
ΚΟΙΝΩΝΙΟΓΕΝΕΙΣ ΝΟΣΟΓΟΝΟΙ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Ποιοί άνθρωποι πεθαίνουν πρόωρα από καρδιακή προσβολή, από καρκίνο ή από εγκεφαλικό επεισόδιο; Ποια νεαρά άτομα είναι καταδικασμένα να εξελιχθούν σε σχιζοφρενή ή μανιοκαταθλιπτικά; Είναι τραγικό ότι δεν έχουμε μπορέσει ακόμη να *προλάβουμε* τις συχνές και σοβαρές αυτές διαταραχές, επειδή δεν γνωρίζουμε αρκετά για τα αίτια που τις προκαλούν. Αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ότι κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες επενεργούν αρνητικά στην υγεία. Παρ' όλα αυτά, τα περισσότερα άτομα που έχουν εκτεθεί είτε σε τοξικές ουσίες είτε σε μια δύσκολη παιδική ηλικία *δεν* προσβάλλονται από ασθένειες ούτε πεθαίνουν πριν την ώρα τους (Thomas CB., 1976: 653).

Τα μυστήρια της ανθρώπινης ιδιοσυγκρασίας τώρα μόλις αρχίζουν να κατανοούνται. Οι φυσικές και χημικές μετρήσεις —όπως το σωματικό βάρος, η αρτηριακή πίεση και τα επίπεδα της χοληστερόλης — διαφοροποιούν *ομάδες* ατόμων που έχουν *λίγο πολύ* μια προδιάθεση για καρδιακή προσβολή ή αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Ωστόσο, δεν μπορούν να προβλέψουν *ποιο* άτομο από τις ομάδες υψηλού κινδύνου θα υποκύψει και *ποιο* θα σωθεί. Είναι πολύ πιθανό ότι όσοι σώζονται προστατεύονται από κάποιους παράγοντες για τους οποίους γνωρίζουμε ελάχιστα. Ο Sir Winston Churchill, που έζησε ως την ώριμη ηλικία των 90 χρόνων, αποτελεί ένα ξεχωριστό παράδειγμα εκείνων που αρνούνται πεισματικά να υποκύψουν σε ασθένειες παρά την ύπαρξη ορισμένων γνωστών χαρακτηριστικών τα οποία θεωρούνται συνήθως ως «επικίνδυνοι παράγοντες». Φαίνεται λογικό να υποθέσουμε ότι η αλληλε-

* Ερευνήτρια ΕΚΚΕ.

** Η εργασία αυτή ανακοινώθηκε στο μετεκπαιδευτικό διήμερο για γιατρούς, που διοργάνωσε η Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων στην Αθήνα στις 6 και 7 Ιουνίου 1986, με θέμα «Ψυχοσωματικά διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα».

πίδραση μεταξύ των γενετικών καταβολών και των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων οδηγεί στη διαμόρφωση ιδιοτυπιών της προσωπικότητας και προτύπων συμπεριφοράς, που, με τη σειρά τους, συμβάλλουν καθοριστικά στη διαμόρφωση της ατομικότητας, γέρνοντας τη ζυγαριά υπέρ ή κατά της υγείας και της μακροζωίας (Thomas CB., 1976: 653). Το ποιοι ήταν οι πρόγονοί μας παίζει σημαντικό ρόλο ως προς τις πιθανότητες που έχουμε να αρρωστήσουμε — αλλά οι καθημερινές συνήθειες και οι έξεις μας μπορεί να αποδειχθούν ως το πιο σημαντικό απ' όλα. Ο τρόπος που ζούμε —η διατροφή μας, το κάπνισμα, ο τόπος επαγγελματικής απασχόλησης, αν κατοικούμε στην πόλη ή στην ύπαιθρο, αν είμαστε παντρεμένοι ή ανύπαντροι, η χρονική στιγμή που επιλέγουμε να κάνουμε παιδιά, η διάθεση του ελεύθερου χρόνου μας— συνδέονται στενά με τη γενικότερη κατάσταση της υγείας μας (U.S. Department of Health and Human Services, 1981: 31-32). Οπωσδήποτε, δεν μπορούμε να κάνουμε σαφή διάκριση ανάμεσα στην ατομική προδιάθεση, έτσι όπως αυτή προσδιορίζεται από το περιβάλλον, και την κληρονομικότητα (Higginson J., 1981: 545). Ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες όπως η προσωπικότητα, η πνευματική κατάσταση, τα πρότυπα συμπεριφοράς, ο τρόπος ζωής, οι κοινωνικές συναναστροφές, σχέσεις και δραστηριότητες, καθώς επίσης και οι συνέπειες του άγχους έχουν θεωρηθεί υπεύθυνοι για την πρόκληση πολλών ασθενειών (Clemente RJ. κ.ά., 1982: 36). Παρόλο που οι σχετικές μελέτες έχουν συμβάλει στην πληρέστερη κατανόηση του ζητήματος αυτού, εξακολουθούν να υπάρχουν πολλά ερωτηματικά (Funch DP. κ.ά., 1983: 77).

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια συνοπτική επισκόπηση μερικών επιλεγμένων συμπερασμάτων αναφορικά με το ρόλο που παίζουν οι κοινωνικοί παράγοντες στην υγεία και την ασθένεια. Αποτελεί θέμα ζωτικής σημασίας οι παράγοντες αυτοί να λαμβάνονται υπόψη παράλληλα με τις συνήθειες ιατρικές πρακτικές.

Η σχέση της ασθένειας με το κοινωνικό περιβάλλον είναι αινιγματική αλλά και πολύπλευρη (Marshall JR. κ.ά., 1983: 1546). Ένα πεδίο έρευνας αφορά την επίδραση των παθήσεων και των ασθενειών πάνω στην κοινωνική και ψυχολογική κατάσταση του ατόμου (Cohen F κ.ά., 1979: 98). Άλλες έρευνες διερευνούν αν και κατά πόσον οι συνθήκες ή τα γεγονότα που διαδραματίζονται στο κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζουν άμεσα την υγεία καθώς και τη γένεση ή την εξέλιξη της ασθένειας (Antonovsky A., 1980: 75, Moss G., 1973: 38· Syme SL. κ.ά., 1978: 43).

Δύο τουλάχιστον χαρακτηριστικά του κοινωνικού περιβάλλοντος μπορεί να θεωρηθεί ότι συσχετίζονται με την πρόκληση των ασθενειών (Marshall JR. κ.ά., 1983: 1546). Το πρώτο αναφέρεται στη βίωση έντονων αγχωτικών συμβάντων, όπως είναι ο θάνατος ενός αγαπητού προσώπου ή το διαζύ-

γιο (Dohrenwend BS. κ.ά., 1974: 29). Το δεύτερο χαρακτηριστικό του κοινωνικού περιβάλλοντος αφορά τις κοινωνικές συναναστροφές, τις κοινωνικές σχέσεις και δραστηριότητες, καθώς επίσης και την κοινωνική υποστήριξη που παρέχεται στο άτομο από πρόσωπα του κοινωνικού του περιγύρου (Berkman LF. κ.ά., 1979: 186).

