

Κοινωνική Ψυχοθεραπεία σε Ασθενείς Πάσχοντες από Καρκίνο: Μελέτη Περιπτώσεων (case studies)

*Αναστασία-Βαλεντίνη Ρήγα**

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

(Herzlich 1969)

Εισαγωγή

Η σχέση ψυχοκοινωνικών παραγόντων και καρκίνου εξετάζεται εμπειρικά από αρκετούς ερευνητές τα τελευταία είκοσι χρόνια (Le Shan, 1966) (Hagnell, 1966), (Kissen, 1966, 1967), (Bahnsen and Bahnsen, 1969), (Sifneos, 1973), (Thomas and Duszynski, 1974), (Grossarth - Maticek et al, 1980), (Rigas, 1983) κ.ά. Οι ανωτέρω απεφάνθησαν ότι συγκεκριμένοι ψυχο-κοινωνικοί παράγοντες σχετίζονται με την καρκινογένεση.

Η βασική ιδέα των θεωριών τους είναι ότι το καθημερινό

* Λέκτορας Κοινωνικής Ψυχολογίας στο Πανεπιστήμιο Κρήτης και ερευνήτρια στο ΕΚΚΕ.

Stress, το κοινωνικό περιβάλλον και η προσωπικότητα του ασθενή βοηθούν σε μεγάλο βαθμό την ανάπτυξη του καρκίνου και επηρεάζουν ευνοϊκά την εξέλιξή του (E. Cooper, 1984), (Centry, 1984), (Rachman, 1984), (Georgaas et al, 1984), (Cooper C. L., 1984).

Οι ατομικές διαφορές μεταξύ των ανθρώπων συμπεριλαμβανομένων και των τρόπων που αντιδρούν σε καταστάσεις Stress, μπορεί να έχουν μια ισχυρή επίδραση στη δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και υπάρχει πιθανότητα να πέσουν θύματα ασθενειών όπως ο καρκίνος. Ακόμα και όταν ερευνητικά ευρήματα συμφωνούν, ότι το κάπνισμα π.χ. δημιουργεί καρκίνο του πνεύμονα, αυτό μπορεί να αποδειχθεί, ότι δεν είναι σίγουρο αλλά είναι πιθανό για τη δημιουργία του καρκίνου να αλληλεπιδράσουν και άλλες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές (Dunbar, 1943), (Carnar, 1956).

Έτσι είναι δυνατό από 10 χρόνιας καπνιστές ο ένας να πεθάνει από καρκίνο στον πνεύμονα, όπως μπορεί να συμβεί δέκα άτομα που πέθαναν από καρκίνο, το ένα να ήταν χρόνιας καπνιστής (Baxter, etal, 1975), (Price, 1982), (Eysenck, 1986).

Ο Bahnsen (1971) στις τελευταίες μελέτες του, διαπίστωσε δυο κύριες πορείες ανάπτυξης μεταξύ ψυχοκοινωνικών παραγόντων και καρκινογένεσης: η μια που επικεντρώνεται στην απελπισία και στην κατάθλιψη του αρρώστου και η άλλη στα αρνητικά στοιχεία της προσωπικότητάς του και αποδεικνύει ότι ορισμένα αρνητικά στοιχεία του ανθρώπου και καταθλιπτικο-γενεσιουργά γεγονότα της ζωής του, μπορούν να οδηγήσουν σε καρκινογένεση, μόνο με την αλληλεπίδραση ορισμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς του και με γεγονότα ζωής (Life events), που επέδρασαν δυσμενώς κατά την παιδική του ηλικία.

Στην ανάλυση ιστοριών ζωής των αρρώστων του, ο παραπάνω ερευνητής διαπίστωσε ότι, κατά την παιδική ηλικία τους τα άτομα αυτά, αντιμετώπισαν ενδοοικογενειακά προβλήματα, (θάνατο ενός από τους δυο γονείς, βαριές ασθένειες, προσήλωση σε έναν από τους γονείς κ.λ.π.) (Carel, 1974), (Fox, 1978).

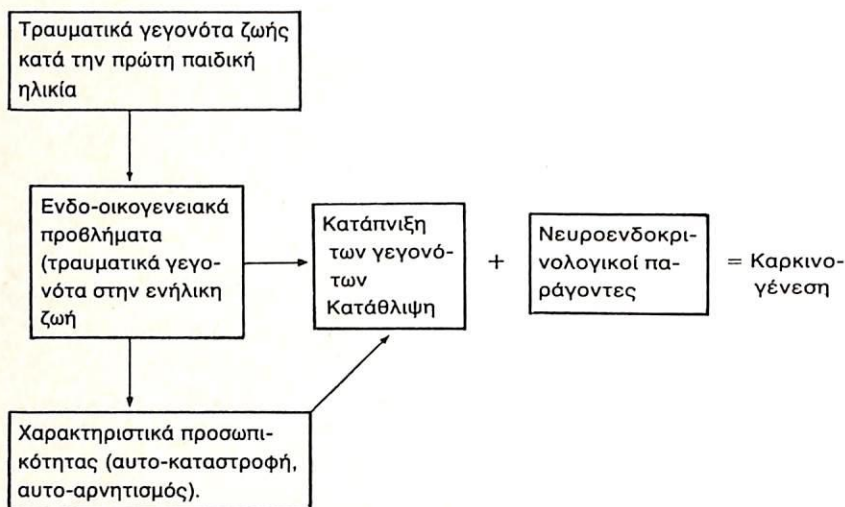
Ο Bahnsen υποθέτει, ότι οι καρκινοπαθείς ζουν δυο διαφορετικούς τρόπους ζωής: ένα φυσιολογικό, ρεαλιστικό μοντέλο, που κατευθύνεται από την κοινή λογική, στο οποίο πληρούν τους "κοινωνικούς τους ρόλους" απρόσωπα και ένα δεύτερο τρόπο ζωής στον οποίο ο πληγωμένος και απελπισμένος εαυτός τους φυτοζωεί, διακόπτοντας κάθε σχέση με τον κοινωνικό τους εαυτό. Δηλαδή, υπάρχει μια έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ αυτών των δυο πλευρών της προσωπικότητας του αρρώστου ώστε η κατά-

σταση απελπισίας και απόγνωσης γίνεται εμφανής (Hagnell, 1966) (Thomas and Duszynski, 1974). (Αυτό, που η ιατρική ονομάζει αυτοεγκατάλειψη του ασθενούς, παραίτηση από κάθε προσπάθεια) (Wolfrohm, 1964, Weinstern, 1977).

Οι Solomon και Moos (1964), σε επιδημιολογική μελέτη τους διαπίστωσαν, ότι οι ψυχο-κοινωνικοί παράγοντες για την καρκινογένεση σχετίζονται με τους νευρο-ενδοκρινολογικούς: επί πλέον οι Bartrop et al (1979) απέδειξαν, ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της ψυχοκοινωνικής έντασης και της τοξικότητας των Τ λεμφοκυττάρων (T Lymphocyte Toxicity).

Παράγοντες καρκινογένεσης, όπως αναφέρονται στην ψυχοσωματική βιβλιογραφία παρουσιάζονται στο παρακάτω σχήμα (βλέπε Πίνακα I).

ΠΙΝΑΚΑΣ I



Πηγή: Psychother. Psychosom. 38.284-302 (1982).

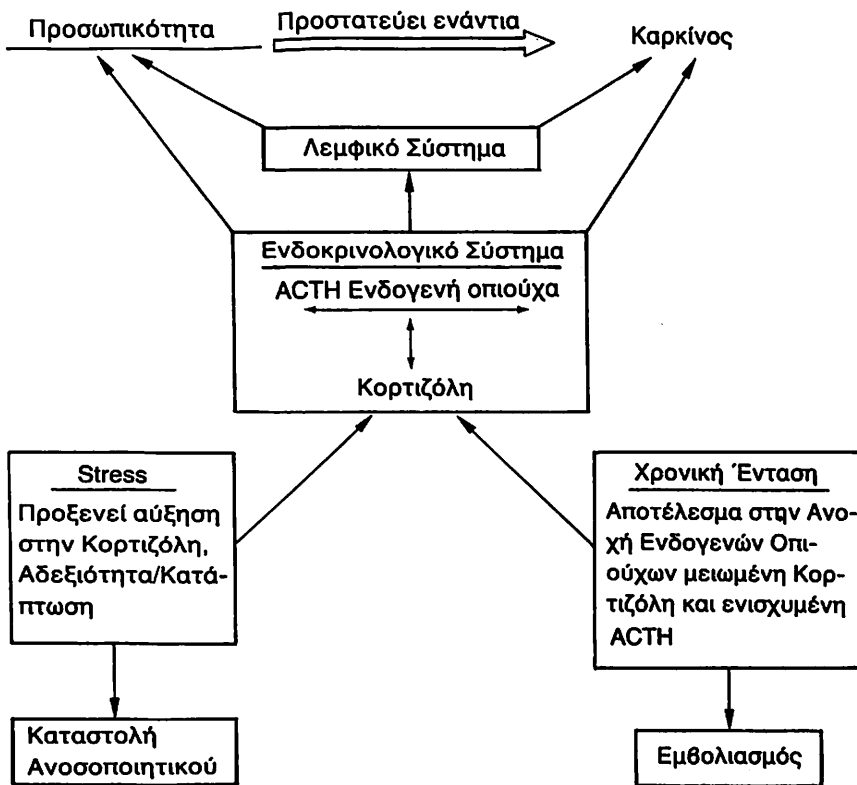
Ο Eysenck (1962, 1985, 1986), απέδειξε ότι η προσωπικότητα είναι στενά συνδεδεμένη με την καρκινογένεση. Με τις έρευνές του, διακρίνει δυο κυρίως τύπους προσωπικότητας καρκινοπαθών: α) τον τύπο με την έλλειψη συναισθηματικής έκφρασης, δηλ. το άτομο που καταπνίγει το συναίσθημά του και β) τον τύπο που εγκαταλείπεται στο καθημερινό Stress. Παρατίθεται στον Πίνακα II η σχέση προσωπικότητας και καρκίνου κατά Eysenck.

Τα εμπειρικά ευρήματα της Herzlich (1969), σε έρευνά της για

την υγεία και την αρρώστια αποδεικνύουν ότι για τη δημιουργία της αρρώστιας παίζουν κυρίαρχο ρόλο:

- α) Η ζωή στις πόλεις που κυριαρχεί το Stress, και
- β) Ο τρόπος ζωής, που παράγει τους ίδιους τους παθολογικούς παράγοντες.

ΠΙΝΑΚΑΣ II



Πηγή: Eur. J. Psychiatr. vol, 1, Nol, (29-41), January-March, 1987.

