

Η ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΟΥ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ ΟΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΤΟΥ



Του Σπουδαστή

Μπάμπη Ευριπίδη

Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός

Χαραλάμους Μαρία

Καθηγήτρια Εφαρμογών

Πτυχιακή για τη λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία
από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της σχολής Επαγγελμα-
των Υγείας και πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού
Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας

Πάτρα 26 Οκτωβρίου 1992

APIONOE EENADTHE	887
---------------------	-----

Η ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΟΥ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ ΟΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΤΟΥ

Του Σπουδαστή

Μπάμπη Ευριπίδη

Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός

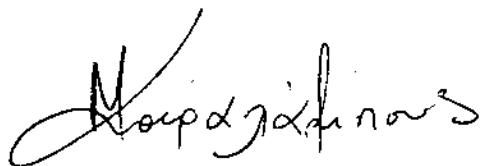
Χαραλάμους Μαρία

Καθηγήτρια Εφαρμογών

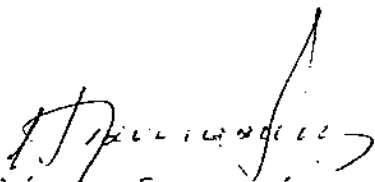
Πτυχιακή για τη λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία
από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της σχολής Επαγγελμά-
των Υγείας και πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού
Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας

Πάτρα 26 Οκτωβρίου 1992

Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας



Μάριος Χαραλάμπους
Υπεύθυνη Πτυχιακής Εργασίας
Καθηγήτρια εφαρμογών του τμήματος Κ.Ε.



Ηλίας Γιαννικάκης
Καθηγητής Ψυχολογίας
Διευθυντής της ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Πάτρας



Ουρανία Αλεξοπούλου
Καθηγήτρια εφαρμογών του τμήματος Κ.Ε.

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Ευχαριστώ τους γονείς μου για την υπομονή και την κατανόηση που έδειξαν όλα τα χρόνια των σπουδών μου.

Ευχαριστώ θερμά όλους όσους, με όποιον τρόπο, βοήθησαν στη συγγραφή της εργασίας αυτής· αυτούς που συμφώνησαν και αυτούς που διαφώνησαν με τις απόψεις μου.

Η ιδέα, η προσπάθεια και το αποτέλεσμα, αφιερώνονται στη μνήμη του φίλου μου Πασχάλη.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της μελέτης που ακολουθεί είναι να μας γνωρίσει με το μεγάλο κοινωνικό πρόβλημα σήμερα του καρκίνου (ή και γενικότερα της ανθρώπινης ασθένειας) από μια άλλη πλευρά, την ψυχοσωματική. Ο προβληματισμός που τίθεται είναι αν και κατά πόσο είναι επαρκής η προσέγγιση της ασθένειας σαν μια καθαρά σωματική εκδήλωση ή αν θα πρέπει σε μια θεραπευτική ενέργεια να λαμβάνονται υπόψη και παράγοντες άλλο που πιθανόν να ενέχονται σ' αυτήν.

Στο κεφάλαιο I παρουσιάζεται αυτό ακριβώς το πρόβλημα και λεπτομερέστερα ο σκοπός της μελέτης.

Ορίζονται επίσης κάποιοι όροι που θα χρησιμοποιηθούν στην εργασία.

Στο κεφάλαιο II παρουσιάζονται όλες οι ενέργειες που έγιναν με στόχο να συγκεντρωθεί το απαραίτητο υλικό για την συγγραφή της εργασίας αυτής.

Στο κεφάλαιο III μέσα από την ανασκόπηση άλλων μελετών γίνεται αρχικά μια αναφορά στην ιστορική εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, με κύριο το ενδιαφέρον στο πως διαμορφώθηκε και επικράτησε το σημερινό μοντέλο υγείας στον δυτικό κόσμο το ονομαζόμενο "βιο-ιατρικό". Αναφέρεται ακόμη στο τι περιορισμούς και για ποιους λόγους έχει το αυτό μοντέλο υγείας.

Στη συνέχεια γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στον καρκίνο και η γνωριμία με το κοινωνικό αυτό πρόβλημα απ' όλες του τις διαστάσεις. Ιδιαίτερος λόγος γίνεται για τις έρευνες εκείνες και τις διαπιστώσεις μελετητών που συ-

νέδεσαν την εμφάνιση του καρκίνου με στοιχεία της ιδιαίτερης προσωπικότητας ενός ατόμου καθώς και με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Παρουσιάζεται η επιστημονική θεωρητική βάση αυτών των απόψεων κυρίως μέσα από την ερμηνεία των επιδράσεων του χρόνιου STRESS στον οργανισμό.

Ακολουθεί η παρουσίαση κάποιων "εναλλακτικών" όπως ονομάζονται, θεραπειών που επιχειρήθηκαν για αντιμετώπιση του καρκίνου με αναφορά στην φιλοσοφία τους, στην εφαρμογή και στην αποτελεσματικότητά τους. Η αναφορά στις θεραπείες αυτές σκιαγραφεί την μορφοποίηση ενός νέου μοντέλου περίθαλψης, του λεγόμενου ολιστικού, που παρουσιάζεται στην προτελευταία ενότητα του κεφαλαίου. Το κεφάλαιο III κλείνει με την παρουσίαση του ρόλου της Κ.Ε. στο χώρο της αντικαρκινικής υγείας, ύστερα από τις διαπιστώσεις πως ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορεί να ευθύνονται με την εμφάνιση της ασθένειας αυτής.

Στο κεφάλαιο IV γίνεται μια σύντομη ανασκόπηση όσων έχουν προηγηθεί και διατυπώνονται κάποια συμπεράσματα και εισηγήσεις που αφορούν τόσο τις αλλαγές στο χώρο της υγείας που θα πρέπει να γίνουν, όσο και την πρόληψη και θεραπευτική του καρκίνου.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελίδα
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ.....	III
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	IV
Κεφάλαιο	
I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
Το πρόβλημα	5
Σκοπός της μελέτης.....	7
Ορισμοί όρων.....	8
II. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	9
III. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΑΤΩΝ.....	11
Η ιστορική εξέλιξη της λατρικής.....	11
Τι είναι ο καρκίνος	24
Η αιτιολογία του καρκίνου	31
Ο συνδετικός κρίκος προσωπικότητας - καρκίνου .	46
Εναλλακτικές μορφές θεραπείας του καρκίνου	57
Η ολιστική προσέγγιση σε θέματα υγείας	97
Η Κοινωνική Εργασία στο χώρο της υγείας - στην αντιμετώπιση του καρκίνου	104
IV. ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ	116
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	125
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	133
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	185

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Εισαγωγή

Ο χώρος της παροχής υπηρεσιών υγείας, είναι γενικά σχεδόν αποδεκτό πως σήμερα περνά μια περίοδο έντονης κρίσης. Την κρίση αυτή την αναγνωρίζουν ακόμη και επαγγελματίες του ιατρικού χώρου, και δεν περιορίζεται μόνο στα εμφανή, όπως η άθλια κατάσταση των περισσότερων νοσοκομείων. Πρόκειται για μία κρίση βαθύτερη που περιλαμβάνει τα εγκληματικά λάθη που γίνονται στα νοσοκομεία-υπολογίστηκε ότι ο ένας στους πέντε αρρώστους που εισάγεται στο νοσοκομείο κινδυνεύει να υποστεί κάποια ιατρογενή πάθηση (πάθηση που παράγει η ίδια η ιατρική μέριμνα)- την εμπορευματοποίηση και το τεράστιο κόστος της υγείας, αλλά και γενικότερα για την κρίση που διέπει την ίδια την ιατρική επιστήμη (CAPRA, 1984 σελ. 181).

Η τελευταία αυτή αποδίδεται στη σύζευξη της ιατρικής εφαρμογής με τη σύγχρονη τεχνολογία. Πρόκειται για μια σύζευξη παράλογη που αλλοτριώνει την ιατρική, αφού η τεχνολογία αυτή ευθύνεται για την οικολογική επιβάρυνση, τους έντονους και αγχώδεις ρυθμούς ζωής, έχει οδηγήσει στην αύξηση των κρουσμάτων καρκίνου, των νοσημάτων φθοράς ή εκφυλιστικών και τη μακροπρόθεσμη υπονόμευση της ποιότητας ζωής. Ευθύνεται ακόμη για τον μεγάλο αριθμό ατυχημάτων στις μεταφορές, στην εργασία, στο σπίτι.

Η ιατρική επιστήμη καλείται να αποκαταστήσει αυτές τις ζημιές στο βαθμό που έχουν αντίκτυπο στην υγεία του πληθυσμού, χρησιμοποιώντας την ίδια τεχνολογία που τις προκαλεί. Έτσι μένει ανήμπορη μπροστά στους παράγοντες που προκαλούν τη σύγχρονη νοσολογία, όπως είναι η καταστροφή του περιβάλλοντος, τα

μεγάλα δημογραφικά προβλήματα, τις ανισότητες της ανάπτυξης μεταξύ περιοχών της γης και τις συνεπακόλουθες επιπτώσεις τους στην υγεία των πληθυσμών.

Στηριγμένη η ιατρική στη σύγχρονη τεχνολογία τείνει να χάσει το ανθρώπινο πρόσωπο της, αλλά όμως και τον βασικό στόχο της, που είναι ο ίδιος ο άνθρωπος (Μ.Βελονάκης, 1990 σελ.7).

Παρακολουθώντας την ιστορική εξέλιξη των νοσημάτων που ταλαιπώρησαν και ταλαιπωρούν την ανθρωπότητα, εύκολα μπορούμε να χαρακτηρίσουμε το φαινόμενο σα Λερναία Ύδρα. Η αντιμετώπιση μιάς ασθένειας, όπως π.χ. η φυματίωση, η ελονοσία ή ο τύφος των αρχών του αιώνα μας έφερε σήμερα αντιμετώπους με ασθένειες ολοένα και πιο δύσκολες στην θεραπεία τους. Ο καρκίνος, τα ψυχικά νοσήματα και το AIDS είναι χαρακτηριστικά παραδείγματα. Αν σ' αυτό προσθέσουμε και την τεράστια αύξηση των δαπανών για την υγεία, και την εξέλιξη της τεχνολογίας που τίθεται στην υπηρεσία της ιατρικής, ερχόμαστε μπροστά σε μία μεγάλη αντίθεση. Η υγεία των πληθυσμών δε δείχνει καμία καλύτερευση όπως θα περίμενε κανείς (CAPRA 1984 σελ. 162).

Ένα ακόμη δριμυ κατηγορώ όμως σήμερα για την ιατρική επιστήμη, που φαίνεται κι αυτό να πηγάζει απο τη σύζευξη ιατρικής-τεχνολογίας, είναι το ότι έχει χωρίσει τον άνθρωπο σε δύο αυθύπαρκτες, υποστάσεις, τη σωματική και την ψυχική. Έχοντας τα μέσα και το κύρος η ιατρική πείσθηκε η ίδια και έπεισε και τον περισσότερο κόσμο πως το ανθρώπινο σώμα είναι μία "μηχανή" και ως τέτοιο θα πρέπει να αντιμετωπίζεται.

Αντίθετα ωστόσο μ' αυτή την πλάνη πολλοί μελετητές σήμερα έρχονται να υποστηρίξουν πως τα συναισθήματα, οι σκέψεις και η στάση ενός ανθρώπου απέναντι στη ζωή, μπορούν να επηρεάσουν σε

σημαντικό βαθμό την κατάσταση της υγείας του.

Η περίπτωση του καρκίνου είναι ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα. Η αύξηση των κρουσμάτων της ασθένειας αυτής τα τελευταία χρόνια φαίνεται να παίρνει απειλιτικές διαστάσεις. Από 47.507 κρούσματα καρκίνου που καταγράφηκαν το 1975 από την Ε.Σ.Υ. (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία) το 1989 έφτασαν τις 104.015 (πίνακες 1 και 3 παράρτημα Α σελ.125-129)

Η εξέλιξη αυτή δε φαίνεται να συμβαδίζει με την πρόοδο της ιατρικής τόσο στα διαγνωστικά όσο και στα θεραπευτικά μέσα. Μελετητές όπως ο Λώρενς Λεσαν, ο CARL SIMONTON, ο DEEPAK CHOPRA κ.α. έρχονται να υποστηρίξουν πως όσο η ιατρική εφαρμογή παραμένει στενά περιορισμένη μέσα στο εργαστήριο, δε θα μπορέσει να προσφέρει πολλά στην καλύτερευση του γενικού δείκτη υγείας, ή στην αντιμετώπιση του καρκίνου.

Οι έρευνες που αυτοί έχουν κάνει τους έδωσαν σαφείς ενδείξεις πως ο καρκίνος σχετίζεται στενά με τα συναισθήματα και την προσωπικότητα του ασθενούς, και πως αυτά τα τελευταία είναι σε άμεση εξάρτηση με το περιβάλλον στο οποίο ζει ο ασθενής. Έτσι, υποστηρίζουν αν θέλουμε να είμαστε περισσότερο αποτελεσματικοί στην αντιμετώπιση τέτοιων ασθενειών όπως ο καρκίνος, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν πολλοί περισσότεροι παράγοντες από την συμπεριφορά της ασθένειας αυτής καθ'εαυτής.

Ο άνθρωπος είναι μια έννιαία ψυχοσωματική οντότητα που ζει σε ένα ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και αλληλεπιδρά συνεχώς μ'αυτό. Και ως τέτοια πρέπει να αντιμετωπίζεται όταν φτάνει στην πόρτα ενός νοσοκομείου.

Εκκοός της μελέτης που θα ακολουθήσει είναι να ανιχνεύσει τη σύνδεση της σωματικής υγείας με παράγοντες της προσωπικότη-

τας ενός ατόμου, μέσα απο τις μελέτες ερευνητών που ασχολήθηκαν με το θέμα αναφερόμενοι στον καρκίνο. Οι μελετητές αυτοί, άλλος άμεσα, άλλος εμμεσότερα σκιαγραφούν ένα νέο μοντέλο υγείας που θα λαμβάνει υπόψιν του όλους τους παράγοντες που μπορεί να ενέχονται στον κλωνισμό της υγείας ενός ατόμου, το λεγόμενο "ολιστικό μοντέλο υγείας"

Το πρόβλημα

Ο καρκίνος δεν είναι σημερινή ασθένεια. Δε θα 'ταν υπερβολή να πούμε πως είναι τόσο παλιά όσο και η ιστορία του ανθρώπου πάνω στη γη ή ακόμη και η ύπαρξη ζωής, αφού είναι ασθένεια που συναντιέται όχι μόνο στον άνθρωπο αλλά ακόμη και στο ζωικό και φυτικό βασίλειο.

Τα τελευταία όμως 20-30 χρόνια, και ιδιαίτερα την τελευταία δεκαετία το πρόβλημα "καρκίνος" έχει οξυνθεί ιδιαίτερα. Κάθε χρόνος που περνάει ολοένα και περισσότερα γίνονται τα θύματα του.

Η ασθένεια, φαινομενικά, έρχεται απροειδοποίητα και χτυπάει χωρίς καμία επιλογή. Ακόμη κι αν κάποιος προσέχει τη διατροφή του ή αποφεύγει το κάπνισμα-παράγοντες που αποδεδειγμένα συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου-ακόμη και τότε δεν μπορεί να έχει εγγυήσεις πως δε θα προσβληθεί ποτέ.

Η ιατρική επιστήμη έχει σαφώς καταφέρει άλματα στην αντιμετώπιση της ασθένειας. Με κύριες μεθόδους τη χειρουργική, τη χημειοθεραπεία και τις ακτινοβολίες, έχει κατορθώσει να σώσει χιλιάδες ζωές απο τον, κάποτε, βέβαιο θάνατο. Οι περιπτώσεις όμως αυτές δεν είναι πολλές σε σχέση με το σύνολο των καρκινοπαθών, και εξ'άλλου μια επιτυχημένη θεραπεία δε σημαίνει και την αποκατάσταση της πλήρους υγείας.

Οι θεραπείες αυτές συχνά αποδυναμώνουν τον ασθενή που γίνεται πιο επιρρεπής σε νέες μορφές καρκίνου και σε πολλές περιπτώσεις (έως 30% στον καρκίνο του μαστού) ένας νέος καρκίνος εμφανίζεται και ο ασθενής πεθαίνει (D.CHOPRA 1991 σελ. 64-65).

Η αναζήτηση απο την άλλη των αιτιών της ασθένειας γίνεται σε εξωγενείς μόνο παράγοντες (Κάπνισμα, διατροφή, μόλυνση περιβάλλοντος κ.α.) ενώ υπάρχουν πολλές ενδείξεις που οδηγούν στο

ότι σημαντικό ρόλο παίζει και ο ίδιος ο ασθενής. Δεν προσβάλλονται αποκαρκίνο όλοι οι καπνιστές, ούτε όλοι οι εργάτες σε μια βιομηχανία ειδών απο αμίαντο. Ούτε όλοι οι ασθενείς ανταποκρίνονται το ίδιο στην ίδια θεραπεία που τους γίνεται. Μοιάζει να είναι αλήθεια πως δεν μπορούμε να βάλουμε την αρρώστια καρκίνος κάτω απο ένα κοινό πρίσμα, μέσα απο το οποίο θα προσεγγίζεται κάθε άνθρωπος που προσβάλεται.

Έτσι ένα σημαντικό πρόβλημα που μπορούμε να εντοπίσουμε σήμερα στην ιατρική αντιμετώπιση του καρκίνου είναι το γεγονός ότι δε λαμβάνονται υπόψιν οι ατομικές διαφορές και τα στοιχεία της προσωπικότητας του ασθενούς. Οι θεραπείες είναι καθαρά ιατροκεντρικές και δε συζητάτε η συνεργασία του ασθενούς στη διαδικασία της θεραπείας του, ούτε όμως λαμβάνεται υπ'όψιν η αυτογενής ικανότητα του ανθρώπου να αντιμετωπίζει τις ασθένειες.

"Οι ιατρικές μέθοδοι", σημειώνει ο IBAN ΙΑΙΤΣ (1988 σελ. 154), "μετατρέπονται σε μαύρη μαγεία όταν, αντί να κινητοποιήσουν τις δυνάμεις αυτοίιασης του αρρώστου, τον μετατρέπουν σε νωθρό ηδονοβλεψία της ίδια του της θεραπείας".

Το ζητούμενο είναι να αλλάξει αυτή η οπτική που προσεγγίζει το ανθρώπινο σώμα σα μια μηχανή, την ασθένεια σε βλάβη της, και τη θεραπεία σαν εξωγενή παρέμβαση απο έναν ειδικό.

Μέσα σε ένα νοσοκομείο ο ασθενής, βιώνει αμέτρητα συναισθήματα έχοντα σχέση με την υγεία του, με το στενό περιβάλλον του, με τις σχέσεις του, με τον ίδιο το χώρο στον οποίο αναγκάζεται να παραμείνει. Η ίδια η διάγνωση, και προπάντως μιάς ασθένειας όπως ο καρκίνος, κινητοποιεί μηχανισμούς που δεν πρέπει να αφηθούν στην τύχη. Κυρίως όταν υπάρχουν ενδείξεις που δείχνουν πως όλα αυτά μπορεί να παίξουν ρόλο στην εξέλιξη της υγείας.

Ίσως την ώρα που γράφονται αυτές οι γραμμές, σε κάποιο απο τα εκατοντάδες στον κόσμο ερευνητικά ιατρικά κέντρα να έχει ανακαλυφθεί το φάρμακο για τον καρκίνο. Είναι ευχή όλων. Όσο όμως αυτό δεν έχει συμβεί, ευθύνη του καθένα που ασχολείται με το θέμα είναι να ερευνήσει κάθε πιθανό δρόμο που μπορεί να οδηγήσει σε μια βαθύτερη κατανόηση του προβλήματος. Στην κατεύθυνση αυτή κινείται και η εργασία που ακολουθεί.

Σκοπός της Μελέτης

Γενικός σκοπός της μελέτης που ακολουθεί είναι να διερευνηθεί μέσα απο σχετικά κείμενα που έχουν γραφεί, τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην εμφάνιση του καρκίνου σε κάποιο άτομο με στοιχεία της προσωπικότητας του . Στις ιατρικές αναφορές που γίνονται για τον καρκίνο το παραπάνω θέμα αποτελεί μια παραμελημένη παράγραφο. Θα εξεταστεί λοιπόν γιατί αυτή η ψυχολογική διάσταση εξοβελίστηκε απο κάθε πρόταση στο χώρο της υγείας, το γιατί η ιατρική σήμερα έφτασε να είναι καθαρά σωματική υπόθεση με μηχανολογικές αναφορές.

Σκοπός είναι ακόμη να φανεί η ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στα συναισθήματα, τους τρόπους συμπεριφοράς, τις σκέψεις, τις συνθήκες και τα γεγονότα στη ζωή ενός ατόμου με την εμφάνιση και την εξέλιξη ενός καρκίνου, καθώς και την αποτελεσματικότητα της όποιας θεραπείας.

Η παρουσίαση των αρκετών μελετητών και ερευνητών του θέματος που υποστήριξαν και υποστηρίζουν ότι ο καρκίνος (αλλά και όχι μόνο) είναι ψυχοσωματική ασθένεια, πως το κάθε άτομο που θα προσβληθεί έχει ένα μερίδιο ευθύνης γι'αυτό, και πως η θεραπεία δε θα πρέπει να είναι μόνο συμπτωματολογική (καταπολέμηση αυτού καθ'εαυτού του καρκίνου με όποιο μέσο) αλλά και αιτιολογική με

την έννοια πως θα πρέπει να ανιχνευθούν οι βαθύτερες αιτίες και συνθήκες που δημιούργησαν το κατάλληλο κλίμα ώστε να εμφανιστεί η νόσος, είναι ένας ακόμη σημαντικός σκοπός της εργασίας αυτής.

Σε σχέση με την Κοινωνική Εργασία σκοπός είναι να παρουσιάσει το ρόλο της στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των καρκινοπαθών και να προβληματίσει για τη θέση της επιστήμης αυτής, που είναι καθαρά ανθρωποκεντική, μέσα σε ένα σύστημα υγείας που ρίχνει το κύριο βάρος τη βιολογική μόνο πλευρά της ασθένειας.

Σκοπός ακόμη είναι να ευαισθητοποιήσει και να ενισχύσει τον προβληματισμό πάνω στο θέμα που αναφέρεται. Δε χρειάζεται ίσως να πιστέψουμε πως είμαστε υπεύθυνοι για την κατάσταση της υγείας μας. Φτάνει να πιστέψουμε πως είμαστε οι κύριοι υπεύθυνοι για το περιβάλλον στο οποίο ζούμε. (Περιβάλλον εδώ σημαίνει τόσο τον κόσμο γύρω μας όσο και τα στενά μας παπούτσια).

Ορισμοί όρων

Βιοανάδραση (BIO-FEEDBACK): Μέθοδος με τη οποία ο ενδιαφερόμενος ασκεί έλεγχο στις "ακούσιες" λειτουργίες του σώματος του (καρδιακός ρυθμός αναπνοή κλπ) μέσω βιοαναδραστικών μηχανημάτων, μηχανημάτων δηλαδή που δίνουν συνεχώς πληροφορίες για τις αλλαγές που λαμβάνουν χώρα στο σώμα.

Εναλλακτικές Θεραπείες: Θεραπείες που προσφέρονται για εναλλαγή ή διαδοχή των υπαρχουσών. Θεραπείες με διαφορετική από την κλασσική ιατρική θεωρητική βάση και πρακτική εφαρμογή.

Ιατρογεννής αρρώστια: Πάθηση που προκαλεί η εφαρμογή της έγκυρης και επιστημονικά συστηνόμενης θεραπευτικής αγωγής.

NOCEBO: Περιγράφει τις αρνητικές επιδράσεις της γνώμης του γιατρού. Με το NOCEBO χορηγείται ένα βιώσιμο πραγματικό φάρμακο αλλά ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται επειδή ο γιατρός ανέφερε ότι το φάρμακο δε θα ενεργήσει.

PLACEBO: (πλασήμπο ή πλασέμπο). Αδρανές εικονικό φάρμακο, δισκίο ή ένεσις, μη περιέχουσα το διαφιμηζόμενο ως θεραπευτικό φάρμακο. Χορηγείται επί ομοιοπαθών μαρτύρων για να καταδειχθεί η θεραπευτική αξία κάποιου φαρμάκου. Περιγράφει τη θετική επίδραση της ανάλλογης γνώμης του γιατρού.

Υγεία: Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ.: "Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αδυναμίας".

Ολιστική Υγεία: εμπειρία ευμάρειας που προκύπτει από μια δυναμική ισορροπία που περιλαμβάνει τις φυσικές και ψυχολογικές όψεις του οργανισμού καθώς και τις αλληλεπιδράσεις του με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Με σκοπό τη συγκέντρωση των απαραίτητων στοιχείων για τη συγγραφή της μελέτης αυτής πραγματοποιήθηκαν οι ακόλουθες ενέργειες.

1.- Αναζήτηση και μελέτη της σχετικής ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας-αρθρογραφίας σχετικά με το θέμα στους χώρους:
α) Της Εθνικής βιβλιοθήκης, β) της βιβλιοθήκης του Εθνικού κέντρου Κοινωνικών ερευνών, γ) τη βιβλιοθήκη του αντικαρκινικού Ινστιτούτου "Άγιος Σάββας", δ) το υπουργείο τύπου και πληροφοριών.

2.- Κατά τη διάρκεια της εξάμηνης πρακτικής άσκησης στο επάγγελμα στο Γενικό Νοσοκομείο Κιλκίς, αξιοποιήθηκε η επαφή με τον ιατρικό χώρο για τη συλλογή πληροφοριών για τον καρκίνο από ιατρικής πλευράς και την κατανόηση των κοινωνικών και ψυχολογικών επιπτώσεων της ασθένειας.

3.- Παρακολούθηση της επιστημονικής εκδήλωσης με θέμα "ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ" που οργανώθηκε από την Ελληνική εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας στις 28-29 Φεβρουαρίου 1992 στην Αθήνα.

4.- Πραγματοποιήθηκαν τακτικές επισκέψεις στο Αντικαρκινικό Ινστιτούτο "Άγιος Σάββας", ως το μεγαλύτερο αντικαρκινικό κέντρο στην Ελλάδα, με σκοπό την καλύτερη γνωριμία με τη σημερινή πραγματικότητα του καρκίνου.

5.- Πραγματοποιήθηκαν προσωπικές συνεντεύξεις με πρόσωπα που η επικοινωνία μαζί τους θα είχε να προσφέρει στη συγγραφή της μελέτης όπως: α) Με τη διευθύντρια της Κ.Υ. του "Άγιου Σάββα" κ.Κ.Γιδόπουλου β) με τον πρόεδρο της Ελληνικής Εταιρείας

Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, ογκολόγο κ.Γ.Ρηγάτο, γ) τους ψυχιάτρους Γ.Νικολή και Δ.Μπαλλή.

6.- Επικοινωνία με το τμήμα κοινωνικών ερευνών του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, για τη συγκέντρωση των στατιστικών στοιχείων για τον καρκίνο στον ελληνικό χώρο.

7.- Απόκτηση πληροφοριών σχετικά με τη θέση της Κ.Ε. στον τομέα της αποκατάστασης των καρκινοπαθών ύστερα απο επίσκεψη στην "Εταιρεία ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με καρκίνο".

8.- Για την κατά το δυνατόν πληρέστερη ενημέρωση σχετικά με το χώρο των εναλλακτικών θεραπειών πραγματοποιήθηκαν:

α) επίσκεψη στο "κέντρο ομοιοπαθητικής ιατρικής Αθηνών"

β) προσωπική συνέντευξη με γιατρό του χώρου αυτού.

9.- Η παρακολούθηση των διαλέξεων και των μαθημάτων της "διεθνούς εταιρείας υπερβατικού διαλογισμού" είχε σαν αποτέλεσμα την καλύτερη κατανόηση των απόψεων και της φιλοσοφίας της Αγιουρβεδικής Ιατρικής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Κύριος σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση και παρουσίαση της ψυχοσωματικής διάστασης του καρκίνου και η ανάλογη θεραπευτική εφαρμογή που επιχρηγήθηκε απο ορισμένους ερευνητές του χώρου. Αρχικά όμως κρίθηκε σκόπιμο να παρουσιαστεί το γιατί η διάσταση αυτή της ασθένειας δε συμπεριλήφθηκε στις έρευνες της ιατρικής σχετικά με την αιτιολογία και θεραπεία του καρκίνου, και αυτό διαφαίνεται μέσα απο την εξέταση της ιστορικής εξέλιξης της ιατρικής επιστήμης.

Ακολουθεί στη συνέχεια η παρουσίαση μελετών που αποδικνύουν τη σχέση του καρκίνου με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και των θεραπευτικών προσεγγίσεων που έχουν στη θεωρητική τους βάση αυτές ακριβώς τις διαπιστώσεις.

Η παρουσίαση της πρότασης εφαρμογής ενός νέου μοντέλου υγείας που ξεφεύγει απο τη γραμμική θεώρηση της ασθένειας και λαμβάνει υπόψη της και τους ψυχοκοινωνικούς αυτούς παράγοντες και η θέση της Κοινωνικής Έργασίας στην αποκατάσταση των καρκινοπαθών κλείνει το κεφάλαιο αυτό.

1. Η Ιστορική Βεξέλιξη της Ιατρικής Επιστήμης

Απο την πρώτη στιγμή της εμφάνισης του ο άνθρωπος πάνω στη γη βρέθηκε αντιμέτωπος με αμέτρητους κινδύνους. Έπρεπε να κυνηγήσει για να βρεί τροφή, έπρεπε να προφυλαχθεί απο τα στοιχεία της φύσης, έπρεπε να βρει τρόπους να αντιμετωπίζει τις ασθένειες. Η κάλυψη της τελευταίας αυτής ανάγκης είχε πάντα άμεση σχέση με το τι ερμηνεία έδινε ο άνθρωπος στην ζωή γενικά και στην δική του ύπαρξη ειδικότερα.

Η μελέτη της ιστορικής εξέλιξης της ιατρικής μας επιτρέπει

να δούμε την αλλαγή της στάσης πάνω σ' αυτό το σημείο καθώς και ποιό είναι το υπόβαθρο του σημερινού μοντέλου υγείας.

1.α. Η πρωτόγονη Ιατρική.

Η αδυναμία του πρωτόγονου ανθρώπου να ερμηνεύσει τη λειτουργία του σώματος του, καθώς και οι στενοί δεσμοί που είχε με τη φύση την οποία και είχε θεοποιήσει, (η Γη ήταν η "μητέρα" όλων και ήταν ιερή), οδήγησαν στο να ερμηνεύσει τον ερχομό κάθε ασθένειας σαν θεόσταλτο σημάδι ή τιμωρία. Ακόμη δέχονταν τη συνδρομή διαφόρων "κακών πνευμάτων" που επέφεραν βλάβες στην υγεία. Αυτό που σήμερα ονομάζουμε "πρόληψη" για τους πρωτόγονους λαούς ήταν τα διάφορα "φυλαχτά" και οι εξορκισμοί, τα οποία αντλούσαν τη δύναμη τους να προφυλάξουν από τις ασθένειες μέσα από ιερές τελετές που τελούνταν από τον μάγο της φυλής. Αξίζει να σημειωθεί πως στο πρόσωπο του μάγου έβλεπαν τόσο τον γιατρό όσο και τον ιερέα, τον εκπρόσωπο του θεού στον κόσμο των ανθρώπων. Τις αντιλήψεις αυτές τις συναντάμε και σήμερα ακόμη σε αρκετούς μη εκσυγχρονισμένους λαούς (Α.Κουζη 1935 σελ. 79). Τα πρωτόγονα ιατρικά μέσα ήταν κυρίως βότανα φυτικής προελεύσεως που η αποτελεσματικότητά τους ενισχύονταν με ιερές τελετές, σπονδές στους διάφορους θεούς και επικλήσεις για τη βοήθεια τους, που σκοπό είχαν να τους εξευμενίσουν ώστε να στείλουν την θεραπεία.

1.β. Η Ιατρική στην Αρχαία Ελλάδα

Στην Αρχαία Ελλάδα η ιατρική πρακτική μπορούμε να πούμε πως βρέθηκε σε ένα καθοριστικό σημείο της εξέλιξης της. Έτσι ενώ από τη μία μεριά η αρρώστια συνεχίζει να ερμηνεύεται το θεόσταλτο σημάδι, έχουμε παράλληλα και την εμφάνιση των προδρόμων της σημερινής ιατρικής με πιο σημαντικούς τον Ιπποκράτη και τον Γαληνό. Γίνεται αυτή την εποχή η σαφής διάκριση ανάμεσα στον

ιερέα και το γιατρό, αν και λειτουργούν παράλληλα και οι δύο αντιλήψεις. Απο τη μία έχουμε τα ιερά του Απόλλωνα, κατεξοχήν θεού της ιατρικής και γιατρού των θεών, ο οποίος θεωρείτο πως με τα βέλη του μπορούσε να στείλει αρρώστιες, λιμούς ή και το θάνατο, μπορούσε όμως και να γιατρέψει κάθε νόσο, και απο την άλλη την επιστημονική της εποχής ιατρική πρακτική του Ιπποκράτη και των συνεχιστών του. (Κούζης 1929 σελ. 52).

Αυτό που είναι πιο ενδιαφέρον να προσέξουμε εδώ όσο και στην πρωτόγονη ιατρική είναι ότι η ασθένεια ποτέ δε θεωρήθηκε καθαρά σωματικό φαινόμενο. Ακόμη και ο Ιπποκράτης αναφερόμενος στον καρκίνο αναγνωρίζει ως αίτιο του τη μελαγχολία, όπως παρακάτω θα δούμε. Και η θεραπείες όμως είχαν έντονο μέσα τους αυτό που λέμε σήμερα το συναισθηματικό ή ψυχολογικό στοιχείο. Απο μαρτυρίες που έχουμε για τη λειτουργία των Ασκληπειών ιερών, φαίνονται να έχουν γιατρευτεί αρρώστιες με μόνη την παρέμβαση του θεού (Κούζης 1989 63-72)

4.γ. Το Πέρασμα στη Σύγχρονη Ιατρική

Απο πολύ παλιά στην ιστορία του ανθρώπου, αλλά και αργότερα μέχρι και κατά τη διάρκεια του μεσαίωνα, όλες οι επιστήμες και η ιατρική βασίστικαν στη λογική εν μέρει αλλά και κυρίως στην πίστη. Οι άνθρωποι προσπαθούσαν να συλλάβουν το νόημα και τη σημασία των διαφόρων φαινομένων, όπως και οι ασθένειες, με ερμηνείες που είχαν σχέση με το θεό, την ανθρώπινη ψυχή, και την ανώτερη ηθική (F.CAPRA 1984 σελ. 63). Κατά τον 16ο και 17ο όμως αιώνα σημειώθηκαν μεγάλες αλλαγές στο χώρο των φυσικών επιστημών. Οι επιρροή που είχαν αυτές οι επιστήμες στο χώρο της ιατρικής οδήγησαν αυτή στο να υιοθετήσει ως σήμερα τον καθαρά βιολογικό-σωματικό-προσανατολισμό που έχει. Ας δούμε όμως ποιές ήταν

αυτές οι αλλαγές και πως επέδρασαν στην Ιατρική.

Ι) Η Ανάπτυξη των Θετικών Επιστημών και ο Θρίαμβος της Λογικής.

Κατά τον 16ο και 17ο αιώνα σημειώθηκαν σημαντικές μεταβολές στο χώρο των φυσικών επιστημών χάρη στα επιτεύγματα μεγάλων επιστημόνων της εποχής όπως ο Κοπερνίκος, ο Γαλιλαίος, ο Νεύτωνας ο Καρτέσιος. Η Γη έπαψε να είναι το κέντρο του κόσμου όπως για χρόνια πίστευόταν και έγινε ένας ασήμαντος πλανήτης μέσα σε ένα χαοτικό σύμπαν. Το σύμπαν αυτό θεωρήθηκε σαν μια τεράστια μηχανή. Οι θεαματικές αυτές ανακαλύψεις οδήγησαν πρώτο τον Γαλιλαίο να προσπαθήσει να ερμηνεύσει τα πάντα στη φύση με την μαθηματική γλώσσα. Η σχέση του ανθρώπου με τη φύση, μια σχέση ως τότε εναρμόνισης, άλλαξε ριζικά και ο Θράνσις Μπέηκον τη νέα αυτή σχέση την εξέφρασε με έντονο πάθος.

"Πρέπει να συλλάβουμε τη φύση σαν τα αγρίμια, να τη δέσουμε χειροπόδαρα και να τη βασανίσουμε προκειμένου να μας αποκαλύψει τα μυστικά της" (CAPRA 1984 σελ.64-47).

Τα πάντα στον κόσμο θα έπρεπε να ερμηνευτούν με βάση τη λογική και αυτό εξέφραζε ένα από τα πιο σημαντικά κείμενα της εποχής "Ο λόγος περί Μεθόδου για την ορθή καθοδήγηση της λογικής και την αναζήτηση της αλήθειας στις επιστήμες", γραμμένο από τον Καρτέσιο. Η σκέψη του Καρτέσιου οδήγησε τελικά στον διαχωρισμό του ανθρώπου σε δύο αυθύπαρκτες υποστάσεις, τη σωματική και τη νοητική. Όπως επισημαίνει ο ίδιος

"τίποτα απ'ότι περιέχεται στην έννοια του σώματος δεν ανήκει στο νου, και τίποτα απ'ότι ανήκει στο νου δεν περιέχεται στο σώμα" (CAPRA 1984 σελ. 71).

Ο Καρτέσιος συνέκρινε το ανθρώπινο σώμα με μηχανή και μάλιστα παρομοίαζε έναν υγιή άνθρωπο με ένα καλοφτιαγμένο και καλοκουρδισμένο ρολόϊ ενώ αντίθετα τον ασθενή με ένα κακοφτιαγμένο ρο-

λόϋ (CAPRA 1984 σελ. 74). Σαφώς λοιπόν υπαγορευόταν και το ποιό θα πρέπει να είναι η ιατρική παρέμβαση. Το μόνο που έμενε ήταν να ανακαλυφθεί και να ερμηνευτεί με την ίδια σκληρή γλώσσα και η λειτουργεία του ανθρώπινου σώματος.

ΪΪ) Το Βιο-ιατρικό Μοντέλο

Μέσα στο κλίμα αυτό του θριάμβου της ανθρώπινης διανόησης και λογικής, ο Τζιοβάνι Μπορέλι, μαθητής του Γαλιλαίου, κατάφερε να ερμηνεύσει με μηχανιστικό τρόπο τμήματα της μυϊκής λειτουργίας του ανθρώπινου σώματος. Τον ακολούθησε ο Ουίλιαμ Χάρβεϋ τον 17ο αιώνα, ο οποίος εφαρμόζοντας το ίδιο μηχανιστικό πρότυπο κατάφερε να ερμηνεύσει τη λειτουργία της καρδιάς και την κυκλοφορία του αίματος. Οι ανακαλύψεις αυτές όπως είναι φυσικό ενίσχυσαν το μηχανιστικό μοντέλο του Καρτεσιου, διαχωρίζοντας πλήρως το ανθρώπινο σώμα απο το νου ή την ψυχή. Υπήρχαν ωστόσο δυσκολίες στο να ερμηνευτούν άλλες λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος όπως η πέψη ή ο μεταβολισμός. Έτσι τη σκυτάλη την πήρε τώρα η επιστήμη της χημείας με κύριο εκπρόσωπο της τον Παρακελσο Φον Χόχενχαϊμ. Αυτός πίστευε πως η ζωή είναι μία χημική εξελικτική διαδικασία σε ισορροπία και πως διατάραξη αυτής της ισορροπίας ερμηνεύεται με αρρώστια στο σώμα.

Κατά τον 17ο αιώνα δύο αντιμαχόμενα στρατόπεδα, οι "ιατροχημικοί" οπαδοί του Παράκελσου και οι "ιατρομηχανικοί" οπαδοί της καρτεσιανής άποψης, οικοδομούσαν θεωρίες για τη λειτουργία του ανθρώπινου σώματος και πρότειναν ανάλογες θεραπείες (CAPRA 1984 σελ. 129-130).

Αργότερα η ανακάλυψη του μικροσκοπίου έβαλε τους ερευνητές ακόμη πιο βαθειά στην αναζήτηση τους, στο κυτταρικό-μοριακό επίπεδο. Ο Παστέρ με τα εμπνευσμένα πειράματα του ανακάλυψε

τα βακτηρίδια, μικροοργανισμούς που ευθύνονται για έναν μεγάλο αριθμό ασθενειών που ταλαιπωρούν τον άνθρωπο. Απο τη μία έτσι εντάθηκαν οι προσπάθειες να εντοπιστούν τα μικρόβια για κάθε ασθένεια, και απο την άλλη στράφηκαν με μανία στην παραγωγή σκευασμάτων ικανών στην καταπολέμηση των μικροβίων, των γνωστών μας σήμερα αντιβιοτικών. (CAPRA 1984 σελ. 134).

Η πρόοδος της τεχνολογίας ήρθε αρωγός της ιατρικής καθώς μετά το μικροσκόπιο ανακαλύφθηκαν δεκάδες όργανα διαγνωστικά όπως το στηθοσκόπιο, το πλεσόμετρο, και πρόσφατα οι αξονικοί τομογράφοι, τα υπερηχογραφήματα και άλλα, που έδωσαν νέες δυνατότητες στην εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης.

Ταυτόχρονα όμως η επιστήμη αυτή έστρεψε την προσοχή της απο τον άρρωστο στην αρρώστια, και φαίνεται να υπηρετεί σήμερα περισσότερο αυτήν παρά την υγεία. Η τάση για εξειδίκευση που έφτασε στο απόγειο της κατά τον 20ο αιώνα είναι ένα δείγμα της στροφής αυτής.

Ακόμη και στην ψυχιατρική για τις διανοητικές διαταραχές που εξ'ορισμού και μόνο τα αίτια τους θα'πρεπε να αναζητηθούν στην ψυχολογία και την προσωπικότητα του κάθε ατόμου, η προσπάθεια στράφηκε στον εντοπισμό οργανικών αιτιών όπως μολύνσεις, εγκεφαλικές βλάβες, διαιτολογικές παραλείψεις και ανάλογες ήταν και οι θεραπείες.

Θεραπείες όμως που μόνο το σύμπτωμα φαινόταν να αντιμετωπίζουν και καθόλου την αιτία. Η ψυχιατρική αποσπάστηκε απο το μοντέλο αυτό μόνο μέσα το σημαντικό έργο του Ζίγκμουντ Φρόυντ, όπου έθετε την επιστήμη αυτή πιο κοντά σε άλλους παράγοντες ως αιτίες πέρα απο τους οργανικούς (CAPRA 1984 σελ. 157-158).

Όλες αυτές οι πιο πάνω ανακαλύψεις, άσχετα απο το γεγονός ότι αντιμετώπιζαν τον ασθενή σα μηχανή και όχι σαν εννιαία ψυ-

χοσωματική οντότητα, φάνηκαν να έχουν σημαντική επίδραση στη βελτίωση του επιπέδου υγείας των ανθρώπων. Σήμερα όμως οι επικριτές της ιατρικής διαφωνούν ακόμη και σ' αυτό το σημείο.

iii) Η Αμφισβήτηση της Αποτελεσματικότητας της Ιατρικής.

Στην πρόοδο της ιατρικής όπως πιο πάνω περιγράφηκε έχει πιστωθεί η επιτυχία στην αντιμετώπιση των μολυσματικών ασθενειών που για χρόνια ταλαιπώρησαν την ανθρωπότητα.

Ωστόσο όμως απο πολλές μεριές υποστηρίζεται το αντίθετο. Ο Ιβάν Ιλιτς (1988 σελ. 27-28) υποστηρίζει πως οι γιατροί δεν επηρέασαν τις επιδημίες πιο σοβαρά απ' όσο τις είχαν επηρεάσει σε παλαιότερους καιρούς οι παπάδες. Η φυματίωση λόγου χάρη έφτασε στο αποκορύφωμα της κατά τη διάρκεια ζωής δύο γενεών.

Στα 1812 στη Νέα Υόρκη το ποσοστό θνησιμότητας απο την ασθένεια αυτή υπολογίζοταν υψηλότερο απο 700 θανάτους σε κάθε 10.000 ανθρώπους. Το 1882 όταν ο Κωχ απομόνωσε το βακίλο είχε ήδη ελατωθεί στους 370 θανάτους /10.000, το 1910, όταν άνοιξε το πρώτο σανατόριο είχε πέσει το ποσοστό στους 180/10.000 και η πορεία αυτή της μείωσης συνεχιζόταν ώσπου η φυματίωση έφτασε στην 11η θέση σε αιτιολογία θανάτων μετά τον Β' παγκόσμιο πόλεμο και με ποσοστό 48/10.000.

Το ίδιο και η χολέρα, η δυσεντερία και ο τύφος που διέγραψαν την καμπύλη τους με ένα μέγιστο και ένα ελάχιστο ποσοστό άσχετα απο τον έλεγχο των γιατρών.

Την ίδια άποψη υποστηρίζει και ο F. CAPRA αναφερόμενος σε σχετικές μελέτες, (CAPRA 1984 σελ. 166-167). Αναφέρει τη μελέτη του Τόμας Μακ Κιόουν, τον οποίο χαρακτηρίζει εξέχουσα προσωπικότητα στους τομείς της δημόσιας υγείας και της κοινωνικής ιατρικής, σχετικά με την ιστορία των μολυσματικών παθήσεων. Συμπεραί-

νεται σ'αυτή τη μελέτη πως οι μεγάλες μολυσματικές ασθένειες αφού έφτασαν στο απόγειό τους, υποχώρησαν σε μεγάλο βαθμό πολύ πριν εμφανιστούν τα πρώτα αντιβιοτικά φάρμακα και τα άλλα μέσα ανοσίας.

Η ύφεση των ασθενειών αποδίδεται εν μέρει στη βελτίωση της στέγασης και σε μια μείωση της δραστηριότητας των μικροοργανισμών αλλά ο πιο σημαντικός παράγοντας ήταν η μεγαλύτερη αντίσταση του ξενιστή, του ίδιου του ανθρώπου δηλαδή, που οφείλεται σε λόγους άσχετους με τα ιατρικά μέσα. (I. IΛITZ 1983 σελ. 129).

Από τα τέλη του 17ου αιώνα η παραγωγή τροφίμων αυξήθηκε σε όλη την έκταση του δυτικού κόσμου. Οι πρόοδοι στη γεωργία και η αφθονία των αγαθών έφερε σαν αποτέλεσμα την ισχυρότερη αντίσταση του οργανισμού στις ασθένειες. Παράλληλα βελτιώθηκαν οι συνθήκες υγιεινής και αποχέτευσης των λυμάτων, και άρα μπορούμε να συμπεράνουμε πως η άνοδος του βιοτικού επιπέδου ήταν που κυρίως βοήθησε στην υποχώρηση των μολυσματικών ασθενειών (CAPRA 1984 σελ. 166). Το πολύ κοντινό μας σήμερα παράδειγμα του τρίτου κόσμου ενισχύει αυτή την άποψη. Ενώ η ιατρική έχει τα μέσα και τις μεθόδους να καταπολεμήσει τις ασθένειες που πλήτουν τον τρίτο κόσμο, χωρίς τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης η αποτελεσματικότητα της μοιάζει πολύ μικρή συγκριτικά με τις δυνατότητες της. Ακόμη η ιατρική ερευνά δείχνει να έχει μεγάλους περιορισμούς. "Είναι λογικό" υπογραμμίζει ο DEERAC CHOPRA, "να λάβουμε υπόψιν μας διερευνώντας τη σύγχρονη ιατρική, πόση γνώση μέσα στα ιατρικά βιβλία αναφέρεται όχι στη ζωή αλλά στο θάνατο!" Διενεργώντας νεκροψίες, εξετάζοντας στο μικροσκόπιο αίμα, ούρα και άλλα μεμονωμένα υποπροϊόντα του ανθρώπινου σώματος, έτσι είναι που αποκτήθηκε η περισσότερη ιατρική γνώση. (D.DHOPRA 1991 σελ. 57).

Ο F.CAPRA παρομοίως αναφέρεται στα λόγια του βιολόγου οικολόγου Ρενέ Ντυμπός που δηλώνει ότι "οι περισσότεροι βιολόγοι αισθάνονται καλύτερα όταν το αντικείμενο της μελέτης τους έχει πάψει πια να ζει". (CAPRA 1984 σελ. 125).

Η διατύπωση των παραπάνω απόψεων δημιουργεί ένα κλίμα αμφισβήτησης της πορείας της ιατρικής και συνηγορούν στη διαπίστωση ότι την ιατρική σήμερα διέρχεται μια έντονη και πολύπλευρη κρίση.

Το κύριο πεδίο στο οποίο εντοπίζεται αυτή η κρίση φαίνεται να είναι πως οι ανακαλύψεις της δε βελτίωσαν καθόλου το επίπεδο υγείας των πληθυσμών. Μέχρι τα μέσα του 19ου αιώνα οι μεταδοτικές επιδημίες που αναφέρθηκαν παραπάνω έδωσαν τη θέση τους σε άλλες ασθένειες όπως η ραχίτιδα και η πελλαγρα. Αφού κι'αυτές διέγραψαν την καμπύλη τους, εξαφανίστηκαν και αντικαταστάθηκαν απο ασθένειες της πρώιμης παιδικής ηλικίας. Κάπως αργότερα αυξήθηκαν τα έλκη δωδεκαδάκτυλου στους νέους και όταν και αυτά υποχώρησαν εμφανίστηκαν οι σύγχρονες ασθένειες: καρδιοπάθειες, υπέρταση, αρθρίτιδα, διαβήτης, καρκίνος και οι λεγόμενες ψυχικές διαταραχές.

Εξήγηση για το πως επήλθαν αυτές οι αλλαγές δε μπορεί να δοθεί ολοκληρωμένη. Ούτε βέβαια απο τη μία μπορεί να αποδοθεί η υποχώρηση των ασθενειών στην ιατρική πρακτική των γιατρών ούτε όμως απο την άλλη μπορούν να αποδοθούν ευθύνες στην ιατρική για το ότι οι άνθρωποι τα περισσότερα χρόνια της μεγαλύτερης σε διάρκεια ζωής τους τα περνάν βασανιζόμενοι απο τις νέες αρρώστιες (Ι.ΙΑΙΤΣ 1988 σελ.30).

Ευθύνες όμως επιρρίπτονται στην ιατρική για το ότι η πρακτική της θεραπείας που εφαρμόζεται είναι συχνά γενεσιουργός αιτία

άλλων ασθενιών. Ο πόνος, η δυσλειτουργία και η έντονη οδύνη που προκαλεί η τεχνική ιατρική παρέμβαση ανταγωνίζεται σήμερα τη νοσηρότητα που οφείλεται σε τροχαία και βιομηχανικά δυστηχήματα και σε δραστηριότητες που έχουν σχέση με τον πόλεμο.

Ο Ιβάν Ιλιτς σημειώνει πως η ιατρική γίνεται μια από τις επιδημίες των καιρών μας που εξαπλώνονται με τον ταχύτερο ρυθμό (Ι.ΙΛΙΤΣ 1988 σελ. 42).

Ο ίδιος χρησιμοποιεί τον όρο "ιατρόγενη αρρώστια" για να περιγράψει παθήσεις που δε θα είχαν παρουσιαστεί αν δεν είχε εφαρμοστεί η έγκυρη και επιστημονικά συστηνόμενη θεραπευτική αγωγή. Ο όρος περιλαμβάνει όλες τις κλινικές καταστάσεις για τις οποίες οι παθογόνοι ή νοσογόνοι παράγοντες είναι τα φάρμακα, οι γιατροί ή τα νοσοκομεία. Και το φαινόμενο αυτό το ονομάζει "κλινική ιατρογέννεση".

Η διάδοση των χημικών φαρμάκων ακόμη φαίνεται να είναι πλέον εκτός ελέγχου. Μοιάζει σαν η υγεία να έχει πάψει πια να είναι ένα εκ γενετής χάρισμα και να είναι ένα ανθρώπινο δημιούργημα. Υπολογίστηκε πως κάθε 24 με 36 ώρες το 50-80% των ενηλίκων στις ΗΠΑ και τη Βρετανία "καταπίνουν" ένα χημικό σκεύασμα που τους έχουν συστήσει οι γιατροί. Και δεν είναι σπάνιες οι φορές που το φάρμακο αυτό είναι παλιό, νοθευμένο, παραποιημένο ή ακόμη περνούν φάρμακα σε λάθος συνδιασμούς (Ι.ΙΛΙΤΣ 1988 σελ. 44).

Τις επιπτώσεις αυτής της σύγχρονης συνήθειας είναι δύσκολο να τις μετρήσουμε σήμερα. Οι ίδιοι οι γιατροί ωστόσο στην πορεία των ερευνών τους ανακαλύπτουν ότι έγιναν σημαντικά λάθη.

"Δεν είναι η πρώτη φορά" ομολογεί ένας γιατρός αναφερόμενος στο σχετικό θέμα, "που η ιατρική κάνει λάθος. Την εποχή του Μολιέρου οι αφαιμάξεις έδιναν και έπαιρναν. Και δε πάει πολύς

καιρός που σταμάτησαν οι βεντούζες και οι βδέλλες...."Και συμπληρώνει: "Αναγκάσαμε εκατομμύρια άτομα να υποφέρουν για το τίποτα" (FABIEN GRUIER 1992).

Στο ίδιο άρθρο ο καρδιολόγος Φρέντερικ Σάλντμαν δηλώνει πως νιώθει σαν ένας Μπρεζνιφ που ξαφνικά αρχίζει να εξυμνεί τα πλεονεκτήματα της ελεύθερης αγοράς, αναφερόμενος στην αλλαγή της στάσης που παρατηρείται σήμερα στην ιατρική.

Άλλωστε είναι πραγματικά δύσκολο να εντοπίσουμε τις πραγματικές διαστάσεις στις παρενέργειες ενός φαρμάκου, και όπου αυτό είναι δυνατό ως ένα βαθμό, συχνά ανακαλύπτεται πως η "ευεργετική" επίδραση του φαρμάκου είναι αμφίβολη ίσως και επικίνδυνη. Ο DEEPAC CHOPRA με την ειδικότητα του ως ενδοκρινολόγος αναφέρει ένα πολύ συνηθισμένο παράδειγμα.

Στους υπερτασικούς ασθενείς με σκοπό τη μείωση της αρτηριακής πίεσης χορηγούν διουρητικά φάρμακα. Φάρμακα δηλαδή που πέρνουν νερό απο τα κύτταρα και το βγάζουν απο το σύστημα της ούρησης. Μία λειτουργία που την κάνουν συνεχώς τα νεφρά στο σώμα, διατηρώντας μάλιστα και την ισορροπία του νερού, των αποβλήτων, και των αναγκαίων για το σώμα αλάτων και ηλεκτρολυτών. Το διουρητικό όμως φάρμακο δε γνωρίζει ποιά είναι αυτή η ισορροπία, ούτε και μπορεί να τη διατηρήσει. Απαιτεί νερό απο κάθε κύτταρο που συναντά καθώς ρέει στο σώμα. Το αποτέλεσμα είναι να μειώνεται "ρευστή πίεση" αιμοφόρα αγγεία, που είναι άλλωστε και το ζητούμενο· το επίπεδο όμως του νερού επηρεάζεται παντού. Ως και ο εγκέφαλος μπορεί να υποχρεωθεί να δώσει απο το νερό του, κάτι που το κάνει μόνο κάτω απο τις χειρότερες ανάγκες, προκαλώντας ζάλη και αδυναμία. Έτσι μερικές φορές διαταράσσονται άλλες εγκεφαλικές λειτουργίες κυρίως σε ηλικιω-

μένους ασθενείς. Αν τυχόν συνδίασται η χρήση των διουρητικών με ηρεμιστικά ή έστω με λογική ποσότητα οίνοπνευματοδών, μπορεί τα άτομα να πάθουν τέτοια σύγχυση που ξεχνούν να πίνουν αρκετό νερό ή να τρέφονται σωστά. Κατά την άποψη ορισμένων ενδοκρινολόγων, η αφυδάτωση που τελικά προκαλείται από τα διουρητικά, όταν συνδιάζεται με οίνοπνευματώδη ή ηρεμιστικά είναι η κύρια αιτία θανάτου στους ηλικιωμένους Αμερικανούς (D.CHOPRA 1991 σελ. 61).

Ακόμη σημειώνεται πως όσο αυξάνεται η χρήση των αντιβιοτικών φαρμάκων, αυξάνεται παράλληλά και η ανθεκτικότητα των μικροβίων σ'αυτά. (PIERRE VACHET 1984 σελ.12). Ο D.CHOPRA σε συνέντευξή του αναφέρει σχετικά πως σύμφωνα με υπολογισμούς το 80-90% των φαρμάκων που χρησιμοποιούμε σήμερα είναι "προαιρετικής" ή "αμφίβολης" ωφέλειας (βλ. παράρτημα Β σελ.154).

Πέρα όμως από τα ανωτέρω υπάρχει ένα ακόμη σημαντικό σημείο στην ιατρική σήμερα που πρέπει να αναθεωρηθεί. Το κύριο βάρος της ιατρικής έχει δοθεί στη θεραπεία μιάς όποιας ασθένειας και όλα τα μέσα που έχει στη διαθεσή της άλλωστε είναι είτε για διαγνωστικούς είτε για θεραπευτικούς σκοπούς. Το κύριο σφάλμα της βιο-ιατρικής προσέγγισης τονίζει ο F.CAPRA 1984 σελ. 183 "έγκειται στη σύγχυση ανάμεσα στις διεργασίες της πάθησης και στην προέλευση της. οι γιατροί-ερευνητές δε ρωτούν γιατί εκδηλώνεται μια σθένεια. Αντίθετα προτιμούν να ασχολούνται με την ανακάλυψη των βιολογικών μηχανισμών που δίνουν απάντηση στο πως εκδηλώνεται και να επέμβουν έτσι στη λειτουργία της. Το θεμελιώδες ερώτημα όμως θα πρέπει να είναι το γιατί μιά πάθηση κάνει την εμφάνιση της, ποιά είναι η προέλευση της. Αυτή η προσέγγιση άλλωστε φαίνεται να είναι και η μόνη η οποία μπορεί

να επιδράσει στη βελτίωση της υγείας σε ένα ευρύ κοινωνικό επίπεδο. Ένα πολύ καλό παράδειγμα για να το κατανοήσουμε αυτό είναι ο καρκίνος. Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν δαπανηθή τεράστια ποσά για την έρευνα στο θέμα αυτό. Κύρια επιδίωξη ήταν να εντοπιστεί ο ιός που προκαλεί την ασθένεια μια προσπάθεια όμως που δεν απέδωσε. Πολύ λίγη όμως προσπάθεια έγινε με σκοπό να κατανοηθεί το γιατί κάποιος προσβάλεται απο καρκίνο ενώ κάποιος άλλος όχι, άσχετα με το ότι εκτίθενται στις ίδιες καρκινογόνες ουσίες.

Η ιατρική μπορεί να θεραπεύσει έναν καρκίνο κάτω απο ορισμένες συνθήκες όπως η έγκαιρη πρόγνωση του, ελάχιστα όμως ασχολείται με τις βαθύτερες αιτίες του γιατί αυτός ο καρκίνος εκδηλώθηκε. Αν θέλουμε όμως να κατανοήσουμε την αρρώστια αυτή ούτως ώστε να γίνουμε πιο αποτελεσματικοί στην καταπολέμηση της, πρέπει να δοθεί περισσότερο βάρος στην διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση της ασθένειας (F.CAPRA 1984 σελ. 182-184).

2. Τι Είναι ο Καρκίνος

2.α. Ο Καρκίνος απο Ιατρικής Σκοπιάς

Προσεγγίζοντας το θέμα καθαρά απο την ιατρική πλευρά, ο καρκίνος είναι μια χρόνια πάθηση (χρόνιος: ο βραδέως εξελισσόμενος και διαρκών επι μακρόν χρόνον ≠ οξύς-Μέγα λεξικό όλης της Ελληνικής γλώσσας), η οποία δυστυχώς συχνά καταλήγει στο θάνατο.

Σαν όρος υποδηλώνει κάθε είδους κακοήθη όγκο, ανεξάρτητα απο τη φύση του ιστού που τον αποτελεί (εγκυκλοπαίδεια Δομή Λήμα:Καρκίνος).

Πρόκειται για μια άτυπη, άσκοπη, ανώμαλη και απρογραμμάτιστη ανάπτυξη νέων κυττάρων που μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε όργανο ή σύστημα του οργανισμού του ανθρώπου απο τη γέννησή του ως το βαθύ γήρας. (Ν.Δοντας 1991 σελ. 13).

Στην ιατρική επιστημονική ορολογία ο καρκίνος καλέται "κακοήθες νεόπλασμα" και οι μορφές που μπορεί να εκδηλωθεί πρακτικά δεν έχουν περιορισμό. Πιο γνωστές σήμερα μορφές καρκίνου είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, του μαστού, της μήτρας, του εγκεφάλου γιατί ίσως είναι οι πιο συχνές περιπτώσεις, όμως υπάρχουν καταγραμμένες δεκάδες διαφορετικές μορφές νεοπλασμάτων, ενώ τα "άλλα μη καθορισμένα νεοπλάσματα" ταλαιπωρούν ή και θανατώνουν ακόμα ικανό αριθμό ανθρώπων. (βλ.παράρτημα Α πίνακας 3 σελ. 130)

Σε σχέση με την αιτιολογία του καρκίνου αυτή ως σήμερα παραμένει άγνωστη για την ιατρική είναι όμως πλέον αποδεκτό πως δεν επιδρά μόνο ένας καρκινογόνος παράγοντας αλλά σύνολο παραγόντων οι οποίοι κατατάσσονται σε χημικούς, φυσικούς, γενετικούς καθώς και σε ιούς.

ταξινόμηση των νεοπλασμάτων γίνεται με βάση τον ιστό που προσβάλεται και διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- α) τα καλοήγη νεοπλάσματα τα οποία δεν έχουν τη δυνατότητα να προσβάλουν γειτονικούς ιστούς.
- β) Τα ημικακοήγη που προέρχονται από τον ιστό που προσβάλουν και δε δημιουργούν μεταστάσεις και
- γ) τα κακοήγη νεοπλάσματα που αντίθετα με τα άλλα έχουν τη δυνατότητα να προσβάλουν γειτονικούς ιστούς και να δημιουργούν μεταστάσεις.

