετάσεως. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα και η ακτινογραφία παρέχουν πρόσθετες χρήσιμες πληροφορίες. Οι πιο εξειδικευμένες εξετάσεις είναι συχνά χρήσιμες, αλλά μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις είναι απαραίτητες (Ακύρου, 2002).

4.1.2. Διαγνωστικές Μέθοδοι

Η γενική εξέταση ενός ασθενούς με ύποπτη καρδιοπάθεια περιλαμβάνει την εξέταση των ζωτικών σημείων (συχνότητα αναπνοών, σφυγμού, αρτηριακής πίεσης) και του χρώματος του δέρματος. Επίσης περιλαμβάνει την αναζήτηση πληκτροδακτυλίας, οίδημάτων, σημείων μειωμένης αιμάτωσης (ψυχρό και υγρό δέρμα) και υπερτασικών αλλοιώσεων στο βυθό των οφθαλμών (Harrison, 2001).

Σε κάθε τομέα της ιατρικής η εκτίμηση της προγνώσεως και η ανάπτυξη ενός λογικού σχεδίου θεραπευτικής αντιμετώπισης βασίζονται σε μια ορθή διαγνωστική προσέγγιση. Παρ' όλα αυτά, στην περίπτωση των αρρώστων με διαταραχές του καρδιοκυκλοφορικού συστήματος, πρέπει να λαμβάνεται ιδιαίτερη μέριμνα για τη θέση όχι μόνο ορθής, αλλά συγχρόνως και πλήρους διαγνώσεως. Όπως σκιαγραφείται από την Καρδιολογική Εταιρεία της Νέας Υόρκης (New York Heart Association), Τα στοιχεία μιας πλήρους καρδιακής διαγνώσεως περιλαμβάνουν μελέτη των παρακάτω:

- Της υποκείμενης αιτιολογίας. Είναι η νόσος συγγενούς, ρευματικής ή αρτηριοσκληρωτικής προελεύσεως;
- Των ανατομικών ανωμαλιών. Ποιες (καρδιακές) κοιλότητες είναι διογκωμένες; Ποιες βαλβίδες έχουν προσβληθεί; Υπάρχει προσβολή του περικαρδίου; Έχει συμβεί κάποιο έμφραγμα του μυοκαρδίου;
- Των φυσιολογικών διαταραχών. Υπάρχει καμία αρρυθμία; Υπάρχει ένδειξη συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας ή ισχαιμίας του μυοκαρδίου;
- Της εκτάσεως της λειτουργικής ανικανότητας. Πόσο βαριά είναι η φυσική δραστηριότητα που χρειάζεται για να προκληθούν συμπτώματα;

Δύο απλά παραδείγματα μπορούν να τονίσουν τη σημασία της θέσεως μιας πλήρους διαγνώσεως. Η ταυτοποίηση της ισχαιμίας του μυοκαρδίου σαν αιτίας του θωρακικού άλγους, που προκαλείται στη φυσική άσκηση, έχει μεγάλη κλινική σημασία. Όμως, η διάγνωση δεν είναι αρκετή ούτε για να αναπτύξει κανείς μια στρατηγική ειδικής θεραπείας, ούτε για να προδικάσει την πρόγνωση

μέχρις ότου ταυτοποιηθεί η υποκείμενη νοσηρά εξεργασία, π.χ. η αθηροσκλήρωση των στεφανιαίων ή η αορτική στένωση, η οποία είναι υπεύθυνη για την ισχαιμία του μυοκαρδίου, και γίνει μια κριτική αξιολόγηση σχετικά με το εάν συνυπάρχει βαριά αναιμία, θυρεοτοξίκωση ή υπερκοιλιακή ταχυκαρδία.

Παρόμοια, ο προσδιορισμός ότι η καρδιακή νόσος είναι συγγενής αποτελεί ένα σημαντικό σημείο αφετηρίας, αλλά η απόφαση σχετικά με το εάν ενδείκνυται χειρουργική θεραπεία εξαρτάται από την υφιστάμενη ειδική ανατομική βλάβη και συχνά από τη φύση της φυσιολογικής διαταραχής και τη λειτουργική έκπτωση (Harrison, 1987).

Η θέση ορθής και πλήρους διαγνώσεως απαιτεί συχνά τη χρήση έξι διαφορετικών μεθόδων εξετάσεως:

- 1) ιστορικό
- 2) φυσική εξέταση
- 3) ηλεκτροκαρδιογράφημα
- 4) ακτινογραφία θώρακος
- 5) αναίμακτες γραφικές εξετάσεις (ηχοκαρδιογράφημα, τεχνικές σπινθηρογραφήματος με ραδιοϊσότοπα, καθώς και άλλες «αναίμακτες» δοκιμασίες
- 6) εξειδικευμένες «αιματηρές» εξετάσεις, όπως είναι ο καθετηριασμός της καρδιάς ή η αγγειοκαρδιογραφία.

Για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, ο καθένας απ' τους έξι τρόπους προσεγγίσεως θα πρέπει να αναλυθεί ανεξάρτητα από τους υπόλοιπους έχοντας επίσης υπόψη τις πληροφορίες που προέρχονται από τις υπόλοιπες μεθόδους.

Μόνο με τον τρόπο αυτό μπορεί κανείς να αποφύγει την παράβλεψη ενός λεπτού, αλλά εξαιρετικά σημαντικού, ευρήματος. Π.χ., το ηλεκτροκαρδιογράφημα πρέπει να λαμβάνεται σε κάθε άρρωστο που είναι ύποπτος για καρδιακή νόσο. Αυτό μπορεί να παράσχει το κρίσιμο εύρημα στη θέση της ορθής διαγνώσεως. Όταν τα ευρήματα του ηλεκτροκαρδιογραφήματος συσχετίζονται κατάλληλα με τα αποτελέσματα των λοιπών μεθόδων εξέτασεως, το ηλεκτροκαρδιογράφημα μπορεί να παράσχει ουσιώδη επιβεβαιωτικά στοιχεία (Hurst et al, 1982).

Από την άλλη πλευρά, αν και το ηλεκτροκαρδιογράφημα είναι ένα ανεκτίμητο στοιχείο κάθε καρδιαγγειακής εξέτασεως, εν τούτοις αν εξαιρεθεί η ταυτοποίηση των αρρυθμιών, σπάνια επιτρέπει τη θέση ειδικής διαγνώσεως. Όταν δεν υπάρχει κανένα άλλο παθολογικό εύρημα, οι ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές δεν πρέπει να υπερεκτιμώνται. Η διακύμανση των φυσιολογικών ηλεκτροκαρδιογραφικών ευρημάτων είναι ευρεία, ενώ η γραφική λήψη αυτών μπορεί να επηρεασθεί σημαντικά από πολλούς μη καρδιακούς παράγοντες, όπως η ηλικία, η διάπλαση του σώματος και οι συγκεντρώσεις ηλεκτρολυτών στον ορό (Πάνου & Σαχίνη-Καρδάση, 2000).

Κατά τη λήψη του ιστορικού αρρώστου με γνωστή ή ύποπτη καρδιαγγειακή νόσο, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στο οικογενειακό ιστορικό. Η οικογενειακή επίπτωση είναι συνήθης σε αρκετές μορφές καρδιακής νόσου. Μπορεί επίσης να συμβεί και γενετική μεταβίβαση όπως στη μυοκαρδιοπάθεια υπερτροφικού τύπου. Σε αρρώστους με ιδιοπαθή (πρωτοπαθή) υπέρταση ή αθηροσκλήρωση των στεφανιαίων η γενετική συνιστώσα μπορεί να είναι λιγότερο έκδηλη, αλλά επίσης μεγάλης σημασίας. Η φύση της ανταποκρίσεως του μυοκαρδίου σε αυξημένο αιμοδυναμικό φορτίο, όπως η υπέρταση ή μια βαλβιδική βλάβη μπορεί να τροποποιείται από κληρονομικούς παράγοντες. Η οικογενειακή επίπτωση των καρδιαγγειακών νόσων μπορεί όχι μόνο να λαμβάνει χώρα σε γενετική βάση, αλλά μπορεί επίσης να σχετίζεται με πρότυπα οικογενειακά, διαιτητικά ή συμπεριφοράς (Harrison, 1987).

Όταν γίνεται προσπάθεια προσδιορισμού της βαρύτητας της λειτουργικής εκπτώσεως σε άρρωστο με καρδιακή νόσο, είναι βασικό να προσδιορισθεί η ακριβής έκταση της δραστηριότητας και η συχνότητα με την οποία αυτή εκτελείται πριν να εμφανισθούν συμπτώματα. Έτσι η δύσπνοια που επέρχεται μετά από τροχάδην ανέβασμα των σκαλοπατιών δύο ορόφων δείχνει πολύ λιγότερη λειτουργική έκπτωση από ό,τι η εμφάνιση παρόμοιων συμπτωμάτων μετά από την άνοδο μερικών σκαλοπατιών. Επίσης πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο βαθμός της συνήθους φυσικής δραστηριότητας στην εργασία και στη διάρκεια αναψυχής. Η εμφάνιση δύσπνοιας στο γρήγορο ανέβασμα δύο πατωμάτων σε μαραθωνοδρόμο μπορεί να είναι πιο δυσοίωνη από τη δύσπνοια πολύ μικρότερης άσκησης ενός αγύμναστου ατόμου.

Παρόμοια το ιστορικό πρέπει να περιλαμβάνει λεπτομερή εξέταση του θεραπευτικού σχήματος του αρρώστου. Π.χ., η επιμονή ή η ανάπτυξη οιδήματος

σε άρρωστο του οποίου το διαιτολόγιο είναι αυστηρά περιορισμένο σε νάτριο και ο οποίος λαμβάνει κατάλληλες (άριστες) δόσεις δακτυλίτιδας και διουρητικών πρέπει να εκτιμάται τελείως διαφορετικά από την ανεύρεση του οιδήματος σε απουσία των μέτρων αυτών (Perloff, 1982).

4.1.3. Υπέρταση

Η υπέρταση (υψηλή αρτηριακή πίεση) είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου όχι μόνο για την εκδήλωση εγκεφαλικού επεισοδίου και καρδιοπάθειας, αλλά επίσης για την εκδήλωση νεφροπάθειας. Το γεγονός αυτό καθιστά την υπέρταση μία σοβαρή ιατρική κατάσταση. Η αρτηριακή πίεση αυξάνει όταν τα αιμοφόρα αγγεία που οδηγούν στα όργανα του σώματος και στις περιφερικές περιοχές στενεύουν, ωθώντας όλο και περισσότερο αίμα στους μύες των κεντρικών τμημάτων του σώματος (Harrison, 2001).

Η χρόνια αύξηση της αρτηριακής πίεσης ΑΠ>140/90 με άγνωστη αιτιολογία στο 90-95% των ασθενών, αποτελεί την ιδιοπαθή υπέρταση.

Επειδή πολλά αιμοφόρα αγγεία έχουν στενέψει, οι μύες της καρδιάς πρέπει να δουλέψουν σκληρότερα προκειμένου να στείλουν το αίμα σε όλα τα μέρη του σώματος, γεγονός που προκαλεί αυξημένη πίεση. Αυτοί οι παράγοντες δημιουργούν φθορές και βλάβες στα διαρκώς συρρικνούμενα αιμοφόρα αγγεία και οδηγούν στην καρδιακή ασθένεια.

Οι περισσότεροι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί. Η σοβαρή υπέρταση μπορεί να προκαλέσει κεφαλαλγία, επίσταξη ή θόλωση της όρασης.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως είναι η προσωπικότητα, ο τρόπος αντιμετώπισης καταστάσεων και για μια ακόμη φορά τα επίπεδα του στρες, έχουν χρησιμοποιηθεί για την εξήγηση των διαφορών στην αρτηριακή πίεση που παρατηρούνται μεταξύ των ανθρώπων.

4.1.4. Στεφανιαία νόσος

Η στεφανιαία νόσος της καρδιάς είναι μια σταδιακά αναπτυσσόμενη χρόνια ασθένεια που πρωταρχικά επηρεάζει τις στεφανιαίες αρτηρίες.

Θα ασχοληθούμε κυρίως με τη μορφή αυτή της καρδιαγγειακής νόσου γιατί το μεγαλύτερο μέρος των ερευνητικών δεδομένων αναφέρεται στη στεφανιαία νόσο της καρδιάς. Στις διάφορες κλινικές εκδηλώσεις της περιλαμβάνονται το έμφραγμα του μυοκαρδίου και η στηθάγχη.

Η στεφανιαία νόσος οφείλεται στην δημιουργία πλούσιων σε χοληστερόλη αθηρωματικών πλακών στο τοίχωμα των επικαρδιακών στεφανιαίων αρτηριών, με αποτέλεσμα τη στένωση του αυλού τους και την παρεμπόδιση της ροής του αίματος μέσα από αυτές (Harrison, 2001).

Έτσι όταν το αίμα που φθάνει στο μυοκάρδιο με τις στεφανιαίες αρτηρίες δεν επαρκεί για τις ανάγκες της καρδιάς, τότε εμφανίζεται καρδιακή ισχαιμία και πόνος που ονομάζεται στηθάγχη (angina pectoris).

Φαίνεται καθαρά ότι η ευπάθεια στην εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου μπορεί να είναι κληρονομική, (όπως άλλωστε συμβαίνει και με πολλές άλλες σωματικές διαταραχές) και ότι και άλλοι παράγοντες, όπως η διαίτα, η εκγύμναση και τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν σημαντικά την κατάσταση του καρδιαγγειακού μας συστήματος, (Thoresen και Powel, 1992).

Αλλά ποιοι ψυχολογικοί παράγοντες συμβάλλουν στην εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου;

Η Nancy Frasure – Smith, (1991), μελέτησε 461 άνδρες που είχαν νοσηλευτεί μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (καρδιακή προσβολή) και παρακολούθησε την εξέλιξη της υγείας τους για 5 χρόνια. Το ψυχολογικό στρες μετρήθηκε σύμφωνα με μία κλινική αναλογική κλίμακα που βασιζόταν στα συμπτώματα, για τα οποία οι ερευνητές είχαν πληροφορηθεί κατά τη διάρκεια περιοδικών τηλεφωνικών συνεντεύξεων.

Περίπου το 50% των ανδρών ακολουθούσαν θεραπεία για τη μείωση του στρες, οπότε ανέφεραν ότι ένιωθαν έντονο στρες κατά τη διάρκεια της περιόδου των 5 χρόνων. Οι ασθενείς που ανήκαν στην ομάδα ελέγχου ακολουθούσαν τη συνηθισμένη ιατρική φροντίδα. Οι άνδρες και των δύο ομάδων μετρίασαν τους

παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση καρδιοπάθειας βελτιώνοντας τη διαίτα τους ή αυξάνοντας τις ώρες εκγύμνασής τους περίπου στον ίδιο βαθμό.

Από τους ασθενείς που βίωσαν έντονο στρες κατά τη διάρκεια της περιόδου μετά τον τερματισμό της νοσηλείας τους, πέθαναν περίπου οι τριπλάσιοι της ομάδας ελέγχου από εκείνους της ομάδας που ακολουθούσε θεραπεία για τη μείωση του στρες.

Επιπλέον, οι άνδρες της ομάδας ελέγχου αντιμετώπιζαν μεγαλύτερο κίνδυνο επανεμφάνισης μίας καρδιακής προσβολής κατά την ίδια χρονική περίοδο από ό,τι οι άνδρες της θεραπευτικής ομάδας. Στα άτομα και των δύο ομάδων που δε βίωσαν έντονο στρες, το θεραπευτικό πρόγραμμα για τη μείωση του στρες δεν έφερε και πολλά οφέλη, όπως ίσως αναμενόταν (Barlow, 2000).

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης επαλήθευσαν και επέκτειναν μία προηγούμενη μελέτη του M. Friedman και των συναδέλφων του, (1984), και υποδεικνύουν, εν αναμονή και περαιτέρω επιβεβαίωσης, ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες εμπλέκονται άμεσα στη διεργασία της καρδιοπάθειας, στοιχείο που επιβεβαιώνεται σε περισσότερες πρόσφατες μελέτες, (Johnston, 1997).

Ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι ακόμα και οι υγιείς άνδρες που βιώνουν στρες είναι πιθανότερο αργότερα να εκδηλώσουν στεφανιαία νόσο από ότι τα άτομα που νιώθουν λιγότερο στρες. Για αυτά τα άτομα, οι διαδικασίες για τη μείωση του στρες μπορεί να αποδειχθούν σημαντικές μέθοδοι πρόληψης.

Αυτό το γεγονός μας δημιουργεί ένα σημαντικό ερώτημα: Μπορούμε, άραγε, να αναγνωρίσουμε, πριν την εκδήλωση μίας καρδιακής προσβολής, τα άτομα που βιώνουν έντονο στρες, το οποίο μπορεί να τα κάνει ευαίσθητα σε μία πρώτη καρδιακή προσβολή; Η απάντηση φαίνεται να είναι καταφατική (Barlow, 2000).

4.1.5. Άλλα συχνά Καρδιαγγειακά Νοσήματα

Η καρδιακή ανεπάρκεια (συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και πνευμονική καρδιά), αρρυθμίες (κολπικές έκτακτες συστολές, φλεβοκομβική ταχυκαρδία, παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία, παροξυσμική κολπική ταχυκαρδία με αποκλεισμό, κολπικός πτερυγισμός, κολπική μαρμαρυγή, πολυεστιακή κολπική ταχυκαρδία, κοιλιακές έκτακτες συστολές, κοιλιακή ταχυκαρδία, κοιλιακή μαρμαρυγή κ.α.), βαλβιδικές καρδιοπάθειες, υπέρταση, μυοκαρδιοπάθειες και μυοκαρδίτιδες, νόσοι του περικαρδίου, καρδιογενές shock, νόσοι αορτής, περιφερικές αγγειοπάθειες (Harrison, 2001).

4.2. ΑΝΑΤΟΜΙΑ – ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το καρδιαγγειακό σύστημα συγκροτείται από την καρδιά, τα αιμοφόρα αγγεία και τους πολύπλοκους μηχανισμούς ελέγχου που χρησιμοποιούνται για τη ρύθμιση της λειτουργίας τους.

Ο κύριος ρόλος του κυκλοφορικού συστήματος είναι η μεταφορά στους ιστούς οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών και η παραλαβή από αυτούς και η μεταφορά στα απεκκριτικά όργανα, προϊόντων του μεταβολισμού.

Η καρδιά παίζει ρόλο μυϊκής αντλίας, που παίρνει αίμα από το φλεβικό σύστημα και το προωθεί μέσα στο αρτηριακό σύστημα. Διαιρείται σε δύο χώρους, το δεξιό και τον αριστερό, που δεν επικοινωνούν μεταξύ τους. Κάθε χώρος αποτελείται από ένα θάλαμο που δέχεται αίμα (κόλπος) και ένα θάλαμο που προωθεί αίμα (κοιλία). Ο δεξιός κόλπος, μια δομή με λεπτό τοίχωμα, δέχεται μη οξυγονωμένο φλεβικό αίμα από τρεις πηγές: την κάτω κοίλη φλέβα, που παροχετεύει αίμα από το κάτω μισό του σώματος, την άνω κοίλη φλέβα, που παροχετεύει αίμα από το άνω μισό του σώματος, και το στεφανιαίο κόλπο, που παροχετεύει αίμα από τον καρδιακό μυ. Το αίμα που συγκεντρώνεται στο δεξιό κόλπο περνά μέσα από την τριγλώχινα βαλβίδα στη δεξιά κοιλία.

Κατά την κοιλιακή συστολή, αίμα προωθείται από τη δεξιά κοιλία (μέσω της πνευμονικής βαλβίδας) μέσα στην πνευμονική αρτηρία και τους πνεύμονες. Το αίμα που επιστρέφει από τους πνεύμονες εισέρχεται στον αριστερό κόλπο μέσω τεσσάρων πνευμονικών φλεβών. Περνά από τον αριστερό κόλπο στην αριστερά κοιλία μέσω της μιτροειδούς βαλβίδας (Ακύρου, 2002).

Η αριστερή κοιλία προωθεί αίμα μέσω της αορτικής βαλβίδας μέσα στην αορτή, απ' όπου κατανέμεται στους περιφερικούς ιστούς. Καθώς το αίμα περνά μέσα από το συστηματικό τριχοειδικό δίκτυο, που συνδέει τις περιφερικές αρτηρίες και φλέβες, τα ερυθρά αιμοσφαίρια δίνουν το οξυγόνο τους στους ιστούς και παίρνουν διοξείδιο του άνθρακα. Αντίθετα, όταν το αίμα περνά μέσα από τα πνευμονικά τριχοειδή, τα ερυθρά αιμοσφαίρια ανταλλάσσουν το διοξείδιο του άνθρακα με οξυγόνο από τον κυψελιδικό αέρα (Πάνου & Σαχίνη-Καρδάση, 2000).

Όπως τα διάφορα όργανα του σώματος παίρνουν οξυγόνο και θρεπτικές ουσίες με την κυκλοφορία του αίματος και τις αρτηρίες, έτσι και η καρδιά τρέφεται και οξυγονώνεται με τις στεφανιαίες αρτηρίες.

