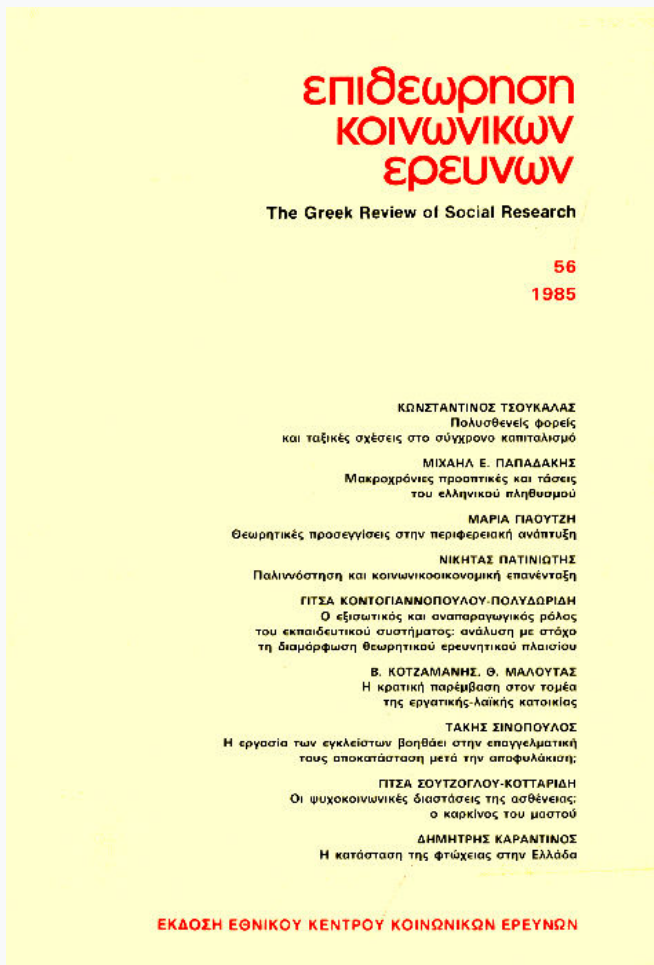


The Greek Review of Social Research

Vol 56 (1985)

56



Οι ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας: ο
καρκίνος του μαστού

Γίτσα Σουτζόγλου-Κοτταρίδη

doi: [10.12681/grsr.823](https://doi.org/10.12681/grsr.823)

Copyright © 1985, Γίτσα Σουτζόγλου-Κοτταρίδη



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

To cite this article:

Σουτζόγλου-Κοτταρίδη Γ. (1985). Οι ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας: ο καρκίνος του μαστού. *The Greek Review of Social Research*, 56, 177–185. <https://doi.org/10.12681/grsr.823>

Γίτσα Σουτζόγλου - Κοτταρίδη*

ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ
ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ:
Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού έχει μελετηθεί πιο εκτεταμένα από οποιοδήποτε άλλο όγκο στο ανθρώπινο σώμα εξαιτίας του ψυχολογικού και του κοινωνικού του αντίκτυπου (1). Στο παρελθόν έχουν δημοσιευθεί αρκετές έγκυρες ψυχοκοινωνικές ανασκοπήσεις που αφορούν τον καρκίνο του μαστού, οι οποίες παρέχουν μια σύγχρονη συνολική άποψη των γνώσεων που υπάρχουν. Στο άρθρο αυτό, το οποίο αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης μελέτης η οποία καλύπτει ένα μεγάλο τμήμα που λαμβάνεται υπόψη σ' αυτές τις ανασκοπήσεις, θα αναφέρω εν συντομία τους στόχους της ψυχοκοινωνικής ογκολογίας και ορισμένες δυσκολίες όσο αφορά την ψυχοκοινωνική έρευνα στην Ογκολογία, ιδιαίτερα στον τομέα του καρκίνου του μαστού. Μολονότι ο καρκίνος του μαστού είναι ο πλέον μελετημένος (explored) όγκος του ανθρώπινου σώματος στην ψυχοκοινωνική βιβλιογραφία, η έρευνα σ' αυτόν τον τομέα έχει αρκετά ελαττώματα.

Επιστημονικές έρευνες έχουν τεκμηριώσει τις πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις που υπάρχουν μεταξύ των φυσιολογικών, των ψυχολογικών και των κοινωνικών κατα-

στάσεων στον άνθρωπο. Πρόσφατες πληροφορίες μας αναγκάζουν να αναγνωρίσουμε πως μόνο αν λάβει υπόψη του την ψυχολογική και την κοινωνική διάσταση (dimention) του ασθενούς μπορεί ο γιατρός να προσφέρει πλήρως υπεύθυνη αγωγή (care). Όταν ο ασθενής πάσχει από μια χρόνια νόσο, η σπουδαιότητα αυτής της πραγματικότητας μεγεθύνεται ακόμα περισσότερο (2).