Ορισμένοι μελετητές έχουν υποστηρίξει την άποψη ότι το κοινωνικό άγχος μειώνει τις δυνατότητες αντίστασης στην ασθένεια, καθώς και εκείνες της επιβίωσης, ενώ η κοινωνική συμμετοχή αυξάνει την ικανότητα του ατόμου να ανθίσταται και να επιβιώνει. Με άλλα λόγια, οι αγχωτικές καταστάσεις και η διεύρυνση της κοινωνικής συμμετοχής του ατόμου, μπορεί να τροποποιήσουν τη φυσική του ικανότητα να αντιμετωπίζει τις ασθένειες (Marshall JR. κ.ά., 1983: 1549).

Υπάρχουν κατά βάση δύο διαφορετικά είδη διαταραχών στις σχέσεις του ατόμου με το περιβάλλον του, τα οποία μπορεί να εκθέσουν σε κίνδυνο την εσωτερική του ισορροπία:

α) Όταν το άτομο έχει έντονη συναισθηματική ανάγκη για ένα επιθυμητό αντικείμενο ή για μια κατάσταση ζωής, αλλά το αντικείμενο αυτό, αντί να προσεγγίζεται, απομακρύνεται. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια απόγνωση και κατάθλιψη.

β) Όταν ένα άλλο πρόσωπο ή η υπάρχουσα κατάσταση ζωής παρεμποδίζουν και ενοχλούν το άτομο στη διαδικασία ικανοποίησης πρωταρχικών συναισθηματικών αναγκών. Αυτό μπορεί να προκαλέσει χρόνια εκνευρισμό και οργή (Grossarth-Maticek R. κ.ά., 1983: 193).

Η υπερίσχυση του πρώτου είδους διαταραχής φαίνεται ότι συνδέεται με τον καρκίνο (η πρώτη σχετική υπόνοια είναι παλιά και είχε γίνει από την εποχή του Γαλιανού ο οποίος υποστήριζε πως «διά την πλεονεξίαν της μαύρης χολής γίνεται καρκίνος») ενώ η υπερίσχυση του δεύτερου είδους συνδέεται με καρδιαγγειακές παθήσεις. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι κάθε άτομο που εκτίθεται στις παραπάνω καταστάσεις προσβάλλεται από τις αντίστοιχες παθήσεις. Υποθέτουμε ότι για να συμβεί αυτό πρέπει να υπάρχουν και οι ακόλουθες συνθήκες: το άτομο να μην είναι σε θέση να ικανοποιήσει τις μπλοκαρισμένες επιθυμίες του με την υποκατάσταση μέσω άλλων αντικειμένων, πράγμα το οποίο συντείνει στην αύξηση του άγχους του· το άτομο πρέπει επίσης να μην είναι σε θέση να αναπτύξει νέες στρατηγικές συμπεριφοράς που θα μπορούσαν να επηρεάσουν το επιθυμητό αντικείμενο με τον κατάλληλο τρόπο· τέλος, οι μπλοκαρισμένες επιθυμίες πρέπει να έχουν εξέχουσα υποκειμενική σημασία και ψυχολογική αξία για το άτομο (Grossarth-Maticek R. κ.ά., 1983: 193). Οι πρώτες έρευνες για το άγχος στράφηκαν προς την αναζήτηση των αντικειμενικών εκείνων συμβάντων που θα μπορούσαν να διαταράζουν τις δραστηριότητες των περισσότερων ατόμων ή όλων όσα τα

βιώνουν. Παρ' όλο που έχουν εντοπιστεί σημαντικές από στατιστική άποψη αλληλεξαρτήσεις ανάμεσα στον αριθμό των βιούμενων αγχωτικών καταστάσεων και στις ασθένειες που καταγράφονται ή στην έκβαση των παθήσεων αυτών (Rahe RH. κ.ά., 1968: 341), η σπουδαιότητα των αλληλεξαρτήσεων αυτών από κοινωνιολογική άποψη είναι συνήθως πολύ μικρή. Το γεγονός αυτό αποτέλεσε κίνητρο για περαιτέρω έρευνα η οποία συνεπάγεται την τροποποίηση της αρχικής αντίληψης για την έννοια του άγχους και καταλήγει στο συμπέρασμα ότι τα ανεπιθύμητα συμβάντα έχουν περισσότερες πιθανότητες απ' ό,τι τα επιθυμητά, να ενισχύσουν τη σχέση ανάμεσα στο άγχος και την ασθένεια (Funch DP. κ.ά., 1983: 77· Rabkin JG. κ.ά., 1976: 1013· Vinocur A. κ.ά., 1975: 329).

Η ταξινόμηση ωστόσο των συμβάντων ως ανεπιθύμητων, προϋποθέτει την ερμηνεία και την αξιολόγησή τους από το ίδιο το άτομο, καθώς και τις αντιδράσεις του, που μπορεί να προσδιορίζονται από τα προσωπικά και κοινωνικά αποθέματα δύναμης που διαθέτει το άτομο αυτό (Moss GE., 1973: 45· Antonovsky A., 1980: 83). Η άποψη αυτή έχει οδηγήσει σε έρευνες που εξετάζουν τόσο τον αριθμό των γεγονότων που προκαλούν άγχος όσο και τις υποκειμενικές τους επιπτώσεις, έτσι όπως αυτές εκτιμώνται από το ίδιο το άτομο. Έχει επίσης οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι η κοινωνική συμμετοχή και υποστήριξη ως αποθέματα δύναμης, μπορούν να μετριάσουν τη σχέση άγχους-ασθένειας. Η κοινωνική συμμετοχή και υποστήριξη έχει συσχετιστεί με τη μειωμένη θνησιμότητα και τη θετική έκβαση των ασθενειών, παρά το γεγονός ότι είναι ασαφής ο τρόπος με τον οποίο μειώνουν το άγχος της ζωής (Funch DP. κ.ά., 1983: 77· Williams AW. κ.ά., 1981: 324). Για τον υπολογισμό του κοινωνικού άγχους και της κοινωνικής συμμετοχής έχουν επινοηθεί σύνθετοι τρόποι μέτρησης.