Έχουμε την αριστερή και τη δεξιά στεφανιαία αρτηρία. Η αριστερή στεφανιαία έχει ένα βραχύ αρχικό τμήμα (το στέλεχος) και κατόπιν χωρίζεται σε δύο κλάδους: Τον πρόσθιο κατιόντα και τον περισπώμενο. Οι κλάδοι της αριστερής και η δεξιά στεφανιαία αρτηρία πορεύονται στην εξωτερική (επικαρδιακή) επιφάνεια της καρδιάς και κατόπιν εισχωρούν στο μυοκάρδιο, αφού πρώτα διακλαδωθούν σε πολλά μικρά αγγεία (Ακύρου, 2002).

Η συχνότητα του καρδιακού παλμού καθορίζεται από το βηματοδότη, που δέχεται συμπαθητική και παρασυμπαθητική νεύρωση.

Ερεθισμός των συμπαθητικών νευρών της καρδιάς προκαλεί ταχυκαρδία (θετική χρονότροπη δράση). Αντίθετα, ερεθισμός των παρασυμπαθητικών νευρών της καρδιάς προκαλεί βραδυκαρδία (αρνητική χρονότροπη δράση).

Ενώ η καρδιά έχει το δικό της ενδογενές σύστημα ελέγχου και εξακολουθεί να λειτουργεί και χωρίς επιδράσεις από το νευρικό σύστημα, το αυτόνομο νευρικό σύστημα επηρεάζει τη συχνότητα παραγωγής των ώσεων, την ταχύτητα αγωγής τους και τη δύναμη συστολής του μυοκαρδίου (Goldstein, 1995).

Η ρύθμιση της λειτουργίας της καρδιάς γίνεται μέσω κλάδων του συμπαθητικού και του παρασυμπαθητικού, που την νευρώνουν (κυρίως το δεξιό και αριστερό πνευμονογαστρικό νεύρο). Οι ίνες του παρασυμπαθητικού βρίσκονται κυρίως στο φλεβόκομβο, στις κολπικές μυϊκές ίνες και στον κολποκοιλιακό κόμβο. Εννευρώνουν βέβαια και το κοιλιακό μυοκάρδιο, η πυκνότητα όμως εννεύρωσης είναι μικρότερη από εκείνη των κολπικών θαλάμων.

Οι ίνες των συμπαθητικών νευρών εννευρώνουν όλες τις περιοχές των κόλπων και κοιλιών. Η επίδραση των αυτόνομων νευρών στην καρδιά γίνεται με νευροδιαβιβαστές: ακετυλοχολίνη για το παρασυμπαθητικό και νοραδρεναλίνη για το συμπαθητικό. Αυτοί οι νευροδιαβιβαστές περιέχονται μέσα στις μεταγαγγλιακές νευρικές ίνες, ελευθερώνονται από τις ηλεκτρικές ώσεις που άγονται κατά μήκος των νευρικών ινών και εξασκούν τα αποτελέσματά τους

συνδεδεμένοι με ειδικούς υποδοχείς πάνω στην επιφάνεια της μεμβράνης των κυττάρων του μυοκαρδίου (Goldstein, 1995).

Διέγερση του πνευμονογαστρικού νεύρου προκαλεί τα παρακάτω αποτελέσματα:

- 1) Μείωση του ρυθμού πυροδότησης του φλεβόκομβου
- 2) Μείωση της έντασης της κολπικής και πιθανά της κοιλιακής συστολής
- 3) Μείωση της ταχύτητας αγωγής των ερεθισμάτων μέσω του κολποκοιλιακού κόμβου, που επιμηκύνει την περίοδο καθυστέρησης ανάμεσα στις κολπικές και κοιλιακές συστολές (διάστημα P – R του ηλεκτροκαρδιογραφήματος)
- 4) Επιτάχυνση της αγωγής μέσω του κολπικού μυοκαρδίου και βράχυνση της κολπικής ανερέθιστης περιόδου.

Τα αποτελέσματα της διέγερσης του συμπαθητικού είναι αντίθετα και περιλαμβάνουν:

- 1) Αύξηση της συχνότητας του καρδιακού παλμού
- 2) Αύξηση της ταχύτητας αγωγής μέσω του κολποκοιλιακού κόμβου
- 3) Αύξηση της έντασης της καρδιακής συστολής

Η δραστηριότητα των αυτόνομων νεύρων μπορεί να τροποποιηθεί από το κεντρικό νευρικό σύστημα (όπως σε περίπτωση φόβου ή πόνου) ή εξαιτίας αντανακλαστικών μεταβολών, που προκαλούνται από διέγερση των τασεοϋποδοχέων (Σαχίνη – Καρδάση & Πάνου, 2002).

Αυτοί οι υποδοχείς βρίσκονται στο αορτικό τόξο και στις καρωτιδικές αρτηρίες. Αισθητικές ίνες εκτείνονται από τους τασεοϋποδοχείς του αορτικού τόξου, μέσω του πνευμονογαστρικού νεύρου, στο αγγειοκινητικό κέντρο του προμήκους μυελού. Οι ώσεις από τους τασεοϋποδοχείς του καρωτιδικού κόλπου φθάνουν στο αγγειοκινητικό κέντρο μέσω του γλωσσοφαρυγγικού νεύρου. Από το αγγειοκινητικό κέντρο οι ώσεις μεταδίδονται στην καρδιά με τους καρδιακούς κλάδους του πνευμονογαστρικού νεύρου και με τα συμπαθητικά νεύρα.

Η συχνότητα των νευρικών ώσεων ρυθμίζεται από το αγγειοκινητικό κέντρο και, γενικά υπάρχει μια αμοιβαία σχέση ανάμεσα στην παρασυμπαθητική και συμπαθητική δραστηριότητα (Πάνου & Σαχίνη-Καρδάση, 2000).

4.3. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΣΤΡΕΣ

Οι δύο μοίρες του αυτόνομου νευρικού συστήματος καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την ένταση της συμπεριφοράς. Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα προετοιμάζει το σώμα για έντονη, ζωνή δραστηριότητα σε επείγουσες καταστάσεις. Το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα αυξάνει τη δραστηριότητα λειτουργιών που σχετίζονται με καταστάσεις χαλάρωσης. Συνήθως είναι ενεργά και τα δύο συστήματα, παρ' ότι σε μία δεδομένη στιγμή το ένα σύστημα μπορεί να είναι περισσότερο ενεργοποιημένο από το άλλο.

Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα δεν ενεργοποιείται από τα ερεθίσματα καθεαυτά, αλλά από τον τρόπο που τα άτομα ερμηνεύουν τα ερεθίσματα.

Οι στρεσογόνοι παράγοντες διεγείρουν τόσο το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, όσο και τον άξονα που απαρτίζεται από τον υποθάλαμο, την υπόφυση και τον φλοιό των επινεφριδίων. Όσο μεγαλύτερη σε διάρκεια είναι η έκθεση στο στρες, τόσο εμφανέστερα είναι και τα αποτελέσματα της δραστηριοποίησης του άξονα υποθάλαμος – υπόφυση – φλοιός των επινεφριδίων. Ο υποθάλαμος προκαλεί την έκκριση, από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης, της φλοιοεπινεφριδιοτρόπου ορμόνης (αδρενοκορτικοτροπίνης) – ACTH, η οποία με τη σειρά της προκαλεί την έκκριση κορτιζόλης και κάποιων άλλων ορμονών από τον φλοιό των επινεφριδίων. Η κορτιζόλη αναβάζει τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα και επιταχύνει το μεταβολισμό. Η αυξημένη παροχή θρεπτικών ουσιών προς τα κύτταρα επιτρέπει τη διατήρηση υψηλών επιπέδων δραστηριότητας του οργανισμού κατά την αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου παράγοντα. Πρόκειται, ωστόσο για μία σταθερή δραστηριότητα, σε αντίθεση με τα ξαφνικά ξεσπάσματα δραστηριότητας «φυγής ή μάχης» που σχετίζονται με το συμπαθητικό νευρικό σύστημα. Μάλιστα ένα άτομο που παρουσιάζει αυξημένη έκκριση κορτιζόλης, μπορεί να εμφανίζει απόσυρση και παρατεταμένη απραγία. Υπό την επίδραση της κορτιζόλης και των άλλων ορμονών, η διαθέσιμη ενέργεια χρησιμοποιείται για την αύξηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα και του μεταβολισμού, (αυξάνεται η γλυκογένεση), ενώ δε χρησιμοποιείται για τη σύνθεση πρωτεϊνών, συμπεριλαμβανομένων των πρωτεϊνών που είναι απαραίτητες για το ανοσοποιητικό σύστημα (Kalat, 1998).

Το σύστημα του στρες παίζει σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση του επιπέδου εγρήγορσης, αλληλεπιδρά και με άλλα στοιχεία του κεντρικού νευρικού συστήματος που επηρεάζουν την ανάκτηση και την ανάλυση της πληροφορίας, το ξεκίνημα μιας συγκεκριμένης πράξης και τη ρύθμιση του συναισθηματικού τόνου. Τρία κύρια εγκεφαλικά συστήματα ενεργοποιούνται από το σύστημα του στρες, τα οποία επηρεάζουν στη συνέχεια τη λειτουργία του. Καταρχάς, τα μεσοφλοιικά και μεσομεταιχμιακά ντοπαμινεργικά συστήματα ενεργοποιούνται κατά τη διάρκεια του στρες (Stratakis & Chrousos, 1995).

Το πρώτο νευρώνει τον προμετωπιαίο φλοιό, μια εγκεφαλική περιοχή που θεωρείται ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στις γνωσιακές λειτουργίες. Το δεύτερο είναι στενά συνδεδεμένο με τον πυρήνα accumbens, που πιστεύεται ότι παίζει πρωταρχικό ρόλο στο σύστημα κινήτρου / ενίσχυσης / ανταμοιβής.

Η αμυγδαλή και ο υπόκαμπος ενεργοποιούνται κατά τη διάρκεια του στρες μέσω νοραδρενεργικών νευρώνων που προέρχονται από το εγκεφαλικό στέλεχος. Η ενεργοποίηση της αμυγδαλής είναι πολύ σημαντική για την ανάκληση και τη συναισθηματική ανάλυση της πληροφορίας που συνδέεται με το στρεσογόνο παράγοντα.

Τα συστήματα που είναι υπεύθυνα για την αναπαραγωγή, την ανάπτυξη και την ανοσία, είναι όλα ευθέως συνδεδεμένα με το σύστημα του στρες (<http://www.elsevier.com/locate/psyneuen>). Για παράδειγμα, ο αναπαραγωγικός άξονας αναστέλλεται σε όλα τα επίπεδα από τις συνιστώσες του υποθάλαμο – υποφυσίο – επινεφριδιακού άξονα (Λυμπεράκης, 1997).

Ο αναπτυξιακός άξονας επίσης αναστέλλεται σε πολλά επίπεδα κατά τη διάρκεια του στρες. Παρόλο που κατά την έναρξη της αντίδρασης στρες στον άνθρωπο παρατηρείται μια οξεία αύξηση των συγκεντρώσεων της αυξητικής ορμόνης στο πλάσμα, η συνεχιζόμενη ενεργοποίηση του συστήματος του στρες προκαλεί καταστολή της έκκρισης της αυξητικής ορμόνης και των άλλων αυξητικών παραγόντων. Το σημαντικότερο φαινόμενο στην καταστολή του αυξητικού άξονα κατά την ενεργοποίηση του συστήματος του άγχους, είναι η αναστολή της λειτουργίας του θυρεοειδικού άξονα.

Το άγχος συνδέεται με μειωμένη παραγωγή της εκλυτικής ορμόνης του θυρεοειδούς (TSH) και αναστολή της μετατροπής της σχετικά ανενεργούς θυροξίνης στην πιο ενεργό βιολογικά τριωδοθυρονίνη, στους περιφερικούς ιστούς. Παρόλο που ο ακριβής μηχανισμός αυτού του φαινομένου δεν είναι γνωστός μπορεί να οφείλεται στα

αυξημένα επίπεδα γλυκοκορτικοειδών και να εξυπηρετεί τη διατήρηση ενέργειας κατά τη διάρκεια του στρες (Χριστοδούλου, Κονταξάκης, Οικονόμου, 2000).

Το σύστημα στρες έχει επίσης σημαντική ανασταλτική επίδραση στο σύστημα φλεγμονής – ανοσίας. Οι μεταβολές στην κυκλοφορία και τη λειτουργία των λευκοκυττάρων, η μείωση της παραγωγής των κυτταροκινών και των παραγόντων φλεγμονής και η αναστολή της επίδρασης των τελευταίων στους ιστούς – στόχους, είναι από τις βασικότερες ανοσοκατασταλτικές δράσεις των γλυκοκορτικοειδών (Σαχίνη – Καρδάση & Πάνου, 2002).

Η λειτουργία της καρδιάς είναι η προώθηση αίματος σ' όλα τα όργανα και τους ιστούς του σώματος. Γι' αυτό το έργο ο καρδιακός μυς χρειάζεται πλούσια ροή αίματος (στεφανιαία αιμάτωση), που μπορεί να αυξάνεται κατάλληλα όταν οι απαιτήσεις της καρδιάς αυξάνονται με φυσική ή συγκινησιακή δραστηριότητα.

Η καρδιά χρειάζεται ενέργεια για να συστέλλεται και αυτή η ενέργεια εξασφαλίζεται από το μεταβολισμό των θρεπτικών ουσιών, που παρέχουν φωσφορικά υψηλής ενέργειας (A T P). Για τη διεργασία αυτή είναι απαραίτητο οξυγόνο. Επομένως, η λειτουργία της καρδιάς στηρίζεται ολοκληρωτικά στην ικανότητα της να προμηθεύει οξυγόνο στους μεταβολίτες, για να καλύπτουν τις μυοκαρδιακές απαιτήσεις.

Ένα αξιοσημείωτο χαρακτηριστικό της στεφανιαίας κυκλοφορίας είναι ότι, ακόμα και κατά τη συνηθισμένη δραστηριότητα, η καρδιά προσλαμβάνει το 75% του οξυγόνου του αρτηριακού αίματος, σε αντίθεση με άλλα όργανα, που παίρνουν περίπου το 25%. Αυτό δείχνει τη μειωμένη παρακαταθήκη οξυγόνου, που είναι διαθέσιμη στην καρδιά όταν αυτή βρίσκεται σε συνθήκες στρες (πυρετός, άσκηση). Κάτω από αυτές τις συνθήκες, ο μόνος τρόπος για να ικανοποιηθούν οι αυξημένες μυοκαρδιακές ανάγκες είναι η αύξηση της στεφανιαίας ροής αίματος. Αν η στεφανιαία ροή αίματος δεν μπορεί να ικανοποιήσει τη μυοκαρδιακή ανάγκη για οξυγόνο, προκαλείται ισχαιμία του μυοκαρδίου (Πάνου & Σαχίνη-Καρδάση, 2000).

4.4. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΝΟΣΟ

Όπως επισημαίνει ο Bellg (2004), η ψυχολογική αξιολόγηση του ασθενούς είναι χρήσιμη γιατί, πέραν των άλλων, μπορεί να προσφέρει σε όλη την ιατρική ομάδα νέες και πιθανώς άγνωστες πληροφορίες για θέματα, όπως: οικογενειακά προβλήματα, θέματα κατανόησης και τήρησης των ιατρικών οδηγιών, ζητήματα ψυχικής υγείας, εμπόδια και προβλήματα της ζωής του ασθενούς, συναισθήματα κ.λ.π. Οι πληροφορίες αυτές μπορούν να αποδειχθούν ιδιαίτερος σημαντικές για την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας και την αποκατάσταση του ατόμου. Θα πρέπει όμως να παρουσιάζονται από τον ψυχολόγο κατά τρόπο κατανοητό σε όσους δεν είναι ιδιαίτερος εξοικειωμένοι με την ψυχολογική ορολογία, όπως συνήθως συμβαίνει με το λοιπό προσωπικό υγείας.

Στην αξιολόγηση μπορούν να χρησιμοποιηθούν, ερωτηματολόγια και τεστ για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων, του στρες, της κοινωνικής υποστήριξης κ.λ.π. Κύρια θέση κατέχει η συνέντευξη, η οποία θα πρέπει να περιλαμβάνει θέματα, όπως (Bellg, 2004): α) η αντίδραση του ασθενούς και ο βαθμός προσαρμογής του στην ασθένεια και τη θεραπεία, β) οι αντιλήψεις και οι πεποιθήσεις του ασθενούς για την ασθένεια, τη θεραπεία, το μέλλον, τον εαυτό και τους άλλους, γ) θέματα συμπεριφορών υγείας, κατανόησης και τήρησης των ιατρικών οδηγιών, δ) κίνητρα για αλλαγή, ε) δεξιότητες και διαθέσιμα για την αντιμετώπιση των δύσκολων, στ) συμπτώματα ψυχοπαθολογίας, ζ) χρήση ουσιών και η) επίπεδο νοητικής και γνωστικής λειτουργίας (Καραδήμας, 2005).

4.4.1. Καρδιαγγειακές Παθήσεις και Ψυχική Υγεία

Ο πόνος, η δυσφορία και τα άλλα δυσάρεστα συμπτώματα που συνοδεύουν ένα έμφραγμα ή άλλο καρδιολογικό πρόβλημα, μπορούν να προκαλέσουν σημαντικές ποσότητες άγχους και φόβου. Πολλοί ασθενείς ευαισθητοποιούνται σε τέτοιο βαθμό, ώστε να αναπτύσσουν αγχώδεις αντιδράσεις σε κάθε πόνο ακόμα και μικρό (Beunderman & Duyvis, 1990). Επίσης οι εγχειρήσεις «ανοικτής καρδιάς» ή η εμφύτευση απινιδωτών μπορούν να σηματοδοτήσουν αλλαγές στην ποιότητα ζωής, τη διάθεση και τη γνωστική λειτουργία (Allan & Scheidt, 1996).

Προβλήματα ψυχοπαθολογίας μπορούν να εμφανιστούν στους ασθενείς κατά την πρόοδο της ασθένειας σε ποσοστό που φτάνει το 20-40%. Επίσης πολλά αγχώδη συμπτώματα μοιάζουν με συμπτώματα καρδιαγγειακών νοσημάτων και, κατά συνέπεια, μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση, φόβο και περαιτέρω έξαρση των συμπτωμάτων.

Οι Gatchel και Oordt (2003) προτείνουν η αξιολόγηση για προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως, οι αγχώδεις διαταραχές ή η κατάθλιψη, να καταστεί μια ρουτίνα για κάθε ασθενή με καρδιακό νόσημα, ώστε εν συνεχεία να παρέχεται η κατάλληλη ψυχολογική βοήθεια μέσω ατομικών ή ομαδικών παρεμβάσεων. Οι ασθενείς με σοβαρότερα προβλήματα ψυχικής υγείας (π.χ., αυτοκαταστροφικές τάσεις, ψύχωση) θα πρέπει να παραπέμπονται για μια πιο συστηματική παρέμβαση.

4.5. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΑΙΜΑΤΙΚΗ ΡΟΗ

Η στεφανιαία αιματική ροή στον άνθρωπο που βρίσκεται σε κατάσταση ηρεμίας είναι περίπου 225ml/min και αναλογεί στο 4%-5% περίπου της συνολικής καρδιακής παροχής. Η ακριβής στεφανιαία αιματική ροή ρυθμίζεται ανάλογα με τις ανάγκες του μυοκαρδίου σε οξυγόνο.

Το συχνότερο αίτιο ελάττωσης της ροής του αίματος στις αρτηρίες είναι η αθηροσκλήρωση και συγκεκριμένα η ανάπτυξη «αθηρωματικών πλακών» στην εσωτερική επιφάνεια των τοιχωμάτων των αιμοφόρων αγγείων. Οι «πλάκες» αυτές αποτελούνται από χοληστερόλη και άλλα λίπη τα οποία επικαλύπτονται από μια ποσότητα ινώδους ιστού. Καθώς οι «πλάκες» αυξάνονται σε αριθμό και μέγεθος, μπορούν να εμποδίσουν ή να διακόψουν την αιματική ροή.

Μια «πλάκα» μπορεί να έχει τέτοια ανάπτυξη, ώστε να διαρρήξει τον έσω χιτώνα και να έρθει σε άμεση επαφή με το αίμα.

Επειδή το σημείο αυτό της «πλάκας» δεν είναι λείο, αρχίζουν να προσκολλώνται αιμοπετάλια και να παγιδεύονται κύτταρα του αίματος, σχηματίζοντας ένα τοπικό πήγμα αίματος, το θρόμβο, που αυξάνει συνεχώς και τελικά φράζει τελείως την αρτηρία (Harrison, 1987).

Ακόμα υπάρχει η περίπτωση να αποκολληθεί ο θρόμβος και να μετατοπιστεί σε κάποιο περιφερειακό κλάδο του στεφανιαίου αρτηριακού δένδρου, φράζοντας την αρτηρία στο καινούριο σημείο που θα εγκατασταθεί.

Η σοβαρότητα της βλάβης που θα προκληθεί ως συνέπεια της σταδιακής αθηροσκληρυντικής στένωσης της στεφανιαίας αρτηρίας ή της απότομης απόφραξης της θα εξαρτηθεί από το βαθμό της «παράπλευρης κυκλοφορίας». Όταν αποφραγεί μια στεφανιαία αρτηρία, μέσα σε λίγα δευτερόλεπτα αυξάνεται το μέγεθος των μικροσκοπικών αναστομώνσεων της στο μέγιστο των διαμέτρων τους. Η ροή σε αυτά τα παράπλευρα αγγεία είναι λιγότερη από το ήμισυ εκείνης που απαιτείται για να διατηρηθεί ζωντανό το μυοκάρδιο που αιματώνουν, αλλά τη δεύτερη ή τρίτη μέρα το μέγεθος τους διπλασιάζεται και συχνά η στεφανιαία αιμάτωση φτάνει σχεδόν σε φυσιολογικά επίπεδα μέσα σε ένα περίπου μήνα, γεγονός που ερμηνεύει την ανάρρωση από τους διάφορους τύπους στεφανιαίας απόφραξης.

