

## Ψυχολογικές δοκιμασίες και νεοπλασματικά νοσήματα

Χ. ΤΕΡΛΙΔΟΥ, Κ. ΚΑΛΙΑΚΑΤΣΟΥ, Μ. ΚΑΡΑΟΛΙΔΟΥ, ΕΥ. ΜΑΡΚΕΖΙΝΗΣ, Ι. Κ. ΤΣΕΓΚΟΣ  
*Ανοικτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο, Ινστιτούτο Διαγνωστικής Ψυχολογίας*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Επιχειρείται κριτική ανασκόπηση των μεθόδων ανίχνευσης των ψυχολογικών παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση των νεοπλασματικών νοσημάτων, σε προοπτικές έρευνες προνοσηρού πληθυσμού. Αναζητήθηκαν και καταγράφησαν τα πορίσματα έντεκα προοπτικών ερευνών, δίδοντας κυρίως έμφαση στις ψυχολογικές δοκιμασίες που χρησιμοποιήθηκαν και στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που διερεύνησαν οι δοκιμασίες αυτές. Τα αποτελέσματα της καταγραφής έδειξαν: 1) ασάφεια των ερευνητών ως προς το εννοιολογικό πλαίσιο του υπό μέτρηση χαρακτηριστικού, και κατ' επέκτασιν στη δοκιμασία που επιλέγεται, 2) μεθοδολογικές αδυναμίες ως προς το είδος των ψυχολογικών δοκιμασιών που χρησιμοποιούνται: α) συχνά δεν είναι επαρκώς σταθμισμένες σε γενικό πληθυσμό, β) στην πλειονότητα των ερευνών χορηγείται μία μόνο δοκιμασία, χωρίς να επιβεβαιώνονται τα ευρήματά της και από άλλες, διαφορετικού τύπου δοκιμασίες (συστοιχία δοκιμασιών), γ) επιλέγονται σχεδόν αποκλειστικά ερωτηματολόγια τα οποία διερευνούν κυρίως στάσεις και συμπεριφορές και των οποίων οι απαντήσεις ελέγχονται από το υποκείμενο, και σχεδόν καθόλου προβολικές τεχνικές, που διερευνούν ακουσίως εσωτερικευμένες αναπαραστάσεις. Οι ανωτέρω διαπιστώσεις συζητιούνται σε σχέση με τα ευρήματα των ερευνών υπό το πρίσμα των σύγχρονων ψυχομετρικών θεωρήσεων.

*Λέξεις-κλειδιά:* Κακοήθης νεοπλασματική νόσος, Προνοσηρότητα, Προοπτική έρευνα, Ψυχομετρικές μέθοδοι, Ψυχολογικές δοκιμασίες, Δοκιμασίες προσωπικότητας, Ψυχολογική αξιολόγηση, Ερωτηματολόγια προσωπικότητας, Προβολικές τεχνικές.

### Εισαγωγή

Η σύγχρονη βιοψυχοκοινωνική θεώρηση προσεγγίζει την ανάπτυξη των νεοπλασματικών νοσημάτων ως ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, σύμφωνα με το οποίο η νόσος είναι αποτέλεσμα γενετικών, ανοσοποιητικών, ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών αλληλεπιδράσεων (Levy, 1985). Βέβαια, η πεποίθηση ότι η εμφάνιση της καρκινικής νόσου μπορεί να συνδέεται, με κάποιον τρόπο, και με ψυχολογικούς παράγοντες είναι τόσο παλαιά όσο και η Ιατρική (Timms, 1989). Οστόσο τα αποτελέσματα των ερευνών που διε-

ρευνούν την πιθανότητα επίδρασης των ψυχολογικών παραγόντων στην εμφάνιση της καρκινικής νόσου δε συνηγορούν πάντα υπέρ της ανωτέρω πεποίθησης (Fox, 1978. Schapiro et al., 2002. Timms, 1989).

Συγκεκριμένα, στις σχετικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις (Bieliuskas & Garron, 1982. Butow et al., 2000. Cox & Mackay, 1982. Eysenck, 1985. Fox, 1978. Graves, 1990. McKenna et al., 1999. Temoshok & Heller, 1984. Timms, 1989 κ.ά.) διαπιστώνεται ανομοιογένεια τόσο στα αποτελέσματα όσο και στη μεθοδολογία των ερευνών, τα οποία προκαλούν ζωρή συζήτηση.

Οι ανωτέρω μελετητές, παραθέτοντας τα αποτελέσματα των ερευνών, εστιάζουν την κριτική τους κυρίως σε μεθοδολογικά ζητήματα, όπως: α) στο είδος της έρευνας και του πληθυσμού που εξετάζεται: δηλαδή αν εξετάζει υγιή πληθυσμό προκειμένου να μελετήσει την προνοσηρότητα (τύπος έρευνας: προοπτική), αν εξετάζει ήδη νοσούντα άτομα (τύπος έρευνας: αναδρομική) ή πληθυσμό που απευθύνεται στις ιατρικές υπηρεσίες για προληπτικό έλεγχο (τύπος έρευνας: οιονεί προοπτική ή περιορισμένη), β) στο δείγμα που επιλέγεται: αντιπροσωπευτικότητα, μέγεθος, ομάδες ελέγχου κ.λπ., γ) στον τύπο της νόσου που διερευνάται: καρκινική νόσος γενικά ή ένας συγκεκριμένος τύπος (στήθους, πνευμόνων κ.λπ.), δ) στα υπό μελέτη ψυχολογικά χαρακτηριστικά: «το τι έχει συμβεί στο υποκείμενο (γεγονότα ζωής, απώλειες κ.λπ.), [...] ή στη μελέτη της προσωπικότητας» (Timms, 1989, σ. 413).

Τέλος, πολύ λιγότεροι μελετητές εστιάζουν την προσοχή τους στους τρόπους διερεύνησης των ψυχολογικών χαρακτηριστικών, παρ' ότι υπάρχουν ποικίλοι τρόποι προσέγγισης, όπως: α) η εργαστηριακή διερεύνηση, π.χ. σύνδεση του stress με τις λειτουργίες του ανοσοποιητικού συστήματος (βλ. ανασκόπηση ερευνών στον τομέα της ψυχονευροανοσολογίας των Kiecolt-Glaser et al., 2002), β) η κλινική παρατήρηση, συνέντευξη ή ψυχιατρική εξέταση (βλ., μεταξύ άλλων, την

έρευνα των Levine et al., 1978), γ) η συμπλήρωση από τον εξεταστή διαφόρων κλιμάκων (Hagnell, 1966), και δ) η χορήγηση διαφόρων ψυχολογικών δοκιμασιών, η οποία αποτελεί και τη συνηθέστερη μέθοδο.

Ωστόσο η σχετική συζήτηση γύρω από τον καταλληλότερο τρόπο διερεύνησης των ψυχολογικών χαρακτηριστικών είναι περιορισμένη, ενώ παράλληλα διεξάγεται αδιακρίτως επί όλων των ειδών των ερευνών (προοπτικές, οιονεί προοπτικές, αναδρομικές): καμία εκ των ανασκοπήσεων δεν εστιάζεται αποκλειστικά επί των προοπτικών ερευνών.

Η παρούσα εργασία, λοιπόν, θα μελετήσει τους τρόπους διερεύνησης των ψυχολογικών παραγόντων, επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον της στη χρήση των ψυχολογικών δοκιμασιών, αποκλειστικά στις προοπτικές έρευνες, σε ενήλικο πληθυσμό, διότι: α) το είδος της προοπτικής έρευνας<sup>1</sup> σε πληθυσμό πριν νοσήσει είναι το πλέον ενδεδειγμένο για τη διερεύνηση της πιθανότητας ύπαρξης προνοσηρής προσωπικότητας ή της ύπαρξης ψυχολογικών διαστάσεων της προσωπικότητας που σχετίζονται με την εμφάνιση της καρκινικής νόσου, και β) η χρήση των ψυχολογικών δοκιμασιών (tests) είναι ο πλέον έγκυρος τρόπος διερεύνησης των ψυχολογικών χαρακτηριστικών ή διαστάσεων της προσωπικότητας<sup>2</sup>.

1. Οι προοπτικές (prospective) έρευνες, οι οποίες διενεργούνται κατά την προνοσηρή φάση, σε υγιή πληθυσμό, παρακολουθώντας την πορεία της υγείας του, κατά γενική ομολογία θεωρούνται περισσότερο αξιόπιστες από τις αναδρομικές, διότι, μεταξύ άλλων, «προσφέρονται ιδιαίτερα για τον έλεγχο της αιτιολογικής υποθέσεως» (Τριχόπουλος, 2002, σ. 115). Αντιθέτως, στις αναδρομικές (retrospective) έρευνες τα αποτελέσματα επηρεάζονται από το ότι ο εξεταζόμενος γνωρίζει ότι πάσχει από τη συγκεκριμένη ασθένεια, γεγονός το οποίο «πιθανώς τροποποιεί την προηγούμενη ψυχολογική του κατάσταση και την έντασή της» (Kavan et al., 1995), αλλά ακόμη «μπορεί και να διαστρεβλώνονται τα σταθερά χαρακτηριστικά προσωπικότητας που προϋπάρχουν» (Blaney, 1985). «Οι αλλαγές δε που συντελούνται στο νευρολογικό, το ενδοκρινολογικό ή το ορμονικό σύστημα του ασθενούς εξαιτίας της νόσου (πρωτογενής ή μεταστατική) μπορεί, επίσης, να επηρεάζουν την εκτίμηση του ατόμου» (Bullinger, 1992). Τέλος, στις οιονεί ή στις περιορισμένες προοπτικές (quasi prospective ή limited prospective) μελέτες, οι οποίες πραγματοποιούνται συνήθως κατά την περίοδο των προληπτικών εξετάσεων (βιοψία), τα αποτελέσματα επηρεάζονται από το φόβο και το άγχος για τη διάγνωση (Eysenck, 1985. Graves, 1990): η δε ανησυχία για την πιθανή θετική διάγνωση αυξάνει την κατάθλιψη (Geyer, 1992), την απώθηση και την αμυντικότητα (Kreitler et al., 1993).

2. Λόγω της στάθμισης και της ποσοτικής ανάλυσης που οι ψυχολογικές δοκιμασίες διαθέτουν θεωρούνται περισσότερο αντικειμενικές προσεγγίσεις απ' ό,τι άλλες, όπως, για παράδειγμα, η συνέντευξη (Bieliuskas & Garron, 1982).

## Μεθοδολογία

**Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (αγγλόφωνης και ελληνόφωνης):** Η αναζήτηση των δεδομένων για την παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε μέσω της ηλεκτρονικής βιβλιοθήκης Pub Med, ανεξαρτήτως χρονολογίας, δίδοντας τις κάτωθι λέξεις-κλειδιά σε συνδυασμό: prospective research, premorbidity, malignant neoplastic precursors, malignant neoplastic prediction, psychometric methods, psychological testing, personality tests, psychological assessment, personality questionnaires, projective techniques.

**Επιλογή των ερευνών:** Οι προς μελέτη έρευνες επελέγησαν με δύο κριτήρια: α) ως προς το είδος της έρευνας: να αποτελούν προοπτικές έρευνες σε προνοσηρό πληθυσμό, και β) ως προς τον τρόπο διερεύνησης των ψυχολογικών παραγόντων: να χρησιμοποιούνται μία ή περισσότερες ψυχολογικές δοκιμασίες. Δε συμπεριλήφθησαν έρευνες οι οποίες είτε έχουν υποστεί εκτεταμένη αμφισβήτηση<sup>3</sup> είτε δεν πραγματοποιήθηκαν σε γενικό πληθυσμό<sup>4</sup>.

**Παρουσίαση των ερευνών:** Οι προοπτικές έρευνες, που τελικώς εντοπίστηκαν έως το τέλος του 2003, είναι έντεκα. Τις χωρίσαμε δε σε δύο κατηγορίες: α) σε όσες βρίσκουν συσχετίσεις μεταξύ ψυχολογικών χαρακτηριστικών και εμφάνισης της καρκινικής νόσου, και β) σε όσες δε βρίσκουν. Παρατίθενται κατά χρονολογική σειρά και περιγράφονται εν συντομία ο σκοπός, δηλαδή ο παράγοντας που διερευνάται, ο πληθυσμός και το δείγμα που μελετήθηκαν, η/οι δοκιμασία/ες που χρησιμοποιήθηκαν, το συμπέρασμα στο οποίο κατέληξαν, καθώς και η κριτική που ασκήθηκε σε ό,τι αφορά τη/τις χρησιμοποιηθείσα/ες δοκιμασία/ες, είτε από τους ίδιους τους ερευνητές είτε από άλλους. Τα ανωτέρω παρατίθενται συνοπτικά στον Πίνακα 1.

Στην παρούσα εργασία δε θα γίνει αναφορά στις συσχετίσεις των αποτελεσμάτων των δοκιμασιών με τα δεδομένα του ατομικού, του ιατρικού και του οικογενειακού ιστορικού καθώς και στους στατιστικούς τρόπους επεξεργασίας των δεδομένων.

## Αποτελέσματα

### 1. Έρευνες που βρίσκουν συσχετίσεις

**1. Ιατρική Σχολή Johns Hopkins, Βαλτιμόρη, ΗΠΑ (Thomas & Greenstreet, 1973. Thomas & Ross, 1968. Thomas et al., 1979. Thomas & McCabe, 1980. Shaffer et al., 1982, 1986 & 1987, Graves et al., 1986 & 1991)**

**Περιγραφή:** Ο αρχικός σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών που έχουν προγνωστική αξία για την εμφάνιση υπέρτασης ή καρδιακού νοσήματος. Εν συνεχεία προσετέθησαν και άλλες νοσολογικές οντότητες, όπως η αυτοκτονία, η ψυχική ασθένεια και η καρκινική νόσος. Η τελευταία προσετέθη αρχικώς ως ομάδα ελέγχου, λόγω της δυνατότητάς της για έγκυρη διάγνωση μέσω βιοψίας, διότι οι ερευνητές δεν πίστευαν τότε ότι εμπλέκονται ψυχολογικοί παράγοντες στη συγκεκριμένη νόσο. Την περίοδο 1948-1964 εξετάσθηκαν 1.337 άρρενες φοιτητές της σχολής. Πρόκειται για μία συνεχιζόμενη έρευνα, στο πλαίσιο της οποίας πραγματοποιήθηκαν πολλές ανεξάρτητες μελέτες, ενσωματώνοντας σταδιακά τις νέες περιπτώσεις των νοσούντων. Μετά από παρακολούθηση 7-23 ετών στην πρώτη μελέτη των δεδομένων η κάθε ομάδα νοσούντων περιελάμβανε 9 περιπτώσεις (Thomas & Greenstreet, 1973), όμως σταδιακά η ομάδα των καρκινοπαθών με σοβαρή μορφή της νόσου ανήλθε στα 45

3. Αναφερόμαστε στην έρευνα των Grossarth-Maticek et al. (1988). Κριτική ως προς τη μεθοδολογία της έρευνας, την κατασκευή και την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου της ασκείται, μεταξύ άλλων, από τους Graves (1990), Nakaya et al. (2003) και Schapiro et al. (2001).