Οι θεραπείες του καρκίνου είναι κυρίως η χειρουργική για την προληπτική αφαίρεση καλοηθών νεοπλασμάτων ή την αφαίρεση ολοκληρωμένων όγκων, η χημειοθεραπεία που σκοπό έχει να επιβραδύνει την ανάπτυξη του νεοπλάσματος και να περιορίσει της διαστάσεις του και η ακτινοθεραπεία, η καταπολέμηση δηλαδή του όγκου με ακτινοβολίες. Λιγότερο διαδεδομένες και σε ερευνητικό ακόμη στάδιο είναι η ανοσοθεραπεία που αποβλέπει στην θεραπεία μέσω της ενίσχυσης του ανοσοποιητικού συστήματος του ασθενούς και η ορμονοθεραπεία που βασίζεται στην υπόθεση πως η ανάπτυξη του νεοπλάσματος συνδέεται με την διατάραξη της ορμονικής ισορροπίας της οργάνισμού την οποία επιχρηεί να αποκαταστήσει. (Αλεξοπούλου Τ. 1991 σελ. 6-13).

2.β. Η Κοινωνική Διάσταση του Καρκίνου

Πέρα από τους ορισμούς της ιατρικής, ο καρκίνος είναι κάτι περισσότερο από μία χρόνια ασθένεια. Για τον περισσότερο κόσμο

είναι μια λέξη συνώνυμη με το θάνατο.

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης χρησιμοποιούν όταν αναφέρονται στον καρκίνο τη φράση "επάρατη νόσος" (επάρατος-η-ο: καταραμένος, φοβερός, καταστροφικός-λεξικό Δημόπουλου εκδ. Άγκυρα) και για τον πολύ κόσμο είναι ο "Εξ'από 'δω" ή "το ξορκισμένο".

Η διαφοροποίηση αυτή του καρκίνου από τις άλλες χρόνιες ασθένειες προέρχεται ναί μεν από τη σύνδεση της με το θάνατο κυρίως όμως γιατί είναι αρρηκτά δεμένη με τον επώδυνο και βασανιστικό θάνατο.

Το άγνωστο αίτιο του καρκίνου μαζί με το γνωστό αποτέλεσμα έχουν διαμορφώσει μέσα στο πέρασμα των αιώνων το "κοινωνικό στίγμα" της νόσου. Οι τρόποι που αυτό το στίγμα εκφράζεται είναι διάφοροι. Ένας από αυτούς είναι το αίσθημα οίκτου που δέχονται σα μήνυμα τα άτομα που προσβάλλονται απ'αυτή. (Γιδοπούλου 1991 σελ. 23). Έτσι ενώ ένα άτομο μπορεί να παίξει αναρίθμητους ρόλους στη ζωή του σα γονιός, γιός, αδελφός κλπ ή να έχει χαρακτηριστικά όπως χιούμορ, γοητεία, εξυπνάδα κλπ από τη στιγμή που θα προσβληθεί από την ασθένεια γίνεται απλά ένας "καρκινοπαθής". (CARL SIMONTON 1988 σελ.26). Ο φόβος αυτός της κοινωνικής απομόνωσης, και η ντροπή για μία πιθανή μείωση ή απώλεια ρόλου έχει βρεθεί πως ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για την καθυστερημένη προσέλευση για εξέταση σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. (Ρηγάτος-Γκαράς 1986 σελ. 187).

Για το κοινωνικό στίγμα της νόσου ακόμη ευθύνεται το γεγονός πως η θεραπεία της έχει πάρα πολλές παρενέργειες και πολύ συχνά αλλοιώνει την εικόνα του σώματος για μια ολόκληρη ζωή.

Αυτό όμως που πρέπει να τονιστεί εδώ είναι πως το κοινωνικό

αυτό στίγμα δεν προστατεύει κανέναν άλλον εκτός απο την ίδια την αρρώστια. Έχουμε γίνει σήμερα σημαντικά βήματα στη θεραπεία του καρκίνου και η έγκαιρη προσέλευση συχνά έχει θετικά αποτελέσματα.

Τα παλαιότερα χρόνια, πριν 30 περίπου δεκαετίες ο καρκίνος σκοτώνει λόγω άγνοιας, σήμερα όμως εξακολουθεί να σκοτώνει εξ' αιτίας του φόβου.

2.γ. Ιστορική αναφορά στον Καρκίνο

Ο καρκίνος σαν αρρώστια όπως έχει ήδη αναφερθεί είναι τόσο παλιά όσο και η ύπαρξη ζωής πάνω στη γη. Είναι μια αρρώστια που πλήττει κάθε μορφή ζωής (φυτά, ζώα) και όχι μόνο τον άνθρωπο.

Τα πρώτα ιατρικά κείμενα στον ελληνικό χώρο που αναφέρονται στον καρκίνο τα βρίσκουμε την εποχή της άνθησης της ιατρικής στην Ελλάδα τα χρόνια δηλαδή του Ιπποκράτη (460-337 π.χ.). Μέσα απο τα κείμενα αυτά βρίσκουμε αναφορές στο πως η ασθένεια πήρε το όνομα της, όνομα που το δανείστηκε απο το γνωστό μας κάβουρα(=καρκίνο) Ο Α.Κούζης αναφερόμενος στο Γαλήνο μεταφέρει τα λόγια του τελευταίου:

"επι δε των τιτθών είδομεν πολλάκις
ακριβώς όγκον όμοιον καρκίνω ζώω. Καθάπερ
γάρ επ'εκείνου πόδες εκατέρωθεν εισί του
σώματος ούτω και επι τούδε του πάθους
αι φλέβες αποτεταμέναι του παρά φύσιν
όγκου τω σχήμα καρκίνω παραπλήσιον
εργάζονται" (Α.Κουζη 1902 σελ. 16).

Η εικόνα που παρουσίαζε η ασθένεια ήταν οι φλέβες γύρω απο έναν όγκο να "πληρούνται αίματος μέλανος και παχέος, καθιστάμεναι

λίαν καταφανείς" ώστε να προσομοιωθεί με τον κάβουρα του οποίου και πήρε το όνομα.

Απο τη σύνδεση αυτή της λέξης καρκίνος με την νόσο, έφτασαν σήμερα τα παράγωγα αυτής να έχουν έννοιες ανάλογες προς το "στίγμα" το κοινωνικό της ασθένειας. Π.Χ. καρκινοβατώ: δεν προοδεύω, αποτυγχάνω, καρκίνωμα:κακό αγιάτρευτο.

Όσον αφορά τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου ήταν πάντα ιδιαίτερα δυσχερής.

Πρακτικά ήταν αδύνατο να διαγνωσθεί ο καρκίνος στην αρχική φάση της ανάπτυξης του, αφού δεν υπήρχαν τα μέσα. Μόνον όταν ο όγκος γινόταν εμφανής ο ίδιος ή τα συμπτώματα του, τότε μόνο μπορούσε να γίνει κάποια θεραπευτική ενέργεια. (Κούζη 1902 σελ. 60). Οι θεραπείες, όταν δεν ήταν επίκληση της βοήθεια των θεών, τόσο στην αρχαία Ελλάδα όσο και στην αρχαία Αίγυπτο, όπου ήταν οπαδοί της Ελληνικής σοφίας, ήταν κυρίως η χειρουργική αφαίρεση του όγκου, η καυτηρίαση είτε του όγκου είτε της χειρουργικής τομής με πυρακτωμένο σίδερο και η χορτοφαγική ή γαλακτοφυτική δίαιτα. Ο Ακριβένας θεωρούσε άριστο φάρμακο το αρσενικό και την "διαγάλακτος δίαιταν", ενώ παρόμοιες απόψεις είχαν και οι περισσότεροι συνεχιστές αυτών των πρωτοπόρων γιατρών. Οι μέθοδοι αυτές παρέμειναν περίπου ίδιες και κατά τα χρόνια του Μεσαίωνα ενώ ελάχιστες αλλαγές παρατηρήθηκαν και τα χρόνια της αναγέννησης (Κούζης 1941 σελ. 15-16).

Πρέπει βέβαια να σημειωθεί εδώ πως ουδέποτε στο παρελθόν ο καρκίνος είχε πάρει την έκταση που σήμερα γνωρίζει έκταση τέτοια ώστε αρκετοί να έχουν χαρακτηρίσει τον καρκίνο ως την επιδημία του δυτικού πολιτισμού.

2.δ. Ο Καρκίνος Σήμερα

Ο Καρκίνος είναι βέβαια ασθένεια γνωστή από πολύ παλιά, όταν όμως μιλάμε για τον καρκίνο στις μέρες μας είναι σίγουρο ότι αναφερόμαστε σε ένα φαινόμενο μοναδικό στην ιστορία.

Τα κρούσματα καρκίνου μόνο τα τελευταία 30 χρόνια έχουν σημειώσει μια εκρηκτική αύξηση. Ειδικά για την Ελλάδα αν μιλήσουμε με στοιχεία της Ε.Σ.Υ. το 1975 τα περιστατικά νεοπλασμάτων ήταν 22.570 περιπτώσεις ανδρών και 24.037 περιπτώσεις γυναικών (σύνολο 47.507) ενώ το 1989 αντίστοιχα ήταν 56.023 και 47.992 (σύνολο 104.015) (βλ. παράρτημα^Α σελ. 125-130 πίνακες 1-3). Από την παρατήρηση του ίδιου πίνακα βλέπουμε ακόμη πως το 1975 είναι κατεγραμμένα 17 είδη νεοπλασμάτων, ενώ το 1989 έχουν φτάσει τα 40. Αρκετοί μελετητές αποδίδουν την αύξηση αυτή των κρουσμάτων καρκίνου στην αύξηση του χρόνου ζωής, όπως ο Αλέξανδρος Συμεωνίδης (καθηγητής του Α.Π.Θ., διακεκριμένος σε Ευρώπη και Αμερική για τους αγώνες του κατά του Καρκίνου, ιδρυτής του "Θεαγενείου Αντικαρκινικού Ινστιτούτου" της Θεσσαλονίκης).

Ο Α. Συμεωνίδης λοιπόν σε κείμενο του 1972 θεωρεί μέσο όρο ζωής τα 70 χρόνια, που παραμένει όμως ίδιος μέχρι σήμερα (Αλ. Συμεωνίδης 1972 σελ. 15-19). Δεν επαρκεί λοιπόν η παραπάνω εξήγηση για να ερμηνεύσει την αύξηση αυτή των κρουσμάτων καρκίνου. Ο ίδιος άλλωστε αναγνωρίζει στο κείμενο του πως η αύξηση των κρουσμάτων ορισμένων ειδών καρκίνου, όπως του πνεύμονα, είναι τόσο εντυπωσιακή που σίγουρα δεν εξηγείται με την αύξηση του μέσου όρου ζωής.

Μέχρι το 1912 ο καρκίνος του πνεύμονα ήταν άγνωστος αφού από τη διεθνή τότε βιβλιογραφία συγκεντρώθηκαν μόνο 374 περιπτώσεις. Σήμερα μιλώντας για επιδημία του καρκίνου για πολλούς

εννοείται η χωρίς όρια αύξηση του καρκίνου του πνεύμονα. Το 1982 ήταν ο πρώτος σε συχνότητα στους άντρες, ενώ άλλες στατιστικές από τις ΗΠΑ έδειχναν ότι σε λίγα χρόνια από τότε θα είναι ισοδύναμος με τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες. (Ν.Δοντας 1982 σελ. 15).

Η αντιμετώπιση και η θεραπεία του, παρ'όλη την πρόοδο της ιατρικής και των μέσων που έχει στη διαθεσή της είναι δύσκολη και συχνά αδύνατη. Το πιο θετικό βήμα ως σήμερα μπορούμε να πούμε πάνω στον καρκίνο είναι το γεγονός ότι υπάρχουν τα διαγνωστικά μέσα με τα οποία μπορεί να ανακαλυφθεί ένας όγκος στο ξεκίνημα του οπότε είναι ευκολότερο να θεραπευτεί.

Τα μέσα θεραπείας που έχει στη διαθεσή της σήμερα η ιατρική είναι η χειρουργική, που είναι και η παλαιότερη από τις θεραπευτικές μεθόδους, η ακτινοθεραπεία, και η χημειοθεραπεία, στην οποία "εισέρχεται" ο ασθενής όταν οι δύο προηγούμενες μέθοδοι δεν κατάφεραν να αναστείλλουν τη νόσο. Όλες αυτές οι θεραπείες προκαλούν έντονες παρενέργειες στον ασθενή. Ξεκινώντας από τη χειρουργική αυτή πολύ συχνά παραμορφώνει το σώμα του ασθενούς. Η μαστεκτομή, η κολοστομία, η λαρυγγεκτομή, η ορχεκτομή κ.α., δημιουργούν στα άτομα που θα υποστούν μία τέτοια θεραπεία πλείστα προβλήματα. Η ακτινοθεραπεία προκαλεί συχνότατα ναύτια και έμετο του επιβαρύνουν πολύ έντονα την ψυχολογική κατάσταση των αρρώστων ώστε συχνά να αρνούνται τη συνέχιση της θεραπείας. Τέλος η χημειοθεραπεία προκαλεί και αυτή έμετο ενώ καταστέλλει το ανοσοποιητικό σύστημα του ασθενούς πράγμα που μπορεί να έχει συνέπειες για την όλη εξέλιξη της κατάστασης του αρρώστου. (Γ.Ρηγάτος 1985 σελ. 55-71).

Παραπέρα, αν εξετάσουμε το κόστος της θεραπείας, βρίσκουμε

πως είναι τεράστιο. Για το νοσοκομειακό ασθενή το κόστος αυτή τη στιγμή είναι γύρω στις 40.000 δρχ. ημερησίως. Υπάρχουν θεραπείες για σαρκώματα που κάθε βδομάδα μπορεί το κόστος τους να υπερβεί το ένα εκατομμύριο μόνο για τα φάρμακα, ενώ τα διάφορα τεχνητά μέλη και βοηθήματα ανεβάζουν κι άλλο τους αριθμούς. Μετά τις θεραπείες του AIDS και τις μεταμοσχεύσεις σε κόστος ακολουθούν οι θεραπείες του καρκίνου. Αν σ'αυτά προστεθούν και οι κινήσεις των ιδίων των ασθενών που ζητούν δεύτερες γνώμες ή θεραπείες στο εξωτερικό, τότε τα ποσά που χρειάζονται για να ανταπεξέλθει κάποιος στις ανάγκες θεραπείας μιάς τέτοιας ασθένειας καταλαβαίνουμε πως είναι υπέρογκα. (Παράρτημα Β σελ.48)

3. Η Αιτιολογία του Καρκίνου

3.α. Η Σύγχρονη Αιτιολογική Αντίληψη

Ένα απο τα στοιχεία που έχουν συντελέσει στο να αποκτήσει ο καρκίνος το έντονο κοινωνικό στίγμα που τον χαρακτηρίζει είναι το γεγονός πως τα αίτια της ασθένειας παραμένουν ακόμη άγνωστα. Είναι βέβαια γνωστός ο μηχανισμός με τον οποίο ένα καρκινικό κύτταρο πολλαπλασιάζεται σχηματίζοντας έναν όγκο, είναι γνωστό ποιές μορφές όγκων επηρεάζουν την υγεία και με ποιόν τρόπο, παραμένει όμως άγνωστο το γιατί ένα καρκινικό κύτταρο εμφανίζεται σε ένα συγκεκριμένο άτομο κάποια δεδομένη χρονική στιγμή, όπως επίσης είναι άγνωστο το γιατί αυτό το πρώτο κύτταρο δεν καταπολεμήθηκε απο το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου.

Η κατεύθυνση που απο καιρό έχει πάρει η έρευνα για τον εντοπισμό των αιτιων του καρκίνου, είναι προς το να βρει τους εξωγενείς εκείνους παράγοντες που ευθύνονται για τη νόσο.

Οι επικρατέστερες απόψεις σήμερα ενοχοποιούν τις βλαβερές καρκινογόνες ουσίες (όπως τα προϊόντα του καπνίσματος, τον αμιάντο, τα συντηρητικά στα τρόφιμα κ.α.), τη γεννητική προδιά-

θεση, τις διατροφικές συνήθειες, την ακτινοβολία. (C.SINONTON 1988 σελ. 49). Στην πραγματικότητα όμως όλα τα παραπάνω δεν αποτελούν αιτίες. Υπάρχουν βέβαια μελέτες και πειραματικά εξαγομενα που σαφώς αποδεικνύουν τη δυνατότητα που έχουν κάποιες ουσίες να προκαλέσουν βλάβες στον οργανισμό. Στις ΗΠΑ και στη Δ.Ευρώπη όπου η μόλυνση του περιβάλλοντος είναι έντονη και η ατμόσφαιρα βεβαρυμένη, η εκρηκτική αύξηση των κρουσμάτων του καρκίνου, συνδιάστηκε με το φαινόμενο αυτό. Προσεκτικότερη όμως μελέτη μας οδηγεί στο να αμφισβητήσουμε τη γραμμική αυτή αιτιατή σχέση: καρκινογόνες ουσίες→καρκίνος. Σε μία πλατιά στατιστική βάση υπάρχει βέβαια αυξημένη συχνότητα καρκίνου εξ'αιτίας της έκθεσης των ανθρώπων στις ουσίες αυτές.

Απο την άλλη όμως η μεγάλη πλειοψηφία των ατόμων που εκτίθενται σ'αυτές δεν προσβάλλονται απο την ασθένεια. Αντίθετα όμως κανείς δεν μπορεί να πει με βεβαιότητα ότι η αποφυγή της έκθεσης στις καρκινογόνες ουσίες μπορεί να εξασφαλίσει την αποτροπή του καρκίνου. Απο τον καρκίνο προσβάλλονται και άνθρωποι που δεν εκτίθενται σε επικίνδυνα υψηλά επίπεδα επιβλαβών ουσιών. (F.CAPRA 1984 σελ. 184).

Το κενό στην πιο πάνω ερμηνεία ήρθε να καλύψει η θεωρία της γενετικής προδιάθεσης. Η κληρονομικότητα δηλαδή προκαλεί σε ορισμένα άτομα μεγαλύτερη παραγωγή "ανώμαλων" κυττάρων, ή τα κάνει επιρρεπή, λόγω αδύναμης ανοσολογικής αντίστασης, στα ανώμαλα κύτταρα. Η παρατήρηση ότι η συχνότητα καρκίνου είναι πιο υψηλή σε ορισμένες οικογένειες παρά σε άλλες ενισχύει την άποψη αυτή. Ο CARL SIMONTON όμως αναφέρεται σε μία μεγάλη μελέτη του Δρ.Βέρνον Ράϊλι (VERNON RILEY) του πανεπιστημίου της Ουασινγκτον, η οποία, όπως αναφέρει, δημιουργεί πολλές αμφιβολίες

σε οποιαδήποτε θεωρία υποστηρίζει ότι η πάθηση αυτή είναι καθαρά γενετικό θέμα. Ένα ιδιαίτερο είδος ποντικιών χρησιμοποιήθηκαν στην πειραματική έρευνα για τον καρκίνο, ακριβώς επειδή είχαν αύξημένη ευαισθησία σ'αυτή την ασθένεια. Η μία από τις δύο ομάδες που χωρίστηκαν τα ποντίκια υποβλήθηκε σε περιβάλλον με υψηλά επίπεδα έντασης, ενώ η δεύτερη κρατήθηκε σε περιβάλλον ελεύθερο από εντάσεις. Τα αποτελέσματα που πήραν στο τέλος της μελέτης ήταν καταπληκτικά. Από την πρώτη ομάδα των ποντικιών που έζησαν στο περιβάλλον με έντασεις ανέπτυξαν καρκίνο το 92% αυτών, ενώ μόνο το 7% από την άλλη ομάδα.

Επιπλέον αφού η γενετική προδιαθεση περνάει από γενιά σε γενιά, οι αλλαγές στην προδιάθεση μίας ολόκληρης κοινωνίας θα γίνονταν με πολύ αργό ρυθμό. Η ερμηνεία λοιπόν δεν επαρκεί για να δικαιολογήσει την εκρηκτική αύξηση στη συχνότητα του καρκίνου στις βιομηχανικές κοινωνίες τα τελευταία χρόνια. (C.SINON-TON 1988 σελ. 50-52).

Η ακτινοβολία θεωρείται επίσης άλλος ένας παράγοντας που ευθύνεται για την εμφάνιση του καρκίνου. Είναι η ηλιακή ακτινοβολία από τη μία που σε συνδιασμό με τη μείωση του προστατευτικού στρώματος του όζοντος στην ατμόσφαιρα ευθύνεται για την εμφάνιση μίας μορφής καρκίνου, του καρκίνου του δέρματος. Είναι ακόμη και οι ραδιενεργές ακτινοβολίες, ακτινοβολίες που μπορεί να είναι υπεύθυνες για κάθε μορφή καρκίνου, που χρησιμοποιούνται και στην ιατρική, και είναι απόβλητα της πυρηνικής τεχνολογίας.

Και σ'αυτή την περίπτωση όμως αν εξετάσουμε το θέμα σε ατομικό επίπεδο, βρίσκουμε πως άνθρωποι οι οποίοι έχουν εκτεθεί σε υψηλά επίπεδα ακτινοβολίας δεν έπαθαν καρκίνο, ενώ προσβλη-

θησαν άλλοι με σχετικά μικρή έκθεση.

Τα ίδια μπορούμε να διαπιστώσουμε και απο την εξέταση της διατροφής ως αιτιολογικού παράγοντα. Οι διατροφικές συνήθειες στον δυτικό κόσμο δεν είναι σίγουρα οι καλύτερες και ευθύνονται άλλωστε και για πολλές άλλες ασθένειες και όχι μόνο για τον καρκίνο. Απο μελέτες όμως που έγιναν ανάμεσα σε παρανοϊκούς και κατατονικούς ασθενείς, τρωφίμους των ιδίων ιδρυμάτων και άρα με το ίδιο διαιτολόγιο, διαπιστώθηκε διαφορά σημαντική στα κρούσματα καρκίνου ανάμεσα στις δύο ομάδες. Συγκεκριμένα η ομάδα των παρανοϊκών-άτομα με υπερβολική ευαισθησία για ότι συμβαίνει γύρω τους και που υποπτεύονται συνομωσίες εναντίον τους-παρουσίασε ποσοστά καρκίνου υψηλότερα ακόμα και σε σχέση με το φυσιολογικό πληθυσμό (Αντίθετα οι κατατονικοί είναι άτομα που απομονώνονται απο τις εξωτερικές επαφές, και δε δείχνουν να καταλαβαίνουν τι γίνεται γύρω τους) (C.SIMONTON 1988 σελ.53-54). Οι παραπάνω διαπιστώσεις οδηγούν τη σκέψη στο να αναζητήσει το κάτι άλλο που κρύβεται πίσω απο την εμφάνιση του καρκίνου αφού απο μόνες τους οι παραπάνω αιτιολογίες δεν επαρκούν.

Αν θέλουμε να ερμηνεύσουμε τη συμπεριφορά της ασθένειας δε μπορούμε να μη λάβουμε υπόψιν μας το γιατί κάποιιοι δεν εμφάνισαν καρκίνο παρά την έκθεση τους στους παράγοντες επικινδυνότητας για κάτι τέτοιο. Άλλωστε η απορία σήμερα δεν είναι πως αναπτύσσεται ένας καρκίνος αλλά πως με τέτοια πολύμορφη, ταχύτατη και πολυσύνθετη βιολογική μεταβολή δε συμβαίνει πιο συχνά η ανώμαλη εξέλιξη (N.Δοντας 1991 σελ. 13).

Η αναζήτηση του θέματος "καρκίνος" γίνεται φανερό πως δεν μπορεί να καλυφθεί απο γενικότητες. Υπάρχουν μεγάλες ατομικές

διαφορές που συνηγορούν στην άποψη πως ο ίδιος ο "Ξενιστής" της αρρώστιας, ο ίδιος δηλαδή ο άνθρωπος που προσβάλλεται με κάποιον άγνωστο τρόπο συμβάλλει ενεργά στην εμφάνιση της νόσου.

3.β. Η Ψυχοσωματική Αιτιολόγηση του Καρκίνου

ι) Ιστορική Αναδρομή

Το ότι σήμερα η έρευνα για τον καρκίνο στρέφεται στην αναζήτηση εξωγενών αιτιών, δεν σημαίνει πως ήταν πάντα έτσι. Πρόκειται για μια καθαρά νέα τάση της ιατρικής την οποία ο Λώρενς Λε Σαν την αποδίδει απο τη μία στο ότι η ιατρική επιστήμη σημείωσε στις αρχές του αιώνα μεγάλη πρόοδο όσον αφορά την καθαρά οργανική πλευρά της ασθένειας, και απο την άλλη στο ότι απο την εποχή του Φρόύντ και μετά έγινε αντικείμενο άλλων σχολών η απασχόληση με θέματα προσωπικότητας και ψυχολογίας των ανθρώπων. Ως τότε οι γιατροί ελάχιστα μπορούσαν να κάνουν πέρα απο το να παρατηρούν και να βρίσκουν τις σχέσεις των ασθενειών με συγκρινησιακούς παράγοντες (Λ.Λεσαν 1981 σελ. 35).

Η σύνδεση του καρκίνου οποιασδήποτε μορφής με παράγοντες που έχουν σχέση με τον ίδιο τον ασθενή, είναι πολύ παλαιότερη απ'όσο μπορούμε να φανταστούμε.

Η αρχαία Ελληνική ιατρική, κυριαρχούμενη απο τις αντιλήψεις της χυμοπαθολογίας του Ιπποκράτη, αποδίδει τη γέννεση του καρκίνου στην περίσσεια της "μέλαινας χολής". Την ίδια αντίληψη τον 2ο μ.χ. αιώνα συνεχίζει και ο Γαληνός λέγοντας πως ο καρκίνος "υπο μελαγχολικού γίνεται χυμού". (Γ.Ρηγάτος 1985 σελ. 16).

Παρενθετικά αναφέρουμε ότι οι γιατροί της εποχής πρέσβευαν την ύπαρξη στον ανθρώπινο οργανισμό "τριών περριτωμάτων της πέψως". Ήταν το πικρόχολο (ξανθή χολή) που παρήγετο απο το συκώτι και τη χοληδόχο κύστη, το μελαγχολικό (Μέλαινα χολή) που

παρήγετο απο τη λειτουργία της σπλήνας, και το ορρώδες, παράγωγο των νεφρών. Τυχόν δυσλειτουργία κάποιου απο τα παραπάνω όργανα είχε σα συνέπεια την ανισορροπία των χυμών στο σώμα και την εμφάνιση ασθενειών. Η περισσεια μελαινάς χολής ευθύνονταν για την εμφάνιση του καρκίνου (Δ.κουζης 1902 σελ. 25).

Και είναι σαφές πως οι έννοιες της "μέλαινας χολής" και του μελαγχολικού χυμού έχουν το ίδιο νόημα που έχει σήμερα ο όρος "μελαγχολία". Ο ίδιος ο Γαληνός κάνει τη σύνδεση λέγοντας άλλου πως "αυτού δε καν ο μελαγχολικός πλεονασει χυμός ως εν μελαγχολία και καρκίνω" συνδέοντας το "χυμό" και με την εμφάνιση μελαγχολίας.

Την παραπάνω άποψη διατήρησαν και ενίσχυσαν χωρίς εξαιρέσεις όλοι οι έλληνες γιατροί όπως ο Ορειβάσιος (325-403 μ.χ.), ο Αλέξανδρος ο Αφροδισιεύς ή Τραλλιανος τον 6ο μ.χ. αιώνα, καθώς επίσης και η Ρωμαϊκή και Αραβική ιατρική. Ο Μιχαήλ Ψελλός (1018-1078 μ.χ) στο "Πονημα Ιατρικό" γράφει:

"Χυμός δ'ο δεινός και μελάγχρους την φύσιν σκίρρον μεν εργάσαιτο σεσημμένος. Σεσημμένον δε πολλ'εξέχθη θηρία γάγγραινα, φαγέδαινα, πολλοι καρκίνοι". (Γ.Ρηγάτος 1985 σελ. 17).

Στην ιστορία της σύγχρονης ιατρικής το θέμα της ψυχοσωματικής προσέγγισης του καρκίνου μπαίνει πάλι στις αρχές του 18 αι. απο τον Γάλλο γιατρό GERTON. Καθηγητής αυτός στο MONTPELLIER εκφράζει την άποψη ότι ο κακοήθης όγκος οφείλεται σε μεταβολές της σωματικής λειτουργίας που προκαλούνται απο συχνά πένθη, το φόβο και το άγχος. Το 1759 ο Άγγλος SIR RICHARD GUY περιγράφει δύο περιπτώσεις γυναικών με καρκίνο μαστού ο οποίος εκδηλώθηκε μετά απο μεγάλη στενοχώρια, όπως επισημαίνει. Στην πρώτη περίπτωση εξ'αιτίας του θανάτου του παιδιού της, και στη δεύτερη εξ'αιτίας της φυλάκισης της. Παρατηρεί δε ότι ο όγκος είναι συχ-

νότερος σε γυναίκες με νευρωτικά και υστερικά προβλήματα και κύρια στις μελαγχολικές. Αργότερα και ο LEANNEC (1781-1826) εφευρέτης του στηθοσκοπίου, εκφράζει παρόμοιες απόψεις.

Γενικά στις εργασίες διαφόρων ερευνητών του 18ου και 19ου αιώνα αναφέρονται σε σχέση με τον καρκίνο ψυχοτραυματισμοί που είναι: α) η απώλεια (θάνατος ή χωρισμός αγαπημένου προσώπου) β) η ματαίωση σημαντικών γεγονότων και γ) η τάση για απογοήτευση και απελπισία σε κάθε απώλεια ή ματαίωση (Γ.Ρηγάτος 1985 σελ. 18-19).

Η αντίληψη όμως αυτή που για εκατοντάδες χρόνια διατηρήθηκε, εξοστρακίστηκε από τα πεδία των ερευνών για το καρκίνο αμέσως μετά την επικράτηση των καρτεσιανών αντιλήψεων. Οι μέθοδοι έγκαιρης διάγνωσης, οι βελτιωμένες τεχνικές χειρουργικών επεμβάσεων και η χρήση χημικών και άλλων μέσων έσωσαν την ζωή πολλών ανθρώπων. Καλλιέργησαν όμως μια στενή θεώρηση της ασθένειας εντοπισμένη σε ένα μόνο σημείο του σώματος.

ii) Νεώτερες Έρευνες στην Ψυχοσωματική Διάσταση του Καρκίνου

Η αδυναμία της σύγχρονης ιατρικής να ορίσει τα αίτια του καρκίνου, και οι ενδείξεις που υπήρχαν ότι κάτι στον ίδιο τον ασθενή συμμετέχει στην εμφάνιση και εξέλιξη της ασθένειας, οδήγησαν τα τελευταία χρόνια αρκετούς μελετητές να αποδεσμευτούν από το γραμμικό ιατρικό μοντέλο και να αναζητήσουν απαντήσεις σε θέματα της προσωπικότητας του ασθενούς. Περισσότερο γνωστό είναι το έργο του Λώρενς Λεσάν, χωρίς όμως να είναι και το μοναδικό. Πρωτοπόρος ωστόσο ερευνητής ο Λεσάν, ύστερα από δύο δεκαετίες εργασίας με καρκινοπαθείς, πιστεύει με μεγάλη βεβαιότητα ότι μπορούμε να κάνουμε μια γενίκευση: "Η παρουσία καρκίνου δείχνει συνήθως πως κάτι άλλο δε πάει καλά με τη ζωή του

ασθενούς". (Λ.Λεσαν 1981 σελ. 26).

Ο Λ.Λεσαν με την ειδικότητα του ως πειραματικός ψυχολόγος, εργάστηκε είκοσι χρόνια με την έρευνα και την ψυχοθεραπευτική εργασία με ασθενείς με καρκίνο.

Κύρια επιδίωξη του ήταν να μπορέσει να καλύψει ένα κενό που υπήρχε στη συμπεριφορά της νόσου. Το γιατί δεν παθαίνουν καρκίνο όλοι οι καπνιστές, γιατί μόνο τα δύο απο τα πέντε αδέρφια μιας οικογένειας με κληρονομική προδιάθεση προσβάλλονται, γιατί ασθενείς με καρκίνο σε πολύ προχωρημένο στάδιο γίνονται καλά και άλλοι με μικρούς όγκους με αρχικό στάδιο παρουσιάζουν πολύ πιο δραματική εξέλιξη απ'όσο κανείς θα μπορούσε να προβλέψει. Ήταν ξεκάθαρο πως οι απαντήσεις της ιατρικής δεν έφταναν να ερμηνεύσουν αυτά τα φαινόμενα. (Λ.Λεσαν 1981 σελ. 29-30).

Ο Λ.Λεσαν υπέθεσε πως υπάρχει ένας γενικός τύπος προσωπικότητας ανάμεσα στην πλειονότητα των καρκινοπαθών και ότι οι συγκινησιακές αντιδράσεις των ατόμων αυτών σε κάποιες καταστάσεις τους καθιστούν ευάλωτους στην ασθένεια.

Ενδείξεις σχετικά μ'αυτό είχε απο παλαιότερα, όταν σε συνεργασία με τον ερευνητή ψυχολόγο Δρ. Ρίτσαρντ Ουώρθιγκτον μελέτησε τα τεστ προσωπικότητας ατόμων του αργότερα πέθαναν απο καρκίνο. Εκεί εντόπισε καταπληκτικές ομοιότητες τόσο στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τους όσο και στο ιστορικό της ζωής τους. (Λ.Λεσαν 1981 σελ. 33-36).

Σε μελέτη που έκανε αργότερα ο ίδιος συγκεντρώνοντας ιστορικά ασθενών με καρκίνο, εντόπισε ορισμένα σημεία που εμφανίζονται σε όλα τα ιστορικά.

Η ισχυρότερη ένδειξη που είχε ήταν η απώλεια απο μέρους του ασθενούς ενός σκοπού της ζωής, η οποία συνέβη στο παρελθόν πριν

την εμφάνιση των πρώτων φανερών συμπτωμάτων καρκίνου. Απο τα στοιχεία του τέστ προέκυψε ότι οι ασθενείς είχαν ζήσει κάποτε μία περίοδο κατά την οποία συμμετείχαν πολύ ενεργά στη ζωή, αυτή όμως η περίοδος ενεργητικότητας κινούνταν γύρω απο μία και μοναδική "σημαντική σχέση". Όταν αυτή η σχέση χάνονταν για διάφορους λόγους (θάνατος, χωρισμός, ανεξαρτητοποίηση των παιδιών κλπ) τότε οι ασθενείς ήταν που έχαναν το νόημα της ζωής, αφού έχαναν το ρόλο (συζύγου, γονιού, εργαζόμενου κ.α) που τους έδινε το νόημα αυτό. Φαίνοταν πως υπήρχε ένα στοιχείο στην προσωπικότητα των καρκινοπαθών που τους εμπόδιζε να τα βγάλουν πέρα με τέτοια κοινωνικά γεγονότα. Συνεχίζοντας τη μελέτη του εντόπισε μια ανικανότητα απο πλευράς του ατόμου να εκφράσει θυμό ή δυσαρέσκεια. Οι ασθενείς ήταν άτομα που φαίνονταν αρκετά συχνά να καταπνίγουν στα συναισθήματα τους. Ενώ φαίνεται πως είχαν επιθετικά συναισθήματα ήσαν ανίκανοι να τα εκφράσουν. Σε όλους υπήρχε ένα χαρακτηριστικό καλόβολο προσωπείο. Εντόπισε ακόμη ο ερευνητής μια τάση των καρκινοπαθών να μην αγαπούν τον εαυτό τους και να μην του δείχνουν εμπιστοσύνη. Δεν είχαν καμμία απολύτως εκτίμηση στα δικά τους επιτεύγματα αλλά αντίθετα "χαρίζονταν" για τα δίκαια και τα ιδανικά των άλλων. Συχνά ο Λ. Λεσαν παρατήρησε πως οι επιθυμίες και οι ευχές των καρκινοπαθών είχαν καταπιεστεί τόσο, ώστε η απάντηση που έπαιρνε όταν τους ρωτούσε "τι πραγματικά θέλεις εσύ απο τη ζωή σου"; ήταν ένα αδειανό κατάπληκτο βλέμμα.

Άρχισε λοιπόν απο τις έρευνες του Λεσαν να σκιαγραφείται σιγά-σιγά ένας ιδιαίτερος τύπος προσωπικότητας που απαντιέται συχνά ανάμεσα στους καρκινοπαθείς.

Ένα ακόμη σημαντικό στοιχείο χαρακτηριστικό της προσωπικό-

τητας αυτής είναι "η απόγνωση" όπως ο ίδιος ο Λεσαν την αποκάλυψε. Δεν πρόκειται για μια απόγνωση σαν απόρρεια του γεγονότος ότι τα άτομα προσβλήθηκαν απο καρκίνο αλλά ένα συναίσθημα συνοδευτικό σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Ο καρκίνος τους είναι απλά ακόμη ένα σημάδι του πόσο μάταιη είναι η ζωή τους αυτή. (Λ.Λεσαν σελ. 48-59).

Ένας άλλος ερευνητής ο Δρ.Νταϊηβιντ Κίσσεν, απο έρευνα που έκανε "ανάμεσα σε 300 ασθενείς μιάς κλινικής νοσημάτων θώρακος, συμπέρανε πως τα άτομα που δεν είχαν ικανοποιητικές διεξόδους συναισθηματικού φορτίου είχαν πολύ περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν απο καρκίνο του πνεύμονα. Η ίδια μελέτη έδειξε πως τα ποσοστά θανάτων απο καρκίνο του πνεύμονα ανά 100.000 είναι 270 για αυτούς που δεν έχουν συναισθηματικές διεξόδους και μόνο 57 για την αντίθετη περίπτωση. Σημαντικό είναι ότι η διαφορά αυτή υπήρχε ανεξάρτητα απο το αν οι ασθενείς καπνίζουν ή όχι.

Ο Λ.Λεσαν λοιπόν μέσα απο τις έρευνες και τις μελέτες των ιστορικών των καρκινοπαθών κατέληξε να σκιαγράφησει το βασικό συγκινησιακό σχήμα του καρκινοπαθούς που το αποτελεί απο τρία κύρια μέρη:

α) Το πρώτο περιλαμβάνει μια παιδική ή εφηβική ηλικία σημαδεμένη απο αισθήματα μοναξιάς και την αίσθηση ότι οι έντονες σχέσεις που έχουν κάποιο βαθύτερο νόημα είναι επικίνδυνες και προκαλούν απόρριψη και πόνο.

β) Υπάρχει μια περίοδος όπου ο άνθρωπος βρίσκει μια έντονη σχέση που δίνει νόημα στη ζωή του, στην οποία προσκολλάται και απο την οποία αντλεί την παραδοχή των άλλων και

γ) Είναι η φάση μετά την απώλεια της σχέσης που οδηγεί τον άνθρωπο σε μια αίσθηση απόλυτης απόγνωσης. Δε βρίσκει πια νόημα

στη ζωή του, δεν υπάρχει ελπίδα για κάτι καλό, έχουν πια επιβεβαιωθεί οι φόβοι της παιδικής ηλικίας πως οι στενές σχέσεις κάνουν κακό.

Κάποια στιγμή μετά την τρίτη αυτή φάση παρουσιάζονται τα πρώτα σημάδια του καρκίνου. (Λ.Λεσαν 1981 σελ. 89-90). Η παρουσία του καρκίνου σε ένα τέτοιο άτομο δεν είναι κάτι που προκαλεί έκπληξη, όπως δεν προκαλεί έκπληξη και η απώλεια μιάς σχέσης που πάντα φοβότανε. Αντίθετα η αρρώστια φαίνεται να ταιριάζει με τη μειωμένη διάθεση του ατόμου για ζωή (Λεσαν 1981 σελ. 96-97).

Παρόμοιες μελέτες άλλων επιστημόνων κατέληξαν και αυτές σε παρόμοιες διαπιστώσεις. Ο CARL SIMONTON ογκολόγος-ακτινολόγος και ιατρικός διευθυντής του Κέντρου Ερευνών και Συμβουλευτικής Καρκίνου στο Ντάλας των ΗΠΑ και η σύζυγος του STEPHANIE MATHIEUS SIMONTON, ψυχοθεραπεύτρια, εξετάζοντας τα ιστορικά ασθενών με καρκίνο, σε σχέση με τις "συγκρούσεις" που αντιμετώπισαν τους μήνες που προηγήθηκαν της ασθένειας, αναγνωρίζουν πέντε βασικά βήματα της ψυχολογικής πορείας που συχνά προηγούνται του καρκίνου.

α) Οι εμπειρίες της παιδικής ηλικίας οδηγούν σε αποφάσεις που καθορίζουν ένα πρότυπο για τον εαυτό μας και συγκεκριμένες αντιδράσεις και συμπεριφορές. Πολλές από αυτές τις αποφάσεις είναι θετικές, πολλές όμως όχι. Ορισμένες αποφάσεις πέρνονται κάτω από τραυματικές εμπειρίες, και υιοθετημένες συμπεριφορές υπό τέτοιες συνθήκες μπορεί να περιορίσουν τις κατοπινές πηγές του ατόμου να τα βγάλει πέρα με το STRESS. Η απόφαση που μπορεί να πάρει π.χ. ένα παιδί ότι ο μόνος τρόπος για να αγαπηθείς ή να γίνεις αποδεκτός από το περιβάλλον σου είναι να είσαι το

άτομο που μόνο θα αγαπά, μπορεί να κρατήσει μια ζωή ολόκληρη, ακόμη κι όταν αυτή γίνεται αφόρητη. Ένα τέτοιο άτομο θα δυσκολευτεί να εκφράσει θυμό, ακόμη και όταν αυτό απαιτείται.

β) Το άτομο συγκλονίζεται από γεγονότα της ζωής του γεμάτα άγχος. Οι έρευνες των SIMONTONS δείχνουν πως το έντονο άγχος είναι συχνά πρόδρομος του καρκίνου. Ως κρίσιμες αγχωγόνες καταστάσεις θεωρούνται εκείνες που απειλούν το εγώ του ατόμου. (θάνατος συζύγου ή αγαπημένου προσώπου, ή συνταξιοδότηση, η απώλεια ενός σημαντικού ρόλου).

γ) Τα άγχη αυτά με τη σειρά τους δημιουργούν προβλήματα που το άτομο αδυνατεί να ξεπεράσει μη γνωρίζοντας τρόπους να τα χειριστεί. Όταν π.χ. ένας άνθρωπος έχει εξαρτήσει τη ζωή του από τη δουλειά του, δύσκολα θα προσαρμοστεί στο νέο τρόπο ζωής όταν αποσυρθεί απ'αυτήν. Ή αν κάποιος εκφράζει τα συναισθήματα του σπάνια, νιώθει παγιδευμένος όταν αντιμετωπίζει μια κατάσταση που μπορεί να βελτιωθεί μόνο αν εκφραστεί ανοικτά.

δ) Το άτομο δε βλέπει τρόπους αλλαγής των αντιδράσεων του και αισθάνεται παγιδευμένο και αβοήθητο στη λύση των προβλημάτων του.

Οι υποσυνείδητες αποφάσεις του σωστού τρόπου συμπεριφοράς που προέρχονται από την παιδική ηλικία, αποτελούν σημαντικό μέρος του εγώ των ανθρώπων, και η αλλαγή στάσης απέναντι σε ορισμένες καταστάσεις ή προβλήματα μεταφράζεται σαν απώλεια της ταυτότητάς τους. Οι περισσότεροι ασθενείς των SIMONTONS παραδέχονται πως μήνες πριν γίνουν καρκινοπαθείς, αισθάνονταν αβοήθητοι, σαν θύματα, ανίκανοι να αλλάξουν τη ζωή τους έτσι ώστε να βοηθήσουν στην λύση των προβλημάτων τους. Η ζωή τους κυλούσε και δεν την έλεγχαν. Ήταν παθητικοί απέναντι της. Και φυσικά

με τη στάση αυτή ούτε τα προβλήματα τους λύνονταν ούτε όμως και το STRESS τους μειωνόνταν. Τέλος.....

ε) το άτομο καταλήγει να αποστασιοποιείται απο το πρόβλημα του, και έτσι γίνεται άκαμπτο, στατικό και δεν αλλάζει. Μία και το άτομο αυτό δεν έχει ελπίδες, έχει την αίσθηση ότι τρέχει χωρίς να φτάνει πουθενά. Επιφανειακά μοιάζει να αντιμετωπίζει καλά τη ζωή, για τον ίδιο όμως δεν υπάρχει σ'αυτήν κανένα νόημα. Σε πολλές περιπτώσεις η σοβαρή ασθένεια ή και ο θάνατος ακόμη αντιπροσωπεύουν μια λύση, μια διέξοδο ή μια αναβολή του προβλήματος. (C.SIMONTON 1988 σελ. 86-89).

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα των δύο παραπάνω μελετών εύκολα μπορούμε να εντοπίσουμε τα κοινά συμπεράσματα τους. Και άλλοι όμως μελετητές πιο πριν έχουν διαπιστώσει περίπου τα ίδια. Το 1958 ο Δρ. Ο.Α. Γκριν διαπίστωσε ότι σημαντικές απώλειες λίγο πριν την έναρξη λευχαιμίας, αναφέρονται απο την πλειονότητα των γυναικών και παιδιών που εξετάστηκαν (SIMONTON 1988 σελ.79).

Η υπόθεση ακόμη του Λ.Λεσαν το 1958 ότι οι καρκινοπαθείς έρρεπαν σε συναισθήματα απελπισίας και ανικανότητας πριν ακόμη αρρωστήσουν, επιβεβαιώθηκε το 1961 απο τους SCHMALE και IKER όταν αυτής διατύπωσαν την άποψη για το σύνδρομο του "HOPELESS AND HELPLESSNESS". (το αίσθημα απώλειας ελπίδας και βοήθειας). Υπέθεσαν ότι ο καρκίνος φαίνεται να αναπτύσσεται σε άτομα που "αφήνονται" και ανισθάνονται χωρίς καμμία ελπίδα, και κράτησαν στοιχεία απο γυναίκες που εξέτασαν με ύποπτα κολποτραχηλικά επιχρίσματα. Ο SCHMALE και IKER στη μελέτη τους χρησιμοποίησαν το ειδικό ερωτηματολόγιο "HORNE AND RICARD", ερωτηματολόγιο που ζητά πληροφορίες για την αστάθεια και την ανασφάλεια κατά την παιδική ηλικία, την επαγγελματική εξασφάλιση, τη σταθερότητα

του γάμου, την έλλειψη ενδιαφερόντων για το μέλλον και την πρόσφατη απώλεια σημαντικής σχέσης. Απο τις απαντήσεις αυτών των ερωτηματολογίων κατάφεραν με μεγάλο βαθμό επιτυχίας να προβλέψουν ποιές απο τις γυναίκες που εξέτασαν θα παθαίναν τελικά καρκίνο και ποιές όχι. (Γ.Ρηγάτος 1985 σελ. 29).

Ο Ε.Μ.Μπλούμπεργκ έδειξε ότι ο γιατρός μπορεί να προβλέψει την ταχύτητα ανάπτυξης ενός όγκου, βασισμένος σε ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του καρκινοπαθούς. Υποστήριζε πως οι ασθενείς με γρήγορη ανάπτυξη όγκου ήταν άτομα που προσπαθούσαν να δημιουργήσουν καλές εντυπώσεις για το άτομο τους. Ήταν επίσης πιο αμυντικοί και λιγότερο ικανοί να προστατεύσουν τον εαυτό τους απο το άγχος. Αντίθετα οι ασθενείς με μεγαλύτερη ικανότητα στην απορρόφηση συναισθηματικών σοκ και στη μείωση της έντασης είχαν όγκους με αργή ανάπτυξη. Η δυσκολία των ασθενών με τους γοργά αναπτυσσόμενους όγκους φαίνονταν να εντοπίζεται στις μπλοκαρισμένες συναισθηματικές διεξόδους τους.

Ανάλογα ο Δρ.Κλόπφερ έκανε μια μελέτη με βάση την οποία προβλέποταν ο τύπος του όγκου (αργής ή γρήγορης ανάπτυξης) ανάλογα με τις άμυνες του "εγώ" του ασθενούς, καθώς και την άποψη του ατόμου για την "πραγματικότητα". Ο Κλόπφερ πίστευε πως όταν μεγάλο μέρος απο τα δυναμικά του ασθενούς αναλώνονται στην υπεράσπιση του "εγώ" και της νοοτροπίας του, τότε το σώμα δεν έχει την αναγκαία ζωτική ενέργεια για να πολεμήσει τον καρκίνο (C.SIMONTON 1988 σελ.80).

Σ'όλες αυτές τις μελέτες και σε περισσότερες ακόμη που δεν αναφέρονται εδώ υπήρχε πάντα βέβαια και ο αντίλογος. Το 1983 μια εκτεταμένη μελέτη του καρκίνου του μαστού στο πανεπιστήμιο της Πενσυλβανίας απέτυχε να βρει κάποιο συσχετισμό ανάμεσα στην

προσωπικότητα του ασθενούς και στις πιθανότητες που έχει να επιβιώσει πάνω απο δύο χρόνια. Σε συνοδευτικό άρθρο της κύριας μελέτης που δημοσιεύτηκε στο έγκυρο περιοδικό "NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE" αμφισβητήθηκε η αντίληψη αυτή και μάλιστα χαρακτηριστικά γράφτηκε "Πιστεύουμε ότι η ασθένεια ως άμεση αντανάκλαση διανοητικών καταστάσεων είναι, σε μεγάλο βαθμό, μύθος λαϊκής κατανάλωσης". Ωστόσο όμως βροχή επιστολών έφτασε στα γραφεία του περιοδικού απο γιατρούς που διαφωνούσαν έντονα με τα συμπεράσματα του άρθρου (D.CHOPRA 1991 σελ. 46).

Φαίνεται λοιπόν πως η μηχανιστική άποψη που ερμηνεύει τις αιτίες των ασθενιών γραμμικά σαν αποτέλεσμα ενός εξωγενούς παράγοντα, σιγά σιγά υποχωρεί. Ολοένα και περισσότερο γίνεται αποδεκτό ότι η ασθένεια είναι ένα φαινόμενο που έχει σχέση με ολόκληρη την ανθρώπινη οντότητα, σωματική, ψυχική, κοινωνική και πως υπάρχουν σαφείς αλληλεπιδράσεις ανάμεσα σ'αυτές.

Απο καιρό η ιατρική είχε δεχθεί και είχε εξηγήσει πως τα συναισθήματα, η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου και κυρίως το έντονο STRESS μπορούν να παίξουν ρόλο σε ορισμένα ιατρικά προβλήματα κυρίως όπως το έλκος, ή οι ασθματικές κρίσεις και οι πονοκέφαλοι. Είχε όμως εντόπιστεί και ο μηχανισμός που αυτά συνέβαιναν όπως π.χ. στο έλκος που προκαλείται στους ανήσυχους και κουρασμένους ανθρώπους απο την κατακράτηση υπερβολικών οξέων στο στομάχι που κατέτρωγαν την εσωτερική του επένδυση προκαλώντας έτσι μια αλλοίωση (Λ.Λεσαν 1981 σελ. 33).

Για να γίνει όμως ευρύτερα αποδεκτή η άποψη πως το STRESS, τα συναισθήματα και η ψυχολογική κατάσταση ενός ατόμου μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο, έπρεπε και εδώ να βρεθεί ο μηχανισμός με τον οποίο αυτό συμβαίνει.

4. Ο Συνδεδειγμένος Κρίκος Προσωπικότητας-Καρκίνου

Στο μέτρο που αυτό ήταν δυνατό οι μελετητές του καρκίνου σαν ψυχοσωματική ασθένεια, προσπάθησαν να εντοπίσουν τον τρόπο με τον οποίο μια ψυχική προδιάθεση μπορεί να επηρεάσει τη σωματική υγεία. Αυτό που κυρίως εξετάστηκε, γιατί ίσως αυτό μόνο μπορούσε να εξεταστεί, ήταν οι τρόποι, οι μηχανισμοί με τους οποίους ένα άτομο ανταπεξέρχεται στο STRESS όταν έχει τα χαρακτηριστικά αυτά στην ψυχολογία του που συναντάμε στους καρκινοπαθείς, και πως το STRESS μπορεί να επηρεάσει τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού. Ανάμεσα άλλωστε στην προσωπικότητα ενός ατόμου και την εμφάνιση ενός καρκίνου σ' αυτόν, είδαμε πως μεσολαβούν συνήθως διάφορες κοινωνικές και συναισθηματικές καταστάσεις όπως η απώλεια ενός ρόλου ή σχέσης, που μπορούν να χαρακτηριστούν στρεσογόνες. Ας δούμε όμως πρώτα τι είναι το STRESS.

4.α. Το STRESS

Η λέξη STRESS διαθέτει μια μακραίωνη ιστορία και πιθανότητα να προέρχεται από τη λατινική λέξη "STRINGERE" που σημαίνει σφίγγω με δύναμη. Οι έννοιες της λέξης STRESS ήταν πόνος, απελπισία, ταλαιπωρία, ένταση, πίεση, μόχθος και συναντάται η λέξη στην πρόωμη Αγγλική λογοτεχνία (μετά τον 14ο αιώνα) σε διάφορες παραλλαγές όπως STRESSE, STRESCE, STREST, STRAISSE.

Σήμερα η λέξη STRESS έχει την έννοια της πνευματικής και εξαναγκαστικής δύναμης, της προσπάθειας ή και μεγάλης απαίτησης ενέργειας και της φυσικής πίεσης σε ένα σώμα.

Η λέξη δεν αναφέρεται στο Λεξικό Ψυχολογίας του Ντρέβερ το 1952 (DREVER'S: A. DICTIONARY OF PSYCHOLOGY) αλλά συναντιέται στην πιο πρόσφατη λατρική εγκυκλοπαίδεια (WINGATE: THE RENGUIM MEDI-

CAL ENCYCLOPAEDIA) το 1972 όπου περιγράφεται σαν το σύνολο των επιδράσεων που διαταράσσουν τη φυσιολογική ισορροπία του σώματος. Εδώ περιλαμβάνονται τα φυσικά τραύματα, η έκθεση σε νοσογόνους και επιβλαβείς παράγοντες, η στέρηση φυσικών και αναγκαίων πόρων καθώς και κάθε άλλο αίτιο συγκινησιακής διαταραχής (TOM COX 1981 σελ. 16-17).

Η πιο επιτυχημένη ίσως επιστημονική προσέγγιση στο θέμα, θεωρεί το STRESS σαν αντικατοπτρισμό μιάς κατάστασης που την ονομάζει έλλειψη προσαρμογής του προσώπου στο περιβάλλον του". Το STRESS θεωρείται σαν η παρεμβατική μεταβλητή ανάμεσα στο ερέθισμα και την αντίδραση (COX 1981 σελ.19).

Στην Ελληνική γλώσσα η ανάλογη λέξη είναι το "άγχος".

Σύμφωνα με τον Χανς Σέλυε (HANS SELYE), που του αποδίδεται και η πατρότητα της λέξης STRESS με τη σημερινή έννοια (Μπιντερης 1984 σελ.23), "Το STRESS είναι μία όχι συγκεκριμένη αντίδραση του σώματος σε κάθε απαίτηση που ασκείται επάνω του". Μ' άλλα λόγια είναι μία αναπόφευκτη αντίδραση του ατόμου στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος του.

Ο Σέλυε ανέπτυξε για το STRESS τη θεωρία της "Γενικής Προσαρμογής" η οποία χωρίζεται σε τρεις φάσεις. Η πρώτη είναι η αντίδραση συναγερμού, η δεύτερη της αντίστασης και η τρίτη η φάση της εξουθένωσης. Ο οργανισμός για την αντιμετώπιση κάποιας στρεσογόνου κατάστασης κινητοποιεί τις αμυντικές αντιδράσεις του. Αν όμως οι αντιδράσεις αυτές συνεχιστούν επι μακρόν, καταλήγουν σε παθολογικές καταστάσεις, τις παθήσεις της προσαρμογής. Κάποια δεδομένα αρρώστια σ' αυτή την περίπτωση μπορεί να αντιπροσωπεύει το κόστος της άμυνας ενάντια στην έκθεση στο STRESS. Κάτι τέτοιο μπορεί να συμβεί όταν η άμυνα εξαντλεί

τα αποθέματα των σωματικών δυνάμεων, ή όταν η άμυνα αυτή φτάνει σε σημείο υπερβολής (T.COX 1981 σελ. 20-21).

4.β. Το Χρόνιο STRESS και η Επιπτώσεις του στην Υγεία

Το ανθρώπινο νευρικό σύστημα είναι προϊόν εκατομμυρίων χρόνων εξέλιξης. Στο κύριο μέρος αυτού του χρονικού διαστήματος, οι απαιτήσεις που πρόβαλλε το περιβάλλον απο τον άνθρωπο ήταν πολύ διαφορετικές. Η επιβίωση στις πρωτόγονες κοινωνίες απαιτούσε απο τον άνθρωπο να μπορεί να αναγνωρίζει τον κίνδυνο και να αποφασίζει γρήγορα τη στάση του. Στάση που είχε να κάνει με την επιλογή ανάμεσα στις αντιδράσεις "πολέμα ή φύγε". Το σώμα ετοιμαζόταν αμέσως για μια αλλαγή στις ορμονικές ισορροπίες είτε για να πολεμήσει είτε για να διαφύγει.

Στη σύγχρονη όμως κοινωνία οι αντιδράσεις του είδους αυτού δεν είναι αρκετές για να καλύψουν όλο το φάσμα των στρεσογόνων καταστάσεων, και πολύ συχνά τέτοιες αντιδράσεις χρειάζεται να καταστέλονται λόγω του κοινωνικού ελέγχου.

Καμιά αντίδραση ανάμεσα στο "πολέμα ή φύγε" δε μπορεί να εκδηλωθεί απο τον οδηγό ενός αυτοκινήτου όταν τον σταματήσει ο αστυνομικός για να του δώσει κλήση για υπερβολική ταχύτητα. Το σώμα βέβαια ενστικτωδώς κινητοποιείται παράγοντας τις ορμόνες που χρειάζονται, αφού βιώνει μία κατάσταση STRESS. (Γ.Μπιντέρης 1984 σελ. 22-26).

Το ανθρώπινο σώμα είναι βέβαια φτιαγμένο έτσι ώστε ελάχιστα να βλάπτεται όταν το STRESS ακολουθείται απο την απαραίτητη εκτόνωση. Όταν όμως η εκτόνωση αυτή δεν εκδηλώνεται, είτε λόγω των κοινωνικών περιορισμών, είτε λόγω της φύσης του στρεσογόνου παράγοντος είτε λόγω της προσωπικότητας του ατόμου, τότε στο σώμα συσσωρεύονται τα αρνητικά αποτελέσματα του STRESS, και

το STRESS γίνεται χρόνιο.

Αυτό λοιπόν, το χρόνιο STRESS, αναγνωρίζεται όλο και πιο πολύ σαν σημαντικός παράγοντας σε πολλές ασθένειες.

Ο Δρ. HANS SELYE σε συνεργασία με τον διευθυντή του Ινστιτούτου Πειραματικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου του Μόντρεαλ περιέγραψαν τα αποτελέσματα του χρόνιου STRESS πάνω στο σώμα. Χρησιμοποίησαν γι' αυτό το σκοπό το παράδειγμα της καρδιακής ανεπάρκειας που μπορεί να προέλθει από τις ορμονικές διαταραχές που προκαλεί το χρόνιο STRESS.

Οι διαταραχές αυτές προκαλούν συχνά υψηλή αρτηριακή πίεση που με τη σειρά της προκαλεί ρωγμές στα τοιχώματα των αρτηριών. Η επούλωση αυτών των ρωγμών γίνεται με λεπτά στρώματα χοληστερόλης που όσο η διαδικασία συνεχίζεται προκαλούν αρτηριοσκλήρωση αναγκάζοντας την καρδιά να λειτουργεί εντονότερα αυξάνοντας έτσι πιο πολύ την πίεση του αίματος, και ο φαύλος αυτός κύκλος, όταν τα στρώματα χοληστερόλης φράξουν τις μεγάλες στεφανιαίες αρτηρίες, προκαλεί καρδιακή ανεπάρκεια (SIMONTON 1988 σελ. 67).

Στα 1958 όπου μια σχετική μελέτη τους οι Ράσσεκ και Ζόμαν συμπέραναν πως το STRESS φέρει πολύ μεγαλύτερη ευθύνη στην αιτιολογία των αλλοιώσεων των στεφανιαίων αρτηριών παρά η υπερβολική δόση λιπαρών ουσιών.

Αποδεικτικά άλλωστε της επίδρασης της ψυχικής κατάστασης στην ενδοκρινική λειτουργία είναι τα δεδομένα ορμονικών εικόνων σε ψυχικές διαταραχές όπως π.χ. η σημαντική αύξηση των κορτικοστεροειδών σε οξέα ψυχωσικά επεισόδια και τα παθολογικά αυξημένα επίπεδα του ρυθμού έκκρισης κορτιζόλης σε καταθλιπτικούς ασθενείς. (Α.Αργυρόπουλος 1986 σελ. 24-27).

Η πιο σημαντική όμως διαπίστωση του SELYE, που έχει μεγαλύτερη σημασία για τις περιπτώσεις καρκίνου ήταν ότι το χρόνιο STRESS καταστέλλει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος.

4.γ. Το STRESS ΚΑΙ ΤΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ

Το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου δεν είναι άλλο από την αυτόγενη ικανότητα του οργανισμού να καταπολεμά τις ασθένειες, και να διατηρεί τον οργανισμό σε κατάσταση υγείας. Κάθε φορά που κάποιος ιός εισβάλλει στο σώμα, το κεντρί μιας μέλισσας, ή δημιουργηθεί ένα τραύμα ο μηχανισμός αυτός της άμυνας του οργανισμού τίθεται σε συναγερμό για να επαναφέρει την τάξη και την ομαλή λειτουργία.

Το πόσο σημαντικό είναι το ανοσοποιητικό σύστημα για την διατήρηση της ζωής μπορούμε να το δούμε καθαρά στην περίπτωση του AIDS. Ο ιός του AIDS ως γνωστόν αυτό που κάνει είναι ότι καταστρέφει το ανοσοποιητικό σύστημα και ο οργανισμός γίνεται εξαιρετικά ευάλωτος σε κάθε μορφής ασθένεια. Το AIDS το ίδιο άλλωστε δεν είναι θανατηφόρο. Οι ασθενείς του πεθαίνουν από άλλες ασθένειες στις οποίες ο οργανισμός τους δεν μπόρεσε να αντισταθεί.

Η διαπίστωση που έκανε ο SELYE ότι το χρόνιο STRESS μπορεί να καταστείλει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος έχει ιδιαίτερη σημασία για τον καρκίνο γιατί φαίνεται πως ο οργανισμός γίνεται πιο ευπαθής στον καρκίνο ακριβώς τη στιγμή που είναι πιο αδύναμος να αμυνθεί απέναντι σ'αυτόν. (SIMONTON 1988 σελ. 67-68).

