

ΧΡΥΣΟΥΛΔΕ ΜΕΛΙΣΣΑ ΧΑΛΙΚΙΟΠΟΥΛΟΥ, ΔΡ
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΜΟΝΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟΥ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ



ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ
ΤΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μέχρι τις αρχές του αιώνα μας, όταν οι δείκτες θνησιμότητας ήταν εξαιρετικά υψηλοί, η βασικότερη επιδίωξη της ιατρικής ήταν η εξασφάλιση της επιβίωσης του αρρώστου. Η μάχη των ιατρών περιοριζόταν εκ των πραγμάτων στην αντιμετώπιση των λοιμωδών νόσων και των τραυματισμών, με κύριο στόχο να κρατήσουν στη ζωή τον πάσχοντα. Η ραγδαία όμως πρόοδος και εξέλιξη της επιστήμης όχι μόνο μείωσε τα επίπεδα της θνησιμότητας, αλλά και βελτίωσε σημαντικά τις συνθήκες του ασθενή στο μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού της γης. Στόχος δεν είναι σήμερα μόνο η αντιμετώπιση μιας νόσου, αλλά και η βελτίωση του τρόπου ζωής ενός ατόμου, με βάση ένα υγιέστερο μοντέλο. Οι προσπάθειες αυτές έρχονται ως φυσική συνέπεια της διαπίστωσης, που έγινε προς το τέλος του εικοστού αιώνα, ότι το αγαθό της υγείας δεν παύει να υπάρχει με την εμφάνιση μιας νόσου. Η υγεία αναφέρεται πρώτα απ' όλα σε μια θετική στάση ζωής: υγιής είναι αυτός που "αισθάνεται καλά" (ακόμη και μετά τη διάγνωση μιας χρόνιας νόσου) και αναλαμβάνει με αισιόδοξη διάθεση τις ευθύνες της ζωής του³¹⁶.

Η εμπειρία με άτομα που ζουν ειρηνικά με το χρόνιο νόσημά τους, παραμένοντας παραγωγικά μέλη της κοινωνίας, έρχεται να συμμαχήσει με τη σύγχρονη αντίληψη ότι υπάρχουν "άρρωστοι" που αναπτύσσουν δημιουργικούς και υγιείς τρόπους για να αντιμετωπίσουν θετικά το πρόβλημα της υγείας τους, ενώ πολλοί "υγιείς" ακολουθούν έναν παθολογικό/ανθυγιεινό τρόπο ζωής, χωρίς να απολαμβάνουν την ουσιαστική πλευρά της υγείας. Αυτή η αρχή έφερε στο προσκήνιο τη σημασία της ψυχολογικής έρευνας, καθιστώντας τον ψυχολόγο στενό συνεργάτη του ιατρού και του νοσηλευτή. Η ψυχολογία συμπληρώνει το έργο του ιατρού: α) διατυπώνοντας επιστημονικές υποθέσεις και ψυχολογικές θεωρίες για την πληρέστερη ερμηνεία διαφόρων ιατρικών φαινομένων· β) αναπτύσσοντας ψυχολογικές τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς με σκοπό τη βελτίωση της υγείας (εξάλειψη π.χ. επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών), ή τη θεραπεία διαφόρων νοσημάτων (π.χ. με biofeedback ή μεθόδους ύπνωσης μειώνεται το

άγχος των καρκινοπαθών που θα υποβληθούν σε χημειοθεραπεία)· και γ) κατανοώντας τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις του συστήματος υγείας, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της περίθαλψης σε ιδιωτικό ή κρατικό επίπεδο.

Όπως γίνεται αντιληπτό, η Ψυχολογία της Υγείας* είναι ένας σχετικά καινούριος κλάδος της ψυχολογίας, που μελετά τρόπους για την προώθηση και τη διατήρηση της υγείας, την αντιμετώπιση και την πρόληψη των ασθενειών· αναζητεί και εμβαθύνει στις αιτιολογικές και διαγνωστικές συσχετίσεις μεταξύ του τρόπου ζωής και της καλής ή κακής υγείας· επίσης, συμβάλλει στη διαμόρφωση κανονισμών υγείας, καθώς και στην ανάλυση και τη βελτίωση των κανόνων του συστήματος υγείας⁴⁵¹. Οι ψυχολόγοι που ασχολούνται με την ψυχολογία της υγείας ερευνούν και προσπαθούν να εξηγήσουν επιστημονικά τις συμπεριφορές, τις σκέψεις, τα συναισθήματα, τις αντιλήψεις, την όλη στάση ζωής των ανθρώπων γύρω από την υγεία και τη νόσο, καθώς και όλες τις επιδράσεις του περιβάλλοντος στη διαμόρφωση αυτών των στάσεων. Πιο ειδικά, για να εμβαθύνουν στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ασθενή στη νόσο, μελετούν: 1) τον όλο προσανατολισμό τού αρρώστου στη φροντίδα υγείας, 2) το εργασιακό του περιβάλλον, 3) το οικογενειακό του περιβάλλον, 4) τη σεξουαλική του ζωή, 5) τις σχέσεις με τα υπόλοιπα μέλη της πατρικής του οικογένειας και τους άλλους συγγενείς, 6) το κοινωνικό του περιβάλλον και 7) το άγχος και τις ψυχοφυσιολογικές διαταραχές που προήλθαν από στρες¹⁵⁴.

Οι ειδικοί που προσπαθούν να εξηγήσουν π.χ. τα αίτια της πρόωμης θνησιμότητας (προ των 70 χρόνων), εάν υιοθετήσουν μια μονόπλευρη βιολογική προσέγγιση θα ασχοληθούν κυρίως με θέματα γενετικής και φυσιολογίας ή θα εξετάσουν διάφορα επιδημιολογικά στοιχεία. Τα θέματα της υγείας όμως δεν μπορούν να διαχωριστούν από το περιβάλλον όσο και από τον τρόπο ζωής των ανθρώπων, καθώς και από την ποιότητα ιατρικής περίθαλψης που τους παρέχεται. Εξετάζοντας λ.χ. την πρώτη αιτία θανάτου διεθνώς -η οποία είναι τα ατυχήματα- θα δούμε ότι το 75% των θανάτων οφείλεται συνήθως σ' ένα γενικότερο

* Περισσότερες λεπτομέρειες για την Ψυχολογία της Υγείας και το ρόλο του Ψυχολόγου σε μια νοσοκομειακή μονάδα, στα βιβλία της συγγραφέα «Η Εξελικτική και η Κλινική Ψυχολογία στο χώρο της υγείας»⁴⁷³ και «Η Ψυχολογία της Υγείας των Παιδιών»⁴⁷⁴.

τρόπο ζωής και αντίληψης για την υγεία (π.χ. χρήση οينوπνεύματος, μη χρησιμοποίηση της ζώνης ασφαλείας), το 20% σε περιβαλλοντικούς παράγοντες (π.χ. καιρικές συνθήκες, έλλειψη σήμανσης) και μόνο ένα 5% σε έλλειψη παροχής κατάλληλης ιατρικής βοήθειας³⁸². Για να αξιολογήσουν λοιπόν την υγεία ενός ατόμου, οι ψυχολόγοι εστιάζουν την προσοχή τους στη μελέτη τεσσάρων αλληλεξαρτώμενων παραγόντων: α) στη βιολογική ερμηνεία των ασθενειών, β) στο περιβάλλον ζωής του κάθε ατόμου, γ) στον τρόπο ζωής και δ) στην οργάνωση του συστήματος υγείας.

Η ψυχολογία της υγείας αναγνωρίζει ως βασική αρχή ότι **“οι συμπεριφορές της υγείας”** (και αντίστοιχα της ασθένειας) διαμορφώνονται και συντηρούνται μέσα από τρεις αλληλεπιδρώμενες διεργασίες: α) την αντίληψη του ερεθίσματος, β) την ενίσχυση τρόπων συμπεριφοράς και γ) την ανάπτυξη γνωστικών παραγόντων. Όσον αφορά στην πρώτη διεργασία, ο ψυχολόγος παρεμβαίνει στις **υποκειμενικές αντιδράσεις** του ανθρώπου **στα ερεθίσματα**, με σκοπό να μειωθεί το στρες που σχετίζεται με αυτά. Είναι προφανές ότι οι συμπεριφορές υγείας συχνά είναι αποτέλεσμα μάθησης (π.χ. τρόπος εκπαίδευσης/βαθμός ευαισθητοποίησης σε θέματα υγείας μέσα από **θετικές ή αρνητικές ενισχύσεις**) και εξελίσσονται σε συνήθειες ζωής· υπόκεινται όμως πάλι σε αλλαγή μέσα από την τροποποίηση των ενισχύσεων. Εάν, για παράδειγμα, ένας καπνιστής χρησιμοποιούσε το άλλοθι της χαλάρωσης/απόλαυσης (το οποίο δρα ως θετική ενίσχυση για τη συνέχιση του καπνίσματος), ο ψυχολόγος καλείται να κατανικήσει την παραπάνω ενίσχυση, συσχετίζοντας το κάπνισμα με τις αρνητικές συνέπειες που έχει στον οργανισμό. Τέλος, αξιολογώντας τις **γνωστικές και συναισθηματικές διεργασίες** του κάθε ατόμου, μπορούμε να εντοπίσουμε κάποιες βαθύτερες κινητήριες δυνάμεις της συμπεριφοράς. Ένα παράδειγμα είναι ο ασθενής με χρόνια νόσημα, του οποίου η μη συμμόρφωση προς τις ιατρικές οδηγίες μπορεί να σχετίζεται με την ασυνείδητη επιθυμία του για θάνατο· σ' αυτή την περίπτωση, η ψυχολογική αντιμετώπιση εστιάζεται στην κατανόηση αυτών των διεργασιών και στην επίλυση των εσωτερικών συγκρούσεων του ασθενή. Επιπλέον, η ενημέρωση του κοινού, μέσα από προγράμματα πρόληψης, αποβλέπει στην έγκαιρη εγκατάλειψη αντιλειτουργικών αντιλήψεων υγείας και στην εκπαίδευσή του για να αντικαταστήσει τις αυτοκαταστροφικές συνήθειες με έναν υγιεινό τρόπο διαβίωσης.

Δύο είναι οι βασικές θέσεις αυτού του βιβλίου:

α) Ο σύγχρονος άνθρωπος μπορεί και πρέπει να βρει τρόπους για να ζήσει καλύτερα, προκειμένου να χαρεί μια πιο ολοκληρωμένη ζωή, προσφέροντας τον εαυτό του στους άλλους, καλλιεργώντας σχέσεις φιλίας και αλληλεγγύης, αποδεικνύοντας έμπρακτα την αγάπη του, τη δημιουργικότητα και τη διάθεσή του για παραγωγικό έργο, ακόμη και κάτω από αντίξοες συνθήκες ζωής. Όπως λέει και ο Ron Anderson¹⁵ το σημαντικό είναι να δώσουμε ζωή στα χρόνια μας και όχι απλώς χρόνια στη ζωή μας.

β) Ο ασθενής μπορεί να χρησιμοποιήσει τον πόνο-ψυχικό ή σωματικό- ως καταλύτη όχι μόνο για να θεραπευθεί (curing), αλλά και για να επουλώσει (healing) ψυχικά τραύματα στις ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές του σχέσεις. Γιατί εάν η θεραπεία μιας νόσου επαναφέρει τον άνθρωπο στην προηγούμενή του κατάσταση, χωρίς να επιφέρει μεταβολές στην αντίληψη του εαυτού του και της ζωής του, δεν τον βοηθά να αναζητήσει τα βαθύτερα αίτια της όλης εμπειρίας, ούτε συνεισφέρει στην πρόληψη από άλλες δυσάρεστες καταστάσεις υγείας.

Τελειώνοντας, ας μην ξεχνάμε ότι η φύση του ανθρώπου είναι φθαρτή. Η έμφαση σε μια υγιεινή και ήρεμη ζωή δεν πρέπει να μας δημιουργεί ψευδαισθήσεις για αδιατάρακτη μακροζωία. Με δεδομένη την αλήθεια αυτή, η ψυχολογία της υγείας συμβάλλει στη βελτίωση ζωής του σύγχρονου ανθρώπου, στηριγμένη στο αξίωμα ότι καλή υγεία σημαίνει εξίσου βιοσωματική όσο και ψυχοπνευματική ισορροπία.

Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΟΛΙΣΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ: MIND/BODY MEDICINE

Η ιατρική επιστρέφει στον ολιστικό τρόπο προσέγγισης της υγείας από τις αρχές του 20ου αιώνα. Ήδη από τη δεκαετία του 1930 και μετά τίθενται οι βάσεις της ψυχοσωματικής και κοινωνικής ιατρικής. Σήμερα πολλά ιατρικά κέντρα στην Ελλάδα και το εξωτερικό χρησιμοποιούν παράλληλα με τις ιατρικές και ψυχολογικές μεθόδους θεραπείας.

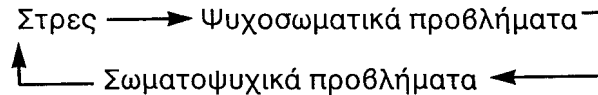
Αναλυτικότερα, οι επιδημιολόγοι της εποχής αλλά και άλλοι ιατροί παρατήρησαν ότι στις αναπτυγμένες χώρες, που χαρακτηρίζονται από υψηλό βιοτικό επίπεδο και καλή ιατρική περίθαλψη, από τη μια πλευρά μειωνόταν το ποσοστό νόσων που προκαλούνται από μικροοργανισμούς, αυξανόταν όμως συνεχώς το ποσοστό κάποιων άλλων παθήσεων που θεωρούνται επακόλουθα του τρόπου ζωής (*life style disorders*). Αναφέρονται ως παραδείγματα ο καρκίνος, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι αλλεργίες, η αρθρίτιδα, το βρογχικό άσθμα, οι δερματοπάθειες και άλλες ψυχοσωματικές ασθένειες, που θεωρούνται άμεσες “συνέπειες” μακροχρόνιων μη υγιεινών συνθηκών ζωής. Από την άλλη μεριά, η “λατρεία της επιστήμης” ως πανάκειας για κάθε “κακό” της ανθρωπότητας, οδήγησε σιγά σιγά τον άνθρωπο της εποχής σε μια τακτική εγκατάλειψης των παραδεδομένων τρόπων πρόληψης και υγιεινής διαβίωσης.

Στην αμφισβήτηση ωστόσο του γραμμικού μοντέλου ιατρικής έπαιξαν ρόλο δύο βασικά μειονεκτήματα κατά την εφαρμογή του: α) αυξημένο κόστος της ιατρικής περίθαλψης (πέρα από τις δυνατότητες του ίδιου του ασθενή ή ακόμη και της ασφαλιστικής πρόβλεψης)· και β) η εμφάνιση ιατρογενών παθήσεων (που παρατηρούνται ως “παρενέργειες” μιας ορισμένης θεραπείας, τουλάχιστον στο 20% του πληθυσμού των ασθενών)⁵²². Πιο συγκεκριμένα, στην Ελλάδα, η πλημμελής οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, τα ελλείμματα των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών ταμείων, καθώς και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι πολίτες στην πρόσβασή τους σ’ αυτές τις υπηρεσίες, καθιστούν τον Έλληνα δύσπιστο ή/και καχύποπτο απέναντι στους επαγ-

γελματίες υγείας. Αλλά και στον ιδιωτικό τομέα, ο ολοένα αυξανόμενος αριθμός των νέων ιατρών και ο μεταξύ τους ανταγωνισμός κάνουν τον ασθενή να αμφισβητεί τη σχέση κόστους και αποτελεσματικότητας της ιατρικής του περίθαλψης.

Το θετικό πάντως είναι ότι μέσα από την απομυθοποίηση της αυθεντίας των ειδικών, στη συνείδηση του σύγχρονου ανθρώπου, αναπτύχθηκε περισσότερο ο σεβασμός προς τις πεποιθήσεις και τις επιθυμίες του αρρώστου σχετικά με την υγεία του. Έτσι, από το ιατρικό μοντέλο: «ιατρός-ασθενής-συνταγή», πλησιάζουμε στο ουμανιστικό ψυχολογικό μοντέλο: «σύμβουλος-πελάτης-συμβόλαιο»^{631, 632}.

Καθοριστικές για την εξέλιξη του ολιστικού μοντέλου ήταν επίσης οι μελέτες του φυσιολόγου Hans Selye⁵⁹⁷, οι οποίες συμπεραίνουν ότι ο ανθρώπινος οργανισμός λειτουργεί ως βιοψυχοκοινωνική ολότητα για να αντιμετωπίσει το στρες. Η παρατεταμένη ψυχολογική πίεση επιδρά αρνητικά στο ανοσοποιητικό σύστημα, όπως και μια βιοσωματική ασθένεια μπορεί με τη σειρά της να μειώσει την ψυχική αντοχή του ανθρώπου στο στρες. Σύμφωνα με το ολιστικό μοντέλο υγείας, το στρες οδηγεί σε **ψυχοσωματικά προβλήματα** (δηλαδή, σωματικά φαινόμενα με ψυχικές αιτίες), τα οποία με τη σειρά τους εντείνουν το ήδη υπάρχον άγχος, όταν συνοδεύονται από **σωματοψυχικά προβλήματα** (εμφανίζονται δηλ. ψυχολογικά προβλήματα, που προκαλούνται από διαταραχές της υγείας). Δημιουργείται έτσι ένας φαύλος κύκλος κακής υγείας⁵³⁶:



Τέλος, τα τελευταία τριάντα χρόνια μια πληθώρα ερευνών κατοχυρώνουν την άποψη ότι ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής -π.χ. έλλειψη σωστής διατροφής και άσκησης, το κάπνισμα, η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και η χρήση άλλων ουσιών εθισμού -είναι από τους καθοριστικούς λόγους εμφάνισης ορισμένων νόσων. Η ενημέρωση του σύγχρονου ανθρώπου γύρω από τα παραπάνω συμπεράσματα, τον ενθαρρύνει πια στην αναζήτηση ενός νέου τρόπου ζωής. Γι' αυτό από τη δεκαετία του '70 και μετά παρατηρείται αύξηση των ενδιαφε-

ρόντων για τα σπορ και τη φυσική αγωγή (jogging, aerobics, stretching κ.ά), τη διαιτητική (υγιεινές τροφές, Μεσογειακή διατροφή, light cuisine κ.λπ.), τις μεθόδους νοητικής και σωματικής χαλάρωσης (biofeedback, yoga, tai chi κ.ά) με ετερο -και αυτο-υποβολή (ύπνωση, σωφρολογία)⁴⁹⁸, καθώς και τις διάφορες μορφές εναλλακτικής ιατρικής (ομοιοπαθητική, βιοθεραπεία, οστεοπαθητική, χειροπρακτική, βελονοθεραπεία, φυτοθεραπευτική κ.τ.ό.)⁶⁸².

Τα τελευταία χρόνια όμως η έννοια της ψυχοσωματικής υγείας έχει παρεξηγηθεί από το ευρύ κοινό, καθώς τα μέσα μαζικής ενημέρωσης την εξομοιώνουν ψευδώς με διάφορες μεθόδους της εναλλακτικής ιατρικής ή απομονωμένες τεχνικές της ψυχολογίας (ύπνωση, διαλογισμό, χαλάρωση) που υπόσχονται “θαύματα” (!) στη θεραπεία ή την πρόληψη νόσων. Η εναλλακτική ιατρική, αν και τονίζει την ολιστική της προσέγγιση, κατηγορείται από τους επικριτές της ότι προσφέρει μονόπλευρη βοήθεια -βοηθώντας κυρίως το άτομο ψυχολογικά και όχι αποτελεσματικά οργανικά. Ο παιδοψυχίατρος και μοναχός π. Αντώνιος Στυλιανάκης λέει καυστικά: «πώς είναι δυνατόν ένα χαπάκι ομοιοπαθητικό να θεραπεύσει σώμα, νου και ψυχή;»⁶³⁷

Η Ορθόδοξη Εκκλησία χαρακτηρίζει ως παγανιστικά κινήματα όλες τις μορφές εναλλακτικής ιατρικής που ασπάζονται την ιδέα της «συμπαντικής ενέργειας» (σύμφωνα με την οποία ο κάθε άνθρωπος είναι φορέας της και ο θεραπευτής ελευθερώνει την ενέργεια αυτή, που έχει “μπλοκαριστεί” κάπου στο σώμα του ασθενή). Ο χημικός και ιερομόναχος Αρτέμιος Γρηγοριάτης κρούει τον κώδωνα του κινδύνου, γιατί πιστεύει πως πολλές από τις παραπάνω θεωρίες μπορεί να είναι μια εισαγωγή στο μυστικισμό και στην πολυθεΐα. Διευκρινίζει μάλιστα ότι: «Κόσμος χωρίς τον Λόγο Χριστό είναι τεμαχισμένος, διότι τίποτε άλλο δεν συνδέει τα όντα σε μια έλλογη ενότητα, σε μια “ολιστική” ενότητα... Στην Ορθοδοξία δεν υπάρχει καμιά συμπαντική ενέργεια μέσα στη φύση, καμιά παγκόσμια συνείδηση ή “βιοενέργεια” όπως αυτή των νεο-εποχητών. Υπάρχουν μόνον οι άκτιστες ενέργειες του Θεού»¹²⁷.

Η Αμερικανική Ιατρική Εταιρεία δεν έχει λάβει επίσημη θέση σχετικά με τις εναλλακτικές θεραπείες μέσω “μεταβίβασης ενέργειας”, με το αιτιολογικό ότι δεν υπάρχει καμιά επιστημονική απόδειξη που να επιβεβαιώνει ότι η ενέργεια μπορεί να μεταβιβαστεί από το ένα άτομο

στο άλλο. Ο ψυχολόγος Gary Schwartz, ωστόσο, υποθέτει ότι είναι πιθανό στο μέλλον να μιλούμε για ιατρική “πνεύματος-σώματος-ενέργειας”, καθώς έχει ήδη μετρηθεί ότι οι ηλεκτρικές διεγέρσεις της καρδιάς ενός ατόμου μπορούν να καταγραφούν στα ηλεκτρομαγνητικά κύματα του εγκεφάλου ενός άλλου ανθρώπου, ο οποίος βρίσκεται ένα μέτρο μακριά²⁴⁴.

Το ολιστικό μοντέλο, όπως διαμορφώνεται στα πλαίσια της ψυχολογίας της υγείας, καταργεί τη διχοτόμηση πνεύματος σώματος και θεωρεί ότι υπάρχει μια περιοχή ευρείας μεταβλητότητας μεταξύ υγείας και νόσου. Αυτό γίνεται αντιληπτό αν σκεφτούμε ότι η υγεία του ανθρώπου διαρκώς αλλάζει μέσα από την αλληλεπίδραση των σωματικών-νοητικών-ψυχικών δεδομένων, τα οποία τείνουν να βρίσκονται σε δυναμική ισορροπία με το συνεχώς μεταβαλλόμενο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον⁵¹⁵. Κατά συνέπεια, η νόσος δεν εκλαμβάνεται ως κάτι “κακό” που εισβάλλει στον οργανισμό, αλλά ως ένα σήμα κινδύνου, το οποίο προειδοποιεί ότι κλονίζεται η παραπάνω ισορροπία, λόγω διαφόρων βιοψυχοκοινωνικών αιτιών³²⁴.

Ακριβώς μ' αυτό το σκεπτικό, μια οποιαδήποτε αρρώστια μπορεί να λειτουργήσει ως έναυσμα για την αναζήτηση αυτογνωσίας και ως εξισορροπιστικός παράγοντας στην αναζήτηση της ολότητας του εαυτού. Άλλωστε και οι Κινέζοι χρησιμοποιούν μία λέξη για να περιγράψουν δύο διαφορετικές μεταξύ τους έννοιες: “κρίση” και “ευκαιρία”. Μια κρίση υγείας γίνεται ευκαιρία για να επανεξετάσει κανείς τον τρόπο που διάγει τη ζωή του. Το άγχος και η κατάθλιψη λ.χ., είναι φυσικές αντιδράσεις σε δύσκολες περιστάσεις της ζωής του ανθρώπου, ο οποίος θεωρεί τότε τα προβλήματα του ως άλυτα. Εάν προσπαθήσει να καταπολεμήσει μόνο τα σωματικά προβλήματα του άγχους (π.χ. αϋπνίες ή ημικρανίες) με ψυχοφάρμακα, αφενός δεν θα αξιοποιήσει την ευκαιρία να εμβαθύνει στις αιτίες που οδήγησαν σε αυτή τη δυσλειτουργία -ούτε θα καταβάλλει προσπάθεια για να διαπιστώσει το μήνυμα που κρύβεται σ' αυτή- και αφετέρου δεν θα επιδιώξει να αποκτήσει αυτοέλεγχο, καλλιεργώντας συνειδητά τις δυνάμεις άμυνας του οργανισμού του, αλλά θα αναθέσει την ευθύνη της υγείας του στον ειδικό και τα φάρμακα. Μια πιο ψυχολογική προσέγγιση -χωρίς να αποκλείεται και το ενδεχόμενο της παράλληλης φαρμακοθεραπείας- δεν θα επιτύχει απλώς την αποκατάσταση των σωματικών προ-

βλημάτων, αλλά την επούλωση των ψυχικών τραυμάτων.

Για να πραγματοποιήσει όμως ο άνθρωπος τους στόχους του ολιστικού μοντέλου υγείας, χρειάζεται όχι μόνο να υιοθετήσει υγιεινές συνήθειες και να αλλάξει τη στάση του προς τη ζωή, αλλά να μετασχηματίσει την όλη του φιλοσοφία ζωής, ώστε κινητοποιώντας τον εσωτερικό ψυχικό/πνευματικό του κόσμο να δεχτεί τις μεταβολές (θετικές ή αρνητικές) της υγείας του ως μέσο έκφρασης των διαφορετικών πλευρών της προσωπικότητάς του.

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ 21ου ΑΙΩΝΑ

Η ψυχολογία της υγείας αναμένεται ότι θα είναι μια δυναμική παρουσία στον 21ο αιώνα, καθώς οι συσσωρευμένες γνώσεις από τον τομέα της έρευνας και των εφαρμογών της, κατά τα προηγούμενα χρόνια, θα θέσουν τις κατευθυντήριες γραμμές των επαγγελματιών υγείας σε θέματα συμπεριφοράς που σχετίζονται με την υγεία και τη νόσο. Ήδη η συμβολή της ψυχολογίας της υγείας είναι καθοριστική στη δημιουργία δύο καινούριων ρευμάτων μέσα στο χώρο της ιατρικής περίθαλψης: α) στην ανάπτυξη εταιρειών ή ομάδων μέσα στον ιδιωτικό τομέα (π.χ. ιατρικά κέντρα, συνεργασία ειδικών με διαφορετικές ειδικότητες μέσα στον ίδιο χώρο) και β) στη μερική ιδιωτικοποίηση του δημόσιου τομέα και συμβολή του ιδιωτικού -με υπηρεσίες λ.χ. εξειδικευμένων διαγνωστικών μεθόδων- στο δημόσιο. Οι παραπάνω τάσεις επιτεύχθηκαν με την πίεση των ψυχολόγων για συνεχή βελτίωση στην ποιότητα των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών και επικέντρωση του ενδιαφέροντος από τους ειδικούς στις ανάγκες του ασθενή²⁴⁰.

Το έργο του ψυχολόγου μέσα στο χώρο της υγείας προϋποθέτει εκπαίδευση και εξειδίκευση πάνω στο αντικείμενο της ψυχολογίας της υγείας, που αφορούν κυρίως βαθιά γνώση σχετικά με:

1. τη βιολογική πλευρά της υγείας και της νόσου, συνδυασμένη με τη βιολογική θεώρηση της συμπεριφοράς·
2. την επίδραση της γνωστικής -συναισθηματικής ωριμότητας στις συμπεριφορές υγείας και νόσου·
3. την κοινωνική πλευρά των συμπεριφορών υγείας και νόσου και κατάρτιση πάνω στην οργάνωση και διοίκηση των μονάδων νοσοκομειακής περίθαλψης, στην οικονομία της υγείας και τη γενικότερη πολιτική στον τομέα αυτό·
4. τις ψυχολογικές θεωρίες και έρευνες για την υγεία και τη νόσο υπό το πρίσμα των ατομικών διαφορών·

5. το σχεδιασμό επιστημονικής έρευνας σε θέματα υγείας και τη στατιστική επεξεργασία των ερευνητικών δεδομένων·

6. την ψυχομετρική εκτίμηση των παραμέτρων και συμπεριφορών υγείας και νόσου·

7. την κλινική εκτίμηση και ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση των διαφόρων περιστατικών υγείας, η οποία βασίζεται σε ειδικές, για κάθε ομάδα ασθενών, οδηγίες συμβουλευτικής·

8. τις δυνατότητες επιστημονικής συνεργασίας·

9. την ηθική και δεοντολογία στο χώρο της υγείας⁶³³.

Οι προσπάθειες των ψυχολόγων κατόρθωσαν να αλλάξουν σταδιακά, σε παγκόσμια κλίμακα, τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας· οι πρόσφατες αναλύσεις εντοπίζουν τα εξής στοιχεία:

1. Ο προσανατολισμός των ειδικών είναι πλέον προς την υγεία, με περισσότερη έμφαση στην προώθησή της και τη δημιουργία κινήτρων για έναν υγιεινό τρόπο διαβίωσης.

2. Εκτιμάται ξεχωριστά η υγεία για την κάθε πληθυσμιακή ομάδα (population perspective), ώστε να διαπιστωθούν οι εκάστοτε παράμετροι υγείας (λαμβάνοντας υπόψη με ιδιαίτερη προσοχή και τις έρευνες της εργασιακής και της περιβαλλοντικής ψυχολογίας).

3. Γίνεται επιτακτική η ανάγκη για τη χρήση πληροφοριών σε θέματα υγείας, η άμεση πρόσβαση στις οποίες εξασφαλίζεται, με την κατάλληλη πλέον υποδομή που υπάρχει σε κρατικό και παγκόσμιο επίπεδο, μέσω της ηλεκτρονικής επικοινωνίας. Οι πληροφορίες βέβαια αυτές θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν κατάλληλα από τα νέα προγράμματα ανάλυσης και ανάπτυξης της πολιτικής υγείας.

4. Εστιάζεται το ενδιαφέρον των ειδικών στον ασθενή, με δεδομένο το δικαίωμά του να συμμετέχει στις ιατρικές αποφάσεις για την αντιμετώπιση μιας νόσου, ενώ αξιολογείται με πιο σαφή κριτήρια και ο βαθμός ικανοποίησής του από το σύστημα υγείας.

5. Δίνεται πλέον η δυνατότητα άμεσης πρόσβασης τόσο σε πληροφορίες που αφορούν νέες θεραπείες όσο και σε συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητά τους. Συνεχείς προσπάθειες γίνονται για

την ανάπτυξη θεραπειών χαμηλού κόστους και υψηλής αποτελεσματικότητας.

6. Επιδιώκεται περιορισμός των δαπανών του συστήματος υγείας, μέσα από την ανάπτυξη μεθόδων περικοπής των περιττών εξόδων και ελέγχου του κόστους κάποιων θεραπειών.

7. Βελτιώνεται ο συντονισμός των υπηρεσιών υγείας μέσα και έξω από το νοσοκομειακό χώρο.

8. Γίνεται μια κριτική επαναξιολόγηση των ανθρώπινων αξιών με ιδιαίτερη έμφαση στην ποιότητα ζωής του ασθενή.

9. Παρατηρούνται αυξημένες προσδοκίες για την υπευθυνότητα των λειτουργών υγείας και όλου του συστήματος ιατρικής περίθαλψης.

10. Κρίνεται ως απαραίτητη η αγωγή υγείας μέσω της παιδείας, με σκοπό την καλύτερη ενημέρωση του κοινού για τη δημόσια ασφάλεια και υγεία⁵¹¹.

Η ψυχολογία λοιπόν της υγείας υπηρετεί ένα διττό σκοπό: α) συμβάλλει στην προώθηση της υγείας και πρόληψη των νόσων και β) μειώνει τα ποσοστά θνησιμότητας και συγχρόνως βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού προτείνει συγκεκριμένες παρεμβάσεις σε ατομικό, κοινωνικό, ακόμη και οικολογικό επίπεδο. Φυσικά, η αναγνώριση και η αξιολόγηση της επίδρασης των κοινωνικο-πολιτιστικών συνθηκών ζωής στην υγεία επιβάλλει τη συνεργασία των ψυχολόγων και με άλλους ειδικούς, φορείς της κοινότητας, την πολιτεία και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Η προσφορά των ψυχολόγων στην υγεία του 2000 είναι πολύπλευρη: αναπτύσσουν θεωρίες για να εξηγήσουν τη συμπεριφορά και τις αντιδράσεις των ασθενών, διεξάγουν έρευνες και διαμορφώνουν μεθόδους με στόχο τη συγκέντρωση περισσότερων πληροφοριών γύρω από ριψοκίνδυνες συμπεριφορές υγείας, καθώς και προγράμματα για τη μείωση και την τροποποίηση αυτών των συμπεριφορών. Αξιοποιώντας τα ερευνητικά δεδομένα, οργανώνουν προγράμματα πρόληψης για την κοινότητα (σε σχολεία, χώρους εργασίας, οίκους ευγηρίας κ.λπ.), ασχολούνται με τη συμβουλευτική ατόμων που ανήκουν σε ο-

μάδες υψηλού κινδύνου, ή βοηθούν ασθενείς να μειώσουν το άγχος τους και να αυξήσουν την ελπίδα και τη διάθεσή τους να αγωνιστούν για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας τους. Οι υπηρεσίες λοιπόν του ψυχολόγου στο χώρο της υγείας δεν περιορίζονται στην παροχή ψυχολογικής βοήθειας στις διεγνωσμένες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, αλλά παρέχονται στην πλειοψηφία των ασθενών παράλληλα με τις διεργασίες ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων και σε συνεργασία με άλλους ειδικούς υγείας.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟΣ

Οι ερευνητές Howard Friedman και Stephanie Booth Kewly²²⁰ αναπτύσσουν τις θεωρίες τους σχετικά με τη σύνδεση της νόσου με την προσωπικότητα στο άρθρο τους **“Επίνοσος Προσωπικότητα”**. Ωστόσο, η ιδέα της σύζευξης του πνεύματος με το βιοσωματικό προφίλ ενός ανθρώπου, ξεκίνησε πριν από δύο χιλιάδες χρόνια.

Ήδη από την αρχαιότητα, ο Ιπποκράτης προσδιόρισε τέσσερα είδη «χυμών» που αντιστοιχούν σε τέσσερις διαφορετικούς τύπους προσωπικότητας. Η “ιδιοσυγκρασία” του κάθε ανθρώπου καθοριζόταν από το είδος του “χυμού” (στη σύγχρονη ιατρική αντιστοιχεί με τις ορμόνες) που βρισκόταν σε μεγαλύτερη ποσότητα μέσα του: α) “μελαγχολικός” (μέλαινα χολή) ήταν ο άνθρωπος που βίωνε έντονα συναισθήματα κατάθλιψης και απελπισίας· β) χολερικός (κίτρινη χολή) ήταν εκείνος που διακρινόταν για το θυμώδη και ευέξαπτο/επιθετικό χαρακτήρα του· γ) ο “φλεγματικός” (φλέγμα) χαρακτηριζόταν από πραότητα και ηρεμία και δ) ο “αιματώδης” (αίμα) ήταν ο τύπος που διακρινόταν από αισιοδοξία και χαρούμενη διάθεση. Οι σύγχρονες ιατρικές και ψυχολογικές έρευνες που ακολουθούν, ενισχύουν τη θεωρία του Ιπποκράτη, καθώς είναι σήμερα γενικά παραδεκτό ότι τα συναισθήματα επιδρούν άμεσα (ενισχύοντας ή υποσκάπτοντας) στη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος.

Ο προβληματισμός των Friedman και Kewly αναπτύσσεται σε επτά σκέλη: α) πολλαπλές επιδράσεις: το σώμα ως σύστημα, β) ανθυγιεινές συνήθειες ζωής, γ) άμεσες επιδράσεις της προσωπικότητας, δ) βιολογικοί τρίτοι παράγοντες, ε) νόσοι και αλλαγές στην προσωπικότητα, στ) συμπεριφορές της ασθένειας και ζ) μηχανισμοί της φυσιολογίας και στρες.

A. ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ: ΤΟ ΣΩΜΑ ΩΣ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η ικανότητα να αντιδρά ο οργανισμός στο στρες, καθώς και η ικανότητα να ηρεμεί και να χαλαρώνει μετά από αυτό είναι σημαντικές για την ομαλή λειτουργία του. Θα ήταν άλλωστε υπεραπλούστευση το να θεωρείται το στρες ως ο μοναδικός αιτιολογικός παράγοντας μιας νόσου. Στις περισσότερες περιπτώσεις, μια ποικιλία αιτιολογικών (στρεσογόνων) παραγόντων μπορεί να ενισχύσει το δεσμό μεταξύ προσωπικότητας και νόσου μέσα από διεργασίες επανατροφοδότησης. Το υπερβολικό άγχος, λόγου χάρη, μπορεί να οδηγήσει σε άπνιες, κατάχρηση οινόπνευματος και καπνίσματος, που θέτουν σε λειτουργία μια σειρά φυσιολογικών διεργασιών (που καθορίζονται αρχικά από το γενετικό υπόβαθρο) και στη συνέχεια αυτές επιδρούν αρνητικά σε διάφορους τομείς υγείας, ενισχύοντας με τη σειρά τους το στρες και το άγχος.

Ιδιαίτερα όταν το άτομο είναι σε χρόνια στρες, οι αντιδράσεις συναγερμού και οι ομοιοστατικοί μηχανισμοί που αναλαμβάνουν την προσαρμογή του οργανισμού στο στρες, χάνουν την ευεργετική τους επίδραση κάτω από τη συνεχή ενεργοποίησή τους και γίνονται επιβλαβείς ή και θανατηφόροι. Σε έντονο και χρόνια συναισθηματικό στρες, για παράδειγμα, οι μεγάλοι μυς που συστέλλονται, προκαλούν πόνο και ένταση στο λαιμό, τους ώμους και την πλάτη, αλλά υπάρχει κίνδυνος από τη συστολή των λείων μυϊκών ινών να προκληθεί σπασμός των στεφανιαίων αρτηριών, με σοβαρές καρδιολογικές συνέπειες (ισχαιμία, έμφραγμα).

Παραθέτουμε σε συντομία τα πέντα βασικά συστήματα του ανθρώπινου σώματος, τα οποία είναι σε συνεχή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση κατά την αντιμετώπιση του στρες.

Το μυοσκελετικό σύστημα συμμετέχει σε όλο το "ψυχοσωματικό δίκτυο επικοινωνίας" μεταξύ σώματος και εγκεφάλου και παρέχει τις πρώτες πληροφορίες όταν υπάρχει κάποιο πρόβλημα στον οργανισμό. Είναι σημαντικό να διατηρήσει κανείς τη μυϊκή και την οστική του μάζα και δύναμη, μέσα από άσκηση και σωστή διατροφή, ώστε να δια-

τηρήσει παράλληλα την ενεργητικότητα και το σφρίγος που χρειάζεται για την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων της καθημερινής ζωής.

Το καρδιαγγειακό σύστημα ακολουθεί περισσότερο ίσως από τα υπόλοιπα τις εντολές του νευρικού συστήματος. Είναι χαρακτηριστικό, όταν δίνονται οδηγίες σε καρδιοπαθείς που πρόκειται να χειρουργηθούν (ακόμα και κάτω από την επήρεια της αναισθησίας) «να φανταστούν το αίμα να απομακρύνεται από την πληγή/τομή», στα άτομα αυτά περιορίζεται η αιμορραγία κατά τη διάρκεια της εγχείρησης⁶⁰⁴. Αλλά η λειτουργία της καρδιάς εύκολα επηρεάζεται από φυσικούς/σωματικούς παράγοντες (π.χ. σωματική άσκηση, σωστή διατροφή) και από τα συναισθήματα (θετικά ή αρνητικά).

Το ενδοκρινολογικό σύστημα επίσης βοηθά στην ισορροπία των οργάνων και είναι σε ετοιμότητα για ν' αντιμετωπίσει εσωτερικά ή εξωτερικά στρεσογόνα ερεθίσματα. Κάτω όμως από συνθήκες συνεχούς στρες και άγχους, παρουσιάζονται ορμονικές διαταραχές και τότε αρχίζει ένας φαύλος κύκλος νόσου-ορμονών στρες, όπου το ένα ενισχύει το άλλο. Πιο αναλυτικά, καθώς οι ορμόνες του στρες διοχετεύονται στο αίμα, προκαλούν διάφορες οργανικές αλλαγές όπως αυξημένη αρτηριακή πίεση, φτωχό μεταβολισμό του σακχάρου του αίματος, ανοσοκαταστολή κ.λπ. Εάν το στρες είναι χρόνιο και αντί να εξασθενεί σταδιακά, αυξάνεται η ροή αυτών των ορμονών, ελαττώνεται και η ικανότητα του οργανισμού για άμυνα και αυτο-ίαση.

Το ανοσοποιητικό σύστημα μάς προστατεύει από παθολογικούς εισβολείς και όταν τους εντοπίσει, προσπαθεί να τους εξοντώσει. Πολλές όμως έρευνες^{345, 346, 347, 350, 662} αναφέρουν καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος ατόμων που είτε είναι σε κατάθλιψη, μετατραυματικό στρες ή πρόσφατη χηρεία, είτε αντιμετωπίζουν έντονο αλλά πρόσκαιρο στρες. Για να γίνει πάντως κατανοητή η επίδραση του στρες στο ανοσοποιητικό σύστημα θα πρέπει να εξεταστεί μέσα από τις πολύπλοκες συναλλαγές των νευροδιαβιβαστών με το **ενδοκρινολογικό** και το **νευρικό σύστημα**. Κατά την κατάθλιψη, για παράδειγμα, μειώνονται οι κατεχολαμίνες και ο οργανισμός αυξάνει τις ενδορφίνες (τις φυσικές του δηλαδή μορφίνες) ώστε να βοηθηθεί η ανοσοποιητική άμυνα του ατόμου και να καταπολεμηθεί η άσχημη αυτή ψυχική κατάσταση.

Η έννοια του σώματος ως σύστημα ενισχύεται και από τις έρευνες της μοριακής βιολόγου Candance Pert⁵³¹, σύμφωνα με τις οποίες το σώμα μας κυβερνάται από μόρια-αγγελιοφόρους, **τους νευροδιαβιβαστές** (neurotransmitters). Πολλά από αυτά είναι πεπτίδια, όπως για παράδειγμα τα νευροπεπτίδια και οι υποδοχείς τους, τα οποία θεωρούνται ως τα βιοχημικά ισοδύναμα των συναισθημάτων. Οι υποδοχείς στην επιφάνεια των κυττάρων παίρνουν τα μηνύματα από τα νευροπεπτίδια. Ο υποδοχέας, που είναι ένα μεγάλο και πολύπλοκο μόριο, αλλάζει με πολλούς τρόπους και αυτές τις αλλαγές του αντιλαμβάνονται οι υποδοχείς του εγκεφάλου ως συναισθήματα.

Η Pert θεωρεί ότι τα συναισθήματα είναι η γέφυρα μεταξύ της σωματικής και της νοητικής σφαίρας, καθώς τα νευροπεπτίδια είναι τα radar του εγκεφάλου και στη συνέχεια, τα μηνύματά του εισέρχονται στους νευρικούς υποδοχείς. Επιπλέον διαπίστωσε ότι οι υποδοχείς των εγκεφαλικών μηνυμάτων είναι οι ίδιοι μ' αυτούς που χρησιμοποιούνται από τους ιούς για να εισέλθουν στα κύτταρα. Γι' αυτό πιστεύει ότι οι ψυχολογικές διακυμάνσεις παίζουν καθοριστικό ρόλο στο αν τελικά θα εισχωρήσει σ' αυτά ένας ιός.

Καθώς το νευρικό και το ανοσοποιητικό σύστημα χρησιμοποιούν πολλά κοινά πεπτίδια για να επικοινωνήσουν μεταξύ τους, κύτταρα από το ανοσοποιητικό σύστημα φιλτράρονται συνεχώς μέσα από τον εγκέφαλο. Γι' αυτό η Pert προτείνει να μην εξομοιώνουμε το "μυαλό" με τον εγκέφαλο, αλλά με όλο το σύστημα επικοινωνίας μεταξύ σώματος-εγκεφάλου, ώστε να συνειδητοποιήσουμε ότι όλη η φυσιολογία του σώματος επιδρά στη νοητική λειτουργία και επηρεάζει τις ψυχικές μας καταστάσεις.

B. ΑΝΘΥΓΙΕΙΝΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΖΩΗΣ

Πολλές έρευνες των τελευταίων ετών έχουν διαπιστώσει ότι η προσωπικότητα μπορεί να αποτελεί βασική αιτία ανάπτυξης μιας νόσου, αν δεν οδηγεί το άτομο σε έναν υγιεινό τρόπο ζωής, όταν αυτό ζει σ' ένα συναισθηματικά τοξικό οικογενειακό ή επαγγελματικό περιβάλλον και γενικά αντιμετωπίζει χρόνιες και πολλαπλές πηγές στρες⁵⁵². Επιπλέον, ο εθισμός στο τσιγάρο, το οινόπνευμα και σε άλλες επικίνδυνες ουσίες, δεν θεωρείται πλέον αδυναμία χαρακτήρα, αλλά βιολογικό (γενετικό) φαινόμενο, το οποίο αντιμετωπίζεται ως ασθένεια, με πολλαπλή δηλ. προσέγγιση: ιατρική, φαρμακευτική, ψυχολογική. Ο εθισμός στις παραπάνω ουσίες εξηγείται σήμερα με αλλαγές που συμβαίνουν στη χημεία του εγκεφάλου, αλλά η μεταξύ τους συσχέτιση δε δηλώνει και αιτιολογικό δεσμό (π.χ. μεταξύ ντοπαμίνης και καπνίσματος). Γι' αυτό οι ανθυγιεινές συνήθειες ζωής και ο εθισμός σε χημικές ουσίες θα πρέπει να εξηγηθεί μέσα σ' ένα πλαίσιο, όπου θα λαμβάνονται υπόψη όχι μόνο οι φυσιολογικές, αλλά και οι ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές (spiritual) διαστάσεις της ζωής ενός ατόμου.

Η πραγματικότητα λοιπόν μπορεί να είναι πιο πολύπλοκη: αν π.χ. το άγχος οδηγεί κάποιον σε πολυφαγία, η παχυσαρκία μπορεί να συντελέσει στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη, οπότε θα πρέπει ίσως ο ειδικός να θεωρήσει το άγχος ως υπεύθυνο για την ασθένεια, αν θέλει να φτάσει στη "ρίζα" της νόσου. Η θεραπευτική βέβαια αντιμετώπιση του άγχους δεν θα εμποδίσει την εξέλιξη του ινσουλινο-εξαρτώμενου διαβήτη, αν δεν ληφθούν μέτρα και για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, που είναι ο ενδιάμεσος κρίκος στην αλυσίδα.

Ένα ακόμα φαινομενικά κοινότυπο παράδειγμα: Το διευθυντικό στέλεχος μιας εταιρείας ζει σ' έναν έντονο ρυθμό ζωής, με άγχος, ένταση, υπεραπασχόληση και τεταμένες σχέσεις με τους συναδέλφους του. Επειδή καπνίζει πάνω από ένα πακέτο τσιγάρα, οι ειδικοί τον προτρέπουν να σταματήσει, γιατί έτσι αυξάνει τις πιθανότητες πρόωμης εμφάνισης καρδιαγγειακών προβλημάτων. Η αντιμετώπιση όμως τέτοιων προβλημάτων απαιτεί πιο συντονισμένες προσπάθειες. Η αποσπασματική προσπάθεια για αποχή από το κάπνισμα, το οποίο εί-

ναι άλλωστε μια έκφραση, ίσως και “εκτόνωση”, της αγχώδους πλευράς της συγκεκριμένης προσωπικότητας, μπορεί να αυξήσει το στρες και το άγχος του. Εάν μάλιστα ενοχοποιήσουμε αποκλειστικά για τα καρδιολογικά του προβλήματα το τσιγάρο, θα μπορούσε κανείς να αντιτάξει ότι αυτό τον ηρεμεί (οπότε μειώνεται το άγχος του), ενώ παράλληλα η εγκατάλειψη της συνήθειας δεν εγγυάται τη μείωση των πιθανοτήτων να προβληθεί από κάποιο άλλο νόσημα.

Επίσης, ένα καταθλιπτικό, κοινωνικά απομονωμένο και απογοητευμένο γενικά από τη ζωή του άτομο, δεν έχει τα απαραίτητα κίνητρα για να υιοθετήσει πιο υγιεινές συνήθειες και να παρατείνει τη ζωή του. Συχνά μάλιστα τέτοια άτομα χρησιμοποιούν τη φυγή από την πραγματικότητα, είτε μέσω υπερβολικών επαγγελματικών δραστηριοτήτων είτε μέσω των ουσιών εθισμού, ως διέξοδο από τα οδυνηρά συναισθήματα που βιώνουν. Γι' αυτό σε πολλές περιπτώσεις θα χρειαστεί και ψυχολογική βοήθεια προκειμένου να βρεθούν πιο αποτελεσματικοί τρόποι -που αφορούν όχι μόνο τη διαβίωση του ανθρώπου, αλλά και τον τρόπο που σκέφτεται και αντιδρά- για να λειτουργήσει σ' ένα εργασιακό/οικογενειακό περιβάλλον, χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα υγείας στο άμεσο ή μακρινό μέλλον.

Είναι λοιπόν απαραίτητη προϋπόθεση για τις μελλοντικές έρευνες να λαμβάνεται υπόψη η διαδικασία αλληλεπίδρασης ψυχικής και σωματικής υγείας. Παράλληλα θα πρέπει να καλλιεργηθεί η ιδέα της πρόληψης σαν καθημερινή πρακτική, κάτι που είναι πιο εύκολο όταν γίνεται αντιληπτό ότι η καλή υγεία δεν είναι κάτι που “αγοράζεται”, αλλά ένα πολύτιμο αγαθό που περιφρουρείται από τον ίδιο τον άνθρωπο.

Γ. ΑΜΕΣΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Πολλοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με τη μελέτη των "οδών" μέσα από τις οποίες η προσωπικότητα είναι σε θέση να επηρεάσει άμεσα την εμφάνιση-εξέλιξη μιας νόσου, μεταβάλλοντας ακόμη και τους μηχανισμούς της φυσιολογίας του οργανισμού. Ιδιαίτερα έχει μελετηθεί ο τρόπος συμπεριφοράς της **προσωπικότητας τύπου Α**. Αυτός ο τύπος χαρακτηρίζει άτομα με υψηλή αίσθηση καθήκοντος, αγωνιστικότητα στην προσπάθειά τους να επιτευχθούν στόχοι ζωής, ανταγωνιστικότητα, εχθρικότητα, επιθετικότητα, ανυπομονησία, έντονες και απότομες ψυχοκινητικές αντιδράσεις (π.χ. γοργός ρυθμός ομιλίας, πολλές χειρονομίες, υπερκινητικότητα, καθώς το άτομο είναι πάντα σε εγρήγορση)¹⁰⁸. Σε σχέση με πιο ήρεμες ιδιοσυγκρασίες (προσωπικότητα τύπου Β), τα άτομα αυτά παρουσιάζουν πολύ συχνότερα καρδιαγγειακά προβλήματα^{616, 619}. Μια πιθανή εξήγηση γι' αυτό είναι ότι πολλές από τις συμπεριφορές τύπου Α, όπως επιθετικότητα/εχθρότητα, σχετίζονται με καρδιαγγειακές και νευροενδοκρινολογικές εκδηλώσεις: η χρόνια υπερδιέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση κατεχολαμινών και κορτικοστεροειδών, την υπέρταση και ταχυκαρδία, τη σύσπαση των αρτηριών, την αυξημένη συγκόλληση αιμοπεταλίων, την έκλυση ελευθέρων λιπαρών οξέων. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι τα στοιχεία συμπεριφοράς τύπου Α συναντώνται όχι μόνο σε καρδιοπαθείς, αλλά και σε άτομα που υποφέρουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα, γαστρεντερικές διαταραχές, βρογχικό άσθμα, ακόμη και καρκίνο⁶⁰⁸.

Η αιτιολογική ωστόσο σχέση ανάμεσα στη στεφανιαία νόσο και τον τύπο Α προσωπικότητας δεν έχει ακόμη τεκμηριωθεί άμεσα και επαρκώς. Συνεχείς πάντως έρευνες στον τομέα αυτό έχουν συγκεντρώσει πολλά ενθαρρυντικά στοιχεία για την ευεργετική επίδραση των ψυχολογικών μεθόδων, οι οποίες μειώνουν τις αρνητικές συνέπειες των παραπάνω συμπεριφορών τύπου Α. Οι ερευνητές υποθέτουν ότι είναι δυνατό να μειώσουμε τις πιθανότητες νοσηρότητας ενός ατόμου με την καταστολή ή τον περιορισμό των "παθογόνων" στοιχείων της συμπεριφοράς του^{144, 697, 698}.