Το *κοινωνικό άγχος* υπολογίζεται με βάση ένα σύστημα βαθμολόγησης ως προς μεταβλητές που αναφέρονται στους θανάτους μέσα στην οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον, τις διαπροσωπικές συγκρούσεις, τα διαζύγια και τις ασθένειες μέσα στο σπίτι, τις επαγγελματικές δραστηριότητες, τον ανταγωνισμό και την ανεργία, καθώς και το θυμό, το φόβο, την κατάθλιψη και την καταπίεση των συναισθημάτων αυτών· επίσης, αναφέρονται σε κλονισμένες συναισθηματικές διεξόδους και έλλειψη επικοινωνίας και επαφής με τους γονείς (Marshall JR. κ.ά., 1983: 1547· Simonton OC. κ.ά., 1981: 682).

Η *κοινωνική συμμετοχή* υπολογίζεται με βάση τη βαθμολογία ως προς μεταβλητές που μετρούν τους δεσμούς μέσα στην κοινωνία και την κοινότητα — δηλαδή την οικογενειακή κατάσταση, την επικοινωνία με φίλους και συγγενείς, τη συμμετοχή στην εκκλησία και τη συμμετοχή σε «άτυπες και τυπικές» ομάδες (Marshall JR. κ.ά., 1983: 1547· House JS. κ.ά., 1982: 124· Berkman LF. κ.ά., 1979: 188). Για την εκτίμηση των σωρευτικών συνεπειών που

έχουν αυτοί οι δεσμοί και οι σχέσεις έχει επινοηθεί ένας Δείκτης Κοινωνικών Διασυνδέσεων (ΔΚΔ) με βάση τις τέσσερις αυτές πηγές επικοινωνίας. Συνολικά, ο Δείκτης Κοινωνικών Διασυνδέσεων δεν εξετάζει μόνο τον αριθμό των κοινωνικών δεσμών, αλλά και τις επιπτώσεις της συχνότητας και της έντασής τους, καθώς και τη σχετική τους σπουδαιότητα. Έτσι λ.χ. οι στενές επαφές έχουν μεγαλύτερη βαρύτητα από την προσχώρηση σε εκκλησιαστικές οργανώσεις και τη συμμετοχή σε διάφορες ομάδες. Με άλλα λόγια, ο Δείκτης Κοινωνικών Διασυνδέσεων έχει επινοηθεί για να συνοψίσει τις επιπτώσεις της αυξανόμενης κοινωνικής απομόνωσης πάνω στις ασθένειες και τη θνησιμότητα (Berkman LF. κ.ά., 1979: 190).

Οι μεταβλητές που αναλύονται έχουν επιλεγεί επειδή αντιπροσωπεύουν μετρήσιμες συνθήκες και διακεκριμένα κοινωνικά συμβάντα (Marshall JP. κ.ά., 1983: 1547).

Θεωρούμε επίσης ότι η *θνησιμότητα* από οποιαδήποτε αιτία είναι η θεωρητικά καταλληλότερη μεταβλητή εφόσον οι κοινωνικές σχέσεις και δραστηριότητες θεωρούνται ότι έχουν γενικότερες συνέπειες στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη κάθε είδους ασθένειας (House JS. κ.ά., 1982: 125· Cassel J., 1976: 107). Λεπτομερειακή όμως ανάλυση έχει διεξαχθεί μόνο για τα δύο κυριότερα αίτια: α) το θάνατο που οφείλεται σε κακοήγη νεοπλασμάτα ως βασική ή υποκείμενη αιτία και β) το θάνατο που οφείλεται σε ισχαιμική καρδιοπάθεια ως βασική ή υποκείμενη αιτία (House JS. κ.ά., 1982: 137-138).

Σύμφωνα με μια άποψη που επικρατεί εδώ και πολύ καιρό, οι κοινωνικοί δεσμοί και οι σχέσεις προάγουν την υγεία και προστατεύουν τα άτομα από ασθένειες, ακόμη και από το θάνατο (House JS. κ.ά., 1982: 123). Οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί δείχνουν ότι πράγματι, η κοινωνική συμμετοχή μπορεί να παίζει καίριο ρόλο στον καθορισμό της κατάστασης της υγείας. Τα άτομα που υπόκεινται σε ταχύρρυθμες κοινωνικές και πολιτισμικές μεταβολές (Marmot MG. κ.ά., 1976: 225· Tyroler HA. κ.ά., 1964: 167), καθώς και εκείνα που βιώνουν συνθήκες οι οποίες χαρακτηρίζονται από κοινωνική αποδιοργάνωση και φτώχεια (Nagi MH. κ.ά., 1973: 449· Syme SL. κ.ά., 1976: 1), φαίνεται ότι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο προσβολής από πολλές ασθένειες. Οι καταστάσεις αυτές περιγράφονται συχνά με αναφορά στην απουσία σταθερών κοινωνικών δεσμών και αποθεμάτων δύναμης στα άτομα που ζουν στις συνθήκες που αναφέρθηκαν (Berkman LF. κ.ά., 1979: 186).

Έχει παρατηρηθεί ότι οι θάνατοι από καρκίνο είναι συχνότεροι απ' ό,τι θα περίμενε κανείς σε περιοχές όπου ένα υψηλό ποσοστό οικογενειών και παιδιών ζουν σε κατάσταση φτώχειας και όπου υπάρχουν μεγάλοι αριθμοί ανέργων και υποαπασχολούμενων. Τόσο ο τρόπος στέγασης σε κάθε γειτονιά όσο και οι κοινωνικές ομάδες όπου ζουν τα άτομα παρουσιάζονται ως ά-

μεσα συσχετιζόμενα με τον κίνδυνο που διατρέχουν τα άτομα αυτά να πεθάνουν από καρκίνο (Jenkins CD. 1983: 395).

Ορισμένες έρευνες τεκμηριώνουν το πολύ σημαντικό γεγονός ότι οι ομάδες που παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας, διανοητικών παθήσεων και κακοήθων νεοπλασμάτων, επιδεικνύουν παρεμφερείς και εξαιρετικά χαμηλές, κατά μέσο όρο, βαθμολογίες οι οποίες δείχνουν μια ασυνήθιστη έλλειψη επικοινωνίας και επαφής με τους γονείς. Παρ' όλο που η αίσθηση αποξένωσης από τους γονείς δεν εντυπωσιάζει στις ομάδες αυτοκτονιών και διανοητικών παθήσεων, ξαφνιάζει ωστόσο το γεγονός ότι εκείνοι που παρουσιάζουν καρκίνο αισθάνονταν επίσης αποξενωμένοι από τους γονείς τους κατά την παιδική τους ηλικία. Το στοιχείο αυτό πάντως ταιριάζει με άλλες, παλαιότερες περιγραφές (Thomas CB., 1976: 656· Thomas CB. κ.ά., 1974: 251· Leshan L., 1966: 780). Έχει αποδειχθεί ότι ο κλονισμός στην ομοιοστατική ευρυθμία της ανάπτυξης και λειτουργίας των κυττάρων έχει σημασία για την εξέλιξη και την πορεία του καρκίνου και ότι οι ψυχοκοινωνικές μεταβλητές περιλαμβάνονται στους παράγοντες που συμβάλλουν, διαμέσου των νευρο-ενδοκρινολογικών και ανοσολογικών μηχανισμών, σε αυτή την αποδιοργάνωση της ομοιοστατικής ισορροπίας (Greer S. κ.ά, 1975: 147). Το ψυχοκοινωνικό άγχος αυξάνει κατά πολύ την αποτελεσματικότητα των σημαντικότερων από τις ψυχολογικές μεταβλητές που οδηγούν στον καρκίνο (Grossarth-Maticek R. κ.ά, 1983: 191).