Τα μικρόβια και τα φαινόμενα μόλυνσης μεταδοτικής αρρώστιας σχετίζονται με τον τρόπο ζωής. Η Herzlich παρουσιάζει τον καρκίνο, τις διανοητικές διαταραχές και τις καρδιοπάθειες σαν τις τυπικές ασθένειες της μοντέρνας ζωής. Ο χώρος στον οποίο ζει το άτομο (περιβάλλον - Spatio-Temporal) και τα χαρακτηριστικά του γνωρίσματα (ατμόσφαιρα, πληθυσμιακή πυκνότητα) (Γεώργας, 1984), καθώς και οι αντιδράσεις του / αντανάκλασεις

στις καθημερινές συμπεριφορές (π.χ. φαγητό, δραστηριότητες, ύπνος, χαλάρωση), παίζουν καθοριστικό ρόλο στη δημιουργία της ασθένειας. Η υγεία για την Herzlich, είναι εντελώς ενδογενής· ότι είναι εξωγενές εξισώνεται με την ασθένεια... ο γρήγορος ρυθμός της ζωής είναι ανθυγιεινός... είναι ο εξαναγκασμός που επιβάλλεται από την κοινωνία, που διοχετεύει τα αρνητικά αποτελέσματα του τρόπου ζωής.

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

Η κοινωνική ψυχοθεραπεία: θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς

Ό,τι έχει δημοσιευθεί μέχρι σήμερα, πάνω στο θέμα της κοινωνικής ψυχοθεραπείας, αναφέρεται κυρίως σε σκέψεις και συμβουλές, για το ποια θεραπεία να εφαρμόσει κανείς στην περίπτωση των καρκινοπαθών. Για παράδειγμα, ο Renneker (1952) θεωρεί, ότι σκοπός της ψυχοθεραπείας των καρκινοπαθών είναι η απαλλαγή τους από τις ανικανοποίητες επιθυμίες τους.

Αναφέρω επίσης τις απόψεις του Le Shan (1966), ότι οι καρκινοπαθείς κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας τους, εμφανίζουν αισθήματα απομόνωσης, απελπισίας, επιθετικότητας.

Η κοινωνική ψυχοθεραπεία σε καρκινοπαθείς, εφαρμόστηκε από μας, λαμβάνοντας υπόψη άλλες σχετικές με τον καρκίνο έρευνες, που συσχέτισαν την πορεία της ασθένειας με ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. (Renneker, 1963), (Le Shan, 1966), (Herzlich, 1969), (K. Grossarth-Maticcek, 1976, 1971), (A. Rigas, 1983), (Eysenck, 1986) κ.ά.

Σκοπός όλων είναι να βοηθήσουν τον ασθενή να ξαναβρεί τον εαυτό του, και να μάθει να τον δέχεται. Ένας μεγάλος αριθμός ασθενών αναφέρεται ότι αρνήθηκε απόλυτα να αντιμετωπίσει τα προβλήματα και την εικόνα του εαυτού του. Οι περισσότεροι ερευνητές ισχυρίζονται ότι οι νέοι σαν ασθενείς είναι οι πιο κατάλληλοι για ψυχοθεραπεία.

Η κοινωνική ψυχοθεραπεία στην ψυχοκοινωνιολογική έρευνα

καρκίνου είναι προϊόν κοινών ιδεών και ψυχαναλυτικών συλλογισμών ψυχολόγων συμπεριφοράς και κοινωνικών θεραπειών. Είναι ένα είδος συμβουλευτικής, μια δημιουργική ανανεωτική θεραπεία (Creative Renovation Therapy), ένα είδος θεραπείας γνωστικής συμπεριφοράς, ειδικά μελετημένης για να ανακουφίσει τον ασθενή από την κατάπτωση και την απελπισία και να τον ενθαρρύνει να αντιμετωπίσει τη ζωή από την καλή της όψη. Αυτή η μέθοδος περιέχει στοιχεία της γνωστικής ψυχοθεραπείας του Beck, (1976), της μεθόδου διδασκαλίας "στρατηγικής αντιμετώπισης" των Lazarus και Folkman, (1984) και της κατευθυνόμενης ονειροπόλησης του Desoille (Rigas, 1983).

Στη δική μας μέθοδο της κατευθυνόμενης ονειροπόλησης, εφαρμοσμένης σε καρκινοπαθείς εγκύους, η θεραπεία μελετήθηκε για να επιτρέψει στην ασθενή να εκφράσει, μέσα από τις ονειροπολήσεις της, τα απωθημένα της βιώματα και τα ανεπιθύμητα πρότυπα συμπεριφοράς, που την εμποδίζουν να εκφραστεί σωστά (Double Bind): ("Πιστεύω ότι δεν μπορώ να ζήσω έχοντας ένα παιδί κάτω από την απειλή της αρρώστιας μου. Γι' αυτό θέλω να αποβάλω... ή να κάνω έκτρωση... Αλλά αγαπώ τη ζωή έχω καλές σχέσεις με τον άνδρα μου..."). Το επόμενη βήμα θεραπείας στην κατευθυνόμενη ονειροπόληση ήταν να ανακαλύψει η ίδια η ασθενής, πρότυπα γνωστικής ερμηνείας και εναλλασσόμενη συμπεριφορά.

Δεν προσπαθούμε να εξαφανίσουμε τη δομή των συναισθηματικών τους αναγκών, όπως γίνεται με την ψυχανάλυση, αλλά ζητάμε να αναλυθεί μέσω της αντικατάστασης των νέων γνωστικών προγραμμάτων. (π.χ. "Αγαπούσα τη μητέρα μου. Μου έλειψε η στοργή της όλα αυτά τα χρόνια. Αλλά τώρα πιστεύω ότι ο άνδρας μου με αγαπά. Βρήκα στοργή κοντά του και εγώ θα δώσω στοργή και αγάπη στο παιδί που θα γεννήσω").

Δηλ. με την κοινωνική ψυχοθεραπεία αναπτύσσεται ένα πρόγραμμα αλλαγής συμπεριφοράς του/της ασθενούς και αυτός ή αυτή, ενθαρρύνεται να ζήσει με την αρρώστια του/της. (Αλλαγή συνηθισμένης συμπεριφοράς και συναισθηματικών αντιδράσεων).

Αυτές οι μέθοδοι θεραπείας συμπεριφοράς, αποσκοπούν όλες να μειώσουν τις άμυνες και τους λογικούς υπολογισμούς, με τρόπο που να επιτρέπει στα άτομα να "απεγκλωβίζουν" το δημιουργικό δυναμικό τους και να προχωρήσουν σε εικόνες ή σε πιο βαθιές συνδέσεις (Moscovici 1984).

Η μεθοδολογία στη δική μας έρευνα

Η κατευθυνόμενη ονειροπόληση του Robert Desoille, (Rêve Eveillé Dirigé).

Το 1978 γνώρισα πέντε γυναίκες εγκύους, μεταξύ του 2ου και 3ου μήνα της εγκυμοσύνης τους, ηλικίας 30 έως 35 ετών, οι οποίες είχαν χειρουργηθεί προ πέντε-έξι ετών, για όγκο στο στήθος, γεγονός που προκάλεσε σ' όλες τους μεγάλο άγχος (αν λάβουμε υπόψη μας ότι όλες τους προέρχονταν από μητέρες οι οποίες είχαν πεθάνει από καρκίνο του μαστού) και δημιούργησε την έμμομη ιδέα της επανάληψης της ίδιας πορείας προς το θάνατο (Freud, 1978).

Ανήκαν και οι πέντε στη μεσαία τάξη, ήταν καλλιεργημένες, είχαν όμως μεγαλώσει με τις γιαγιάδες τους, γυναίκες αυστηρές και με προκαταλήψεις, ενώ οι πατέρες τους, είτε λόγω ιδιοσυγκρασίας είτε λόγω των ασχολιών τους, κρατούσαν μια αδιάφορη στάση (Bremonda, 1980).

Παντρεύτηκαν ανθρώπους, που ανήκαν στην ίδια τάξη μ' αυτές, πολύ πιο εκδηλωτικούς από τους πατέρες τους, οι ίδιες όμως παρέμειναν ευαίσθητες και επηρεασμένες από το γεγονός της απώλειας της μητέρας τους, κυριευμένες από τις φαντασιώσεις που είχε δημιουργήσει αυτή η απώλεια, πράγμα που οι πατέρες τους, ποτέ δεν φρόντισαν να ξεδιαλύνουν (Northe, 1965), (Revault d' Allonnes, 1976).

Θα θέλαμε να εξακριβώσουμε, τι επίδραση θα μπορούσε να εξασκήσει η απουσία της μητέρας στην συμπεριφορά του παιδιού σε μια ηλικία, που, παιδιά ακόμη, είχαν την ανάγκη της παρουσίας της και ακόμη το γεγονός ότι οι πατέρες τους, λόγω της μεγάλης θλίψης εξ αιτίας της χηρείας τους, δεν μπόρεσαν οι ίδιοι να αναλάβουν την ανατροφή τους, παρά αναζήτησαν τη συνδρομή κυρίως της γιαγιάς, γυναίκας ήδη περασμένης ηλικίας, μοιρασμένης ανάμεσα στην επιθυμία να κυριαρχήσει και στον φόβο να φερθεί, δηλαδή ανάμεσα στην επιθετικότητα και την αγάπη (Riley, 1980), (Rodin, 1986^θ).

Και στις πέντε περιπτώσεις, οι προκαταλήψεις και η θρησκοληψία, έπαιξαν σημαντικό ρόλο, συγχρόνως κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας. (Desoille, 1971).

Κατ' αρχήν, κλήθηκα να θεραπεύσω την κατάθλιψη αυτών των γυναικών, λόγω της επερχόμενης μητρότητας, κατάθλιψη ενισχυμένη στη βάση της από την ύπαρξη μιας αρρώστιας παρό-

μοιας με ευνουχισμό, που αναπαριστά την έλλειψη – για το παιδί που πρόκειται να έρθει στη ζωή – του μητρικού στήθους, του θηλασμού (έλλειψη της “καλής μητέρας” στην αρχή ακόμα της ζωής του) και ταυτόχρονα, όσον αφορά τον ερχομό αυτού του παιδιού, την επιθυμία του να απαλλαγεί από τα φοβερά δεσμά με τη μητρική ασθένεια, της οποίας είναι δέσμιες οι περισσότερες απ’ αυτές τις γυναίκες: “Αχ, πώς θα ‘θέλα να ζήσω έξω απ’ αυτό το φοβερό κλίμα της αρρώστιας που με καταπιέζει!!!”. Αυτό είναι το παράπονο-κραυγή ορισμένων απ’ αυτές τις γυναίκες που υπήρξαν και οι ίδιες παιδιά (Deutch, 1973), (Dolto, 1974, 1979).

Χρησιμοποίησα και για τις πέντε αυτές περιπτώσεις τις τεχνικές α) της χαλάρωσης β) της μεθόδου της “κατευθυνόμενης ονειροπόλησης” του Robert Desoille (1938, 1945, 1950, 1961) που εφαρμόζεται στη Γαλλία, στην Αμερική και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, και γ) το Test Adit (προβολικό) (Dracoulides, 1967).

Η Κατευθυνόμενη Ονειροπόληση (Κ.Ο.)

