

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

«ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΠΙΕΣΗΣ
(ΧΡΟΝΙΟΥ ΣΤΡΕΣ)
ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ
ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΑ
ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΥΣΦΟΡΙΑ»

ΕΙΡΗΝΗ ΕΜΜ. ΒΑΣΙΛΑΚΗ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2007

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αισθάνομαι ευγνωμοσύνη και εκφράζω ολόψυχες ευχαριστίες στον καθηγητή κ. Κουρούμαλη, ο οποίος ως εισηγητής αυτής της διδακτορικής διατριβής μου πρόσφερε την υποστήριξη και την καθοδήγηση του όλα αυτά τα χρόνια με γενναιοδωρία και ανιδιοτέλεια, με την ευγένεια εκείνου που δίνει χωρίς να ζητάει και χωρίς να περιμένει τίποτα. Τον ευχαριστώ για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε σε ιδιαίτερα ταραγμένες για μένα εποχές στη διάρκεια αυτής της περιπέτειας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στον καθηγητή κ. Μπούμπα για την πρακτική υποστήριξη αυτής της έρευνας, για την πρόσβαση στο E.I. και στα αρχεία των ασθενών, καθώς και για τις πολύτιμες παρατηρήσεις από την εμπειρία του με τη νόσο. Χωρίς τη δική του συνδρομή, αυτή η έρευνα δεν θα μπορούσε να έχει υλοποιηθεί. Επίσης, οφείλω να ευχαριστήσω τους επιμελητές της Ρευματολογικής Κλινικής, κ. Κουρούμαλη και κ. Κρητικό, για την πολύτιμη συνεργασία τους στην αξιολόγηση των ασθενών.

Αυτήν την εργασία την αποδίδω με ευγνωμοσύνη στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ. Ρούσση, στην οποία οφείλεται η ιδέα, ο σχεδιασμός, η μακρόχρονη στενή επίβλεψη του όλου έργου και, πάνω από όλα, το δημιουργικό κοίταγμα των αποτελεσμάτων που γονιμοποίησε τη σκέψη μου. Υπήρξε πραγματική δασκάλα μου αρχικά μέσω μιας σκληρής πειθαρχίας και αργότερα μέσω της αυτενέργειας και της ανάληψης της δικής μου ευθύνης. Γι' αυτό, στο τέλος της έντονης συνεργασίας μας της αποδίδω με συγκίνηση και αυτά που έκανα σύμφωνα με την καθοδήγηση της και αυτά που έκανα χωρίς και παρά αυτήν.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
ΠΙΝΑΚΕΣ	5
ΣΧΗΜΑΤΑ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ	7
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	19
Σύντομη Ιστορική Ανασκόπηση της Έννοιας του Στρες	19
Γνωστικό – Συναισθηματικό Μοντέλο της Προσωπικότητας	22
Αλληλεπιδραστικό Μοντέλο του Στρες	24
Αντίληψη Ελέγχου του Στρες	26
<u>Αντίληψη Ελέγχου και Προσαρμογή</u>	26
<u>Αντίληψη Ελέγχου σε Συνάρτηση με το Πλαίσιο Αναφοράς</u>	29
<u>Η Έννοια της Ευελιξίας στην Αντίληψη Ελέγχου</u>	36
Αντιμετώπιση του Στρες	39
<u>Μέτρηση της Αντιμετώπισης</u>	42
<u>Η Αποτελεσματικότητα της Αντιμετώπισης στην Προσαρμογή</u>	52
<u>Αντιμετώπιση σε Συνάρτηση με το Πλαίσιο Αναφοράς</u>	54
<u>Η Έννοια της Ευελιξίας στην Αντιμετώπιση</u>	62
Σχέση Αντίληψης Ελέγχου και Αντιμετώπισης	65
Ικανότητα Διάκρισης στην Αντίληψη Ελέγχου και στην Αντιμετώπιση	69
Μοτίβα Αντιμετώπισης	72
Το Παράδειγμα της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας	75
<u>Αντίληψη Ελέγχου στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα</u>	78
<u>Στρατηγικές Αντιμετώπισης στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα</u>	81
<u>Μοτίβα Αντιμετώπισης στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα</u>	87
ΣΗΜΑΣΙΑ – ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	90
<u>Στόχοι της Μελέτης</u>	93
ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	94
<u>Υπόθεση 1: Οι Διαφορές στις Αντιλήψεις Ελέγχου Ανάμεσα στις Δύο Πλευρές Της Νόσου</u>	94
<u>Υπόθεση 2: Οι Διαφορές στις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Ανάμεσα στις Δύο Πλευρές Της Νόσου</u>	94
<u>Υπόθεση 3: Η Σχέση Ανάμεσα στις Αντιλήψεις Ελέγχου και στις Στρατηγικές Αντιμετώπισης</u>	95
<u>Υπόθεση 4: Η Σχέση Ανάμεσα στις Αντιλήψεις Ελέγχου και στην Ψυχική Διάθεση</u>	95
<u>Υπόθεση 5: Η Σχέση Ανάμεσα στις Στρατηγικές Αντιμετώπισης και στην Ψυχική Διάθεση</u>	96
<u>Υπόθεση 6: Ατομικά Μοτίβα Αντίληψης Ελέγχου και Αντιμετώπισης και η Σχέση τους με την Ψυχική Διάθεση</u>	96

ΜΕΘΟΔΟΣ	98
<u>Δείγμα</u>	98
<u>Διαδικασία</u>	98
<u>Εργαλεία Μέτρησης</u>	100
<u>Ψυχική Δυσφορία</u>	100
<u>Θετική διάθεση</u>	101
<u>Αντιλήψεις Ελέγχου</u>	101
<u>Αντιμετώπιση</u>	102
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	104
<u>Η Σχέση Ανάμεσα στην Ψυχική Διάθεση και στις Δημογραφικές και Ιατρικές Μεταβλητές</u>	104
<u>Η Σχέση Ανάμεσα στο Φύλο και στην Ψυχική Διάθεση</u>	104
<u>Η Σχέση Ανάμεσα στην Ηλικία και στην Ψυχική Διάθεση</u>	105
<u>Η Σχέση Ανάμεσα στην Εκπαίδευση και στην Ψυχική Διάθεση</u>	105
<u>Η Σχέση Ανάμεσα στη Διάρκεια της Νόσου και στην Ψυχική Διάθεση</u>	105
<u>Η Σχέση Ανάμεσα στην Προέλευση και στην Ψυχική Διάθεση</u>	105
<u>Η Σχέση Ανάμεσα στην Ενεργότητα της Νόσου και στην Ψυχική Διάθεση</u>	106
<u>Η Σχέση Ανάμεσα στην Βαρύτητα της Νόσου και στην Ψυχική Διάθεση</u>	106
<u>Η Σχέση Ανάμεσα στην Κληρονομικότητα και στην Ψυχική Διάθεση</u>	106
<u>Η Σχέση Ανάμεσα στη Συννοσηρότητα και στην Ψυχική Διάθεση</u>	107
<u>Η Σχέση Ανάμεσα στον Θεράποντα Γιατρό και στην Ψυχική Διάθεση</u>	107
<u>Η Σχέση Ανάμεσα στη Σειρά Εξέτασης των Δύο Πλευρών της Νόσου και στην Ψυχική Διάθεση</u>	107
<u>Υπόθεση 1: Οι Διαφορές στις Αντιλήψεις Ελέγχου Ανάμεσα στις Δύο Πλευρές Της Νόσου</u>	109
<u>Υπόθεση 2: Οι Διαφορές στις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Ανάμεσα στις Δύο Πλευρές Της Νόσου</u>	109
<u>Υπόθεση 3: Η Σχέση Ανάμεσα στις Αντιλήψεις Ελέγχου και στις Στρατηγικές Αντιμετώπισης</u>	110
<u>Υπόθεση 4: Η Σχέση Ανάμεσα στις Αντιλήψεις Ελέγχου και στην Ψυχική Διάθεση</u>	112
<u>Υπόθεση 5: Η Σχέση Ανάμεσα στις Στρατηγικές Αντιμετώπισης και στην Ψυχική Διάθεση</u>	114
<u>Υπόθεση 6: Ατομικά Μοτίβα Αντίληψης Ελέγχου και Αντιμετώπισης και η Σχέση τους με την Ψυχική Διάθεση</u>	117
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	131
<u>Αντιλήψεις Ελέγχου και Αντιμετώπιση Ανάμεσα στις Δύο Πλευρές της Νόσου</u>	131
<u>Η Σχέση της Αντίληψης Ελέγχου και της Αντιμετώπισης</u>	133
<u>Η Σχέση των Αντιλήψεων Ελέγχου και της Ψυχικής Διάθεσης</u>	134
<u>Η Σχέση των Στρατηγικών Αντιμετώπισης και της Ψυχικής Διάθεσης</u>	135
<u>Ατομικά Μοτίβα Αντίληψης Ελέγχου</u>	139
<u>Ατομικά Μοτίβα Αντιμετώπισης</u>	140
<u>Συμπεράσματα</u>	144
<u>Προτάσεις για Εφαρμογές στην Κλινική Πράξη</u>	146
<u>Περιορισμοί της Έρευνας</u>	148
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	151
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	164

ΠΙΝΑΚΕΣ

Σελίδα

Πίνακας 1 <u>Κατηγοριοποίηση των Στρατηγικών κατά το Αλληλεπιδραστικό Μοντέλο του Στρες</u>	46
Πίνακας 2 <u>Κατηγοριοποίηση των Στρατηγικών κατά το Μοντέλο του Χρόνιου Πόνου</u>	50
Πίνακας 3 <u>Η Σχέση Ανάμεσα στα Χαρακτηριστικά του Δείγματος και στην Ψυχική Δυσφορία</u>	108
Πίνακας 4 <u>Η Σχέση Ανάμεσα στα Χαρακτηριστικά του Δείγματος και στη Θετική Διάθεση</u>	108
Πίνακας 5 <u>Η Σχέση Ανάμεσα στις Αντιλήψεις Ελέγχου και στις Στρατηγικές Αντιμετώπισης</u>	112
Πίνακας 6 <u>Η Σχέση Ανάμεσα στις Αντιλήψεις Ελέγχου και στην Ψυχική Διάθεση</u>	114
Πίνακας 7 <u>Η Σχέση Ανάμεσα στις Στρατηγικές Αντιμετώπισης και στην Ψυχική Διάθεση</u>	116
Πίνακας 8 <u>Μοτίβα Αντίληψης Ελέγχου και η Σχέση τους με την Ψυχική Διάθεση</u>	119
Πίνακας 9 <u>Η Σχέση του Φύλου με τα Μοτίβα Αντίληψης Ελέγχου</u>	121
Πίνακας 10 <u>Η Σχέση της Ενεργότητας της Νόσου με τα Μοτίβα Αντίληψης Ελέγχου</u>	122
Πίνακας 11 <u>Μοτίβα Αντιμετώπισης της Νόσου και η Σχέση τους με την Ψυχική Διάθεση</u>	125
Πίνακας 12 <u>Μοτίβα Αντιμετώπισης των Συμπτωμάτων και η Σχέση τους με την Ψυχική Διάθεση</u>	128

ΣΧΗΜΑΤΑ

Σελίδα

Σχήμα 1 <u>Ατομικά Μοτίβα Αντίληψης Ελέγχου</u>	120
Σχήμα 2 <u>Ατομικά Μοτίβα Αντιμετώπισης της Νόσου</u>	127
Σχήμα 3 <u>Ατομικά Μοτίβα Αντιμετώπισης των Συμπτωμάτων</u>	130

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Από την αναδρομή στην τρέχουσα βιβλιογραφία για το στρες γίνεται φανερό ότι καλύτερη προσαρμογή επιτυγχάνεται όταν η αντίληψη ελέγχου και οι στρατηγικές αντιμετώπισης βρίσκονται σε συνάρτηση με το πλαίσιο αναφοράς του στρες, δηλαδή με τις ειδικές συνθήκες της στρεσογόνου κατάστασης (Folkman, 1992; Roussi, 2002). Σε μία κατάσταση χαμηλής ελεγχιμότητας όπου η αντίληψη προσωπικού ελέγχου είναι περιορισμένη, η αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου μέσω τρίτων και η αντίληψη αναπληρωματικού ελέγχου πάνω στις συνέπειες της κατάστασης αναμένεται να είναι περισσότερο βοηθητικές στην προσαρμογή (Roussi, Miller, & Shoda, 2000; Thompson, 2002, 1993). Επίσης σε μία κατάσταση χαμηλής ελεγχιμότητας όπου τα περιθώρια για ενεργητική αντιμετώπιση είναι περιορισμένα, οι στρατηγικές εκούσιας ψυχολογικής προσέγγισης και εκούσιας ψυχολογικής αποδέσμευσης αναμένεται να είναι περισσότερο βοηθητικές στην προσαρμογή (Austenfeld & Stanton, 2004; Compas et al., 1997; Stanton, Danoff-Burg, et al., 2000; Wadsworth et al., 2004). Συνεπώς, η προσαρμογή απαιτεί ικανότητα διάκρισης των ειδικών συνθηκών της στρεσογόνου κατάστασης και ευελιξία στην εναλλαγή των κατάλληλων αντιλήψεων ελέγχου και των κατάλληλων στρατηγικών ανάλογα με αυτές τις συνθήκες (Cheng, 2001, 2003; Roussi, Miller, & Shoda, 2000).

Από την αναδρομή στη βιβλιογραφία επίσης παρατηρούμε ότι υπάρχουν διαφορετικοί συνδυασμοί ή μοτίβα αντιλήψεων ελέγχου και στρατηγικών και ότι υπάρχουν ατομικές διαφορές στη χρήση αυτών των μοτίβων οι οποίες σχετίζονται με την προσαρμογή (Chiu et al., 1995; Mischel & Shoda, 1995). Σε μία χρόνια

κατάσταση χαμηλής ελεγχιμότητας, τα άτομα που διαθέτουν την ευελιξία να συνδυάζουν εναλλακτικές μορφές ελέγχου, όπως την αντίληψη δευτερογενούς και αναπληρωματικού ελέγχου, καθώς και τα άτομα που διαθέτουν την ευελιξία να συνδυάζουν τη χρήση στρατηγικών επίλυσης του προβλήματος μαζί με τη χρήση στρατηγικών εκούσιας ψυχολογικής προσέγγισης και αποδέσμευσης από το πρόβλημα αναμένεται να είναι καλύτερα προσαρμοσμένα (Astin et al., 1999; Cheng, 2001, 2003; McCracken, 1998; McCracken et al., 2004; Smith & Wallston, 1996).

Σημασία της Παρούσας Έρευνας

Δεδομένου ότι η κάθε στρεσογόνα κατάσταση αποτελεί ένα ιδιαίτερο πλαίσιο αναφοράς, η υπάρχουσα βιβλιογραφία δεν έχει ακόμα επαρκώς διερευνήσει τις διαφορές στις αντιλήψεις ελέγχου και στις στρατηγικές ανάμεσα σε διαφορετικές καταστάσεις αλλά ούτε ανάμεσα σε διαφορετικά άτομα. Μία χρόνια στρεσογόνα κατάσταση χαμηλής ελεγχιμότητας αποτελεί ένα ιδιαίτερο πλαίσιο αναφοράς με ειδικό ενδιαφέρον για τη διερεύνηση των εναλλακτικών αντιλήψεων ελέγχου και των στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος, εφόσον η αντίληψη προσωπικού ελέγχου και οι στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος θεωρητικά έχουν μειωμένη προσαρμοστική αξία. Η παρούσα έρευνα χρησιμοποιεί τη ρευματοειδή αρθρίτιδα ως ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα ενός τέτοιου χρόνιου στρες χαμηλής ελεγχιμότητας, καθώς πρόκειται για μια χρόνια πάθηση που προκαλεί ποικιλία στρεσογόνων καταστάσεων άλλων περισσότερο και άλλων λιγότερο ελέγξιμων (Fournier et al., 2002). Από τη μία μεριά, η πρωτογενής πηγή ή αιτία του στρες, δηλαδή η ίδια η ύπαρξη της νόσου και η εξέλιξή της, θεωρείται εξ ορισμού χαμηλής ελεγχιμότητας λόγω των απρόβλεπτων εξάρσεων και υφέσεων. Από την άλλη, τα καθημερινά συμπτώματα της νόσου θεωρούνται δευτερογενείς πηγές του στρες οι οποίες κυμαίνονται σε ελεγχιμότητα: ο πόνος και η δυσκινησία, που αποτελούν τα δύο

βασικά συμπτώματα της νόσου, κάποιες μέρες είναι περισσότερο ελέγξιμα και άλλες μέρες λιγότερο ελέγξιμα λόγω της κυμαινόμενης ενεργότητας (Klippel, 2003; Newman & Mulligan, 2000). Άρα το παράδειγμα αυτό προσφέρει τη δυνατότητα διαφορικής εξέτασης των αντιλήψεων ελέγχου και των στρατηγικών ανάμεσα σε διαφορετικές πλευρές της νόσου με διαφορετική ελεγχιμότητα.

Στόχοι της Παρούσας Έρευνας

Η παρούσα έρευνα λοιπόν είχε σκοπό να διερευνήσει: 1. Εάν οι ασθενείς διαμορφώνουν διαφορετικές αντιλήψεις ελέγχου των δύο διαφορετικών πλευρών της νόσου, δηλαδή του στρες που πηγάζει από την ίδια την εξέλιξη της νόσου και του στρες που πηγάζει από τα καθημερινά συμπτώματα της νόσου. 2. Εάν οι ασθενείς χρησιμοποιούν διαφορετικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση των δύο αυτών διαφορετικών πλευρών της νόσου. 3. Εάν οι αντιλήψεις ελέγχου της κάθε πλευράς της νόσου σχετίζονται με την επιλογή των στρατηγικών για την αντιμετώπισή της. 4. Εάν οι αντιλήψεις ελέγχου που διαθέτουν οι ασθενείς και οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν σχετίζονται με την ψυχολογική δυσφορία που βιώνουν. 5. Εάν υπάρχουν ατομικά μοτίβα αντίληψης ελέγχου και στρατηγικών αντιμετώπισης που σχετίζονται διαφορεικά με τη δυσφορία.

Υποθέσεις

Υπόθεση 1: Οι Διαφορές στις Αντιλήψεις Ελέγχου Ανάμεσα στις Δύο Πλευρές Της Νόσου

Υποθέσαμε ότι οι αντιλήψεις ελέγχου θα είναι διαφορετικές ανάμεσα στις δύο διαφορετικές πλευρές της νόσου, δηλαδή ανάμεσα στο στρες που πηγάζει από την ίδια την εξέλιξη της νόσου και στο στρες που πηγάζει από τα καθημερινά συμπτώματα της νόσου. Συγκεκριμένα υποθέσαμε ότι: (α) Η αντίληψη προσωπικού ελέγχου της εξέλιξης της νόσου θα είναι χαμηλότερη από την αντίληψη προσωπικού

ελέγχου των καθημερινών συμπτωμάτων (αντίληψη αναπληρωματικού ελέγχου). (β) Η αντίληψη ελέγχου μέσω τρίτων της εξέλιξης της νόσου (αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου της νόσου) θα είναι υψηλότερη από την αντίληψη ελέγχου μέσω τρίτων των καθημερινών συμπτωμάτων (αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου των συμπτωμάτων).

Υπόθεση 2: Οι Διαφορές στις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Ανάμεσα στις Δύο

Πλευρές Της Νόσου

Υποθέσαμε ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης θα είναι διαφορετικές ανάμεσα στις δύο διαφορετικές πλευρές της νόσου, δηλαδή ανάμεσα στην αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου και στην αντιμετώπιση των καθημερινών συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα υποθέσαμε ότι: (α) Η χρήση των επικεντρωμένων στην επίλυση του προβλήματος στρατηγικών θα είναι υψηλότερη στην αντιμετώπιση των καθημερινών συμπτωμάτων από ό,τι στην αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου. (β) Η χρήση των επικεντρωμένων στη ρύθμιση του συναισθήματος στρατηγικών θα είναι υψηλότερη στην αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου από ό,τι στην αντιμετώπιση των καθημερινών συμπτωμάτων.

Υπόθεση 3: Η Σχέση Ανάμεσα στις Αντιλήψεις Ελέγχου και στις Στρατηγικές

Αντιμετώπισης

Υποθέσαμε ότι οι αντιλήψεις προσωπικού ελέγχου θα σχετίζονται θετικά με τη χρήση στρατηγικών επίλυσης του προβλήματος και θα σχετίζονται αρνητικά με τη χρήση στρατηγικών αποδέσμευσης από το πρόβλημα. Η σχέση των αντιλήψεων δευτερογενούς ελέγχου με την αντιμετώπιση εξετάστηκε διερευνητικά.

Υπόθεση 4: Η Σχέση Ανάμεσα στις Αντιλήψεις Ελέγχου και στην Ψυχική Διάθεση

Υποθέσαμε ότι οι αντιλήψεις εναλλακτικών μορφών ελέγχου θα σχετίζονται με την ψυχική διάθεση. Συγκεκριμένα υποθέσαμε ότι: (α) Οι αντιλήψεις προσωπικού ελέγχου των συμπτωμάτων, της περίθαλψης και των συναισθημάτων (αντιλήψεις

αναπληρωματικού ελέγχου) θα σχετίζονται αρνητικά με τη δυσφορία και θετικά με τη θετική διάθεση. (β) Οι αντιλήψεις ελέγχου της εξέλιξης της νόσου και των καθημερινών συμπτωμάτων μέσω τρίτων (αντιλήψεις δευτερογενούς ελέγχου) θα σχετίζονται αρνητικά με τη δυσφορία και θετικά με τη θετική διάθεση.

Υπόθεση 5: Η Σχέση Ανάμεσα στις Στρατηγικές Αντιμετώπισης και στην Ψυχική Διάθεση

Υποθέσαμε ότι οι στρατηγικές εκούσιας ψυχολογικής προσέγγισης και εκούσιας ψυχολογικής αποδέσμευσης θα σχετίζονται αρνητικά με τη δυσφορία και θετικά με τη θετική διάθεση και οι στρατηγικές ακούσιας ψυχολογικής προσέγγισης και ακούσιας ψυχολογικής αποδέσμευσης θα έχουν την αντίστροφη σχέση με την ψυχική διάθεση. Συγκεκριμένα υποθέσαμε ότι: (α) Η θετική επανεκτίμηση, η αποδοχή, το χιούμορ και η νοητική αποδέσμευση (απόσπαση της προσοχής) θα σχετίζονται αρνητικά με τη δυσφορία και θετικά με τη θετική διάθεση. (β) Η συμπεριφορική αποδέσμευση (παραίτηση), η άρνηση και η συναισθηματική εκτόνωση θα σχετίζονται θετικά με τη δυσφορία και αρνητικά με τη θετική διάθεση. Οι σχέσεις των υπόλοιπων στρατηγικών με την ψυχική διάθεση εξετάστηκαν διερευνητικά.

Υπόθεση 6: Ατομικά Μοτίβα Αντίληψης Ελέγχου και Αντιμετώπισης και η Σχέση τους με την Ψυχική Διάθεση

Υποθέσαμε ότι υπάρχουν ατομικές διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς ως προς την αντίληψη ελέγχου και ως προς την αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου και των καθημερινών συμπτωμάτων, και ότι τα διακριτά ατομικά μοτίβα αντίληψης και αντιμετώπισης θα σχετίζονται διαφορετικά με την ψυχική διάθεση. Συγκεκριμένα υποθέσαμε ότι: (α) Οι ασθενείς που είναι ικανοί να συνδυάζουν την αντίληψη ελέγχου της εξέλιξη της νόσου και των καθημερινών συμπτωμάτων μέσω τρίτων

(αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου) μαζί με την αντίληψη προσωπικού ελέγχου των καθημερινών συμπτωμάτων (αντίληψη αναπληρωματικού ελέγχου) θα βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας από εκείνους που έχουν διαφορετικά μοτίβα αντίληψης ελέγχου. (β) Οι ασθενείς που είναι ικανοί να συνδυάζουν τη χρήση των επικεντρωμένων στην επίλυση του προβλήματος στρατηγικών μαζί με τη χρήση στρατηγικών εκούσιας ψυχολογικής προσέγγισης του προβλήματος (θετική επανεκτίμηση, αποδοχή και χιούμορ) καθώς επίσης και με τη χρήση εκούσιας ψυχολογικής αποδέσμευσης (απόσπαση της προσοχής) θα βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας από εκείνους που έχουν διαφορετικά μοτίβα αντιμετώπισης.

Μέθοδος

Δείγμα

Οι συμμετέχοντες ήταν 102 ασθενείς διαγνωσμένοι με ρευματοειδή αρθρίτιδα προερχόμενοι από την ευρύτερη περιοχή του Ηρακλείου. Η συλλογή του δείγματος έγινε κατά διαδοχική σειρά προσέλευσης για προγραμματισμένη επανεξέταση στα τακτικά Εξωτερικά Ρευματολογικά Ιατρεία του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

Διαδικασία – Εργαλεία Μέτρησης

Η εξέταση ήταν μια δομημένη συνέντευξη με τη χορήγηση ερωτηματολογίων και ψυχομετρικών δοκιμασιών και διαρκούσε περίπου τρία τέταρτα της ώρας. Η δομημένη συνέντευξη εξέταζε τα εξής, με τη σειρά που αναφέρονται: (α) δημογραφικές και ιατρικές πληροφορίες, (β) την ψυχολογική δυσφορία, χρησιμοποιώντας τις υποκλίμακες θλίψης, θυμού και έντασης του Προφίλ Ψυχικής Διάθεσης (Profile of Mood Scale, McNair, Lorr, & Droppelman, 1971) και τις υποκλίμακες άγχους και κατάθλιψης του Ερωτηματολογίου Συμπτωμάτων

(Symptom Checklist-90-R, Derogatis & Cleary, 1977), (γ) τη θετική διάθεση, χρησιμοποιώντας την υποκλίμακα της ενεργητικότητας του Προφίλ Ψυχικής Διάθεσης (POMS), (δ) τις αντιλήψεις ελέγχου, χρησιμοποιώντας ερωτήσεις ειδικά σχεδιασμένες για τις συγκεκριμένες στρεσογόνες καταστάσεις αυτής της έρευνας, και (ε) τις στρατηγικές αντιμετώπισης, χρησιμοποιώντας το Ερωτηματολόγιο Τρόπων Αντιμετώπισης Προβλημάτων (Coping Orientation to Problems Experienced, Carver, Scheier, & Weintraub, 1989).

Αποτελέσματα

Υπόθεση 1: Οι Διαφορές στις Αντιλήψεις Ελέγχου Ανάμεσα στις Δύο Πλευρές Της Νόσου

Βρέθηκε ότι, αντίθετα από την υπόθεσή μας, η αντίληψη προσωπικού ελέγχου της εξέλιξης της νόσου δεν διέφερε σημαντικά από την αντίληψη προσωπικού ελέγχου των καθημερινών συμπτωμάτων ($t(101) = -1.11$). Επίσης, σύμφωνα με την υπόθεσή μας, η αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου της εξέλιξης της νόσου ήταν σημαντικά υψηλότερη από την αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου των καθημερινών συμπτωμάτων (νόσος: $M.O. = 1.91$, $T.A. = 1.50$; συμπτώματα: $M.O. = 1.50$, $T.A. = 1.47$; $t(101) = 2.30$; $p < .05$).

Υπόθεση 2: Οι Διαφορές στις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Ανάμεσα στις Δύο Πλευρές Της Νόσου

Βρέθηκε ότι, αντίθετα από την υπόθεσή μας, η χρήση των επικεντρωμένων στην επίλυση του προβλήματος στρατηγικών δεν διέφερε ανάμεσα στην αντιμετώπιση των δύο πλευρών της νόσου. Επίσης, αντίθετα από την υπόθεσή μας, η χρήση των επικεντρωμένων στη ρύθμιση του συναισθήματος στρατηγικών δεν διέφερε ανάμεσα στην αντιμετώπιση των δύο πλευρών της νόσου.

Υπόθεση 3: Η Σχέση Ανάμεσα στις Αντιλήψεις Ελέγχου και στις Στρατηγικές Αντιμετώπισης

Σύμφωνα με την υπόθεσή μας, βρέθηκε ότι η αντίληψη προσωπικού ελέγχου της εξέλιξης της νόσου σχετίζεται θετικά με τη χρήση της λήψης μέτρων ($r = .25; p < .05$) και θετικά με τη χρήση της αναβολής άλλων δραστηριοτήτων ($r = .24; p < .05$) και ότι η αντίληψη προσωπικού ελέγχου των συμπτωμάτων σχετίζεται αρνητικά με τη χρήση της συμπεριφορικής αποδέσμευσης ($r = -.26; p < .01$).

Ως προς τις αντιλήψεις δευτερογενούς ελέγχου βρέθηκαν οι εξής σημαντικές σχέσεις: Η αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου της εξέλιξης της νόσου σχετίζεται θετικά με τη λήψη μέτρων ($r = .28; p < .01$), με την αναβολή άλλων δραστηριοτήτων ($r = .29; p < .01$) και με την αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης ($r = .27; p < .01$). Η αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου των καθημερινών συμπτωμάτων σχετίζεται θετικά με την αναζήτηση πληροφοριών ($r = .32; p < .01$).

Υπόθεση 4: Η Σχέση Ανάμεσα στις Αντιλήψεις Ελέγχου και στην Ψυχική Διάθεση

Σύμφωνα με τις υποθέσεις μας, βρέθηκε ότι η αντίληψη προσωπικού ελέγχου των καθημερινών συμπτωμάτων σχετίζεται θετικά με τη θετική διάθεση ($r = .27; p < .01$). Επιπλέον, οι αντιλήψεις προσωπικού ελέγχου της περιθάλψης και των συναισθημάτων σχετίζονται θετικά με τη θετική διάθεση ($r = .21; p < .05$ και $r = .33; p < .01$, αντίστοιχα). Τέλος, η αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου των καθημερινών συμπτωμάτων σχετίζεται θετικά με τη θετική διάθεση ($r = .21; p < .05$). Αντίθετα από την υπόθεση μας, η αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου της εξέλιξης της νόσου δεν σχετίζεται σημαντικά με την ψυχική διάθεση.

Υπόθεση 5: Η Σχέση Ανάμεσα στις Στρατηγικές Αντιμετώπισης και στην Ψυχική Διάθεση

Σύμφωνα με τις υποθέσεις μας, βρέθηκε ότι στην αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου η χρήση της θετικής επανεκτίμησης σχετίζεται θετικά με τη θετική διάθεση ($r = .22; p < .05$) και η χρήση του χιούμορ σχετίζεται αρνητικά με τη δυσφορία ($r = -.31; p < .01$), ενώ η χρήση της συμπεριφορικής αποδέσμευσης σχετίζεται θετικά με τη δυσφορία (αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου: $r = .28; p < .01$; αντιμετώπιση των καθημερινών συμπτωμάτων: $r = .32; p < .01$). Τέλος, στην αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου η χρήση της συναισθηματικής εκτόνωσης και η χρήση της αναζήτησης συναισθηματικής υποστήριξης σχετίζονται αρνητικά με τη θετική διάθεση ($r = -.32; p < .01$ και $r = -.29; p < .01$, αντίστοιχα).

Υπόθεση 6: Ατομικά Μοτίβα Αντίληψης Ελέγχου και Αντιμετώπισης και η Σχέση τους με την Ψυχική Διάθεση

Ως προς τα μοτίβα αντίληψης ελέγχου βρέθηκαν τα εξής: Σύμφωνα με την υπόθεση μας, από την ανάλυση συστάδων με τις μεταβλητές της αντίληψης ελέγχου προέκυψαν τρεις ομάδες ατόμων που διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους και ως προς τις τέσσερις μεταβλητές που εξετάστηκαν. Η πρώτη ομάδα ($n = 24$) χαρακτηρίζεται από συνολικά υψηλές αντιλήψεις ελέγχου. Η δεύτερη ομάδα ($n = 39$) χαρακτηρίζεται από υψηλή αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου της εξέλιξης της νόσου ενώ όλες οι άλλες μορφές ελέγχου ήταν κάτω από το μέσο όρο. Η τρίτη ομάδα ($n = 39$) χαρακτηρίζεται από μέτρια επίπεδα αντίληψης προσωπικού ελέγχου και από χαμηλά επίπεδα αντίληψης δευτερογενούς ελέγχου. Αντίθετα από την υπόθεση μας, η ανάλυση της διασποράς έδειξε ότι οι τρεις ομάδες δεν διέφεραν σημαντικά ως προς τη δυσφορία και τη θετική διάθεση.

Ως προς τα μοτίβα αντιμετώπισης βρέθηκαν τα εξής: Η υπόθεσή μας επαληθεύθηκε μερικώς, αφού από την ανάλυση συστάδων με τις μεταβλητές της αντιμετώπισης προέκυψαν τρεις ομάδες ατόμων που διέφεραν σημαντικά μεταξύ

τους ως προς τη χρήση των 20 από τις 28 στρατηγικές που εξετάστηκαν. Η πρώτη ομάδα (αποδέσμευση από το πρόβλημα, $n = 21$) χρησιμοποίησε κυρίως την παραίτηση, σε συνδυασμό με τη στροφή προς τη θρησκεία, την άρνηση, και τη συναισθηματική εκτόνωση στην αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου, και επίσης χρησιμοποίησε κυρίως την άρνηση στην αντιμετώπιση των καθημερινών συμπτωμάτων. Η δεύτερη ομάδα (ψυχολογική προσέγγιση του προβλήματος, $n = 28$) χρησιμοποίησε κυρίως την αποδοχή και το χιούμορ για την αντιμετώπιση και της εξέλιξης της νόσου και των καθημερινών συμπτωμάτων. Η τρίτη ομάδα (ενεργητική επίλυση του προβλήματος, $n = 52$) χρησιμοποίησε κυρίως την αναβολή άλλων δραστηριοτήτων, σε συνδυασμό με τη λήψη μέτρων, το σχεδιασμό, και την αναζήτηση πληροφοριών και συναισθηματικής υποστήριξης στην αντιμετώπιση και των δύο πλευρών της νόσου, και επιπλέον χρησιμοποίησε την απόσπαση της προσοχής και τη συναισθηματική εκτόνωση στην αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου.

Η υπόθεσή μας επαληθεύθηκε μερικώς και ως προς τις διαφορές των τριών ομάδων στην ψυχική διάθεση. Συγκεκριμένα, οι τρεις ομάδες διέφεραν σημαντικά ως προς τα επίπεδα δυσφορίας που βιώνουν, $F(2, 98) = 3.96, p < .05$, αλλά όχι ως προς τα επίπεδα της θετικής διάθεσης. Η ομάδα της αποδέσμευσης από το πρόβλημα βίωνε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας από την ομάδα της ψυχολογικής προσέγγισης του προβλήματος (ομάδα αποδέσμευσης: $M.O. = 0.51, T.A. = 2.02$; ομάδα ψυχολογικής προσέγγισης: $M.O. = -0.82, T.A. = 1.71; p < .05$). Επίσης, υπήρχε μια τάση της ομάδας αποδέσμευσης να βιώνει υψηλότερα επίπεδα δυσφορίας και από την ομάδα της ενεργητικής επίλυσης ($M.O. = 0.18, T.A. = 1.76; p = .10$).

Συμπεράσματα

Στο πλαίσιο αναφοράς ενός χρόνιου στρες χαμηλής ελεγχιμότητας, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, τα αποτελέσματα μας παρέχουν ενδείξεις για συμπεράσματα, τα οποία, δεδομένης της συσχετιστικής φύσης της μελέτης, πρέπει να θεωρηθούν μονάχα δοκιμαστικά, ως απόπειρες ερμηνείας.

Πρώτον, οι ασθενείς που αντιλαμβάνονται ότι διαθέτουν έλεγχο πάνω στις συνέπειες της νόσου τους και μέσω τρίτων προσώπων (δικών τους και θεραπευτικού προσωπικού) είναι πιθανότερο να διατηρήσουν θετική διάθεση, παρ' ότι δεν διαθέτουν έλεγχο πάνω στην εξέλιξη της νόσου. Αυτό το συμπέρασμα αμφισβητεί τον πρωταρχικό ρόλο της αντίληψης άμεσου προσωπικού ελέγχου στην προσαρμογή, ενώ υπογραμμίζει τον υποστηρικτικό ρόλο των εναλλακτικών μορφών ελέγχου στην προσαρμογή, ιδιαίτερα όταν η πραγματικότητα περιορίζει τη δυνατότητα άσκησης προσωπικού ελέγχου (Roussi, 2002; Thompson, 2002, 1993).