Το εύρημα του SELYE επιβεβαιώθηκε και από άλλους ερευνητές όπως ο Δρ. Ρ.Μπάθροπ (R.W.BATHROP) και οι συνεργάτες του του Πανεπιστημίου της Νέας Νότιας Ουαλίας στην Αυστραλία. Οι έρευνες που έκαναν δείχνουν ότι η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου μειώνει την ανοσολογική αντίσταση του σώματος, αφού βρέθηκε πως ο αριθμός και η λειτουργία των T-λεμφοκυττάρων (κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος) είχε σημαντικά μειωθεί σε όσους,

είχαν χάσει το συντροφό τους απο το σύνολο των 52 ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα τους.

Ακόμη ο δρ Τζώρτζ Σόλομον (DR.G.SOLOMON) του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνια ανακάλυψε πως τομές στον υποθάλαμο* καταλήγουν στην καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος. (SIMONTON 1988 σελ. 65-69). Παρόμοια η KORNEVA το 1963 παρατήρησε σε πειράματά της, με κουνέλια πως μετά απο ερεθισμό του οπισθίου υποθαλάμου σημειώνεται πλήρης καταστολή της παραγωγής αντισωμάτων στην χορήγηση νέου αντιγόνου. (Ν.Παυλίδης 1986 σελ. 47).

Το αυτόνομο νευρικό σύστημα του ανθρώπου χωρίζεται στο συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα. Το συμπαθητικό ενεργοποιεί αυτόματα την αντίδραση φυγής επίθεσης όταν αυτό κριθεί απαραίτητο ενώ το παρασυμπαθητικό ευθύνεται για τη χαλάρωση που ακολουθεί την εκτόνωση. Τα δύο αυτά συστήματα είναι φτιαγμένα έτσι ώστε η λειτουργία τους να αλληλοσυμπληρώνεται, ποτέ όμως δε λειτουργούν παράλληλα. Όταν ο οργανισμός ενεργοποιηθεί να αντιδράσει με φυγή ή επίθεση και εκδηλωθεί η αντίδραση αυτή, στη συνέχεια το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα αναλαμβάνει την κάθαρση του οργανισμού απο τις ορμόνες που κυκλοφορούν μέσα του. Έτσι ένα στιγμιαίο STRESS δεν επιφέρει βλάβες στον οργανισμό. Ένα χρόνιο όμως STRESS έχει σαν αποτέλεσμα ο οργανισμός να βρίσκεται συνέχεια κάτω απο την κυριαρχία του συμπαθητικού νευρικού συστήματος.

* Υποθάλαμος: Τμήμα του εγκεφάλου που ελέγχει την υπόφυση, τον αδένα που ρυθμίζει τη λειτουργία όλων των άλλων ενδοκρινών αδένων του σώματος. Η λειτουργία του σχετίζεται πολύ στενά με τα συναισθήματα.

Το αυτόνομο νευρικό σύστημα-συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό-βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο του υποθάλαμου όπως άλλωστε και το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού. Σε κάθε κατάσταση STRESS ο υποθάλαμος δίνει εντολή στην υπόφυση να κινητοποιήσει το αμυντικό σύστημα.

Η δραστηριότητα των κυττάρων του αμυντικού συστήματος όμως, ενώ είναι αυξημένη στο στιγμιαίο STRESS, στο χρόνιο STRESS εμφανίζεται σημαντικά μειωμένη με αποτέλεσμα ο οργανισμός να γίνεται υπό αυτές τις συνθήκες πιο ευάλωτος στις ασθένειες.

Μία από τις εκκρίσεις του φλοιού των επινεφριδίων π.χ. στο στιγμιαίο STRESS είναι το κορτικοστεροειδές 17-OHCS, απαραίτητο για τη λειτουργία του οργανισμού σε τέτοιες συνθήκες (βλ. παραρτ. Α. σελ. 131 πιν.4-5). Η ουσία αυτή, όταν το STRESS είναι χρόνιο παραμένει στο αίμα σε υψηλά επίπεδα, μειώνοντας το ποσοστό των λεμφοκυττάρων, βασικό στοιχείο του ανοσοποιητικού συστήματος (Γ.Μπιντέρη 1984, σελ. 67-69).

Οι βιοχημικές μεταβολές που συμβαίνουν στο σώμα εξυπηρετούν πάντα κάποιους σκοπούς. Είναι όμως φανερό τώρα πως σε καταστάσεις χρόνιου STRESS το σώμα δεν επανέρχεται στη φυσιολογική του ισορροπία, δημιουργώντας έτσι τις κατάλληλες συνθήκες για την εκδήλωση κάποιας ασθένειας.

4.6. STRESS και Προσωπικότητα

Οι Δρ. Τόμας Χολμς (THOMAS HOLMS) και Δρ. Ραχε (DR. RAHE) στην ιατρική σχολή του Πανεπιστημίου της Ουάσιγκτον σχεδίασαν μια κλίμακα που καθόριζε αριθμητικές αξίες σε συμβάντα που προκαλούν STRESS. Οι αξίες αυτές σκοπό είχαν να δείξουν το μέγεθος της έντασης που ένα άτομο είχε δεχθεί (βλ. παρ. Α σελ. 132 πιν. 6). Η κλίμακα περιλαμβάνει καταστάσεις που καλείται ένας άνθρωπος αναπόφευκτα να αντιμετωπίσει στη διάρκεια της

ζωής του, και είναι καταστάσεις που προκαλούν μικρής ή μεγάλης έντασης STRESS. Περιλήφθηκαν σ'αυτήν την κλίμακα και καταστάσεις που γενικά θεωρούνται ευχάριστες πλην όμως απαιτούν απο τα άτομα να αλλάξουν τις συνήθειες, τις σχέσεις τους και να επιδείξουν ικανότητα προσαρμογής. Με τη χρήση της κλίμακας αυτής οι HOLMES και RAHE κατόρθωσαν να προβλέψουν την ασθένεια σε κάποιο σημαντικό ποσοστό στατιστικής ακριβείας. Διαπίστωσαν πως το 49% των ατόμων που είχαν συγκεντρώσει πάνω απο 300 βαθμούς της κλίμακας μέσα σε 12 μήνες ανέφεραν κάποια ασθένεια ενώ μόνο το 9% όσων είχαν συγκεντρώσει κάτω απο 200 βαθμούς ανέφεραν ασθένεια την ίδια περίοδο. Επίσης τα άτομα που συγκέντρωναν τους βαθμούς τους απο το ανώτερο τρίτο της κλίμακας ανέφεραν 90% περισσότερες ασθένειες απο τα άτομα του κάτω τρίτου της κλίμακας (SIMONTON 1988 σελ. 62-64).

Το ερώτημα που γεννάται όμως εδώ είναι γιατί ασθένησαν το 49% των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα των HOLMES-RAHE καθώς επίσης και το γιατί το υπόλοιπο 51% παρέμεινε υγιές. Οι απαντήσεις εδώ μπορούν να δοθούν μόνο μέσα απο την διερεύνηση των στοιχείων της προσωπικότητας του κάθε ατόμου.

Τα συμβάντα της καθημερινής ζωής, πολλά απο τα οποία καταγράφονται στην κλίμακα RAHE-HOLMES είναι σίγουρο πως για κάθε άνθρωπο έχουν διαφορετική βαρύτητα. Η απώλεια της δουλειάς π.χ. για διαφορετικές προσωπικότητες μπορεί να ερμηνευτεί με διάφορους τρόπους όπως.

- α) Ηττα και ένδειξη αποτυχίας.
- β) Πρόκληση
- γ) Ευκαιρία για καινούργια αρχή
- δ) Ένδειξη ότι η ζωή είναι άδικη

Ο LARRY L. SMITH αναφέρεται στην LYDIA RAROPURT που επίσης υποστηρίζει πως η κάθε κρίση δημιουργεί ένα πρόβλημα που μπορεί να γίνει αντιληπτό από τον δοκιμαζόμενο σαν απειλή, σαν απώλεια ή σαν πρόκληση (L. SMITH 1984 σελ. 146).

Οι ανατολικές φιλοσοφίες από αιώνες πριν υποστήριζαν πως ο κόσμος γύρω μας είναι απλά μια αντανάκλαση της σκέψης μας, θέλοντας (ίσως απλοϊκά ερμηνεύοντας) να τονίσει ακριβώς ότι το πως ένας άνθρωπος ερμηνεύει τα γεγονότα εξαρτάται από το τι πιστεύει γι' αυτά, και αυτό με τη σειρά του εξαρτάται από το τι έχει μάθει να πιστεύει.

Κάθε άνθρωπος ως εκ τούτου επειδή έχει διαφορετικές εμπειρίες στη ζωή του, έχει μάθει να ερμηνεύει τα πράγματα διαφορετικά. Το πως ένας άνθρωπος θα ερμηνεύσει την απώλεια της δουλειάς του εξαρτάται από τα υπόλοιπα "πιστεύω" που έχει σχετικά με

α) τις ευκαιρίες για να βρει άλλη δουλειά

β) το βαθμό στον οποίο η δουλειά του αποτελούσε σύμβολο προσωπικής αξίας

γ) από το πως διευθύνει κάποιος τη ζωή του

δ) την ικανότητα του να δημιουργήσει μια νέα θετική κατάσταση (SIMONTON 1988 σελ. 113).

Τα παραπάνω αυτά μπορούν τώρα να συνδιαστούν με όσα θεωρούνται ως χαρακτηριστικά στοιχεία που συναντούνται στην προσωπικότητα ενός καρκινοπαθούς.

Σύμφωνα με διάφορους ερευνητές οι καρκινοπαθείς περιγράφονται ως άτομα με πολλές αναστολές, έντονη προσαρμογή στο περιβάλλον τους ως καταθλιπτικές και ψυχοναγκαστικές προσωπικότητες. Συναντιέται συχνά σ' αυτούς η τάση για καταπίεση των συναισθηματικών του ή αναστολή στην έκφραση τους, και προφανής αδυνα-

μία να εκφράσουν την ένταση το θυμό ή το άγχος τους. (Γ.Ρηγάτος 1985 σελ. 42-45).

Τα χαρακτηριστικά αυτά υπήρχαν στην προσωπικότητα του καρκινοπαθούς πριν ακόμη απο την εμφάνιση της ασθένειας. Στην πραγματικότητα ήταν πάντα η γενική στάση που κρατούσε στη ζωή του.

Ο LARRY SMITH πάλι αναφέρει τον Πέτρο Συφναίο ο οποίος ξεχωρίζει, αναφερόμενος στη συναισθηματική κρίση, τέσσερα στοιχεία. α) Το επικίνδυνο γεγονός β) την ευάλωτη κατάσταση γ) τον εκλυτικό παράγοντα και δ) την καθ'αυτή κρίση (L.SMITH 1984 σελ. 147).

Η αναλογία που μπορούμε να δούμε μέσα απ'αυτά στην περίπτωση του καρκινοπαθούς είναι πως στην περίπτωση αυτή το επικίνδυνο γεγονός είναι η στάση του απέναντι στη ζωή, μια στάση με έντονα τα στοιχεία του χρόνιου STRESS, που δημιουργούν την ευάλωτη κατάσταση, την καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος και την ευπάθεια στις ασθένειες. Ο εκλυτικός παράγοντας είναι ένα σημαντικό γεγονός στη ζωή του ατόμου. (Σύμφωνα με τον CARL SIMONTON αυτό συμβαίνει έξι ως δεκαοκτώ μήνες πριν την εμφάνιση του καρκίνου (C.SIMONTON 1988 σελ. 27), ο οποίος καρκίνος είναι και η καθ'αυτού κρίση.

Η κρίση με την έννοια που χρησιμοποιείται απο τον Π.Συφναίο ορίζεται σαν έναν τρόπο άμυνας του ατόμου, έναν μηχανισμό προσαρμογής σε μία δύσκολη κατάσταση, ένας μηχανισμός για να ξεπεράσει το άτομο μια δυσκολία, με την οποία δε γνωρίζει πως αλλιώς να τα βγάλει πέρα.

Η εμφάνιση του καρκίνου ανάλογα έρχεται σα μία επιβεβαίωση στην απελπιστική στάση που το άτομο είχε απέναντι στη ζωή, σαν μία ακόμη απόδειξη ότι η ζωή είναι άδικη και μάταιη, πεποίθηση άλλωστε που πάντα είχε ο καρκινοπαθής.

Η οποία αρρώστια εμφανίζεται συχνά σαν ένα μέσο για να ξεπεραστούν προβλήματα που αγχώνουν έντονα ένα άτομο. Η σοβαρή ασθένεια ή ο θάνατος συχνά για κάποιες προσωπικότητες αντιπροσωπεύουν μια λύση, μια διέξοδο ή μια αναβολή του προβλήματος (SIMONTON 1988 σελ. 88).

Στη συστηματική θεωρία της θεραπευτικής της οικογένειας στην αναφορά που γίνεται για την ισορρόπηση μέσα σε μία οικογένεια, αναφέρεται το παράδειγμα της ασθένειας του παιδιού, τον καιρό που οι γονείς φιλονικούν σκεπτόμενοι το διαζύγιο. Η προσοχή των γονιών συγκεντρώνεται επάνω στο άρρωστο παιδί τους και έτσι, προσωρινά, αποφεύγεται το διαζύγιο, παίρνει αναβολή το πρόβλημα που διαταράσσει τις οικογενειακές σχέσεις. (Μουζακίτης 1990).

ι) Τα Ωφέλη από την Ασθένεια.

Σε αρκετές περιπτώσεις η αρρώστια μπορεί να λύσει ορισμένα προβλήματα του ασθενούς, οπότε προκύπτουν τα λεγόμενα δευτερογενή όφελη. π.χ. μπορεί να τον απομακρύνει από ένα χώρο εργασίας που ήταν πηγή συνεχούς έντασης ή να στρέψει την προσοχή και το ενδιαφέρον της οικογένειας του προς το άτομο του. (Ι.Κάππου Ρηγάτου 1986 σελ. 109).

Κερδίζει την προσοχή και την αγάπη των οικείων του, ξεκούραση από τη δουλειά, μειώνονται οι ευθύνες του και το περιβάλλον του προβάλλει λιγότερες απαιτήσεις απ'αυτόν (SIMONTON 1988 σελ. 139).

Απο βρέφος ο άνθρωπος μαθαίνει πως να χρησιμοποιεί τον πόνο για να κερδίσει την αγάπη και τη φροντίδα. Απο το μικρό παιδί που κλαίει (εκδήλωση πόνου) όταν πεινάει και ξέρει ότι η μητέρα του πάντα ανταποκρίνεται στο κάλεσμα του αυτό, και αργότερα όταν ο κάθε πόνος εξαφανίζεται με ένα φιλή απο τη μάνα (MOTHER KISSES THE RAIN AWAY) (N.Μοσχούτης 1986 σελ. 114).

Ο καρκίνος βέβαια είναι υψηλότατο τίμημα για το ξεπέρασμα μίας όποιας δυσκολίας. Ένα ακόμη όμως απο τα "ωφέλη" που πηγάζουν απο την ασθένεια για τους ασθενείς είναι το ότι ο εαυτός τους γίνεται το κύριο αντικείμενο του ενδιαφέροντος τους και δεν μπορούν να παραγνωρίζουν άλλο τις δικές τους ανάγκες. (C.SIMONTON 1988 σελ. 143). Αν τα όσα υποστηρίχθηκαν παραπάνω για την προσωπικότητα των καρκινοπαθών που τους χαρακτηρίζει η καταπίεση των συναισθηματικών τους αναγκών και επιθυμιών, ισχύουν, τότε ο καρκίνος τους ίσως να αποτελεί το ερέθισμα για να τροποποιήσουν τη στάση τους προς ένα υγιέστερο τρόπο συναλλαγής με το περιβάλλον τους. Παρακάτω θα δούμε πως κάποιοι ερευνητές βοήθησαν καρκινοπαθείς να ξεπεράσουν την ασθένεια τους βοηθώντας τους ακριβώς σ' αυτό το σημείο.

5. Εναλλακτικές Μορφές Θεραπείας του Καρκίνου

Υπάρχουν διάφορες εναλλακτικές μορφές θεραπείας για όλες τις ασθένειες και σίγουρα και για τον καρκίνο όπως η σταφυλοθεραπεία, η θαλασσοθεραπεία, η σποθεραπεία και θαλασσοθεραπεία κ.α. (PIERRE VACHET 1981 σελ. 268-269). Κάθε μία απ' αυτές έχει τους υποστηρικτές της και σαφώς και περιπτώσεις θεραπείας.

Δεν επιλέγησαν ωστόσο αυτές οι θεραπείες για να παρουσιαστούν εδώ, χωρίς αυτό να σημαίνει πως εκ προοιμίου υπάρχει απορριπτική τοποθέτηση απέναντι τους. Η επιλογή των θεραπειών του

καρκίνου που εδώ παρουσιάζονται έγινε με βάση την βασική τους θέση ότι ο καρκίνος δεν είναι μια οργανική και μόνο ασθένεια. Οι μελετητές των οποίων οι απόψεις θα παρουσιαστούν στη συνέχεια, με τον ένα ή τον άλλο τρόπο αποδέχονται πως και η ψυχολογική και συναισθηματική στάση του ανθρώπου παίζει σημαντικό ρόλο στην κατάσταση της υγείας του.

5.α. Η Ψυχοθεραπευτική Προσέγγιση του Λώρενς Λέσαν

Διαπιστώσεις σαν αυτές που παραπάνω διατυπώθηκαν, ότι δηλαδή τόσο περιβαλλοντικοί παράγοντες με τη μορφή στρεσογόνων καταστάσεων, όσο και στοιχεία από την προσωπικότητα του ίδιου του ατόμου, μπορούν να ενοχοποιηθούν ως αιτιολογικοί παράγοντες στην εμφάνιση ενός όγκου, οδήγησαν τον Λώρενς Λέσαν στο να προσπαθήσει να θεραπεύσει τον καρκίνο παρεμβαίνοντας στη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών του καθώς και στους τρόπους που αντιμετωπίζουν τη ζωή.

Αφού αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο-σύμφωνα με τις ως τώρα ενδείξεις που είχε στα χέρια του ο ερευνητής-γιατί τότε με τη βελτίωση κάποιων συνθηκών να μη μπορεί να επιτευχθεί κάποιο θεραπευτικό αποτέλεσμα;

Έτσι λοιπόν ο Λώρενς Λέσαν ξεκίνησε μια τέτοια προσπάθεια με καρκινοπαθείς και μάλιστα του τελευταίου σταδίου. Ανθρώπους δηλαδή που η κατάσταση της υγείας τους ήταν τόσο άσχημη που η κλασική ιατρική δεν είχε τη δυνατότητα πλέον να τους προσφέρει κάτι.

Είχε να κάνει με ανθρώπους που βρίσκονται σε μια περίοδο βαθύτατης κρίσης, την εντονότερη ίσως που μπορεί να περάσει ένας άνθρωπος αφού απειλείται η ίδια του η ζωή και καθημερινά αντιμετωπίζει την προοπτική του θανάτου.

Η προσέγγιση του, που συνδιαζόταν συχνά με την νέα τότε χημειοθεραπεία, ήταν κυρίως ψυχοθεραπευτική. Κύρια μέθοδος του η παρέμβαση σε περιόδους κρίσης, λόγω της ιδιαίτερης φύσης της κατάστασης. Δεν είναι όπως εξηγεί ο ίδιος η παρέμβαση αυτή μία κοινή ψυχοθεραπευτική μέθοδος, και εξάλλου δεν ακολούθησε την κλασσική κατεύθυνση. Αν ακολουθούσε αυτήν, σκοπός του θα ήταν να βρεί απάντηση στα ερωτήματα: "Τι δεν πάει καλά με τον ασθενή; Τι προκάλεσε αυτή την αναταραχή; Πως μπορούμε να βοηθήσουμε τον ασθενή να απαλλαγεί απο την αιτία;"

Έχοντας διαπιστώσει πως ο καρκινοπαθής είναι ένα άτομο με ελάχιστη αυτοπεποίθηση, αγάπη προς τον εαυτό του και εγωισμό, θεωρεί πως τέτοια ερωτήματα δεν κάνουν άλλο απο το να τονίζουν τα σημεία εκείνα στην προσωπικότητα του ατόμου που του προκαλούν αρνητικά συναισθήματα και εντάσεις.

"Είναι σίγουρα καλύτερο υποστηρίζει να ασχολείται κανείς με ότι είναι καλό και θετικό επάνω του, να βλέπει την καλή πλευρά των πραγμάτων, και να τονώνει έτσι το αυτοσυναίσθημα του, παρά να μέμφεται τον εαυτό του για τις αρνητικές του πλευρές."

Έτσι ο Λώρενς Λέσαν στην παρέμβαση σε περιόδους κρίσης θέτει αρχικά τα ερωτήματα: "Τι πάει καλά με σένα; Ποιοί είναι οι τρόποι οι ιδιαίτεροι με τους οποίους σχετίζεσαι και δημιουργείς; Τι εμποδίζει την έκφραση αυτών των τρόπων;"

Με το ίδιο σκεπτικό ο θεραπευτής, έχοντας σα σκοπό να κινητοποιήσει τα ιδιαίτερα δυναμικά του ασθενούς, δε χρησιμοποιεί το "φόβο του θανάτου". Αυτός ο φόβος υποστηρίζει, δε φαίνεται να τονώνει το δυναμικό του ασθενούς, ή να αυξάνει τη διάθεση αντίστασης του στην ασθένεια. Ο φόβος του θανάτου είναι

μια αρνητική συγκίνηση. Αντίθετα ενισχύει την επιθυμία για ζωή, ένα όπλο θετικό και πολύ ισχυρό. Δίνει τόσο στον ασθενή όσο και στον θεραπευτή έναν στόχο για να εργαστούν και να προσπαθήσουν να κατακτήσουν. (Λ.Λεσαν 1981 σελ. 137-144).

Οι ασθενείς με τους οποίους ασχολήθηκε ο Λ.Λεσαν ήταν άτομα που απο καιρό είχαν χάσει το νόημα της ζωής τους. Άνθρωποι οι οποίοι είχαν άλλα όνειρα για τη ζωή τους και αλλού κατέληξαν, άτομα που η επιθυμία τους για ζωή χάθηκε μέσα στη ρουτίνα μιάς καθημερινότητας που δε τη ζούσαν αλλά τους ζούσε. Ο θεραπευτής δεν επιδιώκει εδώ απλά να διορθώσει ή να παρακάμψει το "κατεστραμμένο τμήμα" στη ζωή και στην προσωπικότητα των ασθενών του. Αντίθετα προσπαθεί να τους βοηθήσει να ολοκληρωθούν με τον πιο ωραίο και πλήρη τρόπο, καλλιεργώντας και ενισχύοντας τα θετικά τους μέρη. Ο ίδιος σημειώνει:

"Για να αγωνιστείς για τη ζωή σου, πρέπει να διαθέτεις τη δυνατότητα που αποκτάς όταν παραδέχεσαι τον εαυτό σου και τον εγκρίνεις" (Λ.Λεσαν 1981 σελ. 119).

Η απόγνωση στην οποία είχαν περιπέσει οι ασθενείς του Λέσαν φαίνεται καθαρά στα ίδια τους τα λόγια:

- "Βλέποντας τη ζωή μπροστά μου δεν υπήρχε τίποτα να δω εκτός αν ξεγέλαγα τον εαυτό μου."

- "Εκείνο που πραγματικά γύρευα στη ζωή ήταν αδύνατο για μένα να το αποκτήσω. Αυτό που μπορώ να έχω δεν το θέλω αληθινά. Ποτέ δεν υπήρξε για μένα μια διέξοδος".

Μία άλλη ασθενής του περιέγραψε με μία φράση ολόκληρη τη ζωή της.

"Αν ο βράχος πέσει πάνω στο αυγό κακόμοιρο αυγό αν το αυγό πέσει πάνω στο βράχο, κακόμοιρο αυγό" (Λ.Λεσαν 1981 σελ.144)

Ο Α.Λέσαν μέσα στα λόγια αυτά των ασθενών του διέγινωσε μια έντονη απόρριψη του ίδιου τους του εαυτού πέρα απο την ολοφάνερη απόγνωση τους. Βέβαια, αναφέρει, πολύ συχνά είναι εξαιρετικά δύσκολο να βοηθήσει τον ασθενή να κατανοήσει ότι πραγματικά έχει απορρίψει τον εαυτό του, πόσο δεν έχει επαφή με τα δικά μου πραγματικά συναισθήματα (Α.Λεσαν 1981 σελ. 162).

Το γεγονός όμως ότι οι ασθενείς αυτοί, τελικού πια σταδίου, βρίσκονται σε μία κατάσταση κρίσης, δημιουργούσε ένα κλίμα ευνοϊκότερο για να πραγματοποιηθούν αλλαγές. Η παραδοχή ότι βρίσκονται στο τελικό αδιέξοδο ενός δρόμου, φαίνεται να τους άφηνε, για πρώτη φορά ελεύθερους να αναρωτηθούν μήπως υπάρχουν και άλλοι δρόμοι.

Μία 25χρονη ασθενής του Λεσαν, βρισκόταν μπλοκαρισμένη ανάμεσα σε δύο πιθανούς τρόπους συμπεριφοράς. Ο πρώτος ήταν να είναι ο πραγματικός της εαυτός και να εκφράζεται όπως η ίδια ένιωθε κάθε στιγμή, κάτι όμως που, όπως πίστευε, θα είχε σαν αποτέλεσμα όλοι να απομακρυνθούν απο κοντά της και να την απορρίψουν (αφού άλλωστε πρώτη η ίδια είχε απορρίψει τον εαυτό της), και ο δεύτερος το να είναι το "καλό κορίτσι" που η μητέρα της ήθελε, να είναι το πρόσωπο που το περιβάλλον της επιθυμούσε, κερδίζοντας έτσι την αγάπη και το ενδιαφέρον των άλλων.

Ένας άλλος ασθενής του πίστευε, όπως ερμηνεύει ο θεραπευτής, πως κάθε φορά που μιλά με τρόπο που αποκαλύπτει ποιός αληθινά είναι και τι νιώθει, οι άνθρωποι γύρω του τον κατακρίνουν και του φέρονται με θυμό και περιφρόνηση, ενισχύοντας την άποψη που πάντα είχε για τον εαυτό του, ότι δηλαδή δεν αξίζει σαν άνθρωπος και θα ήταν προτιμότερο να πέθαινε. Θα μπορούσε βέβαια να φερθεί με άλλους τρόπους ώστε οι άλλοι να τον σέβονται και

να τον θαυμάζουν, αυτό όμως του προκαλούσε κατάθλιψη και απελπισία, σε σημείο που να εύχεται και σ'αυτή την περίπτωση πως θα 'ταν καλύτερα να πεθάνει. (Λ.Λεσαν 1981 σελ. 160-161).

Αυτή η κατάσταση αδιεξόδου και τα συναισθήματα που τη συνοδεύουν είναι κύριο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ανθρώπου που είναι επιρρεπής στον καρκίνο.

Ο Α.Λέσαν, δουλεύοντας με τέτοιους ασθενείς δεν προσπάθησε να τους διδάξει νέους τρόπους αντιμετώπισης των καταστάσεων ή συμπεριφοράς που δεν θα ήταν δικοί τους. Προσπάθησε όμως να τους βοηθήσει να επανατοποθετηθούν απέναντι στον εαυτό τους που είχαν απορρίψει. Τους βοηθά να καταλάβουν πως είναι άτομα αξιόλογα, που αξίζουν την αγάπη τους και την παραδοχή, που τους αξίζει να διαθέτουν χρόνο απο τη ζωή τους για τις καταδικές τους ανάγκες και επιθυμίες, και πως δεν έχουν κανένα λόγο να θυσιάζονται αποζητώντας την παραδοχή των άλλων. Φανέρωνε μπροστά τους έναν τρίτο δρόμο που θα μπορούσαν να ακολουθήσουν.

Όταν το κατάφερε αυτό ο θεραπευτής, μετά απο πολλές ώρες ψυχοθεραπείας, τότε ήταν που συνέβαιναν και οι σημαντικές αλλαγές στην πορεία της ζωής και της υγείας των ασθενών του.

Ένας απο αυτούς, το παράδειγμα του οποίου αναφέρει ο Λεσαν, αναγκάστηκε να ακολουθήσει την καριέρα του δικηγόρου, για να ικανοποιήσει τους γονείς του, μη γνωρίζοντας πως αλλιώς θα μπορούσε να κερδίσει την αγάπη τους. Ο ίδιος αγαπούσε τη μουσική όμως όσες φορές προσπάθησε να ασχοληθεί, αναγκαζόταν να υποκύψει στις πιέσεις του περιβάλλοντος του, και την εγκατέλειπε.

Μετά απο τη διάγνωση του μη χειρουργήσιμου όγκου στον εγκέφαλο, και ύστερα απο πολλές ώρες ψυχοθεραπείας, ο άνθρωπος αυτός αποφάσισε να κάνει αυτό που ο ίδιος πάντα επιθυμούσε. Εγκατέ-

λειψε την καριέρα του, χώρισε με τη γυναίκα του αφού η σχέση του μαζί της δεν τον ικανοποιούσε και μπήκε ως μουσικός σε μία συμφωνική ορχήστρα. Το αποτέλεσμα ήταν αντίθετο απο κάθε ιατρική πρόβλεψη, αφού ο όγκος του για αρκετά χρόνια μετά παρέμεινε στάσιμος (Λέσαν 1981 σελ. 164).

Τα πράγματα σίγουρα φαίνεται να παρουσιάζονται ιδιαίτερα απλά. Πρέπει όμως να ληφθεί υπόψιν ότι το βιβλίο του Λ.Λέσαν όπου παρουσιάζεται η προσπάθεια του, πρωτοκυκλοφόρησε πριν απο 15 χρόνια (το 1977), ενώ οι μελέτες, του έγιναν αρκετά χρόνια νωρίτερα.

Δεν καλύπτει το έργο του την έξαρση των κρουσμάτων του καρκίνου που παρατηρείται σήμερα. Ούτε όμως μπορεί να υποστηριχθεί ότι οι διαπιστώσεις του δεν έχουν και σήμερα εφαρμογή.

Όσοδήποτε βαθειά, υποστηρίζει, κι αν είναι η απελπισία κάποιου ανθρώπου, υπάρχει πάντα δυνατότητα αλλαγής, και ο καθένας μπορεί να φτάσει να δει τη ζωή του κάτω απο ένα νέο πιο λογικό και ελπιδοφόρο πρίσμα (Λ.Λέσαν 1981 σελ. 64-65).

Ο ασθενής του τελευταίου παραδείγματος ως άνθρωπος μπλοκαρισμένος μέσα σε μία ζωή που δεν του έδινε καμία προσωπική ικανοποίηση ανέπτυξε καρκίνο. Ως άνθρωπος με νέες ελπίδες, αν και με καρκίνο του τελευταίου σταδίου, διέψευσε κάθε ιατρική πρόβλεψη σχετικά με την εξέλιξη της υγείας του.

Αυτό που ο θεραπευτής προσπάθησε ήταν να βοηθήσει τους ασθενείς του να δουν πως υπήρχε και ένας τρίτος δρόμος με τον οποίο θα μπορούσαν να λειτουργήσουν. Τα άτομα που βρίσκονται σε απόγνωση, και οι καρκινοπαθείς είναι σε μια τέτοια κατάσταση πριν ακόμη απο την εμφάνιση της ασθένειας τους, πιστεύουν πως κάποια αλλαγή στον εαυτό τους, θα σήμαινε αυτόματα και κατάλυση

της προσωπικότητάς τους. Είναι παγιδευμένοι σε μία αδιέξοδη, κατάσταση που ή θα υπάρχουν και θα λειτουργούν σε ανυπόφορες για αυτούς συνθήκες ή δε θα υπάρχουν καθόλου. (Αντίθετα οι νευρωτικές προσωπικότητες, μπορεί να αντιστέκονται σε μία κάποια αλλαγή, ποτέ όμως δεν πιστεύουν πως αν αλλάξουν θα είναι κάτι άλλο εκτός από τον εαυτό τους (Λ.Λέσαν 1981 σελ. 65-66).

Η κεντρική βασική ερώτηση της θεραπείας σε περίοδο κρίσης που εφάρμοζε ο Λέσαν ήταν "τι θέλεις εσύ να κάνεις με τη ζωή σου;". Συχνά αυτό που αληθινά ζητάει ο ασθενής είναι να γεμίσει αυτό το μέρος του εαυτού του που έχει απορρίψει του οποίου οι επιθυμίες και οι αυθόρμητες κινήσεις θεωρούνται απαράδεκτες. Αυτό πολλές φορές μεταφράζεται σε μεγάλες θυσίες και σημαντικές αλλαγές, που δεν είναι πάντα κάποιος, διατεθημένος να κάνει. Η Βίβλιαν, η μόνη ασθενής του Λέσαν που διέκοψε τη θεραπεία, ερμήνευσε την απόφαση της λέγοντας πως αν συνέχιζε θα έπρεπε να επανεξετάσει το γάμο της και τότε σίγουρα θα τον διέλυε. Ανάμεσα στο να χάσει το γάμο της ή τη ζωή της, προτίμησε το δεύτερο. (Λέσαν 1981 σελ. 169-170).

Μία παρόμοια θεραπευτική προσέγγιση σήμερα το λιγότερο που θα μπορούσε να χαρακτηρίσει θα ήταν ανεπαρκής. Η προσφορά ωστόσο του Λ.Λέσαν στην μελέτη του θέματος του καρκίνου είναι σημαντικότερη. Αναφέρεται σε μια διάσταση η οποία σήμερα δύσκολα μπορεί να απουσιάσει από οποιαδήποτε προσπάθεια προσέγγισης και μελέτης του θέματος, την ψυχοκοινωνική.

3.β. Κινητοποιώντας την Αυτογενή Δύναμη για Θεραπεία: η Μέθοδος SIMONTON

Ο περισσότερος κόσμος θεωρεί πως η ασθένεια είναι κάτι που το συναντάει ο άνθρωπος στην πορεία της ζωής του άσχετα από τις δικές του ενέργειες, και εν συνεχεία η θεραπεία είναι κάτι που

εφαρμόζεται σ'αυτόν. Η ευθύνη του ίδιου περιορίζεται στο να επισκευθεί για κάθε περίπτωση, αρμόδιο γιατρό.

Ο ογκολόγος όμως CARL SIMONTON υποστηρίζει πως όλοι συμμετέχουμε στη διαμόρφωση της υγείας μας, μέσα απο τα πιστεύω μας, τα αισθήματα, τη στάση μας απέναντι στη ζωή αλλά και αμεσότερα με τον τρόπο ζωής μας (δίαιτα, γυμναστική, διάφορες συνήθειες κλπ) (C.SIMONTON 1988 σελ.19).

Ο CARL SIMONTON και η σύζυγός του STEFANI, ψυχοθεραπεύτρια εργαζόμενοι στο "Συμβουλευτικό και ερευνητικό κέντρο του Καρκίνου" στο Ντάλας, ασχολήθηκαν και αυτοί με καρκινοπαθείς στο τελευταίο στάδιο της εξέλιξης της ασθένειας, με ανθρώπους που είχαν πάρει τη διάγνωση "ιατρικά αθεράπευτος".

Υποστηρίζει και ο C.SIMONTON όπως και ο Λ.Λέσαν που είδαμε νωρίτερα, πως η εμφάνιση του καρκίνου έχει άμεση σχέση με διάφορα γεγονότα στη ζωή του ατόμου σε συνδιασμό πάντα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του.

Ο καρκίνος υποστηρίζει, είναι συχνά ένδειξη προβλημάτων που εντοπίζονται κάπου αλλού στη ζωή του ατόμου, προβλημάτων που επιδεινώνονται ή συντίθενται απο μια σειρά καταστάσεων άγχους έξι ως δεκαοκτώ μήνες πριν απο την έναρξη της ασθένειας. Οι μέλλοντες καρκινοπαθείς αντιμετωπίζουν αυτά τα προβλήματα με μία βαθειά αίσθηση απελπισίας ή παραίτησης (C.SIMONTON 1988 σελ. 26-27).

Δέχεται ακόμη την αιτιατή σχέση ανάμεσα στο STRESS και την ασθένεια, άποψη άλλωστε που ενισχύει και με δικές του μελέτες. Και όπως ακριβώς, υπογραμμίζει, μπορεί κάποιος να αρρωστήσει για ψυχοσωματικούς λόγους, με τον ίδιο ακριβώς τρόπο μπορεί να αντιστρέψει την πορεία και να γίνει υγιής για ψυχοσωματικούς

πάλι λόγους (SIMONTON 1988 σελ. 44).

Η θεραπευτική προσέγγιση που ο C.SIMONTON ωστόσο ακολούθησε δεν ήταν η ψυχοθεραπευτική του Λ. Λέσαν που νωρίτερα παρουσιάστηκε. Σαφώς και δεν άφησε έξω από τη θεραπευτική διαδικασία τα στοιχεία της προσωπικότητας του κάθε ασθενούς. Η αντιμετώπισή του άλλωστε, όπως και ο ίδιος την ονομάζει, είναι ολιστική, με την έννοια ότι λαμβάνει υπόψιν της κάθε κομμάτι της ζωής του ατόμου. Ο C.SIMONTON εφάρμοζε την κλασσική ιατρική θεραπεία (Χημειοθεραπεία, ακτινοβολία), στα πλαίσια όμως εφαρμογής μιας ιδιαίτερης μεθόδου που ονόμασε "μέθοδο SIMONTON".

Σε γενικές γραμμές πρόκειται για την εκμάθηση στον ασθενή ενός τρόπου με τον οποίο μπορεί και ο ίδιος να συμμετέχει στη διαδικασία της θεραπείας του ενεργά, κινητοποιώντας τις αυτογενείς δυνάμεις του για θεραπεία.

Πριν δούμε όμως ποιά ακριβώς είναι η μέθοδος του C.SIMONTONας δούμε πρώτα σε ποιές επιστημονικές ανακαλύψεις βασίστηκε και μορφοποιήθηκε η μέθοδος αυτή.

ι) Ανακαλύπτοντας τη Δύναμη της Σκέψης

Απο πολλά χρόνια πριν είναι γνωστά στο δυτικό κόσμο τα εκπληκτικά κατορθώματα του ελέγχου που ασκούν στο σώμα του οι γιόγκι όπως το να καρφώνουν μεγάλες βελόνες σε διάφορα σημεία του σωματός τους χωρίς να αιμοραγούν, να επιβιώνουν μέσα σε γυάλινα κουτιά ερμητικά κλεισμένοι για χρονικά διαστήματα που λογικά ο άνθρωπος δε θα άντεχε αφού ο αέρας θα είχε εξαντληθεί, να περπατούν σε αναμμένα κάρβουνα χωρίς να νιώθουν πόνο. Η μελέτη των φαινομένων αυτών οδήγησε στην ανάπτυξη μιάς νέας επιστήμης, της βιοανάδρασης. Οι ερευνητές της επιστήμης αυτής βρήκαν πως όχι μόνο οι γιόγκι αλλά και ο κάθε απλός άνθρωπος

μπορεί να μάθει να ελέγχει στο σώμα του λειτουργίες που θεωρούνται ακούσιες, λειτουργίες που βρίσκονται υπο τον έλεγχο του αυτόνομου νευρικού συστήματος (Α.Ν.Σ.). Ακόμη και ο ρυθμός της καρδιάς, και της αναπνοής η αρτηριακή πίεση και η δραστηριότητα των ιδρωτοποιών αδένων, μπορούν, υποστηρίζουν, να ελεγχθούν. (C.SIMONTON 1988 σελ. 44-45).

Ο τρόπος με τον οποίο μπορούν να επιτευχθούν αυτά τα αποτελέσματα δεν είναι άλλος από την ίδια τη σκέψη. Όχι βέβαια με την έννοια της απλής καθημερινής σκέψης όπως θα δούμε, σίγουρα πάντως με έναν τρόπο που είναι έφικτος για τον καθένα.

Η δύναμη που μπορεί να έχει η σκέψη και ο έλεγχος του δύναται να ασκήσει πάνω στο σώμα είναι παραγνωρισμένα στον δυτικό πολιτισμό. Ο CARL SIMONTON όμως συνδίασε την εμφάνιση του καρκίνου με τα χαρακτηριστικά που διαπιστωμένα έχουν οι καρκινοπαθείς όπως το αίσθημα του αδιέξοδου, την αρνητική διάθεση για ζωή, τα αρνητικά τους συναισθήματα αλλά και τον τρόπο σκέψης.

Ακόμη έλαβε υπόψιν του και το κοινωνικό στίγμα του καρκίνου που δημιουργεί στη σκέψη των καρκινοπαθών προσδοκίες βαθύτατα αρνητικές. Αν όντως η σκέψη μπορεί να σταματήσει την αναπνοή υπο ορισμένες συνθήκες, τότε ίσως και οι σκέψεις αυτές των καρκινοπαθών να επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας τους και την εξέλιξη της ασθένειας τους. Και αν αυτό πράγματι συμβαίνει θα έπρεπε να βρεθεί ένας τρόπος να επιδράσει ο θεραπευτής στα πιστεύω των ασθενών και να τα επηρεάσει προς μια θετική κατεύθυνση (C.SIMONTON 1988 σελ.22). Από πολλές μεριές ο SIMONTON έβρισκε συνήγορους στην άποψή του αυτή. Η πιο ισχυ-

ρή όμως απόδειξη ήταν τα μη αμφισβητήσιμα και μετρήσιμα αποτελέσματα της χρήσης των "PLACEBO" (πλασήμπο).

ii) Η Εμπειρία του "PLACEBO"

Η λέξη "PLACEBO" είναι λατινική και σημαίνει "θα ευχριστήσω". Στην ιατρική ο όρος εννοεί τα "χάπια"* εκείνα τα οποία δεν έχουν στη σύνθεσή τους κανένα απολύτως ενεργό συστατικό αλλά είναι κατασκευασμένα από ζάχαρη ή κάποιο άλλο ανενεργό σκεύασμα. Είναι χάπια που χορηγούνται σε διάφορες περιπτώσεις όπως όταν δε χρειάζεται να χορηγηθεί κανένα φάρμακο (περιπτώσεις των κατά φαντασία ασθενών), ή όταν δεν υπάρχει κανένα φάρμακο κατάλληλο για κάποια περίπτωση και ο γιατρός δε θέλει να αφήσει τον ασθενή να νιώσει εγκαταλειμένος.

Παρ'όλο όμως του ότι πρόκειται για ένα εντελώς αδρανές "χάπι", ωστόσο η αποτελεσματικότητά του είναι θεαματική στη μείωση ή και την εξαφάνιση ακόμη σωματικών συμπτωμάτων, καθώς και για νοσήματα για τα οποία δεν υπάρχουν θεραπείες.

Ο SIMONTON αναφέρει πολλές μελέτες όπου επιβεβαίωσαν την αποτελεσματική δράση του PLACEBO. Σε μία από αυτές τις μελέτες των DR.HENRY K.BEECHER και DR.LUIS LASAGNA του πανεπιστημίου του Χάρβαρντ, έδωσαν με σκοπό την ανακούφιση των μετεγχειρητικών πόνων σε άλλους ασθενής μορφίνη και σε άλλους PLACEBO.

Το 52% όσων πήραν μορφίνη ανέφεραν ανακούφιση. Το ίδιο όμως ανέφεραν και το 40% των ατόμων που πήραν PLACEBO ποσοστό δηλαδή προσέγγισης της αποτελεσματικότητας της μορφίνης πάνω από 75%.

* Τα "PLACEBO" μπορούν να έχουν τη μορφή κάθε φαρμακευτικού σκευάσματος όπως ενέσημα ή χάπια. Εδώ θα αποκαλούνται μόνο "χάπια" εννοώντας το σύνολο αυτών των μορφών.

Διαπιστώθηκε ακόμη πως όσο πιο ισχυρός είναι ο πόνος τόσο πιο αποτελεσματικό αποδிகνύεται το PLACEBO.

Σε άλλη μελέτη η δράση του PLACEBO συγκρίθηκε με ένα νέο φάρμακο σχεδιασμένο να προάγει την υγεία και τη μακροζωία. Η μελέτη έγινε στο Εθνικό Ινστιτούτο Γηριατρικής στο Βουκουρέστι, και τα αποτελέσματα της έδειξαν πως η ομάδα που της χορηγήθηκε το ανάλογο "PLACEBO" παρουσίασε βελτίωση στην υγεία και στην αναλογία θανάτων συγκριτικά με την ομάδα που δεν της δόθηκε κανένα φάρμακο, ίση με τη διαφορά στην αναλογία που είχε η ομάδα που της χορηγήθηκε το αληθινό φάρμακο από την ομάδα του PLACEBO. (SIMONTON 1988 σελ. 39-40).

Τονίζεται και πάλι πως κανένα ενεργό συστατικό δεν περιέχεται στα χάπια αυτά, ωστόσο όμως η αποτελεσματικότητά τους έχει αποδειχθεί πολλές φορές από μελέτες παρόμοιες με τις παραπάνω. Ποιό είναι λοιπόν το στοιχείο αυτό που δίνει στα "χάπια ζάχαρης" αυτή τη θεραπευτική δύναμη;

Ο C.SIMONTON εξηγεί πως το στοιχείο αυτό δεν είναι άλλο από τη θετική "θετική προσδοκία" που προκαλείται στον ασθενή από τη χορήγηση του χαπιού. Ο D.CHOPRA αναφερόμενος στο θέμα λέει πως το αποτέλεσμα εξαρτάται από τη μέθοδο του γιατρού, όσον αφορά την χορήγηση φαρμάκων. Ο γιατρός λέει στην ασθενή πως το φάρμακο που θα του δοθεί θα έχει ευεργετικό αποτέλεσμα και αυτό πράγματι συμβαίνει (D.CHOPRA 1991 σελ. 193).

Το κύρος που έχει μια επιστημονική ανακάλυψη στα μάτια του κόσμου είναι σίγουρα μεγάλο. Η ιατρική είναι μια από τις επιστήμες που τη βαρύτητα της γνώμης της δύσκολα μπορεί ο μέσος άνθρωπος να αμφισβητήσει. Η χορήγηση ενός φαρμάκου, που όλοι γνωρίζουν ότι δοκιμάστηκε πολύ μέχρι να εγκριθεί από κάποια αρμόδια υπηρεσία, συνοδευμένη με την επιβεβαίωση του γιατρού ότι θα

είναι αποτελεσματικό έχει τα αναμενόμενα τελικά αποτελέσματα. (C.SIMONTON 1988 σελ.41).

(Οι φράσεις "καλομελέτα" ή "κακομελέτα κι έρχεται" είναι πολύ κοντά στις παραπάνω διαπιστώσεις).

Απο την κοινωνική ψυχολογία είναι γνωστό το φαινόμενο της "αυτοεκπληρούμενης προφητείας". Το γεγονός ότι ο δάσκαλος έχει πιστέψει (θετική προσδοκία) ότι ένα παιδί της τάξης του είναι ιδιαίτερα εφυές, οδηγεί μέσα απο μια σειρά αλληλεπιδράσεων ανάμεσα στο δάσκαλο και στο συγκεκριμένο μαθητή πράγματι στο να διακριθεί ο μαθητής ανάμεσα στους συνομήλικους του. Ωστόσο δεν υπάρχει καμία ιδιαιτερότητα σ'αυτόν πέρα απο την προσδοκία του δασκάλου πως έτσι θα γίνει (Γεώργας 1986 σελ. 167-169).

Η πίστη για το αναμενόμενο και η "θετική προσδοκία" δεν είναι βέβαια τίποτε άλλο απο σκέψεις στο μυαλό του ατόμου.

Το ερώτημα που τίθεται είναι αν μπορεί μία σκέψη να κινητοποιήσει μηχανισμούς ιάσης απο μια ασθένεια όπως ο καρκίνος.

Πιο πάνω έγινε λόγος για το πως τα αρνητικά συναισθήματα και το STRESS, η απόγνωση και η απελπισία μπορούν να έχουν επίδραση στην λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Όλα αυτά σε τελική ανάλυση δεν είναι παρά σκέψεις, στην περίπτωση όμως αυτή αρνητικές.

Ο Γιώργος Μπιντέρης αναφέρει έναν κατάλογο με φράσεις που χρησιμοποιούνται καθημερινά όπως: "Μου κάθησε στο σβέρκο, μου ανέβηκε το αίμα στο κεφάλι, μου ραγίζει την καρδιά, μου κόπηκε η ανάσα" κ.α., και παρατηρεί πως οι εκφράσεις αυτές συχνά συνδέονται με συγκεκριμένες ασθένειες. Ο άνθρωπος που έχει έλκος στομάχου ή γαστρίτιδα χρησιμοποιεί συχνά τις φράσεις "μου κάθεται στο στομάχι" ή "δε μπορώ να το χωνέψω" και ανάλογα κάποιος

με δερματικά ή αλλεργικά προβλήματα χρησιμοποιεί στο λεξιλόγιό του φράσεις όπως "μου φέρνει αλλεργία", "βγάζω σπυράκια" κλπ (Γ.Μπιντέρης 1984 σελ. 46-48).

Απο την άλλη η αποτελεσματικότητα των πρωτόγονων ιατρικών μεθόδων, που ακόμη σήμερα χρησιμοποιούνται απο κάποιους λαούς, αλλά και της ιατρικής στην αρχαία Ελλάδα, είχε άμεση σχέση με την πίστη του ασθενούς πως θα γίνει καλά. Όταν π.χ. έκανε τις απαραίτητες θυσίες στους θεούς ένας ασθενής, και όταν ο ιερέας του Ασκληπειού του δήλωνε πως ο θεραπευτής θεός ήταν ευνοϊκός απέναντι του και πως θα γίνει τελικά καλά, όλη η ατμόσφαιρα αυτή δημιουργούσε στη σκέψη του ασθενούς μία εντονη θετική προσδοκία. Ο Κούζης αναφέρει αρκετά τέτοια παραδείγματα ίασης μέσα απο τις αναφορές που έχουν διασωθεί σχετικά με τη λειτουργία του Ασκληπιείου της Επιδαύρου, όπως παραδείγματα τυφλών που βρήκαν το φως τους μετά απο κάποιο όνειρο που είδαν πως ο θεός ο ίδιος τους επισκέφθηκε και τους γιάτρεψε, και αρκετά άλλα ακόμη. (Α.Κούζης 1929 σελ. 65-71).

Ο C.SIMONTON παρατήρησε πως οι ασθενείς του που έπασχαν απο καρκίνο εξέφραζαν με τη συμπεριφορά τους έντονο φόβο και αρνητική προσδοκία για την εξέλιξη της υγείας τους. Το γεγονός ότι ο καρκίνος είναι μία ασθένεια απέναντι στην οποία η γενική στάση είναι βασικά απαισιόδοξη, παρατηρεί ο SIMONTON επηρεάζει σημαντικά τη στάση του ίδιου του ασθενούς απέναντι στην ασθένεια του. Και θεωρεί πως η θεραπευτική προσπάθεια όποια κι αν είναι πρέπει να λαμβάνει υπόψη της και να επιδιώκει να αλλάζει τα αρνητικά αυτά "πιστεύω".

iii) Αλλάζοντας τα Πιστεύω των Ασθενών

Ο καρκίνος είναι, όπως επανηλλημένα ειπώθηκε, μία ασθένεια

με έντονο κοινωνικό στίγμα. Τα πιστεύω της κοινωνίας για τον καρκίνο έχουν διαμορφωθεί μέσα από την εμπειρία και αυτά είναι:

- α) Ο καρκίνος είναι συνώνυμος με το θάνατο
- β) είναι μια αρρώστια που "χτυπάει" άγνωστο από που και δεν είναι δυνατόν να ελεγχθεί.
- γ) Οι κλασσικές θεραπείες (ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, χειρουργική), είναι δραστικές έχοντας συχνά πολλές ανεπιθύμητες παρενέργειες. (SIMONTON 1988 σελ.97).

Μία τέτοια στάση είναι εμφανώς απελπιστική και έρχεται να συνηγορήσει με την απελπισία που όπως είπαμε χαρακτηρίζει την καρκινική προσωπικότητα. Ο C.SIMONTON στη θεραπευτική του προσέγγιση εντάσει τη προσπάθεια να αλλάξει τα πιστεύω αυτά των ασθενών του. Την αρνητική αυτή τοποθέτηση απέναντι στην ασθένεια προσπαθεί να την μετατρέψει σε θετική προσδοκία αντιπαράθετοντας ότι:

- α) Ο καρκίνος μπορεί να είναι θανατηφόρος μπορεί όμως και όχι
- β) Οι μηχανισμοί άμυνας του σώματος είναι θανάσιμοι εχθροί του καρκίνου, ανεξάρτητα από το γεγονός που τον προκάλεσε.
- γ) Η ιατρική θεραπεία μπορεί να γίνει ένας σπουδαίος σύμμαχος στον αγώνα κατά του καρκίνου, υποστηρίζοντας τους μηχανισμούς άμυνας του σώματος (C.SIMONTON 1988 σελ. 99).

Μπορεί βέβαια να υπάρχουν όρια στο ρόλο που μπορεί να παίζει η προσδοκία, κανείς όμως δε γνωρίζει ποιά είναι αυτά. Και ο ερευνητής υποστηρίζει πως είναι σίγουρα καλύτερα οι προσδοκίες να συνεργάζονται με τον καρκινοπαθή παρά να του επιτίθενται.

Είδαμε παραπάνω πως το χρόνιο STRESS, όταν επιφέρει κατάπτωση και απόγνωση, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού. Ο C.SIMONTON υποστηρίζει πως με

ψυχολογική παρέμβαση και μια αλλαγή στην αντίληψη που έχει το άτομο για τον εαυτό του και το πως μπορεί να ξεπεράσει τα προβλήματα του (παρόμοια με αυτή του Α.Λέσαν), μπορεί το άτομο αντί να φτάσει στην απόγνωση, να επιδείξει ελπίδα και αναμονή, ή αλλιώς αυτό που ονομάσαμε "θετική προσδοκία".

Εδώ ίσως μπορεί να αντιταχθεί ότι μια τέτοια παρέμβαση δεν είναι "ρεαλιστική" και ότι δίνονται στους ασθενείς ψεύτικες ελπίδες. Όμως τι το ψεύτικο μπορεί να υπάρχει σε μία ελπίδα; Ο D.CHOPRA σχετικά μ'αυτό τονίζει πως η ελπίδα είναι κάτι που ή το έχεις ή δεν το έχεις και τίποτα ψεύτικο δε χωράει σ'αυτή την έννοια. (DEEPAK CHOPRA Δημόσια συζήτηση βλ. παραρτ. Β σελ.179).

Πρώτο λοιπόν βήμα στην θεραπευτική του διαδικασία που επιχειρεί ο C.SIMONTON είναι να βοηθήσει τους καρκινοπαθείς να αλλάξουν τα πιστεύω τους σχετικά με την ασθένεια, τη θεραπεία τους και τους μηχανισμούς άμυνας του σώματος τους. Να τους διδάξει να αντιμετωπίσουν πιο αποτελεσματικά το STRESS στη ζωή τους. Είχε παρατηρήσει άλλωστε πως οι ασθενείς που συνεχίζουν να τα καταφέρνουν καλά για τον ένα ή τον άλλο λόγο είχαν μια ισχυρότερη θέληση για ζωή. (C.SIMONTON 1988 σελ. 21).

Τους βοηθά να αποκτήσουν γενικότερα μία νέα συναισθηματική αντιμετώπιση της ζωής.

Ο υποθάλαμος το τμήμα εκείνο του εγκεφάλου που όπως ειπώθηκε σχετίζεται με τα συναισθήματα δέχεται αυτή την αλλαγμένη συναισθηματική κατάσταση, και τα μηνύματα που στέλνει στους υπόλοιπους υποδοχείς-αντίθετα απ'ότι σε καταστάσεις χρόνιου STRESS-έχουν σαν αποτέλεσμα να κινητοποιηθούν και πάλι οι μηχανισμοί άμυνας του σώματος και να αποκατασταθεί η σερμονική ισορροπία. Με την αποκατάσταση αυτή το σώμα σταματά να παράγει με-

γάλους αριθμούς ανωμάλλων κυττάρων, ενώ απο την άλλη η φυσιολογική λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, δημιουργούν άριστες συνθήκες για την υποχώρηση του καρκίνου. Είναι και πιο εύκολο τότε η συνηθισμένη θεραπεία να καταπολεμήσει τον ήδη υπάρχοντα όγκο (C.SIMONTON 1988 σελ. 108-110).

Ως εδώ ο C.SIMONTON έχει πετύχει την συνεργασία του ασθενούς στην εφαρμογή της θεραπείας που του γίνεται. Παραπέρα όμως έχει επινοήσει μια μέθοδο που δίνει στον ασθενή τη δυνατότητα να συμμετέχει κιόλας σ'αυτήν πιο ενεργά.

ΙV) Η Εφαρμογή της Μεθόδου SIMONTON

Ο C.SIMONTON όπως είπαμε αναγνωρίζει πως το έντονο και χρόνιο STRESS ευθύνεται για την κατάσταση της υγείας μας. Το ότι το σώμα σε κάποια φάση κατευθύνεται προς την ασθένεια μπορεί να δείχνει πως οι μηχανισμοί που χρησιμοποιήθηκαν για να ξεπεραστεί μια κατάσταση STRESS δεν ήταν αποτελεσματικοί (C.SIMONTON 1988 σελ. 127). Δεν έχει νόημα όμως το να προσπαθήσουμε να απαλλαγούμε απο τις αιτίες του STRESS, αφού αυτές πάντα θα υπάρχουν όσο ένας άνθρωπος ζει στον κόσμο αυτό. Αυτό που χρειάζεται είναι να βρεθεί ένας τρόπος για να μπορούν να αποβληθούν απο το σώμα τα αποτελέσματα του STRESS.

Ο C.SIMONTON συνιστά στους ασθενείς του την "χαλάρωση" απο τη μια και τη σωματική άσκηση απο την άλλη. Η εξάσκηση εξηγεί λειτουργία σαν τον αντίποδα στην αντίδραση "πολέμα ή φύγε". Επιτρέπει στο σώμα να αποβάλλει απο μέσα του τη συσσωρευμένη ένταση.

Όσον αφορά τη χαλάρωση εξηγεί πως δεν εννοεί την ξεκούραση μπροστά στην τηλεόραση, τη συζήτηση με τους φίλους, τα τσιγάρα, τους καφέδες και τα ποτά, που στο δυτικό πολιτισμό έφτα-

σαν να σημαίνουν τη χαλάρωση. Μπορεί βέβαια σα δραστηριότητες να είναι ευχάριστες, πλην όμως ελάχιστα αποφέρουν όσον αφορά το ζητούμενο, την εξαφάνιση δηλαδή των σωματικών συμπτωμάτων του STRESS (C.SIMONTON 1988 σελ. 148).

Ο C.SIMONTON κάνει λόγο για ένα πρόγραμμα "χαλάρωσης" βασισμένο στο πρόγραμμα του Δρ. Εντμοντ Τζέϊκομπσον (DR.EDMOUT JACOBSON) ο οποίος το ονομάζει "προοδευτική χαλάρωση". Είναι μια συγκεκριμένη πρακτική που γίνεται βάσει ορισμένων οδηγιών που δίνονται είτε απο κάποια ηχογραφημένη κασσέτα είτε απο κάποιον που τις υπαγορεύει στο άτομο που προτίθεται να κάνει την άσκηση χαλάρωσης. (βλ.παράρτημα Β σελ. 133). (C.SIMONTON 1988 σελ. 149).

Η χαλάρωση με αυτή την έννοια συνοδεύεται απο αρκετές βιολογικές μεταβολές όπως: ελάτωση της καρδιακής συχνότητας, ελάτωση της αρτηριακής πίεσης, αύξηση του εύρους και ελάττωση της συχνότητας της αναπνοής, αποκατάσταση διαταραγμένης κινητικότητας και εκριτικής δραστηριότητας του γαστρεντερικού σωλήνα, ελάτωση της κορτιζόλης του αίματος, ελάττωση χοληστερίνης σε υπερχοληστεριναιμιμα άτομα κ.α. (Γ.Νικητοπούλου-Μαράτου 1986 σελ.191).

Είναι αναμφίβολα λοιπόν μια πολύ καλή μέθοδος για την καταπολέμηση του STRESS στη σωματική του αντανάκλαση, όμως για την καταπολέμηση του καρκίνου χρειάζεται κάτι περισσότερο.

Ο C.SIMONTON χρησιμοποιεί τη χαλάρωση αυτή σαν εισαγωγή στο πρόγραμμα της "νοητικής εικονοπλασίας" που συνιστά κυρίως τη "μέθοδο SIMONTON". Η σωματική χαλάρωση βοηθάει στο να μειωθεί η ένταση και να μπορέσει έτσι ο ασθενής να εστιάσει την προσοχή του στη συγκέντρωση και τον οραματισμό (C.SIMONTON 1988 σελ. 151).

Σε γενικές γραμμές ο ασθενής καλείται να "δει" με τα μάτια της φαντασίας του τη διαδικασία της θεραπείας του. Οραματίζεται τόσο το σώμα του το ίδιο, το ανοσοποιητικό (βλ. παράρτημα Β σελ. 134) σύστημα, όσο και την εξώγεννη θεραπεία που του γίνεται να δρουν συνεργατικά και συντονισμένα στην καταπολέμηση του όγκου.

Η καθημερινή ενασχόληση με την άσκηση αυτή έχει σαν αποτέλεσμα την πιο σαφή μεταστροφή των προσδοκιών απο πλευράς του αρρώστου. Ο ασθενής δημιουργεί νοητικές εικόνες του επιθυμητού, της συρρίκνωσης στη συγκεκριμένη περίπτωση και της εξαφάνισης του όγκου. Με τη συνεχή επανάληψη της παράστασης (ο C.SIMONTON προτείνει να γίνεται τρεις φορές την ημέρα) το ενδιαφερόμενο άτομο αρχίζει να περιμένει ως το γεγονός πράγματι θα συμβεί.

Το αποτέλεσμα, παρόμοιο με αυτό του PLACEBO, είναι ότι με τη θετική προσδοκία ο ασθενής στρέφει τις ενέργειες του στην κατεύθυνση τού να προκαλέσει τελικά το επιθυμητό αποτέλεσμα. (C.SIMONTON 1988 σελ. 192).

Η μέθοδος όμως αυτή του SIMONTON φαίνεται να λειτουργεί και σε ένα βαθύτερο επίπεδο απ' αυτό της θετικής σκέψης και προσδοκίας. Έχει δανειστεί αρκετά στοιχεία απο τη διαλογιστική πρακτική των ανατολικών φιλοσοφιών, και άλλωστε παρόμοιες μέθοδοι με αυτή του SIMONTON (όπως η μέθοδος SILVA, μέθοδος χαλάρωσης και νοητικής εικονοπλασίας, την οποία ο C.SIMONTON μελέτησε και δανείστηκε στοιχεία για τη μορφοποίηση της δικής του ειδικής μεθόδου), έχουν χαρακτηριστεί ως "γιόγκα δυτικού τύπου". Και σίγουρα η ικανότητα των γιόγκι να ελέγχουν το ρυθμό της καρδιάς και της αναπνοής δεν είναι μόνο αποτέλεσμα ανάλογης προσδοκίας.