Οι περισσότερες ασθένειες που αποκαλούνται «καρκίνος» ανήκουν στην κατηγορία των χρόνιων ασθενειών. Η ενημέρωση και η προσοχή που δίνουν οι θεράποντες γιατροί στα ψυχοκοινωνικά ζητήματα είναι τώρα τόσο ουσιαστική για την κατάλληλη αγωγή όσο και η εξειδικευμένη γνώση της χειρουργικής, της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας. Υπάρχει ένας προβληματικός παράγοντας σ' αυτή τη διάσταση της θεραπείας του καρκίνου —η αλληγορική όψη της νόσου η οποία ονομάζεται καρκίνος— δηλαδή εκείνα τα συναισθήματα και τα νοήματα που η κοινωνία μας της αποδίδει και, οπωσδήποτε, οι μύθοι και οι διαδόσεις γύρω απ' αυτήν*.

*Ερευνητρια στο ΕΚΚΕ.

* Στην περίπτωση οποιασδήποτε διάγνωσης καρκίνου αισθανόμαστε ένα κράμα

τρόμου και οίκτου, που μπορούν να επηρεάσουν την κρίση μας όταν αντιμετωπίζουμε ασθενείς μ' αυτή τη διάγνωση (3).

Η ευαισθητοποίηση αυτής της διάστασης γίνεται απαραίτητο στοιχείο στη γενική κατάρτιση του γιατρού (2).

Ο καρκίνος και η θεραπεία του, εκτός των επιπτώσεων που έχει στη φυσική - βιολογική λειτουργία του ατόμου, έχει επιπτώσεις και στην ψυχολογική και την κοινωνική του λειτουργία. Είναι αυτή η διάσταση του καρκίνου που συνιστά τα ψυχοκοινωνικά ενδιαφέροντα (πτυχές): ο ορισμός και η διευθέτησή τους αποτελούν την καινούρια περιοχή (τομέα) της ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας. Αυτός ο νεοσύστατος τομέας αποβλέπει με ένα ραγδαίο ρυθμό στην πραγματοποίηση των ακόλουθων στόχων (4): 1) να αναγνωρίσει και να περιγράψει την έκταση και τη φύση της ψυχοκοινωνικής οδύνης και της διαταραχής που δοκιμάζουν οι ασθενείς, οι οικογένειές τους και το προσωπικό (staff): 2) να αναγνωρίσει εκείνες τις αντιδράσεις οι οποίες είναι «φυσιολογικές», αναμενόμενες και ελεγχόμενες (adaptive): 3) να αναγνωρίσει εκείνες που είναι μη φυσιολογικές, ανεξέλεγκτες και ασυμβίβαστες σε μια θετική ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια της ασθένειας: 4) να αναπτύξει διαγνωστικά εργαλεία που θα χρησιμοποιηθούν στους/σε καρκινοπαθείς για την αναγνώριση (τον προσδιορισμό) του είδους (του τύπου) των συμπτωμάτων και του επιπέδου της ψυχικής καταπόνησης και της σοβαρότητας των ψυχικών διαταραχών, ειδικότερα της κατάθλιψης, του άγχους, της συγχύσεως φρενών (delirium), του πόνου, της ψυχοσεξουαλικής δυσλειτουργίας και της διαταραχής της κοινωνικής συμπεριφοράς: 5) να αναπτύξει πρότυπα ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων που μπορούν να αντικατασταθούν από άλλα και να ελεγχθούν με εργαστηριακή έρευνα για να καθοριστεί η αποτελεσματικότητά τους στη διευθέτηση των κυριότερων ψυχοκοινωνικών ζητημάτων, διαταραχών και ψυχιατρικών συνδρόμων: 6) να κατανοήσει ικανοποιητικά τις ιατρικές όψεις του καρκίνου και των μορφών θεραπευτικής του αγωγής, ώστε να μπορεί να προβλέπει και να εφαρμόζει διορθωτικές παρεμβάσεις ως προς τα ανα-

μενόμενα αποτελέσματα της θεραπείας του κατά τύπο και περιοχή.

Όμως, όπως έχει επισημάνει ο Morgan (5), η ψυχοκοινωνική έρευνα στην Ογκολογία βρίσκεται σε σχετικά βρεφικό στάδιο. Ένα μεγάλο μέρος της πάσχει από την υπερβολική χρήση θεωρητικών υποθέσεων και επομένως είναι αρκετά μακριά από φυσικές ή άλλες καταμετρητές συνθήκες (συνθήκες οι οποίες μπορούν να μετρηθούν).