Δεύτερον, η χρήση της θετικής επανεκτίμησης και του χιούμορ συσχετίζονται με θετική ψυχική διάθεση, ενώ η ανάληψη δράσης δεν σχετίζεται με την ψυχική διάθεση. Το συμπέρασμα αυτό υποστηρίζει την προσαρμοστική αξία της γνωστικής επεξεργασίας που συμβάλλει στη συμμόρφωση με το πρόβλημα, ιδιαίτερα όταν η πραγματικότητα περιορίζει τη δυνατότητα επίλυσης του προβλήματος (Danoff-Burg & Revenson, 2005; Evers et al., 2001; Stanton, Danoff-Burg, et al., 2000). Επιπλέον, από το συμπέρασμα αυτό συνάγεται ότι η προσαρμοστική αξία όλων των στρατηγικών βρίσκεται σε συνάρτηση με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πλαισίου αναφοράς, και ειδικά με την ελεγχιμότητα του προβλήματος (Folkman, 1984; Roussi et al., 2000)

Τρίτον, οι ασθενείς που χρησιμοποιούν το μοτίβο της ψυχολογικής προσέγγισης του προβλήματος, δηλαδή έρχονται σε συνειδητή επαφή με το

πρόβλημα, βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας από τους ασθενείς που χρησιμοποιούν το μοτίβο της αποδέσμευσης από το πρόβλημα. Το συμπέρασμα αυτό υποδηλώνει την ύπαρξη ατομικών διαφορών στην αντιμετώπιση που σχετίζονται με την προσαρμογή: τα άτομα που αντιλαμβάνονται την ιδιαιτερότητα του πλαισίου αναφοράς, ότι δηλαδή τα περιθώρια για επίλυση και για αποφυγή του προβλήματος είναι περιορισμένα, και στρέφονται στην ψυχολογική προσέγγιση του προβλήματος, βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας (Cheng, 2001, 2003; Chiu et al., 1995; Mischel & Shoda, 1995).

Τέλος, τα αποτελέσματα μας υποβάλλουν την ιδέα ότι ορισμένες στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος, οι οποίες όταν εξετάζονται μεμονωμένα φαίνονται να είναι δυσπροσαρμοστικές, ενδέχεται να αποβαίνουν βοηθητικές, όταν συνδυάζονται με τις στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος. Από αυτό το συμπέρασμα συνάγεται ότι η συνδυαστική χρήση των στρατηγικών ενδέχεται να προωθεί ή να αναστέλλει την επίδραση των μεμονωμένων στρατηγικών στην προσαρμογή (Smith & Wallston, 1996), και άρα η διχοτόμηση των στρατηγικών σε προσαρμοστικές και μη είναι αυθαίρετη (Compas et al., 1997; Smith et al., 1997). Αυτές οι παρατηρήσεις μεταθέτουν το ενδιαφέρον της μελλοντικής έρευνας από την ιεραρχική κατηγοριοποίηση των στρατηγικών στην διερεύνηση της καταλληλότητας της κάθε στρατηγικής στο δεδομένο πλαίσιο όπου εξετάζεται (Austenfeld & Stanton, 2004; Cheng, 2001, 2003; Park, Armeli, & Tennen, 2004; Stanton, Kirk, et al., 2000).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Σύντομη Ιστορική Ανασκόπηση της Έννοιας του Στρες

Ιστορικά, η θεωρία και η έρευνα σχετικά με την έννοια του στρες διακρίνονται σε τρεις κύριες κατευθύνσεις: (α) στην κατεύθυνση που εστιάζεται στο άτομο που βιώνει το στρες, (β) στην κατεύθυνση που εστιάζεται στο στρεσογόνο ερέθισμα που προέρχεται από το περιβάλλον, και (γ) στην κατεύθυνση που εστιάζεται στην αλληλεπίδραση ατόμου – περιβάλλοντος, δηλαδή στη στρεσογόνα σχέση ανάμεσα στα δύο μέρη.

Παραδοσιακά, η κατεύθυνση που εστιάζεται στο άτομο ορμάται από το ψυχοδυναμικό μοντέλο, το οποίο στο χώρο της υγείας δημιούργησε το κίνημα της ‘ψυχοσωματικής ιατρικής’ (Alexander, 1950). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, το στρες θεωρείται κυρίως ως ενδοψυχική σύγκρουση και οι αντιδράσεις σε αυτό θεωρούνται ως ασυνείδητες διεργασίες που ονομάζονται μηχανισμοί άμυνας. Στο χώρο της υγείας, παραδείγματος χάριν, συγκεκριμένες ενδοψυχικές συγκρούσεις θεωρείται ότι προκαλούν συγκεκριμένες αρρώστιες, η συμπτωματολογία των οποίων αντιπροσωπεύει μια ασυνείδητη έκφραση της σύγκρουσης (Alexander, 1950). Συνεπώς, το ψυχοδυναμικό μοντέλο δίνει έμφαση στο άτομο και στις ατομικές διαφορές, έχει όμως επικριθεί ότι παραβλέπει τον περιβαλλοντικό παράγοντα (Miller & O’Leary, 1993).

Άλλες προσεγγίσεις που εστιάζονται στο άτομο ορμώνται από το προδιαθεσιακό μοντέλο ή αλλιώς το μοντέλο των ατομικών χαρακτηριστικών. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, ένας σταθερός παράγοντας της προσωπικότητας επηρεάζει τη συμπεριφορά σε ένα μεγάλο εύρος καταστάσεων. Το μοντέλο δίνει

έμφαση σε επαναλαμβανόμενα γνωστικά, συμπεριφορικά και συναισθηματικά μοτίβα που εκφράζουν σταθερά χαρακτηριστικά του ατόμου. Οι τύποι προσωπικότητας A και B, ο νευρωτισμός, η αισιοδοξία, το εσωτερικό ή ενδοπροσωπικό κέντρο ελέγχου, η αγωνιστικότητα, η εστίαση της προσοχής στις αρνητικές πληροφορίες, και άλλα, έχουν εξετασθεί ως σταθερές ατομικές προδιαθέσεις που μπορούν να προβλέψουν την αντίδραση στο στρες. Μη συνυπολογίζοντας όμως την περιβαλλοντική επίδραση, αυτά τα χαρακτηριστικά δεν καταφέρνουν πάντα να προβλέψουν την προσαρμογή σε αληθινές στρεσογόνες καταστάσεις ή σχετίζονται με αντιφατικά αποτελέσματα (Miller & O'Leary, 1993).

Η κατεύθυνση που εστιάζεται στο περιβάλλον έχει τις ρίζες της στις πειραματικές μελέτες που ερεύνησαν πώς οι οργανισμοί αντιδρούν σε στρεσογόνα ερεθίσματα. Οι πρώτες σχετικές έρευνες ξεκίνησαν είτε από οξεία φοβικά ερεθίσματα σε ζώα και κατέγραψαν τις αντιδράσεις του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, είτε από χρόνια ερεθίσματα πόνου και περιέγραψαν τις αντιδράσεις σε φυσιολογικό επίπεδο. Η πειραματική αυτή προσέγγιση θεωρεί τον οργανισμό ως παθητικό δέκτη των εξωτερικών δυνάμεων και δεν είναι επαρκής να εξηγήσει τις ατομικές διαφορές στις αντιδράσεις σε αντίξοες συνθήκες. Παρόμοια προσέγγιση που δίνει προτεραιότητα στο περιβάλλον έχουν οι έρευνες που εξετάζουν την επίδραση των στρεσογόνων γεγονότων ζωής στη σωματική και ψυχική υγεία. Οι συσχετισμοί όμως μεταξύ γεγονότων ζωής και υγείας έχουν αποδειχθεί πολύ ασθενείς (Miller & O'Leary, 1993).

Πιο σύγχρονες προσεγγίσεις γεφυρώνουν το χάσμα ανάμεσα σε ατομικές προδιαθέσεις και περιβαλλοντικές επιδράσεις εστιάζοντας στην αμφίδρομη σχέση αλληλεπίδρασης ατόμου και περιβάλλοντος. Τη θεωρητική βάση προσφέρει το μοντέλο του πλαισίου αναφοράς (contextual), το οποίο προβλέπει και σταθερά

ατομικά χαρακτηριστικά και εξειδικευμένες αντιδράσεις ανάλογα με τις περιβαλλοντικές συνθήκες. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, το άτομο διακρίνει τις διαφορές ανάμεσα σε διαφορετικά περιβάλλοντα ή καταστάσεις, τις κωδικοποιεί διαφορετικά και αντιδρά διαφορετικά. Δηλαδή το άτομο αντιδρά με σταθερούς τρόπους αντίδρασης όταν αντιμετωπίζει παρόμοιες καταστάσεις, ενώ αντιδρά διαφορετικά όταν αντιμετωπίζει διαφορετικές καταστάσεις. Συνεπάγεται ότι και οι αντιδράσεις στο στρες δεν μπορούν να εξετασθούν ανεξάρτητα από τα χαρακτηριστικά της στρεσογόνου κατάστασης (Mischel & Shoda, 1998). Σε αυτό το θεωρητικό υπόβαθρο του πλαισίου αναφοράς έχουν αναπτυχθεί το γνωστικό – συναισθηματικό μοντέλο της προσωπικότητας και το αλληλεπιδραστικό μοντέλο του στρες, τα οποία αποτελούν το θεωρητικό πλαίσιο της παρούσας εργασίας και παρουσιάζονται συνοπτικά παρακάτω.

Γνωστικό – Συναισθηματικό Μοντέλο της Προσωπικότητας

Σύμφωνα με το γνωστικό – συναισθηματικό μοντέλο της προσωπικότητας, η συμπεριφορά είναι προϊόν της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στις μεταβλητές της κατάστασης και στις ατομικές μεταβλητές (Mischel & Shoda, 1995). Οι ατομικές μεταβλητές είναι οι ψυχολογικές διεργασίες που μεσολαβούν ανάμεσα στο ερέθισμα και στη συμπεριφορά: η επιλεκτική εστίαση σε διαφορετικά χαρακτηριστικά της κατάστασης, η κατηγοριοποίηση και κωδικοποίηση αυτών των χαρακτηριστικών, η ενεργοποίηση άλλων σχετιζόμενων γνωσιών και συναισθημάτων στο σύστημα της προσωπικότητας καθώς και οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ αυτών των στοιχείων (Mischel & Shoda, 1995). Οι μεταβλητές της κατάστασης είναι οι ειδικές απαιτήσεις για αντιμετώπιση που απορρέουν από τις δεδομένες συνθήκες και το ψυχολογικό νόημα που παίρνει η κατάσταση για το άτομο. Η ίδια κατάσταση μπορεί να νοηματοδοτηθεί εντελώς διαφορετικά και να επιφέρει εντελώς διαφορετικές συμπεριφορές ανάλογα με τις γνωστικές διεργασίες που ενεργοποιεί στο κάθε άτομο (Kelly, 1955; Mischel & Shoda, 1995). Διαφορετικές καταστάσεις ενεργοποιούν διαφορετικές γνωστικές διεργασίες, νοηματοδοτούνται διαφορετικά και καταλήγουν σε διαφορετικές συμπεριφορές στο ίδιο άτομο (Mischel & Shoda, 1995).

Οι διακυμάνσεις στη συμπεριφορά του ίδιου ατόμου ανάμεσα σε διαφορετικές καταστάσεις μπορούν να κατανοηθούν και να προβλεφθούν σε συνάρτηση με τις ειδικές συνθήκες του πλαισίου αναφοράς με βάση την πρόταση: «εάν α τότε χ, αλλά εάν β τότε ψ»: όταν αλλάζει το «εάν», δηλαδή οι ειδικές συνθήκες της κατάστασης, αλλάζει και το «τότε», δηλαδή η συμπεριφορά (Shoda, 1999; Wright & Mischel, 1988). Αυτή η διακύμανση ακολουθεί ένα σταθερό πλέγμα σχέσεων αλληλεπίδρασης και αποτελεί το ιδιαίτερο στίγμα της προσωπικότητας. Οι γνωστικές μεσολαβητικές διεργασίες αλληλεπιδρούν με τις ειδικές συνθήκες της

κατάστασης σύμφωνα με το σταθερό πλέγμα σχέσεων και παράγουν σταθερά αλλά εξειδικευμένα σχήματα συμπεριφοράς που εξασφαλίζουν τη συνοχή της προσωπικότητας. Η ιδιαιτερότητα του ατόμου γίνεται αντιληπτή από το σταθερό και μοναδικό τρόπο που η συμπεριφορά του ποικίλλει κατά τρόπο προβλέψιμο ανάλογα με το ψυχολογικό νόημα που αποδίδει στην κάθε κατάσταση (Mischel & Shoda 1995, 1998). Επομένως, η προσωπικότητα του ατόμου φανερώνεται ως ένα διακριτό και μοναδικό σύνολο εκδηλώσεων που το διαφοροποιεί σταθερά από τους άλλους, ενώ οι επιμέρους συμπεριφορές δεν είναι σταθερές αλλά κυμαίνονται από τη μια κατάσταση στην άλλη. Όντως τα εμπειρικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι η συνέπεια στη συμπεριφορά από τη μια κατάσταση στην άλλη είναι πολύ χαμηλότερη από ό,τι προβλέπουν οι θεωρίες των ατομικών χαρακτηριστικών (Mischel & Shoda, 1998).

Αλληλεπιδραστικό Μοντέλο του Στρες

Το αλληλεπιδραστικό μοντέλο για το στρες είναι μια θεωρητική προσέγγιση που εστιάζεται στη συνεχή συναλλαγή του ατόμου με το πλαίσιο αναφοράς μέσα στο οποίο εξετάζεται το στρες. Το άτομο και το περιβάλλον θεωρούνται ότι βρίσκονται σε μια δυναμική σχέση αλληλεπίδρασης συνεχώς μεταβαλλόμενη. Το στρες ορίζεται ως μια ιδιαίτερη σχέση ανάμεσα στο άτομο και στο περιβάλλον, η οποία εκτιμάται ότι επιβαρύνει ή υπερβάλλει τα αποθέματα του ατόμου και θέτει σε κίνδυνο την ευεξία του (Folkman, 1984). Στη σχέση ανάμεσα στο άτομο και στο περιβάλλον διακρίνονται δύο στάδια ή διεργασίες: πρώτον, η γνωστική εκτίμηση της στρεσογόνας κατάστασης και δεύτερον, η αντιμετώπιση της στρεσογόνας κατάστασης.

Η γνωστική εκτίμηση είναι η διεργασία κατά την οποία το άτομο αξιολογεί εάν μία συγκεκριμένη κατάσταση στο περιβάλλον του είναι σχετική με την ευεξία του, εάν τον εκθέτει σε κίνδυνο και εάν αυτός ο κίνδυνος μπορεί να ελεγχθεί. Υπάρχουν δύο είδη γνωστικής εκτίμησης του στρες: η πρωτογενής και η δευτερογενής. Στην πρωτογενή εκτίμηση, το άτομο αξιολογεί εάν διακινδυνεύει κάτι στην προκειμένη περίπτωση. Αξίες, πεποιθήσεις, στόχοι και δεσμεύσεις επηρεάζουν τον τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται το περιβάλλον του και κατά συνέπεια τους κινδύνους που αναγνωρίζει στο περιβάλλον του. Η εκτίμηση που θεωρείται στρεσογόνα σχετίζεται με αντίληψη απειλής, βλάβης ή απώλειας, ή και με αντίληψη πρόκλησης, και προκαλεί τα αντίστοιχα αισθήματα φόβου, άγχους, θυμού ή διέγερσης (Folkman, 1984). Στη δευτερογενή εκτίμηση, το άτομο αξιολογεί εάν μπορεί να κάνει κάτι για να ξεπεράσει ή να αποτρέψει τον κίνδυνο, δηλαδή κατά πόσο μπορεί να ελέγξει το στρες. Η αντίληψη ελέγχου είναι μέρος λοιπόν της γνωστικής εκτίμησης που σχηματίζει το άτομο για την κατάσταση που

αντιμετωπίζει. Πρόκειται για την αξιολόγηση των αποθεμάτων, των επιλογών και των ικανοτήτων που διαθέτει για να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της κατάστασης, είτε αυτό σημαίνει να τις αντέξει είτε αυτό σημαίνει να τις αλλάξει. Συνεπώς, η αντίληψη ελέγχου είναι μια ενδιάμεση γνωστική διεργασία που μεσολαβεί ανάμεσα στο στρεσογόνο γεγονός και στην επίδραση του γεγονότος. Εξαιτίας αυτού του μεσολαβητικού ρόλου, η αντίληψη ελέγχου έχει συνδεθεί με την αποτελεσματικότητα της αντιμετώπισης του στρες δηλαδή με την προσαρμογή (Folkman, 1984).

Η αντιμετώπιση είναι το δεύτερο στάδιο, που ακολουθεί τη γνωστική εκτίμηση και που αναφέρεται σε όλες τις γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες του ατόμου να ελέγξει, να μειώσει ή να αντέξει τις εσωτερικές ή και εξωτερικές απαιτήσεις που δημιουργούνται από τη στρεσογόνα συναλλαγή. Σε πραγματικές συνθήκες, η κάθε στρεσογόνα κατάσταση εμπεριέχει διαφορετικές πλευρές με διαφορετική ελεγχιμότητα, που απαιτούν διαφορετική αντιμετώπιση (Folkman, 1984). Αυτές οι δύο διεργασίες, γνωστική εκτίμηση και αντιμετώπιση, δεν είναι στατικές, με την έννοια ότι η μία μπορεί να αναθεωρείται και να αναπροσαρμόζεται ανάλογα με τα αποτελέσματα της άλλης. Το μοντέλο λοιπόν είναι δυναμικό, δηλαδή βασίζεται στην εναλλαγή και στην αλληλεπίδραση και προβλέπει την ενδοατομική διακύμανση σε διαφορετικές χρονικές στιγμές και σε διαφορετικές καταστάσεις (Folkman, 1984, 1992; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986; Lazarus, 1993).

Στα επόμενα κεφάλαια θα εξετάσουμε τα δεδομένα για τη δευτερογενή εκτίμηση του στρες ή αλλιώς την αντίληψη ελέγχου και μετά τα δεδομένα για την αντιμετώπιση του στρες.

Αντίληψη Ελέγχου του Στρες

Αντίληψη Ελέγχου και Προσαρμογή

Ο όρος αντίληψη ελέγχου αναφέρεται στη γνωστική εκτίμηση του ατόμου σχετικά με τις δυνατότητες που διαθέτει να μεταβάλλει ή να επηρεάσει μια κατάσταση προς την επιθυμητή κατεύθυνση (Skinner, 1996). Η έννοια του ελέγχου θεωρείται προγνωστικός παράγοντας της προσαρμογής, καθώς έχει σχετισθεί με την ψυχική και τη σωματική υγεία, με την επιτυχή αντιμετώπιση του στρες και με επιθυμητές αλλαγές στη συμπεριφορά (Tennen & Affleck, 2000; Thompson, 2002; Thompson & Spacapan, 1991). Τα άτομα που πιστεύουν ότι κατέχουν τις απαιτούμενες ικανότητες για να προλάβουν ή να ελαχιστοποιήσουν την επίδραση μιας στρεσογόνου κατάστασης εκδηλώνουν μειωμένη φυσιολογική αντίδραση στο στρες, βιώνουν λιγότερο άγχος και ακόμα παρουσιάζουν καλύτερη σωματική υγεία (Miller, 1979; Pakenham & Rinaldis, 2001).

Πειραματικές μελέτες αποδεικνύουν ότι η αντίληψη του ατόμου ότι διαθέτει έλεγχο πάνω σε ένα στρεσογόνο ερέθισμα συμβάλλει στο να βιωθεί αυτό το ερέθισμα ως λιγότερο στρεσογόνο. Αυτό συμβαίνει είτε επειδή η προβλεψιμότητα που προσφέρει ο έλεγχος επιτρέπει την κατάλληλη προετοιμασία για το στρες, είτε επειδή η αντίληψη ελέγχου εξασφαλίζει ότι το στρες θα κρατηθεί σε χαμηλά επίπεδα (Miller, 1979). Μελέτες σε πληθυσμούς εκτεθειμένους σε χρόνιο στρες, όπως οι χρόνιες παθήσεις, υποδεικνύουν ότι η αντίληψη ελέγχου συμβάλλει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των στρεσογόνων γεγονότων ζωής. Τα άτομα που διαθέτουν υψηλότερη αντίληψη ελέγχου πάνω στα προβλήματα υγείας φαίνεται ότι προσαρμόζονται καλύτερα εν μέρει επειδή πιστεύουν στην ικανότητα τους να επιφέρουν επιθυμητά αποτελέσματα (Thompson & Spacapan, 1991). Από αυτά τα

δεδομένα προκύπτει ότι η αντίληψη ελέγχου ενδέχεται να επηρεάζει και τη σωματική και την ψυχική υγεία.

Η επίδραση της αντίληψης ελέγχου στη σωματική υγεία έχει θεωρηθεί θετική από πολλούς ερευνητές και, παρ' όλο που δεν έχει εξηγηθεί επαρκώς από ένα μηχανισμό, έχει σχετισθεί με τη μείωση της διέγερσης του κεντρικού νευρικού συστήματος, με την ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος, με τη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή και με την υιοθέτηση συμπεριφορών υγιεινής (Macrodimitris & Endler, 2001; Shapiro, Schwartz, & Astin, 1996; Taylor, Kemeny, Reed, Bower, & Gruenewald, 2000). Όχι μόνον η αντίληψη ελέγχου πάνω σε μία νόσο αλλά επίσης και η αντίληψη ελέγχου πάνω σε προβλήματα που απορρέουν από μια σοβαρή χρόνια νόσο, όπως σωματικά συμπτώματα και συναισθηματικά και εργασιακά προβλήματα, έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με καλύτερη σωματική υγεία (Drossman et al., 2000; Pakenham & Rinaldis, 2001).

Η αντίληψη ελέγχου περαιτέρω συμβάλλει και στην ψυχική υγεία αφού ικανοποιεί την ανθρώπινη ανάγκη για χειρισμό του περιβάλλοντος, κατοχή και κυριαρχία και προστατεύει την αυτοεκτίμηση και την αίσθηση αυτονομίας. Ο τρόπος σκέψης του γενικού πληθυσμού χαρακτηρίζεται από μια γνωστική προκατάληψη υπέρ της αντίληψης ελέγχου, δηλαδή μια τάση για αυταπάτη ελέγχου ή για αισιοδοξία (Taylor & Brown, 1988). Τα καλά προσαρμοσμένα άτομα έχει βρεθεί ότι τείνουν να υπερτιμούν τον έλεγχο που διαθέτουν και να υποτιμούν την ευαλωτότητα στον κίνδυνο (Shapiro et al., 1996). Κάποιοι ερευνητές έχουν αποδώσει σε αυτά τα ευρήματα την εξήγηση ότι τουλάχιστον ένας βαθμός αντίληψης ελέγχου είναι απαραίτητος για τη διατήρηση της αυτοεικόνας και της αυτοεκτίμησης και είναι προσαρμοστικός ακόμα και όταν δεν είναι ρεαλιστικός, αφού φιλτράρει τις αρνητικές πληροφορίες ώστε να κωδικοποιούνται ως λιγότερο απειλητικές (Taylor

& Brown, 1988; Taylor et al., 2000). Από αυτήν την άποψη, η υποκειμενική αντίληψη ελέγχου θεωρείται ως πιο σημαντική για την προσαρμογή από ό,τι η αντικειμενική δυνατότητα ελέγχου (Endler, Macrodimitris, & Kocovski, 2000).

Η σχέση της αντίληψης ελέγχου με την ψυχική υγεία αποδεικνύεται και αντίστροφα με τις μελέτες που συσχετίζουν την έλλειψη ελέγχου με την ψυχική δυσφορία. Βασικό κλινικό πρόβλημα σε πολλές ψυχικές διαταραχές, όπως οι αγχώδεις διαταραχές, η κατάθλιψη, οι εξαρτήσεις από ουσίες και οι διαταραχές της σίτισης, είναι η έλλειψη ή η δυσκολία σχηματισμού της αντίληψης ελέγχου (Beck & Emery, 1985; Clark & Fairburn, 1997). Η επανειλημμένη έκθεση του ατόμου σε ανεξέλεγκτα γεγονότα και η απόδοση των στρεσογόνων γεγονότων σε ανεξέλεγκτα αίτια συμβάλλουν στην αίσθηση του αβοήθητου (αβοηθησίας), όπου το άτομο αισθάνεται ανίσχυρο, θεωρεί τις προσπάθειές του μάταιες, παραιτείται και αποσύρεται. Αυτή η έλλειψη αντίληψης προσωπικού ελέγχου μειώνει τις προσπάθειες αντιμετώπισης που απαιτούνται για την προσαρμογή και σχετίζεται με την κατάθλιψη (Peterson & Seligman, 1984). Αντίθετα, οι προσπάθειες του ατόμου να αποκτήσει και να διατηρήσει μια αίσθηση ελέγχου στη ζωή του λειτουργούν προστατευτικά εναντίον της κατάθλιψης (Maciejewski, Prigerson, & Mazure, 2000).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, όσο περισσότερος έλεγχος γίνεται αντιληπτός πάνω σε ένα στρεσογόνο γεγονός, τόσο λιγότερη δυσφορία προκαλείται από το γεγονός ή αλλιώς τόσο καλύτερα τα αποτελέσματα για την προσαρμογή. Αυτή είναι η άποψη που υποστηρίζει τον πρωταρχικό ρόλο της αντίληψης ελέγχου στην προσαρμογή, που υποστηρίζει δηλαδή μια άμεση γραμμική σχέση ανάμεσα στην αντίληψη ελέγχου και στα θετικά αποτελέσματα (Thompson, Collins, Newcomb, & Hunt, 1996; Thompson et al., 1998).

Αντίληψη Ελέγχου σε Συνάρτηση με το Πλαίσιο Αναφοράς

Αν και υπάρχουν αρκετά δεδομένα που υποστηρίζουν τον πρωταρχικό ρόλο της αντίληψης ελέγχου στην προσαρμογή, αυτή δεν έχει επιβεβαιωθεί από όλες τις σχετικές μελέτες. Υπάρχουν αντιφατικά ευρήματα που υποδεικνύουν ότι η αντίληψη ελέγχου μπορεί κατά περίπτωση να μη συμβάλλει στη μείωση του στρες ή ακόμα μπορεί και να το αυξάνει. Ενώ κάποιες μελέτες συσχετίζουν την αντίληψη άσκησης ελέγχου με καλύτερη ψυχική διάθεση (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis 1986), κάποιες άλλες δεν βρίσκουν συσχετισμό ανάμεσα στην αντίληψη της ελεγχιμότητας και στην ψυχική υγεία (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, et al., 1986; Pakenham, 1999). Άλλοι ερευνητές έχουν βρει ότι τα άτομα που εκτίμησαν μια κατάσταση ως αναστρέψιμη, άρα ελέγξιμη, παρουσίαζαν κατάθλιψη, ενώ τα άτομα που εκτίμησαν μια κατάσταση ως κάτι που δεν αλλάζει και πρέπει να γίνει αποδεκτό ήταν λιγότερο καταθλιπτικά (Forsythe & Compas, 1987; Vitaliano, DeWolfe, Maiuro, Russo, & Katon, 1990). Περαιτέρω, ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι η αυξημένη αντίληψη ελέγχου σχετίζεται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο, με κατεσταλμένη ανοσοποιητική λειτουργία, με αυξημένο άγχος και με αυτοκατηγορία (Astin et al., 1999; Cheng, 2001; Shapiro et al., 1996).

Συμπληρωματικά προς τα παραπάνω είναι τα ευρήματα από καταστάσεις όπου τα άτομα είναι απρόθυμα να ασκήσουν έλεγχο ή οικειοθελώς παραχωρούν τον έλεγχο σε τρίτους. Σε καταστάσεις όπου το άτομο αντιλαμβάνεται ότι δεν διαθέτει μια αντίδραση ικανή να του εξασφαλίσει ότι το στρες θα κρατηθεί στα χαμηλότερα δυνατά επίπεδα και παράλληλα αντιλαμβάνεται ότι η αντίδραση κάποιου άλλου είναι περισσότερο ικανή να τον προστατέψει από το στρες, τότε συχνά επιλέγει να εκχωρήσει τον έλεγχο σε αυτόν τον ισχυρότερο τρίτο (Burger, 1989; Miller, 1979). Συνεπάγεται ότι όταν το άτομο δεν μπορεί να ελέγξει το ίδιο την κατάσταση, η

προσωπική εμπλοκή του μπορεί να αυξάνει αντί να μειώνει τη βίωση της δυσφορίας. Ορισμένοι ερευνητές έχουν υποστηρίξει ότι ο προσωπικός έλεγχος είναι προσαρμοστικός μόνο εάν είναι απαραίτητος για να προκύψει θετικό αποτέλεσμα και εάν διευκολύνει, προωθεί και δεν μειώνει τις πιθανότητες επιθυμητού αποτελέσματος (Carver et al., 2000).

Επίμονες προσπάθειες άσκησης ελέγχου, όταν η πραγματικότητα δεν το επιτρέπει, έχει βρεθεί ότι προκαλούν αισθήματα ματαιώσης, απογοήτευσης και ότι ενδέχεται να οδηγήσουν σε κατάθλιψη. Όπως η υποτίμηση του ελέγχου μπορεί να οδηγήσει στην αβοηθησία και στην κατάθλιψη, εξίσου και η υπερτίμηση του ελέγχου μπορεί να οδηγήσει σε διάψευση της προσδοκίας και συνεπώς σε απογοήτευση και αυτοκατηγορία (Thompson, 1993). Το άτομο που αντιλαμβάνεται περισσότερο έλεγχο από αυτόν που πραγματικά διαθέτει, διατρέχει τον κίνδυνο να αναλάβει την υπευθυνότητα για γεγονότα που δεν είναι στον έλεγχο του, συνεπώς να καταναλώσει ενέργεια σε μάταιους στόχους, να κατηγορήσει υπερβολικά τον εαυτό του σε περίπτωση αποτυχίας, και επιπλέον να μείνει απροετοίμαστος για το ενδεχόμενο της αποτυχίας (Shapiro et al., 1996; Thompson, 1993). Συνεπώς, η υπερεκτίμηση ή η μη ακριβής αντίληψη της δυνατότητας ελέγχου, ή αλλιώς η αναντιστοιχία ανάμεσα στον πραγματικό και στον αντιλαμβανόμενο έλεγχο, καταλήγει σε δυσκολία προσαρμογής (Folkman, 1984).

Αντίθετα λοιπόν προς την άποψη υπέρ της πρωταρχικότητας του ελέγχου και υπέρ της αυταπάτης ελέγχου, διατυπώνεται η άποψη υπέρ της ρεαλιστικής αντίληψης του ελέγχου, που υποστηρίζει ότι η γνωστική διαστρέβλωση των διαθέσιμων ορίων ελέγχου μακροπρόθεσμα οδηγεί σε άστοχες και δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές (Colvin & Block, 1994). Σύμφωνα με αυτήν την τελευταία άποψη, η αντίληψη ελέγχου είναι προσαρμοστική μόνο όταν περιέχει έναν

πυρήνα αλήθειας, δηλαδή όταν ρεαλιστικά υπάρχει μια πλευρά του προβλήματος που μπορεί να ελεγχθεί. Πέρα από ένα σημείο όπου η άσκηση ελέγχου είναι απίθανη, η αντίληψη ελέγχου καταντά δυσπροσαρμοστική (Taylor, Helgeson, Reed, & Skokan, 1991).

Συνεπώς, η αντίληψη ελέγχου δεν αποδεικνύεται πάντα βοηθητική και επιθυμητή, παρά μόνο εάν είναι συμβατή με τις πραγματικές συνθήκες. Η σύγχυση που επικρατεί στη βιβλιογραφία ως προς την αποτελεσματικότητα της αντίληψης ελέγχου υποδηλώνει ότι η σχέση ελέγχου και προσαρμογής δεν είναι πάντα γραμμική αλλά ρυθμίζεται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κατάστασης (Roussi, Miller, & Shoda, 2000). Η σύγχυση αυτή ερμηνεύτηκε από ορισμένους θεωρητικούς ως στενότητα ορισμού της έννοιας του ελέγχου και προτάθηκαν εναλλακτικοί ορισμοί που προβλέπουν διαφορετικές μορφές αντίληψης ελέγχου σε διαφορετικές καταστάσεις (Rothbaum, Weisz, & Snyder, 1982).

Η σχετική με τον έλεγχο βιβλιογραφία έχει δεχθεί την κριτική ότι αναφέρεται σχεδόν αποκλειστικά στην αντίληψη προσωπικού ελέγχου, δηλαδή στην αντίληψη του ατόμου ότι το ίδιο προσωπικά μπορεί να κάνει κάτι για να αλλάξει την υπάρχουσα πραγματικότητα. Αυτός ο ορισμός αποτελεί το κυρίαρχο παράδειγμα ελέγχου στη σύγχρονη ψυχολογική έρευνα, όπου η δράση του ατόμου κατέχει μια προτεραιότητα πολιτιστικά καθορισμένη (Astin et al., 1999; Shapiro et al., 1996). Η αντίληψη προσωπικού ελέγχου αναφέρεται σε μια μορφή άμεσου ή πρωτογενούς ελέγχου που στοχεύει στην αλλαγή της ίδιας της πηγής ή της αιτίας μιας κατάστασης. Στην έννοια του άμεσου, προσωπικού ή πρωτογενούς ελέγχου αντιπαρατέθηκε ο έμμεσος έλεγχος, δηλαδή η άσκηση ελέγχου όχι μέσω της αλλαγής της πραγματικότητας αλλά μέσω της προσαρμογής ή της συμμόρφωσης με την υπάρχουσα πραγματικότητα (Rothbaum et al., 1982; Thompson, 1993).

Ο έμμεσος έλεγχος διακρίνεται (α) σε δευτερογενή, που αναφέρεται σε εναλλακτικούς τρόπους άσκησης ελέγχου πέρα από τον προσωπικό, και (β) σε αναπληρωματικό, που αναφέρεται σε εναλλακτικούς τομείς άσκησης του ελέγχου πέρα από την κύρια πηγή ή αιτία του προβλήματος. Μορφές δευτερογενούς ελέγχου είναι ο προγνωστικός, που ασκείται μέσω της πρόβλεψης και της πρόληψης ενός αρνητικού αποτελέσματος, ο ερμηνευτικός, που ασκείται μέσω της απόδοσης νοήματος και της κατανόησης του προβλήματος, και ο έλεγχος μέσω τρίτων, που ασκείται μέσω σχέσεων με τρίτα πρόσωπα που μπορούν να επηρεάσουν τα πράγματα (Rothbaum et al., 1982). Μορφές αναπληρωματικού ελέγχου είναι οι προσπάθειες αλλαγής ή συμμόρφωσης στις συνέπειες ή στα αποτελέσματα που απορρέουν από την κύρια πηγή ή αιτία του προβλήματος, παραδείγματος χάριν, άσκηση ελέγχου πάνω στα συναισθήματα που προκαλούνται από το πρόβλημα (Thompson, 1993).