Σε πολλές περιπτώσεις, όπως έχει υποστηριχθεί, η διαδικασία σχηματισμού αθηρωματικής πλάκας ξεκινάει κατά την παιδική ηλικία και συνεχίζεται κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής ή ακόμα «είναι μια διαδικασία που ξεκινάει κατά τη νηπιακή ηλικία, εάν όχι από τη μήτρα».

Έτσι η αθηροσκληρυντική διαδικασία μπορεί να προχωρήσει πέρα από τα όρια αιμάτωσης που εξασφαλίζει η παράπλευρη κυκλοφορία, και τα ίδια τα παράπλευρα αγγεία να αναπτύξουν αθηρωματικές πλάκες.

Στο σημείο αυτό η παραγωγή έργου από το μυοκάρδιο περιορίζεται, σε βαθμό μάλιστα που η καρδιά να μην μπορεί να προωθήσει αίμα ούτε στις ποσότητες που απαιτούνται για συνηθισμένη αιματική ροή, πόσο μάλλον σε περιπτώσεις όπου οι ανάγκες είναι αυξημένες (π.χ. κατάσταση άσκησης ή βίωσης έντονου συναισθήματος). Το πλαίσιο είναι έτοιμο για την ανάπτυξη στηθαγγικού πόνου ή εμφράγματος του μυοκαρδίου (Ποταμιάνος, 1995).

4.6. ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Σε επιδημιολογικές μελέτες συναντάμε ορισμένα χαρακτηριστικά, τα οποία ονομάζουμε παράγοντες κινδύνου, επειδή φαίνεται να σχετίζονται με την ανάπτυξη ή την πορεία της στεφανιαίας νόσου της καρδιάς. Ως κύριοι παράγοντες κινδύνου αναφέρονται: α) τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης στον ορό του αίματος β) η υψηλή πίεση του αίματος και γ) το κάπνισμα.

Υπάρχουν επίσης ενδείξεις για χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το φύλο, η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η έλλειψη άσκησης, το οικογενειακό ιστορικό. Ο κατάλογος συνεχίζεται και είναι μακροσκελής.

Αρκεί να αναφέρουμε ότι το 1993 στο πέμπτο Διεθνές Συνέδριο για το Στρες αναφέρθηκαν 300 παράγοντες κινδύνου καρδιακής προσβολής, πολλοί από τους οποίους «έμοιαζαν να είναι ασαφείς και αντιφατικοί» (Rosch, 1993).

Όσον αφορά στα επίπεδα χοληστερόλης στον ορό του αίματος, θα πρέπει καταρχάς να κάνουμε ένα διαχωρισμό σε χοληστερόλη χαμηλής λιποπρωτεϊνικής πυκνότητας (Low Density Lipoproteins – L D L) και σε χοληστερόλη υψηλής λιποπρωτεϊνικής πυκνότητας (High Density Lipoproteins – H D L). Η παρουσία της πρώτης αυξάνει τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο, ενώ αντίθετα η δεύτερη μειώνει τον κίνδυνο.

Η υψηλή πίεση του αίματος, υπέρταση και το κάπνισμα αποτελούν επίσης σημαντικούς παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Όμως θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας ότι πολλοί μη συγκεκριμένοι παράγοντες μπορεί να παρέχουν λόγους ή συνθήκες κάτω από τις οποίες θα δημιουργηθεί η ασθένεια.

Επομένως η προσέγγισή μας στις ενδείξεις που αποκαλούμε «παράγοντες κινδύνου» θα πρέπει να είναι τέτοια, ώστε να αναγνωρίζει την ικανότητά τους να επιβαρύνουν την καρδιαγγειακή δραστηριότητα.

4.7. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ορισμένες εκδηλώσεις συμπεριφοράς που σχετίζονται με την υγεία μπορούν να αυξήσουν κατά πολύ την επιρρέπεια μας προς τις ασθένειες. Οι άνθρωποι που δεν ασκούνται σχεδόν ποτέ βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο καρδιοπαθειών και πρόωρου θανάτου.

Όταν έχουμε στρες μπορεί να μη συμπεριφερόμαστε με τον τρόπο που ευνοεί την υγεία μας. Στη θλίψη τους, μερικοί άνθρωποι μπορεί να αρχίσουν να πίνουν και να καπνίζουν περισσότερο. Το στρες δηλαδή μπορεί να επηρεάζει έμμεσα την υγεία, μειώνοντας τη συμπεριφορά που προάγει τη υγεία, και αυξάνοντας την αρνητική συμπεριφορά που τη βλάπτει.

Η ανθυγιεινή συμπεριφορά μπορεί επίσης να αυξήσει την υποκειμενική αίσθηση του στρες. Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει λήθαργο, κάματο, και μια ελαφρά ως μέτρια κατάθλιψη που δυσκολεύει τον άνθρωπο να ξεπεράσει τη στρεσογόνο κατάσταση ή να την περιορίσει ώστε να μην παρεμβαίνει στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής.

Αντίθετα, οι άνθρωποι που ζουν μια υγιεινή ζωή, συχνά αναφέρουν ότι τα στρεσογόνα γεγονότα φαίνονται να αντιμετωπίζονται πιο εύκολα και νιώθουν ότι ελέγχουν περισσότερο τη ζωή τους. Έτσι, η συμπεριφορά που συνάδει με την υγεία μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του στρες στη ζωή και να μειώσει τον κίνδυνο πολυάριθμων σοβαρών ασθενειών (Hilgard, 2004).

Οι Friedman και Rosenman (Friedman, 1978) άρχισαν στα τέλη της δεκαετίας του 1950, υπό το φως νέων ευρημάτων, να παρατηρούν σχολαστικά ασθενείς με στεφανιαία προβλήματα, γεγονός που οδήγησε στην καταγραφή συγκεκριμένων χαρακτηριστικών συμπεριφοράς και προσωπικότητας.

Στο σημείο αυτό θα ήταν εύλογο να γίνει επισήμανση στο θέμα της διαμόρφωσης της προσωπικότητας. Ένα σημαντικό κομμάτι στην ζωή κάθε ανθρώπου είναι και η συγκρότηση της ταυτότητάς του που αποτελεί μια μακρόχρονη και κατά το μεγαλύτερο μέρος ασυνείδητη διαδικασία, στο πλαίσιο της οποίας συντελείται η αλληλεπίδραση μεταξύ των διεργασιών ωρίμανσης του βρέφους και του τρόπου με τον οποίο αντιμετωπίζονται από το άμεσο περιβάλλον (Hilgard, 2004).

Προκειμένου το άτομο να κατακτήσει την αίσθηση συνέχειας της ταυτότητάς του μέσα στο χρόνο, πρέπει να οργανώνει σταδιακά μια ιεράρχηση αυτών των διαφορετικών αναπαραστάσεων που έχει για τον εαυτό του. Η δόμηση της ταυτότητας είναι άρρηκτα συνυφασμένη με τη διαμόρφωση του εαυτού. Θα έλεγε κανείς ότι ένα άτομο, καθώς περνά μέσα από τις φάσεις ανάπτυξης της ζωής του, βρίσκεται αντιμέτωπο με διαφοροποιήσεις της ταυτότητας του που οφείλονται αφενός στις βιολογικές αλλαγές (αλλαγές της εικόνας του σώματος, γνωστικές κατακτήσεις) και αφετέρου στην εικόνα του εαυτού που του στέλνουν τα άτομα του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος.

Μια καλά δομημένη ταυτότητα συμπίπτει με την αίσθηση συνέχειας του εαυτού του ατόμου μέσα στο χρόνο, με όσο το δυνατόν πιο σαφείς προσδοκίες και όρια της προσωπικότητας και των άλλων.

Η προσωπικότητα αντιπροσωπεύει εκείνα τα χαρακτηριστικά του ατόμου που εξηγούν τους σταθερούς τύπους συναισθήματος, σκέψης και συμπεριφοράς (Pervin, 2001). Παρόμοιες καταγραφές είχαν αρχίσει να γίνονται από το 1868, όταν ο Von Duch είχε παρατηρήσει μια σχέση ανάμεσα στη στεφανιαία νόσο και σε ατομικά χαρακτηριστικά (Boman, 1988). Δημιουργείται έτσι μια συγκεκριμένη ομάδα χαρακτηριστικών συμπεριφοράς που ονομάζεται «πρότυπο συμπεριφοράς τύπου Α», σε αντιδιαστολή με έναν άλλο τύπο συμπεριφοράς, τη «συμπεριφορά τύπου Β».

Η συμπεριφορά τύπου Α χαρακτηρίζεται από υπερβολική ανταγωνιστικότητα, προσπάθεια για επίτευξη συνεχώς ανανεούμενων στόχων, επιθετικότητα, βιασύνη, ανυπομονησία, αεικινησία, ανησυχία, υπερεπαγρύπνηση, ιδιαίτερα έντονο ύφος ομιλίας, τέντωμα των μυών του προσώπου και αίσθηση ότι ο χρόνος είναι περιορισμένος σχετικά με το εύρος των ευθυνών.

Το πρότυπο συμπεριφοράς τύπου Β περιλαμβάνει τα αντίθετα ακριβώς χαρακτηριστικά. Υπάρχει επίσης κι ένα τρίτο πρότυπο συμπεριφοράς, ο τύπος Χ, που παρατηρείται σε άτομα που παρουσιάζουν στοιχεία και από τους δύο προηγούμενους τύπους, τον Α και τον Β, σε ατελή μορφή.

Η πιο γνωστή έρευνα στη βιβλιογραφία τη σχετική με το πρότυπο συμπεριφοράς τύπου Α, που προσπάθησε να ελέγξει την πιθανή συσχέτιση με τη στεφανιαία νόσο της καρδιάς, είναι γνωστή ως W C G S (Western Collaborative Group Study).

Τα στατιστικά στοιχεία προτείνουν ότι το στρες / άγχος, η κατάθλιψη, ο θυμός και η εχθρότητα σχετίζονται με τη στεφανιαία νόσο και άλλα καρδιαγγειακά νοσήματα, αλλά η ερευνητική παραγωγή από πρόδρομες έρευνες είναι ακόμα μικρή στο συγκεκριμένο θέμα.

4.8. ΨΥΧΟΠΙΕΣΤΙΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ

Η εμφάνιση της έννοιας της συμπεριφοράς τύπου Α σχετίζεται με μια διεύρυνση των παραδοσιακών παραγόντων κινδύνου προς τις ψυχολογικά πιεστικές καταστάσεις.

Η συμπεριφορά τύπου Α αποτελεί ένα ιδιαίτερο ύφος αντίδρασης σε ερεθίσματα του περιβάλλοντος, τα οποία το άτομο εκλαμβάνει ως πιεστικά ή απειλητικά στην ανάγκη για διατήρηση του προσωπικού του ελέγχου. Αναπαριστά μια υπερδραστηριότητα απέναντι σε περιβαλλοντικές προκλήσεις και πιέσεις με στόχο τη διατήρηση του ελέγχου πάνω σε αυτά τα ερεθίσματα.

Είναι επομένως αναμενόμενη η υψηλή συσχέτιση της συμπεριφοράς τύπου Α με ψυχοπιεστικά γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή ενός ατόμου.

Τα αποτελέσματα που μπορεί να έχουν ψυχοπιεστικά γεγονότα (stressful life – events) πάνω στην υγεία και στην ψυχολογική ευεξία έχουν εκτενώς αποτελέσει αντικείμενο μελέτης τις τελευταίες δύο δεκαετίες.

Στις πρώτες ερευνητικές προσπάθειες για τη μελέτη του στρες παρατηρείται απουσία ψυχολογικών παραγόντων, ως συνέπεια του ότι οι έρευνες αυτές διεξήχθησαν σε ζώα. Στη συνέχεια με τη μετάβαση στον άνθρωπο, αρχίζει να δίνεται έμφαση στο ρόλο της αξιολόγησης του ερεθίσματος από το άτομο ως απαραίτητης διαδικασίας για τη βίωση της εμπειρίας του στρες.

Στο χαρακτηρισμό ενός γεγονότος ως ψυχοπιεστικού σημαντικό ρόλο παίζει ο αριθμός των αλλαγών που απαιτούνται για να αντιμετωπίσει το άτομο μια τέτοια κατάσταση.

Γεγονότα που αξιολογούνται ως αρνητικά, που δεν μπορούν να ελεγχθούν ή που είναι μη προβλέψιμα βιώνονται ως ψυχοπιεστικά.

Ένα τμήμα της έρευνας αφορά στη μελέτη της φυσιολογίας του ατόμου που βιώνει ένα ψυχοπιεστικό γεγονός. Σε αυτήν την κατεύθυνση τα ευρήματα υποστηρίζουν ένα είδος φυσιολογικής εξειδίκευσης ανάλογο με το ψυχοπιεστικό γεγονός. Επίσης, υποστηρίζεται ότι έμμεσα αποτελέσματα ψυχοπιεστικών γεγονότων μπορεί να περιλαμβάνουν συμπεριφορικές αλλαγές που είναι επιβλαβείς (π.χ. κάπνισμα, αλκοόλ).

Η θέση σύμφωνα με την οποία άτομα που βιώνουν ψυχοπιεστικά γεγονότα είναι πιο επιρρεπή σε ασθένειες έχει βρει στήριξη σε έρευνες που αναφέρονται σε καρδιαγγειακά νοσήματα (Barlow, 2000).

Σύμφωνα με αναδρομικές μελέτες τα άτομα με στεφανιαία νόσο φαίνεται να αντιμετωπίζουν ένα σημαντικό αριθμό ψυχοπιεστικών γεγονότων πριν από την εμφάνιση της νόσου (Jarvikoski & Harkaraa, 1988). Έχει δειχθεί ότι η αύξηση του κινδύνου για στεφανιαία νόσο σχετίζεται με σημαντικές αλλαγές στον τόπο διαμονής, καθώς και με σημαντικές επαγγελματικές αλλαγές.

Επίσης, μια τέτοια σχέση έχει βρεθεί και σε άτομα που έχουν μετακινηθεί προς ένα κοινωνικοπολιτιστικό περιβάλλον αρκετά διαφορετικό σε σχέση με εκείνο από το οποίο προέρχονται.

Σημαντικό τμήμα στη σχετική βιβλιογραφία αποτελεί και η διερεύνηση του ρόλου που παίζουν διάφορες μορφές απώλειας. Άτομα που έχουν χάσει από θάνατο τον / την σύζυγο τους παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά στεφανιαίας νόσου.

Οι Adler και Mathews (1994), αναφέρουν την έρευνα M R F I T όπου 12.000 άνδρες χωρίς ενδείξεις στεφανιαίας νόσου, οι οποίοι όμως ανήκαν σε ομάδα υψηλού κινδύνου, παρακολουθήθηκαν για έξι χρόνια. Τα ψυχοπιεστικά γεγονότα διαπιστώθηκε ότι προβλέπουν τη στηθάγχη, αλλά όχι το θάνατο από στεφανιαία νόσο. Οι ίδιοι επίσης συγγραφείς αναφέρουν σε σχετική ανασκόπηση ότι υπάρχουν έρευνες που δείχνουν μια σχέση ανάμεσα σε ψυχοπιεστικά γεγονότα που βιώνονται στο χώρο εργασίας και τη στεφανιαία νόσο. Τέτοια γεγονότα σχετίζονται με ασυμφωνίες ανάμεσα στο επαγγελματικό κύρος και το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, όπως επίσης και με την αίσθηση χαμηλής επαγγελματικής ασφάλειας και υψηλής εργασιακής πίεσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Έχουν αναπτυχθεί διάφορες ψυχοκοινωνικές θεραπείες για την αντιμετώπιση των σωματικών διαταραχών, όπως είναι η βιοανάδραση, οι διαδικασίες χαλάρωσης και η ύπνωση. Όμως λόγω του σημαντικού ρόλου του στρες στην αιτιολογία και στη διατήρηση πολλών σωματικών διαταραχών, σύνθετα προγράμματα για την αντιμετώπιση του στρες ενσωματώνονται ολοένα και περισσότερο στα ιατρικά κέντρα όπου νοσηλεύονται άτομα με τέτοιες διαταραχές (Barlow, 2000).

5.1.1. Βιοανάδραση

Η βιοανάδραση είναι μία διεργασία που βοηθάει τους ασθενείς να έχουν επίγνωση των ειδικών φυσιολογικών λειτουργιών που, υπό κανονικές συνθήκες, δε θα πρόσεχαν συνειδητά, όπως οι καρδιακοί ρυθμοί, η αρτηριακή πίεση, η μυϊκή ένταση σε συγκεκριμένες περιοχές του σώματος, ο ρυθμός των εγκεφαλικών κυμάτων και οι τρόποι ροής του αίματος.

Στη δεκαετία του '60, ο Neal Miller ανέφερε ότι τα ποντίκια μπορούσαν να μάθουν να ελέγχουν άμεσα πολλές από αυτές τις αντιδράσεις. Αν και μεταγενέστερα ήταν δύσκολο να επαληθευτούν αυτά τα ευρήματα στα ζώα, οι κλινικοί εφάρμοσαν τις διαδικασίες με κάποια επιτυχία στους ανθρώπους που υπέφεραν από οργανικές διαταραχές ή από καταστάσεις που σχετίζονταν με το στρες, όπως η υπέρταση και η κεφαλαλγία (Barlow, 2000).

Οι κλινικοί χρησιμοποιούν μηχανήματα καταγραφής των λειτουργιών ώστε να μπορέσει ο ασθενής να ακούσει ή να δει τις αντιδράσεις του, όπως για παράδειγμα τους καρδιακούς ρυθμούς του. Ο ασθενής μετά συνεργάζεται με το θεραπευτή για να μάθει να ελέγχει την αντίδραση. Μια επιτυχημένη αντίδραση δημιουργεί ένα κάποιου είδους μήνυμα. Για παράδειγμα, εάν ο ασθενής πετύχει να μειώσει την αρτηριακή του πίεση, η αλλαγή της πίεσης θα φανεί στο δείκτη του οργάνου μετρήσεως και θα ακουστεί ένας ήχος. Δεν έχουν περάσει πολλά χρόνια από τότε που οι επιστήμονες ανακάλυψαν ότι οι άνθρωποι μπορούσαν να διακρίνουν τις αλλαγές στη δραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος με μεγάλη ακρίβεια.

Μέσω μιας συγκεκριμένης βιολογικής αντίδρασης μπορούμε να μάθουμε να ελέγχουμε τις αντιδράσεις μας, αν και οι μηχανισμοί με τους οποίους κατορθώνουμε κάτι τέτοιο δεν είναι ακόμη ξεκάθαροι (Barlow, 2000).

5.1.2. Χαλάρωση και Διαλογισμός

Διάφοροι τύποι χαλάρωσης και διαλογισμού έχουν, επίσης, χρησιμοποιηθεί είτε κατ' αποκλειστικότητα είτε σε συνδυασμό με άλλες τεχνικές, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οργανικές διαταραχές και ασθενείς που υποφέρουν.

Τα άτομα που διαλογίζονται για 10 έως 20 λεπτά την ημέρα αναφέρουν ότι αισθάνονται ήρεμα ή πιο χαλαρά κατά τη διάρκεια της ημέρας. Αυτές οι σύντομες, απλές διαδικασίες μπορούν να είναι πολύ αποτελεσματικές, επειδή κυριολεκτικά μειώνουν την έκκριση συγκεκριμένων νευροδιαβιβαστών και ορμονών του στρες, μία επίδραση που μπορεί να επιτευχθεί με αυξημένη αίσθηση ελέγχου και δύναμης, (Benson, 1975, 1984).

Οι ιδέες του Benson είναι πολύ δημοφιλείς, διδάσκονται στο 60% των ιατρικών σχολών στις Η. Π. Α. και σε πολλά μεγάλα νοσοκομεία ασκούνται τεχνικές που βασίζονται σε αυτές.

Η χαλάρωση και ο διαλογισμός αποτελούν σχεδόν πάντα μέρος ενός σύνθετου προγράμματος για την αντιμετώπιση του στρες και του πόνου (Barlow, 2000).

5.1.3. Άσκηση

Ένας άλλος παράγοντας που είναι σημαντικός στον έλεγχο του στρες, είναι η σωματική κατάσταση. Άτομα που κάνουν τακτικά αεροβικές ασκήσεις (οποιαδήποτε παρατεταμένη δραστηριότητα που αυξάνει τον καρδιακό ρυθμό και την κατανάλωση οξυγόνου, όπως jogging, κολύμπι ή ποδήλατο) εμφανίζουν σημαντικά χαμηλότερο καρδιακό ρυθμό και αρτηριακή πίεση ως αντίδραση σε στρεσογόνους καταστάσεις, σε σύγκριση με άτομα που δεν ασκούνται τακτικά (Taylor, 1999). Επίσης, ο Brown (1991) βρήκε ότι τα σωματικά υγιή άτομα έχουν λιγότερες πιθανότητες να αρρωστήσουν έπειτα από στρεσογόνα γεγονότα, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν είναι σωματικά υγιή. Λόγω αυτών των ευρημάτων, πολλά προγράμματα διαχείρισης του στρες δίνουν έμφαση στη σωματική κατάσταση.