Επιπλέον, ιστορικά, πολλοί από εκείνους που έχουν ασχοληθεί με τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις του καρκίνου ήταν κατά το μεγαλύτερο μέρος μη επιστήμονες και χωρίς επιστημονική κατάρτιση. Για να διαλύσω τις τυχόν παρανοήσεις όσο αφορά ποια επαγγελματική ομάδα ή κατάρτιση αναφέρεται εδώ ως επιστημονικά απροετοίμαστη, τέτοια άτομα συμπεριλαμβάνουν οποιονδήποτε από ογκολόγους και άλλους θεράποντες γιατρούς, οι οποίοι είδαν κατά καιρούς τους εαυτούς τους ως «ψυχοογκολόγους», ως και ψυχολόγους, ψυχιάτρους, νοσοκόμους, κοινωνικούς λειτουργούς και κληρικούς. Οι προθέσεις των ατόμων αυτών είναι αξέπαινες και αξιοπρόσεκτες. Είναι τόσο αφιερωμένοι και αποφασισμένοι να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους όσο και αυτοί που ασχολούνται στον τομέα της ιατρικής. Το πρόβλημα όμως είναι ότι η προσπάθεια συστηματικής έρευνας με πολύπλοκους πειραματικούς σχεδιασμούς αφήνει την εργασία τους ευάλωτη σε ερμηνείες. Επομένως δοκιμάζουν δυσκολία να δημοσιεύσουν τα ευρήματά τους ή, όπως συχνά συμβαίνει, αναγκάζονται να δημοσιεύουν ανέκδοτα ιστορικά ασθενών ή a priori υποθέσεις. Όταν κάποιος προσπαθήσει να κάνει μια βιβλιογραφική επισκόπηση για να εκτιμήσει τι είναι γνωστό γύρω από μερικές ψυχοκοινωνικές διαστάσεις στην αντιμετώπιση του καρκίνου, αυτό το γεγονός επιβεβαιώνεται από τη διασπορά των περιοδικών στα οποία αυτοί «οι ερευνητές» συνηθίζουν και συνηθίζουν να δημοσιεύουν (6).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο καρκίνος του μαστού έχει μελετηθεί πιο εκτετα-

μένα από οποιονδήποτε άλλο όγκο στο ανθρώπινο σώμα εξαιτίας του ψυχολογικού και του κοινωνικού του αντίκτυπου.

Είναι ένα από τα πλέον εντοπισμένα και αμφιλεγόμενα θέματα στη σύγχρονη ογκολογία. Ένα από τα αίτια αυτού του φαινομένου είναι η υψηλή του συχνότητα στο γυναικείο πληθυσμό και η εξέχουσα θέση του μαστού ως ψυχολογικό, κοινωνικό και πολιτισμικό κέντρο ενδιαφέροντος (7).

Το καρκίνωμα του μαστού είναι ο πλέον κοινός καρκίνος και η πρώτη αιτία θανάτου από κακοήγη νόσο μεταξύ των γυναικών της Δύσης (8). Πληίττει επίσης και άντρες, αλλά τα ποσοστά είναι υπερβολικά χαμηλά. Αναφέρεται πως η συχνότητά του αυξάνεται στο δυτικό κόσμο. Σήμερα μια γυναίκα έχει 1:14 πιθανότητα να παρουσιάσει καρκίνο του μαστού κάποια στιγμή στη ζωή της. Στην Αγγλία και την Ουαλία περίπου 21.000 γυναίκες διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο ότι πάσχουν από καρκίνο και στην Αμερική ο αριθμός αυτός υπερτριπλασιάζεται. Αν μη τι άλλο, αυτά και μόνο τα γεγονότα δείχνουν τον αριθμό των γυναικών οι οποίες πρέπει να αντιμετωπίσουν την αρρώστια, τον ψυχολογικό και τον κοινωνικό της αντίκτυπο και τις συνέπειες της θεραπευτικής αγωγής (9).

Το Oxford English Dictionary δίνει τον ορισμό του μαστού ως «εκάστη εκ δύο μαλακών προεξοχών εις τον γυναικείο θώρακα», η οποία εκκρίνει γάλα για τη διατροφή των βρεφών (νεογνών), ο οποίος είναι μεν σωστός, αλλά μια επισκόπηση των ανθρώπινων καλλιτεχνικών επιτευγμάτων ανά τους αιώνες αποκαλύπτει ότι επί πλέον το στήθος θεωρείται όργανο ομορφιάς και σεξουαλικότητας και γι' αυτό η σημασία του μπορεί να είναι βαθιά ριζωμένη στα συναισθήματα των γυναικών σχετικά με τη σεξουαλικότητα και την αυτοεκτίμησή τους. Ο Faulder (10) γράφει: «Οι μαστοί εξαιρούνται ως η επιτομή όλων όσων είναι ιδιαίτερα θηλυκά και επιθυμητά στη γυναίκα». Αυτή η σπουδαιότητα η οποία αποδίδεται στο μαστό μπορεί πρά-

γματι να ποικίλλει ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, την ηλικία και τη μόδα, αλλά ως ένα βαθμό αφορά κάθε γυναίκα σ' όλη τη διάρκεια της ζωής της. Ανεξάρτητα από την ηλικία, η απειλή αυτή σε ένα ουσιαστικό μέρος της προσωπικότητάς τους, μαζί με τη διαπίστωση ότι έχουν μια αρρώστια η οποία απειλεί τη ζωή τους, είναι τα δύο κύρια συστατικά στον ψυχολογικό αντίκτυπο του καρκίνου του μαστού. Αυτά τα συναισθήματα συχνά αγγίζουν κάθε άποψη της ζωής τους κι έτσι εμπλέκουν την οικογένειά τους και το κοινωνικό πρότυπο συμπεριφοράς που έχουν δημιουργήσει (9).