Αναφέρουμε χαρακτηριστικά τις 50χρονες προσπάθειες του συμπεριφοριστή ψυχολόγου Hans J. Eysenck⁶⁰⁹, ο οποίος, μέσα από ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, προσπάθησε να αλλάξει τις αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές “θυμάτων” ή “δυσνητικών θυμάτων” καρδιαγγειακών παθήσεων και καρκίνου. Ο αγώνας του Eysenck είχε καλά αποτελέσματα επιβίωσης ασθενών, σε μελέτες παρακολούθησής τους μετά από 10 χρόνια, ενώ αντίθετα πολλοί άνθρωποι από την ομάδα ελέγχου είχαν πεθάνει από παθήσεις που προέβλεψε ότι θα προσβληθούν, εάν δεν αποφάσιζαν στο μεταξύ να αλλάξουν τον τρόπο που αντιδρούσαν (γνωστικά και συναισθηματικά) σε στρεσογόνες καταστάσεις και γενικά, την οπτική τους σε καθημερινά θέματα.

Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις βασίζονται στο σκεπτικό ότι οι γνωστικές και συναισθηματικές παραποιήσεις της πραγματικότητας είναι αυτές που κυρίως επηρεάζουν τη συμπεριφορά μας. Σύμφωνα με τη θεωρία της **αυτόματης γνωστικής διεργασίας** (schematic processing)⁴⁰³ διάφορες ασυνείδητες σκέψεις, που προκαλούνται από συναισθηματικές αναμνήσεις του παρελθόντος, συντελούν ουσιαστικά στη διαμόρφωση των αντιλήψεων, της κριτικής αξιολόγησης και των προσδοκιών για τον εαυτό μας και τους άλλους. Ένα απλό παράδειγμα παραποίησης έχουμε λόγου χάρη στην περίπτωση του ανθρώπου, ο οποίος ανακαλεί περισσότερες αναμνήσεις που συνδέονται με θυμό (mood-dependent retrieval) και αντιμετωπίζει συνήθως μια κατάσταση που ταιριάζει ή συμφωνεί με την ψυχική του διάθεση, βλέποντας τις αντιδράσεις των άλλων (π.χ. εκφράσεις του προσώπου τους) ως προσωπικά απειλητικές προς αυτόν, επειδή αισθάνεται π.χ. ο ίδιος θυμό (mood-congruent information processing)⁶⁶. Γι' αυτό και οι ψυχολόγοι παροτρύνουν τους ασθενείς να σταματούν συχνά τη σκέψη τους κατά τη διάρκεια μιας κοινωνικής συναλλαγής και να επαναξετάζουν τόσο τις εσωτερικές τους κρίσεις όσο και τις αντιδράσεις των άλλων μέσα από μια πιο ορθολογιστική προσέγγιση.

Η θεωρητική τέλος ανάλυση της προσωπικότητας τύπου A απηχεί τη μονοδιάστατη αντίληψη του βιοϊατρικού μοντέλου: δηλαδή, ότι ορισμένα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, τα οποία απειλούν το άτομο, προκαλούν τις ψυχολογικές αντιδράσεις αυτής της προσωπικότητας, οι οποίες στη συνέχεια επιφέρουν αλλαγές της φυσιολογίας, καθιστώντας τον οργανισμό ευάλωτο στη στεφανιαία νόσο. Πρόσφατα ό-

μως θεωρητικά μοντέλα^{8, 51, 279, 616, 656} πρότειναν μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση του θέματος, η οποία βασίζεται στη συναλλαγή και την αλληλεξάρτηση γνωστικών, ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, καθώς και στις αλλαγές που παρατηρούνται σ' αυτούς με το πέρασμα του χρόνου. Παραδείγματος χάρη, ένα άτομο μπορεί να προβλέπει απλώς ότι θα αντιμετωπίσει μια απειλητική κατάσταση στην εργασία του· αυτός ο γνωστικός προϋδεασμός για τον κίνδυνο, το επηρεάζει τόσο ώστε να καλλιεργήσει το ίδιο, ασυνείδητα μάλλον, μέσα από τη λεκτική και την εξωλεκτική του επικοινωνία μια ανταγωνιστική σχέση, η οποία παρακινεί τότε και συμπεριφορές εχθρότητας/επιθετικότητας, χωρίς όμως να είναι αυτές συνήθη γνωρίσματα του χαρακτήρα του.

Δεν πρέπει βέβαια να ξεχνάμε ότι υπάρχει ένα μικρό ποσοστό ανθρώπων που μπορεί να είναι επιρρεπείς σε μια συγκεκριμένη νόσο, χωρίς όμως τελικά να την αναπτύσσουν. Υπάρχει επίσης περίπτωση να συμβεί και το αντίθετο: ένα μικρό ποσοστό ανθρώπων που δεν έχουν "ιδιοσυγκρασιακή" ροπή προς μια συγκεκριμένη ασθένεια, τελικά να προσβάλλονται από αυτήν. Πρέπει λοιπόν εδώ πάλι να τονιστεί ότι υπάρχουν πολλοί παράγοντες, που ο ρόλος τους σε κάθε περίπτωση είναι σαφής και καθοριστικός: το γενετικό υπόβαθρο, η ηλικία και άλλοι κοινωνικο-δημογραφικοί παράμετροι, οι διάφοροι ιοί, νοσοκομειακές λοιμώξεις ή χειρουργικά τραύματα που εντείνουν το στρες μιας πάθησης, ορμονικές διαταραχές και άλλοι ειδικοί παράγοντες, συνδεδεμένοι με την αιτιολογία της κάθε νόσου.

Δ. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΤΡΙΤΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Όλο και περισσότερο οι ψυχολογικές έρευνες⁴⁰⁰ προσπαθούν να μελετήσουν την υγεία μέσα από βιολογικούς τρίτους παράγοντες της προσωπικότητας, όπως η έκφραση των συναισθημάτων, η εσωστρεφής και εξωστρεφής διάσταση της κοινωνικότητας, η θετική στάση ζωής και άλλα.

Μια σημαντική διαπίστωση αυτού του θεωρητικού μοντέλου είναι ότι η παρεμπόδιση της έκφρασης συναισθημάτων σχετίζεται άμεσα με κακή υγεία. Αναφέρεται μάλιστα και στον Τύπο C* προσωπικότητας για να περιγράψει άτομα συνεργατικά, που δεν παραπονιούνται σχεδόν ποτέ, ήρεμα αλλά συχνά θλιμμένα, τα οποία ανθίστανται στην ιδέα της έκφρασης των αρνητικών τους συναισθημάτων, αλλά προσβάλλονται συχνότερα από καρκίνο. Ασθενείς π.χ. με κακώθες μελάνωμα ήταν απρόθυμοι να μιλήσουν για έντονες σωματικές αντιδράσεις που είχαν από την έκθεσή τους σε ήπιο ηλεκτροσόκ²⁹⁰. Η αρνητική επίδραση του ελέγχου των συναισθημάτων, ο οποίος βασίζεται στην άρνηση τους ή την κατάπιξη θυμού και παραπόνων, σχετίζεται άμεσα και με την πρόκληση ισχαιμίας χωρίς κλινικά συμπτώματα^{212, 659}.

Η **σωματοποίηση** όμως **των συναισθημάτων** εκδηλώνεται συχνά μέσα από κάποια νόσο (somatizer: το άτομο που αδυνατεί να εκφράσει τα αρνητικά του συναισθήματα με λόγια και τ' αποκαλύπτει μέσα από μια νόσο). Ενδιαφέρουσα είναι η ερμηνεία που δίνεται γι' αυτό από τον ψυχολόγο Nicholas Cummings: «όπως στη φυσική όπου είναι αποδεδειγμένο ότι η ενέργεια δε χάνεται αλλά κάπου διοχετεύεται, έτσι και το στρες που προκαλείται από συναισθηματικές συγκρούσεις δεν καταστρέφεται αλλά "μεταβολίζεται" διαφορετικά σε κάθε άνθρωπο, οπότε κάποια άτομα το μετατρέπουν σε σωματικά προβλήματα, γιατί

Σημείωση: Διατηρείται το λατινικό γράμμα C για να συνδεθεί ο τύπος αυτός με τον αγγλικό όρο Cancer (καρκίνος) και να διαφοροποιηθεί από τον τύπο Γ, στον οποίο θα γίνει αναφορά στο κεφάλαιο για τις καρδιαγγειακές παθήσεις.

αυτά μπορούν πιο εύκολα να τα αναγνωρίσουν και να τα διεργαστούν από τα ψυχολογικά ζητήματα»¹³².

Η αβίαστη έκφραση των συναισθημάτων, θετικών ή αρνητικών, καθιστά το άτομο πιο ανθεκτικό στην προσβολή του από κάποια νόσο, όπως διαπίστωσε και η ψυχολόγος Margaret Kemeny³⁴⁰ σε πρόσφατη έρευνά της πάνω στην επίδραση του σεισμού του 1989 στους κατοίκους του San Francisco, ΗΠΑ. Μέσα σ' αυτή την τραγική κατάσταση καταστροφής, οι επιζήσαντες που εκφράζαν τ' αρνητικά τους συναισθήματα: θυμό, φόβο, θλίψη και αγωνία για το μέλλον τους, είχαν υψηλά επίπεδα των ανοσοποιητικών κυττάρων που καταπολεμούν τις λοιμώξεις. Βέβαια όταν αυτά τ' αρνητικά συναισθήματα παρατείνονται για μεγάλο χρονικό διάστημα, χωρίς αλλαγή στην ψυχική διάθεση του ατόμου, τότε παρατηρείται επιβάρυνση του ανοσοποιητικού συστήματος και εξάντλησή του. Η παραπάνω έρευνα βοηθά επίσης να συνειδητοποιήσουμε ότι δεν είναι κακό να βιώνει κανείς αρνητικά συναισθήματα, αλλά δημιουργούνται πολλά προβλήματα υγείας όταν ζει κανείς μόνιμα με μια αίσθηση ψυχικού κενού ("άδειος" συναισθηματικά). Γι' αυτό θεωρείται πολύ σημαντικό να υπάρχει μια φυσική ροή συναισθημάτων, με την εναλλαγή θετικών και αρνητικών διαθέσεων και τις αναπόφευκτες διακυμάνσεις έντονων και ήπιων συναισθημάτων.

Στις νεότερες έρευνες της νευροψυχολογίας τονίζεται επίσης η σημασία της εξέτασης των διαφόρων εκφράσεων του προσώπου, τη στιγμή που βιώνει το άτομο ορισμένα έντονα συναισθήματα¹⁵². Οι εκφράσεις αυτές (όπως οι συσπάσεις του προσώπου) συντελούν άμεσα στη ρύθμιση της ροής του αίματος στον εγκέφαλο (οπότε αποφεύγεται π.χ. ένα εγκεφαλικό). Άλλωστε η έκφραση των συναισθημάτων (μέσα από τις εκφράσεις του προσώπου, τις χειρονομίες, το κλάμα ή τον τόνο της φωνής γενικά) είναι σημαντική για τρεις λόγους: α) συνεισφέρει στην ενεργοποίηση και τη ρύθμιση των συναισθημάτων (είναι σωστές π.χ. οι λαϊκές πρακτικές «χαμογέλα όταν είσαι λυπημένος», «άρχισε να σφυρίζεις όταν φοβάσαι»)· β) επικοινωνεί τις προθέσεις του άλλου ή την εσωτερική του διάθεση (το κλάμα του βρέφους, λόγου χάρη, προειδοποιεί τη μητέρα, η οποία κινητοποιείται τότε για την υγεία ή την ασφάλεια του παιδιού της)· και γ) προκαλεί συναισθήματα στους άλλους (στην προκειμένη περίπτωση, η μητέρα ανταποκρίνεται με ανάλογο τρόπο: παρηγορεί, περιθάλπει ή φροντίζει το

θρέφος).

Επιπλέον, η ψυχική διάθεση του ανθρώπου επηρεάζει τις εντυπώσεις, τις κρίσεις και τις αναμνήσεις του. Για παράδειγμα, χαρούμενοι άνθρωποι ανακαλούν περισσότερες θετικές αναμνήσεις από την παιδική τους ηλικία, σε σύγκριση με τα καταθλιπτικά άτομα. Τα θετικά συναισθήματα (τα οποία διεργάζεται συνήθως το αριστερό ημισφαίριο, ενώ το δεξιό τα πιο αρνητικά) διευκολύνουν επίσης τις διάφορες γνωστικές λειτουργίες (μνήμη, κρίση και δημιουργική επίλυση των προβλημάτων της καθημερινής ζωής), αυξάνουν την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθηση του ανθρώπου, καλλιεργούν την πνευματική του ευελιξία και τη διάθεσή του για αναζήτηση νέων πληροφοριών ή για εξερεύνηση του εσωτερικού και εξωτερικού του κόσμου. Γι' αυτό και πολλοί ερευνητές συσχετίζουν πλέον διάφορες χρόνιες ψυχικές διαθέσεις, όπως την κατάθλιψη, με τη λειτουργία του νευρικού συστήματος^{287, 288}.

Νεότερες έρευνες⁸² συνδέουν την υγεία ορισμένων ομάδων πληθυσμού με το στρες που προκαλεί ο φυλετικός ρατσισμός, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι η κατάσταση υγείας και η ιατρική περίθαλψη πολλών μειονοτήτων των Η.Π.Α. υστερεί έναντι των αντίστοιχων των λευκών. Ο θυμός και η κοινωνική καταπίεση, που βιώνει λόγω του ρατσισμού ο γυναικείος κυρίως πληθυσμός των μειονοτήτων αυτών, συνοδεύεται από ανθυγιεινές συνήθειες ζωής όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ και η χρήση άλλων ουσιών εθισμού¹⁴. Επιπλέον, οι γυναίκες αυτές από φόβο, άγνοια ή και θυμό απέναντι στο κοινωνικό σύστημα της χώρας, δεν εμπιστεύονται ούτε το ιατρικό/κοινωνικό σύστημα περίθαλψης, οπότε αποφεύγουν τις επισκέψεις σε ιατρούς ή ψυχολόγους και αν τελικά ζητήσουν βοήθεια, δεν τηρούν τις οδηγίες των ειδικών. Διαιωνίζεται έτσι ένας φαύλος κύκλος θυμού/στρες και ανθυγιεινών συνθηκών ζωής/ανεργίας, που ενθαρρύνει τις συνέπειες του ήδη υπάρχοντος ρατσισμού και της περιθωριοποίησης των μειονοτήτων.

Οι έρευνες τέλος του ψυχολόγου Martin Seligman⁵⁶⁹ τονίζουν τα οφέλη μιας **αισιόδοξης στάσης ζωής** στην ψυχική και σωματική υγεία. Τα αισιόδοξα άτομα είναι πιο δραστήρια, αποφασιστικά και επίμονα, διατηρούν την αίσθηση ελέγχου της ζωής τους και τις θετικές προσδοκίες τους για το μέλλον, ακόμη και κάτω από αντίξοες συνθήκες (νόσο). Η αισιοδοξία τους εξετάζεται από τον τρόπο που ερμηνεύουν

την κατάσταση π.χ. της υγείας τους (*explanatory style*), απαντώντας σε τρία βασικά ερωτήματα: α) ποιος ευθύνεται για το νόσημα ή τον τραυματισμό τους, β) πόσο θα διαρκέσει αυτή η κατάσταση και γ) κατά πόσο θα επηρεάσει όλη τους τη ζωή. Τα πιο αισιόδοξα άτομα δεν αναπτύσσουν ενοχές για τα προβλήματα της υγείας τους, ενώ συγχρόνως, όταν θεωρούν ότι αυτά οφείλονται σε δυνάμεις πέραν του ελέγχου τους (π.χ. κακή στιγμή, θεία βούληση), είναι πρόθυμα ν' αγωνιστούν για να τα αντιμετωπίσουν. Επίσης, δεν τα θεωρούν ως μόνιμα ("δε θα γίνω ποτέ καλά") ούτε υπερ-γενικεύουν τις αντιδράσεις τους (π.χ. αντί να κατηγορούν όλους τους ιατρούς, περιορίζονται στο "δεν είμαι ευχαριστημένος από τη συμπεριφορά του τάδε ιατρού") και εστιάζουν την προσοχή τους σε αντικειμενικές δυσκολίες, χωρίς να περιμένουν ότι αυτές θ' αλλάξουν όλη τους τη ζωή (π.χ. «μετά το εγκεφαλικό θα δυσκολεύομαι να χρησιμοποιώ σωστά το δεξί μου χέρι»). Τα αισιόδοξα γενικά άτομα ενεργοποιούνται συνήθως περισσότερο για την περιφρούρηση της υγείας τους: διάγουν υγιεινή ζωή, επισκέπτονται τακτικά τον ιατρό τους και συμμετέχουν ενεργά και θετικά στην αντιμετώπιση της πάθησής τους.

Αντίθετα, οι απαισιόδοξοι άνθρωποι έχουν ένα φτωχό τρόπο για να εξηγούν τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής τους, είναι πιο παθητικοί, αναποφάσιστοι και εύκολα εγκαταλείπουν τις προσπάθειές τους για την αντιμετώπιση αυτών των γεγονότων, οπότε διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να περιπέσουν σε κατάθλιψη και απόγνωση. Πιο ειδικά, οι απαισιόδοξοι ασθενείς έχουν ένα στερεότυπο τρόπο σκέψης και θεωρούν την ασθένειά τους ως ένα μόνιμο («θα διαρκέσει για πάντα»), σφαιρικό («θα αλλάξει όλο τον τρόπο ζωής μου») και εσωτερικό («είναι δικό μου λάθος») πρόβλημα, οπότε εύκολα υποκύπτουν στις αρνητικές συνέπειες της πάθησής τους μέσα από αυτή την αρνητική και απαισιόδοξη ερμηνεία της κατάστασής τους. Τέλος, οι απαισιόδοξοι ασθενείς είναι συνήθως πιο εσωστρεφείς, με συνέπεια να μειώνουν αυτομάτως το υποστηρικτικό τους δίκτυο και την ψυχολογική βοήθεια που συνεπάγεται.

Εδώ και πάλι θα τονιστεί ότι οι έρευνες της ψυχονευροανοσολογίας γύρω από τη σύνδεση της ψυχολογικής (προσωπικότητα) και της βιωματικής (υγεία) κατάστασης του ανθρώπου, δεν επιδιώκουν να "ενοχοποιήσουν το θύμα" κάποιων ασθενειών (*blame-the-victim syndrome*).

Πολλοί χαρούμενοι και ευτυχισμένοι άνθρωποι προσβάλλονται σε νεαρή ηλικία από καρκίνο, ενώ καταθλιπτικοί ασθενείς που αντιμετωπίζουν εντελώς παθητικά τα προβλήματά τους, ζουν μέχρι τα βαθιά γεράματα. Η διάγνωση πάντως ενός καρκίνου, που απειλεί την επιβίωση ενός ατόμου, το αναγκάζει να επιστρατεύσει όλες του τις δυνάμεις για ίαση: σωματική και ψυχική, οπότε ίσως να χρειαστεί ν' αναθεωρήσει και ν' αλλάξει τον τρόπο της ζωής του, μέσα από συμπεριφορές που ενισχύουν την αισιοδοξία, την ενεργητικότητα και το κουράγιο. Παράλληλα, η ψυχολογία δεν σταμάτησε ποτέ να διεκδικεί τα δικαιώματα των πολιτών του κόσμου για ένα καλύτερο περιβάλλον, σωστότερη ιατρική περίθαλψη και κοινωνική πρόνοια, καθώς και χρηματοδότηση των ιατρικών και ψυχολογικών ερευνών για την αντιμετώπιση των σύγχρονων νόσων.

Ε. ΝΟΣΟΙ ΚΑΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Ορισμένες αλλαγές στην προσωπικότητα του ασθενή, που εμφανίζονται κατά την εξέλιξη της νόσου του, δημιουργούν επιπλέον προβλήματα υγείας. Στην περίπτωση των καρκινοπαθών, για παράδειγμα, οι ιατροί συχνά παρατηρούν σ' αυτούς αλλαγές προσωπικότητας, οι οποίες εκφράζονται με συμπτώματα άγχους, φόβου, κατάθλιψης και αυτοκαταστρεπτικών τάσεων. Γι' αυτό συχνά οι ογκολόγοι αναφέρονται γενικά στην "προσωπικότητα του καρκινοπαθούς" (με τις χαρακτηριστικές αντιδράσεις άγχους και κατάθλιψης) και ζητούν τη συνεργασία λειτουργών ψυχικής υγείας, για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών του προβλημάτων.

Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι βλαβερές βιολογικά καταστάσεις είναι δυνατό να προκαλέσουν ορισμένες χρόνιες ψυχικές διαταραχές. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η υποξία λ. χ. μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη. Έρευνες έχουν διαπιστώσει ότι παιδιά των αναπτυσσόμενων χωρών του τρίτου κόσμου που υποσιτίζονται, παρουσίαζαν εμφανή συμπτώματα σωματικής και νοητικής καθυστέρησης, με άμεσες επιδράσεις και στην ψυχοκοινωνική τους υγεία^{326, 705}.

Η νευροσυμπεριφορική τέλος έρευνα του ινσουλινο-εξαρτώμενου διαβήτη διαπίστωσε ότι τα μειωμένα επίπεδα σακχάρου του αίματος στον εγκέφαλο μπορεί να προκαλέσουν προσωρινές δυσλειτουργίες, ενώ παρατεταμένη και σοβαρή υπεργλυκαιμία μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμες εγκεφαλικές βλάβες. Εάν η νόσος εμφανιστεί πριν την ηλικία των πέντε ετών, μπορεί να υπάρξουν σοβαρά προβλήματα στη νοητική ανάπτυξη του παιδιού, αν και οι σύγχρονες θεραπείες για τον έλεγχο του μεταβολισμού των μικρών παιδιών τα αποτρέπουν⁵⁷⁵. Υπάρχει πάντως σχέση μεταξύ νόσου και φύλου, καθώς παρουσιάζονται στα αγόρια περισσότερα και με μεγαλύτερη συχνότητα, προβλήματα μαθησιακών δυσκολιών και ψυχοκοινωνικής προσαρμογής σε σύγκριση με τα διαβητικά κορίτσια^{291, 365}. Ακόμη και οι ενήλικες, που είχαν για πολλά χρόνια διαβήτη και πέντε τουλάχιστον σοβαρά επεισόδια υπογλυκαιμίας, εμφάνιζαν περισσότερα προβλήματα γνωστικο-κινητικών δυσκολιών (π.χ. μειωμένη συγκέντρωση προσοχής, αργές ψυχοκι-

νητικές αντιδράσεις, αδυναμία οργάνωσης εξωλεκτικών πληροφοριών) από αυτούς που δεν είχαν κανένα τέτοιο επεισόδιο. Γενικά, ο φτωχός μεταβολικός έλεγχος ευθυνόταν για την επιδείνωση στις γνωστικές λειτουργίες^{123, 386, 574}, αλλά και για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών⁴⁹⁶.

ΣΤ΄ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Το κύριο αντικείμενο της ιατρικής είναι η διάγνωση και η θεραπεία των διαφόρων νόσων. Ωστόσο η πολυμορφία της έννοιας “νόσος” διαφεύγει της καθαρά “ιατρικής” ερμηνείας ή παρέμβασης. Γι’ αυτό το λόγο και συναντάται με τρεις διαφορετικούς όρους στις ψυχολογικές, κοινωνιολογικές και ανθρωπολογικές μελέτες:

Νόσος (Disease): ως όρος παραπέμπει περισσότερο στο βιοϊατρικό μοντέλο υγείας, γιατί ερμηνεύεται ως διαταραχή της λειτουργίας οργάνου ή συστήματος του σώματος.

Ασθένεια (Illness): αφορά, στην αντίληψη του ίδιου του ατόμου για τις μεταβολές τόσο στη βιοσωματική όσο και στην ψυχοκοινωνική του λειτουργία. Με άλλα λόγια, το άτομο ελέγχει την υγεία του, προσπαθεί να εξηγήσει τα συμπτώματα κακής υγείας, και προβαίνει ανάλογα στις κατάλληλες ενέργειες, αξιοποιώντας το ιατρικό κοινωνικό σύστημα⁴⁶⁹. Με τη συνειδητοποίηση ενός σωματικού προβλήματος, το άτομο γνωστοποιεί κάποια από τα συμπτώματά του στο περιβάλλον, μέσα από κοινωνικά αποδεκτούς και αναγνωρίσιμους τρόπους. Παρατηρείται ότι σε μεγάλο βαθμό το περιβάλλον θα αναγνωρίσει το πρόβλημα αν ακολουθήσει η “ανάλογη” ιατρική διάγνωση (που συμπίπτει δηλαδή με τα συμπτώματα του ασθενή). Μέσα σ’ αυτό το πλαίσιο βλέπουμε ότι ορίζονται ως **φυσιολογικές ή μη** ορισμένες **συμπεριφορές ασθενείας**, οι οποίες γίνονται περισσότερο ή λιγότερο αποδεκτές από το ισχύον ιατρικό σύστημα⁵³⁴. Μ’ αυτό το σκεπτικό πιθανώς πολλά ιατρικά λάθη θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί, αν οι ιατροί λάμβαναν πιο σοβαρά υπόψη τους τις επίμονες γνώμες του ασθενή γύρω από κάποια συμπτώματά του.

Αρρώστια (Sickness): ο όρος αναφέρεται στους τρόπους που διαμορφώνεται κοινωνικά η αντίληψη για τη νόσο και την ασθένεια, καθώς η κάθε πολιτισμική ομάδα έχει τους δικούς της κανόνες “σημειολογίας”: εξηγεί δηλαδή και συνδέει με το δικό της τρόπο τη συμπτωματολογία και την αιτιολογία μιας νόσου με διάφορα γεγονότα και συμπεριφορές του ίδιου του ατόμου, αλλά και του κοινωνικού του περι-

γυρου. Για παράδειγμα, το «να είναι κανείς άρρωστος» στη Λατινική Αμερική μπορεί να συνδέεται περισσότερο με τις αντιλήψεις για βασκανία, εξορκισμό και ιεροτελεστίες εξαγνισμού, παρά με βασικές ιατρικές γνώσεις που κατέχει συνήθως ο μέσος Ευρωπαίος, ο οποίος αποδίδει, λόγου χάρη, την αύξηση της αρτηριακής του πίεσης στην ηλικία, τη διατροφή ή τον τρόπο της ζωής του. Επειδή υπάρχουν πολλές κοινωνικοπολιτισμικές διαφορές τόσο στον τρόπο που εκδηλώνονται κάποια παθολογικά συμπτώματα, όσο και στις αντιδράσεις των ανθρώπων σ' αυτά ή στις προσπάθειές τους να θεραπευτούν, ο χαρακτηρισμός περιορίζεται κυρίως στα οξέα περιστατικά ή στην οξεία φάση των χρόνιων νοσημάτων.

Η αρρώστια είναι λοιπόν ένα ψυχοκοινωνικό φαινόμενο, με την έννοια ότι αποδίδεται σ' έναν άνθρωπο ο χαρακτηρισμός του αρρώστου και αυτός τον αποδέχεται (συμπεριφέρεται δηλαδή ανάλογα και ο ίδιος και οι άλλοι προς αυτόν). Υπάρχει όμως περίπτωση, ενώ κάποιος πάσχει από μια νόσο, να μη νιώθει «άρρωστος» και άλλος που αισθάνεται «άρρωστος» να μην ασθενεί πραγματικά. Πολλές φορές συμβαίνει να έχουν προσβληθεί άνθρωποι από διάφορα νοσήματα, αλλά επειδή δεν τους έχει αποδοθεί ο «ρόλος του ασθενή» από έναν ειδικό, να μην αναγνωρίζουν στον εαυτό τους την ασθένεια (π.χ. αλκοολικοί, τοξικομανείς ή και αδιάγνωστοι καρκινοπαθείς, νεφροπαθείς κ.ά.). Πολλοί ψυχιατρικοί ασθενείς επίσης δεν αποδέχονται ότι είναι άρρωστοι ώστε να συνεργαστούν με το προσωπικό υγείας για τη βελτίωση της κατάστασής τους. Το ίδιο δύσκολο είναι να δεχτούν το ρόλο του αρρώστου οι ηλικιωμένοι, οι ανάπηροι και τα άτομα με χρόνια νοσήματα, γιατί βιώνουν μια κατάσταση υγείας που «δαιωνίζεται».

Είναι συμπερασματικά πολύ δύσκολο να τεθούν στεγανά ανάμεσα στις τρεις παραπάνω έννοιες και ιδιαίτερα μεταξύ οργανικής νόσου και ασθένειας (*organic disease vs. illness*), καθώς διάφοροι κοινωνικοί παράγοντες μπορεί να παραποιήσουν το δεσμό προσωπικότητας και νόσου. Παραδείγματος χάρη, αίσθημα πνιγμού, πόνοι στην πλάτη και το στήθος, θα μπορούσαν να οδηγήσουν τον ειδικό στη διάγνωση μιας οργανικής νόσου, ή να συσχετιστούν με κοινωνικούς παράγοντες που θα προσανατολίσουν σε μια διάγνωση άγχους ή κατάθλιψης. Παρόλο λοιπόν που η ιατρική προσπαθεί να απομονώσει τους οργανικούς παράγοντες δεν είναι δυνατόν να οριστεί απόλυτα μια νόσος έχοντας αποκλείσει από τη διάγνωση τον κοινωνικό παράγοντα⁴⁷⁰.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ: Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Οι συμπεριφορές που δίνουν στο άτομο την ευκαιρία να εντοπίσει προβλήματα υγείας δεν ταυτίζονται με εκείνες που εξασφαλίζουν τη βελτίωσή της. Για παράδειγμα, μια μικροβιολογική εξέταση χοληστερίνης παρέχει πληροφορίες για την υγεία ενός ατόμου, χωρίς αυτός ο έλεγχος να μειώνει και τα επίπεδα της χοληστερίνης του. Αντίθετα, μια διατροφή με χαμηλά λιπαρά και πλούσια σε φυτικές ίνες μειώνει στις περισσότερες περιπτώσεις και τη χοληστερίνη, δίνοντας στον άνθρωπο τη δυνατότητα να γίνει πιο υγιής. Αυτό διαπίστωσαν οι Millar και Millar⁴⁸³ οι οποίοι, στην προσπάθειά τους να εξηγήσουν το χαμηλό ποσοστό ανθρώπων που υιοθετούν τελικά προληπτικές συμπεριφορές υγείας, χρειάστηκε να διαχωρίσουν τις συμπεριφορές που οδηγούν στη διάγνωση μιας νόσου (*disease-detection*) από αυτές που προασπίζουν την υγεία (*health-promotion behaviors*).

Ωστόσο είναι αναμενόμενο, οι συμπεριφορές που βοηθούν στη διάγνωση μιας νόσου (π.χ. τεστ Παπανικολάου, μαστογραφία) να βιώνονται απειλητικά από το άτομο, καθώς αναγνωρίζει πλέον την πιθανότητα ύπαρξης ενός προβλήματος υγείας και κατά συνέπεια, να έχει διάφορες αρνητικές αντιδράσεις. Από την άλλη πλευρά, **οι συμπεριφορές για την προώθηση της υγείας** (π.χ. ελάττωση βάρους, χρήση αντιηλιακού) δεν απειλούν την αίσθηση (εικόνα) που έχει για την υγεία του, οπότε δεν προκαλούνται έντονες ψυχικές αντιδράσεις. Η απόφαση, λόγου χάρη, μιας γυναίκας να κάνει μαστογραφία και κλινική εξέταση μαστού είναι πιο απειλητική, καθώς γεννά φόβους για πιθανό καρκίνο, από ό,τι η απόφαση να περιορίσει τα λιπαρά στη διατροφή της. Γι' αυτό επιβάλλεται, παράλληλα με την παροχή πληροφοριών, οι ιατροί και οι νοσηλευτές να δείχνουν ότι καταλαβαίνουν τους συναισθηματικούς παράγοντες (άγχος, φόβο, πανικό), οι οποίοι επηρεάζουν αρνητικά τους ανθρώπους που πρόκειται ν' αρχίσουν μια διαγνωστική έρευνα υγείας, ακόμη και για καθαρά προληπτικούς λόγους. Θα πρέπει επίσης να αποφεύγεται η καλλιέργεια φόβου για μια εξέτα-

ση (π.χ. αναφορά στον κίνδυνο ακτινοβολίας από τη μαστογραφία), γιατί τότε θα μειωθούν ακόμη περισσότερο οι διαθέσεις του ανθρώπου για περαιτέρω εξετάσεις και συμμόρφωση προς τις ιατρικές εντολές. Βοηθά ωστόσο να αντιπαραθέσουν παράλληλα με τα αρνητικά και τα θετικά συναισθήματα της ανακούφισης και της ασφάλειας που θα δοκιμάσουν αργότερα.

Οι αρνητικές αλλαγές στον ψυχισμό των ανθρώπων, που προκαλούνται από την πιθανότητα παρουσίας μιας νόσου, αδρανοποιούν δυστυχώς την εκτέλεση των προτεινόμενων εξετάσεων και την τήρηση των ιατρικών συμβουλών για τακτικές προληπτικές εξετάσεις. Οι Millar και Millar, με νεότερη έρευνά τους, διαπίστωσαν ότι ακόμη και η σκέψη για υιοθέτηση συμπεριφορών για τη διάγνωση μιας νόσου, προκαλεί περισσότερα αρνητικά συναισθήματα απ' ό,τι η σκέψη για υιοθέτηση συμπεριφορών για την προώθηση της υγείας. Ακόμα κι όταν μια διαγνωστική εξέταση πραγματοποιείται για να μειώσει την πιθανότητα ενός κινδύνου μακροπρόθεσμα, τα άτομα βιώνουν τον κίνδυνο αυτό σαν άμεση απειλή⁴⁸⁴.

Οι νεότερες έρευνες^{35, 455} έχουν διαπιστώσει ότι οι ιατρικές πληροφορίες που δίνονται μέσα σ' ένα πλαίσιο θετικών μηνυμάτων, βοηθούν στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας, με χαμηλό γενικά ρίσκο, ενώ αυτές που τονίζουν τα αρνητικά είναι πιο αποτελεσματικές στην προώθηση "διαγνωστικών συμπεριφορών", που ούτως ή άλλως είναι μια πιο ριψοκίνδυνη επιλογή. Προβάλλοντας, λόγου χάρη, τους κινδύνους της αποφυγής συχνής αυτοεξέτασης του μαστού (που είναι και διαγνωστική κίνηση), οι ερευνητές⁴⁷⁹ διαπίστωσαν, 4 μήνες μετά, περισσότερες θετικές αλλαγές στη στάση και τη συμπεριφορά νέων γυναικών (εφάρμοζαν δηλαδή συστηματικά πια την αυτοεξέταση), από τις γυναίκες στις οποίες τονίστηκαν μόνο τα θετικά αυτής της εξέτασης. Τα ίδια θετικά αποτελέσματα διαπιστώθηκαν και σε 130 γυναίκες, 40 ετών και άνω, τις οποίες οι ερευνητές³⁵ έπεισαν για τα ευεργετικά αποτελέσματα της μαστογραφίας, επισημαίνοντας κυρίως τους κινδύνους από την αποφυγή της. Μέσα σ' ένα χρονικό διάστημα 6-12 μηνών, οι περισσότερες από αυτές έκαναν μαστογραφία, σε αντίθεση με στις γυναίκες τις οποίες ανέφεραν μόνο τα θετικά αυτής της εξέτασης, οπότε έμειναν μόνο στις καλές προθέσεις τους, χωρίς να ενεργοποιηθούν.

Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα^{323, 669, 670} όταν δίνονται δύο επιλογές (είτε διαγνωστικές είτε θεραπευτικές) όπου τονίζονται και στις δύο τα θετικά στοιχεία (π.χ. πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση) ή τα πλεονεκτήματά τους, ο άνθρωπος δεν θα αισθανθεί απειλημένος και θα προσπαθήσει να αποφύγει την πιο ριψοκίνδυνη επιλογή, προτιμώντας την πιο "ασφαλή". Αν αντίθετα και στις δύο επιλογές τονίζονται τ' αρνητικά τους στοιχεία (π.χ. κίνδυνος από την αποφυγή τους) ή τα μειονεκτήματά τους (π.χ. παρενέργειες) θα επιλέξει την πιο ριψοκίνδυνη επιλογή. Πάντως ακόμη κι αν οι πληροφορίες που θα δοθούν, κατανέμονται ισόνομα μεταξύ ασφαλέστερων και πιο ριψοκίνδυνων καταστάσεων, η τελική επιλογή του ανθρώπου θα εξαρτηθεί από τον τρόπο που παρουσιάζονται. Συνήθως, αν τονιστούν οι αρνητικές συνέπειες της αποφυγής μιας εξέτασης (π.χ. μαστογραφία) θα πείσουν πιο αποτελεσματικά τους ανθρώπους για υιοθέτηση προληπτικών εξετάσεων, που θεωρούνται περισσότερο ριψοκίνδυνες.

Όσον αφορά στην **προώθηση των συμπεριφορών υγείας**, οι ειδικοί θα πρέπει να εντοπίσουν με ακρίβεια τους λόγους για τους οποίους οι άνθρωποι δεν φροντίζουν την υγεία τους. Από μια άλλη οπτική γωνία, φαίνεται ότι οι έρευνες δεν έχουν μελετήσει αρκετά τα κίνητρα που επηρεάζουν τις επικίνδυνες για την υγεία συμπεριφορές· ιδιαίτερα αυτά που σχετίζονται με την παρουσίαση του εαυτού μας στους άλλους και την εντύπωση που προσπαθούμε να τους προκαλέσουμε (self-presentation, impression management)³⁹². Η διεργασία μέσα από την οποία οι άνθρωποι προσπαθούν να ελέγξουν το πώς τους αξιολογούν και τους κρίνουν οι άλλοι, επηρεάζει όχι μόνο τις κοινωνικές τους σχέσεις (γάμος, φιλίες, γνωριμίες, επαγγελματική επιτυχία), αλλά και την αυτοεκτίμηση και την όλη τους ψυχική διάθεση^{587, 589}. Δυστυχώς οι άνθρωποι, κάτω από το φόβο ή το άγχος της απόρριψής τους από τους άλλους, επιδίδονται σε ριψοκίνδυνες συμπεριφορές, με αποτέλεσμα να αυξάνει το ποσοστό ατυχημάτων ή νόσων που τις συνοδεύουν.

Υπολογίζεται ότι το 30%-65% των ατόμων με ενεργό σεξουαλική ζωή νιώθουν αμηχανία όταν αγοράζουν προφυλακτικά²⁷⁰ και ιδιαίτερα οι έφηβοι, που είναι πολύ ευαίσθητοι στη γνώμη των τρίτων⁷⁹². Όσο αυξημένο άγχος έχουν τα άτομα για την εντύπωση που προξενούν στους άλλους, τόσο περισσότερο αναβάλλουν τις συζητήσεις με το/τη

σύντροφό τους γύρω από τη λήψη μέτρων αντισύλληψης, ή φοβούνται πως αν είναι οι ίδιοι κατάλληλα προετοιμασμένοι, θα κατηγορηθούν είτε ότι προμελέτησαν την “έκβαση της βραδιάς”, είτε ότι κάτι συμβαίνει με την υγεία τους⁵⁸⁵. Εάν φυσικά υπερισχύσει η άποψη ότι αυτοί που δεν λαμβάνουν τα απαραίτητα μέτρα προστασίας είναι ανεύθυνα, ανώριμα και αδιάφορα για τη δημιουργία μιας σωστής σχέσης άτομα, θα προωθηθεί και η υπεύθυνη σεξουαλική συμπεριφορά.

Ένας από τους καλύτερους δείκτες πρόβλεψης για την αύξηση του καρκίνου του δέρματος είναι η εντύπωση ομορφιάς και υγείας που προσπαθούν να επιτύχουν οι άνθρωποι μέσα από την “ηλιοκαμένη” τους επιδερμίδα. Εάν όμως δινόταν ένα αρνητικό μήνυμα για τις επιδράσεις της υπερβολικής έκθεσης στον ήλιο (πρόωρη γήρανση, δημιουργία ρυτίδων, αύξηση των πιθανοτήτων για καρκίνο του δέρματος, εγκαύματα) θα άλλαζε το στερεότυπο αυτό με την υιοθέτηση πιο υγιών συμπεριφορών (καπέλο, αντιηλιακή κρέμα, ελάχιστες ώρες ηλιοθεραπείας)³²⁰.

Η έμφαση επίσης στο λεπτό, νεανικό σώμα έχει δημιουργήσει πολλά προβλήματα διαταραχών της όρεξης (ανορεξία, βουλιμία, yo-yo dieting κ.λπ.) και κατ’ επέκτασιν υγείας (γαστρεντερικές διαταραχές, καρδιαγγειακά νοσήματα κ.ά.) καθώς γίνεται αλόγιστη χρήση από αμφεταμίνες, χάπια διαίτης, διουρητικά και τσιγάρα, προκειμένου να ελέγξουν το βάρος τους, ειδικά τα νέα άτομα και οι γυναίκες. Έχει δοθεί δυστυχώς ένα λάθος στίγμα στο πάχος, ενώ οι λεπτές (ακόμη και ανορεκτικές) κοπέλες τραβούν την προσοχή και το ενδιαφέρον μας, καθώς το λεπτό σώμα συνδέεται με τη θηλυκότητα. Είναι άλλωστε διαπιστωμένο ότι οι γυναίκες με διατροφικές διαταραχές έχουν μεγάλη ανάγκη για κοινωνική αποδοχή και εμφανίζουν ιδιαίτερα υψηλό φόβο απόρριψής τους από τους άλλους, ιδίως από τους άνδρες^{333, 556}. Όσο το κοινό δεν ενημερώνεται για τα μακροπρόθεσμα προβλήματα της λανθασμένης διατροφής, της έλλειψης άσκησης και της απότομης μείωσης οστικής και μυϊκής μάζας, τόσο θα ενισχύονται τα αρνητικά πρότυπα και οι λάθος τακτικές ελέγχου του βάρους. Όταν π.χ. οι ερευνητές παρουσίασαν σε γυναίκες τον κίνδυνο της οστεοπόρωσης, ενισχύθηκε στις περισσότερες η επιθυμία για υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών ζωής, ώστε να την αποτρέψουν³⁵⁹.

Ακόμη και οι πιο “αθώες” συμπεριφορές για την απόκτηση ωραίας

εμφάνισης, δεν είναι πάντα χωρίς κινδύνους. Η συχνή και υπερβολική χρήση καλλυντικών, για παράδειγμα, μπορεί να προκαλέσει ακμή ή άλλα δερματολογικά προβλήματα (κνησμό και ερεθισμό του δέρματος, αλλεργίες κ.λπ)²¹³. Οι πλαστικές εγχειρήσεις που γίνονται κυρίως για κοσμετολογικούς λόγους (λιπαναρρόφηση, πλαστική στήθους κ.ά.) μπορεί να έχουν ως συνέπειες την καταστροφή ιστών, πόνο, μετεγχειρητικά προβλήματα (μόλυνση, αιμορραγία, δημιουργία θρόμβων) ή και θάνατο^{193, 537, 711}.

Καθημερινά βέβαια όλοι διαπιστώνουμε τις τραγικές συνέπειες της υπερβολικής κατανάλωσης ποτών, τσιγάρων και ουσιών εθισμού. Πολλές από αυτές τις συμπεριφορές υιοθετούνται σε πρώτο στάδιο σαν μια προσπάθεια να γίνει κανείς αποδεκτός από μια ομάδα συνομηλίκων και να παρουσιάσει τον εαυτό του ως “δυναμικό”, “ανεξάρτητο”, “απελευθερωμένο” άτομο (το πρότυπο του “σκληρού άνδρα” ή της “χειραφετημένης γυναίκας”). Άλλοτε πάλι λανθασμένες απόψεις (“με το κάπνισμα δεν παχαίνεις”) ή η “αθώα” πρόταση “πιες ένα ποτό ή κάπνισε ένα τσιγάρο, για να χαλαρώσεις” γίνονται τακτική ζωής, δήθεν για επίλυση προβλημάτων^{107, 190, 217, 684}.

Δυστυχώς ακόμη και πολλά ατυχήματα συμβαίνουν γιατί κάποιοι δεν θέλουν να φανούν στους άλλους ως “ψυχαναγκαστικοί με την ασφάλειά τους” και γι’ αυτό αποφεύγουν να φορούν συστηματικά κράνος, γάντια, προστατευτικά γυαλιά και άλλα χρήσιμα εξαρτήματα, ακόμα κι αν το απαιτούν οι συνθήκες της εργασίας τους. Οι ανεύθυνες αυτές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου για την πρόκληση τραυματισμών ή ατυχημάτων, αν και είναι συχνότερες στους εφήβους^{215, 319}, παρατηρούνται με μεγαλύτερη συχνότητα και στους ενήλικες άνδρες από ό,τι στις γυναίκες, καθώς αυτοί διακατέχονται κυρίως από την επιθυμία να θεωρούνται ως γενναίοι, ριψοκίνδυνοι και περιπετειώδεις^{172, 393}.

Θα χρειαστεί λοιπόν συστηματική προσπάθεια από την πλευρά των ψυχολόγων και των άλλων επαγγελματιών υγείας για να πείσουν τους ανθρώπους ότι όταν βρίσκεται αντιμέτωπη η υγεία τους με τη δημόσια εικόνα τους, θα πρέπει να προσέξουν περισσότερο την πρώτη και λιγότερο τη δεύτερη. Όλα τα παραπάνω ερευνητικά στοιχεία θα μπορούσαν βέβαια να παρουσιαστούν ακόμη πιο πειστικά από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, με ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα: επιμελημέ-

να έντυπα για ενημέρωση σε διάφορα θέματα υγείας, βιντεοκασέτες ή άλλες οπτικο-ακουστικές μέθοδοι επικοινωνίας. Επίσης βοηθά η παροχή διευκολύνσεων από ιδιωτικούς και κρατικούς φορείς (π.χ. μειωμένες τιμές προληπτικών εξετάσεων, κινητές διαγνωστικές μονάδες) και η υπενθύμιση των ιατρών προς τους ασθενείς για τακτές προληπτικές εξετάσεις, μέσα από γράμματα, E-mail και τηλεφωνικά μηνύματα.

Η ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

Μια αλλαγή στη βιοσωματική μας κατάσταση κινητοποιεί τους αυτορρυθμιστικούς μηχανισμούς του οργανισμού. Στο πλαίσιο αυτό, κάθε συμβάν συγκρίνεται με προηγούμενα "επεισόδια" υγείας και το άτομο προσπαθεί να εκτιμήσει το αν θα πρέπει ή όχι να αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Η απλή όμως παρουσία άτυπων συμπτωμάτων (που οδηγούν τον ασθενή σ' ένα συμπέρασμα) δεν είναι αρκετή για να ενεργοποιηθεί. Για να γίνει αυτό θα πρέπει πρώτα να αναπτύξει μια γνωστική παράσταση της απειλής της υγείας του, να καταλάβει ότι δεν μπορεί να την αντιμετωπίσει μόνος και να λάβει τελικά υπόψη του τις συμβουλές και τις παροτρύνσεις των συγγενών και φίλων για επίσκεψη σε ιατρό. Η αναζήτηση ιατρικής γνώμης επηρεάζεται επίσης από: α) γνωστικούς παράγοντες (αναγνώριση συμπτωμάτων, αντιμετώπιση τους και εκτίμηση της όλης θεραπείας) και β) συναισθηματικούς παράγοντες (π.χ. φόβος και θυμός συνοδεύουν συχνά τον πόνο ή τη δυσφορία που νιώθει κάποιος).

Τα διάφορα βιοσωματικά συμπτώματα είναι καθοριστικοί παράγοντες των αυτορρυθμιστικών μηχανισμών υγείας, γιατί αντιπροσωπεύουν την πρώτη γνωστική παράσταση της απειλής και συγχρόνως κινητοποιούν το άτομο για την αντιμετώπισή της: η καταστολή του συμπτώματος προσφέρει μια πρώτη εικόνα για την καταπράυνση των απειλών υγείας. Η αναζήτηση λοιπόν ιατρικής φροντίδας καθορίζεται από: α) τη νοσηρότητα, β) την αντίληψη του ατόμου για τη σοβαρότητα ενός προβλήματος υγείας και γ) την προτίμηση του ασθενή σε μια μέθοδο θεραπείας (η οποία επιλέγεται συνήθως μέσα από τις γνώσεις που έχει γύρω από τους κινδύνους ή τα οφέλη της και από κίνητρα άσχετα με την υγεία του, π.χ. δυνατότητα αποχής από την εργασία του)⁴⁷.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το 80% των ασθενών εμφανίζεται στον ιατρό μετά από "αυτο-διάγνωση". Αναζητείται δηλαδή η ιατρική θεραπεία κατόπιν διάγνωσης από τον ίδιο τον ασθενή¹⁵¹. Πιο αναλυτικά, το άτομο λαμβάνει υπόψη τους ακόλουθους παράγοντες για να διαμορφώσει μια ορθή αντίληψη γύρω από μια ασθένεια: 1) αναγνώριση του

προβλήματος υγείας (καταγραφή των συμπτωμάτων για πρώτη διάγνωση), 2) διάρκεια, 3) συνέπειες της νόσου: άμεσες (π.χ. διακοπή δραστηριοτήτων) και μακροπρόθεσμες (π.χ. αναπηρία), οι οποίες καθορίζουν τη σοβαρότητά της, 4) αιτίες του προβλήματος και 5) προσδοκίες σχετικά με τον έλεγχο της κατάστασης. Την επιλογή και την εκτέλεση των διεργασιών αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας (*coping stage*) θα ακολουθήσει μια επανεκτίμηση (*appraisal stage*) για το αν επήλθε τελικά η βελτίωσή τους ή αν πρέπει να αναζητηθούν άλλοι τρόποι θεραπείας. Το ενδεχόμενο όμως μιας θεραπευτικής αποτυχίας, είναι φυσικό να επιφέρει και ψυχική αναστάτωση⁸⁷.

Για να βελτιωθεί βέβαια το σύστημα υγείας και να περιοριστεί το οικονομικό κόστος των παροχών ιατρικής βοήθειας, δε θα πρέπει να περιοριστούμε μόνο στο βιοϊατρικό μοντέλο αντιμετώπισης. Έχει γίνει πλέον ευρύτερα αποδεκτό ότι μια σφαιρικότερη αντιμετώπιση θα επιφέρει βελτιώσεις και στην κλινική και την οικονομική αντιμετώπιση ενός προβλήματος. Γιατί όπως διαπιστώθηκε και από παλαιότερες έρευνες το 60% των ασθενών, που επισκέπτονται κέντρα υγείας ή εφημερεύοντα νοσοκομεία, είναι "υγιείς που ανησυχούν για την υγεία τους" (*worried well*) και φυσικά δεν τους δίνεται μια συγκεκριμένη διάγνωση. Οι ίδιοι ασθενείς, με τη βοήθεια ψυχοθεραπείας, μείωσαν τις ιατρικές επισκέψεις και βελτίωσαν την όλη κατάσταση της υγείας τους¹³³. Μόνο το 12%-25% των ασθενών που κάνουν χρήση των ιατρικών υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζονταν από τους ιατρούς ως άτομα με αντικειμενική δυσλειτουργία/αναπηρία ή απλή νοσηρότητα⁵³. Ένα 40% του πληθυσμού έχει μία ή και περισσότερες διαγνώσεις χρόνιων νοσημάτων (π.χ. διαβήτη, αναπνευστικά προβλήματα και υπέρταση) και όλα αυτά στην πλειοψηφία των ασθενών σχετίζονται με ψυχολογικά προβλήματα. Η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στους παραπάνω ασθενείς μείωσε κατά πολύ το ιατρικό κόστος της περίθαλψής τους^{134, 399}.

Παρόμοια στοιχεία παρουσίασαν και νεότερες έρευνες, συμπεραίνοντας ότι πολλοί ασθενείς με σωματικά συμπτώματα έχουν αδιάγνωστα ψυχιατρικά νοσήματα ή πιο ήπιες ψυχολογικές διαταραχές^{94, 306, 710}. Προβλήματα όπως κατάθλιψη (σε ποσοστό 23% αυτών των ασθενών), άγχος και κρίσεις πανικού (περίπου 18%), εκδηλώνονται συνήθως με οξύ πόνο στο στήθος ή άλλα καρδιολογικά συμπτώματα (π.χ.

δύσπνοια), οπότε απαιτούν και υψηλότερο ιατρικό κόστος διάγνωσης και αντιμετώπισής τους. Επίσης, οι ασθενείς με σωματοποίηση του άγχους ή των άλλων ψυχικών τους προβλημάτων είναι συνήθως αυτοί που "γυρίζουν από γιατρό σε γιατρό", υπερβάλλουν κατά την αναφορά των συμπτωμάτων τους, μεγεθύνοντάς τα, και εξαναγκάζουν, τρόπον τινά, το ιατρικό προσωπικό στη χορήγηση νέων ή/και περισσότερων φαρμάκων και στην επιπλέον παραπομπή σε εξετάσεις^{40, 613, 614}. Γι' αυτό οι ιατροί θα πρέπει να κάνουν μια πιο προσεκτική αξιολόγηση των ασθενών πριν να προτείνουν κι άλλες διαγνωστικές εξετάσεις υψηλού κόστους⁵⁶⁴.