5.2. ΕΝΑ ΣΥΝΘΕΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ

Στα πλαίσια του προγράμματος των Barlow και Roper, (1991, 1997) για την αντιμετώπιση του στρες, τα άτομα εξασκούνται σε διάφορες τεχνικές για τον έλεγχο του στρες, οι οποίες τους παρουσιάζονται σε ένα εγχειρίδιο. Πρώτα, μαθαίνουν να παρατηρούν το στρες τους και να αναγνωρίζουν τα γεγονότα της καθημερινής τους ζωής που τους προκαλούν στρες. Σημειώνουν, επίσης, τα σωματικά συμπτώματα και τις σκέψεις που εμφανίζονται όταν νιώθουν στρες.

Όλη αυτή η παρατήρηση είναι σημαντική για τη συνέχιση του προγράμματος, αλλά μπορεί να είναι και πολύ χρήσιμη, καθώς αποκαλύπτει τις ακριβείς μορφές και αιτίες του στρες και βοηθάει τους πελάτες να μάθουν ποιες αλλαγές πρέπει να κάνουν για να αντιμετωπίσουν το στρες καλύτερα.

Αφού μάθουν να παρατηρούν το στρες, μαθαίνουν πώς να επιτύχουν μυϊκή χαλάρωση, μια διαδικασία που περιλαμβάνει πρώτα το τέντωμα διαφόρων μυών για την αναγνώριση της θέσης των διαφορετικών ομάδων μυών. Μετά, μαθαίνουν συστηματικά να χαλαρώνουν τις ομάδες των μυών πέρα από το σημείο της αδράνειας, δηλαδή να «σταματούν το τέντωμα» των μυών, ώστε να μείνουν τελείως χαλαροί.

Η αντιμετώπιση των γεγονότων και η στάση ζωής αποτελούν σημαντικό μέρος του στρες και οι πελάτες μαθαίνουν με ποιόν τρόπο οι ίδιοι μεγαλοποιούν τις αρνητικές συνέπειες των γεγονότων στην καθημερινή τους ζωή. Στο πρόγραμμα, ο θεραπευτής και ο πελάτης χρησιμοποιούν τη γνωστική θεραπεία προκειμένου να αναπτύξουν περισσότερο ρεαλιστικές εκτιμήσεις και στάσεις.

Σε αυτό το πρόγραμμα, τα άτομα προσπαθούν σκληρά για να αναγνωρίσουν τις εξωπραγματικές αρνητικές σκέψεις και να αναπτύξουν νέες εκτιμήσεις και στάσεις σχεδόν ακαριαία όταν εμφανίζονται οι αρνητικές σκέψεις. Μια τέτοια εκτίμηση είναι συχνά το πιο δύσκολο μέρος του προγράμματος.

Τέλος, τα άτομα που συμμετέχουν στα προγράμματα για τη μείωση του στρες αναπτύσσουν νέες μεθόδους αντιμετώπισης, όπως η σωστή διαχείριση του χρόνου και η εκπαίδευση θετικής δυναμικής παρουσίας (assertiveness training).

Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης για τη διαχείριση του χρόνου, οι

ασθενείς μαθαίνουν να ταξινομούν τις δραστηριότητες τους και να δίνουν λιγότερη σημασία στις μη σημαντικές υποχρεώσεις. Κατά την διάρκεια της εκπαίδευσης θετικής δυναμικής παρουσίας, μαθαίνουν να υποστηρίζουν τον εαυτό τους με τον κατάλληλο τρόπο.

Διάφορες μελέτες έχουν εκπονηθεί για την εκτίμηση ορισμένων εκδοχών αυτού του σύνθετου προγράμματος. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι είναι περισσότερο αποτελεσματικό από τις επιμέρους τεχνικές όπως είναι η χαλάρωση και η βιοανάδραση, για την αντιμετώπιση του στρες (Barlow,2000).

5.3. ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Όπως ήδη έχει αναφερθεί κάποιοι σημαντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση των ασθενειών και στο θάνατο είναι ψυχολογικοί και συμπεριφορικοί. Μιλήσαμε για τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν με δύο διαφορετικούς τρόπους την υγεία και τα σωματικά προβλήματα: επηρεάζοντας άμεσα τις βιολογικές διεργασίες και μέσω ανθυγιεινών τρόπων ζωής.

Η συμβολή των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην αιτιολογία και στη θεραπεία των σωματικών διαταραχών έχει μελετηθεί ευρέως. Ορισμένες από τις ανακαλύψεις αυτές συγκαταλέγονται στα πιο εκπληκτικά στοιχεία που έχουμε στη διάθεσή μας στις επιστήμες της ψυχολογίας και της βιολογίας.

Το 1991 ο διευθυντής των Εθνικών Ινστιτούτων Υγείας των Η.Π.Α., (National Institutes of Health), είπε: «Οι έρευνές μας έχουν δείξει ότι πολλές κοινές ασθένειες μπορούν να προληφθούν και άλλες να ανασταλούν ή να ελεγχθούν κάνοντας ορισμένες αλλαγές στον τρόπο ζωής μας», (U.S. Department of Health and Human Services, 1991). Οι ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες, η έλλειψη εκγύμνασης, και το κάπνισμα είναι τρεις από τις πιο συνηθισμένες συμπεριφορές που μαζί με το στρες, μακροχρόνια μπορεί να οδηγήσουν σε διάφορες σωματικές διαταραχές.

Οι συμπεριφορές και οι συνθήκες υψηλού κινδύνου περιέχονται στον παρακάτω πίνακα:

Επικίνδυνες Συμπεριφορές που επιδέχονται Αλλαγή:
▪ Κάπνισμα
▪ Υπερλιπιδαιμία
▪ Υψηλή αρτηριακή πίεση
▪ Διατητικές συνήθειες που σχετίζονται με τις ασθένειες
▪ Υψηλά επίπεδα νατρίου, χαμηλά επίπεδα ασβεστίου, μαγνησίου, καλίου – υπέρταση
▪ Υψηλά ποσοστά λίπους – καρδιαγγειακή ασθένεια και καρκίνος του προστάτη, του μαστού, του παχέος εντέρου και του παγκρέατος
▪ Υψηλά επίπεδα υδατανθράκων – σακχαρώδης διαβήτης
▪ Χαμηλά επίπεδα άπεπτης ύλης (φυτικών ινών) – σακχαρώδης διαβήτης, μεταβολικές ασθένειες, καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνος του παχέος εντέρου
▪ Χαμηλή πρόσληψη Βιταμίνης Α και C – καρκίνος
▪ Καθιστική ζωή
▪ Παχυσαρκία
▪ Κατάχρηση ουσιών (αλκοόλ και φαρμάκων)
▪ Μη χρήση της ζώνης ασφαλείας
▪ Σεξουαλική συμπεριφορά υψηλού κινδύνου
▪ Μη-συμμόρφωση με τις προτεινόμενες διαδικασίες εμβολιασμού και ιατρικών εξετάσεων
▪ Υψηλά επίπεδα στρες και προσωπικότητα τύπου Α
▪ Καταστάσεις υψηλού κινδύνου για ατυχήματα παιδικής ηλικίας, αμέλεια, κακοποίηση
▪ Ανεπαρκής υγιεινή των δοντιών / μη συχνή φροντίδα
▪ Έκθεση στον ήλιο
▪ Κακής ποιότητας σχέσεις / υποστήριξη
▪ Επαγγελματικοί κίνδυνοι

Πολλές από αυτές τις συμπεριφορές συμβάλλουν στην εκδήλωση ασθενειών και σωματικών διαταραχών που αποτελούν κύριες αιτίες θανάτου, και περιλαμβάνουν όχι μόνο τη στεφανιαία νόσο και τον καρκίνο, αλλά και τα ατυχήματα διαφόρων ειδών, (που συνδέονται με την κατανάλωση αλκοόλ και την μη τήρηση των μέτρων ασφαλείας), την κίρρωση του ήπατος, (που σχετίζεται με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ), και διάφορες ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος, όπως είναι η γρίπη και η πνευμονία, (που σχετίζονται με το κάπνισμα και το στρες), (Sexton, 1979). Οι προσπάθειες συνεχίζονται προκειμένου να αναπτυχθούν διαδικασίες αποτελεσματικής αλλαγής συμπεριφοράς, ώστε να βελτιωθεί η διατροφή, να αυξηθεί η συμμόρφωση των ασθενών στις επιταγές των φαρμακευτικών θεραπευτικών προγραμμάτων και να αναπτυχθούν τα βέλτιστα προγράμματα άσκησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1. ΠΡΟΛΗΨΗ – ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η εφαρμογή των ερευνητικών δεδομένων της κοινωνικής ψυχολογίας στην πρόληψη και την παρέμβαση είναι τόσο παλιά όσο και η έρευνα στις κοινωνικές επιστήμες εν γένει. Για την αξιοπιστία των δεδομένων που στη συνέχεια θα δώσουν τη θέση τους στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και παρέμβασης, υποστηρίζεται ότι σε πρώτη φάση οι μελέτες των κοινωνικών φαινομένων πρέπει να πραγματοποιούνται μέσω πολλών ερευνητικών μεθόδων.

Επομένως, ο συνδυασμός πειραματικών (ποσοτικών και ποιοτικών) και νατουραλιστικών μεθόδων (τριγωνισμός δεδομένων) αντιπροσωπεύει μια ερευνητική προσπάθεια σωστά προσανατολισμένη για την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων της έρευνας και της παρέμβασης.

(Ρήγα, 2001)

Από πολύ νωρίς η κοινωνική ψυχολογία ενδιαφέρθηκε για τα ανθρώπινα προβλήματα, συνεισφέροντας τόσο σε επίπεδο ευρετικό όσο και σε επίπεδο πραγματιστικό. Η μελέτη συμπεριφορών και η εύρεση μεθόδων τροποποίησης της συμπεριφοράς είναι απαραίτητη για την βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Η διαμόρφωση της εικόνας του σώματος κατά τη διάρκεια της πρώτης παιδικής ηλικίας μελετήθηκε εντατικά από τη γενετική ψυχολογία, από τη νευροψυχιατρική και από ψυχαναλυτές, όπως η M. Klein (Η ψυχανάλυση των παιδιών). Οι εργασίες αυτές αποκαλύπτουν ότι η εικόνα εγκαθιδρύεται σταδιακά, μαζί με την εικόνα του σώματος του άλλου – και αρχικά της μητέρας – προαγγέλλοντας τις διαπροσωπικές σχέσεις και την κοινωνικοποίηση (Maisonneuve, 2001).

Στον τομέα της υγείας και της ασθένειας, η Herzlich (1969) μελέτησε τις κοινωνικές αναπαραστάσεις εφαρμόζοντας το θεωρητικό μοντέλο του Moscovici.

Στην κοινωνική σκέψη, η ασθένεια εμφανίζεται είτε σαν το αποτέλεσμα εσωτερικών είτε εξωτερικών παραγόντων. Οι εσωτερικοί παράγοντες αντιστοιχούν στο ίδιο το άτομο, ενώ οι εξωτερικοί στον τρόπο ζωής του. Στην αναπαράσταση της υγείας και της ασθένειας εμπλέκεται η ενόραση του κόσμου για το βιολογικό και το κοινωνικό (Παπαστάμου, 1989).

Η πρόσληψη της υγείας-ασθένειας εσωτερικεύει τη διάσταση της κοινωνίας και της σχέσης που έχουν τα άτομα με αυτή. Η υγεία συνδέεται με το άτομο και την αρμονική σχέση του με τη φύση – το άτομο γεννιέται υγιές.

Αντίθετα, η ασθένεια εξηγείται με τη σχέση του ατόμου με το περιβάλλον του – με τον τρόπο ζωής του. Έτσι δημιουργείται μια διπλή αντίθεση άτομο / υγεία – τρόπος ζωής / ασθένεια.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Π Φ Υ), αποτελεί το σημείο εισόδου ενός ασθενούς στο σύστημα υγείας. Περιλαμβάνει τις υπηρεσίες εκείνες οι οποίες παρέχουν τη βασική φροντίδα υγείας στον πληθυσμό και με τις οποίες παρέχουν τη βασική φροντίδα υγείας στον πληθυσμό και με τις οποίες έρχονται σε πρώτη επαφή οι ασθενείς.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας κατέχει κεντρική θέση στο σύστημα υγείας, λόγω του ότι είναι άμεσα προσβάσιμη στον πληθυσμό και προσφέρει πιο προσωπική επαφή με τον ασθενή από κάθε άλλη υπηρεσία του συστήματος υγείας, αποτελεί δηλαδή μια υπηρεσία που εργάζεται κυριολεκτικά στην κοινότητα.

Η πρωτοβάθμια πρόληψη αφορά στη μείωση του κινδύνου από τη νόσο, δηλαδή τη μείωση των παραγόντων κινδύνου που είναι συχνοί στον πληθυσμό και σχετίζονται με τη συχνότητα της νόσου.

Η δευτεροβάθμια πρόληψη έχει σχέση με την έγκαιρη διάγνωση και εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας και η προσπάθεια αποφυγής νέωνώσεων και υποτροπών της νόσου.

Η τριτοβάθμια πρόληψη αφορά τον περιορισμό των φαινομένων έκπτωσης που συνοδεύουν μια ήδη εγκαταστημένη νόσο.

Στη δεκαετία του '50, ο Gerald Caplan, μαθητής του John Bowlby, ασχολήθηκε με την ψυχιατρική πρόληψη κατά την ενδομήτριο ζωή και κατά την παιδική ηλικία.

6.1.1. Πρόληψη στις διάφορες φάσεις της ζωής

Από την έρευνα και την κλινική παρατήρηση προκύπτουν οι διαφορετικές προληπτικές στρατηγικές που μπορούν να εφαρμοστούν στις διαφορετικές φάσεις της ζωής.

- *Προγεννητική Αγωγή – Αγωγή Υγείας από την Αρχή της ζωής*

«Η ψυχική κατάσταση του ζεύγους κατά την εποχή της σύλληψης, αν είναι κακή, δημιουργεί ένα ιδιαίτερα αρνητικό πεδίο ανάπτυξης του εμβρύου, που μπορεί να εμφανισθεί με συγγενή ανωμαλία... Τούτη η έμμεση προτροπή για αποφυγή σύλληψης σε περιόδους κακής ψυχικής κατάστασης των ερωτικών συντρόφων, προκύπτει από ανακοίνωση ομάδας ιατρών του πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης στο 16^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής Παίδων».

Η διαπαιδαγώγηση του ανθρώπου αρχίζει πριν από τη γέννηση, από τη σύλληψη. Απεδείχθη ότι καρδιακές παθήσεις οφείλονταν σε τραυματικά περιστατικά που συνέβησαν στο περιβάλλον, όπου έζησε το ζευγάρι κι έλαβαν χώρα στη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας της ζωής.

Είναι γενικά παραδεκτό ότι η προετοιμασία για το γονεϊκό ρόλο αρχίζει από την παιδική ηλικία. Συναισθηματικά ικανοποιητικά παιδικά χρόνια και καλή σχέση με τους γονείς αποτελούν την καλύτερη προετοιμασία για να γίνει κάποιος γονέας.

Οι συζητήσεις στην εφηβεία για τη φυσική και συναισθηματική διάσταση της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της ανατροφής του παιδιού βοηθούν στην προετοιμασία των μελλοντικών γονέων.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός και η χρήση αντισυλληπτικών προφυλάσσουν από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Στην κλινική πράξη, βρισκόμαστε συχνά αντιμέτωποι μ' ένα διαταραγμένο παιδί, το οποίο έχει βιώσει συναισθηματικές στερήσεις λόγω του ότι ήταν ανεπιθύμητο και άρα δύσκολα μπορούσε να βρει τη θέση του στον ψυχισμό των γονέων.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, πρακτικές συμβουλές για καλή διατροφή της μητέρας, αποφυγή καπνίσματος και αλκοόλ, αποφυγή κατανάλωσης φαρμάκων και χρήσης ναρκωτικών ουσιών προφυλάσσουν από σημαντικές διαταραχές στην ανάπτυξη

του εμβρύου. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνιστάται η αποφυγή νόσων που μπορούν να προσβάλλουν το κύημα, όπως ερυθρά, κ.λ.π. Η προγεννητική διάγνωση μπορεί να ελέγξει την ύπαρξη ανατομικών ανωμαλιών (π.χ. δισχιδής ράχη), κληρονομούμενων νοσημάτων (π.χ. μεσογειακή αναιμία) και νοητικής καθυστέρησης (π.χ. σύνδρομο Down).

Η εξασφάλιση της ψυχικής ισορροπίας της μέλλουσας μητέρας αποτελεί βασικό προληπτικό παράγοντα για την εγκατάσταση ικανοποιητικής σχέσης με το παιδί που θα γεννηθεί.

Ακούγοντας ήρεμη μουσική, η μητέρα μεταβιβάζει στο έμβρυο μια υπέροχη κατάσταση γαλήνης και αρμονίας. Συντελεί στην ανάπτυξη του εγκεφάλου του εμβρύου και της οργάνωσης της μουσικής του ευαισθησίας.

Οι αρχαίοι Έλληνες γνώριζαν ότι η μουσική έχει άμεση σχέση με την ψυχοπνευματική ανάπτυξη του ανθρώπου. Ο Σωκράτης συνιστά πρώτα μουσική για την ψυχή και γυμναστική για το σώμα. Ο Πλάτων θεωρεί τη μουσική ως την κατεξοχήν μορφωτική τέχνη, που όταν διεισδύσει στην ψυχή των νέων, τους οδηγεί στην αρετή.

Ας μην ξεχνάμε και τον Απόλλωνα, τον θεό της μουσικής. Οι χορδές της λύρας του συμβολίζουν τις χορδές της ψυχής. Πρέπει να είναι σωστά κουρδισμένες, για να δώσουν ωραίους ήχους και ο συντονισμός, το κούρδισμα των χορδών του εσωτερικού μας κόσμου, προϋποθέτει θέληση, γνώση, πειθαρχία και προπαντός αγάπη για ό,τι ωραίο υπάρχει στον κόσμο, στο σύμπαν. Φως, αρμονία και μουσική είναι έννοιες ταυτόσημες. Αυτές εκπροσωπεί ο Απόλλων. Και τι σημαίνει Απόλλων; Από πού προέρχεται το όνομα του θεού της μουσικής; Από το ρήμα απέλλω, που σημαίνει εμποδίζω κάτι κακό να πλησιάσει.

Η συναισθηματική υποστήριξη εκ μέρους του πατέρα αλλά και της ευρύτερης οικογένειας είναι επίσης σημαντική σε μια περίοδο ψυχολογικής ευαλωσιμότητας, όπως είναι εγκυμοσύνη. Υποστήριξη ή ειδικευμένη βοήθεια μπορεί να χρειαστεί σε γυναίκες που είχαν βιώσει προβλήματα σε προηγούμενες εγκυμοσύνες.

- *Περιγεννητική περίοδος*

Οι σύγχρονοι άγιοι γέροντες εκφράζουν διδασκαλία καλλιτεχνίας και προγεννητικής αγωγής με μια θαυμαστή σαφήνεια και πλήρη γνώση. Ας εντρυφήσουμε

στα πιο χαρακτηριστικά, από τα δικά τους λόγια, όπως μας παραδόθηκαν από πνευματικά τους παιδιά και έχουν εκδοθεί σε βιβλία.

Ας ενσκήψουμε πρώτα στη σκέψη του πατρός Πορφυρίου, του αγίου αγιορείτη της εποχής μας (+1991) με το προορατικό και διορατικό χάρισμα.

Ο πατήρ Πορφύριος συνήθιζε να λέει ότι η αγωγή του παιδιού αρχίζει «εκ κοιλίας μητρός» και θεωρούσε κρίσιμη την περίοδο της φιλοξενίας του παιδιού στην μητρική κοιλιά. «Μάλιστα για διάφορα παιδιά, που είχαν προβλήματα, έλεγε ότι ήδη από την κοιλιά της μητέρας τους είχαν αυτό το πρόβλημα, αυτό το μπέρδεμα, διότι, όταν η μητέρα ήταν έγκυος δεν φρόντιζε να είναι τακτοποιημένη η ζωή της, να έχει ηρεμία, γαλήνη, να προσεύχεται, να συμμετέχει στα μυστήρια της εκκλησίας».

Όπως είδαμε και παραπάνω, κατά τις απόψεις της επιστήμης, η έγκυος γυναίκα είναι «μορφοποιός», δηλαδή έχει την φυσική ιδιότητα της «μορφοποίησης»: της υλοποίησης στο έμβryo παιδί της φυσικών και ψυχικών χαρακτηριστικών, καλών ή κακών, που εκείνη βλέπει, σκέπτεται, φαντάζεται ή οραματίζεται. Η ικανότητά της αυτή είναι μεγαλύτερη όταν οι εντυπώσεις της, η σκέψη της ή τα οράματά της εμποτίζονται με τη συγκίνησή της, με τη συγκίνησή της, με τα συναισθήματά της. Σε πολλά συγγράμματα της γυναικολογίας και της μαιευτικής γίνεται λόγος για την «ιδεοπλαστική», «μορφοποιό» γυναικεία δύναμη και παρέχονται πάμπολλα παραδείγματα γυναικών που γέννησαν παιδί μ' ένα ελάττωμα ή μ' ένα χάρισμα, αντίστοιχο με αυτό που η μάνα έβλεπε, φορτισμένη με συγκίνηση ή φανταζόταν.