Παρ' όλο που οι έννοιες του δευτερογενούς και του αναπληρωματικού ελέγχου δεν είναι ταυτόσημες, και οι δύο εστιάζονται στην προσπάθεια απόκτησης ελέγχου μέσω της προσαρμογής ή της συμμόρφωσης στην υπάρχουσα πραγματικότητα (Roussi, 2002). Η κοινή ιδέα στις δύο έννοιες είναι ότι το άτομο σε συνθήκες χαμηλού προσωπικού ελέγχου θα αναζητήσει άλλες μορφές εναλλακτικού ελέγχου προκειμένου να διατηρήσει μια συνολική αντίληψη ελέγχου (Rothbaum et al., 1982; Thompson, 1993). Εάν το άτομο επιμένει να διατηρήσει άμεσο προσωπικό έλεγχο μολονότι η πραγματικότητα δεν το επιτρέπει, τότε η προσπάθεια γίνεται αναποτελεσματική. Σε αυτήν την περίπτωση, μπορεί να διατηρηθεί έμμεσος έλεγχος μέσω της συμμόρφωσης με τους αντικειμενικούς περιορισμούς που ισχύουν (Folkman, 1984). Για παράδειγμα, με την εγκατάλειψη μιας μάταιης προσπάθειας επιτυγχάνεται δευτερογενής προγνωστικός έλεγχος που προστατεύει από την

αποτυχία ή με την αποδοχή του μη αναστρέψιμου επιτυγχάνεται δευτερογενής ερμηνευτικός έλεγχος που προστατεύει από την απογοήτευση (Astin et al., 1999; Shapiro et al., 1996).

Συμπεραίνεται ότι εάν η πιθανότητα θετικού αποτελέσματος σε έναν τομέα είναι χαμηλή, π.χ. στον έλεγχο της πορείας μιας νόσου, τότε η στροφή σε άλλους τομείς άσκησης ελέγχου, όπως πάνω στα συμπτώματα και στα συναισθήματα που προκύπτουν από τη νόσο, μπορεί να είναι καλύτερος προγνωστικός παράγοντας προσαρμογής. Έχει υποστηριχθεί ότι αυτό ισχύει γιατί στην προσπάθειά τους για προσαρμογή τα άτομα αναζητούν αυτούς τους τομείς όπου υπάρχει ακόμα η δυνατότητα θετικού αποτελέσματος (Carver et al., 2000). Αυτή η άποψη είναι συμβατή με το αλληλεπιδραστικό μοντέλο για το στρες, το οποίο προβλέπει ότι η κάθε στρεσογόνα κατάσταση εμπεριέχει διαφορετικές πλευρές με διαφορετική ελεγχιμότητα (Folkman, 1984).

Η έννοια του έμμεσου ή εναλλακτικού ελέγχου εξηγεί μια σειρά ευρημάτων. Για παράδειγμα, σε σοβαρά χρόνια προβλήματα υγείας όπου ο προσωπικός έλεγχος της ίδιας της εξέλιξης της νόσου είναι περιορισμένος, όπως στον καρκίνο και στο σύνδρομο επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας, η αντίληψη αναπληρωματικού ελέγχου πάνω στις συνέπειες που απορρέουν από τη νόσο, όπως πάνω στα καθημερινά συμπτώματα και στα συναισθήματα, έχει σχετισθεί με χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας και γενικά καλύτερη προσαρμογή (Thompson, Nanni, & Levine, 1994; Thompson, Sobolew-Shubin, Galbraith, Schwankovsky, & Cruzen, 1993). Συνεπάγεται ότι όταν ο προσωπικός έλεγχος της ίδιας της εξέλιξης της νόσου περιορίζεται από την πραγματικότητα σε χαμηλά επίπεδα, τότε η αντίληψη αναπληρωματικού ελέγχου των συνεπειών της νόσου λειτουργεί υποστηρικτικά για την προσαρμογή.

Παρόμοια αποτελέσματα έχουν βρεθεί σε προβλήματα υγείας χαμηλής ελεγχιμότητας, όπως σε τελικού σταδίου νεφροπάθειες. Συγκεκριμένα, όσο η βαρύτητα της νόσου αυξάνεται, η προσπάθεια του ασθενούς να ελέγξει ο ίδιος τη θεραπεία του σχετίζεται με χειρότερα αποτελέσματα από ό,τι η παράδοση του ελέγχου στο ιατρικό προσωπικό. Συνεπάγεται ότι σε προχωρημένη βαρύτητα της νόσου, η άσκηση προσωπικού ελέγχου φαίνεται να επιβαρύνει τον ασθενή, ενώ η παραχώρηση του ελέγχου στους ειδικούς επιτρέπει μια έμμεση, δευτερογενή μορφή άσκησης ελέγχου (Eitel, Hatchett, Friend, Griffin, & Wadhwa, 1995).

Όμως η αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου μέσω του ιατρικού προσωπικού δεν έχει αποδειχθεί αποτελεσματική σε κάθε περίπτωση, αλλά ιδιαίτερα όταν οι ειδικοί μπορούν πραγματικά να ασκήσουν έλεγχο, όταν δηλαδή η αντίληψη είναι ρεαλιστική. Σε προβλήματα υγείας που έχουν τα περιθώρια να βελτιωθούν μέσω της ειδικής παρέμβασης του ιατρικού προσωπικού, όπως σε καρκίνο του μαστού με καλή πρόγνωση (Taylor et al., 1991) και σε καρδιοπάθειες που είναι εγχειρήσιμες (Helgeson, 1992), η αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου έχει σχετισθεί με καλύτερη προσαρμογή. Αντίθετα, σε ασθενείς με φτωχή πρόγνωση (Taylor et al., 1991) ή σε ασθενείς που δεν αντιμετωπίζονται με ιατρική επέμβαση (Helgeson, 1992), όπου δηλαδή η αντίληψη ελέγχου μέσω των ειδικών δεν είναι ρεαλιστική, τότε αυτή η αντίληψη δεν φαίνεται να βοηθάει στην προσαρμογή. Επίσης σε καρδιοπαθείς έχει βρεθεί ότι η αντίληψη αναπληρωματικού ελέγχου πάνω στην επιλογή της θεραπείας είναι προσαρμοστική όταν η θεραπεία αποβεί επιτυχής και αντίθετα μη προσαρμοστική όταν η θεραπεία καταλήξει σε αποτυχία, π.χ. όταν εμφανίζεται υποτροπή ενός καρδιακού επεισοδίου (Helgeson, 1999).

Τα αμφίσημα αποτελέσματα των ερευνών για την αντίληψη ελέγχου παραπέμπουν σε παρόμοια ευρήματα στο χρόνιο πόνο, όπου έχει βρεθεί ότι μόνο σε

χαμηλά επίπεδα βαρύτητας του πόνου η αντίληψη ελέγχου σχετίζεται με καλύτερο επίπεδο καθημερινής λειτουργικότητας. Στον έντονο πόνο, όπου δηλαδή γίνεται πραγματικά ανεξέλεγκτος, η εκτίμηση ότι μπορεί να ελεγχθεί δεν αποδεικνύεται ωφέλιμη (Jensen & Karoly, 1991). Η αρνητική επίδραση της μη ρεαλιστικής αντίληψης ελέγχου μπορεί να λειτουργεί με δύο μηχανισμούς. Από τη μια, η προσδοκία ελέγχου διαψεύδεται από την αντικειμενική βαρύτητα του προβλήματος που το καθιστά ανεξέλεγκτο και αυτή η διάψευση προκαλεί γνωστική αντίφαση και απογοήτευση. Από την άλλη, η μη ρεαλιστική αντίληψη των ορίων ελέγχου οδηγεί σε άστοχες αντιδράσεις αντιμετώπισης ενώ παράλληλα αποπροσανατολίζει από αυτές που θα ήταν οι πιο πρόσφορες για την προσαρμογή στα υπάρχοντα δεδομένα (Tennen, Affleck, Urrows, Higgins, & Mendola, 1992).

Συμπερασματικά, η σχέση ανάμεσα στην αντίληψη ελέγχου και στην προσαρμογή είναι περισσότερο περίπλοκη και λιγότερο γραμμική από ό,τι υποστηρίζουν οι μελέτες υπέρ της πρωταρχικότητας του ελέγχου. Εάν η πρωτογενής πηγή του στρες δεν επιδέχεται αλλαγή, τότε οι προσπάθειες για άμεσο προσωπικό έλεγχο αποβαίνουν αναποτελεσματικές και οι εναλλακτικές ή έμμεσες μορφές ελέγχου ενδέχεται να εξασφαλίζουν καλύτερο αποτέλεσμα (Roussi, 2002; Thompson, 2002, 1993). Επομένως, σε χρόνιες και σοβαρές απειλές για την υγεία, όπου η πραγματικότητα περιορίζει τη δυνατότητα άσκησης προσωπικού ελέγχου, τα ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι εναλλακτικές μορφές ελέγχου, δηλαδή η αντίληψη δευτερογενούς και αναπληρωματικού ελέγχου, λειτουργούν υποστηρικτικά για την προσαρμογή (Thompson et al., 1998).

Η Έννοια της Ευελιξίας στην Αντίληψη Ελέγχου

Το σύνολο των παραπάνω αντιφατικών ευρημάτων για τον έλεγχο καταλήγει στη σχετική αποτελεσματικότητα των αντιλήψεων ελέγχου σε συνάρτηση με το πλαίσιο αναφοράς: διαφορετικές μορφές ελέγχου ενδέχεται να είναι προσαρμοστικές σε διαφορετικές καταστάσεις. Η αντίληψη ελέγχου ενδέχεται να αυξάνει ή να μειώνει την ψυχική δυσφορία ανάλογα με το πόσο πρόσφορη είναι στις δεδομένες συνθήκες. Άρα η προσαρμοστικότητα των αντιλήψεων ελέγχου εξαρτάται από το πλαίσιο αναφοράς και ιδιαίτερα από την ελεγχσιμότητα της κατάστασης. Συγκεκριμένα σε καταστάσεις χαμηλής ελεγχσιμότητας όπως προκύπτει από τα παραπάνω, οι αντιλήψεις δευτερογενούς και αναπληρωματικού ελέγχου φαίνονται να είναι προσαρμοστικές.

Συνεπάγεται ότι η προσαρμοστικότητα δεν καθορίζεται από το βαθμό του διαθέσιμου προσωπικού ελέγχου αλλά από την ικανότητα του ατόμου να διακρίνει ανάμεσα σε καταστάσεις που μπορούν να αλλάξουν και επιτρέπουν τις προσπάθειες για άμεσο, προσωπικό έλεγχο και σε καταστάσεις που πρέπει να γίνουν αποδεκτές και απαιτούν προσπάθειες για έμμεσο, δευτερογενή ή αναπληρωματικό έλεγχο (Cheng, 2003, 2001; Roussi, 2002). Με άλλα λόγια, η προσαρμοστικότητα καθορίζεται από την ευελιξία στην γνωστική εκτίμηση της κατάστασης: η ευέλικτη γνωστική εκτίμηση είναι αυτή που αντανακλά τις πραγματικές στρεσογόνες συνθήκες, δηλαδή μπορεί να ορισθεί ως η διαμόρφωση αντίληψης προσωπικού ελέγχου σε ελεγχόμενες καταστάσεις και η διαμόρφωση αντίληψης δευτερογενούς ή και αναπληρωματικού ελέγχου σε μη ελεγχόμενες ή σε χαμηλής ελεγχσιμότητας καταστάσεις (Roussi et al., 2000; Roussi, 2002). Παραδείγματα ευέλικτης γνωστικής εκτίμησης βρίσκονται σε χρόνιες παθήσεις όπου οι ασθενείς καταφέρνουν να διατηρούν μια συνολική αίσθηση ελέγχου βασιζόμενοι σε εναλλακτικές μορφές

ελέγχου. Παραδείγματος χάριν, ασθενείς με συστηματική σκλήρυνση (Malcarne & Greenbergs, 1996), με καρκίνο και με επίκτητη ανοσοποιητική ανεπάρκεια (Taylor et al., 1991) έχει βρεθεί ότι διατηρούν μια μέτρια συνολική αντίληψη ελέγχου της κατάστασης τους, παρ' όλο που τα περιθώρια να επηρεάσουν τη νόσο είναι πολύ μικρά. Ενώ δηλαδή ο προσωπικός έλεγχος της νόσου είναι 'αντικειμενικά' χαμηλός, οι ασθενείς βρίσκουν τρόπους να περισώσουν μια συνολική αντίληψη ελέγχου που προέρχεται από τον έλεγχο ορισμένων πλευρών της νόσου, όπως από αναπληρωματικό έλεγχο συγκεκριμένων συμπτωμάτων ή από αναπληρωματικό έλεγχο των συνακόλουθων συναισθημάτων ή από δευτερογενή έλεγχο μέσω καλής σχέσης με το θεραπευτικό προσωπικό (Malcarne & Greenbergs, 1996; Taylor et al., 1991).

Υπάρχουν ατομικές διαφορές στην ευελιξία της γνωστικής εκτίμησης, δηλαδή ορισμένα άτομα διαφοροποιούν την αντίληψή τους ανάλογα με τις δεδομένες συνθήκες, ενώ άλλα άτομα έχουν ένα γενικευμένο τρόπο αντίληψης, δηλαδή αντιλαμβάνονται αδιακρίτως όλες τις καταστάσεις ως ελεγχόμενες ή ως μη ελεγχόμενες (Cheng, 2003, 2001; Chiu, Hong, Mischel & Shoda, 1995; Shapiro et al., 1996). Το γνωστικό - συναισθηματικό μοντέλο της προσωπικότητας προβλέπει σταθερές ατομικές διαφορές στο βαθμό που τα άτομα είναι ικανά να αντιλαμβάνονται την ιδιαιτερότητα της δεδομένης κατάστασης και να διαμορφώνουν αντιλήψεις ελέγχου συμβατές με το πλαίσιο αναφοράς, ώστε να διακρίνουν ανάμεσα σε καταστάσεις που μπορούν να αλλάξουν και σε καταστάσεις που πρέπει να γίνουν αποδεκτές (Chiu et al., 1995; Mischel & Shoda, 1995).

Αυτές οι ατομικές διαφορές δείχνουν ότι υπάρχουν ατομικά μοτίβα αντίληψης ελέγχου που σχετίζονται με την προσαρμογή (Astin et al., 1999; Shapiro et al., 1996). Τα ευέλικτα στη γνωστική εκτίμηση άτομα είναι ικανά να σχηματίζουν

συνδυασμούς αντιλήψεων ανάμεσα στον ενεργητικό, άμεσο, έλεγχο που στοχεύει στην αλλαγή της κατάστασης και στον υποχωρητικό, εναλλακτικό, έλεγχο που στοχεύει στην αποδοχή της κατάστασης (Roussi et al., 2000; Roussi, 2002). Παραδείγματος χάριν, σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού βρέθηκε ότι καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή οκτώ μήνες μετά τη διάγνωση παρουσίαζαν αυτές που συνδύαζαν την επιθυμία να ασκούν προσωπικό έλεγχο μαζί με την αποδοχή της κατάστασης τους, ενώ οι ασθενείς με τη χειρότερη προσαρμογή ήταν αυτές που είχαν υψηλή επιθυμία για έλεγχο μαζί με χαμηλή αποδοχή (Astin et al., 1999). Συμπεραίνεται ότι μια αναπληρωματική μορφή ελέγχου που απορρέει από την αποδοχή της κατάστασης ενδέχεται να εξισορροπεί την ανάγκη για έλεγχο, ενώ η έλλειψή της ενδέχεται να εκμηδενίζει τα οφέλη του προσωπικού ελέγχου. Τα άτομα που επιτυγχάνουν έναν ισορροπημένο συνδυασμό και μια ευέλικτη κατά περίπτωση εναλλαγή ανάμεσα στην προσπάθεια για αλλαγή και στη συνειδητή αποδοχή των δεδομένων της πραγματικότητας φαίνονται καλύτερα προσαρμοσμένα από τα άτομα που διατηρούν γενικευμένες αντιλήψεις ελέγχου αδιακρίτως των δεδομένων συνθηκών (Roussi, 2002; Shapiro et al., 1996).

Αντιμετώπιση του Στρες

Κατά το αλληλεπιδραστικό μοντέλο του στρες, το δεύτερο στάδιο στη στρεσογόνα σχέση ανάμεσα στο άτομο και στο περιβάλλον είναι η αντιμετώπιση του στρες, δηλαδή οι γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες του ατόμου να ελέγξει, να μειώσει ή να αντέξει τις εσωτερικές ή και εξωτερικές απαιτήσεις που προκύπτουν κατά τη συναλλαγή με το στρεσογόνο παράγοντα και επιβαρύνουν τα αποθέματά του (Folkman, 1984). Όπως και στο πρώτο στάδιο της γνωστικής εκτίμησης έτσι και στο δεύτερο της αντιμετώπισης, το μοντέλο είναι δυναμικό, δηλαδή ασχολείται με τη διαδικασία της συναλλαγής ατόμου – περιβάλλοντος καθώς αυτή εξελίσσεται σε δεδομένο χωρικό και χρονικό πλαίσιο (Lazarus, 1993). Η αντιμετώπιση βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με το πλαίσιο αναφοράς, δηλαδή με την εκτίμηση των απαιτήσεων και των αποθεμάτων στις δεδομένες συνθήκες της κατάστασης. Η διακύμανση στην αντιμετώπιση αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό στις ατομικές εκτιμήσεις για το ποιά είναι η απειλή στη δεδομένη περίπτωση (πρωτογενής εκτίμηση του στρες) και για το τί μπορεί να γίνει για την απειλή (δευτερογενής εκτίμηση του στρες) (Folkman, 1984; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, et al., 1986).

Η αντιμετώπιση παίζει μεσολαβητικό ρόλο ανάμεσα στο στρες και στην προσαρμογή πραγματοποιώντας δύο λειτουργίες. Από τη μια, είναι η επίλυση του προβλήματος, που στοχεύει στην αλλαγή της στρεσογόνας κατάστασης, στην αναστροφή της πηγής ή αιτίας της απειλής. Από την άλλη, είναι η ρύθμιση του συναισθήματος, που στοχεύει όχι στην αλλαγή των εξωτερικών συνθηκών αλλά στην αλλαγή του αρνητικού συναισθήματος που προκύπτει από αυτές. Οι νοητικοί και συμπεριφορικοί τρόποι που επιστρατεύονται για αυτούς τους σκοπούς

ονομάζονται στρατηγικές αντιμετώπισης και κατηγοριοποιούνται αντίστοιχα προς τις δύο αυτές λειτουργίες (Folkman, 1992).

Στην πράξη οι δύο αυτές λειτουργίες δεν εμφανίζονται απομονωμένες. Έχει βρεθεί ότι συνήθως και τα δύο είδη στρατηγικών επιστρατεύονται από το άτομο, είτε ταυτόχρονα είτε διαδοχικά, κατά την αντιμετώπιση μιας στρεσογόνας κατάστασης (Folkman, 1992). Η ταυτόχρονη και συνδυαστική χρήση και των δύο ειδών αντιμετώπισης προβλέπεται θεωρητικά από το μοντέλο, επειδή κάθε στρεσογόνα κατάσταση θεωρείται ότι είναι πολύπλευρη, προκαλεί ποικιλία πιέσεων με διαφορετική ελεγχιμότητα σε διάφορους τομείς και απαιτεί ποικιλία αντιδράσεων (Folkman, 1984). Άρα, φαινομενικά αντίθετες στρατηγικές επιτρέπεται να συνυπάρχουν στην αντιμετώπιση του ίδιου προβλήματος (Lazarus, 1993). Συνεπώς, η παράλληλη δράση στρατηγικών επίλυσης του προβλήματος και ρύθμισης του συναισθήματος δεν αλληλοαποκλείεται αλλά σε κάποιες περιπτώσεις ενδέχεται να διευκολύνει και σε άλλες να παρεμποδίζει τη μεμονωμένη δράση της κάθε μιας από αυτές (Compas, Connor, Osowiecki, & Welch, 1997; Smith, Wallston, Dwyer, & Dowdy, 1997; Stanton & Franz, 1999). Για παράδειγμα, η θετική επανεκτίμηση, η συναισθηματική έκφραση και η απόσπαση της προσοχής, παρ' όλο που κατατάσσονται στις στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος, συνδυάζονται συχνά με την ενεργητική επίλυση του προβλήματος (Cohen, 2002; Smith et al., 1997; Stanton, Kirk, Cameron, & Danoff-Burg, 2000) και η συνδυαστική χρήση τους έχει βρεθεί ότι προωθεί τη θετική επίδραση αυτών των στρατηγικών στην προσαρμογή: ένας πιθανός μηχανισμός είναι ότι συμβάλλοντας στη συναισθηματική ρύθμιση διευκολύνουν την ανάληψη δράσης (Compas et al., 1997; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, et al., 1986; Stanton, Danoff-Burg, et al., 2000; Stanton, Kirk, et al., 2000). Από αυτές τις παρατηρήσεις συνεπάγεται ότι η διχοτόμηση είναι

αυθαίρετη: η κάθε στρατηγική μπορεί να λειτουργεί και ανεξάρτητα και συνδυαστικά και η λειτουργία της υπερβαίνει τη γενική διχοτόμηση ανάμεσα σε επίλυση του προβλήματος και ρύθμιση του συναισθήματος (Folkman, 1992; Stanton & Franz, 1999). Συμπεραίνεται ότι η εξέταση της αντιμετώπισης πρέπει να γίνεται συνυπολογίζοντας περισσότερες διαστάσεις ή κάνοντας νέες διακρίσεις μεταξύ των στρατηγικών οι οποίες να εξηγούν καλύτερα το αποτέλεσμα (Austefeld & Stanton, 2004; Compas et al., 1997; Smith et al., 1997).

Πραγματικά, οι σύγχρονες έρευνες υποδεικνύουν την ανάγκη λεπτότερων διακρίσεων κατά την ταξινόμηση των στρατηγικών. Πρόσφατα, μια ευρύτερη διάκριση έχει προταθεί από τον Compas και τους συνεργάτες του ανάμεσα σε (α) στρατηγικές προσέγγισης, προσπάθειες δηλαδή που φέρνουν το άτομο σε επαφή με το πρόβλημα, είτε είναι συμπεριφορικές (επίλυση προβλήματος), είτε είναι ψυχολογικές προσπάθειες (γνωστική-συναισθηματική επεξεργασία), και σε (β) στρατηγικές αποδέσμευσης, προσπάθειες δηλαδή που απομακρύνουν το άτομο από το πρόβλημα, είτε πρόκειται για συμπεριφορική (παραίτηση), είτε για ψυχολογική αποδέσμευση (απόσπαση της προσοχής, άρνηση). Οι ίδιοι ερευνητές έχουν προτείνει μια επιπλέον διάκριση ανάμεσα σε προσπάθειες αντιμετώπισης (α) εκούσιες, δηλαδή προσπάθειες συνειδητά κατευθυνόμενες προς ένα στόχο, και (β) ακούσιες, δηλαδή αυτόματες αντιδράσεις χωρίς συνειδητό έλεγχο. Τα πρόσφατα δεδομένα υποστηρίζουν ότι οι δύο αυτές νέες διακρίσεις προβλέπουν καλύτερα την προσαρμογή από ό,τι η διάκριση ανάμεσα σε στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος και ρύθμισης του συναισθήματος (Compas et al., 1997; Osowiecki & Compas, 1999; Wadsworth et al., 2004).

Ως προς τη σχέση των στρατηγικών με την προσαρμογή, το αλληλεπιδραστικό μοντέλο δεν διακρίνει σε καλές και κακές στρατηγικές αλλά

μάλλον σε κατάλληλες και ακατάλληλες ανάλογα με τους στόχους και τις ανάγκες που καθορίζει το πλαίσιο αναφοράς. Αντιμετώπιση θεωρείται η όποια προσπάθεια διαχείρισης των επιδράσεων του στρες ανεξάρτητα από την επιτυχία της. Η αποτελεσματικότητα των στρατηγικών δεν είναι εγγενής (Folkman, 1984). Η κάθε στρατηγική είναι δυναμικά προσαρμοστική ανάλογα με το πόσο ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις και στα αποθέματα των δεδομένων συνθηκών (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, et al., 1986). Οι νεότερες έρευνες έχουν μεταφέρει το ενδιαφέρον τους από την ιεράρχηση των στρατηγικών σε προσαρμοστικές και μη στη διερεύνηση της καταλληλότητας ή της συμβατότητας της κάθε στρατηγικής στο δεδομένο πλαίσιο όπου εξετάζεται (Austenfeld & Stanton, 2004; Cheng, 2001; Stanton & Franz, 1999).

Μέτρηση της Αντιμετώπισης

Ο τρόπος μέτρησης της αντιμετώπισης είναι ένα μεθοδολογικό πρόβλημα που παρεμβάλλεται ανάμεσα στον ορισμό της έννοιας και στα ευρήματα για την προσαρμογή. Το σημαντικότερο ίσως μεθοδολογικό θέμα είναι ότι υπάρχουν πολλά διαφορετικά εργαλεία μέτρησης που υπάγουν τις στρατηγικές σε διαφορετικά ταξινομικά συστήματα, τα οποία δεν είναι πάντα άμεσα συγκρίσιμα (Smith et al., 1997). Ο εννοιολογικός ορισμός και η κατηγοριοποίηση των στρατηγικών διαφέρουν από το ένα σύστημα στο άλλο, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η γενίκευση των συμπερασμάτων μεταξύ των ερευνών. Η κατηγοριοποίηση που χρησιμοποιείται ως επί το πλείστον στις έρευνες που ακολουθούν το αλληλεπιδραστικό μοντέλο του στρες είναι η διάκριση των στρατηγικών σύμφωνα με το στόχο που έχει η λειτουργία τους σε (α) στρατηγικές που στοχεύουν στην επίλυση του προβλήματος, και (β) σε στρατηγικές που στοχεύουν στη ρύθμιση του συναισθήματος (Folkman, 1992). Πολλές όμως από τις έρευνες που αναφέρονται

στη ρευματοειδή αρθρίτιδα χρησιμοποιούν μια άλλη κατηγοριοποίηση που βασίζεται στο μοντέλο του χρόνιου πόνου. Αυτή διακρίνει τις στρατηγικές σε (α) ενεργητικές, δηλαδή σε προσπάθειες του ατόμου να ελέγχει τον πόνο του και να συνεχίζει να λειτουργεί παραβλέποντας τον πόνο, και σε (β) παθητικές, δηλαδή σε αντιδράσεις παραίτησης από την άσκηση ελέγχου και απόσυρσης ή περιορισμού της λειτουργικότητας εξαιτίας του πόνου (Manne & Zautra, 1992). Παρ' όλο που οι έννοιες δεν είναι ταυτόσημες, υπάρχει μια αντιστοιχία ανάμεσα σε επίλυση προβλήματος και ενεργητικές στρατηγικές και ανάμεσα σε ρύθμιση του συναισθήματος και παθητικές στρατηγικές στο τρόπο που έχουν χρησιμοποιηθεί από τους ερευνητές (Affleck et al., 1999; Brown, Nicassio & Wallston, 1989; Manne & Zautra, 1992; Smith & Wallston, 1992; Zautra, Hamilton, & Burke, 1999). Για το λόγο αυτό, στη βιβλιογραφική ανασκόπηση της παρούσας εργασίας ευρήματα και από τα δύο μοντέλα χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά. Η κατηγοριοποίηση όλων των στρατηγικών που αναφέρονται σε αυτήν την εργασία παρατίθεται στους Πίνακες 1 και 2.

Ένα δεύτερο μεθοδολογικό θέμα που προκύπτει στη μέτρηση της αντιμετώπισης είναι σε ποιες στρεσογόνες καταστάσεις εφαρμόζονται οι στρατηγικές, ποιό είναι δηλαδή το πλαίσιο στο οποίο αναφέρονται οι ερωτήσεις. Έχει αποδειχθεί ότι όταν οι στρατηγικές εξετάζονται με τη μορφή της γενικής προδιάθεσης, (όπου δηλαδή ερωτάται το τί συνηθίζει να κάνει το άτομο γενικά όταν αντιμετωπίζει στρες), παρουσιάζουν χαμηλότερη αξιοπιστία από ό,τι όταν αναφέρονται στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων. Έχει βρεθεί ότι ανάμεσα σε αυτό που ισχυρίζονται θεωρητικά οι άνθρωποι ότι κάνουν συνήθως και σε αυτό που πραγματικά κάνουν σε δεδομένη περίπτωση υπάρχει μικρός συσχετισμός (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Lazarus, 1993). Οπότε

εγκυρότερα συμπεράσματα για την αντιμετώπιση συνάγονται εάν αυτή εξετάζεται χωριστά για κάθε πρόβλημα ή για κάθε τομέα του προβλήματος (Folkman, 1984). Συγκεκριμένα στις έρευνες για τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, αλλού γίνεται διάκριση ανάμεσα σε οξεία και σε χρόνια προβλήματα προς αντιμετώπιση και αλλού όχι. Επιπλέον, αλλού η αντιμετώπιση αναφέρεται στη νόσο γενικά, αλλού αναφέρεται σε συγκεκριμένα προβλήματα σε ειδικούς τομείς και αλλού οι στρατηγικές στοχεύουν μόνο στην αντιμετώπιση του πόνου (Manne & Zautra, 1992). Το πλαίσιο αναφοράς λοιπόν είναι διαφορετικό από έρευνα σε έρευνα και πιθανά μη συγκρίσιμο. Όπως προκύπτει από το αλληλεπιδραστικό μοντέλο, οι διάφοροι στρεσογόνοι παράγοντες που προκύπτουν από τη νόσο γίνονται αντιληπτοί διαφορετικά και απαιτούν διαφορετική αντιμετώπιση (Folkman, 1992). Άρα, ορισμένες στρατηγικές ενδέχεται να έχουν εφαρμογή μόνο σε ορισμένες καταστάσεις, οπότε τα δεδομένα σχετικά με την επίδραση τους δεν μπορούν να γενικεύονται στην αντιμετώπιση όλων των προβλημάτων.

Ένα τρίτο μεθοδολογικό πρόβλημα στη μέτρηση της αντιμετώπισης είναι η επικάλυψη ορισμένων εργαλείων μέτρησης με την ψυχική δυσφορία. Ορισμένες κλίμακες αξιολόγησης στρατηγικών εμπεριέχουν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, άρα συγχέονται με το αποτέλεσμα που υποτίθεται ότι προβλέπουν, την ψυχική δυσφορία, και έτσι εμποδίζεται η εξαγωγή συμπερασμάτων ως προς την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών (Austenfeld & Stanton, 2004; Endler & Parker, 1990; Manne & Zautra, 1992; Stanton, Danoff-Burg, Cameron, & Ellis, 1994). Παραδείγματος χάριν, οι περισσότερες κλίμακες που προορίζονται να αξιολογήσουν στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος περιορίζονται στην εξέταση της αποφυγής ή της συναισθηματικής εκτόνωσης. Έχουν λοιπόν επικριθεί μεθοδολογικά ότι εξετάζουν ως επί το πλείστον αντιδράσεις που συγχέονται με

ψυχολογικά συμπτώματα και συνεπώς συσχετίζονται θετικά με τη δυσφορία (Carver et al., 1989; Endler & Parker 1990; Stanton et al., 1994). Πιο πρόσφατες έρευνες, οι οποίες χρησιμοποιούν εργαλεία που μετρούν ενεργητικές και συνειδητές προσπάθειες ρύθμισης του συναισθήματος μέσω της ψυχολογικής προσέγγισης και της ψυχολογικής επεξεργασίας του προβλήματος, βρήκαν ότι αυτές οι μορφές συναισθηματικής ρύθμισης έχουν εντελώς διαφορετικά αποτελέσματα για την προσαρμογή (Austenfeld & Stanton, 2004; Stanton & Franz, 1999; Stanton, Kirk, et al., 2000).

Πίνακας 1

Κατηγοριοποίηση των Στρατηγικών κατά το Αλληλεπιδραστικό Μοντέλο του Στρες

Στρατηγικές Επικεντρωμένες στην Επίλυση του Προβλήματος

Λήψη μέτρων για την επίλυση του προβλήματος ή για τη μείωση των αρνητικών επιπτώσεων του προβλήματος

Σχεδιασμός για την αντιμετώπιση του προβλήματος

Αναβολή άλλων δραστηριοτήτων, δηλαδή η παραμέληση άλλων θεμάτων τα οποία παρεμποδίζουν την επίλυση του συγκεκριμένου προβλήματος

(συνέχεια πίσω)

Αυτοσυγκράτηση, δηλαδή η προσπάθεια του ατόμου να περιμένει την κατάλληλη στιγμή για να δράσει

Αναζήτηση Πληροφοριών

Στρατηγικές Επικεντρωμένες στη Ρύθμιση του Συναισθήματος

Αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης

Θετική επανεκτίμηση, δηλαδή η προσπάθεια του ατόμου να βρει κάτι το θετικό στην εμπειρία

Αποδοχή, δηλαδή η προσπάθεια του ατόμου να μάθει να ζει με το πρόβλημα χωρίς να παραιτείται από την προσπάθεια επίλυσής του

(συνέχεια πίσω)

Στρατηγικές Επικεντρωμένες στη Ρύθμιση του Συναισθήματος

Στροφή προς τη θρησκεία, δηλαδή η προσπάθεια του ατόμου να βρει ανακούφιση στη θρησκευτική πίστη

Συναισθηματική εκτόνωση, δηλαδή η εστίαση στην έκφραση των συναισθημάτων

Άρνηση, δηλαδή η αντιμετώπιση του προβλήματος σα να μην υπάρχει ή να μην είναι αληθινό

Νοητική αποδέσμευση, δηλαδή η προσπάθεια του ατόμου να αποσπάσει την προσοχή του από το συγκεκριμένο θέμα

Συμπεριφορική αποδέσμευση, δηλαδή η παραίτηση σε επίπεδο συμπεριφοράς ή η μείωση της προσπάθειας για την επίλυση του προβλήματος

(συνέχεια πίσω)

Στρατηγικές Επικεντρωμένες στη Ρύθμιση του Συναισθήματος

Χρήση ουσιών, οινοπνευματωδών και ναρκωτικών, για την ανακούφιση του συναισθήματος

Χρήση του χιούμορ, δηλαδή η προσπάθεια του ατόμου να διασκεδάσει την όλη κατάσταση

Συναισθηματική έκφραση και επεξεργασία, δηλαδή η προσπάθεια του ατόμου να προσεγγίσει τα συναισθήματα του για να τα επεξεργαστεί ψυχολογικά

Πίνακας 2

Κατηγοριοποίηση των Στρατηγικών κατά το Μοντέλο του Χρόνιου Πόνου

Ενεργητικές Στρατηγικές, δηλαδή οι προσπάθειες του ατόμου να ελέγχει τον πόνο του και να συνεχίσει να λειτουργεί παραβλέποντας τον πόνο

Διατήρηση της δραστηριότητας

Παράβλεψη ή υποτίμηση του πόνου

Απόσπαση της προσοχής από τον πόνο

Προσπάθειες μείωσης του πόνου

Χαλάρωση – Γυμναστική

(συνέχεια πίσω)

Παθητικές Στρατηγικές, δηλαδή οι αντιδράσεις παραίτησης του ατόμου από την προσπάθεια να ελέγξει τον πόνο και οι αντιδράσεις απόσυρσης και περιορισμού της λειτουργικότητας εξαιτίας του πόνου

Μείωση της δραστηριότητας – Αύξηση της ανάπαυσης

Περιορισμός των κοινωνικών δραστηριοτήτων – Απόσυρση

Εξάρτηση από τους άλλους για βοήθεια

Λήψη παυσίπονων για άμεση αποφυγή του πόνου

Αυτοκατηγορία – Αυτοκριτική

Η Αποτελεσματικότητα της Αντιμετώπισης στην Προσαρμογή

Ως προς την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης, στη βιβλιογραφία έχει επικρατήσει μια αξιολογική διχοτόμηση ανάμεσα σε επίλυση προβλήματος και ρύθμιση του συναισθήματος ή σε ενεργητική και παθητική. Η ενεργητική αντιμετώπιση με την οποία το άτομο παραμένει απασχολημένο με την επίλυση του προβλήματος θεωρείται ότι συμβάλλει στην προσαρμογή. Αντίθετα, η παθητική αντιμετώπιση που εστιάζεται στην ανακούφιση ή στην εκτόνωση του συναισθήματος και στην αποφυγή του προβλήματος θεωρείται τροχοπέδη στην προσαρμογή (Carver et al., 1989; Endler & Parker, 1990, 1994; Epping-Jordan et al., 1999; Kohn, 1996; Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro, & Becker, 1985).