Για τους υγιείς ο καρκίνος είναι η αρρώστια που φοβούνται πιο πολύ από όλες. Χτυπά χωρίς προειδοποίηση, καθιστώντας το θύμα του ανίκανο. Με τη φυσική φθορά που επιφέρει συχνά ακολουθεί πόνος και παραμόρφωση. Ο καρκίνος του μαστού, όμως, αντιμετωπίζεται σαν λιγότερο θανατηφόρος· αντί για το φόβο του θανάτου, η ανησυχία περιστρέφεται γύρω από την απώλεια ενός ουσιαστικού φυσικού χαρακτηριστικού γνωρίσματος και ως μία επίθεση στα πρότυπα θηλυκότητας (11).

Για τους καρκινοπαθείς η αρρώστια είναι ταυτόχρονα (both) περισσότερο και λιγότερο σοβαρή από ό,τι είναι για τους υγιείς. Λιγότερο, γιατί δεν είναι η αναπόφευκτη θανατηφόρος μάλιστα που καθιστά ανίκανο τον ασθενή όπως πιστεύεται περισσότερο, γιατί διαπερνά κάθε άποψη της καθημερινής ύπαρξης πιο πολύ από ό,τι φαίνεται να αντιλαμβάνονται οι υγιείς. Η ασθενής με καρκίνο του μαστού έχει μία επιπλέον ανησυχία, η οποία οφείλεται στη σημασία που προσδίδεται στο μαστό και, κατά συνέπεια, στην απώλειά του: φέρει και το στίγμα του καρκίνου και την αίσθηση (εικόνα) (image) ότι την απασχολεί υπερβολικά η απώλεια του μαστού της. Το γεγονός ότι οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού θεωρούνται λιγότερο ως καρκινοπαθείς και περισσότερο ως «ακρωτηριασμένες» τους στερεί από την υποστήριξη που χρειάζονται για να αντιμετωπίσουν τις

συνεχείς (επερχόμενες) δοκιμασίες της αρρώστιας τους. Ενώ είναι αλήθεια ότι η απώλεια του μαστού συχνά δημιουργεί ψυχοσεξουαλικά προβλήματα, οι μαστεκτομημένες γυναίκες ταυτίζουν τους εαυτούς τους βασικά (πρωταρχικά) ως καρκινοπαθείς (11).

Έχει αναγνωριστεί (12) όχι μόνο ότι η αναμενόμενη (υποστηρικτική) μέριμνα συχνά δεν προσφέρεται, αλλά ότι η μέριμνα που παρέχεται είναι συχνά ακατάλληλη ως προς το χαρακτήρα της. Οι ιδέες οι ασθενείς προτείνουν (δείχνουν) ότι αυτό είναι το αποτέλεσμα λανθασμένης εκτίμησης των αναγκών και των προτεραιοτήτων τους. Πολλές από αυτές τις λανθασμένες κρίσεις προέρχονται από την υπερβολική προσοχή που δίνουν οι υγιείς στην απώλεια του μαστού (13). Οι κοινωνικές αξίες οι οποίες προσδίδουν στο γυναικείο στήθος τεράστια κοινωνική και ψυχοσεξουαλική σημασία αποκρύβουν το αληθινό (πραγματικό) πρόβλημα, έτσι όπως το αντιλαμβάνονται οι ασθενείς. Πολλές κοινωνικές επιστημονικές έρευνες για τον καρκίνο έχουν επισημάνει τις προκαταλήψεις που επιφέρει η αντιμετώπιση της ασθένειας από υγιή άτομα. Φαίνεται, όμως, ότι οι περισσότερες έρευνες των κοινωνικών και των ψυχολογικών συνεπειών του καρκίνου του μαστού επίσης ξεκινούν με μια προκατάληψη —την προϋπόθεση του πρωτεύοντος ρόλου της απώλειας του μαστού (11).

Εξαιτίας της σπουδαιότητας της ψυχοκοινωνικής μέριμνας στην υγειονομική περίθαλψη, μια καλύτερη κατανόηση των μειονεκτημάτων της μέριμνας αυτής από την πλευρά της ασθενούς μπορεί να διευκολύνει την ανάπτυξη καταλληλότερης υγειονομικής περίθαλψης (11).