Και στο βιβλίο «Γέροντος Πορφυρίου Κausοκαλυβίτου: Βίος και Λόγοι» της Ι. Μ. Χρυσοπηγής, Χανιά 2003, διαβάζουμε μια πλήρη προγεννητική αγωγή, δια στόματος του, απευθυνόμενη προς την έγκυο μητέρα:

«Η αγωγή των παιδιών αρχίζει απ' την ώρα της συλλήψεως τους. Το έμβryo ακούει και αισθάνεται μέσα στην κοιλιά της μητέρας του. Ναι, ακούει και βλέπει με τα μάτια της μητέρας. Αντιλαμβάνεται τις κινήσεις και τα συναισθήματά της, παρ' όλο που ο νους του δεν έχει αναπτυχθεί. Σκοτεινιάζει το πρόσωπο της μάνας, σκοτεινιάζει κι αυτό. Νευριάζει η μάνα, νευριάζει κι αυτό. Ό,τι αισθάνεται η μητέρα, λύπη, πόνο, φόβο, άγχος κ.λ.π., τα ζει κι αυτό. Αν η μάνα δεν το θέλει το έμβryo, αν δεν το αγαπάει, αυτό αισθάνεται και δημιουργούνται τραύματα στην ψυχούλα του, που το συνοδεύουν σ' όλη του τη ζωή.

Το αντίθετο συμβαίνει με τα άγια συναισθήματα της μάνας. Όταν έχει χαρά, ειρήνη, αγάπη στο έμβryo, τα μεταδίδει σ' αυτό μυστικά, όπως συμβαίνει με τα γεννημένα παιδιά. Γι' αυτό πρέπει η μητέρα να προσεύχεται πολύ κατά την περίοδο της

κνήσεως και ν' αγαπάει το έμβρυο, να το χαϊδεύει πάνω από την κοιλιά της, να διαβάζει ψαλμούς, να ψάλλει τροπάρια, να ζει ζωή αγία. Αυτό είναι δική της ωφέλεια, αλλά κάνει θυσίες και για χάρη του εμβρύου, για να γίνει και το παιδί πιο άγιο, ν' αποκτήσει απ' την αρχή άγιες καταβολές. Είδατε πόσο λεπτό πράγμα είναι για τη γυναίκα να κυφορεί παιδί; Πόση ευθύνη και πόση τιμή!».

Ίδιες απόψεις για την κεφαλαιώδη σημασία της ενδομήτριας ζωής βρίσκουμε επίσης στην πνευματική διδασκαλία ενός άλλου αγίου γέροντος, του πατρός Σωφρονίου στο Essex της Αγγλίας.

«...Οι εντυπώσεις, τις οποίες δέχεται ένα βρέφος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της μητέρας του, καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη φυσική, συναισθηματική ακόμα και την πνευματική του κατάσταση. Είναι καλό να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη οι συμβουλές των γιατρών για υγιεινή διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Όμως, η σωματική φροντίδα του παιδιού δεν είναι αρκετή. Αν πρόκειται να έρθει στον κόσμο ένα πνευματικό ον, οι γονείς πρέπει να προσεύχονται συνεχώς για το παιδί τους, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αναγνωρίζοντας ότι το παιδί ανήκει τόσο στον Θεό όσο και σ' αυτούς. Η καρδιά της μητέρας πρέπει να ξεχειλίζει από ένα καλωσόρισμα αγάπης και προσευχής για το νέο παιδί».

Η καλή εξέλιξη του τοκετού επίσης προφυλάσσει από ασφυξία ή τραυματισμούς στον εγκέφαλο, που στη συνέχεια επηρεάζουν την ψυχοδιανοητική ανάπτυξη του παιδιού.

Οι ψυχοπροφυλακτικές μέθοδοι κατά τον τοκετό προάγουν τη θετική στάση της μητέρας απέναντι στο βρέφος. Η γυναίκα που έχει βιώσει με θετικά συναισθήματα τον τοκετό είναι καλύτερα διατεθειμένη και συμμετέχει περισσότερο στη σχέση με το παιδί. Επιτρέποντας στη μητέρα την άμεση επαφή με το βρέφος και τη φροντίδα του μέσα στο δωμάτιο, δημιουργούνται ευνοϊκότερες συνθήκες για την εγκατάσταση αλληλεπιδραστικής σχέσης μεταξύ τους. Η ενθάρρυνση και ενίσχυση της μητέρας για να θηλάσει, βελτιώνει επίσης ποιοτικά τη σχέση με το βρέφος.

Η ιατρική και νευρολογική παρακολούθηση του νεογνού για πρώιμη αναζήτηση συγγενών ανωμαλιών, μεταβολικών ή ορμονικών διαταραχών (υποθυρεοειδισμός, φαινυλκετονουρία), οδηγεί στην παροχή κατάλληλης θεραπείας και ελάττωση του επιπέδου της νοητικής καθυστέρησης.

Οι γονείς των οποίων τα βρέφη γεννήθηκαν πρόωρα και μένουν αρκετό χρονικό διάστημα στη θερμοκοιτίδα χρειάζονται μεγαλύτερη υποστήριξη. Πρέπει να

ενθαρρύνεται η φροντίδα του βρέφους, η σωματική επαφή και η καλλιέργεια της σχέσης, έστω και με τις περιορισμένες πρακτικά δυνατότητες λόγω της θερμοκοιτίδας.

- *Προσχολική ηλικία*

Σ' αυτή την περίοδο υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της ψυχικής και της σωματικής υγείας. Οι σε τακτές περιόδους ιατρικές εξετάσεις επιτρέπουν την πρόωμη ανίχνευση διαταραχών όρασης και ακοής. Η αναπτυξιακή εκτίμηση μπορεί να ανιχνεύσει τις καθυστερήσεις στην ανάπτυξη, όπως η καθυστέρηση λόγου, κινητικότητα ή νοητική καθυστέρηση.

Η άμεση αντιμετώπιση τους προφυλάσσει από τις μελλοντικές συνέπειες, που θα εκδηλωθούν στο παιδί κυρίως με τη μορφή μαθησιακών διαταραχών. Οι παιδικοί σταθμοί και τα νηπιαγωγεία αποτελούν κατάλληλους χώρους προληπτικής δράσης, όπου μπορούν να ανιχνευθούν οι αναπτυξιακές διαταραχές αλλά και προβλήματα συμπεριφοράς.

Ειδικά προληπτικά προγράμματα που απευθύνονται στους γονείς, παρέχοντας γνώσεις για την ανάπτυξη και τρόπους κατανόησης της συμπεριφοράς των παιδιών τους, μπορούν να μειώσουν την εμφάνιση διαφόρων διαταραχών. Η πληροφόρηση, π.χ., των γονέων μειώνει την επίπτωση διαταραχών ελέγχου των σφιγκτήρων (ενούρηση, εγκόπριση).

Οι μητέρες με μικρά παιδιά, κυρίως σε οικογένειες χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, συχνά υποφέρουν από κοινωνική απομόνωση και έλλειψη ευκαιριών για εργασία. Σχήματα που περιλαμβάνουν συμβουλευτική και υποστήριξη από κοινωνικούς λειτουργούς ή επισκέπτες υγείας που βλέπουν τη μητέρα στο σπίτι, μπορούν να βελτιώσουν την ψυχική διάθεση της μητέρας και να καλυτερεύσουν τη σχέση με το παιδί.

- *Σχολική ηλικία*

Η πρόληψη των μαθησιακών διαταραχών αρχίζει από πολύ μικρότερη ηλικία. Ακολουθείται μια αλυσίδα αιτιότητας, που ξεκινάει από την κατάκτηση του προφορικού λόγου, την εκλέπτυνση και την ευχαρίστηση της χρησιμοποίησης του, την εκμάθηση της γραφής και της ανάγνωσης και την ενσωμάτωση του παιδιού στο σχολείο. Η πρόληψη

των μαθησιακών διαταραχών περιλαμβάνει τη συμμετοχή των γονέων, έτσι ώστε όλα τα προηγούμενα στάδια να εξελιχθούν ομαλά. Αν όμως υπάρξει αποτυχία, η καλή συνεργασία γονέων και δασκάλων και η έγκαιρη παροχή βοήθειας μπορεί να προφυλάξει το παιδί από την απογοήτευση και τη διακοπή της φοίτησης.

Η ανάπτυξη εξωσχολικών δραστηριοτήτων, η καλλιέργεια δεξιοτήτων για την επίλυση προβλημάτων και την αντιμετώπιση της πραγματικότητας, η ικανότητα αντιμετώπισης του στρες, βελτιώνουν τη συναισθηματική διάθεση και την κοινωνική ένταξη και προφυλάσσουν από την εμφάνιση διαταραχών της συμπεριφοράς. Σ' αυτή την ηλικία, το παιδί μπορεί να κατανοήσει ότι τα συναισθήματα, οι συμπεριφορές και οι αξίες επηρεάζουν την προσωπική αλλά και τη διαπροσωπική λειτουργία και να τροποποιήσει τη στάση του, όταν αυτό απαιτείται.

▪ *Εφηβεία*

Στην περίοδο της εφηβείας κυριαρχεί η ανάπτυξη της σεξουαλικότητας και η αναζήτηση αυτονομίας, που προϋποθέτει κοινωνική ένταξη και επαγγελματικό προσανατολισμό.

Συζητήσεις και παροχή πληροφόρησης για τις σεξουαλικές σχέσεις οδηγούν σε μια υπεύθυνη στάση απέναντι στη σεξουαλικότητα και την αποφυγή σοβαρών ή δυσάρεστων καταστάσεων όπως η μόλυνση από τον ιό του AIDS ή η εφηβική (ανεπιθύμητη) εγκυμοσύνη.

Η ένταξη σε ένα σχολικό σύστημα αρκετά ανεκτικό στις ιδιαιτερότητες της ψυχικής λειτουργίας του εφήβου μειώνει τις αποβολές, τις διακοπές φοίτησης και προλαμβάνει την παραπρωματικότητα και τη χρήση ουσιών.

Η συμμετοχή σε εξωσχολικές δραστηριότητες και σε αθλητικά προγράμματα μπορούν επίσης να μειώσουν την εκδήλωση αντικοινωνικών συμπεριφορών.

Οι προληπτικές παρεμβάσεις στην εφηβεία έχουν μακροχρόνια θετική έκβαση. Χαμηλότερα ποσοστά εφηβικής παραβατικότητας συνδυάζονται με καλύτερη κοινωνική ένταξη, μεγαλύτερη αυτάρκεια και αυτοδυναμία στην ενήλικη ζωή και χαμηλότερα ποσοστά ψυχικής παθολογίας.

6.2. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΕ ΑΤΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

6.2.1 Η Κοινότητα στην Υγεία και την Ασθένεια

Κάθε άνθρωπος, ως άτομο και ως μέλος μιας οικογένειας, ανήκει και σε μια κοινότητα. Το περιβάλλον της κοινότητας επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου στην κάλυψη των βασικών ανθρώπινων αναγκών του.

Η Κοινότητα μπορεί να οριστεί με διάφορους τρόπους, αλλά ο πιο βασικός ορισμός είναι ότι είναι ένας συγκεκριμένος πληθυσμός (ή ομάδα ατόμων) που ζει σε μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή, κάτω από ίδιους κανόνες και έχουν κοινές αξίες, ενδιαφέροντα και ανάγκες. Μέσα σε μια κοινότητα οι άνθρωποι αλληλεπιδρούν και μοιράζονται κοινούς πόρους.

Η Κοινότητα έχει μεγάλη επίδραση στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας των ατόμων και των οικογενειών τους.

Επειδή η κοινότητα παρέχει το περιβάλλον το οποίο επηρεάζει τόσο την υγεία όσο και την ασθένεια πρέπει να ληφθούν υπόψη οι περιβαλλοντικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την ασφάλεια και την προστασία των ατόμων μέσα στην κοινότητα.

Ακολουθούν παραδείγματα κοινοτικών παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν την υγεία:

- Αριθμός και διαθεσιμότητα ιδρυμάτων και υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας
- Κανόνες στέγασης και τμήματα αστυνομίας και πυροσβεστικής
- Υπηρεσίες σίτισης βρεφών, μητέρων, ηλικιωμένων και οικογενειών με χαμηλό εισόδημα, σχολικά προγράμματα διατροφής
- Κανόνες διαχωρισμού σε ζώνες των κατοικημένων και βιομηχανικών περιοχών
- Θέσεις και υπηρεσίες συλλογής και απόρριψης αποβλήτων
- Κανονισμοί για τη μόλυνση της ατμόσφαιρας και του νερού
- Οδηγίες για την τήρηση των κανόνων υγιεινής των τροφίμων
- Υπηρεσίες αγωγής υγείας
- Δημιουργία ευκαιριών για ψυχαγωγία
- Προσπάθεια για μείωση της εγκληματικότητας και της χρήσης ναρκωτικών ουσιών

Οι νέες προκλήσεις και οι εξελίξεις στο χώρο της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας, καθώς και η ανάπτυξη της Ψυχολογίας της Υγείας έχουν δημιουργήσει το υπόβαθρο για την ανάπτυξη μιας κοινοτικής ψυχολογίας της υγείας. Αυτή δίνει έμφαση στην κοινότητα ως βασική μονάδα παρέμβασης και χρησιμοποιεί τις αντίστοιχες ψυχολογικές γνώσεις και αρχές (De la Cancela, Alpert, Wolff & Dachs, 2004).

Τελικοί στόχοι της κοινοτικής ψυχολογίας της υγείας καθίστανται:

- α) η επίτευξη ενός καλύτερου επιπέδου υγείας για όλα τα μέλη της κοινότητας, ακόμα και για αυτά που είναι λιγότερο ευνοημένα και,
- β) η διαίωνιση των θετικών αποτελεσμάτων τοπικά και χρονικά.

6.2.2. Κοινωνική Υποστήριξη και Υγεία

Όταν τα πράγματα γίνονται δύσκολα, είναι σημαντικό να έχουμε την υποστήριξη των άλλων ανθρώπων. Η κοινωνική στήριξη είναι μία από τις μεταβλητές οι οποίες μπορούν να μετριάσουν την επίδραση του στρες στην ασθένεια (Cohen & Syme, 1985). Επιπλέον, η κοινωνική στήριξη μπορεί να επηρεάσει άμεσα την εξέλιξη μιας ασθένειας και τη μετέπειτα ανάρρωση.

Η κοινωνική στήριξη έχει ορισθεί ως «η ανακούφιση, βοήθεια και / ή πληροφόρηση που κάποιος λαμβάνει μέσω τυπικών ή μη τυπικών επαφών με άτομα ή ομάδες (Wallston et al., 1983), ή ακόμα πιο απλά, ως τα «αγαθά που προέρχονται από άλλους ανθρώπους». Αυτά τα αγαθά μπορούν να έχουν πολλές μορφές. Οι Cohen & McKay (1984) περιγράφουν τρεις μεγάλες κατηγορίες: έμπρακτη στήριξη, γνωστική και πληροφοριακή στήριξη και συναισθηματική στήριξη. Η έμπρακτη στήριξη μειώνει το στρες ενός ατόμου εξαλείφοντας την ανάγκη που υπάρχει να ασχοληθεί με καθημερινές δουλειές και ευθύνες. Η γνωστική στήριξη μειώνει το στρες, παρέχοντας σαφήνεια και γνώσεις σχετικά με την κατάσταση που βιώνει κάποιος (συχνά, αυτές οι πληροφορίες λαμβάνουν τη μορφή αυτού που οι κοινωνικοί ψυχολόγοι ονομάζουν πληροφορίες κοινωνικής σύγκρισης). Τέλος, η συναισθηματική στήριξη προάγει την ευεξία, αυξάνοντας την αυτοεκτίμηση και καταδεικνύοντας ότι ένα άτομο είναι αγαπητό, σημαντικό και ότι αποτελεί τμήμα ενός κοινωνικού συνόλου που ενδιαφέρεται για κείνο.

Η κοινωνική στήριξη έχει αξιολογηθεί με πολλούς διαφορετικούς τρόπους (House & Kahn, 1985). Οι επιδημιολογικές μελέτες (δηλαδή μελέτες που εξετάζουν τις μορφές των νόσων σε μεγάλους πληθυσμούς) μερικές βασίζονται σε αυτό-αναφορές για συγκεκριμένες κοινωνικές σχέσεις (Είστε παντρεμένος ή ανύπαντρος) ως εκτεταμένα μέτρα κοινωνικής στήριξης.

Οι αξιολογήσεις του κοινωνικού δικτύου υπολογίζουν τον αριθμό και την εσωτερική σύνδεση των κοινωνικών στηρίξεων. (Πόσους φίλους έχετε; Είστε μια συνεκτική, δεμένη ομάδα;). Τέλος, διάφορα ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς ζητούν από τους ερωτώμενους να αναφέρουν τα είδη και το βαθμό της κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνουν (Cohen, 1984). Αυτά τα ερωτηματολόγια μπορεί να σας θέσουν το εξής ερώτημα: σε ποιόν θα στραφείτε για ψυχική ανακούφιση, όταν είστε πολύ ταραγμένοι;

Επίσης, μπορούν να σας ζητήσουν να βαθμολογήσετε το πόσο ικανοποιημένοι είστε από τη στήριξη που λαμβάνετε από το κάθε άτομο.

Η κοινωνική στήριξη μπορεί να ευνοήσει άμεσα την υγεία. Δηλαδή, τα άτομα με μεγάλη υποστήριξη μπορεί, κατά μέσο όρο, να είναι πιο υγιή σε σχέση με άτομα με λιγότερη στήριξη. Πιο αναλυτικά, θα λέγαμε ότι η κοινωνική στήριξη μειώνει την επίδραση του στρες στην υγεία. Για παράδειγμα, η μεγάλη κοινωνική υποστήριξη μπορεί να μην ασκεί καμία επίδραση στην υγεία των ατόμων τα οποία δεν έχουν ψυχική ένταση, αλλά μπορεί να βοηθήσει στη μείωση της ασθένειας σε άτομα που έχουν πολύ στρες. Η έρευνα έχει τεκμηριώσει και τις δύο αυτές επιδράσεις.

Οι επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα που συμμετέχουν σε κοινωνικά δίκτυα επιδεικνύουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές θνησιμότητας σε σχέση με τα άτομα που είναι κοινωνικά πιο απομονωμένα (Berkman & Breslow, 1983).

Οι κοινωνικοί ψυχολόγοι έχουν δείξει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για το πόσο η κοινωνική στήριξη μπορεί να προστατέψει τα άτομα από τις αρνητικές συνέπειες του στρες (Cassel, 1976, Zegans, 1982). Σε μια ανασκόπηση, οι Cohen & Wills (1985) σημείωσαν ότι αυτά τα αποτελέσματα απαντούν ιδιαίτερα σε μελέτες που αξιολογούν την αντιλαμβανόμενη πληροφοριακή και τη συναισθηματική υποστήριξη.

Οι σύντροφοι με τους οποίους έχουμε στενές σχέσεις συχνά μας προσφέρουν ένα ιδιαίτερα σημαντικό είδος κοινωνικής στήριξης. Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι οι παντρεμένοι παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας σε σχέση με τους ανύπαντρους. Φυσικά, τα αποτελέσματα του γάμου στην υγεία εξαρτώνται εν μέρει από την ποιότητα της σχέσης. Οι κακές σχέσεις μπορεί να προκαλούν στενοχώριες, αντί να παρέχουν στήριξη, και επομένως μπορεί να υπονομεύουν την ψυχολογική και σωματική μας υγεία.

6.3. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Η προληπτική παρέμβαση προσπαθεί να ελαττώσει τον αριθμό και την ένταση των παραγόντων κινδύνου και να βελτιώσει την ικανότητα ενός ατόμου να συνδιαλέγεται με το stress.

Η προληπτική παρέμβαση μπορεί να απευθύνεται στο ίδιο το άτομο, με στόχο να ενισχυθούν οι μηχανισμοί αντίστασης και αντιμετώπισης επιβλαβών επιδράσεων από το περιβάλλον.

Άλλοτε η προληπτική παρέμβαση απευθύνεται στην οικογένεια, με σκοπό να γίνουν τροποποιήσεις στη λειτουργία της. Η παρέμβαση μπορεί επίσης να αναφέρεται σ' ένα ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον ή να απευθύνεται σ' ένα ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον ή να απευθύνεται κεντρικά σε επίπεδο κυβερνητικό και νομοθετικό.

Γενικά, οτιδήποτε βελτιώνει την ποιότητα ζωής ενός ατόμου μπορεί να θεωρηθεί πρωτογενής πρόληψη. Η πρωτογενής πρόληψη επιτρέπει τη μετακίνηση από το επίπεδο της περίπτωσης στο επίπεδο της ομάδας-στόχου.

Είναι σημαντικό μετά από κάθε προληπτική παρέμβαση να μπορέσουμε να αξιολογήσουμε την εφαρμογή και την αποτελεσματικότητα των προτεινόμενων μέτρων.

Στη συνέχεια, η αποκτηθείσα εμπειρία θα πρέπει να μπορεί να διαχέεται και να ενσωματώνεται σ' ένα σύστημα ροής με δυνατότητα πρόσβασης στην πληροφόρηση.