4. Αναφερόμαστε στην έρευνα των Watson & Schuld (1977), στην οποία χορηγήθηκε το MMPI, το δείγμα όμως αποτελούνταν από ψυχιατρικούς ασθενείς και μόνο.

**Πίνακας 1**  
**Προοπτικές μελέτες μέσω ψυχολογικών δοκιμασιών**

**I. Έρευνες που βρίσκουν συσχετίσεις**

Ερευνητής	Δοκιμασία	Χαρακτηριστικό διερεύνησης	Πληθυσμός που εξετάστηκε	Τελικό δείγμα	Έτη παρακολούθησης	Τύπος της νόσου	Αποτελέσματα
1 Thomas & Greenstreet, 1973, Thomas & Ross, 1968, Thomas et al., 1979, Thomas & McCabe, 1980, Shaffer et al., 1982, 1986 & 1987, Graves et al., 1986 & 1991	Rorschach, F.A.Q.,  Draw a Man Test, H.N.T., (R.I.S.)	Προσωπικότητα, οικογενειακές σχέσεις, εικόνα εαυτού, συμπεριφορά, (διαπροσωπικές σχέσεις)	1.337 άρρενες φοιτητές	1.337	7-30	Ανεξαρτήτως τύπου	Έλλειψη εγγύτητας με γονείς, αμφιθυμία και αποφευκτικότητα στις διαπροσωπικές σχέσεις, μοναχικότητα, έλλειψη ενδιαφερόντων
2 Dattore et al., 1980, Greenberg & Dattore, 1981, 1983	MMPI	Προσωπικότητα	3.000 άντρες, απόστρατοι στρατιωτικοί	200	10	Κυρίως πνευμονος και προστάτη	Υψηλή απώθηση, απώθηση των καταθλιπτικών συναισθημάτων
3 Shekelle et al., 1981, Persky et al., 1987	MMPI, 16 P.F. Form A	Προσωπικότητα, κατάθλιψη, άρνηση-απώθηση	2.020 άντρες	2.020	17-20	Ανεξαρτήτως τύπου	Ανύψωση της κλίμακας της κατάθλιψης
4 Kavan et al., 1995	MMPI	Προσωπικότητα	9.500 άντρες, απόστρατοι στρατιωτικοί	122	5-37	Παχέας εντέρου	Αυξημένη επιθετικότητα
5 Bleiker et al., 1996	S.A.Q.-N.	Προσωπικότητα	9.705 γυναίκες	902	4	Μαστού	Έλλειψη συναισθηματικότητας

**II. Έρευνες που δε βρίσκουν συσχετίσεις**

6 Hahn & Pettiti, 1988	MMPI	Κατάθλιψη, απώθηση	8.932 γυναίκες	8.932	10-14	Μαστού	Καμία συσχέτιση
7 Zonderman et al., 1989	C.E.S.-D, G.W.B.-D	Καταθλιπτικά συμπτώματα	6.913 άτομα	6.913	10-15	Ανεξαρτήτως τύπου	Καμία συσχέτιση
8 Schapiro et al., 2001	E.P.I.-Q	Προσωπικότητα	1.031 άτομα	1.031	20	Ανεξαρτήτως τύπου	Καμία συσχέτιση
9 Schapiro et al., 2002	Test of Psychic Vulnerability	Ψυχική ευπάθεια	5.136 άτομα	5.136	4-10	Ανεξαρτήτως τύπου	Καμία συσχέτιση
10 Lillberg et al., 2002	E.P.Q., Type A Bortner Inventory, Κλίμακα Επιθετικότητας	Εξωστρέφεια, συμπεριφορά τύπου A, επιθετικότητα	12.499 γυναίκες	12.499	1-5	Μαστού	Καμία συσχέτιση
11 Nakaya et al., 2003	E.P.Q.-R	Προσωπικότητα	29.606 άτομα	29.606	7	Ανεξαρτήτως τύπου	Καμία συσχέτιση

άτομα, ενώ με καρκίνο του δέρματος<sup>5</sup> στα 51 άτομα (Graves et al., 1986).

**Συστοιχία δοκιμασιών:** Χορηγήθηκαν: α) Η δοκιμασία Rorschach (Rorschach, 1947)· προβλητική τεχνική που αποτελείται από 10 μελανοκηλίδες, μέσω της οποίας εξετάστηκαν 28 παράμετροι. β) Family Attitudes Questionnaire (F.A.Q., Thomas & Ross, 1968)· ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 65 ερωτημάτων, το οποίο κατασκευάστηκε για τις ανάγκες της έρευνας, προκειμένου να διερευνηθεί τις αντιλήψεις του εξεταζόμενου για τις ενδοοικογενειακές του σχέσεις<sup>6</sup>. γ) Draw a Man Test (Goodenough, 1926)· προβλητική τεχνική σχεδίου. δ) Habits of Nervous Tension Questionnaire (H.N.T., Thomas & McCabe, 1980)· ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 25 ερωτήσεων, το οποίο επίσης κατασκευάστηκε για τις ανάγκες της έρευνας, προκειμένου να διερευνηθεί τις συμπεριφορές και τις συναισθηματικές αντιδράσεις σε σχέση με τη μελλοντική υγεία ή την εμφάνιση ψυχικών και σωματικών νόσων<sup>7</sup>.

**Αποτελέσματα:** Μέσω των 28 παραμέτρων της δοκιμασίας Rorschach οι υποομάδες των μελλοντικών ασθενών διαχωρίζονται μεταξύ τους, χωρίς ωστόσο οι διαφορές να είναι στατιστικές σημαντικές (Thomas & Greenstreet, 1973). Μέσω του Draw a Man Test δεν παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις (Shaffer et al., 1986).

Αντιθέτως, στη δοκιμασία F.A.Q. διαπιστώθηκαν στατιστικές σημαντικές διαφορές (πιο χαμηλές τιμές) στην υποκλίμακα της εγγύτητας με τους γονείς, και ειδικότερα στη σχέση με τον πατέρα (Thomas et al., 1979). Το εύρημα αυτό οδήγησε στο σχεδιασμό μιας νέας κλίμακας, της Rorschach Interaction

Scale<sup>8</sup> (R.I.S., Graves et al., 1986), προκειμένου να διερευνηθεί το είδος των διαπροσωπικών σχέσεων. Η κλίμακα αυτή έδειξε ότι τα άτομα που χαρακτηρίσε ευέλκτα παρουσίασαν και το μικρότερο ποσοστό εμφάνισης καρκίνου (3%), ενώ η ομάδα των αμφίθυμων και των αποφευκτικών το μεγαλύτερο (12% και 13% αντιστοίχως) (Graves et al., 1986).

Έτσι, οι ερευνητές διατύπωσαν την υπόθεση ότι η υποκειμενική αντίληψη της έλλειψης στενών σχέσεων με τους γονείς καθώς και οι εσωτερικευμένες αναπαραστάσεις του εαυτού και των σχέσεων εμπλέκονται στη λειτουργία του βιολογικού συστήματος και στην εκδήλωση νόσων όπως ο καρκίνος. Επίσης, οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η F.A.Q. και η R.I.S. έχουν μεγάλη διακριτική ικανότητα, μπορούν να προβλέψουν την εμφάνιση της νόσου και, επιπλέον, η προγνωστική τους δυνατότητα διαπιστώθηκε ισχυρότερη στη νόσο του καρκίνου και των ψυχικών παθήσεων, παρά στις ομάδες των υγιών και των άλλων νοσολογικών ομάδων (Graves et al., 1991).

Μέσω του H.N.T. παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις κυρίως ως προς τον τύπο της καρκινικής νόσου (σοβαρής μορφής, δέρματος και ολικού) (Thomas & McCabe, 1980).

Τέλος, συνδυάζοντας τις κλίμακες F.A.Q., R.I.S., H.N.T. και κατηγοριοποιώντας το συνολικό δείγμα σε πέντε τύπους προσωπικότητας<sup>9</sup>, οι Shaffer et al. (1987) παρατήρησαν ότι από την ομάδα που εκφραζόνταν συναισθηματικά ή/και εκδραμάτιζε προερχόταν το μικρότερο ποσοστό των ατόμων που εμφάνισαν καρκίνο, ενώ από την ομάδα των μοναχικών, με έλλειψη προσδοκιών και ενδιαφερόντων, το μεγαλύτερο ποσοστό.

5. Η διάκριση ανήκει στους ερευνητές.

6. Συγκεκριμένα η δοκιμασία αυτή διερευνά τη σχέση με τον πατέρα, τη μητέρα, τις σχέσεις του γονεϊκού ζεύγους, τη συναισθηματική εγγύτητα με τους γονείς. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία αυτού του ερωτηματολογίου παρουσιάζονται στους Shaffer et al. (1982).

7. Αποτελείται από τρεις υποκλίμακες, της κατάθλιψης, της εκδραμάτισης και του άγχους. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία αυτού του ερωτηματολογίου παρουσιάζονται στους Thomas & McCabe (1980).

8. Σύμφωνα με την κλίμακα αυτή, οι απαντήσεις στο Rorschach που περιέχουν δύο ή περισσότερες μορφές (ανθρώπου ή ζώου) κατανέμονται σε έξι μοντέλα αλληλοαντιδράσεων: ευέλκτες, προσαρμοσμένη, θετικά εκφραστική, ελεγχόμενη, αμφίθυμη, αποφευκτική.

9. Ήπιο/φυσιολογικό, ευαίσθητο, συναισθηματικό/που εκδραμάτιζει, μοναχικό/χωρίς ενδιαφέροντα και με διαπροσωπικές συγκρούσεις.

**Κριτική:** Οι ίδιοι οι ερευνητές (Thomas et al., 1979, Thomas & Greenstreet, 1973) σχολιάζουν, ως μειονέκτημα της μελέτης, την πολυπλοκότητα της δοκιμασίας Rorschach, την περιορισμένη εφαρμογή της δοκιμασίας αυτής σε έρευνες σχετικές με τη σωματική υγεία, καθώς και τον πολύ μικρό αριθμό ατόμων που νόσησαν. Έτσι, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα ευρήματα των ερευνών τους θα πρέπει να επιβεβαιωθούν σε μεγαλύτερο δείγμα γενικού πληθυσμού. Άλλοι συγγραφείς (Bieliauskas & Garron, 1982, Timms, 1989) σχολιάζουν ότι τα ερωτηματολόγια στα οποία βασίστηκαν πολλά από τα ευρήματα, ακόμη κι αν μπορούν να θεωρηθούν έγκυρα, σχεδιάστηκαν για τις ανάγκες της έρευνας και δεν είχαν σταθμιστεί προηγουμένως σε γενικό πληθυσμό. Συνεπώς η έλλειψη στάθμισης μειώνει τη σημασία των ευρημάτων τους.

2. Dattore et al. (1980), Greenberg & Dattore (1981 & 1983), Κάνσας, ΗΠΑ

**Περιγραφή:** Οι ερευνητές, επιχειρώντας να διερευνήσουν την υπόθεση περί ύπαρξης προνοσηρής προσωπικότητας, εξέτασαν 3.000 απόστρατους στρατιωτικούς, νοσηλευόμενους ή χρήστες των υπηρεσιών Στρατιωτικού Νοσοκομείου. Δέκα έτη μετά, επελέγησαν 200 άτομα για τα οποία αρχικά δεν είχε τεθεί καμία ιατρική ή ψυχιατρική διάγνωση. Τα άτομα αυτά θεωρήθηκαν αντιπροσωπευτικά δύο κατηγοριών: καρκινοπαθών ( $N = 75$ , *M.O.* ηλικίας = 64 έτη) και μη καρκινοπαθών ( $N = 125$ , *M.O.* ηλικίας = 53 έτη). Η πρώτη ομάδα αποτελούνταν από άτομα με καρκίνο του πνεύμονα, του προστάτη και διαφόρων άλλων μορφών. Η ομάδα των μη καρκινοπαθών περιελάμβανε άτομα με καλοήθεις νεοπλασίες, υπέρταση, έλκος στομάχου, σχιζοφρένεια, καθώς και υγιή άτομα. Κάθε κατηγορία περιελάμβανε 25 άτομα.

**Δοκιμασία:** Χορηγήθηκε η δοκιμασία MMPI (Hathaway & Mckinley, 1943), κλινικό ερωτηματολόγιο προσωπικότητας, αποτελούμενο από 566 προτάσεις. Από τη δοκιμασία αυτή εξετάσθηκαν οι κλίμακες εγκυρότητας, οι κλινικές κλίμακες και οι εξής συμπληρωματικές υποκλί-

μακες: απώθησης και ευαισθητοποίησης, σθένους του ΕΓΩ, άρνησης της υστερίας, εξαρτητικότητας και αλεξιθυμίας.

**Αποτελέσματα:** Οι δύο υποομάδες διαφοροποιήθηκαν στις κλίμακες της κατάθλιψης (χαμηλή τιμή της κλίμακας D), της απώθησης-ευαισθητοποίησης (υψηλή τιμή της υποκλίμακας) και της άρνησης της υστερίας (χαμηλή τιμή). Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα που εμφάνισαν καρκινική νόσο κατά την προνοσηρή περίοδο χαρακτηρίζονταν από μεγαλύτερη απώθηση, μειωμένη αναγνώριση των καταθλιπτικών συναισθημάτων, αλλά και υψηλότερη ικανότητα επίγνωσης και ενδοσκόπησης. Επειδή το τελευταίο εύρημα έρχεται σε αντίθεση με τα άλλα δύο, οι ερευνητές επισημαίνουν ότι χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

**Κριτική:** Οι Schapiro και συνεργάτες (2001) αναφέρουν ότι το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι ακατάλληλο για έρευνα σχετική με την καρκινική νόσο.

3. Shekelle et al. (1981), Persky et al. (1987), Σικάγο, ΗΠΑ

**Περιγραφή:** Οι ερευνητές μελέτησαν την πιθανότητα συσχέτισης της κατάθλιψης, ως κλινικής συμπρωματολογίας (Shekelle et al., 1981), των παραγόντων της προσωπικότητας και των μηχανισμών άρνησης και απώθησης (Persky et al., 1987) με την εμφάνιση της καρκινικής νόσου ή θανάτου από αυτήν. Εξέτασαν τη χρονική περίοδο 1957-1958 τυχαίο δείγμα 2.020 αντρών, από τους εργαζομένους στην Υπηρεσία Ηλεκτρισμού του Σικάγου, ηλικίας 40-55 ετών.

**Δοκιμασίες:** Χορηγήθηκαν: α) η δοκιμασία MMPI, και β) το ερωτηματολόγιο 16 P.F. Form A (Cattell, 1957), το οποίο είναι ένα ερωτηματολόγιο προσωπικότητας βασισμένο σε 16 παράγοντες. Από το MMPI αξιολογήθηκαν οι κλίμακες εγκυρότητας, οι δέκα κλινικές κλίμακες και η υποκλίμακα άρνησης και απώθησης. Προκειμένου να διερευνηθεί ο παράγοντας της κατάθλιψης, αφενός εξετάστηκε η τιμή της κλίμακας D, ανεξάρ-

τητα από τις τιμές των άλλων κλιμάκων, αφετέρου ερευνηθήκαν τα πρωτόκολλα στα οποία η κλίμακα D ήταν η πιο ανυψωμένη κλίμακα.