Για τους περισσότερους από μας μια διάγνωση καρκίνου είναι μια τρομερή πιθανότητα (προοπτική). Για την πάσχουσα αυτό είναι η μισή ανησυχία (στενοχώρια). Δεν είναι ότι ο καρκίνος δεν αποτελεί μια τρομερή πραγματικότητα, αλλά ότι, μετά τη διάγνωση, η ζωή όντως (πραγματικά) συνεχίζεται. Όταν ανακάλυψε ότι είχε καρκίνο η Alice Trillin (3) έγραψε: «Ένω-

σα αμέσως πώς είχα μπει σ' έναν ξεχωριστό (ειδικό) χώρο, ένα χώρο που ονόμασα "Χώρα των Ασθενών". Εκείνο όμως που με ανησυχούσε πιο πολύ απ' όλα δεν ήταν ότι βρήκα αυτό το χώρο τόσο τρομερό και άγνωστο, αλλά ότι τον βρήκα τόσο συνηθισμένο, κοινό... Δεν αισθάνθηκα διαφορετική... αυτό που είχε αλλάξει όμως ήταν η αντίληψη των άλλων για μένα... Όλοι με θεωρούσαν (αντιμετώπιζαν) σαν κάποιον που είχε αλλάξει ανεπανόρθωτα».

Μια καινούρια, πολύ ενδιαφέρουσα, μελέτη (11) έχει διερευνήσει αυτές τις διαφορές στην αντίληψη. Ένα από τα ευρήματα της μελέτης αυτής ρίχνει φως στη διαμάχη (στην μακρά συζήτηση) γύρω από τον καρκίνο του μαστού: και στην ψυχολογική σφαίρα προσπαθεί να εξηγήσει το ιδιότυπο μείγμα υπερενδιαφέροντος και αδράνειας που μας βασανίζει. Ενώ το 59% των υγιών ανδρών και το 26% των υγιών γυναικών πιστεύουν ότι ο καρκίνος του μαστού είναι «το χειρότερο πράγμα που μπορεί να συμβεί σε μια γυναίκα», μόνο 6% των ασθενών (των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του μαστού) έχουν αυτή τη γνώμη. Είναι ανατρίτητο πως είναι άνδρες εκείνοι οι οποίοι αποσασίζονται (καθορίζουν) τη θεραπευτική αγωγή που παρέχεται στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Επομένως μπορεί αυτές ακριβώς οι διαφορές στην αντίληψη μεταξύ πασχόντων και μη παθόντων, μεταξύ ανδρών και γυναικών, να δημιουργούν αυτές τις διαμάχες (τις διαφορές απόψεων). Υπάρχει ακόμα μεγάλη άγνοια ως προς το τι αισθάνονται οι γυναίκες και γίνονται πολλές υποθέσεις για λογαριασμό τους από τους θεράποντες γιατρούς που είναι άνδρες (14). Οι γιατροί που ασχολούνται με τον καρκίνο του μαστού δεν ξεφεύγουν από τα πολιτισμικά στερεότυπα που τους περιβάλλουν: και στην περίπτωση οποιασδήποτε διάγνωσης καρκίνου αισθανόμαστε ένα κράμα φρίκης (τρόμου) και οίκτου, το οποίο μπορεί να επηρεάσει την κρίση μας στις σχέσεις μας με ασθενείς στους οποίους έχει γίνει αυτή η διάγνωση.

Πολλές μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα (3) ότι τρία προβλήματα

(τρεις παράγοντες) βρίσκονται πίσω από τα πολλά από τὰ αμφιλεγόμενα (επίμαχα) θέματα σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Αυτά είναι ο κοινός (public) φόβος για τον καρκίνο· η αίσθηση της αδυναμίας μας, λογικής ή μη, όταν τον αντιμετωπίζουμε· και το γεγονός ότι στον καρκίνο του μαστού άνδρες θεραπεύουν γυναίκες. Αυτοί οι τρεις παράγοντες μας προξενούν φόβο ή αμηχανία (δυσκολία) όταν εξετάζουμε τις πραγματικές ανησυχίες (προβλήματα) των θυμάτων του και προτιμάμε να εφευρίσκουμε λύσεις γι' αυτά. Δεν εφαρμόζουμε ολόψυχα αυτές τις λύσεις, διότι και ως επιστήμονες και ως άνθρωποι διαισθανόμαστε (κρίνουμε) ότι μπορεί να μην είμαστε απόλυτα σωστοί. Υπάρχει πάρα πολλή έρευνα αλλά ελάχιστες αλλαγές στη θεραπεία ή στην ψυχοκοινωνική φροντίδα για την πλειοψηφία των ασθενών.

Δύο σημαντικές κριτικές ανασκοπήσεις πάνω στις ψυχοκοινωνικές όψεις του καρκίνου του μαστού πρόσφατα συμπέραναν ότι ο τεράστιος όγκος βιβλιογραφίας είναι τόσο «ανοργάνωτος, ασύνδετος και αταξινόμητος» (15), ώστε η έκταση και η φύση της νοσηρότητας που προκύπτει «εξακολουθεί να υποδηλώνεται μόνο, παρά να αποδεικνύεται πειστικά» (16).