Ευτυχώς, πολλές έρευνες αναφέρουν αφενός μείωση του ιατρικού κόστους και αφετέρου βελτίωση της ψυχικής υγείας και ενίσχυση της φυσιολογικής λειτουργίας των ασθενών με τα παραπάνω προβλήματα, μέσα από συντονισμένες προσπάθειες για παράλληλη παροχή ιατρικής και ψυχολογικής φροντίδας^{102, 285, 607}. Επειδή ωστόσο οι περισσότεροι ασθενείς είναι διστακτικοί ή και αρνητικά προδιατεθειμένοι απέναντι σε μια ψυχοσωματική εξήγηση του προβλήματος της υγείας τους ή στις ψυχολογικές μεθόδους και παρεμβάσεις, είναι καλό να εξασφαλίζεται πρωτίστως η ιατρική βοήθεια και στη συνέχεια να γίνει από τον ιατρό, η σύσταση για συνεργασία με έναν ψυχολόγο.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η πολιτεία καταβάλλει προσπάθειες για μεγαλύτερη και ευκολότερη πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες, βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών, μείωση των περιττών δαπανών. Τα προβλήματα αυτά θα πρέπει να αντιμετωπιστούν εγκαίρως, γιατί η δυναμική ενός συνεχώς αυξανόμενου αριθμού ηλικιωμένων και ατόμων που υποφέρουν από πολλαπλά χρόνια νοσήματα καθιστά όλο και πιο απαιτητική την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας, σε συνδυασμό με μια όλο και πιο απαισιόδοξη οικονομική πολιτική υγείας.

ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΒΙΟΨΥΧΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ

Ο όρος **στρες** (stress) χρησιμοποιείται στην καθημερινή ζωή για να περιγράψει την ανθρώπινη αντίδραση σε καταστάσεις που θέτουν σε δοκιμασία τις σωματικές και ψυχικές μας δυνάμεις, υπερεντείνοντας την όλη λειτουργία του οργανισμού. Στην ψυχολογία, η έννοια "στρες" αναφέρεται σε μια ορισμένη βιοψυχική διεργασία, η οποία προκαλείται όταν ένα πιεστικό "στρεσογόνο" ερέθισμα ερμηνευτεί ως απειλητικό, οπότε δημιουργεί στον άνθρωπο συναισθήματα άγχους και έντασης, που εκδηλώνονται με διάφορα σωματικά (π.χ. αυξημένη δραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, κεφαλαλγίες κ.ά.) ή ψυχικά συμπτώματα (π.χ. κρίσεις πανικού, φόβο, θυμό, κατάθλιψη).

Ήδη από τη δεκαετία του 1920, ο φυσιολόγος Walter Cannon⁸⁸ παρατήρησε ότι το στρεσογόνο ερέθισμα διαταράσσει την ομοιοστατική λειτουργία του οργανισμού, ο οποίος αντιδρά με "**μάχη ή φυγή**": εμφανίζει δηλαδή αυτόματες αντιδράσεις είτε επίθεσης είτε απόδρασης από την εστία του κινδύνου («**λειτουργίες εγρήγορσης**»), προκειμένου να επανέρθει στη φυσιολογική του λειτουργία. Αργότερα, ο Hans Selye⁵⁹⁷ επισήμανε ότι οι αντιδράσεις του ανθρώπου στο στρες είναι πολυδιάστατες και σαν τέτοιες πρέπει να συζητώνται, αφού ο οργανισμός ανατρέχει και στις βιοψυχοκοινωνικές του δυνάμεις για να το αντιμετωπίσει.

Το σύνολο όλων των αλλαγών που παρατηρούνται κατά την "αναμέτρηση" με κάποιο στρεσογόνο ερέθισμα ονομάζεται **Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής** και εξελίσσεται σε τρία στάδια. Στο πρώτο **στάδιο της εγρήγορσης**, παρατηρείται μια "**αντίδραση συναγερμού**" του σώματος στον αιφνιδιασμό των απειλητικών ερεθισμάτων, τα οποία ενεργοποιούν τον άξονα υποθάλαμος -υπόφυση- επινεφρίδια και επέρχονται σωματικές αλλαγές στον οργανισμό (π.χ. αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης, αγγειοσύσπαση, μυδρίαση, αύξηση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων, κ.λπ.) που προετοιμάζουν το άτομο να αντιμετωπίσει το στρες. Στη συνέχεια, εκδηλώνεται το "**στάδιο αντίστασης**", κατά το οποίο ο οργανισμός -επιστρατεύοντας το σύνολο των συστημάτων του: σωματικές, γνωστικές, συναι-

σθηματικές λειτουργίες- αντιδρά με “μάχη ή φυγή”, προσπαθώντας να περιορίσει τις συνέπειες του στρες. Βέβαια κάτω από έντονο και παρατεταμένο στρες (π.χ. στο τελευταίο στάδιο εξέλιξης μιας ανιάτης νόσου) περιορίζεται το αντιληπτικό πεδίο, αυξάνεται η ακαμψία των γνωστικών λειτουργιών και μειώνονται προοδευτικά οι ικανότητες της ψυχοκοινωνικής μας προσαρμογής. Εάν τελικά οι προσπάθειες του οργανισμού αποδειχθούν ανεπαρκείς και το ερέθισμα εξακολουθεί, το άτομο περνά στο “**στάδιο της εξάντλησης**”, οπότε και εμφανίζονται οι συνέπειες του στρες (π.χ. υψηλά επίπεδα αδρεναλίνης ή άλλων ορμονών στρες, καρδιαγγειακά νοσήματα, ανοσοκαταστολή κ.ά.), οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές βλάβες υγείας ή ακόμη και θάνατο.

Μια δεύτερη προσέγγιση του στρες εστιάζει την προσοχή της στα στρεσογόνα ερεθίσματα, ανεξάρτητα από την αντίδραση του ατόμου. Οι Holmes και Rahe²⁹³, μελετώντας μια πληθώρα θετικών και αρνητικών **γεγονότων** της καθημερινής ζωής, **που απαιτούν προσαρμογή σε νέες συνθηκές ζωής** (π.χ. διαζύγιο, γάμος, γέννηση παιδιού, συνταξιοδότηση, φυλάκιση, μικροπαραβιάσεις του νόμου, ακόμη και διακοπές), διαπιστώνουν ότι, ανάλογα με τη συχνότητα που παρουσιάζονται και την αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για το πώς πρέπει να ανταποκριθούν σε αυτά (αν δηλαδή εκτιμούν ότι απαιτείται μεγαλύτερη ή μικρότερη αναπροσαρμογή της ζωής τους), τα γεγονότα αυτά μπορεί να είναι καθοριστικά για τα επόμενα χρόνια της βιοσωματικής και ψυχικής τους υγείας.

Πρόσφατα δόθηκε ιδιαίτερη βαρύτητα και στα μικρά καθημερινά γεγονότα της ζωής (π.χ. οικογενειακές διαφωνίες, οικονομικές δυσκολίες, μικροατυχίες κ.λπ.), τα οποία επιδρούν στην υγεία, αν και είναι μικρής σχετικά σοβαρότητας και έντασης, αλλά παρουσιάζονται με μεγάλη συχνότητα⁷¹⁴. Ορισμένοι ερευνητές^{148, 149, 176} πιστεύουν ότι οι μικροαλλαγές της ζωής αποτελούν τον ενδιάμεσο κρίκο στη σχέση μεταξύ προσαρμογής του ανθρώπου στα διάφορα στάδια της ζωής του και συμπτωματολογίας μιας νόσου· έτσι το άτομο καθίσταται πιο ευάλωτο σ' αυτή. Άλλοι^{533, 540} θεωρούν ότι τα μικρά και τα μεγάλα γεγονότα, που προκαλούν αναδιοργάνωση της ζωής, λειτουργούν ως ανεξάρτητοι δείκτες για την εμφάνιση ή την εξέλιξη μιας νόσου· καμιά φορά μάλιστα είναι σε ανταγωνιστική σχέση μεταξύ τους. Σε ασθενείς

με ρευματοειδή αρθρίτιδα, για παράδειγμα, διαπιστώθηκε ότι μετά από τραυματικά γεγονότα (π.χ. θάνατος μελών της οικογένειας) υπήρχε μείωση των συμπτωμάτων τους και ανακούφιση από τον πόνο, ενώ τα μικρά καθημερινά προβλήματα, σε συνδυασμό με κακή ψυχική διάθεση, ενεργοποιούσαν το ανοσοποιητικό σύστημα, με αποτέλεσμα να εμφανίζεται έξαρση των συμπτωμάτων τους^{461, 715}. Πάντως, αν και ένα σοβαρά στρεσογόνο γεγονός επιφέρει συνήθως αρνητικά σωματικά συμπτώματα, έχουν άδικα κατηγορηθεί ως ψυχοσωματικές, παθήσεις όπως οι κεφαλαλγίες, οι γαστρεντερικές διαταραχές και άλλες, εξαιτίας των μεθοδολογικών αδυναμιών των σχετικών ερευνών^{68, 641}. Με τον τρόπο όμως αυτό, υπερτονίζεται η σημασία των ψυχοπιεστικών γεγονότων ενώ παραβλέπεται ο ρόλος άλλων παραγόντων (όπως π.χ. της διατροφής ή της κατάλληλης φαρμακοθεραπείας) στη ρύθμιση των συμπτωμάτων των παραπάνω παθήσεων. Ακόμη, επειδή οι ασθενείς που υποφέρουν από μια νόσο αγωνίζονται να δώσουν μια εξήγηση για τα σωματικά συμπτώματα που τους ταλαιπωρούν, καταφεύγουν στην εύκολη λύση να τα αποδίδουν στα ψυχοπιεστικά γεγονότα της καθημερινής τους ζωής^{74, 75}. Για την "ενοχοποίησή" τους καθοριστικό ρόλο παίζουν επίσης οι γνωστικές παραποιήσεις και προκαταλήψεις, στις οποίες συνήθως υποκύπτει ο ασθενής, καθώς ανακαλεί συνήθως μόνο τις περιπτώσεις που τα στρεσογόνα γεγονότα προηγήθηκαν ή συνέβησαν συγχρόνως με την επανεμφάνιση των συμπτωμάτων του, ενώ ξεχνά τις φορές που αυτό συνέβαινε σε καιρό ηρεμίας και ζωής χωρίς άγχος^{194, 634}.

Τέλος, εξετάζονται οι ψυχολογικές αντιδράσεις που εμφανίζονται μακροπρόθεσμα, μετά από συνεχή επίδραση στον άνθρωπο φυσικών φαινομένων (π.χ. σεισμός, πυρκαγιά, πλημμύρα ή άλλες φυσικές καταστροφές), όσο και άλλων στρεσογόνων καταστάσεων (π.χ. πόλεμος, σωματική ή/και σεξουαλική κακοποίηση, συνωστισμός των μεγαλουπόλεων, ηχορρύπανση, ακόμη και μόλυνση του περιβάλλοντος) και αναφέρονται ως **μετατραυματικό στρες**^{42, 211}.

Φυσικά το ποσοστό στρεσογόνων ερεθισμάτων που συναντά ένα συγκεκριμένο άτομο στη διάρκεια της ζωής του είναι συνάρτηση και της αυτοπεποίθησης/ικανότητάς του να αντιμετωπίσει απαιτητικές και δύσκολες καταστάσεις. Δημιουργούνται, λόγου χάρη, προβλήματα εάν κάποιος νομίζει ότι δεν έχει τις ικανότητες να ανταποκριθεί

στα κίνητρα και τις επιδιώξεις του, ή εάν με την υπεραπασχόληση και τις πολλές του φιλοδοξίες εξαντλεί τον εαυτό του για να επιτύχει υψηλότερους και δυσκολότερους στόχους ζωής. Η σύγχρονη ψυχολογική προσέγγιση φέρνει στο προσκήνιο τις ενδογενείς παραμέτρους αντιμετώπισης του στρες (π.χ. προσωπικότητα και προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου σε συνθήκες στρες) και αξιολογεί την κάθε περίπτωση λαμβάνοντας υπόψη τον **υποκειμενικό τρόπο αντίδρασης** που εμφανίζει ο κάθε άνθρωπος. Μέσα από την προσέγγιση αυτή θα εξετάσουμε και τις αντιδράσεις των ασθενών που πάσχουν από διαφορετικά νοσήματα.

Είναι βασικό να λαμβάνονται υπόψη πέρα από τις ατομικές και οι συλλογικές αντιλήψεις γύρω από το θέμα. Αναφέρουμε ως παράδειγμα ένα στοιχείο της Ελληνικής νοοτροπίας, που είναι η τάση ν' αφηφούμε τους κινδύνους π.χ. μιας συνήθειάς μας και να τους σκεφτόμαστε μόνο όταν έχει ήδη εμφανιστεί το πρόβλημα. Η αντίληψη αυτή προέρχεται στην πραγματικότητα από την ανάγκη του ανθρώπου να νιώθει **ικανός και αποτελεσματικός στον έλεγχο** μιας κατάστασης, όπως επιβεβαιώνεται και από τις ψυχολογικές θεωρίες που ακολουθούν.

Η **λογικο-θυμική θεραπεία** του Ellis¹⁸¹, σύμφωνα με την οποία τα συναισθήματα προκαλούνται από τον τρόπο που οργανώνουμε τις γνωστικές μας αντιλήψεις (σκέψη) και η **γνωσιακή θεραπεία** του Beck⁴³, όπου διατυπώνεται η θεωρία ότι οι παραποιήσεις στη σκέψη (π.χ. αυθαίρετα συμπεράσματα, υπεργενίκευση, διπολική σκέψη κ.λπ.) υποθάλλουν τις δυσλειτουργικές ψυχικές καταστάσεις, έφεραν στο προσκήνιο τη σημασία που έχει για την υγεία, η αίσθηση επάρκειας του ατόμου στην αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου προβλήματος. Παραδείγματος χάρη, οι άκαμπτες και λανθασμένες σκέψεις που βασανίζουν έναν ασθενή (όπως "θα είμαι πάντα άρρωστος και μόνος", "δεν μπορείς να βασιστείς στους γιατρούς", "ή θα γίνω εντελώς καλά ή θα πεθάνω"), κινδυνεύουν να γίνουν **αυτόματες σκέψεις**, εάν τελικά αυτός δεν μπορεί να τις ελέγξει και να τις αντικαταστήσει με εναλλακτικές αντιλήψεις, οι οποίες να είναι πιο θετικές και να αξιολογούν σωστά την πραγματικότητα της νόσου και τις δυνατότητές του για αντιμετώπισή της. Γι' αυτό και οι περισσότερες ψυχολογικές θεωρίες αυτής της οπτικής δίνουν έμφαση **στην ενίσχυση της ικανότητας ελέγχου του περιβάλλοντος**³³, **ελέγχου της πραγματικότητας**³⁹⁰, **γνωστι-**

κής εκτίμησης της απειλής³⁹¹ και χρήσης λογικών συλλογισμών^{43, 181}. Κύριος στόχος λοιπόν των σύγχρονων τεχνικών ψυχολογικής προσέγγισης είναι ο έλεγχος αυτών των ίδιων των γνωστικών διαδικασιών, που συνοδεύονται από στρες και άγχος, με σκοπό την καταστολή του άγχους και των άλλων αρνητικών συναισθημάτων, μετά από έλεγχο της εγκυρότητας των σκέψεων αυτών (**ορθολογιστική προσέγγιση**).

Χρειάζεται ωστόσο ιδιαίτερη κριτική ανάλυση από την πλευρά του ειδικού υγείας για ν' αποφασίσει αν θα πρέπει ή όχι ν' αποκτήσει ο ασθενής τον έλεγχο κάποιων στρεσογόνων καταστάσεων (π.χ. της θεραπείας του), πότε και με ποιο τρόπο. Άλλωστε αιώνες τώρα πολλοί φιλόσοφοι έχουν εκφράσει ποικίλες απόψεις στο θέμα αυτό. Ο Επίκουρος, για παράδειγμα, θεωρούσε ως προϋπόθεση της ηρεμίας και ευτυχίας την αποδοχή της πραγματικότητας: «Μή θέλε τά γινόμενα γίνεσθαι ως σύ θέλεις. Θέλε τα ως γίνονται, ἴνα εὐτυχῆς...». Άλλη πάλι ρήση των στωϊκών αναφέρει: «Εἷ σε φέρει τό φέρον, φέρε καί φέρου. Εἷ λυπεῖς, καί τό φέρον σε φέρει...». Ο Κινέζος φιλόσοφος του 5ου αιώνα, Lao-Tzu, αφηγείται την ιστορία του νερού, βοηθώντας τους μαθητές του να συλλάβουν τη σημασία της υποχώρησης και της αποδοχής. Καθώς το νερό κυλά σ' ένα ρυάκι, δέχεται αβίαστα ή υποχωρεί στην παρουσία πέτρας ή βράχου. Τελικά όμως τα πετρώματα φθείρονται, ενώ το νερό συνεχίζει αμείωτο την πορεία του.

Κατά τον ίδιο τρόπο, το έργο του ψυχολόγου* έγκειται στη θετική χρήση της δυνατότητας του αρρώστου για τον έλεγχο της βιοσωματικής του υγείας, λαμβάνοντας πάντοτε υπόψη τις ατομικές διαφορές και αξιολογώντας πρώτα την προσωπικότητα του κάθε ασθενή και ύστερα τις απαιτήσεις της νόσου του. Γι' αυτό άλλοτε χρειάζεται να μειώσει την αρνητική ανάγκη ενός ανθρώπου για έλεγχο της υγείας του, αυξάνοντας όμως τον εσωτερικό του έλεγχο (π.χ. μέσα από τεχνικές χαλάρωσης, ύπνωσης και βιοανάδρασης) και άλλοτε να αυξήσει τη δυνατότητα αυτού του ελέγχου, διδάσκοντάς του τεχνικές για καλύτερο έλεγχο της νόσου, ή ενθαρρύνοντας τη διεκδικητικότητά του στην αναζήτηση ιατρικών πληροφοριών γύρω από την εξέλιξη της υγείας του και μειώνοντας σταδιακά τα συναισθήματα απόγνωσης και ανικανότητας που βιώνει.

* Πιο αναλυτική παρουσίαση των ψυχολογικών τεχνικών στην αντιμετώπιση οργανικών συμπτωμάτων στο άρθρο της Γεωργίας Σηφακάκη «Αντιμετωπίζοντας την ανίατη ασθένεια και τον θάνατο: Η σκοπιά της ψυχολογίας».⁶⁰³

ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΟ ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΥΓΕΙΑΣ

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας⁵¹⁵ εξετάζει την ασθένεια και την ανθεκτικότητα που αποκτά ένας άνθρωπος σ' αυτή, προσπαθώντας να εκτιμήσει και την αλληλεπίδραση των διαφορετικών παραγόντων που επιδρούν, μέσα από τη θεωρία των συστημάτων. Οι πηγές προσαρμοστικής ευελιξίας του ασθενή δεν καθορίζονται μόνο από τις γενετικές/βιολογικές πλευρές του οργανισμού, αλλά και από τις πολιτισμικές/περιβαλλοντολογικές προκλήσεις που συναντά⁴⁷³.

Η νόσος χαρακτηρίζεται από δυσλειτουργία σε τρία επίπεδα: το ενδοσυστημικό, το συστημικό και το διασυστημικό. **Το ενδοσυστημικό** επίπεδο αναφέρεται σε διεργασίες που γίνονται μέσα σ' ένα όργανο (ή πιο ειδικά: στο κύτταρο, στο μόριο). **Το συστημικό** επίπεδο αναφέρεται στο σύνολο του ζώντος οργανισμού και στην προσωπικότητα. **Το διασυστημικό** επίπεδο περιλαμβάνει διαπροσωπικά φαινόμενα, όπως είναι η δυαδική σχέση του ζευγαριού ή οι σχέσεις με διάφορες ομάδες όπως η οικογένεια, οι φίλοι, η κοινότητα⁶⁶⁴.

Η δυσλειτουργία ενός επιπέδου επηρεάζει άμεσα και τ' άλλα. Γι' αυτό θα πρέπει, έστω και έμμεσα ή ασυνείδητα, να αποκατασταθούν όλα για να επέλθει και πάλι η ισορροπία. Για παράδειγμα, η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη είναι μία νόσος που προσβάλλει ένα συγκεκριμένο όργανο (ενδοσυστημικό επίπεδο). Αν μετά την απαιτούμενη προστατεκτομή ο άνδρας συνεχίσει ικανοποιητικά τη σεξουαλική του ζωή, αυτό θα εξαρτηθεί και από τα συστημικά χαρακτηριστικά του ασθενή (π.χ. την ψυχοσεξουαλική του ωριμότητα) και από ποικίλους διασυστημικούς παράγοντες (π.χ. τις σχέσεις του ζευγαριού, τις προηγούμενες σεξουαλικές του εμπειρίες). Είναι λοιπόν σημαντικό να εξετάσουμε όλο το βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εξελίσσεται η νόσος του ασθενή. Πέρα από το γενετικό υπόβαθρο και τις βιολογικές άμυνες χρειάζεται να εκτιμηθεί το πνευματικό επίπεδο και η συναισθηματική ωριμότητα του ασθενή, η συμπαράσταση που του προσφέρει η οικογένειά του, οι κοινωνικές αντιλήψεις γύρω από την πάθησή του. Επειδή ακριβώς ο άνθρωπος είναι ένα πολύπλοκο βιοψυχοκοινωνικό ον, χρειάζεται μια ολική προσέγγιση της υγείας του, η οποία μπορεί να επιτευχθεί μέσα από τη συνεργασία διαφορετικών ειδικότητων.

ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Το είδος και η ένταση των ψυχολογικών αντιδράσεων του ασθενή στο στρες των οργανικών παθήσεων οφείλεται στην αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων, που μπορούν να ενταχθούν σε τρεις γενικές κατηγορίες: α) το στρες της συγκεκριμένης νόσου, β) τα χαρακτηριστικά του ασθενή και γ) τους παράγοντες που επιδρούν κατά την θεραπεία⁶⁶⁴.

A. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

1. Η σοβαρότητα της νόσου

Τα **κριτήρια** που χρησιμοποιούνται πρώτα απ' όλα είναι: αν και κατά πόσο μια πάθηση είναι απειλητική για τη ζωή του ασθενή, ο βαθμός της προβλεπόμενης ανικανότητας ή αναπηρίας, η σοβαρότητα των σωματικών δυσλειτουργιών και η ένταση των υποκειμενικών συμπτωμάτων.

2. Οι χρονικοί παράγοντες

Η **διάρκεια** και ο **ρυθμός εξέλιξης** μιας πάθησης είναι δύο παράγοντες που αλληλεπιδρούν με τα παραπάνω, καθορίζοντας την αντίδραση του ασθενή. Η διάρκεια της νόσου φαίνεται π.χ. να επηρεάζει φανερά την ένταση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που παρουσιάζουν οι καρδιοπαθείς. Σε βαριές καρδιοπάθειες εμφανίζονται έντονες αντιδράσεις κατάθλιψης κατά την αρχική εξέλιξη της νόσου, οι οποίες υποχωρούν μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα, όταν πια οι ασθενείς συνειδητοποιήσουν ότι η πάθησή τους μπορεί να αντιμετωπιστεί. Επίσης, η σοβαρότητα μιας πάθησης σχετίζεται με το ρυθμό της παθολογικής της εξέλιξης. Μία νόσος που εξελίσσεται γρήγορα, επιδρά άμεσα στη σωματική και ψυχική υγεία του ασθενή, γιατί δεν του αφήνει

περιθώρια άμυνας και προσαρμογής. Ασθενείς π.χ. με ταχείας αναπτύξεως κακοήθεις όγκους εμφανίζουν περισσότερο άγχος από άλλους με βραδείας εξελίξεως.

Επίσης, η “**απόσταση από το θάνατο**” είναι μια ειδική εκτίμηση στην οποία ο χρόνος υπολογίζεται αναδρομικά. Εκτιμάται δηλαδή το χρονικό διάστημα ανάμεσα στην εμφάνιση ορισμένων κλινικών εκδηλώσεων και το θάνατο του ασθενή. Για παράδειγμα, άτομα με ανίατο νόσημα μπορεί να παρουσιάσουν περισσότερα και πιο έντονα συναισθήματα απελπισίας και απόγνωσης, όταν συνειδητοποιούν ότι πλησιάζει πλέον το τέλος τους.

3. Τα όργανα του σώματος που επηρεάζονται από τη νόσο

Ορισμένα όργανα του σώματός μας είναι μεγαλύτερης βιολογικής σημασίας από άλλα, οπότε ένα άτομο απειλείται ψυχολογικά περισσότερο λ.χ. από ένα έμφραγμα και λιγότερο από ένα κάταγμα κνήμης. Μία νόσος μπορεί να έχει άμεση και καθολική επίδραση σε όλο τον οργανισμό, ενώ άλλες φορές οι επιδράσεις της εστιάζονται σε ορισμένα μόνο όργανα. Μερικές παθήσεις (π.χ. δερματολογικές) επηρεάζουν μέρη του σώματος ορατά σε τρίτους, ενώ άλλες είναι εσωτερικές παθήσεις (π.χ. η κακοήθης νεοπλασία του εντέρου). Οι πρώτες ιδίως μπορεί να επιβαρύνουν ψυχολογικά το άτομο δυσανάλογα με τη σοβαρότητά τους (π.χ. ακμή).

Οι παθήσεις πάντως όλων των συστημάτων του οργανισμού στέλνουν μηνύματα δυσλειτουργίας από το πάσχον όργανο στο κεντρικό νευρικό σύστημα και στον εγκέφαλο, όπου συνειδητοποιούνται. Το κεντρικό νευρικό σύστημα έχει την ικανότητα να συγκρίνει τα μηνύματα αυτά με προηγούμενες εμπειρίες. Επειδή η ικανότητα αυτή μπορεί να διαταραχθεί λόγω κάποιας εγκεφαλικής βλάβης, ο ιατρός θα πρέπει να ανιχνεύσει αν υπάρχει τέτοια βλάβη, οπότε λαμβάνεται και αυτό υπόψη κατά την ψυχολογική προσέγγιση του ασθενή. Τέλος, ορισμένες ασθένειες (π.χ. καρκίνος του παγκρέατος) εμφανίζουν σε αρχικό στάδιο συμπτώματα που μπορεί να οδηγήσουν σε λανθασμένη διάγνωση (π.χ. κατάθλιψη), με αποτέλεσμα την απώλεια πολύτιμου χρόνου από τη θεραπεία.

B. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

1. Η ηλικία και άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ασθενή

Οι διαφοροποιήσεις των σωματικών και νοητικών ικανοτήτων του ανθρώπου με την **πρόοδο της ηλικίας** καθορίζουν και τις ψυχολογικές αντιδράσεις τους. Μια νέα γυναίκα, για παράδειγμα, μπορεί να έχει καλύτερη οργανική και ψυχολογική άμυνα στο στρες μιας νεφρεκτομής απ' ό,τι μια ηλικιωμένη ασθενής. Μια υστερεκτομή όμως σε μια γυναίκα τριάντα ετών έχει συνήθως μεγαλύτερες ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις στη ζωή της απ' ό,τι σε μια γυναίκα εβδομήντα ετών. Έρευνες, σε ασθενείς που υπέφεραν από έξι χρόνια νοσήματα, κατέληξαν στη διαπίστωση ότι τα νεότερα άτομα εμφάνιζαν περισσότερο άγχος και αρνητικές αντιδράσεις, ιδιαίτερα αν η νόσος χειροτέρευε την οργανική τους κατάσταση, από αυτά μεγαλύτερης ηλικίας^{98,99}. Για να εκτιμήσουμε πάντως την ουσιαστική επίδραση της ηλικίας στην εμφάνιση μιας ασθένειας, θα πρέπει να εξετάσουμε παράλληλα με την οργανική κατάσταση του πάσχοντος και το **βαθμό ωριμότητας των ψυχολογικών του ικανοτήτων** καθώς και τις **κοινωνικές συνθήκες** κάθε ηλικίας.

Διάφορες **φυλετικές** και **κοινωνικο-οικονομικές διαφορές** σχετίζονται επίσης με αύξηση της επικινδυνότητας σε ορισμένα χρόνια νοσήματα. Επισημάνθηκαν, λόγου χάρη, υψηλότερα ποσοστά καρκίνου στους Αφρο-Αμερικανούς, τα οποία όμως σχετίζονται και με το χαμηλότερο κοινωνικο-οικονομικό τους επίπεδο έναντι των Καυκάσιων^{31, 36, 214}. Η μέχρι τότε κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας του ασθενή μπορεί επίσης να μειώσει την πιθανότητα της προσβολής του από κάποια νοσήματα. Διαπιστώθηκε, λόγου χάρη, ότι τα ψυχικά (κυρίως καταθλιπτικά) και τα οργανικά (από χρόνιες νόσους) συμπτώματα δρουν συσσωρευτικά, υποδιπλασιάζοντας την ικανότητα κοινωνικής προσαρμογής και της βιοσωματικής λειτουργίας του ασθενή^{689, 690}.

Τέλος, η **οικογενειακή του κατάσταση** μπορεί να επηρεάσει περισσότερο ή λιγότερο ευνοϊκά την υγεία του. Οι παντρεμένοι ασθενείς, κατά μέσο όρο, ζουν περισσότερο και έχουν χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας σε όλα τα χρόνια νοσήματα, σε σχέση με τους ανύπαν-

δρους, διαζευγμένους ή εν χηρεία ασθενείς^{245, 513, 661}. Η αιτία γι' αυτό το εύρημα θα πρέπει μάλλον να αναζητηθεί στην καλύτερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση, καθώς και την κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη που υπάρχει μέσα στο οικογενειακό πλαίσιο.

2. Το βιοσωματικό είδωλο (Body Image)

Το άτομο διαμορφώνει σε κάθε ηλικία μια εικόνα για το σώμα του, στην οποία ενσωματώνει τις διάφορες αλλαγές που συμβαίνουν στον οργανισμό του. Όταν οι αλλαγές είναι ριζικές και ταχύτατες, όπως συμβαίνει στην εφηβεία ή σε μια πάθηση που προκαλεί παραμορφώσεις, τότε το άτομο δεν μπορεί εύκολα να ενσωματώσει τα νέα στοιχεία στην παλιά εικόνα και δημιουργούνται ποικίλες ψυχικές εντάσεις και αρνητικά συναισθήματα. Η κοινωνία μας δίνει μεγάλη έμφαση στην εμφάνιση του σώματος ιδιαίτερα της γυναίκας, γι' αυτό μπορεί π.χ. τα συμπτώματα της παραμορφωτικής αρθρίτιδας να είναι πιο απειλητικά για μια γυναίκα απ' ό,τι για έναν άνδρα.

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις του ασθενή εξαρτώνται όχι μόνο από τη σωματική βλάβη, αλλά και από τη **συμβολική σημασία** της. Για παράδειγμα, η μαστεκτομή και η ορχεκτομή είναι απειλητικές για το βιοσωματικό είδωλο της γυναίκας και του άνδρα αντίστοιχα, αλλά ο συμβολισμός τέτοιων "ακρωτηριαστικών" επεμβάσεων κρύβει πολλούς συνειδητούς και ασυνείδητους φόβους του ατόμου: π.χ. μήπως πάψει να είναι ελκυστικό, μήπως δεν μπορεί γενικά να ανταποκριθεί στο ρόλο του φύλου του κ.λπ. Επίσης, οι αλλαγές στο βιοσωματικό είδωλο μπορεί να είναι υπεύθυνες για το "επώδυνο μέλος φάντασμα" (painful phantom limb), το οποίο εκφράζει τις αξεπέραστες ψυχικές συγκρούσεις που προκάλεσε ο ακρωτηριασμός κάποιου μέλους (άνω ή κάτω άκρων), στήθους ή πέους. Το φαινόμενο αυτό θα πρέπει να το δούμε σε σχέση με τη συμβολική σημασία αυτού του μέλους, τις συνθήκες κάτω από τις οποίες δημιουργήθηκε και την προσωπικότητα του ασθενή.

Οι διάφορες παθήσεις που επιδρούν στο βιοσωματικό είδωλο συνοδεύονται συνήθως με ποικίλα συναισθήματα, άμυνες του εγώ και σωματοψυχικά φαινόμενα: π.χ. άτομα με εμφύσημα παρουσιάζουν φόβους πνιγμού και ασφυξίας, που μπορεί να εμφανίζονται ακόμα και

στα όνειρά τους. Ασθενείς με παθήσεις του παχέος εντέρου, φοβούνται όχι μόνο για ακράτεια κοπράνων, αλλά για έλλειψη ελέγχου και άλλων λειτουργιών του οργανισμού τους. Οι ασθενείς με κολοστομία εμφανίζουν συχνά έντονο άγχος, θλίψη και αμηχανία για την επίδραση αυτής της κατάστασης στη σεξουαλική τους ζωή. Όταν δεν μπορούν να ενσωματώσουν την ύπαρξη παραφύση έδρας στο βιοσωματικό τους είδωλο, την αντιμετωπίζουν σαν ένα ξένο σώμα και υιοθετούν το μηχανισμό της άρνησής της. Αυτή όμως η αρνητική τους στάση δεν τους βοηθά να προσαρμόσουν τη φυσιολογική λειτουργία της αφόδευσης με την ύπαρξη της κολοστομίας και έχουν χρόνια προβλήματα δυσφορίας και δυσλειτουργίας.

Οι ασθενείς συνήθως περνούν μια *περίοδο "πένθους"* για την απώλεια κάποιου οργάνου ή κάποιας λειτουργίας του σώματός τους. Ο θρήνος τους εκφράζεται με κατάθλιψη, αμηχανία, ντροπή, ενοχές και άλλα αρνητικά συναισθήματα, μέχρι ν' αποδεχτούν την αλλαγή αυτή και τις συνέπειές της στην προσωπική τους ζωή. Σταδιακά βέβαια αναπτύσσουν πολύ πιο θετικούς τρόπους για να αντιμετωπίσουν αυτές τις συνέπειες.

3. Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ασθενή.

Αν ο ιατρός και οι νοσηλευτές γνωρίζουν προσωπικά τον ασθενή πριν την εμφάνιση της νόσου, συνήθως μπορούν να προβλέψουν τις συναισθηματικές του αντιδράσεις στο στρες, οι οποίες επιδεινώνονται κάτω από το φάσμα της πάθησής του. Άτομα παθητικά και εξαρτημένα από άλλους συχνά αντιδρούν θετικά στο στρες της νόσου γιατί ικανοποιούνται τότε οι ανάγκες τους για εξάρτηση. Άτομα με πολλές ενοχές και μαζοχιστικές τάσεις μπορεί να ικανοποιούν, μέσα από την πάθησή τους, την ανάγκη τους για τιμωρία και εξιλέωση. Για ορισμένους πάλι ανώριμους ή ευθυνόφοβους ανθρώπους, η εμφάνιση μιας νόσου ή η νοσοκομειακή νοσηλεία τους επιτρέπει να αποδράσουν από τις ευθύνες τους, να δικαιολογήσουν κάποια αποτυχία τους ή να ξεφύγουν από τις επαγγελματικές και κοινωνικές πιέσεις.

Άτομα μοναχικά και συναισθηματικά απομονωμένα, καθώς και άτομα με σχιζοειδή προσωπικότητα μπορεί ν' αντιδράσουν θετικά στο "ρόλο του αρρώστου" και να παραμείνουν καιρό σ' αυτόν, γιατί έτσι

βρίσκουν μια ευκαιρία για να εκφράσουν θετικά συναισθήματα και να δημιουργήσουν κοινωνικές σχέσεις. Ορισμένοι όμως από αυτούς τους ασθενείς αναπτύσσουν μια προσκόλληση περισσότερο στο χώρο του νοσοκομείου παρά στους θεραπευτές τους.

Άτομα μ' έντονο ναρκισσισμό αντιμετωπίζουν τις διάφορες σωματικές παθήσεις με μεγάλο άγχος για την επίδρασή τους στην εμφάνιση, την ελκυστικότητα, τη σεξουαλική τους ικανότητα κ.λπ. Τέλος, εξωστρεφή και δραστήρια άτομα απειλούνται ιδιαίτερα με την προοπτική της νοσηλείας τους, γιατί στερούνται τη δράση και τις άλλες ενασχολήσεις τους και μπορεί ν' αντιδράσουν με άγχος, κατάθλιψη και ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές.

Είναι πολλοί βέβαια οι παράγοντες της προσωπικότητας που επηρεάζουν τις συναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενή. Μερικοί από αυτούς είναι το γενετικό του υπόβαθρο, η νοημοσύνη, οι αμυντικοί μηχανισμοί του εγώ, το επίπεδο της μόρφωσης και της όλης του πνευματικής καλλιέργειας, οι διαπροσωπικές του σχέσεις, τα επιτεύγματά του στον επαγγελματικό και κοινωνικό χώρο. Υπάρχει μια συνεχής αλληλεπίδραση αυτών των παραγόντων καθώς αναπτύσσεται η προσωπικότητα και καθώς το άτομο διεργάζεται ψυχολογικά την πάθησή του.

Η ικανότητα προσαρμογής του ασθενή επηρεάζεται επίσης άμεσα από συγγενείς ή επίκτητες ανωμαλίες. Για παράδειγμα, ασθενείς με νοητική καθυστέρηση μπορεί να αντιδρούν στο στρες της νόσου με ανώριμες αντιδράσεις προβολής και άρνησης της κατάστασής τους, ή να εκνευρίζονται υπερβολικά και να εντείνουν την πνευματική τους σύγχυση. Επίσης, άτομα με κάποια σωματική αναπηρία μπορεί να γίνουν ακόμα πιο εξαρτημένα από τους νοσηλευτές τους με την εμφάνιση κάποιας νόσου ή μιας επιπλοκής στην κατάστασή τους. Γενικά, ασθενείς με λιγότερες ψυχικές συγκρούσεις-ενδοψυχικές και διαπροσωπικές- έχουν περισσότερη ευελιξία, υπομονή και απόθεμα θετικών τρόπων άμυνας και προσαρμογής στο στρες της νόσου. Ασθενείς με πολλές ψυχικές συγκρούσεις υιοθετούν συνήθως αρνητικούς τρόπους συμπεριφοράς, που αυξάνουν το υπάρχον άγχος και στρες.

Γ. ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Θεραπευτική διαδικασία

α) Η αποδοχή του ρόλου του ασθενή

Το άτομο που πάσχει από ένα νόσημα αναγκάζεται σε κάποια στιγμή να αποδεχτεί το ρόλο του ασθενή και αποσύρεται από το συνήθη τρόπο της ζωής του ή από ορισμένες ασχολίες του. Το κοινωνικό σύστημα συνήθως διευκολύνει τον ασθενή να προσαρμοστεί στις αλλαγές της ζωής του (π.χ. αναρρωτική άδεια, επιδόματα κ.ά.).

Υπάρχουν βέβαια ασθενείς οι οποίοι, όπως είδαμε, δεν προσαρμόζονται εύκολα στο νέο αυτό ρόλο που εξαναγκάζει σε εξάρτηση από άλλους, όσο κι αν το απαιτεί η κατάσταση της υγείας τους. Στην περίπτωση αυτών των ατόμων, η εξάρτηση μπορεί να προκαλέσει αισθήματα ενοχής, μειονεκτικότητας ή και εχθρικότητας. Όταν μάλιστα υιοθετούνται από τον άρρωστο έντονοι αντισταθμιστικοί μηχανισμοί άμυνας (όπως άρνηση), ενδέχεται ν' αγνοήσει τους περιορισμούς που επιβάλλει η πάθησή του ή η θεραπευτική αγωγή της και να απορρίψει ακόμη και την υποστήριξη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, μόνο και μόνο για να αποφύγει το δυσάρεστο γι' αυτόν αίσθημα εξάρτησης.

Έγκειται πάντως και στην ελεύθερη βούληση του ασθενή, η απόφαση να αφήσει τον ιατρό και την οικογένειά του να παίρνουν ή όχι πρωτοβουλίες για θέματα υγείας που μπορεί να προκύψουν, ενώ δεν θα έχει ο ίδιος τον έλεγχό τους (π.χ. επιπλοκές κατά την εγχείρηση που κρίνουν καθοριστικά την έκβασή της).

β) Η επίδραση της σχέσης ασθενή και θεραπευτών

Η σχέση του ασθενή με τον ιατρό και τους νοσηλευτές του επηρεάζει επίσης σημαντικά τις ψυχολογικές του αντιδράσεις στη νόσο. Αν δεν καλλιεργηθούν η εμπιστοσύνη, η καλή επικοινωνία και η συνεργασία, διάφορες δυσκολίες μπορεί να παρουσιαστούν στη σχέση αυτή.

γ) Το στρες του νοσοκομείου

Η εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο μπορεί να προκαλέσει έντονες ψυχικές αντιδράσεις και αρνητικά συναισθήματα. Ορισμένοι ασθενείς την αρνούνται, γιατί φοβούνται ότι επιβεβαιώνει τη σοβαρότητα της πάθησής τους. Αλλά και οι ασθενείς που δέχονται εύκολα να εισαχθούν στο νοσοκομείο, αντιμετωπίζουν διάφορες δυσκολίες προσαρμογής, μια από τις οποίες είναι ο αποχωρισμός από τους δικούς τους. Στο άγνωστο περιβάλλον του νοσοκομείου ο ασθενής συχνά χάνει την ταυτότητά του, ή μπορεί να νιώσει στρες από τις πολλές καινούριες πληροφορίες και εμπειρίες που βιώνει. Τέλος, ορισμένοι φόβοι του ενισχύονται από διάφορους ήχους και οσμές του νοσοκομείου, το δυσάρεστο θέαμα που παρουσιάζουν μερικοί ασθενείς, το πρόγραμμα και τον τρόπο ζωής του νοσοκομείου -που δεν συμβαδίζουν με τις προηγούμενες συνήθειες ζωής του (π.χ. στον ύπνο ή το φαγητό)- τις προσδοκίες που έχουν από αυτόν οι ιατροί και οι νοσηλευτές του.

2. Οι σχέσεις του ασθενή με την οικογένειά του

Οι σχέσεις του ασθενή με το οικογενειακό του περιβάλλον είναι συνήθως καθοριστικές για την προσαρμογή του στο χώρο του νοσοκομείου και την αντιμετώπιση της πάθησής του. Αν ο ασθενής έχει καλή σχέση με την οικογένειά του και αυτή διατηρεί μια ψύχραιμη στάση και του συμπαραστέκεται σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του, ο ασθενής ξεπερνά πιο εύκολα τις δυσκολίες του²⁸⁹. Συμβαίνει όμως συχνά η οικογένεια να μην αποδέχεται για τον ασθενή το ρόλο του αρρώστου, οπότε παρεμβαίνει αρνητικά και αντιστέκεται στις υποδείξεις ή τις αποφάσεις των ιατρών και δυσκολεύει το έργο των νοσηλευτών.

Άλλες πάλι φορές, όταν η απόφαση για την εισαγωγή του στο νοσοκομείο λαμβάνεται από το στενό του περιβάλλον, υπάρχει ο φόβος να αισθανθεί ο ασθενής ότι τον διώχνουν (απόρριψη). Για να αποφύγει κάτι τέτοιο, η οικογένεια μπορεί να επιβαρυνθεί με επιπλέον έξοδα για τη νοσηλεία του σε μια ιδιωτική κλινική, ή να υποβληθούν όλοι οι συγγενείς σε διάφορες θυσίες για να βρίσκονται συνεχώς κοντά του. Η οικογένεια όμως θα πρέπει να συνειδητοποιήσει -ιδιαίτερα όταν ο

ασθενής θα χρειαστεί να παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο- ότι οφείλει ν' αναδιοργανώσει τη δομή της και να προσαρμοστεί θετικά στην απουσία του άρρωστου μέλους της. Τέτοια προβλήματα υπάρχουν συνήθως με τους συγγενείς των γηριατρικών ασθενών. Είναι δύσκολο μερικές φορές για τους ενήλικες να συνειδητοποιήσουν ότι οι ηλικιωμένοι σύζυγοι ή γονείς τους δεν μπορούν πια να είναι οι σύμβουλοι και οι συμπαραστάτες τους, γιατί δεν τους το επιτρέπει πλέον η βιολογική και η ψυχική κατάσταση της υγείας τους.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Όπως είδαμε, η *αντιμετώπιση του στρες (coping)* αναφέρεται στην προσπάθεια του ανθρώπου να αλλάξει τρόπο σκέψης (γνωστικές θεραπείες) και συμπεριφορά (συμπεριφορικές θεραπείες), ώστε να ελέγξει, να μειώσει, ή να ανεχθεί τις εσωτερικές (ψυχικές/σωματικές) και τις εξωτερικές (κοινωνικές και άλλες) απαιτήσεις μιας στρεσογόνου εμπειρίας.

Σύμφωνα με τη *θεωρία της αυτορρύθμισης*⁴⁰⁵, οι πληροφορίες που δίνονται σ' έναν ασθενή -με σκοπό να τον προετοιμάσουν ψυχικά για την όλη εμπειρία της νόσου του- και οι οποίες θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο συγκεκριμένες και αντικειμενικές, τον βοηθούν να σχηματίσει μια εικόνα (*shema*) γι' αυτήν. Ο ασθενής αντιμετωπίζει τότε την όλη κατάσταση καλύτερα, γιατί με την πληροφόρηση "ρυθμίζει" (μειώνει, ελέγχει) τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνει, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου το στρεσογόνο ερέθισμα είναι κρίσιμο (π.χ. οξεία περιστατικά) αλλά μικρής χρονικής διάρκειας (όπως η μετεγχειρητική νοσηλεία).

Οι πληροφορίες αυτές συνήθως περιλαμβάνουν περιγραφές: α) σωματικών αισθήσεων (λ.χ. τι θα δει-ακούσει-αισθανθεί-μυρίσει-γευθεί), β) περιβαλλοντικών χαρακτηριστικών (π.χ. της μονάδας εντατικής θεραπείας) και γ) άλλων χρονικών χαρακτηριστικών (π.χ. η διάρκεια ή και τα στάδια της διαδικασίας μιας ιατρικής πράξης). Τα "σχήματα" που παρουσιάζονται στους ασθενείς εστιάζονται κυρίως στην περιγραφή της ιατρικής αντιμετώπισης, αποσπώντας την προσοχή τους από το άγχος για την έκβαση της υγείας τους. Επιπλέον, οι ειδικοί δίνουν στους ασθενείς ακριβείς οδηγίες για το πώς να αντιδράσουν κάτω από ορισμένες συνθήκες (*problem -solving repertoire*), καθώς και δραστηριότητες αυτοφροντίδας (*self care emotional coping*) που αυξάνουν την αποτελεσματικότητα της ενημέρωσής τους. Η παρέμβαση, στη συνέχεια, των ειδικών για την ιατρική αντιμετώπιση μιας νόσου διευκολύνεται από την κατανόηση του ασθενή γύρω από την εμπειρία της θεραπείας/νοσηλείας του και μειώνει την απόσταση μεταξύ των

αρνητικών του συνήθως προσδοκιών γι' αυτήν και της πραγματικότητας.

Σύμφωνα με τη **θεωρία των συναισθηματικών παρορμήσεων**^{313, 314} το επίπεδο άγχους και φόβου που βιώνει το άτομο **πριν** από μια στρεσογόνο εμπειρία καθορίζει την αποτελεσματικότητά της, γιατί επηρεάζει την προδιάθεσή του (κίνητρα) στο να τη φέρει σε αίσιο τέλος. Η προετοιμασία του ασθενή είναι ένα είδος διανοητικής διεργασίας, κατά την οποία αναλογίζεται την όλη συναισθηματική εμπειρία της διάγνωσης-θεραπείας- πρόγνωσης και το πώς θα την αντιμετωπίσει, εκφράζοντας φυσικά και όλη του την ανησυχία (*work of worry*). Ένας μέτριος βαθμός ανησυχίας συνήθως κινητοποιεί το άτομο να προετοιμαστεί καλύτερα γι' αυτήν. Υψηλά όμως επίπεδα άγχους συνήθως οδηγούν σε παραπληροφόρηση ή λανθασμένη εκτίμηση πληροφοριών γύρω από την κατάσταση της υγείας του, χωρίς να καταστρώνεται ένα αποτελεσματικό πλάνο για την αντιμετώπισή τους. Τέλος, ασθενείς με πολύ χαμηλό επίπεδο άγχους δεν έχουν καθόλου κίνητρα για να προετοιμαστούν ψυχικά.

Πολλές έρευνες^{317, 318, 452} διαπίστωσαν ότι ασθενείς με υψηλό βαθμό άγχους, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση, είχαν υψηλό προεγχειρητικό και μετεγχειρητικό άγχος καθώς και πιο αργή ανάρρωση, ενώ παρουσίαζαν καλύτερη μετεγχειρητική πορεία οι λιγότερο αγχωμένοι ασθενείς. Χαρακτηριστικό της πρώτης ομάδας ασθενών ήταν ότι για μεγάλο χρονικό διάστημα εντείνουν την προσοχή τους σε ανήσυχες και αρνητικές σκέψεις σχετικά με την επέμβασή τους.

Γι' αυτό και οι πληροφορίες που δίνονται για την ψυχική προετοιμασία των ασθενών: α) δεν είναι πάντα αποτελεσματικές για τα άτομα με μέτριο άγχος, καθώς αυτά έχουν ήδη επεξεργαστεί συναισθηματικά την όλη κατάσταση· β) κινητοποιούν συνήθως τους ασθενείς με χαμηλό άγχος να διαισθανθούν τους κινδύνους και να προετοιμαστούν καλύτερα· και γ) επιτρέπουν τους πολύ αγχωμένους ασθενείς να δουν πιο ρεαλιστικά την όλη εμπειρία της νόσου, υιοθετώντας στρατηγικές για την αντιμετώπιση του άγχους τους. Οι ιατροί, όταν εντοπίζουν έναν ασθενή με υψηλό άγχος, καλό είναι να τον παραπέμπουν για ψυχολογική βοήθεια, ώστε το άγχος του να μη γίνει αιτία να παρεμποδιστεί η προσαρμογή και η θεραπεία του σε μια νοσοκομεια-

κή μονάδα.

Σύμφωνα τέλος με το **θεωρητικό μοντέλο της γνωστικής εκτίμησης του στρες**^{33, 390, 391} το άτομο αποκτά μεγαλύτερο έλεγχο μιας κατάστασης, είτε υιοθετώντας στρατηγικές που επικεντρώνονται πρακτικά στο πρόβλημα (**problem-solving coping**), είτε αποσκοπούν στον έλεγχο των συναισθημάτων (**emotion-focused coping**). Στην πρώτη περίπτωση, το πρόβλημα υγείας αντιμετωπίζεται ευθέως, με δραστηριότητες που αποσκοπούν στην τροποποίηση, αποφυγή ή μείωση της αρνητικής αντίδρασης του στρεσογόνου ερεθίσματος (π.χ. του άγχους ή του πόνου) μέσα από γνωσιακές ασκήσεις, που καλλιεργούν στον ασθενή την αίσθηση ότι έχει τον έλεγχο της υγείας του. Δίνονται επίσης στον άρρωστο πληροφορίες σχετικά με τις διαδικασίες των ιατρικών πράξεων στις οποίες θα υποβληθεί και τις σωματικές αισθήσεις που θα του προκαλέσουν, με απώτερο σκοπό: α) να καταστήσουν προβλέψιμα τυχόν προβλήματα ή παρενέργειες και β) να αποκτήσει εγκαίρως τον έλεγχο των στρεσογόνων καταστάσεων που θα αντιμετωπίσει.

Στη δεύτερη περίπτωση, κατά την αντιμετώπιση της συναισθηματικής κατάστασης του ασθενή, γίνεται προσπάθεια να εξαλειφθούν ή να μειωθούν, με διάφορες ψυχολογικές τεχνικές, τα αρνητικά συναισθήματα που προκαλεί το στρες της νόσου, αποφεύγοντας συνήθως την κατά μέτωπο επίθεση του στρεσογόνου ερεθίσματος.

Οι ψυχολογικές **στρατηγικές που επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση του προβλήματος** είναι συνήθως πιο αποτελεσματικές σε στρεσογόνες καταστάσεις όπου ο ασθενής πιστεύει ότι με τη "δράση" θα βελτιώσει την όλη του ψυχοσωματική κατάσταση. Οι τεχνικές γνωστικής αντιμετώπισης του προβλήματος -ή και ο συνδυασμός τους με την αντιμετώπιση των συναισθηματικών αντιδράσεων- υπερτερούν σε περιπτώσεις όπου το άτομο έχει δυνατότητες ελέγχου μιας στρεσογόνου κατάστασης (π.χ. κατά τον τοκετό)⁴⁰². Κάτι ανάλογο εφαρμόζεται στα σύγχρονα γηροκομεία, όπου σ' ένα μη ελεγχόμενο -εν πολλοίς- περιβάλλον, οι ηλικιωμένοι έχουν την αίσθηση ελέγχου της ζωής τους (π.χ. αποφασίζουν οι ίδιοι για την ώρα και το περιεχόμενο των γευμάτων τους, επιλέγουν τη διασκέδασή τους) μέσα από στρατηγικές που τους αφήνουν περιθώρια επιλογών στις καθημερινές τους δραστηριότητες³⁸⁸.

Υπενθυμίζεται ότι το στρες που προκύπτει, από τον τρόπο που αντιλαμβάνονται το πρόβλημα της υγείας τους όχι μόνο τα παιδιά αλλά και οι ενήλικες, δεν σχετίζεται άμεσα με τη διάγνωση, τη σοβαρότητα της πάθησης ή την ανάγκη χειρουργικής επέμβασης, όπως την καθόρισε το ιατρικό προσωπικό, αλλά με το πώς αξιολόγησε όλα τα παραπάνω ο ασθενής^{26, 85, 667, 668}. Γι' αυτό η υπέρμετρη πληροφόρηση καθώς και οι άλλες μορφές ψυχολογικής παρέμβασης που επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση του ιατρικού προβλήματος, δεν βοηθούν πάντα στην ψυχολογική προετοιμασία ενός καρκινοπαθούς που θα υποστεί μια χειρουργική επέμβαση για αφαίρεση όγκων π.χ. από το πρόσωπό του, με αναπόφευκτη συνέπεια τη δυσμορφία. Πολλές όμως φορές, καρκινοπαθείς αλλά και καρδιοπαθείς που θέλουν να έχουν την αίσθηση ότι ελέγχουν τη νόσο τους, ακόμα κι όταν δεν έχουν πια τέτοιες ελπίδες, δεν θα βοηθηθούν από μια παρέμβαση που προσφέρει μόνο την αντιμετώπιση των συναισθημάτων τους. Σε αυτήν την περίπτωση χρειάζεται ιδιαίτερη συνεργασία ιατρού-ασθενή για να του δοθεί η ευκαιρία να συμμετάσχει στη θεραπεία του γνωστικά και συναισθηματικά, χωρίς όμως να παρεμποδίζεται το ιατρικό έργο^{131, 523}.