**Αποτελέσματα:** Δεκαεπτά έτη μετά, συγκρίθηκαν τα άτομα που νόσησαν ή πέθαναν από καρκίνο ( $N = 83$ ) με αυτά που δε νόσησαν. Φάνηκε ότι οι δύο υποομάδες διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς την τιμή της κλίμακας D, παρ' ότι η τιμή της δεν ήταν παθολογική (μέση τιμή  $T = 60.7$ ). Επιπλέον, τα άτομα ( $N = 379$ ) των οποίων η κλίμακα D εμφανιζόταν ως η πλέον ανυψωμένη σε σχέση με τις άλλες κλίμακες είχαν και το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης της νόσου ή θνησιμότητας. Οι ερευνητές διατύπωσαν την υπόθεση ότι η τιμή της κλίμακας D σχετίζεται με μηχανισμούς που δημιουργούν και αναπτύσσουν κακοήγη κύτταρα και ότι η νοσηρότητα ή και η θνησιμότητα από καρκίνο σχετίζεται με την κατάθλιψη (Shekelle et al., 1981). Το εύρημα ότι η ανυψωμένη τιμή της κλίμακας D κατά την προνοσηρή περίοδο συνδέεται με την εκδήλωση της νόσου επιβεβαιώθηκε και με νέα στατιστική επεξεργασία των δεδομένων του MMPI, στα 20 έτη της παρακολούθησης, όμως βρέθηκαν συσχετίσεις με άλλους παράγοντες της προσωπικότητας (Persky et al., 1987).

**Κριτική:** Η μορφή της κατάθλιψης που διαφοροποιεί τους καρκινοπαθείς από την ομάδα ελέγχου αφορά περισσότερο σωματικές εκδηλώσεις και λιγότερο αναφορές στη διάθεση (Cox & MacKay, 1982). Σύμφωνα δε με τους Bieliauskas και Garron (1982), η μορφή της κατάθλιψης που φάνηκε να σχετίζεται με τη νόσο έχει περισσότερο τη μορφή της χρόνιας ανησυχίας και δεν αφορά κατάθλιψη με την κλινική έννοια του όρου, εφόσον η μέση τιμή της κλίμακας

D ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων.

#### 4. Kavan et al. (1995), Μινεάπολη, ΗΠΑ

**Περιγραφή:** Την περίοδο 1947-1975 εξετάστηκαν 9.500 απόστρατοι στρατιωτικοί προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη προνοσηρής προσωπικότητας που να συνδέεται με την εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου. Μετά από 5-37 έτη συγκρίθηκαν 61 άτομα τα οποία εμφάνισαν καρκίνο του παχέος εντέρου με 61 άτομα τα οποία δεν εμφάνισαν τη συγκεκριμένη νόσο.

**Δοκιμασία:** Χορηγήθηκε και πάλι η δοκιμασία MMPI, μέσω της οποίας διερευνήθηκαν 21 παράγοντες προσωπικότητας των Johnson και συνεργατών (1984)<sup>10</sup>.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο υποομάδων στον παράγοντα της επιθετικής εχθρότητας (aggressive hostility), ο οποίος αναγνωρίζεται σε 5 ερωτήματα της δοκιμασίας. Σύμφωνα με τους ερευνητές, αυτό το εύρημα υποδηλώνει ότι η εκρηκτική έκφραση της επιθετικότητας, με συχνά και ακραία επεισόδια θυμού, αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου στους άντρες.

#### 5. Bleiker et al. (1996), Ολλανδία

**Περιγραφή:** Ερεύνησαν τους ψυχολογικούς παράγοντες οι οποίοι συνδέονται με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Την περίοδο 1989-1990 εκλήθησαν γραπτώς όλες οι γυναίκες της πόλης Nijmegen άνω των 43 ετών ( $N = 28.940$ ) να συμμετάσχουν σε πρόγραμμα πρόληψης του καρκίνου του μαστού. Συμμετείχαν τελικώς 9.705 γυναίκες (34%), όσες δηλαδή συμ-

10. Οι ερευνητές επέλεξαν να μελετήσουν τους 21 παράγοντες των Johnson et al. (1984) αντί των σταθμισμένων κλιμάκων υποστηρίζοντας ότι αντανακλούν σε μεγαλύτερο βαθμό τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας απ' ό,τι οι κλινικές κλίμακες, οι οποίες είναι ανομοιογενείς ως προς το περιεχόμενο, και ότι παρόμοιες τιμές μπορεί να ανταποκρίνονται σε διαφορετικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Για παράδειγμα, τα 60 ερωτήματα που αποτελούν την κλινική κλίμακα της κατάθλιψης (D) είναι ποικίλα και πολλά από αυτά εντάσσονται και στις ομάδες των ερωτημάτων και άλλων κλιμάκων (απόθησης, υποχονδρίασης, ψυχασθένειας κ.ά.). Οι 21 παράγοντες (νευρωτισμός-γενικευμένο άγχος/ανησυχία, ψυχωτισμός-περίεργη σκέψη, κυνικότητα-παράνοια, άρνηση σωματικών προβλημάτων, κοινωνική εξωστρέφεια, επιθετική εχθρότητα, κατάθλιψη, φοβίες κ.ά.) προέκυψαν κατόπιν ανάλυσης παραγόντων των 566 ερωτημάτων σε 11.138 πρωτόκολλα ασθενών και υγιών (Johnson et al., 1984).

φώνησαν να ενταχθούν στο πρόγραμμα πρόληψης και δεν είχαν προηγουμένως εμφανίσει καρκίνο μαστού. Σε διάστημα τεσσάρων ετών 131 γυναίκες εμφάνισαν καρκίνο μαστού και συγκρίθηκαν με 771 υγιείς γυναίκες.

**Δοκιμασία:** Χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο Self-Assessment Questionnaire-Nijmegen (S.A.Q.-N.), το οποίο δημιουργήθηκε ειδικά για την παρούσα έρευνα, από τους ίδιους τους ερευνητές. Αποτελείται από έντεκα κλίμακες<sup>11</sup>, πολλές από τις οποίες κατασκευάστηκαν, προσαρμόστηκαν ή σταθμίστηκαν στο πλαίσιο της έρευνας: α) Άγχους (State-Trait Anxiety Inventory, Spielberger, 1983, προσαρμογή Van der Ploeg et al., 1980), β) Θυμού (State-Trait Anger Scale, Spielberger et al., 1983, προσαρμογή Van der Ploeg et al., 1982), γ) Κατάθλιψης (A Self-Rating Depression Scale, Zung, 1973, προσαρμογή Mook et al., 1989)<sup>12</sup>, δ) Αισιοδοξίας (Life Orientation Test, Scheier & Carver, 1985, προσαρμογή Mook et al., 1992), ε) Κοινωνικής υποστήριξης (Sarason et al., 1983, δεν αναφέρεται προσαρμογή), στ) Εκλογικευσης (rationality), ζ) Έλλειψης συναισθηματικότητας (anti-emotionality), η) Κατανόησης (understanding) (Bleiker et al., 1993)<sup>13</sup>, θ) Συναισθηματικής ενδοστρέφειας (emotional expression-in), ι) Συναισθηματικής εξωστρέφειας (emotional expression-out), και κ) Συναισθηματικού ελέγχου (emotional control) (Bleiker et al., 1993)<sup>14</sup>.

Όλες οι κλίμακες, σύμφωνα με τους ερευνητές, δε μετρούν συναισθήματα κατάστασης αλλά σταθερά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η έλλειψη συναισθηματικότητας συσχετίζεται με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Σύμφωνα με τους ερευνητές, το αποτέλεσμα αυτό σημαίνει ότι οι γυναίκες που εμφάνισαν καρκίνο του μαστού δεν εμπιστεύονται τα συναισθήματά τους και επιθυμούν αυτά να μην επηρεάζουν τη συμπεριφορά τους στις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

**Κριτική:** Δεν αναφέρεται ούτε από τους ίδιους ούτε από άλλους ερευνητές.

## II) Έρευνες που δε βρίσκουν συσχετίσεις

6. Hahn & Petitti (1988). Καλιφόρνια, ΗΠΑ

**Περιγραφή:** Οι ερευνητές επιχειρήσαν να διερευνήσουν τη συμβολή της κατάθλιψης και της απώθησης στην εκδήλωση του καρκίνου του μαστού. Η διερεύνηση διεξήχθη στο πλαίσιο ευρύτερης έρευνας για την αντισύλληψη, που πραγματοποιήθηκε την περίοδο 1968-1972, σε γυνακείο πληθυσμό ηλικίας 25 ετών και άνω. Εξετάστηκαν 8.932 γυναίκες, οι οποίες έως την περίοδο της εξέτασης δεν είχαν εμφανίσει ποτέ τη συγκεκριμένη νόσο.

**Δοκιμασία:** Χορηγήθηκε η δοκιμασία MMPI (συνοτουμευμένη μορφή, 339 ερωτημάτων) και αξιολογήθηκαν: η κλίμακα του ψεύδους (L) (κλίμακα εγκυρότητας), η κλίμακα της κατάθλιψης (D) (κλινική κλίμακα) και η κλίμακα της απώθησης-ευαισθητοποίησης (συμπληρωματική).

**Αποτελέσματα:** Μετά από 10-14 έτη παρα-

11. Στη συνέχεια θα αναφέρουμε ορισμένες πληροφορίες μόνο για όσες κλίμακες δεν είναι ευρέως γνωστές.

12. Αποτελείται από 20 ερωτήματα, τα οποία βασίστηκαν σε διαγνωστικά κριτήρια χαρακτηριστικά της καταθλιπτικής διαταραχής. Η εγκυρότητά της ελέγχθηκε σε 56 διαγνωσμένους καταθλιπτικούς ασθενείς και σε 100 υγιείς και φάνηκε να έχει υψηλή συσχέτιση με την κλινική εξέταση (Zung, 1973). Σύμφωνα με τον κατασκευαστή της, η κλίμακα αυτή μετρά συμπτώματα και όχι σταθερά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως υποστηρίζουν οι ερευνητές.

13. Κλίμακες στ, ζ, η (6, 4 και 3 ερωτημάτων αντιστοίχως): Οι ερευνητές απομόνωσαν 16 ερωτήματα από δύο προϋπάρχουσες κλίμακες και κατόπιν ανάλυσης παραγόντων προέκυψαν οι τρεις αυτές κλίμακες (Bleiker et al., 1993).

14. Κλίμακες θ, ι, κ (6 ερωτημάτων η καθεμία): Προέρχονται επίσης από ανάλυση παραγόντων, από μία αρχική κλίμακα μέτρησης του συναισθηματικού ελέγχου.

Προκειμένου να ολοκληρωθεί η στάθμιση των 6 ανωτέρω κλιμάκων (στ, ζ, η, ι, κ), εκτός του δείγματος των υγιών γυναικών, χορηγήθηκαν και σε 112 γυναίκες με καρκίνο του μαστού, προκειμένου να ερευνηθεί η διακριτική τους ικανότητα, η οποία και επιβεβαιώθηκε (Bleiker et al., 1993).



κολούθησης δεν παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που εμφάνισαν καρκίνο του μαστού ( $N = 117$ ) και των γυναικών που παρέμειναν υγιείς ( $N = 8.815$ ). Επιπλέον, στις γυναίκες που παρουσίασαν υψηλές τιμές στην κλίμακα της κατάθλιψης ( $T > 70$ ) δε φάνηκε να υπάρχει σημαντικά υψηλότερη τάση για εμφάνιση της νόσου.

**Κριτική:** Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η διαφορά των αποτελεσμάτων τους με τις έρευνες των Dattore και συνεργατών (1980) και Shekelle και συνεργατών (1981), στις οποίες διερευνήθηκαν οι παράγοντες της κατάθλιψης και της απώθησης μέσω του MMPI, δεν μπορεί να αποδοθεί σε έλλειψη εγκυρότητας του MMPI αλλά πιθανώς στο ότι ερευνήθηκαν πληθυσμοί με διαφορετικό φύλο και ηλικία. Επίσης, σημειώνουν ότι στο δείγμα των Dattore και συνεργατών (1980) η νοσηλεία επέδρασε στη συναισθηματική κατάσταση των εξετασθέντων.

#### 7. Zonderman et al. (1989), Βαλτιμόρη, ΗΠΑ

**Περιγραφή:** Στο πλαίσιο μιας ευρύτερης επιδημιολογικής έρευνας εξετάστηκαν την περίοδο 1971-1975 6.913 άτομα. Στο δείγμα αυτό, αποτελούμενο από άντρες και γυναίκες, ηλικίας 25-75 ετών, και θεωρούμενο ως αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού των ΗΠΑ, διερευνήθηκε η πιθανότητα συσχέτισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την καρκινική νόσο.

**Δοκιμασίες:** Χορηγήθηκαν οι κλίμακες: α) Center for Epidemiologic Studies Depression scale (C.E.S.-D, Radloff, 1977), η οποία αποτελείται από 20 ερωτήσεις και διερευνά τη συχνότητα και την ένταση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, με έμφαση σε συναισθηματικές συνιστώσες της καταθλιπτικής διάθεσης, κατά την τελευταία

εβδομάδα πριν από τη συμπλήρωση<sup>15</sup>, και β) General Well-Being Schedule-Depression (G.W.B.-D), η οποία είναι μία από τις έξι υποκλίμακες του General Well-Being Schedule (Dupuy, 1977). Αποτελείται από 4 ερωτήματα και αξιολογεί την καταθλιπτική διάθεση του τελευταίου μήνα<sup>16</sup>.

Και οι δύο κλίμακες διερευνούν την καταθλιπτική συμπτωματολογία και μεταξύ τους παρατηρήθηκε επαρκής συσχέτιση (0.71). Επειδή οι κλίμακες αυτές αξιολογούν τη συναισθηματική κατάσταση της συγκεκριμένης περιόδου και όχι τη χρόνια ανησυχία, οι ερευνητές τις επαναχορήγησαν, τη C.E.S.-D κατά μέσο όρο 8.2 έτη μετά την αρχική χορήγηση και την G.W.B.-D κατά μέσο όρο 9.4 έτη μετά. Η σύγκριση μεταξύ εξέτασης - επανεξέτασης έδειξε ότι σε υψηλό ποσοστό (83%-89%) τα υποκείμενα εμφάνισαν τα ίδια αποτελέσματα. Έτσι, σύμφωνα με τους ερευνητές, οι δύο αυτές κλίμακες δε μετρούν μόνο την καταθλιπτική συμπτωματολογία ως περιστασιακή συναισθηματική κατάσταση αλλά και τη χρόνια ανησυχία.

**Αποτελέσματα:** Μετά από 10 και 15 έτη παρακολούθησης δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ καταθλιπτικών συμπτωμάτων και εμφάνισης της καρκινικής νόσου ή θνησιμότητας από αυτήν.