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας στις βιομηχανικές χώρες. Είναι φυσικό λοιπόν να παρουσιάζονται διαφορετικές απόψεις και γνώμες στις υπερβάλλουσες μερικές φορές συζητήσεις γύρω από τον έλεγχο αυτής της αρρώστιας (17).

Ο καρκίνος δεν είναι πλέον μια θανατηφόρος αρρώστια, αλλά μάλλον μια χρόνια νόσος που απειλεί τη ζωή. Έχει αποδειχθεί ότι η χρόνια ασθένεια παρουσιάζει μια μεγάλη ποικιλία ψυχοκοινωνικών προβλημάτων για τον ασθενή, την οικογένειά του και όσους πρέπει να την αντιμετωπίσουν. Οι καρκινοπαθείς εμφανίζουν μοναδικά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, τα οποία οφείλονται στην αυστηρότητα της θεραπευτικής αγωγής και τις διακυμάνσεις (επιδεινώσεις και υφέσεις) της νόσου (18).

Η διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών

διαστάσεων του καρκίνου βρίσκεται σε επικίνδυνη θέση (παράτολη θέση); σήμερα, επειδή η πρόωρη εφαρμογή των σχετικά ανεξερεύνητων ακόμα ψυχολογικών παρεμβάσεων γίνεται με αξιώσεις οι οποίες βασίζονται στον ενθουσιασμό περισσότερο παρά στα γεγονότα (19).

Ο καρκίνος του μαστού είναι η πλέον διερευνημένη περιοχή καρκίνου στην ψυχοκοινωνική βιβλιογραφία. Αφθονία άρθρων έχουν γραφεί. Η έρευνα σ' αυτόν τον τομέα όμως έχει έναν αριθμό ατελειών (ελαττωμάτων) (20):

1) Είναι περιορισμένη στο δυτικό κόσμο και κυρίως στο αγγλόφωνο τμήμα του. Δεν υπάρχει ούτε μία συγκριτική μελέτη διαφορετικών πολιτισμών.

2) Συγκεντρώνεται κυρίως στους ασθενείς· οι σύζυγοι και τα παιδιά μάλλον παραλείπονται (παραλείπονται) σ' αυτόν τον τομέα.

3) Δεν υπάρχει ομοφωνία (κοινή συναίνεση) μεταξύ των ερευνητών πάνω στο ποιες μεταβλητές (π.χ. ικανοποίηση, ευτυχία) είναι σημαντικές να μετρηθούν, ούτε υπάρχει συμφωνία πάνω στις μεθόδους μέτρησης.

4) Οι συνέπειες (τα επακόλουθα) για την καθημερινή κλινική πρακτική, παρ' όλο που συνήθως εξηγούνται καθαρά σ' αυτά τα άρθρα, δεν εφαρμόζονται σχεδόν ποτέ στην πράξη. Η αξιολόγηση είναι υποχρεωτική. Η κατάσταση όμως δεν είναι τόσο άσχημη όσο θα φαινόταν από τα προαναφερθέντα.

Μελέτες πάνω στην ποιότητα της ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού, από το γεγονός και μόνο ότι γίνονται, έχουν τη δύναμη να ευαισθητοποιήσουν το ιατρικό και το παραϊατρικό προσωπικό για θέματα ποιότητας ζωής, και έτσι θα μπορούσαν (έμμεσα) να βελτιώσουν τη σχέση γιατρού - ασθενούς. Οι ασθενείς χαίρονται όταν καταλαβαίνουν (ξέρουν) ότι οι γιατροί, οι νοσοκόμες και τα άλλα μέλη της ογκολογικής ομάδας ενδιαφέρονται για τις μη ιατρικές συνέπειες της θεραπείας (θεραπευτικής αγωγής). Θα έπρεπε ίσως να επέλ-

θει συμφωνία σχετικά με ορισμένα από τα ακόλουθα σημεία (20): α) προτεραιότητες στην έρευνα της ψυχοκοινωνικής ογκολογίας σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού· νέοι τομείς· β) έννοιες που να χρησιμοποιηθούν σ' αυτή την έρευνα· γ) μέθοδοι μετρήσεως· δ) τρόποι εφαρμογής των αποτελεσμάτων της ψυχοκοινωνικής έρευνας στην κλινική πρακτική.

Η ιατρική κοινότητα εξακολουθεί να χαρακτηρίζει το ενδιαφέρον γύρω από την ψυχολογική και την κοινωνική λειτουργία των ασθενών ως «υποστήριξη» και «μέριμνα» (ως υποστηρικτική φροντίδα). Παρ' όλη τη συσσώρευση γνώσης που έχουμε αποκτήσει από τις επιστημονικές έρευνες τα τελευταία πενήντα χρόνια πάνω στη συμπεριφορά, η προσέγγιση αυτή εξακολουθεί να υπάρχει (2).