Η ανάληψη δράσης, ο σχεδιασμός και η αναζήτηση πληροφοριών για την επίλυση του προβλήματος έχουν συσχετισθεί αρνητικά με το άγχος, την κατάθλιψη και με άλλους δείκτες ψυχοπαθολογίας ή ψυχικής δυσφορίας. Η νοητική αποδέσμευση (απόσπαση προσοχής), η συμπεριφορική αποδέσμευση (παραίτηση), η άρνηση, η συναισθηματική εκτόνωση και εν μέρει η αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης έχουν συσχετισθεί θετικά με άγχος, κατάθλιψη και με άλλους δείκτες ψυχικής δυσλειτουργίας (Carver et al., 1989; Endler & Parker, 1990, 1994; Vitaliano et al., 1985). Μελέτες αποτελεσματικότητας της αντιμετώπισης στο γενικό πληθυσμό, κυρίως σε υγιείς ενήλικες και σε φοιτητές, επιβεβαιώνουν αυτήν τη διχοτόμηση. Παραδείγματος χάριν, σε τυχαίο δείγμα από την κοινότητα που εξετάστηκε αναφορικά με διαφορετικές στρεσογόνες καταστάσεις της καθημερινότητας σε μια περίοδο έξι μηνών βρέθηκε ότι η ανάληψη δράσης για την επίλυση του προβλήματος σχετιζόταν με την υποκειμενική ικανοποίηση για τα αποτελέσματα (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, et al., 1986) καθώς και με λιγότερα ψυχολογικά συμπτώματα (Folkman, Lazarus, Gruen, et al., 1986), ενώ η

αποφυγή του προβλήματος σχετιζόταν με την έλλειψη υποκειμενικής ικανοποίησης (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, et al., 1986).

Σε χρόνιους ασθενείς επαναλαμβάνονται αυτά τα ευρήματα. Για παράδειγμα, σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού, σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, σκλήρυνση κατά πλάκας, συστηματική σκλήρυνση, επίκτητη ανοσοποιητική ανεπάρκεια και διαβήτη έχει βρεθεί ότι οι στρατηγικές που στοχεύουν στη ρύθμιση του συναισθήματος, όπως η νοητική και συμπεριφορική αποδέσμευση και η συναισθηματική εκτόνωση, σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Ben-Zur, Gilbar, & Lev, 2001; Billings, Folkman, Acree, & Moskowitz, 2000; Carver et al., 1993; Cohen, 2002; Hack & Degner, 1999; Macrodimitris & Endler, 2001; Malcarne & Greenbergs, 1996; Pakenham, 1999; Pakenham & Rinaldis, 2001). Αντίθετα, οι ενεργητικές στρατηγικές που στοχεύουν στην επίλυση του προβλήματος σε πολλές από αυτές τις παθήσεις έχουν συσχετιστεί με χαμηλότερα επίπεδα δυσφορίας (Cohen, 2002; Hack & Degner, 1999; Malcarne & Greenbergs, 1996; Macrodimitris & Endler, 2001; Pakenham, 1999; Pakenham & Rinaldis, 2001).

Αντιμετώπιση σε Συνάρτηση με το Πλαίσιο Αναφοράς

Το σύνολο της βιβλιογραφίας όμως δεν υποστηρίζει ομόφωνα αυτήν τη διχοτόμηση ανάμεσα σε προσαρμοστικές και δυσπροσαρμοστικές ή λειτουργικές και δυσλειτουργικές στρατηγικές, καθώς υπάρχουν αντιφατικές ενδείξεις ως προς την αποτελεσματικότητά τους. Υπάρχουν έρευνες που έχουν μελετήσει στρεσογόνες καταστάσεις στις οποίες δεν ισχύει η παραπάνω διχοτομική αξιολόγηση (Park, Folkman, & Bostrom, 2001; Terry & Hynes, 1998).

Κατ' αρχήν, η προσαρμοστική αξία των στρατηγικών που στοχεύουν στην επίλυση του προβλήματος δεν επιβεβαιώνεται από όλες τις μελέτες. Ορισμένες έρευνες δεν βρίσκουν συσχετισμό ανάμεσα σε αυτές τις στρατηγικές και στην προσαρμογή (Roussi et al., in press; Stanton et al., 2000), παραδείγματος χάριν, όταν το πλαίσιο αναφοράς είναι χρόνιες δυσκολίες και όχι πρακτικά καθημερινά προβλήματα (Mattlin, Wethington, & Kessler, 1990). Άλλες έρευνες βρίσκουν αρνητικό συσχετισμό ανάμεσα σε αυτές τις στρατηγικές και στην προσαρμογή, κυρίως σε καταστάσεις χαμηλής ελεγχιμότητας (Forsythe & Compas, 1987; Terry & Hynes, 1998). Για παράδειγμα, σε χρόνιες παθήσεις που αφήνουν μικρά περιθώρια για ενεργητική παρέμβαση στην εξέλιξη και έκβαση, όπως στον καρκίνο, έχει βρεθεί ότι η χρήση στρατηγικών επίλυσης του προβλήματος, όπως η λήψη μέτρων και ο σχεδιασμός, δεν σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας (Ben-Zur et al., 2001; Carver et al., 1993). Το ιδιαίτερο στρες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με καρκίνο είναι μια κατάσταση την οποία δεν μπορούν να αλλάξουν αλλά πρέπει να δεχθούν και να αντέξουν, όπου συνεπώς οι ενεργητικές προσπάθειες χειρισμού έχουν περιορισμένη επίδραση (Carver et al., 1993).

Παρόμοια, στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου έχει βρεθεί ότι η χρήση ενεργητικών συμπεριφορών, όπως η γυμναστική, η χαλάρωση, η διατήρηση της

δραστηριότητας, συχνά δεν σχετίζονται με σημαντική βελτίωση στην ψυχική και σωματική υγεία, ιδιαίτερα όσο αυξάνεται η ένταση του πόνου (Jensen, Turner, & Romano, 1994; McCracken, 1998). Άρα η αντικειμενική βαρύτητα του προβλήματος ενδέχεται να μετριάξει την αποτελεσματικότητα των ενεργητικών στρατηγικών.

Η σχετική αποτελεσματικότητα των επικεντρωμένων στην επίλυση του προβλήματος στρατηγικών μπορεί να αποδοθεί στην εξάρτησή τους από το πλαίσιο αναφοράς σύμφωνα με το αλληλεπιδραστικό μοντέλο του στρες (Folkman, 1984). Για να έχουν επιτυχές αποτέλεσμα, οι προσπάθειες ενεργητικού χειρισμού του προβλήματος οφείλουν αναγκαστικά να λάβουν υπόψη τις ειδικές συνθήκες, δηλαδή τη φύση και τις απαιτήσεις του προβλήματος (Terry, 1994). Το τί είναι αντικειμενικά εφικτό είναι ρυθμιστικός παράγοντας της προσπάθειας για επίλυση του προβλήματος. Εάν τα περιθώρια που επιτρέπουν οι συνθήκες για δράση είναι μικρά, τότε τα αποτελέσματα της δράσης είναι φτωχά (Covic, Adamson, & Hough, 2000; Evers, Kraaimaat, Geenen, & Bijlsma, 1998). Η χαμηλή ελεγχιμότητα λοιπόν ενός προβλήματος ενδέχεται να μετριάξει την αποτελεσματικότητα των επικεντρωμένων στην επίλυση του προβλήματος στρατηγικών (Roussi et al., 2000).

Αντιφατικά αποτελέσματα παρατηρούνται και ως προς τις στρατηγικές αποδέσμευσης από το πρόβλημα. Οι στρατηγικές που στοχεύουν στη ρύθμιση του συναισθήματος μέσω της αποδέσμευσης από το πρόβλημα φαίνεται ότι σε καταστάσεις χαμηλής ελεγχιμότητας, όπου η ενεργητική αντιμετώπιση έχει περιορισμένη επίδραση, δεν είναι επιζήμιες για την προσαρμογή (Carver et al., 1989; Compas et al., 1997). Για παράδειγμα, σε χρόνια προβλήματα σοβαρής απειλής ή σοβαρής απώλειας, όπως π.χ. στο πένθος θανάτου, όπου δεν απομένει να γίνει τίποτα άλλο παρά να παραιτηθεί κανείς από τις μάταιες προσπάθειες να αντιπαλεύει το γεγονός, η μειωμένη προσπάθεια ή η απουσία προσπάθειας έχει σχετισθεί με

χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας. Άρα οι στρατηγικές αποδέσμευσης ενδέχεται να περιέχουν ένα προσαρμοστικό στοιχείο αποδοχής και συμμόρφωσης στις ανεξέλεγκτες συγκυρίες (Mattlin et al., 1990).

Παρόμοια, στο χρόνιο πόνο, η απόσπαση της προσοχής, η υποτίμηση και η παράβλεψη του πόνου θεωρούνται ενεργητικές μορφές αντιμετώπισης γιατί διευκολύνουν το άτομο να λειτουργεί μαζί με τον πόνο και έχουν υψηλό συσχετισμό με τη θετική επανεκτίμηση και την ανάληψη δράσης (Affleck et al., 1999; Smith et al., 1997; Zautra, Hamilton, & Burke, 1999). Βραχυπρόθεσμα στο οξύ επεισόδιο ή στον έντονο πόνο, όπου η δράση δεν είναι εφικτή, η απόσυρση και η αποχή από δραστηριότητες ενδέχεται να είναι άμεσα βοηθητικές, εφόσον μειώνουν την επώδυνη αίσθηση και πιθανόν προστατεύουν από βλάβες. Εάν όμως η αποφευκτική συμπεριφορά γενικευθεί και στην απουσία του πόνου, μακροπρόθεσμα καταντά δυσλειτουργική και αποτελεί προγνωστικό παράγοντα πόνου και κατάθλιψης (Evers et al., 1998, 2003; VanLankveld, Naering, Van'tPadBosch, & VandePutte, 2000). Περισσότερο προσαρμοστική θεωρείται η ευέλικτη εναλλαγή ανάμεσα σε δράση και αποφυγή της δράσης ανάλογα με τις μεταπτώσεις στη φυσική κατάσταση του ασθενούς (Evers et al., 1998).

Και σε άλλες στρεσογόνες καταστάσεις έχει υποστηριχθεί η σημασία της χρονικής διάρκειας στην αποτελεσματικότητα της αποφυγής. Ενώ υπάρχει ομοφωνία στη βιβλιογραφία ως προς τη μακροπρόθεσμη αρνητική επίδραση των στρατηγικών αποδέσμευσης, βραχυπρόθεσμα σε κάποιες περιπτώσεις η αποφυγή έχει σχετισθεί θετικά με την ψυχική υγεία (Carver et al., 1989; Miller & O'Leary, 1993; Parker & Endler, 1992). Παραδείγματος χάριν, στα πρώτα στάδια του καρκίνου, όταν η εμπειρία της νόσου είναι ακόμα βραχεία, η αποφυγή δεν προβλέπει πάντοτε αύξηση της ψυχικής δυσφορίας. Μακροπρόθεσμα όμως, σε προχωρημένα στάδια, έχει

βρεθεί ότι παρεμποδίζει την προσαρμογή, καθώς δεν επιτρέπει τη συναισθηματική επεξεργασία και την αποδοχή της πραγματικότητας (Manne, Glassman, & Hamel, 2000).

Σε άλλες μελέτες του καρκίνου έχει βρεθεί ότι η απόσπαση της προσοχής, που είναι μια συνειδητή και βραχυπρόθεσμη απομάκρυνση του ατόμου από τα στρεσογόνα ερεθίσματα, σχετίζεται με μειωμένα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας, όταν δεν συνοδεύεται από γενικευμένη αποφυγή της στρεσογόνας κατάστασης, παραίτηση και άρνηση (Roussi, Koutri, Hatzidimitriou, & Krikeli, υπό δημοσίευση). Εάν ο ασθενής δεν αρνείται την πραγματικότητα του προβλήματος αλλά μπορεί επιλεκτικά να απομακρύνεται από αυτό σε κάποιες χρονικές στιγμές, τότε προστατεύεται από αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα και έρχεται σε επαφή με άλλα θετικότερα ερεθίσματα. Συνεπώς, η προσωρινή και εκούσια απομάκρυνση από το πρόβλημα αντιδιαστέλλεται από την παρατεταμένη και ακούσια αποφυγή και κατά περίπτωση λειτουργεί ενεργητικά και προσαρμοστικά (Compas et al., 1997).

Από τα αντιφατικά ευρήματα που αναφέρονται στις στρατηγικές αποδέσμευσης συμπεραίνεται ότι για την καλύτερη προσαρμογή φαίνεται ότι απαιτείται μια ευέλικτη ισορροπία ανάμεσα σε προσέγγιση και αποδέσμευση από το στρες (Evers et al., 1998; Stanton & Franz, 1999). Άρα τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πλαισίου αναφοράς επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών αποδέσμευσης (Roussi et al., 2000).

Αντιφατικά αποτελέσματα παρατηρούνται και ως προς τις στρατηγικές που στοχεύουν στη ρύθμιση του συναισθήματος μέσω της ψυχολογικής προσέγγισης του προβλήματος. Οι στρατηγικές που στοχεύουν στη γνωστική και συναισθηματική επεξεργασία του προβλήματος έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές, ιδιαίτερα σε χαμηλής ελεγχιμότητας καταστάσεις, όπου τα περιθώρια για ενεργητική

αντιμετώπιση ή για διαφυγή είναι περιορισμένα (Park et al., 2001; Terry & Hynes, 1998). Οι στρατηγικές που συμβάλλουν στη μετατροπή του νοήματος του προβλήματος σε λιγότερο στρεσογόνο διευκολύνουν τη συμμόρφωση προς την πραγματικότητα και αποκτούν μεγαλύτερη προσαρμοστική αξία όπου η πραγματικότητα δεν αλλάζει ή δεν μπορεί να αποφευχθεί (Ben-Zur et al., 2001). Παραδείγματος χάριν, σε χρόνια προβλήματα υγείας, όσο η βαρύτητα της νόσου μεγαλώνει, οι προσπάθειες για ενεργητική επίλυση καθώς και οι προσπάθειες για αποφυγή αποτυγχάνουν, αφού, από τη μια, γίνονται όλο και λιγότερο εφικτές και, από την άλλη, παρεμποδίζουν τον ασθενή από άλλες προσπάθειες που μπορεί να είναι περισσότερο παραγωγικές (McCracken, 1998; Schmitz, Saile, & Nilges, 1996). Σε αυτήν την περίπτωση, η προσπάθεια του ασθενούς να αρνηθεί μια πραγματικότητα η οποία δεν μπορεί να αγνοηθεί καταντά αντιπαραγωγική εφόσον, πρώτον, διαψεύδεται συνεχώς από τα γεγονότα και, δεύτερον, καταλήγει σε αποτυχία να ανταποκριθεί στα πραγματικά δεδομένα (Carver et al., 1993). Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι στρατηγικές που συμβάλλουν στη συμμόρφωση του ασθενούς με το μη αναστρέψιμο αποκτούν μεγαλύτερο ρόλο στην προσαρμογή (McCracken, 1998; Schmitz et al., 1996). Η γνωστική και συναισθηματική επεξεργασία μπορεί να οδηγήσει στην αναγνώριση της πραγματικότητας της νόσου και της ανάγκης συμβίωσης μαζί της καθώς και στην αντίληψη του ασθενούς ότι υπάρχουν τρόποι να αντέξει και να χειριστεί τις αντίξοες συνέπειες αυτής της πραγματικότητας. Με αυτόν τον τρόπο προστατεύει τον ασθενή από τις απώλειες και συμβάλλει στη διατήρηση της αυτοεκτίμησης και της υποκειμενικής ικανοποίησης (Evers et al., 2001; Persson, Berglund, & Sahlberg, 1996; Schmitz et al., 1996).

Σε καταστάσεις σοβαρής απειλής ή σοβαρής απώλειας, όπως π.χ. στην αντιμετώπιση του θανάτου, έχει βρεθεί ότι η γνωστική και συναισθηματική

επεξεργασία σχετίζεται με θετικό συναίσθημα και με άλλους δείκτες καλής προσαρμογής (Folkman, 1997; Folkman & Moskowitz, 2000; Taylor et al., 2000; Mattlin et al., 1990). Παραδείγματος χάριν, έχει βρεθεί ότι φορείς του ιού της επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας που προχώρησαν σε γνωστική επεξεργασία του πένθους για τις απώλειες που βίωναν λόγω της νόσου είχαν περισσότερες πιθανότητες να αποδώσουν κάποιο νόημα στην απώλεια και παρουσίαζαν καλύτερους δείκτες ανοσοποίησης και χαμηλότερα επίπεδα θνησιμότητας σε μια διαχρονική μελέτη τριών χρόνων (Bower, Kemeny, Taylor, & Fahey, 1998).

Σε ορισμένες έρευνες για τον καρκίνο, όπου οι στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος βρέθηκαν μη αποτελεσματικές, οι μόνες στρατηγικές που σχετίστηκαν με χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας ήταν αυτές που στόχευαν στην αλλαγή της γνωστικής εκτίμησης της κατάστασης και στην αναπλαισίωση του νοήματος σε λιγότερο αρνητικό, δηλαδή το χιούμορ, η θετική επανεκτίμηση και η αποδοχή (Ben-Zur et al., 2001; Carver et al., 1993). Οι ασθενείς που αποδίδουν κάποιο νόημα ή αναγνωρίζουν κάποιο όφελος από τη νόσο τους έχει βρεθεί ότι υποφέρουν από χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας (Antoni et al., 2001; Cohen, 2002). Σε άλλες έρευνες σε ασθενείς με καρκίνο έχει βρεθεί ότι η συναισθηματική έκφραση και η συναισθηματική επεξεργασία διευκολύνουν τη θετική επανεκτίμηση, την ανάληψη δράσης και την ψυχολογική προσαρμογή (Stanton & Franz, 1999; Stanton, Danoff-Burg, et al., 2000). Παραδείγματος χάριν, ο ασθενής που εκφράζει τα συναισθήματα του από την απώλεια του ελέγχου είναι περισσότερο πιθανό να αρχίσει να διακρίνει τί μπορεί και τί δεν μπορεί να ελέγξει, κι έτσι να κατευθύνει τις προσπάθειες του προς τους στόχους που είναι εφικτοί, ακόμα και να επινοεί εναλλακτικούς τρόπους διατήρησης της αντίληψης του ελέγχου (Stanton, Danoff-Burg, et al., 2000). Ενώ αντίθετα, έχει υποστηριχθεί ότι αναστέλλοντας τη συνειδητή συναισθηματική

επεξεργασία της πραγματικότητας, το άτομο εμποδίζεται να φτάσει στην αποδοχή και τελικά στη συμμόρφωση προς την πραγματικότητα (Manne et al., 2000; Miller, Rodoletz, Schroeder, Mangan, & Sedlacek, 1996).

Και σε άλλες χαμηλής ελεγχιμότητας καταστάσεις, όπως στο χρόνιο πόνο (McCracken, 1998; McCracken et al., 2004; Schmitz et al., 1996) και στις ρευματοπάθειες (Danoff-Burg & Revenson, 2005; Evers et al., 2001; Katz, Flasher, Cacciapaglia, & Nelson, 2001; Persson et al., 1996), η θετική επανεκτίμηση και η αποδοχή λειτουργούν ως ενεργητική συμμόρφωση με την πραγματικότητα και όχι ως παθητική παραίτηση και έχουν σχετισθεί με χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας και σωματικού πόνου και καλύτερους δείκτες ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας. Αυτά τα ευρήματα παραπέμπουν στις έρευνες που υποστηρίζουν ότι οι γνωστικές αλλαγές στις πεποιθήσεις σχετικά με τον πόνο, δηλαδή στο τί σκέφτεται ο ασθενής για τον πόνο του, σχετίζονται με καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία από ό,τι οι αλλαγές στις συμπεριφορές, δηλαδή στο τί κάνει ο ασθενής για τον πόνο του (Jensen et al., 1994; Lorig & Holman, 1993; Turk & Rudy, 1992).

Υπάρχουν όμως ευρήματα που υποδεικνύουν ότι η ψυχολογική προσέγγιση του προβλήματος δεν είναι πάντα ευεργετική για όλους και σε όλες τις καταστάσεις αλλά μόνο κατά περίπτωση ανάλογα με τις συνθήκες του πλαισίου αναφοράς (Stanton & Franz, 1999). Η συναισθηματική έκφραση που παρατείνεται στο χρόνο έχει σχετισθεί μακροπρόθεσμα με αυξημένα επίπεδα δυσφορίας, πιθανόν αντανακλώντας μία ακούσια, καταναγκαστική προσέγγιση που δεν εξελίσσεται σε ουσιαστική επεξεργασία και αποδοχή του προβλήματος (Compas et al., 1997; Roussi et al., υπό δημοσίευση). Υποστήριξη προς αυτήν την ερμηνεία έρχεται από τα πειράματα της συναισθηματικής έκφρασης τραυματικών γεγονότων, όπου έχει

βρεθεί ότι η απλή λεκτική έκφραση των συναισθημάτων δεν είναι επαρκής για την καλύτερη προσαρμογή στο στρες, εάν δεν ακολουθείται από τη γνωστική επεξεργασία που επιτρέπει την ενσωμάτωση και την αφομοίωση της στρεσογόνας εμπειρίας (Lutgendorf & Antoni, 1999). Εξάλλου, η αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης που είναι μια μορφή ψυχολογικής προσέγγισης του προβλήματος παρουσιάζει αντιφατικά αποτελέσματα (Carver et al., 1989). Σε ορισμένες μελέτες σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα δυσφορίας (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, et al., 1986; Affleck et al., 1999), ενώ αλλού δεν συσχετίζεται (Carver et al., 1993; Mattlin et al., 1990) ή συσχετίζεται αρνητικά με τη δυσφορία (Cohen, 2002). Έχει υποστηριχθεί ότι η συναισθηματική εμπλοκή συμβάλλει στην προσαρμογή όταν συνδυάζεται με θετική επανεκτίμηση ή όταν διευκολύνει την ανάληψη δράσης, ενώ συμβάλλει στην αύξηση της δυσφορίας όταν δεν οδηγεί σε γνωστική επεξεργασία ή σε δράση αλλά περιορίζεται σε μία διέξοδο για συναισθηματική εκτόνωση ή σε ιδεομηρυκασμό (Carver et al., 1989; Roussi et al., υπό δημοσίευση; Stanton, Danoff-Burg, et al., 2000).

Από το σύνολο των ευρημάτων σχετικά με τις στρατηγικές ψυχολογικής προσέγγισης συνάγεται ότι οι προσπάθειες που φέρνουν το άτομο σε συνειδητή επαφή με το πρόβλημα με στόχο την ψυχολογική επεξεργασία του προβλήματος συμβάλλουν στην προσαρμογή ιδιαίτερα σε καταστάσεις χαμηλής ελεγχιμότητας, όπου η δυνατότητα για δράση είναι περιορισμένη. Άρα τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πλαισίου αναφοράς μεσολαβούν στη σχέση των στρατηγικών ψυχολογικής προσέγγισης με την προσαρμογή (Roussi et al., 2000).

Από το σύνολο των αντιφατικών ευρημάτων σχετικά με την αποτελεσματικότητα όλων των στρατηγικών φαίνεται ότι η προσαρμογή δεν σχετίζεται απόλυτα ούτε με την προσέγγιση ούτε με την αποφυγή του προβλήματος

αλλά με την ευέλικτη εναλλαγή ανάμεσα σε προσέγγιση και αποφυγή ανάλογα με τις συνθήκες του πλαισίου αναφοράς (Stanton & Franz, 1999).

Η Έννοια της Ευελιξίας στην Αντιμετώπιση

Το σύνολο των παραπάνω αντιφατικών ευρημάτων για την αντιμετώπιση καταλήγει στη σχετική αποτελεσματικότητα των στρατηγικών σε συνάρτηση με το πλαίσιο αναφοράς: διαφορετικές στρατηγικές ενδέχεται να είναι αποτελεσματικές σε διαφορετικές καταστάσεις. Η κάθε στρατηγική ενδέχεται να αυξάνει ή να μειώνει την ψυχική δυσφορία ανάλογα με το πόσο πρόσφορη είναι στις δεδομένες συνθήκες. Άρα η προσαρμοστικότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης εξαρτάται από το πλαίσιο αναφοράς και ιδιαίτερα από την ελεγχσιμότητα της κατάστασης. Συγκεκριμένα σε καταστάσεις χαμηλής ελεγχσιμότητας όπως προκύπτει από τα παραπάνω, οι στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος μέσω της εκούσιας ψυχολογικής προσέγγισης του προβλήματος και μέσω της εκούσιας ψυχολογικής αποδέσμευσης φαίνονται να είναι προσαρμοστικές.

Συνεπάγεται ότι η αποτελεσματικότητα των στρατηγικών δεν προβλέπεται από μια ιεραρχική αξιολόγηση ή από την διχοτόμηση σε στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος και σε στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος. Η προσαρμοστικότητα δεν καθορίζεται από την επιμονή του ατόμου να αλλάζει αδιακρίτως τις καταστάσεις αλλά από την ικανότητα του ατόμου να διακρίνει ανάμεσα σε καταστάσεις που μπορούν αλλάξουν και σε αυτές που πρέπει να γίνουν αποδεκτές και να επιστρατεύει τις κατάλληλες στρατηγικές ανάλογα με τις απαιτήσεις της δεδομένης κατάστασης (Cheng, 2003, 2001; Roussi et al., 2000). Με άλλα λόγια, η προσαρμοστικότητα εξαρτάται από την ευελιξία στη χρήση των στρατηγικών. Η ευελιξία στην αντιμετώπιση χαρακτηρίζεται από τη διάκριση των ειδικών συνθηκών της κατάστασης καθώς και από τη διάκριση των λεπτότερων λειτουργιών των στρατηγικών. Δηλαδή μπορεί να ορισθεί ως η χρήση στρατηγικών συμπεριφορικής προσέγγισης του προβλήματος (ενεργητική επίλυση μέσω της

ανάληψης δράσης) σε ελεγχόμενες καταστάσεις και ως η χρήση στρατηγικών εκούσιας ψυχολογικής προσέγγισης (θετική επανεκτίμηση, αποδοχή, συναισθηματική έκφραση) και εκούσιας ψυχολογικής αποδέσμευσης (απόσπαση της προσοχής) σε μη ελεγχόμενες καταστάσεις (Austenfeld & Stanton, 2004; Compas et al., 1997; Osowiecki & Compas 1999; Stanton, Danoff-Burg, et al., 2000; Wadsworth et al., 2004).

Υπάρχουν ατομικές διαφορές στην ευελιξία της αντιμετώπισης, δηλαδή ορισμένα άτομα διαφοροποιούν την αντίδραση τους ανάλογα με τις δεδομένες συνθήκες, ενώ άλλα άτομα έχουν ένα γενικευμένο τρόπο αντίδρασης ανεξάρτητα από τα χαρακτηριστικά της κατάστασης (Cheng, 2001; Chiu et al., 1995; Shapiro et al., 1996). Το γνωστικό-συναισθηματικό μοντέλο της προσωπικότητας προβλέπει σταθερές ατομικές διαφορές στο βαθμό που τα άτομα είναι ικανά να συμμορφώνουν τις αντιδράσεις τους με το πλαίσιο αναφοράς και να εναλλάσσουν τις στρατηγικές τους ανάλογα με την ελεγχιμότητα της κατάστασης (Chiu et al., 1995; Mischel & Shoda, 1995). Αυτές οι ατομικές διαφορές δείχνουν ότι υπάρχουν ατομικά μοτίβα αντιμετώπισης που σχετίζονται με την προσαρμογή (Cheng, 2003, 2001).

Σχέση Αντίληψης Ελέγχου και Αντιμετώπισης

Όλα τα παραπάνω ευρήματα είναι συμβατά με το αλληλεπιδραστικό μοντέλο για το στρες το οποίο προβλέπει ότι για την ομαλή προσαρμογή στο στρες προϋποτίθεται αντιστοιχία: (α) της αντίληψης της κατάστασης με την πραγματικότητα, και (β) της αντίληψης του ελέγχου που επιτρέπει η κατάσταση με την αντιμετώπισή της (Folkman, 1992). Η αντιστοιχία της αντίληψης της κατάστασης με την πραγματικότητα εξασφαλίζει ότι το άτομο διακρίνει με ακρίβεια ποιά είναι η απειλή και ποιά τα αποθέματά του και χρησιμοποιεί τον κατάλληλο τρόπο ελέγχου στον κατάλληλο τομέα. Η αντιστοιχία της αντίληψης ελέγχου με την αντιμετώπιση εξασφαλίζει ότι το άτομο επιστρατεύει τις κατάλληλες προσπάθειες ανάλογα με την αντίληψη που διαθέτει, δηλαδή αντιδρά σύντονα προς τη σημασία της κατάστασης (Folkman, 1984; Lazarus, 1993).

Εάν ένα στρεσογόνο γεγονός ρεαλιστικά εκτιμάται ως ελέγξιμο, τότε η ακριβής αντίληψη του ελέγχου διευκολύνει την ανάληψη της απαραίτητης δράσης και μεγιστοποιεί έτσι τις πιθανότητες επίλυσης. Εάν ένα στρεσογόνο γεγονός ρεαλιστικά εκτιμάται ως ανεξέλεγκτο, τότε όχι συμπεριφορικοί (ενεργητικοί) αλλά ψυχολογικοί (γνωστικοί - συναισθηματικοί) τρόποι αντιμετώπισης, όπως η θετική επανεκτίμηση του προβλήματος, βελτιώνουν τη συναισθηματική διάθεση και υποστηρίζουν την προσαρμογή. Εάν ένα στρεσογόνο γεγονός γίνεται αντιληπτό ως ανεξέλεγκτο, ενώ στην πραγματικότητα είναι ελέγξιμο, το άτομο είναι πιθανότερο να μην προβεί στις απαραίτητες για την αντιμετώπιση του ενέργειες, κι έτσι αυξάνονται οι πιθανότητες βλάβης ή απώλειας. Παραδείγματος χάριν, ένας ασθενής που εκτιμάει την ασθένειά του ανεξέλεγκτη αποφασίζει να μην συμμετέχει σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα με αποτέλεσμα να επιβαρύνει περισσότερο την κατάσταση

της υγείας του. Εάν ένα στρεσογόνο γεγονός γίνεται αντιληπτό ως ελέγξιμο, ενώ στην πραγματικότητα είναι ανεξέλεγκτο, τότε το άτομο είναι πιθανόν να επιμένει σε απρόσφορες ενέργειες επίλυσης που αποδεικνύονται μάταιες, με συνέπεια να αυξάνεται η δυσφορία ενώ μειώνονται οι πιθανότητες ανοχής και αποδοχής του προβλήματος (Folkman, 1984; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, et al., 1986).

Όπως έχει παρατηρηθεί και όπως προβλέπει εξάλλου το αλληλεπιδραστικό μοντέλο, όλων των ειδών οι στρατηγικές είναι δυνατό να χρησιμοποιούνται παράλληλα ή να εναλλάσσονται κατά την αντιμετώπιση ενός στρες. Η αναλογία όμως ανάμεσα σε στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος και ρύθμισης του συναισθήματος τείνει να αλλάζει ανάλογα με την αντίληψη της ελεγχιμότητας του γεγονότος (Folkman, 1992; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, et al., 1986; Folkman, Lazarus, Gruen, et al., 1986). Όταν η γνωστική εκτίμηση είναι ότι η κατάσταση μπορεί να αλλάξει, δηλαδή υπάρχει υψηλή αντίληψη ελέγχου, τότε αυξάνονται οι τρόποι αντιμετώπισης που στοχεύουν στην επίλυση του προβλήματος. Όταν η γνωστική εκτίμηση είναι ότι η κατάσταση δεν μπορεί να αλλάξει, άρα υπάρχει χαμηλή αντίληψη ελέγχου, τότε αυξάνονται οι τρόποι αντιμετώπισης που στοχεύουν στη ρύθμιση του συναισθήματος, είτε μέσω της αποδέσμευσης είτε μέσω της ψυχολογικής προσέγγισης. Όσο μειώνεται η αντίληψη ελέγχου, τόσο η αντιμετώπιση αποκλίνει από τις προσπάθειες αλλαγής της κατάστασης και στρέφεται προς τις προσπάθειες συμμόρφωσης με την κατάσταση (Compas, Forsythe, & Wagner, 1988; Park, Armeli, & Tennen, 2004; Terry, 1994).

Έχει βρεθεί ότι τα αναστρέψιμα γεγονότα, όπως τα επαγγελματικά, τα οικονομικά, τα οικιακά και άλλα πρακτικά προβλήματα, συσχετίζονται με υψηλότερη χρήση στρατηγικών επικεντρωμένων στην επίλυση του προβλήματος, όπως είναι η ανάληψη δράσης, ο σχεδιασμός δράσης, και η αναζήτηση πληροφοριών

(Carver et al., 1989; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, et al., 1986). Παραδείγματος χάριν, σε παθήσεις όπου υπάρχουν μεγάλα περιθώρια άσκησης προσωπικού ελέγχου μέσω της ενεργητικής συμμετοχής στη θεραπευτική αγωγή, όπως στο διαβήτη τύπου Β, έχει βρεθεί επικρατέστερη η χρήση των στρατηγικών επίλυσης του προβλήματος (Macrodimitris & Endler, 2001). Ενώ αντίθετα τα μη αναστρέψιμα γεγονότα, όπως τα ανεξέλεγκτα προβλήματα υγείας και ο θάνατος, συσχετίζονται με υψηλότερη χρήση στρατηγικών επικεντρωμένων στη ρύθμιση του συναισθήματος, όπως είναι η νοητική αποδέσμευση, η συμπεριφορική αποδέσμευση, η αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης, η θρησκευτική πίστη, η θετική επανεκτίμηση και η αποδοχή (Mattlin et al., 1990; Cheng, Hui, & Lam, 2000). Παραδείγματος χάριν, στην αντιμετώπιση του καρκίνου συχνότερα χρησιμοποιούμενες στρατηγικές έχουν βρεθεί η αποδοχή, η θετική επανεκτίμηση και η στροφή στη θρησκεία (Carver et al., 1993). Σε αντιδιαστολή, καταστάσεις που είναι αμφίσημες ως προς την ελεγχσιμότητα τους, όπως π.χ. τα διαπροσωπικά προβλήματα, έχουν βρεθεί να μην σχετίζονται διαφορεικά με την επιλογή στρατηγικής αλλά να συνδυάζουν στρατηγικές επίλυσης προβλήματος και ρύθμισης του συναισθήματος, όπως είναι η απόσπαση της προσοχής, η ανάληψη δράσης και η θετική επανεκτίμηση (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, et al., 1986; Mattlin et al., 1990). Παραδείγματος χάριν, στις χρόνιες παθήσεις που εξ ορισμού προβάλλουν μια ποικιλία απαιτήσεων σε διάφορους τομείς της ζωής του ασθενούς έχει βρεθεί ότι επικρατεί η συνδυαστική χρήση στρατηγικών επίλυσης του προβλήματος και ρύθμισης του συναισθήματος (Endler, Kocovski, & Macrodimitris, 2001).

Ο γενικός πληθυσμός έχει βρεθεί ότι αντιστοιχεί την αντίληψη ελέγχου που διαθέτει με τις στρατηγικές που χρησιμοποιεί σύμφωνα με τις αρχές του αλληλεπιδραστικού μοντέλου. Συγκεκριμένα, τα υγιή άτομα τείνουν να

χρησιμοποιούν περισσότερες στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος, δηλαδή άμεση ανάληψη δράσης, στις αντιλαμβανόμενες ως ελεγχόμενες καταστάσεις και περισσότερες στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος, όπως τη νοητική αποδέσμευση, τη συμπεριφορική αποδέσμευση, την αποδοχή, και την αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης, στις αντιλαμβανόμενες ως μη ελεγχόμενες καταστάσεις (Cheng et al., 2000). Άτομα με χαμηλά επίπεδα νευρωτισμού χρησιμοποιούν σε μεγάλο βαθμό τις στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος μόνο όταν αντιλαμβάνονται ότι η κατάσταση τους επιτρέπει να ασκήσουν κάποιο βαθμό ελέγχου (Terry, 1994). Εάν δεν υπάρχει ο κατάλληλος συνδυασμός ανάμεσα στην αντίληψη ελέγχου και στην αντιμετώπιση παρεμποδίζεται η ομαλή προσαρμογή στο στρες (Forsythe & Compas, 1987; Vitaliano et al., 1990). Παραδείγματος χάριν, έχει βρεθεί ότι οι στρατηγικές επίλυσης προβλήματος έχουν υψηλότερο συσχετισμό με τη θετική διάθεση όταν χρησιμοποιούνται σε ελεγχόμενα παρά σε μη ελεγχόμενα προβλήματα (Park, Armeli, & Tennen, 2004). Όταν τα άτομα τείνουν να επιλέγουν στρατηγικές που ταιριάζουν περισσότερο στις γενικευμένες πεποιθήσεις τους και όχι στις κατά περίπτωση αντιλήψεις τους σχετικά με τον έλεγχο που διαθέτουν, τότε οι αντιδράσεις τους ενδέχεται να έρθουν σε σύγκρουση με τη δεδομένη πραγματικότητα (Folkman, 1984, 1992).