**Κριτική:** Οι Kavan και συνεργάτες (1995) σχολιάζουν ότι η χρόνια ανησυχία δεν είναι το ίδιο με την κατάθλιψη, ως σύμπτωμα.

#### 8. Schapiro et al. (2001), Δανία

**Περιγραφή:** Στο πλαίσιο επιδημιολογικής έρευνας, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '70, μελετήθηκε η επίδραση της προσωπικότητας στην εμφάνιση της καρκινικής νόσου, οποιασδήποτε μορφής, εξετάζοντας ένα αντιπροσωπευ-

15. Σύμφωνα με τον κατασκευαστή της, δημιουργήθηκε για επιδημιολογικές μελέτες της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε γενικό πληθυσμό, χωρίς ωστόσο να αποτελεί διαγνωστικό-κλινικό εργαλείο. Η εγκυρότητα του περιεχομένου και της κατασκευής επιβεβαιώθηκε μέσω συσχετίσεων: α) με ανάλογες κλίμακες, β) με κλινικές μετρήσεις της κατάθλιψης, και γ) με άλλες παραμέτρους. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα ελέγχθηκαν σε δείγμα ( $N < 1.000$ ) γενικού και ψυχιατρικού πληθυσμού (Radloff, 1977).

16. Έχει σταθμιστεί επαρκώς και παρουσιάζει υψηλή συσχέτιση με την κλινική διάγνωση μέσω συνέντευξης και με άλλες ανάλογες κλίμακες μέτρησης της κατάθλιψης (Dupuy, 1977).

τικό δείγμα 1.031 ατόμων, με μέσο όρο ηλικίας τα 40 έτη.

**Δοκιμασία:** Χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο Eysenck Personality Inventory (E.P.I.-Q, Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G., 1965), και συγκεκριμένα η συντομευμένη μορφή του, αποτελούμενη από 18 ερωτήματα (Floderus, 1974). Οι ερευνητές επέλεξαν το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο βασιζόμενοι στα αποτελέσματα προγενέστερης οιοει προοπτικής έρευνας (Kissen & Eysenck, 1962), τα οποία έδειξαν ότι οι καρκινοπαθείς χαρακτηρίζονται από υψηλή Εξωστρέφεια και χαμηλό Νευρωτισμό.

**Αποτελέσματα:** Μετά από 20 χρόνια παρακολούθησης τα αποτελέσματα δεν επιβεβαίωσαν την υπόθεση ότι ο υψηλός βαθμός Εξωστρέφειας και ο χαμηλός βαθμός Νευρωτισμού σχετίζονται με την εμφάνιση του καρκίνου.

**Κριτική:** Οι ερευνητές σχολιάζουν ότι το ερωτηματολόγιο που χορήγησαν φάνηκε ότι ήταν ακατάλληλο για τη διερεύνηση της προσωπικότητας, αφενός λόγω της συντομευμένης μορφής του, η οποία διερευνά μόνο δύο διαστάσεις της προσωπικότητας, και αφετέρου λόγω του ότι η κάθε διάσταση διερευνάται μόνο μέσω εννέα ερωτημάτων.

#### 9. Schapiro et al. (2002), Δανία

**Περιγραφή:** Ερευνήθηκε η πιθανότητα συσχέτισης της ψυχικής ευπάθειας με την εμφάνιση καρκίνου σε τυχαίο αλλά αντιπροσωπευτικό δείγμα 5.136 ατόμων, κατοίκων της δυτικής Κοπεγχάγης, ηλικίας άνω των 25 ετών.

**Δοκιμασία:** Χορηγήθηκε η δοκιμασία της Ψυχικής Ευπάθειας (Test of Psychic Vulnerability, Kühli & Martini, 1981), αποτελούμενη από 22 ερωτήματα, η οποία κατασκευάστηκε και σταθμίστηκε στη Δανία. Η ψυχική ευπάθεια ορίζεται ως μειωμένη επιτρεπτικότητα στην επίδραση των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος, η οποία καταλήγει σε κίνδυ-

νο ανεπιθύμητων αντιδράσεων, είτε στο επίπεδο των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων είτε στην ψυχοσωματική σφαίρα (Kühli και Martini, 1981)<sup>17</sup>.

**Αποτελέσματα:** Δεν επιβεβαιώθηκε ότι η ψυχική ευπάθεια, όπως μετρήθηκε με τη συγκεκριμένη δοκιμασία, αποτελεί προγνωστικό παράγοντα στην εμφάνιση καρκίνου.

**Κριτική:** Στους περιορισμούς της έρευνας οι συγγραφείς δεν αναφέρουν, πέραν των γενικών διαπιστώσεων (μη χρήση σε προηγούμενη έρευνα με καρκινοπαθείς, χρήση μόνο σε δανέζικο πληθυσμό), άλλους προβληματισμούς σχετικά με την καταλληλότητα του ερωτηματολογίου. Αντιθέτως, θεωρούν τη δοκιμασία επαρκή, αφενός διότι έχει δοκιμαστεί σε άλλους σωματικούς ασθενείς, αφετέρου διότι η έννοια της ψυχικής ευπάθειας και η κατασκευή του ερωτηματολογίου βασίζονται, σύμφωνα με τους Kühli και Martini (1981), σε εμπειριστατωμένο θεωρητικό μοντέλο σύνδεσης της προσωπικότητας και της φυσιολογίας.

#### 10. Lillberg et al. (2002), Φινλανδία

**Περιγραφή:** Στο πλαίσιο μεγάλης προοπτικής έρευνας, η οποία ξεκίνησε το 1975, προκειμένου να εξεταστεί γενετικούς, περιβαλλοντικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες χρόνιων παθήσεων, διερευνήθηκε η πιθανότητα συσχέτισης της εξωστρέφειας, της συμπεριφοράς τύπου A και της επιθετικότητας με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Οι ερευνητές απευθυνθηκαν σε όλες τις Φινλανδές δίδυμες γυναίκες, ιδίου φύλου, που γεννήθηκαν πριν το 1958 και το 1975 ευρίσκονταν εν ζωή. Εξετάστηκαν τελικώς 12.499 γυναίκες.

**Δοκιμασίες:** Χορηγήθηκαν οι δοκιμασίες: α) Eysenck Personality Questionnaire (E.P.Q., Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G., 1964), σε συντομευμένη μορφή 9 ερωτημάτων, για τη διερεύνηση της διάστασης της Εξωστρέφειας. Το ερωτηματολόγιο θεωρήθηκε έγκυρο για το φιν-

17. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είχε ήδη χρησιμοποιηθεί και σε άλλες μελέτες στη Δανία είχαν παρατηρηθεί συσχετίσεις με διάφορα σωματικά συμπτώματα και ασθένειες, ενδυναμώνοντας την πεποίθηση ότι η ψυχική ευπάθεια συνδέεται με σωματικές εκδηλώσεις, δεν είχε όμως χρησιμοποιηθεί ποτε για τη διερεύνηση της νόσου του καρκίνου.

λανδικό πληθυσμό (Floderus, 1974). β) Type A Behaviour Inventory<sup>18</sup> (Bortner, 1969), σε συντομευμένη μορφή 7 ερωτημάτων. γ) Μία κλίμακα μέτρησης της επιθετικότητας<sup>19</sup>, αποτελούμενη από 3 ερωτήματα (Koskenvuo et al., 1988).

**Αποτελέσματα:** Μετά από παρακολούθηση 1 έως 5 ετών και κατόπιν πολλαπλών στατιστικών αναλύσεων, δε βρέθηκαν συσχετίσεις μεταξύ των ψυχολογικών παραγόντων, όπως διερευνήθηκαν μέσω των ανωτέρω δοκιμασιών, και εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

**Κριτική:** Δεν αναφέρονται περιορισμοί της έρευνας ως προς την επιλογή των δοκιμασιών, ούτε από τους ίδιους ούτε από άλλους ερευνητές.

#### 11. Nakaya et al. (2003), Ιαπωνία

**Περιγραφή:** Μελετήθηκε ο ρόλος της προσωπικότητας στην εμφάνιση καρκίνου (ολικού, στομάχου, εντέρου, στήθους, πνευμόνων), σε πληθυσμό 29.606 κατοίκων μιας επαρχίας της βόρειας Ιαπωνίας, ηλικίας 40-64 ετών.

**Δοκιμασία:** Χορηγήθηκε η συντομευμένη μορφή του αναθεωρημένου ερωτηματολογίου του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire-Revised, Short Form, Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G., 1975, προσαρμογή Hosokawa et al., 1993), αποτελούμενη από 48 ερωτήματα. Οι ερευνητές υπογραμμίζουν ότι από προηγούμενες μελέτες επιβεβαιώνεται ότι τόσο το ερωτηματολόγιο όσο και η θεωρία της προσωπικότητας του Eysenck μπορούν να εφαρμοστούν στον ιαπωνικό πληθυσμό.

**Αποτελέσματα:** Μετά από παρακολούθηση 7 ετών δε βρέθηκαν συσχετίσεις μεταξύ των τεσσάρων διαστάσεων της προσωπικότητας (Εξωστρέφεια, Νευρωτισμός, Ψυχωτισμός και Ψεύ-

δος) και εμφάνισης της καρκινικής νόσου, οποιασδήποτε μορφής. Ωστόσο οι υψηλές τιμές Νευρωτισμού (στατιστικά σημαντική διαφορά) στα άτομα τα οποία είτε νοσούσαν κατά την έναρξη της έρευνας είτε διεγνώστη η νόσος κατά τα τρία πρώτα χρόνια της παρακολούθησης δείχνουν ότι ο Νευρωτισμός μπορεί να αποτελεί συνένεια και όχι αιτιώδες χαρακτηριστικό της προνοσηρής προσωπικότητας.

**Κριτική:** Οι ερευνητές σχολιάζουν ότι το E.P.Q.-R είναι ένα γενικό ερωτηματολόγιο προσωπικότητας και υποστηρίζουν ότι σε τέτοιες έρευνες θα πρέπει να επιλέγονται δοκιμασίες οι οποίες να διερευνούν διαστάσεις της προσωπικότητας για τις οποίες έχουν διατυπωθεί υποθέσεις ότι συνδέονται με την εμφάνιση της καρκινικής νόσου.

## Συζήτηση

Τα ευρήματα των έντεκα προοπτικών ερευνών που ανασκοπήθηκαν διαπιστώνονται ανομοιογενή. Ενώ σε πέντε έρευνες ανευρίσκονται συσχετίσεις μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων και εμφάνισης της καρκινικής νόσου, στις υπόλοιπες έξι δεν παρατηρείται καμία συνάφεια. Αναλυτικότερα: 1) σε νεαρούς άντρες μέσω του ερωτηματολογίου F.A.Q. παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ της υποκειμενικής αντίληψης της έλλειψης εγγύτητας προς τους γονείς, και ειδικότερα προς τον πατέρα, και της εμφάνισης της καρκινικής νόσου οποιασδήποτε μορφής· μέσω δε της κλίμακας R.I.S. φάνηκε ότι στο επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων τα άτομα που κατέγραψαν τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης της νόσου χαρακτηρίζονταν από αμφιθυμία, απο-

18. Αξιολογεί τη συμπεριφορά τύπου A (ανταγωνιστικότητα, επιθετικότητα κ.ά.), η οποία έχει συσχετιστεί με τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Bortner, 1969). Για την κλίμακα αυτή δεν αναφέρεται προηγούμενη προσαρμογή σε φινλανδικό πληθυσμό, μόνο σχετικής ικανοποιητικής αξιοπιστία ( $r = 0.45$ ) μεταξύ εξέτασης και επανεξέτασης.

19. Κατασκευάστηκε για την εν λόγω έρευνα, μέσω ανάλυσης παραγόντων. Η εγκυρότητά της αποδείχθηκε μέσω συσχέτισης (0.62) με την κλίμακα μέτρησης του άγχους του Spielberger (S.T.A.S.). Η εσωτερική σταθερότητα (0.79) και η αξιοπιστία μεταξύ εξέτασης - επανεξέτασης (0.57) κρίθηκαν ικανοποιητικές.

φευκτικότητα και μοναχικότητα· 2) σε άντρες μεγαλύτερης ηλικίας παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ της εμφάνισης του καρκίνου, κυρίως του πνεύμονα και του προστάτη, και της απώθησης και της άρνησης των καταθλιπτικών συναισθημάτων, μετρηθέντων μέσω των κλιμάκων της κατάθλιψης και της απώθησης της δοκιμασίας MMPI· 3) σε άντρες μέσης ηλικίας η εμφάνιση καρκίνου διαφόρων μορφών φάνηκε να συνδέεται με την κατάθλιψη, όπως αυτή εκτιμήθηκε μέσω της κλίμακας της κατάθλιψης του MMPI· 4) σε άντρες που εμφάνισαν καρκίνο του παχέος εντέρου παρατηρήθηκε αυξημένη επιθετικότητα, μετρηθείσας μέσω του παράγοντα της επιθετικότητας του MMPI· 5) σε γυναίκες που εμφάνισαν καρκίνο του μαστού παρατηρήθηκε συσχέτιση με την έλλειψη συναισθηματικότητας, μετρηθείσας μέσω της ανάλογης κλίμακας του S.A.Q.-N· 6) στις υπόλοιπες έρευνες δεν επιβεβαιώθηκαν οι υποθέσεις περί συνδέσεως: α) της εμφάνισης του καρκίνου του μαστού με την κατάθλιψη και την απώθηση, μετρηθείσας μέσω του MMPI, β) της καρκινικής νόσου, ανεξαρτήτως μορφής, με τα καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως αυτά μετρήθηκαν μέσω των κλιμάκων C.E.S.-D και G.W.B.-D, σε μεικτό δείγμα ως προς το φύλο, γ) οποιασδήποτε μορφής της νόσου με την εξωστρέφεια και το νευρωτισμό, όπως αυτά μετρήθηκαν μέσω του E.P.Q. (δύο έρευνες), σε μεικτό δείγμα, δ) οποιασδήποτε μορφής της νόσου με την ψυχική ευπάθεια, όπως αυτή μετρήθηκε με το T.P.V., σε μεικτό πληθυσμό, καθώς και ε) του καρκίνου του μαστού με την εξωστρέφεια, τη συμπεριφορά τύπου A και την επιθετικότητα, όπως αυτές μετρήθηκαν μέσω των E.P.Q., Type A Burtner Inventory και μίας κλίμακας επιθετικότητας.

Εκ των ανωτέρω δεδομένων δημιουργείται εύλογα ένα βασικό ερώτημα: Γιατί τα ευρήματα των ερευνών είναι τόσο ισόποσα μοιρασμένα αντιθετικά; Μία επεξηγηματική υπόθεση που μπορεί να διατυπωθεί είναι ότι οι εν λόγω έρευ-

νες διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους τόσο ως προς τον πληθυσμό που εξετάζουν (φύλο, ηλικία) όσο και ως προς τον τύπο της νόσου που διερευνούν. Άλλωστε αρκετοί ερευνητές (Butow, 2000. Fox, 1978. Graves et al., 1991) υποστηρίζουν ότι είναι πιθανόν οι διάφοροι τύποι καρκίνου να διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους ως προς τους παράγοντες που τους προκαλούν, συμπεριλαμβανομένων και των ψυχολογικών.