Φαίνεται πως τελικά η σχέση νου-σώματος είναι πολύ αμεσότερη

απόσο πιστευόνταν ως τώρα και υπο ορισμένες προϋποθέσεις και παράγοντες φαίνεται πως ο νους, η σκέψη, ασκεί μια μορφή εξουσίας στο σώμα.

Περπατώντας ένα βράδυ σε ένα σκοτεινό δρόμο και κουβαλώντας πράγματα αξίας είναι αρκετό το να ακουστούν βήματα πίσω σας για να ερμηνευτεί μέσα στη σκέψη σας το γεγονός σαν "κίνδυνος". Η σκέψη μόνο φτάνει για να κινητοποιήσει μηχανισμούς όπως την έκκριση αδρεναλίνης, την όξυνση της ακοής, την προετοιμασία του σώματος για δράση. Ωστόσο ακόμη και ο ήχος των βημάτων μπορεί να μην ήταν υπαρκτός. Να ήταν όλα μία ιδέα. Τα αποτελεσματα της όμως στο σώμα είναι καθ'όλα πραγματικά. Ο DR. DEEPAK CHO-PRA αναφέρει ένα παράδειγμα από τη ζωή των ιθαγενών της Αυστραλίας όπου στρέφοντας απλά και μόνο ένα κόκκαλο από κότα προς κάποιο άτομο (κόκκαλο συγκεκριμένο που όλοι στη φυλή γνωρίζουν ότι το χορηγεί ο "μάγος" της φυλής, καθώς και ποιά ακριβώς είναι η χρήση του), το άτομο αυτό θα παρουσιάσει κάποια σωματικά συμπτώματα ύστερα από λίγη ώρα που θα καταλήξουν στο θάνατο του μέσα σε μία βδομάδα. (DR. CHOPRA Δημόσια συζήτηση βλ. παράρτημα Β σελ. 177). Καμία λογική εξήγηση δε μπορεί να δοθεί, ωστόσο όμως συμβαίνει και αν δεν είναι ευκολότερο να επικαλεστούμε εξωτερικές μυστηριώδεις και υπεράνθρωπες δυνάμεις, τότε οι ενδείξεις οδηγούν στο να σκεφτούμε πως είναι αποτέλεσμα της δύναμης της υποβολής, μιάς ισχυρής προσδοκίας που η πράξη αυτή δημιουργεί.

Στη μέθοδο SIMONTON ο ασθενής καλείται να οραματιστεί την ακτινοβολία που του γίνεται σε σφαίρες ενέργειας που επιτίθενται και καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα, τη χημειοθεραπεία να ξεχωρίζει και να εξολοθρεύει την ανωμαλία αυτή του οργανισμού.

μου και το ανοσοποιητικό του σύστημα ισχυρό, τα λευκά αιμοσφαίρια να έχουν μια εικόνα επιβλητική και δυναμική που να επιτίθενται στα ισχνά και καυτά καρκινικά κύτταρα και να τα θανατώνουν (C.SIMONTON 1988 σελ. 155).

Η μέθοδος SIMONTON μοιάζει να είναι βασισμένη σε μια σειρά ισχυρών υποβολών που ο ίδιος ο ασθενής υπαγορεύει στον εαυτό του με τη μορφή νοητικών εικόνων. Τα θετικά αποτελέσματα της χαλάρωσης ενισχύονται από τις εικόνες αυτές δημιουργώντας ένα επιθυμητό και επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, κινητοποιώντας ολόκληρο τον οργανισμό στις απαραίτητες ενέργειες για την υλοποίηση του. Τα παραδείγματα που αναφέρει ο C.SIMONTON είναι πολλά. Εντυπωσιακό είναι αυτό του πρώτου του ασθενούς, ενός άντρα 61 χρόνων με καρκίνο στο λάρυγγα και πολύ άσχημη διάγνωση. Οι πιθανότητες για επιβίωση έστω και 5 χρόνων ήταν λιγότερες από 5% και η κλασική ιατρική ήταν αδύνατο να προσφέρει κάτι, αφού η συνηθισμένη θεραπεία πλέον φαινόταν να τον εξασθενεί περισσότερο. Ο C.SIMONTON του σχεδίασε ένα πρόγραμμα χαλάρωσης και νοητικής εικονοπλασίας το οποίο ο ασθενής εφαρμόζε τρεις φορές την ημέρα. Τον παρότρυνε να οραματιστεί τον καρκίνο του με οποιον τρόπο του ταίριαζε, όσο πιο ζωντανά μπορούσε. Το ζήτησε να φανταστεί τη θεραπεία του να εξοντώνει αυτόν τον καρκίνο ενώ ο ίδιος να γίνεται όλο και καλύτερα στην υγεία του και να παρουσιάζει τις λιγότερες δυνατές παρενέργειες. Το αποτέλεσμα ξεπερνούσε οποιαδήποτε προσδοκία ακόμη και για τους ίδιους τους θεραπευτές του. Ο ασθενής έδειξε ελάχιστη αρνητική αντίδραση στη θεραπεία, ενώ από την άλλη ο καρκίνος του συρρικνωνόταν συνεχώς ώσπου τελικά εξαφανίστηκε. Μάλιστα ο ίδιος ο ασθενής, όπως αναφέρει ο C.SIMONTON, αφού επανέκτησε την υγεία του χρησιμοποίησε τη μέθο-

δο για να ανακουφιστεί απο την αρθρίτιδα που για χρόνια τον ενοχλούσε καθώς και για να βελτιώσει τη σεξουαλική του δραστηριότητα. (C.SIMONTON 1988 σελ. 23-25).

Για αρκετά χρόνια μετά, η κατάσταση του παρέμεινε υγιής.

Η μέθοδος του C.SIMONTON έχει το χαρακτηριστικό ότι εντάσσει ενεργά τον ασθενή στη διαδικασία της θεραπείας του. Οδηγείται ο ασθενής να κατανοήσει αρχικά το πως ο ίδιος ευθύνεται για την εμφάνιση της ασθένειας του, αποζητώντας ίσως σε κάποια φάση της ζωής του τα ωφέλη της ασθένειας, και στη συνέχεια διδάσκεται πως να συμμετέχει στη θεραπεία του και πως να αποκτήσει την αίσθηση ότι η κατάσταση του δεν είναι εκτός του δικού του ελέγχου, όπως συχνά νιώθουν οι καρκινοπαθείς για την αρρώστια τους μέσα σε ένα σώμα που ολοένα χειροτερεύει και έναν καρκίνο που συνεχώς επεκτείνεται (C.SIMONTON 1988 σελ. 159).

Τόσο η μέθοδος του C.SIMONTON όσο και αυτή του Α.Λεσαν νωριτερα, σε καμία περίπτωση δε μπορεί να ισχυριστεί κανείς ότι περιγράφουν το τρόπο για την καταπολέμηση του καρκίνου. Άλλωστε ομολογούν και οι ίδιοι πως πολλοί απο τους ασθενείς τους υποτόπιασαν αργότερα και πέθαναν. Ο D.CHOPRA άλλωστε επισημαίνει σχετικά πως τα ποσοστά υποχώρησης του καρκίνου απο παρόμοιες εναλλακτικές προσεγγίσεις δε διαφέρουν ριζικά απο εκείνα της συμβατικής θεραπείας (D.CHOPRA 1991 σελ. 46).

Δεν μπορούμε όμως να μη λάβουμε υπόψη μας πως και οι δύο αυτοί θεραπευτές ασχολήθηκαν με ασθενείς των οποίων η διάγνωση ήταν "ιατρικά αδεράπευτος"· εξάλλου πολλά στοιχεία των προσεγγίσεων τους δε μπορούν να αγνοηθούν.

Ένα απο αυτά είναι η ολιστική αντιμετώπιση της ασθένειας που λαμβάνει υπόψη της όλο το πλήθος των παραγόντων που ενέχονται σ'αυτή. Ένα άλλο, και ίσως σημαντικότερο, είναι ότι μέσα

απο τη προσέγγιση τους αυτή πέτυχαν να βελτιώσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών τους. Οι άνθρωποι με τους οποίους εργάστηκαν έτυχαν μιάς αντιμετώπισης πιο προσωπικής και πιο ανθρώπινης απ'ότι η πλειοψηφία των ασθενών σε ένα αντικαρκινικό νοσοκομείο.

Οι ασθενείς του C.SIMONTON, όπως ο ίδιος αναφέρει, σπάνια υποφέρουν απο έναν παρατεινόμενο ή επώδυνο θάνατο. Πάρα πολλοί είναι ιδιαίτερα ενεργητικοί μέχρι μια ως δύο βδομάδες πριν το θάνατό τους, και συχνά πεθαίνουν στο σπίτι τους κοντά στους αγαπημένους τους. (SIMONTON 1988 σελ. 246).

Τα στοιχεία αυτά δείχνουν το δρόμο για μία αλλαγή στον τρόπο λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας πιο ανθρώπινο και ολοκληρωμένο. Η ολιστική προσέγγιση των θεμάτων υγείας για την οποία θα γίνει λόγος παρακάτω περιλαμβάνει πολλά στοιχεία απο τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των εναλλακτικών αυτών θεραπειών που περιγράφησαν.

5.γ. Αγιουρβεδική Ιατρική: Μία Παράδοση 6.000 χρόνων

ί) Η φιλοσοφία και η Σύγχρονη Γνώση

Οι ανατολικές φιλοσοφικές τοποθετήσεις είχαν πάντα μια ιδιαίτερη αντίληψη για κάθε πτυχή της ανθρώπινης ζωής, συμπεριλαμβανομένης φυσικά και της υγείας-ιατρικής. Παραδειγματικά μόνο αναφέρεται το σημερινό σύστημα υγείας στην Κίνα, όπου ναι μεν ασκείται και η ιατρική του δυτικού κόσμου, γίνεται όμως παραδεκτή κυρία στον χειρουργικό κλάδο της. Η κινέζικη παράδοση όσον αφορά τη θεραπευτική αγωγή δεν ξεπεράστηκε, και ακόμη και σήμερα παραμένει ως έκφραση της φιλοσοφίας για τη ζωή, που είναι η συνεχής επιδίωξη της αρμονίας και της ισορροπίας ανάμεσα στις ανταγωνιστικές δυνάμεις του "καλού" και του "κακού" (γιν-

γιανγκ) (Ειρήνη Αναπλιώτη Βαζαίου 1987 σελ. 47-48).

Μεγαλύτερη έμφαση απο τους γιατρούς στην περίπτωση αυτή δίνεται στην πρόληψη. Πρόληψη όμως όχι της ασθένειας αλλά της ανισορροπίας στα σώματα των ασθενών τους. Το γεγονός, άλλωστε ότι οι κινέζοι γιατροί πληρώνονταν για όσο διάστημα οι πελάτες τους ήσαν υγιής και ότι η πληρωμή τους σταματούσε μόλις αυτοί αρρώσταιναν, μαρτυρεί αυτή την αντίληψη. Η αρρώστια δεν αντιμετωπίζεται σαν μια εξωτερική εισβολή, αλλά αποδίδεται στην έλλειψη αρμονίας και ισορροπίας. Η κινέζικη ιατρική πρακτική λαμβάνει υπόψιν της ότι, όπως η φύση όλων των πραγμάτων, έτσι και το ανθρώπινο σώμα, διαθέτει την τάση να επιστρέφει διαρκώς στη δυναμική κατάσταση της ισορροπίας. Στόχος της ιατρικής αυτής είναι μάλλον η εξασφάλιση της καλύτερης προσαρμογής του ατόμου στο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον του. (F.CARRA 1984 σελ. 394-395).

Πολύ κοντά σ'αυτή την προσέγγιση είναι και αυτή της Αγιουρβεδικης ιατρικής, μιάς ινδικής παράδοσης 6.000 χρόνων περίπου. Κύριος εκπρόσωπος της στον δυτικό κόσμο είναι ο ενδοκρινολόγος DR. DEEPAC CHOPRA. Στο δυτικό κόσμο η θεραπευτική αυτή παράδοση καλείται "κβαντική θεραπεία" γιατί πολλά στοιχεία της αποτελούν τις πρόσφατες ανακαλύψεις της κβαντικής φυσικής, αλλά και ίσως ακόμη γιατί έτσι είναι πιο εύκολο να γίνει κατανοητή στον ξένο, για τον ανατολικό τρόπο σκέψης, πολιτισμό μας.

Σύμφωνα λοιπόν με την Αγιουρβεδικη ιατρική, υπάρχει μια ανώτερη διάνοια (κάτι σαν τον "κοινό νου" του Καρλ Γιουνγκ) κάτι που δεν μπορεί να εντοπιστεί σε κάποιο συγκεκριμένο μέρος στον κόσμο ή να αποδωθεί κάπου. Η διάνοια αυτή υπάρχει παντού αφού το κάθε τι γύρω μας έχει δημιουργηθεί απο την ίδια πρωταρχική

ουσία, απο την ίδια μοναδικότητα, αυτό δηλαδή που οι δυτικοί επιστήμονες ονομάζουν τη "μεγάλη έκρηξη" (BIG BANG). Ολόκληρη η πραγματικότητα και η κάθε της έννοια (χώρος, χρόνος), ξεπήδησαν απο μια μοναδικότητα που μπορούμε να τη φανταστούμε σαν ένα στίγμα μικρότερο απο ότι μικρότερο υπάρχει (D.CHOPRA 1991 σελ. 135).

Με την έννοια αυτή η "οικολογία" μας είναι περισσότερο πλανητική απ'όσο μπορούμε να φανταστούμε. Μορφές ζωής περιφέρονται στην επιφάνεια μας αγνοώντας τις πραγματικές διαστάσεις μας, όπως και εμείς τις δικές τους. Αποικίες σκουληκιών π.χ. πέρνουν όλο τον κύκλο της ζωής τους στις βλεφαρίδες μας. (CHOPRA 1991 σελ. 56).

Η δυτική ιατρική με την κατεύθυνση που πήρε στην έρευνα της για τη λειτουργία του ανθρώπινου σώματος, έκανε το σφάλμα να αποκλείσει αυτή τη διάνοια απο τον τομέα του ενδιαφέροντος της. Είναι λογικό να λάβουμε υπόψιν μας πόση γνώση μέσα στα ιατρικά βιβλία αναφέρεται όχι στη ζωή αλλά στο θάνατο. Το πρώτο πράγμα που σκοτώνεται στα ιατρικά εργαστήρια είναι ο λεπτός ιστός ευφυΐας που συγκροτεί το σώμα.

Όσο βέβαια και αν τεμαχίσουμε έναν οργανισμό πουθενά δε θα βρούμε καμία πρωτεϊνική ίνα, ένζυμο ή ορμόνη, με ετικέτα που θα αναγράφεται "νοημοσύνη". Δεν υπάρχει όμως αμφιβολία ότι η νοημοσύνη αυτή δουλεύει. Το ανθρώπινο σώμα φαίνεται να ξέρει πολύ καλά τι πρέπει να κάνει για να κολλήσει ένα σπασμένο κόκκαλο ή για να κλείσει μια πληγή. Φαίνεται να ξέρει ακόμη τι να κάνει για να καταπολεμήσει τον καρκίνο. Το φαινόμενο της αυτόματης υποχώρησης του καρκίνου (η "θαυματουργή" δηλαδή εξαφάνιση ενός όγκου που δε μπορεί να αποδωθεί σε κάποια εξωτερική ενέργεια), μπορεί να είναι σπάνιο, ωστόσο όμως συμβαίνει. Κάθε ασ-

θένεια έχει τους μυστηριώδεις επιζώντες της όχι μόνο ο καρκίνος. Ο D.CHOPRA αναφέρει και ασθενείς με AIDS που παραμένουν ζωντανοί ύστερα από 5 χρόνια, των οποίων τα ανοσοποιητικά συστήματα αμύνθηκαν κατά της ασθένειας, η οποία κάτω από ομαλές συνθήκες είναι απόλυτα καταστρεπτική. (D.CHOPRA 1991 σελ. 56-58).

Στην περίπτωση της Αγιουρβέδικης Ιατρικής το θέμα του διαχωρισμού του ανθρώπου σε δύο υποστάσεις, ψυχική και σωματική, ή ακόμη και η άποψη ότι είναι δύο υποστάσεις που συνεργάζονται αρμονικά και αλληλοεπιρεάζονται, δε φαίνεται να ευσταθεί. Ιδίως μάλιστα με τη στενή άποψη της δυτικής επιστήμης που εντοπίζει τα ψυχικά φαινόμενα σε λειτουργίες του εγκεφάλου και τα σωματικά στο υπόλοιπο σώμα. Η νοημοσύνη, η ευρύτερη έννοια του νου και της διάνοιας, δε μπορεί να περιοριστεί μόνο στον εγκέφαλο. Ακόμη κι αν δεχθούμε πως τα χημικά του σώματος είναι αυτά που εξουσιάζουν την καλή ή όχι λειτουργία του οργανισμού, είναι πλέον γνωστό πως η παραγωγή τους δεν περιορίζεται σε συγκεκριμένους αδένες. Ο εγκέφαλος από τη μια παράγει ορμόνες που μέχρι πρόσφατα σχετίζονταν με άλλα όργανα (όπως π.χ. η ινσουλίνη που θεωρούνταν παράγωγο μόνο του παγκρέατος), αλλά συμβαίνει και το αντίθετο όπως π.χ. τα εγκεφαλικά χημικά τρανσφερόνη και CCK που παράγονται και από το στομάχι.

Η νοημοσύνη λοιπόν με την έννοια αυτή, φαίνεται πως δεν μπορεί να περιοριστεί στον εγκέφαλο, αλλά προβάλλει παντού στον εσωτερικό μας χώρο. Και ένα σώμα που μπορεί να σκέφτεται διαφέρει πολύ από εκείνο που περιθάλλει η ιατρική στις μέρες μας (D.CHOPRA 1991 σελ. 92-94).

Όλα τα κύτταρα του σώματος μας, είτε πρόκειται για καρδιακό ή εγκεφαλικό κύτταρο, είτε είναι νευρώνας ή θύλακας μιάς τρίχας

γεννήθηκαν απο μια διπλή αλυσίδα DNA τη στιγμή της σύλληψης. Οτιδήποτε μπορούμε να κάνουμε, να τρέξουμε, να μιλήσουμε, να σκεφτούμε, να παίξουμε σκάκι ή μπάλα, δομείται πάνω σε μία ικανότητα προγραμματισμένη μέσα σ' αυτό το αρχικό μόριο.

Και το DNA δεν είναι φτιαγμένο απο κάτι ιδιαίτερο. Οι αλυσίδες του απο γεννητικό υλικό μπορούν να υποδιαιρεθούν σε απλούστερα μόρια, όπως σάκχαρα, υδρογόνο, οξυγόνο κλπ. Σε δισεκατομμύρια άλλους συνδιασμούς τα ίδια αυτά μόρια απλώς υπάρχουν.

Στην αλυσίδα του DNA ωστόσο συμβάλλουν σε μία ικανότητα να παράγουν κάτι νέο κάθε μέρα, για όσο διάστημα διαρκεί η ζωή (D.CHOPRA 1991 σελ. 134-135).

Η ειδοποιός διαφορά αυτή δεν είναι άλλη απο τη διάνοια, αυτή που οριοθετεί τη διαφορά ανάμεσα σε ένα σπίτι σχεδιασμένο απο αρχιτέκτονα και σ' ένα σωρό απο τούβλα (D.CHOPRA 1991 σελ. 63).

Σύμφωνα με τη φιλοσοφία της Αγιουρβεδικής Ιατρικής η διάνοια αυτή υπάρχει παντού, πέρα απο χωροχρονικούς περιορισμούς, και αυτή δομεί τα πάντα. Η ίδια φυσικά δομεί και το ανθρώπινο σώμα. Και αφού το DNA έχει τη γνώση να οικοδομήσει ένα σώμα, τότε σίγουρα έχει και τη γνώση να το διατηρήσει υγιές. Με την παραπάνω έννοια άλλωστε το DNA δεν είναι άλλο παρά ο φορέας των πληροφοριών.

(Η λέξη "πληροφορία" στα αγγλικά είναι "INFORMATION". Η λέξη "FORMATION" ορίζεται ως: "THE ACT OF FORMING OR SHAPING- η διαδικασία κατά την οποία δίνεται μορφή, σχήμα (OXFORD STUDENT'S DICTIONARY, OXFORD 1988 G.B.).

Κατά την αγιουρβέδικη φιλοσοφία οι πληροφορίες (INFORMATIONS) είναι πρωταρχικές της υλιστικής τους έκφρασης, ή είναι αυτές που δημιουργούν την ύπαρξη δίνοντας της μορφή και σχήμα.

Πολύ κοντά σ' αυτό το πεδίο έρευνας βρίσκεται σήμερα η κβαντική φυσική. Η λέξη "κβαντουμ" (στα λατινικά σημαίνει "πόσο;") περιγράφει τη μικρότερη μονάδα που μπορεί να ονομαστεί σωματίδιο π.χ. ένα φωτόνιο είναι ένα κβάντο φωτός. Το φως όμως ταξιδεύει ως γνωστός με κυματική μορφή. Το σωματίδιο αυτό, το φωτόνιο, που παράγεται απο τη σύγκρουση μιάς ροής ηλεκτρονίων (ηλεκτρικό ρεύμα), με τα άτομα βολφραμίου (υλικό απο το οποίο κατασκευάζεται το νήμα των ηλεκτρικών λαμπτήρων), σε κάποια απειροελάχιστη στιγμή μετατρέπεται σε κύμα. Το κβαντικό επίπεδο ορίζει ακριβώς το πεδίο αυτό στο οποίο η ύλη μετατρέπεται σε ενέργεια. Το κύμα είναι μη υλικό ενώ το φωτόνιο είναι ένα υλικό σωματίδιο. Το φαινόμενο αυτό φυσικά δεν καλύπτεται απο τη Νευτώνια φυσική, αφού το κύμα και το μόριο σ' αυτήν είναι εντελώς ανόμια πράγματα. (D.CHOPRA 1991 σελ. 126-127).

(Χωρίς περισσότερη ανάλυση αξίζει μόνο να αναφερθεί πως η θεωρία του "ενοποιημένου πεδίου" που επι τριάντα χρόνια απασχόλησε τον Αλμπερτ Αϊνστάϊν, απέβλεπε στο να ενοποιήσει το χρόνο, το χώρο, την ύλη και την ενέργεια σε ένα και μοναδικό πεδίο. Με άλλα λόγια η προσπάθεια του ήταν να αποδείξει πως οι τέσσερις αυτές διαστάσεις της ύπαρξης, στην ουσία τους είναι μόνο μία. Σήμερα, τριάντα χρόνια μετά το θάνατο του Α.Αϊνστάϊν, η θεωρία των υπερχορδών (SUPERSTRINGS), φαίνεται να προσεγγίζει στη λύση του προβλήματος αυτού).

Ο DR DEEPAK CHOPRA αναφέρεται στη Δρ.Καντας Περτ, διευθύντρια του τμήματος βιοχημείας του εγκεφάλου στο NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH στις ΗΠΑ που υποστηρίζει πως είναι αυθαίρετο να λέμε πως το DNA ή ένας νευρομεταδότης ανήκει στο σώμα παρά στο νου. Το DNA είναι εξίσου καθαρή γνώση όσο και ύλη. Η

ίδια μάλιστα χρησιμοποιεί τον όρο "ΣΩΜΑΝΟΥΣ" (BODYMIND), αναφερόμενη και στα δύο επίπεδα (D.CHOPRA 1991 σελ. 93).

Οι νευρομεταδότες είναι οι δρομείς που τρέχουν απο και προς τον εγκέφαλο γνωστοποιώντας σε κάθε όργανό μας τις συγκινήσεις, τις επιθυμίες, τις μνήμες, τις διαισθήσεις, τα όνειρα μας καθώς και κάθε τι που συμβαίνει στο σώμα. Και φυσικά, όπως και με τα άλλα χημικά, η παραγωγή τους δεν περιορίζεται μόνο στον εγκέφαλο, αλλά όλα τα όργανα του σώματος μας παράγουν νευρομεταδότες ή νευροπεπτίδια (μεταδότες επίσης με διαφορετική όμως μοριακή δομή), συμπεριλαμβανομένου και του ανοσοποιητικού μας συστήματος.

Γύρω στα 1973 δύο μόνο νευρομεταδότες χρειάζονταν για να ερμηνευτεί η λειτουργία του ανθρώπινου σώματος. Ένας για να ενεργοποιήσει ένα κύτταρο και ένας άλλος για να επιβραδύνει τη δραστηριότητα. Στα μέσα της δεκαετίας του 80 ωστόσο πενήντα τέτοιοι νευρομεταδότες και νευροπεπτίδια έγιναν γνωστά. (D.CHOPRA 1991 σελ. 78-81).

Στις αρχές της δεκαετίας του 80 βρέθηκαν υποδοχείς για τους νευρομεταδότες και τα νευροπεπτίδια σε κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος τα λεγόμενα "μονοκύτταρα".

Το ενδιαφέρον σημείο όμως εδώ βρίσκεται στην παραγωγή αυτών των μεταδοτών αφού αυτή συμβαίνει σε ένα κβαντικό επίπεδο, με την έννοια ότι αρκεί μια σκέψη για να παραχθούν τα ανάλογα αυτά χημικά. Ο νους, με όποιον ορισμό είναι ανυπόστατος (μη υλικός) έχει ωστόσο επεξεργαστεί έναν τρόπο να συνεργάζεται με αυτά τα περίπλοκα μόρια επικοινωνίας (που είναι απόλυτα υλικά και στερεά) Το παραπάνω σημαίνει πως αν είμαστε χαρούμενοι, λυπημένοι, σκεπτικοί ή σε κατάσταση σύγχυσης κλπ τότε κάθε σημείο του σώματος μας το γνωρίζει αυτό και μαζί και τα ανοσοποιητικά μας κύτταρα είναι χαρούμενα, λυπημένα κλπ (D.CHOPRA 1991 σελ. 89).

Πρόσφατα οι ερευνητές του εγκέφαλου βρήκαν τρόπο να φωτογραφήσουν τα ίχνη μιάς σκέψης τρισδιάστατα σαν ολόγραμμα. Η διαδικασία είναι γνωστή σαν Τ.Ε.Π. (Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων).

Αυτό που παρατήρησαν ήταν πως κάθε ξεχωριστό γεγονός στο σύμπαν του νου (αίσθηση πόνου, σκέψη, θύμιση), προκαλεί ένα νέο χημικό πρότυπο σε πολλές θέσεις στον εγκέφαλο, και αν υπήρχε δυνατότητα να επεκταθεί το πορτραίτο σ'ολόκληρο το σώμα δεν υπάρχει αμφιβολία πως και αυτό θα άλλαζε ταυτόχρονα χάρη στους καταράκτες των νευρομεταδοτών.

"Το σώμα μας" υπογραμμίζει ο D.CHOPRA, "δεν είναι άλλο απο την υλική τρισδιάστατη φωτογραφία του τι σκεφτόμαστε". Οι αλλαγές βέβαια που επέρχονται στο σώμα με τη σκέψη μπορεί να μην είναι άμεσα δραματικές εξωτερικά, σίγουρα όμως είναι στην εσωτερική λειτουργία του, και μακροπρόθεσμα εξωτερικά με κύριο αντίκτυπο την κατάσταση της υγείας μας. "Μπορούμε, υποστηρίζει, να είμαστε σίγουροι πως το σώμα μας είναι αρκετά ρευστό ώστε να καθρεπτίζει κάθε πνευματικό γεγονός. Τίποτε, καταλήγει, δεν κινείται χωρίς κίνηση του συνόλου" (D.CHOPRA 1991 σελ. 85-92).

ΙΙ) Η Διάγνωση στην Αγιουρβεδική Ιατρική

Η αντίληψη αυτή του ανθρώπου ως σύνολου, ως ΣΩΜΑΝΟΥ, είναι η κύρια βάση στην πρακτική της αγιουρβεδικής ιατρικής. Σε κάποιο σημείο η μεθοδολογία ίσως μας θυμίσει αρκετά τη "μέθοδο SIMON-TON" που είδαμε παραπάνω, έχει όμως την ιδιαιτερότητα ότι εισχωρεί σε βαθύτερα επίπεδα της ύπαρξης. Δεν είναι απαραίτητο εδώ να γίνει ιδιαίτερη μνεία για τον καρκίνο αφού η Αγιουρβεδική ιατρική δεν εξετάζει το σύμπτωμα, την ασθένεια αυτή καθ'εαυτή. Κατά την αντίληψη της Αγιουρβεδας ο καρκίνος, όπως και κάθε άλλη ασθένεια, εκδηλώνεται όταν

κάτι στην πραγματικότητα ενός ατόμου δεν πάει καλά.

Ο Αγιουρβέδικος γιατρός δεν εξετάζει τόσο το σύμπτωμα, χωρίς να σημαίνει πως αδιαφορεί γι' αυτό, αλλά ρίχνει το βάρος στον ίδιο τον ασθενή. Η ιατρική εξέταση ξεκινάει με μια μακρά συνέντευξη, όπου πέρα από τις κλασσικές ερωτήσεις "που πονάς; πότε πονάς; πόσο δυνατός είναι ο πόνος;" κλπ, γίνονται και άλλες που θα φαίνονταν παράδοξες στα μάτια ενός δυτικού γιατρού. Είναι ερωτήσεις που σκοπό έχουν να γνωρίσει ο αγιουρβέδικος γιατρός το άτομο με το οποίο συνεργάζεται από ψυχοφυσιολογική άποψη. Τέτοιες ερωτήσεις όπως: "Τι ώρα πας για ύπνο; Τι ώρα ξυπνάς; Τι είδους φαγητά σ'αρέσει να τρώς; Πως είναι οι σχέσεις σου; Πως αντιδράς αν "κολλήσεις" σε ένα μποτιλιάρισμα; Πως αντιδράς στις κλιματολογικές συνθήκες;" κλπ. Είναι σημαντικό για τον θεραπευτή να γνωρίσει ποιός είναι αυτός ο άνθρωπος που πάσχει απ' αυτή την ασθένεια.

Στη συνέχεια ένας άλλος τρόπος διάγνωσης είναι το "μέτρημα" του σφυγμού. Πρόκειται για μια μοναδική τέχνη που ανέπτυξαν και οι κινέζοι γιατροί με την οποία μπορούσαν να εντοπίσουν ενδεχόμενα προβλήματα υγείας πολύ πριν εκδηλωθούν τα συμπτώματα. (F. CAPRA 1984 σελ. 396). Παρόμοια για τους αγιουρβεδικούς η σφυγμομέτρηση δίνει πληροφορίες όχι μόνο για το καρδιαγγειακό σύστημα, αλλά ακόμη αντανακλά τη "ροή ενέργειας" σ' όλα τα μέρη του σώματος και πληροφορεί για τυχόν ανισορροπίες σ' αυτήν καθώς επίσης γνωστοποιεί στον γιατρό τι "τύπος" είναι ο ασθενής.

Στην εξελικτική ψυχολογία (Ι. Παρασκευόπουλου τόμος 2 σελ. 16-17), γίνεται λόγος για την τυπολογία του SHELDON. Ο SHELDON διακρίνει τρεις βασικούς σωματικούς τύπους: Τον ενδομορφικό, τον μεσομορφικό και τον εκτομορφικό, καταγράφοντας και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε τύπου.

Τα ενδομορφικά άτομα έχουν σώμα πλαδαρό, εξωτερική εμφάνιση περίπου "σφαιρική". Έχουν υπέρμετρη ανάπτυξη των οργάνων του πεπτικού συστήματος και περιορισμένη ανάπτυξη των μυών και των οστών. Είναι άτομα φιλικά, κοινωνικά και καλοκάγαθα που επιδιώκουν την καλοπέραση και τη σωματική άνεση. Τα μεσομορφικά άτομα έχουν ανεπτυγμένη σωματική διάπλαση (μυώνων, οστών) και είναι άτομα θαλαλέα, με αυτοπεποίθηση που επιδιώκουν τη δύναμη και την κυριαρχία. Τέλος τα εκτομορφικά άτομα είναι ισχνά, ευπαθή και φιλάσθενα, με αδύνατους μυς και σκελετό, και είναι τύποι εσωστρεφείς ντροπαλοί και κοινωνικά απομονωμένοι.

Η παραπάνω διαπίστωση του SHELDON στη δυτική ιατρική πέρασαν απαρατήρητες. Στην αγγλοβέδικη ιατρική όμως αναγνωρίζεται ο διαχωρισμός αυτός ως εξαιρετικής σημασίας τόσο για τη διάγνωση όσο και για τη θεραπεία.

Η αγγλοβέδικη ιατρική ξεχωρίζει κι αυτή τρεις βασικούς τύπους προσωπικότητας. Είναι οι τύποι VATA, PITTA και KAPHA όπως τους ονομάζει, με χαρακτηριστικά του καθενός πολύ κοντά στην κατηγοριοποίηση του SHELDON.

Προχωράνε όμως η αγγλοβεδικοί ένα βήμα παραπέρα και εντοπίζουν πως ο κάθε τύπος αντιδρά στο STRESS, τι ασθένειες συνήθως παθαίνουν, τι συνήθειες έχουν, πως αντιδρούν όταν χαίρονται ή θυμώνουν, πια είναι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τους. Παραδειγματικά ο τύπος KAPHA είναι ο υπομεταβολικός τύπος. Είναι οι άνθρωποι που πέρνουν εύκολα βάρος, κρυώνουν εύκολα, το δέρμα τους είναι υγρό, και τείνουν να προσκολούνται σε διάφορα πράγματα όπως φαγητό, υγρά, σχέσεις, λεφτά κ.α. Λόγω αυτής της πρόσκλησης έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από παχυσαρκία, διαβήτη, υπέρταση, (D.CHOPRA, δημόσια συζήτηση

βλ. παράρτημα σελ. 157).

Η αναγνώριση αυτών των τύπων, που με διάφορους συνδυασμούς και παραλλαγές φτάνουν να είναι περίπου δέκα, υποδηλώνουν πως κάθε άνθρωπος είναι διαφορετικός. Για τον αγιουρβέδικο γιατρό αυτό σημαίνει πως κάθε άνθρωπος αλλιώς βιώνει μία ασθένεια, σε κάθε άνθρωπο αλλιώς εξελίσσεται αυτή, και κάθε ένας αντιδρά διαφορετικά στη θεραπεία.

ΙΙΙ) Η θεραπεία στην Αγιουρβεδική Ιατρική

Τα θεραπευτικά μέσα που χρησιμοποιεί η αγιουρβέδικη ιατρική είναι κυρίως τρία. Το πρώτο είναι ο Υπερβατικός διαλογισμός (Υ.Δ.) Ο Υ.Δ. μπορεί να χαρακτηριστεί σε μία μορφή χαλάρωσης, αν και ο χαρακτηρισμός αυτός αποτελεί συμβιβασμό για τον αμύητο δυτικό πολιτισμό. Είναι μία τεχνική που μπορεί να οδηγήσει το νου σε μια "ελεύθερη ζώνη", εκεί που δεν την άγγιξε η ασθένεια. (D.CHOPRA 1991 σελ. 246). Πρόκειται για την τέταρτη κατάσταση του νου, την κατάσταση της "υπομεταβολικής εγρήγορσης" όπως την ονόμασε ο φυσιολόγος Ρόμπερτ Κιθ Ο'άλας, που μελέτησε το φαινόμενο, αφού δεν ενέπιπτε σε καμία από τις ως τότε γνωστές καταστάσεις της συνείδησης (ύπνο, ενυπνιασμό, εγρήγορση) (D.CHOPRA 1991 σελ. 230-231).

Κατά τη διάρκεια του Υ.Δ. το άτομο εισέρχεται σε μια βαθειά κατάσταση χαλάρωσης που χαρακτηρίζεται από βραδύτερο ρυθμό ανάπνοης και καρδιακών παλμών, εμφάνιση κυμάτων άλφα στα ηλεκτροεγκεφαλογραφήματά του, μειωμένη κατανάλωση οξυγόνου κατά την αναπνοή χωρίς όμως το άτομο να αποκοιμηθεί ή να πέσει σε έκσταση. Παραμένει απόλυτα ξύπνιος εσωτερικά, νιώθοντας μια αίσθηση ενισχυμένης επίγνωσης.

Ο Υ.Δ. αποτελεί ισχυρό θεραπευτικό μέσο ακριβώς γιατί οδηγεί

το νου στο βαθύτερο επίπεδο του, την τέλεια σιγή, εκεί όπου δεν υπάρχει σκέψη, υπάρχει όμως βαθειά επίγνωση. Μια επίγνωση που πηγάζει από την ίδια την ουσία της ύπαρξης. Το DNA όπως είπαμε παραπάνω που ενέχει τη γνώση να οικοδομήσει έναν οργανισμό, γνωρίζει επίσης και πως να τον διατηρήσει υγιή. Κάθε ανθρώπινο σώμα γνωρίζει πως να απαλλαγεί από την ασθένεια. Τα περιστατικά των αυτόματων υποχωρήσεων του καρκίνου το αποδεικνύουν αυτό. Με την πρακτική του Υ.Δ. όλα τα σώματα, κάθε άνθρωπος, μπορεί να οδηγηθεί σ' αυτή την αρχέγονη γνώση και να την ενεργοποιήσει, επιτρέποντας στο σώμα του να αποκολληθεί από την ασθένεια. (D.CHOPRA 1991 σελ. 234-235).

Μία δεύτερη θεραπευτική τεχνική στην Αγιουρβεδική ιατρική είναι ο λεγόμενος "αρχέγονος ήχος". Πρόκειται για μια τεχνική για την εστίαση της προσήλωσης.

Ένα από τα εκπληκτικά ευρήματα από την έρευνα της "ύπνωσης", είναι ότι τα υποκείμενα που υπόκεινται σ' αυτήν μπορούν να κάνουν τα χέρια τους να είναι ζεστά ή κρύα ή ακόμη να βγαίνουν εξανθήματα λίγα λεπτά από τη στιγμή που επιβάλλεται η ύπνωση.

Αυτά ωστόσο είναι αποτελέσματα που μπορούν να επιτευχθούν και από ανθρώπους σε κανονική κατάσταση επίγνωσης, φτάνει να μπορούν να εστιάσουν την προσοχή τους στο επιθυμητό αποτέλεσμα μέσω βιοαναδραστικών μηχανημάτων (μηχανήματα που δίνουν στον παρατηρητή πληροφορίες για τις μεταβολές στην κατάσταση του σώματος του). Αυτό που αποδεικνύεται είναι ότι η συνείδηση δημιουργεί το σώμα ή ότι η δύναμη της προσήλωσης επιφέρει αλλαγές στο σώμα. Οι "αρχέγονοι ήχοι", επιτρέπουν στον ενδιαφερόμενο να εστιάσει την προσήλωσή του στο σημείο που τον ενδιαφέρει, στην προκειμένη περίπτωση στο σημείο που ασθενεί, διορθώνοντάς το,

επαναφέροντας το στη φυσιολογική του λειτουργία (D.CHOPRA 1991 σελ. 287).

Τονίζεται πως εδώ δε χρησιμοποιείται η "δύναμη της σκέψης" όπως την είδαμε στη μέθοδο του C.SIMONTON. Εδώ η δύναμη για θεραπεία πηγάζει απο την γνώση και τη σοφία του ίδιου του "σώματος". Τόσο ο Υ.Δ. όσο και οι "αρχέγονοι ήχοι" απλά οδηγούν στην ενεργοποίηση αυτής της γνώσης.

Τέλος η Αγιουρβεδική ιατρική χρησιμοποιεί και κάποια φάρμακα φυτικής προέλευσης, με την ουσιαστική διαφορά απο τη δυτική ιατρική πως αυτά δεν προέρχονται μετά απο εξαντλητική επεξεργασία με σκοπό τη λήψη του ενεργού μόνο συστατικού απο το φυτό.

Έτσι τα φάρμακα αυτά, που περιέχουν και "μη ενεργά συστατικά" έχουν χαμηλότερη τοξικότητα και φυσικά ανύπαρκτες παρενέργειες. Χρησιμοποιούνται με τον ίδιο τρόπο άλλωστε όπως το φαγητό. Στην κυριολεξία η διατροφή αποτελεί και αυτή θεραπευτικό μέσο για τον Αγιουρβεδικό γιατρό. (D.CHOPRA δημόσια συζήτηση βλ.παράρτημα σελ.155).

Αυτό που η Αγιουρβεδική ιατρική επιτυγχάνει μέσα απο τις μεθόδους της είναι ουσιαστικά η κινητοποίηση του αμυντικού συστήματος του οργανισμού στην καταπολέμηση της οποίας ασθένειας. Άλλωστε το ανθρώπινο σώμα είναι αποδεδειγμένα ικανό να παράγει κάθε είδους φάρμακα για κάθε περίπτωση και μάλιστα με πολύ καλύτερη επενέργεια απαλλαγμένα απο αρνητικά συμπτώματα. Ένας καρκινοπαθής π..χ για να κάνει μια κούρα με "ιντερλουκίν", θα του κοστίσει γύρω στις 40.000 δολάρια. Αν όμως επισκεφτεί το μαγικό βουνό στη Ντίσνεϋλαντ και νιώσει χαρά (με δεδομένο φυσικό πως έτσι το συγκεκριμένο άτομο εννοεί τη χαρά), θα μπορέσει

το σώμα του να παράξει την αναγκαία ποσότητα "ιντερλουκίν". Σε αντίθετη περίπτωση αν νιώσει αισθήματα φόβου και σύγχυσης θα παραχθούν αδρεναλίνη και κορτιζόνη, χημικά που καταστρέφουν το ανοσοποιητικό σύστημα (D.CHOPRA δημόσια συζήτηση βλ. παράρτημα σελ. 168).

Σημαντικό σημείο στην εφαρμογή της Αγιουρβέδικης Ιατρικής είναι όπως υποστηρίζει ο D.CHOPRA, το ότι αυτή μπορεί να επηρεάσει την υγεία σε ένα ευρύτερο κοινωνικό επίπεδο. Αυτό το σημείο ακριβώς είναι άλλωστε όπως είδαμε ένας σημαντικός περιορισμός στην εφαρμογή της δυτικής Ιατρικής. Οι τεχνικές της αγιουρβέδας μπορούν να εφαρμοστούν προληπτικά, προλαμβάνοντας έτσι την διαταραχή της εσωτερικής ισορροπίας ενός ατόμου και αποτρέποντας την εμφάνιση μιάς ασθένειας.

Ο D.CHOPRA πιστεύει πως η Αγιουρβέδα θα υπερισχύσει γιατί αναγνωρίζει την ανάγκη να θεραπεύει ασθενεί θεραπεύοντας την πραγματικότητα τους πρώτα απ'όλα (D.CHOPRA 1991 σελ. 257).

Το να παρουσιαστεί μια θεραπευτική τεχνική που βασίζεται σε μια φιλοσοφία ξένη στο δυτικό κόσμο, όπως αυτή της Αγιουρβέδας, δεν είναι εύκολη δουλειά για κάποιον αμύητο. Οι φιλοσοφίες αυτές έχουν συνήθως μια βαρύτητα που αγγίζει το ίδιο το νόημα της ζωής. Στο παράρτημα Β της εργασίας σελ. 152 παρατείνεται απομαγνητοφωνημένη συνέντευξη με τον DEEPAC CHOPRA που μπορεί να φωτίσει καλύτερα τις πολύπλευρες διαστάσεις του θέματος "Αγιουρβέδικη Ιατρική". Συμπληρωματικά αναφέρεται ότι η λέξη "αγιουρβέδα" προέρχεται από τις λέξεις "Αγυς" που σημαίνει ζωή και "VEDA" που σημαίνει γνώση, επιστήμη. Κυριολεκτικά

λοιπόν "αγιουρβέδα" σημαίνει επιστήμη της ζωής.

5.δ. Η Ομοιοπαθητική Ιατρική

Η ομοιοπαθητική ιατρική, αν και μόνο πρόσφατα άρχισε να γίνεται ευρύτερα γνωστή, ξεκινάει την ιστορία της από το 1810, όταν ο γερμανός γιατρός Σαμουήλ Χάνεμαν κυκλοφόρησε το βιβλίο του "όργανο της θεραπευτικής τέχνης". Σ' αυτό περιέχονταν τα βασικά στοιχεία μίας νέας θεραπευτικής μεθόδου που ο ίδιος ονόμασε "ομοιοπαθητική" (Γ.Βυθούλκας 1985 σελ.9).

Η ονομασία της μεθόδου τονίζει την ουσιαστική της διαφορά από την κλασική ιατρική που στους κόλπους των ομοιοπαθητικών καλείται "αλλοπαθητική ιατρική". Η διαφορά αυτή εντοπίζεται στο ότι ενώ η κλασική ιατρική χρησιμοποιεί φάρμακα για να καταστέλει τα συμπτώματα κάποιας ασθένειας, η ομοιοπαθητική χορηγεί φάρμακα τα οποία έχουν την ιδιότητα να προκαλούν σε έναν υγιή οργανισμό τα ίδια συμπτώματα με αυτά που παρουσιάζει ο ασθενής που θέλουν να θεραπεύσουν.

Η φιλοσοφική βάση της μεθόδου είναι πολύ παλαιότερη και βρίσκεται στις αντιλήψεις των Ιπποκρατικών γιατρών που υποστήριζαν ότι τα "όμοια τοι ομοίοις ιώνται" (SIMILA SIMILIBUS CURANTUR) ή ακόμη ότι "δια τα όμοια νόσος γίγνεται και δια τα όμοια προσφερόμενα εκ νοσοούντων υγιαίνονται" (Σ.Ταμτάκος 1987 σελ. 13),

Αυτό που κυρίως όμως έχει σημασία στην ομοιοπαθητική ιατρική και μας ενδιαφέρει εδώ είναι το γεγονός ότι κατά την βασική της αρχή "δεν υπάρχουν ασθένειες αλλά μόνο ασθενείς". "Είναι ακατανόητο υπογραμμίζει ο SIR SYDNEY SMITH του Πανεπιστημίου του Εδιμβούργου, "να δεχόμαστε πως υπάρχει ένα μεμονωμένο όργανο που υποφέρει. Ο γιατρός πρέπει να καταλάβει ότι οι ασθενείς υποφέρουν ψυχικά και σωματικά" (Γ.Βυθούλκας 1985 σελ.33).

Για τον ομοιοπαθητικό γιατρό το σύμπτωμα που εμφανίζεται δεν είναι η ασθένεια. Σύμφωνα με την ομοιοπαθητική κάθε σύμπτωμα ή σύνολο συμπτωμάτων είναι το αποτέλεσμα μιας βιολογικής πάλης που έχει σκοπό τη διατήρηση της ισορροπίας στον οργανισμό. Τη βιολογική αυτή πάλη την κάνει ο οργανισμός κάθε φορά που κινδυνεύει από κάποιο νοσογόνο παράγοντα (Βυθούλκας 1985, σελ. 59) Ο αλλοπαθητικός γιατρός θα χορηγήσει φάρμακα για να καταστείλει τον πυρετό ή την έμεση, όμως αυτό κατά τους ομοιοπαθητικούς δεν αποτελεί θεραπεία. Αντίθετα, υποστηρίζουν, μια τέτοια παρέμβαση καταπιέζει την ασθένεια σε βαθύτερα στρώματα του οργανισμού από όπου κάποτε θα εκδηλωθεί με τη μορφή μιας πιο βαριάς πάθησης (Ταμπτάκος 1987 σελ. 25).

Ο ομοιοπαθητικός γιατρός αναζητά να βρεί τα βαθύτερα αίτια της ασθένειας, το γιατί κάποιο άτομο ασθένησε τη συγκεκριμένη στιγμή. Δεν είναι το μικρόβιο η αιτία της ασθένειας αλλά ο ξενιστής, ο άνθρωπος ο οποίος για κάποιους λόγους είχε την προδιάθεση να προσβληθεί και προσβλήθηκε (Βυθούλκας 1985 σελ. 24).

Έτσι η διάγνωση των ομοιοπαθητικών γιατρών δεν είναι να βρούν πια είναι η συγκεκριμένη ασθένεια που ταλαιπωρεί τον άρρωστο, αλλά το να εξετάσουν σ' αυτόν όλους τους παράγοντες σωματικούς, κληρονομικούς, χαρακτηρολογικούς που θα επιτρέψουν να γίνει η σωστή επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου.

Ο ίδιος ο Χάνεμαν λέει ότι εκείνο που έχει αξία για την εκλογή του κατάλληλου φαρμάκου σε κάθε περίπτωση αρρώστιας είναι τα ψυχικά και τα ιδιόζοντα χαρακτηριστικά συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής (Βυθούλκας 1985 σελ. 46).

Είναι σημαντικό και αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι δεν υπάρχει ένα φάρμακο για κάθε ασθένεια. Μπορεί να έχουμε έξι ασθε-

νεις με γρίπη και στον καθένα να χορηγηθεί διαφορετικό φάρμακο αφού ο κάθε ένας είναι ξεχωριστή προσωπικότητα και αλλιώς βιώνει την ασθένεια, ή ακόμη βαθύτερα, κάθε ένας αρρώστησε για διαφορετικούς λόγους (Βυθούλκας 1985 σε. 48).

Η διάγνωση των ομοιοπαθητικών γιατρών ξεκινάει και αυτή με μια μακρά συνέντευξη όπου οι ερωτήσεις που γίνονται είναι αρκετά κοντά στις ερωτήσεις που απευθύνουν οι αγγλοβεδικοί γιατροί στους ασθενείς τους. Το απο ποιά πλευρά κοιμάται ο ασθενής, αν φοβάται τα ύψη, αν του αρέσουν τα γλυκά ή τα αλμυρά, αν παρουσιάζει εξάψεις χωρίς ιδιαίτερο λόγο είναι πληροφορίες σημαντικές για τον ομοιοπαθητικό γιατρό.

Σκοπός του πάντα είναι να σχηματίσει μια όσο το δυνατόν ολοκληρωμένη εικόνα του ποιός είναι αυτός που ασθενεί.

Θεωρητικά δεν υπάρχει περιορισμός στις ασθένειες που η ομοιοπαθητική ιατρική μπορεί να αντιμετωπίσει. Λόγω όμως της μικρής της διάδοσης και της δυσπιστίας που υπάρχει απέναντι της, δε γίνεται συχνά η χρήση της (στην Ελλάδα τουλάχιστον) για ασθένειες όπως ο καρκίνος. Συχνότερα καταφεύγουν στην ομοιοπαθητική ασθένειες με καρκίνο σε πολύ προχωρημένο στάδιο όταν πιά η κλασσική ιατρική δεν μπορεί να προσφέρει τίποτα άλλο. Τα ομοιοπαθητικά φάρμακα όμως, έχουν πολύ χαμηλή τοξικότητα (παρασκευάζονται με συνεχείς αρραιώσεις σε βαθμό που το ενεργό συστατικό του φαρμάκου είναι αδύνατο να ανιχνευθεί στο διάλυμα), και σκοπό έχουν τη ρυθμιστική θεραπεία, το να διεγείρουν δηλαδή τους μηχανισμούς εκείνους που είναι υπεύθυνοι για την αυτορύθμιση και αυτοθεραπεία του οργανισμού. Όταν ο οργανισμός είναι ιδιαίτερα εξασθενημένος όπως στην περίπτωση του προχωρημένου καρκίνου, μια τέτοια δράση είναι δύσκολη. (Ταμτά-

κος 1987 σελ. 24).

Εκεί που η ομοιοπαθητική ιατρική έχει θεαματικά αποτελέσματα είναι στις περιπτώσεις πονοκεφάλων, ημικρανιών, ρευματικών και αρθριτικών παθήσεων καθώς και διάφορες νευρωτικές καταστάσεις. (Ταμτάκος 1987 σελ. 71).

Πιο σημαντικό όμως είναι το γεγονός πως η ομοιοπαθητική ιατρική, όπως και οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που νωρίτερα είδαμε, αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν ένα αδιαίρετο σύνολο που αποτελείται από ψυχή-σώμα-πνεύμα. Είναι λάθος κατά τους ομοιοπαθητικούς ο γιατρός να περιορίσει τη θεραπεία του μόνο στα σωματικά συμπτώματα επειδή αυτά είναι τα εμφανή. Η σωστή θεραπεία περιλαμβάνει και τις τρεις σφαίρες που αποτελούν τον άνθρωπο. (Ταμτάκος 1987 σελ. 35).

Έτσι η φιλοσοφία της ομοιοπαθητικής ιατρικής έρχεται ενισχυτική της διαπίστωσης ότι η κατάσταση της υγείας ενός ατόμου δεν είναι μόνο αποτέλεσμα εξωγενών παραγόντων, αλλά ότι και ο ίδιος ο άνθρωπος παίζει σημαντικό ρόλο σ' αυτήν. Και άρα και η θεραπεία που θα επιλεγεί, όποια κι αν είναι, θα πρέπει να είναι "ολιστική", με την έννοια ότι θα λαμβάνει υπόψη της κάθε πτυχή της προσωπικότητας και της ζωής του ασθενούς. (Στο παράρτημα Β σελ. 136 δημοσιεύεται το ιστορικό ενός περιστατικού καρκίνου του νεφρού απ' όπου μπορούμε να δούμε σε ποιά σημεία δίνει βαρύτητα ένας ομοιοπαθητικός γιατρός).

6. Η Ολιστική Προσέγγιση σε θέματα Υγείας

Οι διαπιστώσεις που ως τώρα έχουν παρουσιαστεί σχετικά με την εμφάνιση και τη θεραπεία του καρκίνου, βρήκαν εφαρμογή σε ορισμένες μόνο κλινικές στον κόσμο, ελάχιστες συγκριτικά με τα νοσοκομεία που περιορίζονται στην εφαρμογή των κλασικών μεθόδων.

δων θεραπείας, και σε λίγους μόνο ασθενείς σε σύγκριση με τους χιλιάδες που ο καρκίνος ταλαιπωρεί και θανατώνει καθημερινά. Αν όμως οι διαπιστώσεις αυτές είναι σωστές και ισχύουσες τότε σίγουρα θα πρέπει να βρεθεί μια φόρμουλα εφαρμογής τους σε μία πλατύτερη κοινωνική βάση.

Μία τέτοια όμως εφαρμογή προϋποθέτει αναθεώρηση των αξιών του κρατούντος μοντέλου υγείας, με τρόπο τέτοιο ώστε να μπορούν να ενταχθούν σ' αυτό οι έννοιες μίας εναλλακτικής προσέγγισης. Η πρόταση αυτή αναθεώρησης παρουσιάζεται όλο και συχνότερα σήμερα μέσα από τις βασικές αρχές ενός νέου μοντέλου υγείας που ονομάστηκε "ολιστικό", ορισμός που αντιπαρατίθεται στο σήμερα εφαρμοζόμενο μοντέλο υγείας που καλείται "γραμμικό".

Σε γενικές γραμμές το "γραμμικό" μοντέλο οικοδομήθηκε πάνω στον καρτεσιανό διαχωρισμό του ανθρώπου σε σώμα και ψυχή ως δύο αυθύπαρκτες υποστάσεις, ενώ το "ολιστικό" μοντέλο έχει στη βάση του την εννοποίηση των δύο αυτών διαστάσεων του ανθρώπου ως αλληλεξαρτώμενες και αλληλοεπηρεαζόμενες.

Το ολιστικό μοντέλο υγείας παρακολουθεί όχι την ασθένεια αποκομμένη από τον άνθρωπο, αλλά τον ίδιο τον άνθρωπο σε μία μοναδική οντότητα στην ψυχοσωματική του υπόσταση.

Θεωρεί τον καθένα υπεύθυνο για τον εαυτό του, και άρα το μοναδικό αρμόδιο για να φτιάξει τη ζωή του έτσι όπως αυτός θα ήθελε. (Α. Λουπασάκης 1992 σελ. 124).

Ο γραμμικός τρόπος σκέψης χαρακτηρίζεται από το συλλογισμό ότι κάθε αποτέλεσμα έχει μια συγκεκριμένη αιτία. Στο τομέα της υγείας αυτό πέρνει τη μορφή ΙΟΣ→ΑΣΘΕΝΕΙΑ και η παρέμβαση της ιατρικής είναι να εξαλείψει τα συμπτώματα της ασθένειας (Γ. Μπιντέρης 1984 σελ. 89). Κατά την ολιστική άποψη της αρρώστιας η

φυσική ασθένεια αντιπροσωπεύει μια μόνο απο τις πολλές εκδηλώσεις μιας βασικής ανισορροπίας του οργανισμού. Οι άλλες της εκδηλώσεις μπορεί να πάρουν τη μορφή ψυχολογικών ή κοινωνικών παθήσεων. Υποστηρίζει ακόμη πως όταν η κλασσική ιατρική παρέμβαση καταπολεμήσει μια σωματική πάθηση, τότε η αρρώστια μπορεί να εκδηλωθεί εντονότερη με άλλες μορφές (F.CAPRA 1984 σελ. 162). Η αρρώστια άλλωστε είναι μια κατάσταση ολόκληρου του ανθρώπινου όντος ενώ η πάθηση αφορά ένα μόνο ιδιαίτερο τμήμα του σώματος. Στο παράδειγμα του καρκίνου μπορεί η κλασσική καρκινοθεραπεία να εξαφανίσει έναν όγκο, όμως δεν κάνει καλά τον άρρωστο. Τα συναισθηματικά ή άλλα προβλήματα που απασχολούσαν τον άρρωστο συνέχισαν να υφίστανται, κι αν δεν αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά, μπορούν να παρά ουν το φαινόμενο της μετάστασης. (F.CAPRA 1984 σελ. 185).

Το ολιστικό μοντέλο υγείας υπόσχεται στην εφαρμογή του να καλύψει αυτές τις παραλήψεις της σημερινής ιατρικής εφαρμογής.

Στην πράξη αυτό μπορεί να γίνει αφ' ενός με τη συνεργασία όλων των ειδικοτήτων που λειτουργούν στο χώρο της υγείας. Ο ασθενής δε θα έρχεται σε επαφή μόνο με τον αρμόδιο για την πάθησή του γιατρό. Στην ολιστική αντιμετώπιση εντάσσονται και οι ειδικότητες του ψυχολόγου και του κοινωνικού λειτουργού (καθώς και κάθε άλλης ειδικότητας), με πολύ μεγαλύτερη βαρύτητα απ'ότι σήμερα. Βασικός στόχος μιάς τέτοιας παρέμβασης απο όλες τις ειδικότητες θα είναι να κινητοποιηθούν τα δυναμικά του ίδιου του ασθενούς, στην πορεία της αποκατάστασης της υγείας του. Ο ασθενής σύμφωνα με το ολιστικό μοντέλο δεν είναι απλός θεατής της θεραπείας που του γίνεται. Συμμετέχει σ'αυτήν ενεργά και συνεργάζεται με τους θεραπευτές του.

Αλλαγές βέβαια πρέπει να γίνουν και στο σύστημα εκπαίδευσης, όλων όσων καλούνται να εργαστούν στο χώρο της υγείας.

Το ολιστικό μοντέλο δίνει μεγάλη βαρύτητα στη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον ασθενή και στον γιατρό του. Και δεν είναι μόνο το θέμα της εμπιστοσύνης που πρέπει να αναπτυχθεί ανάμεσα τους. Είναι κάτι βαθύτερο και έχει να κάνει με το τι προσδοκίες μεταδίδει ο γιατρός στον άρρωστο. Παραπάνω έγινε λόγος για το φαινόμενο "PLACEBO", το λεγόμενο "εικονικό φάρμακο". Υπάρχει όμως και η αντίθετη έννοια του "NOCEBO" που περιγράφει τις αρνητικές επιδράσεις της γνώμης του γιατρού. Με το "NOCEBO" χορηγείται ένα βιώσιμο πραγματικό φάρμακο, αλλά ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται επειδή ο γιατρός ανέφερε ότι το φάρμακο δε θα ενεργήσει. (D.CHOPRA 1991 σελ. 193).

Όταν ένας γιατρός π.χ. λέει σε μία εύπιστη και επιδεκτική υποβολής ασθενή ότι η ασθένειά της είναι βαρεία και ότι η συνήθης πρόγνωση είναι τρεις μήνες ζωής, η ασθενής θα επιβεβαιώσει την άποψη αυτή του γιατρού πεθαίνοντας μέσα στα χρονικά όρια που ο γιατρός έχει ορίσει. (D.CHOPRA Δημόσια συζήτηση ΒΑ. παράρτημα Β σελ. 177).

Η εμπειρία, αναφέρει ο F.CAPRA έχει αποδείξει ότι οι άρρωστοι που πληροφορούνται πως έχουν μπροστά τους μόνο 6 ως 9 μήνες ζωής, σπάνια καταφέρνουν να ζήσουν περισσότερο. Τέτοιες εκτιμήσεις όταν γίνονται απο έναν "ειδικό" ασκούν πανίσχυρη επιρροή στο σύστημα νους-σώμα του ασθενούς, και γι'αυτό φυσικό θα πρέπει να αποφεύγονται (F.CAPRA σελ. 414-415).

Τη δράση του NOCEBO έρχονται να επιβεβαιώσουν και οι πρόσφατες μελέτες που έγιναν σε χειρουργημένους ασθενείς. Επι δεκαετίες υπήρχε η αντίληψη πως ένας ασθενής υπο νάρκωση ήταν

τελείως αναίσθητος και ελάχιστα επηρεαζόταν απ'αυτά που συνέβαιναν στο χειρουργείο. Ανακαλύφθηκε όμως πως στην πραγματικότητα ο "αναίσθητος νους" άκουγε και κατέγραφε κάθε λέξη που λεγόταν κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Όταν οι χειρουργοί έλεγαν πως η κατάσταση ήταν σοβαρή ή πως υπήρχαν λίγες πιθανότητες θεραπείας οι ασθενείς έτειναν να αντιδράσουν σ'αυτή την απαισιόδοξη πρόβλεψη με το να μη συνέρχονται. Όσο πιο θετικές είναι οι εκφραζόμενες απόψεις του χειρουργού τόσο πιο θετικό είναι το αποτέλεσμα για τον ασθενή στην πραγματικότητα. (D. CHOPRA 1991 σελ. 200).

Οι παραπάνω αυτές διαπιστώσεις δεν επιτρέπεται πλέον να αγνοούνται στην άσκηση της ιατρικής. Η ολιστική προσέγγιση της υγείας μορφοποιείται πάνω σ'αυτές τις διαπιστώσεις και επομένως είναι κάτι ευρύτερο απ'αυτό που θα ονομάζαμε "ψυχοσωματική υγεία".