Εφικτοί τρόποι με τους οποίους η υψηλή συχνότητα του καρκίνου του μαστού στο δυτικό κόσμο μπορεί να περιορισθεί (να μειωθεί) σημαντικά είναι άγνωστοι. Ο καρκίνος του μαστού στον άνθρωπο φαίνεται ότι είναι μια ετερογενής αρρώστια, της οποίας τα αίτια είναι προς το παρόν άγνωστα. Μια ποικιλία από αλληλένδετους γενετικούς, περιβαλλοντολογικούς, κοινωνιοβιολογικούς και φυσιολογικούς παράγοντες φαίνεται να συνδέεται (να συσχετίζεται) με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού, αλλά κανένας μόνος (μοναδικός) παράγοντας ή συνδυασμός μεταβλητών, προς το παρόν γνωστών, δεν είναι επαρκής να εξηγήσει την αιτιολογία της νόσου (21).

Είναι μια ετερογενής αρρώστια τόσο ως προς τη διαγνωστική φάση (στάδιο) όσο και ως προς την κλινική ανταποκρισιμότητα στη θεραπεία (22).

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια αρχαία και δύσκολη ως προς την αιτιολογηση και τη θεραπεία ασθένεια, που έχει προκαλέσει πολλά θύματα σ' όλο τον κόσμο ανά τους αιώνες. Είναι μια κοινότατη παγκόσμια τραγωδία, κακοήθης και εξαιρετικά καταστροφική για την ανθρώπινη ζωή. Ο καρκίνος του μαστού παραμένει σήμερα η κυριότερη περιοχή εμφάνισης

καρκίνου και θανάτων από καρκίνο μεταξύ του γυναικείου πληθυσμού στο δυτικό κόσμο. Παρ' όλη τη συνεχή βελτιούμενη διαγνωστική μας οξείνοια (ικανότητα) και τις θεραπευτικές επιδεξιότητες, το ποσοστό θνησιμότητας έχει παραμείνει βασικά αμετάβλητο τα τελευταία πενήντα χρόνια. Αυτό είναι πραγματικά και ανησυχητικό (ενοχλητικό) και απογοητευτικό, εφόσον το ποσοστό (rate) της πενταετούς επιβίωσης για όλα τα στάδια του καρκίνου του μαστού έχει δείξει μια σαφή βελτίωση. Εντούτοις αυτό πιθανό να αντανάκλα μόνο το ποσοστό των ασθενών στους οποίους έγινε διάγνωση έγκαιρα και στους οποίους υπήρχε ένας μικρότερος και πιο εντοπισμένος όγκος (23).

Η πρόοδος στις μεταβαλλόμενες γενικές μας ιδέες (απόψεις) είναι κάπως αποσπασματική και αμφιλεγόμενη. Ενώ έχουμε αποκτήσει νεότερα και δραστικότερα χημειοθεραπευτικά μέσα, έχουμε επίσης αναπτύξει περισσότερο περίπλοκα συστήματα διατηρήσεως της ζωής (life-supporting systems). Οι γιατροί είναι τώρα δεοντολογικά και ηθικά υποχρεωμένοι να δίνουν ίση σημασία στην ανακούφιση του πόνου με την παράταση του θανάτου. Πρέπει να ισορροπήσουν τη σπλαχνική φροντίδα (μέριμνα) και την ανακούφιση του πόνου των ετοιμοθάνατων ασθενών με καρκίνο του μαστού, έναντι του κόστους μιας ηρωϊκής θεραπευτικής αγωγής και των υπέρογκων προσωπικών και νοσοκομειακών εξόδων (23).

Δέκα χρόνια πριν μας ανησυχούσε (ενδιέφερε) κυρίως η ποσότητα της ζωής· σήμερα μας ενδιαφέρει επίσης και η ποιότητά της. Αυξανόμενη προσοχή έχει πρόσφατα δοθεί στην ολική θεραπεία του καρκίνου του μαστού (23).

Η γνώση της αιτιολογίας του καρκίνου του μαστού βαθμδόν εξελίσσεται (αναπτύσσεται) διαμέσου του έργου των επιδημιολόγων, των ενδοκρινολόγων, των παθολόγων, των ακτινολόγων, των χειρουργών, των κοινωνιολόγων, των ψυχιάτρων και άλλων ειδικών. Επιπλέον οι διεπιστημονικές προσπάθειες φαίνεται να κα-

ταλήγουν σε μια προσέγγιση, η οποία είναι πιθανότερο να οδηγήσει στην αναγνώριση των αιτιών του καρκίνου, με την ελπίδα ότι η αναγνώριση αυτή θα χρησιμοποιηθεί για να μειώσει τη συχνότητα του καρκίνου στο μαστό (24).

Η τελική (ενδεχόμενη) πρόληψη του καρκίνου του μαστού θα απαιτήσει επιπρόσθετη και στενότερη συνεργασία μεταξύ ειδικών διαφορετικών κλάδων.