Ικανότητα Διάκρισης στην Αντίληψη Ελέγχου και στην Αντιμετώπιση

Σύμφωνα με το γνωστικό – συναισθηματικό μοντέλο της προσωπικότητας, αν δύο καταστάσεις διαφέρουν μεταξύ τους, η διακύμανση στη συμπεριφορά του ίδιου ατόμου από τη μια κατάσταση στην άλλη εξαρτάται από την ικανότητα του να αντιλαμβάνεται τις συγκεκριμένες μεταβλητές της κάθε μιας κατάστασης, δηλαδή το ψυχολογικό της νόημα και τις ειδικές απαιτήσεις για αντιμετώπιση, και να ανταποκρίνεται σε αυτές (Mischel & Shoda, 1998). Σταθερές ατομικές διαφορές έχουν βρεθεί στο βαθμό που τα άτομα διαθέτουν αυτήν την ικανότητα να διακρίνουν τις λεπτές διαφορές που προδίδουν το ιδιαίτερο ψυχολογικό νόημα των περιστάσεων και να οργανώνουν ανάλογα τη συμπεριφορά τους (Shoda, 1999). Αυτή η ικανότητα έχει ονομαστεί ικανότητα διάκρισης και έχει σχετιστεί με τη γνωστική επάρκεια, με την κοινωνική νοημοσύνη και με την ψυχική ωριμότητα και ευεξία (Chiu et al., 1995; Mischel & Shoda 1995, 1998; Shoda, 1999).

Η ικανότητα διάκρισης στο στρες αναφέρεται στο βαθμό που τα άτομα διακρίνουν διαφορετικές μορφές ελέγχου και διαφορετικές μορφές αντιμετώπισης ανάλογα με τα ειδικά χαρακτηριστικά της στρεσογόνου κατάστασης. Ικανότητα διάκρισης στην αντίληψη ελέγχου του στρες έχει οριστεί η ικανότητα του ατόμου να διακρίνει τα περιθώρια ελέγχου που ενέχονται στα χαρακτηριστικά της στρεσογόνου κατάστασης και να αναζητεί τις κατάλληλες μορφές ελέγχου (Roussi, 2002). Αυτό σημαίνει ότι το άτομο λαμβάνει υπόψη του τις ιδιαιτερότητες του πλαισίου αναφοράς, δηλαδή τί πηγές ελέγχου και τί αποθέματα αντίδρασης είναι διαθέσιμα, και η αντίληψη του είναι σύμφωνη με αυτές τις ειδικές συνθήκες (Cheng, 2003, 2001). Το άτομο με υψηλή ικανότητα διάκρισης τείνει να σχηματίζει αντίληψη προσωπικού ελέγχου εάν ο ίδιος μπορεί να φέρει κάποια αλλαγή στην κατάσταση, ενώ τείνει να σχηματίζει αντίληψη εναλλακτικών μορφών ελέγχου εάν η κατάσταση

δεν είναι επιδεκτική αλλαγής (Roussi, 2002). Ικανότητα διάκρισης στην αντιμετώπιση του στρες έχει ορισθεί η ικανότητα του ατόμου να επιστρατεύει τις κατάλληλες για την περίπτωση στρατηγικές αντιμετώπισης, δηλαδή να εναλλάσσει τη χρήση των στρατηγικών ανάλογα με την αντίληψη ελέγχου που σχηματίζει για την κάθε κατάσταση (Roussi et al., 2000). Αυτό σημαίνει ότι το άτομο προσαρμόζει ευέλικτα το είδος των αντιδράσεων του στις ιδιαίτερες απαιτήσεις της κατάστασης και στα περιθώρια ελέγχου που αυτές επιτρέπουν (Cheng, 2003, 2001). Το άτομο με υψηλή ικανότητα διάκρισης τείνει να χρησιμοποιεί στρατηγικές επικεντρωμένες στην επίλυση του προβλήματος όταν μπορεί το ίδιο να κάνει κάτι για να αλλάξει η κατάσταση, ενώ τείνει να χρησιμοποιεί στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος όταν η κατάσταση δεν είναι επιδεκτική αλλαγής (Cheng, 2003, 2001; Roussi et al., 2000).

Μελέτες που εξέτασαν την ικανότητα διάκρισης σε αληθινά (Roussi, 2002; Roussi et al., 2000) και πειραματικά (Cheng, 2001) στρεσογόνα γεγονότα που διέφεραν σε ελεγχιμότητα υποστηρίζουν την προσαρμοστική της αξία. Τα άτομα με υψηλή ικανότητα διάκρισης βρέθηκε ότι βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας (Roussi, 2002; Roussi et al., 2000) και αναφέρουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην επίτευξη των στόχων τους από τα υπόλοιπα υποκείμενα (Cheng, 2001). Επίσης βρέθηκε ότι τα άτομα με χαμηλή ικανότητα διάκρισης είχαν χαμηλότερη απόδοση σε στρεσογόνες γνωστικές δοκιμασίες (Cheng, 2001).

Έμμεση υποστήριξη για την προσαρμοστική αξία της ικανότητας διάκρισης προσφέρουν οι έρευνες που έχουν βρει ότι η αδιάκριτη χρήση πολλών στρατηγικών μαζί σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα δυσφορίας. Η τυχαία επιστράτευση κάθε δυνατής προσπάθειας αντιμετώπισης είτε αυξάνει τη δυσφορία είτε προκαλείται από αυξημένη δυσφορία: πιθανόν τα άτομα που βιώνουν εντονότερο στρες

επιστρατεύουν και μεγαλύτερο βαθμό προσπάθειας (Compas et al., 1988; Forsythe & Compas, 1987; Park et al., 2001; Vitaliano et al., 1990). Όμως μόνο η επιλογή της κατάλληλης κατά περίπτωση αντιμετώπισης φαίνεται να έχει αποτέλεσμα (Roussi et al., 2000). Συνεπώς αμφισβητείται η προτεραιότητα του προσωπικού ελέγχου και των ενεργητικών στρατηγικών: ο χαμηλός βαθμός προσωπικού ελέγχου και ενεργητικής επίλυσης του προβλήματος δεν οδηγεί αναγκαστικά σε υψηλότερα επίπεδα δυσφορίας. Η προσαρμογή δεν προσδιορίζεται από το βαθμό του διαθέσιμου ελέγχου ή από το βαθμό της επιμονής στην προσπάθεια, αλλά από τη ρεαλιστική αντίληψη και την ευέλικτη αντιμετώπιση ώστε να ανταποκρίνονται στις ειδικές συνθήκες της στρεσογόνου κατάστασης (Cheng, 2001; Roussi, 2002; Roussi et al., 2000).

Μοτίβα Αντιμετώπισης

Σε στρεσογόνες καταστάσεις που παρατείνονται στο χρόνο, όπως είναι οι χρόνιες παθήσεις, έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα έχουν την τάση να συνδυάζουν στρατηγικές με διαφορετικές λειτουργίες, δηλαδή στρατηγικές προσέγγισης με στρατηγικές αποδέσμευσης ή στρατηγικές επίλυσης προβλήματος με στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος (Endler et al., 2001; Macrodimitris & Endler, 2001). Παραδείγματος χάριν, στην αντιμετώπιση του καρκίνου έχει βρεθεί υψηλός συσχετισμός ανάμεσα στην επίλυση του προβλήματος, στην γνωστική επεξεργασία του προβλήματος και στην αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης (Cohen, 2002). Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι στην ιδανική προσαρμογή εμπλέκεται μια συνεχής διαδικασία εναλλαγής και εξισορρόπησης ανάμεσα σε σταδιακή προσέγγιση και ρυθμιζόμενη αποφυγή του προβλήματος και ανάμεσα σε στρατηγικές επίλυσης με στόχο τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας και σε στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος με στόχο τη συμμόρφωση στην κατάσταση της υγείας (Astin et al., 1999; Endler et al., 2001; Pakenham & Rinaldis, 2001; Sharpe, Sensky, Timberlake, et al., 2001). Παραδείγματος χάριν, στο χρόνιο πόνο, όσο η βαρύτητα του προβλήματος αυξάνει και οι ενεργητικοί χειρισμοί για αλλαγή της πραγματικότητας αποτυγχάνουν, έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς που μειώνουν τις προσπάθειες για αλλαγή και αυξάνουν τις προσπάθειες για συμμόρφωση προς την πραγματικότητα, αυτοί δηλαδή που έχουν την ικανότητα να προσαρμόζουν ευέλικτα τους στόχους τους και τις προσπάθειες τους, είναι καλύτερα προσαρμοσμένοι (Schmitz et al., 1996).

Η ταυτόχρονη και συνδυαστική χρήση διαφορετικών μορφών αντιμετώπισης προβλέπεται θεωρητικά από το αλληλεπιδραστικό μοντέλο: διαφορετικές στρατηγικές αναμένεται να συνυπάρχουν στην αντιμετώπιση του ίδιου προβλήματος, καθώς η αντιμετώπιση είναι μια διαδικασία εξ ορισμού

μεταβαλλόμενη. Η επαρκής αντιμετώπιση προϋποθέτει ένα ευρύ ρεπερτόριο στρατηγικών που να εξασφαλίζει την ποικιλία αντιδράσεων που απαιτείται για να καλυφθούν οι ποικίλες ανάγκες που προκύπτουν από το πλαίσιο αναφοράς (Lazarus, 1993). Συγκεκριμένα, η χρόνια πάθηση εμπεριέχει διαφορετικές στρεσογόνες πλευρές με διαφορετική ελεγχιμότητα που απαιτούν διαφορετική αντιμετώπιση (Folkman, 1984). Παραδείγματος χάριν, στο χρόνιο πόνο είναι τεκμηριωμένο ότι, καθώς η εμπειρία του πόνου εμπεριέχει πολλά στρεσογόνα στοιχεία, κάποια από αυτά ανταποκρίνονται περισσότερο στις παρεμβάσεις και μπορούν να αλλάξουν, ενώ άλλα ανταποκρίνονται λιγότερο και πρέπει να γίνουν αποδεκτά (McCracken, 1998). Συνεπώς, ο συνδυασμός ενεργητικής και παθητικής αντιμετώπισης αποκτά νόημα ανάλογα με το ατομικό πλαίσιο αναφοράς που καθορίζει το κόστος και το όφελος ή τις συνέπειες και τις εναλλακτικές μιας παρέμβασης για τον συγκεκριμένο ασθενή στη συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Γι' αυτό έχει υποστηριχθεί ότι η ιδανική προσαρμογή προϋποθέτει μια συνεχή διαδικασία συγκερασμού της ενεργητικής αντιμετώπισης για αλλαγή της κατάστασης και της υποχωρητικής αντιμετώπισης για αποδοχή της κατάστασης (McCracken, 1998; McCracken et al., 2004).

Ο ιδιαίτερος συνδυασμός στρατηγικών ή αλλιώς το μοτίβο αντιμετώπισης ενδέχεται λοιπόν να διαφοροποιείται ανάμεσα σε διαφορετικές καταστάσεις. Την άποψη αυτήν υποστηρίζουν μελέτες που έχουν διακρίνει διαφορετικά μοτίβα αντιμετώπισης ανάμεσα σε διαφορετικές στρεσογόνες καταστάσεις, παραδείγματος χάριν, ανάμεσα σε διαφορετικά προβλήματα υγείας (Losiak, 2001). Επίσης, υπάρχουν ευρήματα που υποστηρίζουν την ύπαρξη ατομικών διαφορών στη χρήση μοτίβων αντιμετώπισης και επιπλέον υποστηρίζουν τη διαφορική αποτελεσματικότητα αυτών των μοτίβων στην προσαρμογή. Έχουν βρεθεί διακριτές

ομάδες ασθενών που χρησιμοποιούν διακριτούς συνδυασμούς στρατηγικών στην αντιμετώπιση της νόσου και αυτές οι ομάδες διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους ως προς τη δυσφορία που βιώνουν, δείχνοντας ότι κάποιοι συνδυασμοί είναι κατά περίπτωση περισσότερο προσαρμοστικοί (Hack & Degner, 1999; Roussi et al., υπό δημοσίευση). Παραδείγματος χάριν, στον καρκίνο έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς που χρησιμοποιούν περισσότερο τις στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος σε συνδυασμό με την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και παράλληλα χρησιμοποιούν λιγότερο τη συναισθηματική εκτόνωση και τις στρατηγικές ψυχολογικής αποδέσμευσης βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας από αυτούς που χρησιμοποιούν το αντίθετο μοτίβο (Hack & Degner, 1999).

Το Παράδειγμα της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (P.A.) είναι μια χρόνια συστηματική φλεγμονώδης νόσος που προσβάλλει τις αρθρώσεις και εκδηλώνεται με εντόπιση έντονου άλγους, οίδηματος και φλεγμονής των προσβεβλημένων αρθρώσεων καθώς και πρωινή δυσκαμψία, εύκολη κόπωση και αίσθημα γενικευμένης κακουχίας στις περιόδους έξαρσης. Χαρακτηρίζεται από συχνές διακυμάνσεις της κλινικής εικόνας, δηλαδή εξάρσεις και υφέσεις, και ενδέχεται να καταλήξει σε μόνιμες παραμορφώσεις των άκρων χειρών και των άκρων ποδιών λόγω των οστικών διαβρώσεων στις προσβεβλημένες αρθρώσεις. Οι εξάρσεις συμβάλλουν στην έκπτωση της λειτουργικής ικανότητας των ασθενών και πολλές φορές τους καθιστούν ανίκανους να αυτοεξυπηρετηθούν, καταλήγοντας σε σοβαρού βαθμού αναπηρία. Οι εργαστηριακοί δείκτες δεν συμβαδίζουν πάντα με την ενεργότητα της νόσου και δεν είναι προγνωστικοί της βαρύτητας. Η νόσος παραμένει αγνώστου αιτιολογίας και θεραπείας (Klippel, 2003). Έχει συσχετισθεί με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σύγκριση με τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας του γενικού πληθυσμού αλλά και με τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας άλλων χρονίων παθήσεων (Dickens, 2002; Newman & Mulligan, 2000; Penninx et al., 1996; Revenson & Felton, 1989). Η βαρύτητα της νόσου, και κυρίως ο πόνος και η λειτουργική ανικανότητα, σχετίζονται με την αυξημένη ψυχική δυσφορία (Dickens, 2002; Hurwicz & Berkanovic, 1993; Penninx et al., 1996; Soderlin, Hakala, & Nieminen, 2000; Zautra, Smith, Affleck, & Tennen, 2001).

Παρά ταύτα, στο ίδιο επίπεδο βαρύτητας και ενεργότητας της νόσου, κάποιοι ασθενείς επηρεάζονται λιγότερο και διατηρούν σχετικά το προνοσηρό τους επίπεδο λειτουργικότητας, ενώ άλλοι περιορίζουν σημαντικά τον τρόπο ζωής τους,

εμφανίζουν κατάθλιψη και δηλώνουν έντονα ανικανοποίητοι (Evers et al., 1998; Manne & Zautra, 1992; Newman & Mulligan, 2000; Sharpe, Sensky, & Allard, 2001). Συνεπώς, οι εργαστηριακοί δείκτες της βαρύτητας και της ενεργότητας της νόσου συνήθως δεν είναι επαρκείς να προβλέψουν ή να εξηγήσουν τη διακύμανση της ψυχικής δυσφορίας που βιώνουν οι ασθενείς, καθώς εξάλλου δεν εξηγούν επαρκώς το βαθμό του πόνου και της λειτουργικής ανικανότητας που εκδηλώνουν οι ασθενείς (Newman & Mulligan, 2000; Smedstad, Vaglum, Moum, & Kvien, 1997; Wolfe & Hawley, 1993). Η κατάθλιψη και άλλες ψυχολογικές παράμετροι συσχετίζονται ισχυρότερα με τον πόνο και τη λειτουργική ανικανότητα από ό,τι οι εργαστηριακοί και κλινικοί δείκτες ενεργότητας της νόσου (Evers et al., 1998; Haythornthwaite, Menefee, Heinberg, & Clark, 1998; Newman & Mulligan, 2000; Sharpe, Sensky, & Allard, 2001; Turk & Rudy, 1992).

Από αυτό συνεπάγεται ότι ανάμεσα στη νόσο και στην επίδραση της πάνω στον ασθενή φαίνεται να μεσολαβούν ψυχολογικές παράμετροι ή διεργασίες (Evers et al., 2001; Turk & Rudy, 1992). Η σύγχρονη έρευνα έχει μεταφέρει το ενδιαφέρον της από την αναζήτηση μιας ‘αρθριτικής’ προσωπικότητας (Young, 1992), που να συνδέεται με την αιτιοπαθογένεια της νόσου (Anderson, Bradley, Young, McDaniel, & Wise, 1985), στη διερεύνηση αυτών των ψυχολογικών παραμέτρων που μεσολαβούν ανάμεσα στη νόσο και στην επίδραση της πάνω στον ασθενή, όπως είναι οι αντιλήψεις του ασθενούς για τη νόσο και οι τρόποι αντιμετώπισης που επιστρατεύει (Rhee et al., 2000; Sharpe, Sensky, & Allard, 2001). Υποστήριξη για το ρόλο των ψυχολογικών παραμέτρων στη ρευματοειδή αρθρίτιδα παρέχεται και από τις έρευνες ψυχολογικής παρέμβασης που σχεδιάστηκαν για να επιφέρουν θεραπευτικές αλλαγές στις αντιλήψεις και στις στρατηγικές των ασθενών και που συσχετίζουν αυτές τις αλλαγές με βελτιωμένη ψυχική και σωματική υγεία (Lorig &

Holman, 1993; Parker et al., 1995; Rhee et al., 2000; Sharpe, Sensky, Timberlake, et al., 2001).

Από τον παραπάνω αδρό ορισμό γίνεται φανερό ότι είναι πολλές οι στρεσογόνες καταστάσεις στις οποίες υποβάλλει η νόσος τον ασθενή. Οι έρευνες συγκλίνουν στο ότι τα προβλήματα που βιώνονται ως περισσότερο στρεσογόνα και που επιβαρύνουν περισσότερο τα αποθέματα αντιμετώπισης των ασθενών είναι ο πόνος, η λειτουργική ανικανότητα και το άγνωστο ή απρόβλεπτο της εξέλιξης (Katz, 1998; Neville et al., 1999; Sharpe, Sensky, & Allard, 2001). Σε μια μελέτη που ερεύνησε ένα μεγάλο εύρος προβλημάτων που προκαλεί η νόσος, η πλειονότητα των ασθενών ανέφερε ως μεγαλύτερη ανησυχία σε σχέση με τη νόσο την πιθανή μελλοντική επιδείνωση. Αυτή η ανησυχία ξεπερνούσε ακόμα και τους φόβους για τον πόνο και την αναπηρία (Neville et al., 1999). Από αυτό το εύρημα φαίνεται ότι το στρες που προκύπτει από την απρόβλεπτη φύση της νόσου ενδέχεται να επιβαρύνει ψυχολογικά περισσότερο και από αυτό καθαυτό το στρες των σωματικών επιπτώσεων. Συνεπώς η ρευματοειδής αρθρίτιδα προσφέρει ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα για τη μελέτη ενός χρόνιου στρες χαμηλής ελεγχιμότητας.

Σε άλλη μελέτη των προβλημάτων που απορρέουν από τη νόσο σε διαφορετικούς τομείς, βρέθηκε ότι οι ασθενείς θεωρούν ως σημαντικότερο πρόβλημα τον έλεγχο του πόνου, καθώς ο πόνος είναι ένα πρόβλημα που δεν μπορούν να αποφύγουν και που επιτρέπει λιγότερες επιλογές αντιμετώπισης (Minnock, FitzGerald, & Bresnihan, 2003). Συμπερασματικά, ο πόνος βρέθηκε να είναι το πρόβλημα που θεωρούν οι ασθενείς ως το περισσότερο στρεσογόνο και το λιγότερο ελέγξιμο (Giorgino et al., 1994). Ο ίδιος ο πόνος καθώς και η αβεβαιότητα ως προς την εμφάνιση και την εξέλιξη του είναι μια πηγή χρόνιου στρες που επιβαρύνει τα αποθέματα αντιμετώπισης που διαθέτει ο ασθενής (Dickens, 2002;

Zautra et al., 2001). Ο πόνος λοιπόν είναι άλλο ένα στοιχείο που χαρακτηρίζει τη νόσο ως χρόνια στρες χαμηλής ελεγχιμότητας.

Αντίληψη Ελέγχου στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα

Η αντίληψη του ασθενούς με ρευματοειδή αρθρίτιδα για το βαθμό του ελέγχου που μπορεί να ασκήσει πάνω στην κατάστασή του θεωρείται σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για την ψυχολογική του υγεία (Newman & Mulligan, 2000; Rhee et al., 2000; Ryan et al., 2003). Η ρευματοειδής αρθρίτιδα σε σύγκριση με άλλες σοβαρές χρόνιες παθήσεις έχει βρεθεί ότι γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς ως περισσότερο ανεξέλεγκτη και αυτό επηρεάζει αρνητικά την προσαρμογή τους (Felton & Revenson, 1984; Penninx et al., 1996). Οι απρόβλεπτες διακυμάνσεις της νόσου δημιουργούν μια χρόνια έκθεση των ασθενών στο αίσθημα της αβεβαιότητας και στην αντίληψη ότι είναι ανίκανοι να επηρεάσουν ή να ελέγξουν την κατάστασή τους, γεγονός που τους καθιστά περισσότερο επιρρεπείς στην κατάθλιψη (Nicassio, Wallston, Callahan, Herbert, & Pincus, 1985). Η επώδυνη και απρόβλεπτη φύση της ασθένειας, η οποία προοδευτικά μπορεί να οδηγήσει στην αναπηρία, συμβάλλει στη δημιουργία της αντίληψης του ανεξέλεγκτου (Zautra et al., 2001). Ο συσχετισμός της κατάθλιψης στη ρευματοειδή αρθρίτιδα με την αντίληψη έλλειψης ελέγχου της ίδιας της νόσου ή των συνεπειών της είναι ένα εύρημα που έχει επαναληφθεί σε πολλές μελέτες (DeVellis & Blalock, 1992; Smith, Christensen, Peck, & Ward, 1994; Smith & Wallston, 1992). Ο πόνος, η λειτουργική ανικανότητα, καθώς και η χαμηλή προβλεψιμότητα της εμφάνισης και της εξέλιξης τους έχει βρεθεί ότι ενδέχεται να οδηγήσουν μακροπρόθεσμα σε σταθερή αύξηση του αρνητικού συναισθήματος. Συνεπώς αποτελούν πηγές χρόνιου στρες που επιβαρύνουν τα αποθέματα του ασθενούς για αποτελεσματική

αντιμετώπιση (Dickens, 2002; Minnock, FitzGerald, & Bresnihan, 2003; Penninx et al., 1996; Zautra et al., 2001).

Αντίστροφα, οι ασθενείς που πιστεύουν ότι μπορούν να ελέγχουν τη νόσο τους μέσω σημαντικών τρίτων προσώπων, π.χ. μέσω της θεραπείας και της περίθαλψης που παρέχει το ιατρικό προσωπικό, εκδηλώνουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και υψηλότερα επίπεδα θετικού συναισθήματος, (Affleck et al., 1987; Moss-Morris et al., 2002; Ryan et al., 2003). Επίσης, οι ασθενείς που πιστεύουν ότι μπορούν να ελέγχουν τις συνέπειες της νόσου, όπως τον πόνο και τα άλλα συμπτώματα, ιδιαίτερα την κούραση, την περιορισμένη κινητικότητα, και τα αρνητικά συναισθήματα που προκαλούνται από αυτά, έχει βρεθεί ότι εκδηλώνουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και πόνου και υψηλότερα επίπεδα καθημερινής λειτουργικότητας και θετικού συναισθήματος (Barlow, Cullen, & Rowe, 2002; Jordan, Lumley, & Leisen, 1998; Murphy, Dickens, Creed, & Bernstein, 1999; Neville et al., 1999; Scharloo et al., 1998; Lefebvre et al., 1999). Η υψηλή αντίληψη προσωπικού ελέγχου πάνω στα συμπτώματα της νόσου έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα πόνου, λειτουργικής ανικανότητας και κατάθλιψης από ό,τι σχετίζονται οι συμπεριφορικές προσπάθειες για την βελτίωση της υγείας, όπως η γυμναστική και η χαλάρωση (Lorig & Holman, 1993).

Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν μελέτες που δεν επιβεβαιώνουν την ευεργετική επίδραση της υψηλής αντίληψης ελέγχου. Όπως και σε άλλες καταστάσεις χρόνιου πόνου, η βαρύτητα της νόσου και η ένταση του πόνου έχει βρεθεί ότι μετριάζουν τα θετικά αποτελέσματα της υψηλής αντίληψης ελέγχου (Jensen & Karoly, 1991). Συγκεκριμένα, όταν η νόσος είναι βαριά, η υψηλή αντίληψη ελέγχου πάνω στην πορεία και εξέλιξη της νόσου έχει σχετισθεί με υψηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας (Affleck, Tennen, Pfeiffer, & Fifield, 1987). Επίσης, όταν ο πόνος είναι

έντονος, η υψηλή αντίληψη ελέγχου πάνω στον πόνο έχει σχετισθεί με υψηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας (Tennen et al., 1992).

Τα αντιφατικά ευρήματα ως προς την αποτελεσματικότητα της αντίληψης ελέγχου σε άλλες χρόνιες παθήσεις έχουν αποδοθεί στη διάκριση της αντίληψης ελέγχου σε πολλούς διαφορετικούς τομείς ή πλευρές της πάθησης, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο. Όταν η πραγματικότητα περιορίζει τη δυνατότητα του ασθενούς να ασκήσει προσωπικό έλεγχο πάνω στην εξέλιξη της νόσου, τότε οι εναλλακτικές μορφές ελέγχου, όπως ο δευτερογενής έλεγχος μέσω τρίτων ή ο αναπληρωματικός έλεγχος πάνω στις συνέπειες της νόσου, παίζουν σπουδαιότερο ρόλο για την προσαρμογή (Eitel et al., 1995; Thompson et al., 1994). Παρόμοια μπορούν να ερμηνευθούν τα αντιφατικά ευρήματα και στη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Η συγκεκριμένη νόσος λόγω των απρόβλεπτων εξάρσεων επιτρέπει μόνο μερικό έλεγχο στον ασθενή και στο γιατρό του, σε σύγκριση με άλλες χρόνιες παθήσεις, όπως ο διαβήτης και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, που ανταποκρίνονται περισσότερο και στην αυτοφροντίδα και στη φαρμακευτική αγωγή (Felton & Revenson, 1984; Penninx et al., 1996; Macrodimitris & Endler, 2001). Συνεπώς, στο βαθμό ή στους τομείς που η νόσος παύει να είναι ελεγχόμενη, η υψηλή αντίληψη ελέγχου έρχεται σε αντίφαση με την πραγματικότητα και παύει να είναι προσαρμοστική (Fournier, de Ridder, & Bensing, 2002).

Συμπεραίνεται ότι για να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της αντίληψης ελέγχου πρέπει να γίνεται διάκριση ανάμεσα σε διαφορετικές μορφές ελέγχου ή σε διαφορετικούς τομείς άσκησης ελέγχου της P.A. που ενδέχεται να έχουν διαφορετική αποτελεσματικότητα κατά περίπτωση (Haythornthwaite et al., 1998). Έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς με P.A. έχουν διαφορετικές αντιλήψεις ελέγχου αναφορικά με διαφορετικά προβλήματα της νόσου τους (Ryan et al., 2003).

Παραδείγματος χάριν, ο πόνος και οι διαπροσωπικές σχέσεις θεωρούνται λιγότερο ελέγξιμα ενώ οι οικιακές υποχρεώσεις, τα επαγγελματικά και η διαχείριση του ελεύθερου χρόνου θεωρούνται περισσότερο ελέγξιμα (Blalock, DeVellis, Holt, & Hahn, 1993; Cheng, Hui, & Lam, 2000; Giorgino et al., 1994). Επίσης, η εξέλιξη της νόσου θεωρείται ότι υπόκειται περισσότερο στον έλεγχο του θεραπευτικού προσωπικού ενώ τα καθημερινά συμπτώματα θεωρούνται ότι υπόκεινται περισσότερο στον προσωπικό έλεγχο των ασθενών (Affleck et al., 1987). Επιπλέον, οι διαφορετικές αντιλήψεις ελέγχου φαίνεται να έχουν διαφορετική προσαρμοστική αξία στη P.A.. Συγκεκριμένα, η αντίληψη αναπληρωματικού ελέγχου των καθημερινών συμπτωμάτων έχει σχετισθεί με χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας σε ασθενείς με ενεργά συμπτώματα (Affleck et al., 1987). Επίσης, η αντίληψη αναπληρωματικού ελέγχου πάνω στην ιατρική περίθαλψη και την θεραπεία έχει σχετισθεί με θετική διάθεση και καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή ανεξάρτητα από τη βαρύτητα ή την ενεργότητα της νόσου (Affleck et al., 1987). Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν ότι σε μία χρόνια νόσο όπως η P.A., που υποβάλλει τους ασθενείς σε πολλαπλές στρεσογόνες καταστάσεις, οι ασθενείς χρειάζεται να είναι ευέλικτοι στην αντίληψη ελέγχου, δηλαδή χρειάζεται να διακρίνουν τη μορφή του ελέγχου που μπορούν να ασκήσουν στην κάθε πλευρά της νόσου ή τη μορφή του ελέγχου που θα είναι περισσότερο αποτελεσματική στην κάθε πλευρά της νόσου.

Στρατηγικές Αντιμετώπισης στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα

Οι εργαστηριακοί δείκτες βαρύτητας και ενεργότητας της νόσου σε πολλές μελέτες έχουν αποδειχθεί ανεπαρκείς για να προβλέψουν με ακρίβεια την επίδραση της νόσου στον κάθε ασθενή (Evers et al., 1998; Sharpe, Sensky, & Allard, 2001; Wolfe & Hawley, 1993). Οι ατομικές διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ ασθενών

στην επίδραση της νόσου έχουν αποδοθεί, μεταξύ άλλων, και στο μεσολαβητικό ρόλο που παίζει η αντιμετώπιση ανάμεσα στη νόσο και στην προσαρμογή (Newman & Mulligan, 2000; Sharpe, Sensky, Timberlake, et al., 2001). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που αντιδρούν ενεργητικά με στόχο να ελέγχουν την κατάσταση τους ή να διατηρούν το επιθυμητό για αυτούς επίπεδο λειτουργικότητας, αγνοώντας τους περιορισμούς της νόσου, είναι πιθανότερο να είναι περισσότερο προσαρμοσμένοι από αυτούς που αντιδρούν παθητικά, παραιτούνται από τις προσπάθειες και αποσύρονται συμπεριφορικά και συναισθηματικά (Newman & Mulligan, 2000). Οι στρατηγικές που είναι εστιασμένες στη δράση με στόχο τον έλεγχο της νόσου ή του πόνου, δηλαδή οι στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος, κατά το αλληλεπιδραστικό μοντέλο του στρες, ή οι ενεργητικές στρατηγικές, κατά το μοντέλο του χρόνιου πόνου, έχουν θεωρηθεί προσαρμοστικές στη P.A. (Groarke et al., 2004; Hamilton, Zautra, & Reich, 2005; Scharloo et al., 1999; Young, 1992).

Παρά ταύτα, τα ευρήματα για την αποτελεσματικότητα των ενεργητικών στρατηγικών δεν είναι ομόφωνα (Manne & Zautra, 1992). Σε ορισμένες μελέτες οι ενεργητικές στρατηγικές δεν σχετίζονται με την προσαρμογή ή ο συσχετισμός είναι πολύ αδύναμος (Covic et al., 2000; Covic et al., 2003; Smith & Wallston, 1992; Zautra et al., 1995). Συγκεκριμένα, οι συμπεριφορικές προσπάθειες αντιμετώπισης του πόνου, όπως η γυμναστική και η χαλάρωση, και οι προσπάθειες διατήρησης της δραστηριότητας αγνοώντας τον πόνο έχουν σχετισθεί ελάχιστα (Lorig & Holman, 1993) ή καθόλου (Evers et al., 1998; Evers et al., 2003) με την αντίληψη του πόνου, με τη λειτουργική ανικανότητα και με την ψυχική διάθεση. Εξάλλου, η αντιμετώπιση καθημερινών οικιακών υποχρεώσεων με στρατηγικές εστιασμένες στην επίλυση του προβλήματος έχει σχετισθεί με λιγότερη ικανοποίηση από την δραστηριότητα (Giorgino et al., 1994). Επιπλέον, η αντιμετώπιση του πόνου με

στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος έχει σχετισθεί με αρνητική διάθεση τις μέρες που ο πόνος είναι εντονότερος (Keefe et al., 1997). Η ένταση του πόνου έχει βρεθεί να επηρεάζει την επιλογή στρατηγικής (Affleck, et al., 1999) και να ρυθμίζει την αποτελεσματικότητα της στρατηγικής (Affleck, et al., 1992).

Αυτά τα ευρήματα είναι συμβατά με τη βιβλιογραφία για το χρόνιο πόνο, όπου είναι τεκμηριωμένο ότι οι ενεργητικές στρατηγικές χρησιμοποιούνται περισσότερο όταν ο πόνος είναι ελαφρύς (Watkins, Shifren, Park, & Morrell, 1999) και όσο αυξάνεται η ένταση του πόνου δεν σχετίζονται σημαντικά με την προσαρμογή (McCracken, 1998; McCracken et al., 2004). Σε καταστάσεις όπου ο πόνος είναι έντονος ή η αναπηρία και οι βλάβες είναι εκτεταμένες, η παράβλεψη των σωματικών ενδείξεων και η επιμονή στην προσπάθεια ενδέχεται να είναι επιζήμιες για την υγεία (Evers et al., 1998; Smith & Wallston, 1992; Smith et al., 1997). Συνεπώς, το αποτέλεσμα εξαρτάται από την ιδιαίτερη φυσική κατάσταση του ασθενούς (Covic et al., 2000).

Επίσης, τα ευρήματα αυτά είναι συμβατά με το αλληλεπιδραστικό μοντέλο του στρες που θεωρεί ότι η χρήση των στρατηγικών που είναι επικεντρωμένες στην επίλυση του προβλήματος είναι εξαρτημένη από το πλαίσιο αναφοράς (Terry, 1994). Δηλαδή, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του δεδομένου προβλήματος προσδιορίζουν ποιά θα είναι η κατάλληλη και η αποτελεσματικότερη δράση. Όπου τα περιθώρια που επιτρέπει η πραγματικότητα για δράση είναι μικρά, όπως σε έντονο πόνο ή σοβαρή αναπηρία, τότε οι προσπάθειες για δράση θα αποφέρουν φτωχά αποτελέσματα (Park, Armeli, & Tennen, 2004; Park, Folkman, & Bostrom, 2001; Terry & Hynes, 1998).