Μία άλλη επεξηγηματική υπόθεση είναι ότι οι ανωτέρω έρευνες διαφέρουν σημαντικά και ως προς τους *τρόπους μέτρησης των ψυχολογικών παραγόντων*. Στο θέμα αυτό εστιάζεται το ενδιαφέρον της παρούσας μελέτης.

Η επισκόπηση, λοιπόν, των δεδομένων των ψυχολογικών δοκιμασιών που χρησιμοποιήθηκαν στις αναφερθείσες προοπτικές έρευνες, σε συνάρτηση με τα αντιφατικά αποτελέσματά τους, δημιουργεί τα κάτωθι ερωτήματα: Οι έρευνες αυτές μετρούν όντως το χαρακτηριστικό που θεωρούν ότι μετρούν; Κι αν ναι, το είδος των δοκιμασιών που επιλέγουν οι ερευνητές είναι το καταλληλότερο για να αναδείξει το ερευνούμενο χαρακτηριστικό; Επιπλέον, ποιο είδος δοκιμασίας είναι προτιμότερο για το σκοπό αυτό (π.χ. τα ερωτηματολόγια ή οι προβλητικές τεχνικές); Αυτά τα κείρια ερωτήματα θα προσπαθήσουμε εν συντομία να συζητήσουμε.

### Τα υπό μέτρηση χαρακτηριστικά

Οι περισσότερες έρευνες επιχειρούν να διερευνήσουν είτε την προσωπικότητα ως σύνολο (προνοσηρή προσωπικότητα) (1, 2, 3, 4, 5, 8, 11)<sup>20</sup> είτε την *κατάθλιψη*, άλλοτε ενταγμένη στη συνολική διερεύνηση της προσωπικότητας (2, 3, 4, 5) και άλλοτε ως μεμονωμένο χαρακτηριστικό (6, 7) ή σε συνάρτηση με την απώθηση (3, 6). Επίσης, ως μεμονωμένα χαρακτηριστικά διερευνώνται η ψυχική ευπάθεια (9), η εξωστρέφεια, η επιθετικότητα και η συμπεριφορά τύπου A (10).

20. Βλέπε συνοπτική παρουσίαση των ερευνών στον Πίνακα 1.

Αναλυτικότερα:

1) Η προσωπικότητα ως σύνολο: Κατ' αρχήν, για την έννοια «προσωπικότητα» έχουν διατυπωθεί πολλές θεωρίες, καθεμία εκ των οποίων την προσεγγίζει από διαφορετική οπτική γωνία (Arndt, 1974). Έτσι, όπως σημειώνει και ο Schapiro, η κάθε δοκιμασία διερεύνησης της προσωπικότητας, βασιζόμενη σε μία από αυτές τις θεωρήσεις, επικεντρώνεται αναγκαστικά σε ορισμένες μόνο πλευρές της έννοιας «προσωπικότητα» και όχι στο σύνολο των πλευρών της (Schapiro et al., 2002, σ. 3303). Η αποσπασματικότητα αυτή γίνεται εντονότερη όταν η διερεύνηση της προσωπικότητας επιχειρείται μέσω ενός μόνο ερωτηματολογίου, και μάλιστα «στη συντομευμένη μορφή του, όπου η κάθε διάσταση της προσωπικότητας διερευνάται με ένα πολύ μικρό αριθμό ερωτήσεων και μόνο» (Schapiro et al., 2001, σ. 761).

Όταν, λοιπόν, οι ερευνητές επιλέγουν μία δοκιμασία όπως το MMPI ή το E.P.Q.<sup>21</sup> είναι προφανές ότι η προσέγγιση της έννοιας «προσωπικότητα» για κάθε δοκιμασία θα είναι εντελώς διαφορετική, διότι οι δύο αυτές δοκιμασίες δεν έχουν την ίδια θεωρητική και μεθοδολογική προσέγγιση της έννοιας «προσωπικότητα». Για παράδειγμα, το MMPI καθορίζει αν ένα άτομο ανήκει ή όχι σε μία συγκεκριμένη ψυχοπαθολογική ομάδα, πρόκειται δηλαδή για ένα κλινικό ερωτηματολόγιο προσωπικότητας (Groth-Marnat, 1990, σ. 179). Έτσι, ως ερωτηματολόγιο που διερευνά τις ψυχοπαθολογικές διαστάσεις της προσωπικότητας, σύμφωνα με ορισμένους μελετητές, τόσο από την πλευρά της ψυχομετρίας (Butcher & Tellegen, 1978) όσο και από την πλευρά της έρευνας στην καρκινική νόσο (Schapiro et al., 2001), έχει διατυπωθεί η άποψη ότι είναι ακατάλληλο για τη μέτρηση ψυχολογικών χαρακτηριστικών σε μη ψυχιατρικές ομάδες, όταν μάλιστα δεν έχουν γίνει προσπάθειες αναθεώρησής του ή προσαρμογής του σε μη ψυχιατρικό πληθυσμό.

Ωστόσο, οι ερευνητές του MMPI, τόσο οι

κατασκευαστές του (Hathaway, 1962) όσο και μεταγενέστεροι μελετητές (Groth-Marnat, 1990), υποστηρίζουν ότι η δοκιμασία αυτή είναι ένα εργαλείο μέτρησης όχι μόνο της ψυχοπαθολογίας αλλά και γενικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, και ότι οι κλίμακες του υποδηλώνουν ομάδες (clusters) μεταβλητών της προσωπικότητας. Επιπλέον, όμως, οι ανωτέρω συγγραφείς τονίζουν ότι κάθε επιμέρους χαρακτηριστικό της προσωπικότητας καθώς και κάθε μορφή συμπεριφοράς πρέπει να ερμηνεύονται σε σχέση με ένα «γενικό προφίλ» εντός του οποίου το χαρακτηριστικό αυτό εντάσσεται. Υπογραμμίζουν δηλαδή ότι σε κάθε περίπτωση μία κλίμακα μόνη της δεν μπορεί να προσδιορίσει μία διάσταση της προσωπικότητας, είτε χαρακτηριστικό είναι αυτό είτε σύμπτωμα, διότι η ίδια τιμή μιας κλίμακας έχει εντελώς διαφορετική σημασία σε δύο προφίλ, με διαφορετικές ανυψώσεις στις υπόλοιπες κλίμακες. Η σημασία, λοιπόν, του κάθε χαρακτηριστικού προσωπικότητας αναδεικνύεται μόνο σε συνδυασμό με τις δύο ή τρεις περισσότερο ανυψωμένες κλίμακες (κωδικός δύο ή τριών σχετικά ανυψωμένων κλιμάκων) και όχι ερμηνεύοντας μία μόνο κλίμακα μεμονωμένα.

Βάσει των ανωτέρω, μπορεί να θεωρηθεί ότι ορθώς μεν επιλέγεται το MMPI για τη διερεύνηση της προνοσηρής προσωπικότητας των καρκινοπαθών, πλην όμως κανένας ερευνητής δεν ερμηνεύει το ερωτηματολόγιο σύμφωνα με τις υποδείξεις των κατασκευαστών του και της κλινικής εμπειρίας, δηλαδή δε λαμβάνεται υπόψη η σημασία των δύο ή τριών περισσότερο ανυψωμένων κλιμάκων στην ερμηνεία του/των χαρακτηριστικού/ών.

Όσον αφορά το E.P.Q., σύμφωνα με τον Eysenck (1970), η κατασκευή του βασίστηκε σε ομάδες φυσιολογικού πληθυσμού, δηλαδή οι τιμές του ανταποκρίνονται σε γενικό πληθυσμό. Το γεγονός αυτό το καθιστά καταλληλότερο εργαλείο για μελέτες φυσιολογικού πληθυσμού (όπως είναι οι προοπτικές έρευνες). Το θεωρητικό του

21. Αναφερόμαστε στις δοκιμασίες που έχουν χορηγηθεί στην πλειονότητα των ερευνών.

υπόβαθρο βασίζεται στην υπόθεση ότι όλα τα άτομα, φυσιολογικά και μη, καταλαμβάνουν μία συγκεκριμένη θέση μέσα στο φάσμα που αρχίζει από τη φυσιολογική κατάσταση και τελειώνει στην παθολογική. Έτσι, είναι δυνατόν να παρατηρηθούν όλες οι ενδιάμεσες καταστάσεις. Ωστόσο, η κριτική που διατυπώνεται για τη δοκιμασία αυτή είναι ότι δεν μπορεί να διακρίνει με σαφήνεια τον ποιοτικό διαχωρισμό μεταξύ υγείας και παθολογίας (Nuttin, 1971, σ. 78). Έτσι, ενώ στις τρεις (2, 3, 4) από τις τέσσερις έρευνες (2, 3, 4, 6) που έχουν χρησιμοποιήσει το MMPI διαπιστώνεται συσχέτιση μεταξύ κάποιου ψυχολογικού παράγοντα (κατάθλιψης, απώθησης, επιθετικότητας) και εμφάνισης της νόσου, στις τρεις έρευνες που βασίστηκαν στο E.P.Q. (8, 10, 11) δεν εντοπίστηκε καμία συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων της προσωπικότητας και της εμφάνισης της καρκινικής νόσου, παρ' ότι είχαν βρεθεί συσχετίσεις σε οιονεί προοπτικές έρευνες (Kissen & Eysenck, 1962. Kissen & Rowe, 1969. Morris & al., 1981, κ.ά.). Βάσει, λοιπόν, των ανωτέρω, στις προοπτικές έρευνες, όπου εξετάζεται μη νοσηρός πληθυσμός, φαίνεται ότι το E.P.Q. δεν έχει μεγάλη διακριτική ικανότητα της παθολογίας, ενώ στις οιονεί προοπτικές έρευνες, που τα άτομα διακατέχονται από άγχος για το αποτέλεσμα της βιοψίας, η διακριτική του ικανότητα είναι μεγαλύτερη. Αυτό επιβεβαιώνεται και στην έρευνα των Nakaya και συνεργατών (2003). Η αντίφαση

αυτή των αποτελεσμάτων μεταξύ προοπτικών και οιονεί προοπτικών ερευνών ίσως εξηγείται, επιπλέον της ανωτέρω παρατήρησης, και από μία παλαιότερη κριτική θεώρηση των θεμελιωδών θεωρητικών αρχών του E.P.Q., σύμφωνα με την οποία η φυσιολογική συμπεριφορά του εξωστρεφούς δεν μπορεί να διαχωριστεί επαρκώς από την παθολογική συμπεριφορά της νεύρωσης και της υστερίας (βλ. Nuttin, 1971. Storms & Sigal, 1958), διότι η δοκιμασία αυτή δίνει έμφαση κυρίως στις ποσοτικές αλλαγές και όχι στις ποιοτικές<sup>22</sup>.

2) *Το χαρακτηριστικό «κατάθλιψη»:* Στις έρευνες που διερευνάται η κατάθλιψη δε διευκρινίζεται πάντα αν διερευνάται ως *συναίσθημα*, ως *σύμπτωμα* ή ως *διαταραχή*. Αναλυτικότερα:

α) *Κατάθλιψη και MMPI (2, 3, 4, 6)*

Η κλίμακα της κατάθλιψης (D) του MMPI, σύμφωνα με τους κατασκευαστές του (Hathaway & Mckinley, 1943), σχεδιάστηκε για τη διερεύνηση του βαθμού και της σοβαρότητας των κλινικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης (μελαγχολία, ανησυχία, απάθεια, έλλειψη ικανοποίησης, ανασφάλεια, ευαισθησία στην κριτική, έλλειψη κοινωνικότητας, ψυχοκινητική βραδύτητα, φυσική δυσλειτουργία, διαταραχές του ύπνου κ.λπ.). Η υψηλή τιμή μπορεί να υποδηλώνει είτε την κλινική διάγνωση της κατάθλιψης είτε μονιμότερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (απαισιόδοξια, αισθήματα ανεπάρκειας, χαμηλό ηθικό), τα οποία υπερτονίζονται σε ψυχοπιεστικές πε-

22. Ο Eysenck στο έργο του «The dynamics of anxiety and hysteria» (1957) αναπτύσσει το θεωρητικό υπόβαθρο της δοκιμασίας του, την οποία προσδιορίζει ως μία «προσπάθεια πειραματικής εφαρμογής των σύγχρονων θεωριών μάθησης στον τομέα της ψυχιατρικής». Υποστηρίζει ότι επιχείρησε να αποκαλύψει τη δυναμική διεργασία που αποτελεί τη βάση της εξωστρέφειας και της εσωστρέφειας και στους δύο τύπους της ψυχοπαθολογικής προσωπικότητας, τους υστερικούς από τη μία και τους αγχώδεις και δυσθυμικούς από την άλλη. Συγκεκριμένα, θεωρεί ότι μέσω της δοκιμασίας απομόνωσε σημαντικές ψυχοφυσιολογικές μεταβλητές στους κάτωθι μηχανισμούς: 1) στην ταχύτητα με την οποία παράγεται η διεργασία του ερεθισμού και της αναστολής, 2) στην ένταση με την οποία οι ερεθισμοί παράγονται, και 3) στη βραδύτητα με την οποία διαχέονται οι αναστολές. Τα άτομα, λοιπόν, που έχουν προδιάθεση να αναπτύξουν *εξωστρεφείς* συμπεριφορές και τα οποία, στην περίπτωση των νευρωτικών διαταραχών, εκδηλώνουν υστερικές και ψυχοπαθολογικές αποκλίσεις θα είναι αυτά στα οποία από τη μία το δυναμικό του ερεθισμού παράγεται *αργά*, και κατά συνέπεια ο ερεθισμός θα είναι σχετικά *χαμηλός*, ενώ από την άλλη η *αντιδραστική αναστολή* τους θα είναι *ισχυρή*, θα παράγεται *ταχύτατα* και θα διαδίδεται *αργά*. Αντιθέτως, τα άτομα που αναπτύσσουν *εσωστρεφείς* συμπεριφορές και προδιάθεση στο άγχος ή στις *δυσθυμικές* διαταραχές θα είναι αυτά των οποίων το δυναμικό του ερεθισμού παράγεται *γρήγορα* και οι ερεθισμοί θα είναι *ισχυροί*. Η *αντιδραστική αναστολή* σε αυτά τα άτομα θα είναι *αδύναμη*, θα παράγεται *αργά* και θα διαχέεται *γρήγορα*.

ριόδους. Η χαμηλή τιμή υποδηλώνει είτε απουσία καταθλιπτικών συναισθημάτων είτε άρνηση αυτών είτε ερμηνεία της κλίμακας πρέπει να γίνεται μόνο σε σχέση με τις ανυψώσεις και στις άλλες κλίμακες (Groth-Marnat, 1990, σ. 180), για να μπορεί να διαχωριστεί η αντιδραστική κατάθλιψη από τη δυσθυμία ή η απουσία συμπτωμάτων από την άρνησή τους. Ωστόσο, όπως αναφέραμε και προηγουμένως, καμία έρευνα δε λαμβάνει υπόψη της τις άλλες ανυψώσεις, και αυτό αποτελεί σοβαρό μειονέκτημα στη χρήση των δυνατοτήτων της κλίμακας.