Πρόκειται για την εξερεύνηση των δυνατοτήτων και του πλούτου της φαντασίας, για την οποία ο Gaston Bachelard, ο μεγάλος Γάλλος φιλόσοφος έγραψε: “οι γραμμές του φανταστικού είναι οι μεγάλες γραμμές της ζωής, τις οποίες εξερεύνησε μ’ όλη τη σημασία της λέξεως, ο Robert Desoille με τα “υποκείμενά του και πέτυχε πολύ ενδιαφέροντα θεραπευτικά αποτελέσματα” (Bachelard, 1943).

Εκθέτω τα κυριότερα σημεία αυτής της τεχνικής:

Πρόκειται, κατά κάποιο τρόπο, για ένα μεγάλο ταξίδι, μια εξερεύνηση της ψυχής μ’ όλη τη σημασία της, μ’ όλες τις μεταμορφώσεις που αυτή υφίσταται μέσα στον κόσμο της φαντασίας. Αυτό το ταξίδι πραγματοποιείται με δυο: τον ψυχοθεραπευτή, που θεωρείται σαν ένα στήριγμα κατά την πορεία αυτής της έρευνας και το “υποκείμενο”, που εκθέτει τις αναπαραστάσεις του, τις περισσότερες φορές σε μια γλώσσα συμβολική, που του επιτρέπει να εκφραστεί ελεύθερα μια γλώσσα “εσωτερική”, με την οποία το “υποκείμενο” μιλά στον ίδιο του τον εαυτό. Διότι, αυτό που χαρακτηρίζει αυτήν την τεχνική της ονειροπόλησης είναι ότι επιτυγχάνεται μέσα σε χώρο, όπου επικρατεί ησυχία και περιορισμένος φωτισμός, σε μια ιδιαίτερη ενδιάμεση κατάσταση μεταξύ “ύπνου και ξύπνιου”. Όμως εδώ υπάρχει διάλογος, επικοινωνία.

Στην αρχή της θεραπείας, ο ψυχοθεραπευτής προτείνει στο υποκείμενό του μια εικόνα ερέθισμα, πολύ γρήγορα όμως το

υποκείμενο μπορεί να διαλέξει μόνο του. Αυτή η εικόνα αρχίζει και αναπτύσσεται στον κόσμο της φαντασίας του, συναντιέται μ' άλλες εικόνες, με τις οποίες συγχώνεύεται ή έρχεται σε σύγκρουση, τις μεταμορφώνει, ακολουθώντας την κατεύθυνση που ακολουθούν εκείνες, εξελίσσεται και μεταμορφώνεται κατά την άνοδο ή την κάθοδο και εκφράζει καινούργιες έννοιες, ανάλογα με το επίπεδο που βρίσκεται, έννοιες που αναζητώνται στον διάλογο που γίνεται ανάμεσα στο υποκείμενο και τον θεραπευτή και δια φωτίζει την έρευνα του "υποκειμένου", σ' έναν κόσμο σχεδόν πάντα συμβολικό (Desoille, 1971), (Nicolaidis N. & A. 1974).

Ο θεραπευτής πρέπει απαραίτητως να είναι συνεργάσιμος κι ακόμη πρέπει ο ίδιος να ζει τις αναπαραστάσεις του ασθενή του.

Είναι, όπως το προσδιόρισα, μια έρευνα με δυο μέσα σ' ένα κόσμο απέραντο που αντανakλά όλες τις αγωνίες, όλα τα εμπόδια που συναντά κανείς κατά τη διάρκεια της ύπαρξής του, όλες τις συγκρούσεις, αλλά όμως, κι όλες τις ελπίδες, όλες τις δημιουργικές δυνατότητες, ακόμη κι' αυτές που είναι άγνωστες στο υποκείμενο, αυτές που έχει μέσα του και που όμως ακόμα αγνοεί.

Οι απόψεις που Robert Desoille στην ψυχοθεραπεία είναι γνωστές: "Το υποσυνείδητο δεν είναι μονολιθικό και αντίθετο με το συνειδητό. Υπάρχουν διαβαθμίσεις, επίπεδα του συνειδητού τέλεια διαφοροποιημένα, που διαχωρίζουν τα μεγαλύτερα βάθη, όπου συναντά κανείς τον κόσμο των ενστίκτων, και φτάνουν μέχρι τα μεγαλύτερα ύψη, στο επίπεδο των ανώτερων αξιών, των πλέον ευγενών συναισθημάτων. Η εξερεύνηση αυτών των επιπέδων του συνειδητού", ξυπνά στον ασθενή, καθώς και στον ψυχοθεραπευτή που τις χρησιμοποιεί, όλες τις δυνατότητες που έχει μέσα του αυτός ο ασθενής: θέληση, δημιουργικότητα, αλλά και το πνεύμα της θυσίας και άλλοτε "τη σκιά": όλα όσα μπορούν να βλάψουν και να παρεμποδίσουν την πορεία του και την ανάπτυξή του (Desoille, 1974).

Σ' αυτά τα σενάρια των ονειροπολήσεων πρέπει να εφαρμοστεί η μεταβίβαση, όχι πάνω στον ψυχοθεραπευτή, αλλά σε όλες τις αναπαραστάσεις, σε όλα τα στοιχεία που αποτελούν το σκηνικό αυτών των σεναρίων και που ευνοούν την επίκληση όλων των οδυνηρών καταστάσεων, τις οποίες έπρεπε το "υποκείμενο" να αντιμετωπίσει κατά τη διάρκεια της υπάρξεώς του και οι οποίες έχουν προστεθεί στην "αρχική" κατάσταση που θα μπορούσε να αποτελεί την απαρχή της νευρώσεως. Αυτές οι αναπαραστάσεις παίζουν συχνά το ρόλο ενός σήματος. Ένα δράμα – εφ' όσον υπάρχει δράμα – δεν παίζεται ποτέ μόνο με δυο: υπάρ-

χει το περιβάλλον, το σκηνικό, η ροή της ιστορίας, της παγκόσμιας ιστορίας, της προσωπικής ιστορίας· γίνονται διασκευές μετατροπές, τελειοποιήσεις, που επενεργούν καμιά φορά σαν τροχοπέδη στο όλο σύστημα της επανάληψης του βιωμένου γεγονότος (Lacan, 1966).

Κατά τον ίδιο τρόπο, τα αρχέτυπα σ' αυτή την τεχνική δεν θεωρούνται έμμονες αναπαραστάσεις (Fixes). Οι παροδικές εμφανίσεις τους στα σενάρια δηλώνουν ότι υπόκεινται σε μεταμορφώσεις και ο Robert Desoille, μελετώντας τα, θεώρησε, ότι αποτελούν τους κρίκους των αρχετύπων αναπαραστάσεων, ανδρικών και γυναικείων, που μεταβάλλονται ανάλογα με τα επίπεδα συνείδησης στα οποία εμφανίζονται.

Η ανασύνταξη της προσωπικότητας, μπορεί να γίνει από την αρχή της θεραπείας με την ανοδική κίνηση. Δημιουργούνται συγκρούσεις ανάμεσα στις αναπαραστάσεις, μπορούν να παραχθούν καινούργια δυναμικά σχήματα με την επανάληψη αυτών των ίδιων σχημάτων σε άλλες ονειροπολήσεις, τα οποία αργότερα μεταφέρονται στην πραγματική ζωή και κατ' αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η θεραπεία (Μαρκαντώνης, 1984).

Όσον αφορά τις πρόωρες γεννήσεις, που αναφέρονται στην έρευνά μας, μπορούν να θεωρηθούν από μια ψυχοσωματική οπτική, διότι ο ρόλος της φυσικής κατάστασης παίζει μεγάλη σημασία. Παρατηρήσαμε όμως, ότι οι περισσότερες απ' αυτές τις νεαρές μητέρες εμφανίζουν μια διχασμένη στάση, όσον αφορά αυτό που επιθυμούν για το παιδί τους, τη ζωή ή τον θάνατο, και η πρόωρη γέννα ενός παιδιού, για ορισμένες απ' αυτές, συχνά πρέπει να μπορεί να θεωρείται, μέσα από μια οπτική συμβιβασμού ανάμεσα στις δυο τάσεις: άγχος για τον θάνατο, αλλά και πιθανότητα απελευθέρωσης για τη μητέρα και το παιδί, δηλαδή, πιθανότητα για ζωή (Klein, 1972^a, 1972^b, 1972^c).

Τέστ Adit

Το τέστ Adit είναι ένα τέστ, που το εμπνεύστηκε ο Έλληνας ψυχαναλυτής Ν.Ν. Δρακουλίδης. Αυτό συνοδεύεται από ταυτόχρονη προβολή εικόνων, όπως το T.A.T. με το οποίο, μέσω των εικόνων, ερευνάται και αναλύεται η προσωπικότητα σε συνδυασμό με τα βιοματικά δεδομένα (Dracoulides, 1974, 1975).

Οι εικόνες του τέστ Adit προβάλλουν μια αισθητική αντίληψη σχετική, ανεξάρτητα από την εξωτερική πραγματικότητα, η οποία καθοδηγείται από την εσωτερική πραγματικότητα του εξεταζόμενου, πράγμα που διευκολύνει στη διασάφηση των προβλημάτων,

για τα οποία επιζητείται λύση, η οποία (λύση) βασίζεται στην ανακάλυψη της αιτιολογίας τους.

Σε μια πρώτη επαφή, προτού αρχίσουμε την ψυχοθεραπεία, δώσαμε στα "υποκείμενα" το τέστ Adit για να μπορέσουμε, χωρίς εν τούτοις να προδικάσουμε, να τα κατατάξουμε περίπου σ' ένα ορισμένο επίπεδο νευρώσεως και να σιγουρευτούμε ότι δεν έχουν κυριευθεί από ψύχωση, πράγμα που θα επέβαλε την εφαρμογή μεγαλύτερης φροντίδας.

Θα μπορούσαμε, λοιπόν, να λάβουμε υπ' όψη μας, ότι η εφαρμογή της τεχνικής της κατευθυνόμενης ονειροπόλησης θα ταίριαζε σ' αυτά τα υποκείμενα, όπως επίσης και το ότι υπάρχει σχέση, μέσω των αναπαραστάσεών της, με το τέστ Adit.

Επιβεβαιώθηκα για την επιλογή μου από το γεγονός ότι μια επανάληψη του τέστ Adit (re-test) 8 μήνες μετά τον τοκετό έδωσε απαντήσεις, που εναρμονίζονταν απόλυτα με τη γλώσσα και τα καινούργια συναισθήματα, που είχαν εκφράσει τα "υποκείμενα" στην κατευθυνόμενης ονειροπόληση και κατ' αυτόν τον τρόπο επιβεβαιώθηκε η αποτελεσματικότητά του, όπως και της κατευθυνόμενης ονειροπόλησης, και έδωσε μια πολύ ενδιαφέρουσα προσωπική συμβολική.