Έρευνες για την κοινωνική υποστήριξη και τη συχνότητα των επιπλοκών εγκυμοσύνης (Nuckolls KB. κ.ά., 1972: 431) από τη μια μεριά, και από την άλλη για την πολιτισμική και κοινωνική κινητικότητα και τη στεφαναία νόσο, διαπιστώνουν ότι οι κοινωνικοί παράγοντες είναι ικανοί να επηρεάσουν τη συχνότητα των ασθενειών (Berkman LF. κ.ά., 1979: 202).

Μελέτες που αφορούν τις συζύγους των στρατιωτικών και τους άνδρες που μένουν άνεργοι, δείχνουν ότι η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά ως προς τις επιβλαβείς επιπτώσεις που ασκούν στην υγεία τα αγχωτικά περιστατικά της ζωής (Berkman LF. κ.ά., 1979: 186).

Επιπλέον, έχει επανειλημμένα διαπιστωθεί ότι οι παντρεμένοι είναι υγιέστεροι από διανοητική και φυσική άποψη και παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, από όσους είναι ανύπαντροι, χωρισμένοι, χήροι ή σε διάσταση. Οι διαφορές αυτές είναι εντονότερες μεταξύ των ανδρών μάλλον παρά μεταξύ των γυναικών. Φαίνεται πως η οικογενειακή κατάσταση παίζει λιγότερο σημαντικό ρόλο στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες.

Η σχέση ανάμεσα στη χηρεία και την αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα είναι ιδιαίτερα εντυπωσιακή. Τα ευρήματα διαφόρων μελετών (Parkes CM., 1964: 274) δείχνουν ότι οι χήροι, ειδικότερα στη διάρκεια του πρώ-

του χρόνου του πένθους, εκφράζουν πολύ περισσότερα παράπονα για την υγεία τους, έχουν πολυαριθμότερα διανοητικά και φυσικά συμπτώματα, πιστεύουν ότι έχουν υποστεί μια μόνιμη κατάπτωση της υγείας τους και παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά θνησιμότητας. Πρόσφατα στοιχεία αποκαλύπτουν ότι οι διαφορές αυτές δεν μπορούν να αποδοθούν αποκλειστικά σε κάποια αρχική διαδικασία επιλογής γάμου, στην ομογαμία ή σε διαφορές τέτοιων επικίνδυνων παραγόντων, όπως είναι η χοληστερίνη στο αίμα, η πίεση του αίματος ή η παχυσαρκία (Berkman LF. κ.ά., 1979: 186-187· Weiss NS. 1973: 41). Μετά το πένθος παρατηρείται μια καταστολή της λειτουργίας των λεμφοκυττάρων για αρκετές εβδομάδες. Κατά συνέπεια, η ανοσολογική ανεπάρκεια μπορεί να είναι είτε ψυχογενής είτε παθογενής (Nauts HC., 1984: 6).

Συνοπτικά, η έρευνα για το ψυχοκοινωνικό ή φυσικό άγχος φανερώνει πως όταν το άτομο εκτεθεί σε παρατεταμένο ή έντονο άγχος, ακολουθεί μια μείωση της ανοσολογικής ανταπόκρισης, καθώς επίσης και συναφείς μεταβολές στην ορμονική του ισορροπία. Τόσο η απαρχή όσο και η σοβαρότητα ενός μεγάλου αριθμού παθολογικών καταστάσεων, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου, έχουν συσχετιστεί από στατιστική άποψη με μια προγενέστερη αύξηση του άγχους της ζωής (Holmes TH. κ.ά., 1973: 161). Οπωσδήποτε, φαίνεται ότι δεν είναι οι αγχωτικές καταστάσεις καθ' εαυτές που επενεργούν αρνητικά στην υγεία, αλλά μάλλον οι φυσικές αντιδράσεις εξαρτώνται από τα αποθέματα (φυσικά, ψυχολογικά και κοινωνικά) που διαθέτει το άτομο για την εκφόρτιση ή το ξεπέρασμα των συναισθηματικών του αντιδράσεων (Archterberg J. κ.ά., 1976: 4).

Ο ολοένα αυξανόμενος όγκος έρευνας και θεωρίας δείχνει ότι σε γενικότερο επίπεδο, οι υποστηρικτικές κοινωνικές σχέσεις προάγουν την υγεία και προστατεύουν ή απομακρύνουν τα άτομα από τα ψυχοκοινωνικά άγχη, καθώς επίσης και από τις φθοροποιούς τους επιπτώσεις στην υγεία (Cassel J., 1976: 107· Cobb S., 1976: 300· House JS., 1981: 19). Μας επιτρέπει ακόμη να προσδιορίσουμε το μέτρο στο οποίο τα δίκτυα κοινωνικών σχέσεων επηρεάζουν τον κίνδυνο θνησιμότητας είτε ανάμεσα σε κατά τα άλλα υγιείς ανθρώπους (ίσως με την αποτρεπτική επιρροή που ασκούν στην εμφάνιση ασθενειών) είτε αυξάνοντας τα ποσοστά επιβίωσης ατόμων με γνωστή νοσηρότητα (House JS. κ.ά., 1982: 123-124).

Όπως ήδη επισημάνθηκε, έχουν μελετηθεί τέσσερις πηγές κοινωνικών σχέσεων με αναφορά στον κίνδυνο θνησιμότητας: α) η οικογενειακή κατάσταση, β) οι επαφές με στενούς φίλους και συγγενείς, γ) η προσχώρηση σε εκκλησιαστικές οργανώσεις και δ) η συμμετοχή σε άτυπες και τυπικές ομάδες. Συνοπτικά, τα ευρήματα των μελετών στις πηγές αυτές είναι τα ακόλουθα:

Με λίγες εξαιρέσεις, τα άτομα που έχουν καθεμιά από τις παραπάνω

μορφές κοινωνικών δεσμών παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από εκείνα που στερούνται τέτοιου είδους διασυνδέσεων. Καθεμία από τις τέσσερις πηγές κοινωνικών σχέσεων προδιαγράφει το ύψος της θνησιμότητας ανεξάρτητα από τις άλλες τρεις· οι στενότεροι δεσμοί του γάμου και της επικοινωνίας με φίλους και συγγενείς αποτελούν ισχυρότερες ενδείξεις απ' ό,τι οι δεσμοί με την εκκλησία και η συμμετοχή σε άλλες ομάδες (Berkman LF. κ.ά., 1979: 188-189, 200).