Η αντιμετώπιση των συναισθηματικών αντιδράσεων στο στρες με τεχνικές χαλάρωσης αποδείχθηκε πολύ πιο αποτελεσματική, από την παροχή μόνο πληροφοριών ή από το συνδυασμό των δύο στρατηγικών, σε ασθενείς π.χ. που θα χειρουργούνταν στην κοιλιακή χώρα με γενική αναισθησία και θα παρέμεναν στο νοσοκομείο για έξι τουλάχιστον ημέρες. Η υπεροχή της χαλάρωσης στη συγκεκριμένη περίπτωση οφείλεται στην αποφυγή "αρνητικών συναισθημάτων" κάτω από μια παρατεταμένη χρονικά κατάσταση χαμηλού ελέγχου (νοσοκομειακή νοσηλεία), κατά την οποία έπρεπε ο ασθενής να δεχθεί διάφορα στρεσογόνα ερεθίσματα (πόνος, ακινησία, φαρμακευτική αγωγή)⁶⁹⁹. Γενικά, οι στρατηγικές που είναι επικεντρωμένες στο συναίσθημα χρησιμεύουν περισσότερο στις περιπτώσεις που ο ασθενής πρέπει απλώς να δεχθεί μια κατάσταση ή έχει χαμηλό έλεγχο πάνω σ' αυτή, όπως π.χ. κατά την αιμοδοσία³²⁵.

Ο συνδυασμός των δύο παραπάνω στρατηγικών αποδείχθηκε ευεργετικός σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε στοματική χειρουργική επέμβαση με τοπική αναισθησία. Το αναπόφευκτο όμως ψυχολογικό στρες αυτών των ασθενών δεν συνοδεύτηκε από νοσηλεία σε νοσο-

κομείο και αίσθηση ότι χάνουν τον έλεγχο του εαυτού τους κάτω από συνθήκες αναισθησίας^{25, 445}.

Συμπερασματικά, **η ενημέρωση των ασθενών** γύρω από τη διαδικασία μιας ιατρικής πράξης, όπως μια ενδοσκοπική εξέταση (κυστεοσκόπηση, κολονοσκόπηση κ.λπ.) ή μια χειρουργική επέμβαση ρουτίνας, σύντομης μετεγχειρητικής πορείας βοηθά εκείνους οι οποίοι πρόκειται να υποβληθούν σε αυτές. Σε πιο προγραμματισμένες όμως και σοβαρές/μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις (π.χ. πλαστικές, γναθοχειρουργικές κ.ά.) ή σε επείγοντα περιστατικά (π.χ. χειρουργείο για πολυτραυματία) και μόνιμες αναπηρίες (π.χ. παράλυση από κάκωση της σπονδυλικής στήλης σε ατύχημα, ακρωτηριασμός άκρων), όπου η μετεγχειρητική πορεία είναι μακρόχρονη και πιο επώδυνη ψυχολογικά, συνιστάται η αντιμετώπιση των συναισθημάτων του ασθενή, ο οποίος αντιμετωπίζει δυσκολίες προσαρμογής και μετατραυματικό στρες, όμοιο με άτομα που βίωσαν το στρες φυσικών καταστροφών, πολέμου, αιχμαλωσίας/κράτησης ομήρων ή θανάτου αγαπημένου προσώπου^{23, 606, 636}. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο ασθενής βιώνει υψηλό στρες, πέρα από τις δυνατότητες ελέγχου του, είναι πιο χρήσιμες οι τεχνικές που εστιάζονται στην αντιμετώπιση των αρνητικών συναισθημάτων που κατακλύζουν το άτομο, ακόμα κι όταν αυτό υιοθετούσε στο παρελθόν άλλους τρόπους για την καταπολέμηση του άγχους του.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΦΥΓΗΣ

Ο άνθρωπος επιστρατεύει, ασυνείδητα κυρίως, αμυντικές αντιδράσεις (μηχανισμοί άμυνας του εγώ), οι οποίες ανάλογα με την αποτελεσματικότητά τους μειώνουν το άγχος και οδηγούν στην ικανοποίηση αναγκών. Εάν όμως δεν είναι αποτελεσματικές, υπάρχει κίνδυνος να αυξάνεται το στρες και το άγχος, ενώ η συχνή και συστηματική χρησιμοποίηση των αμυντικών μηχανισμών αλλοιώνει την πραγματικότητα και δημιουργεί επιπλέον προβλήματα. Παρακάτω θα αναλύσουμε δύο διεξόδους αντίδρασης στο στρες, αφού κατ' αρχήν παραδεχτούμε ότι η προσωπικότητα είναι κυρίως υπεύθυνη για την επιλογή της μιας ή της άλλης.

Η **στρατηγική της αποφυγής** αποσκοπεί κυρίως στο να μειωθεί το στρες (π.χ. ένα μεγάλο σοκ) και να βοηθηθεί το άτομο γνωστικά και συναισθηματικά, ώστε να μην ακινητοποιηθεί από το άγχος του. Οι αμυντικοί μηχανισμοί λ.χ. της άρνησης και της απώθησης αποσκοπούν στην αποφυγή της συνειδητοποίησης του προβλήματος.

Αντίθετα, η **τεχνική της προσέγγισης**, που εκφράζεται π.χ. από την ευαισθητοποίηση ενός ασθενή γύρω από θέματα της νόσου του ή την ταύτισή του με ομοιοπαθούντες, επιτρέπει στο άτομο να προβεί σε κατάλληλες δραστηριότητες για να ελέγξει μια στρεσογόνο κατάσταση, ώστε να ελαττωθεί σταδιακά το άγχος του²⁹⁵.

Όπως αναφέρθηκε αρχικά, υπάρχουν διαφοροποιήσεις στην επιλογή του τρόπου καταπολέμησης του στρες, που συνδέονται με τη ροπή κάθε προσωπικότητας στον έναν ή τον άλλο τρόπο. Συνήθως όμως η επιλογή καθορίζεται αρκετά από το είδος του στρες. Λόγου χάρη, ο αιφνίδιος θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου είναι μια οδυνηρή εμπειρία, η οποία δεν επιτρέπει στον άνθρωπο που θρηνεί να τη διεργαστεί συγχρόνως γνωστικά και συναισθηματικά, γι' αυτό μπορεί ν' αντιδράσει με άρνηση της πραγματικότητας του θανάτου (χαρακτηριστικό παράδειγμα αποφυγής: εξακολουθεί να τοποθετεί στο τραπέζι σερβίτσιο φαγητού για τον εκλιπόντα). Η υπενθύμιση όμως των γεγο-

νότων (παράδειγμα προσέγγισης: σαρανταλείτουργο, μνημόσυνα κ.λπ.) ασκεί στον άνθρωπο μια συνεχή πίεση για ν' αντιμετωπίσει αυτή την απώλεια και μέσα από την έκφραση των συναισθημάτων θλίψης και θρήνου που βιώνει, οδηγείται πιο ομαλά και στην τελική γνωστική της διεργασία.

Επίσης, τα άτομα με αναπηρίες και άλλες χρόνιες παθήσεις αντιδρούν συνήθως στην κατάστασή τους με μια κυκλική εναλλαγή υπαναχώρησης και ενεργούς αντιμετώπισης του στρες της βιοσωματικής τους κατάστασης. Η **υπαναχώρηση** στοχεύει στην αποφυγή της συνειδητοποίησης της τραυματικής εμπειρίας και είναι ίσως μια αμυντική στάση των ασθενών απέναντι στις συνέπειες της αναπηρίας τους. Η **αντιμετώπιση** είναι η γνωστική και συναισθηματική προσέγγιση της κατάστασής τους και χαρακτηρίζεται από σοκ, απελπισία, πλημμύρα αρνητικών συναισθημάτων. Τα άτομα π.χ. με πολυομυελίτιδα βασίζονται κυρίως στο μηχανισμό της άρνησης για να επιβιώσουν ψυχολογικά κατά τα πρώτα στάδια της εκδήλωσης της πάθησής τους. Μετά όμως από αρκετούς μήνες υιοθετούν πιο ρεαλιστικούς τρόπους για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους³⁸⁵. Τα έντονα αυτά στάδια υπαναχώρησης/αντιμετώπισης εναλλάσσονται για αρκετό καιρό μεταξύ τους μέχρι να αντικατασταθούν από μια λίγο πολύ σταθερή ισορροπία. Αν όμως το άτομο καταπίεζε συνεχώς τον εαυτό του με την απώθηση των τραυματικών εμπειριών του, κινδυνεύει να κατατεμαχίσει την προσωπικότητά του (όπως συμβαίνει στη σχιζοφρένεια), αποσχίζοντάς την από την απειλητική αλήθεια⁶⁰¹.

Και οι δύο τεχνικές άμυνας για την αντιμετώπιση του στρες παρουσιάζουν μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα, τα οποία παραθέτουμε συνοπτικά στον πίνακα 1.

Όπως φαίνεται από τον πίνακα, με τη στρατηγική της αποφυγής μειώνεται το άγχος και επιτυγχάνεται προοδευτικά η αναγνώριση της απειλής. Το άτομο διεργάζεται σιγά σιγά τις στρεσογόνες πληροφορίες και στη συνέχεια παίρνει ανάλογα μέτρα για την αντιμετώπισή τους. Η λογική λοιπόν χρήση της αποφυγής δίνει τα περιθώρια χρόνου, ώστε το άτομο να οπλιστεί με θάρρος και ελπίδα και ν' αντιμετωπίσει τα αρνητικά συναισθήματα που τον απειλούν.

Η υπερβολική άρνηση της κατά μέτωπο αντιμετώπισης της πραγμα-

Πίνακας 1

Δυνητικά οφέλη και κόστος
των στρατηγικών προσέγγισης και αποφυγής⁵⁶⁸

Αντίδραση	Οφέλη	Κόστος
Προσέγγιση	Συνειδητή ανάληψη κατάλληλης δράσης	Αυξημένη δυσφορία
	Συναισθηματική διέξοδος	Μη παραγωγική ανησυχία
	Αφομοίωση και επίλυση του τραύματος	
Αποφυγή	Προσωρινή μείωση του στρες	Παρεμπόδιση της σωστής δράσης
	Ομαλότερη (σταδιακή) αποδοχή του στρες	Συναισθηματική νάρκη
	Μεγαλύτερα αποθέματα δύναμης και ελπίδας	Παρέισδυση των στρεσογόνων εμπειριών στη σκέψη και λειτουργία του ατόμου, μέσα από νύξεις που βασανίζουν το άτομο
		Διασπαστικές συμπεριφορές αποφυγής Έλλειψη συνειδητοποίησης της σκέψης ανάμεσα στα σωματικά συμπτώματα και το ψυχικό τραύμα

τικότητας καθώς και η παρατεταμένη και αυστηρή απαγόρευση των αρνητικών αναμνήσεων που σχετίζονται με το γεγονός, αποτρέπουν την επανεκτίμησή του ή την ένταξή του μέσα σ' ένα νέο πλαίσιο ζωής και την ανεύρεση των κατάλληλων λύσεων για την αντιμετώπισή του. Η απαγόρευση αυτή οδηγεί σε χρόνια κακή διάθεση, αγχώδη αναμηρυκασμό του στρεσογόνου γεγονότος και διασπαστικές (σπασμωδικές) συμπεριφορές αποφυγής, προκειμένου να το απωθήσει από τη μνήμη του, κάτι που δεν επιτυγχάνεται, γιατί οι τραυματικές του εμπειρίες παρεισδύουν στη σκέψη του (*intrusive thoughts*) και βρίσκουν διέξοδο σε νυχτερινούς εφιάλτες ή άλλα ψυχολογικά συμπτώματα (π.χ. φοβίες, ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές, ιδεοληψίες), τα οποία τελικά του υπενθυμίζουν το πρόβλημα μέσα από κάθε ερέθισμα (εσωτερικοί υπαινιγμοί)²⁹. Αν γίνει κατάχρηση ή λανθασμένη χρήση του μηχανισμού της αποφυγής, το άτομο κινδυνεύει να χάσει την πεποίθηση ότι μπορεί να επέμβει και να ελέγξει αυτό που τον απειλεί. Επίσης, κινδυνεύει να καταπνίξει τα συναισθήματά του κι έτσι να αδρανοποιήσει και τις υγιείς άμυνες και συμπεριφορές που θα βοηθούσαν στη διεργασία της απειλής.

Το άτομο λοιπόν καταβάλλει μεγάλες προσπάθειες για να επιτύχει η στρατηγική της αποφυγής, με αποτέλεσμα να υφίσταται χρόνια υπερδιέγερση των οργανικών του συστημάτων, η οποία αναπόφευκτα θα οδηγήσει σε ανοσοκαταστολή και στην εκδήλωση κάποιας νόσου^{525, 526}. Αντίθετα, η συνειδητή παραδοχή και η εκούσια εξωτερίκευση (αποκάλυψη) μιας στρεσογόνου κατάστασης επιτρέπουν αφενός την καλύτερη επίλυσή της και αφετέρου την αποκατάσταση της ψυχικής και σωματικής υγείας του ατόμου^{79, 527, 528}. Γι' αυτό οι συνέπειες μιας στρεσογόνου εμπειρίας θεωρούνται πιο αντιμετωπίσιμες μέσα από τη συναισθηματική διεργασία του ψυχοπιεστικού γεγονότος.

Ως οφέλη της στρατηγικής προσέγγισης θα τονίζαμε τη δυνατότητα που παρέχει για αντιμετώπιση της απειλής, γιατί το άτομο αφυπνίζεται ως προς τα προειδοποιητικά σημεία της και είναι πιο ουσιαστικά προετοιμασμένο για να επέμβει αποτελεσματικά σε αυτή. Θα πρέπει βέβαια εδώ να τονιστεί ότι κατά την προσέγγιση μιας δυσάρεστης γενικά κατάστασης (είτε αυτό είναι οι τραυματικές αναμνήσεις από σεξουαλική κακοποίηση, είτε ο πόνος μιας νόσου), εντείνεται προσωρι-

νά η κακή διάθεση του ατόμου (με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η ψυχοκοινωνική του προσαρμογή και η ικανότητά του να λειτουργήσει βιοσωματικά), αλλά μακροπρόθεσμα αποκαθίσταται τόσο η ψυχική όσο και η βιοσωματική του υγεία^{64, 199, 249, 250}.

Ωστόσο, αν με την προσέγγιση αυξάνεται υπερβολικά το στρες και μία δυσφορία εξαιτίας του προβλήματος, ιδιαίτερα όταν κανείς δεν μπορεί να το αντιμετωπίσει (είτε επιφέροντας αλλαγές στο περιβάλλον, είτε με την ψυχική διεργασία του), τότε η προσέγγιση της απειλής δεν είναι παραγωγική και χάνει άδικα τον καιρό του με το ν' ανησυχεί γι' αυτή. Το καλύτερο πάντως είναι ο άνθρωπος να εντοπίζει τις άμυνές του και να σταθμίζει το είδος της στάσης του απέναντι σε μια απειλή, ώστε να επιλέξει το μηχανισμό της προσέγγισης ή της αποφυγής, προσπαθώντας να αυξήσει τα οφέλη της μιας στρατηγικής και να μειώσει το κόστος της άλλης.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΦΥΓΗΣ

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των μηχανισμών προσέγγισης και αποφυγής στην αντιμετώπιση του στρες καθορίζεται από τρεις σημαντικές παραμέτρους: α) *τη χρονική στιγμή* που αξιολογείται η αποτελεσματικότητά τους, β) *τη δυνατότητα ελέγχου* της στρεσογόνου κατάστασης (αξιολογείται αν η σοβαρότητα της νόσου δίνει τη δυνατότητα ελέγχου της εξέλιξής της) και γ) την επιτυχία της σύνδεσης ανάμεσα στον *τρόπο που* ένα άτομο *αντιμετωπίζει το στρες* (προσωπικότητα) και στις ειδικές απαιτήσεις της στρεσογόνου κατάστασης (συνέπειες του στρες)⁵⁶⁸.

Στην εξέταση των παραπάνω παραμέτρων θα πρέπει επίσης να υπολογιστούν: α) οι προσωπικές ικανότητες και δυνατότητες του ατόμου σε επίπεδο συμπεριφοράς, β) οι γνωστικές του ικανότητες που το καθιστούν υπεύθυνο και αποτελεσματικό και γ) τα κίνητρα και οι επιθυμίες του για τον έλεγχο μιας κατάστασης¹⁸⁶. Εάν οι επαγγελματίες υγείας δώσουν τη δυνατότητα ελέγχου μιας θεραπείας σ' έναν ασθενή που δεν θέλει (είτε γιατί πιστεύει ότι δεν θα τα καταφέρει, είτε γιατί δεν επιθυμεί να ελέγξει την εξέλιξη της νόσου του) ή που δεν μπορεί να αξιοποιήσει αυτή τη δυνατότητα (δεν έχει π.χ. επαρκείς ικανότητες), τότε θα υπάρξουν αρνητικές συνέπειες. Εάν πάλι δεν δίνεται από το περιβάλλον η δυνατότητα ελέγχου μιας κατάστασης ενώ ο ασθενής έχει την επιθυμία, τις ικανότητες και την πεποίθηση ότι θα τα καταφέρει, δημιουργούνται επίσης προβλήματα.

Όσον αφορά στην *πρώτη παράμετρο*, έχει διαπιστωθεί ότι η αντιμετώπιση του στρες με την *αποφυγή* είναι αποτελεσματική σε περιπτώσεις που είναι σημαντικότερα τα *άμεσα ή βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα* των μηχανισμών άμυνας. Η άρνηση, λόγου χάρη, μιας μητέρας να δεχτεί την εγκυρότητα της διάγνωσης καρκίνου για το παιδί της είναι μια άμεση αντίδραση στο στρες που βιώνει, η οποία τη βοηθά να αντιμετωπίσει προσωρινά το μεγάλο αυτό σοκ²⁸⁶. Οι μηχανισμοί αποφυγής βοηθούν επίσης τους ασθενείς που βρίσκονται στο πρώτο στάδιο ανάρρωσης μετά από ένα έμφραγμα, γιατί καθώς αρνούνται να συ-

νειδητοποιήσουν τη σοβαρότητα ή τις συνέπειες της πάθησής τους, αποφεύγουν την κατάθλιψη^{389, 391}. Είναι σημαντικό επίσης να αναφέρουμε τα οφέλη της άρνησης σε κάποιους καρκινοπαθείς, στο να προσαρμοστούν σε πολλές δυσάρεστες καταστάσεις της νόσου τους, όχι μόνο βραχυπρόθεσμα αλλά και μακροπρόθεσμα: μετά δηλαδή τη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου τους⁴⁸⁰.

Η αποτελεσματικότητα των μηχανισμών *προσέγγισης* είναι εμφανής σε τέτοιες καταστάσεις όπου έχουν μεγαλύτερη σημασία τα **μακροπρόθεσμα αποτελέσματα**: ο ασθενής που πάσχει λ.χ. από βρογχικό άσθμα οφείλει να ευαισθητοποιείται στην εμφάνιση ορισμένων συμπτωμάτων, προκειμένου ν' αποφύγει μια μεγάλη ασθματική κρίση^{499, 625}. Κατά τον ίδιο τρόπο, πολλοί καρδιοπαθείς και καρκινοπαθείς θα χρειαστεί να αντιληφθούν τη μακροπρόθεσμη δυναμική του προβλήματός τους, ώστε με την καθοδήγηση της διεπιστημονικής ομάδας να αλλάξουν τον τρόπο της ζωής τους.

Αναφορικά με τη *δεύτερη παράμετρο*, είναι προφανές ότι η **αποφυγή** είναι καλύτερη λύση όταν το άτομο δεν μπορεί ή είναι αντικειμενικά **δύσκολο να ελέγξει την ασθένειά του**. Ασθενείς λ.χ. με παράλυση δεν ωφελούνται από μια άμεση προσέγγιση στο πρόβλημά τους και γι' αυτό καταφεύγουν σε άμυνες αποφυγής, με συνέπεια να μειώνεται σταδιακά και το βάρος του άγχους και της κατάθλιψής τους^{385, 601}. Ακόμη όμως και σε περιπτώσεις που υπάρχει η δυνατότητα να ελεγχθεί μια χρόνια πάθηση, όταν από τον ασθενή υιοθετούνται μηχανισμοί αποφυγής, μπορεί αυτοί να συνδεθούν με συμπεριφορές «υψηλού κινδύνου»: αρνείται ή ξεχνά την τακτική λήψη των φαρμάκων του, εμποδίζει τη διαδικασία της ανάρρωσής του με αυξημένες δραστηριότητες ή με ανθυγιεινές συνήθειες ζωής.

Οι άνθρωποι που συνηθίζουν να "αποφεύγουν", καθυστερούν συνήθως και την ίδια τη διάγνωση ελέγξιμων ασθενειών (π.χ. καρκίνος του μαστού), με αποτέλεσμα να περιορίζουν τις δυνατότητες πρόληψής τους^{331, 685, 686}. Πολλές φορές ωστόσο, οι ασθενείς υιοθετούν μηχανισμούς αποφυγής γιατί οι διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες για την αντιμετώπιση λ. χ. του καρκίνου του μαστού, απαιτούν από τη γυναίκα να πάρει εσπευσμένα αποφάσεις, οι οποίες είναι κρίσιμες και ενδεχομένως να προκαλέσουν ριζικές αλλαγές στη ζωή της. Η αποφυγή όμως ως τρόπος αντιμετώπισης μπορεί αφενός να επηρεά-

ζει αρνητικά την όλη γνωστική εκτίμηση της κατάστασης, από την πλευρά της γυναίκας, και αφετέρου να την εξουθενώνει ψυχικά και σωματικά, γιατί ενώ η ασθενής προσπαθεί να αποφύγει τις αρνητικές σκέψεις γύρω από τη διάγνωση ή την εξέλιξη της υγείας της, αυτές τελικά εντείνονται⁴⁸¹. Γενικά λοιπόν η ανάγκη για έλεγχο των χρονίων νοσημάτων που είναι απειλητικά για την υγεία, προκαλεί συνήθως αντιδράσεις αποφυγής ως άμυνα στο παρατεταμένο στρες από το οποίο συνοδεύονται^{489, 490}.

Η **προσέγγιση** είναι αποτελεσματικότερη όταν υπάρχουν **δυνατότητες ελέγχου** μιας κατάστασης, όπως τα χρόνια νοσήματα που απαιτούν επαγρύπνηση. Πολλές βέβαια φορές, οι ασθενείς στρέφουν λανθασμένα την προσοχή τους σε καταστάσεις που αδυνατούν να ελέγξουν, όπως συμβαίνει συχνά με τους υπερτασικούς ασθενείς^{487, 594}. Τα υπερτασικά άτομα εμφανίζουν συνήθως μια μεγάλη διάθεση για αναζήτηση πληροφοριών και έλεγχο του προβλήματός τους, ακόμα κι όταν αυτό είναι πέρα από τα όρια των δυνατοτήτων τους. Χρησιμοποιούν δηλαδή προσέγγιση ή ψυχολογικές τεχνικές για την αντιμετώπιση της υπέρτασης όταν δεν είναι πλέον αποτελεσματικές, ενώ τις αποφεύγουν όταν θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν ουσιαστικά.

Τα άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρά ή επείγοντα περιστατικά υγείας και τα οποία έχουν μεγάλη ανάγκη για έλεγχο της κατάστασής τους, εμφανίζουν συνήθως και περισσότερα προβλήματα προσαρμογής στο ρόλο τους ως ασθενείς. Υπερεκτιμούν τη σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας τους, έχουν πολύ άγχος κατά τις διαγνωστικές εξετάσεις, αλλά ενώ απαιτούν την πλήρη ενημέρωσή τους, προτιμούν έναν πιο παθητικό ρόλο κατά τη λήψη και τήρηση των αποφάσεων για τη θεραπεία^{486, 488}. Ως παράδειγμα άλλων προβλημάτων προσαρμογής, αναφέρουμε τους ογκολογικούς ασθενείς, στους οποίους η έντονη προσπάθεια για έλεγχο της κατάστασης ήταν άμεσα συνδεδεμένη με υψηλά ποσοστά ναυτίας και εμετού μετά από τη χημειοθεραπεία τους⁶²⁵.

Όταν λοιπόν τα προβλήματα της βιοσωματικής υγείας του αρρώστου είναι πέρα από τις δυνατότητες ελέγχου του, υπάρχει κίνδυνος να επιδεινωθούν από τις επίμονες προσπάθειες να τα θέσει υπό τον έλεγχό του. Γι' αυτό είναι αναγκαία η ψυχολογική παρέμβαση, ώστε να εκπαιδευτούν οι ασθενείς σχετικά με το πότε είναι αποτελεσματικό-

τερη η προσέγγιση (*monitoring strategies για έλεγχο της υγείας*) και τότε η αποφυγή (*blunting strategies για μείωση του άγχους*).

Τέλος, σχετικά με την *τρίτη παράμετρο*, οι έρευνες λαμβάνουν υπόψη τους την ευεργετική επίδραση που έχει στην προσαρμογή του ασθενή -και ειδικά του χειρουργημένου*- η σύνδεση της ιατρικής ενήμερωσής του και του σεβασμού της διάθεσης κάθε φορά του αρρώστου να τη διεργαστεί κατάλληλα. Τα άτομα, για παράδειγμα, που αναζητούν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν, εμφανίζουν περισσότερο στρες και άγχος όταν τους παρέχεται χαμηλό και όχι υψηλό επίπεδο πληροφοριών. Πιο συγκεκριμένα, σε μια έρευνα με ασθενείς που υποβλήθηκαν σε γυναικολογικές επεμβάσεις, οι ερευνητές εξέτασαν προηγουμένως τη στρατηγική που η καθεμία αντιμετώπιζε το στρες (προσέγγιση ή αποφυγή) και στη συνέχεια έδιναν τυχαία στην κάθε γυναίκα λίγες ή πολλές πληροφορίες γύρω από την εγχείρηση και τη μετεγχειρητική της πορεία. Οι γυναίκες που είχαν πάρει **πολλές πληροφορίες** και τύχαινε να είναι ως προσωπικότητες επιρρεπείς στην τεχνική της **προσέγγισης**, είχαν λίγα μετεγχειρητικά προβλήματα. Το ίδιο συνέβη και στις γυναίκες που προτιμούσαν την **αποφυγή**, ενώ συγχρόνως τους είχαν δοθεί **λίγες** (ανεπαρκείς) **πληροφορίες**. Αντίθετα, παρουσιάστηκαν περισσότερα μετεγχειρητικά προβλήματα στις ασθενείς που δέχθηκαν πληροφορίες, οι οποίες όμως δεν ταίριαζαν με τον τρόπο που οι γυναίκες διεργάζονταν το στρες (παρείχαν δηλ. λίγες πληροφορίες σ' αυτές που ήθελαν να προσεγγίσουν το πρόβλημα, ενώ σ' αυτές που το απέφευγαν, έδιναν πολλές πληροφορίες)⁴⁸⁸.

Άλλες μάλιστα έρευνες διαπίστωσαν ότι η παραπάνω δυσαρμονία μπορεί να έχει ως συνέπεια τις αυξημένες δόσεις αναλγητικών φαρμάκων, μετεγχειρητικά^{16, 600}. Καλύτερο πάντως έλεγχο της χρήσης αναλγητικών έχουν ασθενείς που φέρουν εσωτερικό σημείο ελέγχου (internal locus of control): αποδίδουν δηλαδή την κατάσταση της υγείας τους σε υποκειμενικά αίτια, σε σχέση με εκείνους που έχουν εξωτερικό σημείο ελέγχου (external locus of control) και την αποδίδουν σε εξωτερικά αίτια⁵³².

* Περισσότερες πληροφορίες στο άρθρο της Αιμιλίας Γκίκα «Η συμβολή της ψυχολογίας στις χειρουργικές επεμβάσεις»¹¹¹.

Επίσης έχει διαπιστωθεί ότι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε καθετηριασμό καρδιάς είχαν λιγότερο άγχος κατά τη διάρκειά του (προλαμβάνοντας έτσι διάφορες επιπλοκές που θα είχαν ως συνέπεια την αύξηση του πόνου, των φαρμάκων, ή/και παράταση των ιατρικών χειρισμών) και καλύτερη συνεργασία με το προσωπικό υγείας, όταν συμφωνούσε η διάθεση του ασθενή για πληροφόρηση με την ιατρική ενημέρωση που του παρείχαν. Η ψυχολογική παρέμβαση επικέντρωνε το ενδιαφέρον του ασθενή στο γνωστικό "χειρισμό" του καθετηριασμού, ενθαρρύνοντάς τον "να παρακολουθεί ένα ένα τα στάδιά του" και να "προσπαθεί να δει την όλη κατάσταση από την πλευρά των ειδικών". Οι ασθενείς που αναζητούσαν πληροφορίες γύρω από την πάθησή τους, αντιδρούσαν πιο θετικά κατά την έκθεσή τους σε ερεθίσματα ή πληροφορίες υψηλού επιπέδου για την αντιμετώπιση του στρες που βίωναν, από ό,τι αυτοί που προσπαθούσαν να αποφύγουν κάθε στρεσογόνο ερέθισμα ή σχετική πληροφορία⁴³¹.

Γενικά πάντως σε ασθενείς που αποφεύγουν την ενημέρωσή τους, η ψυχολογική αντιμετώπιση του στρες της νόσου παρεμποδίζεται από την παροχή πολλών πληροφοριών ενώ αυτοί που τις αναζητούν, αδυνατούν να αξιοποιήσουν τις τεχνικές αντιμετώπισης του ιατρικού τους προβλήματος, όταν τους παρέχονται ανεπαρκείς πληροφορίες. Τα συμπεράσματα αυτά είναι σημαντικά για την επιλογή του τρόπου ενημέρωσης του ασθενή από τον ιατρό, το νοσηλευτή και τον ψυχολόγο, αφού η εξέλιξη της ανάρρωσης εξαρτάται όπως φαίνεται και από αυτόν τον παράγοντα, ιδιαίτερα στους εγχειρισμένους ασθενείς.

Η ΑΝΑΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Κατά το παρελθόν, ο ασθενής περιοριζόταν στο μονοδιάστατο ρόλο της επιλογής ενός ικανού θεραπευτή, "στα χέρια" του οποίου εναπόθετε τον εαυτό του. Τέτοια όμως εξάρτηση από τον ιατρό υπονομεύει την αυτοπεποίθηση του ασθενή και μειώνει την ικανότητά του για να ξεχωρίζει τα συμπτώματα ή τα προβλήματα που θα μπορούσε να αντιμετωπίσει μόνος του, από εκείνα που χρειάζονται προσεγμένη ιατρική παρέμβαση. Το αποτέλεσμα είναι ένα αυξημένο ιατρικό κόστος περίθαλψης, καθώς αυξάνονται οι επισκέψεις στον ιατρό, που πιθανότατα θα είχαν αποφευχθεί εάν υπήρχε πιο κατάλληλη πληροφόρηση και εκπαίδευση του αρρώστου σε θέματα φροντίδας της υγείας του.

Έχει παρατηρηθεί ότι συχνά οι ασθενείς γνωρίζουν το τι ακριβώς τους συμβαίνει ή το πότε έχουν αναρρώσει, καλύτερα από τους θεραπευτές τους. Καρδιοπαθείς, για παράδειγμα, που είχαν επίγνωση των καταστάσεων που συντελούσαν αρνητικά στην υγεία τους (λ.χ. «νιώθω μεγάλο στρες στη δουλειά μου») είχαν καλύτερη και γρηγορότερη ανάρρωση⁵⁵⁸. Η προσπάθεια σήμερα των περισσότερων συστημάτων υγείας είναι **να ενεργοποιήσουν τον ασθενή**, ώστε να ενδιαφερθεί έμπρακτα για την αποκατάσταση της υγείας του. Κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται μέσα από υποβολή ερωτήσεων, άσκηση κριτικής και συλλογή πληροφοριών, που θα τον καταστήσουν ικανό να συμμετέχει στις ιατρικές αποφάσεις που αφορούν την αγωγή του¹⁵.

Πολλές οξείες αλλά και χρόνιες καταστάσεις είναι δυνατό να ανατεθούν στη φροντίδα του ατόμου που πάσχει, με την προϋπόθεση ότι προηγουμένως έχει "διδασθεί" τις κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, τις οποίες μπορεί να εφαρμόσει με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα σε συμπτώματα που είναι θεραπεύσιμα. Ο εκπαιδευτικός αυτός ρόλος του ιατρού και του νοσηλευτή δεν αποδυναμώνει αλλά αντίθετα ενισχύει τους δεσμούς τους με τον ασθενή, ο οποίος ανατρέχει σε αυτούς με μεγαλύτερη εμπιστοσύνη όταν το απαιτεί η υγεία του. Αυτή η διαδικασία συνεργασίας βελτιώνει επίσης την ποιότητα της περίθαλψής του, μειώνει τα ιατρικά συμπτώματα, ενισχύει την ι-

κανοποίηση του αρρώστου και περιορίζει το κόστος της νοσηλείας του³⁴¹.

Η “εξουσιοδότηση” του ασθενή για τη φροντίδα της υγείας του μπορεί να γίνει με πολλούς τρόπους: π.χ. με έντυπα ή άλλα οπτικοακουστικά μέσα, με συμβουλευτική και “εκπαίδευση των ασθενών” σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο. Στις ομάδες αυτές μαθαίνουν διάφορα τεχνάσματα ώστε να τηρούν πιο εύκολα και σωστά τις ιατρικές εντολές (με τη σύνδεση, λόγου χάρη, της λήψης του φαρμάκου μιας χρόνιας πάθησης, με το θούρτσισμα των δοντιών τους πρωί-μεσημέρι-βράδυ) ενώ συγχρόνως υπάρχει περισσότερος χρόνος για να συζητήσουν τις απορίες τους για διάφορα ιατρικά θέματα και να βρουν ψυχική υποστήριξη.

Προκειμένου **να ενισχυθούν οι συμπεριφορές υγείας** των ασθενών, καλό είναι οι ιατροί να τους **επανατροφοδοτούν** (feedback procedures): π.χ. με βάση τις μικροβιολογικές του εξετάσεις, εξηγούν στον ασθενή με ινσουλινο-εξαρτώμενο διαβήτη πώς καταλαβαίνουν εάν τηρήθηκε η θεραπευτική αγωγή που του δόθηκε και ενθαρρύνουν τα θετικά αποτελέσματα, καθιερώνοντας κάποιες μικρές “αμοιβές” (π.χ. γρηγορότερη έξοδος από το νοσοκομείο). Επίσης, για να ενθαρρύνουν τη συνέχιση μιας θεραπείας, τους παρουσιάζουν την ιατρική κάρτα με την πρόοδό τους ή τους υπενθυμίζουν τις καθιερωμένες ιατρικές επισκέψεις με κάρτες, σημειώματα, μηνύματα με το E-mail ή το τηλέφωνο/fax.

Τα ευεργετικά **αποτελέσματα της ενημέρωσης και εκπαίδευσης των ασθενών** είναι εμφανή σε έρευνα κατά την οποία τους παρέχονταν οι εξής διευκολύνσεις: α) βιβλίο οδηγιών για την κατ’ οίκον αντιμετώπιση 100 περίπου συχνών συμπτωμάτων, καθώς και συμβουλών για το πότε να καλέσουν ιατρική βοήθεια, β) τηλεφωνική υπηρεσία πληροφοριών υγείας και γ) συμβουλευτική σε ατομική βάση από ειδικευμένη νοσηλεύτρια. Οι ασθενείς αυτοί μείωσαν κατά 35% τις ιατρικές επισκέψεις για ήπια προβλήματα υγείας και κατά 17% την κλίση ασθενοφόρου. Υπολογίστηκε επίσης ότι η εκπαίδευση αυτή των ασθενών, μείωσε το κόστος της ιατρικής τους περίθαλψης κατά το ένα τρίτο⁶⁶⁵.

Ιδιαίτερα ενθαρρυντικά είναι και τα αποτελέσματα από την εκπαίδευση ασθενών σχετικά με τα χρόνια προβλήματα υγείας. Η ακριβής πληροφόρηση γύρω από τη φύση και τη θεραπεία της νόσου, η ύπαρ-

ξη κοινωνικής υποστήριξης του ασθενή και η ανάπτυξη των ικανοτήτων για μείωση του πόνου ή άλλων συμπτωμάτων, αυξάνει συνήθως την αυτοπεποίθηση του αρρώστου για καλύτερη φροντίδα της υγείας του, με αποτέλεσμα να μειώνεται το κόστος των ιατρικών παροχών. Ειδικά αναφέρουμε τα αποτελέσματα ερευνών με άτομα που έπασχαν από αρθρίτιδα^{422, 423, 424}. Τα ευεργετικά αποτελέσματα της εκπαίδευσης αυτών των ασθενών ήταν εμφανή ακόμη και τέσσερα χρόνια αργότερα, με μείωση κατά 20% του πόνου και 43% των επισκέψεων σε ιατρό (σε σύγκριση με τα ποσοστά πριν από τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα αυτό). Πιστεύουμε ότι και οι Έλληνες ασθενείς θα μπορούσαν να ωφεληθούν από ανάλογα προγράμματα, καθώς ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός του πληθυσμού της χώρας πάσχει από ρευματοειδή αρθρίτιδα και οστεοαρθρίτιδα.

Ο αριθμός των ασθενών που αναλαμβάνουν την ευθύνη και τον έλεγχο της θεραπείας τους αυξάνεται ολοένα για έναν πρόσθετο λόγο: οι επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις στο χώρο της υγείας επιτρέπουν συχνά στον ασθενή ν' αναλάβει ο ίδιος τη θεραπεία του^{407, 409}. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα των νεφροπαθών: στις Η.Π.Α. είναι συχνή η κατ' οίκον θεραπεία ασθενών σε τελευταίο στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Οι ασθενείς υποβάλλονται μόνοι τους, στο σπίτι ή στη δουλειά, σε περιτοναϊκή διύλιση, αντί να εισάγονται τρεις φορές την εβδομάδα στο νοσοκομείο, όπου χρησιμοποιείται συνήθως διαφορετική και πιο δαπανηρή τεχνική. Επειδή η περιτοναϊκή διύλιση είναι αναγκαία για την επιβίωσή του, η δυνατότητα που δίνεται στον νεφροπαθή για έλεγχο της θεραπείας του βοηθά συγχρόνως και στην ψυχολογική του προσαρμογή στην πάθηση. Υπάρχει όμως και ο αντίλογος: Μήπως η ευθύνη για μια τέτοια θεραπεία είναι ένα πρόσθετο βάρος, οπότε δεν βοηθείται τελικά ο ασθενής;

Για να αξιολογηθεί σωστά η **συσχέτιση της δυνατότητας ελέγχου μιας θεραπείας με την επιτυχία της προσαρμογής στη νόσο**, πρέπει πρώτα να καθορισθεί εννοιολογικά ο όρος. Ο έλεγχος ορίζεται ως η πραγματική ή η εκλαμβανόμενη -μέσα από υποκειμενικούς όρους- δυνατότητα να καθορίσει κανείς το αποτέλεσμα ενός γεγονότος. Η πρώτη (πραγματική) αναφέρεται στο πραγματικό ποσό ελέγχου που έχει το άτομο σ' ένα γεγονός. Η δεύτερη, η σε προσωπικό επίπεδο εκλαμβανόμενη δυνατότητα ελέγχου της έκβασης, αναφέρεται στη

γνωστική ερμηνεία που δίνει το άτομο σχετικά με το πόσο έλεγχο έχει πάνω σ' αυτή²²⁷. Στη δεύτερη αυτή λειτουργία έχουν εστιαστεί οι περισσότερες έρευνες που παρουσιάζονται στο παρόν βιβλίο, τονίζοντας τη θετική προσαρμογή του ασθενή όταν πιστεύει ότι έχει κάποιο έλεγχο στη θεραπεία της νόσου του. Θα πρέπει όμως να μην παραγνωριστεί η αξία του πραγματικού ελέγχου (δηλαδή αυτού που μπορεί να μετρηθεί μέσα από τη συγκεκριμένη συμπεριφορά του πάσχοντος) ειδικά σε ορισμένα στάδια (ύφεση-έξαρση) μιας πάθησης.

Νεότερες έρευνες^{129, 284} παρέχουν ενδείξεις ότι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις (π.χ. νεφρική ανεπάρκεια ή καρδιοπάθειες) στο τελευταίο ή σε κρίσιμο στάδιο εξέλιξής τους παρουσίαζαν κατάθλιψη και γενικά όχι καλή προσαρμογή, όταν τους ανατιθόταν ο έλεγχος της νόσου τους. Άλλες πάλι έρευνες^{76, 81, 653} μελετούν το ψυχολογικό κόστος αυτού του ελέγχου: ασθενείς που αναλαμβάνουν την ευθύνη των αποτελεσμάτων της υγείας τους, έχουν την τάση να κατηγορούν τον εαυτό τους όταν αυτή δεν εξελίσσεται θετικά. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η ανάληψη ελέγχου πάνω στη νόσο γίνεται ένα επιπλέον εμπόδιο, που παρεμβαίνει στην καθημερινή ζωή του αρρώστου ή μια επιπλέον ευθύνη, για την οποία πρέπει να "λογοδοτήσει" στους ιατρούς και την οικογένειά του.

Αξίζει ν' αναφερθούμε σε μια ακόμη έρευνα με νεφροπαθείς, η οποία επιβεβαίωσε τα παραπάνω ευρήματα. Καθώς αυξανόταν η σοβαρότητα της νόσου, νεφροπαθείς με υψηλό έλεγχο της θεραπείας τους (έκαναν μόνοι τους περιτοναϊκή κάθαρση στο σπίτι ή την εργασία τους) ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης από αυτούς που είχαν λιγότερο έλεγχο (έκαναν αιμοκάθαρση στο νοσοκομείο)¹⁷⁹.

Η κατάθλιψη του ασθενή θα πρέπει ωστόσο να αξιολογηθεί και σε σχέση με την **ενοχλητική παρείδουση της νόσου** στην καθημερινή του ζωή (illness intrusiveness). Τα επίπεδα **κατάθλιψης** ήταν υψηλότερα για τους ασθενείς που είχαν, σε καθημερινή βάση, την ευθύνη της θεραπείας τους μέσα στο σπίτι και παράλληλα συνέχιζαν την εργασία και τις άλλες ασχολίες τους· κάτι που σημαίνει ότι η θεραπεία χάνει τα καθορισμένα χωροχρονικά όρια μέσα στο πλαίσιο της ζωής τους. Αντίθετα, οι ασθενείς που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση στο νοσοκομείο, τρεις φορές εβδομαδιαίως, είχαν εντονότερη την αίσθηση ότι η θεραπεία τους διαχωρίζεται από την υπόλοιπή τους ζωή, τους στόχους και τις δραστηριότητές τους, οπότε βρίσκονταν σε καλύτερη

ψυχική κατάσταση.

Μια ακόμη εναλλακτική εξήγηση, για τη διαφοροποίηση της ψυχικής κατάστασης ανάλογα με την επιλογή της θεραπείας στο σπίτι ή στο νοσοκομείο, αποδίδεται από τους ερευνητές¹⁶⁹ στις προσδοκίες με τις οποίες επιφορτίζεται ο ασθενής από το περιβάλλον του. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό υποθέτει συνήθως ότι οι άρρωστοι που νοσηλεύονται στο σπίτι, είναι πιο υγιείς και καλύτερα προσαρμοσμένοι από αυτούς που είναι στο νοσοκομείο^{409, 702}. Αυτές του οι προσδοκίες συντελούν στην ανάπτυξη ικανοτήτων του ασθενή για ανάληψη του ελέγχου πάνω στη νόσο του. Εάν όμως οι προσδοκίες του περιβάλλοντός του ξεπερνούν τα όρια ικανοτήτων ενός βαρέως πάσχοντος, τότε αφενός υπονομεύεται η πεποίθησή του ότι μπορεί να ελέγχει την κατάσταση της υγείας του και αφετέρου δεν έχει ούτε την υποστήριξη που χρειάζεται. Ο ασθενής νιώθει τότε ότι «οι άλλοι δεν παίρνουν στα σοβαρά» την αρρώστια του ή απογοητεύεται, γιατί δεν έχει τη δύναμη να λειτουργεί όπως πριν («η ασθένεια διασπά τους κοινωνικούς μου δεσμούς με συγγενείς και φίλους»). Αντίθετα, στους ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, δεν υπάρχουν πιεστικές προσδοκίες για να συνεχίσουν τον προηγούμενο ρυθμό της ζωής τους και τους δίνεται περισσότερη ψυχική υποστήριξη από οικείους και ειδικούς. Φαίνεται λοιπόν ότι η σοβαρότητα μιας πάθησης μειώνει ορισμένες φορές την κατάθλιψη, ίσως γιατί τότε αυξάνεται η συχνότητα αλλά και η ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή, ενώ οι λιγότερο σοβαρά άρρωστοι δεν έχουν την ίδια φροντίδα, προσοχή και υποστήριξη, με συνέπεια να αυξάνεται η ψυχική τους δυσφορία^{3, 4, 5}.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι **οι επιλογές για αυτοφροντίδα και κατ' οίκον περίθαλψη** μπορεί να είναι πιο οικονομικές και να τονώνουν ψυχικά ορισμένους ασθενείς (κυρίως αυτούς με ήπια προβλήματα υγείας), αλλά κινδυνεύουν να αποθούν τελικά επιβλαβείς στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή και την ποιότητα ζωής των ασθενών με σοβαρά προβλήματα υγείας. Γι' αυτό το πολιτικό και οικονομικό κλίμα που θα διαμορφωθεί μέσα από τους καινούριους κανονισμούς υγείας, θα πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη του την ηθική πλευρά της ανάθεσης ευθυνών στους ασθενείς για την εξέλιξη της υγείας τους και τον έλεγχο της θεραπείας τους, προκειμένου ν' αποφευχθούν οι τυχόν αρνητικές συνέπειες.

Η ΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΝΤΟΛΩΝ

Η παλαιότερη έννοια της συμμόρφωσης προς τις ιατρικές εντολές περιοριζόταν περισσότερο στη δημιουργία του προφίλ του “υπάκουου ασθενή”, καθώς δεν του επιτρεπόταν να έχει καμιά γνώμη γύρω από ιατρικά θέματα. Σήμερα όμως όλο και περισσότερο ζητείται η συνεργασία του ασθενή, μέσα από την ενεργητική του συμμετοχή στις αποφάσεις για την υγεία του. Οι πιο σύγχρονες θεωρίες για την τήρηση των ιατροφαρμακευτικών συστάσεων δεν εστιάζουν την προσοχή τους μόνο στο κατά πόσο αυτές ακολουθούνται πιστά, αλλά στο περιθώριο που αφήνεται στον άρρωστο να πάρει αποφάσεις για την υγεία του. Οι λόγοι είναι προφανείς: η αποτυχία ενός ασθενή να τηρήσει ένα θεραπευτικό σχήμα αντικατοπτρίζει την απογοήτευσή του από το σύστημα υγείας, διαταράσσει τις σχέσεις με τους θεραπευτές του και αυξάνει το κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης^{159, 162}.

Αλλά και από νομική άποψη, είναι πλέον αθέμιτη η μη συνειδητή συμμετοχή του ασθενή σ’ ό,τι υποδεικνύουν οι ιατροί. Απαιτείται προηγουμένως να αξιολογηθεί αν κατάλαβε τι ακριβώς του ζητείται, γιατί, καθώς και ποιοι είναι οι κίνδυνοι της τήρησης ή μη ενός θεραπευτικού προγράμματος που του προτείνεται. Προϋπόθεση λοιπόν της τήρησης των ιατρικών εντολών είναι η κατανόηση, από την πλευρά του ασθενή, όλων των πληροφοριών που χρειάζεται, προκειμένου να πάρει τις κατάλληλες αποφάσεις και να δώσει τη σύμφωνη γνώμη του (*informed consent*)⁴¹³.

Αν και με το θέμα ασχολήθηκαν πολλοί ερευνητές, δεν έχουν ακόμη κατανοηθεί όλες οι συμπεριφορές υγείας που σχετίζονται μ’ αυτό. Δυστυχώς και οι ίδιοι οι ιατροί σπάνια ενδιαφέρονται για το αν τηρήθηκε η όχι μια ιατροφαρμακευτική αγωγή, ή γιατί οι ασθενείς τους απέτυχαν στην τήρησή της. Αυτή όμως η αποτυχία μπορεί να έχει ως συνέπεια: 1) να προστεθούν κι άλλα φάρμακα στη θεραπεία, οπότε αυξάνεται το κόστος της ιατρικής περίθαλψης, 2) να χρειαστούν επιπλέον ιατρικές επισκέψεις, 3) να επιδεινωθεί η κατάσταση της νόσου, με συνέπεια να χρειάζεται πιο εντατική και δαπανηρή θεραπεία ή νοσοκομειακή νοσηλεία, 4) να αυξηθούν τα ποσοστά νοσηρότητας και

θνησιμότητας και 5) να καθίσταται αδύνατο να αξιολογηθεί σωστά η επιλογή της ιατροφαρμακευτικής αγωγής.

Υπολογίζεται ότι το ένα τρίτο ως το ένα δεύτερο των ασθενών αποτυγχάνουν να συμμορφωθούν προς τις ιατρικές υποδείξεις, ιδιαίτερα αν απαιτούνται και αλλαγές στον τρόπο της ζωής τους, πέρα από τη λήψη των φαρμάκων⁷⁷. Το 30% με 60% των ασθενών αμελούν να πάρουν τα φάρμακα που τους χορηγήθηκαν^{327, 371, 426}, ιδιαίτερα αν χρειάζεται να λαμβάνουν πολλές φαρμακευτικές δόσεις κατά τη διάρκεια της ημέρας¹¹⁶. Υπολογίζεται επίσης ότι λιγότεροι από τους μισούς ασθενείς προσέχουν τον τρόπο (δοσολογία) και το χρόνο (τη συχνότητα) λήψεως των φαρμάκων τους ή τους άλλους περιορισμούς που τα συνοδεύουν, όπως αποφυγή κάποιων τροφών στο διάστημα αυτό^{491, 623}. Όταν μάλιστα χορηγούνται μακροχρόνιες θεραπείες για χρόνια νοσήματα, το 80% των αρρώστων αποτυγχάνουν να τηρήσουν τουλάχιστον ένα μέρος της αγωγής τους⁵⁶². Ενδεικτικά αναφέρουμε τις συνέπειες αυτής της παρακοής: το 5% με 15% της διακόμισης στο νοσοκομείο γηριατρικών ή άλλων με χρόνια νοσήματα ασθενών οφείλεται στη μη σωστή λήψη των φαρμάκων που τους χορηγήθηκαν^{140, 255}, ενώ η μη τήρηση μιας ιατροφαρμακευτικής αγωγής συντελεί στην ανάπτυξη μικροοργανισμών που ανθίστανται στις θεραπείες^{57, 231}.

Οι Kristeller και Rodin³⁶⁹, αναγνωρίζοντας τη συνθετότητα του προβλήματος, προτείνουν τη μελέτη του όχι ως μεμονωμένου φαινομένου αλλά ως μιας πολυμερούς διαδικασίας, που ξεδιπλώνεται σε τρία στάδια:

α) Το στάδιο της συμμόρφωσης (*compliance*): αναφέρεται στην αρχική συναίνεση του ασθενή να ακολουθήσει τις ιατρικές υποδείξεις.

β) Το στάδιο της τήρησής τους (*adherence*): αναφέρεται στην επιμονή του ασθενή για πιστή τήρηση της αρχικής συμφωνίας, κάτω από την επίβλεψη του προσωπικού υγείας.

γ) Το στάδιο της συντήρησης (*maintenance*): ο ασθενής ενσωματώνει πλέον τις ιατρικές οδηγίες στον τρόπο της ζωής του, προκειμένου να διατηρήσει την υγεία του ακόμη και όταν πάψει η συνεχής ιατρική παρακολούθηση.

Το μοντέλο αυτό όχι μόνο υπογραμμίζει τον ενεργητικό ρόλο του ασθενή, αλλά βοηθά στην κατανόηση των παραγόντων αποτυχίας, καθώς και των τρόπων παρέμβασης για τη μείωσή τους.