Κατόρθωσα δηλαδή να αποδείξω, ότι η συμβολική αυτής της μεθόδου ψυχοθεραπείας παρουσίαζε κοινά σημεία με τη συμβολική των εικόνων του τέστ Adit και ότι οι ασθενείς έδιναν παρόμοιες ερμηνείες. Επίσης, τον τρόπο με τον οποίο η θεραπεία με την κατευθυνόμενη ονειροπόληση, μετά τον τραυματισμό, διέγειρε τα ίδια συστήματα άμυνας των "υποκειμένων" κι ακόμη, ποιοι από τους μεταβιβαστικούς συσχετισμούς δημιούργησαν καταστάσεις κατά κάποιο τρόπο παρόμοιες μεταξύ τους, ως προς την έρευνα του πλούτου των εικόνων που διαθέτει, καθώς και όλων των δυνατοτήτων διαλόγου και επικοινωνίας ανάμεσα στον ψυχοθεραπευτή και τα "υποκείμενα", όπως επίσης και λόγω της ποικιλίας της προσωπικής συμβολικής όλων εκείνων, για τα οποία θα έπρεπε να δοθεί εκ μέρους τους εξήγηση, κι ακόμη λόγω της διέγερσης που προκαλούν στα "υποκείμενα", με ανοδική ή καθοδική πορεία, οι αναπαραστάσεις του Κόσμου της Φαντασίας. Επί πλέον μπόρεσα να εκτιμήσω όλες τις δυνατότητες, που προσφέρει αυτή η τεχνική στη διαδικασία της μετουσίωσης (Sublimation), που είναι η μετάθεση μιας έμφυτης φυσικής ενέργειας σε ανώτερους κοινωνικούς στόχους.

Ο ίδιος ο Freud εισήγαγε αυτόν τον όρο στην ψυχολογία και σκέφθηκε να οδηγήσει τις έρευνες προς αυτή την κατεύθυνση, τον πρόλαβε, όμως, ο θάνατος. Ο Robert Desoille έφθασε σ' αυτόν

τον στόχο με την κατευθυνόμενη ονειροπόληση, που τοποθετεί σωστά τις ανθρώπινες αξίες παρουσία των ενστίκτων (Freud, 1968, 1971).

Ο διάλογος ανάμεσα στον ψυχοθεραπευτή και τον ασθενή του παίζει θετικό ρόλο για τους Έλληνες, οι οποίοι φοβούνται τη σωπή του ψυχαναλυτή. Όντας μεσογειακός λαός, οι Έλληνες, επιθυμούν μια προσωπική και ζεστή επαφή με τους γιατρούς τους.

Επιπλέον, οι εσωτερικές αναπαραστάσεις (representations intérieures), επιτρέπουν την εξερεύνηση του φανταστικού κόσμου των "υποκειμένων", όπως τον συναντά κανείς στα όνειρά τους.

Εξ άλλου, η κατευθυνόμενη ονειροπόληση, περιπλανώμενη ανάμεσα στα διάφορα πεδία της συνείδησης, βοηθά στο να απομακρυνθεί κανείς από τις αναπαραστάσεις της καθημερινής ζωής, να τις αντικρύσει από απόσταση, να τις εκτιμήσει, να τις κρίνει, να τις ερμηνεύσει και να τις αναβιβάσει.

Η καθημερινή γλώσσα που προσεγγίζει άμεσα τα πρόσωπα και τις ενέργειες αυτής της καθημερινής ζωής είναι πολύ πιο αφοπλιστική από τη συμβολική έκφραση, που αποκαλύπτεται μεν με πιο αργό ρυθμό (έστω κι αν αναγνωρίζεται πάντα από τα συμφραζόμενα) αλλά, η οποία όμως, αποδεικνύεται λιγότερο τραυματική (Nicolaidis, N.N. 1982).

Οι Υποθέσεις

Η κεντρική υπόθεση του ερευνητικού μας προγράμματος ήταν ότι οι καρκινοπαθείς γυναίκες της έρευνας:

- α) είναι άτομα γεμάτα από τραυματικά γεγονότα της πρώτης παιδικής ηλικίας (θάνατος στενού συγγενή ή φίλου, εμπειρίες μοναξιάς) ή με υπερβολικές προσδοκίες των γονέων κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Bahnsen, 1979).
- β) Χαρακτηρίζονται, από εσωτερικές ψυχολογικές εντάσεις και αναστολές, (εσωστρέφεια και μη έκφραση των συναισθημάτων τους) (Kissen, 1963), (Bahnsen, 1969).
- γ) Οι γονείς τους δεν ανταποκρίνονταν ανάλογα στις σχέσεις μαζί τους. Έτσι, σαν παιδιά αναγκάστηκαν να προσαρμόζονται σε κοινωνικούς κανόνες και μοντέλα που οι γονείς τους διαμόρφωσαν ή το περιβάλλον (Grossarth Maticsek, 1979 et al).
- δ) Είναι άτομα που δεν διεκδίκησαν από παιδιά συναισθηματικές επιθυμίες από την οικογένεια ή το εν γένει περιβάλλον τους (Bahnsen 1967, 1971) και
- ε) Η κληρονομικότητα και το περιβάλλον (τρόπος ζωής) παίζουν

ρόλο στην εκκόλαψη της αρρώστιας τους (Herzlich, 1963).

Κατά τον Bastiaans (1974), η χαρακτηριστική συμπεριφορά των καρκινοπαθών είναι επιθετικότητα, ρεαλισμός, απάρνηση για το σεξ, κατάθλιψη.

Για να αναλύσουμε την ορθότητα των διαπροσωπικών σχέσεων στη διαδικασία της καρκινογένεσης, διατυπώσαμε και εξετάσαμε μια σειρά θεωρημάτων, που αναφέρονται στην επίδραση των διαπροσωπικών σχέσεων και του καρκίνου (Grossarth-Maticsek et al 1982). Σ' αυτές τις υποθέσεις ο όρος "κατάπνιξη του συναισθήματος" έχει το νόημα της καταπίεσης.

Η καταπίεση εμφανίζεται, όταν ένα άτομο κάτω από κατάσταση πίεσης ή απομόνωσης από ένα άλλο άτομο ή από μια ομάδα, δεσμεύεται να εκφράσει τα συναισθήματά του.

Υπάρχει διαφορά στο ποιο είδος καταπίεσης επιλέγουμε: αυτό του "παραλήπτη", αυτό του "αποστολέα" ή αυτό του "αρνητή" (της καταπίεσης).

Οι καρκινοπαθείς, κατά τον Grossarth-Maticsek και την ομάδα του, εμφανίζονται σαν "χρόνιοι παραλήπτες".

Από τη μια πλευρά, οι ασθενείς εξαναγκάζονται να αναλάβουν αυτόν τον ρόλο λόγω της ψυχο-δυναμικής τους δομής, που είναι ριζωμένη στην παιδική τους ηλικία και από την άλλη, λόγω κοινωνικών περιβαλλοντικών και οικονομικών δομών, που αλληλοεπιδρούν στην καρκινογένεση. Με άλλα λόγια, πιστεύουμε ότι η παθολογική επίδραση ενός παράγοντα είναι έντονα εξαρτώμενη από την παρουσία άλλων παραγόντων.

Κατά την άποψη προηγούμενων ερευνητών, ο πιο σημαντικός ψυχοκοινωνικός παράγοντας για καρκινογένεση, θεωρείται η χρόνια καταπίεση των συναισθημάτων και επιθυμιών του ασθενούς π.χ. καταπίεση σε κάποια επαγγελματική επιδίωξη, καταπίεση σε διαπροσωπική σχέση κ.ά. (Bastiaans, 1974), (Grossarth-Maticsek, 1980).

Ο Rodin (1980, 1986), μελέτησε ηλικιωμένα άτομα σε ένα Οίκο Ευγηρίας, που υπόκειντο σε διάφορες πιέσεις. Σύμφωνα με τη θεωρία, η καταπίεση μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε κατάπτωση και θάνατο. Τα υποκείμενα της πειραματικής ομάδας του Rodin δεν υφίσταντο Stress. Τα αποτελέσματα απέδειξαν ότι οι ασθενείς που έλαβαν κατάλληλες οδηγίες για τη συμπεριφορά αντιμετώπισης γεγονότων έδειξαν πρωτοβουλία, ενδιαφέρον και δύναμη και επέζησαν περισσότερο καιρό από τους ασθενείς που υπέστησαν καταπίεση.

Είναι δυνατό, σαν αιτίες καταπίεσης να παρουσιαστούν οι εμπειρίες της πρώτης παιδικής ηλικίας και από συγκεκριμένα κοι-

ωνικά αίτια. Άσχημες συναισθηματικές εμπειρίες, που δεν εκφράζονται, είναι δυνατό να μετατραπούν σε σωματικά συμπτώματα, αφού το συγκρατημένο Stress οδηγεί σε αύξηση της εκκρίσεως του φλοιού των επινεφριδίων (Higher Values of Adrenocorticoids). Αυτό είναι πιθανώς ένα από τα πρώτα θήματα στη μετατροπή της ψυχοκοινωνικής έντασης σε βιοχημικές και μοριακές βιολογικές λειτουργίες, που μπορούν στη συνέχεια να δημιουργήσουν καρκινογένεση (Bartrop et al 1979).

Οι πιθανοί παράγοντες καρκινογένεσης, σύμφωνα με τις υποθέσεις της έρευνάς μας, αναφέρονται στον Πίνακα III.

ΠΙΝΑΚΑΣ III

Πιθανοί παράγοντες καρκινογένεσης σύμφωνα με τις υποθέσεις της έρευνας

- | | |
|------------------------|---|
| α) Ψυχολογικά αίτια | <ul style="list-style-type: none"> α) Τραυματικά γεγονότα στην παιδική ηλικία και στη ζωή του ενήλικα β) χρόνια "κατάπιξη συναισθημάτων" (καταπίεση) γ) καμία κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη από την οικογένεια όπως οι ίδιες την εννοούσαν δ) παράγοντες προσωπικότητας (ευαίσθητη προσωπικότητα-μη-εκφραζόμενη συναισθηματικότητα) |
| β) Κοινωνικά αίτια | <ul style="list-style-type: none"> α) Κοινωνικο-δομικές μεταβλητές (προκαταλήψεις-θρησκοληψία κ.ά.). β) αντικοινωνική συμπεριφορά (εσωστρέφεια) |
| γ) Ιατρικοί παράγοντες | <ul style="list-style-type: none"> α) Κλασικοί παράγοντες κινδύνου (κάπνισμα, κόπωση πιθανή κληρονομικότητα, υπερένταση) β) νευρο-ενδοκρινολογικές διαταραχές από μικρή ηλικία. |

Πηγή: Anastasia Rigas: Laissez - moi Vivre "Doctorat 3ème Cycle Univ. Paris VII, Paris, 1983.

Αποτελέσματα

Οι παράγοντες που τροποποίησαν τις συνιστώσες των επιθυμιών των πέντε γυναικών στη δική μας μελέτη περιπτώσεων είναι οι ακόλουθοι, κατά τη γνώμη μας:

- 1) Ο κοινωνικός παράγοντας Π1
- 2) Ο ιατρικός παράγοντας Π2
- 3) Ο ψυχολογικός παράγοντας Π3

1) Ο κοινωνικός παράγοντας (Π1)

Τα σημαντικά σημεία που πρέπει να σημειώσουμε εδώ είναι: η σημερινή ελληνική κοινωνία και η θέση της γυναίκας και των επιθυμιών της.