Αντίθετα, η μακροπρόθεσμη χρήση αποφευκτικών και παθητικών στρατηγικών, όπως είναι η μείωση της δραστηριότητας, η αύξηση της ανάπαυσης, η

κοινωνική απομόνωση, η απόσυρση στη φαντασία, η εξάρτηση από άλλους και η συναισθηματική εκτόνωση, έχει σχετισθεί συστηματικά με αύξηση της ψυχικής δυσφορίας και της αντίληψης του πόνου και με μείωση του επιπέδου της καθημερινής λειτουργικότητας (Affleck et al., 1999; Curtis et al., 2005; Covic et al., 2000, 2003; Evers et al., 1998, 2003; Scharloo et al., 1999; vanLankveld et al., 2000). Οι αρνητικές συνέπειες της χρόνιας αποφευκτικής και παθητικής συμπεριφοράς είναι καλά τεκμηριωμένες στη P.A. και στο χρόνιο πόνο γενικότερα (Brown, Nicassio, & Wallston, 1989; Revenson & Felton, 1989).

Σε αντιδιαστολή, η βραχυπρόθεσμη αποφυγή δεν φαίνεται εξίσου επιζήμια: σε καταστάσεις όπου η βαρύτητα ή η ενεργότητα της νόσου είναι τέτοια που απαγορεύει την ενεργητική αντιμετώπιση, τότε η παθητική αντιμετώπιση βραχυπρόθεσμα έχει κάποια προσαρμοστική αξία. Παραδείγματος χάριν, η απόσυρση και η μείωση της δραστηριότητας ενδέχεται να είναι βοηθητικές βραχυπρόθεσμα, όταν ο πόνος είναι έντονος, εφόσον μειώνουν την επώδυνη αίσθηση. Αλλά εάν αυτή η αποφευκτική συμπεριφορά ενισχυθεί και γενικευθεί ακόμα και στην απουσία του πόνου, μακροπρόθεσμα καταντά δυσλειτουργική (Evers et al., 1998, vanLankveld et al., 2000).

Επιπλέον, η απόσπαση της προσοχής, ως εκούσια και βραχυπρόθεσμη αποφυγή, έχει σχετισθεί με τη χρήση των ενεργητικών στρατηγικών (Affleck et al., 1999; Smith et al., 1997), με χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας βραχυπρόθεσμα (vanLankveld et al., 2000) και με υψηλότερα επίπεδα θετικού συναισθήματος (Smith et al., 1997) ιδιαίτερα σε μέρες με έντονο πόνο (Keefe et al., 1997). Επιπρόσθετα, η παράβλεψη του πόνου έχει σχετισθεί με χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας (Jordan et al., 1998). Αυτά τα ευρήματα είναι συμβατά με τη βιβλιογραφία του χρόνιου πόνου που υποστηρίζει ότι οι στρατηγικές που

λειτουργούν μέσω της παράβλεψης ή της υποτίμησης του πόνου, όπως η απόσπαση της προσοχής, λειτουργούν ενεργητικά και προσαρμοστικά (Zautra et al., 1999).

Εξάλλου, οι στρατηγικές που στοχεύουν στη ρύθμιση του συναισθήματος μέσω της ψυχολογικής προσέγγισης του προβλήματος, όπως η θετική επανεκτίμηση, η συναισθηματική έκφραση και η αποδοχή, αποδεικνύονται σε ορισμένες περιπτώσεις αποτελεσματικές. Συγκεκριμένα, η θετική επανεκτίμηση της νόσου και των συνεπειών της έχει σχετισθεί με τη χρήση των ενεργητικών στρατηγικών (Smith et al., 1997) και με αυξημένο θετικό συναίσθημα (Danoff-Burg & Revenson, 2005; Evers et al., 2001; Persson et al., 1996). Η γνωστική επεξεργασία που στοχεύει στην νοητική αναπαράσταση του πόνου με περισσότερο ουδέτερους όρους έχει σχετισθεί με χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας και αντίληψης του πόνου (Jordan et al., 1998). Ιδιαίτερα σε ασθενείς που βρίσκονται σε έντονο πόνο, όπου η υψηλή αντίληψη ελέγχου του πόνου βρέθηκε ότι δεν είναι βοηθητική, η αναγνώριση οφέλους από την εμπειρία του πόνου έχει σχετισθεί διαχρονικά με καλύτερη προσαρμογή (Tennen et al., 1992).

Η αποδοχή της νόσου και των συνεπειών της έχει σχετισθεί με χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας και αντίληψης του πόνου (Evers et al., 2001; Ramjeet et al., 2005) και με υψηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας συγχρονικά και διαχρονικά (Revenson & Felton, 1989). Μέσω της διεργασίας της αποδοχής, που αντιδιαστέλλεται από την παθητική παραίτηση, οι ασθενείς αναγνωρίζουν την αρνητική πραγματικότητα ότι είναι χρόνια πάσχοντες καθώς και την ανάγκη να προσαρμοστούν σε αυτήν και παράλληλα αντιλαμβάνονται την ικανότητα τους να ζήσουν με αυτήν και να αντέξουν και να χειριστούν τις συνέπειες της (Curtis et al., 2005; Evers et al., 2001; Groarke et al., 2004).

Η συνειδητή έκφραση και η γνωστική και συναισθηματική επεξεργασία των στρεσογόνων σκέψεων και συναισθημάτων στους ασθενείς με Ρ.Α. έχει σχετισθεί διαχρονικά με βελτιωμένη ψυχική διάθεση και καθημερινή λειτουργικότητα (Kelley Lumley, & Leisen, 1997; Tucker, Winkelman, Katz, & Bermas, 1999). Παρά ταύτα, η αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης αλλού έχει σχετισθεί με αυξημένο θετικό συναίσθημα σε μέρες με έντονο πόνο (Keefe et al., 1997) και με καλύτερη καθημερινή λειτουργικότητα (Scharloo et al., 1998) ενώ αλλού έχει σχετισθεί με αυξημένα επίπεδα αντίληψης του πόνου την επόμενη μέρα (Affleck et al., 1999). Έχει υποστηριχθεί ότι η αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης ενδέχεται να ενισχύει αντί να ανακουφίζει τη δυσφορία, όταν συμβάλλει στη μεγέθυνση του προβλήματος μέσω της έμμονης ενασχόλησης (Affleck et al., 1999).

Συμπερασματικά, τα αντιφατικά ευρήματα για την αποτελεσματικότητα όλων των στρατηγικών, και αυτών που είναι επικεντρωμένες στην επίλυση του προβλήματος και αυτών που είναι επικεντρωμένες στη ρύθμιση του συναισθήματος, δείχνουν ότι η προσαρμοστική αξία της κάθε στρατηγικής δεν μπορεί να αξιολογηθεί ανεξάρτητα από τις ιδιαίτερες απαιτήσεις του πλαισίου αναφοράς, δηλαδή από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης στρεσογόνας κατάστασης (Cheng, 2001, 2003; Smith & Wallston, 1996; Smith et al., 1997; Terry & Hynes, 1998). Πραγματικά, οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα έχει βρεθεί ότι εναλλάσσουν τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν για να αντιμετωπίσουν τα διαφορετικά προβλήματα που απορρέουν από τη νόσο και αυτή η εναλλαγή φαίνεται ότι βρίσκεται σε συνάρτηση με τον έλεγχο που αντιλαμβάνονται ότι έχουν πάνω στο κάθε πρόβλημα. Η αντίληψη του πόσο σημαντικό και πόσο ελεγχόμενο είναι ένα συγκεκριμένο πρόβλημα που απορρέει από τη νόσο έχει βρεθεί ότι επηρεάζει την επιλογή της αντίδρασης του ασθενή (Affleck, Urrows, Tennen, & Higgins, 1992; Affleck, et al.,

1999; Blalock et al., 1993; Giorgino et al., 1994; Watkins et al., 1999). Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς με P.A. είναι περισσότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν στρατηγικές επικεντρωμένες στην επίλυση του προβλήματος για να αντιμετωπίσουν προβλήματα που αντιλαμβάνονται ως ελεγχόμενα και στρατηγικές επικεντρωμένες στη ρύθμιση του συναισθήματος για να αντιμετωπίσουν προβλήματα που αντιλαμβάνονται ως μη ελεγχόμενα (Blalock et al., 1993; Cheng et al., 2000; Giorgino et al., 1994; Watkins et al., 1999).

Εξάλλου, οι μελέτες που χαρακτηρίζουν όλες τις επικεντρωμένες στο συναίσθημα στρατηγικές ως δυσπροσαρμοστικές έχουν δεχθεί την ίδια μεθοδολογική κριτική που αναφέρθηκε στο γενικό κεφάλαιο της αντιμετώπισης σε ό,τι αφορά τον ορισμό και τη μέτρηση αυτών των στρατηγικών (Austenfeld & Stanton, 2004; Stanton et al., 1994; Stanton, Kirk, et al., 2000). Οι κλίμακες μέτρησης των στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος συγχέονται με τις κλίμακες μέτρησης της ψυχολογικής δυσφορίας, καθώς το περιεχόμενό τους σε πολλές ερωτήσεις συμπίπτει με αγχώδη ή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Συνεπώς έχουν επικριθεί ότι πρακτικά εξετάζουν μόνο τις δυσπροσαρμοστικές πλευρές της επικεντρωμένης στο συναίσθημα αντιμετώπισης, με τη μορφή της αποφυγής, της παραίτησης ή της απρόσφορης, καταναγκαστικής ενασχόλησης (Manne & Zautra, 1992; Turk & Rudy, 1992). Σε μελέτες όπου οι κλίμακες μέτρησης της επικεντρωμένης στο συναίσθημα αντιμετώπισης περιλαμβάνουν και άλλες μορφές ρύθμισης του συναισθήματος που είναι περισσότερο ενεργητικές και εκούσιες, τα αποτελέσματα είναι διαφορετικά (Smith et al., 1997).

Μοτίβα Αντιμετώπισης στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα

Καθώς η ρευματοειδής αρθρίτιδα ως πηγή χρόνιου στρες υποβάλλει τον ασθενή σε πολλαπλές στρεσογόνες καταστάσεις και θέτει πολλαπλές απαιτήσεις,

όπως αναφέρθηκε και παραπάνω στο γενικό κεφάλαιο για την αντιμετώπιση του στρες, αναμένεται και έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς επιστρατεύουν περισσότερες από μία στρατηγικές στην προσπάθειά τους να ανταποκριθούν στις ανάγκες (Affleck et al., 1992). Κατά συνέπεια, η έρευνα στρέφεται προς την εξέταση συνδυασμών ή μοτίβων διαφορετικών αντιλήψεων και στρατηγικών που συμβάλλουν στην καλύτερη προσαρμογή (Danoff-Burg, Ayala, & Revenson, 2000; Smith et al., 1997). Η ταυτόχρονη χρήση ορισμένων στρατηγικών έχει βρεθεί ότι επιτρέπει τη συμπλήρωση και την προώθηση του αποτελέσματος της μιας από την άλλη, με αποτέλεσμα η συνδυαστική τους επίδραση να είναι διαφορετική από αυτήν που παρατηρείται από τη χρήση των μεμονωμένων στρατηγικών (Danoff-Burg, Ayala, & Revenson, 2000; Smith & Wallston, 1996).

Συγκεκριμένα, η συνδυαστική χρήση δύο παθητικών στρατηγικών, της αποφυγής και της απομόνωσης, έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και χαμηλότερα επίπεδα θετικού συναισθήματος από αυτά που αναμένονται όταν συνυπολογισθεί η ανεξάρτητη επίδραση των δύο αυτών στρατηγικών (Smith & Wallston, 1996). Παρόμοια, η συνδυαστική χρήση της ενεργητικής επίλυσης προβλήματος με τη συναισθηματική εκτόνωση έχει βρεθεί ότι ακυρώνει ή αναστρέφει την αρνητική επίδραση της μεμονωμένης χρήσης της συναισθηματικής εκτόνωσης (Smith & Wallston, 1996).

Επιπλέον, μελέτες ανάλυσης συστάδων έχουν αποκαλύψει διακριτές ομάδες ασθενών που χρησιμοποιούν διακριτά μοτίβα αντιμετώπισης, το καθένα από τα οποία σχετίζεται διαφορετικά με την ψυχολογική προσαρμογή. Για παράδειγμα, ασθενείς που χρησιμοποιούν ταυτόχρονα ενεργητικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση του πόνου μαζί με τη θετική επανεκτίμηση και την απόσπαση της προσοχής (Smith & Wallston, 1996) ή ενεργητικές στρατηγικές μαζί με τη

συναισθηματική έκφραση (Newman, Fitzpatrick, Lamb, & Shipley, 1990) φαίνονται καλύτερα προσαρμοσμένοι από τους ασθενείς που χρησιμοποιούν παθητικές ή αποφευκτικές στρατηγικές μαζί.

Ασθενείς που συνδυάζουν τη θετική επανεκτίμηση και την αποδοχή της νόσου τους μαζί με την ενεργητική αγωνιστικότητα για τον έλεγχο των αρνητικών συνεπειών της νόσου έχει βρεθεί ότι βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας (Persson et al., 1996). Τα σχετικά ευρήματα υποδεικνύουν ότι κατά την ιδανική προσαρμογή στη ρευματοειδή αρθρίτιδα εμπλέκεται μια συνεχής διαδικασία εξισορρόπησης ανάμεσα στις επικεντρωμένες στην επίλυση του προβλήματος στρατηγικές με στόχο τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας και στις επικεντρωμένες στη ρύθμιση του συναισθήματος στρατηγικές με στόχο τη συμμόρφωση στην κατάσταση της υγείας, όπως έχει υποστηριχθεί και σε άλλες χρόνιες παθήσεις (Astin et al., 1999; Endler et al., 2001; McCracken, 1998; McCracken et al., 2004; Schmitz et al., 1996). Βελτιώσεις που παρατηρήθηκαν διαχρονικά σε διάστημα έξι μηνών στη σωματική και ψυχική υγεία ασθενών που συμμετείχαν σε θεραπευτικά προγράμματα γνωστικών-συμπεριφορικών παρεμβάσεων έχουν αποδοθεί στο γεγονός ότι αυτές οι παρεμβάσεις διδάσκουν τους ασθενείς πώς να συνδυάζουν τη φυσιολογική λειτουργικότητα με τη λήψη προφυλάξεων, παραδείγματος χάριν, πώς να συνδυάζουν την ανάπαυση με την άσκηση, και επίσης πώς να αναγνωρίζουν την αποφευκτική αντιμετώπιση και να την εξισορροπούν με την σταδιακή προσέγγιση των δραστηριοτήτων (Sharpe, Sensky, Timberlake, et al., 2001).

ΣΗΜΑΣΙΑ – ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Από την αναδρομή στην τρέχουσα βιβλιογραφία για το στρες γίνεται φανερό ότι καλύτερη προσαρμογή επιτυγχάνεται όταν η αντίληψη ελέγχου και οι στρατηγικές αντιμετώπισης βρίσκονται σε συνάρτηση με το πλαίσιο αναφοράς του στρες, δηλαδή με τις ειδικές συνθήκες της στρεσογόνου κατάστασης. Σε μία κατάσταση χαμηλής ελεγχιμότητας όπου η αντίληψη προσωπικού ελέγχου είναι περιορισμένη, η αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου μέσω τρίτων και η αντίληψη αναπληρωματικού ελέγχου πάνω στις συνέπειες της κατάστασης αναμένεται να είναι περισσότερο βοηθητικές στην προσαρμογή. Επίσης, σε μία κατάσταση χαμηλής ελεγχιμότητας όπου τα περιθώρια για ενεργητική αντιμετώπιση είναι περιορισμένα, οι στρατηγικές εκούσιας ψυχολογικής προσέγγισης και εκούσιας ψυχολογικής αποδέσμευσης αναμένεται να είναι περισσότερο βοηθητικές στην προσαρμογή. Συνεπώς η προσαρμογή απαιτεί ικανότητα διάκρισης των ειδικών συνθηκών της στρεσογόνου κατάστασης και ευελιξία στην εναλλαγή των κατάλληλων αντιλήψεων ελέγχου και των κατάλληλων στρατηγικών ανάλογα με αυτές τις συνθήκες.

Από την αναδρομή στη βιβλιογραφία επίσης παρατηρούμε ότι υπάρχουν διαφορετικοί συνδυασμοί ή μοτίβα αντιλήψεων ελέγχου και στρατηγικών και ότι υπάρχουν ατομικές διαφορές στη χρήση αυτών των μοτίβων οι οποίες σχετίζονται με την προσαρμογή. Σε μία χρόνια κατάσταση χαμηλής ελεγχιμότητας, τα άτομα που διαθέτουν την ευελιξία να συνδυάζουν εναλλακτικές μορφές ελέγχου, όπως την αντίληψη δευτερογενούς και αναπληρωματικού ελέγχου, καθώς και τα άτομα που διαθέτουν την ευελιξία να συνδυάζουν τη χρήση στρατηγικών επίλυσης του

προβλήματος μαζί με τη χρήση στρατηγικών εκούσιας ψυχολογικής προσέγγισης και αποδέσμευσης από το πρόβλημα αναμένεται να είναι καλύτερα προσαρμοσμένα.

Δεδομένου ότι η κάθε στρεσογόνα κατάσταση αποτελεί ένα ιδιαίτερο πλαίσιο αναφοράς, η υπάρχουσα βιβλιογραφία δεν έχει ακόμα επαρκώς διερευνήσει τις διαφορές στις αντιλήψεις ελέγχου και στις στρατηγικές ανάμεσα σε διαφορετικές καταστάσεις αλλά ούτε ανάμεσα σε διαφορετικά άτομα. Μία χρόνια στρεσογόνα κατάσταση χαμηλής ελεγχιμότητας αποτελεί ένα ιδιαίτερο πλαίσιο αναφοράς με ειδικό ενδιαφέρον για τη διερεύνηση των εναλλακτικών αντιλήψεων ελέγχου και των στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος, εφόσον η αντίληψη προσωπικού ελέγχου και οι στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος θεωρητικά έχουν μειωμένη προσαρμοστική αξία. Η παρούσα έρευνα χρησιμοποιεί τη ρευματοειδή αρθρίτιδα ως ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα ενός τέτοιου χρόνιου στρες χαμηλής ελεγχιμότητας, καθώς πρόκειται για μια χρόνια πάθηση που προκαλεί ποικιλία στρεσογόνων καταστάσεων άλλων περισσότερο και άλλων λιγότερο ελεγχιμων. Από τη μία μεριά, η πρωτογενής πηγή ή αιτία του στρες, δηλαδή η ίδια η ύπαρξη της νόσου και η εξέλιξη της, θεωρείται εξ ορισμού χαμηλής ελεγχιμότητας λόγω των συχνών εξάρσεων και υφέσεων. Από την άλλη, τα καθημερινά συμπτώματα της νόσου θεωρούνται δευτερογενείς πηγές του στρες οι οποίες κυμαίνονται σε ελεγχιμότητα: ο πόνος και ο περιορισμός της λειτουργικότητας με τη μορφή της δυσκινησίας, που αποτελούν δύο βασικά συμπτώματα της νόσου, κάποιες μέρες είναι περισσότερο ελεγχιμα και άλλες μέρες λιγότερο ελεγχιμα λόγω της κυμαινόμενης ενεργότητας. Άρα το παράδειγμα αυτό προσφέρει τη δυνατότητα διαφορικής εξέτασης των αντιλήψεων ελέγχου και των στρατηγικών ανάμεσα σε διαφορετικές πλευρές της νόσου με διαφορετική ελεγχιμότητα: προσφέρει δηλαδή τη δυνατότητα διάκρισης ανάμεσα σε διαφορετικές στρεσογόνες καταστάσεις μέσα στην ίδια νόσο. Επίσης,

προσφέρει τη δυνατότητα εξέτασης των διαφορετικών συνδυασμών που διαμορφώνουν οι ασθενείς στις αντιλήψεις ελέγχου και στις στρατηγικές σε ένα κυμαινόμενο στρες που εκτείνεται στο χρόνο.

Συγκεκριμένα, οι διαφορετικές πλευρές της νόσου με τη διαφορετική ελεγχιμότητα προσφέρουν τη δυνατότητα εξέτασης των εξής διακριτών αντιλήψεων ελέγχου:

1. Ως αντίληψη προσωπικού ελέγχου της εξέλιξης της νόσου ορίζεται η αντίληψη του ασθενούς ότι ο ίδιος είναι σε θέση να επηρεάζει την εξέλιξη της νόσου του.
2. Ως αντίληψη αναπληρωματικού ελέγχου ορίζεται η αντίληψη του ασθενούς ότι ο ίδιος είναι σε θέση να επηρεάζει τα καθημερινά συμπτώματα που απορρέουν από τη νόσο του και συγκεκριμένα τον πόνο και τη δυσκινησία.
3. Ως αντίληψη αναπληρωματικού ελέγχου ορίζεται επίσης η αντίληψη του ασθενούς ότι ο ίδιος είναι σε θέση να επηρεάζει άλλες συνέπειες της νόσου του, όπως την περίθαλψη του και τα συναισθήματα που απορρέουν από την κατάσταση του.
4. Ως αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου ορίζεται η αντίληψη του ασθενούς ότι τρίτα πρόσωπα, -οι δικοί τους και το θεραπευτικό προσωπικό-, είναι σε θέση να επηρεάζουν την εξέλιξη ή και τα συμπτώματα της νόσου του.

Η αντίληψη προσωπικού ελέγχου της εξέλιξης της νόσου αναμένεται να είναι φυσιολογικά χαμηλότερη από τις αντιλήψεις δευτερογενούς και αναπληρωματικού ελέγχου.

Στόχοι της Μελέτης

Η παρούσα έρευνα λοιπόν έχει ως επιμέρους σκοπούς ή στόχους να διερευνήσει τα εξής:

1. Εάν οι ασθενείς διαμορφώνουν διαφορετικές αντιλήψεις ελέγχου των δύο διαφορετικών πλευρών της νόσου, δηλαδή του στρες που πηγάζει από την ίδια την εξέλιξη της νόσου και του στρες που πηγάζει από τα καθημερινά συμπτώματα της νόσου.
2. Εάν οι ασθενείς χρησιμοποιούν διαφορετικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση των δύο αυτών διαφορετικών πλευρών της νόσου.
3. Εάν οι αντιλήψεις ελέγχου της κάθε πλευράς της νόσου σχετίζονται με την επιλογή των στρατηγικών για την αντιμετώπιση της.
4. Εάν οι αντιλήψεις ελέγχου που διαθέτουν οι ασθενείς και οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν σχετίζονται με την ψυχολογική δυσφορία που βιώνουν.
5. Εάν υπάρχουν ατομικά μοτίβα αντίληψης ελέγχου και στρατηγικών αντιμετώπισης που σχετίζονται διαφορεικά με τη δυσφορία.

ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Συγκεκριμένα, διατυπώνονται οι εξής υποθέσεις:

Υπόθεση 1: Οι Διαφορές στις Αντιλήψεις Ελέγχου Ανάμεσα στις Δύο Πλευρές Της Νόσου

Υποθέτουμε ότι οι αντιλήψεις ελέγχου θα είναι διαφορετικές ανάμεσα στις δύο διαφορετικές πλευρές της νόσου, δηλαδή ανάμεσα στο στρες που πηγάζει από την ίδια την εξέλιξη της νόσου και στο στρες που πηγάζει από τα καθημερινά συμπτώματα της νόσου. Συγκεκριμένα υποθέτουμε ότι:

1.1. Η αντίληψη προσωπικού ελέγχου της εξέλιξης της νόσου θα είναι χαμηλότερη από την αντίληψη προσωπικού ελέγχου των καθημερινών συμπτωμάτων (αντίληψη αναπληρωματικού ελέγχου).

1.2. Η αντίληψη ελέγχου μέσω τρίτων της εξέλιξης της νόσου (αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου της νόσου) θα είναι υψηλότερη από την αντίληψη ελέγχου μέσω τρίτων των καθημερινών συμπτωμάτων (αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου των συμπτωμάτων).

Υπόθεση 2: Οι Διαφορές στις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Ανάμεσα στις Δύο Πλευρές Της Νόσου

Υποθέτουμε ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης θα είναι διαφορετικές ανάμεσα στις δύο διαφορετικές πλευρές της νόσου, δηλαδή ανάμεσα στην αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου και στην αντιμετώπιση των καθημερινών συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα υποθέτουμε ότι:

2.1. Η χρήση των επικεντρωμένων στην επίλυση του προβλήματος στρατηγικών θα είναι υψηλότερη στην αντιμετώπιση των καθημερινών συμπτωμάτων από ό,τι στην αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου.

2.2. Η χρήση των επικεντρωμένων στη ρύθμιση του συναισθήματος στρατηγικών θα είναι υψηλότερη στην αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου από ό,τι στην αντιμετώπιση των καθημερινών συμπτωμάτων.

Υπόθεση 3: Η Σχέση Ανάμεσα στις Αντιλήψεις Ελέγχου και στις Στρατηγικές Αντιμετώπισης

Υποθέτουμε ότι οι αντιλήψεις προσωπικού ελέγχου θα σχετίζονται (α) θετικά με τη χρήση στρατηγικών επίλυσης του προβλήματος, και (β) αρνητικά με τη χρήση στρατηγικών αποδέσμευσης από το πρόβλημα. Η σχέση των αντιλήψεων δευτερογενούς ελέγχου με την αντιμετώπιση θα εξετασθεί διερευνητικά.

Υπόθεση 4: Η Σχέση Ανάμεσα στις Αντιλήψεις Ελέγχου και στην Ψυχική Διάθεση

Υποθέτουμε ότι οι αντιλήψεις εναλλακτικών μορφών ελέγχου θα σχετίζονται με την ψυχική διάθεση. Συγκεκριμένα υποθέτουμε ότι:

4.1. Οι αντιλήψεις προσωπικού ελέγχου των συμπτωμάτων, της περίθαλψης και των συναισθημάτων (αντιλήψεις αναπληρωματικού ελέγχου) θα σχετίζονται αρνητικά με τη δυσφορία και θετικά με τη θετική διάθεση.

4.2. Οι αντιλήψεις ελέγχου της εξέλιξης της νόσου και των καθημερινών συμπτωμάτων μέσω τρίτων (αντιλήψεις δευτερογενούς ελέγχου) θα σχετίζονται αρνητικά με τη δυσφορία και θετικά με τη θετική διάθεση.

Υπόθεση 5: Η Σχέση Ανάμεσα στις Στρατηγικές Αντιμετώπισης και στην Ψυχική Διάθεση

Υποθέτουμε ότι (α) οι στρατηγικές εκούσιας ψυχολογικής προσέγγισης και εκούσιας ψυχολογικής αποδέσμευσης θα σχετίζονται αρνητικά με τη δυσφορία και θετικά με τη θετική διάθεση, και (β) οι στρατηγικές ακούσιας ψυχολογικής προσέγγισης και ακούσιας ψυχολογικής αποδέσμευσης θα έχουν την αντίστροφη σχέση με την ψυχική διάθεση. Συγκεκριμένα υποθέτουμε ότι:

5.1. Η θετική επανεκτίμηση, η αποδοχή και η νοητική αποδέσμευση (απόσπαση της προσοχής) θα σχετίζονται αρνητικά με τη δυσφορία και θετικά με τη θετική διάθεση.

5.2. Η συμπεριφορική αποδέσμευση (παραίτηση), η άρνηση και η συναισθηματική εκτόνωση θα σχετίζονται θετικά με τη δυσφορία και αρνητικά με τη θετική διάθεση.

Οι σχέσεις των υπόλοιπων στρατηγικών με την ψυχική διάθεση θα εξετασθούν διερευνητικά.

Υπόθεση 6: Ατομικά Μοτίβα Αντίληψης Ελέγχου και Αντιμετώπισης και η Σχέση τους με την Ψυχική Διάθεση

Υποθέτουμε ότι (α) υπάρχουν ατομικές διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς ως προς την αντίληψη ελέγχου και ως προς την αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου και των καθημερινών συμπτωμάτων, και ότι (β) τα διακριτά ατομικά μοτίβα αντίληψης και αντιμετώπισης θα σχετίζονται διαφορετικά με τη ψυχική διάθεση. Συγκεκριμένα υποθέτουμε ότι:

6.1. Οι ασθενείς που είναι ικανοί να συνδυάζουν την αντίληψη ελέγχου της εξέλιξης της νόσου και των καθημερινών συμπτωμάτων μέσω τρίτων (αντίληψη

δευτερογενούς ελέγχου) μαζί με την αντίληψη προσωπικού ελέγχου των καθημερινών συμπτωμάτων (αντίληψη αναπληρωματικού ελέγχου) θα βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας από εκείνους που έχουν διαφορετικά μοτίβα αντίληψης ελέγχου.

6.2. Οι ασθενείς που είναι ικανοί να συνδυάζουν τη χρήση των επικεντρωμένων στην επίλυση του προβλήματος στρατηγικών μαζί με τη χρήση στρατηγικών εκούσιας ψυχολογικής προσέγγισης του προβλήματος (θετική επανεκτίμηση και αποδοχή) καθώς επίσης και με τη χρήση εκούσιας ψυχολογικής αποδέσμευσης (απόσπαση της προσοχής) θα βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας από εκείνους που έχουν διαφορετικά μοτίβα αντιμετώπισης.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα

Οι συμμετέχοντες ήταν 102 ασθενείς διαγνωσμένοι με ρευματοειδή αρθρίτιδα προερχόμενοι από την ευρύτερη περιοχή του Ηρακλείου. Από αυτούς, οι 75 (74%) ήταν γυναίκες και οι 27 (26%) ήταν άνδρες. Οι ηλικίες κυμαίνονταν από 22 έως 80, με μέσο όρο 53.83 (Τ.Α. = 13.25). Το εβδομήντα τοις εκατό του δείγματος είχε βασική εκπαίδευση, το 21% είχε δευτεροβάθμια εκπαίδευση και το 9% είχε μέση ή ανώτερη εκπαίδευση. Το τριάντα εννέα τοις εκατό των υποκειμένων προερχόταν από αστική περιοχή και το 61% προερχόταν από αγροτική περιοχή. Το ογδόντα επτά τοις εκατό ήταν παντρεμένοι, το 9% ήταν ανύπαντροι, το 1% ήταν χωρισμένοι και το 3% ήταν χήροι. Ως προς την ενεργότητα της νόσου, το 34% του δείγματος βρισκόταν σε έξαρση και το 66% βρισκόταν σε ύφεση. Ως προς τη συνολική βαρύτητα της νόσου, το 18% του δείγματος υπέφερε από ελαφρά νόσο, το 42% από μέτρια και το 40% από βαριά νόσο. Κριτήριο επιλογής ήταν η τελική διάγνωση της νόσου να έχει τεθεί τουλάχιστον ένα χρόνο πριν από την ημερομηνία εξέτασης, ώστε ο ασθενής να έχει την εμπειρία της χρονιότητας.

Διαδικασία

Η συλλογή του δείγματος έγινε κατά διαδοχική σειρά προσέλευσης για προγραμματισμένη επανεξέταση στα τακτικά Εξωτερικά Ρευματολογικά Ιατρεία (Ε.Ι.) του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ). Οι παραπομπές έγιναν από τους δύο θεράποντες ρευματολόγους οι οποίοι έκαναν και την ιατρική αξιολόγηση: (α) την κλινική εκτίμηση της ενεργότητας της νόσου, σύμφωνα με την παρούσα κλινική εξέταση και τις πρόσφατες εργαστηριακές

εξετάσεις: η κατηγοριοποίηση ήταν ανάμεσα σε 1 (*έξαρση*) και 2 (*ύφεση*), και (β) την κλινική εκτίμηση της συνολικής βαρύτητας της νόσου, σύμφωνα με την καρτέλα ιστορικού από τις προηγούμενες επισκέψεις, νοσηλείες και τις παλιότερες εργαστηριακές εξετάσεις: η κατηγοριοποίηση ήταν ανάμεσα σε 1 (*ελαφριά*), 2 (*μέτρια*) και 3 (*βαριά*).

Οι ασθενείς ενημερώνονταν για τη φύση και το σκοπό της έρευνας είτε από τους θεράποντες γιατρούς τους κατά τη διάρκεια της επίσκεψης στο E.I., είτε από την ίδια την ερευνήτρια κατά τη διάρκεια της αναμονής στο χώρο του E.I. Μετά από τη συγκατάθεση του ασθενούς, η εξέταση ακολουθούσε την ιατρική επίσκεψη ή γινόταν κατά την αναμονή. Η εξέταση ήταν μια δομημένη συνέντευξη με τη χορήγηση ερωτηματολογίων και ψυχομετρικών δοκιμασιών και διαρκούσε περίπου τρία τέταρτα της ώρας.

Η δομημένη συνέντευξη εξέταζε τα εξής, με τη σειρά που αναφέρονται: (α) δημογραφικές και ιατρικές πληροφορίες, (β) την ψυχολογική δυσφορία, χρησιμοποιώντας τις υποκλίμακες θλίψης, θυμού και έντασης του Προφίλ Ψυχικής Διάθεσης (Profile of Mood Scale, McNair, Lorr, & Droppelman, 1971) και τις υποκλίμακες άγχους και κατάθλιψης του Ερωτηματολογίου Συμπτωμάτων (Symptom Checklist-90-R, Derogatis & Cleary, 1977), (γ) τη θετική διάθεση, χρησιμοποιώντας την υποκλίμακα της ενεργητικότητας του Προφίλ Ψυχικής Διάθεσης, (δ) τις αντιλήψεις ελέγχου, χρησιμοποιώντας ερωτήσεις ειδικά σχεδιασμένες για τις συγκεκριμένες στρεσογόνες καταστάσεις αυτής της έρευνας, και (ε) τις στρατηγικές αντιμετώπισης, χρησιμοποιώντας το Ερωτηματολόγιο Τρόπων Αντιμετώπισης Προβλημάτων (Coping Orientation to Problems Experienced, Carver, Scheier, & Weintraub, 1989). Η σειρά χορήγησης των ερωτήσεων για τον έλεγχο και την αντιμετώπιση που αφορούσαν στις δύο

διαφορετικές πλευρές της νόσου, στην εξέλιξη και στα συμπτώματα, εναλλασσόταν για να αντισταθμιστεί πιθανή επίδραση της σειράς εξέτασης.

Εργαλεία Μέτρησης

Ψυχολογική Δυσφορία

Η ψυχολογική δυσφορία μετρήθηκε χρησιμοποιώντας δύο διαφορετικά εργαλεία, τις υποκλίμακες του Προφίλ Ψυχικής Διάθεσης (POMS) και του Ερωτηματολογίου Συμπτωμάτων (SCL-90-R).

Το Προφίλ Ψυχικής Διάθεσης (POMS, McNair, Lorr, & Droppelman, 1971) είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιλαμβάνει 65 επίθετα για την αξιολόγηση της διάθεσης, τα οποία αντιστοιχούν σε έξι υποκλίμακες: την ένταση, τη θλίψη, το θυμό, την κούραση, τη σύγχυση και την ενεργητικότητα. Οι συμμετέχοντες βαθμολογούν κάθε επίθετο, π.χ. νευρικός, θυμωμένος, κ.α., σε πενταβάθμια κλίμακα δηλώνοντας κατά πόσο αυτό ανταποκρίνεται στο πώς αισθάνονται την τελευταία εβδομάδα. Η βραχεία μορφή αυτής της κλίμακας που περιλαμβάνει 30 επίθετα χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα εργασία. Ένας συνολικός βαθμός αρνητικής διάθεσης υπολογίζεται αθροίζοντας τη βαθμολογία από τις υποκλίμακες της θλίψης, του θυμού και της έντασης, με ένα σύνολο 10 επιθέτων και με δείκτη εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's alpha .82 (Carver et al., 1993). Το POMS έχει προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό και διαθέτει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες (εσωτερική αξιοπιστία και εγκυρότητα) (Ρούσση, 2001).

Το Ερωτηματολόγιο Συμπτωμάτων (SCL-90-R, Derogatis & Cleary, 1977) είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιλαμβάνει συμπτώματα για τη μέτρηση της παρούσας ψυχικής κατάστασης. Διαθέτει εννέα υποκλίμακες ψυχολογικής συμπτωματολογίας αλλά στην παρούσα εργασία χορηγήθηκαν μόνο οι υποκλίμακες του άγχους και της κατάθλιψης, με ένα σύνολο 23 συμπτωμάτων και με

δείκτη εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's alpha .93 (Thompson et al., 1998). Οι συμμετέχοντες βαθμολογούν σε πενταβάθμια κλίμακα το πόσο έχουν βιώσει το κάθε σύμπτωμα την τελευταία εβδομάδα. Το SCL-90-R έχει προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό και διαθέτει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες (Ντώνιας, Καραστεργίου, & Μάνος, 1991).