Η κατάκτηση του καρκίνου θα είναι

μια μακρόχρονη προσπάθεια. Μένουν πολλά ακόμα να γίνουν. Όμως καλπάζοντας με την ορμή που έχουμε τώρα, όλοι μας μπορούμε να περιμένουμε μια δεκαετία προόδου για την κατάκτηση του καρκίνου.

Αν το άρθρο αυτό έχει καταφέρει απλώς και μόνο να επισημάνει την πολυπλοκότητα του προβλήματος και την απόσταση που πρέπει να διανθει ακόμα, έχει επιτελέσει ένα σημαντικό σκοπό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Holland J.C., Mastrovito R., *Psychologic Adaptation to Breast Cancer*. In Proceedings of the National Conference on Breast Cancer - 1979. P. 1045. N.Y. American Cancer Society, 1979.
2. Hersh Sp., *Psychologic Aspects of Patients with Cancer*. In Vincent T. Devita, Samuel Hellman, Steven Rosenberg (Eds): *Cancer - Principles and practice of Oncology*. P. 264 Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1982.
3. Morris T., *Psychosocial Aspects of Breast Cancer, a Review*. In *Eur. Cancer Clin. Oncol.*, Vol. 19, No 12, 1983, pp. 1725-1733.
4. Hollant J. C. (Ed.), *Current Concepts in Psychosocial Oncology*, pp. 1-2. New York Memorial Sloan Kettering Cancer Center, 1982.
5. Morrow G.R., *Clinical trials in Psychosocial Medicine: Methodological and Statistical Considerations*. Part III: Assessing measurement techniques in Psychosocial Oncology. *Cancer Treat. Rev.* 1980; 64: 451-456.
6. Cullen J.W., *Behavioral, Psychological and Social Influences on Risk Factors, Prevention and Early Detection*. In: *Cancer* (Supplement), Vol 50, No 9, p. 1950, 1982.
7. Margolese R.C. (Ed.), *Breast Cancer*, p. XIII, New York, Churchill Livingstone, 1983.
8. Timothy A.R., Overgaard J., Overgaard M. et al, *Treatment of early Carcinoma of the Breast*, *Lancet* 2:25-26, 1979.
9. Denton S., Baum M., *Psychosocial Aspects of Breast Cancer*. In Margolese R. (Ed.), op. cit., p. 173, 1983.
10. Faulder C., *Breast Cancer: A Guide to 1st Early Detection and Treatment*, London, Pan Books, 1979.
11. Peters-Golden H., *Breast Cancer: Varied Perceptions of Social Support in the illness experience*. In *Soc. Sci. Med.*, Vol 16, pp. 483-491, 1982.
12. Sifford D., *Scarred, they live to the full*, Philadelphia, Inquired, 1978.
13. Pellis G., Nemez L., *For a rehabilitation of breast operated*. Second European Congress of Reach to Recovery 1982, Paris, American Cancer Society, 1982, (Meeting Abstract).
14. Rosser J.E., *The Interpretation of Women's experience: a critical appraisal of the literature on breast Cancer*, *Soc. sci. Med.*, Vol. 15, pp. 257-265, 1981.
15. Meyerowitz B.E., *Psychosocial Correlates of breast Cancer and its treatments*, *Psychol. Bull.* 1980, 87, 108-131.
16. Morris T., *Psychological adjustment to mastectomy*. *Cancer Treat. Rev.* 1979, 6, 41-61.
17. Day N.E., Wahrendorf J., *Possibilities for the reduction of breast Cancer mortality*. In *Experientia Suppl.*, 41:340-351, 1982.
18. Mac Neil M., *Incorporating the Psychosocial Component in Nursing Care*. In Holland J. (Ed.) *Current Concepts in Psychosocial Oncology*, pp. 119-121, N.Y. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, 1982.
19. Holland J., *The Current Concepts and Challenges in Psychosocial Oncology*. In: Holland J. (Ed.), *Current Concepts in Psychosocial Oncology*, pp. 1-9, N.Y. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, 1982.
20. Van Dam F.S., Maguire G.P., *Workshop on Psychological Aspects* (Meeting Abstract). Third EORTC Breast Cancer Working Conference 1983. Amsterdam, The Netherlands European Organization for Research on Treatment of Cancer, pp. A. 3. 4, 1983.
21. Petrakis N.L., *Genetic Factors in the Etiology of Breast Cancer*. In *Cancer*, Vol. 39, No 6, p. 2709, 1977.

22. Wainberg M., Brenner B., Margolese R., *Immune Responsiveness and the Effects of Adjuvant Chemotherapy*. In Margolese R.C. (Ed). Breast Cancer, p. 224. N.Y. Churchill Livingstone, 1983.
23. Lewison E.F., *Changing Concepts in Breast Cancer*. In Proceedings of the National Conference on Breast Cancer 1979, pp. 859-864. N.Y. American Cancer Society, 1979.
24. Kelsey Z., Hildreth N., *Causative Factors in Breast Cancer*. In Margolese R. (Ed) Breast Cancer, p. 43, N.Y., Churchill Livingstone, 1983.