Οι ασθενείς ήταν όλες νέες με αρκετές δυνατότητες για ένα καλό μέλλον: αγάπη του συζύγου, διασφαλισμένες υλικές συνθήκες, διαβίωση σε μια ηλιόλουστη χώρα, άνετες κατοικίες. Σε κάθε περίπτωση, αυτές οι θεραπείες μας επέτρεψαν να φέρουμε στην επιφάνεια όλο τον αναδημιουργικό πλούτο του χώρου της φαντασίας. Παραμένουν όμως άλλα προβλήματα. Εδώ, μπορούμε να πούμε ότι η ψυχοσωματική ασθένεια αυτών των μητέρων έρχεται ίσως σε απάντηση της ενοχής για την πρώτη τους άμβλωση ή για ένα πρόβλημα πολύ πιο γενικό, που ανοίγει το δρόμο σ' άλλες κοινωνικές υποθέσεις και σ' άλλες έρευνες, πιο εκτεταμένες από το δράμα: άμβλωση, ψυχοσωματική ασθένεια, έρευνες που μας οδηγούν να αναζητήσουμε άλλες αιτίες στη διαταραχή της συμπεριφοράς αυτών των ελληνίδων γυναικών, αναφερόμενες στην ετερο-αυτοαποδοχή των επιθυμιών τους και της σεξουαλικότητάς τους, απέναντι σ' ένα αυστηρών αρχών κοινωνικό περιβάλλον σχετιζόμενο με την οργάνωση της δικής τους οικογένειας.

Πρέπει να σημειώσουμε ότι οι άμβλώσεις έγιναν πριν από το γάμο και δημιούργησαν τα ψυχοσωματικά αυτά προβλήματα, κάτι που σημαίνει ίσως ότι οι γυναίκες αυτές δεν ήταν δυνατόν να ζήσουν ελεύθερα τη σεξουαλική απελευθέρωση, χωρίς τον κίνδυνο να αποκτήσουν ένα παιδί έξω από το γάμο.

Μέσα από την κατευθυνόμενη ονειροπόληση, στην πραγματικότητα φαίνονται να εκφράζουν ότι προσπαθούν να ζήσουν την επιθυμία τους εκτός του κοινωνικού πεδίου, όπου όμως αυτή η επιθυμία δεν μπορεί να υπάρξει: Τότε παντρεύονται, υποτάσσονται στους "κοινωνικούς νόμους". Διαφορετικά η καταπιεσμένη σεξουαλική επιθυμία τις οδηγεί σε ψυχοσωματικά προβλήματα, προκειμένου να ενταχθούν στο κοινωνικό και οικογενειακό πλαι-

σιο όπου ζουν (να μην παρεκκλίνουν).

“Πώς είναι δυνατόν να επανέλθουν στη φυσιολογική ζωή, οι πέντε νεαρές μας μητέρες; Ποιος είναι ο καθοριστικός παράγοντας που ανοίγει γι’ αυτή τη γενιά στην πραγματικότητα μια δυνατότητα για ζωή; Αναφορικά με τη γενιά των προηγούμενων μητέρων, αυτές πέθαναν από καρκίνο. Ήταν ίσως γιατί δεν μπορούσαν να ζήσουν την επιθυμία τους, εξαιτίας μιας κοινωνίας πολύ πιο κλειστής απ’ ό,τι σήμερα, μιας άκαμπτης οικογένειας, ενός αδιάφορου συζύγου, που δεν τους εκδήλωνε ποτέ την αγάπη του και του γεγονότος ότι η κοινωνική ζωή στην Ελλάδα υφίστατο ακόμη τις συνέπειες του εμφύλιου και του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου;

Στις εξετασθείσες περιπτώσεις, εκτιμήσαμε προσωπικά ότι η μη κοινωνική προσαρμογή των άρρωστων εγκύων γυναικών, τα προβλήματα με τον πατέρα, την οικογένειά τους, ο εν γένει τρόπος ζωής τους είναι πραγματικές αναπηρίες. Πολύ συχνά, η ασθενής είναι ένα νευρικό άτομο, στο οποίο τα οδυνηρά γεγονότα της ζωής φέρνουν άγχος και φόβο (Carel, 1977).

Η αρρώστια στηρίζεται και στο άτομο και στον τρόπο ζωής, που παίζουν το ρόλο τους την κατάλληλη στιγμή (Herzlich, 1969).

Αν αναλύσουμε τη ζωή αυτών των γυναικών, μένουμε έκπληκτοι από την επανάληψη των ίδιων στοιχείων: Η “γυναίκα” παντρεύτηκε πολύ νέα και υποβλήθηκε σε ιατρικές θεραπείες και εγχειρήσεις. Υπήρξε συναισθηματικά αρκετά στερημένη (τραυματισμένη) όταν ήταν παιδί. Ο γάμος στάθηκε ένα πρόσχημα για να ξεφύγει από την οικογενειακή κηδεμονία ή για να βρει την αγάπη, την ασφάλεια, που της είχε πάντοτε λείψει και ακόμη ένας τρόπος να αποδείξει ότι μπορούσε να πορευθεί μόνη της στη ζωή (Schain, 1980), (Σακελλαρόπουλος, 1964).

Από θρησκευτική άποψη, η ύπαρξη του Θεού, (Πατέρα ή Υιού) κατά τη διάρκεια μιας ασθένειας ή κατά τον τοκετό, αντιπροσωπεύει εκείνη τη στιγμή τον πατέρα ή το σύζυγο, που πρέπει να αποτρέψει επίσης τους κινδύνους, τις οδύνες, τους φόβους για θάνατο, από την κόρη του ή από τη γυναίκα του, ή από το παιδί, που θα γεννηθεί (Desoille, 1974).

(Παρατηρήσαμε καλά αυτήν την αναπαράσταση και την προστατευτική ύπαρξη του Χριστού και της Παρθένου Μαρίας στις ονειροπολήσεις των περιπτώσεών μας).

2) Ο Ιατρικός Παράγοντας (Π2)

Η ιατρική έρευνα για την καταπολέμηση του καρκίνου έχει

προχωρήσει πολύ πιο πέρα απ' ό,τι πριν τριάντα χρόνια (γιατί στις περισσότερες περιπτώσεις, εκείνη την εποχή, ο καρκίνος ήταν μια ασθένεια ακόμα λίγο γνωστή, που η διάγνωσή της γινόταν με καθυστέρηση και αντιμετωπιζόταν μόνο στο τελευταίο της στάδιο, κάτι που κατέληγε στο θάνατο των ασθενών).

Ο Renneker μελέτησε ένα μεγάλο αριθμό γυναικών προσβεβλημένων από καρκίνο μαστού και ανακάλυψε ενδιαφέροντα κλινικά δεδομένα που προσανατολίζουν αρκετά καλά την έρευνα. Οι περισσότερες από τις γυναίκες που μελέτησε δεν είχαν και δεν ήθελαν παιδιά, δεν είχαν σεξουαλικό οργασμό στην πλειονότητα, ήταν καλοσυνάτες και ανίκανες να εκφράσουν θυμό, πολλές είχαν μια μαζοχιστική προσωπικότητα, με τάση στη θυσία. Για να προβλεφθεί η ηλικία που θα εγκαθίστατο ο όγκος και η διάρκεια ζωής μετά τη διάγνωσή του, ο Renneker πιστεύει ότι θα ήταν πιο χρήσιμη η γνώση του χαρακτήρα των ασθενών, παρά η μορφή της προσβολής τους. Αυτές που ζούσαν για μεγαλύτερο διάστημα, γίνονταν περισσότερο ικανές να εκτονώσουν την εχθρότητά τους, ή ανέπτυσσαν ένα ειρηνικό χαρακτήρα ψυχικής επικοινωνίας με το περιβάλλον, το Θεό ή τον γιατρό τους. Κάνοντας αυτό, ελευθέρωναν ενέργεια, που μπορούσε έτσι να χρησιμοποιήσει ο οργανισμός, για να αμυνθεί εναντίον της επέκτασης του κακού (Renneker, 1952).

3) Ψυχολογικός παράγοντας (Π3)

Οδηγούμενοι από την εμπειρία μας, η παρέμβασή μας συνίστατο κατά πρώτο λόγο στη δημιουργία στοργικής σχέσης (Maternage - μιας σχέσης ανάλογης με τη σχέση μητέρας παιδιού), που την δικαιολογούσε η παλινδρόμηση των ασθενών. Έπειτα η παρέμβασή μας έγινε με την αναζήτηση των κανόνων διερεύνησης της ψυχής, δηλαδή, μια ψυχοθεραπεία μέσω της Ονειροπόλησης του Desoille. Η ψυχική κατάσταση των ασθενών μας ήταν η συνέπεια ενός μη αποδεκτού πένθους. Αυτό το πένθος, ενεργοποιημένο και πάλι, έφερε στην επιφάνεια όλο το βαρύ παρελθόν τους (Klein, 1975). Δηλαδή:

α) σε σχέση με τους γονείς
την ενοχή
την υπερπροστασία
την παλινδρόμηση
(μη αποδεκτό πένθος)
(για το θάνατο της μητέρας)

- Οι 5 ασθενείς στα σενάρια της
Κ.Ο. και κατά το διάλογο που
έγινε με τον ψυχοθεραπευτή κατέληξαν
σε μια θετική μεταβίβαση
(η οποία στη Κ.Ο. γίνεται
με τις αναπαραστάσεις).

- β) σε σχέση με τον εαυτό τους:
- αποδοχή της μητρότητας
 - πρώιμος τοκετός αλλά υγιές παιδί
 - απόρριψη της ασθένειας

Συνάντηση με τα δημιουργικά σύμβολα της μητρότητας, όπως:
 "Είμαι ικανή να δώσω τη ζωή παρά την αναπηρία της αρρώστιας"

Συμπεράσματα

Οι πέντε γυναίκες, ήταν κάτω από την κυριαρχία του θανάτου: είχαν όλες μια μητέρα που πέθανε από την ίδια ασθένεια με αυτές, μερικά χρόνια μετά τη γέννησή τους. Σε όλη τη ζωή τους ένιωθαν έντονα το πένθος και την ενοχή τους. Η γιαγιά υπήρξε απομονωμένη, αυστηρή ή υπερπροστατευτική. Ο πατέρας αδιάφορος ή λιγομίλητος (Rose, 1961, 1961, 1971).

Όλο το περιεχόμενο αυτού του πλαισίου, καταλήγει σ' ένα πένθος χωρίς διέξοδο, όπου θα εμφανιστούν διαδοχικά οι έμμονες ιδέες άμυνας, αλλά επίσης μια άρνηση της πραγματικότητας, καθώς και μια απόκρυψη των ψυχικών διαθέσεων που συνδέονται με τον θάνατο.

Σ' αυτή την κατάσταση, στην αρχή της θεραπείας, οι ασθενείς μας έχουν πεισθεί ότι ήταν "κακές μητέρες", ότι ήταν ανίκανες ν' αγαπήσουν το παιδί τους.