Μεγάλης σημασίας παραμένει πάντα το να εντοπιστούν τα βαθύτερα αίτια μιάς ασθένειας. "Τα μέχρι τώρα γνωστά μας συστήματα υγείας, παρατηρεί ο TREVOR HANCOCK, προσπαθούν να δέσουν τα τραύματα των στρατιωτών και να τους ξαναγυρίσουν στη μάχη όπου τραυματίστηκαν. Δε προσπαθούν να αλλάξουν τους κανόνες της μάχης, πολύ δε περισσότερο δε προσπαθούν να διαπραγματευτούν και να επιβάλλουν τους όρους της ειρήνης". (Φ.Σαλαμίνος 1982 σελ. 31).

Η παραπάνω παρατήρηση θέτει το ζήτημα του ορισμού του ολιστικού μοντέλου υγείας σε μια πιο πλατειά βάση. Το ζητούμενο δεν είναι απλά η διερεύνηση των όρων που συμμετέχουν διαμορφώνοντας μια κατάσταση υγείας ή ασθένειας, ούτε άλλωστε το να αντικατασταθεί ο σωματικός γιατρός με έναν γιατρό του πνεύματος ή της ψυχής. Το ζητούμενο και σημαντικότερο είναι να βελτιωθεί

το γενικότερο επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού, να μειωθούν τα κρούσματα καρκίνου ή όποιας άλλης ασθένειας και όχι μόνο να γίνεται πιο σφαιρική και πλήρης αντιμετώπιση τους.

Στο δυτικό πολιτισμό όσον αφορά την υγεία παρατηρείται μια αλλοτρίωση των όρων που τη συνοδεύουν. Αυτά που αποκαλούμε σήμερα "συστήματα υγείας" στην πραγματικότητα δεν είναι παρά "συστήματα περίθαλψης" και κατά κύριο λόγο ιατρικής περίθαλψης. (Φ.Σαλαμίνος 1982 σελ. 25).

Η υγεία ή πιο σωστά η "καλύτερη υγεία" έχει μετατραπεί σε εμπορεύσιμο είδος και αυτό φαίνεται καθαρά απο το ότι οι κλάδοι της βιομηχανίας που σχετίζονται με την υγεία, όπως οι φαρμακοβιομηχανίες και η ιατρική τεχνολογία αναπτύσσονται με ιλιγγιώδεις ρυθμούς. Το ίδιο όμως αυξάνεται και η κατανάλωση φαρμάκων. Μόνο στη Γαλλία στα χρόνια 1959-1972 αυξήθηκε κατά 270%. Το 1971 δαπανήθηκαν στις Η.Π.Α. 7,2 δισ. δολάρια μόνο για φάρμακα, ενώ οι φαρμακοβιομηχανίες δαπανούν 1,2 δισ.δολάρια το χρόνο μόνο για τη διαφήμιση και προώθηση των σκευασμάτων τους.

Ο Ιβάν Ιλιτς σημειώνει πως η υγεία έχει πάψει πια να είναι ένα εκ γεννητής χάρισμα που το έχει κάθε ανθρώπινο πλάσμα, και έχει γίνει ένας στόχος που όλο και ξεμακραίνει και στον οποίο έχει κάποιος δικαίωμα, γιατί έτσι το ορίζει η κοινωνική δικαιοσύνη. (Ι.ΙΛΙΤΣ 1988 σελ. 163).

Ο F. CAPRA στην έννοια του ολισμού αναγνωρίζει, πέρα απο την ψυχοσωματική διάσταση του ανθρώπου, και την ευρύτερη αποδοχή πως το σύστημα του οργανισμού αποτελεί αδιάσπαστο τμήμα μεγαλύτερων συστημάτων. Αυτό σημαίνει πως το κάθε άτομο βρίσκεται σε μία συνεχή δυναμική σχέση και αλληλεπίδραση με το φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον, το οποίο όχι μόνο τον επηρεάζει .

αυτό, αλλά και ο ίδιος μπορεί να ενεργεί πάνω του (F.CAPRA 1984 σελ. 397).

Κατά συνέπεια μια ολιστική προσέγγιση της υγείας θα αποκτήσει νόημα, μόνο αν οδηγήσει σε βαθύτερες αλλαγές των τεχνολογικών, κοινωνικών και οικονομικών δομών. (CAPRA 1984 σελ. 401).

Μπορούμε να διακρίνουμε τρία αλληλεξαρτούμενα επίπεδα υγείας το ατομικό, το κοινωνικό και το οικολογικό. Ο,τι κρίνεται ανθυγιεινό για το άτομο είναι επίσης ανθυγιεινό για την κοινωνία και για το οικοσύστημα που τη φιλοξενεί (CAPRA 1984 σελ. 404).

Η ψευδαίσθηση ότι η ιατρική μπορεί να θεραπεύσει όλες τις ασθένειες (αν όχι τώρα σίγουρα κάποια στιγμή στο μέλλον) εδραίωνε την άποψη πως δεν υπάρχει λόγος σήμερα να αντιμετωπιστούν τα κοινωνικά αίτια της ασθένειας. Ωστόσο όμως είναι παράλογο το να δούμε την υγεία σαν θέμα τεχνικών λύσεων. Όπως η εγκληματικότητα δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με ολοένα και περισσότερη αστυνόμευση ή το πρόβλημα των ναρκωτικών με ολοένα και περισσότερα κέντρα αποτοξίνωσης, έτσι και η υγεία δε μπορεί να βελτιωθεί με ολοένα και περισσότερα και πιο σύγχρονα νοσοκομεία. (Φ.Σαλαμινός 1982 σελ. 31).

Ένα μελλοντικό σύστημα υγείας θα είναι αποτελεσματικό όταν θα είναι ένα σύστημα προληπτικής φροντίδας για την υγεία.

Η διατήρηση της υγείας θα είναι θέμα τόσο του ατόμου όσο και του συνόλου, όπου οι προσπάθειες των δύο θα συντονίζονται και θα αλληλοσυσχετίζονται. Σαν άτομα έχουμε τη δυνατότητα και την ευθύνη να διατηρούμε τον οργανισμό μας σε μία κατάσταση ισορροπίας τηρώντας απλούς κανόνες συμπεριφοράς σχετικά με τον ύπνο, τη διατροφή, την άσκηση, τα φάρμακα. Ο ρόλος των θεραπειών θα πρέπει πρώτα απ'όλα να είναι η βοήθεια

στην εκμάθηση και την τήρηση των κανόνων αυτών. Η λέξη DOCTOR (γιατρός) άλλωστε προέρχεται απο το λατινικό ρήμα "DOCERE" που σημαίνει "διδάσκω" (CABRA 1984 σελ. 417-421).

7. Η Κοινωνική Εργασία στο Χώρο της Υγείας-στην Αντιμετώπιση του Καρκίνου.

Η αναγνώριση των ψυχοκοινωνικών καταστάσεων ως ουσιαστικών παραγόντων στην κατάσταση της υγείας και την εξέλιξη μιάς ασθενείας, με ιδιαίτερη αναφορά στον καρκίνο, βάζει την Κ.Ε. σε μία πιο ουσιαστική θέση στο χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας, απο την, ως σήμερα, παραγνωρισμένη απο τις λοιπές ιατρικές και παραϊατρικές ειδικότητες αναγκαιότητα του κλάδου αυτού.

Στο εφαρμοζόμενω σήμερα μοντέλο περίθαλψης ο συνδεδετικός κρίκος ανάμεσα στην καθαρά βιολογική κατεύθυνση της ιατρικής και την πολύπλευρή πραγματικότητα του ασθενή είναι κυρίως η Κ.Ε. Ξπιστήμη καθαρά ανθρωποκεντρική με αντικείμενο της τον άνθρωπο στην καθημερινότητά του, τα προβλήματα και τις δυσκολίες του. Ένας κλάδος που δεν μπορεί να επικαλυφθεί απο κανέναν άλλο γιατί έχει αυτοτέλεια και ιδιαιτερότητα τόσο στον τρόπο προσεγγίσης αλλά και κυρίως στον τρόπο εφαρμογής.

Στο χώρο του αγώνα κατά του καρκίνου η Κ.Ε. φυσικά δεν αποβλέπει στην επιμήκυνση της ζωής του ασθενούς. Δεν είναι αυτός ο σκοπός της. Σκοπός της είναι πάντα η βελτίωση της ποιότητας ζωής με την ευρύτερη δυνατή έννοια. Το ότι η βελτίωση αυτή μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα στην αποφυγή του υποτροπιασμού της νόσου ή στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας, είναι για την Κ.Ε., προς το παρόν, δευτερογενής στόχος. Ο καρκίνος όμως είτε στο σημερινό μοντέλο υγείας είτε σε ένα μελλοντικό δε θα πάψει να είναι κατά κύριο λόγο για δουλειά συνεργα-

σίας και αλληλοσυμπλήρωσης.

Για την ιατρική καθαρά θεραπεία είναι αρμόδιος ο γιατρός. Για την ψυχολογική θεραπεία και την εφαρμογή της χαλάρωσης (που παραμένει ακόμη παραγνωρισμένη στον ιατρικό χώρο σαν μέσο θεραπείας) είναι αρμοδιότερος ο ψυχολόγος.

Για τον χειρισμό όμως των σχέσεων του ασθενούς με το περιβάλλον του, με την εργασία του και γενικότερα με τον κοινωνικό του περίγυρο, με τη στάση του και αντιμετώπιση των προβλημάτων της ζωής, είναι αρμοδιότερος όλων ο Κοινωνικός Λειτουργός.

Τα επίπεδα της παρέμβασης της Κ.Ε. είναι πολλά και απαιτείται η χρήση και των τριών μεθόδων της, της Κ.Ε. με κοινότητα, με οικογένεια, με άτομα.

7.α. Κ.Ε.Κ. και Καρκίνος

Για πολλά χρόνια ο καρκίνος ήταν μια εξαιρετικά επικίνδυνη ασθένεια εξ' αιτίας της άγνοιας που είχε ο περισσότερος κόσμος γι' αυτήν, και αδιαφορούσε ή δεν μπορούσε να αναγνωρίσει τα συμπτώματα που παρουσιάζονταν. Έτσι η προσέλευση στο γιατρό ήταν καθυστερημένη και γι' αυτό οι δυνατότητες για θεραπεία μικρές.

Σήμερα παρ' όλο που η ενημέρωση είναι ως ένα βαθμό ικανοποιητική ο καρκίνος συνεχίζει να είναι μια επικίνδυνη ασθένεια εξ' αιτίας του φόβου που τον περιβάλλει. Η γνώση των συμπτωμάτων και μόνο φαίνεται πως δεν επαρκεί για να οδηγήσει κάποιον έγκαιρα στο γιατρό. Ίσως μάλιστα να λειτουργεί ανασταλτικά για το άτομο που τα αναγνωρίζει και ξέρει πως σημαίνουν "καρκίνο", αφού συχνά κάτω από το κράτος του φόβου μεταθέτει τις εξετάσεις, που στην περίπτωση αυτή ισοδυναμούν με επιβεβαίωση της "θανατικής καταδίκης". Ο καρκίνος όπως έχει λεχθεί είναι μία αρρώστια ταυτισμένη με το θάνατο και μάλιστα με τον επώδυνο και βασαν-

νιστικό θάνατο (Γιδόπουλου 1991 σελ. 23-24).

Σε έρευνες που έγιναν σχετικά με την καθυστερημένη προσέλευση για διάγνωση ή για θεραπεία ατόμων με καρκίνο, έχει διαπιστωθεί πως ευθύνονται γι' αυτό παράγοντες όπως η έλλειψη γνώσης σχετικά με τις δυνατότητες θεραπείας, η προσωπικότητα του ατόμου καθώς και διάφοροι κοινωνικοί συντελεστές όπως ο φόβος της κοινωνικής απομόνωσης, η κακή σχέση ασθενή-γιατρού, η ντροπή για μία πιθανή μείωση ή απώλεια ρόλου. Το τελευταίο έχει σχέση με τις γνωστές παρενέργειες της θεραπείας κυρίως της χειρουργικής (όπως η μαστεκτομή, κολεοστομία, αρχεκτομή, λαρυγγεκτομή) ή και η αλωπεκία (πτώση μαλλιών) που συνεπάγεται η χημειοθεραπεία, οι οποίες αλλοιώνουν σημαντικά τα χαρακτηριστικά των ασθενών.

Σε σχέση με αυτό, απο ομάδα ερευνητών του πανεπιστημίου της Καλιφόρνια διαπιστώθηκε πως η προσέλευση στο γιατρό ήταν συντομότερη (2,9 μήνες) όταν το πρόβλημα εντοπιζόταν σε σημείο καθημερινά επισκοπούμενο όπως π.χ. στο κεφάλι, ενώ καθυστερούσε (6 μήνες) όταν ήταν σε μέρος μη προσιτό στην καθημερινή επισκόπηση π.χ. ράχη (Ρηγάτος-Γκάρας 1986 σελ. 187).

Η σημερινή όμως θεραπεία του καρκίνου, υποστηρίζεται, ότι είναι αποτελεσματική όταν ο καρκίνος διαγνωστεί έγκαιρα και αντιμετωπιστεί στα πρώτα του στάδια. Καταλαβαίνουμε λοιπόν πόσο μεγάλης σημασίας είναι η έγκαιρη προσέλευση για εξέταση, όταν εντοπιστούν κάποια συμπτώματα ή, πολύ καλύτερα ακόμη, η τακτική προληπτική εξέταση. (Το θέμα βέβαια αυτό της αποτελεσματικότητας της πρόληψης με την έννοια της έγκαιρης διάγνωσης είναι πάντα υπο συζήτηση. Όσο όμως δεν υπάρχουν ακόμη εναλλακτικές επιλογές, το βάρος δίνεται στην βελτίωση των ήδη παρεχομένων

υπηρεσιών).

Η έννοια της πρόληψης βέβαια για τον καρκίνο (και για κάθε άλλη ασθένεια) μπορεί να είναι πολύ ευρύτερη με την έννοια ότι θα περιλαμβάνει δραστηριότητες που θα στοχεύουν στο να μειώσουν την εμφάνιση μιας ασθένειας σε ένα πληθυσμό.

Αυτό όμως είναι θέμα περισσότερο πολιτικής βούλησης.

Στην αντιμετώπιση όμως της ασθένειας του καρκίνου όπως αυτή σήμερα γίνεται η πρόληψη με στόχο την έγκαιρη διάγνωση θεωρείται ζωτικής σημασίας. Έτσι με κύριους φορείς τα αντικαρκινικά και γενικά νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας στις επαρχιακές περιοχές, οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να αναλάβουν σημαντικό ρόλο στην ενημέρωση του πληθυσμού για τις δυνατότητες θεραπείας, τη χρησιμότητα της προληπτικής εξέτασης, τα θετικά της έγκαιρης διάγνωσης.

Το πιο σημαντικό όμως κομμάτι δεν είναι τόσο η γνωστοποίηση των επιστημονικών όρων. Πολύ σημαντικότερη είναι η δουλειά που πρέπει να γίνει ώστε ο καρκίνος να πάψει να είναι η "επάρρατη νόσος". Το κοινωνικό στίγμα του καρκίνου θα πρέπει να σπάσει και να τεθεί η ασθένεια στη σωστή της διάσταση. Ο καρκίνος έτσι όπως σήμερα τον γνωρίζουμε είναι φτιαγμένος από τους ανθρώπους.

Οι άνθρωποι έχουν δώσει στον καρκίνο αυτή την τρομακτική μορφή. Η αλήθεια όμως είναι τελείως διαφορετική. Ο καρκίνος είναι μια χρόνια πάθηση, από την οποία μπορεί να πεθάνει κάποιος να πεθάνει μπορεί όμως και όχι. Και άλλωστε δεν είναι η μόνη επικίνδυνη χρόνια ασθένεια. Το θέμα του καρκίνου πρέπει να τεθεί στις σωστές του διαστάσεις. Και η σωστή διάσταση φοβίζει πολύ λιγότερο από το βαρύ κοινωνικό στίγμα.

Ο D.CHOPRA υποστηρίζει πως η στάση απέναντι στον καρκίνο δεν είναι παρά ένα συλλογικό "NOCEBO" σε κοινωνικό επίπεδο. Η

αρνητική προσδοκία απέναντι στην ασθένεια βοηθά τη στατιστική να αυτοαντιγράφεται, επιβεβαιώνοντας το αναμενόμενο (D.CHOPRA Δημόσια συζήτηση Βλ.παρ. Β σελ. 179).

Ο Κ.Α. Μέσα σε ένα ευρύτερο πρόγραμμα πολιτικής απέναντι στον καρκίνο και μέσα απο διάφορους φορείς, μπορεί να εργαστεί πάνω σ'αυτό το σημείο της ενημέρωσης. Με ομιλίες σε κοινοτικούς χώρους, σε σχολεία, μέσα απο τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, με διοργάνωση σχετικών ημερίδων, και φυσικά με τη συνεργασία και άλλων ειδικοτήτων, θα πρέπει να βρεί το κανάλι εκείνο της επικοινωνίας με τον κόσμο, που θα απογυμνώσει τον καρκίνο απ'όλη τη μυθολογία που του συνοδεύει.

Όσο ο καρκίνος και τα θέματα γύρω απ'αυτόν παραμένουν ταμποο, και όσο κυριαρχεί ο φόβος γύρω απο την ασθένεια αυτή, αυτό που τελικά ευνοείται απο μια τέτοια στάση είναι αυτή η ίδια η ασθένεια.

7.β. Κ.Ε.Α. και Καρκίνος

Όλες οι εναλλακτικές θεραπείες που έχουν ως τώρα παρουσιαστεί για τον καρκίνο, έχουν το κοινό γνώρισμα ότι στο κέντρο του ενδιαφέροντος τους τοποθετούν όχι την ασθένεια αλλά τον ασθενή.

Στη δομή του σήμερα εφαρμοζόμενου μοντέλου υγείας η ειδικότητα που κατά κύριο λόγο ασχολείται με τον ασθενή είναι αυτή του Κοινωνικού Λειτουργού. Γενικά σκοπός της δουλειάς του Κ.Α. στην νοσοκομειακή περίθαλψη είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει τα προβλήματα εκείνα που του δημιουργούν μια τέτοια ψυχική κατάσταση που παρεμποδίζουν τη θεραπεία του. (Διδακτικές σημειώσεις στο μάθημα Κ.Ε.Ι.*). Τα κοινωνικά προβλήματα συνήθως συνυπάρχουν με τα προβλήματα υγείας άλλοτε σαν συνέπεια και άλλοτε σαν αιτία, ψυχοκοινωνικών δυσκολιών. (Ε.Αγαθώνος-Μα-

* Κ.Ε. σε νοσοκομειακή περίθαλψη σελ.1

σελ. 1988 σελ. 172).

Όσον αφορά τον καρκίνο κάποια ψυχοκοινωνικά προβλήματα μπορεί να προϋπάρχουν της εκδήλωσης της ασθένειας και η ίδια η ασθένεια όμως απο μόνη της είναι γενεσιουργός αιτία πλείστων άλλων προβλημάτων.

Αυτά τα προβλήματα ξεκινάνε ακόμη απο τη διάγνωση του καρκίνου. Ο φόβος που καλύπτει την ασθένεια αυτή οδηγεί συχνά το περιβάλλον του ασθενούς και τον γιατρό να του αποκρύψουν την αλήθεια για την κατάσταση του.

Μιά μελέτη των Ν.Μάνου και Ι.Χριστάκη που απευθυνόταν σε ειδικούς γιατρούς που αντιμετωπίζουν καρκινοπαθείς έδειξε ότι η πλειονότητά τους προτιμά να μη λέει την αλήθεια στους αρρώστους. Συγχρόνως όμως το 41% αυτών πίστευαν στην ανάγκη αλλαγής στην τακτική πληροφόρησης που ακολουθείται. (Γ.Λαυρεντιάδης 1987 σελ. 391).

Πολύ συχνά το ίδιο το περιβάλλον του καρκινοπαθούς, θέλοντας να προστατέψει τον άρρωστο της απο την οδύνη μιάς τέτοιας γνώσης, δημιουργεί ένα κλίμα υποκριτικής αισιοδοξίας, αφήνοντας τον άρρωστο ανενημέρωτο για την πραγματική του κατάσταση.

Ζητάει μάλιστα και απο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να κάνει το ίδιο (Γ.Ρηγάτος 1985 σελ. 105-106).

Αυτή η στάση όμως είναι αυτή που τελικά ενισχύει το κοινωνικό στίγμα της νόσου. Η επικρατέστερη άποψη πάνω στο θέμα είναι πως η τακτική που θα ακολουθηθεί θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη και να συνεκτιμούνται η ιδιαιτερότητα της προσωπικότητας του ασθενούς, και οι περιβαλλοντικές του συνθήκες με στόχο ποτέ η ενημέρωση να μην καταλλήγει εις βάρος του. Μπορεί να κριθεί αναγκαίο κάτω απο ορισμένες συνθήκες να μη ληφθεί η αλή-

θεια, όμως σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να επιλέγεται η ψευδής πληροφόρηση. Το πότε και το πως θα γίνει η ενημέρωση του ασθενούς ποικίλει απο περίπτωση σε περίπτωση (Κ. Σολδάτος 1986 σελ. 98-99).

Ο ρόλος του Κ.Α. σ' αυτό ακριβώς το σημείο είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Αυτός είναι που θα συνεκτιμήσει τις συνθήκες και σε συνεργασία με άλλες ειδικότητες θα επιλέξει τον κατάλληλο χειρισμό για να προβεί στη ενημέρωση.

Και απο δω ξεκινάει η κύρια δουλειά του Κ.Α. με τους καρκινοπαθείς. Η διάγνωση του καρκίνου συχνά προκαλεί στον ασθενή ψυχολογική αποδιοργάνωση αφού κινητοποιεί το φόβο του θανάτου. (Ρηγάτος 1985 σελ. 105). Η φροντίδα για τη στήριξη, τη συμπαράσταση, την ενίσχυση στην έκφραση των πραγματικών συναισθημάτων είναι βασική δουλειά των Κ.Α.

Μιλώντας για καρκινοπαθείς πρέπει να έχουμε υπόψη μας πως η γνωστή μας αποκατάσταση δεν ξεκινά μετά ή λίγο πριν την έξοδο του ασθενούς απο το νοσηλευτικό ίδρυμα αλλά αμέσως μετά τη διάγνωση του καρκίνου. Εννοιολογικά άλλωστε η λέξη "αποκατάσταση" προϋποθέτει τη διατάραξη και την αλλαγή μιάς κατάστασης. Και η διάγνωση του καρκίνου είναι ένα ισχυρότατο σοκ που ανατρέπει τις βασικές ασφάλειες της ζωής ενός ατόμου (Κ. Γιδόπουλου 1984 σελ. 9).

Ο άνθρωπος που αντιμετωπίζει αυτή την αρρώστια παλεύει ταυτόχρονα με δύο σημαντικά προβλήματα. Το ένα είναι η ίδια η αρρώστια και το δεύτερο ο αντίκτυπος που έχει αυτή στην προσωπικότητα του, στους ρόλους της ζωής του, στις σχέσεις του με το περιβάλλον του. (Ε. Λακκα 1991 σελ. 115).

Ο αγώνας που γίνεται μέσα σε ένα αντικαρκινικό νοσοκομείο σήμερα απο τις ιατρικές ειδικότητες σκοπό έχει βασικά την παρά-

ταση του χρόνου ζωής. Σκοπός της Κ.Ε. είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής, ασχέτως του χρόνου που απομένει. (Γιδοπούλου 1984 σελ. 8).

Σε σχέση με την ασθένεια αυτή καθ'αυτή αρμοδιότητα του Κ.Α. είναι να κατευθύνει τον ασθενή στην έκφραση των πραγματικών του συναισθημάτων και των αναγκών του.

Ο καλύτερος τρόπος για να επιτευχθεί αυτό είναι να αναγνωρίσει κανείς τη θέση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής, και να αναπτύξει μαζί του μια ειλικρινή σχέση ώστε να του δοθεί η δυνατότητα να ρωτήσει οτιδήποτε θέλει να ξέρει σχετικά με την κατάσταση του. Αναπάντητες ερωτήσεις προσλαμβάνουν πολλές φορές παράλογη σπουδαιότητα και μόνο η επικουρητική συζήτηση μπορεί να αποτρέψει σοβαρές παρεξηγήσεις και αδικαιολόγητες φοβίες. (Γιφοπούλου 1984 σελ. 9).

Είναι γνωστό πως η εκφόρτηση καταπιεσμένων συναισθημάτων και φόβων βελτιώνει σημαντικά τόσο την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων όσο και τις σχέσεις του με το περιβάλλον του, βελτιώνοντας κατ'επέκταση και την ποιότητα ζωής. Και δεν πρέπει να ξεχνάμε πως μια θετική στάση του ασθενούς έχει θετικό αντίκτυπο και στην υγεία του.

Δεν είναι στόχος το να υποβαθμιστεί ο κίνδυνος που υπάρχει πίσω από τον καρκίνο. Ο καρκίνος είναι πάντα μιά σοβαρή ασθένεια που πρέπει να αναγνωρίζεται τόσο από τον Κ.Α. όσο και από τον ασθενή και το περιβάλλον του. Πρέπει όμως να ειπωθεί στις πραγματικές του διαστάσεις πέρα από υπερβολικούς συναισθηματισμούς και φόβους.

Η διαπίστωση εξ'άλλου ότι διάφορες ψυχοκοινωνικές καταστάσεις μπορεί να ενέχονται στην εμφάνιση ενός καρκίνου δεν πρέπει

να περάσει απαρατήρητη. Στη διαδικασία της θεραπείας και της αποκατάστασης ενός καρκινοπαθούς μπορεί να κριθεί χρήσιμη η ψυχοθεραπευτική βοήθεια προς τον ασθενή, και ένα αντικαρκινικό πλαίσιο θα πρέπει να παρέχει αυτή τη δυνατότητα. Η έννοια του ολισμού άλλωστε στην παροχή υπηρεσιών υγείας κάτι τέτοιο το θέτει σαν προϋπόθεση. Όσο δύσκολη και αν είναι μια κατάσταση υπάρχει πάντα η δυνατότητα να κινητοποιηθούν τα δυναμικά του ασθενούς προς τη βελτίωση της κατάστασης αυτής και να αποφευχθεί η κοινωνική απομόνωση και ο στιγματισμός. Ο ασθενής με καρκίνο θα πρέπει να συνεχίσει να είναι η προσωπικότητα που πάντα ήταν με όλα τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της και δεν πρέπει να γίνει απλά ένας "καρκινοπαθής". Σημαντική βοήθεια μπορεί να προσφέρει η Κ.Ε. εδώ, εργαζόμενη με το στενότερο περιβάλλον του ασθενούς.

7.γ. Κ.Ε. και η Οικογένεια του Καρκινοπαθούς

Πολύ συχνά παρατηρείται το στενότερο περιβάλλον του καρκινοπαθούς, τα ίδια δηλαδή τα μέλη της οικογένειάς του, να ενεργούν μηχανισμούς άμυνας που απομονώνουν τον ασθενή και αποστασιοποιούνται από το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν. Προσπαθούν να του συμπαρασταθούν δείχνοντας συμπόνια και οίκτο, και τον "προστατεύουν" από τον πόνο, με το να μη συζητάνε καθόλου μεταξύ τους το πρόβλημα που τόσο φανερά τους απασχολεί. Απαλλάσσουν συχνά τον ασθενή από τις συνηθισμένες του δραστηριότητες και ευθύνες και τον υπερπροστατεύουν.

Δημιουργούν ένα κλίμα ψεύτικης αισιοδοξίας με το να υπόσχονται πως όλα θα πάνε καλά, προτείνοντας στον ασθενή "να μην κλαίει και να μην φοβάται". Το μεγαλύτερο πρόβλημα εντοπίζεται στο ότι η στάση αυτή της οικογένειας έρχεται τον καιρό που ο

ασθενής έχει τη μεγαλύτερη ανάγκη απο ενθάρυνση και υποστήριξη για να εκφράσει τα πραγματικά του συναισθήματα, και να πιστέψει πως και μπορεί αλλά και πρέπει να αγωνιστεί για τη ζωή του. Αντ'αυτού όμως εισπράτει οίκτο και σιωπή. (Γιδοπούλου 1984 σελ. 10).

Ο Αμερικάνος ψυχίατρος SETHNAPER έχει επισημάνει περιπτώσεις όπου η οικογένεια αποφεύγει τη συναισθηματική εμπλοκή και εγκαταλείπει τον ασθενή σαν αυτός να έχει ήδη πεθάνει. Ερμηνεύει το γεγονός αυτό σα μια υποσυνείδητη απόπειρα αυτοπροστασίας για να μειώσουν το πλήγμα όταν επέλθει ο θάνατος. (Γ.Ρηγάτος 1985 σελ. 120).

Ο Λώρενς Λέσαν αναφέρει σχετικά πως όταν σε συνεργασία με την οικογένεια ενός καρκινοπαθούς χρησιμοποιεί τη φράση "Ας αντιμετωπίσουμε ένα γεγονός", αυτή κάνει τα μέλη να περιμένουν να ακούσουν τη συνέχεια "Ο Τ. πεθαίνει". Όταν αντί αυτού ο Λέσαν λέει "Ο Τ. είναι ζωντανός" τα μέλη της οικογένειας νιώθουν ένα έντονο σοκ, που δείχνει όσο υποσυνείδητα είχαν θεωρήσει το μέλος της οικογένειάς τους νεκρό. (Λ.Λέσαν 1981 σελ. 201).

Ο ρόλος του Κοινωνικού λειτουργού σε παρόμοιες περιπτώσεις είναι να διδάξει την οικογένεια, να της μάθει τρόπους ώστε να αναπτύξουν μια πιο ειλικρινή σχέση μεταξύ τους και πιο βοηθητική για το άρρωστο μέλος τους. Πρέπει να τους βοηθήσει να συνειδητοποιήσουν πως τηρώντας αρνητική στάση απλά κάνουν τα πράγματα πιο δύσκολα, και πως αντίθετα με την ανοιχτή και ειλικρινή έκφραση των συναισθημάτων τους βοηθούν στην πιο εύκολη αντιμετώπιση του προβλήματος.

Δε μπορεί βέβαια να μετρηθεί πόσο μια τέτοια στάση επιφέρει βελτίωση στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς, δεν μπορεί όμως

και να αποκλειστεί μια τέτοια υπόθεση. Το σίγουρο είναι πως βελτιώνονται οι συνθήκες διαβίωσης, μειώνεται η ένταση και το άγχος τόσο του ασθενούς όσο και της οικογένειάς του, και επιτυγχάνεται ως ένα βαθμό η ποιότητα της ζωής. Σίγουρα το σύστημα της οικογένειας βιώνει κάποια έντονα συναισθήματα και ένα ισχυρό σοκ όταν ένα μέλος της προσβληθεί απο καρκίνο. Και υπάρχει διαφορά ανάλογα με το ποιό μέλος είναι αυτό (πατέρας, μητέρα, παιδί, παπούς), τη θέση που κατείχε μέσα στην οικογενειακή δομή καθώς και με το κοινωνικό-πολιτιστικό επίπεδο της οικογένειας.

Πάντως όμως σε τέτοιες περιπτώσεις η οικογένεια έχει ένα διπλό ρόλο. Αυτόν του αποδέκτη φροντίδας για τη μείωση του άγχους, της σύγχισης και της απελπισίας καθώς και για την αναστήλωση της ελπίδας για το μέλλον, και αυτόν του συμμετόχου στην παροχή φροντίδας στον άρρωστο. (Ε.Ποτηράκη 1991 σελ. 85).

Η οικογένεια του καρκινοπαθούς θα πρέπει να ενισχυθεί και να εκπαιδευτεί ώστε να μπορεί να κατανοήσει τις ανάγκες του αρρώστου μέλους της και, όταν αυτό είναι δυνατό, να το κρατήσει και να το φροντίσει μέσα στο οικείο περιβάλλον του σπιτιού της και όχι στο απρόσωπο νοσοκομείο.

Μελέτες που αφορούσαν γυναίκες με καρκίνο του μαστού έδειξαν πως η κοινωνική συμμετοχή αύξησε το χρόνο επιβίωσης ενώ αντίθετα η κοινωνική απομόνωση και το STRESS του ελλάτωσαν. (Γιδοπούλου 1991 σελ. 25).

Εξάλλου, αν όπως υποστηρίχθηκε ο καρκίνος είναι μιά εκδήλωση που φανερώνει κάποια άλλη δυσλειτουργία σε κάποιο τομέα της καθημερινής ζωής του ασθενούς, καταλαβαίνουμε πως δεν μπορούμε να μιλάμε για θεραπεία όταν αυτές οι συνθήκες συνεχί-

ζουν να υπάρχουν ακόμη κι αν η χειρουργική ή άλλη επέμβαση έχουν εξαφανίσει εντελώς τον όγκο.

Ρόλος του κ.λ. είναι, στο βαθμό που του δίνεται η δυνατότητα και οι ιδιαίτερες κάθε φορά συνθήκες το επιτρέπουν, να παρεμβαίνει προτείνοντας και ενισχύοντας αλλαγές στη συμπεριφορά και στην αλληλεπίδραση του ασθενούς με το περιβάλλον του. Στο σημείο αυτό ίσως δεν είναι τόσο σημαντικό το πιά μέθοδος θα ακολουθηθεί. Σημαντικότερη κρίνεται η ίδια η προσωπικότητα του κ.λ. που θα πρέπει να μπορεί να αναπτύξει μια ειλικρινή και λειτουργική σχέση με τον πελάτη του βασισμένη στον σεβασμό και στην πραγματική επιθυμία να βοηθήσει.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Σκοπός της μελέτης που προηγήθηκε ήταν να διερευνήσει, μέσα από τη σχετική βιβλιογραφία, τους ψυχοκοινωνικούς εκείνους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση του καρκίνου σε κάποιο άτομο, το μηχανισμό μέσα από τον οποίο λαμβάνουν χώρα αυτές οι επιδράσεις, καθώς επίσης και να παρουσιάσει τις απόψεις των ερευνητών εκείνων που διαπίστωσαν κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στοιχεία στην προσωπικότητα των καρκινοπαθών συνδέοντας αυτά με την εμφάνιση της ασθένειας. Σκοπός ήταν ακόμη να παρουσιαστεί η θεωρητική βάση, η εφαρμογή και η αποτελεσματικότητα κάποιων εναλλακτικών θεραπειών, που στηρίχθηκαν στις παραπάνω διαπιστώσεις, και επιχείρησαν να θεραπεύσουν τον καρκίνο ρίχνοντας το βάρος της παρέμβασης τους στην ψυχολογία των ασθενών τους και στα κοινωνικά τους προβλήματα.

Στην αρχή ωστόσο της εργασίας γίνεται μια παρουσίαση της εξελικτικής πορείας της ιατρικής επιστήμης αυτής που κατά κύριο λόγο βρίσκει εφαρμογή στο σημερινό σύστημα υγείας - περίθαλψης στο δυτικό πολιτισμό. Ο λόγος που μια τέτοια αναφορά κρίθηκε σκόπιμη να γίνει είναι γιατί επιτρέπει τη σύγκριση ανάμεσα στην κλασσική ιατρική παρέμβαση και στις εναλλακτικές θεραπείες που παρουσιάζονται. Η κλασσική ιατρική, η ορθόδοξη όπως επίσης ονομάζεται, χαρακτηρίζεται από μια γενική στάση απέναντι στην κάθε ασθένεια (όχι μόνο στο καρκίνο) που είναι μία καθαρά οργανική θεώρηση, η οποία υπορεύει και το τρόπο της θεραπευτικής παρέμβασης. Αυτή όμως

η στάση θεωρείται πως επέβαλε κάποιους περιορισμούς στην αποτελεσματικότητά της.

Η μελέτη του καρκίνου βέβαια δεν είναι ένα απλό θέμα. Η ασθένεια αυτή αποτελεί σήμερα ένα οξύτατο κοινωνικό πρόβλημα και δεν επιδέχεται απλοποιήσεις. Πρέπει να τονιστεί πως ακόμη και η έρευνα που γίνεται για την εξιχνίαση των ψυχοκοινωνικών παραμέτρων ως αιτιολογικών παραγόντων της ασθένειας αυτής καθώς και η ψυχοσωματική - ολιστική θεραπεία δεν καλύπτει το σύνολο των περιπτώσεων καρκίνου που μπορεί κάποιος που ασχολείται μ'αυτόν να συναντήσει στην πορεία του.

Από την άλλη όμως όσο ένα πρόβλημα σημαντικό δε βρίσκει τη λύση του, είναι υποχρέωση όλων όσων ασχολούνται μ'αυτό να ερευνήσουν κάθε ένδειξη που πιθανώς θα οδηγήσει σε καλύτερη κατανόηση του. Στη βάση αυτή κινείται και η εργασία που προηγήθηκε. Δεν πρεσβεύει την αποκλειστικότητα της ορθής προσέγγισης, όπως άλλωστε και κανένας άλλος δεν μπορεί να ισχυριστεί κάτι τέτοιο όταν ένα ζήτημα τελεί υπό μελέτη. Καταγράφει απλά τις ενδείξεις εκείνες που συνυπογράφουν στο ότι η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου δεν μπορεί πλέον να αγνοείται από τη σχετική έρευνα.

Μέχρι σήμερα δεν έχουν βρεθεί συγκεκριμένα αίτια για τον καρκίνο. Όλα όσα ακούγονται για το κάπνισμα, τη μόλυνση του περιβάλλοντος, τις διατροφικές συνήθειες και τους διάφορους άλλους επιβλαβείς παράγοντες, αποτελούν μόνο παράγοντες επικινδυνότητας με την έννοια ότι ως ένα βαθμό μπορεί να ευθύνονται - και ευθύνονται - για την εμφάνιση της ασθένειας. Δεν αποτελούν ωστόσο το συγκεκριμένο αίτιό της.

Από την μέχρι σήμερα όμως έρευνα για τον καρκίνο η ψυχο-

κοινωνική διάσταση της ασθένειας αποτελεί το μεγάλο απόντα. Η πλευρά αυτή του θέματος αποτέλεσε το αντικείμενο ορισμένων μόνο "ιδιόρυθμων" μελετητών, ενώ η κύρια μάχη δίνεται στον εντοπισμό των εξωγενών αιτιολογικών παραγόντων της ασθένειας και στη σωματική μόνο θεραπευτική παρέμβαση. Είδαμε ωστόσο πως ο προσανατολισμός αυτός της ιατρικής επήλθε ύστερα από έναν αυθαίρετο διαχωρισμό του ανθρώπου σε δύο υποστάσεις, τη σωματική και την ψυχική που έγινε κατά τον 16ο και 17ο αιώνα με πρωτεργάτη τον Καρτέσιο. Ο διαχωρισμός αυτός εξυπηρετούσε τότε την πρόοδο των φυσικών επιστημών (και της ιατρικής) αποφεύγοντας την ρήξη με την ισχυρή τότε καθολική εκκλησία, αφού η ψυχή και το πνεύμα του ανθρώπου ανήκαν αποκλειστικά σ'αυτήν. Μόνο το σώμα ήταν της επιστήμης.

Η συνθηκολόγηση ωστόσο αυτή δε σημαίνει πως έτσι είναι στην πραγματικότητα. Ουδέποτε στο παρελθόν ο καρκίνος - και γενικά η ανθρώπινη ασθένεια - δεν προσεγγίστηκε σαν σωματικό καθαρά φαινόμενο.

Το πιο σημαντικό ίσως σημείο των μελετών που παρουσιάζονται στην εργασία αυτή είναι το ότι επισημαίνουν αυτή την λανθασμένη βάση πάνω στην οποία οικοδομήθηκε το σημερινό σύστημα περίθαλψης.

Η ιατρική σήμερα σίγουρα καταφέρει πολλά στην καταπολέμηση των συμπτωμάτων, και αυτό δε μπορεί να αμφισβητηθεί. Σύμφωνα όμως με τις απόψεις των μελετητών που εδώ αναφέρθηκαν το σύμπτωμα δεν αποτελεί την ασθένεια στην ολότητα της. Και εξάλλου υπάρχουν πλείστοι άλλοι παράγοντες που συνεργούν στην εμφάνιση αυτής. Η σχέση δεν μπορεί να είναι αυστηρά γραμ-

μική ως "ΑΙΤΙΑ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ" και πολλοί ακόμη λόγοι θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε κάθε θεραπευτική προσέγγιση.

Μια τέτοια προσέγγιση παρουσιάστηκε στην εργασία όσον αφορά τον καρκίνο, με αναφορά στους ψυχολογικούς, κοινωνικούς και συναισθηματικούς εκείνους παράγοντες που ενέχονται στην εμφάνιση του καρκίνου. Η μελέτη αυτών των παραγόντων οδήγησε στην εξαγωγή ορισμένων βασικών συμπερασμάτων όπως :

1) Το σύμπτωμα δεν αποτελεί την ασθένεια στο σύνολό της. Αυτή η τελευταία έχει να κάνει με το σύνολο της πραγματικότητας του ατόμου και η συμπτωματολογική θεραπεία δε σημαίνει αναγκαστικά και την επανάκτηση της υγείας.

2) Δεν υπάρχουν ασθένειες αλλά ασθενείς με την έννοια πως κάθε άνθρωπος είναι μια ξεχωριστή προσωπικότητα με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και άρα η ασθένεια σε κάθε ξεχωριστή περίπτωση παρουσιάζει έναν διαφορετικό "χαρακτήρα". Αυτή άλλωστε ήταν και η συνισταμένη των εναλλακτικών θεραπειών που παρουσιάστηκαν οι οποίες επ'αυτού τοποθετούσαν στο κέντρο του ενδιαφέροντος τους τον ίδιο τον άνθρωπο και όχι την πάθησή του. Η πάθηση κατ'αυτή την άποψη είναι απλά και μόνο η σωματική έκφραση της ασθένειας.

3) Δεν υπάρχει ένα συγκεκριμένο αίτιο για την εμφάνιση μιας ασθένειας αλλά πλήθος παραγόντων συντελούν σ'αυτό. Η βασική αιτιολογία της ασθένειας δεν είναι ο εκάστοτε ιός ή το μικρόβιο αλλά οι λόγοι εκείνοι που δεν επέτρεψαν τον Ξενιστή, τον ίδιο τον άνθρωπο δηλαδή να αντισταθεί στην ασθένεια στη γένεσή της. Ο λόγος φυσικά για την αυτογενή άμυνα του οργανισμού στις ασθένειες, το ανοσοποιητικό του σύστημα.

4) Η αποτελεσματικότητα του ανοσοποιητικού συστήματος του

ανθρώπου στην καταπολέμηση των ασθενειών και στην διατήρηση της υγείας σχετίζεται στενά με τις συναισθηματικές και ψυχολογικές καταστάσεις που βιώνει ο συγκεκριμένος άνθρωπος. Καρκινικά κύτταρα λ.χ. εμφανίζονται σε κάθε ανθρώπινο σώμα στην πορεία της ζωής. Δεν εξελίσσονται ωστόσο σε όγκο αφού καταπολέμούνται από το ανοσοποιητικό μας σύστημα. Κάτω όμως από την επίδραση ορισμένων παραγόντων αυτό κρίνεται ανεπαρκές να κάνει κάτι τέτοιο. Τέτοιοι παράγοντες, χωρίς να είναι οι μοναδικοί, είναι και οι ψυχοκοινωνικοί.

5) Οι παράγοντες αυτοί σε καμμία περίπτωση δεν αποτελούν τα αίτια της νόσου. Είναι απλά παράγοντες επικινδυνότητας όπως είναι το κάπνισμα κ.λ.π. Η όποια θεραπεία ωστόσο επιχειρείται θα πρέπει να συνυπολογίσει και αυτούς τους παράγοντες.

6) Η όποια θεραπεία, είναι πιο ολοκληρωμένη όταν συμπεριλαμβάνει και παρεμβαίνει στις συνθήκες εκείνες που πιθανώς θα αποτρέψουν την υποτροπή της ασθένειας (στην περίπτωση του καρκίνου με την μορφή μεταστάσεων). Υπάρχουν τρόποι να ενισχυθεί η αυτογενής άμυνα του οργανισμού στις ασθένειες. Θεραπεία άλλωστε του συμπτώματος δε σημαίνει επανάκτηση της υγείας. Η υγεία είναι μια εμπειρία που προκύπτει από μια δυναμική ισορροπία ανάμεσα στις φυσικές και ψυχολογικές όψεις του οργανισμού καθώς και από τις αλληλεπιδράσεις του με το φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον.

Η σύγχρονη ιατρική ωστόσο δε φαίνεται να ορίζει την υγεία

με τον ίδιο τρόπο. Υγεία κατ'αυτήν είναι απλά η απουσία ασθένειας και κυρίως η απουσία συμπτωμάτων. Έτσι ο τομέας της υγείας απορροφά τεράστια χρηματικά ποσά που αναλώνονται κατά κύριο λόγο στην εξέλιξη των διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων και στην καταπολέμηση, στην ουσία, των συμπτωμάτων. Δεν είναι έτσι όμως που βελτιώνεται η υγεία σε μια πλατειά βάση.

Ο αυξανόμενος αριθμός των νοσοκομείων και των κλινών ή η αύξηση των δαπανών για την περίθαλψη δεν αποτελούν δείκτη του επιπέδου υγείας αλλά του ποσοστού της ασθένειας.

Σ'αυτό άλλωστε το σημείο εντοπίζεται ο ρόλος της αναφοράς και της παρουσίασης των εναλλακτικών θεραπειών. Δεν είναι το ότι απλά θεραπεύουν την ίδια ασθένεια με διαφορετικό τρόπο. Είναι το ότι παρεμβαίνοντας στην βασική αιτιολογία της ασθένειας έχουν την δυνατότητα να βελτιώσουν το επίπεδο υγείας σε ένα ευρύτερο κοινωνικό φάσμα. Το ότι εδώ έγινε κυρίως αναφορά στον καρκίνο δεν σημαίνει πως οι αρχές τους δεν βρίσκουν εφαρμογή σε κάθε άλλη ασθένεια.

Η εφαρμογή βεβαίως ενός διαφορετικού μοντέλου υγείας δεν είναι κάτι που μπορεί να γίνει από την μία μέρα στην άλλη. Κάποια όμως σημαντικά στοιχεία των εναλλακτικών θεραπειών μπορούν να βρουν εφαρμογή και στο επικρατούν σήμερα σύστημα περίθαλψης χωρίς να συντελεστούν συνταρακτικές αλλαγές. Ειδικότερα όσο αφορά την αντιμετώπιση του καρκίνου μπορούμε να εισηγηθούμε τις παρακάτω προτάσεις.

1) Να ενταθούν οι προσπάθειες από κάθε αρμόδιο φορέα ώστε να αλλάξει η νοοτροπία που υπάρχει σήμερα γύρω από τον καρκίνο. Το "κοινωνικό στίγμα" που τον καλύπτει πρέπει να σπά-

σει και να ειδωθεί σαν κάθε άλλη χρόνια ασθένεια.

Η αρνητική προσδοκία που προκαλείται στη γνώση του καρκίνου λόγω του "στίγματος" του, επιδρά στο σύστημα του σώματος τείνοντας να επιβεβαιωθεί.

2) Η θεραπευτική προσέγγιση να μην περιορίζεται μόνο στη σωματική εκδήλωση της ασθένειας αλλά να έχει την δυνατότητα να παρεμβαίνει και να ενεργεί στις βαθύτερες αιτίες της. Αυτές ως ένα βαθμό εντοπίζονται σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

3) Λόγω αυτού στα αντικαρκινικά κέντρα θα πρέπει να λειτουργούν "ομάδες υγείας" αποτελούμενες από όλες τις ειδικότητες που μπορούν να προσφέρουν στην ολιστική αντιμετώπιση του καρκίνου (ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί).

4) Όλοι όσοι έρχονται σε επαφή και επικοινωνία με ασθενείς με καρκίνο θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι για το ποια θα πρέπει να είναι η στάση που θα τηρούν απέναντί τους. Θα πρέπει να μπορούν να αναπτύξουν μια καλή και ειλικρινή σχέση. Εξάλλου οποιεσδήποτε προβλέψεις σχετικά με την εξέλιξη της υγείας των ασθενών θα πρέπει να αποφεύγονται αφού συχνά λειτουργούν σαν ισχυρές υποβολές που τείνουν να επαληθευτούν.

5) Η βελτίωση της ποιότητας ζωής θα πρέπει στην θεραπευτική διαδικασία να είναι ίσης σημασίας όσο και η βελτίωση της υγείας. Αυτό προϋποθέτει στενή συνεργασία με το περιβάλλον του ασθενούς, και, σε περίπτωση που αυτό δεν υπάρχει, τη λειτουργία ξενώνων όπου οι ασθενείς θα μπορούν να τύχουν ανθρώπινης μεταχείρισης και φροντίδας.

6) Στην έρευνα για τον καρκίνο να γίνει πιο επισταμένη

έρευνα των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην αιτιατή τους σχέση με την εμφάνιση της ασθένειας. Η ιατρική θα πρέπει άλλωστε να αποκολληθεί από τον καθαρά σωματικό προσανατολισμό που έχει και να θέσει στο κέντρο του ενδιαφέροντος της τον άνθρωπο και όχι την αρρώστεια. Αντικείμενο της πρέπει να είναι η υγεία και όχι η ασθένεια.

7) Ως εκ τούτου, παράλληλα με την αναγκαία συνέχιση και επέκταση του θεσμού των προληπτικών ελέγχων για τον καρκίνο με την παράλληλη ενημέρωση του κόσμου πάνω στο θέμα, κρίνεται αναγκαία και η πρωτογενής πρόληψη, αυτή που θα εξαλείψει τις κοινωνικές και περιβαλλοντικές εκείνες συνθήκες που ευθύνονται για την αύξηση των κρουσμάτων καρκίνου και άλλων ασθενειών της εποχής μας.

Οι συνθήκες αυτές, αναμφισβήτητα είναι πάρα πολλές και αποτελούν την καθημερινή εμπειρία στον δυτικό πολιτισμό. Ο έντονος ρυθμός ζωής, η μόλυνση του περιβάλλοντος και η συνεχής καταστροφή του φυσικού χώρου, οι συνθήκες εργασίας, οι ανταγωνιστικές σχέσεις, η ποιότητα της διατροφής, οι επιβλαβείς άλλες συνήθειες, το χρόνιο και έντονο STRESS, η οικοδόμηση των πόλεων με στόχο την εξυπηρέτηση των μηχανών και όχι των ανθρώπων, η ανασφάλεια, η οικονομοποίηση των όρων της ζωής, η έλλειψη ειλικρινών ανθρώπινων σχέσεων είναι μερικοί μόνο απ' αυτούς. Μπορούμε άραγε να αγνοήσουμε τις επιπτώσεις τους στην υγεία των ανθρώπων ; Μια τέτοια βέβαια διαπίστωση μας φέρνει μπροστά σε ένα αίσθημα αδιεξόδου. Η όποια προσπάθεια να καταπολεμηθούν όλοι αυτοί οι παράγοντες μοιάζει με την προσπάθεια να χαλιναγωγήσουμε τον άνεμο. Ο δυτικός πολιτι-

σμός αλλωστε και η ραγδαία εξάπλωση του έχει χαρακτηριστεί ως ο καρκίνος του πλανήτη γη. Είναι μια "ασθένεια" που εξαπλώνεται στο σώμα του πλανήτη καταστρέφοντας τους υγιείς ιστούς (το παράδειγμα του δάσους του Αμαζονίου, του μεγαλύτερου πνεύμονα της γης, είναι ένα μόνο από τα πολλά) και δεν φαίνεται να υπάρχει η δυνατότητα να ελέγχει αυτή η καταστροφική εξάπλωση. Μήπως τελικά η έξαρση του καρκίνου στο δυτικό πολιτισμό και όλων των άλλων ασθενειών δεν είναι άλλο από την οικονομία της φύσης να θεραπευτεί από το δικό της καρκίνο ;

Θα κλείσουμε το κεφάλαιο αυτό και την εργασία με τα λόγια του Λώρενς Λεσαν που τονίζει :

"Όσοδήποτε βαθιά κι αν είναι η απελπισία οποιουδήποτε ανθρώπου, υπάρχει πάντα η δυνατότητα αλλαγής, και καθένας μπορεί να φτάσει στο σημείο να δει τη ζωή του κάτω από ένα νέο, πιο λογικό και ελπιδοφόρο πρίσμα".

Έξιθύντες ασθενείς κατά φύλον, κατηγορίας νόσων και έκβασιν νοσηλείας Έτος 1975

Patients discharged by sex, category of diseases and result of treatment. Year 1975

Κατηγορία νόσου	Σύνολον Total		Έκβασιν νοσηλείας Result of treatment				Result of treatment								Κατηγορίες νοσηλείας Categories of diseases
			Ίασις - Cured		Βελτίωσις - Improved		Άμετάβλητος Unchanged		Έπιδεινωσις - Aggravated		Θάνατος - Died		Μη δηλωθέντων Undeclared		
	A - M	Θ - F	A - M	Θ - F	A - M	Θ - F	A - M	Θ - F	A - M	Θ - F	A - M	Θ - F	A - M	Θ - F	
Γενικών συνόλων	458.249	518.025	169.124	222.330	228.912	192.150	35.863	22.675	1.366	1.170	13.527	10.933	9.387	8.761	Grand total
1. Λοιμώδεις και παρασιτικές νόσοι	26.450	18.538	10.281	7.456	13.406	9.646	2.034	951	32	18	440	280	267	187	1. Infective and parasitic diseases
Χολέρα	315	315	121	109	163	163	28	24	1				2	2	Cholera
Τυφοειδής πυρετός	119	90	53	29	80	55	5	3					1	3	Typhoid fever
Παράτυφοι και άλλοι μολύνσεις εκ salmonellae	127	163	43	42	77	113	6	5					1	3	Paratyphoid fever and other salmonella infections
Μικροβιακή δυσεντερία και αμοebiasis	7.749	7.469	4.187	3.255	3.325	3.480	190	152	3	2	18	18	26	62	Bacillary dysentery and amoebiasis
Έντερικη και άλλαι διαρροϊκά νοσοί	5.290	1.580	685	187	5.246	1.045	1.108	271	18	6	175	58	58	13	Enteritis and other diarrhoeal diseases
Φυματίωσις του αναπνευστικού συστήματος	86	86	4	8	65	64	9	8	1		3	4	4	13	Tuberculosis of respiratory system
Φυματίωσις των μηνιγγιών και κεντρικού νευρικού συστήματος	23	20	7	6	13	11		1							Tuberculosis of meninges and central nervous system
Φυματίωσις των εντέρων, του περιτοναίου και των μεσοεντερικών λεμφαδένων	185	123	25	16	123	92	24	12	1	1	3	1	9	1	Tuberculosis of intestines, peritoneum and mesenteric glands
Φυματίωσις των οστών και των αρθρώσεων	297	265	54	45	190	178	41	33			2	1	9	8	Tuberculosis of bones and joints
Φυματίωσις άλλων μερών και άγνωστη συνέπεια	67	32	37	13	27	12	3	5						1	Plague
Πυωώδης	1.619	808	367	202	1.200	584	39	17					12	4	Anthrax
Ανθράξ	17	11	2	1	2	1	1	2					9	2	Brucellosis
Βρουκέλλωση	4	3	2	1	239	240	24	27							Leprosy
Λεπτό	327	329	62	32	67	59	6	7							Diphtheria
Διστερτία	150	93	53	30	75	147	3	8							Whooping cough
Κοκκιχίτις	132	238	99	40	66	43	11	10							Streptococcal sore throat and scarlet fever
Στρεπτοκοκκική ινφλουένζα και οστραχία	194	112	11	5	11	9	6	1			17	14	1	1	Erysipelas
Ερυσίπελας	39	28	785	832	456	483	40	24			10	12	1	1	Meningococcal infection
Μόλυνσις εκ μηνιγγιδοκοκκων	1.413	1.451									120	111	12	7	Tetanus
Τέτανος	115	100	6	6	92	77	17	15							Other bacterial diseases
Άλλαι μικροβιακές νόσοι	429	311	169	123	201	158	32	27					4	3	Acute poliomyelitis
Όξια πολιομυελίτις	133	73	26	11	57	25	20	14			28	21	1	1	Late effects of acute poliomyelitis
Αποκτείνουσα της όξιας πολιομυελίτιδος	1.657	1.230	2.239	1.241	1.591	1.051	105	91			12	5	21	11	Smallpox
Ελάσσουσα	3.998	2.379	1	1	1	1	108	63			14	6	44	18	Measles
Ελάσσουσα	1	1	18	2	50	2	5	2					2	2	Yellow fever
Επιδημικός τύφος και άλλαι ρικεττιώσεσις	56	13	1	1	4	1									Viral encephalitis
Ελονοσία	1	1			2	2									Infectious hepatitis
Τροπικοσωματίτις	4	6	105	49	94	28	13	5					18	4	Other viral diseases
Υστεροσοφ πυρετός	232	86	2	2	7	2	7	2			2				Typhus and other rickettsioses
Συγγενής σιφίλις	25	6	2	1	4	2	1	1							Malaria
Πρωτογενής σιφίλις με συμπτωμάτων	10	9	4	1	19	4	1	3							Trypanosomiasis
Συγγενής του κεντρικού νευρικού συστήματος	84	9	1	1	219	242	121	80			7	14	15	18	Relapsing fever
Άλλαι μεροσφιτικές	575	595	211	241	1	1									Congenital syphilis
Γονοκοκκική ροχιά	4	1			43	44									Early syphilis, symptomatic
Σιφίλις	2	1	20	21	204	204	5	6							Syphilis of central nervous system
Άλλαι μεροσφιτικές	70	410	498	157	312	204	55	37							Other syphilis
Άλλαι βακτηριακές και παρασιτικές νόσοι	874	410													Gonococcal infections
2. Νεοπλασμα εν γένει	22.570	24.937	2.735	8.883	7.761	8.447	6.945	4.497	765	719	2.431	1.578	925	813	2. Neoplasms in general
Κακοήθη νεοπλασμα της στοματικής κοιλότητας και του οισοφάγου	373	152	12	4	208	76	115	33	9	4	14	10	15	5	Malignant neoplasm of buccal cavity and pharynx
Κακοήθη νεοπλασμα του οισοφάγου	205	75	6	2	59	17	95	41	5	1	27	10	12	4	Malignant neoplasm of oesophagus
Κακοήθη νεοπλασμα του στομάχου	1.082	634	50	36	370	224	449	235	27	22	146	87	40	30	Malignant neoplasm of stomach
Κακοήθη νεοπλασμα του έντερου, εκτός του ορθού	417	511	39	30	145	166	135	141	8	14	75	79	17	22	Malignant neoplasm of intestine, except rectum
Κακοήθη νεοπλασμα του ορθού	333	350	34	25	145	166	94	112	8	9	54	23	15	12	Malignant neoplasm of rectum and rectosigmoid junction
Κακοήθη νεοπλασμα του θώρακος και της άνω-συναρτησιακής σιβίλης	681	485	42	2	242	20	267	25	16	1	39	3	65	6	Malignant neoplasm of larynx
Κακοήθη νεοπλασμα του λάρυγγος	3.699	485	24	6	736	109	118	257	129	22	562	104	110	7	Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung
Κακοήθη νεοπλασμα της τραχείας, του βροχίου και του πνεύμονος	224	142	5	3	266	57	95	57	19	7	17	12	6	6	Malignant neoplasm of bone
Κακοήθη νεοπλασμα του οστέου	629	471	95	60	266	312	139	73	11	10	9	4	15	12	Malignant neoplasm of skin
Κακοήθη νεοπλασμα του δέρματος	55	2.615	5	5	35	235	15	616			57	1	24	24	Malignant neoplasm of breast
Κακοήθη νεοπλασμα του μαστού	507	742	1	30	250	250		191			17	17	1	1	Malignant neoplasm of cervix uteri
Κακοήθη νεοπλασμα του τραχήλου της μήτρας	717	4.596	39	145	1.449	1.419	202	146			11	24	1	16	Other malignant neoplasm of uterus
Άλλο κακοήθη νεοπλασμα της μήτρας	5.171	976	0	5	242	629	1.853	1.481	367	445	1.053	853	143	223	Malignant neoplasm of prostate
Κακοήθη νεοπλασμα του προστάτου	1.209	843	11	10	245	414	267	157	47	39	193	110	46	26	Malignant neoplasm of other and unspecified sites
Κακοήθη νεοπλασμα άλλων και μη καθορισμένων ένοσητων	1.521	843	0	0	245	414	428	253	50	48	147	76	97	42	Leukemia
Λευχαιμία	5.653	11.801	3.058	8.202	1.725	2.566	647	695	14	32	45	50	144	276	Other neoplasm of lymphatic and haematopoietic tissue
Άλλα νεοπλασμα του λεμφικού και του αιμοποιητικού ιστού	6.945	12.254	832	2.504	5.015	8.110	658	843	16	17	140	218	284	562	Benign neoplasms and neoplasms of unspecified nature
3. Νόσοι των ενδοκρινών αδένων, της θύρεωσις και της ανταλλαγής της ύλης	412	1.976	215	1.225	103	430	57	116					57	202	Non-toxic goitre
Μη τοξική βρογχολίαση	90	424	20	142	48	155	12	45					9	41	Thyrotoxicosis with or without goitre
Θυροειδοτοξικωσις με ή άνευ βρογχολίασης	4.659	7.254	310	421	3.741	6.147	326	289	11	16	128	203	143	178	Diabetes mellitus
Σακχαρώδης διαβήτης	150	154	17	18	99	95	31	51					2	4	Avitaminoses and other nutritional deficiency
Άβιταμινώσεσις και άλλαι στερητικές νόσοι	1.634	2.446	270	697	1.024	1.240	232	260	4		11	3	93	137	Other endocrine and metabolic diseases
Άλλα νόσοι των ενδοκρινών αδένων και της ανταλλαγής της ύλης															