Επειδή ο συσχετισμός ανάμεσα στους δύο δείκτες ψυχολογικής δυσφορίας (αρνητική διάθεση και συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης) ήταν υψηλός ($r = .74$; $p < .001$), διαμορφώθηκε ένας συνολικός δείκτης ψυχολογικής δυσφορίας από το άθροισμα των προτυποποιημένων τιμών της κάθε κλίμακας. Ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας (Cronbach's alpha) αυτής της νέας κλίμακας ήταν .93.

Θετική διάθεση

Η θετική διάθεση μετρήθηκε χρησιμοποιώντας τις προτυποποιημένες τιμές της υποκλίμακας της ενεργητικότητας του POMS, με ένα σύνολο τεσσάρων επιθέτων και με δείκτη εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's alpha .64.

Αντιλήψεις Ελέγχου

Οι αντιλήψεις προσωπικού, δευτερογενούς και αναπληρωματικού ελέγχου μετρήθηκαν με ερωτήσεις ειδικά σχεδιασμένες για την παρούσα εργασία, οι οποίες βασίζονται στη μεθοδολογία εξέτασης των αντιλήψεων ελέγχου προηγούμενων ερευνών (Roussi, 2002; Thompson et al., 1993). Οι συμμετέχοντες βαθμολογούσαν τις αντιλήψεις τους σε μία κλίμακα 5 διαβαθμίσεων, από το 1 (καθόλου έλεγχος) έως το 5 (απόλυτος έλεγχος). Η αντίληψη προσωπικού ελέγχου της εξέλιξης της νόσου μετρήθηκε με την ερώτηση: «Σε ποιό βαθμό πιστεύετε ότι εσείς προσωπικά μπορείτε να ελέγχετε την ίδια τη νόσο σας, δηλαδή την πορεία και εξέλιξη της;». Η αντίληψη αναπληρωματικού ελέγχου των καθημερινών συμπτωμάτων μετρήθηκε με την ερώτηση: «Σε ποιό βαθμό πιστεύετε ότι εσείς προσωπικά μπορείτε να ελέγχετε τα

καθημερινά συμπτώματα που σας προκαλεί η νόσος, και συγκεκριμένα τον πόνο και τη δυσκινησία;». Οι αντιλήψεις αναπληρωματικού ελέγχου της περίθαλψης και των συναισθημάτων μετρήθηκαν με τις ερωτήσεις: «Σε ποιό βαθμό πιστεύετε ότι μπορείτε να ελέγχετε την περίθαλψη που έχετε και τη θεραπεία που κάνετε;» και «Σε ποιό βαθμό πιστεύετε ότι μπορείτε να ελέγχετε τα συναισθήματα που νιώθετε για το πρόβλημα της υγείας σας;», αντίστοιχα. Οι αντιλήψεις δευτερογενούς ελέγχου της νόσου και των συμπτωμάτων μετρήθηκαν με τις ερωτήσεις: «Σε ποιό βαθμό πιστεύετε ότι κάποιος άλλος μπορεί να ελέγχει την ίδια τη νόσο σας, δηλαδή την πορεία και εξέλιξη της;» και «Σε ποιό βαθμό πιστεύετε ότι κάποιος άλλος μπορεί να ελέγχει τα καθημερινά συμπτώματα που σας προκαλεί η νόσο σας, και συγκεκριμένα τον πόνο σας και τη δυσκινησία σας;», αντίστοιχα.

Αντιμετώπιση

Η αντιμετώπιση μετρήθηκε με το Ερωτηματολόγιο Τρόπων Αντιμετώπισης Προβλημάτων (Coping Orientation to Problems Experienced) (COPE, Carver, Scheier, & Weintraub, 1989). Το COPE είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς το που αποτελείται από 60 προτάσεις, οι οποίες αξιολογούν είτε πώς το άτομο αντιμετωπίζει γενικώς τις στρεσογόνες καταστάσεις, όταν εξετάζεται η προδιάθεση του ατόμου, είτε πώς το άτομο αντιμετώπισε μια συγκεκριμένη στρεσογόνα κατάσταση, όταν εξετάζεται η περιστασιακή συμπεριφορά του ατόμου. Οι συμμετέχοντες δηλώνουν κατά πόσο τους αντιπροσωπεύει η κάθε πρόταση σε μια κλίμακα 4 διαβαθμίσεων, από το 1 (*συνήθως δεν ενεργώ έτσι*) έως το 4 (*συνήθως ενεργώ με αυτό τον τρόπο πολύ*). Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε η βραχεία μορφή, που αποτελείται από 30 προτάσεις, και χορηγήθηκε δύο φορές με οδηγίες προσαρμοσμένες στις δύο διαφορετικές στρεσογόνες καταστάσεις, δηλαδή ως προς την αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου και ως προς την αντιμετώπιση των

καθημερινών συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα, κατά την πρώτη χορήγηση οι οδηγίες ήταν: «Σκεφτείτε το στρες που αντιμετωπίζετε από την ίδια τη νόσο, από την πορεία και την εξέλιξη της. Τί κάνετε, ποιόν τρόπο χρησιμοποιείτε συνήθως για να αντιμετωπίσετε την εξέλιξη της νόσου;». Κατά την δεύτερη χορήγηση οι οδηγίες ήταν: «Σκεφτείτε το στρες που αντιμετωπίζετε από τα καθημερινά συμπτώματα που προκαλεί η νόσος, δηλαδή τον πόνο και την δυσκινησία. Τί κάνετε, ποιόν τρόπο χρησιμοποιείτε συνήθως για να αντιμετωπίσετε τα καθημερινά συμπτώματα;».

Με το COPE αξιολογούνται συνολικά 15 στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων. Αυτές ταξινομούνται σε δύο βασικές κατηγορίες ανάλογα με το στόχο της λειτουργίας τους: (α) στρατηγικές που στοχεύουν στην επίλυση του προβλήματος: λήψη μέτρων, σχεδιασμός, αναβολή άλλων δραστηριοτήτων, αυτοσυγκράτηση, και αναζήτηση πληροφοριών, και (β) στρατηγικές που στοχεύουν στη ρύθμιση του συναισθήματος: αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης, θετική επανεκτίμηση, αποδοχή του προβλήματος, στροφή προς τη θρησκεία, συναισθηματική εκτόνωση, άρνηση, συμπεριφορική αποδέσμευση (παραίτηση), νοητική αποδέσμευση (απόσπαση της προσοχής), χρήση χημικών ουσιών και χιούμορ.

Το COPE έχει προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό και διαθέτει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες. Η εσωτερική αξιοπιστία (Cronbach's alpha) των 15 υποκλιμάκων κυμαίνεται ανάμεσα στο .50 και στο .96, ενώ μόνο δύο υποκλίμακες βρέθηκαν κάτω από το .60 (αναβολή δραστηριοτήτων και άρνηση) (Ρούσση, 2001). Η χρήση χημικών ουσιών δεν συμπεριλήφθηκε στις στατιστικές αναλύσεις λόγω υψηλής κύρτωσης (αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου: 8.53, αντιμετώπιση των καθημερινών συμπτωμάτων: 9.54).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αρχικά εξετάσαμε τη σχέση ανάμεσα στην εξαρτημένη μεταβλητή, την ψυχική διάθεση (δυσφορία και θετική διάθεση), και τις δημογραφικές και ιατρικές μεταβλητές. Δεύτερον, εξετάσαμε τις διαφορές στις αντιλήψεις ελέγχου και στις στρατηγικές αντιμετώπισης ανάμεσα στις δύο διαφορετικές πλευρές της νόσου, την εξέλιξη της νόσου και τα καθημερινά συμπτώματα. Τρίτον, εξετάσαμε τη σχέση ανάμεσα στις αντιλήψεις ελέγχου και στις στρατηγικές αντιμετώπισης. Τέταρτον, εξετάσαμε τη σχέση ανάμεσα στις εξαρτημένες μεταβλητές, τη δυσφορία και τη θετική διάθεση, και τις ανεξάρτητες μεταβλητές, τις αντιλήψεις ελέγχου και τις στρατηγικές αντιμετώπισης. Τέλος, διερευνήσαμε την ύπαρξη ατομικών μοτίβων στις αντιλήψεις ελέγχου και στην αντιμετώπιση αναφορικά με τις δύο πλευρές της νόσου καθώς και τη σχέση τους με την ψυχική διάθεση.

Η Σχέση Ανάμεσα στην Ψυχική Διάθεση και στις Δημογραφικές και Ιατρικές Μεταβλητές

Αρχικά εξετάστηκε η σχέση ανάμεσα στα ιατρικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και στις εξαρτημένες μεταβλητές, δηλαδή τους δύο δείκτες ψυχικής διάθεσης, τη δυσφορία και τη θετική διάθεση, προκειμένου όποιες μεταβλητές σχετίζονται σημαντικά με τις εξαρτημένες μεταβλητές να ληφθούν υπόψη στις περαιτέρω αναλύσεις. Όπου η κατεύθυνση της σχέσης δεν μπορούσε να υποτεθεί από την βιβλιογραφία, εφαρμόστηκε ο τύπος διόρθωσης Dunn-Sidak για πολλαπλούς ελέγχους στατιστικών υποθέσεων.

Η Σχέση Ανάμεσα στο Φύλο και στην Ψυχική Διάθεση

Πρώτον, εξετάστηκε η σχέση του φύλου με την ψυχική διάθεση, χρησιμοποιώντας τη δοκιμασία t για ανεξάρτητα δείγματα, όπου ανεξάρτητη

μεταβλητή ήταν το φύλο και εξαρτημένες μεταβλητές ήταν οι δύο δείκτες ψυχικής διάθεσης: η δυσφορία και η θετική διάθεση. Βρέθηκε ότι οι γυναίκες ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα δυσφορίας (γυναίκες: $M.O. = 0.23$, $T.A. = 1.97$; άνδρες: $M.O. = -0.64$, $T.A. = 1.39$; $t(65) = 2.48$; $p < .05$; με προτυποποιημένες τιμές), ενώ δεν διέφεραν σημαντικά από τους άνδρες ως προς τη θετική διάθεση.

Η Σχέση Ανάμεσα στην Ηλικία και στην Ψυχική Διάθεση

Δεύτερον, εξετάστηκε η σχέση της ηλικίας με την ψυχική διάθεση, χρησιμοποιώντας συσχετιστική ανάλυση με το συντελεστή συσχέτισης Pearson' r . Βρέθηκε ότι η ηλικία δεν σχετίζεται σημαντικά με τη δυσφορία και με τη θετική διάθεση.

Η Σχέση Ανάμεσα στην Εκπαίδευση και στην Ψυχική Διάθεση

Τρίτον, εξετάστηκε η σχέση της γραμματικής εκπαίδευσης και της ψυχικής διάθεσης, χρησιμοποιώντας μη παραμετρική συσχετιστική ανάλυση με το συντελεστή συσχέτισης Kendall' Tau, επειδή οι τιμές της μεταβλητής ήταν διατάξιμες. Βρέθηκε ότι το επίπεδο της εκπαίδευσης σχετίζεται αρνητικά με τη δυσφορία ($\tau = -.20$; $p < .01$).

Η Σχέση Ανάμεσα στη Διάρκεια της Νόσου και στην Ψυχική Διάθεση

Τέταρτον, εξετάστηκε η σχέση της διάρκειας της νόσου και της ψυχικής διάθεσης, χρησιμοποιώντας τον συντελεστή συσχέτισης Pearson's r . Βρέθηκε ότι η διάρκεια της νόσου σχετίζεται αρνητικά με τη θετική διάθεση ($r = -.29$; $p < .01$).

Η Σχέση Ανάμεσα στην Προέλευση και στην Ψυχική Διάθεση

Πέμπτον, εξετάστηκε η σχέση της προέλευσης των ασθενών και της ψυχικής διάθεσης, εφαρμόζοντας τη δοκιμασία t για ανεξάρτητα δείγματα, όπου ανεξάρτητη μεταβλητή ήταν η προέλευση, αστική ή αγροτική, και εξαρτημένες μεταβλητές ήταν οι δύο δείκτες ψυχικής διάθεσης. Βρέθηκε ότι η ψυχική διάθεση

δεν διέφερε ανάμεσα στους ασθενείς με αστική και σε αυτούς με αγροτική προέλευση.

Η Σχέση Ανάμεσα στην Ενεργότητα της Νόσου και στην Ψυχική Διάθεση

Έκτον, εξετάστηκε η σχέση της ενεργότητας της νόσου και της ψυχικής διάθεσης. Εφαρμόστηκε η δοκιμασία t για ανεξάρτητα δείγματα, όπου ανεξάρτητη μεταβλητή ήταν η ενεργότητα κατά την ιατρική αξιολόγηση, έξαρση ή ύφεση, και εξαρτημένες μεταβλητές ήταν οι δύο δείκτες ψυχικής διάθεσης. Βρέθηκε ότι η ψυχική διάθεση δεν διέφερε ανάμεσα στους ασθενείς με έξαρση και σε αυτούς με ύφεση.

Η Σχέση Ανάμεσα στην Βαρύτητα της Νόσου και στην Ψυχική Διάθεση

Έβδομον, εξετάστηκε η σχέση της ψυχικής διάθεσης και της συνολικής βαρύτητας της νόσου σύμφωνα με την ιατρική αξιολόγηση. Χρησιμοποιήθηκε μη παραμετρική συσχετιστική ανάλυση με το συντελεστή συσχέτισης Kendall's Tau, επειδή οι τιμές της μεταβλητής ήταν διατάξιμες. Βρέθηκε ότι η βαρύτητα σχετίζεται αρνητικά με τη θετική διάθεση ($\tau = -.17; p < .05$) και θετικά με τη δυσφορία ($\tau = .14; p < .05$).

Η Σχέση Ανάμεσα στην Κληρονομικότητα και στην Ψυχική Διάθεση

Όγδοον, εξετάστηκε η σχέση της ψυχικής διάθεσης με την ύπαρξη συγγενών με την ίδια νόσο, χρησιμοποιώντας τη δοκιμασία t για ανεξάρτητα δείγματα, όπου ανεξάρτητη μεταβλητή ήταν η ύπαρξη της νόσου στην οικογένεια και εξαρτημένη μεταβλητή ήταν οι δείκτες ψυχικής διάθεσης. Βρέθηκε ότι η παρουσία κληρονομικότητας στην οικογένεια δεν σχετίζεται σημαντικά με την εξαρτημένη μεταβλητή.

Η Σχέση Ανάμεσα στη Συννοσηρότητα και στην Ψυχική Διάθεση

Ένατον, εξετάστηκε η σχέση της ψυχικής διάθεσης με την ύπαρξη άλλων προβλημάτων υγείας, χρησιμοποιώντας τη δοκιμασία t για ανεξάρτητα δείγματα, όπου ανεξάρτητη μεταβλητή ήταν η αναφορά άλλων παθήσεων και εξαρτημένη μεταβλητή ήταν οι δύο δείκτες ψυχικής διάθεσης. Βρέθηκε ότι οι ασθενείς που υπέφεραν και από άλλες παθήσεις ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα δυσφορίας (ύπαρξη συννοσηρότητας: $M.O. = 0.27$, $T.A. = 1.90$; απουσία συννοσηρότητας: $M.O. = -0.51$, $T.A. = 1.70$; $t(100) = -2.04$; $p < .05$).

Η Σχέση Ανάμεσα στον Θεράποντα Γιατρό και στην Ψυχική Διάθεση

Δέκατον, εξετάστηκε η σχέση του θεράποντος γιατρού με την ψυχική διάθεση χρησιμοποιώντας τη δοκιμασία t για ανεξάρτητα δείγματα, όπου ανεξάρτητη μεταβλητή ήταν ο γιατρός και εξαρτημένη ήταν η ψυχική διάθεση. Βρέθηκε ότι η ψυχική διάθεση δεν διέφερε σημαντικά ανάμεσα στις δύο υποομάδες των ασθενών που είχαν παραπεμφθεί από τους δύο διαφορετικούς γιατρούς.

Η Σχέση Ανάμεσα στη Σειρά Εξέτασης των Δύο Πλευρών της Νόσου και στην Ψυχική Διάθεση

Ενδέκατον, εξετάστηκε η σχέση ανάμεσα στην ψυχική διάθεση και στη σειρά εξέτασης των δύο πλευρών της νόσου, δηλαδή τη σειρά με την οποία χορηγήθηκαν οι ερωτήσεις αναφορικά με την εξέλιξη της νόσου και με τα καθημερινά συμπτώματα, χρησιμοποιώντας τη δοκιμασία t για ανεξάρτητα δείγματα, όπου ανεξάρτητη μεταβλητή ήταν η σειρά χορήγησης των ερωτήσεων και εξαρτημένες μεταβλητές ήταν η δυσφορία και η θετική διάθεση. Βρέθηκε ότι η ψυχική διάθεση δεν διέφερε σε σχέση με τη σειρά εξέτασης των δύο πλευρών της νόσου.

Συνεπώς στις παρακάτω αναλύσεις, όπου εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η δυσφορία, ελέγχθηκαν στατιστικά οι μεταβλητές της εκπαίδευσης, της βαρύτητας και της συννοσηρότητας που σχετίστηκαν με τη δυσφορία, και όπου εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η θετική διάθεση, ελέγχθηκαν στατιστικά οι μεταβλητές της βαρύτητας και της διάρκειας της νόσου που σχετίστηκαν με τη θετική διάθεση. Οι μεταβλητές που είχαν διατάξιμες τιμές κωδικοποιήθηκαν ως δυαδικά δεδομένα. Οι σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στα χαρακτηριστικά του δείγματος και στην ψυχική διάθεση παρουσιάζονται στους Πίνακες 3 και 4.

Πίνακας 3

Η Σχέση Ανάμεσα στα Χαρακτηριστικά του Δείγματος και στην Δυσφορία

	Εκπαίδευση	Βαρύτητα	Συννοσηρότητα
Δυσφορία	$\tau = -.20$	$\tau = .14$	$t (100) = -2.04$
	$p < .01$	$p < .05$	$p < .05$

Πίνακας 4

Η Σχέση Ανάμεσα στα Χαρακτηριστικά του Δείγματος και στη Θετική Διάθεση

	Βαρύτητα Νόσου	Διάρκεια Νόσου
Θετική Διάθεση	$\tau = -.17$	$r = -.29$
	$p < .05$	$p < .01$

Υπόθεση 1: Οι Διαφορές στις Αντιλήψεις Ελέγχου Ανάμεσα στις Δύο Πλευρές Της Νόσου

Υποθέσαμε ότι οι αντιλήψεις ελέγχου θα είναι διαφορετικές ανάμεσα στις δύο διαφορετικές πλευρές της νόσου, δηλαδή ανάμεσα στην εξέλιξη της νόσου και στα καθημερινά συμπτώματα της νόσου. Συγκεκριμένα υποθέσαμε ότι:

1.1. Η αντίληψη προσωπικού ελέγχου της εξέλιξης της νόσου θα είναι χαμηλότερη από την αντίληψη προσωπικού ελέγχου των καθημερινών συμπτωμάτων (αντίληψη αναπληρωματικού ελέγχου).

1.2. Η αντίληψη ελέγχου της εξέλιξης της νόσου μέσω τρίτων (αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου της νόσου) θα είναι υψηλότερη από την αντίληψη ελέγχου των καθημερινών συμπτωμάτων μέσω τρίτων (αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου των συμπτωμάτων).

Για να εξετάσουμε τις υποθέσεις 1.1 και 1.2. χρησιμοποιήσαμε τη δοκιμασία t για εξαρτημένα δείγματα. Βρέθηκε ότι:

1. Αντίθετα από την υπόθεσή μας, η αντίληψη προσωπικού ελέγχου της εξέλιξης της νόσου δεν διέφερε σημαντικά από την αντίληψη προσωπικού ελέγχου των καθημερινών συμπτωμάτων ($t(101) = -1.11$).

2. Σύμφωνα με την υπόθεσή μας, η αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου της εξέλιξης της νόσου ήταν σημαντικά υψηλότερη από την αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου των καθημερινών συμπτωμάτων (νόσος: $M.O. = 1.91$, $T.A. = 1.50$; συμπτώματα: $M.O. = 1.50$, $T.A. = 1.47$; $t(101) = 2.30$; $p < .05$).

Υπόθεση 2: Οι Διαφορές στις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Ανάμεσα στις Δύο Πλευρές Της Νόσου

Υποθέσαμε ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης θα είναι διαφορετικές ανάμεσα στις δύο διαφορετικές πλευρές της νόσου, δηλαδή ανάμεσα στην αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου και στην αντιμετώπιση των καθημερινών συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα υποθέσαμε ότι:

2.1. Η χρήση των επικεντρωμένων στην επίλυση του προβλήματος στρατηγικών θα είναι υψηλότερη στην αντιμετώπιση των καθημερινών συμπτωμάτων από ό,τι στην αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου.

2.2. Η χρήση των επικεντρωμένων στη ρύθμιση του συναισθήματος στρατηγικών θα είναι υψηλότερη στην αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου από ό,τι στην αντιμετώπιση των καθημερινών συμπτωμάτων.

Για να εξετάσουμε τις υποθέσεις 2.1. και 2.2. χρησιμοποιήσαμε τη δοκιμασία t για εξαρτημένα δείγματα. Δεν εφαρμόστηκε κανένας τύπος διόρθωσης στατιστικού λάθους για πολλαπλούς ελέγχους επειδή είχαν διατυπωθεί συγκεκριμένες υποθέσεις ως προς την κατεύθυνση των διαφορών. Βρέθηκε ότι:

1. Αντίθετα από την υπόθεσή μας, η χρήση των επικεντρωμένων στην επίλυση του προβλήματος στρατηγικών δεν διέφερε ανάμεσα στην αντιμετώπιση των δύο πλευρών της νόσου.

2. Αντίθετα από την υπόθεσή μας, η χρήση των επικεντρωμένων στη ρύθμιση του συναισθήματος στρατηγικών δεν διέφερε ανάμεσα στην αντιμετώπιση των δύο πλευρών της νόσου.

Υπόθεση 3: Η Σχέση Ανάμεσα στις Αντιλήψεις Ελέγχου και στις Στρατηγικές Αντιμετώπισης

Υποθέσαμε ότι οι αντιλήψεις προσωπικού ελέγχου θα σχετίζονται θετικά με τις στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος και αρνητικά με τις στρατηγικές

αποδέσμευσης από το πρόβλημα. Η σχέση των αντιλήψεων δευτερογενούς ελέγχου με την αντιμετώπιση εξετάστηκε διερευνητικά. Η υπόθεση εξετάστηκε με συσχετιστική ανάλυση. Όπου δεν είχαν διατυπωθεί συγκεκριμένες υποθέσεις εφαρμόστηκε ο τύπος διόρθωσης Dunn-Sidak για πολλαπλούς ελέγχους στατιστικών υποθέσεων. Οι συντελεστές συσχέτισης (Pearson's r) ανάμεσα στις αντιλήψεις ελέγχου και στις στρατηγικές αντιμετώπισης παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.

Σύμφωνα με την υπόθεσή μας, βρέθηκε ότι:

1. Η αντίληψη προσωπικού ελέγχου της εξέλιξης της νόσου σχετίζεται θετικά με τη χρήση της λήψης μέτρων ($r = .25; p < .05$).
2. Η αντίληψη προσωπικού ελέγχου της εξέλιξης της νόσου σχετίζεται θετικά με τη χρήση της αναβολής άλλων δραστηριοτήτων ($r = .24; p < .05$).
3. Η αντίληψη προσωπικού ελέγχου των συμπτωμάτων σχετίζεται αρνητικά με τη χρήση της συμπεριφορικής αποδέσμευσης ($r = -.26; p < .01$).

Ως προς τις αντιλήψεις δευτερογενούς ελέγχου βρέθηκαν οι εξής σημαντικές σχέσεις:

1. Η αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου της εξέλιξης της νόσου σχετίζεται θετικά με τη λήψη μέτρων ($r = .28; p < .01$).
2. Η αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου της εξέλιξης της νόσου σχετίζεται θετικά με την αναβολή άλλων δραστηριοτήτων ($r = .29; p < .01$).
3. Η αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου της εξέλιξης της νόσου σχετίζεται θετικά με την αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης ($r = .27; p < .01$).
4. Η αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου των καθημερινών συμπτωμάτων σχετίζεται θετικά με την αναζήτηση πληροφοριών ($r = .32; p < .01$).

Πίνακας 5Η Σχέση Ανάμεσα στις Αντιλήψεις Ελέγχου και στις Στρατηγικές Αντιμετώπισης

Αντιμετώπιση	Νόσος		Συμπτώματα	
	Προσωπικός	Δευτερογενής	Προσωπικός	Δευτερογενής
Λήψη Μέτρων	.25*	.28**	.06	.27
Αναβολή Δραστηριοτήτων	.24*	.29**	-.13	.25
Αναζήτηση Πληροφοριών	.04	.23	.05	.32**
Αναζήτηση Συναισθηματικής Υποστήριξης	-.02	.27**	-.09	.26
Παραίτηση	.00	-.04	-.26**	.04

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Υπόθεση 4: Η Σχέση Ανάμεσα στις Αντιλήψεις Ελέγχου και στην Ψυχική Διάθεση

Υποθέσαμε ότι οι αντιλήψεις εναλλακτικών μορφών ελέγχου θα σχετίζονται με την ψυχική διάθεση. Συγκεκριμένα υποθέσαμε ότι:

4.1. Οι αντιλήψεις προσωπικού ελέγχου των συμπτωμάτων, της περίθαλψης και των συναισθημάτων (αντιλήψεις αναπληρωματικού ελέγχου) θα σχετίζονται αρνητικά με τη δυσφορία και θετικά με τη θετική διάθεση.

4.2. Οι αντιλήψεις ελέγχου της εξέλιξης της νόσου και των καθημερινών συμπτωμάτων μέσω τρίτων (αντιλήψεις δευτερογενούς ελέγχου) θα σχετίζονται αρνητικά με τη δυσφορία και θετικά με τη θετική διάθεση.

Οι υποθέσεις 4.1. και 4.2. εξετάστηκαν με μερική συσχετιστική ανάλυση, απομονώνοντας την επίδραση των ιατρικών και δημογραφικών μεταβλητών που συσχετίστηκαν σημαντικά με την ψυχική διάθεση, δηλαδή απομονώνοντας την εκπαίδευση, τη βαρύτητα, και τη συννοσηρότητα στους συσχετισμούς με τη δυσφορία, και τη βαρύτητα και τη διάρκεια της νόσου στους συσχετισμούς με τη θετική διάθεση. Οι συντελεστές συσχέτισης (Pearson's r) ανάμεσα στις αντιλήψεις ελέγχου, στη δυσφορία και στη θετική διάθεση παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.

Σύμφωνα με τις υποθέσεις μας, βρέθηκαν οι εξής σημαντικές σχέσεις:

1. Η αντίληψη προσωπικού ελέγχου των καθημερινών συμπτωμάτων σχετίζεται θετικά με τη θετική διάθεση ($r = .27; p < .01$).

2. Η αντίληψη προσωπικού ελέγχου της περίθαλψης σχετίζεται θετικά με τη θετική διάθεση ($r = .21; p < .05$).

3. Η αντίληψη προσωπικού ελέγχου των συναισθημάτων σχετίζεται θετικά με τη θετική διάθεση ($r = .33; p < .01$).

4. Η αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου των καθημερινών συμπτωμάτων σχετίζεται θετικά με τη θετική διάθεση ($r = .21; p < .05$).

Αντίθετα από την υπόθεση μας, η αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου της εξέλιξης της νόσου δεν σχετίζεται σημαντικά με την ψυχική διάθεση.

Πίνακας 6

Η Σχέση Ανάμεσα στις Αντιλήψεις Ελέγχου και στην Ψυχική Διάθεση

Αντιλήψεις Ελέγχου	Θετική Διάθεση
Αναπληρωματικός Έλεγχος των Συμπτωμάτων	.27**
Αναπληρωματικός Έλεγχος της Περιθάλαψης	.21*
Αναπληρωματικός Έλεγχος των Συναισθημάτων	.33**
Δευτερογενής Έλεγχος των Συμπτωμάτων	.21*

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Υπόθεση 5: Η Σχέση Ανάμεσα στις Στρατηγικές Αντιμετώπισης και στην Ψυχική Διάθεση

Υποθέσαμε ότι (α) οι στρατηγικές εκούσιας ψυχολογικής προσέγγισης και εκούσιας ψυχολογικής αποδέσμευσης θα σχετίζονται θετικά με την θετική διάθεση και αρνητικά με τη δυσφορία και (β) οι στρατηγικές ακούσιας ψυχολογικής προσέγγισης και ακούσιας ψυχολογικής αποδέσμευσης θα έχουν την αντίστροφη σχέση με την ψυχική διάθεση. Συγκεκριμένα υποθέσαμε ότι:

5.1. Η θετική επανεκτίμηση, η αποδοχή, το χιούμορ και η νοητική αποδέσμευση (απόσπαση της προσοχής) θα σχετίζονται αρνητικά με τη δυσφορία και θετικά με τη θετική διάθεση.

5.2. Η συμπεριφορική αποδέσμευση (παραίτηση), η άρνηση και η συναισθηματική εκτόνωση θα σχετίζονται θετικά με τη δυσφορία και αρνητικά με τη θετική διάθεση.

Οι σχέσεις των υπόλοιπων στρατηγικών με την ψυχική διάθεση εξετάστηκαν διερευνητικά.

Οι υποθέσεις εξετάστηκαν με μερική συσχετιστική ανάλυση, απομονώνοντας την επίδραση των ιατρικών και δημογραφικών μεταβλητών που συσχετίστηκαν σημαντικά με την ψυχική διάθεση, δηλαδή απομονώνοντας την εκπαίδευση, τη βαρύτητα, και τη συννοσηρότητα στους συσχετισμούς με τη δυσφορία, και τη βαρύτητα και τη διάρκεια της νόσου στους συσχετισμούς με τη θετική διάθεση. Επιπλέον, απομονώθηκε η επίδραση της συνολικής αντιμετώπισης, δηλαδή του συνολικού βαθμού χρήσης όλων των στρατηγικών, επειδή είναι τεκμηριωμένο ότι η χρήση της κάθε στρατηγικής επηρεάζεται από τη συνολική άσκηση προσπάθειας για αντιμετώπιση (Park, Folkman, & Bostrom, 2001; Vitaliano et al., 1990). Όπου δεν είχαν διατυπωθεί συγκεκριμένες υποθέσεις εφαρμόστηκε ο τύπος διόρθωσης Dunn-Sidak για πολλαπλούς ελέγχους στατιστικών υποθέσεων. Οι συντελεστές συσχέτισης (Pearson's r) ανάμεσα στις στρατηγικές αντιμετώπισης, στη δυσφορία και στη θετική διάθεση παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.

Σύμφωνα με τις υποθέσεις μας, βρέθηκε ότι:

1. Η χρήση της θετικής επανεκτίμησης σχετίζεται θετικά με τη θετική διάθεση στην αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου ($r = .22; p < .05$).
2. Η χρήση του χιούμορ σχετίζεται αρνητικά με τη δυσφορία στην αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου ($r = -.31; p < .01$).
3. Η χρήση της συμπεριφορικής αποδέσμευσης (παραίτηση) σχετίζεται θετικά με τη δυσφορία στην αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου ($r = .28; p < .01$) και στην αντιμετώπιση των καθημερινών συμπτωμάτων ($r = .32; p < .01$).
4. Η χρήση της συναισθηματικής εκτόνωσης σχετίζεται αρνητικά με τη θετική διάθεση στην αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου ($r = -.32; p < .01$).

Επιπλέον, στην αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου η χρήση της αναζήτησης συναισθηματικής υποστήριξης σχετίζεται αρνητικά με τη θετική διάθεση ($r = -.29; p < .01$).

Πίνακας 7

Η Σχέση Ανάμεσα στις Στρατηγικές Αντιμετώπισης και στην Ψυχική Διάθεση

Αντιμετώπιση	Νόσος		Συμπτώματα	
	Δυσφορία	Θετική Διάθεση	Δυσφορία	Θετική Διάθεση
Αναζήτηση Συναισθηματικής Υποστήριξης	.27	-.29**	.16	-.22
Θετική Επανεκτίμηση	-.20	.22*	-.15	.20
Συναισθηματική Εκτόνωση	.14	-.32**	.04	-.14
Παραίτηση	.28**	-.06	.32**	-.06
Χιούμορ	-.31**	.17	-.14	.14

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Υπόθεση 6: Ατομικά Μοτίβα Αντίληψης Ελέγχου και Αντιμετώπισης και η Σχέση τους με την Ψυχική Διάθεση

Υποθέσαμε (α) την ύπαρξη ατομικών διαφορών ως προς την αντίληψη ελέγχου και ως προς την αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου και των καθημερινών συμπτωμάτων, και ότι (β) τα διακριτά ατομικά μοτίβα αντίληψης και αντιμετώπισης θα σχετίζονται διαφορετικά με τη ψυχική διάθεση. Συγκεκριμένα υποθέσαμε ότι:

6.1. Οι ασθενείς που είναι ικανοί να συνδυάζουν την αντίληψη ελέγχου της εξέλιξης της νόσου και των καθημερινών συμπτωμάτων μέσω τρίτων (αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου) μαζί με την αντίληψη προσωπικού ελέγχου των καθημερινών συμπτωμάτων (αντίληψη αναπληρωματικού ελέγχου) θα βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας από εκείνους που έχουν διαφορετικά μοτίβα αντίληψης ελέγχου.

6.2. Οι ασθενείς που είναι ικανοί να συνδυάζουν τη χρήση των επικεντρωμένων στην επίλυση του προβλήματος στρατηγικών μαζί με τη χρήση στρατηγικών εκούσιας ψυχολογικής προσέγγισης του προβλήματος (θετική επανεκτίμηση, αποδοχή και χιούμορ) καθώς επίσης και με τη χρήση εκούσιας ψυχολογικής αποδέσμευσης (απόσπαση της προσοχής) θα βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας από εκείνους που έχουν διαφορετικά μοτίβα αντιμετώπισης.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης ατομικών μοτίβων αντίληψης ελέγχου εφαρμόστηκε η μέθοδος της ιεραρχικής ανάλυσης συστάδων, η οποία επιτρέπει τον καταμερισμό του δείγματος σε ομάδες ομοιογενείς ως προς συγκεκριμένες μεταβλητές. Οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν εδώ για το σχηματισμό των συστάδων ήταν η αντίληψη προσωπικού ελέγχου της εξέλιξης της νόσου, η αντίληψη προσωπικού ελέγχου των καθημερινών συμπτωμάτων, η αντίληψη

δευτερογενούς ελέγχου της εξέλιξης της νόσου και η αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου των καθημερινών συμπτωμάτων. Η μέθοδος ομαδοποίησης που χρησιμοποιήθηκε ήταν η ελάχιστη διακύμανση Ward's και το μέτρο εγγύτητας στο σχηματισμό συστάδων ήταν η τετραγωνική Ευκλείδεια απόσταση.

Σύμφωνα με την υπόθεσή μας, το δενδρόγραμμα υπέδειξε μια λύση τριών συστάδων, δηλαδή υπέδειξε την ύπαρξη τριών ομάδων υποκειμένων διακριτών ως προς τις τέσσερις μεταβλητές. Για να εξετασθεί εάν οι τρεις αυτές ομάδες διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους ως προς τις αντιλήψεις ελέγχου και ως προς την ψυχική διάθεση, εφαρμόστηκε ανάλυση της διασποράς, όπου ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν οι τρεις συστάδες και εξαρτημένες μεταβλητές ήταν οι αντιλήψεις ελέγχου, η δυσφορία και η θετική διάθεση. Οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις και οι τιμές F των μεταβλητών στις τρεις συστάδες παρουσιάζονται στον Πίνακα 8. Για να φανούν πιο ευδιάκριτα τα σχετικά επίπεδα αντίληψης ελέγχου που διαθέτουν τα μέλη της κάθε συστάδας, οι μέσοι όροι της κάθε μεταβλητής έχουν προτυποποιηθεί και παρουσιάζονται στο Σχήμα 1.