Δηλαδή η άμυνά τους συνίστατο σε "μία άρνηση της πραγματικότητας", εκείνης "του παιδιού που επρόκειτο να έλθει" και του "να είναι μητέρες οι ίδιες". Η άρνηση δημιούργησε ένα ρήγμα με το "εγώ" τους (Klein, 1972^a, 1972^b, 1972^c).

Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας, ένας αριθμός των αναπαραστάσεων του παιδιού που επρόκειτο να έρθει βρέθηκαν να απειλούνται, από τις θανατικές παρορμήσεις της μητέρας του, χωρίς να έχουμε τη δυνατότητα να τις αντιμετωπίσουμε καλά, όπως έγινε στη συνέχεια. Η σχέση στοργής (Maternage), ανάλογη με εκείνη της μητέρας-βρέφους επέτρεψε στις ασθενείς της έρευνάς μας να χαλαρώσουν τις καταστροφικές τους άμυνες (Sami-Ali, 1977).

Η νοσταλγία της πρόωρα χαμένης μητρικής αγάπης (απούσα μητρική αγάπη), επέφερε επίσης μια εξάρτηση, αλλά ήταν ενός είδους τέτοιου, που τελικά ενθάρρυνε τον χωρισμό και την προστασία απέναντι στο παιδί που επρόκειτο να έρθει. Η κα Α, η κα Κ, η κα Δ, η κα Ο και η κα Ε γίνονται δημιουργικές, γιατί τελικά κατευθύνονται από την αγάπη, ενώ η εξάρτηση που στηριζόταν στην κακή μεταχείριση και το μίσος ήταν άγονη και κατα-

στρεπτική προηγουμένως (Klein, 1975), (Rosolato, 1980), (Rouyer, 1978).

Στη θεραπευτική αγωγή χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω μέθοδοι υποστήριξης (Grossarth-Maticek, 1982⁶):

(1) Κοινωνική Υποστήριξη (Social Support)

Επιχειρήσαμε να ανακαλύψουμε ποιες ήταν οι κοινωνικές ανάγκες των ασθενών μας και ποια ήταν η δική τους αντίδραση στις αλλαγές συμπεριφοράς που τους προτάθηκαν.

(2) Συνεργατική Αγωγή (Cooperative Suggestion Training)

Σ' αυτό το στάδιο χρησιμοποιήσαμε τη χαλάρωση (οι περισσότεροι θεραπευτές χρησιμοποιούν την ύπνωση). Είναι ακριβώς το στάδιο, όπου ο ασθενής είναι ανίκανος ακόμα να πετύχει κάτι με τη δική του δύναμη θέλησης (δηλαδή απαλλαγή από αϋπνία, κάπνισμα, αντιδραστική συμπεριφορά εξ' αιτίας οδυνηρών γεγονότων της ζωής του κ.λ.π.) και έχει το συναίσθημα, ότι δεν είναι κοινωνικά αποδεκτός, κυριεύεται από απελπισία και ψυχική κατάπτωση, που τον οδηγούν στην αυτο-καταστροφική συμπεριφορά.

Ο θεραπευτής πρέπει να συγκεντρωθεί στο πρόβλημα του θανάτου, που απασχολεί έντονα τον ασθενή και του δημιουργεί τις αυτοκαταστροφικές τάσεις.

(3) Συναισθηματική Αγωγή (Insight and Emotion Training)

Ο θεραπευτής αναλαμβάνει τον ρόλο του "εξιδικευμένου προσώπου αναφοράς", γίνεται το πρότυπο αξιών και συμπεριφοράς, που ο ασθενής μπορεί να εκφράζει τις επιθυμίες και τις ανάγκες του, όντας όλο και πιο σίγουρος, ότι αυτός τον καταλαβαίνει, τον δέχεται.

Από τη μια πλευρά υπάρχει ο καταδικασμένος, ο ρέπων προς την αυτο-καταστροφή ασθενής και από την άλλη ο υγιής θεραπευτής, ικανός να εκφράσει τις ανάγκες του.

Σ' αυτό το στάδιο, ο θεραπευτής έχει σαν λειτουργημά του, πρώτο να υποστηρίξει τις απόψεις του ασθενή και δεύτερο να διευρύνει το πεδίο συμπεριφοράς και αναγκών του.

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας δυνατά συναισθήματα εκφράζονται, συνδεδεμένα π.χ. με την αγάπη προς κάποιον ή την αυτοκατηγορία.

Η κοινωνική ψυχοθεραπεία στις δικές μας περιπτώσεις καρκι-

νοπαθών είχε τους παρακάτω στόχους: α) την επανεγκατάσταση ενός πρότυπου αναγκών, που έχει αποκοπεί λόγω της ασθένειας β) την εκπόνηση τεχνικών συμπεριφοράς και ερμηνείας, μέσα από τις οποίες μπορούν να εκφραστούν οι ανάγκες τους και γ) την πρόληψη της εμφάνισης αυτο-καταστροφικών ψυχολογικών μηχανισμών.

Παράλληλα με την κοινωνική ψυχοθεραπεία, διεξάγονται από τους ερμηνευτές της συμπεριφοράς των καρκινοπαθών, οι λεγόμενες έρευνες εξέλιξης της νόσου (Disease Development Studies), κατά τις οποίες εξετάζονται, ((Thimothy, 1980^a, 1980^b):

α) η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς και η διάρκεια ζωής του, έπειτα από την πρώτη διάγνωση καρκίνου - εγχείρησης.

β) παρουσίαση τοπικών ή δευτερογενών μεταστάσεων και συνδυασμός με ευνοϊκούς ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (φυσική θρησκοληψία), έκφραση αναγκών-σχεδίων-ελπίδων, (που υπάρχουν), για το μέλλον, η πίστη στο γιατρό και στην Ομάδα θεραπείας, το ερωτικό ενδιαφέρον, μη ευνοϊκοί παράγοντες συμπεριφοράς (κάπνισμα, υπερένταση, καταχρήσεις εν γένει, ναρκωτικά), συναίσθημα κοινωνικής απόρριψης, πλήρης έλλειψη επαγγελματικών σχεδίων, συναίσθημα ότι είναι κοινωνικά απόβλητος κ.ά.).

“Θα ήθελα ωστόσο να ξέρω ακόμα τι είναι ένας πατέρας ή μια μητέρα, ιδίως όταν σκέπτομαι πως έχουμε την ευτυχία να είναι ακόμα ζωντανοί”. Ή ακόμα, όταν κάποια άλλη από τις ασθενείς μου, μου λέγει σχετικά με τον καρκίνο: “Στο βάθος... αυτή η ασθένεια είναι όπως οι άλλες σοβαρές ασθένειες... Υπάρχουν δυνατότητες ίασης!!!” και συνεχίζει: “Πρέπει οπωσδήποτε να ξεφύγω από εκεί... και θα πρέπει αναμφισβήτητα να με βοηθήσετε...”.

Επιπλέον, η στοργή (Maternage) συμβάλλει στο να αποκατασταθεί στο εσωτερικό των ασθενών μας περισσότερη ασφάλεια και επίσης μια χαλάρωση στις μανιακής φύσεως άμυνες, που επιτρέπει στη σκληρότητα του υπερεγώ να ελαττωθεί.

Όσο περισσότερο η τάση και η ικανότητα για επανόρθωση μεγαλώνουν και η εμπιστοσύνη στο περιβάλλον μεγαλώνει, τόσο το υπερεγώ γίνεται πιο ήπιο και αντίστροφα” (Klein, 1972, 1975). Αν μεταφράσουμε αυτή τη δήλωση σε τρέχοντες όρους, μπορούμε να πούμε ότι αναφορικά με αυτές τις πέντε εγκύους γυναίκες, αφ’ ενός είμαστε πεισμένοι ότι έφεραν μέσα τους καλά αντικείμενα και επίσης ότι, στην πραγματικότητα, θα μπορούσαν να συνδεθούν μ’ αυτές καλά αντικείμενα. Η άρνηση της πραγμα-

τικότητας οδηγεί στο θετικό αποτέλεσμα της αυτοπροστασίας. "Δεν μπορεί να πεθάνω, έχω μια δύναμη, που δεν βλέπετε", μας έλεγε μια από τις ασθενείς μας που επιθυμούσε να συνεχίσει την πορεία της. (Ο G. Bachelard έγραφε: "η ονειροπόληση είναι ένα ξεκίνημα"). Στη συνέχεια, η ασθενής μπόρεσε να συλλάβει με την ανακάλυψη των αναπαραστάσεών της, ότι μπορούσε να δώσει "τη ζωή".

Έγινε αντιληπτό σε μας ότι αυτή η παρέμβαση εκ μέρους μας βοήθησε θετικότερα την πάλη εναντίον της "άρνησης της πραγματικότητας" και μπορούσε να προστατεύσει το παιδί, που επρόκειτο να έρθει, από την αναπαράσταση του κινδύνου (θανάτου) που διέτρεχε.

"Όταν μια μεγαλύτερη ασφάλεια δημιουργείται προοδευτικά στον εσωτερικό κόσμο και όταν, κατά συνέπεια, τα αισθήματα και τα εσωτερικά αντικείμενα μπορούν να ξαναβρούν μια κάποια ζωντάνια, οι διαδικασίες αναδημιουργίας μπορούν να τεθούν σε λειτουργία και η ελπίδα να ξανάρθει... το μαρτύριο μειώνεται και το υποκείμενο νιώθει σ' όλη της την ένταση τη νοσταλγία του αντικειμένου αγάπης που έχασε. Μ' άλλα λόγια, το μίσος έχει αποτραβηχτεί και η αγάπη έχει απελευθερωθεί..." (Klein, 1975).

Αυτή η αγάπη και αυτό το μίσος που εναλλάσσονται δημιουργούν μια αμφιθυμική στάση.

Κάθε ανθρώπινο ον είναι αμφιθυμικό στα αισθήματά του, δηλαδή υποκινείται από κάποιο βαθμό αγάπης και μίσους, εμπιστοσύνης και υποψίας, απέναντι στα ίδια πράγματα, στον ίδιο χρόνο. Η αμφιθυμία είναι, ωστόσο, περισσότερο έντονη στα άτομα που υποφέρουν από μια έλλειψη συναισθηματικής ισορροπίας (Klein, 1975).

Η "ονειροπόληση" μας παραδίδει το μυστικό αυτών των αμφιρρεπειών, που εμφανίζονται με τις μεταμορφώσεις στις οποίες υπόκεινται οι εικόνες με την κίνηση. Σύμφωνα με τη θέση του Desoille, αποτέλεσμα των πειραμάτων του και των εικόνων που δίνονται από τους ασθενείς του, τα αρχέτυπα που παρουσιάζονται στην ψυχή δεν είναι σταθερές αναπαραστάσεις. Μεταβάλλονται ανάλογα με τα επίπεδα συνείδησης και σχηματίζουν μακρές σειρές εικόνων που ξεκινούν από τα πιο χαμηλά επίπεδα αυτής της συνείδησης για να φθάσουν στα πιο ψηλά.