A = Άρρενες, Θ = Θήλειες

M = Males, F = Females

Κατηγορία νόσων	Σύνολον Total		Έκβαση νοσηλείας				Result of treatment								Categories of diseases
			Ίσως - Cured		Βελτιώσις - Improved		Αμετάβλητος - Unchanged		Επιβαρύνσις - Aggravated		Θάνατος - Died		Μη δηλωθέν - Undeclared		
	A-M	Θ-F	A-M	Θ-F	A-M	Θ-F	A-M	Θ-F	A-M	Θ-F	A-M	Θ-F	A-M	Θ-F	
4. Νόσοι του αίματος και των αιμοποιητικών οργάνων	8.917	8.750	575	592	7.427	7.301	718	652	14	6	70	84	113	115	4. Diseases of blood and blood-forming organs
Αναίμια	7.954	8.111	405	464	6.796	6.892	603	591	11	6	58	70	81	84	Anemias
Άλλοι νόσοι του αίματος και των αιμοποιητικών οργάνων	963	639	170	128	671	409	115	61	3	—	12	14	32	27	Other diseases of blood and blood-forming organs
5. Ψυχική διαταραχή	17.997	11.759	2.226	554	12.227	9.147	3.699	1.445	77	48	324	304	444	361	5. Mental disorders
Ψυχώσεις	7.852	6.111	175	137	5.954	4.812	1.265	753	50	32	268	270	170	107	Psychoses
Νευρώσεις, διαταραχή της προσωπικότητας και άλλαι μη ψυχασικά διανοητικά διαταραχαι	9.533	5.329	1.039	410	6.029	4.176	2.155	525	20	10	34	18	256	190	Neuroses, personality disorders and other non-psychotic mental disorders
Μετανοητική καθυστέρησις	612	559	12	7	274	159	279	167	7	6	22	16	18	4	Mental retardation
6. Νόσοι του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων	25.297	23.332	9.223	9.254	12.670	11.675	2.379	1.478	36	25	210	191	831	709	6. Diseases of the nervous system and sense organs
Μηνιγγίτις	450	259	188	105	174	86	174	43	2	1	32	8	9	6	Meningitis
Σκλήρυνσις κατά πλάκος	80	57	2	4	46	24	65	19	—	—	6	4	3	6	Multiple sclerosis
Επιληψία	1.605	943	62	52	1.046	668	532	411	5	2	25	19	50	39	Epilepsy
Φλεγμονώδεις νόσοι των οφθαλμών	1.519	1.422	64	815	759	532	60	38	—	—	—	—	56	36	Inflammatory diseases of eye
Καταρράκτης	5.126	5.506	3.721	4.133	1.047	1.101	158	126	3	—	5	7	191	139	Cataract
Γλαύκωμα	1.050	955	461	425	422	425	48	56	—	—	1	—	33	29	Glaucoma
Μεση όστις και μωστωιδίτις	1.152	951	548	475	511	402	46	26	—	—	1	—	46	47	Otitis media and mastoiditis
Άλλοι νόσοι του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων	14.335	13.249	3.510	3.228	8.711	8.434	1.513	1.008	27	20	159	152	435	407	Other diseases of nervous system and sense organs
7. Νόσοι του κυκλοφορικού συστήματος	47.743	40.785	4.950	3.777	32.376	28.373	3.290	2.184	133	141	5.747	5.275	1.247	985	7. Diseases of the circulatory system
Ρευματικός πυρετός έν ενεργεία	615	450	119	70	445	334	29	19	1	—	1	1	10	6	Active rheumatic fever
Χρόνιοι ρευματικοί καρδιοπάθειαι	701	755	44	45	473	561	123	85	2	—	2	—	23	39	Chronic rheumatic heart disease
Αρτηριακή υπέρτασις	2.902	3.945	355	454	2.219	3.109	206	169	4	—	28	34	90	74	Hypertensive disease
Ισχαιμική καρδιοπάθεια	13.629	8.211	616	327	10.908	6.780	601	247	32	15	1.120	631	252	209	Ischaemic heart disease
Άλλοι μορφοί καρδιοπαθείαι	13.846	14.243	678	776	9.501	10.146	876	696	33	49	2.024	1.768	299	308	Other forms of heart disease
Νόσοι των αρτηριών, των αρτηριδίων και των τριχοειδών	8.604	8.552	340	352	4.932	4.614	759	659	45	57	2.225	2.600	302	341	Cerebrovascular disease
Νόσοι των αρτηριών, των αρτηριδίων και των τριχοειδών	2.402	1.259	457	149	1.662	820	433	164	9	5	129	90	92	21	Diseases of arteries, arterioles and capillaries
Φλεβικοί θρομβώσεις και έμβολοί	1.286	1.570	280	306	823	886	72	57	1	5	68	75	22	41	Venous thrombosis and embolism
Άλλοι νόσοι του κυκλοφορικού συστήματος	3.358	1.969	2.061	1.197	1.013	623	161	58	1	2	79	53	43	26	Other diseases of circulatory system
8. Νόσοι του αναπνευστικού συστήματος	59.504	43.147	29.117	22.982	26.580	18.100	2.158	955	56	27	865	558	728	495	8. Diseases of the respiratory system
Όξεία αναπνευστικά μόλυνσις	8.370	5.397	4.385	2.651	2.746	2.599	176	107	—	—	—	—	4	27	Acute respiratory infections
Γρίπη	1.446	1.417	822	752	583	656	22	16	—	—	5	4	6	36	Influenza
Πνευμονία έξ των	53	17	26	8	25	9	—	—	—	—	10	—	6	9	Viral pneumonia
Πνευμονία άλλης μορφής	7.319	5.107	2.635	1.797	4.147	2.903	271	156	9	8	210	203	27	31	Other pneumonia
Βρογχίτις, έμβροχη και οσφρα	13.952	9.342	1.505	1.128	11.667	7.846	306	204	17	10	141	65	116	91	Bronchitis, emphysema and asthma
Υπερτροφία των αμυγδαλών και των αδενειδών εκβάσεων	16.000	15.351	14.645	14.082	1.064	962	68	165	1	2	2	—	200	202	Hypertrophy of tonsils and adenoids
Εμπύημα και απόστημα του πνεύμονος	306	116	68	29	175	29	50	20	—	—	10	6	3	2	Empyema and abscess of lung
Άλλοι νόσοι του αναπνευστικού συστήματος	12.058	6.400	5.031	2.555	5.173	3.061	1.045	347	28	5	47	204	204	128	Other diseases of respiratory system
9. Νόσοι του πεπτικού συστήματος	80.210	68.372	46.632	40.685	27.830	23.594	3.210	2.267	105	88	1.195	718	1.238	1.048	9. Diseases of the digestive system
Νόσοι των οδόντων και των υποστηρίζοντων τους ισθών	392	216	194	96	156	93	12	3	—	—	—	—	30	24	Diseases of teeth and supporting structures
Πεπτικόν έλκος	9.323	3.482	2.572	711	5.621	2.534	401	126	5	—	63	—	261	100	Peptic ulcer
Γαστρίτις και δωδεκαδοκίτις	2.473	2.327	818	663	1.585	1.595	45	41	1	—	—	11	22	28	Gastritis and duodenitis
Ικτεροκίτις	20.629	26.385	18.555	24.224	1.788	1.895	172	162	—	—	1	—	98	62	Appendicitis
Έντερική απορροή και κήλη	16.061	6.102	15.006	4.270	2.241	1.287	502	291	9	1	15	11	98	62	Intestinal obstruction and hernia
Κίρρωσις του ήπατος	2.080	898	45	27	1.526	579	330	141	15	8	107	156	196	103	Cirrhosis of liver
Χολολιθίσις και χολοκυστίτις	4.400	10.439	1.707	4.534	2.408	5.334	251	246	3	7	28	109	66	134	Cholelithiasis and cholecystitis
Άλλοι νόσοι του πεπτικού συστήματος	24.652	18.223	9.275	6.158	12.707	10.277	1.494	1.037	71	29	672	404	453	249	Other diseases of digestive system
10. Νόσοι του ουρολογιανθητικού συστήματος	31.706	37.579	13.241	21.258	14.620	13.512	2.680	1.665	47	41	542	460	576	693	10. Diseases of genito-urinary system
Όξεία νεφρίτις	457	267	68	38	322	187	38	23	—	—	—	—	5	5	Acute nephritis
Νεφρίτις και νεφρωσις άλλης μορφής	3.992	3.054	140	160	2.760	2.097	539	351	1	—	22	14	6	5	Other nephritis and nephrosis
Μολύνσις του νεφρού	1.070	1.064	476	476	659	1.089	67	75	26	—	39	349	78	76	Infections of kidney
Αίθρι του ουροποιητικού συστήματος	4.226	2.764	1.643	1.087	1.910	1.329	588	299	3	—	9	7	17	17	Calculi of urinary system
Υπερτροφία του προστάτου	7.575	—	5.514	—	3.016	—	753	—	6	—	60	—	—	—	Hypertrophy of prostate
Νόσοι των μωστών	255	1.538	174	1.097	60	360	8	54	—	—	—	—	13	—	Diseases of urethra
Άλλοι νόσοι του ουρολογιανθητικού συστήματος	14.131	28.292	7.287	18.510	5.193	8.450	667	865	8	5	4	24	212	264	Other diseases of genito-urinary system
11. Έπιπλοκαι της κύησης, του τοκετού και της λοχείας	—	338.817	—	132.334	—	4.751	—	464	—	17	—	21	—	509	11. Complications of pregnancy, childbirth and the puerperium
Τοξικωμία της κύησης και της λοχείας	—	503	—	255	—	214	—	21	—	—	—	—	—	10	Toxaemia of pregnancy and the puerperium
Αιμορραγία της κύησης και του τοκετού	—	2.432	—	1.525	—	776	—	85	—	—	—	—	—	45	Haemorrhage of pregnancy and childbirth
Αμβλώσις προκληθίσα διά νομίμους ένδείξει	—	61	—	5.324	—	551	—	11	—	—	—	—	—	55	Abortion induced for legal indications
Άλλη και μη καθορισμένη αμβλώσις	—	6.141	—	15	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	Other and unspecified abortion
Σησις του τοκετού και της λοχείας	—	23	—	2.622	—	520	—	175	—	—	—	—	—	60	Sensis of childbirth and the puerperium
Άλλοι έπιπλοκαι της κύησης, του τοκετού και της λοχείας	—	3.592	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Other complications of pregnancy, childbirth and the puerperium
Τοκετός, άνευ μνείας έπιπλοκών	—	126.015	—	122.944	—	2.274	—	109	—	10	—	—	—	73	Delivery without mention of complication
12. Νόσοι του δέρματος και του έκδοριου ιστού	14.246	8.889	8.425	4.992	5.148	3.405	514	326	6	7	10	25	143	11	12. Diseases of the skin and subcutaneous tissue
Μολύνσις του δέρματος και του έκδοριου ιστού	9.002	4.816	6.243	3.175	2.428	1.436	209	133	4	—	1	7	77	41	Infections of skin and subcutaneous tissue
Άλλοι νόσοι του δέρματος και του έκδοριου ιστού	5.244	4.073	2.182	1.817	2.720	1.969	305	193	2	—	9	18	66	70	Other diseases of skin and subcutaneous tissue

Κατηγορίες νοσημάτων	Σύνολο Total		Έκβαση νοσημάτων - Result of treatment			
	Α - Μ	Θ - F	Ίση - Cured		Περίτωση - Improved	
			Α - Μ	Θ - F	Α - Μ	Θ - F
Κακοήγη νεοπλασμάτα των οστών και των αρθρικών χόνδρων	283	175	—	1	271	161
Κακοήγη μελάνωμα του δέρματος	150	163	—	—	145	158
Άλλο κακοήγη νεοπλασμά του δέρματος	880	678	1	2	871	671
Κακοήγη νεοπλασμά του γυναικείου μαστού	—	4.824	—	3	—	4.689
Λοιπά κακοήγη νεοπλασμάτα των οστών, του συνδέσμου ιστού, του δέρματος και του μαστού	266	—	—	—	258	—
Κακοήγη νεοπλασμάτα του τραχήλου της μήτρας	—	1.045	—	—	—	1.032
Κακοήγη νεοπλασμάτα του ήπατος	—	9	—	—	—	9
Κακοήγη νεοπλασμάτα της μήτρας, άλλα και μη καθορισμένα	—	795	—	—	—	768
Κακοήγη νεοπλασμάτα των ωοθηκών και άλλων εξαρτημάτων της μήτρας	—	1.481	—	—	—	1.436
Κακοήγη νεοπλασμάτα του προστάτη	952	—	—	—	852	—
Κακοήγη νεοπλασμάτα των ορχεών	206	—	—	—	197	—
Κακοήγη νεοπλασμάτα της ουροδόχου κύστης	1.642	323	1	—	1.554	302
Λοιπά κακοήγη νεοπλασμάτα των ουρογεννητικών οργάνων	340	426	1	—	316	403
Κακοήγη νεοπλασμάτα του σπληνός	364	264	—	—	291	224
Λοιπά κακοήγη νεοπλασμάτα άλλων και μη καθορισμένων εντοπισμών	4.207	4.567	2	3	3.354	3.826
Νόσος του Hodgkin	818	493	—	1	775	466
Λευχαιμία	1.763	1.377	1	1	1.593	1.245
Λοιπά κακοήγη νεοπλασμάτα του λεμφοκυτταρικού και αιμοποιητικού ιστού	1.539	1.080	4	1	1.458	1.019
Καλοήγη νεοπλασμάτα του δέρματος	763	680	504	411	230	232
Καλοήγη νεοπλασμάτα του μαστού	146	1.935	80	1.175	57	636
Καλοήγη νεοπλασμάτα της μήτρας	—	3.280	—	1.844	—	1.361
Καλοήγη νεοπλασμάτα των ωοθηκών	—	43	—	20	—	19
Καλοήγη νεοπλασμάτα του νεφρού και άλλων οργάνων του ουροποιητικού συστήματος	1.945	599	749	264	1.028	285
Καλοήγη νεοπλασμάτα του νευρικού συστήματος	256	217	29	22	156	122
Καλοήγη νεοπλασμάτα του θυρεοειδούς	30	125	9	34	10	68
Άλλα καλοήγη νεοπλασμάτα	3.087	3.489	1.555	1.708	1.237	1.454
Καρκινώματα in situ	12	18	—	—	11	18
Άλλα και μη καθορισμένα νεοπλασμάτα	1.889	1.262	106	102	776	593
3. Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα, διαταραχές της θρέψης και ανοσολογικές διαταραχές	9.392	16.276	936	2.617	7.333	12.295
Διαταραχές του θυρεοειδούς αδένος	1.117	4.259	408	1.929	556	2.052
Σακχαρώδης διαβήτης	6.774	10.588	404	545	5.690	9.212
Υπερλιποπρωτεϊναιμία	52	45	1	4	43	39
Παχυσαρκία μη ενδοκρινικής προέλευσης	37	1	—	—	25	61
Άλλα ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα και ανοσολογικές διαταραχές	1.175	1.055	111	123	904	799
Kwashiorkor	1	1	—	—	1	1
Μαρασμός από έλλειψη διατροφή	2	8	—	—	7	7
Άλλο υποσιτισμός, πρωτεϊνών - θερμίδων	152	135	3	9	52	55
Αβιταμίνωση	82	102	8	4	60	69
4. Νοσήματα του αίματος και των αιμοποιητικών οργάνων	16.552	17.032	415	462	14.783	15.299
Αναμίες	15.140	16.191	290	374	13.718	14.650
Άλλα νοσήματα του αίματος και των αιμοποιητικών οργάνων	1.412	841	125	88	1.065	619
5. Ψυχικές διαταραχές	21.057	12.420	1.294	390	15.089	9.746
Γεροντικές και προγεροντικές οργανικές ψυχικές καταστάσεις	540	832	13	16	291	426
Σχιζοφρενικές ψυχώσεις	2.181	1.039	40	16	1.605	775
Συνασθηματικές ψυχώσεις	1.720	2.519	49	31	1.437	2.176
Άλλες ψυχώσεις	5.896	3.245	160	71	4.356	2.540
Νευρώσεις και διαταραχές της προσωπικότητας	5.129	3.304	393	143	3.621	2.819
Σύνδρομο αλκοολικής εξάρτησης	1.966	124	281	18	1.391	82
Φαρμακευτική εξάρτηση	1.070	57	142	5	839	30
Διαταραχές φυσιολογικών λειτουργιών που προκύπτουν από ψυχικούς παράγοντες	341	256	18	10	179	171
Πνευματική καθυστέρηση	468	263	4	4	224	118
Άλλες ψυχικές διαταραχές	1.746	781	212	58	1.146	609
6. Νοσήματα του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων	26.780	26.544	8.450	9.621	15.547	15.019
Μηνιγγίτιδα	630	329	244	116	265	157
Νόσος του Parkinson	396	366	10	6	313	289
Άλλες εκφυλιστικές και κληρονομικές διαταραχές του νευρικού συστήματος	1.274	1.000	40	40	922	768
Σκληρωση κατά πλάκας	88	65	2	1	60	48
Βρεφική σπασμωδική παράλυση και άλλα παραλυτικά σύνδρομα	207	175	10	4	110	90
Επιληψία	1.872	1.145	76	44	1.278	869

Κατηγορίες νοσημάτων	Result of treatment						Αν δηλώθηκε Undeclared		Categories of diseases
	Αμετάβλητη Unchanged		Επιείκνωση - Aggravated		Θάνατος - Died		Α - Μ	Θ - F	
	Α - Μ	Θ - F	Α - Μ	Θ - F	Α - Μ	Θ - F			
—	—	—	—	—	12	13	—	—	Malignant neoplasm of bone and articular cartilage
—	—	—	—	—	5	5	—	—	Malignant melanoma of skin
—	2	—	—	—	3	1	3	4	Other malignant neoplasm of skin
—	—	22	—	—	—	92	—	13	Malignant neoplasm of female breast
—	1	—	—	—	7	—	—	—	Other malignant neoplasms of bone, connective tissue, skin and breast
—	—	—	—	—	—	13	—	—	Malignant neoplasm of cervix uteri
—	—	—	—	—	—	27	—	—	Malignant neoplasm of placenta
—	—	—	—	—	—	42	—	—	Malignant neoplasm of uterus, other and unspecified
—	—	—	—	—	—	—	—	3	Malignant neoplasm of ovary and other uterine adnexa
—	1	—	—	—	65	—	4	3	Malignant neoplasm of prostate
—	2	—	—	—	6	—	1	—	Malignant neoplasm of bladder
—	1	—	—	—	81	—	5	1	Malignant neoplasm of bladder
—	—	—	—	—	22	20	—	—	Other malignant neoplasms of genitourinary organs
—	7	—	—	1	70	39	2	1	Malignant neoplasm of brain
—	—	9	—	—	838	715	5	13	Malignant neoplasm of other and unspecified sites
—	5	4	—	—	37	22	—	—	Hodgkin's disease
—	16	15	—	—	148	112	5	4	Leukaemia
—	10	3	—	—	84	56	2	1	Other malignant neoplasm of lymphatic and haemopoietic tissue
—	28	35	—	—	—	—	—	1	Benign neoplasm of skin
—	8	66	—	—	—	—	—	1	Benign neoplasm of breast
—	—	63	—	—	—	—	—	11	Benign neoplasm of uterus
—	156	45	—	—	—	—	—	4	Benign neoplasm of ovary
—	—	2	—	—	6	3	—	1	Benign neoplasm of kidney and other urinary organs
—	59	54	—	—	10	16	—	—	Benign neoplasm of nervous system
—	11	22	—	—	—	1	—	—	Benign neoplasm of thyroid
—	265	298	—	—	18	21	—	—	Other benign neoplasm
—	1	—	—	—	—	—	—	4	Carcinoma in situ
—	851	444	—	—	16	120	15	11	Other and unspecified neoplasm
—	893	956	9	14	199	346	22	48	3. Endocrine and metabolic diseases, nutritional deficiencies, immunity disorders
—	143	261	1	1	4	7	5	9	Disorders of thyroid gland
—	478	463	8	12	181	324	13	32	Diabetes mellitus
—	8	2	—	—	—	—	—	—	Hyperlipoproteinaemia
—	11	17	—	—	—	2	—	—	Obesity of non-endocrine origin
—	144	114	—	—	12	12	4	6	Other endocrine and metabolic diseases, immunity disorders
—	—	1	—	—	—	—	—	—	Kwashiorkor
—	97	70	—	—	—	—	—	—	Nutritional marasmus
—	12	28	—	—	—	—	—	—	Other protein-caloric malnutrition
—	1.206	1.135	—	—	2	1	—	—	Avitaminosis
—	1.019	1.035	7	12	78	62	28	28	4. Diseases of blood and blood-forming organs
—	187	100	5	4	27	28	3	2	Anaemias
—	4.246	1.833	58	38	297	380	73	33	5. Mental disorders
—	158	210	6	10	72	167	—	3	Senile and presenile organic psychotic conditions
—	465	182	10	6	54	59	7	1	Schizophrenic psychoses
—	232	268	3	2	13	21	4	3	Affective psychoses
—	1.230	508	14	11	98	104	38	11	Other psychoses
—	1.075	320	19	5	6	5	15	12	Neurotic and personality disorders
—	260	23	—	—	27	—	—	—	Alcohol dependence syndrome
—	87	22	—	—	2	—	—	—	Drug dependence
—	143	73	—	—	—	—	—	—	Physiological malnutrition arising from mental factors
—	210	117	4	3	23	21	1	—	Mental retardation
—	386	110	—	—	—	1	—	2	Other mental disorders
—	2.495	1.664	36	13	178	176	74	51	6. Diseases of the nervous system and sense organs
—	101	44	—	—	13	10	2	1	Meningitis
—	39	57	—	—	12	10	1	3	Parkinson's disease
—	264	143	—	—	33	41	15	4	Other degenerative and hereditary disorders of the central nervous system
—	23	11	—	—	2	5	—	—	Multiple sclerosis
—	69	69	—	—	10	6	6	5	Infantile cerebral palsy and other paralytic syndromes
—	492	217	3	1	15	13	8	1	Epilepsy
—	778	612	17	4	87	83	18	12	

Κατηγορίες νόσων	Σύνολο Total		Έκβαση νοσηλείας			
			Ίαση - Cured		Βελτίωση - Improved	
	A - M	Θ - F	A - M	Θ - F	A - M	Θ - F
Γενικό σύνολο	634.788	634.583	304.479	192.769	460.407	393.996
1. Λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα	20.574	14.423	3.385	2.289	15.619	11.160
Χολέρα	—	—	—	—	—	—
Τυφοειδής πυρετός	85	104	6	13	76	85
Σηψιλώση	9	7	—	4	8	2
Τροχιακή δηλητηρίαση	466	406	77	84	376	306
Αμειβάωση	30	26	2	5	26	20
Εντερικές λοιμώξεις που οφείλονται σε άλλους μικροοργανισμούς	344	327	78	63	254	261
Ασπείρα, καλοβουβίτης, εντερικός λοιμώξης	7.445	6.779	1.271	1.108	5.951	5.492
Παρωτίτις	28	21	3	2	22	19
Πυθιακή φυματίωση	2.212	931	35	14	1.801	801
Άλλη αναπνευστική φυματίωση	216	151	10	11	187	125
Φυματίωση των μηνιγγίων και του κεντρικού νευρικού συστήματος	16	13	—	—	12	11
Φυματίωση των εντέρων, του περιτονίου και των μεσεντερικών αδένων	25	30	—	3	24	25
Φυματίωση των οστών και των αρθρώσεων	53	39	2	1	43	35
Φυματίωση του ουρογεννητικού συστήματος	86	71	3	3	63	59
Άλλες μορφές φυματίωσης	37	34	1	2	27	23
Πονώλης	—	—	—	—	—	—
Κυστιδίωση	364	219	25	14	333	197
Διφθερία	7	6	—	—	3	5
Κοκκύτης	3	—	—	—	—	—
Στρεπτοκοκκική ανιχνύση, οστρακιά και ερυθρίτιδα	367	446	55	61	301	368
Μηνιγγιδοκοκκική λοίμωξη	25	18	9	7	12	9
Τητανός	19	22	3	—	11	13
Σηψιλώση	312	312	38	26	123	76
Άλλες μορφές μικροβιακών νοσημάτων	157	101	16	8	131	89
Όξυ πολιομυελίτιδα	2	1	1	—	1	—
Ευλογιά	—	—	—	—	—	—
Ίαση	53	19	16	2	30	15
Ερυθρά	386	18	102	2	274	15
Κίτρινο πυρετός	—	—	—	—	—	—
Ενδοεπιδημία που μεταδίδεται με αβέρταδα	33	15	3	—	25	9
Ισθμική φυματίωση	1.061	543	32	9	801	447
Λίλα	—	—	—	—	—	—
Τροχια	1	2	—	1	—	1
Άλλα ιογενή νοσήματα	5.325	2.656	1.396	665	3.830	1.904
Τίφος που μεταδίδεται με φέροντα (ψείρες)	5	1	1	—	4	—
Άλλες ρουκετιώσεις	16	30	—	2	15	28
Ελονοσία	62	10	11	2	43	8
Αιμοσφαιρίωση	65	43	4	9	56	30
Τριπανοσμίαση	—	—	—	—	—	1
Άλλες ρουκετιώσεις και νοσήματα που μεταδίδονται με αβέρταδα	—	1	—	—	—	1
Σιφίλη	115	54	33	23	67	22
Γεννησιακές λοιμώξεις	2	1	—	—	1	1
Άλλα σπυρριώδη νοσήματα	38	5	3	1	29	4
Μη σπυρριώδη σπυρριώδη νοσήματα	29	17	2	3	21	12
Μηνιγγοειδίτις	81	46	6	2	61	34
Σχηματισμοί	1	1	—	—	1	1
Εργασιοποίηση	546	568	113	125	348	373
Λοιμώξεις από σφάλματα και δρακοντίωση	—	1	—	—	—	1
Αντισηπιοποίηση και νεφροπάθεια	2	—	—	—	—	—
Άλλες εμμενίτιδες	26	34	2	1	21	27
Αλυσιτελής σπινθηλά της εμμενίτιδας	3	4	—	—	2	4
Αλυσιτελής σπινθηλά της βίβας πολιομυελίτιδας	8	3	—	—	6	3
Άλλα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα	215	205	17	7	143	130
2. Νεοπλασματώδη	56.023	47.992	3.007	5.527	41.040	34.365
Κακοήγη νεοπλασματώδη του γόνατος, της στομάχιας κοιλότητας και του αβέρτα	693	234	10	2	618	208
Κακοήγη νεοπλασματώδη του οισοφάγου	212	72	1	1	154	52
Κακοήγη νεοπλασματώδη του στομάχου	1.612	1.053	16	6	1.295	855
Κακοήγη νεοπλασματώδη του λεπτού εντέρου - δωδεκαδακτύλου	23	19	—	—	15	—
Κακοήγη νεοπλασματώδη του παχύ εντέρου, εκτός του σιγμοειδούς	1.522	1.406	23	23	1.289	1.185
Κακοήγη νεοπλασματώδη του ορθού, της σφαιροσφιγμικής σιγμοειδούς και του πρωκτού	786	682	14	6	698	586
Κακοήγη νεοπλασματώδη του ήπατος, καλοήγημα ως πρωτοπαθή	1.157	518	8	4	780	345
Κακοήγη νεοπλασματώδη του παγκρέατος	679	433	2	5	489	319
Άλλα κακοήγη νεοπλασματώδη των οργάνων του λεπτού συστήματος και του λεπτονίου	375	406	4	5	282	322
Κακοήγη νεοπλασματώδη των αδένων	1.191	67	18	1	1.049	56
Κακοήγη νεοπλασματώδη της τροχιάς, των βρόγχων και του πνεύμονα	10.401	12.71	41	1	6.444	756

A = Άρρενες, Θ = Θήλειες

Κατηγορίες νόσων	Result of treatment								Categories of disease
	Αμετάβλητο - Unchanged		Επιδείνωση - Aggravated		Θάνατος - Died		Ανυπόδημο - Undeclared		
	A - M	Θ - F	A - M	Θ - F	A - M	Θ - F	A - M	Θ - F	
Γενικό σύνολο	48.106	29.996	1.275	896	16.711	13.858	3343	3.068	Grand total
1. Infectious and parasitic diseases	1.175	643	33	14	284	257	78	40	1. Infectious and parasitic diseases
Cholera	—	—	—	—	—	—	—	—	Cholera
Typhoid fever	3	6	—	—	—	—	—	—	Typhoid fever
Shigellosis	10	11	1	1	—	—	—	—	Shigellosis
Food poisoning	2	—	—	—	—	—	—	—	Food poisoning
Amoebiasis	2	—	—	—	—	—	—	—	Amoebiasis
Intestinal infections due to other specified organisms	12	3	—	—	—	—	—	—	Intestinal infections due to other specified organisms
Ill-defined intestinal infections	201	147	10	3	—	11	11	11	Ill-defined intestinal infections
Paratyphoid fever	—	—	—	—	—	—	—	—	Paratyphoid fever
Pulmonary tuberculosis	3	—	—	—	—	—	—	—	Pulmonary tuberculosis
Other respiratory tuberculosis	301	96	5	2	56	17	14	14	Other respiratory tuberculosis
Tuberculosis of meninges and central nervous system	16	15	—	—	—	—	—	—	Tuberculosis of meninges and central nervous system
Tuberculosis of intestine, peritoneum and mesenteric glands	1	2	—	—	—	—	—	—	Tuberculosis of intestine, peritoneum and mesenteric glands
Tuberculosis of bones and joints	4	2	—	—	—	—	—	—	Tuberculosis of bones and joints
Tuberculosis of genito-urinary system	17	7	1	—	—	—	—	—	Tuberculosis of genito-urinary system
Other tuberculosis	7	9	—	—	—	—	—	—	Other tuberculosis
Plague	—	—	—	—	—	—	—	—	Plague
Brucellosis	—	—	—	—	—	—	—	—	Brucellosis
Leprosy	23	7	—	—	—	—	—	—	Leprosy
Diphtheria	2	2	—	—	—	—	—	—	Diphtheria
Whooping cough	2	8	—	—	—	—	—	—	Whooping cough
Streptococcal sore throat, scarlet fever and erysipelas	9	15	—	—	—	—	—	—	Streptococcal sore throat, scarlet fever and erysipelas
Meningococcal infection	1	—	—	—	—	—	—	—	Meningococcal infection
Tetanus	2	5	2	1	—	3	—	—	Tetanus
Septicemia	13	8	4	1	166	197	—	—	Septicemia
Other bacterial diseases	7	3	—	—	—	—	—	—	Other bacterial diseases
Acute poliomyelitis	1	—	—	—	—	—	—	—	Acute poliomyelitis
Smallpox	—	—	—	—	—	—	—	—	Smallpox
Measles	7	1	—	—	—	—	—	—	Measles
Rubella	10	1	—	—	—	—	—	—	Rubella
Yellow fever	—	—	—	—	—	—	—	—	Yellow fever
Arthropod-borne encephalitis	—	—	—	—	—	—	—	—	Arthropod-borne encephalitis
Viral hepatitis	2	2	1	1	2	3	—	—	Viral hepatitis
Rabies	200	66	4	3	7	4	17	17	Rabies
Trachoma	—	—	—	—	—	—	—	—	Trachoma
Other viral diseases	1	—	—	—	—	—	—	—	Other viral diseases
Louse-borne typhus	136	72	1	2	5	4	17	17	Louse-borne typhus
Other rickettsiosis	—	—	—	—	—	—	—	—	Other rickettsiosis
Malaria	7	—	—	—	—	—	—	—	Malaria
Leishmaniasis	5	3	—	—	—	—	—	—	Leishmaniasis
Trypanosomiasis	—	—	—	—	—	—	—	—	Trypanosomiasis
Other rickettsiosis and other arthropod-borne diseases	—	—	—	—	—	—	—	—	Other rickettsiosis and other arthropod-borne diseases
Syphilis	—	—	—	—	—	—	—	—	Syphilis
Gonococcal infections	13	9	1	—	—	—	—	—	Gonococcal infections
Other venereal diseases	—	—	—	—	—	—	—	—	Other venereal diseases
Non-syphilitic spirochaetal infections	5	—	—	—	—	—	—	—	Non-syphilitic spirochaetal infections
Myiasis	6	—	—	—	—	—	—	—	Myiasis
Schistosomiasis	12	10	—	—	—	—	—	—	Schistosomiasis
Echinococcosis	—	—	—	—	—	—	—	—	Echinococcosis
Fibrial infection and dracunculiasis	75	59	—	—	—	—	—	—	Fibrial infection and dracunculiasis
Ancylostomiasis and hookworms	—	—	—	—	—	—	—	—	Ancylostomiasis and hookworms
Other helminthiasis	—	—	—	—	—	—	—	—	Other helminthiasis
Late effects of tuberculosis	3	6	—	—	—	—	—	—	Late effects of tuberculosis
Late effects of acute poliomyelitis	—	—	—	—	—	—	—	—	Late effects of acute poliomyelitis
Other infectious and parasitic diseases	2	—	—	—	—	—	—	—	Other infectious and parasitic diseases
2. Neoplasms	7.722	3.540	213	169	3.765	2.423	256	148	2. Neoplasms
Malignant neoplasm of lip, oral cavity and pharynx	32	16	3	—	28	6	2	2	Malignant neoplasm of lip, oral cavity and pharynx
Malignant neoplasm of oesophagus	24	4	1	—	21	15	1	1	Malignant neoplasm of oesophagus
Malignant neoplasm of stomach	156	95	4	6	131	68	10	10	Malignant neoplasm of stomach
Malignant neoplasm of small intestine, including duodenum	1	2	—	—	3	—	—	—	Malignant neoplasm of small intestine, including duodenum
Malignant neoplasm of colon	109	94	6	1	89	97	6	6	Malignant neoplasm of colon
Malignant neoplasm of rectum, sigmoid colon, junction and anus	41	52	2	5	26	29	5	5	Malignant neoplasm of rectum, sigmoid colon, junction and anus
Malignant neoplasm of liver, classified as primary	132	35	7	5	222	106	8	8	Malignant neoplasm of liver, classified as primary
Malignant neoplasm of pancreas	69	26	7	5	109	77	3	3	Malignant neoplasm of pancreas
Malignant neoplasm of digestive organs and peritoneum	40	39	—	2	48	36	1	1	Malignant neoplasm of digestive organs and peritoneum
Malignant neoplasm of larynx	80	6	4	1	36	3	4	4	Malignant neoplasm of larynx
Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung	3.005	385	44	3	840	123	27	27	Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung

M = Male, F = Female

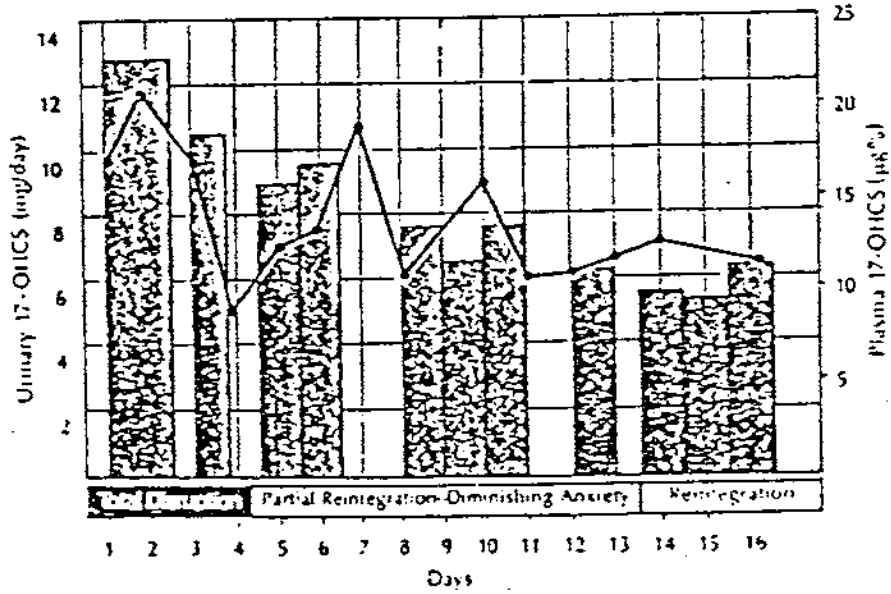
Πίνακας 3
(Συνέχεια)

(Continued)

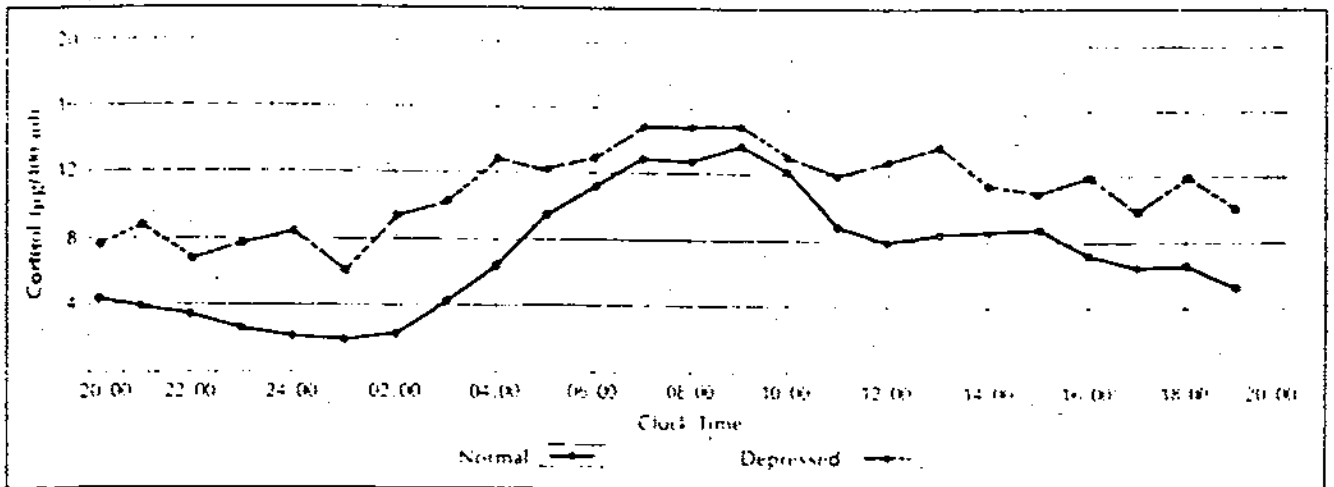
Κατηγορίες νοσούντων	Έκβαση νοσηρίας — Result of treatment														Κατηγορίες ασθενειών
	Σύνολο Total		Έκβαση νοσηρίας — Result of treatment				Αμετάβλητα — Unchanged		Επιδεικνύονται — Aggravated		Θάνατος — Died		Ανεπίλυτα — Undeclared		
	A-M	Θ-F	A-M	Θ-F	A-M	Θ-F	A-M	Θ-F	A-M	Θ-F	A-M	Θ-F	A-M	Θ-F	
Λοιπά κακοήγη νεοπλασμάτα των οργάνων του αναπνευστικού συστήματος και των ενδοθωρακικών οργάνων	147	81	1	—	112	63	15	13	1	1	18	4	—	—	Other malignant neoplasms of respiratory and intrathoracic organs
Κακοήγη νεοπλασμάτα των οστών και των αρθρώσεων χόνδρων	342	200	4	3	291	166	22	13	3	2	22	16	—	—	Malignant neoplasm of bone and articular cartilage
Κακοήγη μελάγχωα του δέρματος	326	310	4	8	283	288	20	20	5	—	13	13	3	1	Malignant melanoma of skin
Άλλα κακοήγη νεοπλασμάτα του δέρματος	782	546	14	20	732	500	26	16	—	2	6	7	4	1	Other malignant neoplasm of skin
Κακοήγη νεοπλασμάτα του γυναικείου μαστού	—	6.511	—	54	—	5.883	—	302	—	30	—	233	—	9	Malignant neoplasm of female breast
Λοιπά κακοήγη νεοπλασμάτα των οστών, του συνδετικού ιστού, του δέρματος και του μαστού	473	299	5	6	398	252	48	30	2	2	15	9	5	—	Other malignant neoplasms of bone, connective tissue, skin and breast
Κακοήγη νεοπλασμάτα του τραχήλου της μήτρας	—	1.544	—	10	—	1.469	—	—	—	2	—	33	—	2	Malignant neoplasm of cervix uteri
Κακοήγη νεοπλασμάτα του πλακούντια	—	7	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	Malignant neoplasm of placenta
Κακοήγη νεοπλασμάτα της μήτρας, άλλα και μη καθορισμένα	—	1.058	—	14	—	959	—	—	—	1	—	38	—	4	Malignant neoplasm of uterus, other and unspecified
Κακοήγη νεοπλασμάτα των ωοθηκών και άλλων εξαρτημάτων της μήτρας	—	2.382	—	17	—	2.214	—	—	—	4	—	62	—	8	Malignant neoplasm of ovary and other uterine adnexa
Κακοήγη νεοπλασμάτα των ωοθηκών και άλλων εξαρτημάτων της μήτρας	1.950	—	40	—	1.587	—	211	—	17	—	94	—	6	—	Malignant neoplasm of prostate
Κακοήγη νεοπλασμάτα του προστάτη	481	7	7	—	441	—	24	—	—	—	7	—	2	—	Malignant neoplasm of testis
Κακοήγη νεοπλασμάτα των ορχιδών	4.659	763	101	9	4.122	676	279	49	10	1	126	26	21	2	Malignant neoplasm of bladder
Κακοήγη νεοπλασμάτα της ουροδόχου κύστης	696	629	6	10	605	543	50	42	2	9	28	23	5	2	Other malignant neoplasms of genito-urinary organs
Λοιπά κακοήγη νεοπλασμάτα των ενδοκρινικών οργάνων	669	462	5	7	521	354	54	42	1	1	86	57	2	1	Malignant neoplasm of brain
Κακοήγη νεοπλασμάτα του θυροειδούς	7.742	7.372	76	131	5.702	5.771	604	463	44	43	1.285	947	31	17	Malignant neoplasm of other and unspecified sites
Λοιπά κακοήγη νεοπλασμάτα άλλων και μη καθορισμένων εντάσεων	991	468	9	1	779	364	175	63	2	2	20	18	6	—	Hodgkin's disease
Νόσος του Hodgkin	3.211	2.381	15	22	2.650	1.970	331	214	12	13	196	155	5	7	Leukaemia
Λευχαιμία	4.422	2.706	23	14	3.637	2.144	559	368	24	19	169	124	10	17	Other malignant neoplasms of lymphatic and haemopoietic tissue
Λοιπά κακοήγη νεοπλασμάτα του λιμφοειδούς και αιμοποιητικού ιστού	526	555	207	222	293	306	21	20	—	—	2	1	3	4	Benign neoplasm of skin
Καλοήγη νεοπλασμάτα του δέρματος	107	2.392	58	—	45	1.216	2	78	—	—	—	—	—	15	Benign neoplasm of breast
Καλοήγη νεοπλασμάτα του μαστού	—	3.619	—	—	—	2.009	—	73	—	—	—	—	—	6	Benign neoplasm of uterus
Καλοήγη νεοπλασμάτα της μήτρας	—	109	—	53	—	43	—	12	—	—	—	—	—	1	Benign neoplasm of ovary
Καλοήγη νεοπλασμάτα των ωοθηκών	3.160	652	768	173	2.065	433	282	37	1	2	9	1	35	6	Benign neoplasm of kidney and other urinary organs
Καλοήγη νεοπλασμάτα των νεφρών και άλλων οργάνων του ουροποιητικού συστήματος	397	407	22	20	257	295	79	62	1	—	35	25	3	5	Benign neoplasm of nervous system
Καλοήγη νεοπλασμάτα του νευρικού συστήματος	52	162	16	81	61	22	14	19	—	—	—	—	—	1	Benign neoplasm of thyroid
Καλοήγη νεοπλασμάτα του θυροειδούς	3.852	4.237	1.283	1.555	2.162	2.313	356	331	4	2	19	13	28	23	Other benign neoplasm
Άλλα καλοήγη νεοπλασμάτα	3	9	—	1	2	6	1	—	—	—	—	—	—	—	Carcinoma in situ
Καρτινωμάτα II στα	2.382	1.970	206	429	1.236	1.136	860	251	10	5	49	33	19	14	Other and unspecified neoplasm
Άλλα και μη καθορισμένα νεοπλασμάτα	31.402	18.244	479	2.145	9.249	14.928	1.380	1.628	24	35	231	317	87	119	3. Endocrine and metabolic diseases, nutritional deficiencies, immunity disorders
3. Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα, διαταραχές της θωρακικής και ανοσοποιητικής διαταραχής	1.447	5.530	317	1.730	929	3.289	187	465	3	5	5	5	6	36	Disorders of thyroid gland
Διαταραχές του θυροειδούς αδένου	7.506	10.191	260	311	6.466	9.059	525	452	15	16	174	266	66	67	Diabetes mellitus
Σακχαρώδη διαβήτης	142	118	3	4	115	105	22	8	—	—	—	—	2	1	Hyperlipoproteinaemia
Υπερλιπιδωπρωτεϊναιμία	68	144	—	2	49	106	19	30	—	2	—	—	—	4	Obesity of non-endocrine origin
Παραποσία μη ενδοκρινικής προέλευσης	1.895	1.851	79	84	1.461	1.276	320	448	4	11	25	22	9	10	Other endocrine and metabolic diseases, immunity disorders
Άλλα ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα και ανοσοποιητικές διαταραχές	109	24	1	—	26	12	48	8	2	—	24	3	—	—	AIDS disease
Νόσος AIDS	3	2	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	Kwashiorkor
Kwashiorkor	5	3	—	—	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—	Nutritional marasmus
Μαρσαζμός από έλλειψη διατροφής	285	255	101	7	65	68	209	178	—	1	1	1	1	—	Other protein-calorie malnutrition
Άλλος υποσιτισμός πρωτεΐνης-θρυαίνων	145	146	10	5	83	101	50	39	—	2	—	—	—	1	Avitaminosis
Αξταμίνωση	26.017	25.888	613	691	20.555	20.513	4.628	4.462	34	30	114	95	77	97	4. Diseases of blood and blood-forming organs
4. Νοσήματα του αίματος και των αιματοποιητικών οργάνων	23.391	24.188	513	613	18.527	19.180	4.206	4.232	29	24	61	58	55	81	Abacemia
Ανοσιμίες	2.626	1.700	100	78	2.028	1.333	414	230	9	6	53	37	22	16	Other diseases of blood and blood-forming organs
Άλλα νοσήματα του αίματος και των αιματοποιητικών οργάνων	20.845	10.631	477	304	15.120	8.437	4.587	1.534	94	41	231	251	124	55	5. Mental disorders
5. Ψυχικές διαταραχές	458	786	13	17	296	461	84	200	8	12	55	93	2	3	Senile and presenile organic psychotic conditions
Γεροντικές και προγεροντικές οργανικές ψυχικές καταστάσεις	1.591	579	42	13	1.089	412	393	123	3	—	46	28	16	3	Schizophrenic psychoses
Σχιζοφρενικές ψυχώσεις	1.907	2.233	37	37	1.559	2.021	280	244	6	8	13	12	17	11	Affective psychoses
Συναίσθηματικές ψυχώσεις	6.267	3.556	101	59	4.942	2.842	1.096	531	26	19	74	91	28	14	Other psychoses
Άλλες ψυχώσεις	3.752	1.646	133	61	2.345	1.382	1.225	181	25	4	5	8	19	10	Neurotic and personality disorders
Νευρωσίες και διαταραχές της προσωπικότητας	1.678	81	39	3	1.278	64	318	12	—	—	—	—	—	—	Alcohol dependence syndrome
Σύνδρομο αλκοολικής εξαρτητικότητας	1.315	85	62	2	1.025	60	213	23	5	—	6	—	—	—	Drug dependence
Φαρμακευτική εξάρτηση	110	89	3	5	82	64	24	19	1	—	—	—	—	—	Physiological malnutrition arising from mental factors
Διαταραχές ενδοκρινικών λειτουργιών που προκύπτουν από ψυχικές διαταραχές	299	153	6	1	162	81	113	58	—	—	12	13	5	—	Mental retardation
Πνευματική καθυστέρηση	3.468	1.323	239	106	2.352	1.050	841	145	12	4	1	5	23	13	Other mental disorders
Άλλες ψυχικές διαταραχές	32.859	32.024	8.244	9.150	21.984	21.961	2.195	1.443	51	39	172	129	193	202	6. Diseases of the nervous system and sense organs
6. Νοσήματα του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων	471	299	135	59	260	189	49	32	6	4	17	14	4	1	Meningitis
Μηνιγγίτιδα	448	389	8	8	352	304	69	68	2	3	16	6	1	—	Parkinson's disease

П А Р А П Т И М А А

Πίνακας 4



Πίνακας 5



Κλίμακα μέτρησης του STRESS ή της συναλοθηματικής
 αναστάτωσης των HOLMES και RAHE

Συμβάν	Αξία
Θάνατος συζύγου	100
Διαζύγιο	73
Χωρισμός παντρεμένου ζευγαριού	65
Φυλάκιση	63
Θάνατος αγαπημένου μέλους της οικογένειας	63
Προσωπική βλάβη ή ασθένεια	53
Γάμος	50
Απόλυση από τη δουλειά	47
Συμφιλίωση παντρεμένων	45
Σύνταξη	45
Αλλαγή υγείας μέλους της οικογένειας	44
Εγκυμοσύνη	40
Δυσκολίες στο σεξ	39
Πρόσθεση νέου μέλους στην οικογένεια	39
Αναδιάρθρωση επιχείρησης	39
Αλλαγή στα οικονομικά	38
Θάνατος στενού φίλου	37
Αλλαγή προς διαφορετική δουλειά	36
Αλλαγή στον αριθμό των διαφωνιών του ζευγαριού	36
Υποθήκη ή μεγάλο δάνειο	31
Κατάσχεση της υποθήκης	30
Αλλαγή στις ευθύνες της δουλειάς	29
Γιος ή κόρη που αφήνει το σπίτι	29
Προβλήματα με τα πεθερικά	29
Σημαντικό προσωπικό επίτευγμα	28
Ο ή η σύζυγος αρχίζει ή σταματάει τη δουλειά	26
Αρχή ή τέλος του σχολείου	26
Αλλαγή στις συνθήκες της ζωής	25
Αναθεώρηση προσωπικών συνηθειών	24
Πρόβλημα με το αφεντικό	23
Αλλαγή στις ώρες ή συνθήκες εργασίας	20
Αλλαγή στη διαμονή	20
Αλλαγή σχολείου	20
Αλλαγή στις συνθήκες της ψυχαγωγίας	19
Αλλαγή σε θρησκευτικές δραστηριότητες	19
Αλλαγή σε κοινωνικές δραστηριότητες	18
Υποθήκη ή μικρό δάνειο	17
Αλλαγή στις συνήθειες του ύπνου	16
Αλλαγή στον αριθμό των συναθροίσεων της οικογένειας	15
Αλλαγή στις συνήθειες του φαγητού	15
Διακοπές	13
Περίοδος Χριστουγέννων	12
Μικρή παράβαση του νόμου	11

П А Р А П Т Н М А В

Η άσκηση χαλάρωσης και νοητικής εικονοπλασίας
της μεθόδου SIMONTON

1. Πηγαίνετε σε ένα ήσυχο δωμάτιο με απαλό φωτισμό. Κλείνετε την πόρτα και κάθεστε σε μια αναπαυτική καρέκλα με τα πόδια χαλαρά στο δάπεδο και τα μάτια κλειστά.
2. Αποκτήστε συνείδηση της αναπνοής σας.
3. Πάρτε μερικές βαθιές αναπνοές και καθώς εκπνέετε πείτε νοητικά τη λέξη «χαλάρωσε».
4. Συγκεντρωθείτε στο πρόσωπό σας και αισθανθείτε οποιαδήποτε ένταση σε αυτό. Απεικονίστε νοητικά αυτή την ένταση —π.χ. ένα σχοινί δεμένο σε κόμπο ή μια σφιγμένη γροθιά— και μετά δείτε τη να χαλαρώνει.
5. Αισθανθείτε τους μυς του προσώπου και των ματιών σας να χαλαρώνουν. Καθώς χαλαρώνουν, αισθανθείτε ένα κύμα χαλάρωσης να απλώνεται μέσα στο σώμα σας.
6. Σφίξτε δυνατά τους μυς του προσώπου σας καθώς κι εκείνους που βρίσκονται γύρω από τα μάτια σας. Μετά χαλαρώστε τους και αισθανθείτε τη χαλάρωση να απλώνεται σε όλο σας το σώμα.
7. Πιο σιγά στο σαγόι, λαιμό, πλάτη, βραχίονες, χέρια, στήθος, κοιλιά μηρούς, γάμπες, αστράγαλους, πατούσες, δάχτυλα —μέχρις ότου να χαλαρώσει αρκετά κάθε μέρος του σώματός σας. Για κάθε τμήμα απεικονίζετε νοητικά την ένταση και μετά τη βλέπετε να διαλύεται και να επιτρέπει τη χαλάρωση.
8. Τώρα δείτε τον εαυτό σας σε ευχάριστο, φυσικό περιβάλλον, οπουδήποτε αισθάνεστε αναπαυστικά. Γεμίστε το νοητικά με λεπτομέρειες χρώματος, ήχου και αφής.
9. Συνεχίστε να βλέπετε νοητικά τον εαυτό σας πολύ χαλαρωμένο σε αυτό το φυσικό μέρος για δύο με τρία λεπτά.
10. Μετά απεικονίστε νοητικά τον καρκίνο, είτε όπως είναι πραγματικά είτε με συμβολική γλώσσα. Σκεφτείτε τον καρκίνο να αποτελείται από πολύ ασθενή κύτταρα που τα έχουν χαμένα. Θυμηθείτε ότι τα σώματά μας καταστρέφουν καρκινικά κύτταρα χιλιάδες φορές στη διάρκεια μιας ζωής. Καθώς απεικονίζετε τον καρκίνο σας, αντιληφτείτε ότι η ανάρρωσή σας απαιτεί από την άμυνα του σώματός σας να βρίσκεται σε φυσιολογική, υγιή κατάσταση.

11. Αν κάνετε τώρα τη θεραπεία σας, δείτε τη να μπαίνει στο σώμα σας με έναν τρόπο που σας είναι κατανοητός. Αν εξασκείτε θεραπεία ακτινοβολίας, απεικονίστε την σαν ακτινοβολία εκατομμυρίων σφαιρών ενέργειας που χτυπάνε οποιοδήποτε κύτταρο βρουν στο δρόμο τους. Τα φυσιολογικά κύτταρα είναι ικανά να επισκευάσουν οποιαδήποτε βλάβη συμβεί, αλλά τα καρκινικά δεν μπορούν, γιατί είναι αδύναμα. (Αυτός είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες επάνω στους οποίους στηρίζεται η θεραπεία με ακτινοβολία). Αν παίρνετε χημειοθεραπεία, απεικονίστε το φάρμακο να φτάνει στο σώμα σας και να μπαίνει στο αίμα σας. Απεικονίστε το να δρα σαν δηλητήριο. Τα φυσιολογικά κύτταρα είναι έξυπνα και δυνατά και έτσι δεν παίρνουν το δηλητήριο τόσο γρήγορα. Το καρκινικό κύτταρο όμως είναι αδύναμο και έτσι χρειάζεται μικρή προσπάθεια για να θανατωθεί. Απορροφά το δηλητήριο, πεθαίνει και αποβάλλεται από το σώμα σας.

12. Απεικονίστε τα λευκά αιμοσφαίρια του σώματος να έρχονται στην καρκινοπαθή περιοχή, να αναγνωρίζουν τα ανώμαλα κύτταρα και να τα καταστρέφουν. Υπάρχει ένας πολύ μεγάλος στρατός λευκών αιμοσφαιρίων. Είναι πολύ δυνατά και επιθετικά. Επίσης είναι πολύ έξυπνα. Ουσιαστικά δεν υπάρχει αγώνας ανάμεσα σε αυτά και στα καρκινοκύτταρα. Τα λευκά θα κερδίσουν τη μάχη στα σίγουρα.

13. Δείτε τον καρκίνο να συρρικνώνεται. Δείτε τα νεκρά κύτταρα να μεταφέρονται από τα λευκά αιμοσφαίρια μακριά και να αποβάλλονται από το σώμα σας, μέσω του ήπατος και των νεφρών, στα ούρα και στα κόπρανα.

- Αυτή είναι η προσδοκία σας σχετικά με το τι θέλετε να συμβεί.
- Συνεχίστε να βλέπετε τον καρκίνο να συρρικνώνεται μέχρις ότου χαθεί.
- Δείτε τον εαυτό σας πιο ενεργητικό και με καλύτερη όρεξη. Δείτε τον ικανό να αισθάνεται άνετα και να αγαπιέται από την οικογένειά σας καθώς ο καρκίνος συρρικνώνεται και τελικά εξαφανίζεται.

14. Αν νιώσετε πόνο οποιοδήποτε στο σώμα σας, δείτε το

στρατό των λευκών αιμοσφαιρίων να καταφτάνει στην περιοχή και να μαλακώνει τον πόνο. Όποιο κι αν είναι το πρόβλημα, δώστε στο σώμα σας τη διαταγή να αυτοθεραπευτεί. Οραματιστείτε το σώμα σας να αναρρώνει.

15. Φανταστείτε τον εαυτό σας να είναι καλά, ελεύθερος από ασθένεια και γεμάτος ενέργεια.

16. Απεικονίστε τον εαυτό σας να πετυχαίνει τους στόχους του στη ζωή. Δείτε το σκοπό σας στη ζωή να εκπληρώνεται, τα μέλη της οικογένειάς σας να τα καταφέρνουν καλά, τις σχέσεις με τους γύρω σας να αποκτούν περισσότερο νόημα. Να θυμάστε ότι έχοντας σοβαρούς λόγους να είστε καλά, βοηθάτε την ανάρρωση. Έτσι χρησιμοποιείτε αυτό το χρόνο για να εστιαστείτε στις προτεραιότητες της ζωής σας.

17. Συγχαρείτε τον εαυτό σας για τη συμμετοχή του στην ανάρρωση. Δείτε τον να κάνει αυτή την εργασία οραματισμού τρεις φορές την ημέρα παραμένοντας ξύπνιος και σε εγρήγορση καθώς την εκτελεί.

18. Αφήστε τώρα τους μυς των βλεφάρων σας να χαλαρώσουν, ετοιμαστείτε να ανοίξετε τα μάτια σας και αποκτήστε συνείδηση του φυσικού χώρου σας.

19. Τώρα ανοίξτε τα μάτια σας. Είστε έτοιμοι να αναλάβετε τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

ΑΠΟ Γ. ΠΑΠΑΦΙΛΙΠΠΟΥ

Ο μικρός Σεμπάστιαν, που γεννήθηκε με φυσιολογικό τοκετό στις 20.9.85 στη Γερμανία, μας επισκέφτηκε στις 2.5.89 μετά από εγχείριση νεφροβλαστώματος αριστερού νεφρού.

3 μηνών εμφάνισε ρινίτιδα και αργότερα βρογχίτιδες, που επαναλαμβάνονταν κατά καιρούς.

Ενός έτους εμφάνισε τετάνου, χωρίς παρενέργειες.

Αργότερα εμφάνισε εξάνθημα στο πρόσωπο, κόκκινο με απολέπιση, σαν πληγή καθώς και στον δεξιό βραχίονα και στην αριστερή μπρογεννητική περιοχή.

Τα ούρα μυρίζαν κατά καιρούς έντονα, που έβαφαν τα πάνπερς καφέ.

Παιδικές αρρώστιες: παρωτίτιδα και ανεμοβλογιά τεσσάρων ετών.

Ένα μήνα πριν (1.4.89) εμφάνισε αιματοουρία έντονη, με πύγματα κόκκινα και καφέ. Τα επόμενα ούρα δεν ήταν πιά σκούρα, αλλά σκηνάζαν λεπτό στρώμα σαν πέτσα στην επιφάνεια του δοχείου.

Με υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε όγκος στον αριστερό νεφρό και το παιδί χειρουργήθηκε αμέσως (5.4.89) και αφαιρέθηκε ο αριστερός νεφρός.

Ο παθολογοανατομικός έλεγχος έδειξε: Νεφροβλάστωμα IIIa κατά Beckwith και Palmer, χωρίς ανάπλαση. Η κάψα του νεφρού είχε διηθηθεί εκ των έσω, αλλά χωρίς να έχει διασπασθεί. Τα αγγεία, ο ουρητήρας και τα λεμφογάγγλια ελεύθερα. Σταδιοποίηση: pT2, pN0, pMx

Οι γονείς του αρρώστου αρνήθηκαν τη χημειοθεραπεία, που πρότειναν οι γιατροί, και ήρθαν στην Ομοιοπαθητική για συμπληρωματική θεραπεία.

Συμπληρωματικά στοιχεία του ι-

στορικού: Κατά καιρούς ο μικρός εμφανίζει οίδημα στο δεξιό μάτι και κυρίως στο άνω βλέφαρο, το πρωί που ξυπνάει. Μέχρι το βράδυ υποχωρούσε μόνο του.

Μέχρι 4-5 μηνών, όσο θήλαζε, εμφάνιζε δυσκοιλιότητα.

Κατά την οδοντοφυΐα εμφάνιζε διάρροια.

Από νήπιο μέχρι σήμερα έχει εξάνθημα σα νυκίδα στο τριχωτό του κεφαλιού.

Τα πόδια είναι κρύα, αλλά συχνά την νύχτα είναι ζεστά και τα ξεσκεπάζει.

Στον αέρα εμφανίζει δακρύρροια και ερυθρότητα στην άκρη των βλεφάρων.

Οι εκκρίσεις της μύτης δημιουργούσαν κάποτε κρούστες και καμιά φορά ήταν κολλώδεις. Από την καταρροή κάποιες φορές δημιουργείται σκάσιμο στα ρουθούνια.

Μερικές φορές τριγωνική κυάνωση στο άνω χείλος, χωρίς ιδιαίτερες συνθήκες.

Οι κενώσεις είναι συχνά μαλακές και κάποτε μυρίζουν έντονα, συνήθως ζινά. Επίσης τα ούρα μυρίζουν καμιά φορά έντονα σαν αμμωνία.

Φίμωση.

Μπλέ κύκλοι γύρω από τα μάτια.

Ιδρώνει πολύ στο τριχωτό του κεφαλιού, δεν μυρίζει άσχημα.

Ψυχομός: Αν δεν καταφέρει κάτι φωνάζει ή κλαίει. Θέλει την τάξη από μωρό. Ακόμα κι όταν δεν μιλούσε, όταν του έδιναν μαρμελάδα, ήθελε να κλείσουν πρώτα το σκέπασμα και μετά πούχαζε.

Είναι ευαίσθητος στον πόνο.

Κάθε βράδυ πηγαίνει στο κρεβάτι των γονιών του.

Δεν είναι υπάκουος ακόμα κι αν του απαγορεύσουν κάτι, κάνει αυτό που θέλει. Κλαίει αν του φωνά-

ζουν ή αν του αρνηθούν κάτι.

Χρειάζεται αρκετή ώρα για να συνηθίσει τους ξένους. Τα ξένα παιδιά, του παίρνουν τα πράγματα. Στα γνωστά ορμάει.

Κλαίει με απότομους δορύβους.

Θέλει χάδια από τους δικούς τους.

Νευριάζει, φωνάζει, κλαίει.

Εύδικτος. Θέλει παρηγοριά. Ζηλεύει την αδελφή του.

Τρίζει τα δόντια στον ύπνο. Κινείται στο κρεβάτι, κατά τον ύπνο.

Φωνάζει όταν δεν έχει κάτι να κάνει, και βαριέται.

Φοβάται τα βαθειά νερά.

Συνήθειες: Η όρεξη είναι πολύ μειωμένη.

Απέχθεια στο γάλα και βραστά φαγητά.

Επιθυμεί: Πορτοκάλια, φρούτα, αγγούρι, τουρσί, μουςτάρδα, ραπανάκι, γλυκά, σοκολάτα. Γλείφει πάγο.