Συνολικά, η προληπτική παρέμβαση περιλαμβάνει τα ακόλουθα στάδια:

- α) Χαρτογράφηση των υπαρχουσών αναγκών και προβλημάτων
- β) Εκτίμηση του βαθμού κινδύνου μιας ομάδας-στόχου.
- γ) Κατασκευή πρωτοκόλλου παρέμβασης
- δ) Εκτίμηση του αποτελέσματος της παρέμβασης
- ε) εξάπλωση της αποκτηθείσας γνώσης

Ένας μεγάλος αριθμός μελετών εξέτασε τις παρεμβάσεις στο πλαίσιο της πρακτικής της ιατρικής περίθαλψης, προκειμένου να βελτιώσουν το επίπεδο των προληπτικών παρεμβάσεων.

Παρότι πολλές από τις μελέτες αφορούσαν ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο που συμμετείχαν σε προγράμματα δευτεροπαθούς πρόληψης, αρκετές άλλες αφορούσαν ασθενείς πρωτοπαθούς περίθαλψης πριν από την εκδήλωση συμπτωματικής νόσου. Έχουν μελετηθεί τόσο παρεμβάσεις ενός παράγοντα όσο και τροποποιήσεις πολλαπλών παραγόντων κινδύνου.

Τα προγράμματα πρόληψης θα πρέπει να διαθέτουν την απαραίτητη εκπαίδευση, την υπευθυνότητα και τα εργαλεία για να εκτελέσουν τις διάφορες πλευρές της παρέμβασης. Με τον τρόπο αυτό, μια συστηματική προσέγγιση στην πρωτοπαθή πρόληψη μπορεί να επιτρέψει στο σύστημα υγείας να παίξει ένα διαρκώς επεκτεινόμενο ρόλο στην πρωτοπαθή πρόληψη πληθυσμιακής βάσης.

Αυτή τη στιγμή επικρατεί επιφυλακτική αισιοδοξία ως προς την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων πληθυσμιακής βάσης στη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου με σχετικά χαμηλό κόστος. Η διαρκής έμφαση και η εκτίμηση του κινδύνου των καρδιαγγειακών νόσων και των επιπτώσεών του στην υγεία αποτελούν σημαντικά αρχικά βήματα.

Τα μέσα επικοινωνίας μπορούν να επιλεγούν με βάση το είδος του μηνύματος που πρέπει να μεταδοθεί και το κοινό προς το οποίο απευθύνεται.

Πρέπει οπωσδήποτε να συμμετέχει μια σειρά φορέων: είναι μάλλον απίθανο να επιτευχθούν ουσιαστικά αποτελέσματα από μεμονωμένες προσπάθειες του συστήματος υγείας, κάποιου εθελοντικού οργανισμού ή ακόμα και ενός κυβερνητικού φορέα.

Ο ρόλος των κανονισμών και των πολιτικών στη τροποποίηση του περιβάλλοντος αποκτά διαρκώς μεγαλύτερη σημασία, ιδιαίτερα όσον αφορά τον καπνό και τη διατροφή.

Οι στρατηγικές αυτές μπορούν κατόπιν να εφαρμοστούν σε σχολεία, θρησκευτικές οργανώσεις, χώρους εργασίας, ακόμα και σε ολόκληρες κοινότητες. Πολλές από τις βελτιώσεις έχουν διασπαρεί ευρέως, καθώς οι κοινότητες αναζητούν τρόπους αποτροπής της επιδημίας των καρδιαγγειακών νόσων (Wong, Black, Gardin, 2005).

6.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΟΠΙΕΣΤΙΚΩΝ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

Ένα πλέγμα ψυχολογικών, οικογενειακών και ευρύτερων κοινωνικών παραγόντων θεωρούνται ότι εμπλέκονται σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό σε κάθε νόσο και παίζουν άλλοτε άλλο συντελεστικό ρόλο στην ανάπτυξή της.

Φαίνεται, έτσι, ότι οι οικογενειακές και κοινωνικές καταστάσεις, γεγονότα, συνθήκες και ερεθίσματα, καθώς και ψυχολογικές καταστάσεις, όπως συγκρούσεις και ματαιώσεις, μπορούν να επιφέρουν μια γενικότερη διαταραχή στην ομοιόσταση του οργανισμού και να προκαλέσουν πλήθος απαντήσεων που συσχετίζονται με τα ζωτικά θέματα της υγείας.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Θάνατος γονέα:

Πολλές έρευνες δείχνουν ότι η απώλεια ενός γονέα, κυρίως της μητέρας, τα πρώτα χρόνια της ζωής έχει σημαντική επίδραση για τη μετέπειτα συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Αν και το μικρό παιδί μπορεί να μη δείξει άμεσα φανερά σημάδια διαταραχής, χρειάζεται υποστήριξη και ιδιαίτερη προσοχή για να προληφθούν οι μακροχρόνιες συνέπειες.

Παιδιά διαζευγμένων γονέων:

Ο αριθμός των παιδιών διαζευγμένων γονέων είναι ιδιαίτερα αυξημένος στις δυτικές κυρίως χώρες. Η ηλικία και το φύλο του παιδιού, οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις πριν από το διαζύγιο, οι συγκρούσεις των γονέων και η ψυχική τους κατάσταση μετά το διαζύγιο είναι μεταβλητές που επηρεάζουν τη εμφάνιση ή μη διαταραχών στα παιδιά. Παρεμβάσεις σε δικαστικό-νομικό επίπεδο για σωστή διευθέτηση θεμάτων που αφορούν την επιμέλεια και την επικοινωνία, συμβάλλουν στην προστασία του παιδιού. Τα παιδιά μπορεί να έχουν ανάγκη ψυχοθεραπευτικής βοήθειας για να αντιμετωπίσουν

τις συνέπειες του διαζυγίου και της διάλυσης της οικογένειας (Χριστοδούλου, Κονταξάκης, Οικονόμου, 2000).

Παιδιά σε ιδρύματα:

Είναι γνωστό το «σύνδρομο του ιδρυματισμού», που περιλαμβάνει διαταραχές της συναισθηματικής και νοητικής ανάπτυξης για παιδιά που μεγάλωσαν σε άσχημες συνθήκες σε ιδρύματα. Αν δεν μπορεί να αποφευχθεί η εισαγωγή του παιδιού σε ίδρυμα, θα πρέπει εξ αρχής να εξασφαλιστούν κατάλληλες συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας, ικανοποιητικός αριθμός προσωπικού, ικανοποιητική συναισθηματικά σχέση με τα μέλη του προσωπικού και αποφυγή αλλαγών στο προσωπικό. Η διατήρηση συχνής επικοινωνίας με τους γονείς, όταν αυτή είναι εφικτή, συμβάλλει στη διαφύλαξη της ψυχικής υγείας του παιδιού.

Νοσηλεία – χρόνια ασθένεια:

Η εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο μπορεί να προκαλέσει ψυχική διαταραχή λόγω του αποχωρισμού από τους γονείς και της τραυματικής εμπειρίας από τις ιατρικές και χειρουργικές επεμβάσεις. Η ψυχολογική προετοιμασία του ίδιου του παιδιού αλλά και της οικογένειας, η πληροφόρηση για το τι θα ακολουθήσει, η διευκόλυνση των γονέων να παραμένουν επί μακρότερο χρονικό διάστημα μαζί με το παιδί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, η κατάλληλη εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για τις ψυχολογικές διαστάσεις της νοσηλείας, μειώνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης ψυχικής διαταραχής.

Παιδιά με χρόνιες παθήσεις (διαβήτη, άσθμα, επιληψία, μεσογειακή αναιμία) ή αναπηρίες υποφέρουν λόγω αλλοιωμένης εικόνας εαυτού και δυσκολίας στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην κοινωνική ένταξη. Η πληροφόρηση δασκάλων για την αυξημένη προσοχή που απαιτούν αυτά τα παιδιά και η συμμετοχή σε ομάδες παιδιών και γονέων παρέχουν τη δυνατότητα για αλληλοϋποστήριξη, διευκολύνουν την επικοινωνία στην οικογένεια και ελαττώνουν το ψυχολογικό βάρος (Χριστοδούλου, Κονταξάκης, Οικονόμου, 2000).

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

Πολλά από τα προληπτικά προγράμματα στις διάφορες φάσεις της παιδικής ηλικίας απευθύνονται στους γονείς. Γενικά, μπορούμε να πούμε ότι οτιδήποτε βοηθάει τους ενήλικες να καταλάβουν καλύτερα τα παιδιά τους, αποτελεί πρωτογενή πρόληψη. Με τη βελτίωση των ικανοτήτων των γονέων να μπορούν να αναγνωρίζουν και να απαντούν καταλληλότερα στις ανάγκες των παιδιών, αυξάνεται η ικανότητα ταύτισης με τα παιδιά τους. Μειώνονται έτσι οι φόβοι και οι ενοχές των γονέων, οι οποίοι αποκτούν εμπιστοσύνη και νοιώθουν περισσότερο ικανοποιημένοι στο γονεϊκό τους ρόλο.

Η προληπτική προσέγγιση βοηθάει επίσης να αναδυθεί το αίτημα. Πολλές οικογένειες δεν έχουν το αίσθημα ότι είναι σε δυσκολία ή σε κίνδυνο. Δεν έχουν ικανοποιητική πληροφόρηση για να γνωρίζουν τι χρειάζονται. Η προσέγγιση εδώ πρέπει να είναι πολύ προσεκτική. Αν ο κίνδυνος προέρχεται από την κατάσταση ή τα χαρακτηριστικά των γονέων, ο τρόπος με τον οποίο θα παρουσιαστεί το πρόβλημα κινδυνεύει να αυξήσει τις άμυνες και τις ενοχές τους.

Η βελτίωση της σταθερότητας του οικογενειακού πλαισίου, η μείωση της συζυγικής ασυμφωνίας, που συνήθως προκύπτει από τη διαταραγμένη συμπεριφορά του ψυχικά ασθενούς γονέα, η υποστήριξη της οικογένειας και η ύπαρξη κάποιου άλλου ενήλικα που μπορεί να φροντίσει τα παιδιά, αποτελούν προληπτικά μέτρα παρέμβασης (Χριστοδούλου, Κονταξάκης, Οικονόμου, 2000).

6.5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η οικογένεια αποτελεί το θεμελιώδες κύτταρο, μέσα από το οποίο ο νέος άνθρωπος ανακαλύπτει τη ζωή, διαμορφώνει την ταυτότητά του, προσεγγίζει τον κοινωνικό του περίγυρο και εισέρχεται στη διαδικασία κοινωνικοποίησης.

Η διαδικασία δόμησης της ταυτότητας θεωρείται ότι γίνεται σε δύο επίπεδα: «το ιδιαίτερο» εγώ, μια περιοχή πολύ βαθιά μέσα στο άτομο, στην οποία αναφέρεται το άτομο για να αυτοπροσδιοριστεί, και το «θεσμικό» εγώ, μια περιοχή έξω από το άτομο, που καταλαμβάνεται κυρίως από την οικογένειά του και η οποία καθορίζει τον προσδιορισμό του ατόμου σύμφωνα με το χώρο, την κοινωνική του θέση και τους ρόλους του στη ζωή. Η οικογένεια, έτσι, λειτουργεί ως πηγή ιδεολογίας, δοξασιών και αξιών, που διαμορφώνουν ή επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου.

Είναι ο πρώτος χώρος όπου οι αξίες, οι αρχές και τα πρότυπα μεταδίδονται και αφομοιώνονται. Οι πρώτες εμπειρίες του παιδιού ξεκινούν από το σπίτι και την οικογένεια. Η ομαλή κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη αρχίζει και συντελείται σταδιακά μέσα στην οικογένεια.

Το ερώτημα που τίθεται, είναι κατά πόσο η διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας των γονέων, του stress και των οικογενειακών συνθηκών ή της οικογενειακής ατμόσφαιρας και της ενδοοικογενειακής επικοινωνίας είναι εφικτή και χρήσιμη στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας πρόληψης.

6.5.1. Η οικογένεια ως λειτουργικό σύστημα

Η οικογένεια, ανεξάρτητα από τη δομή της, είναι ένα σύστημα που αποτελείται από μέλη που βρίσκονται σε καθημερινή συναισθηματική συναλλαγή και αλληλεπίδραση. Οι αξίες, οι ρόλοι και ο βαθμός της ψυχοσυναισθηματικής συναλλαγής των μελών της παίζουν άμεσο ή έμμεσο ρόλο στη διατήρηση ή όχι της ομοιόστασης μέσα στην οικογένεια. Και τα τρία αυτά βασικά στοιχεία της δομής της οικογένειας επηρεάζουν το σύστημα της οικογένειας και την προσαρμοστικότητα του μέσα στην κοινωνία.

Η κύρια λειτουργία της οικογένειας θεωρείται η αναπαραγωγική, τόσο στη βιολογική, όσο και στην ψυχολογική και πολιτιστική της διάσταση. Παράλληλα, όμως η οικογένεια λειτουργεί ως:

- α) εγγυήτρια της ταυτότητας των μελών της μέσα από την παροχή αισθήματος ασφάλειας και ενότητας,
- β) φορέας καθοδήγησης στην επίλυση προβλημάτων,
- γ) πηγή πρακτικής βοήθειας σε επείγουσες καταστάσεις και περιόδους κρίσεων,
- δ) καταφύγιο («άσυλο») για τα μέλη της.

Οι λειτουργίες αυτές της οικογένειας της προσδίδουν το χαρακτήρα του υποστηρικτικού συστήματος.

Ο Duvall (1977) καθόρισε τα βασικά εξελικτικά καθήκοντα και στάδια του κύκλου της οικογένειας. Η θεωρία του Duvall, βασισμένη στη θεωρία του Erikson για ψυχοκοινωνική ανάπτυξη, υποστηρίζει ότι όλες οι οικογένειες έχουν μερικά βασικά καθήκοντα για επιβίωση και συνέχεια, καθώς επίσης και συγκεκριμένα καθήκοντα που σχετίζονται με κάθε ένα στάδιο εξέλιξης καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής της οικογένειας.

Τα εξελικτικά καθήκοντα της οικογένειας είναι άμεσα συνδεδεμένα με τα διαδοχικά στάδια της ζωής της. Εάν τα εξελικτικά καθήκοντα δεν εκπληρώνονται, μπορεί να προκληθεί κοινωνική απόρριψη και πιθανόν να γίνουν παρεμβάσεις, σε περιπτώσεις όπως η κακοποίηση παιδιών με ενέργειες από την αστυνομία, ιδρύματα κοινωνικής πρόνοιας ή υγείας (Edelman & Mandle). Η επιτυχής έκβαση του κάθε

εξελικτικού σταδίου είναι σημαντική για την ικανοποιητική προσαρμογή και την ανάπτυξη της οικογένειας στα επόμενα στάδια.

Καθήκοντα για την Επιβίωση και Συνέχεια της Οικογένειας σύμφωνα με τη θεωρία του Duvall, 1977 :

- Παροχή στέγης, τροφής, ένδυσης και φροντίδας υγείας
- Διανομή πόρων (χρημάτων, χρόνου, χώρου) σε όλα τα μέλη ανάλογα με τις ανάγκες τους
- Καθορισμός ατομικών ρόλων και ευθυνών στην υποστήριξη, διαχείριση και φροντίδα του σπιτιού και των μελών της οικογένειας
- Εξασφάλιση κοινωνικοποίησης των μελών με την ανάληψη όλο και πιο ώριμων ρόλων στην οικογένεια και στην κοινωνία
- Καθιέρωση κοινωνικά αποδεκτών τρόπων διαπροσωπικών σχέσεων, επικοινωνίας και έκφρασης των συναισθημάτων (π.χ. στοργή, επιθετικότητα, σεξουαλικότητα)
- Ανατροφή των παιδιών (φυσικών ή υιοθετημένων) και κατάλληλη ένταξή τους στην κοινωνία
- Σχέση με την κοινότητα (σχολείο, εκκλησία, εργασία, γειτονιά) και καθορισμός κανόνων για τους συγγενείς και τους φίλους
- Διατήρηση ηθικής και κινήτρων, ανταμοιβή των επιτευγμάτων, στήριξη σε προσωπικές και οικογενειακές κρίσεις, καθορισμός ρεαλιστικών στόχων και ανάπτυξη οικογενειακής πίστης και αξιών.

6.5.2. Η Οικογένεια στην Υγεία και την Ασθένεια

Σχεδόν κάθε άτομο είναι μέλος ενός αριθμού ομάδων, όπως για παράδειγμα φίλων, συναδέλφων στον εργασιακό χώρο, εκκλησιαστικής ή σχολικής ομάδας. Κάθε μια από αυτές τις ομάδες αφορά μια συγκεκριμένη σημαντική πλευρά της ζωής ενός ατόμου. Ωστόσο, μόνο μια ομάδα σχετίζεται με όλες τις διαστάσεις της ζωής του και την κάλυψη των βιολογικών, συναισθηματικών και κοινωνικών αναγκών του και αυτή είναι η οικογένεια.

Η οικογένεια ορίζεται ως μια ομάδα ανθρώπων που ζουν κάτω από την ίδια στέγη. Οι οικογένειες διαφέρουν σε μέγεθος και σύνθεση και είναι απαραίτητες για την υγεία και επιβίωση των μελών τους, αλλά και της κοινωνίας ως σύνολο. Η οικογένεια λειτουργεί ως φραγμός προστασίας μεταξύ των αναγκών του ατόμου μέλους της και των απαιτήσεων και προσδοκιών της κοινωνίας μέσα στην οποία υπάρχει.

Ο ρόλος της είναι η κάλυψη τόσο των αναγκών των μελών της, όσο και των αναγκών της κοινωνίας γενικότερα (Friedman, 1992).

Ο Duvall (1977) όρισε την οικογένεια ως δύο ή περισσότερα άτομα τα οποία συνδέονται μεταξύ τους με δεσμούς αίματος, γάμου, υιοθεσίας ή γέννησης. Ο Friedman (1992) επέκτεινε τον ορισμό περιγράφοντας την οικογένεια ως αποτελούμενη από δύο ή περισσότερα άτομα τα οποία είναι συναισθηματικά συνδεδεμένα μεταξύ τους και ζουν μαζί. Ο ορισμός αυτός περιλαμβάνει διαφορετικούς τύπους της σύγχρονης οικογενειακής δομής στους οποίους τα μέλη μπορεί να μην έχουν βιολογική ή νομική συγγένεια.

Οι δραστηριότητες της φροντίδας υγείας, τα πιστεύω και οι αξίες της υγείας, μαθαίνονται μέσα στην οικογένεια. Τόσο στην υγεία όσο και στην ασθένεια, καθώς και σε άλλους τομείς της ζωής, το άτομο αντικατοπτρίζει συμπεριφορά που έμαθε ως μέλος μιας οικογένειας. Όταν ένα άτομο εισαχθεί στο σύστημα φροντίδας υγείας μεταφέρει όχι μόνο προσωπικές συμπεριφορές και ανάγκες, αλλά και (κατά μια έννοια) την οικογένειά του.

Ο Friedman (1992) αναγνώρισε τη σημασία της οικογενειοκεντρικής νοσηλευτικής φροντίδας με βάση την ακόλουθη λογική:

- Η οικογένεια αποτελείται από αλληλοεξαρτώμενα μέλη τα οποία αλληλοεπηρεάζονται. Όταν εκδηλωθεί μια ασθένεια σε ένα μέλος της, όλα τα υπόλοιπα μέλη συμπάσχουν. Η ολιστική προσέγγιση λαμβάνει υπόψη όλη την οικογένεια.
- Υπάρχει ισχυρή σχέση ανάμεσα στην οικογένεια και στην κατάσταση της υγείας των μελών της. Επομένως ο ρόλος της οικογένειας είναι σημαντικός σε κάθε στάδιο της παροχής φροντίδας υγείας.
- Το επίπεδο της ευημερίας της οικογένειας και κατ' επέκταση κάθε μέλους της, μπορεί να βελτιωθεί σημαντικά μέσω δραστηριοτήτων προαγωγής της υγείας.
- Η ασθένεια που εκδηλώνεται σε κάποιο μέλος της οικογένειας μπορεί να σημαίνει την ύπαρξη του ίδιου προβλήματος και στα άλλα μέλη.

6.6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΓΕΝΕΤΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine) των ΗΠΑ (1993), ως γενετική συμβουλευτική θεωρείται « η διαδικασία μέσω της οποίας άτομα και οικογένειες κατανοούν τη γενετική συμμετοχή στην αιτιολογία της νόσου που τους ενδιαφέρει και η προσφορά βοήθειας για την αποσαφήνιση πιθανών διαθέσιμων επιλογών για το χειρισμό της επίδρασης της γενετικής πληροφορίας στη ζωή του ατόμου και της οικογένειας ».

Ειδικότερα, ο ρόλος της γενετικής συμβουλευτικής περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- α) Πληροφόρηση των ενδιαφερόμενων για τις επιστημονικά έγκυρες γνώσεις και αβεβαιότητες που υπάρχουν σχετικά με την κληρονομικότητα της νόσου.
- β) Υπολογισμό του πιθανού κινδύνου νόσησης ενός υγιούς μέλους της οικογένειας ή ενός παιδιού που πρόκειται να γεννηθεί.
- γ) Υπολογισμό της πιθανότητας υποτροπής ή επιδείνωσης της νόσου σε άτομο που έχει ήδη νοσήσει και ειδικότερα της πιθανής επίπτωσης της υποτροπής ή επιδείνωσης στην ανάληψη γονεϊκού ρόλου αν το άτομο αυτό σκέπτεται την τεκνοποίηση.
- δ) Ελάττωση των συνεπειών της νόσου στην οικογένεια.