Η πολυπλοκότητα φυσικά μιας φαρμακοθεραπείας καθιστά πιο δύσκολη και την τήρησή της. Η χορήγηση λ.χ. πολλών φαρμάκων ταυτόχρονα για διαφορετικούς λόγους θεραπείας ενός ασθενή (άλλο για τα αυτιά, άλλο για τη μύτη και ένα τρίτο για το βήχα), με δύσκολο πρόγραμμα λήψεως, είτε από πλευράς ώρας είτε από πλευράς δοσολογίας, καθώς και με δυσάρεστες παρενέργειες, μειώνει τις πιθανότητες συμμόρφωσης προς τη συγκεκριμένη θεραπεία. Φυσικά θα πρέπει να ληφθεί υπόψη και η σοβαρότητα μιας ασθένειας. Όσο βέβαια πιο σοβαρή είναι η πάθηση, τόσο αυξάνονται τα ποσοστά τήρησης της θεραπευτικής αγωγής, ανεξάρτητα από τις δυσκολίες στην εφαρμογή της. Καλύτερες πάντως πιθανότητες, να εμμείνει ο άρρωστος σε μια θεραπεία, υπάρχουν όταν αυτή είναι αφενός μικρής χρονικής διάρκειας και αφετέρου φέρνει άμεσα αποτελέσματα και ανακούφιση από ενοχλητικά ενοχλήματα. Αντίθετα, έχουν μεγάλα ποσοστά αποτυχίας στον τομέα αυτό, οι μακροχρόνιες ή δια βίου θεραπείες που προτείνονται για χρόνιες παθήσεις⁴⁸⁵.

Έχει παρατηρηθεί ότι ακόμη και στις πιο δύσκολες περιπτώσεις χρόνιων νόσων, τον πιο καθοριστικό παράγοντα στην τήρηση μιας θεραπείας παίζει η ποιότητα και η ποσότητα των πληροφοριών που δίνονται στον ασθενή γύρω από τα θέματα της υγείας του. Υπάρχει όμως και σήμερα ακόμη μια ασάφεια γύρω από τον τρόπο που πρέπει να δίνονται οι πληροφορίες αυτές. Εδώ και πολλά χρόνια έχει γίνει εμφανές ότι οι γραπτές πληροφορίες είναι συνήθως καλύτερες από τις προφορικές (φυσικά αυτό δεν ισχύει για τα άτομα που δεν γνωρίζουν γραφή ή ανάγνωση). Είναι όμως αρκετές οι **γραπτές πληροφορίες**, με τις οποίες κυριολεκτικά "βομβαρδίζεται" το κοινό από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ή από τα επιστημονικά φυλλάδια, που κυκλοφορούν στις αίθουσες αναμονής των νοσοκομείων ή των ιδιωτικών ιατρείων, για να πείσουν τους ασθενείς να ακολουθήσουν μια θεραπεία ή έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής; Δυστυχώς δεν αρκεί η παράθεση των ιατρικών δεδομένων· πρέπει να γίνει και μια υποκειμενική εκτίμηση όλων των γνώσεων που απεκόμισε ο ασθενής από την ιατρική του ενημέρωση. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι οι γνώσεις του ασθενή γύρω από την αιτιολογία μιας νόσου επηρεάζουν πολύ λιγότερο τη συμμόρφωσή του στη θεραπεία της, απ' ό,τι αυτές που αφορούν την εξέλιξή της⁴⁵⁰.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι, κατά μέσο όρο, η **προφορική επικοινωνία** του αρρώστου με τον ιατρό του είναι ελλιπής και μη αποτελεσματική. Σ' αυτό συντελούν πολλοί παράγοντες, όπως η βιασύνη του ιατρού προκειμένου να προφτάσει να εξετάσει όλους τους ασθενείς του, η χρησιμοποίηση μη κατανοητής ιατρικής ορολογίας και η έλλειψη επαρκών γνώσεων επικοινωνίας, οπότε ο ιατρός δεν αντιλαμβάνεται τι προβληματίζει τον κάθε ασθενή, ώστε ανάλογα ν' απαντήσει στις απορίες του ή να καθησυχάσει τους φόβους του. Οι ασθενείς λοιπόν που δεν έχουν σαφείς και κατανοητές πληροφορίες αποτυγχάνουν να πειθαρχήσουν προς τις ιατρικές συστάσεις της θεραπείας τους²¹.

Δυστυχώς οι μισοί σχεδόν άρρωστοι φεύγουν από τον ιατρό τους απογοητευμένοι, με την αίσθηση ότι δεν έχουν κατανοήσει όλα όσα τους είπε, οπότε εύκολα ξεχνούν πολλά απ' αυτά και αδυνατούν να τηρήσουν ακριβώς τις εντολές του. Ακόμη όμως και στην περίπτωση που ο ιατρός δίνει γραπτές οδηγίες, έχει διαπιστωθεί ότι συνήθως είναι ελλιπείς, ασαφείς, με μη κατανοητούς -συχνά ούτε καν κατάλληλους- όρους⁴¹³. Πρέπει να σημειωθεί ότι καταβάλλονται προσπάθειες για να γίνουν πιο κατανοητές και οι γραπτές οδηγίες που περικλείονται μέσα σε κάθε φάρμακο ή άλλο φαρμακευτικό σκεύασμα.

Η τήρηση λοιπόν μιας ιατροφαρμακευτικής αγωγής σχετίζεται γενικά με διάφορα **χαρακτηριστικά και συμπεριφορές του ιατρού**, όπως ήδη αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο. Όταν πάντως α) αφιερώνει αρκετή ώρα για τον ασθενή⁵⁰· β) υποβάλλει αρκετές ερωτήσεις²⁶⁷, ώστε να αποσαφηνίσει τις απορίες του αρρώστου και να κατανοήσει τους προβληματισμούς και τις προσδοκίες του για την προτεινόμενη αγωγή²²⁶· γ) προσφέρει ενθάρρυνση, υποστήριξη και επιβεβαίωση των ικανοτήτων του ασθενή, ενώ αποφεύγει την έκφραση θυμού, άγχους ή αρνητικών σχολίων γι' αυτόν²⁶⁷, τότε ενισχύονται οι πιθανότητες τήρησης της αγωγής που του χορήγησε.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα νεότερα ευρήματα που συσχετίζουν το βαθμό ικανοποίησης του ασθενή από τον ιατρό και τους νοσηλευτές του, με το βαθμό ικανοποίησης που οι τελευταίοι αποκομίζουν από την άσκηση του λειτουργήματός τους^{254, 417, 687}. Η απογοήτευση που ενδεχομένως νιώθουν για το επάγγελμά τους μειώνει την απόδοσή τους και συνεπώς την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέ-

χουν, με αποτέλεσμα να μη δίνουν τα απαραίτητα κίνητρα στους ασθενείς για την τήρηση των ιατρικών τους συστάσεων. Η ικανοποίηση του ιατρού από την επιλογή του επαγγέλματός του ήταν σε άμεση συσχέτιση α) με την ικανοποίηση του ασθενή από την περίθαλψη που του παρασχέθηκε, ακόμα κι αν η επίσκεψη του ιατρού ήταν σύντομη^{449, 466} και β) με την τήρηση της ιατρικής αγωγής, ακόμη και σε χρόνια νοσήματα¹⁶³. Συγκεκριμένα, ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση και ποικίλα καρδιολογικά προβλήματα, ακόμα και δύο χρόνια μετά την αρχική τους διάγνωση, βελτίωσαν ορισμένες συμπεριφορές στη λήψη φαρμάκων και τη δίαιτά τους, αν και υπήρχε στασιμότητα στη βελτίωση της συχνής σωματικής τους άσκησης. Διαπιστώθηκε επίσης ότι οι ασθενείς αυτοί συμμορφώνονταν περισσότερο προς τις οδηγίες των καρδιολόγων και των ενδοκρινολόγων από ό,τι με αυτές άλλων ειδικοτήτων. Τέλος οι ιατροί με μεγαλύτερη ιδιωτική δραστηριότητα είχαν πιο "υπάκουους" ασθενείς, ίσως γιατί προγραμματίζουν πιο συχνές επισκέψεις γι' αυτούς, ώστε να ελέγχουν καλύτερα το αν ακολουθείται η θεραπεία που τους χορήγησαν, και με τον τρόπο αυτό συνεισέφεραν στη μακροχρόνια τήρησή της^{276, 472}. Ακόμη και οι επιπλέον διαγνωστικές εξετάσεις που απαιτήθηκαν από τους ιατρούς, αξιολογήθηκαν από τους ασθενείς ως διαβεβαίωση των ιατρικών τους γνώσεων και της διάθεσης να τους βοηθήσουν και αυτό τους ενθάρρυνε για να λάβουν πιο σοβαρά υπόψη τους όλες τις ιατροφαρμακευτικές οδηγίες¹⁶³.

Ορισμένοι τέλος ερευνητές πιστεύουν ότι η μη συμμόρφωση προς τις ιατρικές εντολές σχετίζεται και με την όλη **προσωπικότητα του ασθενή**. Άτομα που είναι λιγότερο ευάλωτα ψυχολογικά στο στρες της νόσου ή που δεν απειλούνται από μια μοιραία ασθένεια, είτε αδιαφορούν για την υγεία τους είτε δεν εμπιστεύονται το υπάρχον σύστημα υγείας, με συνέπεια να πειθαρχούν λιγότερο στις υποδείξεις του προσωπικού υγείας⁶³¹. Επίσης, ασθενείς με μειωμένες νοητικές δυνατότητες και με διάφορα ψυχολογικά προβλήματα (π.χ. εχθρικά προς τους ιατρούς και κάθε άλλο πρόσωπο κύρους, με υπέρμετρες εκδηλώσεις θυμού, κατάθλιψης ή φόβου για την εξάρτησή τους από τρίτα πρόσωπα) έχουν περισσότερες δυσκολίες στο να τηρήσουν μια θεραπεία^{17, 185}.

Από ψυχολογική πάντως άποψη, γίνεται παραδεκτό ότι η μη συμ-

μόρφωση των ασθενών σχετίζεται συχνά και με το *άγχος* ή την *αμφιθυμία* τους *στην προτεινόμενη θεραπεία*. Συγκρούεται δηλαδή κανείς εσωτερικά, γιατί δεν μπορεί ν' αποφασίσει για τα υπέρ ή τα κατά αυτής της θεραπείας έναντι των άλλων εναλλακτικών λύσεων που υπάρχουν. Στην προσπάθεια να μειώσει τότε το άγχος του, νομίζει ότι είναι πιο εύκολο το να εγκαταλείψει τη θεραπευτική αγωγή που του δόθηκε. Παρατηρώντας τη συμπεριφορά των ασθενών, η Janis³¹² περιέγραψε τέσσερις διαφορετικούς τρόπους αντίδρασης στο πρόβλημα: 1) μη τήρηση των ιατρικών εντολών, χωρίς εσωτερικές συγκρούσεις, καθώς ο ασθενής αρνείται τους κινδύνους της νόσου από ναρκισσισμό ή από υπεραισιοδοξία και δεν ριψοκινδυνεύει τις παρενέργειες μιας θεραπείας· 2) τήρηση των ιατρικών εντολών, χωρίς εσωτερικές συγκρούσεις, καθώς ο ασθενής συμφωνεί να υπακούσει τυφλά σ' ό,τι του υποδείξει ο ιατρός, δίχως να υπολογίσει σοβαρά τις πιθανές παρενέργειες της θεραπείας του· 3) αμυντική αποφυγή (ή μη τήρηση των ιατρικών εντολών) μετά από εσωτερικές συγκρούσεις, λόγω άγχους, άρνησης των δυσοίωνων συμπτωμάτων, εκλογίκευσης ή χρονοτριβής· 4) υπερεγρήγορη, η οποία συνδέεται με ψυχικές συγκρούσεις (π.χ. με πανικό ή ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές) που αναστατώνουν τον ασθενή κατά την τήρηση της αγωγής και δ) επαγρύπνηση, η οποία χαρακτηρίζεται από προσεκτική εξέταση όλων των πληροφοριών που συνέλεξε και σχολαστική αναζήτηση αποτελεσματικών λύσεων στο πρόβλημα της υγείας του. Η τελευταία αυτή προσέγγιση είναι και η προτιμότερη, γιατί βοηθά τον ασθενή και να προσαρμοστεί και να αποδεχτεί σωστά τη θεραπεία του.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΣ ΧΩΡΟΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΗΣ

Οι προσεγμένες χωροταξικές προδιαγραφές και τα μοντέρνα αρχιτεκτονικά σχέδια δεν καλύπτουν τις προσδοκίες και ελπίδες να γίνουν τα σύγχρονα νοσοκομεία ένας χώρος πραγματικής περίθαλψης του αρρώστου· να νιώσει δηλαδή ότι βρίσκεται σ' ένα περιβάλλον που τον προστατεύει και τον ηρεμεί ψυχολογικά. Πολλοί μάλιστα διατυπώνουν επιφυλάξεις γύρω από το αν τελικά τα νοσοκομεία είναι οργανωμένα με σκοπό να εξυπηρετούν τις ανάγκες των ασθενών ή αυτές του διοικητικού προσωπικού και των επαγγελματιών υγείας.

Μια πιο κοινωνιολογική εξήγηση των επιδράσεων ενός κοινωνικού πλαισίου στον άνθρωπο, μας παραπέμπει στο θέμα του ιδρυματισμού. Τα ιδρύματα, από τα νοσοκομεία και τα σχολεία ως τις φυλακές και τα αναμορφωτήρια, είναι χώροι που δημιουργήθηκαν για να υπηρετήσουν κάποιες ανθρώπινες ανάγκες. Αδυνατούν όμως να εκπληρώσουν τους αρχικούς τους στόχους, γιατί αναστατώνονται από τον όγκο και την πληθώρα των προβλημάτων που προκύπτουν, χωρίς να δίνεται και η ευκαιρία στους ανθρώπους που ζουν εκεί να διεργαστούν τα συναισθήματά τους. **Το αίσθημα του ιδρυματισμού** (της σταδιακής αλλά πλήρους αφομοίωσης από το ίδρυμα) αλλοτριώνει ή αδρανοποιεί και τους ίδιους τους ανθρώπους που το υπηρετούν, με συνέπεια να αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα της αρμοδιότητάς τους με απάθεια κι αδιαφορία.

Τα τελευταία ωστόσο χρόνια, μέσα στο νοσοκομειακό πλαίσιο γίνονται πιο συστηματικές προσπάθειες για να επικεντρωθεί το ενδιαφέρον όλων στον ασθενή, ο οποίος έχει τη δυνατότητα να συμμετέχει στις ιατρικές αποφάσεις, να μη δέχεται παθητικά αλλά κριτικά και ενεργά τις "φόρμες λειτουργίας" του νοσοκομείου και να συμβάλλει στη βελτίωσή τους¹⁵. Η έννοια λοιπόν της "εξουσιοδότησης" αναφέρεται ταυτόχρονα στον άνθρωπο και στο κοινωνικό του πλαίσιο. Ο πρώτος θ' αποκτήσει εκεί προσωπικό έλεγχο και τη δυνατότητα να παρεμβαίνει στα πράγματα που τον αφορούν, ενώ το δεύτερο θα μπορεί αφενός να αξιοποιεί την κοινότητα και αφετέρου να επηρεάζει το πολιτικό σύστημα, ώστε να επιτευχθούν καλύτεροι στόχοι προώθησης

της υγείας.

Οι έρευνες της ψυχολογίας προωθούν τη δημόσια υγεία, προτείνοντας ακόμη και τρόπους για αναμόρφωση των νοσοκομειακών χώρων. Ασθενείς που νοσηλεύονταν σε δωμάτια τα οποία είχαν κάποια ευχάριστη θέα, παρουσίαζαν γρηγορότερη ανάρρωση. Τα ίδια ευεργετικά αποτελέσματα είχαν οι ασθενείς που τους τοίχους των δωματίων τους κοσμούσαν πίνακες με τοπία από τη φύση. Βοηθούν ακόμη οι προσεγμένοι χώροι αναμονής, τα δωμάτια με ευχάριστο διάκοσμο (χρώματα που ηρεμούν, φυτά, σωστή διάταξη επίπλων) και οι άλλες δυνατότητες εξυπηρέτησης που προσφέρει το νοσοκομείο: βιβλιοθήκες, κυλικία με υγιεινές τροφές, ξενώνες και άλλα.

Θα αναφερθούμε τώρα με συντομία και στις επιδράσεις στον ασθενή της διαμονής του στο ίδιο δωμάτιο νοσοκομείου με άλλους πάσχοντες. Συνήθως κάτω από απειλητικές καταστάσεις, τα άτομα επιζητούν την παρουσία ανθρώπων που βιώνουν τα ίδια συναισθήματα στρες και άγχους. Γι' αυτό και οι ασθενείς στις αίθουσες αναμονής των ιδιωτικών ιατρείων ή των νοσοκομείων εύκολα βρίσκουν διόδους επικοινωνίας, μέσα από τη συζήτηση για τα ιατρικά τους προβλήματα ή τις ψυχικές τους συνέπειες. Δεν είναι όμως πάντα επιθυμητή η παρουσία άλλων συμπασχόντων μέσα σ' ένα θάλαμο νοσοκομείου και μάλιστα πολυπληθή. Ιδιαίτερα όταν αναμένουν να υποβληθούν σε μια δύσκολη, επώδυνη ή δυσάρεστη ιατρική επέμβαση, μειώνεται η επιθυμία τους για σύναψη σχέσεων με άλλους αρρώστους.

Οι περισσότερες έρευνες έχουν εστιάσει την προσοχή τους στους χειρουργημένους ασθενείς και την επικοινωνία που αναπτύσσεται μεταξύ τους. Βέβαια το άγχος των αρρώστων είναι μεγαλύτερο πριν από μια χειρουργική επέμβαση απ' ό,τι μετά από αυτήν^{13, 24, 447}. Είναι λοιπόν φυσικό σ' ένα θάλαμο με ασθενείς που πρόκειται να χειρουργηθούν, να υπάρχει περισσότερο άγχος και από τους ίδιους και από τους συγγενείς ή τους φίλους που βρίσκονται εκεί. Αυτό δυσχεραίνει την επικοινωνία, προκαλεί γενικευμένη ένταση, ενώ επιζητείται συχνότερα η παρουσία του νοσηλευτικού προσωπικού για να τους διαβεβαιώσει ότι όλα θα πάνε καλά. Υπάρχει επίσης περίπτωση, το υψηλό προεγχειρητικό άγχος να προκαλέσει και μετεγχειρητικά ψυχολογικά προβλήματα, υψηλή αρτηριακή πίεση και παρατεταμένη νοσοκομειακή διαμονή⁴¹².

Καλύτερα αποτελέσματα παρατηρήθηκαν όταν οι ασθενείς που επρόκειτο να χειρουργηθούν για κάποιο σοβαρό καρδιολογικό πρόβλημα, έμεναν στο ίδιο δωμάτιο με μη χειρουργικούς αρρώστους ή με άλλους που είχαν ήδη υποβληθεί σε παρόμοια επέμβαση. Το άγχος αυτών των προ-εγχειρητικών ασθενών ήταν σαφώς χαμηλότερο από άλλων, οι οποίοι διέμεναν στο ίδιο δωμάτιο με άτομα που επίσης επρόκειτο να χειρουργηθούν^{374, 375}. Η πρώτη υπόθεση των ερευνητών ήταν ότι αυτό ίσως συμβαίνει γιατί οι μετεγχειρητικοί ασθενείς είχαν περισσότερες πληροφορίες για την όλη εμπειρία της επέμβασης, οπότε ενημερώνοντας τους "συγκατοίκους" τους, πιθανόν να τους καθυσύχαζαν. Εκτός όμως του ότι δεν είναι βέβαιο ότι οι ασθενείς που προσέρχονται για μια χειρουργική επέμβαση δεν είναι επαρκώς ενημερωμένοι, διαπιστώθηκε ότι η ευεργετική επίδραση των μη-χειρουργικών ή μετεγχειρητικών ασθενών στους προεγχειρητικούς, οφείλεται κυρίως στο μειωμένο άγχος που πλέον παρουσιάζουν και όχι στις πληροφορίες που τους παρέχουν. Μεταδίδουν δηλαδή αισιοδοξία στα άτομα που πρόκειται να εγχειριστούν, αποφεύγοντας τη μετάδοση άγχους (*emotional contagion mechanism*) και η μεταξύ τους συζήτηση περιλαμβάνει παράλληλα με τα απειλητικά (ιατρικά) και άλλα μη-απειλητικά θέματα (όπως διάφοροι κοινωνικοί προβληματισμοί ή περιστατικά της προσωπικής τους ζωής). Υπάρχει όμως και η περίπτωση να μην αναπτυχθεί μεταξύ τους ιδιαίτερος σύνδεσμος, εάν ο μετεγχειρητικός άρρωστος είναι ακόμη καταβεβλημένος και δεν έχει την ίδια διάθεση για συζήτηση. Αντίθετα, οι προεγχειρητικοί ασθενείς έχουν περισσότερη ενέργεια και εξωστρεφή διάθεση και, όταν τους δίνεται η ευκαιρία της διαμονής στο ίδιο δωμάτιο, η συζήτηση που διεξάγεται με τους άλλους πάσχοντες στρέφεται κυρίως σε ιατρικά θέματα της υγείας τους, κάτι που έχει ως συνέπεια την αποκορύφωση του άγχους τους πριν από το χειρουργείο^{377, 378}.

Τα ευρήματα των παραπάνω ερευνών θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη των διαφόρων χειρουργικών κλινικών του νοσοκομείου (γενικής χειρουργικής, καρδιοχειρουργικής, νευροχειρουργικής κ.ά.), προκειμένου να μειωθεί το άγχος των ασθενών που νοσηλεύονται εκεί.

ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η σε παγκόσμια κλίμακα εξάπλωση των χρονίων νοσημάτων έχει λάβει ανησυχητικές διαστάσεις, παρόλη την πρόοδο της ιατρικής στην καταπολέμηση των λοιμώξεων και την αντιμετώπιση του καρκίνου, καθώς και την εξέλιξη των ψυχολογικών μεθόδων που στοχεύουν στην προστασία από διάφορες νόσους. Πολλές από αυτές τις χρόνιες παθήσεις, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, τό βρογχικό άσθμα, η σκλήρυνση κατά πλάκας, η εγκεφαλική παράλυση, η υπέρταση, παθήσεις στομάχου, εντέρου, ήπατος και νεφρών, αν και δεν είναι άμεσα θανατηφόρες, δεν είναι δυστυχώς και θεραπεύσιμες. Στα επόμενα κεφάλαια θα γίνει μια σύντομη αναφορά σε ορισμένες από αυτές, δίνοντας έμφαση στις ψυχοκοινωνικές τους διαστάσεις και στα ειδικά προβλήματα που βιώνουν οι πάσχοντες συνάνθρωποί μας, αρχίζοντας από τον πόνο που είναι κοινός παρονομαστής όλων των χρονίων νόσων.

Η Cheri Register⁵⁵¹, που πάσχει και η ίδια από μια σπάνια πάθηση του ήπατος, λέει χαρακτηριστικά: «Η γλώσσα της αρρώστιας είναι η γλώσσα της μάχης. Πόσοι όμως από μας θα άντεχαν να ζήσουν σε πόλεμο με το ίδιο τους το σώμα, για μια ζωή, ειδικά όταν αυτή θα είναι σύντομη;» Τα άτομα που μελέτησε η Register παραδέχτηκαν ότι η ζωή τους ήταν εξαιρετικά δύσκολη, γιατί η νόσος έκανε πάντα αισθητή την παρουσία της, ενώ προσπαθούσαν να μην επιτρέπουν στον εαυτό τους να ισοπεδωθεί απ' αυτή. Σ' αυτό τον αγώνα τους, ορισμένοι στηρίζονταν στην αγάπη της οικογένειάς τους, άλλοι στρέφονταν στη θρησκεία ή αφιέρωναν στην εργασία τους περισσότερο χρόνο και προσοχή από ό,τι στην ενασχόληση με τη νόσο.

Η χρονία νόσος είναι αναμφισβήτητα ένα εξαιρετικά στρεσογόνο γεγονός, το οποίο δεν αφήνει ανεπηρέαστες τις διαπροσωπικές σχέσεις και τις επαγγελματικές δραστηριότητες του ατόμου, μειώνοντας συχνά και το δίκτυο της κοινωνικής του υποστήριξης. Οι ασθενείς μπορεί να υποφέρουν από μια λανθασμένη διάγνωση ή μια ακατάλληλη ιατροφαρμακευτική αγωγή, να βιώνουν έντονο άγχος ή κατάθλιψη, να αντιδρούν με αυτομομφή στις διάφορες αλλαγές του σώματός

τους και να διαπιστώνουν ότι δυσχεραίνονται οι διαπροσωπικές τους σχέσεις, χωρίς πολλές φορές να ξέρουν ποια από τα προβλήματά τους να αποκαλύψουν στους άλλους και ποια να αποκρύψουν. Ακόμη και η τυπική ερώτηση "πώς είσαι;" μπορεί να ενεργοποιήσει το μηχανισμό του φόβου ή πόνου, απομονώνοντας έτσι τον άρρωστο από το κοινωνικό του περιβάλλον, γιατί τα βιώματά του διαφέρουν τόσο από τις καθημερινές εμπειρίες των υγιών. Ένα από τα συχνότερα προβλήματα των ασθενών με χρόνια νόσημα είναι ότι βρίσκονται μακριά από τα σχετικά ιατρικά κέντρα, ειδικά όταν πρόκειται για μακροχρόνιες και επώδυνες θεραπείες. Υπάρχουν τέλος περιπτώσεις που οι οικονομικές επιβαρύνσεις της θεραπείας είναι δυσβάστακτες και έρχονται κι αυτές να προστεθούν στο πρόβλημα του στιγματισμού που βιώνουν ορισμένοι ασθενείς (π.χ. φορείς ή πάσχοντες από AIDS).

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό συχνά εκπλήσσεται με το πόσο θετικά αντιμετωπίζουν οι άρρωστοι αυτοί την κατάσταση· κυρίως επειδή αυτό δεν προέρχεται από άρνηση της πάθησής τους, αλλά από την ανάπτυξη της ικανότητας να ελέγχουν τα προβλήματα της υγείας τους και να χαίρονται τη ζωή. Οι ασθενείς που εκφράζουν περισσότερο θετικά συναισθήματα και είναι πιο κοινωνικοί, αντιμετωπίζουν συνήθως λιγότερα προβλήματα προσαρμογής και κατάθλιψης. Ιδιαίτερα οι γυναίκες ασθενείς, οι οποίες αποδέχονταν το γεγονός ότι η νόσος άλλαξε ριζικά τη ζωή τους, επανεκτιμούσαν τους στόχους τους και έδιναν προτεραιότητα στην οικογένειά τους και στο χρόνο που αφιέρωναν γι' αυτήν. Πολλές μάλιστα ασθενείς με καρκίνο του μαστού είχαν υπερβολική αισιοδοξία γύρω από τις πιθανότητες επιβίωσής τους, παραποιώντας ελαφρά την πραγματικότητα, ώστε να μπορούν να ελπίζουν σ' ένα καλύτερο μέλλον^{646, 648}. Με βάση τα ευρήματα αυτά, η ψυχολόγος Shelley Taylor ανέπτυξε τη θεωρία των **"θετικών ψευδαισθήσεων"** (positive illusions), σύμφωνα με την οποία οι ασθενείς που υπερεκτιμούσαν -χωρίς βέβαια να φτάνουν σε ακραίες απόψεις- αφενός την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν τη νόσο και αφετέρου την πρόγνυσή της, παρουσίαζαν καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή και μικρότερο ποσοστό θνησιμότητας από όσες είχαν μια πιο ρεαλιστική εικόνα της πραγματικότητας^{194, 643}.

Μια ακόμη εξήγηση για την καλή ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών με απειλητικά για τη ζωή τους νοσήματα (παρόλα τα υψηλά

επίπεδα άγχους και ψυχικής έντασης που συνοδεύουν λ.χ. τη διάγνωση ενός καρκίνου αλλά και τη θεραπεία του με ακτινοβολία ή χημειοθεραπεία), σχετίζεται με την αλλαγή της εικόνας του εαυτού τους, μειώνοντας τις διαφορές ανάμεσα στην εικόνα του ιδανικού και πραγματικού εαυτού^{280, 281, 510}. Με τον τρόπο αυτό τονώνεται η αυτοπεποίθησή τους, επαναξιολογούν τους στόχους τους και ανακτούν την ψυχική τους ισορροπία μέσα από την αναζήτηση νοήματος στο νέο τρόπο ζωής.

Ένα από τα ηθικά διλήμματα της έρευνας είναι ότι συχνά αγνοούνται οι απόψεις των ασθενών: οι ειδικοί ορίζουν, σύμφωνα με τις δικές τους αξίες, τους παράγοντες που συνιστούν μια καλή ζωή, υποβάλλοντας έτσι ένα προδιαγεγραμμένο μοντέλο ζωής, το οποίο φυσικά δεν ταιριάζει σε όλες τις περιπτώσεις. Η ικανοποίηση του ασθενή από τη ζωή θα μπορούσε να αξιολογηθεί τόσο με βάση τις θετικές όσο και τις αρνητικές ψυχικές καταστάσεις από τις οποίες διέρχεται, γιατί και οι δύο συνεισφέρουν στην **σε προσωπικό επίπεδο εκλαμβανόμενη ποιότητα ζωής (perceived quality of life)**. Οι ασθενείς ενδιαφέρονται συνήθως περισσότερο για τη χρησιμότητα/ωφελιμότητα της ζωής τους και τη λειτουργικότητά τους (να αυτοεξυπηρετούνται και να προσφέρουν στους άλλους), παρά για την καλή ψυχική κατάσταση. Ωστόσο υπάρχει μια αλληλεπίδραση μεταξύ ψυχικής διάθεσης και ικανότητας για προσφορά, γι' αυτό οι έρευνες δεν θα πρέπει να παραγνωρίζουν τη θετική επίδραση της δεύτερης στην ψυχολογία του ασθενή³¹⁶.

Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας παρέχει ενδείξεις ότι η καλή ψυχική κατάσταση των ασθενών δεν είναι το αντίθετο της αντίστοιχης αρνητικής^{248, 679, 680}. Τα θετικά δηλαδή συναισθήματα μπορούν να συνυπάρχουν με τα αρνητικά, αν και δεν έχει υπολογιστεί ο βαθμός της αλληλεξάρτησής τους. Ακόμη και η κατάθλιψη είναι ένας συνδυασμός υψηλής αρνητικής διάθεσης με χαμηλών τόνων θετικά συναισθήματα. Η θετική πάντως ψυχολογική κατάσταση των ασθενών φαίνεται ότι προσφέρει περισσότερες πληροφορίες για το πώς αντιλαμβάνονται οι ασθενείς την ποιότητα της ζωής τους^{112, 468}. Γι' αυτό η αξιολόγηση των θετικών ψυχικών αντιδράσεων μπορεί να μας διαφωτίσει αφενός για τις συνέπειες μιας χρόνιας νόσου και αφετέρου σ' ό,τι αφορά τις προσπάθειες του ασθενή για αντιμετώπιση των προβλημάτων της και την ψυχολογική του προσαρμογή.

Στην ανάπτυξη των παρακάτω κεφαλαίων θα τονιστεί συχνά ότι ο παράγοντας που θα καθορίσει τελικά την ποιότητα ζωής του πάσχοντος είναι ο τρόπος που αυτός θα αντιμετωπίσει τον πόνο και τους διάφορους περιορισμούς, πιο πολύ και από τη σοβαρότητα της νόσου. Σε πολλά λοιπόν χρόνια νοσήματα (π.χ. ρευματοειδή αρθρίτιδα, οστεοαρθρίτιδα, καρδιοπάθειες, ακόμη και AIDS) η **ενεργός αντιμετώπιση** τους (μέσα δηλαδή από τη διατήρηση δραστηριοτήτων, παραβλέποντας τον πόνο ή τ' άλλα σωματικά συμπτώματα) οδηγεί στη βελτίωση της ψυχικής διάθεσης του ασθενή και στην ψυχοκοινωνική του προσαρμογή, τουλάχιστον μέχρι να ξεφύγει η νόσος από τον άμεσο έλεγχό του. Ακόμη όμως και σε προχωρημένα στάδια μιας ανίατης ασθένειας, υπάρχουν ατομικές διαφορές στην αντιμετώπιση των προβλημάτων της^{63, 223}.

Δεν υπάρχει βέβαια αμφιβολία ότι ανάλογα με την πάθηση και τη σοβαρότητα της εξέλιξής της, ο ασθενής διέρχεται από πολλά ψυχολογικά στάδια, καθώς αγωνίζεται να δεχτεί την πραγματικότητα της αρρώστιας και του θανάτου. Ορισμένοι μάλιστα ιατροί φοβούνται να ανακοινώσουν στον άρρωστο τη διάγνωση μιας ανίατης νόσου, γιατί δεν ξέρουν αν θα την αντέξει, με συνέπεια, όταν μάθει την αλήθεια, να καταρρεύσει ψυχολογικά ή ακόμη και να οδηγηθεί στην αυτοκτονία. Ο ιατρός δεν λέει βέβαια ποτέ στον ασθενή ότι θα πεθάνει, αλλά αφού του εξηγήσει πως είναι σοβαρά άρρωστος, τον ενθαρρύνει και τον διαβεβαιώνει ότι θα κάνει ό,τι είναι ανθρωπίνως δυνατό για να τον βοηθήσει. Το θέμα του θανάτου το αναφέρει μόνο όταν το θίξει ο ασθενής και αφού πρώτα ακούσει τις ερωτήσεις του, στις οποίες θα απαντήσει ανάλογα. Συνοψίζοντας, ο ιατρός επεξηγεί με απλό και κατανοητό τρόπο τη διάγνωση, περιμένει τις ερωτήσεις του ασθενή και προσπαθεί να συνειδητοποιήσει τι ακριβώς σημαίνει γι' αυτόν η συγκεκριμένη νόσος: ελέγχει εάν ο ασθενής κατανόησε τις πληροφορίες που του έδωσε και τον ενθαρρύνει, φροντίζοντας όμως να μη δημιουργεί απατηλές ελπίδες. Φυσικά δεν είναι δυνατόν να απαντήσει όλες του τις ερωτήσεις σε μια επίσκεψη, ούτε θα πρέπει να εναντιωθεί στην άρνηση του ασθενή, που είναι η πρώτη αμυντική του αντίδραση. Η επικοινωνία τους θα βελτιωθεί με τη σταδιακή καλλιέργεια της εμπιστοσύνης και συνεργασίας.

Η Kübler-Ross³⁷² πιστεύει ότι συνήθως κινδυνεύουν από μια απόπει-

ρα αυτοκτονίας οι εξής ασθενείς:

- α) Όσοι έχουν έντονη ανάγκη να ελέγχουν τους άλλους και το καθετί στη ζωή τους.
- β) Όσοι έμαθαν με ιδιαίτερα απότομο και σκληρό τρόπο για την πάθησή τους, χωρίς να τους δοθεί η ελπίδα ότι μπορεί να την αντιμετωπίσουν (π.χ. “ήρθατε πολύ αργά πια και καμιά θεραπεία δεν θα σας βοηθήσει”).
- γ) Ασθενείς που έχουν κουραστεί από μακροχρόνιες θεραπείες, προγράμματα αιμοκάθαρσης, ή από την αγωνία της αναμονής μεταμόσχευσης κάποιων οργάνων τους, κυρίως εάν οι προσδοκίες τους έχουν διαψευστεί. Εάν τους έχουν δοθεί ψεύτικες ελπίδες και μια μη ρεαλιστική εικόνα της κατάστασης, κινδυνεύουν να χάσουν απότομα το θάρρος και τις ελπίδες τους και να καταφύγουν στην **“παθητική αυτοκτονία”** (λ.χ. παραμέληση της ιατροφαρμακευτικής αγωγής).
- δ) Επίσης, ασθενείς που έχουν ήδη αναπτύξει μια έντονη ψυχική διαταραχή, όπως μελαγχολία, η οποία δεν έχει αντιμετωπιστεί ιατροφαρμακευτικά ή ψυχοθεραπευτικά.
- ε) Τέλος, απομονωμένοι και εγκαταλελειμμένοι άρρωστοι, που δεν έχουν την κατάλληλη ιατρική, ψυχολογική και πνευματική βοήθεια.

Ένας από τους κινδύνους που απειλούν την ψυχική υγεία των ασθενών με χρόνιο νόσημα είναι η τάση τους να πιστεύουν ότι με ορισμένες σκέψεις ή πράξεις τους θα επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά την υγεία τους. Αυτή η **“μαγική σκέψη”**, που αντιτίθεται στη λογική, εκφράζεται άλλοτε μέσα από τις παράλογες ερμηνείες που δίνει ο ασθενής για την κατάστασή του και άλλοτε μέσα από απεγνωσμένες προσπάθειες θεραπείας, καταφεύγοντας ακόμη και σε “πρακτικούς”, “γιατροσόφια” ή ανορθόδοξους τρόπους θεραπείας, μακριά από τό σύγχρονο ιατρικό πλαίσιο³²⁴.

Για να μειώσουν τα παραπάνω προβλήματα, οι Simonton⁶⁰⁸, πρωτόποροι στην ψυχολογική αντιμετώπιση των ασθενών με ανίατο νόσημα, προτείνουν να αντικατασταθούν οι αρνητικές και απαισιόδοξες ιδέες γύρω από αυτό με πιο θετικές και αποτελεσματικές σκέψεις. Αρνητικές προσδοκίες, όπως «ο καρκίνος είναι συνώνυμος με το θάνατο» ή

«οι ιατροφαρμακευτικές θεραπείες δεν είναι αποτελεσματικές και έχουν πολλές παρενέργειες», μπορούν να αντικατασταθούν με πιο έγκυρες απόψεις (“ο καρκίνος είναι μια πάθηση που μπορεί να είναι ή να μην είναι θανατηφόρα”) και με τόνωση της αυτοπεποίθησης του ασθενή (“η ιατρική αντιμετώπιση μπορεί να είναι ο σύμμαχός σου, που συμπαραστέκεται στις άμυνες του οργανισμού, ενώ εσύ θα μάθεις τρόπους για να ελέγχεις και να μειώνεις τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας”).

Η ψυχολογική παρέμβαση στα χρόνια νοσήματα αποσκοπεί κυρίως στην αντιμετώπιση των δυσκολιών προσαρμογής σε τρεις φάσεις: τη **διαγνωστική**: πριν από τη θεραπεία, την **οξεία**: κατά τη διάρκεια μιας σύντομης αλλά κρίσιμης (π.χ. μαστεκτομή) ή μιας παρατεταμένης θεραπείας (π.χ. με εξωτερική ακτινοβολία ή γενική χημειοθεραπεία) και τη **χρονία φάση**, η οποία οδηγεί είτε στην ίαση/αποθεραπεία είτε στην επιδείνωση της νόσου και το θάνατο.

Πιο αναλυτικά, στην πρώτη φάση, ο ασθενής προκειμένου να αντιμετωπίσει καλύτερα την περίοδο κρίσης που ακολουθεί τη διάγνωση της χρονίας νόσου του, χρειάζεται κυρίως μια σύντομη ψυχοθεραπεία, η οποία προσφέρει: α) πληροφόρηση γύρω από την ασθένεια και τη θεραπεία της, β) ενθάρρυνση του ασθενή να εκφράσει τους φόβους, το άγχος και τα άλλα αρνητικά του συναισθήματα, γ) σαφή καθορισμό των στόχων του ασθενή και εστίασή τους στο παρόν για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάστασής του.

Στις δύο επόμενες φάσεις η ψυχοθεραπεία επεκτείνεται α) **στην εκπαίδευση του ασθενή** σε γνωσιακές και συμπεριφορικές μεθόδους για καλύτερο έλεγχο των αρνητικών οργανικών συμπτωμάτων (π.χ. τον πόνο μετά από μια καρδιοχειρουργική επέμβαση) και των ψυχικών αντιδράσεων που συνοδεύουν αυτά τα συμπτώματα (π.χ. τον πανικό πριν από μια ασθματική κρίση)· β) **στη συμβουλευτική**, όταν μάλιστα πρόκειται για ειδικά θέματα μιας νόσου (π.χ. για τη σεξουαλική λειτουργία των ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο ή τη στειρότητα σε περιπτώσεις καρκίνου των όρχεων) και γ) **την ψυχολογική υποστήριξη** των ασθενών γύρω από υπαρξιακά θέματα (π.χ. προετοιμασία για το θάνατο).

Η βασική αρχή που διέπει όλες τις φάσεις ψυχολογικής παρέμβα-

σης είναι η θετική γνωστική και συναισθηματική αντιμετώπιση της νόσου. Με τον τρόπο αυτό δεν θα υπάρξει απλώς μια βελτίωση στην οργανική του κατάσταση κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά και μετά από αυτή θα επιτευχθεί μια αλλαγή στην όλη στάση και συμπεριφορά του αρρώστου. Όπως έχει προαναφερθεί, η επανάκτηση της ψυχικής ισορροπίας (μέσα από τη μείωση του πόνου και των ψυχικών του εντάσεων), βοηθά τον ασθενή να υιοθετήσει υγιεινές συμπεριφορές προσαρμογής (π.χ. βελτίωση των διατροφικών συνηθειών, σωματική άσκηση, συμμόρφωση προς τις ιατρικές οδηγίες), οι οποίες επηρεάζουν θετικά και την εξέλιξη της νόσου. Θα μπορούσαμε λοιπόν να υποστηρίξουμε ότι η ψυχολογική παρέμβαση επιδρά ευεργετικά και στους βιολογικούς μηχανισμούς προσαρμογής, ενδυναμώνοντας το ανοσολογικό σύστημα, εάν βέβαια αυτό δεν έχει ήδη καταβληθεί οριστικά από μια ασθένεια ή τη θεραπεία της.

Ο ΠΟΝΟΣ: ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Ο πόνος δεν είναι ένα μεμονωμένο γεγονός των αισθήσεων, αλλά ένα πολύπλοκο νευρολογικό και ψυχολογικό φαινόμενο, στο οποίο συμμετέχει όλο το νευρικό σύστημα. Οι ερευνητές δυσκολεύονται να κατανοήσουν τη φυσιολογία του, γιατί ο πόνος είναι μια προσωπική, υποκειμενική εμπειρία, η οποία είναι φυσικό να μη μένει ανεπηρέαστη από ψυχολογικές διεργασίες όπως η νόηση, η προσοχή και τα συναισθήματα. Έτσι η εικόνα του αλλοιώνεται, κυρίως κατά την έκφρασή του στους γύρω, μέσα από το λεξιλόγιο που χρησιμοποιεί ο ασθενής για να περιγράψει το αίσθημα και την ένταση του πόνου. Ο βαθμός συνείδησης σχετικά με τον πόνο, η ένταση, καθώς επίσης η έκφρασή του, επηρεάζονται από ποικίλους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, όπως οι προηγούμενες ατομικές εμπειρίες πόνου, η ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη του ασθενή με χρόνια πόνο, τα "ψυχολογικά οφέλη" του πόνου, ακόμη και οι απόψεις ενός συγκεκριμένου πολιτισμικού πλαισίου για τον πόνο.

Ήδη από την αρχαιότητα οι άνθρωποι προβληματίζονταν για την προέλευση και την αντιμετώπιση του πόνου. Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι πίστευαν ότι ο πόνος προερχόταν από τους Θεούς ή από τα πνεύματα των νεκρών. Όλοι σχεδόν οι Ανατολικοί λαοί πίστευαν ότι το κέντρο του πόνου ήταν στην καρδιά. Οι αρχαίοι Έλληνες κατέληξαν ορθώς ότι τα κέντρα του πόνου είναι στον εγκέφαλο, ο οποίος συνδέεται μ' ένα δίκτυο αισθητηρίων και κινητικών νευρικών ινών. Στο Μεσαίωνα όμως οι διαπιστώσεις αυτές παραμερίστηκαν και μόνο μετά την Αναγέννηση άρχισαν πάλι οι επιστήμονες να προσπαθούν να καταλάβουν τον πόνο σε σχέση με το κεντρικό νευρικό σύστημα. Σήμερα για τη μελέτη του πόνου συνεργάζονται η αναισθησιολογία, η νευρολογία, η νευροχειρουργική, η ψυχιατρική, η ψυχολογία και άλλες ειδικότητες, στην προσπάθεια να εμβαθύνουν και να τον προσεγγίσουν πιο αποτελεσματικά.

Ο πόνος μπορεί να ενταχθεί σε τρεις γενικές κατηγορίες, ώστε να διευκολύνονται οι ειδικοί στην αναγνώριση και αντιμετώπισή του: ο-

ξύς, χρόνιος μη κακοήθης πόνος και χρόνιος κακοήθης πόνος^{520, 672, 673}.

Οξύς πόνος: Ορίζεται γενικά ως οξύς ο πόνος που διαρκεί λιγότερο από έξι μήνες. Είναι συνήθως το σύμπτωμα μιας πάθησης, το οποίο μας οδηγεί στη διάγνωση και τη θεραπεία της. Ο οξύς πόνος μας εξαναγκάζει σε ανάπαυση που διευκολύνει την ανάρρωσή μας. Θα ήταν καταστροφικό, αν δεν είχαμε την ικανότητα να αισθανόμαστε τον πόνο, γιατί τότε δεν θα μπορούσαμε να προφυλαχθούμε από τους διάφορους κινδύνους. Στην ιατρική βιβλιογραφία αναφέρονται περιπτώσεις παιδιών με πλήρη αναισθησία στον πόνο, γεγονός που είχε ως συνέπεια να έχουν παραμορφωθεί από εγκαύματα, ακρωτηριασμούς κι άλλους τραυματισμούς.

Συχνά υπάρχει ένας φαύλος κύκλος διατήρησης του αισθήματος του πόνου: "πόνος-σπασμός-πόνος". Ο πόνος προκαλεί μυϊκό σπασμό και ενεργοποίηση των συμπαθητικών νεύρων στο επώδυνο σημείο, με συνέπεια αγγειοσύσπαση και ελάττωση του οξυγόνου. Αυτά προκαλούν στη συνέχεια περισσότερο πόνο, που μεταβιβάζεται στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού και ακόμα πιο αυξημένη διέγερση του συμπαθητικού συστήματος: υπέρταση, ταχυκαρδία κ.ά. Γι' αυτό ο οξύς μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να εμποδίσει την αναπνευστική ικανότητα του ασθενή, να εμφανιστούν αναπνευστικές επιπλοκές και να επιβαρυνθεί το καρδιαγγειακό του σύστημα. Η ικανότητα ελέγχου του μετεγχειρητικού πόνου βοηθά στη γρήγορη ανάκτηση της κινητικότητας του ασθενή, σε μείωση των αναπνευστικών προβλημάτων και στην ταχεία ανάρρωσή του.

Χρόνιος μη κακοήθης πόνος: Ο πόνος αυτός συνήθως διαρκεί πάνω από έξι μήνες και από σύμπτωμα εξελίσσεται σε ασθένεια. Συχνά η αιτία αυτού του πόνου δεν μπορεί να διαγνωστεί ή να θεραπευτεί. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι ο ασθενής δεν υποφέρει. Υπάρχουν βέβαια και μερικές περιπτώσεις στις οποίες οι αιτίες του πόνου είναι βασικά ψυχογενείς, όπως όταν το άτομο έχει κάποια δευτερεύοντα οφέλη (π.χ. προσοχή, φροντίδα, οικονομική υποστήριξη) και προσποιείται τότε ότι πονά πολύ, ή όταν βρίσκεται σε ψυχωτική παραληρητική κατάσταση.

Ο χρόνιος αυτός πόνος οδηγεί σ' ένα φαύλο κύκλο ανησυχίας, κατάθλιψης, απώλειας όρεξης, αϋπνίας και κόπωσης, με αποτέλεσμα να

εντείνεται ο πόνος και να μειώνεται η ικανότητα του ασθενή να τον ελέγξει. Υπάρχουν μάλιστα ενδείξεις ότι ο χρόνιος πόνος επιφέρει αλλαγές στο νευρικό σύστημα. Μπορεί τότε ο άρρωστος να συνεχίζει να έχει το αίσθημα του πόνου, ενώ η αρχική του αιτία έχει ήδη αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά (π.χ. νιώθει πόνο στο ακρωτηριασμένο του άκρο). Ο χρόνιος πόνος μπορεί ακόμη να επιφέρει και διαταραχές της μνήμης, με αποτέλεσμα να έχει ο ασθενής τη λανθασμένη αντίληψη ότι οι προηγούμενοι πόνοι του ήταν πιο έντονοι. Υπάρχει τέλος περίπτωση να δημιουργηθεί μια υπερευαίσθησία στον πόνο, με συνέπεια ν' αντιδρά αρνητικά ακόμη και σε μη επώδυνα ερεθίσματα, τα οποία έρχονται σ' επαφή με υγιή μέλη του σώματός του.

Οι ιατροί για ν' ανακουφίσουν τους ασθενείς με χρόνιο καλοήθη πόνο συνήθως χορηγούν ισχυρά αναλγητικά (ναρκωτικά). Η χρήση αυτών των φαρμάκων συχνά υπενθυμίζει στον ασθενή την ένταση του πόνου του. Επιπλέον, η χρόνια χρήση ναρκωτικών μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη, ενώ ο προοδευτικός εθισμός του ασθενή σ' αυτά, μειώνει σταδιακά την αποτελεσματικότητά τους. Γι' αυτό πολλοί άρρωστοι εμφάνισαν βελτίωση της κατάστασής τους όταν μειώθηκε ή διακόπηκε η χορήγηση ισχυρών αναλγητικών.

Χρόνιος κακοήθης πόνος: Ο πόνος που προέρχεται από μια κακοήθη πάθηση απαιτεί και πολύ διαφορετική αντιμετώπιση. Αν μάλιστα είναι μικρή η διάρκεια της ζωής του ασθενή, η ανακούφισή του είναι μεγαλύτερης σημασίας από τις παρενέργειες των ισχυρών αναλγητικών, ή των ειδικών νευροχειρουργικών επεμβάσεων για την καταστολή του πόνου. Όταν ο πόνος είναι αφόρητος, όπως συμβαίνει σε περιπτώσεις πολλαπλών μεταστάσεων του καρκίνου, οι ιατροί επιχειρούν λεπτές νευροχειρουργικές επεμβάσεις, οι οποίες επιτυγχάνουν τη μείωση του πόνου, με την καταστροφή ορισμένων νεύρων που προκαλούν τοπικούς πόνους, αποκόπτοντας την επικοινωνία τους με το νωτιαίο μυελό ή με τον εγκέφαλο. Δυστυχώς τα αποτελέσματα της χειρουργικής αυτής ανακούφισης του πόνου διαρκούν μόνο τρεις μήνες έως ένα χρόνο, γιατί τα περιφερικά νεύρα έχουν την τάση να αναγεννώνται. Όταν συμβαίνει αυτό, υπάρχει περίπτωση να δημιουργηθούν νευρώματα: μικροί δηλαδή βλαστοί νευρικών ιστών που προκαλούν αυτόματες νευρικές ώσεις, με αποτέλεσμα να νιώθει ο ασθενής οξείς πόνους. Εάν η επέμβαση γίνει στο κεντρικό νευρικό σύστημα, οι πιθα-

νόητες αναδημιουργίας τους εξαλείφονται. Ο πόνος όμως επανέρχεται δριμύτερος, είτε γιατί μπορεί να αναπτυχθούν παράπλευρες δίοδοι πόνου, είτε γιατί δημιουργείται, κεντρικά του χειρουργικού τραύματος, μια εστία που γίνεται πηγή αυθόρμητης και επώδυνης νευρικής ανάφλεξης.

Παίρνοντας για παράδειγμα τους καρκινοπαθείς, σ' ένα 25% των περιπτώσεων, ο πόνος είναι το αποτέλεσμα της θεραπευτικής τους αντιμετώπισης με εξωτερική ακτινοβολία, χημειοθεραπεία ή χειρουργική επέμβαση. Ωστόσο, σε μια έρευνα που έγινε στο νοσοκομείο Montefiore της Νέας Υόρκης, διαπιστώθηκε ότι τα τρίτα τέταρτα των ασθενών που έπαιρναν ισχυρά αναλγητικά για τους πόνους αυτούς, δεν ανακουφίζονταν τελικά⁶⁷³. Η προσεκτική μελέτη του φακέλου των ασθενών, οδήγησε στη διαπίστωση ότι η δόση που πρότειναν οι ιατροί ήταν 25%-50% μικρότερη απ' ό,τι χρειαζόταν για να μειωθεί ουσιαστικά ο πόνος. Επιπλέον, οι νοσηλευτές μείωναν ακόμη περισσότερο τη δόση αυτών των αναλγητικών, επειδή φοβόντουσαν υπερβολικά τις παρενέργειές τους. Βέβαια η στάση αυτή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού οφειλόταν τις περισσότερες φορές σε άγνοια, αφού υπερεκτιμούσαν την αποτελεσματικότητα και τη διάρκεια της δράσης των ναρκωτικών. Σ' αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει ο κίνδυνος οι ασθενείς με χρόνιο πόνο, αν δεν βρουν ανακούφιση από τους ιατρούς ή άλλους υπεύθυνους ειδικούς, να παρασυρθούν από "τσαρλατάνους" που θέτουν σε μεγαλύτερο κίνδυνο την υγεία τους, με τους "ανορθόδοξους" τρόπους θεραπείας που προτείνουν. Σήμερα υπάρχουν σ' όλο τον κόσμο "**ιατρεία πόνου**" ή άλλα κέντρα αποκαταστάσεως, που προσφέρουν ένα συνδυασμό ιατροφαρμακευτικών, ψυχολογικών και άλλων μεθόδων για την ανακούφιση του χρόνιου πόνου¹⁸.