Πίνει μόνο λίγο.

Κληρονομικό: Μπέρα: στην παιδική ηλικία είχε άσθμα. Έχει έκζεμα. Ρινίτιδα. Ελκώδης κολίτις. Συχνές λευκόρροιες. Χρήστης κασίς. Πατέρας: Αλλεργική ρινίτιδα, Γοννόρροιες. Για πολλά χρόνια μέχρι πριν 3 χρόνια χρήστης κασίς και LSD.

Παππούδες και γιαγιάδες: αλλεργικές ρινίτιδες, καρδιοπάθειες, αιμοραγεία, εγκαφαλικά επεισόδια.

Εργαστηριακά: Σίδηρος ορού: 32 mg%, Hb: 11, 8mg%, Ht: 35 mg%.

Ο άρρωστος παίρνει Seria (200 CHX 3).

Τον άρρωστο τον ξαναβλέπουμε σε 5 μήνες (14.10.89). Ο σίδηρος έχει ανέβει (από 32 στο 58). Hb: 12,3 gr%, Ht: 37 mg%.

Είναι λιγότερο ευαίσθητος στον πόνο. Του πήραν αίμα και δεν έκλα-



με, ούτε όταν πέφτει και κτυπάει κλαίει. Γενικά τον πουχάζει κανείς ευκολότερα. Πριν φοβόταν να λουστεί, το ντους. Τώρα δεν φοβάται πιά.

6 εβδομάδες μετά το φάρμακο η όρεξη βελτιώθηκε πολύ. Συνεχίζει να μην θέλει να φάει μαγειρεμένο φαγητό.

Στο παιχνίδι κουράζεται και χρειάζεται να ξαπλώσει για λίγο.

Πριν μερικές εβδομάδες πρόσπηκε για λίγο το πρόσωπο.

15 ημέρες μετά το φάρμακο εμφανίστηκε βήχας και πυρετός με παραμιλητό. Κράτησε μόνο ένα βράδυ.

Μόνο μια φορά είχε κάκοσμη διάρροια. Οι κενώσεις δεν είναι πια μαλακές. Τα ούρα δεν μυρίζουν πιά.

Τρίζει ακόμα τα δόντια στον ύπνο. Εξάνθημα δεν εμφανίστηκε.

Πάει κάθε βράδυ στο κρεβάτι της μητέρας, από τότε που εκείνη άρχισε να δουλεύει.

Κρύα πόδια.

Δεν έχει πια μαύρους κύκλους γύρω από τα μάτια.

Κλαίει πολύ λιγότερο. Δεν είναι πια τόσο υπερκινητικός στο κρεβάτι.

Τον άρρωστο τον ξαναβλέπουμε στις 15.12.89. Παραπονείται ότι από 3-4 εβδομάδες η όρεξή του μειώθηκε. Το πρόσωπό του είναι ωχρο. Αισθάνεται πιο αδύναμος. Από τον Οκτώβριο εμφανίστηκε εξάνθημα στο αριστερό αντιβράχιο, στα δάκτυλα και γύρω από το στομα.

Ο σίδηρος κατέβηκε πάλι στο 31 mg% και ο Ht: 35,4 mg%, TKE: 14/40 mm.

Επαναλαμβάνουμε Seria.

Ξαναβλέπουμε τον άρρωστο σε τρεις μήνες και αισθάνεται γενικά πολύ καλύτερα. Το έκζεμα έχει βελτιωθεί πάρα πολύ. Οι δυνάμεις του είναι πολύ καλές.

Πριν λίγες ημέρες εμφάνισε πυρετό και διογκωμένες αμυγδαλές.

Όλα τα συμπτώματα υποχώρησαν

από μόνα τους σε μιάμιση ημέρα. Ύπνος καλός, ήσυχος. Δεν είναι πια ιδιαίτερα νευρικός. Κλαίει λιγότερο.

18.7.90 TKE: 8/25 mm, σίδηρος: 60, Ht: 36,4 mg%, Hb: 12,9 mg%.

Τον άρρωστο τον είδαμε για τελευταία φορά στις 21.10.91.

Εργαστηριακά ευρήματα: Ht: 39,4 mg%, Hb: 14 mg%, σίδηρος: 91, TKE: 8/25 mm.

Η γενική κατάσταση της υγείας του αρρώστου είναι πάρα πολύ καλή.

Έχει υπλώσει περισσότερο από τον μέσο όρο για την ηλικία του.

Είναι δυνατός και δραστήριος. Παίζει και παίρνει μέρος στην γυμναστική όπως όλοι οι συμμαθητές του.

Εξάνθημα εμφανίστηκε μιά φορά

νο για λίγες ημέρες και υποχώρησε από μόνο του. Δεν έχει καθόλου πρόβλημα ρινίτιδας.

Ο γιατρός που τον παρακολουθεί στη Γερμανία είναι απόλυτα ευχαριστημένος και φυσικά και εμείς. ☺

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΝ ΟΓΚΟΛΟΓΟ Κ. ΓΕΡΑΣΙΜΟ ΡΗΓΑΤΟ
ΠΡΟΕΔΡΟ ΤΗΣ "ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ"

ΕΡ.: Κύριε Ρηγάτο, μπορούμε να δώσουμε έναν ορισμό του καρκίνου;

ΑΠ: Λέγοντας καρκίνο στην καθημερινή ζωή ο κόσμος όλος εννοεί ένα σύνολο κακοηθών παθήσεων στα οποία περιλαμβάνονται καρκίνος, λεμφώματα, λευχαιμίες, σαρκώματα κ.λ.π. Τώρα πιο αυστηρά καρκίνος είναι μια κακοήθης πάθηση η οποία προκαλείται από άναρχο και ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των κυττάρων, που γίνεται εις βάρος του οργανισμού στον οποίο αναπτύσσεται. Ο καρκίνος έχει την ιδιότητα όταν αφαιρείται να υποτροπιάζει τοπικά και να δίνει κύτταρα τα οποία εγκαθίστανται σε άλλα μέρη του σώματος προκαλώντας μεταστάσεις.

ΕΡ: Ποια είναι δηλαδή η ερμηνεία των μεταστάσεων;

ΑΠ: Είναι ένα φορτίο, μια μάζα όγκου από την οποία διάφορα κύτταρα φεύγουν είτε παραλαμβάνονται από τα αιμοφόρα είτε τα λεμφικά αγγεία, εγκαθίστανται σε διάφορα μέρη και με άγνωστο μηχανισμό κάποια στιγμή, είτε λόγω γενικότερης κάμψης ανοσολογικής είτε λόγω άλλων προβλημάτων του οργανισμού καταλήγει να εμφανιστεί πάλι ένας όγκος. Ένα κύτταρο να έχει μείνει από τον καρκίνο οπουδήποτε αρκεί να δώσει ανάπτυξη σε μια μετάσταση.

ΕΡ: Ένα καρκινικό κύτταρο όμως μπορεί να εμφανιστεί ανά πάσα στιγμή σε έναν οποιοδήποτε οργανισμό.

ΑΠ: Υπό την επίδραση οιοδήποτε εξωτερικών ή εσωτερικών παραγόντων ένα οποιοδήποτε φυσιολογικό κύτταρο μπορεί να μεταλαχθεί και να εκτραπεί.

ΕΡ: Αυτό όμως δε σημαίνει απαραίτητα ότι το άτομο θα εμφανίσει καρκίνο.

ΑΠ: Αυτό δε σημαίνει καθόλου, γιατί υπάρχουν αμυντικοί μηχανισμοί στον οργανισμό, οι οποίοι είναι ανοσολογικοί, φαγοκυτταρικοί ή άλλοι διάφοροι οι οποίοι αυτά τα κύτταρα κατά κανόνα τα εξουδετερώνουν. Κάποια στιγμή υπό την επίδραση αγνώστων ή ελεγχόμενων παραγόντων οι μηχανισμοί αυτοί μπορεί να είναι ανεπαρκείς να εξουδετερώσουν ή μπορεί ο ρυθμός της παραγωγής των καρκινικών κυττάρων να είναι πάρα πολύ μεγάλος. Υπό την επίδραση ενός εξωγενούς καρκινογόνου παράγοντα όπως ακτινοβολία, χημικά καρκινογόνα κ.λ.π. και εκεί πια η διατάραξη της ισορροπίας να γίνει υπέρ των καρκίνων και κατά των αμυντικών μηχανισμών του οργανισμού.

ΕΡ: Το καρκινικό κύτταρο σε σχέση με τα άλλα κύτταρα του οργανισμού έχει κάποιες ομοιότητες έχει κάποιες διαφορές.

ΑΠ: Ναι. Το καρκινικό κύτταρο έχει βασικώς τη διαφορά πως πολλαπλασιάζεται. Ενώ τα φυσιολογικά κύτταρα του οργανισμού στερούνται τη δυνατότητα του πολλαπλασιασμού. Έχουν απλώς μια ανανέωση, κάποιο ρυθμό αναπαραγωγής, εκτός από τα γεννητικά κύτταρα και τα κύτταρα του αίματος.

ΕΡ: Έχω διαβάσει σχετικά ότι το καρκινικό κύτταρο είναι ένα μπλεγμένο κύτταρο, ένα ζαλισμένο κύτταρο και σε σύγκριση με τα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος είναι πολύ πιο αδύναμο, ισχύει αυτό; είναι πραγματικό;

ΑΠ: Δεν νομίζω. Τώρα "ζαλισμένο" είναι μια κουβέντα. Βέβαια είναι ένα κύτταρο μη φυσιολογικό καμιά φορά όμως η δυναμικότητά του μπορεί να είναι πολύ μεγαλύτερη από των φυσιολογικών κυττάρων.

ΕΡ: Αυτό εξαρτάται ανάλογα με το σε τι μορφές καρκίνου ανα-

φερόμαστε;

ΑΠ: Σε τι μορφές καρκίνου, βαθμός κακοήθειας, η αμυντική δυνατότητα του οργανισμού, δηλαδή είναι ένα σύνολο παραγόντων που αφορούν τόσο το καρκινικό όσο και τα υγιή κύτταρα και το σύνολο του οργανισμού.

Ύστερα το ένα δεν προκαλεί ποτέ νόσο. Απλώς το ένα θα κάνει 2 κύτταρα, τα 2 κύτταρα θα κάνουν πολλά και όταν τα κύτταρα φτάσουν σε όγκο να είναι, ας πούμε 10.000.000 κύτταρα, ή δε ξέρω πόσα, σε κάποιο πολύ μεγάλο αριθμό και τα έχουνε μια συγκεκριμένη μάζα, πάνω από 1 CM³, από ^{αυτό} και μετά αρχίζει και μπορεί να ανιχνευθεί νόσος. Ως τότε είναι μια κατάσταση που δεν την ξέρεις.

ΕΡ: Αναφορές για τον καρκίνο ιστορικά πότε βρίσκουμε για πρώτη φορά ;

ΑΠ: Είναι πανάρχαιες οι αναφορές. Βεβαίως όλοι οι αρχαίοι Έλληνες ξέρανε διάφορες μορφές καρκίνου, ο Ιπποκράτης και ο Γαληνός και όλοι οι αρχαίοι συγγραφείς αναφέρονται. Επιχειρούσαν διάφορες σκέψεις και διάφορες ερμηνείες για την παθογένειά του και συνήθως ενοχοποιούσαν την περίσσεια της "μέλαινας χολής" δηλαδή αυτό που εμείς τώρα λέμε μελαγχολία και έχουν βρεθεί πτώματα ή μούμιες πολλών χιλιάδων χρόνων που είχανε προσβληθεί από καρκίνο. Είναι μια αρχαία νόσος και αν θέλεις στην κλιμακα της βιολογικής της εξέλιξεως είναι πολύ αρχαία γιατί υπάρχει καρκίνος και σε φυτά και σε ζώα που σημαίνει πως είναι αρχαίο νόσημα στην οντογονία. Αλλά και στην ανθρώπινη ιστορία είναι ένα επίσης γνωστό νόσημα, πολύ γνωστό στην κλασσική αρχαιότη-

τα και με πολλές αναφορές και θεραπευτικές.

ΕΡ: Εκτός από "επαρρατη νόσος" έχει πάρει και άλλα ονόματα;

ΑΠ: Πως: Καρκίνος, νεόπλασμα, νεοπλασία και από κει και πέρα την ειδική ονομασία ανάλογα με την ιστολογική υφή και την προέλευση.

ΕΡ: Το "επαρρατη νόσος" είναι ένας κοινωνικός χαρακτηρισμός και για τέτοιους άλλους χαρακτηρισμούς ρωτάω.

ΑΠ: Είναι η "ξορκισμένη αρρώστεια" για τους μη γραμματισμένους. "Επαρρατη" είναι των εφημερίδων και των εγγραμμάτων. Άλλοι λένε "ξορκισμένη αρρώστεια, έξω από εδώ", "το ξορκισμένο". Έχουν την ίδια έννοια και αποδίδουν τον ίδιο στιγματισμό της νόσου και του φορέα της.

ΕΡ: Υπάρχουν μορφές καρκίνου που ήταν πιο συχνές παλαιότερα και υπάρχουν μορφές καρκίνου που είναι πιο συχνές σήμερα. Μπορούμε να μιλήσουμε για "νέες μορφές καρκίνου";

ΑΠ: Κατ' αρχήν ο καρκίνος ήταν πολύ σπανιότερος παλαιότερα. Είναι των τελευταίων 10ετιών η μεγάλη ανάπτυξη του καρκίνου. Δηλαδή ο καρκίνος υπήρχε αλλά υπήρχε σε σποραδικές περιπτώσεις. Η μεγάλη "άνθηση" είναι του 20ου αιώνα και μάλιστα όχι των πρώτων 10ετιών αλλά από τα μέσα ίσως και μετά που παίρνει αυτή την τεράστια κοινωνική εξάπλωση, ας πούμε, και βέβαια τα αίτια δεν είναι καθόλου άσχετα από τον τρόπο ζωής. Αναμφισβήτητα για τον καρκίνο υπάρχουν και χρονικές μεταβολές, ιδιαιτερότητες και διαφοροποιήσεις, αλλά και γεωγραφικές. Κάθε χώρα έχει τους δικούς της τύπους καρκίνου ας πούμε είναι άλλος ο καρκίνος στην κεντρική Αφρική που μπορεί να είναι το υπάτομα ή ο καρκίνος του πάγκρεας

κ.λ.π. άλλο στους Γιαπωνέζους, που είναι ο καρκίνος του στομάχου ή του οισοφάγου, άλλος στην Ευρώπη που είναι ο καρκίνος του πνεύμονα ή του παχέος εντέρου. Και πάλι χρονικά βλέπει κανείς να αλλάζει και αυτό εξαρτάται από διάφορους εξωτερικούς παράγοντες. Ας πούμε ο καρκίνος του πνεύμονος ήταν ο πρώτος σε συχνότητα στην Αμερική ή στην Ευρώπη, μετά όμως την αντικαπνισματική πολιτική πολλών ευρωπαϊκών χωρών και της Αμερικής ήδη ο καρκίνος του πνεύμονα περνάει σε δεύτερη μοίρα και είναι μπροστά ο καρκίνος του πεπτικού που πλέον συναρτάται με τις διατροφικές συνθήκες.

ΕΡ: Το ότι όπως είπατε και σεις ο καρκίνος είναι ένα χαρακτηριστικό της σύγχρονης εποχής αυτό οφείλεται μόνο στο νέο τρόπο ζωής ; Μήπως επίσης ορισμένα είδη καρκίνων παλαιότερα ερμηνεύοντα σαν άλλες ασθένειες και φαίνονταν έτσι πιο μικρός ο αριθμός των κρουσμάτων ;

ΑΠ: Όχι. Γιατί υπήρχαν συγκεκριμένα παρασκευάσματα, υπήρχαν εγχειρήσεις, υπήρχε το θεραπευτικό αποτέλεσμα που δικαιώνει τη διάγνωση. Είναι σαφώς ουσιαστική διαφορά στην συχνότητα πλέον.

ΕΡ: Μπορούμε να εξηγήσουμε με απλά λόγια τη λειτουργία των κυτταροστατικών φαρμάκων ;

ΑΠ: Ναι. Τα κυτταροστατικά φάρμακα έχουν διάφορους μηχανισμούς δράσης γι' αυτό είναι και καταταγμένα σε διαφορετικές φαρμακολογικές ομάδες και έχουνε διαφορετική φύση. Αλλά όλα έχουνε το κοινό γνώρισμα ότι δρουν σε κύτταρα που έχουν ζωηρή κινητικότητα. Δηλαδή που είναι σε φάσεις μεταβολικές, σε φάσεις κυτταρικού πολλαπλασιασμού. Ορισμένα από τα φάρ-

μακα έχουν την ιδιότητα να δρουν σε κύτταρα που βρίσκονται σε συγκεκριμένη φάση του κύκλου, ορισμένα άλλα δρουν ασχέτως φάσεως του κυτταρικού κύκλου, σε οποιαδήποτε δηλ. φάση κινητική και να βρίσκεται το κύτταρο.

ΕΡ: Μπορούμε δηλαδή να πούμε πως "εντοπίζουν" κάποια χαρακτηριστικά του καρκινικού κυττάρου;

ΑΠ: Όχι του καρκινικού κυττάρου. Σε υποκυτταρικούς σχηματισμούς δρουν τα πιο πολλά. Άλλα είναι αντιμεταβολίτες και δρουν μπλοκάροντας τη συγκεκριμένη ουσία και έτσι σταματά ο κυτταρικός κύκλος. Π.χ. άλλο μειάζει με κάποιο ένζυμο που είναι απαραίτητο για να προχωρήσει η διαίρεση του κυττάρου. Παίρνει το φάρμακο τη θέση αυτού του ενζύμου οπότε δεν προχωράει ο κυτταρικός κύκλος. Ας πούμε αυτός είναι ένας μηχανισμός. Άλλος μηχανισμός είναι να χορηγούν ελεύθερες ρίζες οργανικές οι οποίες πηγαίνουν στο DNA και το μετουσιώνουν με αποτέλεσμα πάλι να μη μπορεί να προχωρήσει ο κυτταρικός κύκλος. Άλλα δρουν με άλλους μηχανισμούς, άλλα με μικτούς. Δηλαδή το καθένα, η ορισμένα κατά ομάδες έχουν διαφορετικούς τρόπους που δρουν, άλλα όλα μαζί έχουν το κοινό αποτέλεσμα ότι σταματούν τη διαίρεση του κυττάρου. Έτσι που ο οργανισμός βρίσκει πια τη δυνατότητα αυτό το κύτταρο που δεν μπορεί να αναπαραχθεί που δεν μπορεί να πολλαπλασιαστεί, να το καταπολεμήσει.

ΕΡ: Η θεραπεία όμως αυτή και ίσως ιδιαίτερα η ακτινοβολία, προκαλεί κάποιες βλάβες στο ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου.

ΑΠ: Και οι δύο θεραπείες και η χημειοθεραπεία και η ακτι-

νοθεραπεία προκαλούν μια ανοσοκαταστολή. Αλλά αυτό εν μέρει δρα και θεραπευτικά. Τώρα σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να δράσει, προκαλώντας κάποια άλλη νοσηρότητα, είτε ευπάθεια σε λοιμώξεις είτε ευκαιριακές λοιμώξεις που αλλιώς δεν θα πάθαινε ο ασθενής.... Η πιθανότητα καρκινογένεσης από αυτή μας πούμε την επίδραση είναι πάρα πολύ απότερη και προϋποθέτει ότι θα γίνει καλά ο ένας καρκίνος. Θα υπάρξει μια πολύ μακρά επιβίωση και σε ένα πολύ απότερο χρόνο μπορεί να υπάρξει η ανάπτυξη ενός δευτέρου πρωτοπαθούς καρκίνου σαν αποτέλεσμα των θεραπευτικών χειρισμών. Η ανοσοκαταστολή αφορά κυρίως την ευπάθεια σε λοιμώξεις λόγω πτώσεως του αριθμού των λευκών και της άμυνας του οργανισμού γενικότερα.

ΕΡ: Δεν μπορούμε να πουμε πως η ενδογενής άμυνα του οργανισμού μπορεί να βοηθήσει στην καταπολέμηση του καρκίνου;

ΑΠ: Συνήθως δεν επαρκεί. Γιατί όσες φορές αφήσαμε καρκίνο αθεράπευτο κανένας οργανισμός δεν κατάφερε να τον θεραπεύσει μόνος του.

ΕΡ: Η θεραπεία με τα κυτταροστατικά φάρμακα, μες τη σκέψη μου νομίζω πως είναι μια κοινή φαρμακοθεραπεία, δηλαδή όπως είναι το φάρμακο που θα πάρεις για οποιαδήποτε άλλη ασθένεια είναι ένα φάρμακο που θα το πάρεις για τον καρκίνο. Γιατί έχει το ξεχωριστό όνομα "χημειοθεραπεία".

ΑΠ: Οχι, δεν έχει ξεχωριστό όνομα. "Χημειοθεραπεία" ονομάζεται και η αντιμικροβιακή. Δηλαδή το να δώσεις SETRIUM σε μια ουρολοίμωξη το να δώσεις AMOXIL, είναι και αυτό χημειοθεραπεία. Μάλιστα ο όρος πρωτοφτιάχθηκε όχι για τα

κυτταροστατικά αλλά τα αντιμικροβιακά. Είναι όρος που εισήγαγε ο DOMAC, ο οποίος βρήκε τις σουλφοναμίδες και είπε ότι τώρα φτιάχνουμε τη χημειοθεραπεία. Επιδή τις σουλφοναμίδες τις έφτιαξε χημικά, το ονόμασε χημειοθεραπεία. Από κει και πέρα επεκτάθηκε στα υπόλοιπα αντιβιοτικά και μόνο στο τέλος και κατ'αναλογία των αντιβιοτικών το πνεύμα εδόθηκε ο όρος χημειοθεραπεία στα κυτταροστατικά. Δηλαδή καθόλου δε σημαίνει υποχρεωτικά κυτταροστατική αγωγή ο όρος χημειοθεραπεία.

ΕΡ: Το ρωτάω γιατί επικρατεί η αντίληψη ότι χημειοθεραπεία είναι μια θεραπεία κατά του καρκίνου ειδικά.

ΑΠ: Όχι σημαίνει μια θεραπεία με χημικά μέσα. Τίποτα άλλο.

ΕΡ: Από το 1985 που έχει εκδοθεί το βιβλίο ^{6α} "εισαγωγή στην ψυχοκοινωνική ογκολογία" υπήρχε μια διαφωνία για το αν θα πρέπει ο ασθενής να γνωρίζει ή όχι την ασθένειά του. Και είχατε γράψει ότι οι ασθενείς που γνώριζαν ήταν πιο συνεργάσιμοι, ερχόντουσαν πιο εύκολα να κάνουν την θεραπεία που τους είχε υποδειχθεί και τελικά αναφέρατε ότι έχουν μια πιο μακρά επιβίωση. Από το 1985 μέχρι σήμερα έχει γίνει έρευνα πάνω σ'αυτό. Γιατί τότε αναφερόταν περισσότερο σαν υπόθεση πως συμβαίνει κάτι τέτοιο, δεν ήταν πιστοποιημένο.

ΑΠ: Από τότε μέχρι σήμερα είναι σαφώς περισσότερος ο κόσμος που γνωρίζει την διάγνωση, παρ'όλο που ακόμα εξακολουθεί να παραμένει πολύ κόσμος που δεν το ξέρει και πολλοί συγγενείς που δεν επιτρέπουν να πούμε, αλλά να πούμε ότι όσο περνάει ο καιρός και όσο αλλάζουν και γίνονται πιο καθαρές οι σχέσεις και οι αντιλήψεις είναι μεγαλύτερος αριθμός.

Πάντως αναμφισβήτητα σήμερα ξέρει πολύ περισσότερος κόσμος. Αναμφισβήτητα η συνεργασιμότητα είναι καλύτερη. Το αν η επιβίωση είναι μεγαλύτερη ή όχι, πολλοί το λένε, και οφείλεται πιθανότατα στην καλύτερη συνεργασία και στο ότι δείχνει έναν άνθρωπο που είναι πρόθυμος να πάει εγκαίρως στο γιατρό, να το ανακαλύψει έγκαιρα, δηλαδή δεν κλείνει τα μάτια του μπροστά στο πρόβλημα. Μια έχει ένα ογκίδιο και εφόσον και διατεθημένη να τα ακούσει όλα πάει πάρα πολύ νωρίς στο γιατρό, κάνει πάρα πολύ νωρίς την επέμβαση κ.λ.π. και βλέπεις σπανίως, άλλους να έχουν έναν καρκίνο, μια εξέλιξη στο μαστό φερεπειν, επί δύο ή τρία χρόνια, και να το κρύβουν ή να μην πάνε στο γιατρό, επειδή φοβούνται να ακούσουν. Βεβαίως ο άνθρωπος αυτός δεν προσφέρεται ποτέ να του πεις την αλήθεια, δεν θα την δεχθεί.

ΕΡ: Ο καρκίνος με "εξέλιξη" ή "άνευ εξελίξεως" τι ακριβώς εννοεί ;

ΑΠ: Έλκος σημαίνει πληγή. Εννοείται αν ο όγκος έχει ανοίξει και είναι πληγή ή όχι.

ΕΡ: Η ψυχοκοινωνική ογκολογία μελετά παραμέτρους του περιβάλλοντος και της ψυχολογίας του ασθενούς. Στην πράξη έχουμε κάποιον ασθενή, γίνεται κάποια συνεργασία με άλλες ειδικότητες που εργάζονται μ' αυτό τον τομέα;

ΑΠ: Βεβαίως γίνεται και με όλες τις ειδικότητες της ιατρικής και με εξωιατρικές και με ψυχιάτρους. (Ψυχολόγο δεν έχουμε) και με την Κ.Υ. και με άλλους ανθρώπους που κατά καιρούς έχουμε φέρει σε βάση διαφόρων προγραμμάτων, με μια κοινωνιολόγο που είχαμε για ένα χρόνο ολόκληρο συ-

νεργασία και έβλεπε σχεδόν όλα τα περιστατικά με τον ψυχίατρο και με την Κ.Υ. του νοσοκομείου πολύ τακτική συνεργασία, κάποια περίοδο βλέπανε όλους τους άρρωστους που μπαίνανε σε ένα συγκεκριμένο όροφο ας πούμε, και από τους άλλους κατά περίπτωση. Σαφέστατα, είναι κατ'έξοχήν δουλειά συνεργασίας ο καρκίνος.

ΕΡ: Σκοπός όλων αυτών των άλλων ειδικοτήτων είναι να βελτιώσει κάποια από τα ψυχοκοινωνικά στοιχεία...

ΑΠ: Τις υπόλοιπες παραμέτρους έξω από τις ιατρικές.

ΕΡ: Σημειώνεται κάποια βελτίωση στην εξέλιξη του αρρώστου;

ΑΠ: Σίγουρα υπάρχει πολύ καλύτερη ποιότητα ζωής και πολύ λιγότερο άγχος και πολύ λιγότερη ένταση και πολύ καλύτερη σχέση.

ΕΡ: Όταν συντρέχουν αυτά μπορούμε να πούμε πως και η υγεία του ασθενούς παρουσιάζει βελτίωση ;

ΑΠ: Δεν μπορώ να το πω τεκμηριωμένα αυτό. Δεν μπορώ να το αποκλείσω. Μπορώ να το σκεφτώ ή να το συζητήσω σαν σκέψη ή σαν πιθανότητα, τεκμηριωμένα όχι. Αλλά ακόμη και χωρίς αυτό θα έλεγα άμα, ας πούμε, ένας χρόνος που θα ζήσει αυτός δεν γίνεται 15 μήνες φερειπειν αλλά γίνεται ένας πάρα πολύ ωραίος χρόνος με πάρα πολύ λίγα προβλήματα με λυμένα τα πρακτικά του προβλήματα με καλή σχέση με τους γιατρούς, χωρίς άγχος, με μια αποδοχή αμοιβαία κ.λ.π. είναι πολύ πιο εύκολα τα πράγματα.

ΕΡ: Οι ασθενείς στο μεγαλύτερο ποσοστό, εμπλέκονται στη διαδικασία της θεραπείας τους ;

ΑΠ: Ναι βέβαια. Εμπλέκονται με την έννοια της ενημέρω-

σης τους για τις θεραπείες που θα γίνουν και κυρίως για τις παρενέργειες, να είναι πλήρως γνωστές. Μερικοί που μπορεί να μη συμφωνούν ή κοιτάζουμε να τους μεταπείθουμε ή σεβόμαστε την όποια φιλοσοφία ή επιθυμία τους αν έχουν ιδιαιτερότητες, ας πούμε, έχει τύχει να νοσηλεύσουμε μάρτυρες του Ιεχωβά, έχουμε σεβαστεί τις επιθυμίες τους, έστω αν εμείς δε συμφωνούμε καθόλου ούτε με την φιλοσοφία ούτε ιατρικά.

ΕΡ: Το κόστος της θεραπείας του καρκίνου σε τι ύψη βρίσκεται;

ΑΠ: Είναι τεράστιο. Για το νοσοκομειακό ασθενή είναι αυτή τη στιγμή γύρω στις 40.000 την ημέρα τουλάχιστον το κόστος της θεραπείας. Υπάρχουν θεραπείες για σαρκώματα που κάθε μία εβδομάδα μπορεί να είναι άνω του ενός εκατομμυρίου αξίας μόνο τα φάρμακα, υπάρχουν τεχνητά μέλη τα οποία όσο καλύτερα είναι τόσο ακριβότερα είναι. Υπάρχουν άλλα συμπληρώματα περούκες, πατερίτσες, ΠΙ, ορθοπεδικά βοηθήματα, το κόστος είναι τεράστιο. Ίσως το μεγαλύτερο με εξαίρεση των ασθενών του AIDS. Από όλες τις άλλες παθήσεις θα πρέπει να είναι το μεγαλύτερο κόστος. Και βέβαια σαφώς μεγαλύτερα από το κόστος χειρουργικών ασθενών, καρδιολογικών ασθενών κ.λ.π. Δηλαδή είναι περίπου : Κόστος : AIDS πρώτο, μεταμοσχεύσεων, καρκίνος αμέσως μετά. Και βεβαίως εκτός απ' αυτό υπάρχει και ένα άλλο κόστος που κάνουν οι ίδιοι οι άρρωστοι με ελάχιστο φάρμακα, με κάποιες γάζες που μπορεί να πάρουν με πράγματα που δεν καλύπτονται από τα ταμεία, με δεύτερες γνώμες, με εξωτερικά, με αποχές από εργασίες

με κάποιον συγγενή, που τους συνοδεύει και χάνει κι εκείνος... Είναι τεράστιο το κόστος. Δηλαδή, ίσως δεν έχει υπολογιστεί και ίσως ας πούμε ένας καλός υπολογισμός θα έβγαιναν 1 με 2 διδακτορικές διατριβές.

ΕΡ: Τι γνώμη έχετε για τις εναλλακτικές θεραπείες. Αυτές που κυρίως εμφανίζονται.

ΑΠ: Υπάρχουν εναλλακτικές θεραπείες καλοπροαίρετες και εναλλακτικές θεραπείες απατεώνων. Για μένα αυτή είναι η βασική διάκριση.

ΕΡ: Ας πάρουμε τις καλοπροαίρετες. Ποιες θεωρείται τέτοιες;

ΑΠ: Καλοπροαίρετες εννοώ εκείνες τις οποίες αυτός που τις συστήνει δεν έχει δόλο και δεν έχει κερδοσκοπία. Απλώς, είναι ας πούμε, η αφέλειά του ή ένα παραλλήλημα μεγάλης ιδέας που μπορεί να έχει ότι βρήκε αυτός το φάρμακο του καρκίνου, να σώσει την ανθρωπότητα.

ΕΡ: Ας μη μιλήσουμε βέβαια για τον Χαματερό και το νερό του, ας πάρουμε κάποιες μεθόδους που έχω εγώ υπόψη μου, ας πούμε του SIMONTON

ΑΠ: Εχω διαβάσει πάρα πολλές θεραπείες. Του SIMONTON στηρίζοταν κυρίως σε ψυχολογικά αλλά δεν νομίζω ότι παραμελούσε το οργανικό μέρος της θεραπείας απλώς το έκανε επιπλέον. Εκεί δεν υπάρχει καμμία αντίρρηση το να κάνεις... Και το SIMONTON οι άρρωστοι ήταν οι υψηλότερου επιπέδου άρρωστοι στην Αμερική. Κοινωνικά και οικονομικά. Διότι είχαν ας πούμε φροντίδες και υπηρεσίες τις οποίες δεν μπορεί να έχει ο μέσος Αμερικάνος. Και βεβαίως και η διατροφή τους και η δυνατότητά τους να πάνε εγκαίρως στο γιατρό, και η δυνα-

τότητα να χρησιμοποιήσουν όλες τις ειδικότητες και πρόσθετα μέσα αλλά αυτό δεν είναι εναλλακτική, απλώς είναι μια αντίληψη που προστίθεται σε κάτι κλασσικό και αποδεκτό. Εναλλακτικές είναι οι βελονισμοί, οι ομοιοπαθητικές, είναι οι διάφορες θεραπείες με διάφορα υγιεινά τρόφιμα, με διάφορες μη αποδεδειγμένες θεραπείες, είναι μια παγκόσμια τάση που δυστυχώς δεν έχει ωφελήσει τους αρρώστους. Και δεν έχει ωφελήσει γιατί πολύ συχνά αναγκάζονται να αφήσουν την ορθόδοξη θεραπεία και αν μεν είναι ένας καρκίνος για τον οποίο η ορθόδοξη θεραπεία δεν κάνει τίποτα, μικρό το κακό. Αλλά αν αυτό το κάνει ένας με ένα καρκίνο ο οποίος έχει πιθανότητες να βοηθηθεί με τα φάρμακα, εκεί το κακό είναι μεγάλο.

ΕΡ: Ας πούμε για την ομοιοπαθητική και το βελονισμό.

ΑΠ: Κατ'αρχήν νομίζω ότι οι βελονιστές δεν αναλαμβάνουν πια καρκίνους. Δεν ξέρω οι ομοιοπαθητικοί τι κάνουνε. Οι βελονιστές απ'ότι ξέρω δεν κάνουν, και αν κάνουν το πολύ να κάνουν για τον πόνο, λέγοντας όμως να συνεχίσεις και την άλλη θεραπεία. Νομίζω ότι η συμπεριφορά εκεί είναι πάρα πολύ σωστή. Με τους ομοιοπαθητικούς δεν έχω πληροφορίες. Υπάρχουν όμως άλλοι αγύρτες εδώ στην Ελλάδα, είναι αυτός ο μακαρίτης ο Αλεβιζάτος που έκανε κάποιες ανορθόδοξες θεραπείες στον Χολαργό ο οποίος βέβαια δεν είχε καμμία ούτε επιστημονική ούτε άλλη βάση ήταν καθαρά απάτη εκεί, ο οποίος τώρα μετά το θάνατό του, δεν ξέρω, έχει αντικατασταθεί από κάποιον άλλο. Ήταν το περιώνυμο νερό του Καματερού, ήταν ο περιώνυμος άλλος κάτω Κρητικός που θέραπευε με καβουροζούμι, πράγματα τα οποία όχι βέβαια δεν είχαν λογική απλώς

αλλά πάρα πολύ γρήγορα ξεφτίσανε και αποδείχθηκε ότι ήτανε
.... παλιότερα το υγρό της συκαγγουριάς...

ΕΡ: Πιστεύετε πως πρέπει να αλλάξει κάτι σήμερα στην αντιμετώπιση του καρκίνου ;

ΑΠ: Πάρα πολλά. Εντός και εκτός νοσοκομείου. Εντός και εκτός ιατρικού σώματος, εντός και εκτός κοινωνίας πάρα πολλά, και νομίζω υπάρχει τεράστιο περιθώριο, υπάρχει περιθώριο για πρόληψη, μεγάλο που μένει ανεκμετάλλευτο, υπάρχει περιθώριο για βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών, για βελτίωση του τεχνικού εξοπλισμού υπάρχει περιθώριο για μείωση της πολυπραγμοσύνης για εξειδίκευση προσωπικού, για δημιουργία ομάδων υποστήριξης απο ψυχολόγους, από κοινωνιολόγους, από κοινωνικούς λειτουργούς απ'όλα τα επαγγέλματα που μπορεί να εμπλέκονται για μεταβολή της στάσης και των αντιληψεων του ιατρικού σώματος, του νοσηλευτικού προσωπικού και βεβαίως η πολύ μεγάλη ανάγκη της μεταβολής και της στάσης του κοινού απέναντι στον καρκίνο.

ΕΡ: Μπορούμε να πούμε δηλαδή ότι όλα αυτά μπαίνουνε κάτω από το πρίσμα της λεγομένης ολιστικής υγείας ;

ΑΠ: Σαφώς.

ΕΡ: Με την έννοια ότι θα πρέπει να γίνεται μία συνεργασία στην αντιμετώπιση της ασθένειας με τις άλλες ειδικότητες η οποία δεν είναι αυτή τη στιγμή σε ικανοποιητικό επίπεδο.

ΑΠ: Έτσι. Ακριβώς, ναι.

ΔΗΜΟΣΙΑ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΓΙΟΥΡΒΕΔΙΚΟ ΓΙΑΤΡΟ DR.
DEERAS CHOPRA ΣΤΟ ΡΑΔΙΟΦΩΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΥΠΡΟΥ ΜΕ
ΤΟΝ ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟ ΑΡΗ ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ

ΕΡ.: Θα ήθελα πρώτα να σας ρωτήσω για την αγιουρβεδική ιατρική. Είστε ο κατ'έξοχήν ειδικός και σας παρακαλώ να μας εξηγήσετε περί τίνος πρόκειται.

ΑΠ.: Είναι βασισμένη πάνω σε μια πολύ απλή βάση συλλογισμού. Η λέξη "Αγιούρ" στα σανσκριτικά σημαίνει "ζωή" και "βέδα" σημαίνει γνώση. Η λέξη "Αγιουρβεδική" λοιπόν σημαίνει "γνώση της ζωής", και το σύστημα εξελίχθηκε πριν από 6.000 χρόνια βασισμένο στην απλή βάση συλλογισμού ότι το ανθρώπινο σώμα είναι μέρος του σώματος της φύσης και ότι η φύση περιέχει οργανωτικές δυνάμεις και ότι, συνεπώς, είναι νοήμων, και ότι το μυαλό και το σώμα είναι αδιαχώριστα, και στην πραγματικότητα το καλύτερο φαρμακείο που υπάρχει στον κόσμο είναι αυτό εδώ (το μυαλό), σ' αυτό το μικρόκοσμο ο οποίος αντιγράφει τη νοημοσύνη της φύσης. Το σώμα μας παρασκευάζει όλων των ειδών τα φάρμακα, υπνωτικά χάπια, ηρεμιστικά, αντιβιοτικά, κατά του καρκίνου, ότι φανταστείτε, και το σώμα μπορεί να τα κατασκευάσει στην κατάλληλη δόση, στον κατάλληλο χρόνο και για το κατάλληλο όργανο. Όλες οι οδηγίες περιέχονται στην λειτουργία του σώματος και δεν υπάρχουν καθόλου παρενέργειες. Οι αγιουρβεδικές μέθοδοι μας δείχνουν πως να εκμεταλλευτούμε καλύτερα αυτό το φαρμακείο.

ΕΡ.: Όπως είπατε είναι στην πραγματικότητα μια αρχαία μέθοδος θεραπείας, αλλά εφαρμόζετο όλη αυτή την περίοδο;

ΑΠ.: Οποσδήποτε εφαρμόζετο όλη αυτή την περίοδο αλλά όχι σε όλη της την καθαρότητα και πληρότητα. Διασώθηκε εδώ κι εκεί στην περίοδο της μογγολικής αυτοκρατορίας. Διασώθηκε κυρίως γιατί οι πλούσιοι αυτοκράτορες βρήκαν σ' αυτή πολύ

ενδιαφέρουσες μεθόδους αναζωογόνησης. Στην διάρκεια της βρετανικής κυριαρχίας απαγορεύονταν συστηματικά για αρκετό καιρό, αλλά παρ'όλα αυτά διασώθηκε σε ορισμένους τόπους. Και όταν στα 1947 η Ινδία απέκτησε την ανεξαρτησία της, υπήρχαν 3-4 ιατρικές σχολές που εξακολουθούσαν να διδάσκουν την αγιουρβεδική ιατρική. Σήμερα υπάρχουν πάνω από 120.

ΕΡ.: Πέστε μας όμως, ερχεται καθόλου σε σύγκρουση με το δυτικό σύστημα ιατρικής ;

ΑΠ.: Όχι, δεν έρχεται σε σύγκρουση με το δυτικό σύστημα ιατρικής. Εν τούτοις, την κάνει πιο επιλεκτική. Βλέπετε ολόκληρη η βάση συλλογισμού της δυτικής ιατρικής τουλάχιστον όπως είναι σήμερα, είναι ότι το ανθρωπινό σώμα είναι ένα είδος σωματικής μηχανής. Είναι μια υλιστική προκατάληψη, με την οποία αντιμετωπίζουμε το ανθρώπινο σώμα, έτσι ώστε να γίνεται ένα παγωμένο γλυπτό, καθηλωμένο στο χώρο και στο χρόνο και έχει ασφαλώς και την ικανότητα να σκέπτεται. Και σαν αποτέλεσμα έχουμε μαγικές σφαίρες οι οποίες θα έπρεπε να μας απαλλάξουν από την ασθένεια.

ΕΡ.: Εννοείτε τα φάρμακα ;

ΑΠ.: Τα φάρμακα. Στο τέλος όμως καταλήγουν να είναι θεραπείες συμπτωμάτων. Υπάρχει κάτι για τον πονοκέφαλο και κάτι για να κοιμόμαστε και κάτι για το άγχος. Απλώς συγκαλύπτουν τα συμπτώματα των ασθενειών ή κάποτε, στην καλύτερη περίπτωση, επεμβαίνουν με τον μηχανισμό της ασθένειας. Έτσι έχουμε το αντιβιοτικό που επεμβαίνει με τον μηχανισμό με τον οποίο τα βακτηρίδια πολλαπλασιάζονται ή έχουμε μια χημειοθεραπευτική θεραπεία που κι αυτή επεμβαίνει στο μηχανισμό, αλλά ούτε

οι μηχανισμοί της ασθένειας ούτε τα συμπτώματα της ασθένειας είναι τα αίτια της ασθένειας. Κι όσο επεμβαίνουμε στους μηχανισμούς της ασθένειας μπορεί να μη γλιτώσεις για λίγο αλλά τελικά πρέπει να πληρώσεις το τίμημα. Κι αυτό το τίμημα, ας πούμε ότι επεμβαίνεις στον πολλαπλασιασμό των βακτηριδίων, έχεις οργανισμούς που αντιστέκονται στα αντιβιοτικά μετά από λίγο ή στα νεκρά καρκινογόνα κύτταρα έχουμε τους ξενιστές που εκτίθενται στην ανοσοποίηση και που τώρα είναι επιρρεπείς σε άλλες μορφές καρκίνου. Στην πραγματικότητα υπάρχουν στατιστικές που δείχνουν πολύ καθαρά ότι η βιοτεχνική ιατρική επέμβαση, όπως την εξασκούμε σήμερα δεν κάνει απολύτως τίποτα για να αλλάξει την μακροπρόθεσμη νοσηρότητα της ασθένειας σε ένα δεδομένο πληθυσμό. Απλώς αλλάζει την εκδήλωση της. Για να μην έχουμε σήμερα φυματίωση, διφθερίτιδα, ευλογιά κ.λ.π. έχουμε περισσότερες καρδιπάθειες, περισσότερα κρούσματα καρκίνου, περισσότερες εκφυλιστικές ασθένειες, περισσότερες ψυχικές διαταραχές. Έτσι αυτό που διαπιστώνουμε είναι ότι υπάρχει ένας εναλλακτικός τρόπος εκδήλωσης. Νομίζω πως αυτό που πρέπει να κάνουμε είναι να αναγνωρίσουμε ότι η αγιουρβεδική δεν έρχεται σε σύγκρουση με την δυτική ιατρική αλλά την κάνει πιο επιλεκτική. Έχει υπολογιστεί λόγου χάριν ότι το 80-90% των φαρμάκων που χρησιμοποιούμε σήμερα είναι "προαιρετικής ή αμφίβολης ωφελείας". Πράγμα που σημαίνει ότι αν δεν τα παίρνετε, δεν θα έχει καμμία απολύτως σημασία στο ιστορικό της ασθένειας. Θα εξοικονομούσατε λεφτά και παρενέργειες.

ΕΡ.: κ. CHOPRA, η δυτική ιατρική στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό

στα φάρμακα και όπως είναι γνωστό δεν υπάρχουν αθάνατα φάρμακα. Χρησιμοποιείτε φάρμακα στην αγιουρβεδική ιατρική ;

ΑΠ.: Όχι υπό την παραδοσιακή έννοια, που εννοούμε όταν χρησιμοποιούμε τα χημικά παρασκευάσματα. Χρησιμοποιούμε σκευάσματα φυτικής προέλευσης που και αυτά περιέχουν φαρμακολογικές ενώσεις οι οποίες είναι βιοενεργές, αλλά υπάρχει μια λεπτή διαφορά. Ο γιατρός της αγιουρβεδικής ιατρικής λέει : "δεν προσπαθείς να βγάλεις το ενεργό συστατικό όπως θα έκανε ένας δυτικός φαρμακολόγος. Είναι σα να βγάζεις τη νοημοσύνη από το φυτό και να αφήνεις τη σοφία πίσω. Τα ούτω καλούμενα μη ενεργά συστατικά είναι στην πραγματικότητα βιοενεργά, δηλαδή υπάρχει μια συνεργεία όλων των ενεργών και μη ενεργών συστατικών. Έτσι έχουμε μια πολύ υψηλότερη αναλογία θεραπευτικής δράσης έναντι της τοξικότητας. Με άλλα λόγια το οφέλος είναι πολύ μεγαλύτερο και η τοξικότητα πολύ χαμηλότερη διότι χρησιμοποιείς κάτι με τον ίδιο τρόπο που θα χρησιμοποιούσες το φαγητό. Το φαγητό γίνεται στην κυριολεξία ένα φαρμακείο και τα φάρμακα αποτελούνται βασικά από φυτικές ενώσεις που υπάρχουν στα φυτά σ'αυτά τα μέρη του περιβάλλοντος μας. Και οι δύο μεγαλύτερες πηγές φαρμάκων είναι : α) το φαρμακείο μέσα στο μυαλό μας και β) το φαρμακείο στο περιβάλλον μας υπό τη μορφή των φυτών.

ΕΡ.: Η Κύπρος όπως θα γνωρίζετε είναι πολύ γνωστή για τα φαρμακευτικά της φυτά.

ΑΠ.: Ναι το άκουσα, κι μια από τις βασικές αρχές της αγιουρβεδικής ιατρικής είναι ότι τα φυτά που αναπτύσσονται σε κάποιον τόπο είναι πιο κατάλληλα για τους κατοίκους αυτού

του τόπου.

ΕΡ.: Είναι η συμπλήρωση των ζωντανών οργανισμών Το πρώτο στάδιο είναι η διάγνωση. Ποιες είναι οι κύριες διαγνωστικές σας μέθοδοι δρ. CHOPRA ;

ΑΠ.: Όταν ένας ασθενής έρχεται στο γιατρό της αγιουρβεδικής το πρώτο πράγμα που γίνεται είναι να υποβληθεί ο ασθενής σε μια πολύ μακρά συνέντευξη η οποία περιλαμβάνει όχι μόνο τις συνηθισμένες ερωτήσεις που θα υπέβαλλε ένας δυτικός γιατρός στον ασθενή του όπως : "που πονάς ; πόσο δυνατός είναι ο πόνος; Τι τον προκαλεί;" κ.λ.π. οι οποίες είναι ερωτήσεις που σκοπο έχουν να ρωτήσουν άμεσα για τα συμπτώματα της ασθένειας, αλλά μια άλλη πλευρά της αρχικής διάγνωσης του γιατρού της αγιουρβεδικής ιατρικής είναι ότι, προσπαθεί να γνωρίσει το άτομο από ψυχο-φυσιολογική άποψη. Ερωτήσεις που κανονικά ένας γιατρός δεν θα σου υπέβαλε όπως : "Τι ώρα πας για ύπνο ; Τι ώρα ξυπνάς ; Τι είδους όνειρα ονειρεύεσαι ; Τι είδους φαγητά σ'αρέσει να τρως ; Έχεις κάποια αδυναμία για τα γλυκά ή όχι ; Πως είναι οι σχέσεις σου; Πως αντιδράς στις κλιματολογικές συνθήκες ; Αν κολλήσεις στην κυκλοφοριακή κίνηση ποια είναι η πρώτη σου αντίδραση ;". Ερωτήσεις που δεν θα υπέβαλλε κανονικά ένας γιατρός και ίσως διερωτηθείτε : "γιατί μου κάνει όλες αυτές τις ερωτήσεις ο γιατρός ;" Στην αγιουρβεδική ιατρική είναι πολύ πιο σημαντικό. Βεβαίως είναι σημαντικό να ξέρουμε γιατί ένα άτομο πάσχει από κάποια ασθένεια και ποια είναι αυτή η ασθένεια, αλλά ακόμη πιο σημαντικό είναι : "Ποιος είναι αυτός ο άνθρωπος που πάσχει από αυτή την ασθένεια ; Πως αντιδρά στις

παρατηρήσεις, σ'ένα ραβασάκι, στην κριτική, στο φαγητό, στο περιβάλλον, στον καιρό, στους ανθρώπους με τους οποίους συνεργάζεται. Αυτοί λοιπόν είναι οι αποφασιστικοί καθοριστικοί παράγοντες της ασθένειας. Έτσι γνωρίζεις το άτομο, φέρνεις στο φως τον ψυχοφυσιολογικό τύπο του σώματος του και κάνεις μια πολύ λεπτομερή σωματική εξέταση και τέλος έχεις ένα άτομο σε μια ευρεία ως πούμε κατηγορία, και αυτό σου δίνει μια ιδέα για το ποιες αρρώστιες μπορεί να εκδηλωθούν, και τι είδους ασθένειες σ'αυτή τη συγκεκριμένη κατηγορία. Μετά υπάρχει και η διάγνωση του σφυγμού, που είναι πολύ ενδιαφέρουσα διότι ο σφυγμός στην αγιουρβεδική δε σου δίνει μόνο πληροφορίες για το καρδιοαγγειακό σύστημα - που φυσικά το ίδιο κάνει και στην δυτική ιατρική - αλλά επειδή ο κάθε παλμός του σώματος αντανακλά την ενέργεια στα υπόλοιπα μέρη του σώματος, ο σφυγμός σου δίνει μια ιδέα για τον τύπο του σώματος του ατόμου. Και μετά βάσει αυτού και του υπο-σωματικού τύπου σου δίνει επίσης μια ιδέα για το τι δεν πάει καλά με τον ασθενή.

ΕΡ.: Διαβάζοντας ένα από τα περίφημα βιβλία σας είδα ότι υπάρχουν 4 ή 3 τύποι σώματος.

ΑΠ.: Τρεις βασικοί τύποι σώματος.

ΕΡ.: Μπορείτε να το αναπτύξετε λεπτομερώς ;

ΑΠ.: Ναι. Υπάρχουν επίσης συνδυασμοί και παραλλαγές. Οι τρεις βασικοί τύποι σώματος είναι : Ο πρώτος που λέγεται VATA. Αυτό είναι το άτομο που συνήθως είναι υπερμεταβολικό, δηλαδή έχουν γρηγορότερο μεταβολισμό από οποιονδήποτε άλλον. Ένα χαρακτηριστικό τους είναι ότι τείνουν να κινούνται πολύ και

όταν έχουν STRESS γίνονται πολύ ευέξαπτοι, παρουσιάζουν συμπτώματα όπως αϋπνία ή ανησυχία ή άγχος ή αρρυθμίες ή σύνδρομο ευερεθίστων εντέρων ή ημικρανίες ή δυσκοιλιότητα ή ένταση προ της εμμήνου ρύσης. Τείνουν να κρυώνουν, έχουν ρίγη, παθαίνουν κρίσεις. Αυτές είναι ασθένειες που συναντάμε πιο συχνά στους ανθρώπους του τύπου VATA. Αυτός λοιπόν είναι ο υπερμεταβολικός τύπος. Είναι το είδος του ανθρώπου που συνήθως ζηλεύουμε διότι τρώνε όσο θέλουν και ποτε δεν παίρνουν βάρος γιατί γίνεται γρήγορη καύση. Υπάρχει και το τελείως αντίθετο, κι αυτοί είναι οι άνθρωποι που κάνεις δε θα 'θελε να 'ναι. Όσον αφορά αυτούς που παίρνουν εύκολα βάρος λένε : "Μόνο να κοιτάξω το φαγητό και παχαίνω". Είναι υπομεταβολικοί. Και αυτοί κρυώνουν εύκολα, το δέρμα τους είναι υγρό, τείνουν να προσκαλούνται πάνω σε οτιδήποτε είτε αυτό είναι μια σχέση, λεφτά, φαγητό ή λίπος ή υγρά. Γι' αυτό λοιπόν γίνονται δεσποτικοί και όταν έχουν STRESS αυτό είναι το χαρακτηριστικό γνώρισμα που εκδηλώνεται. Και σαν αποτέλεσμα της προσκόλησής τους σε πράγματα έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από ασθένειες όπως την παχυσαρκία, διαβήτη και μια συγκεκριμένη μορφή υπέρτασης. Μετά έχουμε τον τύπο του σώματος PITTA που χαρακτηρίζεται κυρίως από την φωτιά ή τον ίδιο τον μεταβολικό παράγοντα. Αυτοί είναι οι άνθρωποι που όταν έχουν STRESS θυμώνουν και καταλαμβάνονται από ανυπομονησία. Συνήθως είναι πολύ καλοί, δυναμικοί, ιπποτικοί, είναι καλοί ρήτορες, ευφράσεις, αλλά όταν έχουν STRESS παθαίνουν έλκος, υπέρταση, καρδιακή προσβολή κ.λ.π. Αυτοί είναι οι 3 βασικοί τύποι. Και βλέπουμε έτσι ότι κανείς δε

μοιάζει με τον άλλο. Είμαστε μοναδικοί. Έτσι με συνδιασμούς και παραλλαγές καταλήγουμε να έχουμε 10 τύπους σώματος.

ΕΡ.: Πιστεύετε λοιπόν ότι η αγιουρβεδική είναι η λύση στα προβλήματα της δυτικής ιατρικής ;

ΑΠ.: Νομίζω, αν θέλουμε μια μη δαπανηρή προσέγγιση πρέπει να είναι μια προσέγγιση που ισχύει για ανθρώπους σε ευρεία κλίμακα. Βλέπετε ότι οι τεχνικές επεμβάσεις στην ιατρική είναι καλές όταν πάσχουμε από μια ασθένεια οξείας μορφής. Αν έχετε πνευμονία πρέπει να σας πάρω στο νοσοκομείο και να σας δώσω αντιβιοτικά. Αν πάθετε καρδιακή προσβολή, πρέπει να σας πάρω στο νοσοκομείο και να σας εισάξω στην μονάδα εντατικής παρακολούθησης. Ομως, όπως είπα, δεν κάνει τίποτα για τη γενική νοσηρότητα της ασθένειας στον ολικό πληθυσμό. Αυτό που κάνει είναι απλά πράγματα : διατροφή, χώνευση, αναπνοή, μεταβολισμός, απέκκριση, σκέψη. Αν μάλιστα συγκεντρωθούμε σε τρεις πλευρές της ανθρώπινης δραστηριότητας, στο πως σκέφτεται ένας άνθρωπος, στο πως και τι τρώει και στο πως συμπεριφέρεται, μόνο σ'αυτά τα τρία, τότε μπορούμε να απαλλαγούμε από το 90% της ασθένειας. Πιστεύω πως η αγιουρβεδική ιατρική με όλα τα μέσα της τεχνολογίας που έχει στη διάθεσή της, έχει τη δυνατότητα να επιδρά επί της ασθένειας σε ένα κοινωνικό επίπεδο. Δηλαδή σε τελευταία ανάλυση ο ρόλος του μελλοντικού γιατρού δε θα είναι απλώς να χορηγεί φάρμακα. Και εγώ το έκαμνα αυτό και ένοιωθα σα νόμιμος πωλητής ναρκωτικών μετά από λίγο καιρό. Ο ρόλος του γιατρού θα έπρεπε να είναι να συμμετέχει σε ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα με τους ασθενείς του και μετά να τους δείχνει πως μπορούμε

να επιδράσουμε επί της ασθένειας σε ένα ευρύ επίπεδο.

Παρόλο ότι η ιατρική πιστώνεται με την θεραπεία της φυματίωσης και της ευλογιάς και της μαλαρίας Κ.Ο.Κ. αν κοιτάξετε τα δεδομένα δεν είναι οι πρόοδοι της ιατρικής που εξάλειψαν αυτές τις ασθένειες. Ο κόσμος έχει την εντύπωση ότι "με την ανακάλυψη του βακιλλου Καλμετ-Γκερεν (B.C.G.) εξαλήφθηκε η φυματίωση. Δεν έχουν έτσι τα πράγματα. Στην πραγματικότητα οι περιπτώσεις φυματίωσης μειώθηκαν κατά 1000% προτού ανακαλυφθεί το εμβόλιο κατά της φυματίωσης και χάρη στη βελτιωμένη διατροφή και τα μέσα υγιεινής. Έτσι, αυτά είναι βασικά πράγματα πάνω στα οποία πρέπει να συγκεντρωθούμε. Συνεπώς, απαντώντας στην ερώτησή σας, η αγιουρβεδική ιατρική έχει να διαδραματίσει ένα πολύ σημαντικό ρολό, διότι προσανατολίζεται στην πρόληψη κι ακόμη όταν ένα άτομο έχει κάποια χρόνια ασθένεια δεν προσανατολίζεται στην χρήση φαρμάκων. Μπορώ να πάρω έναν ασθενή που πάσχει από ρευματοειδή αρθρίτιδα ή υπέρταση ή στηθάγχη ή ακόμη και από καρκίνο. Μπορώ να καταφέρω να διακόψουν τελείως την χρήση των φαρμάκων τους και να έχω καλύτερα αποτελέσματα από τη δυτική ιατρική σε πολλές περιπτώσεις με το να αλλάξω το διαιτολόγιό τους, αλλάζοντας τους βιολογικούς τους ρυθμούς, λέγοντας τους μερικά απλά πράγματα όπως, τι ώρα να σηκώνονται το πρωί, τι ώρα να πηγαίνουν για ύπνο, πως να διατηρούν κάποια αίσθηση ανακούφισης πως να νιώθουν συναισθηματικά άνετα κ.λ.π.

ΕΡ.: Δρ. CHOPRA, είπατε πως η αγιουρβεδική ιατρική δέχεται το ανθρώπινο σώμα σα μια διαδικασία και όχι σαν μια σταθερή

και μόνιμη δομή. Πως το δικαιολογείται αυτό ;

ΑΠ.: Ο Έλληνας φιλόσοφος Ηράκλειτος, ένας από τους μεγαλύτερους στοχαστές όλων των εποχών, είπε : "Να βλέπετε το σώμα όπως βλέπετε ένα ποταμό. Δεν μπορείτε να μπειτε στον ίδιο ποταμό δύο φορές, διότι νέο νερό κυλά μέσα σ' αυτόν". Ο ποταμός δεν είναι ο ίδιος. Τα πάντα ρει. Κάθε δευτερόλεπτο που περνά το σώμα μας είναι καινούργιο. Ξέρετε οι γιατροί της αγγιουρβεδικής, όπως και ο Ηράκλειτος, είπαν ότι και το ανθρώπινο σώμα είναι έτσι

ΕΡ.: Μα είναι το ίδιο σώμα !

ΑΠ.: Όχι πραγματικά. Δε μιλάμε για υλικά πράγματα. Στην πραγματικότητα το σώμα που χρησιμοποιήσατε για να κάτσετε σ' αυτή την καρέκλα δεν είναι το σώμα με το οποίο μπήκατε εδώ μέσα πριν από λίγο. Ακόμη και με μια ανάσα που παίρνετε, εισπνέετε 10^{22} άτομα, που συμπληρώνονται με τα κύτταρα της καρδιάς, τα κύτταρα των οστών, τα κύτταρα των νεφρών, τα κύτταρα του εγκεφάλου. Με την κάθε ανάσα που εκπνέετε, εκπνέετε 10^{22} άτομα, που τελικά καταλήγουν σαν τα άτομα του σύμπαντος και όλοι ανταλλάσσουμε το σώμα μας με αυτό των άλλων συνέχεια. Υπάρχουν μάλιστα επιστημονικές αποδείξεις και υπολογισμοί βασισμένοι σε πολύ ακριβείς καταμετρήσεις της διαδικασίας που λαμβάνει χώρα αυτή τη στιγμή στο φυσικό μας σώμα. Έχετε τουλάχιστον ένα εκατομμύρια άτομα που υπήρχαν κάποτε στο σώμα του Σωκράτη ή του Χριστού ή του Βούδα, ή του Γιενγίς Χαν ή του Σαντάμ Χουσεΐν ή του Αδόλφου Χίτλερ αν θέλετε.

ΕΡ.: Ακόμη και τα οστά δεν είναι τα ίδια ;

ΑΠ.: Ακόμη και τα οστά αλλάζουν κάθε τρεις μήνες. Σε λιγότε-

ρο από ένα χρόνο αλλάζουμε το 98% ολοκλήρου του σώματός μας. Έναν καινούργιο σκελετό κάθε τρεις μήνες, νέο δέρμα κάθε μήνα κ.ο.κ. Μπορεί να διερωτηθείτε : "Τότε γιατί φαίνεται το ίδιο ;" Αυτό οφείλεται στο ότι οι θεμελιώδεις κβαντικές διακυμάνσεις ή τα πρότυπα της νοημοσύνης που δόμησαν αυτή τη σωματική ανταλλαγή, παρόλο ότι αλλάζουμε τα σώματά μας πιο αβίαστα από όσο μπορούμε να αλλάξουμε τα ρούχα μας, φορούμε συνέχεια ρούχα που φαίνονται τα ίδια, μέσα από τα ίδια εξαρτώμενα πρότυπα συμπεριφοράς και εξαρτημένα πρότυπα σκέψης. Αν είχα τη δυνατότητα να αντικαταστήσω όλα τα τούβλα αυτού του κτιρίου μια φορά το χρόνο, αλλά αν είχα και την ιδέα πως αυτός είναι ο μόνος τρόπος για να το κάνω, αυτό θα είχα. Υπολογίζεται ότι ο άνθρωπος κάνει 60.000 σκέψεις την ημέρα. Αυτό δεν πρέπει να προκαλεί έκπληξη, αλλά από που πρέπει να μας ανησυχεί λίγο είναι ότι το 95% των σκέψεων που κάνουμε σήμερα, είναι αυτές που κάναμε χτες.