Στη γενετική συμβουλευτική, εκτός από το σύμβουλο και τους προσερχόμενους, εμπλέκεται και η οικογένεια των τελευταίων, δηλαδή οι συγγενείς (ακόμη και αν οι ίδιοι δεν προσέρχονται) και τα παιδιά που πρόκειται να γεννηθούν.

Ο οικογενειακός γιατρός, ο θεράπων ή άλλος της εμπιστοσύνης των ενδιαφερομένων είναι συνήθως ο πρώτος στον οποίο υποβάλλονται οι ερωτήσεις.

Ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να είναι κατάλληλος για σύμβουλος, καθόσον έχει γνώση της οικογένειας και των σχέσεων μεταξύ των μελών της. Από την άλλη πλευρά, ο σύμβουλος πρέπει να είναι κάποιος που έχει κλινική εμπειρία στις διαταραχές για τις οποίες ζητείται η συμβουλή. Αυτό είναι απαραίτητο, γιατί στα καθήκοντα του συμβούλου περιλαμβάνονται και η διερεύνηση της γνώμης και της στάσης των ενδιαφερομένων απέναντι στη νόσο και η διόρθωσή τους, αν είναι λανθασμένες.

Σε καμιά περίπτωση δεν απορρίπτεται το αίτημα για γενετική συμβουλευτική, καθόσον σε τέτοια περίπτωση πιθανόν να οδηγηθεί ο ενδιαφερόμενος σε άλλες πηγές πληροφοριών, συνήθως αναξιόπιστες.

Τα συμπεράσματα του συμβούλου συνήθως αφορούν και άλλα μέλη της οικογένειας των ενδιαφερομένων. Αποτελεί πάγια πολιτική της γενετικής συμβουλευτικής να ζητείται από τους προσερχόμενους να παροτρύνουν και άλλους συγγενείς τους να επικοινωνήσουν (έστω και τηλεφωνικά), εφόσον κριθεί ότι η συμβουλή αφορά και αυτούς. Γενικά, δεν συστήνεται η μεταφορά πληροφοριών από τους ενδιαφερόμενους στους συγγενείς τους, καθόσον έχει διαπιστωθεί ότι στα ευαίσθητα θέματα που σχετίζονται με τη γενετική συμβουλή οι πληροφορίες μεταφέρονται συνήθως σημαντικά αλλοιωμένες. Επιπροσθέτως, επειδή ο τρόπος που δίνονται οι πληροφορίες πρέπει να εξαρτάται από τις στάσεις και απόψεις καθενός προς τη νόσο, ο σύμβουλος μόνο μέσω προσωπικής επαφής μπορεί να διερευνήσει τις απόψεις του κάθε μέλους της οικογένειας.

Παρά το γεγονός όμως ότι οι πληροφορίες που δίνονται αφορούν μόνο τους ερχόμενους σε επαφή μαζί του, ο σύμβουλος πρέπει στην εκτίμησή του να λαμβάνει υπόψη το γενικό καλό της οικογένειας και το συμφέρον των άλλων μελών της, ακόμη και όσων δεν προσέρχονται, καθώς και των παιδιών που πρόκειται να γεννηθούν, αν τίθεται θέμα οικογενειακού προγραμματισμού.

Η διαδικασία της γενετικής συμβουλευτικής περιλαμβάνει καταγραφή λόγων προσέλευσης, διάγνωση, υπολογισμό κινδύνου νόσησης και παροχή συμβουλής.

Γενική αρχή της γενετικής συμβουλευτικής είναι η μη καθοδηγητικότητα. Οι ενδιαφερόμενοι πρέπει να αποφασίσουν οι ίδιοι ζυγίζοντας τα υπέρ και τα κατά, όπως τα πληροφορήθηκαν κατά τη διάρκεια των συναντήσεων. Ο σύμβουλος στη διαδικασία της απόφασης πρέπει να είναι ουδέτερος, επεξηγηματικός όπου απαιτείται και συμβιβαστικός όταν χρειάζεται να βοηθηθούν οι ενδιαφερόμενοι να συμφωνήσουν μεταξύ τους στην τελική απόφαση. Η μη καθοδηγητικότητα σέβεται την αυτονομία, συγκατάθεση, εθελοντική προσέλευση και το απόρρητο, που οφείλουν να συνοδεύουν την ιατρική πρακτική (Χριστοδούλου, Κονταξάκης, Οικονόμου, 2000).

Η προσέγγιση αυτή διαχωρίζει τη γενετική συμβουλευτική από την ευγονική, εναντίον της οποίας υπάρχει αυξημένη κοινωνική ευαισθησία.

Σε εξατομικευμένες μόνο περιπτώσεις μπορεί ο σύμβουλος να συστήσει την αποφυγή της τεκνοποίησης, εάν υπάρχει σαφής κληρονομική επιβάρυνση (πολλαπλά πάσχοντα μέλη στην οικογένεια σε διαδοχικές γενεές ή δύο γονείς πάσχοντες), βαρειά

συμπτωματολογία για τους περισσότερους πάσχοντες στην οικογένεια (ανάγκη νοσηλείας, λειτουργική έκπτωση, μη ικανοποιητική απάντηση στη θεραπεία, συχνές υποτροπές, βίαιη συμπεριφορά) και αδυναμία ανάληψης γονεϊκού ρόλου από το άτομο ή το ζεύγος (Χριστοδούλου, Κονταξάκης, Οικονόμου, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Το σώμα αντιδρά στο στρες με την απόκριση μάχης ή φυγής. Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα προκαλεί αύξηση των καρδιακών παλμών, άνοδο της αρτηριακής πίεσης, διαστολή της κόρης και απελευθέρωση επιπλέον σακχάρου από το ήπαρ. Το σύστημα του φλοιού των επινεφριδίων προκαλεί την έκκριση της αδρενοφλοιοτρόπου ορμόνης (ACTH), η οποία προκαλεί την απελευθέρωση κορτιζόλης στο αίμα. Αυτές οι αντιδράσεις είναι μέρος του συνδρόμου γενικής προσαρμογής, ενός συνόλου αποκρίσεων που παρουσιάζουν όλοι οι οργανισμοί ως απόκριση στο στρες. Το σύνδρομο αποτελείται από τρεις φάσεις: συναγερμό, αντίσταση και εξάντληση (Kalat, 1998).
- Το στρες μπορεί να επηρεάσει άμεσα την υγεία δημιουργώντας χρόνια υπερδιέγερση του συμπαθητικού τμήματος του αυτόνομου νευρικού συστήματος ή του συστήματος του φλοιού των επινεφριδίων ή προσβάλλοντας το ανοσοποιητικό σύστημα. Οι άνθρωποι, επειδή ακριβώς βιώνουν στρες, μπορεί να ασχολούνται με δραστηριότητες που έχουν επιπτώσεις στην υγεία και αυτό μπορεί να προκαλέσει ασθένειες (Hilgard, 2004).
- Τα πιο σημαντικά νοσήματα που μπορεί να προκαλέσει μακροπρόθεσμα το στρες είναι τα καρδιαγγειακά, τα οποία ευθύνονται για υψηλό ποσοστό θανάτων.
- Βασικό στοιχείο οποιασδήποτε προσέγγισης για τη μείωση του κινδύνου των καρδιαγγειακών νόσων σε έναν πληθυσμό πρέπει να είναι ένα πρόγραμμα πρωτοπαθούς πρόληψης που έχει στόχο τη μείωση του κινδύνου λόγω τρόπου ζωής σε πληθυσμιακή βάση, καθώς και την αναγνώριση, τη στρωματοποίηση και την επιλεκτική αντιμετώπιση ατόμων υψηλού κινδύνου, πριν από την εκδήλωση της νόσου.
- Η προάσπιση και προαγωγή της υγείας προϋποθέτει την ενεργό συμμετοχή του ατόμου και την υπευθυνότητα του απέναντι στον εαυτό του και απέναντι στο κοινωνικό σύνολο.

- Παρότι η υγειονομική διαφώτιση και η ενημέρωση αποτελούν αναγκαίες συνθήκες για την εκδήλωση μιας υγιεινής συμπεριφοράς, δεν είναι πάντα επαρκείς.
- Σε μεγάλο βαθμό, η στάση και η συμπεριφορά του ατόμου επηρεάζονται από το οικογενειακό και το ευρύτερο περιβάλλον του.
- Η προάσπιση και προαγωγή της υγείας απαιτεί μερικές φορές τροποποίηση μιας συμπεριφοράς και τη διαμόρφωση νέων στάσεων.
- Η αλλαγή προϋποθέτει την κατανόηση του ρόλου που παίζουν ψυχολογικοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες και της επίδρασης που ασκούν πάνω στη συμπεριφορά.
- Το στρες και η αντιμετώπισή του έχουν γίνει αντικείμενο πολλών ερευνών με στόχο τη μείωση των προβλημάτων υγείας που προκαλεί ιδιαίτερα των καρδιαγγειακών. ((Heart Research Center, Oregon, Health & Science University, 2005). Εδώ αξίζει να επισημανθεί για μια ακόμη φορά η μελέτη σχετικά με το στρες κατά την ενδομήτριο ζωή και την πρόκληση καρδιαγγειακών νοσημάτων. (Louey and Thornburg, 2005, <http://www.elsevier.com/locate/earlhumdev>).
- Η απαλή, ήρεμη μουσική έχει αποδειχθεί ότι έχει ευεργετική επίδραση τόσο στη μητέρα όσο και στο έμβρυο στην αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων.
- Μια μουσική προγεννητική αγωγή, με στόχο την διάπλαση ενός παιδιού γεμάτου υγεία, ομορφιά, αρμονία σωματική και ψυχική, θα μπορούσε να αποτελέσει ένα νέο κεφάλαιο στον τομέα της πρόληψης.
- Αν λοιπόν θέλουμε να βελτιώσουμε, την Υγεία, την Ψυχική Ισορροπία, τη Δημιουργικότητα και την Ηθική του Ανθρώπου πρέπει να ασχοληθούμε, ως λαός, με τους 9 μήνες πριν από τη γέννησή του, δηλαδή με τα ζευγάρια και τις εγκυμονούσες γυναίκες, δια φωτίζοντας αυτές και τον μέλλοντα πατέρα, καθώς και τους νέους της εφηβικής και νεανικής ηλικίας για τον πιο σπουδαίο ρόλο, ρόλο δημιουργίας καλών απογόνων, ρόλο αληθινής ανανέωσης της ανθρωπότητας!
- Πρέπει γι' αυτό να βελτιώσουμε με ευνοϊκούς νόμους και ευνοϊκές συνήθειες ζωής τις εργασιακές συνθήκες της ζωής τους...και προπαντός να τους εμπνεύσουμε, ώστε με χαρά, αγάπη, ανάταση, θαυμασμό, έμπνευση να ζήσουν την περίοδο δημιουργίας απογόνων: σύλληψη και εγκυμοσύνη και να προετοιμάσουν έτσι ανθρώπους Υγιείς, Κοινωνικούς, Πνευματικούς, Ηθικούς και Δημιουργικούς, που θα εκδηλώσουν τις ιδιαίτερες έμφυτες χάρες και ιδιοφυίες

που κρύβονται μέσα στον κάθε άνθρωπο και θα διαπλάσουν μια Ειρηνική και Δημιουργική κοινωνία.

- Οι πρώιμες εμπειρίες του παιδιού και οι σχέσεις του με τα σημαντικά πρόσωπα φροντίδας αποτελούν, επίσης, ζωτικό στοιχείο στην ανάπτυξη της προσωπικότητάς του (Cole, 2002).
- Γι' αυτό χρειάζονται επιμέρους εξειδικευμένες παρεμβάσεις και προληπτικές δραστηριότητες όπως: Προσφορά στο παιδί μιας ασφαλούς βάσης, από την οποία θα μπορεί να εξερευνήσει τόσο τον εαυτό του όσο και τις σχέσεις του με όλους εκείνους με τους οποίους μπορεί να δημιουργήσει συναισθηματικό δεσμό. Με στόχο την κινητοποίηση εσωτερικών δυνάμεων και την υποστήριξη της αυτοεκτίμησης του παιδιού. Η ομαλή κοινωνική και συναισθηματική του ανάπτυξη αρχίζει σταδιακά μέσα στην οικογένεια και συνεχίζεται στο σχολείο το οποίο ασκεί σημαντική επίδραση στην ψυχική του ωρίμανση.
- Το σχολείο θεωρείται μετά την οικογένεια ο πιο σημαντικός χώρος παρέμβασης, τόσο για την πρωτογενή όσο και για τη δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη.
- Οι τρόποι παρέμβασης είναι πολλοί και ποικίλοι, ανάλογα με τον εκάστοτε σκοπό και στόχο. Όλοι προϋποθέτουν τη συνεργασία του σχολείου, της οικογένειας και των ειδικών της υγείας, πράγμα αυτονόητο αλλά όχι πάντα εύκολα πραγματοποιήσιμο. Είναι απαραίτητο να δούμε το σχολείο ως μία προέκταση της κοινότητας και της οικογένειας και όχι ως ένα σύστημα που είναι απομονωμένο και το οποίο λειτουργεί ανεξάρτητα από αυτά.
- Η κοινωνική μας ζωή, η πνευματική και η σωματική υγεία είναι αλληλένδετες με πολλούς περίπλοκους τρόπους. Αυτό είναι ίσως το κεντρικό μήνυμα της έρευνας για τις κοινωνικές και τις ψυχολογικές επιδράσεις στην υγεία.
- Η έρευνα του στρες αποδεικνύει πώς οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορούν να προκαλέσουν ασθένειες. Τα γεγονότα είναι αγχογόνα, όταν επιβαρύνουν τις ψυχολογικές και τις σωματικές μας δυνάμεις και θέτουν σε κίνδυνο την ευεξία μας. Οι μεγάλες αλλαγές στον τρόπο ζωής και οι καθημερινές σκοτούρες είναι συχνά αγχογόνες και ο βαθμός στον οποίο τα άτομα βιώνουν το στρες συσχετίζεται με τα επίπεδα της ψυχολογικής και της σωματικής ασθένειας.
- Η επίδραση του στρες στην υγεία μπορεί, μερικές φορές, να ελαττωθεί από την κοινωνική στήριξη (Cohen & McKay, 1984).
- Διάφορα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τρόποι συμπεριφοράς έχουν τη δύναμη να επηρεάσουν τις σχετικές με την υγεία συμπεριφορές μας, και την υγεία

μας. Μεταξύ αυτών, περιλαμβάνονται το σημείο ελέγχου (η αντίληψή μας σχετικά με το κατά πόσο τα γεγονότα στη ζωή μας καθορίζονται από εσωτερικούς, ελεγχόμενους παράγοντες ενάντια στους εξωτερικούς, ανεξέλεγκτους παράγοντες), η ανθεκτικότητα (τα συναισθήματα ελέγχου, δέσμευσης και πρόκλησης στη ζωή), η αισιοδοξία (η γενική προσδοκία θετικών γεγονότων στη ζωή) και η συμπεριφορά Τύπου Α (βαθμός στον οποίο δείχνουμε εχθρική, ανταγωνιστική και επιπόλαια συμπεριφορά).

- Η έρευνα πάνω στην επιρροή των κοινωνικών παραγόντων και της προσωπικότητας στην υγεία προτείνει τρόπους, προκειμένου όλοι να ζούμε πιο υγιεινά. Η μείωση του στρες και ο έλεγχός του προάγουν την υγεία. Η θετική κοινωνική στήριξη, οι καλές φιλίες, οι ουσιαστικοί οικογενειακοί δεσμοί και η συμμετοχή σε υποστηρικτικές κοινωνικές ομάδες, προάγουν την υγεία. Η αντίληψη του ελέγχου, του νοήματος και της χαράς της ζωής βελτιώνουν την υγεία (Cohen & Syme, 1985).
- Οι θρίαμβοι της σύγχρονης ιατρικής εγγυώνται ότι η κοινωνική ψυχολογία θα διαδραματίσει ένα ζωτικό ρόλο στη μελλοντική ιατρική πρακτική και έρευνα. Η επιτυχής εφαρμογή της προληπτικής ιατρικής απαιτεί έρευνα για τις πεποιθήσεις και τις στάσεις, την πειθώ, την έλξη και την κοινωνική επιρροή.
- Πολλές σοβαρές ασθένειες και πολλοί θάνατοι θα μπορούσαν να αποφευχθούν, αν οι άνθρωποι άλλαζαν απλά τη συμπεριφορά τους. Δυστυχώς, αυτό το "απλά" εν είναι και τόσο απλό. Οι άνθρωποι καπνίζουν, καταναλώνουν λιπαρές τροφές, πίνουν οινοπνευματώδη ποτά και φέρονται ριψοκίνδυνα στις σεξουαλικές τους επαφές, επειδή όλες αυτές οι δραστηριότητες είναι απολαυστικές.
- Για να εφαρμόσουν την προληπτική ιατρική, τα άτομα πρέπει να θυσιάσουν (ή τουλάχιστον να μετριάσουν) τις βραχυπρόθεσμες απολαύσεις προς όφελος της μακροπρόθεσμης υγείας. Το να πείσουμε τα άτομα να επιλέξουν τις προληπτικές συμπεριφορές είναι πολύπλοκο ζήτημα και απαιτεί έρευνα των πεποιθήσεων και των στάσεων (Lippa, 2003).
- Υπάρχουν πολλές στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες, οι συμπεριφορικές τεχνικές, όπως η εκπαίδευση στη χαλάρωση και οι γνωστικές τεχνικές, όπως η αμφισβήτηση των αρνητικών σκέψεων, οι οποίες βοηθούν τους ανθρώπους να αντιδράσουν πιο εποικοδομητικά στο στρες, μειώνοντας έτσι και τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων.

- Η συναισθηματική αγωγή και η καλλιέργεια της συναισθηματικής νοημοσύνης από την νηπιακή ακόμη ηλικία μέσα στα πλαίσια προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης θα μπορούσε να συμβάλει αποφασιστικά σε πολλούς τομείς της ζωής μας. Κυρίως όσον αφορά την επικοινωνία με τους άλλους αλλά και με τον ίδιο μας τον εαυτό (αυτοεπίγνωση – αυτοαποδοχή).
- Η απόκτηση δεξιοτήτων συναισθηματικής επάρκειας και ικανότητες διαχείρισης δυσάρεστων συναισθημάτων μέσω στρατηγικών αυτορρύθμισης θα μπορούσε να συμβάλει αποφασιστικά στη μείωση της έντασης και του στρες.
- Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα και την βελτίωση και της υγείας του σώματός μας (αφού σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία τα συναισθήματα επιδρούν στη σωματική υγεία), και κατ' επέκταση μείωση του κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων από το στρες (<http://www.stress.org/>).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο όρος στρες χρησιμοποιείται πολύ συχνά τόσο στην καθομιλουμένη όσο και στην επιστημονική βιβλιογραφία, με αποτέλεσμα να περιλαμβάνει ποικιλία νοημάτων. Πρόκειται για όρο που αναφέρεται σε εξωτερικά γεγονότα και στη φύση αυτών των γεγονότων; Υπάρχουν συγκεκριμένα συμβάντα που κινητοποιούν τη στρεσογόνο αντίδραση; Ή μπορεί καθημερινά μικρογεγονότα να δημιουργήσουν πρόβλημα;

Ο όρος στρες αναφέρεται μόνο σε μια εσωτερική κατάσταση (ψυχολογική, συναισθηματική, ψυχική ένταση ή ψυχοφυσιολογική); Από όλες αυτές τις ερωτήσεις μπορούμε να συμπεράνουμε ότι ο όρος που όλοι χρησιμοποιούμε τόσο συχνά έχει διαφορετικές αναφορές και διαφορετικά πιθανά νοήματα όχι μόνο για τον απλό άνθρωπο αλλά και για τον ερευνητή που μελετά το φαινόμενο.

Η άποψη που θέλει σημαντικά ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής ενός ατόμου να σχετίζονται με την πρόκληση δυστυχίας και ασθενειών δεν είναι καινούρια στην ανθρώπινη σκέψη. Οι μύθοι, τα έθιμα, οι παροιμίες παρέχουν πλούσιο σχετικό υλικό. Το πέρασμα όμως από τη λαϊκή δοξασία στην επιστημονική γνώση απαιτεί συγκεκριμένες απαντήσεις σε ερωτήματα όπως: κάτω από ποιες συνθήκες, για ποια άτομα, ποιες συγκεκριμένες διαστάσεις αυτών των γεγονότων σχετίζονται με συγκεκριμένες μορφές ασθενειών όπως είναι και τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Συνάγεται από όλα τα παραπάνω ότι η αντίδραση στρες υπάρχει για να είναι οξεία ή τουλάχιστον περιορισμένης διάρκειας. Η βραχείας διάρκειας φύση αυτής της διαδικασίας ισοσταθμίζει τα ανταναβολικά, καταβολικά και ανοσοκατασταλτικά αποτελέσματα της, που στιγμιαία δρουν ευεργετικά χωρίς να επιφέρουν παρενέργειες.

Οι προσπάθειες προσαρμογής στη συνεχιζόμενη παρουσία στρες μπορεί να εξασθενήσει τους πόρους του σώματος και να το κάνει ευάλωτο σε ποικίλα νοσήματα όπως τα καρδιαγγειακά τα οποία αποτελούν σημαντική αιτία θανάτου και χρόνιας ασθένειας.