Για τον υπολογισμό των σωρευτικών επιπτώσεων αυτών των δεσμών και σχέσεων επινοήθηκε, όπως ήδη έχει αναφερθεί, ο Δείκτης Κοινωνικών Διασυνδέσεων με βάση τους τέσσερις αυτούς τύπους επικοινωνίας. Στις περιπτώσεις όπου το δείγμα είχε ιεραρχηθεί σύμφωνα με το επίπεδο των κοινωνικών επαφών και την πηγή των δεσμών, βρέθηκε ότι η πιο απομονωμένη κοινωνικά ανδρική ομάδα παρουσίαζε ένα ποσοστό θνησιμότητας ανάλογα με την ηλικία 2,3 φορές υψηλότερο απ' ό,τι είχαν οι άνδρες με πολυάριθμες διασυνδέσεις. Για τις γυναίκες που ήταν απομονωμένες, το ποσοστό ήταν 2,8 φορές υψηλότερο από εκείνο που είχαν οι γυναίκες με τις περισσότερες κοινωνικές διασυνδέσεις. Για κάθε εξεταζόμενη ομάδα ηλικίας και από τα δύο φύλα, τα άτομα που είχαν πολλές κοινωνικές επαφές παρουσίαζαν τα χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, ενώ τα άτομα με τις λιγότερες επαφές παρουσίαζαν τα υψηλότερα ποσοστά. Ο σχετικός κίνδυνος ανάμεσα σ' αυτές τις ομάδες κυμαίνεται από σχεδόν 2 ως πάνω από 4,5 (Berkman LF. κ.ά., 1979: 201).

Αλλά τα ποσοστά θνησιμότητας δεν μειώνονται γραμμικά καθώς αυξάνεται ο βαθμός κοινωνικής ένταξης ή δραστηριότητας. Ο χαμηλότερος βαθμός θνησιμότητας παρατηρείται συχνά σ' ένα μέτριο επίπεδο κοινωνικής ένταξης ή δραστηριότητας (House JS. κ.ά., 1982: 130).

Έχουν διεξαχθεί πειράματα με πολλαπλές συγκριτικές αναλύσεις για να καθοριστεί αν η σύνδεση των κοινωνικών σχέσεων και δραστηριοτήτων με τη θνησιμότητα ισχύει περισσότερο για ορισμένες υποκατηγορίες του πληθυσμού. Ειδικότερα, έχουν γίνει πειράματα σχετικά με το αν και κατά πόσον οι σχέσεις αυτές διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με: α) τις επαγγελματικές ομάδες, β) τις ομάδες ηλικιών, γ) τις ομάδες που διαφέρουν ως προς την κατάσταση υγείας και δ) τις ομάδες που διαφέρουν από άποψη υγιεινής ως προς τη συμπεριφορά και τις πρακτικές τους. Σε καμία περίπτωση δεν βρέθηκαν αρκετά στοιχεία που να φανερώνουν σημαντικές διαφορές. Παρ' όλα αυτά, υπήρξε μια μικρή τάση για εντονότερο συσχετισμό των κοινωνικών σχέσεων και δραστηριοτήτων με τη θνησιμότητα σε άτομα που πάσχουν από στεφανιαία νόσο, όχι όμως σε άτομα που έχουν μόνο υψηλό βαθμό κινδύνου και μικρό ή καθόλου κίνδυνο στεφανιαίας νόσου. Γενικότερα οι αναλύσεις αυτές υποδεικνύουν ότι οι κοινωνικές σχέσεις και δραστηριότητες είναι εξί-

που ενδεικτικές για τη θνησιμότητα μέσα σε ένα ευρύ φάσμα ηλικιών, επαγγελματικής απασχόλησης και κατάστασης υγείας. Με άλλα λόγια, η σύνδεση των κοινωνικών μεταβλητών με τη θνησιμότητα ισχύει ακόμη και αν θέσουμε δείκτες για την ηλικία, την κοινωνική και οικονομική θέση, τη συμπεριφορά και πρακτικές υγιεινής και μια ευρεία κλίμακα δεικτών για την κατάσταση υγείας και ασθένειας. Έτσι, οι κοινωνικές σχέσεις και δραστηριότητες φαίνεται να συγκροτούν μια επιπρόσθετη σειρά σημαντικών παραγόντων που επενεργούν θετικά ή αρνητικά στην υγεία (House JS. κ.ά., 1982: 131, 138).

Όχι μόνο η ποσότητα αλλά και η ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων πρέπει να παίζει αποφασιστικό ρόλο στην υγεία. Όμως, προς το παρόν, για τον τομέα αυτό στερούμεθα σημαντικών αποδεικτικών πορισμάτων κυρίως λόγω της ανεπαρκούς ερευνητικής κάλυψής του. (House JS. κ.ά., 1982: 138).

Απ' όσα αναφέρθηκαν προκύπτει ότι οι κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την προδιάθεση για ασθένεια, τη συχνότητα εμφάνισης των ασθενειών και τη «διάρκεια επιβίωσης» ανάμεσα στο σύμπτωμα ή τη διάγνωση της πάθησης και το θάνατο. Πρέπει να σημειωθεί ότι σε καθεμιά από αυτές τις περιπτώσεις ο μηχανισμός που τίθεται σε λειτουργία είναι η αντίσταση του οργανισμού (Berkman LF. κ.ά., 1979: 201-202· House JS. κ.ά., 1982: 124).

Ποια είναι λοιπόν η ιδιότητα των κοινωνικών σχέσεων που προκαλεί τα αποτελέσματα αυτά; Είναι η παρέκκλιση που επιφέρουν από τη ρουτίνα και τις δυσκολίες της καθημερινής ζωής, είναι το επίπεδο δραστηριότητας ή η λειτουργική ικανότητα που απαιτούν, ή είναι το περιεχόμενο και η ποιότητα των σχέσεων;

Τα δεδομένα που έχουμε δεν παρέχουν ολοκληρωμένη απάντηση στο κρίσιμο ερώτημα πώς και γιατί οι κοινωνικές σχέσεις και δραστηριότητες προδιαγράφουν τη θνησιμότητα.