ΕΡ.: Είναι πολύ σαφές τώρα. Θα 'θελα να θίξω άλλο ένα σημείο βάσει αυτών που μας έχετε πει. Είπατε ότι η σύγχρονη ιατρική θεραπεύει τα συμπτώματα μιας ασθένειας και όχι τα αίτια της. Πως μπορείτε να φτάσετε στη ρίζα της ασθένειας με τη δική σας μέθοδο ;

ΑΠ.: Η σύγχρονη ιατρική θεραπεύει επίσης, επεμβαίνει στους μηχανισμούς της ασθένειας. Ξέρει πως εκδηλώνεται μια ασθένεια και επεμβαίνει σ'αυτό. Η όλη προσέγγιση είναι βίαια, και όσο περισσότερη βία μπορώ να προκαλέσω, τόσο καλύτερα αποτελέσματα έχω. Αν μπορώ να εξαπολύσω έναν πυρηνικό πόλεμο για να απαλλαγώ από το συνηθισμένο κρουολόγημα είμαι ακόμη

καλύτερος. Είναι βασισμένη σ'όλη αυτή την ιδέα της αποξένωσης από τη φύση, της αποσύνδεσης, της απομόνωσης. Λέει : "Διαφέρω απ'όλα τα άλλα". Και η αντίληψη της αγιουρβεδικής λέει : "Μη το κάνεις αυτό. Δεν υπάρχει λόγος να αποσυνδέεις τον εαυτό σου από τη φύση. Είσαι μέρος της".

Υπάρχει μάλιστα μια υπέροχη διατύπωση αυτής της σκέψης που λέει :

"Όπως είναι ο μικρόκοσμος

έτσι είναι και ο μακρόκοσμος.

Όπως είναι το ανθρώπινο σώμα

έτσι είναι και το κοσμικό σώμα.

Όπως είναι ο ανθρώπινος νους

έτσι είναι και ο κοσμικός νους".

Το μόνο που έχετε να κάνετε είναι να ακολουθήσετε τη ροή, το σύμπαν μας στέλνει πάντα δύο βασικά μηνύματα : Το ένα είναι η αίσθηση της ευδαιμονίας και το άλλο η αίσθηση της μη ευδαιμονίας. Αν επρόκειτο να ακολουθήσω στη διάρκεια του κάθε δευτερολέπτου της ύπαρξής μου την αίσθησή μου της ευδαιμονίας, και με αυτό εννοώ τη συναισθηματική, τη σωματική, τη πνευματική, τη διανοητική, θα ήμουν σωστός διότι εδώ υπάρχουν μηχανισμοί που είναι ήδη αυτοαναφερόμενοι.

Κύκλοι επανατροφοδοτικοί, αυτοδιορθωτικοί πληροφοριών που είναι πάντα αυτοθεραπευόμενοι. Αν πέσω χάμω και γίνει μια πληγή, μια διαδικασία θρόμβωσης δε θα με αφήσει να πεθάνω από αιμορραγία. Αν συναντήσω ένα βακτήριο τότε υπάρχει ένα ολόκληρο αντίσωμα που παράγει το σώμα μου, και παρ'ότι εγώ προσωπικά, μπορεί να μην το έχω συναντήσει ποτέ, επιστρέφει

στην πρώτη φορά που κάποια άτομα κάπου στην εξελικτική ιστορία όλων των βιολογικών ειδών έμαθαν πως να παράγουν αντισώματα. Αν συναντήσω μια καρκινογόνο ουσία, παράγει ιντερφερόνη ή ιντερλούκιν για να απαλλαγεί απ'αυτήν. Έτσι, το ενδυναμώνω αυτό. Και πως το ενδυναμώνω ; Συντονίζοντας τον εαυτό μου με τη φυσική ροή πληροφοριών που αποτελεί το σύμπαν. Άλλοι μπορεί να το πουν ότι συντονιζόμαστε με τους νόμους της φύσης. Είναι το ίδιο πράγμα. Και η αγιουρβεδική ιατρική έχει μεθόδους γι'αυτό. Ο Υπερβατικός διαλογισμός κατά τον οποίο ησυχάζεις το μυαλό σου. Ο πρωταρχικός ήχος όπου στην ησυχία του μυαλού παράγεις έναν ήχο για να προκαλέσεις μια αντίδραση του σώματος. Πως να χρησιμοποιείς τις αισθήσεις.

Στο κάτω κάτω οι αισθήσεις είναι αυτά τα όργανα μέσα από τα οποία λαμβάνουμε τις πληροφορίες του σύμπαντος και τις μετατρέπουμε σε πληροφορίες του σώματος. Είναι λοιπόν μια μετατροπή ενός τύπου πληροφοριών σε έναν άλλο τύπο.

ΕΡ.: Είναι ένα είδος μεταβολισμού ;

ΑΠ.: Ακριβώς. Μεταβολίζεις πληροφορίες. Όχι μόνο ύλη, αλλά πληροφορίες και ερεθίσματα. Βλέπετε η λέξη πληροφορία (INFORMATION) περιέχει πλήρη γνώση για να δημιουργήσει την μορφή. (IN-FORM-MATION).

Έτσι αν ο Αϊνστάϊν είπε ότι η ύλη και η ενέργεια είναι το ίδιο πράγμα, οι γιατροί της αγιουρβεδικής ιατρικής και οι οραματιστές και οι σοφοί προχωρούν ένα βήμα πιο πέρα και λένε ότι η ύλη, η ενέργεια και η πληροφορία στην έσχατη βάση είναι πανομοιότυπα.

ΕΡ.: Στα βιβλία σας, Δρ. CHOPRA, αναφέρεται ότι ο Υπερβατικός

Διαλογισμός είναι μια σημαντική πλευρά της θεραπείας. Τι είναι ο Υ.Δ. και τι ακριβώς τον κάνει να έχει θεραπευτική επενέργεια ;

ΑΠ.: Είναι καλή αυτή η ερώτηση. Ο ορισμός της φράσης Υ.Δ. στα σύγχρονα συμφραζόμενα δίνεται σαν μια μηχανική τεχνική μέσω της οποίας μπορούμε να ηρεμήσουμε το μυαλό και τελικώς να βιώσουμε την κατάσταση αταραξίας του μυαλού, πράγμα που σημαίνει ότι υπάρχει ένα πεδίο επίγνωσης, αλλά δεν υπάρχει περιεχόμενο σκέψης. Είναι απόλυτη σιωπή. Έτσι δεν είναι ένα φαινόμενο ύπνου. Είναι μια εγρήγορση, αλλά μια μορφή εγρήγορσης στην οποία δεν υπάρχει περιεχόμενο σκέψης. Όταν όμως παρουσιάστηκε ο Υ.Δ. στην δύση πριν από 30 χρόνια από τον Μαχαρισι Μαχες Γιογκι, η άμεση αντίδραση ήταν : "Είναι μια τεχνική χαλάρωσης". Είναι όμως μια πολύ βασική παρανόηση, αν και η χαλάρωση είναι το εισαγωγικό στάδιο. Αλλά η τεχνική δεν είναι αντίδραση χαλάρωσης, είναι μια αντίδραση ήρεμης εγρήγορσης. Δεν είναι για να αποσυντονιζόμαστε αλλά για να συντονιζόμαστε. Δεν είναι για να ξεφύγουμε απ'όλα αλλά για να ερχόμαστε σε επαφή με όλα. Τώρα με τι έρχεστε σε επαφή; Με τη βασική έδρα σας, αλλά αν είστε μέρος της φύσης τότε η έδρα σας είναι επίσης η βασική έδρα του σύμπαντος. Μάλιστα το μυαλό της φύσης και το δικό μου μυαλό στην έσχατη έδρα τους πρέπει να 'ναι τα ίδια εκτός αν δεν αποτελώ μέρος της φύσης. Αν είμαι μέρος της φύσης τότε η έσχατη έδρα μου είναι η ίδια με την έσχατη έδρα της φύσης. Δεν υπάρχει άλλος τρόπος διαφυγής απ'αυτό εκτός αν είμαι κάποια εξωγήϊνη δύναμη που έρχεται από ένα άλλο σύμπαν. Αυτός λοιπόν είναι βασικά

ο Υ.Δ. Είναι ένας τρόπος για να έρχεσαι σε επαφή με εκείνη την πλευρά του εαυτού σου που είναι πιο μόνιμη, πιο σταθερή, απόλυτη και απ'όπου προέρχονται όλες αυτές οι πληροφορίες. Κι όταν συμβεί αυτό τότε συμβαίνουν μερικά πολύ ενδιαφέροντα πράγματα στην βιολογία. Η πίεσή μας πέφτει, η αντίσταση του δέρματος αυξάνεται, ο ρυθμός της καρδιάς πέφτει, γίνονται ορισμένες αλλαγές στα εγκεφαλικά κύματα, το ανοσοποιητικό μας σύστημα ενισχύεται. Και όταν διερωτούμαστε γιατί συμβαίνουν όλα αυτά τα πράγματα, είναι διότι σε εκείνη την κατάσταση σιωπής, υπάρχει η λιγότερη εντροπία, λιγότερες διαταραχές, και προφανώς υπάρχει η μέγιστη αποδοτικότητα. Και έτσι λειτουργεί η φύση. Λειτουργεί με τη μέγιστη αποδοτικότητα και τον λιγότερο ερεθισμό. Δεν βλέπω να γίνεται καμμία προσπάθεια στο δέντρο που από σπόρος αναπτύσσεται σε δέντρο. Δεν βλέπω καμμία προσπάθεια να γίνεται στους γαλαξίες ενώ ενορχηστρώνουν τις κινήσεις τους, δεν βλέπω να γίνεται προσπάθεια στο γυρισμα της γης ή στην αποδημία των πουλιών ή στον πολλαπλασιασμό των ψαριών. Γίνονται όλα χωρίς καμμία απολύτως προσπάθεια. Είναι η αρχή της ελάχιστης δράσης και αποδοτικότητας. Έτσι πρέπει να λειτουργεί και το σώμα μου, και μπορώ να το ενισχύσω αυτό αν ξέρω πως να φτάσω σε κείνο το επίπεδο.

ΕΡ.: Έσπε το ιδεώδες είναι η κατάσταση ισορροπίας ή η κατάσταση ευτυχίας θα μπορούσαμε να πούμε.

ΑΠ.: Ναι. Είναι ένα ενδιαφέρον είδος ευτυχίας όμως, διότι συνήθως οι άνθρωποι είναι ευτυχισμένοι διότι υπάρχει κάποιος λόγος. Τους λες "κέρδισες το λαχείο και είσαι εκατομμυριού-

χος" και απαντούν "είμαι τόσο ευτυχισμένος": Όταν σου κάνουν ένα κοπλιμέντο ή όταν ερωτεύεσαι είσαι ευτυχισμένος, αλλά όταν έχεις την ευτυχία χωρίς να υπάρχει κάποιος λόγος τότε αυτό είναι αληθινή ευτυχία. Αυτό είναι το μυστικό.

ΕΡ.: Εδώ στην Κύπρο συνηθίζαμε να λέμε ότι αν κάποιος είναι λυπημένος είναι πιο τρωτός στις αρρώστιες. Είναι αλήθεια αυτό; Έχει κάποια σχέση με την κατάσταση ισορροπίας του εγκεφάλου και του σώματος ;

ΑΠ.: Ναι. Μάλιστα έχουμε πολλά στοιχεία που είναι επιστημονικές αποδείξεις ότι όταν ένα άτομο κάνει θλιβερές σκέψεις, αυτό σημαίνει θλίψη, τότε παράγει θλιβερές χημικές ουσίες στον εγκέφαλο και αυτές οι χημικές ουσίες είναι νευροπεπτιδια διότι παράγονται στον υποθάλαμο. Μοιάζουν σα να έχουν δεκτες πάνω τους και σε άλλα μέρη του σώματος, έτσι έχουμε σαν αποτέλεσμα θλιβερό δέρμα, θλιβερή καρδιά, θλιβερά ανοσοποιητικά κύτταρα. Υπάρχουν μάλιστα δέκτες στα ανοσοποιητικά κύτταρα που ενώνονται με τις θλιβερές χημικές ουσίες. Έτσι αν είσαι θλιμένος λόγου χάριν και η θλίψη παρατείνεται έχεις ένα ανοσοποιητικό σύστημα που νιώθει θλίψη και τότε λέει : "Δε θέλω να με ενοχλείς. Άσε με ήσυχο". Έτσι δε φροντίζει αυτές τις καρκινογενείς ουσίες που παρουσιάζονται ή τα βακτηρίδια, κι έτσι γίνεται πιο ευπαθής στις ασθένειες. Νομίζω πως η βασική αντίληψη που εισχωρεί ανεπαίσθητα στην επιστήμη σήμερα είναι ότι δεν μπορείς να φυλακίσεις το μυαλό στον εγκέφαλο. Βρίσκεται σ'όλα τα κύτταρα του σώματος.

ΕΡ.: Ποια είναι όμως η σχέση των συναισθημάτων με τη θερα-

πεία μιας ασθένειας ; Όχι απλώς η πρόληψη της αλλά η θεραπεία της.

ΑΠ.: Αν μπορείς να κάνεις κάποιον ευτυχισμένο μπορείς να τον θεραπεύσεις. Είναι τόσο απλό.

ΕΡ.: Πως ; Μέσω αυτών των νευροπεπτιδίων που παράγει ο εγκέφαλος ;

ΑΠ.: Ναι. Διότι αν νιώθω χαρά τότε το σώμα μου, σε κλάσμα δευτερολέπτου αυτής της εμπειρίας χαράς, παράγει μερικές από τις πιο γνωστές ισχυρές χημικές ουσίες όπως η ιντερφερόνη και η ιντερλουκιν. Αν πρέπει να αγοράσεις ιντερλουκιν για κούρα θεραπείας σήμερα ας πούμε για χρόνια λευχαιμία ή καρκίνο των νεφρών, μια κούρα με ιντερλουκιν θα σου κοστίσει γύρω στις 40.000 δολάρια. Αν όμως πας στο μαγικό βουνό του Ντίσνευ και νιώσεις χαρά, δεδομένου ότι έτσι ερμηνεύεις εσύ τη χαρά, τότε μπορείς να παράγεις και εσύ πολλή ιντερλουκιν. Και το σώμα σου παράγει ιντερλουκιν σαν αποτέλεσμα της ερμηνείας των εμπειριών σου. Και αν η ερμηνεία είναι "Είναι διασκεδαστικό αυτό, περνάω ωραία!" κ.ο.κ. σε βαθύ επίπεδο τότε παράγεις ιντερλουκιν. Αν η ερμηνεία είναι: "Θεέ μου που βρίσκομαι ; Τι θα μου συμβεί ; Είμαι νεκρός ;" τότε παράγεις αδρεναλίνη και κορτιζόνη που καταστρέφουν το ανοσοποιητικό σύστημα. Έτσι αυτό που μπορείς να κάνεις είναι να πάρεις κάποιο άτομο και να του αλλάξεις τις εξαρτημένες αντιδράσεις. Έχει γίνει και σε ζώα. Ο Δρ. Χέρμπερτ Σπεκτορ, ένας ανοσολόγος, πήρε μια ομάδα ποντικιών, τους έβαλε με ένεση μια χημική ουσία που λέγεται "πολυαΐσι" η οποία διεγείρει το ανοσοποιητικό σύστημα και μετά τα έδωσε

να μυρίσουν κάμφορα. Μύρισαν κάμφορα και διεγέρθη το ανοσοποιητικό σύστημα. Μετα πήρε άλλη ομάδα ποντικιών, τους έδωσε "κυκλοφωσφομίλη", η οποία καταστρέφει το ανοσοποιητικό σύστημα. Τους έδωσε παράλληλα να μυρίσουν κάμφορα. Μύρισαν κάμφορα και κατέστρεψαν το ανοσοποιητικό τους σύστημα. Έχουμε δύο ομάδες ποντικιών : Στη μία μύρισαν κάμφορα και διέγειραν το ανοσοποιητικό τους σύστημα ενώ στην άλλη μύρισαν κάμφορα και κατέστρεψαν το ανοσοποιητικό τους σύστημα.

Πρόσθετες βακτηρίδια στην μία ομάδα κάτω από τη μυρωδιά κάμφορας, πεθαίνουν από πνευμονία σε δύο μέρες. Προσθέτεις καρκινογενείς ουσίες, πεθαίνουν από καρκίνο σε λίγους μήνες. Κάνεις το ίδιο στην άλλη ομάδα και τίποτα δε γίνεται. Ποια είναι η διαφορά ; Έχουν μάθει να ερμηνεύουν τη μυρωδιά της κάμφορας με διαφορετικούς τρόπους. Είναι η ανάμνηση της ερμηνείας της μυρωδιάς.

ΕΡ.: Δρ. CHOPRA, νιώθω μεγάλη χαρά όταν περπατάω στη φύση ή όταν μυρίζω ένα λουλούδι. Έχει αυτό κάποια σχέση με την παραγωγή χαρούμενων μορίων ;

ΑΠ.: Απόλυτη σχέση! Για να μπορέσετε να νιώσετε αυτό το συναίσθημα ή για να νιώσετε χαρά, πρέπει να υπάρχει μια υλιστική έκφραση αυτής της χαράς κι αυτή είναι τα χαρούμενα μόρια. Είναι το ίδιο πράγμα. Όταν νιώθεις θυμό παράγεις θυμωμένα μόρια. Μπορείς να κατευθύνεις το θυμό σου σε οποιονδήποτε εκεί έξω, αλλά τελικά, τα μόρια θα υπάρχουν κι εδώ. Βλέπετε λοιπόν υπάρχει το αδιαχώριστο ανάμεσα στον παρατηρητή και στο παρατηρούμενο. Αποτελούμε μέρος ενός μεγάλου οργανισμού και την στιγμή που ένα μέρος του οργανισμού επιτί-

θεται σε κάποιο άλλο μέρος του οργανισμού, τότε υπάρχει αυτοκαταστρεπτικός μηχανισμός που αρχίζει να δραστηριοποιείται. Είναι μέρος της επανατροφοδότησης πληροφοριών. Στο τέλος λοιπόν νομίζω πως η πραγματική θεραπεία, η κβαντική θεραπεία, πρέπει να σημαίνει ότι απαλλάσσεσαι απ'όλη την βία στο σώμα. Φέρνεις ειρήνη στο σώμα.

ΕΡ.: Βλέπω ότι η θεραπευτική ενέργεια αυτών των χαρούμενων μορίων σε περιπτώσεις ασθενειών που προκαλούνται από μικρόβια, την αντιλαμβάνομαι σαν μια δύναμη στο ανοσοποιητικό μας σύστημα. Πείτε μας όμως πως μπορεί μια μπλοκαρισμένη στεφανιαία αρτηρία να ξανανοίξει ή να εξαφανιστεί ένας όγκος ;

ΑΠ.: Χαίρομαι που με ρωτήσατε για τη μπλοκαρισμένη στεφανιαία αρτηρία διότι

ΕΡ.: Δεν είναι κάτι το μηχανικό ;

ΑΠ.: Όχι ! Διότι παρόλον που η αρτηρία φαίνεται σαν μια στέρεη σκληρή σωλήνα στην πραγματικότητα είναι ένα πολύ δυναμικό όργανο κι αλλάζει μια φορά το χρόνο. Το μόνο θέμα είναι ότι αλλάζει με τον ίδιο τρόπο. Κυκλοφόρησε μια μελέτη πρόσφατα από το "Λανσετ" από έναν επιστήμονα που ονομάζεται Ντην Ορνις του πανεπιστημίου του Στανφορντ. Πήρε μια ομάδα ανθρώπων και τους έμαθε τρία πράγματα. Μόνο τρία πράγματα. Άλλαξε το διαιτολόγιό τους έτσι ώστε να γίνει πιο χορτοφαγικό. Τους απαγόρευσε το κόκκινο κρέας και τα λίπη κ.λ.π. Αυτό είναι το πρώτο πράγμα που έκανε. Μετά τους έμαθε διαλογισμό που είναι το δεύτερο και μετά εισήγαγε μερικές πολύ απλές βασικές αλλαγές στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Να κοιμούνται όταν νυστάζουν, να ξυπνούν όταν νοιώθουν ξεκού-

ραστοι κ.λ.π. Με άλλα λόγια άλλαξε λίγο την καθημερινή τους ρουτίνα. Σε ένα χρόνο κάνοντας αγγειογράφημα στις αρτηρίες τους ανακάλυψε ότι είχαν διασταλεί και μεγάλωσαν. Αυτή η μελέτη μόλις κυκλοφόρησε από το "Λανσσετ".

ΕΡ.: Είναι πολύ ενδιαφέρον αυτό.

ΑΠ.: Και το ίδιο πράγμα ισχύει για τον καρκίνο. Το σώμα μας παράγει πάνω από 500 δισεκ. κύτταρα την ημέρα. Το 1% αυτών των κυττάρων είναι αποτέλεσμα μεταλλάξεων. Όλοι έχουμε καρκινογόνα κύτταρα στο σώμα μας. Μάλιστα αυτή τη στιγμή εμείς οι δύο έχουμε τουλάχιστον ένα εκατομμύριο καρκινογόνα κύτταρα στο σώμα μας. Αλλά οι πλείστοι από εμάς δεν θα προσβληθούμε διότι το σώμα μας παράγει τα κατάλληλα φάρμακα για να απαλλαγεί από τον καρκίνο.

Αν το ενισχύσουμε αυτό λίγο θα έχουμε την ούτω καλούμενη αυτογενή μείωση της αρρώστειας. Έτσι το θαύμα του χθες είναι η επιστήμη του σήμερα.

ΕΡ.: Απ'όσα λέετε δρ. CHOPRA, η ευτυχία, η εσωτερική ευτυχία και η ισορροπία είναι το μυστικό, αλλά πέστε μας σας παρακαλώ, μπορείτε να διδάξετε σε κάποιον να είναι ευτυχισμένος άσχετα με τα προβλήματα και τις δυσκολίες που τον περιβάλλουν ;

ΑΠ.: Θα απαντήσω και στις δύο πλευρές της ερώτησης. Διότι θίξατε το ακριβές πρόβλημα όλων των ασθενειών. Οτιδήποτε κάνουμε στην ζωή, ότι κι αν είναι αυτό, είτε θέλουμε μια καλή δουλειά ή λεφτά ή δύναμη ή αγάπη, οτιδήποτε γιατί τα θέλουμε ; Διότι κάπου βαθειά μέσα μας νομίζουμε ότι θα μας προσφέρουν την ευτυχία. Έτσι η ευτυχία είναι στην πραγματι-

κότητα ο στόχος όλων των στόχων. Οποιοσδήποτε κάνει κάτι στη ζωή του, το κάνει διότι νομίζει, κάπου ερμηνεύει, ότι θα τον κάνει ευτυχισμένο. Πρόσφατα έγινε μια μελέτη από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας των ΗΠΑ, στην πολιτεία της Μασαχουσέτης. Εξέτασαν τους παράγοντες κινδύνου για παθήσεις της στεφανιαίας αρτηρίας. Και ανακάλυψαν κάτι εκπληκτικό. Ίσως διερωτηθείτε : γιατί ερευνούσαν κάτι τέτοιο ; Όσοι ξέρουν ότι το κάπνισμα, η υπέρταση, η κληρονομική χοληστερόλη αποδείχθηκε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι που πεθαίνουν σήμερα από καρδιακές παθήσεις δεν έχουν κανένα από τους συνηθισμένους παράγοντες κινδύνου. Και ανακάλυψαν ότι οι δύο σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου είναι : 1. Η δυσαρέσκεια με τη δουλειά μας. 2. που κατατάσσουμε την ευτυχία μας.

Βγαίνετε στο δρόμο και κάνετε 2 ερωτήσεις στον κόσμο : 1. Αγαπάς τη δουλειά σου ; 2. Είσαι ευτυχισμένος ; Αν πουν "ναι" και στις δύο θα είναι εντάξει σύμφωνα με αυτή την τελευταία μελέτη. Μάλιστα κάτι πολύ καταπληκτικό που αποκαλύφθηκε είναι ότι περισσότερα άτομα πεθαίνουν στον δυτικό πολιτισμό μια συγκεκριμένη μέρα της εβδομάδας. Και είμαι σίγουρος ότι μπορείτε να μαντέψετε ποια είναι αυτή η μέρα. Η Δευτέρα. Τη Δευτέρα το πρωί στις 9.00 η ώρα πεθαίνουν περισσότεροι άνθρωποι στον πολιτισμό μας από οποιαδήποτε άλλη μέρα της εβδομάδας. Είναι ένα καταπληκτικό, συγκλονιστικό εξαιρετικό επίτευγμα για το οποίο μόνο το ανθρώπινο είδος μπορεί να πιστωθεί. Βλέπετε λοιπόν ποια είναι η διαφορά ανάμεσα στη Δευτέρα και την Τρίτη ; Είναι μια ιδέα, μια αντίληψη, μια έννοια. Ο τρόπος λοιπόν που ερμηνεύουμε το περιβάλλον ή αυτά που μας

συμβαίνουν είναι η αποφασιστική διαφορά ανάμεσα στην ζωή και τον θάνατο, σχετικά με την πρώτη αιτία θανάτου στον πολιτισμό μας σήμερα. Και αποδεικνύεται ότι αυτό ισχύει για όλα σχεδόν όσα μας συμβαίνουν. Έτσι το ερώτημα είναι : ποια είναι η διαφορά ανάμεσα σε ένα ευτυχισμένο άτομο και σε ένα δυστυχισμένο ή θλιμένο άτομο ; Η διαφορά είναι η ερμηνεία που δίνει στον εαυτό του κάθε δευτερόλεπτο της ύπαρξής του. Μέσα μας γίνεται ένας διάλογος, συνέχεια μιλούμε με τον εαυτό μας, κι αυτός ο εσωτερικός διάλογος στην κυριολεξία έχει σαν αποτέλεσμα έναν καταγισμό χημικών ουσιών στο σώμα μας που τελικά καταλήγουν σε κάποια συγκεκριμένη δομή του σώματος μας. Αυτό το σώμα είναι απλώς ένα πεδίο ιδεών. Αυτό είναι. Τώρα ρωτάτε, μπορούμε να εκπαιδεύσουμε κάποιον να γίνει ευτυχισμένος ; Η απάντηση είναι ασφαλώς και μπορούμε, διότι το μόνο που έχουμε να κάνουμε είναι να αναδομήσουμε τον συνειρμό και τις ερμηνείες του σε ένα βαθύ επίπεδο επίγνωσης, ή ακόμα καλύτερα να τα ξεπεράσουμε, να τα υπερβούμε τελείως. Αν πάρετε κάποιον και του μάθετε πως να κάνει ποδήλατο, δεν υπάρχει λόγος γιατί να μην μπορείτε να του μάθετε την εμπειρία της σιωπής. Όταν είναι σιωπηλός, τότε το ξεπερνά αυτό. Δεν εννοούμε να αποφεύγουμε τη δυστυχία ή να επιδιώκουμε μόνο την ευτυχία. Αυτό είναι ανόητο. Είναι αδύνατο. Η ζωή είναι ένας ποταμός, οι όχθες του είναι η απόλαυση, η ευτυχία και η δυστυχία. Όλα αυτά αποτελούν μέρος της ζωής. Το πρόβλημα είναι ότι, περισσότεροι μένουν στις όχθες, μένουν στις όχθες της δυστυχίας ή μένουν σε μια συγκεκριμένη ερμηνεία του τι θα τους προσφέρει ευτυχία. Το μυστικό είναι να

μη μένουμε σε οποιαδήποτε από τις δύο όχθες, αλλά να κυλλήσουμε με τη ροή του ποταμού της ζωής. Και αυτό μπορεί να συμβεί όταν κάποιος αρχίσει να υπερβαίνει να ξεπερνά αυτό το πεδίο δραστηριότητας και γίνεται σιωπηλός μάρτυρας ολοκληρωσης της διαδικασίας. Γι' αυτό για μένα ο Υπερβατικός διαλογισμός είναι ένα από τα κύρια συστατικά αυτής της επιστήμης.

ΕΡ.: Μπορείτε να εφαρμόσετε την αγιουρβεδική ιατρική για την πρόληψη οποιασδήποτε ασθένειας ;

ΑΠ.: Πρέπει να το πεις αυτό διότι, μόλις πεις "όχι", τότε βάζεις περιορισμούς.

ΕΡ.: Ακόμη και για το AIDS ;

ΑΠ.: Φυσικά. Μάλιστα έχουμε δύο κλινικές που θεραπεύουν μόνο το AIDS.

ΕΡ.: Εννοείτε την πρόληψη των συμπτωμάτων που θα εμφανιστούν σε έναν φορέα ;

ΑΠ.: Και τα δύο. Φυσικά. Έχουμε μια κλινική τώρα στο SAN FRANCISCO και μία στην Νέα Υόρκη που ονομάζονται "πηγή Αγιουρβεδικής Υγείας και εκπαίδευσης" για την πρόληψη και τη θεραπεία του AIDS. Φέτος μάλιστα κάναμε αύξηση για χρηματοδότηση από ομοσπονδιακούς οργανισμούς και από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και είναι η τελευταία πρόταση. Έχουμε αναφέρει την αγιουρβεδική ιατρική σαν μία από τις δυνατότητες. Έτσι ξέρουμε, για παράδειγμα εσείς, κι εγώ πολλούς ασθενείς που έχουν τον ιό αλλά όχι την ασθένεια. Μερικοί έχουν τον ιό για έξι χρόνια - για 10 χρόνια. Ποια η διαφορά

ανάμεσα σ'αυτούς και τους ασθενείς που έχουν την αρρώστεια ; Γιατί αυτός ο ιός προκαλεί την ασθένεια σ'αυτό το άτομο και ο ίδιος ιός δεν την προκαλεί σε κάποιον άλλο ; Η απάντηση σύμφωνα με την Αγγλιορβεδική Ιατρική είναι ότι ο ιός δεν είναι το αίτιο της ασθένειας. Ο ιός είναι ο τελικός παράγων κατακρημνίσεως σε έναν ευπαθή ξενιστή. Αλλάζεις τον ξενιστή και δεν έχεις την τελική εκδήλωση της αρρώστειας. Ιδρύσαμε αυτή την κλινική στο S.F. πριν 3 χρόνια. Τώρα πηγαίνω μία φορά το μήνα ή κάθε 6 βδομάδες για να δω πως πάνε οι ασθενείς. Όλοι οι δάσκαλοι του Υπερβατικού διαλογισμού, όλοι οι θεραπευτές, όσοι ασχολούνται με την αγγλιορβεδική ιατρική πάσχουν από AIDS. Είναι μια ομάδα αυτοβοήθειας. Και πολύ συχνά μου λένε: "Σε παρακαλώ έλα, έλα να γνωρίσεις τον γιατρό μου". Ρωτώ γιατί και μου απαντούν "Γιατί ο γιατρός μου έχει τόσο STRESS. Δεν μπορεί να καταλάβει γιατί σημειώνω τόσο βελτίωση. Δεν έπρεπε να πήγαινα τόσο καλά. Γι'αυτό έλα να διδάξεις στο γιατρό μου πως να χαλαρώνει και πως να διαλογίζεται."

ΕΡ.: Μπορούμε να δεχθούμε ότι αυτό το δυναμικό του ανθρώπινου οργανισμού, του ανθρώπινου σώματος να θεραπεύεται από μέσα, έτσι ερμηνεύω αυτό που είπατε, είναι εφαρμόσιμο, ισχύει για όλες τις ασθένειες ;

ΑΠ.: Ισχύει όχι μόνο για όλες τις ασθένειες αλλά ακόμη και για πράγματα που θεωρούμε φυσιολογικά όπως το γήρας. Και ίσως σκεφθείτε ότι το γήρας είναι ένα αναπόφευκτο μέρος της ζωής και ότι όλοι πρέπει να γερνούν με τον ίδιο τρόπο. Δεν είναι όμως έτσι. Υπάρχουν άνθρωποι που είναι 70 χρόνων ηλικιωμένοι άλλοι 40 χρόνων νέοι. Και άλλοι που είναι 20 χρόνων

νέοι και 80 χρόνων ηλικιωμένοι. Ποια η διαφορά ; Κι έκαναν μελέτες σε ανθρώπους μετρώντας τις βιολογικές παραμέτρους του γήρατος, και πιστεύουμε ότι μπορούμε να αντιστρέψουμε μερικές από τις αλλαγές που θεωρούμε σα φυσιολογικές με το γήρας, ενώ στην πραγματικότητα αυτό που κάνουμε είναι να συγχύζουμε το φυσιολογικό με την ψυχοπαθολογία του μέσου ανθρώπου. Που είναι τόσο ανιαρό και χωρίς ενδιαφέρον, που δεν το προσέχουμε καν. Το πέρνουμε σαν δεδομένο. Πρέπει να ξεπεράσουμε όλους αυτούς τους περιορισμούς που τους επιβάλλουμε εμείς οι ίδιοι στον εαυτό μας και να καταλάβουμε ότι το ανθρώπινο σώμα είναι στην κυριολεξία ένα πεδίο απέραντου δυναμικού και απεριόριστων δυνατοτήτων. Μόλις επιβάλουμε ένα περιορισμό, τότε περιοριζόμαστε σ' αυτόν.

ΕΡ.: Τι γίνεται με τις κληρονομικές ασθένειες.

ΑΠ.: Οι κληρονομικές ασθένειες, οι γενετικές διαραχές αποτελούν λιγότερο από το 10% όλων των ασθενειών, μεταξύ 5-7%. Και εκεί ακόμη, όταν λέμε ο πατέρας του τάδε πέθανε από έμφραγμα στα 40 του χρόνια, είναι γενετικά προδιατεθειμένος σ' αυτό και φυσικά τώρα προκύπτουν στοιχεία ότι υπάρχουν ορισμένες γενετικές τάσεις για όλες σχεδόν τις χρόνιες ασθένειες, όπως ο διαβήτης, η υπέρταση, η ασθένεια Αλζχάϊμερ, η αρθρίτιδα κ.λ.π. Η αλήθεια όμως είναι ότι αυτές είναι προδιαθέσεις δηλαδή απλώς τείνουν να σε κατευθύνουν προς εκείνη την κατεύθυνση, και αν το ξέρεις αυτό και μπορείς να κάνεις μια εκ των προτέρων πρόγνωση, τότε μπορείς να λάβεις τα αναγκαία προληπτικά μέτρα με αλλαγές στον τρόπο ζωής σου, στο διαιτολόγιο σου, στο επίπεδο του STRESS, που θα επηρεάσουν

την εκδήλωση αυτής της ασθένειας.

ΕΡ.: Δεν έχω υπόψη μου προδιαθέσεις, αλλά υπάρχουν ασθένειες όπως η μεσογειακή αναιμία.

ΑΠ.: Είναι καλή η ερώτηση σας. Θα σας δώσω μια απάντηση που θα σας φανεί λίγο εξωφρενική τώρα. Εφόσον όμως με ρωτάτε θα την απαντήσω ούτως ή άλλως.

Σύμφωνα με την αγιουρβεδική ιατρική, αν αλλάξεις τη συλλογική αντίληψη αυτού που είναι δυνατό, τότε τα άτομα ανταποκρίνονται με διαφορετικό τρόπο. Και τελικά η εκδήλωση μιας ασθένειας στο κάθε άτομο είναι επίσης η συλλογική αντίληψη του πως θα έπρεπε αυτή να εκδηλώνεται με κάποιο συγκεκριμένο τρόπο. Να σας το εξηγήσω αυτό λίγο. Είπα πολλά χωρίς να τα εξηγήσω. Γνωρίζετε την επίδραση των αδρανών φαρμάκων (PLACEBO). Ο γιατρός δίνει στον ασθενή κάποιο φάρμακο και του λέει : "Είναι αποτελεσματικό, θα γίνεις καλύτερα" και γίνεται καλύτερα. Υπάρχει και κάτι που λέγεται NOCEBO. Αυτό είναι το αντίθετο του αδρανούς φαρμάκου. Ο γιατρός λέει : "Κυρία Σμιθ, έχεις καρκίνο, εξαπλώθηκε στα κόκκαλά σου και η συνηθισμένη πρόγνωση είναι 3 μήνες ζωής". Η κυρία Σμιθ είναι εύπιστη και επιδεικτική υποβολής και θα πεθάνει σε 3 μήνες. Στην Αυστραλία αν πάτε στις φυλές των αυτοχθόνων, όταν κάποιος δεν συμπαθεί κάποιον άλλο πηγαίνει στον "μάγο" και του λέει ότι θέλει να τον ξεφορτωθεί τον άλλο. Και αυτός του δίνει ένα κόκκαλο από κάποιο μέρος του κοτόπουλου και του λέει να στρέψει αυτό το κόκκαλο προς αυτό το άτομο. Υπάρχει και μια έκφραση τώρα ανάμεσα στους Αυστραλούς που λέγεται : "στρέφοντας το κόκκαλο" (POINTING THE BONE). Στρέφεις

λοιπόν το κόκκαλο προς κάποιον και μέσα σε λίγες ώρες εκεί-
νο το άτομο θα χάσει την όρεξή του, θα αρχίσει να κάνει εμε-
τούς, θα έχει ναυτία, θα γίνει ανορεξικό και μετά από 5 - 6
μέρες θα πεθάνει. Αυτό είναι ένα αποδεδειγμένο φαινόμενο ανά-
μεσα στους αυτόχθονες. Υπάρχουν πολλά τέτοια σε πολλά μέρη
του κόσμου. Με άλλα λόγια, όπως το αδρανές φάρμακο λειτουργεί
μέσω ορισμένων μηχανισμών, έτσι κάνει και το NOCEBO. Θα σας
δώσω ένα σενάριο και θα σας ζητήσω να μου το ερμηνεύσετε.
Είμαι σε ένα εθνικό Ινστιτούτο Υγείας ή ακόμη καλύτερα στην
ιατρική σχολή του πανεπιστημίου του Χάρβαντ ή κάπου αλλού.
Εξετάζω 100 ασθενείς με καρκίνο των πνευμόνων και φυσικά
είμαι τελείως προσκολλημένος στο υλιστικό πρότυπο, κατά κάποιο
τρόπο τελείως "απορροφημένος" στη δυσειδαιμονία του υλισμού
και αυτό που κάνω είναι να πω ότι : αυτό το φάρμακο για αυτή
την αρρώστεια. Έτσι δίνω σε 100 ανθρώπους αυτό το φάρμακο
και περιμένω να δω τι θα γίνει. Έξι μήνες αργότερα ανακαλύ-
πτω ότι το 95% αυτών των ανθρώπων πέθαναν και το 5% δεν πέ-
θανε. Φυσικά δεν έλαβα υπόψη καθόλου τα εκατομμύρια των άλ-
λων παραγόντων που μπορεί να επηρέασαν αυτήν την ασθένεια.
Όπως η διατροφή, αν αυτό το πρόσωπο έχει καλή δουλειά, τι
σκέφτεται για τα πρωΐνά της Δευτέρας, αν αγαπά την γυναίκα
του, ποια είναι η οικονομική του κατάσταση, ποια είναι η σχέ-
ση του με τα παιδιά του, πως ερμηνεύει ο ίδιος αυτή την ασθέ-
νεια, τι είπε ο γιατρός όταν του έδωσε αυτό το φάρμακο. Είπε
ότι είναι καλό φάρμακο ή ότι έχεις μόνο 3 μήνες ζωής κ.α.
Υπάρχουν τόσοι παράγοντες που θα επηρεάσουν την έκβαση της
αρρώστειας. Και αυτό που κάνω είναι να εδραιώσω μια γραμμική

σχέση αιτίας και αποτελέσματος. Έτσι όταν πέθαναν οι 95 ασθενείς δημοσιεύω σε ένα μεγάλο ιατρικό περιοδικό ότι το 95% των ανθρώπων που έπασχαν απ'αυτή την ασθένεια πέθαναν, και το 5% έζησε, όταν χρησιμοποίησα αυτό το φάρμακο. Δημοσιεύεται σε όλα τα ιατρικά περιοδικά, οι γιατροί το διαβάζουν, ο ασθενής μπαίνει στο ιατρείο και ο γιατρός του λέει : "Ξέρεις σύμφωνα με τις τελευταίες έρευνες, παρεπιπτόντως το 95% όσων έπασχαν απ'αυτή την ασθένεια, όταν τους έγινε αυτή η θεραπεία πέθαναν". Τι κάνουμε λοιπόν ; Εισάξαμε ένα συλλογικό NOCEBO σε κοινωνικό επίπεδο. Εντάξει ; Έτσι η στατιστική αυτοαντιγράφεται. Αυτοενδυναμώνεται. Την συγκρίνουμε με τα συνήθη πρότυπα, με το ομαλό. Που μπορεί να είναι από την αρχή ένα κάτι τυχαίο. Τι γίνεται με εκείνους τους 5 που δεν πέθαναν; Τι συνέβη; Γιατί δε συμπεριφέρθηκαν με τον ίδιο τρόπο ; Και πως ξέρω όταν μπει ο ασθενής στο ιατρείο μου ότι ανήκει στο 95% και όχι στο 5% ; Πως το ξέρω, Δεν υπάρχει κανένας τρόπος για να μπορώ να το ξέρω, ότι αυτός ο άνθρωπος ανήκει εδώ ή εκεί. Κι εν τούτοις του προσφέρουν αυτή την πιθανότητα και όχι την άλλη. Σκέφτομαι ότι αν του προσφέρω τη δεύτερη πιθανότητα είναι σα να του δίνω ψεύτικες ελπίδες. Πράγμα που είναι ενάντια στον ορισμό της ίδιας της ελπίδας. Τι είναι ελπίδα ; Είτε την έχεις είτε όχι. Τι το ψεύτικο υπάρχει σ'αυτήν ; Σύμφωνα με τον ορισμό είτε την έχεις είτε δεν την έχεις. Βλέπετε λοιπόν ότι όταν αντιμετωπίζουμε σοβαρές ασθένειες και τις εκδηλώσεις τους στον κάθε ασθενή ξεχωριστά μένουμε κατάπληκτοι. Και λέμε ότι αυτό ήταν προβλεπτό και μετά εισάγουμε τα συλλογικά NOCEBO. Έχω ασθενείς, ξεχάστε

το παράδειγμα της μεσογειακής αναιμίας, για λίγο, διότι δεν έχω τέτοιους ασθενείς στους οποίους να εφαρμόζω την αγιουρβεδική ιατρική, αλλά έχω ασθενείς που γεννήθηκαν τυφλοί. Με συγγενές γλαύκωμα, με συγγενές καταρράκτη και μέσω της αυτοθεραπείας μπορούν να δουν, μπορούν να οδηγήσουν, δεν φορούν γυαλιά.

ΕΡ.: Δεν ξέρω ειλικρινά. Θα επιμείνω όμως. Μπορούμε να επηρεάσουμε τη δομή ενός τμήματος του DNA;

ΑΠ.: Το DNA είναι απλώς το άλογο, ο αναβάτης είναι οι πληροφορίες. Το DNA είναι ο φορέας των πληροφοριών. Οι πληροφορίες είναι πρωταρχικές της υλιστικής τους έκφρασης. Αν αλλάξετε το κβαντικό επίπεδο, από κει που παράγεται η πληροφορία, τότε αλλάζει και ο αγγελιοφόρος. Ο αγγελιοφόρος δεν είναι το μήνυμα.

ΕΡ.: Νομίζω πως κατάλαβα τι εννοείτε. Ας πάμε όμως σε κάτι άλλο. Έχετε γράψει 4 βιβλία Δρ. CHOPRA, σχετικά με την αγιουρβεδική ιατρική, και όλα έγιναν BEST SELLERS. Τι νομίζετε πως είναι αυτό που ελκύει περισσότερο τον κόσμο στην αγιουρβεδική ιατρική τα τελευταία χρόνια ;

ΑΠ.: Αυτό που τους ελκύει είναι ότι, όταν δουν κάτι τέτοιο γνωρίζουν δια διαισθήσεως ότι είναι αλήθεια. Μπορεί να μην είναι σε θέση να δώσουν λογική εξήγηση στην αρχή ή να το εκλογικεύσουν, δεν υπάρχουν επιστημονικά στοιχεία στην αρχή των βιβλίων, αυτά έρχονται αργότερα, αλλά θέλουν να ξεφύγουν από τα νύχια της ούτω καλουμένης λογικής τους και ξέρουν από διαίσθηση ότι είναι αλήθεια, κι ενώ όλο και περισσότεροι άνθρωποι προδιατίθενται μ'αυτόν τον τρόπο τότε και τα στοι-

χεία έρχονται διότι η αναζήτηση των στοιχείων προωθείται από το ενδιαφέρον που δείχνει ο κόσμος. Και εγώ προσωπικά πιστεύω ότι όλοι αναγνωρίζουμε την αλήθεια όταν την βλέπουμε. Δεν εφεύρα εγώ την Αγιουρβεδική Ιατρική. Απλώς προσπαθώ να την ερμηνεύσω με την βοήθεια του Μαχαρισι που εισήγαγε τον Υπερβατικό διαλογισμό στον κόσμο. Είμαι απλώς ένας αγγελιοφόρος και το κάνω για την ευχαρίστηση μου διότι και εγώ διαισθάνομαι την αλήθεια σ'αυτήν, κι όταν μιλώ στους ανθρώπους βρίσκω ότι κι αυτοί διαισθάνονται την αλήθεια, κι αυτό είναι που ελκύει.

ΕΡ.: Ποιο ρόλο πιστεύετε ότι θα παίξει η Αγιουρβεδική Ιατρική στο μέλλον ;

ΑΠ.: Νομίζω πως, αν διαβλέπω ορθά, στο μέλλον θα συμβούν δύο πράγματα. Η τεχνική ιατρική παρέμβαση θα γίνει ακόμη πιο υπερσύγχρονη, πιο ακριβής και καλύτερη. Έτσι θα έχουμε καλύτερα CAT-SCANNERS και καλύτερα πυρηνικά - μαγνητικά - ηχητικά σκάνερς, καλύτερα όργανα διάγνωσης και καλύτερες τεχνικές παρεμβάσεις. Έτσι θα μπορούμε να βάλουμε μια μικρή ακτίνα Λέιζερ και να ανοίγουμε μια αρτηρία κ.λ.π. Παράλληλα όμως αυτή η θεραπεία θα γίνει πιο επιλεκτική. Δηλαδή θα τη χρησιμοποιούμε κατά 90% λιγότερο απ'όσο σήμερα. Σήμερα την αφήνουμε να πηγαίνει τελείως χαμένη. Και μάλιστα τη σκαταλούμε και την χρησιμοποιούμε τόσο απερίσκεπτα που έγινε επιβλαβής. Αν γινόταν πιο επιλεκτική και την εκμεταλλευόμασταν περισσότερο θα ήταν πολύ πιο χρήσιμη. Αν χρησιμοποιούσαμε λ.χ. τα αντιβιοτικά με πιο επιλεκτικό τρόπο θα τα πηγαίναμε πολύ καλά. Σήμερα βλέπουμε εκατοντάδες χιλιάδες άτομα να πε-

θαίνουν από αίτια συναφή με τα αντιβιοτικά, διότι τα χρησιμοποιούν στα τυφλά. Έτσι θα τα χρησιμοποιούσαμ με πιο επιλεκτικό τρόπο και ταυτόχρονα θα είχαμε ένα συμπληρωματικό υλιστικό σύστημα αγγιουρβεδικής ιατρικής, που θα έκανε χρήση του ιδίου μας του θεραπευτικού δυναμικού, και έτσι όταν έχουμε και τα δύο μαζί ανακαλύπτεις ότι μπορείς να απαλλαγείς από τρομερές δαπάνες και σπατάλη καθώς και τις επιβλαβείς παρενέργειες μερικών από τα πράγματα που κάνουμε με την τεχνική ιατρική παρέμβαση.

ΕΡ.: Και ποια συμβουλή θα δίνετε στον κόσμο ;

ΑΠ.: Να είστε ευτυχισμένοι. Πως λέει το τραγούδι "DON'T WORRY BE HAPPY". Η πηγή της ευτυχίας όμως δεν είναι εκεί έξω. Πολλοί πιστεύουν ότι αν πάρουν κάποια δουλειά θα γίνουν ευτυχισμένοι, αλλά μετά δεν είναι διότι κάτι άλλο παρουσιάζεται για το οποίο ανησυχούν. Η αν έχουν λεφτά πιστεύουν ότι θα είναι ευτυχισμένοι και μετά δεν είναι.

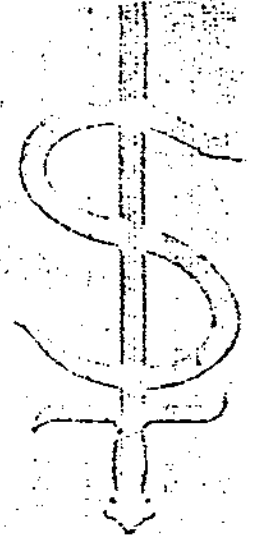
Ας προσέτι ότι από τις πιο σημαντικές προτεραιότητες είναι ότι οι δυνάμεις που εδρασηάζονται στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένων των πολιτικών οργανώσεων, είναι η "Ελευθερία" και η "Αναγέννηση" η οποία...

Ο Έλληνας Πρωθυπουργός κληθεί να πραγματοποιήσει μια επίσημη επίσκεψη στην Αμερική, για να ενημερώσει τον Αμερικανικό λαό για την κατάσταση στην Ελλάδα...

Οι Άγγλοι της Μαύρης Λίστας είναι η βασική προτεραιότητα στην αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, καθώς και η αντιμετώπιση της ανεργίας...



Η στέγη της Ελλάδας. Διασπορά, η κερσοφορία κομίστου. Ταυτόσημο και άσπαστο το μέτρο — η αβεβαιότητα — ένα δεν είναι κερσοφορία άσπαστο, αλλά η κερσοφορία κερσοφορίας στην Ελλάδα του...



α) Ανεκμελητικό Προίτισμο (ΕΑΠ) που έχει επινοήσει και το μεγαλύτερο μέρος της Ηνωμένης Πολιτικής, για τον καλύτερο κατά τον καλύτερο...

10.000 Έλληνας ο ένας κερσοφορία, που τον 1940, ΑΛΛΗ και ομοίως, το οποίο κερσοφορία ο κερσοφορία...

Είχατε ήδη περσική κερσοφορία για τις κερσοφορίες αυτές, που κερσοφορία κερσοφορία από κερσοφορία κερσοφορία...

Προσπαθήστε να καταλάβετε, ότι κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία...

Αν και το ΕΑΠ είναι περισσότερο άσπαστο το κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία...

Το κερσοφορία του 1970 το κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία...

Είχατε ήδη περσική κερσοφορία για τις κερσοφορίες αυτές, που κερσοφορία κερσοφορία...

Η κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία...

Από το 1948 ο κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία...

ΑΛΛΗ και ομοίως, το οποίο κερσοφορία ο κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία...

Είχατε ήδη περσική κερσοφορία για τις κερσοφορίες αυτές, που κερσοφορία κερσοφορία...

RAIPI W. MOSS

Σιγουρα κέρδη από

Τό εμπόριο της άγρονίας

Από 1970 ομοίως, κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία...

Είχατε ήδη περσική κερσοφορία για τις κερσοφορίες αυτές, που κερσοφορία κερσοφορία...

Είχατε ήδη περσική κερσοφορία για τις κερσοφορίες αυτές, που κερσοφορία κερσοφορία...

Είχατε ήδη περσική κερσοφορία για τις κερσοφορίες αυτές, που κερσοφορία κερσοφορία...

Από 1970 ομοίως, κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία...

Είχατε ήδη περσική κερσοφορία για τις κερσοφορίες αυτές, που κερσοφορία κερσοφορία...

Από 1970 ομοίως, κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία...

Είχατε ήδη περσική κερσοφορία για τις κερσοφορίες αυτές, που κερσοφορία κερσοφορία...

Είχατε ήδη περσική κερσοφορία για τις κερσοφορίες αυτές, που κερσοφορία κερσοφορία...

Τό άσπαστο κερσοφορία

Από 1970 ομοίως, κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία κερσοφορία...

Είχατε ήδη περσική κερσοφορία για τις κερσοφορίες αυτές, που κερσοφορία κερσοφορία...

Είχατε ήδη περσική κερσοφορία για τις κερσοφορίες αυτές, που κερσοφορία κερσοφορία...

Είχατε ήδη περσική κερσοφορία για τις κερσοφορίες αυτές, που κερσοφορία κερσοφορία...

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

Αγάθωνος Μαρουλή Ε. "Τα επαγγέλματα υγείας στη σύγχρονη περίθαλψη. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού" Εκλογή Δεκέμβριος 1980 Τεύχος 53 σελ. 171-176

Αλεξοπούλου Τασία Ακτινοθεραπεία κατά του καρκίνου πτυχι-
ακή εργασία για τη λήψη πτυχίου της Νοσηλευτικής Σχολής του
ΤΕΙ Πάτρας, Οκτώβρης 1991 σελ. 1-15

Αναγνωστόπουλος Φώτης Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκί-
νο εκδ. Φλόγα Αθήνα 1986

Αναπλιώτη Βαζαίου Ειρήνη Παγκόσμιες αποδοχές στην υγεία
και εθνικά συστήματα υγείας Αθήνα 1988 σελ. 47-49

Αργυρόπουλος Α. "Η συμμετοχή του ενδοκρινικού συστήματος και
η θέση της ενδοκρινολογίας στα ψυχοσωματικά (διαγνωστικά και
θεραπευτικά) προβλήματα" ανακοίνωση στο πρώτο μεταπτυχιακό
διήμερο με θέμα Ψυχοσωματικά διαγνωστικά και θεραπευτικά προ-
βλήματα Αθήνα 1986 σελ. 24-27

VACHET PIERRE Η σκέψη που γιατρεύει (μετ. Μαργαρίτα Κουλε-
ντάνου) εκδ. Θυμάρη Αθήνα 1984

VACHET PIERRE Σύμβουλος ψυχοσωματικής υγιεινής (μετ. Μαργα-
ρίτα Κουλεντάνου) εκδ. Θυμάρη Αθήνα 1981

Βελισσαρόπουλος Χρήστος "Η αναγκαιότητα της διεπιστημονικής
συμβολής στην αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς" συζήτηση στοργου-
λής τράπεζας σε συνέδριο με θέμα Ψυχοκοινωνική ογκολογία εξε-
λίξεις και προοπτικές Αθήνα 1991 σελ. 38-43

Βελονάκης Μανώλης Υγεία και εργασία Αθήνα 1990

Βυθούλας Γεώργιος Ομοιοπαθητική εκδ. Κέντρο ομοιοπαθητικής
ιατρικής Αθήνα 1985

CAPRA FRITJOF Το ΤΑΟ και η φυσική (μετ. Μάριος Βερέτας) εκδ.
Ωρόρα Αθήνα 1982

CAPRA FRITJOF Η κρίσιμη καμπή, επιστήμη κοινωνία και απαρχή
ενός νέου πολιτισμού (μετ. Μάριος Βερέτας) εκδ. Ωρόρα Αθήνα 1984

COX TOM STRESS (μετ. Μάριος Βερέτας) εκδ. Ωρόρα Αθήνα 1981

CHOPRA DEEPAK Κβαντική θεραπεία-εξερευνώντας τα σύνορα της ιατρικής
νου - σώματος (μετ. Ντίνος Γαρουφαλιάς) εκδ. AGUARIOS Αθήνα 1991

Γεώργια Δημητρίου Κοινωνική ψυχολογία τόμος Β Αθήνα 1986 σελ. 167-
169

Γιδοπούλου Κούλα "Κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος καρκίνος"
ανακοίνωση σε συνέδριο με θέμα Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου
Αθήνα 1991 σελ. 23-30

Γιδοπούλου Κούλα "Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ασθενών με καρκίνο"
Μάχη και ελπίδα εκδ. Ελληνικής αντικαρκινικής εταιρίας Αθήνα Οκτώ-
βριος 1984 σελ. 8-13

Γύρα Χοβσεπιάν Ε. "Ασκήσεις γυμναστικής και χαλάρωσης στα πλαίσια
θεραπευτικού προγράμματος με ψυχιατρικούς αρρώστους" Εγκέφαλος
1982 Τεύχος 19 σελ. 235-238

Δελφαντώνη Οικονόμου Χ. "Κοινωνική εργασία με την οικογένεια ασθενών με καρκίνο" ανακοίνωση σε συνέδριο με θέμα Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου Αθήνα 1991 σελ.87-93

Δοντάς Νικόλαος "Τι είναι καρκίνος" ανακοίνωση σε συνέδριο με θέμα Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου Αθήνα 1991 σελ. 13-19

Δοντάς Νικόλαος "Ο καρκίνος άλλωτε και τώρα" Μάχη και ελπίδα εκδ. Ελληνικής αντικαρκινικής εταιρίας Αθήνα Απρίλιος 1982 σελ. 14-16

FABIEN GRUIER "Το Βατερλώ των δογμάτων στη διατροφή" ΤΑ ΝΕΑ Πέμπτη 14 Μαΐου 1992 σελ. 40

ILLICH IVAN Ιατρική νέμεση περιορισμοί στην ιατρική - η απαλλοτρίωση της υγείας (μετ. Βασίλης Τομανός) εκδοτική ομάδα Θεσσαλονίκη 1988

Κάππου Ρηγάτου Ι. "Χρόνιες φλεγμονώδεις ρευματοπάθειες" ανακοίνωση στο πρώτο μετεκπαιδευτικό διήμερο με θέμα Ψυχοσωματικά διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα Αθήνα 1986 σελ. 109-111

Κούζης Αριστοτέλης Η ιατρική κατά τους προϊστορικούς χρόνους και παρα τοις αρχαίοις ανατολικούς λαοίς Αθήνα 1935

Κούζης Αριστοτέλης Ο καρκίνος παρά τοις αρχαίοις έλλησιν ιατροίς Αθήνα 1902

Κούζης Αριστοτέλης Ιστορία της Ιατρικής Αθήνα 1929

Κούζης Αριστοτέλης Ο καρκίνος Αθήνα 1941

Λάικα Ελένη "Αποκατάσταση ασθενών με καρκίνο" ανακοίνωση σε συνέδριο με θέμα Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου Αθήνα 1991
σελ. 115-123

LARRY L. SMITH " Αναδρομή στη θεωρία της παρέμβασης σε περιόδους κρίσης" Εκλογή Δεκέμβριος 1984 τεύχος 65 σελ. 145-156

Δαυρεντιάδης Γ. "Η στάση και η γνώση του έλληνα καρκινοπαθή σχετικά με τη διάγνωση και τη πρόγνωση του" ανακοίνωση στο Β' Βορειοελλαδίτικο Ιατρικό συνέδριο Θεσσαλονίκη 1987 τόμος Β'
σελ. 391-399

Λεσάν Λώρενς Μπορείς να αγωνιστείς για τη ζωή σου (μετ. Εύη Νάντσου) εκδ. Θυμάρι Αθήνα 1981

Λουπασάκης Αλέξανδρος "Ενα καινούργιο μοντέλο υγείας" Ανεξήγητο τεύχος 78 Μάρτιος 1992 σελ. 122-127

Μαλαμόποπυλος Θύμης "Ψυχολογικά επακόλουθα της ειλεοστομίας και κολοστομίας" Εγκέφαλος τεύχος 27 1990 σελ.196-202

Μοσχούτης Ν. "Λειτουργικά σύνδρομα από το πεπτικό σύστημα" ανακοίνωση στο πρώτο μετεκπαιδευτικό διήμερο με θέμα Ψυχοσωματικά διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα Αθήνα 1986
σελ.113-118

Μουζακίτης Χρήστος Κοινωνική εργασία με οικογένεια διδακτικές σημειώσεις 1990

Μπιντέρης Γιώργος Προσωπικότητα και υγεία βιβλίο I το STRESS φίλος ή εχθρός; εκδ. Θυμάρι Αθήνα 1984

Νικητοπούλου Μαράτου Γ. "Νοσογόνες σχέσεις, χαλάρωση, BIOFEED-BACK" ανακοίνωση στο πρώτο μετεκπαιδευτικό διήμερο με θέμα Ψυχοσωματικά διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα Αθήνα 1986 σελ. 182-196

Πατηράκη Κουρμπάνη Ε. "Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του καρκινοπαθούς - ποιότητα ζωής" στρογγυλή τράπεζα σε επιστημονική ημερίδα με θέμα Ψυχοκοινωνική ογκολογία εξελίξεις και προοπτικές Αθήνα 1991 σελ.78-88

Παυλίδης Ν. "Στοιχεία ανοσολογίας" ανακοίνωση στο πρώτο μετεκπαιδευτικό διήμερο με θέμα Ψυχοσωματικά διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα Αθήνα 1986, σελ. 44-53.

Ρηγάτος Γεράσιμος Εισαγωγή στην ψυχοκοινωνική ογκολογία Ιατρικές εκδόσεις Ζήτα Αθήνα 1985.

Ρηγάτος - Γκαράς "Ψυχοκοινωνικοί συντελεστές υπόλογοι για καθυστερημένη προσέλευση σε γυναίκες με καρκίνο μαστού" Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 1986 τόμος 3, σελ. 186 - 187.

Σαλαμινός Φιλοκλήτης "Συστήματα υγείας : πόσο άρρωστα είναι;" Αντιθέσεις τεύχος 9, 1982, σελ. 25 - 31.

SCOTT CYRILL Καρκίνος : μερικά ενθαρρυντικά γεγονότα για την πρόληψή του (μετ. Γ. Μπαρουξής) εκδ. Διόπτρα Αθήνα.

SIMONTON CARL Γίνε ξανά καλά - μια ολιστική προσέγγιση στη θεραπεία του καρκίνου (μετ. Λύσανδρος Μυγιάκης) εκδ. Ιάμβλιχος Αθήνα 1988.

Σολδάτος Κ. "Καρκίνος και ενημέρωση του αρρώστου" Εγκέφαλος τεύχος 23 1986 σελ. 97-111.

Συμεωνίδης Α. Μη φοβάστε τον καρκίνο εκδ. Ερμής Αθήνα 1972

Τάουιλ Γεώργιος "Διερεύνηση του άγχους, της μελαγχολίας και της επιθετικότητας στους ασθματικούς" Εγκέφαλος τεύχος 25 1988 σελ. 186 - 198.

Ταμτάκος Ζαχαρίας ομοιοπαθητική - επανάσταση στην ιατρική εκδ. Παρατηρητής Θεσσαλονίκη 1987

Τούντας Ιωάννης "Το φάρμακο" Αντιθέσεις τεύχος 9 1982.

Φωτεινού Κώστα Εισαγωγή στη μεταφυσική ανάπτυξη εκδ. στάχυ.

Χάμερ Ρικ Γκερντ Καρκίνος : ασθένεια της ψυχής (μετ. Γιώργος Κανάκης) εκδ. Παρασκήνιο.