Πολλές από αυτές τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται σήμερα βασίζονται στη **θεωρία της "πύλης ελέγχου του πόνου"**, την οποία διαμόρφωσαν το 1965 οι Patrick Wall και Ronald Melzack⁶⁴⁷. Σύμφωνα μ' αυτή, το νευρικό μας σύστημα μπορεί να δεχτεί σε μια δεδομένη στιγμή μόνο ένα περιορισμένο αριθμό αισθητηριακών πληροφοριών. Όταν όμως στέλνονται πολλές τέτοιες πληροφορίες μαζί, μερικά κύτταρα στο νωτιαίο μυελό διακόπτουν το σήμα του πόνου, σαν να κλείνουν μια πύλη. Γι' αυτό ανακουφίζομαστε όταν πιέζουμε ή τρίβουμε το

τραυματισμένο δάκτυλο του ποδιού μας. Ο ανταγωνισμός ανάμεσα στις αισθήσεις, που προκαλείται από τον ερεθισμό πολλών νεύρων, κλείνει τις πύλες υποδοχών του πόνου και έτσι εμποδίζει το έντονο αίσθημά του να φτάσει στον εγκέφαλο. Κάτι αντίστοιχο γίνεται με το βελονισμό και το διαδερμικό νευροηλεκτρικό ερεθισμό (TENS). Κατά τη θεραπεία TENS συνδέονται διάφορα ηλεκτρόδια στο δέρμα, πάνω στην περιοχή του πόνου και διοχετεύεται ρεύμα μικρής έντασης για να ανταγωνιστεί τα μηνύματα πόνου.

Η θεωρία της πύλης ελέγχου του πόνου χρησιμοποιήθηκε για να εξηγήσει ορισμένες περιπτώσεις κατά τις οποίες έντονος πόνος περνά απαρατήρητος και δεν γίνεται αντιληπτός από το άτομο. Αυτό το φαινόμενο παρατηρείται συχνά στον πόλεμο όταν, λόγου χάρη, ο στρατιώτης δεν νιώθει τη νάρκη που σκάει κάτω από τα πόδια του, ή στα γήπεδα, όταν ο ποδοσφαιριστής αντιλαμβάνεται ένα εξάρθρωμα ώμου αφού τελειώσει ο αγώνας. Παρόμοιες περιγραφές υπάρχουν σε διάφορες ανθρωπολογικές μελέτες που αναφέρονται σε "ιεροτελεστίες εισδοχής" των νέων στην κοινωνία των ενηλίκων και στις οποίες διάφοροι τραυματισμοί (από τα βασανιστήρια που τους υποβάλλουν) δεν προκαλούν εμφανή αισθήματα πόνου⁵⁰¹.

Στα μέσα της δεκαετίας του '70 δύο φαρμακολόγοι από τη Σκωτία, ο John Hughes και ο Hans Kasterlitz²⁹⁹ εξήγησαν πληρέστερα τα παραπάνω φαινόμενα, απομονώνοντας ισχυρές χημικές ουσίες του ίδιου του οργανισμού, οι οποίες αναστέλλουν τον πόνο. Οι ουσίες αυτές ονομάζονται **ενδορφίνες** και παράγονται στον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό. Λειτουργούν όπως το κλειδί στην κλειδαριά, δηλαδή "κλειδώνουν" τους υποδοχείς των νευρικών κυττάρων, εμποδίζοντας έτσι τη μεταβίβαση του πόνου στον εγκέφαλο. Την ίδια δράση έχουν τα οπιούχα φάρμακα, όπως η μορφίνη και η κωδεΐνη, τα οποία κινητοποιούν τον οργανισμό να κλείσει τις πύλες του πόνου και να ανακουφιστεί. Από τό 1975 που ανακαλύφθηκε το σύστημα των ενδορφινών, έχουν αναγνωρισθεί και άλλες ουσίες του οργανισμού μας, οπιούχες και μη, οι οποίες μεταβάλλουν τα σήματα του πόνου. Ορισμένες απ' αυτές μπορούν να επηρεάσουν και τις συναισθηματικές μας αντιδράσεις, όπως την κατάθλιψη. Γι' αυτό ορισμένα αντικαταθλιπτικά, σε μικρές δόσεις, μπορεί να χρησιμοποιηθούν και ως αναλγητικά.

Σ' ότι αφορά τη χρήση των ισχυρών αναλγητικών παράλληλα με την

ψυχοθεραπεία, η έρευνα παρουσίασε αμφιλεγόμενα αποτελέσματα. Έτσι λοιπόν για την ώρα, διαπιστώθηκε ότι οι παρενέργειες των ναρκωτικών, όπως ο εθισμός και οι αλλοιώσεις στη γνωστική λειτουργία, μοιάζουν να εμποδίζουν την πρόοδο του ασθενή όσον αφορά στην ψυχολογική αντιμετώπιση του πόνου⁵³⁵. Ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής με αμιτρυπτιλίνη είχε τόσο θετικά όσο και αρνητικά αποτελέσματα (μικρή πρόοδος στην κινητικότητα του αρρώστου). Οι ερευνητές υποθέτουν ότι αν και τα φάρμακα επιτρέπουν στους ασθενείς με αφόρητους πόνους να συμμετέχουν σ' ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, μειώνουν σταδιακά τα κίνητρα και τις προσδοκίες τους για την αξία της ψυχοθεραπείας και της φυσικοθεραπείας, για μια πιο ενεργητική αντιμετώπιση του πόνου.

Κανένα δυστυχώς φάρμακο, χειρουργική επέμβαση, ιατρική ή ψυχολογική μέθοδος δεν είναι πανάκεια για την ανακούφιση του πόνου. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να συμπαραστέκεται στους ασθενείς με οξείες ή χρόνιους πόνους και να τους αντιμετωπίζει με ιδιαίτερη κατανόηση, υπομονή και φιλική διάθεση, ιδίως όταν δεν έχει άλλο τρόπο για να τους ανακουφίσει.

Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Το κύριο χαρακτηριστικό του χρόνιου πόνου είναι ότι συμβαίνει σε ένα κοινωνικό πλαίσιο, με αποτέλεσμα να δημιουργείται μια αμφίδρομη σχέση. Η συμπεριφορά πόνου του ασθενή ενισχύεται και προσαρμόζεται στις αντιδράσεις των άλλων σε σχέση με αυτή, αλλά συγχρόνως επηρεάζει και καθορίζει τη συμπεριφορά τους. Ο ψυχολόγος Billy Fordyce²⁰³ αναφέρει χαρακτηριστικά την περίπτωση της γυναίκας ενός ιατρού, η οποία εμφάνισε έντονες οσφυαλγίες όταν ο άνδρας της πήρε σύνταξη. Με τον ασυνείδητο αυτό τρόπο της συμπεριφοράς της εξασφάλισε έναν τουλάχιστον άρρωστο για να φροντίζει ο άνδρας της!

Η σπουδαιότητα ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος είναι και πάλι καθοριστική για τις αντιδράσεις των ασθενών. Υπάρχει βέβαια περίπτωση, ασθενείς με υπερβολική υποστήριξη από τους συγγενείς τους να αναπτύξουν τέτοια εξάρτηση, ώστε να εμφανίζουν υψηλά επίπεδα πόνου κάθε φορά που πρέπει να προβούν σε καθημερινές δραστηριότητες, οι οποίες απαιτούν ακόμη και μικρή κινητικότητα^{196, 232}. Γι' αυτό το λόγο και οι ψυχολόγοι ενθαρρύνουν τα μέλη μιας οικογένειας να ενισχύσουν τις συμπεριφορές "υγείας και επαναπροσαρμογής", μειώνοντας την προσοχή τους στα παράπονα του ασθενή για πόνο, ή προτείνοντας χρήση αναλγητικών σε καθορισμένα χρονικά διαστήματα και όχι κάθε φορά που αυτός διαμαρτύρεται για πόνο.

Οι σύγχρονες έρευνες, αναλύοντας τόσο τη λεκτική όσο και τη μη λεκτική επικοινωνία του ζευγαριού, κατέληξαν στα εξής: Οι σύζυγοι που είτε αγνοούσαν είτε δεν ενοχλούνταν από τις εκδηλώσεις πόνου, είχαν συντρόφους με υψηλά επίπεδα κινητικότητας, παρόλους τους πόνους που υπέμεναν. Αντίθετα, οι σύζυγοι που εμφάνιζαν μεγαλύτερη ευαισθησία στις εκδηλώσεις πόνου και αποθάρρυναν την κινητικότητα του άρρωστου συντρόφου τους, αναλαμβάνοντας περισσότερες φροντίδες, αν και περίμεναν με αδημονία ότι αυτός σταδιακά θα ανακουφιζόταν, τελικά εμφάνιζε υψηλότερα επίπεδα πόνου και μειωμένη κινητικότητα. Το οξύμωρο εύρημα αυτών των ερευνών ήταν ότι

αν και η τελευταία κατηγορία συζύγων παραπονιόταν ότι ο πόνος του/της συντρόφου τους παρενέβαινε σε όλες τις πτυχές της ζωής τους, είχαν την πεποίθηση ότι ελέγχουν τη ζωή τους και εμφάνιζαν πολύ καλύτερη διάθεση και λιγότερο άγχος από τους λιγότερο δεκτικούς σε παράπονα συζύγους^{195, 196, 198}. Περισσότερη υποστήριξη πάντως για την ψυχοκοινωνική τους προσαρμογή χρειάζονταν οι γυναίκες: όσο πιο έντονη αίσθηση υποστήριξης είχαν από τους συζύγους τους, τόσο βελτιωνόταν η κινητικότητά τους (καθοριστικότερο δηλαδή ρόλο είχε η “ποιότητα” και όχι απλώς η “ποσότητα” της υποστήριξης). Στα ζευγάρια που έχουν μια καλή σχέση μεταξύ τους, ο/η σύζυγος με συμπτώματα χρόνιου πόνου παρουσίαζε συνήθως λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης^{243, 342}. Ωστόσο η ύπαρξη χρόνιου πόνου δημιουργεί μακροπρόθεσμα προβλήματα στη σχέση του ζευγαριού και γι’ αυτό και οι δύο σύζυγοι χάνουν συνήθως σε μεγάλο βαθμό την ικανοποίησή τους από τη συζυγική σχέση¹⁹⁸.

Μέσα σ’ ένα συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο, μπορούν επίσης να κατανοηθούν τα **“δευτερογενή οφέλη” του πόνου**, που παρατηρούνται, για παράδειγμα, σε ορισμένες δίκες για τη χρηματική ικανοποίηση του παθόντος. Άτομα που περιμένουν μια οικονομική αποζημίωση μετά από κάποιο ατύχημα, σπάνια νιώθουν να υποχωρούν οι πόνοι τους, αν δεν ικανοποιηθεί χρηματικά η απαίτησή τους δια της δικαστικής οδού. Στην περίπτωση που κατηγορηθούν ότι προσποιούνται, αυτό αυξάνει το θυμό και τ’ άλλα αρνητικά συναισθήματα, με αποτέλεσμα να εντείνεται ο πόνος τους.

Δεν θα πρέπει όμως να παραβλέψουμε και τη σπουδαιότητα των γνωστικών και ψυχολογικών παραγόντων. Οι αντιλήψεις που διαμορφώνουν οι ασθενείς για τόν πόνο και μάλιστα οι εσφαλμένες ιδέες που έχουν για την αιτιολογία και την πρόγνωση των συμπτωμάτων πόνου, εντείνουν άδικα τα προβλήματα αυτά. Οι άρρωστοι, για παράδειγμα, που πίστευαν ότι ο πόνος τους είναι πλέον μια χρόνια κατάσταση, δεν συμμορφώνονταν με τις υποδείξεις των ειδικών, κατά τη συμμετοχή τους σε προγράμματα φυσικοθεραπείας ή ψυχοθεραπείας⁶⁹⁶. Όταν αντίθετα η ανάγκη ενός ατόμου να είναι αποτελεσματικό (**self-efficiency**) είναι υψηλή (δηλαδή, σύμφωνα με την κρίση του έχει τις ικανότητες για ανάκτηση του ελέγχου της ζωής του, μέσα από τις καθημερινές του δραστηριότητες) τότε αποκτά μεγαλύτερη αντοχή

στον πόνο και αύξηση του επιπέδου των ενδογενών οπιούχων ουσιών του οργανισμού για την καταπολέμησή του³⁴. Ασθενείς, τέλος, με εσωτερικό σημείο ελέγχου αναφέρουν όχι μόνο λιγότερο πόνο, αλλά και καλύτερο έλεγχό του, από τα άτομα με εξωτερικό σημείο ελέγχου^{627, 658}.

Το στρες, το άγχος και ο φόβος μιας επικείμενης καταστροφής εντείνουν συνήθως το φόβο. Οι καρκινοπαθείς, λόγω χάρη, μεγαλοποιούν τον πόνο τους, γιατί τον ερμηνεύουν σαν σημάδι υποτροπής της πάθησής τους, ως μια επιπλοκή ή το τελικό κτύπημα του θανάτου. Αντίθετα, η ελπίδα, η αισιοδοξία και τα άλλα θετικά συναισθήματα μπορούν να μειώσουν την ένταση του πόνου που βιώνει ο ασθενής. Τη σπουδαιότητα του ψυχολογικού παράγοντα στην εκτίμηση του πόνου διαπίστωσε και ο ιατρός Henry Beecher⁴⁹ κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου πολέμου, όταν παρατήρησε ότι βαριά τραυματισμένοι στρατιώτες που νοσήλευε τότε, χρειαζόνταν λιγότερη μορφίνη από απλούς πολίτες -με παρόμοιο βαθμό τραύματος- τους οποίους νοσήλευσε μετά τον πόλεμο. Για τους στρατιώτες, τα σοβαρά -αλλά όχι θανατηφόρα- τραύματα αντιπροσώπευαν την ελπίδα ότι θα επέστρεφαν στα σπίτια τους σώοι, αλλά και ως ήρωες πολέμου. Για τους πολίτες, τα τραύματα σήμαιναν απλώς μακρόχρονη νοσηλεία, επώδυνες επεμβάσεις, μείωση του εισοδήματός τους από τις διάφορες οικονομικές επιβαρύνσεις της νοσηλείας και την προσωρινή απομάκρυνση από την εργασία τους.

Τα υποκατάστατα φαρμάκων, τα λεγόμενα **placebo** -από το Λατινικό "θα ευχαριστήσω"- έχουν συχνά αποδειχθεί αποτελεσματικά στην ανακούφιση του πόνου. Το 1955 ο Beecher διαπίστωσε ότι χάπια ζάχαρης (placebo) αντιμετώπιζαν αποτελεσματικά το ένα τρίτο των περιπτώσεων χρόνιου πόνου, από πονοκεφάλους και ναυτία μέχρι τραύματα από σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις. Οι αντιδράσεις των ασθενών σε placebo-φάρμακα δεν θα πρέπει να μας κάνουν να πιστεύουμε ότι αυτοί δεν πονούσαν πραγματικά, γιατί μόνο ένα 5% των ασθενών με χρόνιους πόνους είναι υστερικά ή υποχονδριακά άτομα. Η αποτελεσματικότητα των placebo (μπορούν να "μιμηθούν" την επίδραση 4-6 ml μορφίνης) οφείλεται μερικώς στον ερεθισμό του συστήματος ενδορφινών του οργανισμού. Όταν βέβαια έχει ήδη ανασταλλεί η δράση των φυσικών ενδορφινών (με τη χορήγηση π.χ. ενός ισχυρού οπιούχου

αναλγητικού), τότε το placebo παύει να είναι αποτελεσματικό.

Στα επόμενα χρόνια ελπίζουμε οι έρευνες να διαλευκάνουν και τη σχέση μεταξύ χρόνιου πόνου και κατάθλιψης. Ορισμένοι ερευνητές αναφέρονται στο χρόνιο πόνο ως ένα παραλλαγμένο και σωματοποιημένο σύμπτωμα κατάθλιψης, ή θεωρούν ότι και ο πόνος και η κατάθλιψη προκαλούνται από κάποια κακή συναισθηματική διαταραχή. Δεν παρουσιάζουν όμως όλοι οι ασθενείς με χρόνιο πόνο και καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ κάποιοι από αυτούς που έχουν, δεν χρειάζονται πάντα ιατροφαρμακευτική βοήθεια. Επιπλέον, υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μείωσαν τον πόνο, αλλά όχι και την κατάθλιψη των ασθενών. Γι' αυτό και πολλοί ερευνητές υποθέτουν ότι υπάρχει κάποιος βιολογικός μηχανισμός που συνδέει τον χρόνιο πόνο με την κατάθλιψη, πιθανώς μέσω βιογενετικών ουσιών του οργανισμού, όπως η νορεπινεφρίνη ή η σεροτονίνη²⁰⁶.

Οι νεότερες πάντως ψυχολογικές έρευνες απλώς προβλέπουν ότι η ένταση του πόνου ορισμένων παθήσεων, η οποία έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της κινητικότητας και την αύξηση της εξάρτησης του πάσχοντος από άλλους, θα εντείνει και τα συμπτώματα κατάθλιψης⁵³⁷. Με άλλα λόγια, ο χρόνιος πόνος είναι η αιτία και όχι η συνέπεια της κατάθλιψης και γι' αυτό προτείνουν ψυχολογικά μοντέλα για έλεγχο της ζωής του ασθενή, τα οποία θα μειώσουν την προβλεπόμενη αρνητική αντίδρασή του.

Οι ψυχολόγοι, λαμβάνοντας υπόψη όλες τις παραπάνω ψυχολογικές παραμέτρους του χρόνιου πόνου, χρησιμοποιούν δύο κυρίως τρόπους αντιμετώπισής του. Η **συμπεριφορική προσέγγιση** βασίζεται στις αρχές της "συντελεστικής μάθησης": προσπαθούν δηλαδή να τροποποιήσουν δυσλειτουργικές συμπεριφορές πόνου (όπως η μακρόχρονη κλινήρης παραμονή, η συνεχής εξάρτηση από φάρμακα ή από τη βοήθεια συγγενών), μελετώντας και αλλάζοντας τις μέχρι τότε "προγραμματισμένες ενισχύσεις" του κοινωνικού περιβάλλοντος του ασθενή.

Η **γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση** εστιάζεται στην τροποποίηση όχι μόνο της συμπεριφοράς αλλά και του τρόπου σκέψης και ψυχικής αντίδρασης στον πόνο. Οι ψυχολόγοι διδάσκουν στους ασθενείς τη σχέση του πόνου με τις συνιστώσες του: τη φυσιολογία του, τη γνωστική και συναισθηματική αντίληψη του πόνου, ώστε να τους βοη-

θήσουν να τον ελέγξουν σταδιακά, μαθαίνοντας πιο αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισής του.

Όπως έχει ήδη τονιστεί πολλές φορές στο βιβλίο αυτό, ο καλύτερος τρόπος για την αντιμετώπιση του πόνου είναι η **διεπιστημονική προσέγγιση** (interdisciplinary approach). Τα φάρμακα, η φυσικοθεραπεία, η εργοθεραπεία, η μουσικοθεραπεία και οι διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας προσφέρουν στον ασθενή ανακούφιση από διαφορετικές πλευρές. Η μέθοδος της βιοανάδρασης (biofeedback), για παράδειγμα, είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στις περιπτώσεις ασθενών που έχουν υποβληθεί σε επεμβάσεις ακρωτηριασμού και νιώθουν αφόρητους πόνους στο άκρο που τους έχει αποκοπεί (επώδυνο μέλος φάντασμα). Για να εξαφανιστούν οι πόνοι αυτοί θα πρέπει ο ασθενής να μάθει να χαλαρώνει τους μύες του στα σημεία που εστιάζει τον πόνο. Το πρόγραμμα απασχόλησης που θα εκπονήσει ένας εργοθεραπευτής, σε συνδυασμό με τη θεραπεία μέσω μουσικής, θα βοηθήσουν έναν καρκινοπαθή να ηρεμήσει και να αποσπάσει την προσοχή του από τον πόνο. Το πρόγραμμα επίσης που θα προτείνει ένας φυσικοθεραπευτής, μπορεί να βελτιώσει την κινητικότητα ενός ασθενή με καρδιοπάθεια ή ρευματοειδή αρθρίτιδα και να συμβάλει στη συνειδητοποίηση των δυνάμεων του σώματός του. Η βασική λοιπόν επιδίωξη των ειδικών δεν είναι αποκλειστικά η μείωση του πόνου, αλλά η γενικότερη διευκόλυνση του ασθενή για να ζήσει μια πιο δραστήρια και παραγωγική ζωή.

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΣΤΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι συστηματική νόσος, η οποία προσβάλλει μεγάλο αριθμό αρθρώσεων αμφοτερόπλευρα, εξελίσσεται προοδευτικά και εκδηλώνεται πολύ νωρίς στη ζωή ενός ατόμου. Η οστεοαρθρίτιδα προσβάλλει συνήθως μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα και μικρότερο αριθμό αρθρώσεων -κυρίως σε μια μόνο πλευρά του σώματος- προκαλώντας λιγότερα κινητικά προβλήματα⁷¹³. Αν και υπάρχουν πολλές ομοιότητες μεταξύ ασθενών που υποφέρουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα με όσους πάσχουν από οστεοαρθρίτιδα, σ' ότι αφορά το στρες που βιώνουν από τη νόσο τους, έχει παρατηρηθεί ότι οι τελευταίοι έχουν συνήθως καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή, ίσως επειδή η βιοκινητική τους αναπηρία είναι μικρότερη.

Λίγες ασθένειες προκαλούν τόση ψυχική εξουθένωση και σωματική αδυναμία, με απρόβλεπτα επεισόδια έντονου πόνου και γενικευμένης αναπηρίας, όσο η ρευματοειδής αρθρίτιδα. Δυστυχώς οι ιατροί δεν έχουν ακόμη κατανοήσει την ακριβή αιτιολογία της, ούτε προσφέρουν αποτελεσματικές θεραπείες για τους πάσχοντες από αυτή. Η φαρμακευτική αγωγή που τους χορηγούν έχει ως σκοπό τον ιατρικό έλεγχο της νόσου, μέσα από τη μείωση του πόνου και της φλεγμονής, καθώς και την τροποποίηση της εξέλιξής της, ώστε να βελτιωθεί η κινητικότητα των ασθενών.

Τόσο οι πάσχοντες από ρευματοειδή αρθρίτιδα όσο και από οστεοαρθρίτιδα αναφέρουν ποιοτικές διαφορές ανάμεσα στον πόνο που βιώνουν σε ώρες ανάπαυσης ή χαλάρωσης και σ' αυτόν που νιώθουν όταν είναι σε κίνηση, καθώς επίσης και μεταξύ πόνου των αρθρώσεων και γενικής αίσθησης πόνου. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι περιγραφές τους, γιατί τονίζουν κυρίως το συναισθηματικό παρά το αισθησιοκινητικό μέρος του πόνου· αυτό επιβεβαιώνει τη σχέση του με τον ψυχολογικό παράγοντα. Αν και δεν μπορεί να αγνοηθεί η σοβαρότητα της νόσου (π.χ. ο αριθμός των διογκωμένων αρθρώσεων και ο βαθμός της παραμόρφωσής τους), ο πόνος που βιώνει ο ασθενής εί-

ναι συνήθως συνάρτηση της ψυχικής του κατάστασης και ειδικότερα, του βαθμού άγχους και κατάθλιψης που παρουσιάζει^{275, 516, 517}. Τά υψηλότερα επίπεδα πόνου σχετίζονται συνήθως με αυξημένη άρνηση, υποχονδριακές τάσεις γύρω από τη νόσο και ψυχαναγκαστική συμπεριφορά, με απόγνωση του ασθενή για την κινητικότητά του και την ικανότητά του να ελέγχει τα συμπτώματα της νόσου^{197, 462, 626}.

Τα συμπτώματα αυτά είναι πιο έντονα, εάν ο άρρωστος βασανίζεται είτε από υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και θυμού που εκφράζει προς τον εαυτό του, είτε από τις αρνητικές ή υπερβολικές απόπειρες ερμηνείας της νόσου, οι οποίες επανατροφοδοτούν την ένταση των συμπτωμάτων του: σωματικών (πόνος, αναπηρία) και ψυχικών (κατάθλιψη)^{464, 617}. Θα πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι πολλά από τα συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως η κούραση και οι διαταραχές του ύπνου, θεωρούνται και τυπικές εκδηλώσεις της αρθρίτιδας. Παρόλο που ο βαθμός αναπηρίας εξελίσσεται σταδιακά, ανάλογα με τη σοβαρότητα της πάθησης, τα συμπεράσματα των ειδικών, ότι είναι εφικτό να μειωθούν τα συμπτώματά της μέσα σ' ένα διάστημα τριών ετών, είναι αισιόδοξα⁴⁶³.

Ο οξύς και συνεχής πόνος, καθώς και οι πολλές υποτροπές της νόσου δημιουργούν ένα φαύλο κύκλο κακής ψυχικής και βιοσωματικής υγείας, με αποτέλεσμα την επιδείνωση των κινητικών ικανοτήτων και την αναπόφευκτη μείωση των επαγγελματικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων του ασθενή. Ο βαθμός της αναπηρίας του καθορίζεται βέβαια από πολλούς παράγοντες (ηλικία, φύλο, διάρκεια της νόσου, οικονομικές δυσκολίες, κοινωνική απομόνωση κ.ά.) και θεωρείται ως ο καλύτερος δείκτης πρόγνωσης του βαθμού άγχους και κατάθλιψης που θα δοκιμάσει.

Οι συχνότεροι ψυχολογικοί παράγοντες που συντελούν στην επιδείνωση της αναπηρίας του ασθενή είναι η αυτομομφή και οι εξωπραγματικές του προσδοκίες για βελτίωση (βασισμένες κυρίως στις επιθυμίες του και όχι στην ικανότητά του για μείωση της συμπτωματολογίας)²⁵⁸, οι υποχονδριακές τάσεις και οι παραπονήσεις στη σκέψη (λ.χ. καταστροφολογία και υπεργενίκευση)⁷², το μικρό ποσοστό αποτελεσματικότητας στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και η απόγνωση από την αίσθηση αδυναμίας του^{422, 506, 618}. Η απόγνωση αυτή εντείνεται, εάν το οικογενειακό περιβάλλον, αντί να συμπαραστέκεται στον ασθενή, τον κριτικάρει^{4, 6, 441}. Η παθητική αντιμετώπιση της νό-

σου συναντάται κυρίως σε άτομα που δεν έχουν αρκετές πληροφορίες γύρω από αυτήν, ούτε έχουν εκπαιδευτεί στην ψυχολογική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της, με αποτέλεσμα να καθυστερεί η ψυχοκοινωνική τους προσαρμογή. Αντίθετα, με την ενεργό αντιμετώπιση του προβλήματος (πληροφορίες γύρω από τη νόσο, ορθολογιστική προσέγγιση της επιδείνωσής της και διόρθωση των γνωστικών παραποιήσεων κατά τα διάφορα στάδια εξέλιξής της, παράλληλα με έλεγχο του πόνου) και την κατάλληλη κοινωνική υποστήριξη μειώνεται η κατάθλιψη και σταδιακά ο ασθενής επιτυγχάνει καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή^{48, 71, 73, 518, 519}.

Η ένταση και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της νόσου αναγκάζει τους ιατρούς σε συχνές αλλαγές των φαρμάκων, με αποτέλεσμα ο άρρωστος να χάνει, μερικές φορές, την εμπιστοσύνη του προς τον ιατρό και να αμελεί την τήρηση της αγωγής που του χορήγησε⁶⁷. Πάντως, οι ασθενείς που απέδιδαν την επανεμφάνιση των συμπτωμάτων τους στο στρες της ζωής και στη σωματική τους κόυραση, είχαν μεγαλύτερο έλεγχο της κατάστασης και καλύτερη ψυχική διάθεση από αυτούς που τα απέδιδαν σε αλλαγή της φαρμακευτικής τους αγωγής: αυτό ενδεικνύει ότι η εξάρτηση των τελευταίων από τα φάρμακα μεγάλωνε την απόγνωση και εν τέλει την αναπηρία τους^{3,4}.

Η εξωτερίκευση των συναισθημάτων, των σκέψεων και όλων των εμπειριών που απασχολούν αυτούς τους ασθενείς (πόνος, δυσκινησία, παραμόρφωση των αρθρώσεων, φόβοι για εξάρτηση από τρίτους και μόνιμες αναπηρίες), αν και βραχυπρόθεσμα εντείνει το άγχος τους (με συνέπεια να παρουσιάζουν μια προσωρινή επιδείνωση των συμπτωμάτων τους), μακροπρόθεσμα τους βοηθά να επιτύχουν πολύ καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή, αλλά και κινητικότητα στις καθημερινές τους δραστηριότητες, σε σχέση με εκείνους που αποφεύγουν κάθε αναφορά ή συζήτηση των αρνητικών συνεπειών της νόσου τους^{6, 52, 334, 612}. Βοηθά επίσης η συζήτηση είτε με φίλους, για απλά, καθημερινά θέματα (όχι ιδιαίτερα συγκινησιακά) είτε με ειδικούς, γύρω από θετικά γεγονότα της ζωής του, όσο και γύρω από στρεσογόνα και ψυχοπιεστικά συμβάντα, χωρίς όμως να επιτρέπεται στον ασθενή να αναλύει ή να εμμένει στα αρνητικά συναισθήματά του^{79, 525, 527}.

Η ανάπτυξη λοιπόν ειδικών προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και της οστεοαρθρίτιδας είναι

σημαντική, αφενός γιατί οι ασθενείς, παράλληλα με τα ιατρικά, αντιμετωπίζουν και κοινωνικά προβλήματα (απώλεια εργασίας λόγω αναπηρίας, κοινωνική απομόνωση) που θα πρέπει εγκαίρως να αντιμετωπιστούν και αφετέρου, γιατί επιβάλλεται η εκπαίδευσή τους στην ψυχολογική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων τους.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ

Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα που οφείλονται στο άσθμα έχουν αυξηθεί δραματικά κατά τις τελευταίες δεκαετίες σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες⁶¹¹. Υπολογίζεται ότι περίπου 150 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν σήμερα από βρογχικό άσθμα. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι μέσα στα τελευταία δέκα έτη διπλασιάστηκε ο πληθυσμός των ασθματικών ασθενών στην Ευρώπη, ενώ στις Η.Π.Α., κατά την εικοσαετία αυτή παρατηρείται αύξηση κατά 61%. Στην Αυστραλία, ένας στους έξι ανθρώπους κάτω των 16 ετών υποφέρει από άσθμα και στη Μεγάλη Βρετανία από τα τρία περίπου εκατομμύρια ασθματικών, το ένα εκατομμύριο αποτελείται από παιδιά σχολικής ηλικίας²³⁹. Διάφορες ερμηνείες έχουν επιχειρηθεί για την αύξηση αυτή, όπως ότι μπορεί να σχετίζεται με την αυξημένη χρήση των βρογχοδιασταλτικών φαρμάκων που ερεθίζουν τις β-συμπαθητικές ίνες του αυτόνομου νευρικού συστήματος, αλλά εικάζεται επίσης ότι τα υψηλά ποσοστά θνησιμότητας είναι αποτέλεσμα μιας ανεπαρκούς επιθετικής φαρμακοθεραπείας, ιδιαίτερα για τα φλεγμονώδη στοιχεία του βρογχικού άσθματος.

Πέρα από το υψηλό κόστος της ιατρικής περίθαλψης και τις συνέπειες της νόσου, οι ασθενείς βιώνουν και άλλες δυσάρεστες καταστάσεις που προκαλούνται από τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις αφενός στα συμπτώματά της και αφετέρου στα διάφορα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής τους. Οι πιο κοινές και έντονες ψυχικές αντιδράσεις είναι ο φόβος πριν και ο πανικός κατά τη διάρκεια των ασθματικών κρίσεων. Σε όλους γενικά τους ασθενείς με πνευμονοπάθειες, τα προβλήματα στην αναπνοή συνδέονται με συμπτώματα πανικού και φόβου, ιδιαίτερα όταν συνοδεύονται από δύσπνοια^{91, 92, 539}.

Οι παραπάνω αντιδράσεις σχετίζονται είτε με τη νόσο (illness-specific panic-fear), είτε με την ήδη διαμορφωμένη προσωπικότητα του ασθενή (μόνιμα χαρακτηριστικά)^{352, 353, 354}. Αμφότερες οι περιπτώσεις οδηγούν σε παρατεταμένη χορήγηση στεροειδών και άλλων φαρμάκων

που απαιτούνται, σε υψηλές δόσεις, σε μεγαλύτερη συχνότητα εισαγωγής στο νοσοκομείο και πιο μακρόχρονη νοσοκομειακή νοσηλεία^{167, 168}.

Σ' ό,τι αφορά τη νόσο, τα συναισθήματα φόβου και πανικού λειτουργούν ως σήμα συναγερμού για την αντιμετώπιση μιας ασθματικής κρίσης. Άτομα που σε ανάλογες ψυχομετρικές εκτιμήσεις (Asthma Symptom Checklist: panic-fear scale) έχουν χαμηλές τιμές μέτρησης στην κλίμακα πανικού-φόβου, συνήθως αγνοούν τα προειδοποιητικά συμπτώματα που προηγούνται της κρίσης, με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε νοσοκομειακή νοσηλεία, ενώ θα μπορούσαν να έχουν πάρει εγκαίρως προληπτικά μέτρα για την αντιμετώπισή της. Εξάλλου οι εξαιρετικά υψηλές τιμές πανικού-φόβου στην παραπάνω μέτρηση δεν είναι ευεργετικές, καθώς οδηγούν στην υπερβολική λήψη των φαρμάκων που χορηγήθηκαν και συνδέονται με ιδιαίτερα υψηλό άγχος κατά τη διάρκεια μιας κρίσης και κατά συνέπεια, την αδυναμία αντιμετώπισής της (π.χ. επιδείνωση του άσθματος λόγω του προκληθέντος υπεραερισμού, που οφείλεται στην ταχύπνοια από την αντίδραση φόβου)^{353, 354}.

Τα δομικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας επιδρούν κατ' ανάλογο τρόπο όταν πρόκειται για ασθενείς που εμφανίζουν χαμηλές τιμές φόβου και πανικού ως χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς τους (σύμφωνα με εκτίμηση στο Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Τα άτομα αυτά έχουν συνήθως την τάση να υποβαθμίζουν τα συμπτώματα της νόσου και διστάζουν να προχωρήσουν στην προληπτική λήψη φαρμάκων¹⁶⁸. Ασθενείς με τους αντίστοιχους δείκτες προσωπικότητας υψηλούς, παρουσίαζαν περισσότερα αρνητικά ιατρικά αποτελέσματα, συχνότερη και μεγαλύτερης διάρκειας νοσοκομειακή νοσηλεία¹⁶⁷. Το ενδιαφέρον είναι ότι οι παραπάνω τιμές πανικού-φόβου είναι ανεξάρτητες από τις αντικειμενικές ιατρικές ενδείξεις και εξαιρετικά σταθερές, ακόμη και μετά από αρκετούς μήνες εντατικής θεραπείας. Τα χαρακτηριστικά λοιπόν αυτά της προσωπικότητας είναι καθοριστικά και για την επιτυχημένη εφαρμογή της θεραπείας του βρογχικού άσθματος.

Τα προγράμματα πρόληψης για τον έλεγχο και την αντιμετώπιση του βρογχικού άσθματος συνήθως περιλαμβάνουν: α) παροχή πληροφοριών γύρω από τη νόσο και τη φαρμακευτική της αγωγή, εκπαίδευ-

ση και εξάσκηση στην αναγνώριση και αποφυγή των καταστάσεων που προκαλούν μια ασθματική κρίση, ατομική αξιολόγηση των συμπτωμάτων (π.χ. με την καταγραφή τους σε ημερολόγιο), ώστε να χρησιμοποιηθούν προς όφελος της ιατροφαρμακευτικής τους αγωγής, ή και ως πηγή πληροφοριών για έγκαιρη αναζήτηση ιατρικής φροντίδας· β) διδασκαλία ψυχολογικών μεθόδων για μείωση του στρες· γ) εφαρμογή τεχνικών βιοανάδρασης για τον έλεγχο της αναπνευστικής συσκευής και δ) γνωριμία με γνωστικές προσεγγίσεις για την τροποποίηση της σκέψης του ασθενή.

Οι τεχνικές χαλάρωσης και εκπαίδευσης στη διαφραγματική αναπνοή μπορεί να βοηθήσουν ασθενείς με απόφραξη της ανώτερης αναπνευστικής οδού -που η κύρια επίδραση προέρχεται από το παρασυμπαθητικό σύστημα- με αποτέλεσμα, σε περιπτώσεις αυξημένης παρασυμπαθητικής δραστηριότητας, να προκαλείται βρογχοσπασση³⁹⁶. Σε ορισμένους όμως ασθενείς, οι τεχνικές αυτές μπορεί να επιφέρουν τα αντίθετα αποτελέσματα, επιδείνωση δηλαδή της κλινικής εικόνας του άσθματος (rebound effect)⁵⁵⁷. Έγιναν επίσης προσπάθειες για την εφαρμογή της βιοανάδρασης (ώστε να επιτευχθεί χαλάρωση στο πνευμονογαστρικό νεύρο ή την τραχεία), χωρίς όμως ικανοποιητικά αποτελέσματα³⁶². Μόνη εξαίρεση ήταν η χαλάρωση του προσωπικού νεύρου μέσω ηλεκτρομυογραφικής βιοανάδρασης (electromyographic biofeedback in relaxation therapies for asthma), η οποία επέφερε συνήθως μείωση της συμπαθητικής και παρασυμπαθητικής δραστηριότητας, με ευεργετική συνέπεια τη βρογχοδιαστολή³⁶³.

Το γνωσιακό τέλος μοντέλο υποθέτει ότι οι κρίσεις πανικού συμβαίνουν όταν ο ασθενής ερμηνεύει λανθασμένα τις διάφορες σωματικές αισθήσεις: λ.χ. καταστροφολογεί γύρω από τα συμπτώματά του ή τα παρερμηνεύει ως εντελώς αθώα. Το μοντέλο όμως αυτό δεν υπολογίζει συνήθως τη συχνότητα και την ένταση των ασθματικών συμπτωμάτων (π.χ. αίσθημα πνιγμού), που μπορεί να είναι απειλητικά για την υγεία του αρρώστου. Επιτρέπει ωστόσο την ψυχολογική παρέμβαση, προκειμένου να μειωθούν το άγχος, ο πανικός και οι αγοραφοβικές σκέψεις του ασθενή και να τροποποιηθούν οι καταστροφολογικές του ιδέες, ώστε να επιτευχθεί μακροπρόθεσμη βελτίωση της κατάστασής του^{397, 414, 415, 436}.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ: ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια χρόνια πάθηση που απαιτεί εξαιρετικά υψηλό βαθμό προσαρμογής του ασθενή σε επίπεδο συμπεριφοράς (π.χ. τήρηση ιατροφαρμακευτικής αγωγής, υγιεινές συνήθειες ζωής), ενώ συγχρόνως ο ψυχολογικός παράγοντας επηρεάζει όλα τα στάδια της εξέλιξης και της θεραπείας της. Αυτός είναι ο λόγος που οι ψυχοκοινωνικές συνέπειες του διαβήτη προσφέρουν εγκυρότερα στοιχεία στην πρόβλεψη της θνησιμότητας των ασθενών από τις άλλες κλινικές παραμέτρους του¹⁴³.

Παρόλες τις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των δύο μεγάλων κατηγοριών: του ινσουλινοεξαρτώμενου (Τύπος 1) και του μη ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη (Τύπος 2), σχετίζονται και οι δύο με μακροπρόθεσμες επιπλοκές: παθήσεις της καρδιάς, των περιφερικών αγγείων και νεύρων, των νεφρών και του αμφιβληστροειδούς. Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι συνήθως η κύρια αιτία τύφλωσης, ακρωτηριασμού των άκρων και μεταμοσχεύσεως νεφρών· ως πιο πιθανός παράγοντας των παραπάνω μακροπρόθεσμων επιπλοκών θεωρείται η χρόνια υπεργλυκαιμία¹⁴².

Σε μια προσέγγιση της πρόσφατης βιβλιογραφίας βλέπουμε ότι οι επιστήμονες αντιμετωπίζουν τη νόσο ως μια **βιοψυχοκοινωνική διεργασία αυτορρύθμισης**, αφού ο διαβητικός ασθενής πρέπει ο ίδιος να μάθει να ρυθμίζει τις μεταβολικές του λειτουργίες, ελέγχοντας και προσαρμόζοντας τα επίπεδα σακχάρου του αίματος, μέσα από τις κατάλληλες συμπεριφορές (diabetes self-care behaviors). Θα πρέπει λοιπόν, για την υπόλοιπή του ζωή, να τηρεί καθημερινά την ιατροφαρμακευτική του αγωγή, παράλληλα δε να είναι ευέλικτος και δεκτικός στις τροποποιήσεις της και να είναι ενήμερος για τις επιπλοκές της νόσου που αναπόφευκτα θ' αντιμετωπίσει κάποια στιγμή στο μέλλον, μέσα από τη συνεχή εκπαίδευσή του σε θέματα θεραπείας και αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της²⁴².

Η ιδιαιτερότητα ακριβώς της θεραπευτικής αγωγής του διαβήτη

(π.χ. η διάρκεια και η πολυπλοκότητά της, η ευθύνη του ασθενή και οι συνέπειες της μη τήρησής της) καθιστά συχνά απαραίτητη την ψυχολογική παρέμβαση, προκειμένου να ενισχυθεί η διάθεση του ασθενή για τη φροντίδα της υγείας του. Και αυτό γιατί έχει διαπιστωθεί ότι ο μέσος ασθενής τηρεί συνήθως το φαρμακευτικό μέρος της θεραπείας, αλλά δεν συμμορφώνεται προς τις ιατρικές υποδείξεις για αλλαγές στη διατροφή και τη σωματική άσκηση^{234, 237, 238}. Αυτό όμως συχνά οφείλεται αφενός στην αοριστία και γενικότητα που χαρακτηρίζει τις οδηγίες των ιατρών (π.χ. "προσπαθήστε να γυμνάξεστε περισσότερο") και αφετέρου, στην πεποίθηση των ασθενών για το αν διαθέτουν τις ικανότητες να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τη νόσο^{78, 105}.

Τα χαρακτηριστικά λοιπόν της προσωπικότητας του ασθενή επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την τήρηση της φαρμακοθεραπείας και την υιοθέτηση των κατάλληλων συμπεριφορών αυτοφροντίδας. Ασθενείς με θυμώδη ή καταθλιπτική διάθεση και τάσεις κοινωνικής απομόνωσης είχαν φτωχότερο έλεγχο του σακχάρου του αίματος^{427, 428}. Τη μεγαλύτερη δυσκολία φαίνεται να έχουν τα νεότερα άτομα, που ζουν χρόνια με τη νόσο τους και φυσικά, όσο περισσότερο αγνοούν την ιατρική τους φροντίδα, τόσο επιδεινώνεται η διαταραχή του μεταβολισμού τους. Αν και δεν παραβλέπεται η σημασία παραγόντων όπως η **σοβαρότητα της πάθησης**, η **ευαισθησία του ατόμου** στις αρνητικές της συνέπειες, οι **αντιλήψεις του σε θέματα υγείας** (health beliefs) και η **αποτελεσματικότητα της θεραπείας**, καθοριστικότερο ρόλο μοιάζει να παίζουν οι **ικανότητες του ατόμου** για επίλυση των ειδικών προβλημάτων που η νόσος προκαλεί κατά διαστήματα, καθώς και ο **τρόπος που αντιμετωπίζει το στρες** της ζωής του^{271, 379}. Οι νεότερες έρευνες αποδίδουν την απορρύθμιση του μεταβολισμού στο ποσοστό διάσπασης του ρυθμού ζωής, που είναι επακόλουθο του στρες, και όχι στον αριθμό των ψυχοπιεστικών γεγονότων, τα οποία αντιμετωπίζει ο ασθενής^{241, 364}.

Η σχέση πάντως μεταξύ διαβήτη και στρες είναι αμφίδρομη: από τη μια πλευρά, το ψυχολογικό στρες επηρεάζει άμεσα το ποσοστό σακχάρου στο αίμα, λόγω των ορμονών του στρες (π.χ. η επινεφρίνη ανυψώνει τα επίπεδα της γλυκόζης), όσο και έμμεσα, μέσω της διάσπασης των συμπεριφορών αυτοφροντίδας. Από την άλλη, ο σακχαρώδης διαβήτης επηρεάζει την ένταση του στρες που βιώνει το άτομο (π.χ. η υπογλυκαιμία προκαλεί αρνητική ψυχική διάθεση, φόβο και επιρρέπεια

σε ατυχήματα)^{124, 125}.

Παράλληλες επιδράσεις ασκεί και το κοινωνικό περιβάλλον, κυρίως δε το οικογενειακό, ώστε να μην αποδυναμωθεί σταδιακά το ενδιαφέρον του ασθενή για τήρηση της αγωγής του. Μια οικογένεια με καλή συνοχή και οργάνωση, ζεστές διαπροσωπικές σχέσεις και αυξημένη ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη, τον βοηθά να διατηρήσει καλύτερο μεταβολικό έλεγχο μακροπρόθεσμα^{11, 235, 236, 580}. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, όσο καλύτερη είναι η σχέση του αρρώστου με τον ιατρό του, τόσο ο πρώτος επιδιώκει την τήρηση των ιατροφαρμακευτικών συστάσεων και προσέρχεται τακτικά για ιατρικό έλεγχο²⁶⁹. Υπάρχουν βέβαια και ασθενείς οι οποίοι, παρά τις καλές προσπάθειες των ιατρών, δεν ενδιαφέρονται να συζητήσουν μαζί τους για τη θεραπεία και την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους, με συνέπεια να κάνουν ένα σποραδικό και συνεπώς μη επαρκή ιατρικό έλεγχο³⁰⁸.

Για να επιτύχει επίσης τη σωστή φροντίδα της υγείας του, ο ασθενής θα πρέπει να υπερβεί κάποια **“εμπόδια της θεραπείας”** από την πλευρά του, όπως το υψηλό κόστος της, την ώρα που αφιερώνει γι' αυτή, τις συγκρουόμενες απαιτήσεις της αγωγής του (π.χ. αυστηρή δίαιτα) και της κοινωνικής του ζωής (π.χ. γεύματα εργασίας, αυστηρό επαγγελματικό ωράριο), την έλλειψη των κατάλληλων ιατρικών κέντρων σε κοντινή του περιοχή κ.λπ.³⁰⁴ Ωστόσο ακόμη και όταν τηρεί την ιατροφαρμακευτική του αγωγή, μπορεί να χρειαστεί να αντιμετωπίσει άλλες αρνητικές συνέπειες, όπως η υπογλυκαιμία ή η αύξηση βάρους λόγω εντατικής θεραπείας με ινσουλίνη. Επιπλέον, πολλοί ασθενείς βιώνουν την αυξομείωση του σακχάρου του αίματος, την οποία ελέγχουν οι ίδιοι, με αισθήματα αυτομομφής και ψυχαναγκασμού. Γι' αυτό και συνήθως επιχειρούν αυτό τον έλεγχο μόνο στο διάστημα που τηρούν προσεκτικά το θεραπευτικό τους πρόγραμμα³²¹. Εξάλλου σε ορισμένες περιπτώσεις, η καλύτερευση στον έλεγχο του μεταβολισμού τους δεν επιτυγχάνεται ούτε κι αν υπακούουν κατά γράμμα τις ιατρικές συστάσεις.

Η διάγνωση του διαβήτη και τα πρώτα στάδια προσαρμογής στη νόσο συνοδεύονται από αντιδράσεις άγχους, κατάθλιψης και κοινωνικής απομόνωσης από την πλευρά του ασθενή, αλλά και της οικογένειάς του, ιδίως αν πρόκειται για παιδιά ή νεαρά άτομα^{307, 365}. Η κακή αυτή ψυχική κατάσταση συναντάται στο ένα τρίτο των ασθενών για ένα πε-

ρίπου χρόνο, οπότε συνήθως ο ασθενής προοδευτικά επιτυγχάνει μια καλή ψυχοκοινωνική προσαρμογή³⁹².

Τα πιο σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα παρουσιάζονται συνήθως μετά την εκδήλωση των επιπλοκών της νόσου. Για παράδειγμα, η απώλεια της όρασης μειώνει την αυτοεκτίμηση και προκαλεί σοβαρή κατάθλιψη⁷⁰⁹. Στον πληθυσμό πάντως των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη συναντώνται με μεγαλύτερη συχνότητα και ένταση συναισθηματικές διαταραχές άγχους και κατάθλιψης, οι οποίες είναι ανεξάρτητες από τις επιπλοκές της νόσου ή την απώλεια της λειτουργικής τους ικανότητας^{229, 230, 429, 538}. Αν και τα ποσοστά αυτών των διαταραχών είναι υψηλότερα στους διαβητικούς απ' ό,τι στους υγιείς, δεν υπάρχει ποσοτική διαφορά ανάμεσα στους πρώτους και τους ασθενείς με άλλα χρόνια νοσήματα, όπως αρθρίτιδα και καρδιαγγειακές παθήσεις⁶⁹⁰. Προβλήματα πάντως μπορεί να δημιουργηθούν στις σεξουαλικές σχέσεις του ζευγαριού, καθώς και διάφορες ψυχικές και διαπροσωπικές συγκρούσεις, από την έλλειψη ικανοποίησης που βιώνει η γυναίκα στο γάμο της μ' ένα διαβητικό άνδρα. Αν και η ανικανότητα έχει οργανική αιτιολογία, επηρεάζεται από ψυχολογικούς παράγοντες και συχνά μεταφέρεται στη συζυγική σχέση η ψυχική του ένταση^{125, 591}.

Τέλος υπάρχουν σε μεγάλο ποσοστό προβλήματα διαταραχών της όρεξης, ιδίως στα νεότερα άτομα και μάλιστα στις γυναίκες^{381, 442, 700}. Τα συχνότερα προβλήματα είναι το "συνεχές τσιμπολόγημα" (binge eating) και η αδυναμία αποφυγής κυρίως "απαγορευμένων τροφών" υψηλής θερμιδικής αξίας (dietary disinhibition), με αποτέλεσμα τον φτωχό μεταβολικό έλεγχο³². Στα άτομα αυτά, η ελάττωση του βάρους τους γίνεται έμμονη ιδέα (σύνθητες γνώρισμα ατόμων με διαστρεβλωμένη βιοσωματική εικόνα) και καταφεύγουν σε αυθαίρετες αλλαγές στις δόσεις ινσουλίνης, καταστρέφοντας τη θεραπεία τους. Γι' αυτό είναι απαραίτητο οι ιατροί να συζητούν με τους ασθενείς τα πιθανά προβλήματα αποδοχής της εικόνας του σώματός τους και να καταστρώνεται ειδικό θεραπευτικό σχήμα, βοηθώντας τους παράλληλα να κατανοήσουν τη σχέση μεταξύ τροφής-στρες-ψυχικής και βιοσωματικής κατάστασης. Στις περιπτώσεις αυτές είναι απαραίτητη η συμμετοχή του ασθενή σε ειδικά προγράμματα αποκατάστασης, στα οποία συνδυάζεται η άσκηση με τη λήψη τροφών χαμηλής θερμιδικής αξίας

και η εκπαίδευση του ασθενή γύρω από την αντιμετώπιση της νόσου με μια ψυχολογική προσέγγιση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει. Υπάρχουν πάντως διαφορές στην αποτελεσματικότητα αυτών των προγραμμάτων για τα δύο φύλα. Οι διαβητικές γυναίκες χάνουν βάρος όταν συμμετέχουν σ' αυτά μαζί με το σύζυγό τους, ενώ οι άνδρες όταν είναι μόνοι και τα δύο φύλα ωστόσο συνήθως επανακτούν τον έλεγχο του μεταβολισμού τους^{282, 701}.

Οι ειδικοί υγείας θα πρέπει να γίνουν πιο προσεκτικοί στην εντόπιση των περιπτώσεων που οι συμπεριφορές του ασθενή οδηγούν σε επισφαλή ποσοστά αυτοφρόντιδας. Παράλληλα, χρειάζεται να αναπτυχθούν προγράμματα χαμηλού κόστους αλλά υψηλής αποτελεσματικότητας (π.χ. τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης, ομάδες αυτοαρωγής ή ψυχοθεραπείας κ.λπ.) και να ενσωματωθεί η ψυχολογική παρέμβαση μέσα στο ιατρικό πλαίσιο που γίνονται οι καθιερωμένες επισκέψεις των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη. Με την καθοδήγηση και την ενθάρρυνση των ειδικών υγείας, ο ασθενής θα αναπτύξει προοδευτικά την ικανότητα να επιλύει ο ίδιος τα προβλήματα της νόσου του και να τηρεί την ιατροφαρμακευτική αγωγή, χωρίς την ανάγκη άμεσης επίβλεψης.

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ: ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΟΙ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η μελέτη των καρδιαγγειακών παθήσεων, μέσα από τις ψυχολογικές μελέτες της δεκαετίας του '70 και του '80, εστίασε το ενδιαφέρον της κυρίως στο «**πρότυπο συμπεριφοράς τύπου Α**» (**TA: Type A behavior pattern**). Γύρω στο τέλος της δεκαετίας του '50, οι Friedman και Rosenman^{218, 219} υιοθετώντας το νέο αυτό όρο, περιέγραψαν τους καρδιοπαθείς ως άτομα ενεργητικά και αγχώδη, τα οποία αγωνίζονται ενάντια στο χρόνο και το γρήγορο ρυθμό της ζωής τους, ή διακατέχονται από ανυπομονησία, έλλειψη υπομονής και βιασύνη, ιδιαίτερη αγωνιστικότητα στην επίτευξη των στόχων τους αλλά και ανταγωνιστικότητα, επιθετικότητα και εχθρότητα· παρουσιάζουν έντονη αίσθηση δέσμευσης στις σχέσεις τους αλλά και εσωστρέφεια.