Οι κοινωνικές σχέσεις και δραστηριότητες ή οι κοινωνικοί και κοινοτικοί δεσμοί θεωρούνται ευεργετικοί για την ανθρώπινη υγεία και ευεξία γιατί προσδίδουν στα άτομα μια αίσθηση ότι ανήκουν και υποστηρίζονται, παρέχουν λόγους ύπαρξης που ξεπερνούν το ατομικό εγώ και μπορούν με διάφορους τρόπους να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή σε περισσότερο προληπτικές και θεραπευτικές πρακτικές υγιεινής. Υπάρχει επίσης η πιθανότητα ότι η συμμετοχή σ' αυτές τις σχέσεις και δραστηριότητες συνιστά ταυτόχρονα αίτιο και απόρροια μιας γενικότερης ψυχολογικής αίσθησης «συννοχής» και επιθυμίας για ζωή. Στο μέλλον, η έρευνα θα πρέπει να στραφεί προς τη διασαφήνιση αυτών των εννοιών (House JS. κ.ά., 1982: 139-140).

Παρ' όλο που έχει υποστηριχθεί η υπόθεση ότι οι κοινωνικοί και κοινοτικοί δεσμοί λειτουργούν προστατευτικά απέναντι σε ένα μεγάλο φάσμα ασθενειών και της έκτασής τους, παραμένουν ασαφείς και ανεξακριβωτοι οι

μηχανισμοί με τους οποίους τα δίκτυα κοινωνικών σχέσεων επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας. Ένα ζωτικό ερώτημα είναι με ποιον τρόπο η κοινωνική απομόνωση επιδρά στην κατάσταση της υγείας. Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι ο Δείκτης Κοινωνικών Διασυνδέσεων συναρτάται όχι μόνο με τη γενικότερη θνησιμότητα, αλλά και με τέσσερα ξεχωριστά αίτια θανάτου: την ισχαιμική καρδιοπάθεια, τον καρκίνο, τις εγκεφαλοαγγειακές και τις κυκλοφορικές παθήσεις, όπως επίσης και μια κατηγορία που περιλαμβάνει όλα τα άλλα αίτια θανάτου, λ.χ. τις παθήσεις του πεπτικού και αναπνευστικού συστήματος, τα ατυχήματα και την αυτοκτονία. Επειδή λοιπόν η κοινωνική απομόνωση συνδέεται με πολυάριθμα αίτια θανάτου, είναι πιθανό ότι υπάρχουν διάφοροι δρόμοι που οδηγούν από την κοινωνική απομόνωση στην ασθένεια (Berkman LF. κ.ά., 1979: 202).

Ένας τέτοιος δρόμος μπορεί να είναι διαμέσου της εφαρμογής πρακτικών υγιεινής που συνεπάγονται βλαβερές επιπτώσεις στην υγεία. Κάτι τέτοιο είναι πολύ πιθανό δεδομένης της σχέσης ανάμεσα στην κοινωνική απομόνωση και στις πρακτικές αυτές. Επειδή όμως οι πρακτικές υγιεινής δεν φαίνεται να είναι ικανές να ερμηνεύσουν περισσότερο από ένα μικρό μέρος της σχέσης μεταξύ των κοινωνικών διασυνδέσεων και της θνησιμότητας, θα πρέπει να υπάρχουν και άλλοι τέτοιοι δρόμοι (Berkman LF. κ.ά., 1979: 202).

Ένας δεύτερος δρόμος μπορεί να είναι διαμέσου των ψυχολογικών αντιδράσεων στην απομόνωση, όπως η κατάθλιψη ή η μεταβολή στις διαδικασίες αξιολόγησης και συμπεριφοράς. Τέτοιες ψυχολογικές αντιδράσεις μπορούν να προδιαθέσουν ένα άτομο προς την αυτοκτονία ή την επικίνδυνη συμπεριφορά η οποία μπορεί να οδηγήσει σε ατυχήματα. Έχει υποστηριχθεί ότι ο ζωτικός ρόλος των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην πρόκληση των ασθενειών δεν οφείλεται σε αντικειμενικά αγχωτικές συνθήκες, αλλά στον υποκειμενικό τρόπο με τον οποίο οι συνθήκες αυτές γίνονται αντιληπτές και αντιμετωπίζονται από το άτομο (Berkman LF. κ.ά., 1979: 202).

Ένας άλλος δρόμος μπορεί να οδηγεί άμεσα από την κοινωνική απομόνωση σε φυσιολογικές μεταβολές του σώματος, οι οποίες αυξάνουν τη γενικότερη επιδεκτικότητα στις ασθένειες. Πρόσφατες έρευνες (Kaplan BH. κ.ά., 1977: 47· Cobb S., 1976: 300) φανερώνουν ότι οι αγχωτικές κοινωνικές συνθήκες, όπως η απουσία κοινωνικών δεσμών και διεξόδων, μπορούν να ενισχύσουν την ευπάθεια του οργανισμού και επομένως πρέπει να αναμένεται ότι συναρτώνται με μια ευρεία κλίμακα εκδηλώσεων ασθένειας και με αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας. Τα νευρικά, ορμονικά και ανοσολογικά συστήματα έχουν συχνά αντιμετωπιστεί ως πιθανοί δρόμοι διαμέσου των οποίων οι αγχωτικές συνθήκες προκαλούν τις ασθένειες. Τα ευρήματα πειραμάτων με ζώα δείχνουν ότι οι αγχωτικές κοινωνικές συνθήκες μπορούν να τροποποιήσουν την κατάσταση των συστημάτων αυτών επιφέ-

ροντας μεταβολές στην κατάσταση της υγείας (Gross WB., 1972: 2275). Δεν είναι όμως δυνατόν να διεξαχθούν ικανοποιητικά πειράματα για την επαλήθευση της υπόθεσης ότι οι κοινωνικές συνθήκες επηρεάζουν τη γενικότερη ευπάθεια του ανθρώπινου οργανισμού στις ασθένειες, αν προηγουμένως δεν βρεθούν επαρκή στοιχεία για τους φυσιολογικούς μηχανισμούς που παρεμβάλλονται στη σχέση ανάμεσα στα κοινωνικά φαινόμενα και στην έκβαση των ασθενειών (Berkman LF. κ.ά., 1979: 202-203).

Ο ρόλος των αγχωτικών κοινωνικών συνθηκών στην πρόκληση των ασθενειών εξαρτάται τόσο από την απόλυτη ισχύ των συνθηκών αυτών, όσο και από αυτήν που είναι σχετική με άλλους αιτιώδεις συντελεστές. Έτσι, όταν οι αιτιώδεις συντελεστές είναι ιδιαίτερα παθογενείς και τα άτομα εκτίθενται σε αυτούς για μεγάλο χρονικό διάστημα, οι επενέργειες των κοινωνικών παραγόντων μπορεί να είναι σχετικά μικρές. Όταν όμως οι συντελεστές αυτοί δεν είναι εμφανώς παθογενείς ή τοξικοί, οι κοινωνικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό των διακυμάνσεων της κατάστασης της υγείας.