Συγκεκριμένα, οι Dattore και συνεργάτες (1980), εξετάζοντας άντρες μεγάλης ηλικίας, πολλοί από τους οποίους μάλιστα νοσηλεύονταν, βρήκαν μειωμένες τιμές στην κλίμακα D. Το εύρημα αυτό ερμηνεύεται ως απώθηση των καταθλιπτικών συναισθημάτων, λόγω της παράλληλης ανύψωσης στην υποκλίμακα της απώθησης, η οποία όμως είναι συμπληρωματική, δηλαδή δεν περιλαμβάνεται στο προφίλ των δύο ή τριών περισσότερο ανυψωμένων κλιμάκων, που μόνο αυτό είναι ικανό να προσδιορίσει επακριβώς την κατεύθυνση της κατάθλιψης. Οι Shekelle και συνεργάτες (1981) και Porsky και συνεργάτες (1987), εξετάζοντας, επίσης, αντρικό πληθυσμό, μέσης ηλικίας, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η κλίμακα D συσχετίζεται με την εμφάνιση της νόσου, εφόσον διαχωρίζει τον πληθυσμό. Αλλά και πάλι δεν προσδιορίζονται ούτε το είδος της κατάθλιψης ούτε οι ψυχολογικοί μηχανισμοί που επενεργούν, εφόσον η κλίμακα D δεν εντάσσεται σε ένα συγκεκριμένο κλινικό προφίλ. Όμως, οι ίδιοι οι ερευνητές τονίζουν ότι η κλίμακα D είναι αυτή που συνδέεται με την εμφάνιση της νόσου, χωρίς να καθορίζουν το περιεχόμενο της κλίμακας. Παρ' ότι στις δύο προαναφερθείσες έρευνες η κλίμακα D φαίνεται να έχει διαχωριστική ικανότητα σε αντρικό προνοσηρό πληθυσμό, δε συμβαίνει το ίδιο όταν εξετάζεται γυναικείος πληθυσμός (Hahn & Pettiti, 1988). Επίσης, όταν και πάλι ερευνάται αντρικός πληθυσμός, σε διαφορετική μορφή της νόσου (Kavan et al., 1995), όχι όμως μέσω της

κλινικής κλίμακας D αλλά μέσω του ανάλογου παράγοντα που προκύπτει από ανάλυση παραγόντων, δεν παρατηρείται συσχέτιση.

β) *Κατάθλιψη και S.A.Q.-N. (5)*

Οι Bleiker και συνεργάτες (1996) εξέτασαν γυναικείο πληθυσμό μέσω της κλίμακας Self-Rating Depression Scale και δε βρίσκουν διαφοροποίηση μεταξύ υγιών και μελλοντικά νοσούντων γυναικών. Ωστόσο, η εγκυρότητα της κλίμακας αυτής ελέγχθηκε σε πολύ μικρό δείγμα, και συνεπώς μπορεί να θεωρηθεί αμφίβολη.

γ) *Κατάθλιψη και C.E.S.-D - G.W.B.-D (7)*

Οι δύο κλίμακες που χορήγησαν οι Zonderman και συνεργάτες (1989) σε μεικτό πληθυσμό διερευνούν την καταθλιπτική προδιάθεση της τελευταίας περιόδου (εβδομάδας, μήνα). Οι ερευνητές διαπιστώνουν σταθερότητα των τιμών κατά την επαναχορήγηση των κλιμάκων, και κατά συνέπεια υποστηρίζουν ότι μετρούν την κατάθλιψη ως μονιμότερο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, δηλαδή τη χρόνια ανησυχία. Ωστόσο, σύμφωνα με τους Kavan και συνεργάτες (1995), η χρόνια ανησυχία δεν είναι το ίδιο με την κατάθλιψη. Σημειωτέον ότι και στην έρευνα αυτή δεν εμφανίζονται διαφοροποιήσεις μεταξύ υγιών και μελλοντικά νοσούντων.

*Διαπιστώνεται, λοιπόν, ότι οι ανωτέρω έρευνες χρησιμοποιούν δοκιμασίες που μετρούν διαφορετικές διαστάσεις του χαρακτηριστικού της κατάθλιψης και ότι «ο τρόπος μέτρησής της καθορίζεται από τις αντιλήψεις του ερευνητή/εξεταστή, εφόσον η κατάθλιψη δεν αποτελεί μία σαφώς καθορισμένη έννοια» (Bieliauskas & Garron, 1982, σ. 187).*

### **Ως προς το είδος των χρησιμοποιηθέντων δοκιμασιών**

1) *Μία μόνο δοκιμασία ή συστοιχία δοκιμασιών:* Στις έξι (2, 4, 6, 8, 9, 11) από τις έντεκα έρευνες χορηγήθηκε μία μόνο δοκιμασία. Στις υπόλοιπες πέντε έρευνες (1, 3, 5, 7, 10) χορηγήθηκαν περισσότερες από μία προκειμένου είτε να διερευνηθεί το ίδιο χαρακτηριστικό, για παράδειγμα η κατάθλιψη (δύο ερωτηματολόγια)

(7), είτε να διερευνηθούν διαφορετικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (5, 10) είτε, τέλος, να διερευνηθεί η προσωπικότητα ως σύνολο, μέσω ποικίλων, ως προς το είδος, δοκιμασιών, όπως είναι τα ερωτηματολόγια και οι προβολικές τεχνικές (1). Η τελευταία αυτή μεθοδολογική προσέγγιση αποτελεί εφαρμογή *συστοιχίας δοκιμασιών*, η οποία, σύμφωνα με τον Ekner, συνίσταται στη χορήγηση «διαφορετικού τύπου δοκιμασιών που εστιάζουν σε διαφορετικές διαστάσεις ή λειτουργίες του εξεταζόμενου, παρέχοντας περισσότερα δεδομένα για τη συνολική εκτίμηση της προσωπικότητας. Επιπλέον, οι διάφορες δοκιμασίες αλληλοεπικαλύπτονται σε κάποιο βαθμό, κι έτσι αυξάνονται οι πιθανότητες του έγκυρου αποτελέσματος από την κάθε δοκιμασία. Η συστοιχία μειώνει την πιθανότητα λάθους και αυξάνει το βαθμό ακρίβειας» (Ekner, 1993, σ. 62). Σύμφωνα δε με τους Schapiro και συνεργάτες (2001, σ. 761-762), «το εύρημα ότι κάποιο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σχετίζεται με την εμφάνιση της καρκινικής νόσου θα πρέπει να επιβεβαιώνεται μέσω διαφόρων ερωτηματολογίων προσωπικότητας και πολλών συγκρίσεων».

Επομένως στις περιπτώσεις που διαπιστώνεται συσχέτιση μεταξύ κάποιου ψυχολογικού παράγοντα και εμφάνισης της καρκινικής νόσου, χρησιμοποιώντας μόνο μία δοκιμασία (2, 3, 4, 5), το αποτέλεσμα αυτό δεν μπορεί να θεωρηθεί απολύτως έγκυρο, διότι δεν επιβεβαιώνεται και από άλλες μετρήσεις. Αντιθέτως, το εύρημα της πρώτης έρευνας (1), σύμφωνα με την οποία η εμφάνιση της καρκινικής νόσου συνδέεται με τις οικογενειακές και διαπροσωπικές σχέσεις, μπορεί να θεωρηθεί περισσότερο έγκυρο εφόσον αναδεικνύεται από δύο διαφορετικές μετρήσεις και μέσω διαφορετικού είδους δοκιμασιών (F.A.Q.: ερωτηματολόγιο, και R.I.S.: κλίμακα που προέρχεται από την προβολική δοκιμασία Rorschach).

2) *Ερωτηματολόγια ή προβολικές τεχνικές*: Στις δέκα από τις έντεκα έρευνες (2 έως 11) επιλέχθηκαν αποκλειστικώς *ερωτηματολόγια*, ενώ σε μία μόνο έρευνα (1) χρησιμοποιήθηκαν, εκτός από τα ερωτηματολόγια, και *προβολικές τεχνικές*.

Έρευνες από τον τομέα της Γνωστικής Ψυχολογίας έχουν διατυπώσει την υπόθεση ότι η συνέντευξη και τα ερωτηματολόγια υπολείπονται σε ακρίβεια και ορθότητα, όχι μόνο διότι η μνημονική ανάκληση συνήθως δεν είναι ακριβής αλλά και επειδή επιτελούνται συγκεκριμένες γνωστικές λειτουργίες που παρεμποδίζουν την υπερνίκηση αυτής της αδυναμίας (Bradburn et al., 1987). Για παράδειγμα, έχει διαπιστωθεί ότι το υποκείμενο ομαδοποιεί χρονικά τα γεγονότα της ζωής του και, όταν αργότερα του ζητείται να ανακαλέσει ένα γεγονός, ουσιαστικά ανακαλεί τις ομαδοποιήσεις των γεγονότων που έχει δημιουργήσει. Συνήθως η χρονική ακρίβεια των συμβάντων που το υποκείμενο έχει εντάξει στις νοητικές του ομάδες γεγονότων δεν είναι δεδομένη (το υποκείμενο μπορεί να έχει καταχωρίσει στη μνήμη του ότι ένα γεγονός έχει συμβεί πιο πρόσφατα απ' ό,τι στην πραγματικότητα ή να έχει αλλάξει τη σειρά των γεγονότων) (Bradburn et al., 1987). Έτσι, ο Graves (1990) υποστηρίζει ότι η αξιοπιστία των ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς, συμπεριλαμβανομένου και του MMPI, θα πρέπει να θεωρείται περιορισμένη, επειδή συμβαίνουν τέτοιες αντισταθμιστικές λειτουργίες.

Παράλληλα, η Temoshok υποστηρίζει ότι για την ορθή αξιολόγηση των ψυχολογικών παραγόντων στην έρευνα για την καρκινική νόσο η δομημένη συνέντευξη ενδείκνυται περισσότερο από τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων, προκειμένου να περιορισθεί ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τύπου C, δηλαδή η προσπάθεια του υποκειμένου να εμφανίσει ένα ισορροπημένο προσωπίο (*manifestly adjusted facade*) (Temoshok, 1987). Άλλωστε σε αρκετές έρευνες αναδρομικού ή οιονει προοπτικού τύπου (Jansen & Muenz, 1984. Αναγνωστόπουλος, 1992. Μπαφίτη, 2001, κ.ά.) έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι οι προσωπικότητες με ογκολογική προδιάθεση δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν, να αποδεχθούν και να εκφράσουν τα αρνητικά τους συναισθήματα και τις δυσκολίες τους, ενώ συγχρόνως παρουσιάζουν τον εαυτό τους και τις σχέσεις τους με τους άλλους ανθρώ-



πους με μία *ωραιοποιημένη* αντίληψη. Για το λόγο αυτό ο Graves (1990) υποστηρίζει ότι η συνεισφορά των προβολικών δοκιμασιών, και ειδικά της δοκιμασίας Rorschach, μπορεί να είναι ουσιαστικότερη στη διερεύνηση της δομής της προσωπικότητας και του είδους της συναισθηματικής έκφρασης των ασθενών με νεοπλασματικές ασθένειες, επειδή οι απαντήσεις στις δοκιμασίες αυτές δεν είναι ελεγχόμενες από το υποκείμενο. Ακόμη, οι Smith και Lilja (2000, σ. 616) επισημαίνουν ότι «το πλεονέκτημα των προβολικών τεχνικών σε σχέση με τα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια είναι ότι εξαρτώνται λιγότερο από τις προσπάθειες του εξεταζομένου να εμφανίσει μία κοινωνικώς αποδεκτή εικόνα του εαυτού». Βάσει, λοιπόν, των ανωτέρω διαπιστώσεων, προκαλεί εντύπωση το γεγονός ότι η χρήση των προβολικών τεχνικών, ενώ έχει πλούσια παράδοση στις αναδρομικές έρευνες με καρκινοπαθείς<sup>23</sup>, εφαρμόζεται ελάχιστα στις προοπτικές.

Κατά τη βιβλιογραφική μας έρευνα συναντήσαμε μόνο τον Eysenck (1985) να αμφισβητεί την εγκυρότητα των προβολικών τεχνικών, παρά το γεγονός ότι στην ανασκόπησή του περιλαμβάνει έρευνες που βασίζουν τα αποτελέσματά τους στη χορήγηση της δοκιμασίας Rorschach. Συγκεκριμένα, αναφέρει ότι «η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των προβολικών δοκιμασιών είναι τέτοιες, που καθιστούν τα ευρήματά τους αμφίβολα» (σ. 541). Ωστόσο, ο Eysenck, γνωστός πολέμιος των προβολικών τεχνικών, θεωρεί ότι αντιπάρχεται τη συνεισφορά της δοκιμασίας Rorschach χρησιμοποιώντας μία σωστή μεν αλλά πολύ γενική κριτική των προβολικών μεθόδων, η οποία δεν ισχύει απολύτως για τη συγκεκριμένη δοκιμασία. Η δοκιμασία Rorschach διαφοροποιείται από άλλες προβολικές τεχνικές, διότι διαθέτει: α) συγκεκριμένα κριτήρια κωδικοποίησης των απαντήσεων, β) ποσοτική ανάλυση βασισμένη σε στατιστικά δεδομένα γενικού πληθυσμού, και γ) ποιοτική ανάλυση που απορρέει από

συγκεκριμένους δείκτες (Exner, 1993). Πλην, όμως, απαιτείται μακρόχρονη εκπαίδευση για να χορηγηθεί και να αναλυθεί (ποσοτικά και ποιοτικά), και ίσως για το λόγο αυτό δεν προτιμάται στην έρευνα γενικώς.

3) *Συμπεριφορά ή εσωτερικές αναπαραστάσεις*: Στη συντριπτική τους πλειονότητα οι έρευνες διερευνούν, μέσω ερωτηματολογίων, στάσεις και συμπεριφορές. Μόνο σε μία έρευνα (1) διερευνάται το είδος των διαπροσωπικών σχέσεων, μέσω προβολικών τεχνικών που αναδεικνύουν τις εσωτερικευμένες αναπαραστάσεις. Το είδος των διαπροσωπικών σχέσεων που αναπτύσσει το υποκείμενο αφορά κυρίως *εσωτερικές αναπαραστάσεις του τρόπου του σχετίζεσθαι του εαυτού*, και σύμφωνα με τους Kernberg (1980) και Taylor (1987), οι εσωτερικευμένες αναπαραστάσεις είναι αυτές που όχι μόνο διαμορφώνουν τη συμπεριφορά αλλά και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στις βιολογικές τροποποιήσεις. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι μεταξύ των διαπροσωπικών σχέσεων και της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος υφίσταται ένας ισχυρός δεσμός (βλ. ανασκόπηση ερευνών στον τομέα της ψυχονευροανοσολογίας των Kiecolt-Glaser et al., 2002).