Ο Desoille διαβλέπει "δύο αρχετυπικές αλυσίδες", εκείνες των αρσενικών αναπαραστάσεων, που αρχίζουν από τον Σατανά, (στα βάθη) και φθάνουν μέχρι τον Θεό Πατέρα, (στα ύψη). Για την γυναίκα, η εικόνα της Μάγισσας είναι μέσα στα βάθη και, ανεπισσώμενη την κατακόρυφη γραμμή του χώρου της Φαντα-

σίας, την οδηγεί στην αναπαράσταση της Παρθένας-Μητέρας, στα ύψη, κατά την πορεία των μεταθέσεων.

Ανάλογα με τις διανοητικές δυνατότητες της ασθενούς, ταυτοποιείται η ίδια με τη γιαγιά, ή τη μάγισσα. Άλλοτε πάλι η ίδια ή η μητέρα της με την Παρθένο-Μητέρα.

Η Μάγισσα των παραμυθιών μπορεί να αντιπροσωπεύει για τον καθένα μας την κακή μητέρα ή το υποκατάστατό της (τη γιαγιά). Γι' άλλους διάφορα πρόσωπα, ανάλογα με την συναισθηματική κατάσταση και αυτό εξηγεί αυτές τις παράλογες στάσεις, που εξωτερικεύονται στην αμφιθυμία, γιατί σ' άλλες στιγμές βλέπουμε τη μητέρα να εμφανίζεται στα ύψη με το πρόσωπο της Παρθένου, (ανάλογα με τη μετάθεση των αναπαραστάσεων κατά μήκος των επιπέδων - συνείδησης) (Desoille, 1971).

Όλη η μυθολογία σημαδεύεται από αυτές τις συμβολικές αναπαραστάσεις της γυναίκας, δύναμης ζωής και θανάτου, ανάλογα με τα επίπεδα συνείδησης: Οι μεγάλες θεές, μητέρες των ανατολικών λαών, φαίνεται, έτσι, ότι υπήρξαν τόσο δημιουργοί της ζωής όσο και της καταστροφής, θεές της ζωής και θεές του θανάτου (θεά Κάλι-Ινδία). Μερικές από αυτές τις εικόνες χρησιμεύουν στην ενσάρκωση της δικής μας στάσης, στο πλαίσιο αυτής της πρωταρχικής αμφιθυμίας των συγκρούσεών μας με τη δική μας μητέρα. Μένει το ότι το πρόβλημα της μητρότητας εξαρτάται, πριν απ' όλα, από το κεντρικό πρόβλημα της ταυτοποίησης με τη μητέρα ή τον αντικαταστάτη της. Αυτή η σχέση της κόρης με την μητέρα, καλή ή κακή, είναι λοιπόν μια σχέση αμφιθυμική αγάπης και μίσους απέναντι στη μητέρα που παίζει, κατά συνέπεια, ένα σημαντικό ρόλο στη μοίρα της κόρης και τούτο είναι που μπορέσαμε να αποδείξουμε εδώ. Αναφορικά με την κόρη που εξαρτάται από τη μητέρα, στις συναντήσεις, που κάναμε με τις ασθενείς μπορέσαμε να ρίξουμε φως στο πρόσωπο της μητέρας που απουσιάζει (έχει πεθάνει) μέσω της οποίας η κόρη, ταυτοποιώντας την με την παρθένο, διαφωτιζόταν η ίδια σ' ένα θέμα ζωής. Μπορέσαμε να επιχειρήσουμε μια αναβίωση της μητέρας μέσω της εικόνας, αναιρέσαμε το θάνατο της μητέρας γιατί η Παρθένος είναι αθάνατη και ακριβώς έτσι αμβλύναμε τις τάσεις αυτοκτονίας της κόρης, που ταυτοποιόταν έτσι με μια μητέρα που δεν είχε καταστραφεί από την ασθένεια και πετύχαμε να εξελιχθεί η κόρη προς την εικόνα αναδημιουργίας της μητρότητας. Είναι, αυτή η αναπαράσταση της μητρότητας, που της επέτρεψε να βοηθήσει στη δημιουργία και στη γέννηση του παιδιού της. Εδώ ξαναβρίσκουμε το μεγάλο "θέμα" του Bachelard: "οι γραμμές του κόσμου της φαντασίας, είναι οι μεγάλες γραμ-

μές ζωής". Η "ονειροπόληση", μας δείχνει, ότι μια απ' αυτές τις ουσιαστικές γραμμές είναι εκείνη της "καθετότητας", που μας επιτρέπει να έχουμε πρόσβαση σ' όλα τα επίπεδα της συνείδησης, από τα μεγαλύτερα βάθη στα μεγαλύτερα ύψη (Bacherald, 1943).

Η ψυχική ασθένεια, που καθορίζει τις αγχοτικές εικόνες, μπορεί να τροποποιηθεί, από την κίνηση που εντυπώνεται σ' αυτές τις αναπαραστάσεις. Εδώ είδαμε μερικές από τις ασθενείς μας να εξελίσσονται κατά μήκος της "αρχετυπικής αλυσίδας της γυναίκας", που υπογραμμίζεται από τον Desoille, αντίθετα από τις αναπαραστάσεις σταθερών αρχετύπων και συχνά γοητευτικών, (κυρίως στα βάθη).

Τι μπορούμε να σκεφτούμε, για τον καρκίνο του μαστού που κι' αυτός επίσης, (στην ηλικία των ασθενών), – ίδια με την ηλικία της παθήσεως της μητέρας τους – μπορεί να ερμηνευτεί ίσως σαν μια επανάληψη του δράματος της μητέρας τους (όχι για την ίδια την ασθένεια, που δεν την έζησαν, αλλά για την κατάληξη αυτής της αρρώστιας – το θάνατο), του οποίου (θανάτου και των μετέπειτα επιπτώσεων) υπέστησαν τον αντίκτυπο στην παιδική ηλικία (Wolf, 1974).

Σ' όλα τα ανθρώπινα όντα, υπάρχει μια κάποια (αόριστη) προδιάθεση να επιστρέφουν σε περασμένες καταστάσεις, να επαναλαμβάνουν όλο και περισσότερο τα γεγονότα, σαν να υπαγορεύεται από βαθιά ένστικτα. Αυτή η ανάγκη ονομάστηκε από τον Freud "το ένστικτο της επανάληψης" και εκδηλώνεται στα παιχνίδια των παιδιών, όπως στη συμπεριφορά ασθενών πρωτοταγών ή νευρωτικών. Ποια είναι η προέλευση αυτού του ενστίκτου; Οφείλεται στην επιθυμία του ανθρώπινου όντος να αναμοχλεύει μια προηγούμενη κατάσταση; να κάνει βήματα προς τα πίσω, στη ροή της ύπαρξης; να επαναλαμβάνει ό,τι έχει συμβεί; (Freud, 1936, 1938, 1951).

Υπήρξε, μια σειρά ενδεικτικών τάσεων, ίσως ένας πρωτογενής σαδισμός, σ' αυτές τις ασθενείς, εναντίον του άνδρα, εναντίον του παιδιού και, αντίστροφα, ένας μαζοχισμός, που είναι σαν μια τιμωρία, να κάνουν να υποφέρει ο εαυτός τους, ή να διαφεύγουν από την τιμωρία αυτού του σαδισμού μέσω της αρρώστιας.

Όπως και να είναι, είναι ένα ένστικτο ζωής και αγάπης, που αναζητήσαμε και βρήκαμε σε αυτές τις μητέρες μέσα από την ψυχοθεραπεία της Κ.Ο. Μια πρόσβαση σ' αυτό το χώρο της φαντασίας, που περιέχει πολλές εικόνες δύσκολες να υποφερθούν αλλά επίσης κατέχει όλες τις αναπαραστάσεις αναδημιουργίας, που μπόρεσαν να αποδώσουν στις ασθενείς μας την όρεξη να

ζήσουν, όσο περισσότερο γινόταν, να ξεπεράσουν τα προβλήματα της ασθένειάς τους, να δεχθούν να φέρουν σε πέρας την εγκυμοσύνη τους και να δείξουν φροντίδα για τη ζωή και το μέγλωμα του παιδιού τους.

Βιβλιογραφία

- Bachelard G., *L' air et les Songes*, Paris, J. Corti, 1943.
- Bahnson M.B. Bahnson, C.B. Ego defenses in cancer patients *Ann. N.Y. Acad Sci.* 164:546-559 (1969).
- Bahnson C.B.: The theory of psychophysiological complementarity: applied to cancer an coronary heart disease. *Proc. XVII th Congr. Appl. Psychol. Liège* (Editest Brussels 1971).
- Bartrop, R.W. et al: The influence of the psyche and the brain on immunity and disease sysceptibility: a critical review. *Psychosom. Med* 41:147-164 (1979).
- Bastiaans, J.: Psychotherapy in psychosomatic medicine: in Antonelli, *Psychosomatic medicine* (Roma 1977).
- Baxter J.D. Harris, A.W.: Mechanism of glucocorticoid action general features with reference to steroid-mediated immuno-suppression. *Transplant. Proc.* 7:55-56 (1975).
- Beck A.T. *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York. International Universities Press. 1976.
- Bremonda, "Le vècu du cancer du sein et de la mastectomie de la femme". *Bordeaux médical*, 1980, 13: 964-966.
- Carel A. "Le nouveau-nè à risques" et ses parents. *Etude psychodramatique. Le devenir de la prématurité* (pp. 125-164) Paris, PUF, 1977.
- Carnar, R.: *Meaning and necessity*; 2nd ed.. (Chicago 1956).
- Georgas J. et al: Psychosocial Stress, Symptoms and Anxiety of Male and Female Teachers in Greece. *Journal of Human Stress* Winter, 1984.
- Cooper C.L. (Ed.) *Psychosocial Stress and Cancer*. New York. John Wiley and Sons, 1984.
- Cooper E.L. (Ed). *Stress, Immunity, and Aging*. New York. Marchel Dekker, 1984.
- Desoille' R. *Exploration de l' activité subconsciente par le "Rêve Eveille"* Paris. J.L. Artrey, 1938.
- Desoille R. *Entretiens sur le "Rêve Eveillé Dirigé"* Paris. Payot 1974.
- Desoille R., *Introduction à une psychothérapie rationnelle*. Paris. Ed de l'Arche 1955.
- Dessoille R. *Le "Rêve Eveillé" en Psychothérapie*. Paris PUF 1945.
- Dessoille R. *Marie-Clothilde, Une psychothérapie par le "Rêve Eveillé Dirigé"*, Paris, Payot, 1971.
- Desoille R. *Psychanalyse et "Rêve Eveillé Dirigé"*. Paris Le François, Paris 1950.
- Desoille R. *Théorie et Pratique du "Rêve Eveillé Dirigé"* Paris. Ed. Mont-Blanc. 1961.