Τα συμπεράσματα λοιπόν στα οποία καταλήγει η μελέτη αυτή είναι ότι οι κοινωνικοί παράγοντες μπορούν να έχουν αποφασιστικές επιπτώσεις στην υγεία επηρεάζοντας την αντίσταση του οργανισμού και ρυθμίζοντας γενικότερα την επιδεκτικότητα στις ασθένειες (Berkman LF. κ.ά., 1979: 203).

Γνωρίζουμε όμως αρκετά ώστε να προβούμε σε ατομικές προβλέψεις αναφορικά με την υγεία ή την ασθένεια; Σε ποιο βαθμό τα συμπεράσματα αυτά πρέπει να προσδιορίζουν τις νέες απόψεις μας για την πρόληψη; Παρά το γεγονός ότι η αλλαγή των δυσμενών συνθηκών κατοικίας, διατροφής και επαγγελματικών κινδύνων θα βελτιώσει την ποιότητα ζωής και τη μακροζωία πολλών από τους μη προνομιούχους, τι μπορούμε να κάνουμε για εκείνα τα άτομα που αν και προνομιούχα, είναι ωστόσο εύαλωτα στις (πρώτες) ασθένειες και το θάνατο; Μπορούν οι αλλαγές στις συνήθειες, στις στάσεις και τις αντιλήψεις να βελτιώσουν σημαντικά την υγεία; Είναι δυνατόν να αλλάξουν οι συνήθειες και οι αντιλήψεις σε τόσο μεγάλο βαθμό; Εξακολουθούμε να αγνοούμε αν είναι τα παρατηρούμενα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που αποτελούν τα σημαντικά αίτια που προκαλούν την ασθένεια και το θάνατο ή αν τόσο η προσωπικότητα όσο και η ασθένεια συναποτελούν αποτελέσματα εγγενών βιοχημικών, ορμονικών και φυσιολογικών δομών. Δεν πρέπει να συγχέουμε τον απλό συσχετισμό με την αιτιώδη συνάφεια. Το γεγονός λ.χ. ότι ένας συγκεκριμένος τύπος προσωπικότητας έχει συνδεθεί με την καρδιακή προσβολή, μπορεί να παραβληθεί με το γεγονός ότι τα κόκκινα μαλλιά συσχετίζονται με τον οξύθυμο χαρακτήρα και την ευπάθεια του δέρματος στην ηλιακή ακτινοβολία. Δεν έπεται όμως πως αν τα μαλλιά βαφούν

μαύρα θα μεταβληθεί ο χαρακτήρας και θα εκλείψει η ευαισθησία στον ήλιο (Thomas CB., 1976: 657).

Είναι απαραίτητο να αναγνωριστούν και να υπολογιστούν οι καθοριστικές γενετικές διαφορές σε όλο το ψυχοβιολογικό πεδίο, όπως επίσης και οι διαφορές στο κοινωνικό, για να προσδιοριστεί η ατομική επιδεκτικότητα στις διαταραχές της υγείας ή την ασθένεια και το θάνατο, προκειμένου να βρεθούν καταλληλότεροι τρόποι για την πρόληψή τους (Thomas CB., 1976: 657).

Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την κατανόηση των ψυχοφυσιολογικών μηχανισμών διαμέσου των οποίων οι κοινωνικές σχέσεις και δραστηριότητες επηρεάζουν τη φυσική και ψυχική υγεία και ευημερία. Η κατανόησή μας των μηχανισμών με τους οποίους οι κοινωνικές σχέσεις και δραστηριότητες επιδρούν στη θνησιμότητα είναι ελλιπής, όπως ακριβώς και η κατανόηση των μηχανισμών με τους οποίους λειτουργούν πολλοί άλλοι γνωστοί επικίνδυνοι παράγοντες θνησιμότητας, όπως λ.χ. η ηλικία και το κάπνισμα. Επίσης ανεπαρκής είναι ο θεωρητικός εξοπλισμός που διαθέτουμε για την αντίληψη της φύσης και την αποτίμηση αυτών των δραστηριοτήτων και σχέσεων. Παρ' όλα αυτά, οι δραστικές συνέπειες που έχουν αυτές οι ψυχοκοινωνικές μεταβλητές στη θνησιμότητα μας παρακινούν σε περαιτέρω προσπάθειες για την ολοκλήρωση της κατανόησής τους και των επιπτώσεων που έχουν στην υγεία (House JS. κ.ά., 1982: 140).

Το γεγονός ότι οι ερευνητές έχουν αρχίσει να διατυπώνουν θεωρίες για την ερμηνεία μιας σειράς παρατηρήσεων που δεν ανταποκρίνονται σε κανένα από τα υπάρχοντα θεωρητικά «μοντέλα» απ' όσα έχουν προταθεί για τη διερεύνηση της αιτιολόγησης και εξέλιξης των ασθενειών, αποτελεί ένδειξη ενός αυξανόμενου ενδιαφέροντος για το εξεταζόμενο αντικείμενο που αφορά στους κοινωνιογενείς νοσογόνους παράγοντες. Πιστεύουμε ότι το γεγονός αυτό συνιστά την απαρχή μιας επανάστασης στην επιστημονική σκέψη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Antonovsky A., *Health, Stress and Coping*, Σαν Φρανσίσκο, Jossey-Bass, 1980.
Archerbeg J., Simminton OC., Matthews — Simonton S. (επιμ.), *Stress, Psychological Factors and Cancer*, Fort Worth Texas, New Medicine Press, 1976.
Berkman LF., Syme LS., *Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents*. Am J Epidemiol 1979: 109:186-204.
Cassel J., *The contribution of the social environment to host resistance*, Am J Epidemiol 1976, 104:107-123.
Clemente RJ., Tracey D., *The contribution of Psychological risk factors to the development of breast cancer: A review and critical analysis of the research literature*, Fifth annual San Antonio Breast Cancer Symposium, 5-6 Νοεμβρίου 1982, San Antonio, Τέξας, University of Texas Health Science Center, 1982, σ. 36-40.