Γι' αυτό θα μπορούσε να ενταχθεί στα προγράμματα πρόληψης και η εκμάθηση τρόπων χειρισμού του στρες. Κάθε άτομο θα μπορούσε να αντιμετωπίζει το στρες μέσω της βελτίωσης της φυσικής του κατάστασης ή με τη βοήθεια διάφορων τεχνικών χαλάρωσης, όπως ο διαλογισμός και η βιοανατροφοδότηση.

Θα μπορούσαν να εφαρμοστούν με επιτυχία προγράμματα διαχείρισης του στρες σε γυναίκες που κυοφορούν, (μια και όπως αναπτύχθηκε στην παρούσα εργασία, η εμπειρία ζωής αρχίζει από την μήτρα), αλλά και από τα πρώτα βήματα στη ζωή ενός παιδιού. Έτσι ώστε να αναπτυχθούν δεξιότητες τέτοιες που όχι μόνο να απομακρύνουν τις σοβαρές επιπτώσεις από το καθημερινό στρες στην ευελιξία και την δημιουργικότητά του, αλλά να μπορεί μακροπρόθεσμα να χρησιμοποιεί τις ζημιές τους κινδύνους και τις προκλήσεις της ζωής προς όφελός του.

Στο πλαίσιο αυτό κινήθηκε και η παρούσα βιβλιογραφική έρευνα, με στόχο τη μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση όσον αφορά το στρες – την επίπτωσή του στην υγεία και κυρίως στην εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Δόθηκε μεγαλύτερη έμφαση στα θέματα της πρόληψης και προαγωγής της υγείας ώστε να καμφθούν όλα τα εμπόδια, να τροποποιηθεί η συμπεριφορά σε θέματα υγείας και να διαμορφωθούν νέα πρότυπα ζην και απολαμβάνειν.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Adler, N. & Mathews, K. (1994). Health Psychology: Why Do Some People Get Sick and Some Stay Well? Annual Review of Psychology, 45, 229-259.
2. Ajzen, I. (2001). Nature and Operation of attitudes. Annual Review of Psychology, 52, 27-58.
3. Ακύρου, Δ. (2002). Εγχειρίδιο Καρδιολογικής Νοσηλευτικής. Β' έκδοση Αθήνα.
4. Allan, R. & Scheidt, S. (Eds.) (1996). Heart and mind: The practice of cardiac psychology. Washington, DC: American Psychological Association.
5. Aldwin, C. M. (1994). Stress, Coping and Development. An integrative perspective. New York: The Guilford Press.
6. Barlow, D. (2000). Ψυχολογία & Παθολογική Συμπεριφορά (Λ. Μεσσήνης επιμ.) Α Τόμος, Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ (Το πρωτότυπο εκδόθηκε το 1999 με τίτλο Abnormal Psychology. An Integrative Approach).
7. Barlow, D.H. & Rapee, R.M. (1991). Mastering Stress: A Lifestyle approach Dallas, TX: American Health Publishing.
8. Barlow, D.H. & Rapee, R.M. (1997). Mastering Stress: A Lifestyle approach (2nd ed.). Australia: Lifestyle Press.
9. Βασιλάκη, Ε. Μπεζεβέγκης, Η., Τριλίβα, Σ. (2001). Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
10. Bellg, A. J. (2004). Clinical cardiac psychology. In P. Camic & S. Knight (Eds.), Clinical handbook of health psychology (pp. 30-57). New York: Hogrefe & Huber.

11. Benson, H. (1975). *The relaxation response*. New York: William Morrow. [Στο Barlow, 2000].
12. Benson, H. (1984). *Beyond the relaxation response*. New York: Times Books. [Στο Barlow, 2000].
13. Berkman, L., & Breslow, L. (1983). *Health and ways of Living: Findings from the Alameda County Study*. New York: Oxford University Press.
14. Beunderman, R. & Duyvis, D. J. (1990). *Cardiac phobia*. In A. A. Kaptein, H. M. Van Der Ploeg, B. Garssen, P. J. G. Schreurs & R. Beunderman (Eds.), *Behavioural medicine. Psychological treatment of somatic disorders* (pp. 95-107). New York: Wiley.
15. Blakemore, C. (1996). *Η μηχανή του Νοῦ* (μετ. Α.Μπερλής, επιμ. Η. Κούβελας) Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης (Το πρωτότυπο εκδόθηκε το 1994 με τίτλο The Mind Machine).
16. Boman, B. (1988). *Stress and Heart Disease*. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. John Wiley & Sons, 301-315.
17. Borod, J. (2000). *The Neuropsychology of Emotion*. Oxford University Press.
18. Βοσνιάδου, Σ. (2000). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία (Κοινωνική – Κλινική Ψυχολογία)* Τόμος Β' Αθήνα: Εκδόσεις GUTENBERG.
19. Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
20. Cannon, W. B. (1932). *The Wisdom of the body*. New York: Norton.
21. Cassel, J. C. (1976). *The contribution of the social environment to host resistance*. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.

22. Cohen, E. G. (1984). *The desegregated school: Problems in status, power and interethnic climate*. In N. Miller & M. B. Brewer (Eds.), *Groups in contact: The psychology of desegregation*. New York: Academic Press.
23. Cohen, S., & McKay, G. (1984). *Social Support, Stress, and the buffer Hypothesis: A theoretical analysis*. In A. Baum, S.E. Taylor, & J.E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychological aspects of health*. Hillsdale NJ: Erlbaum.
24. Cohen, S. & Syme, S. L. (Eds.). (1985). *Social Support and Health*. Orlando, FL: Academic Press.
25. Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). *Stress, Social Support, and the buffering hypothesis*. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
26. Cole, M., & Cole, S.(2002). *Η ανάπτυξη των παιδιών* (μετ. Μ. Σόλμαν, επιμ. Ζ. Παπαληγούρα & Π. Βορριά). Αθήνα: Εκδόσεις, Τυπωθήτω – Δαρδάνος (το πρωτότυπο εκδόθηκε το 1989 με τίτλο *The development of children*).
27. Dawber, T. R. (1980). *The Framingham Study: The epidemiology of Atherosclerotic Disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 14-29.
28. De La Cancela, V., Alpert, J. L. , Wolff, T. & Dachs, S. L. (2004). *Psychological approaches to community health : Community Health Psychology*. In R. H. Rozensky, N. D. Goodheart & W.R. Hammond (Eds.), *Psychology builds a healthy world: Opportunities for research and practice* (pp. 155-184). Washington, DC: American Psychological Association.
29. Deutsch, H. (1973). *La psychologie des femmes*, τομ.1. Paris: P. U. F.
30. Dunn, J. (1999). *Οι στενές Προσωπικές Σχέσεις των Μικρών Παιδιών* (μετ. Χ. Παπαηλιού, επιμ. Βορριά Π. & Παπαληγούρα Ζ.) Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω – Δαρδάνος (Το πρωτότυπο εκδόθηκε το 1993 με τίτλο *Young Children's Close Relationships. Beyond attachment*).

31. Duval, E. (1977). *Marriage and Family development (5th ed.)*. Philadelphia: Lippicott.
32. Edelman, C., & Mandle, C. (1994). *Health promotion throughout the lifespan (3rd ed.)*. St. Louis: Mosby – YearBook.
33. Ely, D. (1995). Organization of Cardiovascular and Neurohumoral Responses to Stress. In G. Chrousos et al. (Eds.), *Stress, Basic mechanisms and Clinical Implications* (pp. 594-604). New York: The New York Academy of Sciences.
34. Gatchel, R. J. & Oordit, M. S. (2003). *Clinical Health Psychology and Primary Care. Practical advice and clinical guidance for successful collaboration*. Washington, DC: American Psychological Association.
35. Goleman, D. (1998). *Η Συναισθηματική Νοημοσύνη* (Ι. Νέστορος, επιμέλεια) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα (Το πρωτότυπο εκδόθηκε το 1995 με τίτλο Emotional Intelligence)
36. Goldstein, D. (1995). *Sterss Catecholamines and Cardiovascular Disease*. New York: Oxford University Press
37. Harrison, 1987. *Εσωτερική Παθολογία*. Τόμος Β΄. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόρης & Παρισιάνος (Το πρωτότυπο εκδόθηκε το 1986 με τίτλο Harrison's Principles of Internal medicine).
38. Harrison, 2001. *Εσωτερική Παθολογία* (Δ. Μπούρος, επιμ. Ελληνικής έκδοσης) Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου (το πρωτότυπο εκδόθηκε το 1998 με τίτλο Harrison's Principles of Internal Medicine).
39. Herzlich, C. (1969). *Sante et maladie: Analyse d' une representation sociale*. Paris : Mouton.
40. Hilgard, E., (2004). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία του Hilgard* (Μ. Σόλμαν μετ. – Σ. Μίκελσεν & Μπ. Νταβού επιμ.) Τόμος Β΄. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση (Το πρωτότυπο εκδόθηκε το 1995 με τίτλο Hilgard's Introduction to Psychology).

41. House, J. S., & Kahn, R. L. (1985). *Measures and concepts of Social Support*. In S. Cohen & S.L. Syme (Eds.), *Social Support and Health*. Orlando, FL: Academic Press
42. Hurst, J. W. et al, (1982). *The Heart*, 5th ed. New York, Mc Graw – Hill.
43. Ιερομόναχος, γέροντος Πορφυρίου (2002). *Ανθολόγιο Συμβουλών*. Μήλεσι Αττικής: Η Μεταμόρφωση του Σωτήρος.
44. Jarvikoski, A. & Harkapaa, K. (1988). *Type A Behaviour and life-events*. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 353-363.
45. Johnston, D. W. (1997). *Cardiovascular disease*. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.) *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 341-3410. Oxford, U.K.: Oxford University Press.
46. Καλαντζή – Αζίζι, Α., Ζαφειροπούλου, Μ. (2004). *Προσαρμογή στο Σχολείο*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
47. Kalat, J. (1998). *Βιολογική Ψυχολογία* (επιμ. Α. Α. Καστελλάκης – Δ. Α. Χρηστίδης), τόμος Β'. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ (το πρωτότυπο εκδόθηκε το 1995 με τίτλο *Biological Psychology*).
48. Kannel, W. B. (1961). Factors of risk in development of coronary heart disease-six year follow up experience: the Framingham Study. *Ann Intern Med* 55, 33-50.
49. Kannel, W. B., Abbott, R. D. (1984). *Incidence and prognosis of unrecognized myocardial infarction: An update on the Framingham Study*. *N Engl J Med*, 311, 1144-1147.
50. Καραδήμας, Ε. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Τυπωθήτω – Δαρδάνος.
- 51.Καυσοκαλιβίτου, γέροντος Πορφυρίου (2004). *Βίος και Λόγοι*. Χανιά: Ι. Μ. Χρυσοπηγής.

52. Κλεφτάρας, Γ. (2002). Εκπαιδευτική, Οικογενειακή και Πολιτική Ψυχοπαθολογία Τόμος Δ΄ Διαστάσεις Παθογένειας στο Κοινωνικοπολιτικό Πλαίσιο (επιμ., Ν. Πολεμικός, Μ. Κάϊλα, Φ. Καλαβάσης) Αθήνα: Ατραπός.
53. Κλεφτάρας, Γ. (2002). Εκπαιδευτική, Οικογενειακή και Πολιτική Ψυχοπαθολογία Τόμος Α΄ Θέματα Ψυχοπαθολογίας σε παιδιά και εφήβους (επιμ., Ν. Πολεμικός, Μ. Κάϊλα, Φ. Καλαβάσης) Αθήνα: Ατραπός.
54. Κοκκινάκη, Φ. (2005). Κοινωνική Ψυχολογία, Εισαγωγή στη μελέτη της Κοινωνικής Συμπεριφοράς. Αθήνα: Εκδόσεις, Τυπωθήτω.
55. Κορασίδου, Μ. (2002). Όταν η αρρώστια απειλεί. Αθήνα: Εκδόσεις, Τυπωθήτω - Δαρδάνος.
56. Κυριακίδης, Π. (2000). Η Οικογενειακή Σχέση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
57. Lazarus, R. S. (1991). Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press.
58. Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
59. Λυμπεράκης, Σ., (1997). Εγκέφαλος και Ψυχολογία. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
60. Lipra, R. (2003). Κοινωνική Ψυχολογία (Κ. Μαύρος, επιμ.). Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ (Το πρωτότυπο εκδόθηκε το 1997 με τίτλο Introduction to Social Psychology).
61. Louey, S., Thornburg, K., (2005). The Prenatal environment and later cardiovascular disease. Early Human Development 81, 745-751.
62. Μαδιανός, Μ. (2000). Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
63. Μαδιανός, Μ. (2000). Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική ψυχική υγιεινή. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

64. Μαδιανός Μ., Ζαρνάρη, Ο. (1988). Υγεία και Ελληνική Κοινωνία. Αθήνα: ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ.
65. Maisonneuve, J. (2001). Εισαγωγή στην Ψυχοκοινωνιολογία (μετ. Ν. Χρηστάκης). Αθήνα: Τυπωθήτω – Δαρδάνος (Το πρωτότυπο εκδόθηκε το 1973 – 1977 με τίτλο Introduction a la Psychosociologie).
66. Μάνος, Μ. (1997). Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
67. Μαρή, Ι. (2004). Ευγονία. Προγεννητική Αγωγή. Αθήνα: Πύρινος Κόσμος.
68. Mason, J. (1975). A historical view of stress field. Part II Journal of Human Stress, 1, 22-36.
69. Mudler, E. J. H., Robles de Medina, P.G., Huizink, A.C., Van den Bergh, B. R. H., Buitelaar, J. K., Visser, G. H. A., (2002). Prenatal Maternal Stress: Effects on pregnancy and the unborn child (<http://www.sciencedirect.com>).
70. Ναυρίδης, Κ. (1994). Κλινική Κοινωνική Ψυχολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
71. Νέστορος, Ι. & Βαλλιανάτου, Ν. (1989). Συνθετική Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
72. Παλαιολόγου, Α.Μ. (2001). Προσανατολισμοί Κλινικής Ψυχολογίας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
73. Παπαδάτου, Δ. (1999). Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
74. Παπαδιώτη – Αθανασίου, Β. (2000). Οικογένεια και όρια. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

75. Παπαστάμου, Σ. (1989). Εγχειρίδιο Κοινωνικής Ψυχολογίας. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας.
76. Pervin, L., John, O. (2001). Θεωρίες Προσωπικότητας, Έρευνα και Εφαρμογές (Α. Αλεξανδροπούλου – Ε. Δασκαλοπούλου μεταφρ.) Αθήνα: Εκδ. ΤΥΠΩΘΗΤΩ – Γ. Δαρδάνος (το πρωτότυπο εκδόθηκε το 1997 με τίτλο Personality: Theory and Research).
77. Perloff, J. K. (1982). Physical Examination of the Heart and Circulation. Philadelphia, Saunders.
78. Ποταμιάνος, Γ. (1995). Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
79. Ποταμιάνος, Γ. (2005). Κλινική Ψυχολογία και Πρωτοβάθμια Ιατρική Φροντίδα. Αθήνα: Εκδοτικός Οίκος ΛΙΒΑΝΗ.
80. Ράπτης, Ν. (1974). Γενετική Ψυχολογία (Ψυχολογία του Αναπτυσσόμενου Ανθρώπου. Τόμος 1^{ος} Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
81. Ρήγα, Α.- Β. (1997). Καρκίνος: από τη μητέρα στη κόρη, η δυναμική της επανάληψης. Αθήνα: Δ. Μαυρομάτη.
82. Ρήγα, Α.- Β. (2001). Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις σε οργανισμούς, ομάδες και άτομα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
83. Ρήγα, Α.- Β. (2001). Κοινωνικές αναπαραστάσεις και Ψυχοκοινωνική Ταυτότητα. Αθήνα.
84. Rosch, P.J. (1993). Ridiculous Risk Factors and Heart Attacks: Diet – Cholesterol Dogma Versus Stress. Stress Medicine, Vol. 9, 203-205.
85. Rutter, M. (1983). Stress, Coping and Development: Some issues and some questions. In N. Garnezy & M. Rutter (Eds.), Stress, Coping and Development in children (66-141). New York: McGraw – Hill.

86. Σακελλαροπουλος, Π. (1998). Σχέσεις Μητέρας και Παιδιού τον Πρώτο χρόνο της Ζωής. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
87. Σαχίνη – Καρδάση, Α., Πάνου, Μ. (2002). Παθολογική & Χειρουργική Νοσηλευτική. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
88. Selye, H. (1956). The stress of life. New York: McGraw – Hill.
89. Selye, H. (1974). Stress without distress. New York: New American Library.
90. Sexton, M. M. (1979). Behavioral epidemiology. In O. F. Pomerleau & J. P. Brady (Eds.), Behavioral medicine: Theory and practice (pp. 3-21). Williams & Wilkins .
91. Sorensen, E. S. (1993). Children's stress and coping: a family perspective. New York: The Guilford Press.
92. Stratakis, C., Chrousos, G. (1995). Neuroendocrinology and Pathophysiology of the Stress System. In G. Chrousos et al. (Eds.), Stress, Basic mechanisms and Clinical Implications (pp. 1-15). New York: The New York Academy of Sciences.
93. Σώκου, Κ. (1999). Οδηγός Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
94. Τάνταρος, Σ. (2004). Ανθρώπινη Ανάπτυξη & Οικογένεια. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
95. Taylor, C. Lillis, C. LeMone, P. (2002). Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής. (επιμέλεια, Χρ. Λεμονίδου – Ε. Πατηράκη-Κουρμπάκη), Αθήνα: ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ (το πρωτότυπο εκδόθηκε το 1997 με τίτλο Fundamentals of nursing).
96. Taylor, S. (1999). Health Psychology. Singapore: McGRAW-HILL INTERNATIONAL EDITIONS.
97. Taylor, S. E. (1995). Health Psychology (3rd edition). New York: McGraw – Hill, Inc.

98. Thoresen, C. E., & Powel, L. H. (1992). *Type A Behavior Pattern: New perspectives on theory, assessment and intervention*. Special issue: Behavioral medicine: An Update for 1990s. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4), 595-604.
99. Τούντας, Γ. (2000). *Κοινωνία και Υγεία*. Αθήνα: Εκδόσεις ΟΔΥΣΣΕΑΣ/ ΝΕΑ ΥΓΕΙΑ.
100. Τζάνοφ, Α. (1991). *Το παιδί και ο ψυχικός του κόσμος* (Ε. Τζελέπογλου μετάφρ.) Αθήνα: Εκδόσεις ΜΠΟΥΚΟΥΜΑΝΗ (το πρωτότυπο εκδόθηκε το 1979 με τίτλο The Feeling Child).
101. Τριλίβα, Σ., Chimienti, G. (2002). *Ανακάλυψη, Αυτογνωσία, Αυτοκυριαρχία, Αυτοεκτίμηση. Συναισθηματική και Κοινωνική Επιδεξιότητα*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
102. Τσαλίκου, Φ. (1999). *Ψυχολογία της καθημερινής ζωής*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
103. Ferro, M. (1999). *Κοινωνίες Άρρωστες από Πρόοδο* (Ε. Ψυχούλη μετάφρ.) Αθήνα: «ΝΕΑ ΣΥΝΟΡΑ» ΕΚΔΟΤΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΛΙΒΑΝΗ.
104. Frasure – Smith, N. (1991). *In – Hospital Symptoms of Psychological Stress as predictors of long – term outcome after acute myocardial infarction in men*. *American Journal of Cardiology*, 67, 121-127.
105. Friedman, M. (1978). *Type A Behavior: Its Possible Relationship to Pathogenetic Processes Responsible for Coronary Heart Disease* (a Preliminary Enquiry). In T.M. Dembroski et al. (Eds.), *Coronary – Prone Behavior*. New York: Springer –Verlag, 137-140.
106. Friedman, M. (1992). *Family nursing: Theory and assessment (3rd ed.)*. Norwalk, CT: Appleton & Lange.

107. Friedman, M., Thoresen, C. E., Gill, J., Powel, L. H. (1984). Alteration of type A behavior and reduction in Cardiac recurrences in post-myocardial infarction patients. American Heart Journal, 108, 237-248.
108. Χαρτοκόλλης, Π. (1991). Εισαγωγή στην Ψυχιατρική. Αθήνα: Θεμέλιο.
109. Χριστοδούλου, Γ., Κονταξάκης, Β., Οικονόμου, Μ. (2000). Προληπτική Ψυχιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
110. Wallston, B. S., Alagna, S. W., De Vellis, B. M., & De Vellis, R. F. (1983). Social Support and Physical health. Health Psychology, 2, 367-391.
111. Wong, N., Black, H., Gardin, J. (2005). Προληπτική Καρδιολογία. Μια Πρακτική Προσέγγιση (επιμ. Ιατρών Καρδιολόγων). Αθήνα: Εκδόσεις Mendor ((το πρωτότυπο εκδόθηκε με τίτλο Preventive Cardiology. A Practical Approach).
112. Zegans, L. S. (1982). Stress and the development of somatic disorders. In L. Goldberger S. Breznitz (Eds.), Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects. New York: Free Press.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

1. <http://www.elsevier.com/locate/earlhumdev>
2. <http://www.elsevier.com/locate/ybrbi>
3. <http://www.elsevier.com/locate/psyneuen>
4. <http://www.elsevier.com/locate/ybbrc>
5. <http://www.stress.org/>
6. <http://www.libr.uoc.gr>
7. <http://www.sciencedirect.com>
8. <http://www.sciencedirect.com/stress>
9. <http://www.sciencedirect.com/mdc/journal>