- Deutsch H. La psychologie de la femme. "Les filles-mères" (p.p. 289-338). Paris. PUF 1973.
- Dolto F. La libido génitale et son destin féminin. Journées Internationales d'Amsterdam, 5-9 sept. 1960. La psychanalyse, Paris, 1964, VII, p.: 55-69.
- Dolto F. Psychanalyse et Pédiatrie, Paris, Le Seuil, 1971.
- Dolto F. Séminaires sur la Psychanalyse des enfants. Paris Le Seuil, Paris 1979.
- Dracoulides N.N. "ADIT". Japanese Bulletin of ART therapy. 6, Japan, 1975.
- Dracoulides N.N. Déviations de l'Instinct de maternité. Paris. Annales médico-psychologiques, F 1132, 1974, 4:485-494.
- Dracoulides N.N. Les orphelins du sein et leur retentissement social. Paris, Annales médico-psychol. 1,2, 1967, 3:375-388.
- Dracoulides N.N. Test ADID. Athènes ed. trist. Sciences de l'homme 1974.
- Dunbar F. Mind Body New York. Psychosomatic Medicine, Random House Inc. 1947.
- Dunbar G. Psychosomatic diagnosis. New York. Paul Hoher 1943.
- Eysenck H.J. Personality, stress and lung cancer In: S. Rachman (Ed.) Contributions to Medical Psychology, Oxford, Pergamon Press, 1984 Vol. 3 pp 151-171.
- Eysenck H.J. Personality, cancer and cardiovascular disease. A causal analysis, Personality and Individual Differences, 5, 535-557 (1985).
- Eysenck H.J. Smoking and Health In: R.D. Tollison (Ed.). Smoking and Society. pp. 17-88 Lexington, Mass.: D.C. Heath and Company 1986.
- Eysenck H.J. Stress, disease and personality: The "inoculation effect" In: C.L. Cooper (Ed) Stress Research, New York Wiley 1983, p.p. 121-146.
- Eysenck H.J. The Causes and Effects of Smoking. London Maurice Temple Smith 1980.
- Fox, B.H.: Premorbid psychological factors as related to cancer incidence. J. behav. Med. 1: 45-133 (1978).
- Freud S. Au-delà du principe de plaisir. Essais de psychanalyse (pp. 5-75). Paris. Payot 1951.
- Freud S. Deuil et Mélancolie, Métapsychologie (pp. 146-174) Paris. ed. Gallimard 1968.
- Freud S. Breuer J. Etudes sur l'hystérie (4ème ed) Paris. PUF 1973.
- Freud S. Fragment d' une analyse d' hystérie, Cinq Psychanalyses (pp. 1-91). Paris. PUF. 1971.
- Freud S. La féminité. Nouvelles expériences sur la psychanalyse (p. 117) Paris. N.R.F. 1936.
- Freud S. On bat un enfant. 1933 Revue franco-psychan. Paris 1938.
- Centry W.D. (Ed) Handbook of Behavioral Medicine. New York, The Guildford Press, 1984.
- Grossarth-Maticek, R.: Psychosocial predictors of cancer and internal diseases. An overview Psychother. Psychosom. 33: 122-128 (1980a).
- Grossarth-Maticek, R.: Synergetic effects of cigarette smoking systolic blood pressure and psychosocial risk factors for lung cancer, cardiac infarct and apoplexy cerebri. Psychother. Psychosom 34:267-272 (1980b).
- Grossarth-Maticek, R.; Jankovic, M.; Vetter, H.: Standard risk factors for lung cancer, cardiac infarct, apoplexy, diabetes mellitus and their change in

- psychosocial context. *Psychother. Psychosom* 37: 13-21 (1982a).
- Grossarth-Maticek, R.; Kanazir D.; Vetter H.; Jankovic, M.: Preliminary report on the relationship between treatment with phenobarbital and incidence of cancer (Heidelberg 1980a).
- Grossarth-Maticek, R.; Kanazir, D.; Vetter, H.; Jankovic, M.: Vorläufige Auswertung der erhobenen Cholesterindaten in der jugoslawischen prospektiven Studie (Heidelberg 1981).
- Grossarth-Maticek, R.; Siegrist, J.; Vetter, H.; Interpersonal repression as a predictor of cancer. *Social Sci. Med* (1982b).
- Hagnell, O.: The premorbid personality of persons who develop cancer in a total population investigated in 1947 and 1957. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 125: 846-855 (1966).
- Herzlich C., Santé et maladie. Analyse d' une représentation sociale. Paris, Mouton, 1969.
- Kanazir D., Djordjevic-Markovic R., Grossarth-Maticek R. Psychosocial (emotional stress, steroid hormones carcinogenesis: Molecular aspects, facts and speculations in: Y.A. Ouchinnikov (Ed), *Progress in Biorganic Chemistry and Molecular Biology*. Amsterdam, Elsevier, 1984, p.p. 509-530.
- Kissen, D.M.: Psychosocial factors, personality and lung cancer in men aged 55-64 Br. *J. med. Psychol.* 40:29-43 (1967).
- Kissen D.M. and Eysenck H.J. Personality in male lung cancer patients *J. Psychosomatic Research* 6, 123-137 (1962).
- Kissen D.M.: The significance of personality in lung cancer in men. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 125:820-826 (1966).
- Klein M. Contribution a l'étude de la psychogenèse des états maniacodépressifs in *Essais de psychanalyse* (pp. 311-340), Paris. Payot. 1972.
- Klein M. La criminalité in *Essais de Psychanalyse* (pp. 307-310) Paris. Payot. 1972.
- Klein M. Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs in *Essais de psychanalyse*. P. 341. Payot 1972.
- Klein M. Le retentissement des premières situations anxiogènes sur le développement sexual de la fille in *la Psychanalyse enfants*. pp. 209-250. Paris. PUF 1975.
- Kreisler L. Le corps meurtri in *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée* (pp. 110-118) Paris. ESF. 1978.
- Kreisler L. Les prématurés. Pourquoi ici et aujourd'hui? In *de dev. de la prématurité* (pp. 27-57) Paris. PUF. 1977.
- Lacan J. *Ecrits*. Paris. Le Seuil. 1966.
- Lazarus R.S., and Folkman. *Stress, appraisal and coping*. New York. Springer. 1981.
- Le Shan L.: An emotional life-history pattern associated with neoplastic disease. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 125:780-793 (1966).
- Μαρκαντώνης Ι. Βαθυψυχολογία και Αγωγή. Αθήνα Εκδ. Μαυρομάτη, (σ. 138-141 και 147, 162) 1984.
- Meignier. La thème de la mort-mère dans le cas grave de tuber-culoses pulmonaire. Paris. *Psyché*. Février-Mars 1957, n 112-113.
- Moscovici S. et al: *Psychologie Sociale*. Paris. PUF. 1984 (p. 210-212).

- Nicolaides N.N. et al: Créativité et/ou symptome, Paris Clancier-Guenaud "Psychopète" 1982.
- Nicolaides A. et N. Sur la terminologie et la langue. Journal de Genève 17-18 août 1974.
- Northey W.T. Studies on the interrelationship of cold environment, immunity and resistance to infection. I. Qualitative and quantitative studies on the immune response. Journal of Immunology, 94, 649 (1965).
- Παπαστάμου Στάμος, Εγχειρίδιο Κοινωνικής Ψυχολογίας. Αθήνα. Οδυσσέας 1989.
- Papastamou S. La psychologisation: erreur individuelle ou stratégie collective? στο J.L. Beauvois, J.M. Monteil + R.V. Joule (Eds) Perspectives cognitives et conduites sociales, Cousset, Delval, 1989.
- Petrakis, N.L. et al: Cholestrerol and cholesterol epoxide in human breast secretions. Cancer Detect, Prevent 3: Abstr. 133 (1980).
- Pontalis S.B. Entre le rêve et la douleur. Paris Gallimard, 1977.
- Price V.A. Type A behaviour Patterns. New York. Academic Press. 1982.
- Rachman S. (Ed) Contributions to Medical Psychology, Vol. 3 London. Pergamon Press. 1984.
- Renneker R. A Psychosomatic survey of cancer of the breast in psychosomatic Med. Paris Delachaux Niestlé 1952.
- Revault d'Allonnes C. Le mal joli (pp. 360-363). Paris. Editeur 10-18. 1976.
- Rigas A.V., Etude des cas de cinq femmes malades, menacées d'accouchement prématuré et leur traitement par la Psychotérapie du RED de Robert Desoille. Paris. Psychologie Medicale 1989. 21, 10, p.p. 1487-1493.
- Rigas A.V. Laissez moi Vivre. Doctorat de 3ème cycle Uni Paris VII Paris 1983 (non publié).
- Riley, V.; et al.: Simulation of anxiety stress by natural and synthetic adrenal corticoids and their influence on neoplasia. Cancer Detect Prevent 3: Abstr. 109 (1980).
- Rodin J. Health control and aging In: M.M. Baltes & P.B. Baltes (Eds). Aging and the Psychology of Contror. Hillsdale N.J. Lawrence Erlbaum. 1986^a.
- Rodin J. Managing the stress of aging: The role of control and coping. In: S. Levine & H.Ursin (Eds) Coping and Health New York. Plenum Press. pp. 171-202, 1986^b.
- Rose G. Pregenital aspects of pregnancy fantasies in Internation. Journal of psycho-analysis – november, decembre 1961, 42:544-548.
- Rose J. E.M.St., and Sabiston B.H. Effects of cold exposure on the immunologic response of rabbits to human semin albumin. Journal of Immunology, 197, 339 (1971).
- Rosolato G. Essais sur le symbolique. Paris Gallimard 1980.
- Rouyer M. Essai de prise en charge des parents maltraitants in Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée (pp. 115-166) Paris, ESF 1978.
- Sakellaropoulos P. Relation mère-enfant pendant le premier âge de leur vie. Athènes 1964.
- Sami-Ali M. Corps reel, corps imaginaire (pp. 1-9) Paris. Bordas. 1977.
- Schain N.S. Patients rights in decision making: the case for personalism in health care. Cancer 1980, 46:1035-1041.

- Sifneos P.: The prevalence of alexithymic characteristic in psychosomatic patients. *Psychother. Psychosom.* 22:255-262 (1973).
- Solomon G.F. Stress and antibody response in rats. *Internat. Archives of Illness*, 9, 35, 97 (1969).
- Solomon G.F.: Moos, R.H.: Emotion, immunity and disease. *Archs gen.psychiat.* 2:654-674 (1964).
- Thomas C.B. Duszynski K.R.: Closeness to parents and the family constellation in prospective study of five disease state: suicide, mental illness, malignant tumor, hypertension and coronary heart disease. *John Hopkins med. J.* 134:251-270 (1974).
- Timothy F. Psychology of mastectomised patients. *Acta chir. Belgi.* 1980^o. 2:95-98.
- Timothy E., Escudier D. Rôle des associations de mastectomisées. *Bordeaux medica.* 1980^o. 13:987-988.
- Weinstern, I.B.; et al.: The action of tumor-promoting agents in cell cultures; in Hiatt, *Origins of human cancer*, pp. 751-773 (Cold Spring Harbor, New York 1977).
- Wolf, S.: Medical problems of modern society; in McKee, et al., *Environmental problems in medicine* (Springfield 1974).
- Wolfrohm M. *Gynecologie psychosomatique*. Paris. Masson. 1964.