- Cobb S., *Social support as a moderator of life stress*, J Psychosom Med, 1976, 38:300-314.
- Cohen F., Lazarus R., *Coping with the stress of illness* στο Stone G., Cohen F., Alder N (ε-πιμ.), *Health Psychology: A Handbook*, Σαν Φρανσίσκο, Jossey-Bass, 1979.
- Dohrenwend BS., Dohrenwend BP., *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, Νέα Υόρκη, John Wiley and Sons, 1974.
- Funch DP. και Marshall J., *The role of stress, social support and age in survival from breast cancer*, J Psychosom Res, 1983, 27: 77-83.
- Greer S., κ.ά., *Psychological attributes of women who develop breast cancer*, A controlled study, Journal of Psychosomatic Research, 1975, 19: 147-153.
- Gross WB., *Effects of social stress on occurrence of Marek's Disease in chickens*, Am J Vet Res, 1972 33: 2275-2279.
- Grossarth-Maticek R., Kanazir DT., Vetter H., Schmidt P., *Psychosomatic factors involved in the process of Carcinogenesis*, Psychother Psychosom, 1983, 40: 191-210.
- Higginson J., *Rethinking the environmental causation of human cancer*, Fd Cosmet, Toxicol, 1981, 19: 539-548.
- Holmes TH., Masuda M., *Life change and Illness Susceptibility. Separation and Depression*, American Association for the Advancement of Science, 1973.
- House JS., *Work Stress and Social Support*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1981.
- House JS., Robins C., Metzner HL., *The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh community health study*, American Journal of Epidemiology, 1982, 116: 123-140.
- Jenkins CD., *Social environment and cancer mortality in men*, N Engl J Med., 1983, 308: 395-399.
- Kaplan BH., Cassel JC, Gore S, *Social support and Health*, Medical Care (supplement), 1977, 15(5): 47-58.
- LeShan LL., *An emotional life-history pattern associated with neoplastic disease*, Ann N.Y. Acad Sci., 1966, 125: 780-793.
- Marmot MG., Syme SL, *Acculturation and coronary heart disease*. Am J Epidemiol, 1976, 104:225-247.
- Marshall JR. και Funch DP., *Social Environment and Breast Cancer. A Cohort Analysis of Patient Survival*. Cancer, 1983, 52: 1546-1550.
- Moss GE., *Illness, Immunity and Social Interaction. The Dynamics of Biosocial Resonance*, Νέα Υόρκη, John Wiley, 1973.
- Nagi MH., Stockwell EG., *Socioeconomic differentials in mortality by cause of death*, Health Serv Rep 1973, 88: 449-465.
- Nauts Helen C., *Breast Cancer: Immunologic factors affecting incidence, prognosis and survival*, Cancer Research Institute monograph 18 N.Y.: Cancer Research Institute Inc, 1984.
- Nuckolls KB., Cassel J., Kaplan BH., *Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy*, Am J Epidemiol, 1972. 95: 431-441.
- Parkes CM., *The effects of bereavement on physical and mental health - a study of the medical records of widows*, Br Med J 1964, 2: 274-279.
- Rabkin JG., Struening EL., *Life events, stress and illness*, Science 1976, 194: 1013-1019.
- Rahe RH., Arthur RJ., *Life-change patterns surrounding illness experience*, J Psychosom Res 1968, 11: 341-350.
- Simonton OC., Matthews-Simonton S, *Cancer and Stress Med J*, Aust, 1981, 1(13): 679-683.
- Syme SL., Berkman LF, *Social class, susceptibility and sickness*, Am J Epidemiol, 1976, 104: 1-8.
- Syme SL., Torfs CP, *Epidemiologic research in hypertension: A critical appraisal*, J. Human Stress, 1978, 2: 43-48.
- Thomas CB., *Precursors of premature disease and death. The predictive potential of habits and family attitudes*, Annals of Internal Medicine, 1976, 85: 653-658.

- Thomas CB., Duszynski KR., *Closeness to parents and the family constellation in a prospective study of five disease states: suicide, mental illness, malignant tumor, hypertension and coronary heart disease*, John Hopkins Med J, 1974, 134: 251-270.
- Tyroler HA., Cassel J., *Health consequences of cultural change: The effect of urbanization on coronary heart mortality among rural residents*, J Chronic Dis 1964, 17: 167-177.
- U.S. Department of Health and Human Services. *Dicade of Discovery: Advances in Cancer Research 1971-1981*.
- Puplic Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute, Washington D.C.: U.S. Government Printing Office, 1981.
- Vinocur A., Selzer ML., *Desirable versus undesirable life events: Their relationship to stress and mental distress*, J Personality Soc Psychol 1975, 32: 329-334.
- Weiss NS., *Marital status and risk factors for coronary heart disease*, Br J Prev Soc Mes 1973, 27: 41-43.
- Williams AW., Ware JE., Donald CA., *A model of mental health, life events and social supports applicable to general populations*, J Hlth Soc Behav 1981, 22: 324-331.
- Ενδεικτικά συνιστώνται ακόμη:
- Ader R., *Psychoneuroimmunology*, Νέα Υόρκη, Academic Press, 1981.
- Amkraut AA., Solomon GF., *From the symbolic stimulus to the pathophysiologic response: immune mechanisms*, Int. J. Psycho. Med., 1974, 5: 541-563.
- Bahnson CB., *Stress and Cancer*, Psychosom Med, 1980, 21: 975-981.
- Bartrop RW., Luckhurst E., Lazarus L., Kiloh LC., Penny R., *Depressed lymphocyte function after bereavement*, Lancet, 1977, i: 834-836.
- Belloc N., *Relationship of health practices and mortality*, Prev Med, 1973, 2: 67-81.
- Breslow L., *A quantitative approach to the World Health Organization definition of health: Physical, mental and social well-being*, Int J Epidemiol, 1972, 1: 347-355.
- Derogatis LR., Abeloff MD., Melisaratos N., *Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer*, JAMA, 1979, 242: 1504-1508.
- Ernest VL., Sacks ST., Selvin S., Petrakis NL., *Cancer incidence by marital Status*, U.S. Third National Cancer Survey. J natl. Cancer Inst., 1979, 63: 561-570.
- Fox AJ. και Adelstein AM., *Occupational mortality: Work or way of life?* J. Epidem. Commun. Hlth., 1978, 32:73-76.
- Graham DT., *What place in medicine for psychosomatic medicine?*, Psychosom. Med., 1979, 41: 357-367.
- Greer S., *Women with breast cancer: a psychosomatic approach*, στο Bennette G. (επιμ.), *Cancer Priorities*, Λονδίνο, The British Cancer Council, 1971.
- Hagnell O., *The premorbid personality of persons who develop cancer in a total population investigated in 1947 and 1957*, Ann N.Y. Acad Sci, 1966, 125: 846-855.
- Kissen DM., *The influence of some environmental factors on personality inventory scores in psychosomatic research*, J Psychosom. Res., 1964, 8: 145-152.
- LeShan LL., Worthington RE., *Personality as a factor in the pathogenesis of Cancer: Review of the literature*, Br J Med Psychol, 1956, 29: 49-56.
- Petrakis NL., *Cenetic factors in the etiology of breast cancer*, Cancer, 1977, 39: 2709-2715.
- Rahe RH., Gunderson EK., Arthur RJ., *Demographic and psychosocial factors in accute illness reporting*, J. Chorn Dis, 1970, 23: 245-251.
- Rogers MP., Dubey D., Reich P., *The influence of the psyche and the brain on immunity and disease susceptibility: a critical review*, Psychosom. Med., 1979, 41: 147-164.
- Thomas CB., Greenstreet RL., *Psychobiological characteristics in youth as predictors of five disease states: suicide, mental illness, hypertension, coronary heart disease and tumor*, John Hopkins Med J., 1973, 132: 16-43.