Η εχθρότητά τους δεν εκφράζεται πάντα με θυμό και ένταση, αλλά μπορεί να εκδηλωθεί μέσα από την “κυνική περιφρόνηση” των ανθρώπων δεκτών του ανταγωνισμού, ή από την απομόνωσή τους, με την πρόφαση ότι “οι άλλοι δεν αξίζουν εμπιστοσύνης γιατί είναι άτιμοι, παραδόπιστοι, κακοί χαρακτήρες”, καθώς και την αίσθηση ότι πρέπει συνεχώς να προφυλάσσονται από αυτούς. Πίσω όμως από αυτό το προσωπείο της αγωνιστικότητας και της τάσης ελέγχου των καταστάσεων, οι Friedman και Rosenman, πίστευαν ότι κρύβεται μια εσωτερική ανασφάλεια και έλλειψη αυτοπεποίθησης. Ο χρόνιος αγώνας τους δηλαδή για κατάκτηση επιτυχίας στον επαγγελματικό και κοινωνικό τομέα, είχε ως βαθύτερα κίνητρα είτε το φόβο ότι θα εισέπραταν αρνητικά σχόλια από τους άλλους, είτε την αποφυγή αυτοκριτικής για τις αδυναμίες τους.

Αργότερα εντοπίστηκε και περιγράφηκε ένας άλλος τύπος συμπεριφοράς: τα άτομα με **συμπεριφορές τύπου Β** είναι συνήθως πιο ήρεμα, λιγότερο επιθετικά και δραστήρια, αλλά με περισσότερο αυτοέλεγχο και επιμονή στην επίλυση των προβλημάτων τους και μεγαλύτερη ικανοποίηση από την οικογενειακή και επαγγελματική τους ζωή. Μια τρίτη τέλος κατηγορία (**τύπος Γ**), αναφέρεται σε άτομα που είναι πιο ευάλωτα σε καρδιαγγειακά νοσήματα όχι όταν διέρχονται μια δύσκολη εποχή, αλλά σε περίοδο ηρεμίας. Οι υπεύθυνοι των Kibbutz στο

Ισραήλ, λόγω χάρη, δεν παρουσίαζαν τέτοια προβλήματα όσο ήταν κάτω από την επίδραση έντονου στρες, αλλά όταν αυτό υποχωρούσε. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι τα άτομα αυτά δεν έχουν μάθει να χαλαρώνουν, με αποτέλεσμα η αντίδρασή τους στο στρες να είναι μακροπρόθεσμη, με ολέθρια τελικά αποτελέσματα για την υγεία τους. Εδώ θα πρέπει πάντως να τονιστεί η αναγκαιότητα της περαιτέρω μελέτης των εθνικών, κοινωνικών και πολιτικών δομών που επηρεάζουν τη συμπεριφορά και την υγεία των ανθρώπων.

Η μεθοδολογική αδυναμία των περισσότερων σχετικών ερευνών εντοπίζεται στο γεγονός ότι θεωρούν το πρότυπο συμπεριφοράς τύπου A* ως ένα μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, ενώ θα έπρεπε, όπως προαναφέρθηκε, να γίνει μια πιο σύνθετη εκτίμηση για το πώς αναπτύσσονται οι αντιλήψεις, τα συναισθήματα, οι σκέψεις και οι συμπεριφορές αυτού του τύπου, σε σχέση με το περιβάλλον καθώς και τις αλλαγές που επέρχονται με το πέρασμα του χρόνου. Γι' αυτό ίσως και, μέσα από την πολυπλοκότερη προσέγγιση του θέματος που υιοθετείται από τις νεότερες έρευνες, δεν διαπιστώνεται άμεση συσχέτιση μεταξύ συμπεριφορών τύπου A και στεφανιαίας νόσου, παρά τις ενδείξεις που έχουμε για τους άνδρες ασθενείς^{61, 454, 584, 598}.

Θα πρέπει εξάλλου να αξιολογηθούν κριτικά αφενός οι συνθήκες εργασίας και οι απαιτήσεις της από τους εργαζόμενους και αφετέρου η διαπίστωση ότι τα κίνητρα για παραγωγικότητα, επιτυχία και αναγνώριση, τα οποία χαρακτηρίζουν τους ανθρώπους με συμπεριφορές τύπου A, τους φέρνουν αντιμέτωπους με ψυχοπιεστικά γεγονότα. Το εργασιακό λοιπόν περιβάλλον, σε συνδυασμό με τον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς ενός ατόμου μπορεί να επιδράσει αρνητικά και στη σωματική και την ψυχική του υγεία, καθώς εκεί συναντά στρεσογόνες καταστάσεις, που δεν υπόκεινται πάντα στον έλεγχό του και παράλληλα δεν γνωρίζει αν έχει τις ικανότητες για να τις αντιμετωπίσει^{453, 636}.

Τέλος, οι συμπεριφορές οι οποίες αναφέρονται στον τύπο A είναι τόσο πολύπλοκες, που δεν μπορεί να διαχωρίσουν στεγανά ένα άτομο αυτού του τύπου από τα υπόλοιπα, αφού ως φαινόμενα που προ-

Μια πιο ολοκληρωμένη παρουσίαση του θέματος γίνεται στο άρθρο του Μιχάλη Σουρμελάκη «Καρδιαγγειακές παθήσεις και ψυχολογική παρέμβαση»⁶²⁰.

καλούνται καθώς ο άνθρωπος απειλείται σ' ένα συγκεκριμένο πλαίσιο, επηρεάζονται από τις αναμνήσεις, τις προκαταλήψεις και τις άλλες ψυχοκοινωνικές εμπειρίες. Όταν, παραδείγματος χάρη, ένα άτομο βρίσκεται σε ένα επαγγελματικό περιβάλλον που απαιτεί την εξάρτησή του από άλλους -και κατ' επέκταση την εμπιστοσύνη προς αυτούς- ενώ το ίδιο έχει μάθει, μέσα από τις προσωπικές του αναμνήσεις και εμπειρίες, να βασίζεται μόνο στον εαυτό του, είναι επόμενο να βιώνει ψυχική σύγκρουση. Η εξάρτηση αυτή μπορεί να τον πιέζει σε τέτοιο βαθμό ώστε να παρουσιάσει κοινωνικές συμπεριφορές τύπου Α (θυμό, ανταγωνισμό, εχθρότητα, ανυπομονησία) και καρδιολογικά προβλήματα⁵⁸⁵.

Έχει άλλωστε διαπιστωθεί ότι πριν την εκδήλωση ενός εμφράγματος ή άλλων σοβαρών καρδιαγγειακών παθήσεων, οι ασθενείς ανέφεραν ότι κατέβαλλαν μεγαλύτερη ψυχική και σωματική προσπάθεια για την αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων, ότι είχαν περισσότερα σωματικά ενοχλήματα και συμπτώματα κατάθλιψης^{128, 433, 615}. Η έμφαση στον ψυχολογικό παράγοντα δέν υποτιμά φυσικά την παρουσία και των παραδοσιακών παραγόντων κινδύνου (π.χ. τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης, την υψηλή αρτηριακή πίεση, το κάπνισμα, το επιβαρυνμένο οικογενειακό ιστορικό, καθώς και ποικίλους δημογραφικούς παράγοντες).

Είναι γενικά αποδεκτό ότι τα καρδιολογικά νοσήματα σχετίζονται με επιδείνωση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή, καθώς συνοδεύονται σχεδόν πάντα από αβεβαιότητα και κατάθλιψη^{192, 205, 207}, προβλήματα που ακολουθούνται από κρίσεις πανικού^{109, 380}. Οι μισοί τουλάχιστον ασθενείς με εμφραγμα είχαν σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης που εμφανίστηκαν μια εβδομάδα μετά το συμβάν και διατηρήθηκαν τουλάχιστον για το ένα τρίτο των αρρώστων από τρεις με τέσσερις μήνες⁵⁸⁶ μέχρι τρία με πέντα έτη^{208, 209, 274, 676}. Υψηλά επίπεδα κατάθλιψης έχουν αναφερθεί όχι μόνο για ένα μεγάλο αριθμό εμφραγματιών ένα χρόνο μετά το συμβάν^{201, 205, 694}, αλλά και για ασθενείς που υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις^{387, 437, 582}.

Ενώ είναι ήδη στο νοσοκομείο και αναρρώνουν π.χ. από ένα εμφραγμα του μυοκαρδίου, οι ασθενείς διέρχονται συνήθως από τρία στάδια: **α) τη συνειδητή ή ασυνείδητη υποβάθμιση της σημασίας του συμβάντος**, στην προσπάθεια τους να μειώσουν το άγχος, το φόβο και

τ' άλλα αρνητικά συναισθήματα που συνδέονται με αυτό: **β) τη σταδιακή συνειδητοποίηση του γεγονότος**, με συνέπεια την εμφάνιση κατάθλιψης, ενοχών, ή και θυμού που μεταβιβάζεται στην οικογένεια και το προσωπικό υγείας· και **γ) τη σταδιακή συμφιλίωση με τη νέα κατάσταση της υγείας** τους, όπου συνειδητοποιούν ότι καλούνται να μάθουν να ζουν με την πραγματικότητα της νόσου τους, μέσα από πιο αποτελεσματικούς τρόπους για την αντιμετώπισή της^{383, 583}.

Εάν κατά τη νοσοκομειακή του νοσηλεία, επιτευχθεί η έγκαιρη ενεργοποίηση του ασθενή, μέσα από κινησιοθεραπεία και σύντομη ψυχοθεραπεία, μειώνεται σημαντικά η κατάθλιψή του, αποκτά μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση στον έλεγχο της υγείας του και επισπεύδει (κατά μέσο όρο, δύο μέρες νωρίτερα) την έξοδό του από το νοσοκομείο⁵⁰⁰.

Παρόμοια όμως προβλήματα επανεμφανίζονται με την επιστροφή του ασθενή στο σπίτι (setting-effect, home-coming depression), γιατί κορυφώνεται η ανησυχία του, καθώς χάνει την αίσθηση "ασφαλείας και προστασίας" που εμπνέει το νοσοκομειακό περιβάλλον και έρχεται αντιμέτωπος με τις δυσκολίες ανάληψης των καθημερινών του δραστηριοτήτων. Άλλωστε είναι ακόμη σε σοκ και στρες από το έμφραγμα ή την καρδιοχειρουργική επέμβαση στην οποία υποβλήθηκε. Μπορεί τότε ορισμένοι ασθενείς να δίνουν υπερβολική σημασία και στις ελάχιστες ενοχλήσεις της χειρουργικής τους τομής, να πανικοβάλλονται από ασήμαντα συμπτώματα πόνου ή αρρυθμίας και να βασανίζουν τον εαυτό τους και τα άλλα μέλη της οικογένειάς τους με υποχονδριακές τάσεις για υγιεινή ζωή και λήψη μέτρων για την προφύλαξη της υγείας τους. Επιπλέον, μπορεί να εκφράζουν θυμό για την κατάστασή τους, εχθρικήτητα προς το περιβάλλον τους, ή και να εμφανίζουν πληθώρα καταθλιπτικών συμπτωμάτων^{675, 676}.

Οι καταθλιπτικές σκέψεις του ασθενή, ως απόρροια της γενικότερης αδυναμίας του, εστιάζεται κυρίως γύρω από την ικανότητά του να συνεχίσει την οικογενειακή και επαγγελματική του ζωή ως δραστήριο και υγιές άτομο και την αντιμετώπιση τυχόν οικονομικών προβλημάτων που προέκυψαν από τη νόσο. Κινδυνεύει τότε να παγιδευτεί σ' ένα φαύλο κύκλο, γιατί το άγχος, ο θυμός και η κατάθλιψη επιδεινώνουν την κατάσταση της καρδιάς του και μπορεί να παρουσιαστούν και νέες επιπλοκές⁶⁷⁹. Υπάρχουν άλλωστε ενδείξεις ότι τα αρνητικά συναισθήματα αυξάνουν τις πιθανότητες πρόκλησης θρόμβων και αρ-

ρυθμιών²¹⁰. Γι' αυτό είναι καθοριστική η συμπαράσταση της οικογένειας προς τον ασθενή, αλλά και η ψυχολογική υποστήριξη όλων αυτών που τον φροντίζουν^{118, 126, 202, 351}.

Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζονται οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε **μεταμόσχευση καρδιάς**, γιατί θα πρέπει να αναπτύξουν για την υπόλοιπή τους ζωή νέες συνήθειες για τη φροντίδα της υγείας τους: καθημερινό έλεγχο των αυξομειώσεων στην αρτηριακή τους πίεση, σημεία λοίμωξης, σωστή διατροφή και άσκηση, συμμόρφωση σε μια πολύπλοκη ιατρική αγωγή και περιοδικές βιοψίες για τον εντοπισμό πιθανής απόρριψης του μοσχεύματος. Από ψυχολογικής πλευράς, η μεταμόσχευση καρδιάς είναι ένα συγκλονιστικό γεγονός, με δραματικές προεκτάσεις. Μετά από πολλά χρόνια αρρώστιας και αναπηρίας, ο ασθενής ελπίζει σε μια δραστική βελτίωση της υγείας του, χωρίς όμως κανένας ιατρός να μπορεί να εγγυηθεί για τα αποτελέσματα της μεταμόσχευσης. Παράλληλα τον προετοιμάζουν για τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και τις άλλες δυσκολίες προσαρμογής. Γι' αυτό οι ψυχολόγοι προσπαθούν να προβλέψουν την υγεία αυτών των ασθενών μετά την επέμβαση, με βάση τις θετικές τους προσδοκίες γι' αυτή.

Αν και ορισμένοι ερευνητές⁶⁵⁰ έχουν εκφράσει φόβους ότι τα αισιόδοξα άτομα απογοητεύονται και τελικά αισθάνονται θύματα της νόσου τους όταν δεν μπορούν να έχουν έλεγχο πάνω σ' αυτή, οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση καρδιάς, παρόλες τις μετεγχειρητικές επιπλοκές που συνάντησαν, τις αντιμετώπισαν με πνεύμα αισιοδοξίας και διάθεση για ζωή. Είναι ενδιαφέρον το εύρημα των ερευνών σχετικά με τις προεγχειρητικές προσδοκίες ανθρώπων οι οποίοι, αν και γνωρίζουν ότι βρίσκονται πολύ κοντά στο θάνατο, δίχως τη δυνατότητα ασφαλών προβλέψεων για τα μετεγχειρητικά αποτελέσματα, διατηρούν ιδιαίτερη αισιοδοξία για το μέλλον^{582, 686, 697}. Οι θετικές τους προσδοκίες σχετίζονται άμεσα και με την καλύτερη μετεγχειρητική τους πορεία και με την τήρηση της ιατροφαρμακευτικής αγωγής, έξι μήνες μετά τη μεταμόσχευση³⁹⁵. Αυτό πιθανώς να οφείλεται αφενός στη σχέση μεταξύ υψηλού ηθικού και υγείας (δηλαδή τα πιο αισιόδοξα άτομα αναφέρουν κυρίως τις θετικές αλλαγές της υγείας τους) και αφετέρου στο ότι οι αισιόδοξοι ασθενείς προσέχουν εγκαίρως τυχόν επιπλοκές και αναζητούν αμέσως ιατρική βοήθεια. Σ' αυτό βέβαια συντελεί και η καλή ενημέρωση που τους παρέχεται από την ομάδα μεταμοσχεύσεων.

Οι ερευνητές σήμερα εστιάζουν αρχικά την προσοχή τους στην υιοθέτηση από τους καρδιοπαθείς μιας πιο ενεργητικής αντιμετώπισης της κρίσης της υγείας τους, προσεγγίζοντας τα προβλήματά τους μέσα από γνωσιακές και συμπεριφορικές τεχνικές^{541, 583}. Και αυτό γιατί διαπιστώθηκε ότι η άρνηση και οι άλλοι τρόποι αποφυγής του προβλήματος υγείας μπορεί να είναι βοηθητικοί στο πρώτο στάδιο αντιμετώπισής του⁴⁰¹, αλλά καταστροφικοί για την προσαρμογή του αρρώστου μακροπρόθεσμα^{408, 640}. Οι ασθενείς επίσης που υιοθετούν μια παθητική προσέγγιση της κατάστασής τους, είχαν φτωχότερη ποιότητα ζωής ένα χρόνο μετά την υποβολή τους σε διάφορες επεμβάσεις για την αντιμετώπιση της στεφανιαίας απόφραξης⁴⁵⁷, σε αντίθεση με όσους υιοθετούσαν μια πιο ενεργό προσέγγιση⁵⁸².

Ως δεύτερο, αλλά ίσης σημασίας, παράγοντα καλής προσαρμογής εντοπίζουν οι ερευνητές αυτόν της κοινωνικής υποστήριξης^{286, 287, 288}. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες φαίνεται ότι υπερτερούν ακόμη και έναντι των οργανικών στην ανάρρωση ασθενών με οξεία ή χρόνια καρδιολογικά προβλήματα και ειδικά αυτών που υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργική επέμβαση^{7, 315, 502}. Η κατάθλιψη, η κοινωνική απομόνωση και οι αρνητικές γενικά αντιδράσεις προσαρμογής και αντιμετώπισης των προβλημάτων τους, είναι όχι μόνο εμπόδια για την καλή και γρήγορη ανάρρωση των καρδιοπαθών, αλλά και οι ισχυρότεροι δείκτες πρόβλεψης ενός νέου εμφράγματος του μυοκαρδίου ή και θανάτου μετά από αυτό^{9, 59, 95, 192, 697}.

Η ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη του ασθενή (μέσα από ιατρική καθοδήγηση και την ανάλογη πληροφόρησή του, τη συναισθηματική του υποστήριξη και την έμπρακτη παροχή βοήθειας από ειδικούς και συγγενείς) είναι ανεκτίμητη για τη βελτίωση ποιότητας ζωής και την ανάνηψή του. Αν και οι καρδιοπαθείς μπορεί να βοηθηθούν από το περιβάλλον της εργασίας τους και του ευρύτερου κοινωνικού δικτύου^{141, 559}, οι έρευνες εστιάζονται περισσότερο στις επιδράσεις της οικογένειας. Η καλύτερη, μακρόχρονη ψυχοκοινωνική προσαρμογή παρατηρείται συνήθως σε παντρεμένους άνδρες, που η σχέση με τη σύζυγό τους χαρακτηριζόταν από υψηλή συντροφικότητα, σε αντίθεση μ' αυτούς που, αν και ήταν σε καλύτερη κατάσταση υγείας, είχαν λιγότερο ευτυχισμένο γάμο⁶⁷⁶. Τα οφέλη της καλής συζυγικής σχέσης προκύπτουν προφανώς από το θετικό συναισθηματικό της κλίμα και το χαμηλό τόνο των διαπροσωπικών τους συγκρούσεων^{30, 675}.

Από τη δεκαετία του 1970 ως σήμερα έχουν αναπτυχθεί στην Ευρώπη και τις Η.Π.Α. πολυάριθμα προγράμματα για την πρόληψη, αλλά και την αντιμετώπιση των καρδιοπαθειών. **Τα προγράμματα πρόληψης** έχουν έξι κυρίως σκοπούς: α) τη βελτίωση των υπηρεσιών πρόληψης, οι οποίες ασχολούνται με τον εντοπισμό των ατόμων υψηλών κινδύνων, καθώς και με την παροχή ιατρικής βοήθειας για να αποτρέψουν την ανάπτυξη ή την εξέλιξη της στεφανιαίας νόσου της καρδιάς· β) τη “διασπορά” πληροφοριών που αφορούν τη διαφύλαξη της καλής υγείας (π.χ. διαφημιστικά σποτ από την τηλεόραση, ιατρικές στήλες σε περιοδικά και εφημερίδες, ραδιοφωνικές εκπομπές, παρουσίαση υγιεινών συνταγών μαγειρικής, διαλέξεις σε κέντρα της κοινότητας, παροχή πληροφοριακών εντύπων σε χώρους εργασίας κ.λπ.)· γ) την ενημέρωση και την εκπαίδευση των ανθρώπων σε πιο αποτελεσματικούς τρόπους συμπεριφοράς, αλλάζοντας π.χ. ανθυγιεινές συνήθειες ζωής ή τροποποιώντας πρότυπα συμπεριφοράς τύπου Α· δ) την καλλιέργεια ικανοτήτων για καλύτερο έλεγχο της ζωής και των ψυχοπνευματικών γεγονότων, καθώς και ανάληψη κοινωνικής δράσεως (π.χ. μείωση των ωρών επαγγελματικής απασχόλησης, η οποία συχνά τους απομονώνει κοινωνικά και ενθάρρυνση για προσφορά εθελοντικής βοήθειας στην κοινότητα)· ε) τη δημιουργία κοινωνικών δικτύων υποστήριξης, μέσα από την οργάνωση της κοινότητας (π.χ. οργάνωση ομάδων ψυχικής υποστήριξης, ή εθελοντών που θα επισκέπτονται καρδιοπαθείς στο σπίτι τους)· και στ) αλλαγές στο περιβάλλον (π.χ. μείωση των βλαβερών ρυπαντών, βελτίωση των κυκλοφοριακών συνθηκών ώστε να μην αυξάνεται το στρες των μεγαλουπόλεων από το συνωστισμό και την ταλαιπωρία των πολιτών)^{360, 406, 434, 459, 478, 654}.

Τα **προγράμματα αντιμετώπισης** των καρδιαγγειακών παθήσεων απευθύνονται στους ασθενείς και την οικογένειά τους και εστιάζουν την προσοχή τους σε τρεις κυρίως στόχους: α) την πληροφόρησή τους γύρω από τη νόσο και την αντιμετώπιση των παραγόντων υψηλού κινδύνου που συνεισφέρουν σ' αυτή· β) την ψυχολογική παρέμβαση για εκπαίδευση των καρδιοπαθών σε τεχνικές μείωσης των ενοχλητικών σωματικών αλλά και ψυχικών συμπτωμάτων· και γ) την ανάπτυξη υποστηρικτικών σχέσεων, τόσο μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας όσο και της κοινότητας^{80, 512}.

ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα διατηρούν πρωταρχική θέση στις αιτίες θανάτου των γυναικών που ζουν σε βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες. Γι' αυτό και το ενδιαφέρον των ψυχολογικών ερευνών στράφηκε, από την αρχή, στις διαφορές μεταξύ εργαζομένων και μη γυναικών. Τα αποτελέσματά τους ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέροντα και αποκαλυπτικά. Οι ανύπαντρες εργαζόμενες γυναίκες, με τα περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας, είχαν το χαμηλότερο ποσοστό στεφανιαίας νόσου^{278, 671}. Οι γυναίκες που εργάζονταν έξω από το σπίτι είχαν καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία από τις εργαζόμενες στο σπίτι^{257, 370, 554, 693}.

Από το δείγμα παντρεμένων γυναικών με παιδιά, που χρησιμοποιήθηκε στις έρευνες, οι μη εργαζόμενες μητέρες βίωναν μεγαλύτερο στρες από εκείνες που, παράλληλα με την εργασία τους, είχαν και τη φροντίδα των παιδιών τους³⁸. Αποδεικνύεται λοιπόν ότι η εργασιακή απασχόληση, άσχετα από το είδος και τις απαιτήσεις της, βοηθάει τη γυναίκα να αντισταθμίσει την επίδραση των στρεσογόνων οικογενειακών καταστάσεων^{560, 671}. Το εύρημα αυτό όμως θα πρέπει να ενταχθεί σε ένα γενικότερο ερευνητικό πλαίσιο και να συσχετιστεί με τη διαπίστωση ότι οι γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα από τους άνδρες στηθάγχη· οι ερευνητές υποθέτουν ότι αυτό πιθανώς να οφείλεται στην παρατεταμένη καρδιαγγειακή διέγερση που υφίστανται οι γυναίκες με την επάνοδό τους στο σπίτι ("δεύτερη βάρδια").

Έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ αρνητικής ψυχικής διάθεσης (στρες, συμπεριφορές τύπου-A) και εργασίας η οποία έχει υψηλές απαιτήσεις από τους εργαζόμενους (άνδρες και γυναίκες), αλλά τους αφήνει μικρό έλεγχο αποφάσεων πάνω σε αυτές³⁰¹. Το μικρό εύρος ελευθερίας αποφάσεων, σε συνδυασμό με το φόρτο εργασίας (μέσα και έξω από το σπίτι, για τη γυναίκα), σχετίζεται άμεσα με την ύπαρξη ψυχολογικού στρες και την εκδήλωση καρδιαγγειακών παθήσεων, σε Ευρώπη και Η.Π.Α.^{328, 329, 361, 370, 706}. Γι' αυτό χρειάζονται περαιτέρω μελέτες της επίδρασης αυτού του είδους έντασης και των συγκεκριμένων απαιτήσεων του εργασιακού χώρου, στην εκ-

δήλωση στεφανιαίας νόσου στις γυναίκες.

Σύμφωνα με πρόσφατες διαπιστώσεις τα δύο τρίτα των ανδρών με καρδιαγγειακά νοσήματα αντιλαμβάνονται το πρόβλημα της υγείας τους μετά από ένα έμφραγμα, ενώ περισσότερες από τις μισές γυναίκες αναπτύσσουν ως αρχικό σύμπτωμα στηθαγχικό πόνο^{200, 356}. Ωστόσο ακόμη και σήμερα υπάρχουν διαφορές στον τρόπο που οι ιατροί αξιολογούν κάποια συμπτώματα υγείας, ανάλογα με το φύλο του ασθενή. Ο πόνος στο στήθος που εμφανίζει ένας άνδρας, κάνει αμέσως τον ιατρό να "υποψιαστεί" καρδιαγγειακά προβλήματα, να συστήσει περαιτέρω εξετάσεις και τροποποίηση των διαφόρων παραγόντων κινδύνου. Τα παράπονα όμως των γυναικών για πόνο στο στήθος, εκλαμβάνονται συχνά από τους ιατρούς ως ψυχοσωματικές εκδηλώσεις άγχους (υπονοώντας ότι η ασθενής τους απλώς αντιμετωπίζει κάποια ψυχολογικά προβλήματα). Ιδίως εάν οι γυναίκες δεν είναι ακόμη σε εμμηνόπαυση, οι ιατροί θεωρούν ότι η φυσιολογική παραγωγή οιστρογόνων στο αίμα τους, εξακολουθεί να παίζει το ρόλο της στην προστασία τους από τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Η πλειοψηφία των ειδικών σήμερα πιστεύει ότι τα καρδιαγγειακά προβλήματα στις γυναίκες αρχίζουν πολύ πριν την εμμηνόπαυση, αν και σπάνια παρουσιάζονται ανησυχητικά συμπτώματα πριν από αυτή. Το ισχαιμικό επεισόδιο καθυστερεί κατά δέκα τουλάχιστον χρόνια, σε σχέση με τους άνδρες, ενώ το ενδεχόμενο ενός εμφράγματος του μυοκαρδίου παρουσιάζεται στις γυναίκες κατά είκοσι χρόνια αργότερα. Στην περίφημη έρευνα της Μασαχουσέτης των Η.Π.Α., γνωστή ως Framingham Heart Study, το 75% των ανδρών με στηθάγχη οδηγήθηκαν σε έμφραγμα μέσα σ' ένα διάστημα πέντε ετών, ενώ αυτό συνέβη στις γυναίκες ασθενείς δέκα χρόνια αργότερα. Δημιουργήθηκε έτσι ένας "μύθος" ότι οι γυναίκες είναι ανθεκτικές στο στηθαγχικό πόνο, με συνέπεια να μη δίνεται εγκαίρως η ανάλογη ιατρική προσοχή και η κατάλληλη αγωγή, ώστε να αποφευχθεί η εξέλιξη του σε οξύ επεισόδιο²⁷⁷.

Η πλειονότητα δυστυχώς των ερευνών, όσον αφορά στην ιατροφαρμακευτική αντιμετώπιση αλλά και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των καρδιοπαθών, έγινε με κύριο αντικείμενο μελέτης τους άνδρες. Οι ερευνητές κρούουν τώρα τον κώδωνα του κινδύνου, γιατί πιστεύουν ότι αυτός ο "ερευνητικός παραγκωνισμός" των γυναικών εί-

χε μάλλον ως συνέπεια την παροχή λιγότερο καλής ή κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής γι' αυτές^{60, 356, 691}. Τα νεότερα ερευνητικά δεδομένα επισημαίνουν ότι οι γυναίκες με καρδιαγγειακές παθήσεις παρουσιάζουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης και θυμού, άτυπα συμπτώματα πόνου στο στήθος και άλλα προβλήματα υγείας σε μεγαλύτερη συχνότητα και έχουν φτωχότερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή από τους άνδρες, ακόμη κι ένα χρόνο μετά από την εκδήλωση των βιοϊατρικών προβλημάτων^{456, 602}. Σε έρευνα με 6.000 περίπου ασθενείς, πέθανε το 23% των γυναικών που εισήλθαν για πρώτη φορά στο νοσοκομείο με έμφραγμα του μυοκαρδίου, ενώ συνέβη το ίδιο μόνο στο 16% των ανδρών. Η θνησιμότητα των γυναικών που υποβάλλονται σε καρδιοχειρουργική επέμβαση "bypass" είναι διπλάσια από αυτή των ανδρών. Ο κίνδυνος αυτός πιθανώς να οφείλεται στη δυσκολία της επέμβασης στις γυναίκες, οι οποίες (και λόγω της ανατομικής τους κατασκευής) έχουν μικρότερες στεφανιαίες αρτηρίες. Δεν θα πρέπει όμως να παραγνωριστεί και το γεγονός ότι οι γυναίκες χειρουργούνται συνήθως σε μεγαλύτερη ηλικία, ενώ συγχρόνως η κλινική τους κατάσταση είναι πιο επιβαρυνμένη από την αντίστοιχη των ανδρών²⁰⁰.

Όσον αφορά τώρα στις συμπεριφορές τύπου A, οι έρευνες διαπιστώνουν ότι υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ εχθρικότητας και στεφανιαίας νόσου στις γυναίκες, όταν συνυπάρχουν και κάποιοι από τους παράγοντες υψηλού κινδύνου: κάπνισμα, μεγάλη μάζα σώματος (body mass index, που δηλώνει ότι η γυναίκα είναι υπέρβαρη), μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ, αρνητικά ψυχοπνευστικά γεγονότα ζωής και δυσαρέσκεια με τους κοινωνικούς τους ρόλους^{75, 150, 585, 655}. Η έλλειψη υποστήριξης μάλιστα μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον και η δυσαρέσκεια από τους γενικότερους κοινωνικούς τους ρόλους, εντείνουν τα αισθήματα εχθρικότητας των γυναικών και έχουν ως συνέπεια την ανάπτυξη διαφόρων καρδιαγγειακών προβλημάτων^{619, 638, 663}. Οι ειδικοί δεν έχουν συμφωνήσει ακόμη στους ακριβείς τρόπους που τα αισθήματα αυτά αλλάζουν και επηρεάζουν αρνητικά τη φυσιολογία του οργανισμού. Πάντως, διαχρονική μελέτη που εξέτασε τη σχέση μεταξύ εχθρικότητας στις ηλικίες των 21, 27, 43 και 52 ετών και γενικής υγείας των γυναικών αυτών ως μεσήλικες, διαπίστωσε ότι η ύπαρξη αυτού του είδους αισθημάτων συσσωρεύεται με την πάροδο του χρόνου, συνεισφέροντας στη σταδιακή εκδήλωση χρόνιων προβλημάτων υγείας¹.

Γίνεται κατανοητό, από όλα τα παραπάνω ευρήματα, ότι η ηλικία και το φύλο δεν αποκλείουν κάποια άτομα από τον κίνδυνο της στεφανιαίας νόσου. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι οι γυναίκες καπνίστριες απειλούνται με καρδιακή προσβολή δύο έως έξι φορές περισσότερο από τις μη καπνίστριες. Εάν παράλληλα με το κάπνισμα κάνουν χρήση αντισυλληπτικών, ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται κατά 40 φορές! Υψηλότερο τέλος κίνδυνο διατρέχουν οι γυναίκες που είναι παθητικές καπνίστριες, στον εργασιακό ή στον οικογενειακό χώρο. Από μια άλλη πλευρά, αυξάνονται ολοένα οι ενδείξεις αναστροφής της διαδικασίας σχηματισμού αθηρωματώδους πλάκας με τη μείωση των επιπέδων χοληστερίνης (χάρη στη σωστή διατροφή, άσκηση, φαρμακευτική αγωγή κ.λπ.)²⁰⁰.

Κρίνεται λοιπόν επιτακτική η ανάγκη για τη δημιουργία προληπτικών και θεραπευτικών προγραμμάτων, τα οποία θα βοηθήσουν τις γυναίκες να μειώσουν τη χοληστερίνη, να ελέγξουν την υπέρταση, να καταπολεμήσουν την παχυσαρκία και να υιοθετήσουν υγιεινές συνήθειες ζωής. Οι ψυχολογικές τεχνικές που αναφέρθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, για την καλύτερη αντιμετώπιση των ιατρικών προβλημάτων, παραμένουν οι ίδιες, δίνοντας βέβαια ιδιαίτερη έμφαση στην προσωπικότητα και τους άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχολογία της υγείας.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ο καρκίνος κατέχει, στην πλειοψηφία των χωρών του Δυτικού κόσμου, κυρίαρχη θέση ανάμεσα στις αιτίες θανάτου, καθώς έρχεται σε συχνότητα αμέσως μετά από τα ατυχήματα, τα εγκεφαλικά και τις καρδιοπάθειες. Με εξαίρεση ίσως το AIDS, δεν υπάρχει άλλη νόσος που να προκαλεί τόσο το φόβο των ανθρώπων. Κι αυτό, γιατί δεν είναι μόνο η ίδια η νόσος αλλά και η θεραπεία της, που επηρεάζουν κάθε πτυχή της ζωής του ασθενή, ο οποίος παλεύει με διάφορα αρνητικά συναισθήματα και το φόβο μιας υποτροπής, ακόμη και χρόνια μετά την αποθεραπεία του. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, είναι απόλυτα κατανοητοί οι λόγοι που οδήγησαν στην ανάπτυξη τόσο ψυχολογικών τεχνικών για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της νόσου.

Αν και τα τελευταία έτη υπάρχει μια εκτενής βιβλιογραφία για τα οφέλη της ψυχολογικής υποστήριξης των καρκινοπαθών, η "ηλικία" των ψυχολογικών θεωριών γύρω από τον καρκίνο είναι πολύ μικρή και υπάρχουν σοβαρές μεθοδολογικές αδυναμίες σε πολλές σχετικές έρευνες. Όσο για την αποτελεσματικότητα μιας θεραπείας, η κλασική ερώτηση είναι: «Ποια ακριβώς θεραπεία, από ποιον και κάτω από ποιες συνθήκες είναι αυτή αποτελεσματική, για ένα συγκεκριμένο άτομο με κάποιο ειδικό πρόβλημα;» Αυτή ακριβώς η ερώτηση είναι ακόμη πιο δύσκολο ν' απαντηθεί για τους καρκινοπαθείς, γιατί ο καρκίνος δεν είναι ακριβώς μία ασθένεια, αλλά πολλές και ξεχωριστές, η καθεμία με πολλαπλές αιτιολογίες και ανόμοια θεραπευτικά αποτελέσματα.

Η πολυπλοκότητα των διαφόρων μορφών καρκίνου δεν επιτρέπει την ομαδοποίηση των ασθενών κάτω από μια κοινή διάγνωση, χωρίς συγχρόνως να λαμβάνονται υπόψη πλευρές του που αυξάνουν τον κίνδυνο νοσηρότητας και ψυχολογικών προβλημάτων. Γι' αυτό και οι νεότερες έρευνες προσέχουν τη συσχέτιση του "μεγέθους" της νόσου/θεραπείας (π.χ. εξάπλωση του καρκίνου/μεγάλες δόσεις χημειοθεραπείας) και των ψυχολογικών αντιδράσεων/συμπεριφορών σ' όλα τα στάδια μιας συγκεκριμένης μορφής καρκίνου. Ακόμη όμως και αυτή η πιο προσεγμένη και σύνθετη προσέγγιση δεν μπορεί να περιλά-

βει στις έρευνες την πληθώρα των παραγόντων που επιδρούν, όπως τις διαφορετικές ιατροφαρμακευτικές θεραπείες που χρησιμοποιήθηκαν και το αν ήταν οι πιο κατάλληλες για το συγκεκριμένο ασθενή, την όλη εμπειρία του θεραπευτή με τις περιπτώσεις που ανέλαβε και τέλος τις ατομικές και κοινωνικές δημογραφικές διαφορές μεταξύ των ασθενών.

Για να γίνει πιο κατανοητή η προσέγγιση αυτή παραθέτουμε ένα μικρό δείγμα ειδικών χαρακτηριστικών καρκίνου και παραγόντων υψηλού κινδύνου. Ερευνητές¹⁰³ που μελέτησαν την ψυχική ένταση των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονος, διαπίστωσαν ότι η συνολική εκτίμηση ("το άθροισμα") της έκτασης της νόσου και της φυσικής αναπηρίας που προκαλείται από τη θεραπεία, είναι ο καλύτερος δείκτης πρόβλεψης για το μέγεθος των συναισθηματικών διαταραχών του ασθενή. Η ικανοποίηση τώρα από τη βιοσωματική του κατάσταση⁵⁸¹ και την ποιότητα της ζωής του σχετίζονται άμεσα με την έκταση της θεραπείας¹⁴⁷, στην περίπτωση π.χ. καρκίνου του μαστού. Σε ασθενείς, τέλος, που το μελάνωμά τους αντιμετωπίστηκε χειρουργικά, υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο μέγεθος των ψυχολογικών τους προβλημάτων και το βάθος της τομής στις τοπικές πληγές¹⁰⁰.

Για την ψυχολογική προσαρμογή των ασθενών που πάσχουν από τις παραπάνω μορφές καρκίνου, προσφέρεται συνήθως η βοήθεια ψυχολόγου, κοινωνικού λειτουργού και ψυχιατρικού νοσηλευτή. Οι ψυχολογικές τους παρεμβάσεις περιλαμβάνουν: α) εκπαίδευση του ασθενή (οδηγίες για τη λειτουργία του συστήματος υγείας, ενημέρωση γύρω από τη νόσο και τη θεραπεία της, έλεγχος των παρενεργειών της μέσα από ύπνωση, ασκήσεις χαλάρωσης και άλλες τεχνικές για μείωση του στρες), β) συμβουλευτική (ελεύθερη έκφραση των συναισθημάτων και ψυχολογική υποστήριξη του πάσχοντος, επίλυση ψυχολογικών και άλλων προβλημάτων του) και γ) περιβαλλοντικές αλλαγές (σύσταση για περαιτέρω θεραπεία ή επιπλέον παροχή υπηρεσιών από επαγγελματίες υγείας).

Η ψυχολογική κατάσταση αυτών των ασθενών, εξετάστηκε πριν και μετά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, καθώς και 3-6 μήνες μετά τη θεραπεία τους, από ειδικούς οι οποίοι τους κατέταξαν ανάλογα σε ομάδες υψηλού, μετρίου και χαμηλού κινδύνου. Για την κατάταξη αυτή μελετήθηκαν ακόμη διάφοροι τομείς της ζωής των ασθενών, όπως η

φυσική τους κατάσταση και η δυσφορία για τις αλλαγές στο σώμα τους, η κινητικότητα τους, η ανάληψη των επαγγελματικών και μη δραστηριοτήτων, η οικονομική τους κατάσταση, το ποσοστό ανησυχίας για τον εαυτό τους και την οικογένειά τους κ.λπ. Το βασικότερο ερευνητικό συμπέρασμα είναι ότι ο ρόλος των παραγόντων νόσου/θεραπείας είναι ο πιο καθοριστικός στα αποτελέσματα της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής του ασθενή και καμιά ψυχολογική θεωρία ή παρέμβαση, όσο βοηθητική κι αν είναι, δεν μπορεί να υπερβεί το όριο αυτό.

Κατά μέσο όρο, οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονος υποβλήθηκαν σε είκοσι ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες, οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού σε δεκατρείς, ενώ οι πάσχοντες από μελάνωμα σε οκτώ συνεδρίες. Εάν συγκρίνουμε τη βελτίωση της ψυχικής κατάστασης των καρκινοπαθών με ψυχολογική υποστήριξη (ομάδα μελέτης) και χωρίς αυτήν (ομάδα ελέγχου), καταλήγουμε ότι η ψυχοκοινωνική παρέμβαση ήταν πιο αναγκαία στους βαρέως πάσχοντες (καρκίνος πνεύμονος, μαστού) από τους ασθενείς π.χ. με μελάνωμα, όπου δεν σημειώθηκε αλλαγή. Η ψυχοθεραπεία συνέβαλε στο να αναλάβουν πολύ γρηγορότερα (μέσα σε διάστημα τριών μηνών) από την ομάδα ελέγχου τις καθημερινές τους δραστηριότητες, ακόμη και έξω από το σπίτι (π.χ. ψώνια) και επέστρεψαν την επιστροφή στην εργασία τους. Πρώτοι ωστόσο στην επαναπροσαρμογή της ζωής τους ήταν οι ασθενείς με μελάνωμα, των οποίων η ψυχική και οργανική κατάσταση ακολούθησε μια γρήγορη και σταθερή πορεία βελτίωσης, έπονταν αυτοί με καρκίνο του μαστού και τελευταίοι ήταν όσοι προσβλήθηκαν από καρκίνο του πνεύματος²⁴⁶.

Σε διαχρονικές μελέτες διαπιστώνεται ότι σε ομάδες χαμηλού κινδύνου, όταν δηλαδή ο καρκίνος είναι περιορισμένος και έχει τεθεί εγκαίρως υπό έλεγχο, η ανάρρωση του ασθενή προχωρεί χωρίς προβλήματα, το δε στρες της διάγνωσης και η μετέπειτα ψυχική ένταση της θεραπείας εξαφανίζονται μέσα σε ένα χρόνο. Η μεγαλύτερη μάλιστα βελτίωση παρατηρείται κατά τους πρώτους τρεις με τέσσερις μήνες μετά τη θεραπεία. Οι έρευνες αυτές έγιναν κυρίως πάνω σε γυναικείο πληθυσμό σε Ευρώπη και Η.Π.Α., όπου συνέκριναν την προσαρμογή ασθενών με καρκίνο του μαστού σε πρώτο στάδιο και γυναικολογικό καρκίνο σε πρώτο και δεύτερο στάδιο, με αυτή των ασθενών που είχαν κακοήγη καρκίνο, καθώς και με τις ψυχολογικές αντιδρά-

σεις υγιών ατόμων^{10, 58, 90, 147, 666}. Στην ομάδα χαμηλού κινδύνου, ακόμη και οι ασθενείς που δεν είχαν τη συμπαράσταση ενός ψυχολόγου, ανέκτησαν την ψυχική τους ισορροπία σε σύντομο χρονικό διάστημα. Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις βοήθησαν κυρίως τις ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο να ξεπεράσουν γρηγορότερα το άγχος και τους φόβους τους για τη σεξουαλική τους ζωή^{130, 281, 297}.

Σε ομάδες μετρίου κινδύνου νοσηρότητας, όπως ασθενείς με νόσο του Hodgkin ή με μη-Hodgkin λέμφωμα και γενικά σε καρκινοπαθείς που υποβάλλονται σε επικουρική χημειοθεραπεία, υπάρχει μεγαλύτερη ψυχική ένταση και δυσφορία, από εκείνους που υποβάλλονται σε βραχεία θεραπευτική αγωγή όπως εξωτερική ακτινοβολία^{93, 104, 156, 300, 438, 482}. Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις (από την ατομική ως την ομαδική ψυχοθεραπεία) βοηθούν στη μείωση των παρενεργειών της χημειοθεραπείας, του πόνου και των αρνητικών συναισθημάτων, αλλά γενικά υπάρχουν διαφορές στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή αυτών των ασθενών, αναλόγα με το είδος του καρκίνου από το οποίο πάσχουν^{86, 204, 305, 439, 649}.

Τέλος, ασθενείς που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου (π.χ. με καρκίνο στο ήπαρ ή το πάγκρεας, με μεταστατική εξάπλωση του καρκίνου του πνεύμονος) και παρουσιάζουν ραγδαία εξέλιξη της νόσου τους, με μικρά περιθώρια επιβίωσης, είναι φυσικό να αντιμετωπίζουν τον υψηλότερο βαθμό άγχους και άλλων ψυχολογικών προβλημάτων, τα οποία επιδεινώνονται με τους αφόρητους πόνους που βιώνουν και την όλη κατάρρευση του οργανισμού⁶⁵². Οι ψυχολογικές λοιπόν παρεμβάσεις στην περίπτωση αυτή αποσκοπούν στην ανακούφιση των συμπτωμάτων πόνου, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής (ικανοποίηση από την όλη αξιολόγηση της ζωής του, εξοικείωση του ασθενή και της οικογένειάς του με τις επιπλοκές της νόσου, προσαρμογή στο νοσοκομείο, βελτίωση των σχέσεων με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, σύσφιξη των οικογενειακών σχέσεων, διευκόλυνση στη λήψη αποφάσεων για το αν θα σταματήσει τη θεραπεία του ή αν θα αρχίσει μια νέα τοξική θεραπεία κλπ) και την προετοιμασία για το θάνατο^{191, 649}.

Σε πιο ειδικά τώρα θέματα θεραπείας και συγκεκριμένα στις αντιδράσεις των γυναικών με καρκίνο του μαστού κατά τη χημειοθεραπεία, διαπιστώνεται ότι το άγχος και η κατάθλιψη που βιώνουν επιδρούν αρνητικά στην ομαλή συνέχιση της ζωής τους και περιπλέκουν

την ιατρική τους αγωγή, οδηγώντας μάλιστα πολλές ασθενείς στην πρόωρη διακοπή της θεραπείας τους^{225, 300, 404, 481}. Έτσι ο βαθμός άγχους των ασθενών πριν από τη **χημειοθεραπεία** καθορίζει αφενός την ποιότητα της ζωής τους και αφετέρου την τήρηση των ιατροφαρμακευτικών εντολών, μετά δε από αυτήν είναι καθοριστικός για την ένταση με την οποία θα βιώνουν τις δυσάρεστες παρενέργειές της^{355, 425, 505}.

Από κλινικής πλευράς, οι ψυχολόγοι εξετάζουν τους τρόπους με τους οποίους αναπτύσσεται το άγχος αυτό. Υπάρχει περίπτωση να είναι ήδη ένα μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας των ασθενών, οπότε απλώς εντείνεται κάτω από την απειλητική κατάσταση της θεραπείας. Υπάρχει όμως και το ενδεχόμενο, το άγχος να εμφανίζεται κάτω από το βάρος των αρνητικών τους προβλέψεων για τις συνέπειες της χημειοθεραπείας (**anticipatory anxiety**). Γι' αυτό είναι έντονο πριν από την πρώτη χορήγηση, ενώ επιδεινώνεται από τις πολλές παρενέργειες που ακολουθούν μετά από αυτή. Κατά την εξέλιξη της θεραπείας, το άγχος των γυναικών συσσωρεύεται εξαιτίας των αρνητικών εμπειριών που ήδη είχαν, με αποτέλεσμα να δημιουργείται μια εξαρτημένη αντίδραση άγχους (**conditioned anxiety response**)^{494, 495, 576}. Ακόμη και οι ασθενείς που βιώνουν άγχος μόνο μετά την πρώτη τους χημειοθεραπεία (μη εξαρτημένη αντίδραση), ανέπτυξαν στη συνέχεια αυτό το άγχος και πριν από τη χορήγηση της μετέπειτα θεραπείας (εξαρτημένη αντίδραση), όταν δηλαδή επανεκτέθηκαν σε ερεθίσματα (εξαρτημένα) που είχαν συνδυαστεί με τη χορήγηση χημειοθεραπείας (μη εξαρτημένο ερέθισμα)³⁰⁹.

Σύμφωνα με τα παραπάνω επιβάλλεται να προηγηθεί όχι μόνο η πλήρης ενημέρωση των καρκινοπαθών γύρω από την ιατρική τους αντιμετώπιση, αλλά και μια σύντομη ψυχοθεραπεία, που θα εντοπίσει τους ασθενείς με ιδιαίτερο άγχος, ώστε να τους δοθεί μεγαλύτερης διάρκειας ψυχολογική υποστήριξη και εκπαίδευση για τη μείωση και την αντιμετώπιση του άγχους τους^{432, 496, 547}.

Το κοινό συμπέρασμα των ειδικών υγείας είναι ότι η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών υψηλού κινδύνου είναι απολύτως αναγκαία γιατί, ενώ οι άρρωστοι που ανήκουν στις ομάδες μετρίου ή χαμηλού κινδύνου μπορούν να αντιμετωπίσουν και μόνοι τους τα ψυχολογικά τους προβλήματα, σχεδόν όλοι όσοι ανήκουν στην ομάδα υψηλού κιν-

δύνου νοσηρότητας χειροτερεύουν, όταν λείπει η ψυχοθεραπευτική βοήθεια. Κι αυτό είναι φυσικό αφού οι τελευταίοι βρίσκονται αντιμέτωποι όχι μόνο με τις υπαρξιακές τους αγωνίες αλλά και με τους χειρότερους φόβους τους: αφόρητους πόνους, δυσάρεστα σωματικά συμπτώματα, πλήρη εξάρτηση από τρίτους λόγω της οργανικής τους εξασθένησης και αδυναμίας. Αλλά ακόμη κι όταν σβήνουν και οι τελευταίες ικανότητες του ασθενή για έλεγχο των συμπτωμάτων του, ο ψυχολόγος και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να νιώθουν άνετα δίπλα στο κρεβάτι του ετοιμοθάνατου, ώστε να του προσφέρουν με γνησιότητα και διάκριση την ανθρώπινη ζεστασιά και την ηθική συμπαράσταση που χρειάζεται.

Τελειώνοντας, θά θέλαμε να κάνουμε μια σύντομη αναφορά κυρίως στις θεωρίες του Eysenck¹⁸⁸, ο οποίος θεωρεί ότι ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, όπως κατάθλιψη, απόγνωση, αίσθηση ότι είναι αβοήθητο και απόθηση των συναισθημάτων του κάτω από συνθήκες στρες, το κάνουν πιο ευάλωτο στον καρκίνο. Η θεωρία αυτή φόρτισε δυστυχώς πολλούς καρκινοπαθείς με ενοχές ότι προκάλεσαν οι ίδιοι τη νόσο τους, δίχως να έχει επιβεβαιωθεί κάτι τέτοιο από τις έρευνες^{189, 224, 572}. Η προσωπικότητα όμως φαίνεται ότι παίζει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη του καρκίνου, όταν άνδρες και γυναίκες υιοθετούν συμπεριφορές για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή του. Για παράδειγμα, οι γυναίκες που κάνουν συχνά μαστογραφία είναι συνήθως εξωστρεφή και ευσυνειδητά άτομα, με αυτοπειθαρχία και αίσθηση καθήκοντος, με διεκδικητικότητα και ικανότητες στην επίτευξη των στόχων τους, χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης, αλλά υψηλό άγχος για την υγεία τους^{62, 121, 605}.

Οι προσπάθειες λοιπόν των ειδικών στρέφονται στην καταπολέμηση των "παθογόνων" παραγόντων της προσωπικότητας, ώστε το ήδη πάσχον άτομο να μην καταβληθεί από τη νόσο. Έχει διαπιστωθεί ότι οι καρκινοπαθείς με τη μικρότερη επιβίωση ήταν άτομα που κατέπνιγαν τ' αρνητικά τους συναισθήματα· ως νοσοκομειακοί ασθενείς ήταν υπερβολικά ευγενείς, απολογητικοί προς τους νοσηλευτές και φοβερά ήσυχοι και όταν επέστρεφαν στο σπίτι τους, θεωρούσαν ότι δεν χρειάζονταν μεγάλες αλλαγές στη ζωή τους για την αντιμετώπιση της κατάστασής τους. Γενικά, τα άτομα που απέφευγαν τις σκέψεις ή ό,τι άλλο τους θύμιζε τη νόσο τους (π.χ "δεν μιλώ ούτε σκέφτομαι την αρ-

ρώστια μου”, “προσπαθώ να τη βγάλω από τη σκέψη μου”, “μόνο κατά λάθος μου έρχεται στο μυαλό”) είχαν τη χειρότερη πρόγνωση ένα χρόνο μετά τη διάγνωσή της^{12, 155, 183, 410}. Τέτοιου είδους άρνηση και αποφυγή δεν προφυλάσσουν συνήθως τον ασθενή, ίσως μάλιστα και να τον εκθέτουν αφενός σε μεγάλη ψυχική ένταση και αφετέρου σε μη συμμόρφωση προς τις ιατροφαρμακευτικές θεραπείες, οπότε επιβαρύνεται ακόμη περισσότερο η υγεία του. Τροποποιώντας λοιπόν την παθητική συμπεριφορά του ασθενή: από την αποστασιοποίησή του -μέσα από την άρνηση- στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της πραγματικότητας -μέσα από επίλυση των προβλημάτων του-, ο ψυχολόγος τον βοηθά να υιοθετήσει μια πιο αισιόδοξη στάση ζωής, η οποία επιτρέπει την ανάληψη της ευθύνης της υγείας του και την αποδοχή της έκβασής της κάτω από ένα πιο θετικό πρίσμα.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS

Από το 1981, που έγινε η αρχική διάγνωση του συνδρόμου της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) σε μια μικρή σχετικά ομάδα ασθενών, μέχρι σήμερα, η ψυχολογία έχει τοποθετήσει ως κύριο μέλημα των σχετικών ερευνών της τη μείωση των παραγόντων κινδύνου και την αλλαγή της στάσης και της συμπεριφοράς των ανθρώπων, ώστε να προφυλαχτούν από αυτούς. Δυστυχώς όμως η λοίμωξη από τον ιό HIV (Human Immunodeficiency Virus) έχει λάβει επιδημικές διαστάσεις, αν και πολλοί ερευνητές φοβούνται ότι μέχρι στιγμής έχουν εκδηλωθεί μόνο τα πρώτα στάδια αυτής της επιδημίας³⁵. Στις αρχές της δεκαετίας του '90 είχε υπολογιστεί ότι υπήρχαν περίπου τρία εκατομμύρια άτομα, σ' όλο τον κόσμο, που είχαν διαγνωστεί με AIDS και δεκατρία εκατομμύρια που ήταν φορείς του ιού HIV⁴⁴⁰. Στις Η.Π.Α. το AIDS είναι η δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου για τους άνδρες 24 με 45 ετών και η έκτη για τις γυναίκες της ίδιας ηλικίας⁴⁹³, ενώ σε αναπτυσσόμενες χώρες της Ασίας και της Αφρικής ξεπερνά το 25% των ανδρών, γυναικών και βρεφών⁵⁴². Δυστυχώς ο αριθμός των γυναικών με διάγνωση AIDS διπλασιάζεται κάθε δύο χρόνια, ενώ ακόμη δεν έχουν εντοπιστεί όλοι οι παράγοντες που συμβάλλουν στη ραγδαία αυτή εξάπλωση. Πάντως η πλειοψηφία αυτών των γυναικών ανήκει σε χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα (π.χ. στις Η.Π.Α. το 57% είναι Άφρο και Λατινο-Αμερικανίδες) και έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV, κυρίως μέσω της χρήσης ουσιών εθισμού και των σεξουαλικών τους σχέσεων^{302, 344, 458}.