Η αξιολόγηση, λοιπόν, της υποκειμενικής αντίληψης του εξεταζομένου μέσω ερωτηματολογίων αναδεικνύει τις υποκειμενικές αυτές πεποιθήσεις περισσότερο ως τρόπους συμπεριφοράς παρά ως εσωτερικευμένες αναπαραστάσεις, και μόνο με τις προβολικές δοκιμασίες μπορεί αυτός ο σκόπελος να υπερπηδηθεί (Graves et al., 1991).

4) *Περί σταθμίσεων*: Ο Fox (1978) υπογραμμίζει ότι ελάχιστα από τα ψυχομετρικά εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί στις έρευνες για τη διερεύνηση των ψυχολογικών παραγόντων στην καρκινική νόσο έχουν σχεδιαστεί ειδικά γι' αυτόν το σκοπό, και μάλιστα οι γνώσεις μας όσον αφορά την κατασκευή τους, το περιεχόμενό τους ή τη σχέση τους με άλλες μετρήσεις είναι περιορισμέ-

23. Ενδεικτικώς αναφέρουμε: Bahnson & Bahnson, 1964. Csirszka & Hegedus, 1964. Georgoff, 1991. Klopfer, 1957. Nemeth & Mezei, 1964. Ρηγάτος & Παντελή, 1982. Rudin & al., 1988. Stavrakay, 1968. Tarlou & Smalheiser, 1951.

νες. Σύμφωνα δε με τους McKenna και συνεργάτες (1999), συχνά τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τις μετρήσεις αυτές δεν έχουν σταθμιστεί κατάλληλα σε πληθυσμό καρκινοπαθών.

Οι ανωτέρω κριτικές βασίζονται στις γνωστές αρχές της ψυχομετρίας, σύμφωνα με τις οποίες για να είναι έγκυρη μία ψυχολογική δοκιμασία πρέπει να διαθέτει: α) σαφή θεωρητικό προσανατολισμό, β) επαρκή στάθμιση, γ) ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας, δ) εγκυρότητα στο τι ακριβώς μετρά, και ε) ακριβείς οδηγίες χορήγησης, με παράλληλη χορήγηση από εκπαιδευμένο εξεταστή (Anastasi, 1988. Groth-Marnat, 1990).

Ωστόσο, η κριτική αυτή των εν λόγω μελετητών, οι οποίοι, σημειωτέον, αναφέρονται αδιακρίτως σε όλα τα είδη των ερευνών, κατά τη γνώμη μας, ισχύει μόνο για τις αναδρομικές έρευνες και ίσως και για τις οιονεί προοπτικές. Δεν ισχύει, όμως, για τις προοπτικές έρευνες, εφόσον εξετάζεται γενικός πληθυσμός και χρησιμοποιούνται δοκιμασίες οι οποίες έχουν σταθμιστεί σε γενικό πληθυσμό.

Έτσι, στις προοπτικές έρευνες που εξετάσαμε χρησιμοποιήθηκαν: α) ερωτηματολόγια όπως το E.P.Q., το 16 P.F., το MMPI, οι 5 πρώτες κλίμακες του S.A.Q.-N., το C.E.S.-D ή το G.W.B.-D, τα οποία έχουν σταθμιστεί, σύμφωνα με τους κατασκευαστές τους, σε γενικό πληθυσμό και συνεπώς δε χρήζουν προσαρμογής σε πληθυσμό καρκινοπαθών, β) ερωτηματολόγια που κατασκευάστηκαν ειδικά για την έρευνα στην οποία χρησιμοποιήθηκαν (1, 5, 10). Στις περιπτώσεις αυτές δικαίως ορισμένοι συγγραφείς (Graves, 1990. Timms, 1989) θεωρούν ότι οι ψυχομετρικές ιδιότητές τους είναι μειωμένες, και συνεπώς η σημασία των ευρημάτων περιορισμένη. Συγκεκριμένα, τα ερωτηματολόγια H.N.T. και F.A.Q. καθώς και η κλίμακα R.I.S. (1), παρ' ότι διαπιστώθηκε ότι διαθέτουν εγκυρότητα, αξιοπιστία και διακριτική ικανότητα, διατηρούν το μειονέκτημα της έλλειψης προηγούμενης στάθμισης σε γενικό πληθυσμό. Σχετικά δε με τις έξι τελευταίες κλίμακες του S.A.Q.-N. (5), παρ' ότι επιβεβαιώθηκε η διαχωριστική τους ικανότητα, χορηγώντας τις εκ των υστέρων και σε καρκινοπαθείς,

τελικώς μόνο η κλίμακα της έλλειψης συναισθηματικότητας μπόρεσε να αναδείξει διαφοροποιήσεις στο δείγμα του γενικού πληθυσμού. Έτσι, θα μπορούσε να διατυπώσει κανείς την υπόθεση ότι οι κλίμακες αυτές είναι περισσότερο κατάλληλες για να εφαρμοστούν σε αναδρομικού τύπου μελέτες παρά σε προοπτικές.

*Διαπιστώνεται, λοιπόν, ότι στις έρευνες που εξετάσαμε οι μελετητές δε χρησιμοποιούν σε όλες τις περιπτώσεις δοκιμασίες που πληρούν εκ των προτέρων όλες τις ψυχομετρικές αρχές, όπως θα όφειλαν.*

### Συμπεράσματα

Στις έντεκα προοπτικές έρευνες σε υγιή πληθυσμό που ανασκοπήθηκαν, εστιάζοντας το ενδιαφέρον μας αποκλειστικά στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που διερευνήθηκαν και στις ψυχολογικές δοκιμασίες που χρησιμοποιήθηκαν, διαπιστώθηκαν τα κάτωθι:

1) Όσον αφορά τα αποτελέσματα των ερευνών σε σχέση με τους τρόπους μέτρησης: Η εμφάνιση της καρκινικής νόσου σε νεαρούς άντρες συνδέεται κυρίως με έλλειψη εγγύτητας προς τους γονείς και αποφευκτικές σχέσεις με τους άλλους. Παρ' ότι τα ευρήματα αυτά προκύπτουν από δοκιμασίες που δεν είχαν προηγουμένως σταθμιστεί, το γεγονός ότι επαληθεύονται μέσω διαφορετικού είδους δοκιμασιών τα καθιστά σχετικά έγκυρα (1). Άντρες μεγαλύτερης ηλικίας φάνηκε να χαρακτηρίζονται από απώθηση των καταθλιπτικών συναισθημάτων. Το συγκεκριμένο εύρημα δεν επιβεβαιώνεται και από άλλη δοκιμασία, διαφορετικού είδους (2). Πάλι σε αντρικό πληθυσμό η εμφάνιση της καρκινικής νόσου οποιασδήποτε μορφής συσχετίζεται με την κατάθλιψη (3), και του παχέος εντέρου με την επιθετικότητα (4). Τα ευρήματα αυτά προκύπτουν από εφαρμογή έγκυρης δοκιμασίας, πλην όμως από ένα μόνο ερωτηματολόγιο (δηλαδή πάλι δεν επιβεβαιώνονται και από διαφορετικού είδους δοκιμασίες). Επιπλέον, η ακριβής σημασία των χαρακτηριστικών της κατάθλιψης δεν αποσαφηνίστηκε.

νίζεται, εφόσον δε λαμβάνεται υπόψη το κλινικό προφίλ του MMPI. Τέλος, σε γυναίκες που εμφάνισαν καρκίνο του μαστού παρατηρήθηκε συσχέτιση με την έλλειψη συναισθηματικότητας (5). Το εύρημα αυτό προκύπτει από χορήγηση μίας κλίμακας μόνο, η οποία αποτελείται από πολύ μικρό αριθμό ερωτημάτων και επιπλέον δεν είχε προηγουμένως σταθμιστεί σε γενικό πληθυσμό. Διαπιστώνεται, λοιπόν, ότι σε όλες τις έρευνες οι δοκιμασίες ως προς την επιλογή τους, την καταλληλότητά τους, την επάρκεια ή την ερμηνεία τους παρουσιάζουν μικρότερες ή σοβαρότερες ανεπάρκειες, και έτσι το οποιοδήποτε εύρημα μπορεί εύκολα να αμφισβητηθεί. Στις υπόλοιπες έρευνες, που δεν παρατηρήθηκαν συσχετίσεις, ισχύουν τα ίδια.

2) Όσον αφορά τους τρόπους μέτρησης: α) Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν προσδιορίζεται με σαφήνεια τι ακριβώς μετράται: επιπλέον, η κάθε δοκιμασία προσεγγίζει το ίδιο χαρακτηριστικό υπό διαφορετικό πρίσμα. Το να περιορίζεται κανείς στη διερεύνηση ενός μόνο χαρακτηριστικού ή μιας μόνο διάστασης της προσωπικότητας κρίνεται απλουστευτική διαδικασία, διότι ουσιαστικά, για να συνδεθεί η εμφάνιση της καρκινικής νόσου με ψυχολογικούς παράγοντες, απαιτείται παράλληλα να έχει διατυπωθεί ένα ολοκληρωμένο θεωρητικό πλαίσιο, αλλά και αρκούντως ευέλικτο, σύμφωνα με το οποίο οι ψυχολογικοί παράγοντες σε σχέση με την ανάπτυξη του καρκίνου να εντάσσονται σε ένα συνεκτικό θεωρητικό πλαίσιο (εννοιολογική matrix) και να αποτελούν τμήμα της σχέσης «σώμα – ψυχή – περιβάλλον» (Graves, 1990, σ. 32). Σημαντικό κριτήριο για την επιλογή μιας δοκιμασίας είναι όχι μόνο η εγκυρότητά της, δηλαδή να μετρά πράγματι αυτό που υποστηρίζει ότι μετρά, αλλά και, όπως υποστηρίζουν οι McKenna και συνεργάτες (1999, σ. 526-527), «ο παράγοντας που διερευνάται μέσω της δοκιμασίας να στηρίζεται σε ένα θεωρητικό υπόβαθρο, που να ερμηνεύει την επίδραση του ψυχολογικού παράγοντα στις βιολογικές λειτουργίες». β) Οι ερευνητές στην πλειονότητά τους χρησιμοποίησαν μία μόνο δοκιμασία, ενώ ελάχιστοι συστοιχία δοκιμασιών. Το

γεγονός αυτό καθιστά τα ευρήματα λιγότερο αξιόπιστα, διότι δεν εξασφαλίζεται η πολύπλευρη επιβεβαίωσή τους μέσω περισσότερων και διαφορετικών εργαλείων μέτρησης, όπως επιβάλλεται. γ) Για τη μέτρηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών ή διαστάσεων της προσωπικότητας επιλέγονται κυρίως ερωτηματολόγια. Αυτό το γεγονός μπορεί να θεωρηθεί εγγενές μειονέκτημα των ερευνών, διότι οι απαντήσεις των υποκειμένων είναι σχετικά ελεγχόμενες από τα ίδια, αλλά και δεν επιτρέπουν τη διερεύνηση των *εσωτερικευμένων αναπαραστάσεων* και το είδος των *διαπροσωπικών σχέσεων*. δ) Πολλά από τα ερωτηματολόγια κατασκευάστηκαν για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας και εφαρμόστηκαν χωρίς να έχουν προηγουμένως σταθμιστεί σε γενικό πληθυσμό. Αυτό αντίκειται στις γενικές αρχές της ψυχομετρίας.

Τα αποτελέσματα των προοπτικών ερευνών που κατεγράφησαν είναι αντιφατικά, και για το λόγο αυτό δε φαίνεται να συνεισφέρουν τόσο στην ακριβή γνώση για τη σχέση μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων και εμφάνισης της καρκινικής νόσου ή στη σκιαγράφηση της προνοσηρής προσωπικότητας των ασθενών με νεοπλασματική νόσο. Αντιθέτως, συνεισφέρουν ουσιαστικά στην κριτική της μεθοδολογίας αυτών των ερευνών, και ειδικότερα επί της χρήσης των ψυχολογικών δοκιμασιών. Η υπέρβαση των μεθοδολογικών ανεπαρειών που εντοπίσαμε στην παρούσα μελέτη όσον αφορά τη χρήση αυτών των δοκιμασιών φαίνεται ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί με την ενεργότερη εμπλοκή της κλινικής-διαγνωστικής ψυχολογίας στις έρευνες αυτές.

## Βιβλιογραφία

- Αναγνωστόπουλος, Φ. (1992). *Εκτίμηση της συμβολής των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στον καρκίνο του μαστού (Πολυπαραγοντική Μελέτη)*. Διδακτορική Διατριβή, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Anastasi, A. (1988). *Psychological testing* (6th ed.). New York: Macmillan.

- Arndt, W. B. (1974). *Theories of personality*. New York: Macmillan.
- Bahnsen, C. B., & Bahnsen, M. B. (1964). Cancer as an alternative to psychosis. In D. M. Kissen & L. L. Le Shan (Eds.), *Psychosomatic aspects of neoplastic disease* (pp. 184-202). London: Pitman.
- Bieliauskas, L. A., & Garron, D. C. (1982). Psychological depression and cancer. *General Hospital Psychiatry*, 4, 187-195.
- Blaney, P. H. (1985). Psychological considerations in cancer. In N. Schreiderman & J. T. Tapp (Eds.), *Behavioural Medicine: the biopsychosocial approach* (pp. 533-563). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Bleiker, E. M. A., van der Ploeg, H. M., Hendriks, J. H. C. L., & Adèr, H. J. (1996). Personality factors and breast cancer development: prospective longitudinal study. *Journal of the National Cancer Institute*, 88(20), 1478-1482.
- Bleiker, E. M. A., van der Ploeg, H. M., Hendriks, J. H. C. L., Leer, J.-W. H., & Kleijn, W. C. (1993). Rationality, emotional expression and control: psychometric characteristics of a questionnaire for research in psycho-oncology. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 861-872.
- Bortner, R. W. (1969). A short rating scale as a potential measure of pattern A behavior. *Journal of Chronic Disease*, 22, 87-91.
- Bradburn, N. M., Rips, L. J., & Shevell, S. K. (1987). Answering autobiographical questions: the impact of memory and inference on surveys. *Science*, 236, 157-161.
- Bullinger, M. (1992). Concepts and methods of quality of life assessment. In N. K. Aaronson, I. Barofski, D. F. Cella, et al. (Eds.), *Quality of life of cancer patients. A Review* (pp. 73-86). International Congress of Psychosocial Oncology, October 12-14, Beaune, France.
- Butcher, J. N., & Tellegen, A. (1978). Common methodological problems in M.M.P.I. research. *Journal of Consult. Clinical Psychology*, 46(4), 620-628.
- Butow, Ph. N., Hiller, J. E., Price, M. A., Thackway, S. V., Krickler, A., & Tennant, C. C. (2000). Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 169-181.
- Cattell, R. B., Saunders, D. R., & Stice, G. (1957). *Handbook for the Sixteen-Personality Factor Questionnaire*. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.
- Cox, T., & MacKay, C. (1982). Psychosocial factors and psychophysiological mechanisms in the aetiology and the development of cancers. *Social Science and Medicine*, 16, 381-396.
- Csirszka, M. O. J., & Hegedus, J. (1964). Psychological tests in leukemia patients. In D. M. Kissen & L. L. Le Shan (Eds.), *Psychosomatic aspects of neoplastic disease*. London: Pitman.
- Dattore, P. J., Shontz, R. C., & Coyne, L. (1980). Premorbid personality differentiation of cancer and noncancer groups: a test of the hypothesis of cancer proneness. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 388-394.
- Dupuy, H. J. (1977). *A concurrent validation study of the NCHS General Well-Being Schedule*. Vital and Health Statistics, Series 2, No. 73. Washington, DC: US Dept of Health, Education and Welfare; Publ. HRA.
- Exner, J. E. (1993). *The Rorschach: A Comprehensive System, Vol. 1: Basic Foundations* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Eysenck, H. J. (1957). *The dynamics of anxiety and hysteria: an experimental application of modern learning theory to psychiatry*. London: Routledge.
- Eysenck, H. J. (1970). A dimensional system of psychodiagnosics. In A. R. Mahrer (Ed.), *New approaches to personality classification and psychodiagnosics*. New York: Columbia University Press.
- Eysenck, H. J. (1985). Personality, Cancer and Cardiovascular Disease: a Causal Analysis. *Personality and Individual Differences*, 6, 535-556.

- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1964). *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. London: University Press of London.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1965). *The Eysenck Personality Inventory*. London: University Press of London.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (adult and junior)*. London: Hodder and Stoughton.
- Floderus, B. (1974). Psychosocial factors in relation to coronary heart disease and associated risk factors. *Nord Hyg. Tidskr.*, 6(suppl.), 7-148.
- Fox, B. N. (1978). Premorbid psychological factors as related to cancer incidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 45-133.
- Georgoff, P. B. (1991). The Rorschach with Hospice Cancer Patients and Surviving Cancer Patients. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 218-226.
- Geyer, S. (1992). Artifacts in «limited prospective» designs? Testing confounding effects of response behaviour of women prior to breast surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(2), 107-116.
- Goodenough, F. (1926). *Measurement of intelligence by drawings*. New York: Word Book.
- Graves, P. L. (1990). Psychological correlates in the development of cancer: a review. *Psychiatric Medicine*, 8(4), 23-35.
- Graves, P. L., Mead, L. A., & Pearson, T. A. (1986). The Rorschach Interaction Scale as a potential predictor of cancer. *Psychosomatic Medicine*, 48, 549-563.
- Graves, P. L., Thomas, C. B., & Mead, L. A. (1991). Familial and psychological predictors of cancer. *Cancer Detection and Prevention*, 15(1), 59-64.
- Greenberg, R. P., & Dattore, P. J. (1981). The relationship between dependency and the development of cancer. *Psychosomatic Medicine*, 43, 35-43.
- Greenberg, R. P., & Dattore, P. J. (1983). Do alexithymic traits predict illness? *Journal of Nervous Mental Disease*, 171(5), 276-279.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H. J., & Vetter, H. (1988). Personality type, smoking habit and their interaction on predictors of cancer and coronary heart disease. *Personality and Individual Differences*, 9, 479-495.
- Groth-Marnat, G. (1990). *Handbook of psychological assessment* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Hagnell, O. (1966). The premorbid personality of persons who develop cancer in a total population investigated in 1947 and 1957. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 25, 846-855.
- Hahn, R. C., & Petitti, D. B. (1988). Minnesota Multiphasic Personality Inventory-rated depression and the incidence of breast cancer. *Cancer*, 61, 845-848.
- Hathaway, S. R. (1962). Problems of personality assessment. *Proceedings of the XIV International Congress of Applied Psychology. Vol. II* (pp. 144-160). Copenhagen.
- Hathaway, S. R., & Mckinley, J. C. (1943). *Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. New York: Psychological Corporation.
- Hosokawa, T., & Ohyama, M. (1993). Reliability and validity of the Japanese version of the short form Eysenck Personality Questionnaire-Revised. *Psychological Reports*, 72, 823-832.
- Jansen, M., & Muenz, L. (1984). A retrospective study of personality variables associated with fibrocystic disease and breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 35-42.
- Johnson, J. H., Null, C., Butcher, J. N., & Johnson, K. N. (1984). Replicated item level factor analysis of the full MMPI. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(1), 105-114.
- Kavan, M. G., Engdahl, B. E., & Kay, St. (1995). Colon cancer: personality factors predictive of onset and stage of presentation. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(8), 1031-1039.
- Kernberg, O. (1980). *Internal world and external reality: object relations theory applied*. New York: Aronson.

- Kiecolt-Glaser, J. K., Mc Guire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 15-28.
- Kissen, D. M., & Eysenck, H. G. (1962). Personality in male lung cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 6, 123-127.
- Kissen, D. M., & Rowe, L. G. (1969). Steroid excretion patterns and personality in lung cancer. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 164, 476-482.
- Klopfer, B. (1957). Psychological variables in human cancer. *Journal of Projective Techniques*, 21, 331-340.
- Koskenvuo, M., Kaprio, J., Rose, R. J., Kesäniemi, A., Sarna, S., & Heikkilä, K. (1988). Hostility as a risk factor for mortality and ischemic heart disease in men. *Psychosomatic Medicine*, 50, 330-340.
- Kreitler, S., Chaitchic, S., & Kreitler, H. (1993). Repressiveness: cause or result of cancer? *Psychooncology*, 2, 43-54.
- Kühl, P. H., & Martini, S. (1981). *Psychically vulnerable persons. Their social and living conditions [in Danish]*. Copenhagen: The Danish National Institute of Social Research, publication No. 102.
- Levine, P. M., Silberfarb, P. M., & Lipowski, Z. J. (1978). Mental disorders in cancer patients. A study of 100 psychiatric referrals. *Cancer*, 42, 1385-1391.
- Levy, S. M. (1985). *Behavior and cancer: lifestyle and psychosocial factors in the initiation and progression of cancer*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lillberg, K., Vekasalo, P. K., Kaprio, J., Helenius, H., & Koskenvuo, M. (2002). Personality characteristics and the risk of breast cancer: a prospective cohort study. *International Journal of Cancer*, 100, 361-366.
- McKenna, M. C., Zevon, M. A., Corn, B., & Rounds, J. (1999). Psychosocial factors and the development of breast cancer: a meta-analysis. *Health Psychology*, 18(5), 520-531.
- Mook, J., Kleijn, W. C., & van der Ploeg, H. M. (1989). Depressiviteit als dipositie gemeten met de Zung-schaal: Interne structuur en relaties met angst, boosheid, coping en sociale steun [Depression as a trait measured with the Zung-scale: internal structure and relations with anxiety, anger, coping and social support]. *Ned. Tijdsch. Psychol.*, 44, 328-340.
- Mook, J., Kleijn, W. C., & van der Ploeg, H. M. (1992). Positively and negatively worded items in a self-reported measure of dispositional optimism. *Psychological Reports*, 71, 275-278.
- Morris, T., Greer, S., Pettingale, K. W., & Watson, M. (1981). Patterns of expression of anger and their psychological correlates in woman with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 24(2), 111-117.
- Μπαπίτη, Τ. Β. (2001). Η λειτουργία της γονεϊκής οικογένειας ως συστήματος και η εσωτερική συγκρότηση του ατόμου ως παράγοντες ψυχικής και σωματικής υγείας. *Ψυχολογία*, 8(2), 249-266.
- Nakaya, N., Tsubono, Y., Hosokawa, T., Nishino, Y., Ohkubo, T., Hozawa, A., et al. (2003). Personality and the risk of cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 95(11), 799-805.
- Nemeth, G., & Mezei, A. (1964). Personality traits of cancer patients compared with benign tumor patients on the Rorschach test. In D. M. Kissen & L. L. LeShan (Eds.), *Psychosomatic Aspects of Neoplastic Disease* (pp. 12-17). London: Pitman.
- Nuttin, J. (1971). *La structure de la personnalité*. Paris: P.U.F.
- Persky, V. W., Kempthorne-Rawson, J., & Shekelle, R. B. (1987). Personality and risk of cancer: 20-year follow-up of the Western Electric study. *Psychosomatic Medicine*, 49, 435-449.
- Radloff, L. S. (1977). The C.E.S.-D scale: a self report depressive scale for research in the general population. *Journal of Applied Psychology Measurement*, 1, 385-401.
- Ρηγάτος, Γ., & Παντελή, Σ. (1982). Μελέτη της εξωστρεφούς, της ενδοστρεφούς και της κα-

- ταπιεζόμενης επιθετικότητας μεταξύ των καρκινοπαθών, με τη χρήση εικονογραφημένης δοκιμασίας (Rosenzweig P-F Study). *Αρχεία Ιατρικής Εταιρείας*, 9, 733-736.
- Rorschach, H. (1947). *Psychodiagnostic*. Paris: P.U.F.
- Rudin, M. M., Martinson, I. M., & Gilliss, C. L. (1988). Measurement of psychosocial concerns of adolescents with cancer. *Cancer Nursing*, 11(3), 144-149.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Schapiro, I. R., Nielsen, L. N., Jørgensen, T., Boesen, E. H., & Johansen, C. (2002). Psychic vulnerability and the associated risk for cancer. *Cancer*, 94(12), 3299-3306.
- Schapiro, I. R., Ross-Petersen, L., Sælan, H., Garde, K., Olsen, J. H., & Johansen, C. (2001). Extroversion and neuroticism and the associated risk of cancer: a Danish cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 153(8), 757-763.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping and health assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Shaffer, J. W., Duszynski, K. R., & Thomas, C. B. (1982). Family attitudes in youth as a possible precursor of cancer among physicians: a search for explanatory mechanisms. *Journal of Behavioral Medicine*, 5(2), 143-163.
- Shaffer, J. W., Graves, P. L., Swank, R. T., & Pearson, T. A. (1987). Clustering of personality traits in youth and the subsequent development of cancer among physicians. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(5), 441-447.
- Shaffer, J. W., Pearson, T. A., Mead, L. A., & Thomas, C. B. (1986). A possible relationship between figure drawing data collected in medical school and later health status among physicians. *Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 363-369.
- Shekelle, R. B., Raynor, W. J., Ostfeld, A. M., et al. (1981). Psychological depression and 17-year risk of death from cancer. *Psychosomatic Medicine*, 43, 117-125.
- Smith, G. J. W., & Lilja, Å. (2000). Aggression: destructive and constructive aspects. *Perceptual and Motor Skills*, 90, 609-623.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI-Form Y*. Palo Alto, C.A.: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Jacobs, G., Russell, S., & Crane, R. S. (1983). Assessment of anger: the State-Trait Anger Scale. In J. N. Butcher & C. D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment*. Vol. 2 (pp. 159-187). Hillsdale, N.J.: Lea.
- Stavrakay, K. M. (1968). Psychological factors in outcome of human cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 12, 251-259.
- Storms, L. H., & Sigal, J. J. (1958). Eysenck's personality theory with special reference to «The dynamics of anxiety and hysteria». *British Journal of Medical Psychology*, 31, 228-246.
- Tarlou, M., & Smalheiser, I. (1951). Personality patterns in patients with malignant tumors of breast and cervix. *Psychosom. Medicine*, 13, 117-121.
- Taylor, G. J. (1987). *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. Madison: International University Press, Stress and Health Series.
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys*, 6(3), 545-567.
- Temoshok, L., & Heller, B. W. (1984). On comparing apples, oranges and fruit salad: a methodological overview of medical outcome studies in psychosocial oncology. In C. L. Cooper (Ed.), *Psychosocial stress and cancer* (pp. 231-260). New York: John Wiley & Sons.
- Thomas, C. B., Duszynski, K. R., & Shaffer, J. W. (1979). Family attitudes reported in youth as potential predictors of cancer. *Psychos. Medicine*, 41, 287-302.

- Thomas, C. B., & Greenstreet, R. L. (1973). Psychobiological characteristics in youth as predictors of five disease states: suicide, mental illness, hypertension, coronary heart disease and tumor. *Johns Hopkins Medical Journal*, 132, 16-43.
- Thomas, C. B., & McCabe, O. L. (1980). Precursors of premature disease and death: habits of nervous tension. *John Hopkins Medical Journal*, 147, 137-145.
- Thomas, C. B., & Ross, D. C. (1968). Precursors of hypertension and coronary disease among healthy medical students: discriminant function analysis: V. Family attitudes. *Johns Hopkins Medical Journal*, 134, 251-270.
- Timms, M. W. H. (1989). Psychology and cancer: an historical review of pre-morbid factors with special reference to breast cancer. *The Irish Journal of Psychology*, 10(3), 411-425.
- Τριχόπουλος, Δ. (2002). *Επιδημιολογία. Αρχές, μέθοδοι, εφαρμογές*. Αθήνα: Εκδ. Παρισιάνου.
- Van der Ploeg, H. M., Defares, P. B., & Spielberger, C. D. (1980). *Handleiding bij de Zelfbeoordelings Vragenlijst (ZBV) [Manual for the Dutch adaptation of the STAI-Y]*. Lisse, The Netherlands: Swets en Zeitlinger.
- Van der Ploeg, H. M., Defares, P. B., & Spielberger, C. D. (1982). *Handleiding bij de Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV) [Manual for the Dutch adaptation of the STAS]*. Lisse, The Netherlands: Swets en Zeitlinger.
- Watson, C. G., & Schuld, D. (1977). Psychosomatic factors in the etiology of neoplasms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 455-461.
- Zonderman, A. B., Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1989). Depression as a risk for cancer. Morbidity and mortality in a nationally representative sample. *JAMA*, 262(9), 1191-1195.
- Zung, W. W. (1973). From art to science: the diagnosis and treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*, 29, 328-337.



## Psychological testing and neoplastic diseases

CH. TERLIDOU, K. KALIAKATSOU, M. KARAOLIDOU, EF. MARKEZINIS, I. K. TSEGOS  
Open Psychotherapy Centre, Institute of Diagnostic Psychology, Athens, Greece

### ABSTRACT

An attempt is made of a critical review of detection methods for psychological factors related to the emergence of neoplastic diseases, in prospective research on a population at pre-ailing status. The findings of eleven prospective studies have been sought for and taken down, emphasizing mainly on the psychological tests used and on the psychological features explored by them. The record keeping results demonstrated: 1) vagueness by the researchers in regard to the conceptualized context of the feature being measured and hence in the test used, 2) weaknesses of methodology as to the type of psychological tests used: a) those are often insufficiently standardized in relation to the generic population, b) in the majority of the studies, only one test is provided, with no verification of its findings by additional tests of a different type (test battery). c) almost exclusively, questionnaires are selected, that explore above all attitudes and behaviors, with answers to those being under the control of the individual; almost no projective techniques are applied, that involuntarily investigate internalized representations. The above conclusions are discussed in connection with research results, in the context of contemporary psychometric approach.

*Key words:* Prospective research, Premorbidity, Malignant neoplastic precursors, Malignant neoplastic prediction, Psychometric methods, Psychological testing, Personality tests, Psychological assessment, Personality questionnaires, Projective techniques.

*Address:* Christina Terlidou, Open Psychotherapy Centre, S. Haralambi & Mavromihali, 114 72 Athens, Greece. Tel.: 0030-210-6435980 & 0030-210-6447533, Fax: 0030-210-6445140, www.opc.gr, E-mail: igaa-opc@otenet.gr