Η πλειονότητα των ερευνών της δεκαετίας του '80, στην Ευρώπη και τις Η.Π.Α., διαμόρφωσε προγράμματα πρόληψης που αφορούσαν τον πληθυσμό των ομοφυλοφίλων και των χρηστών ουσιών εθισμού, ώστε να ενθαρρύνει τις απαραίτητες προφυλάξεις στη σεξουαλική τους ζωή, τον μικροβιολογικό έλεγχο για αντισώματα HIV και τη μείωση διαφόρων παραγόντων κινδύνου: π.χ. μεταχειρισμένες σύριγγες, χρήση ουσιών εθισμού πριν τη σεξουαλική επαφή, υποτίμηση των πα-

ραγόντων κινδύνου. Το τελευταίο αντιπροσωπεύει κυρίως λανθασμένες αντιλήψεις για την προφύλαξη της υγείας, οι οποίες εκφράζονται με "ύπουλους" τρόπους π.χ. "όλες αυτές οι προφυλάξεις δεν χρειάζονται στις σχέσεις με τους συνομηλικούς μου που είναι νέα παιδιά", "θα με θεωρήσουν ψυχαναγκαστικό, αν πάρω τόσα μέτρα προφύλαξης", "το AIDS είναι απλώς κακή τύχη-τόχει η μοίρα σου", "τόσες και τόσες φορές δεν πήρα προφυλάξεις και επέζησα, τώρα θα μου τύχει κάτι κακό;", "αυτά συμβαίνουν μόνο σε όσους φοβούνται ότι θα μολυνθούν από κάποιο ιό" κλπ.

Δυστυχώς, οι άνθρωποι είτε υπερβάλλουν στις προφυλάξεις τους για το AIDS (αποφεύγοντας λ.χ. κάθε μορφή επαφής, γιατί πιστεύουν ότι "θα το κολλήσουν" ακόμη και από μια χειραψία), είτε τις αγνοούν ή τις παραμελούν και επιδίδονται σε πραγματικά ριψοκίνδυνες συμπεριφορές⁴⁵. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι "**η μαγική μόλυνση**", δηλαδή η αντίληψη (ένα είδος "μαγικής σκέψης") που έχουν οι άνθρωποι ότι είναι ασφαλείς στην επαφή τους με ορισμένους ανθρώπους (π.χ. της ίδιας ηλικίας ή κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης), ενώ συνδέουν το AIDS με ανθρώπους που αντιπαθούν, περιφρονούν ή βρίσκονται γενικά έξω από τον κύκλο των καθημερινών τους συναναστροφών^{503, 504}. Αυτή η αμυντική στάση, κατά την οποία αρνούμαστε ν' αναλάβουμε μια σοβαρή και προληπτική αντιμετώπιση του θέματος, συμβαίνει κυρίως όταν διαλέγουμε λάθος ομάδες σύγκρισης (π.χ. ο μαθητής ενός Λυκείου θεωρεί ότι δεν κινδυνεύει γιατί δεν συχνάζει σε μπαρ ομοφυλοφίλων), ή όταν υπερτιμούμε την αποτελεσματικότητα των προληπτικών συμπεριφορών που ακολουθούμε, ενώ συγχρόνως υποτιμούμε το ποσοστό των ανθρώπων που δεν υιοθετούν μεθόδους πρόληψης⁶⁸⁵.

Οι ερευνητές σήμερα προβληματίζονται αφενός για την εξάπλωση του ιού στις γυναίκες και γενικά στον πληθυσμό των ανθρώπων με ετεροφυλικές σχέσεις και αφετέρου για την τάση που παρατηρείται ευρέως σε ορισμένες ομάδες υψηλού κινδύνου, να διαφοροποιούν αρχικά τη συμπεριφορά τους (προφανώς λόγω φόβου και κατάλληλης εκπαίδευσης), αλλά σταδιακά να "ξανακυλούν" σε επικίνδυνες συμπεριφορές^{180, 336}. Συνέπεια στη **διαφοροποίηση της συμπεριφοράς** παρατηρείται συνήθως στους λευκούς ομοφυλόφιλους, μέσης ηλικίας, οι οποίοι ζουν σε μεγάλα αστικά κέντρα και έχουν καλύτερη μόρ-

φωση και κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, ενώ παραμένουν οι ριψοκίνδυνες συμπεριφορές σε αυτούς που ζουν περιθωριοποιημένοι ή σε μικρές κοινότητες, στους εφήβους και τα νεαρά άτομα, καθώς και σε μειονότητες που δεν ταυτίζουν τη φυλή τους (π.χ. Λατίνοι) με gay^{101, 337, 338}. Όσον αφορά τό γυναικείο πληθυσμό, οι ριψοκίνδυνες συμπεριφορές συναντώνται συχνότερα στις γυναίκες που κάνουν χρήση ναρκωτικών (ιδίως της χημικής ουσίας crack), είναι άστεγες ή ζουν στα όρια της φτώχειας, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, μικρό ή ανύπαρκτο δίκτυο υποστήριξης και αρκετές ψυχικές διαταραχές^{492, 509, 703}.

Οι ψυχολογικές προληπτικές παρεμβάσεις μπορούν να γίνουν με διδασκαλία, δραματουργία, μίμηση προτύπων, πρακτική εξάσκηση των παραπάνω ικανοτήτων επικοινωνίας και εκπαίδευση γύρω από τη φροντίδα της υγείας (self-management). Οι γνωσιακές-συμπεριφορικές τεχνικές και προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται για μείωση των παραγόντων υψηλού κινδύνου, εστιάζονται κυρίως στην καλλιέργεια ικανοτήτων για επίλυση προβλημάτων επικοινωνίας (π.χ. να διεκδικεί κανείς ασφαλή μέτρα πρόληψης στη σεξουαλική του ζωή, να αντιστέκεται στις πιέσεις για συμμετοχή σε ριψοκίνδυνες συμπεριφορές), για πρόβλεψη κινδύνων (π.χ. να αποφεύγει εγκαίρως κάποιες καταστάσεις ή να βρίσκει εναλλακτικούς τρόπους για την αντιμετώπιση επικίνδυνων περιστάσεων) και για ενίσχυση των θετικών αλλαγών συμπεριφοράς (π.χ. εγκράτεια, μονογαμικές σχέσεις, χρήση προφυλακτικού κ.λπ.)^{45, 115, 157, 335, 339, 630}. Όταν μάλιστα οι ειδικοί απευθύνονται μέσω της συμβουλευτικής σε εφήβους, δεν αρκεί η ενίσχυση των γνώσεών τους ή η αλλαγή της στάσης τους για την πρόληψη της εξάπλωσης της νόσου, αλλά η αποτελεσματική τόνωση της διάθεσης για υγιεινή ζωή και έλεγχο της υγείας τους, καθώς και η ευαισθητοποίησή τους στη χρήση των υπηρεσιών υγείας^{114, 444}. Για την ώρα, άλλωστε, η αλλαγή στη συμπεριφορά μας είναι το καλύτερο όπλο προστασίας της υγείας μας από τον ιό.

Το δεύτερο σκέλος των ψυχολογικών ερευνών είναι η μελέτη της ψυχικής υγείας των ατόμων που έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV ή νοσούν από AIDS. Οι έρευνες που διεξήχθησαν πριν το 1988 ανέφεραν μεγαλύτερα ποσοστά άγχους, στρες και απόγνωσης αυτών των ατόμων, γεγονός που σταδιακά αλλάζει, καθώς βελτιώνεται η ιατρική και ψυχολογική αντιμετώπισή τους. Η μικροβιολογική πάντως ανί-

χνευση του ιού συνοδεύεται άμεσα από αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία, η οποία επιβαρύνεται με συναισθήματα άγχους, θυμού και κατάθλιψης, σωματικές ενοχλήσεις, ιδέες και τάσεις αυτοκτονίας, καθώς το άτομο βασανίζεται από φόβους για την πορεία της νόσου, και για την κοινωνική του απομόνωση^{310 448, 514}. Ορισμένοι πάντως ερευνητές⁵²⁹ πιστεύουν ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας συναντώνται σε άτομα που ήταν αγχώδη και πριν την εκδήλωση της νόσου. Οι σκέψεις για τέτοιες απόπειρες συνήθως υποχωρούν στα άτομα που ζουν με τη νόσο τουλάχιστον για τρία χρόνια, δίνοντας τη θέση τους στην ελπίδα⁵⁴⁵.

Αν και οι παραπάνω ψυχολογικές αντιδράσεις συνοδεύουν και άλλα χρόνια νοσήματα, υπάρχουν κάποιες ιδιαίτερες σκέψεις που βασανίζουν τους ασθενείς με AIDS. Το άγχος που βιώνουν δεν είναι μόνο για την εξέλιξη της νόσου, αλλά για τη μετάδοσή της στο σύντροφό τους. Ο θυμός τους δεν στρέφεται προς το Θεό ή την κακή τους μοίρα, αλλά προς κάποια άτομα που "υποψιάζονται" ότι ευθύνονται για την κατάστασή τους, ή προς το σύστημα υγείας που δεν τους χορηγεί τα ακριβά φάρμακα τα οποία απαιτούνται για τη θεραπεία τους. Ο θυμός τους μπορεί να εκδηλωθεί μέσα από αρνητικές απόπειρες προσαρμογής (υπερβολική χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών) ή και εκδικητικές συμπεριφορές (ανεύθινη σεξουαλική ζωή). Οι ψυχολογικές όμως αντιδράσεις επηρεάζονται και από την υποκειμενική αντίληψη για τη νόσο, όπως φαίνεται και από τη σύγκριση αιμοφιλικών και ομοφυλοφίλων ασθενών με AIDS. Οι πρώτοι (και η οικογένειά τους) βίωναν πολύ λιγότερο άγχος, γιατί θεωρούσαν τους εαυτούς τους "τυχαία θύματα" καταστάσεων (μεταγγίσεων αίματος), οι οποίες δεν μπορούσαν να τεθούν κάτω από το δικό τους έλεγχο για να λάβουν μέτρα ασφαλείας. Αυτό ήταν θετικό στο ν' αναπτύξουν οι αιμοφιλικοί καλύτερους τρόπους αντιμετώπισης του στρες από το AIDS. Οι ομοφυλόφιλοι όμως ασθενείς βασανίζονταν από αυτομομφές για τον τρόπο της ζωής τους και είχαν περισσότερο άγχος και λιγότερο καλή προσαρμογή στη νόσο τους⁷⁰.

Βέβαια η ψυχολογική κατάσταση του φορέα HIV ή του ασθενή με AIDS επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες: την παρουσία ή απουσία κλινικών συμπτωμάτων, την ύπαρξη ή έλλειψη ενός κοινωνικού δικτύου υποστήριξης, την παροχή ή μη ιατρικής και ψυχολογικής περί-

θαλψης, την ελπίδα ή την απαισιοδοξία για την αποτελεσματικότητα της ιατροφαρμακευτικής αγωγής. Η ψυχολογική όμως διάθεση του ασθενή, θετική ή αρνητική, μπορεί εύκολα να διαφοροποιηθεί από την εξέλιξη της νόσου, την επιτυχή αντιμετώπιση των δευτερογενών λοιμώξεων και την επανατροφοδότηση που έχει από τον ιατρό του για τη λειτουργία του ανοσολογικού του συστήματος. Οι νεότερες πάντως έρευνες^{548, 647} διαπιστώνουν ότι οι ασθενείς με AIDS, οι οποίοι είχαν μια ρεαλιστική εικόνα των πιθανοτήτων επιβίωσής τους, πέθαναν κατά μέσο όρο εννέα μήνες νωρίτερα από αυτούς που είχαν τη θετική ψευδαίσθηση ότι θα νικήσουν τη νόσο. Το εύρημα αυτό μπορεί να εξηγηθεί μόνο ως ένα "γνωστικό φαινόμενο", το οποίο συνεισφέρει στη δημιουργία θετικών προσδοκιών για τη νόσο, επηρεάζοντας προφανώς και το ανοσολογικό σύστημα των ασθενών. Η αλληλεξάρτηση όμως των βιοχημικών παραγόντων με τους γνωστικούς, συναισθηματικούς και συμπεριφορικούς, χρειάζεται περαιτέρω έρευνα.

Οι παρεμβάσεις για την ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη του ασθενή απαιτούν μια ισορροπία ανάμεσα στην αισιοδοξία που του προσφέρουν οι ειδικοί για να ζήσει μια ενεργητική, παραγωγική ζωή στο χρονικό διάστημα που του απομένει και στην ενθάρρυνση να απαντήσει τα υπαρξιακά του ερωτήματα, αντιμετωπίζοντας την προοπτική του θανάτου. Η αισιοδοξία που του εμπνέει ο ψυχολόγος στα αρχικά στάδια της νόσου, προκειμένου να συνεχίσει δημιουργικά τη ζωή του, περιορίζεται σιγά σιγά σ' έναν πιο υποστηρικτικό ρόλο, ώστε να υπομείνει με πίστη και ελπίδα το τέλος του.

Πέρα όμως από τις ψυχολογικές παρεμβάσεις (ατομικής ή ομαδικής μορφής), απαιτείται η νοσηλεία αυτών των ασθενών στο νοσοκομείο ή σε ξενώνες για ομοιοπαθούντες και η βοήθεια των νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών, κληρικών, άλλων ειδικών και εθελοντών, οι οποίοι τους διευκολύνουν στην αυτοεξυπηρέτηση, την ψυχαγωγία, τη μετακίνησή τους και γενικά στην ηθική και ψυχολογική τους συμπαράσταση.

Η κρίση στον τομέα της υγείας, που προκάλεσε το AIDS, θα πρέπει να κινητοποιήσει τους επιστήμονες, οι οποίοι καλούνται, υπερνικώντας τους προβληματισμούς τους (ηθικούς, θρησκευτικούς, πολιτιστικούς) να καταβάλλουν πιο εντατικές προσπάθειες για την έρευνα και τη θεραπεία της νόσου, τη μελέτη των ψυχοκοινωνικών παραμέ-

τρων που μπορούν να απομονώσουν τους παράγοντες υψηλού κινδύνου και την κατάσταση στρατηγικών για ευρύτερη αλλαγή συμπεριφοράς. Τέτοια μπορεί να είναι η ενημέρωση των πολιτών από τα μέσα μαζικής ενημερώσεως, τα προγράμματα πρόληψης μέσα σε διάφορους χώρους της κοινότητας, πόστερ και ενημερωτικά φυλλάδια, που θα απευθύνονται με τον κατάλληλο τρόπο στις διαφορετικές ηλικίες και ομάδες πληθυσμού, επαφή και συναναστροφή με ανθρώπους που είναι φορείς ή νοσούν κ.λπ., έχοντας πάντα φυσικά, τα προγράμματα αυτά, την οικονομική και ηθική συμπαράσταση της πολιτείας.

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Τα ψυχολογικά προβλήματα του ασθενή που νοσηλεύεται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.)* εμφανίζονται συνήθως μετά από την ανακούφιση των άμεσων ιατρικών προβλημάτων του. Από τη στιγμή δηλαδή που αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι βρίσκεται σε μια κρίσιμη κατάσταση και σε ένα άγνωστο και απειλητικό περιβάλλον με πολλές ιδιαιτερότητες.

Τα ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζουν συνήθως οι ασθενείς της Μ.Ε.Θ. και τα οποία επηρεάζουν τη συμπεριφορά, τα συναισθήματα και τη σκέψη τους, μπορεί να προέρχονται από διάφορες αιτίες, οι οποίες συνοψίζονται σε 4 κυρίως κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα προβλήματα που προκαλούνται από τις "ειδικές συνθήκες" ζωής και νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ., ή από την ίδια τη νόσο: π.χ. έντονη κατάθλιψη μετά από οξύ έμφραγμα. Η δεύτερη κατηγορία αναφέρεται στα προβλήματα τα οποία σχετίζονται με τη στάση που αποδίδει ο ασθενής στην πάθησή του: π.χ. θεωρεί το έμφραγμα του μυοκαρδίου ως προμήνυμα θανάτου, είτε γιατί είχε ανάλογα οικογενειακά βιώματα, είτε από προσληφθείσες πληροφορίες. Στην τρίτη κατηγορία ανήκουν τα προβλήματα που σχετίζονται με τα ψυχολογικά ή άλλα προβλήματα (π.χ. εξάρτηση από ουσίες εθισμού, οικογενειακά προβλήματα κ.λπ.) που αντιμετώπισε ο ασθενής πριν από την εισαγωγή του στη Μ.Ε.Θ. και γι' αυτό χρειάζεται να υπάρχει το πλήρες ιατρικό και κοινωνικό του ιστορικό. Στην τέταρτη κατηγορία τέλος, αναφέρονται τα προβλήματα που προέρχονται από τις σχέσεις του ασθενή με τους συγγενείς του. Συνήθως η ασθένεια ενός μέλους της οικογένειας δυναμώνει τους δεσμούς μεταξύ των μελών της, υπάρχει όμως περίπτωση τα αρνητικά συναισθήματα που δημιουργούνται να είναι ολέθρια για τις σχέσεις αυτές. Η έλλειψη της οικογενειακής ή συγγενικής συμπαράστασης είναι αρνητική για την εξέλιξη της υγείας του α-

*Μέρος αυτού του κειμένου έχει γραφτεί σε συνεργασία με το νοσηλευτή Γιώργο Γεωργιάδη, ο οποίος και το ανακοίνωσε στο 18ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Απρίλιος 1991, με τίτλο «Τα ψυχολογικά προβλήματα του ασθενή στη Μ.Ε.Θ.».

σθενή, αλλά και η υπερβολική εκδήλωση άγχους και θλίψεως από τους συγγενείς μπορεί να επιβαρύνει την κατάστασή του⁴³⁰.

Οι ερευνητές^{83, 358, 467} αναφέρονται στο **“σύνδρομο της εντατικής παρακολούθησης** (intensive care syndrome), που χαρακτηρίζεται από: α) άγχος, β) αδυναμία και έλλειψη ικανότητας προσανατολισμού στο χώρο και το χρόνο και γ) προβλήματα επικοινωνίας με το περιβάλλον. Τα προβλήματα αυτά συνήθως προέρχονται από τις ειδικές συνθήκες ζωής και νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ. Ο ασθενής εύκολα μπορεί να χάσει την αίσθηση του χρόνου μέσα σ' ένα χώρο με έντονο φωτισμό (ιδίως αν δεν χαμηλώνει για ορισμένες ώρες, ή όταν δεν υπάρχουν παράθυρα για να ξεχωρίζει τη διαφορά μεταξύ ημέρας και νύχτας). Τα προβλήματα σύγχυσης του χρόνου μπορεί να μειωθούν αν ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να βλέπει ένα ρολόι και ένα ημερολόγιο, ή αν οι νοσηλευτές τού υπενθυμίζουν διακριτικά την ημερομηνία και την ώρα. Επίσης μπορεί να του επιτρέψουν ν' ακούσει ραδιόφωνο με ακουστικά ή να δει τηλεόραση. Εάν ο ασθενής δυσκολεύεται να επικοινωνήσει λεκτικά με το περιβάλλον του (έχει λ.χ. τραχειοστομία ή ενδοτραχειακό σωλήνα), μπορεί να χρησιμοποιηθούν άλλοι τρόποι επικοινωνίας: όπως π.χ. η χειλεοανάγνωση, η νοηματική, το γράψιμο σε ειδικούς πίνακες όπου ο ασθενής γράφει με το δάκτυλό του, ώστε να μην ενισχύεται η απομόνωσή του και ν' αποκτά μεγαλύτερο έλεγχο του περιβάλλοντος.

Οι ασθενείς της Μ.Ε.Θ. παρουσιάζουν συχνά μια ψυχωτική συμπεριφορά, που εκδηλώνεται άλλοτε με ήπια συμπτώματα ταραχής, άγχους και πνευματικής σύγχυσης και άλλοτε με σοβαρές διαταραχές της συνείδησης: ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, παρανοϊκές τάσεις και delirium. Στο θέμα όμως αυτό υπάρχουν διαφορετικές απόψεις μεταξύ των ερευνητών. Ορισμένοι^{178, 357} θεωρούν την ψυχωτική αυτή συμπεριφορά ως ένα οργανικό, εγκεφαλικό σύνδρομο που οφείλεται στην αποδιοργάνωση των νοητικών λειτουργιών, και το οποίο συναντάται συχνά κατά τις 2-3 πρώτες μέρες της νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ., ή όταν η παραμονή του ασθενή έχει παραταθεί πέραν των 7 ημερών. Άλλοι^{96, 97} πιστεύουν ότι οι ιατροί βιάζονται να διαγνώσουν ως ψυχωτική τη συμπεριφορά των ασθενών της Μ.Ε.Θ. και διαπίστωσαν ότι μόνο το 2%-10% από αυτούς παρουσιάζει πραγματικά ψυχωτικά επεισόδια, όπως delirium.

Συνήθως φάρμακα που χορηγούνται για ποικίλους ιατρικούς λόγους μπορεί να φέρουν τον ασθενή σε κατάσταση παραληρήματος, οπότε κινδυνεύει να κάνει κακό στον εαυτό του, να τραθήξει βίαια τον ορό ή τον καθετήρα, και ν' αποσυνδεθεί από διάφορα ιατρικά μηχανήματα. Για να μειωθεί αυτή η ψυχική ένταση και ταραχή του ασθενή απαιτείται φαρμακευτική θεραπεία.

Σε ασθενείς με σοβαρά τραύματα ή σ' αυτούς που υποβλήθηκαν σε παρατεταμένες χειρουργικές επεμβάσεις παρουσιάζονται συχνότερα συμπτώματα πνευματικής σύγχυσης, με προβλήματα προσανατολισμού στο χώρο και το χρόνο, αδυναμία συγκέντρωσης προσοχής, διαταραχές της μνήμης και ασταθής συναισθηματική κατάσταση. Ασθενείς που συνειδητοποιούν πόσο τυχεροί ήταν που "γλίτωσαν από το Χάρο" ή πόσο κοντά του βρίσκονται, συχνά "Ξαναζούν" στη μνήμη τους ορισμένες στιγμές της ζωής τους και περνούν από εναλλασσόμενες φάσεις αισιοδοξίας και συναισθηματικής απόσυρσης⁵⁰⁷.

Ψυχωσικά συμπτώματα (π.χ. παραισθήσεις ή παρανοϊκές τάσεις) παρατηρούνται συνήθως όταν ο ασθενής στερείται την εναλλαγή αισθητηριακών εμπειριών, καθώς είναι ακινητοποιημένος από τον πόνο, τους ορούς, τους καθετήρες, τα διάφορα ηλεκτρόδια κλπ. Από την άλλη μεριά, ο ασθενής βιώνει μια φόρτιση αισθητηριακών ερεθισμάτων από τις συνεχείς εξετάσεις και τις οδηγίες των ιατρών, τον συνεχή και αβάστακτο θόρυβο των ιατρικών μηχανημάτων, με τα οποία είναι συνδεδεμένος ο ίδιος και οι διπλανοί του, ιδιαίτερα όταν χωρίζεται από τους άλλους αρρώστους μόνο με μια κουρτίνα, οπότε ακούει και βλέπει ό,τι συμβαίνει γύρω του. Το φως, η ρυθμική λειτουργία των αναπνευστήρων και οι θόρυβοι των άλλων μηχανημάτων, η συνεχής φροντίδα και εξάρτηση από το προσωπικό της Μ.Ε.Θ., προκαλούν στον ασθενή φοβική υπερένταση, υπερευαισθησία και συναισθηματική αστάθεια, που μπορεί να εκφραστεί με οπτικές ή ακουστικές ψευδαισθήσεις και παρανοϊκές ιδέες, όπως ότι ο νοσηλευτής προσπαθεί να τον σκοτώσει. Σε αυτή την περίπτωση, ο νοσηλευτής οφείλει να τον διαβεβαιώνει με ήρεμο τρόπο ότι δεν ισχύουν οι απειλητικές καταστάσεις που φαντάζεται. Μπορεί ακόμη να ζητήσει τη βοήθεια ενός στενού συγγενή του αρρώστου, αφού πρώτα τον ενημερώσει για την ψυχική του κατάσταση και για τον τρόπο που πρέπει να συμπεριφερθεί, ώστε να κερδίσουν πάλι την εμπιστοσύνη του.

Είναι φυσικό, όταν ο ασθενής έχει πλήρη έλλειψη αυτοβοήθειας και απόλυτη εξάρτηση από μηχανήματα που τον βοηθούν στις πιο βασικές βιολογικές του λειτουργίες, να καταλαμβάνεται από άγχος για την πιθανή ελαττωματική τους λειτουργία, που θ' απειλούσε άμεσα τη ζωή του. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να διαβεβαιώνει τον ασθενή για την ασφαλείά τους και να τονίζει ότι τα μηχανήματα με προειδοποιητικό σήμα, ενημερώνουν το προσωπικό να λάβει έγκαιρα μέτρα πριν αυτός αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα υγείας. Η σύνδεση με αναπνευστήρα προκαλεί στον ασθενή έντονο άγχος, που εντείνει το αναπνευστικό του πρόβλημα. Οδηγίες όπως "να αναπνεύεις ήρεμα" δεν τον βοηθούν, συνιστάται όμως η παρέμβαση ψυχολόγου, ο οποίος με ειδικές ασκήσεις και τεχνικές, θα τον βοηθήσει να ηρεμήσει και να αποσπάσει τη σκέψη του από τα μηχανήματα.

Ως προς την ένταση και τη συχνότητα των συμπτωμάτων προβληματικής συμπεριφοράς που αναφέρθηκαν, αυτές εξαρτώνται και από την όλη προσωπικότητα του αρρώστου. Άτομα ανεξάρτητα, με ενεργητικότητα και δυναμισμό, δυσκολεύονται να "παίξουν" το ρόλου του "καλού ασθενή", δηλαδή αυτού που συμμορφώνεται αμέσως προς τις ιατρικές εντολές, που δεν παραπονιέται για την υγεία του, ή που δεν κριτικάρει τις ενέργειες του νοσηλευτή. Το ενδιαφέρον είναι ότι ακόμα και τα άτομα που τους αρέσει να εξαρτώνται από άλλους, αντιδρούν στην απόλυτη εξάρτηση που επιβάλλει η Μ.Ε.Θ. Για να αρχίσει ο ασθενής πάλι να αποκτά τον έλεγχο του εαυτού του, ο νοσηλευτής μπορεί να του πει: "Δεν είμαι εδώ για να κάνω τον χωροφύλακα, αλλά για να φροντίζω την υγεία σου. Θα σου εξηγήσω σε ποια κατάσταση βρίσκεται και μετά θα βασιστώ σε σένα για να με ενημερώνεις και να με βοηθάς στο έργο μου". Η προσαρμογή στη Μ.Ε.Θ. παρεμποδίζεται, όπως ήδη αναφέρθηκε, όταν προϋπάρχουν άλλα ψυχολογικά ή κοινωνικά προβλήματα που απασχολούν τον ασθενή και τα οποία μπορεί να "καμουφλάρει", π.χ. μεγιστοποιώντας το σωματικό του πόνο. Σε αυτή την περίπτωση είναι απαραίτητη η θεραπευτική παρέμβαση ψυχολόγου και κοινωνικού λειτουργού.

Ο πίνακας 2 δείχνει τη συσχέτιση μεταξύ πάθησης και ψυχολογικών προβλημάτων στη Μ.Ε.Θ.²⁵⁶.

Πίνακας 2 Ψυχολογικά προβλήματα σε διάφορες μονάδες εντατικής θεραπείας²⁵⁶.
<p>Καρδιολογική Μ.Ε.Θ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Άγχος 2. Κατάθλιψη 3. Εξάρτηση ή άρνηση ως μηχανισμός άμυνας 4. Εχθρική διάθεση 5. Ψυχωτική συμπεριφορά (delirium)
<p>Χειρουργική Μ.Ε.Θ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Delirium 2. Άγχος από τον αναπνευστήρα 3. Εξάρτηση από ουσίες εθισμού 4. Εξάρτηση από άλλους
<p>Αναπνευστική Μ.Ε.Θ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Κατάθλιψη 2. Άγχος από τον αναπνευστήρα 3. Εξάρτηση από φάρμακα
<p>Παθολογική Μ.Ε.Θ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Τάσεις αυτοκτονίας 2. Κατάθλιψη 3. Διαταραχές συμπεριφοράς (άγχος, εχθρότητα κ.λπ.) 4. Ψυχωτική συμπεριφορά (delirium, ψευδαισθήσεις κλπ) 5. Εξάρτηση από ουσίες εθισμού

Το πιο συχνό πρόβλημα του νοσηλευόμενου στη Μ.Ε.Θ. είναι ο φόβος και το άγχος για την εξέλιξη της υγείας του. Το άγχος θανάτου που βιώνει, εντείνεται συνήθως με το θάνατο κάποιου άλλου ασθενή. Γι' αυτό οι άρρωστοι θα πρέπει να χωρίζονται μεταξύ τους με ειδικό διαφανές διαχωριστικό, ώστε ο νοσηλευτής να τους επιβλέπει, χωρίς όμως οι ίδιοι να ακούν ή να βλέπουν ό,τι συμβαίνει γύρω τους. Επίσης, οι ιατροί και οι νοσηλευτές θα πρέπει να αποφεύγουν να συζητούν μπροστά στον ασθενή για ορισμένα θέματα, όπως π.χ. την κρίσιμη ε-

ξέλιξη της υγείας του, ακόμα κι όταν φαίνεται να μην επικοινωνεί με το περιβάλλον του⁶⁹².

Ο ασθενής “καμουφλάρει” μερικές φορές το φόβο του με ξεσπάσματα θυμού, παρανοϊκές τάσεις, σιωπηλή απόσυρση ή με φλυαρία. Εάν ο φόβος του είναι τόσο έντονος που κινδυνεύει να τον αποδιοργανώσει ψυχικά με αντιδράσεις πανικού, θα πρέπει να ζητηθεί η γνώμη ψυχιάτρου για φαρμακευτική αγωγή. Συνήθως όμως τα συναισθήματα φόβου και άγχους του ασθενή αντιμετωπίζονται κατά τις συζητήσεις που έχει με το νοσηλευτή, ο οποίος τον διαβεβαιώνει ήρεμα ότι με τις προσπάθειες των ιατρών, τη βοήθεια των φαρμάκων και τη διάθεσή του για ζωή, θα καλυτερεύσει σταδιακά την υγεία του. Ακόμα και σε περιπτώσεις που ο ασθενής γνωρίζει λ.χ. ότι χειρουργήθηκε για έναν κακοήγη όγκο, έχει ανάγκη να ακούσει από το νοσηλευτή ότι η όλη θεραπεία γίνεται για να τον αντιμετωπίσουν. Τονίζεται η σημασία της ηρεμίας του νοσηλευτικού προσωπικού, γιατί οι συγγενείς μπορεί να του μεταδίδουν το άγχος και την ταραχή τους, οπότε δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, που διακόπτεται μόνο όταν οι νοσηλευτές διατηρήσουν μια ήρεμη και ψύχραιμη στάση.

Οι ασθενείς μπορεί ακόμη να καταπολεμούν το άγχος τους με άρνηση να δεχτούν τη σοβαρότητα της πάθησής τους και, σε ακραίες περιπτώσεις, ζητούν να υπογράψουν προκειμένου να βγουν από τη Μ.Ε.Θ. με δική τους ευθύνη. Η παράλογη αυτή κίνηση των ασθενών δείχνει την απελπισία και την απόγνωσή τους. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό δεν θα πρέπει τότε να γίνει ανταγωνιστικό μαζί τους και να καταφύγει σε απειλές. Με ήρεμο και ευγενικό τρόπο οφείλει να εξηγήσει στον ασθενή τις θετικές πλευρές της θεραπείας του στη Μ.Ε.Θ. και να τονίσει ότι “προσπαθούμε να σου παράσχουμε την καλύτερη δυνατή φροντίδα, γιατί αυτό σου αξίζει, ακόμα κι αν εσύ παρεμβαίνεις αρνητικά”. Εάν όμως τελικά ο ασθενής δεν πεισθεί για να μείνει, τον διαβεβαιώνουν ότι θα τον βοηθήσουν πάλι μόλις τους χρειαστεί.

Μια άλλη συνηθισμένη αντίδραση είναι η κατάθλιψη. Ο ασθενής μπορεί να αρνείται την ύπαρξή της, αλλά να παρουσιάζει συμπτώματα κούρασης ή κατωτερότητας, όπως “τι αξίζει να ζήσω εγώ ο άχρηστος;”. Σε ακραίες μάλιστα περιπτώσεις, ο ασθενής αποπειράται να αυτοκτονήσει. Όλες αυτές οι αντιδράσεις δείχνουν ότι ο άρρωστος είναι απελπισμένος από την κατάσταση της υγείας του και χρειάζεται

την ενθαρρυντική και υποστηρικτική στάση του προσωπικού και των συγγενών του. Η απαγόρευση επισκέψεων αυξάνει την τάση του ασθενή για απομόνωση και μελαγχολία, γιατί μένει μόνος με τις σκέψεις και τους φόβους του, χωρίς να μπορεί να τα εξωτερικεύσει και να τα επεξεργαστεί συναισθηματικά. Παρόλο που υπάρχουν διαφορετικοί κανονισμοί στο θέμα των επισκέψεων στη Μ.Ε.Θ., επιτρέπεται συνήθως στους συγγενείς να τον βλέπουν 5-10 λεπτά κάθε 1-2 ώρες. Η επίσκεψή τους όμως μπορεί να παραταθεί αν οι ιατροί και οι νοσηλευτές κρίνουν ότι βοηθά θετικά την ψυχική διάθεση του αρρώστου.

Η επιθετικότητα τέλος ορισμένων ασθενών, ως σύμπτωμα κατάρρευσης της αυτοεκτίμησης και ως μόνη άμυνα στο φόβο που αισθάνονται για την υγεία τους, είναι ένα από τα πιθανά προβλήματα. Σε αυτή την περίπτωση, ο νοσηλευτής δεν θα πρέπει να βιαστεί να διαβεβαιώσει τον ασθενή ότι τον καταλαβαίνει ούτε να κατευνάσει άμεσα το θυμό του. Αντίθετα, χρειάζεται να ακούσει και να αναγνωρίσει τα συναισθήματα του ασθενή, υπενθυμίζοντάς του ότι οι αντιδράσεις του είναι ανθρώπινες και οφείλονται στη νόσο. "Ακόμα και αν δεν είχες τόσα προβλήματα με τη νοσηλεία σου, είναι πολύ δύσκολο να μένει κανείς εδώ". Εάν ο ασθενής παραφερθεί, ο νοσηλευτής δεν εμπλέκεται σε αντιδικίες μαζί του, αλλά λέει: "Βλέπω ότι είσαι πιο θυμωμένος από ό,τι επιτρέπεται να εκφράζεις εδώ μέσα", οπότε τον καθιστά υπεύθυνο για τη συμπεριφορά του. Ο νοσηλευτής επίσης δεν δέχεται τις κατηγορίες που του αποδίδει ο ασθενής, αλλά με ευγενικό και σταθερό τόνο φωνής του υπενθυμίζει ότι η παραμονή του στη Μ.Ε.Θ. γίνεται προς όφελός του, μολονότι κανείς δεν μπορεί να του εξασφαλίσει το αποτέλεσμα της θεραπείας του εκεί.

Πολλά από τα παραπάνω ψυχολογικά προβλήματα τα αντιμετωπίζουν και οι συγγενείς του ασθενή, κάτι που καθιστά απαραίτητη την άμεση ψυχολογική παρέμβαση^{65, 139}. Δεν είναι όμως δυνατόν να μείνει ανεπηρέαστο και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μ.Ε.Θ. από τις εντάσεις του περιβάλλοντος και τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνουν με την κακή έκβαση της πορείας κάποιων αρρώστων, με τους οποίους είχαν συνδεθεί ιδιαίτερα. Οι εμπειρίες αυτές καλό είναι να εκφράζονται σε ειδικές τακτικές συναντήσεις όλου του προσωπικού της Μ.Ε.Θ., προκειμένου να συζητηθούν κάποιες περιπτώσεις σ'ένα επιστημονικό πλαίσιο, αλλά και μέσα σε συναδελφική αλληλεγγύη και ψυχική συμπαράσταση.

ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ Ο ΘΑΝΑΤΟΣ

Ο θάνατος αν και είναι ένα φυσικό και αναπόφευκτο μέρος της ζωής προκαλεί στον άνθρωπο οδύνη και δέος· γι' αυτό τον απωθεί συνήθως από τη σκέψη του και δυσκολεύεται να τον αντιμετωπίσει. Ακόμη και όταν έχει ήδη παλέψει με μια ανίατη ασθένεια, ο φόβος του θανάτου δύσκολα ξεπερνιέται, καθώς απαιτείται σκληρός αγώνας σε ψυχικό και πνευματικό επίπεδο. Η εμπειρία του θανάτου άλλωστε είναι διαφορετική για τον κάθε ασθενή, όπως και το νόημα που του αποδίδει.

Η ίδια δυσκολία στη συναισθηματική επεξεργασία του θανάτου συναντάται και στους συγγενείς του ανθρώπου που πεθαίνει. Συχνά ενώ νιώθουν απογοητευμένοι, θυμωμένοι, θλιμμένοι από τον επικείμενο χαμό του αγαπημένου τους προσώπου, αποφεύγουν να μιλήσουν ή και να εκφράσουν μέσα από κλάμα ή άλλη τους αντίδραση, τους φόβους και τα συναισθήματά τους. Ιδιαίτερα δυσκολεύονται να μιλήσουν για το θάνατο με τον ίδιο τον ασθενή, ο οποίος μάλιστα μπορεί να νιώθει επιτακτική την ανάγκη να μοιραστεί τις θέσεις του στο θέμα, να εκφράσει τις τελευταίες του επιθυμίες και να επικοινωνήσει πιο ουσιαστικά με συγγενείς και στενούς φίλους. Σ' αυτό μπορεί τότε να βοηθήσει ένας έμπειρος πνευματικός ή άλλοι ειδικοί, ευαισθητοποιημένοι τόσο στις ανάγκες του ασθενή που πεθαίνει όσο και στις ανάγκες του κοντινού του περιβάλλοντος.

Η ψυχίατρος Elizabeth Kübler-Ross³⁷³, η οποία πρόσφερε για χρόνια τη συμπαράστασή της σε ετοιμοθάνατους ασθενείς με ανίατα νοσήματα, εντόπισε πέντε συνήθη στάδια «προσαρμογής», με την επιφύλαξη ότι αυτά δεν ισχύουν, είτε στο σύνολό τους είτε με την ίδια σειρά, σε όλες τις περιπτώσεις. Άλλοι ασθενείς δεν επιτυγχάνουν ένα ομαλό πέρασμα από το ένα στάδιο στο άλλο, άλλοι μένουν μόνο στ' αρχικά ή παλινδρομούν. Το ενδιαφέρον είναι ότι τα χαρακτηριστικά του κάθε σταδίου είναι αναγνωρίσιμα όχι μόνο στον ασθενή, αλλά και στην οικογένειά του.

1. Άρνηση: Όταν για πρώτη φορά το άτομο βρεθεί αντιμέτωπο με

μια επάρατη αρρώστια, έχει την τάση να αρνείται την πραγματικότητα της («Δεν είναι δυνατόν να συμβαίνει αυτό σε μένα»). Δεν μπορεί, λόγω χάρη, να δεχτεί ότι η διάγνωση είναι σωστή και καταφεύγει σε άλλους ιατρούς με την ελπίδα ότι θα τον καθησυχάσουν, διαψεύδοντας τ' αποτελέσματα των ιατρικών του εξετάσεων.

Η άρνηση, που εμφανίζεται κυρίως στα πρώτα στάδια αντιμετώπισης μιας ανίατης νόσου, είναι ένας αμυντικός μηχανισμός του εγώ, ο οποίος επιστρατεύεται προκειμένου να ξεπεραστούν οι πρώτες έντονες ψυχικές συγκρούσεις και να βρει ο ασθενής πιο θετικούς τρόπους για ν' αντιμετωπίσει την κατάσταση. Μπορεί όμως να παρουσιαστεί και πάλι η άρνηση στα ενδιάμεσα στάδια.

2. Θυμός: Στο δεύτερο στάδιο, ο ασθενής εκφράζει το θυμό και την πικρία του επειδή του συνέβη αυτό «το κακό», νιώθει αδύναμος και ευάλωτος και συχνά κατηγορεί την άδικη μοίρα του («γιατί εγώ και όχι κάποιος άλλος;»). Μεταθέτει τότε το θυμό που βιώνει για τη νόσο του και τις επιπτώσεις της, είτε προς τους άλλους είτε προς τον εαυτό του. Στην πρώτη περίπτωση, μπορεί να κατηγορεί την οικογένειά του ότι δεν τον φροντίζουν και δεν του συμπαραστέκονται ηθικά, ή το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την ποιότητα της νοσηλείας που του παρέχει. Η εριστική και ανταγωνιστική στάση του ασθενή προς τους θεραπευτές του, η μη συμμόρφωση προς τις ιατρικές εντολές και η προσβλητική – μερικές φορές – συμπεριφορά του προς τους οικείους του, προκαλούν συχνά θυμό, ενοχές, ντροπή και θλίψη στο συγγενικό και φιλικό περιβάλλον. Εάν όμως κυριαρχήσουν τα αρνητικά συναισθήματα και εμπλακούν σε διαμάχες ή απομακρυνθούν από τον άρρωστο, του στερούν την αναγκαία υποστήριξη που είναι πολύτιμη σε τέτοιες δύσκολες ώρες. Από την πλευρά τους, ο ιατροί και οι νοσηλευτές κατανοούν ότι ο ασθενής μέσα από αυτές τις αντιδράσεις διεργάζεται τον ψυχικό του πόνο και δεν ενοχλούνται από την αρνητική του στάση (οξυθυμία, παράλογες απαιτήσεις, αγνωμοσύνη), αλλά την εκλαμβάνουν ως έκκληση για βοήθεια.

Στη δεύτερη περίπτωση, ο ασθενής φορτίζεται με ενοχές (λ.χ. για ανεπαρκή φροντίδα της υγείας του, για προηγούμενες πράξεις του, επιβάρυνση των συγγενών του κ.ά.) και οι αυτοκατηγορίες του μπορεί να λειτουργήσουν ως αυτοτιμωρία. Η συμπεριφορά αυτή όμως είναι άχρηστη και επιβλαβής, γιατί στερεί από τον ασθενή το αγωνιστικό

του πνεύμα (το οποίο συχνά υποκινείται από το θυμό για τη "μοίρα" του) για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάστασής του.

3. Παζάρεμα: Στο στάδιο αυτό ο ασθενής διαπραγματεύεται («παζαρεύει») την υγεία του με το Θεό και τους ιατρούς, προσπαθώντας να αποφύγει και να αποτρέψει τη θλιβερή πραγματικότητα. Έτσι άλλοτε κάνει τάματα στο Θεό («αν ζήσω θα αφιερώσω τη ζωή μου σε αγαθοεργίες») και άλλοτε προσπαθεί να «κλείσει συμφωνίες» με τους ιατρούς («θα κάνω ό,τι μου πείτε, μόνο βοηθήστε με να ζήσω μέχρι το γάμο των παιδιών μου»).

Οι διαπραγματεύσεις αυτές φανερώνουν την επιθυμία του για παράταση ζωής και αναζήτηση χαράς, αλλά και την ανάδυση κρυφών ενοχών και τύψεων για άστοχες ενέργειές του κατά το παρελθόν, ή την αγωνία του για το αν θα έχει τελικά έναν «καλό» θάνατο. Όταν κοντεύει να λήξει η διορία που παζάρεψε, δίνει συνήθως αμέσως μια νέα διορία και υπόσχεση.

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αναγκάζεται αρκετές φορές να συμβιβαστεί και να συνδιαλλαγεί με τον ασθενή σε αυτές του τις διαπραγματεύσεις, προκειμένου να κερδίσει τη συνεργασία του. Δυστυχώς όμως συχνά αυξάνονται και οι πιθανότητες, να απογοητευθεί ο άρρωστος από την τροπή της εξέλιξης της υγείας του και τότε μπορεί να νιώσει διπλά προδωμένος και να μη βρίσκει πλέον νόημα στον αγώνα του.

4. Κατάθλιψη: Ο ασθενής αρχίζει πλέον να αποδέχεται την πραγματικότητα του θανάτου και να θρηνεί. Μπορεί τότε να έχει μια ήρεμη, θλιμμένη έκφραση στο πρόσωπό του, ή να νιώθει μια λύπη γεμάτη απογοήτευση. Στην πρώτη περίπτωση, ο ασθενής διεργάζεται ψυχικά τον αποχωρισμό από τα αγαπημένα του πρόσωπα και πράγματα και, «αποχαιρετώντας» όλα όσα έζησε, προετοιμάζεται για τον επικείμενο θάνατό του. Μέσα λοιπόν από αυτή την «**προπαρασκευαστική κατάθλιψη**» αποδέχεται την απώλεια της ζωής του και στρέφεται συνήθως στο Θεό και σε πιο πνευματικές αναζητήσεις. Μπορεί τότε να ζητήσει να εξομολογηθεί και να μεταλάβει, ή και να τακτοποιήσει διάφορες εκκρεμείς υποθέσεις του.

Οι επιβεβαιώσεις των οικείων του ότι «όλα θα πάνε καλά» ή η παρότρυνσή τους ν' αγωνιστεί και να πολεμήσει την ασθένειά του όχι μόνο

δεν έχουν νόημα, αλλά δημιουργούν προβλήματα στον ασθενή. Και αυτό γιατί, ενώ ο ίδιος θέλει να αφεθεί στα χέρια του Θεού, αισθάνεται ότι δεν του δίνεται η άδεια να ακολουθήσει τη φυσική του πορεία και προσπαθεί να κρατηθεί στη ζωή για χάρη των αγαπημένων του προσώπων. Οι πολλές επισκέψεις και η πίεση για αισιοδοξία και χαρούμενη διάθεση περισσότερο εμποδίζουν παρά διευκολύνουν την όλη διαδικασία θρήνου και προετοιμασίας του αρρώστου για το θάνατό του. Θα ήταν άλλωστε αντιφατικό τη στιγμή που οι ίδιοι θρηνούν, να είναι εκείνος ευδιάθετος. Οι ιατροί και οι νοσηλευτές με τη σιωπηλή και διακριτική παρουσία τους και με τρόπους εξωλεκτικής επικοινωνίας (ένα ζεστό άγγιγμα των χεριών του, ένα βλέμμα με κατανόηση ή ένα χάδι στα μαλλιά) επιτρέπουν στον ασθενή να εκφράσει την έντονη θλίψη και την αγωνία του.

Στη δεύτερη περίπτωση, ο ασθενής δεν είναι ήρεμος, αλλά απογοητευμένος και αντιδραστικός, γιατί αναγκάζεται να εγκαταλείψει χωρίς να ολοκληρώσει πολλά πράγματα της ζωής του. Τέτοια «**αντιδραστική κατάθλιψη**» βιώνουν συνήθως τα νέα άτομα, που φεύγουν πρόωρα από τη ζωή, αφήνοντας πίσω τους πολλές οικογενειακές, επαγγελματικές και οικονομικές υποχρεώσεις. Μεγάλο μέρος της θλίψης και της ταραχής του ασθενή προέρχεται από τις συγκρουόμενες επιθυμίες του ίδιου και του περιβάλλοντός του: ενώ θέλει να προετοιμαστεί για το θάνατό του, πιέζεται από τις προσδοκίες της οικογένειάς του που μένει χωρίς την υλική και ηθική του υποστήριξη. Σημαντική μπορεί να είναι τότε η συμβολή των κοινωνικών λειτουργών και των ιερέων, οι οποίοι μπορούν να αναλάβουν την οικονομική ενίσχυση της οικογένειας ή την αναδιοργάνωσή της (π.χ. τακτοποιούν τα ηλικιωμένα μέλη της σε οίκους ευγηρίας ή αναλαμβάνουν τη φροντίδα των παιδιών).

5. Αποδοχή: Ο ασθενής που έχει διέλθει όλα τα προηγούμενα στάδια, μπορεί τελικά να αποδεχτεί με «ειρήνη και αξιοπρέπεια» όχι μόνο την πάθησή του, αλλά και την πιο οδυνηρή συνέπειά της, τον θάνατο. Επειδή τώρα πλέον είναι πολύ κουρασμένος και αδύναμος, έχει ανάγκη να κοιμάται συχνά και για σύντομα χρονικά διαστήματα, ενώ η λεκτική του επικοινωνία με το περιβάλλον είναι περιορισμένη. Η αγάπη και η ζεστή παρουσία των συγγενών του τον ανακουφίζουν και του δίνουν κουράγιο για να αντιμετωπίσει με θάρρος το τέλος του.

Ο αγώνας με το θάνατο είναι ουσιαστικά μια υπέρβαση της φυσικής

μας κατάσταση και μια πνευματική αναζήτηση, στην οποία θα πρέπει να κυριαρχεί η ελπίδα και η πίστη. Με αυτό το «θεραπευτικό πνεύμα» θα πρέπει να προσεγγίσουν οι ειδικοί τον άνθρωπο που πεθαίνει και να τον βοηθήσουν να οπλιστεί τόσο ο ίδιος όσο και η οικογένειά του με ειρήνη, γαλήνη, θάρρος και ελπίδα στο Θεό.

Η οικογένεια του ασθενή χρειάζεται επίσης τη βοήθεια συγγενών, φίλων και ειδικών όχι μόνο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, αλλά και μετά το θάνατό του. Περνούν άλλωστε πολλές κρίσιμες φάσεις, όπως αυτή που συνειδητοποιούν ότι δεν μπορούν πλέον να τον βοηθήσουν ν' αντιμετωπίσει θεραπευτικά μία ανίατη νόσο, αλλά ελπίζουν ότι θα παρατείνουν τη ζωή του αρρώστου εξασφαλίζοντας ποιότητα ζωής για όσο πολύτιμο χρόνο τού μένει και εκπληρώνοντας όσο το δυνατόν περισσότερες από τις ανάγκες του (οργανικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πνευματικές). Υπάρχουν όμως πολλές δύσκολες αποφάσεις που πρέπει να ληφθούν, όπως πότε να τερματιστεί μια θεραπεία (συχνά οι συγγενείς αναρωτιούνται αν η θεραπεία παρατείνει τη ζωή ή απλώς αναβάλλει το θάνατο του ασθενή), εάν είναι προτιμότερη η παραμονή στο νοσοκομείο ή η επιστροφή του στο σπίτι, με ποιο τρόπο θα του παρέχουν εκεί τη νοσηλεία που χρειάζεται (ορούς, καθετήρες, οξυγόνο κλπ.).

Οι ειδικοί θα πρέπει να προετοιμάσουν την οικογένεια για ορισμένα συμπτώματα ή επιπλοκές υγείας του ετοιμοθάνατου ασθενή (π.χ. αφυδάτωση, πνευματική σύγχυση, αναπνευστικά προβλήματα, πόνο κλπ.) και να τους δώσουν τις απαραίτητες οδηγίες για το πώς να τ' αντιμετωπίσουν. Τέλος, οι ειδικοί τούς συμπαραστέκονται στη διαδικασία του θρήνου, βοηθώντας τους να βιώσουν χωρίς υπεκφυγές το θάνατο του αγαπημένου προσώπου, να εκφράσουν τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις που προκαλούνται μέσα στην ψυχική τους οδύνη και να αποδεχτούν σταδιακά την απώλειά του.