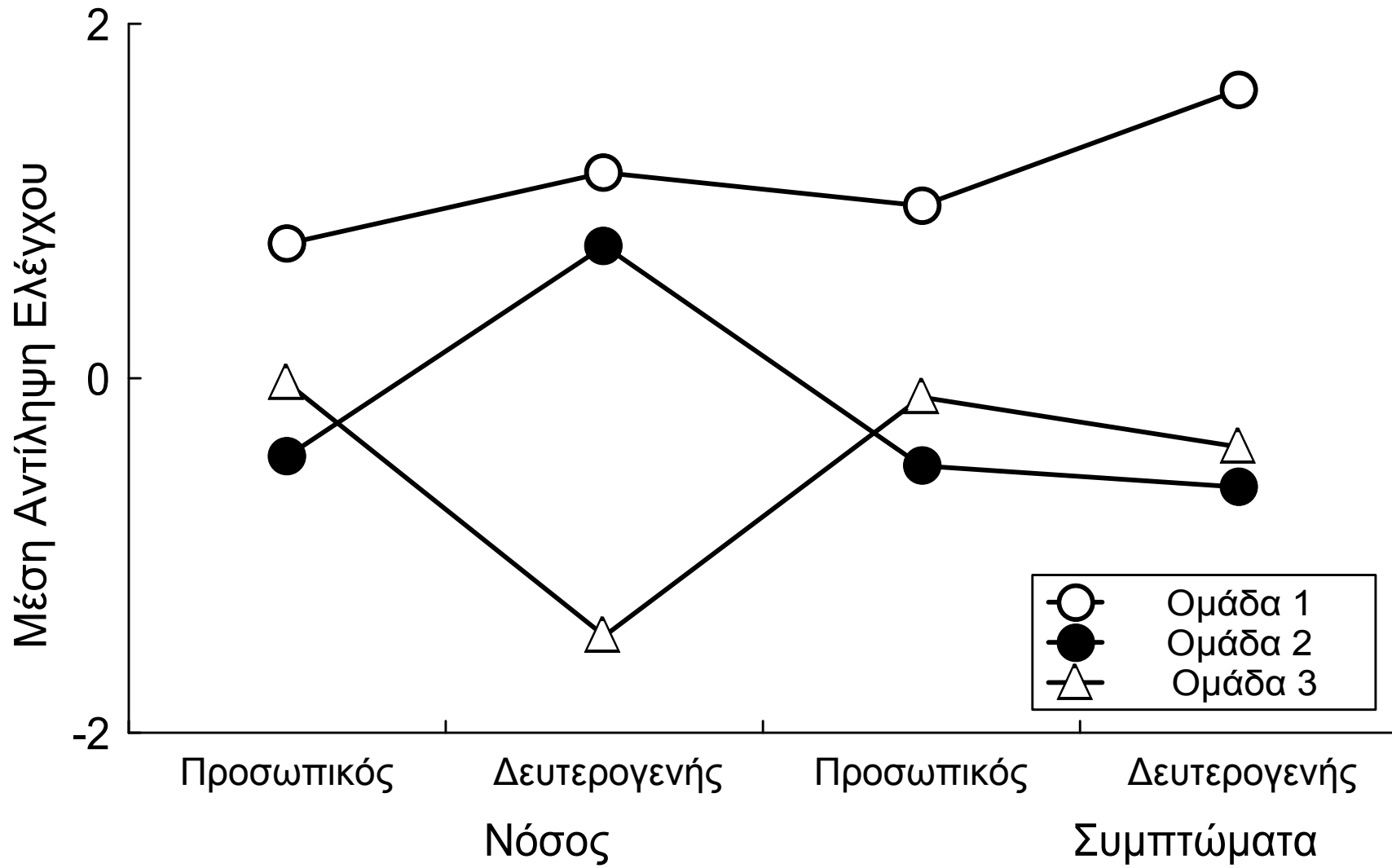
Σύμφωνα με την υπόθεσή μας, οι τρεις ομάδες ατόμων που σχηματίστηκαν διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους και ως προς τις τέσσερις μεταβλητές αντίληψης ελέγχου. Η πρώτη ομάδα ($n = 24$) χαρακτηρίζεται από συνολικά υψηλές αντιλήψεις ελέγχου. Η δεύτερη ομάδα ($n = 39$) χαρακτηρίζεται από υψηλή αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου της εξέλιξης της νόσου ενώ όλες οι άλλες μορφές ελέγχου ήταν κάτω από το μέσο όρο. Η τρίτη ομάδα ($n = 39$) χαρακτηρίζεται από μέτρια επίπεδα αντίληψης προσωπικού ελέγχου και από χαμηλά επίπεδα αντίληψης δευτερογενούς ελέγχου. Αντίθετα από την υπόθεσή μας, η ανάλυση της διασποράς έδειξε ότι οι τρεις ομάδες δεν διέφεραν σημαντικά ως προς τη δυσφορία και τη θετική διάθεση.

Πίνακας 8

Μοτίβα Αντίληψης Ελέγχου και η Σχέση τους με την Ψυχική Διάθεση

Αντίληψη Ελέγχου	Ομάδα 1		Ομάδα 2		Ομάδα 3		F (2, 99)
	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	
<hr/>							
Έλεγχος της Νόσου							
Προσωπικός	2.46	0.78	1.44	1.02	1.79	1.26	6.76**
Δευτερογενής	3.21	0.83	2.74	0.91	0.28	0.46	153.01***
<hr/>							
Έλεγχος των Συμπτωμάτων							
Προσωπικός	2.71	0.86	1.56	0.99	1.87	0.95	11.05***
Δευτερογενής	3.29	0.75	0.82	0.97	1.08	1.35	42.99***
Δυσφορία	-0.60	1.86	0.01	1.85	0.35	1.84	1.97
Θετική Διάθεση	0.29	0.99	-0.07	0.95	-0.11	1.04	1.36

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.



Σχήμα 1. Ατομικά Μοτίβα Αντίληψης Ελέγχου: μέσες προτυποποιημένες τιμές αντίληψης ελέγχου στις τρεις ομάδες (Ομάδα 1, $n = 24$, Ομάδα 2, $n = 39$, Ομάδα 3, $n = 39$).

Επιπλέον, εξετάστηκε εάν οι τρεις ομάδες διέφεραν σημαντικά ως προς τις δημογραφικές και τις ιατρικές μεταβλητές, χρησιμοποιώντας ανάλυση της διασποράς για τις συνεχείς μεταβλητές και μη παραμετρικές δοκιμασίες για τις ταξινομημένες μεταβλητές. Βρέθηκε ότι οι τρεις ομάδες διέφεραν σημαντικά ως προς τις εξής μεταβλητές: (α) την ηλικία: Η δοκιμασία Tukey HSD post hoc για ανόμοια δείγματα έδειξε ότι η πρώτη ομάδα είχε σημαντικά μεγαλύτερη ηλικία από τη δεύτερη (πρώτη ομάδα: $M.O. = 59.88$, $T.A. = 9.15$; δεύτερη ομάδα: $M.O. = 50.69$, $T.A. = 14.16$; τρίτη ομάδα: $M.O. = 53.26$, $T.A. = 13.48$; $F(2, 99) = 3.83$; $p < .05$), (β) το φύλο: Η δοκιμασία χ^2 έδειξε ότι η πρώτη ομάδα είχε περισσότερους άνδρες και η τρίτη ομάδα είχε περισσότερες γυναίκες ($\chi^2(2, N = 102) = 8.99$; $p < .05$), και (γ) την ενεργότητα της νόσου: Η δοκιμασία χ^2 έδειξε ότι οι περισσότεροι ασθενείς σε έξαρση ανήκαν στη δεύτερη ομάδα ενώ οι περισσότεροι ασθενείς σε ύφεση ανήκαν στην τρίτη ομάδα ($\chi^2(2, N = 99) = 6.07$; $p < .05$). Η σχέση του φύλου και της ενεργότητας με τα μοτίβα αντίληψης ελέγχου παρουσιάζονται στους Πίνακες 9 και 10.

Πίνακας 9

Η Σχέση του Φύλου με τα Μοτίβα Αντίληψης Ελέγχου

Ομάδα	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Πρώτη	12	12	24
Δεύτερη	8	31	39
Τρίτη	7	32	39
Σύνολο	27	75	102

Πίνακας 10Η Σχέση της Ενεργότητας της Νόσου με τα Μοτίβα Αντίληψης Ελέγχου

Ομάδα	Έξαρση	Ύφεση	Σύνολο
Πρώτη	5	18	23
Δεύτερη	19	20	39
Τρίτη	10	27	37
Σύνολο	34	65	99

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης ατομικών μοτίβων αντιμετώπισης εφαρμόστηκε ξανά η ιεραρχική ανάλυση συστάδων με την ίδια μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο. Σε αυτήν την περίπτωση, οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν για το σχηματισμό των συστάδων ήταν οι 28 στρατηγικές αντιμετώπισης, δηλαδή οι 14 στρατηγικές για την αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου και οι 14 για την αντιμετώπιση των καθημερινών συμπτωμάτων.

Σύμφωνα με την υπόθεσή μας, το δένδρογραμμα υπέδειξε ξανά μια λύση τριών συστάδων, δηλαδή υπέδειξε την ύπαρξη τριών διακριτών ομάδων υποκειμένων. Για να εξετασθεί εάν οι τρεις αυτές ομάδες διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους ως προς την αντιμετώπιση και ως προς την ψυχική διάθεση, εφαρμόστηκε ανάλυση της διασποράς, όπου ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν οι τρεις συστάδες και εξαρτημένες μεταβλητές ήταν οι στρατηγικές, η δυσφορία και η θετική διάθεση. Οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις και οι τιμές F των μεταβλητών στις τρεις συστάδες παρουσιάζονται στους Πίνακες 11 και 12. Για να φανούν πιο ευδιάκριτα τα σχετικά επίπεδα χρήσης των στρατηγικών από τα μέλη της κάθε

συστάδας, οι μέσοι όροι της κάθε μεταβλητής έχουν προτυποποιηθεί και παρουσιάζονται στα Σχήματα 2 και 3.

Η υπόθεσή μας επαληθεύθηκε μερικώς, αφού οι τρεις ομάδες ατόμων που σχηματίστηκαν διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους ως προς τη χρήση των 20 από τις 28 στρατηγικές που εξετάστηκαν. Η πρώτη ομάδα (αποδέσμευση από το πρόβλημα, $n = 21$) χρησιμοποίησε κυρίως τη συμπεριφορική αποδέσμευση (παραίτηση), σε συνδυασμό με τη στροφή προς τη θρησκεία, την άρνηση, και τη συναισθηματική εκτόνωση στην αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου, και επίσης χρησιμοποίησε κυρίως την άρνηση στην αντιμετώπιση των καθημερινών συμπτωμάτων. Η δεύτερη ομάδα (ψυχολογική προσέγγιση του προβλήματος, $n = 28$) χρησιμοποίησε κυρίως την αποδοχή και το χιούμορ για την αντιμετώπιση και της εξέλιξης της νόσου και των καθημερινών συμπτωμάτων. Η τρίτη ομάδα (ενεργητική επίλυση του προβλήματος, $n = 52$) χρησιμοποίησε κυρίως την αναβολή άλλων δραστηριοτήτων, σε συνδυασμό με τη λήψη μέτρων, το σχεδιασμό, και την αναζήτηση πληροφοριών και συναισθηματικής υποστήριξης στην αντιμετώπιση και των δύο πλευρών της νόσου, και επιπλέον χρησιμοποίησε την απόσπαση της προσοχής και τη συναισθηματική εκτόνωση στην αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου.

Η υπόθεση μας επαληθεύθηκε μερικώς και ως προς τις διαφορές των τριών ομάδων στην ψυχική διάθεση. Συγκεκριμένα, οι τρεις ομάδες διέφεραν σημαντικά ως προς τα επίπεδα δυσφορίας που βιώνουν, $F(2, 98) = 3.96, p < .05$, αλλά όχι ως προς τα επίπεδα της θετικής διάθεσης. Η δοκιμασία Tukey's HSD post hoc για ανόμοια δείγματα έδειξε ότι η ομάδα της αποδέσμευσης από το πρόβλημα βίωνε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας από την ομάδα της ψυχολογικής προσέγγισης του προβλήματος (ομάδα αποδέσμευσης: $M.O. = 0.51, T.A. = 2.02$; ομάδα ψυχολογικής προσέγγισης: $M.O. = -0.82, T.A. = 1.71; p < .05$). Η ίδια

δοκιμασία έδειξε ότι υπήρχε μια τάση της ομάδας αποδέσμευσης να βιώνει επίσης υψηλότερα επίπεδα δυσφορίας και από την ομάδα της ενεργητικής επίλυσης ($M.O. = 0.18, T.A. = 1.76; p = .10$).

Επιπλέον, εξετάστηκε εάν οι τρεις ομάδες διέφεραν σημαντικά ως προς τις δημογραφικές και ιατρικές μεταβλητές, χρησιμοποιώντας ανάλυση της διασποράς για τις συνεχείς μεταβλητές και μη παραμετρικές δοκιμασίες για τις ταξινομημένες μεταβλητές. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 11

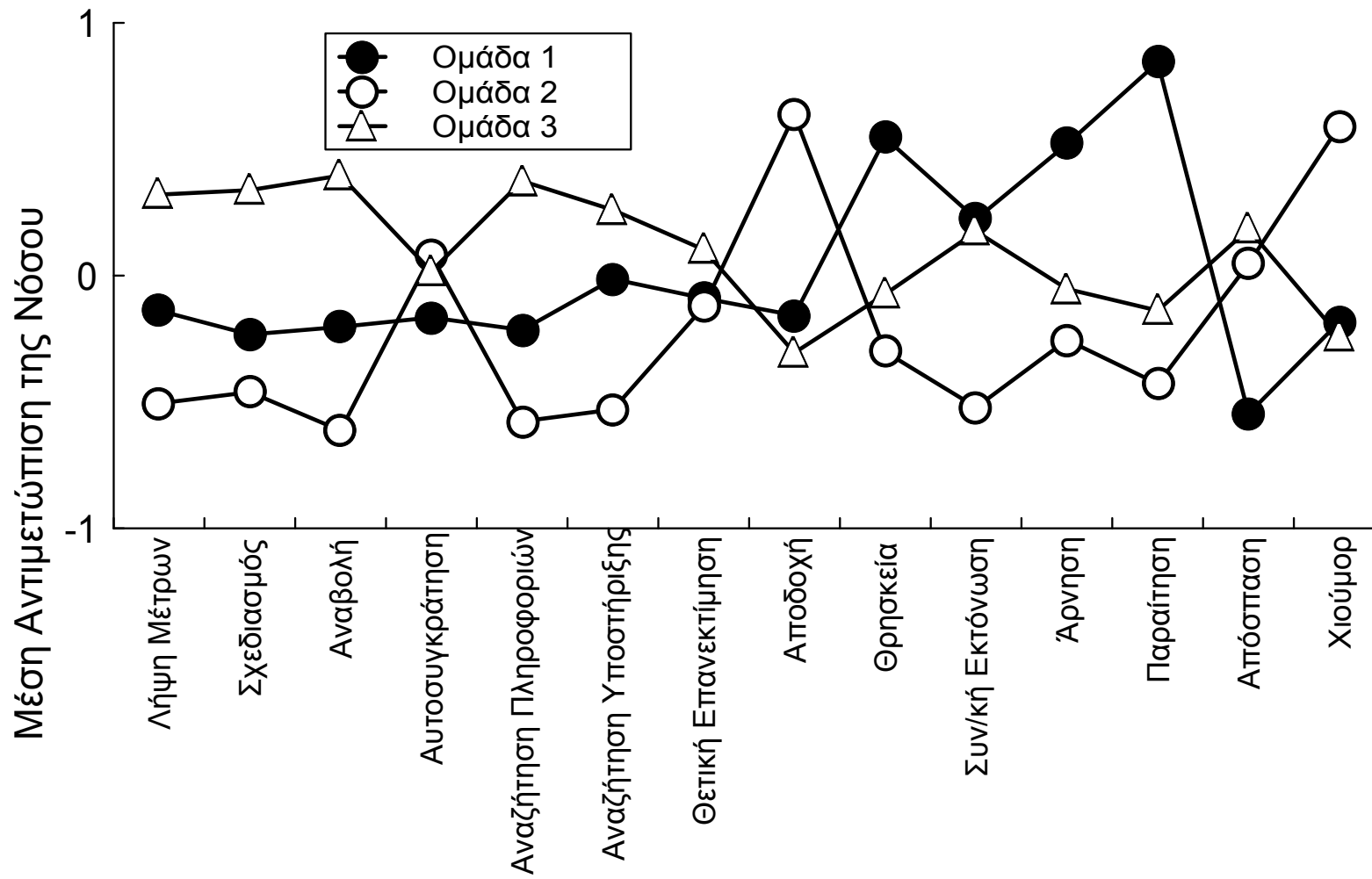
Μοτίβα Αντιμετώπισης της Νόσου και η Σχέση τους με την Ψυχική Διάθεση

Αντιμετώπιση της Νόσου	Ομάδα 1		Ομάδα 2		Ομάδα 3		F (2, 98)
	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	
Λήψη Μέτρων	5.05	1.66	4.39	1.93	5.87	1.56	7.18**
Σχεδιασμός	4.24	1.45	3.86	1.38	5.19	1.73	7.27**
Αναβολή Άλλων Δραστηριοτήτων	4.33	1.43	3.68	1.39	5.29	1.49	11.86***
Αναζήτηση Πληροφοριών	5.33	1.77	4.64	2.31	6.46	1.35	10.49***
Αναζήτηση Συν/ικής Υποστήριξης	5.14	1.53	4.25	1.90	5.62	1.51	6.39**
Αποδοχή	5.95	1.07	7.04	1.04	5.75	1.41	9.92***
Στροφή στη Θρησκεία	7.62	0.86	6.32	1.74	6.67	1.52	4.86**
Συναισθηματική Εκτόνωση	5.24	1.26	4.25	1.32	5.17	1.25	5.57**

(συνέχεια πίσω)

Αντιμετώπιση της Νόσου	Ομάδα 1		Ομάδα 2		Ομάδα 3		<i>F</i> (2, 98)
	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	
Άρνηση	4.81	1.99	3.43	2.08	3.79	1.38	4.06*
Παραίτηση	4.95	1.80	2.82	1.02	3.31	1.57	13.27***
Απόσπαση	4.00	1.30	5.00	1.83	5.23	1.65	4.28*
Χιούμορ	3.24	1.30	4.43	1.79	3.15	1.29	7.57***
Δυσφορία	0.51	2.02	-0.82	1.71	0.18	1.76	3.96*
Θετική Διάθεση	0.00	0.87	0.31	0.94	-0.15	1.06	1.92

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.



Σχήμα 2. Ατομικά Μοτίβα Αντιμετώπισης της Νόσου: μέσες προτυποποιημένες τιμές της χρήσης των στρατηγικών στην Ομάδα 1 ($n = 21$, αποδέσμευση από το πρόβλημα), στην Ομάδα 2 ($n = 28$, ψυχολογική προσέγγιση του προβλήματος) και στην Ομάδα 3 ($n = 52$, ενεργητική επίλυση του προβλήματος).

Πίνακας 12

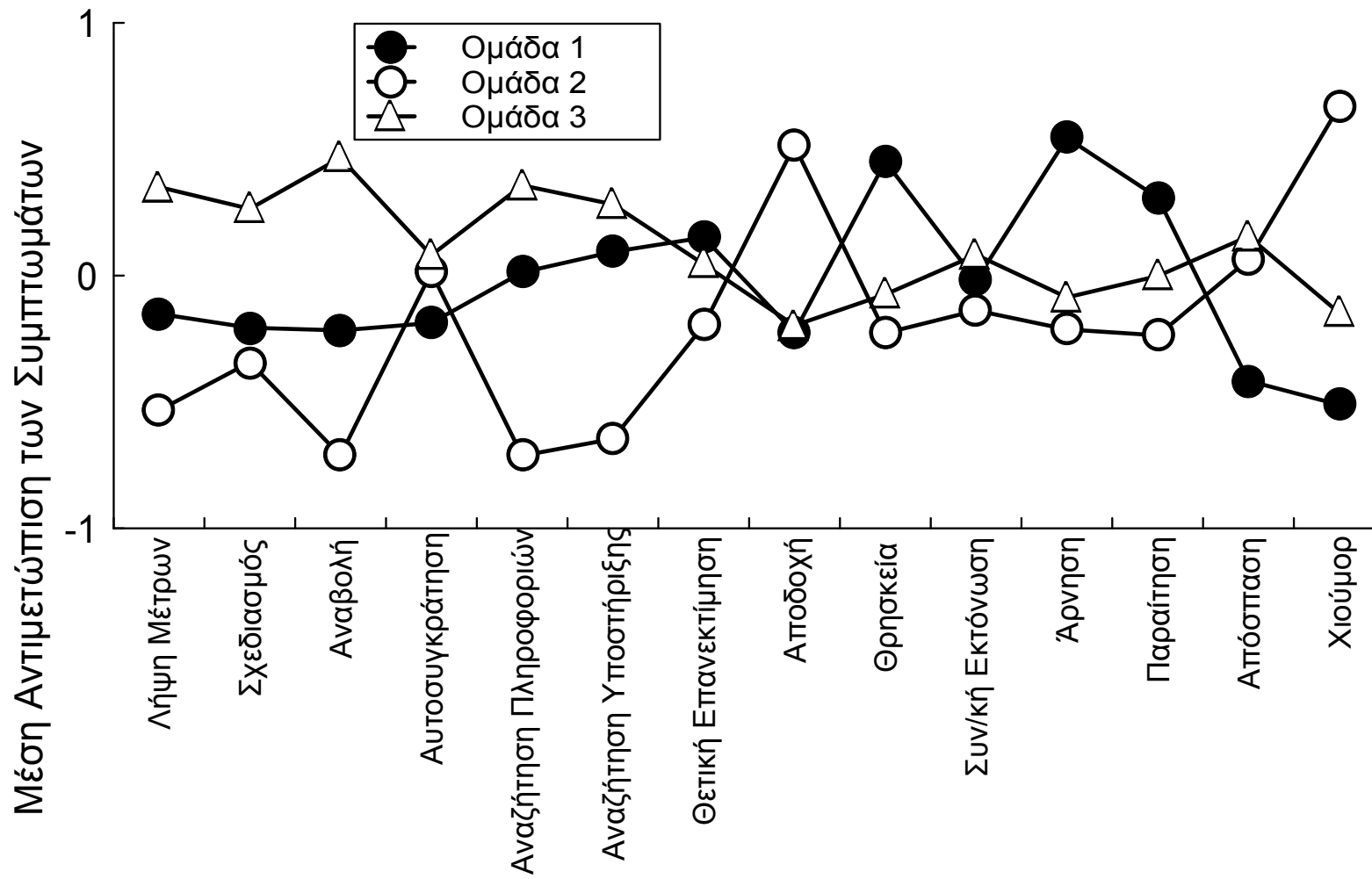
Μοτίβα Αντιμετώπισης των Συμπτωμάτων και η Σχέση τους με την Ψυχική Διάθεση

	Ομάδα 1		Ομάδα 2		Ομάδα 3		F (2, 98)
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	
Αντιμετώπιση των Συμπτωμάτων	4.95	1.83	4.29	1.63	5.83	1.56	8.43***
Λήψη Μέτρων	4.95	1.83	4.29	1.63	5.83	1.56	8.43***
Σχεδιασμός	4.33	1.46	4.11	1.59	5.12	1.69	4.12*
Αναβολή Άλλων Δραστηριοτήτων	4.24	1.58	3.39	1.42	5.40	1.49	17.42***
Αναζήτηση Πληροφοριών	5.81	1.97	4.36	2.25	6.50	1.42	12.94***
Αναζήτηση Συν/ικής Υποστήριξης	5.52	1.81	4.18	1.61	5.87	1.65	9.47***
Αποδοχή	5.90	1.26	6.93	1.12	5.94	1.45	5.72**
Άρνηση	5.05	2.22	3.54	2.03	3.79	1.75	4.19*
Χιούμορ	2.71	1.06	4.64	1.83	3.31	1.44	11.51***

(συνέχεια πίσω)

Αντιμετώπιση των Συμπτωμάτων	Ομάδα 1		Ομάδα 2		Ομάδα 3		<i>F</i> (2, 98)
	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	
Δυσφορία	0.51	2.02	-0.82	1.71	0.18	1.76	3.96*
Θετική Διάθεση	0.00	0.87	0.31	0.94	-0.15	1.06	1.92

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$



Σχήμα 3. Ατομικά Μοτίβα Αντιμετώπισης των Συμπτωμάτων: μέσες προτυποποιημένες τιμές της χρήσης των στρατηγικών στην Ομάδα 1 ($n = 21$, αποδέσμευση από το πρόβλημα), στην Ομάδα 2 ($n = 28$, ψυχολογική προσέγγιση του προβλήματος) και στην Ομάδα 3 ($n = 52$, ενεργητική επίλυση του προβλήματος).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να μελετήσει τη σχέση ανάμεσα στις αντιλήψεις ελέγχου, στις στρατηγικές αντιμετώπισης και στην ψυχική διάθεση στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, δηλαδή στο πλαίσιο αναφοράς ενός χρόνιου στρες χαμηλής ελεγχιμότητας. Μελετώντας πώς οι ασθενείς συμπεριφέρονται σε διαφορετικές στρεσογόνες καταστάσεις που προκύπτουν από τη νόσο, στόχος ήταν να εξετάσουμε τη συσχέτιση των αντιλήψεων και των στρατηγικών με τις εναλλαγές στο πλαίσιο αναφοράς, αλλά και τις ατομικές διαφορές στην αντίληψη και στην αντιμετώπιση. Με δεδομένη τη συσχετιστική φύση της παρούσας μελέτης, τα αποτελέσματα δεν αποδεικνύουν σχέσεις αιτιότητας απλώς υποδεικνύουν πιθανούς τρόπους ερμηνείας. Συνεπώς, η συζήτηση αποτελεί μία απόπειρα ερμηνείας των παρατηρούμενων συσχετισμών.

Αντιλήψεις Ελέγχου και Αντιμετώπιση στις Δύο Πλευρές της Νόσου

Είχαμε υποθέσει ότι οι αντιλήψεις ελέγχου και οι στρατηγικές αντιμετώπισης θα διέφεραν ανάμεσα στις δύο διαφορετικές πλευρές της νόσου, δηλαδή ανάμεσα στο στρες που πηγάζει από την ίδια την εξέλιξη της νόσου και στο στρες που πηγάζει από τα καθημερινά συμπτώματα της νόσου. Συγκεκριμένα, είχαμε υποθέσει ότι η αντίληψη προσωπικού ελέγχου και η χρήση των επικεντρωμένων στην επίλυση του προβλήματος στρατηγικών θα ήταν υψηλότερες αναφορικά με τα καθημερινά συμπτώματα, ενώ η αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου και η χρήση των επικεντρωμένων στη ρύθμιση του συναισθήματος στρατηγικών θα ήταν υψηλότερες αναφορικά με την εξέλιξη της νόσου. Ως προς το μεγαλύτερο μέρος τους, τα ευρήματα δεν επιβεβαίωσαν αυτές τις υποθέσεις.

Όπως είχε προβλεφθεί, η αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου της εξέλιξης της νόσου βρέθηκε υψηλότερη από αυτήν των καθημερινών συμπτωμάτων. Αντίθετα όμως από την υπόθεση μας, η αντίληψη προσωπικού ελέγχου δεν διέφερε ανάμεσα στις δύο πλευρές της νόσου. Αυτά τα ευρήματα συμφωνούν με μελέτες της ρευματοειδούς αρθρίτιδας που υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς αντιλαμβάνονται περισσότερο δευτερογενή έλεγχο πάνω στην εξέλιξη της νόσου, μέσω του θεραπευτικού προσωπικού, αλλά έρχονται σε σύγκρουση με τις ίδιες μελέτες που υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς αντιλαμβάνονται περισσότερο προσωπικό έλεγχο πάνω στα καθημερινά συμπτώματα (Affleck et al., 1987). Αυτή η έλλειψη διαφοροποίησης στην αντίληψη προσωπικού ελέγχου ανάμεσα στις δύο πλευρές της νόσου μπορεί να οφείλεται στην ιδιαιτερότητα των καθημερινών συμπτωμάτων που εξετάστηκαν στην παρούσα μελέτη, του πόνου και της δυσκινησίας (λειτουργικής ανικανότητας), τα οποία έχει υποστηριχθεί ότι συμβάλλουν στην αντίληψη του στρες ως ανεξέλεγκτου (Penninx et al., 1996; Zautra et al., 2001). Ιδιαίτερα ο πόνος στη ρευματοειδή αρθρίτιδα κατά καιρούς έχει τη μορφή οξέος συμπτώματος, ενώ παράλληλα έχει και μια χρόνια μορφή (Anderson et al., 1985; Young, 1992), η οποία ενδεχομένως συγχέεται με τη συνολική εξέλιξη της νόσου μέσα στο χρόνο. Είναι λοιπόν πιθανό, οι ασθενείς να αντιλαμβάνονται την εξέλιξη και τα καθημερινά συμπτώματα εξίσου ανεξέλεγκτα από αυτούς τους ίδιους (Felton & Revenson, 1984; Fournier et al., 2002).

Ως προς την αντιμετώπιση, η υπόθεση μας δεν επαληθεύθηκε, αφού δεν βρέθηκαν διαφορές ανάμεσα στις στρατηγικές που επιστρατεύτηκαν στην εξέλιξη της νόσου και σε αυτές που επιστρατεύτηκαν στα καθημερινά συμπτώματα. Αυτή η έλλειψη διαφοροποίησης στις αντιδράσεις ανάμεσα στις δύο πλευρές της νόσου είναι συμβατή με την έλλειψη διαφοροποίησης στην αντίληψη προσωπικού ελέγχου που

αναφέρθηκε παραπάνω. Σύμφωνα με το αλληλεπιδραστικό μοντέλο, εφόσον οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τον ίδιο βαθμό προσωπικού ελέγχου πάνω στις δύο πλευρές της νόσου, είναι αναμενόμενο να αντιδρούν με τον ίδιο τρόπο απέναντι σε αυτές (Blalock et al., 1993; Cheng et al., 2000; Giorgino et al., 1994).

Η Σχέση της Αντίληψης Ελέγχου και της Αντιμετώπισης

Είχαμε υποθέσει ότι η αντίληψη προσωπικού ελέγχου θα σχετιζόταν θετικά με τη χρήση στρατηγικών επίλυσης του προβλήματος και αρνητικά με τη χρήση στρατηγικών αποφυγής του προβλήματος. Η σχέση της αντίληψης δευτερογενούς ελέγχου και της αντιμετώπισης εξετάστηκε διερευνητικά. Στο μεγαλύτερο μέρος της, η υπόθεση αυτή επαληθεύθηκε από τα αποτελέσματα.

Σύμφωνα με την υπόθεση μας, η λήψη μέτρων και η αναβολή άλλων δραστηριοτήτων σχετίζονται θετικά με την αντίληψη προσωπικού ελέγχου, ενώ η παραίτηση σχετίζεται αρνητικά με την αντίληψη προσωπικού ελέγχου. Επιπλέον, η αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου σχετίζεται με τη χρήση της λήψης μέτρων, της αναβολής άλλων δραστηριοτήτων καθώς και με τη χρήση της αναζήτησης πληροφοριών και της συναισθηματικής υποστήριξης. Αυτά τα ευρήματα είναι συμβατά με παρόμοια ευρήματα στην ρευματοειδή αρθρίτιδα που δείχνουν ότι οι ασθενείς επιλέγουν τη στρατηγική που χρησιμοποιούν ανάλογα με την αντίληψη ελέγχου που διαθέτουν (Cheng et al., 2000; Giorgino et al., 1994; Watkins et al., 1999). Εξ άλλου, παραπέμπουν στη θεωρία του αλληλεπιδραστικού μοντέλου για το στρες σύμφωνα με την οποία η γνωστική εκτίμηση της αντίληψης ελέγχου επηρεάζει την επιλογή της αντιμετώπισης: όταν η αντίληψη ελέγχου είναι υψηλή, τότε αυξάνεται η χρήση των στρατηγικών που στοχεύουν στην επίλυση του προβλήματος, ενώ όταν η αντίληψη ελέγχου είναι χαμηλή, τότε αυξάνεται η χρήση των στρατηγικών αποφυγής του προβλήματος (Folkman, 1992).

Η Σχέση των Αντιλήψεων Ελέγχου και της Ψυχικής Διάθεσης

Είχαμε υποθέσει ότι στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, ως ένα χρόνιο στρες χαμηλής ελεγχιμότητας, οι εναλλακτικές μορφές ελέγχου, δηλαδή οι αντιλήψεις αναπληρωματικού και δευτερογενούς ελέγχου, θα σχετίζονταν με την ψυχική διάθεση. Τα ευρήματα επιβεβαίωσαν αυτήν την υπόθεση. Παρ' ότι οι διαφορές στις αντιλήψεις ελέγχου ανάμεσα στις δύο πλευρές της νόσου ήταν περιορισμένες, η αποτελεσματικότητα των αντιλήψεων διέφερε ανάμεσα στις δύο πλευρές προς την προβλεπόμενη κατεύθυνση. Όλες οι αντιλήψεις αναπληρωματικού ελέγχου, συγκεκριμένα των καθημερινών συμπτωμάτων, της περίθαλψης και των συναισθημάτων, καθώς και η αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου των καθημερινών συμπτωμάτων βρέθηκαν να σχετίζονται με τη θετική διάθεση. Αντίθετα οι αντιλήψεις προσωπικού και δευτερογενούς ελέγχου που αφορούν στην εξέλιξη της νόσου δεν σχετίζονται με την ψυχική διάθεση. Αυτά τα ευρήματα είναι συμβατά με τις έρευνες που υποστηρίζουν ότι στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, όπως και σε άλλες χρόνιες παθήσεις, η αντίληψη ελέγχου των συνεπειών της νόσου, όπως τα συμπτώματα και η περίθαλψη, σχετίζεται με καλύτερη προσαρμογή (Affleck et al., 1987; Barlow et al., 2002; Lefebvre et al., 1999; Lorig & Holman, 1993; Moss-Morris et al., 2002; Ryan et al., 2003). Αυτή η διαπίστωση παραπέμπει στη θεωρία του αλληλεπιδραστικού μοντέλου, σύμφωνα με την οποία σε κάθε στρεσογόνα κατάσταση εμπεριέχονται διαφορετικές στρεσογόνες πλευρές με διαφορετική ελεγχιμότητα (Folkman, 1984; Lazarus, 1993): όταν η κύρια πηγή του στρες δεν ελέγχεται, τότε ο έλεγχος των συνεπειών ή των επιπτώσεων του σε άλλους τομείς γίνεται πιο σημαντικός για την προσαρμογή (Thompson, 2002, 1993).

Επίσης, τα ευρήματα μας είναι συμβατά με τις μελέτες που υποστηρίζουν ότι η αποτελεσματικότητα των αντιλήψεων ελέγχου βρίσκεται σε συνάρτηση με το

πλαίσιο αναφοράς και ιδιαίτερα με την ελεγχσιμότητα του προβλήματος (Cheng, 2001; Mischel & Shoda, 1998; Roussi, 2002). Στην πραγματικότητα, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, εξαιτίας της απρόβλεπτης εξέλιξης, μπορεί μόνο μερικώς να ελεγχθεί είτε με τις ιατρικές διαδικασίες είτε με την αυτοφροντίδα (Felton & Revenson, 1984; Fournier et al., 2002; Penninx et al., 1996). Σε μία νόσο που δεν επιτρέπει επαρκή έλεγχο της πορείας και της εξέλιξης της, ο εστιασμός σε εναλλακτικές μορφές ελέγχου, όπως ο έλεγχος των καθημερινών συμπτωμάτων, της περίθαλψης και των συναισθημάτων, ενδέχεται να αποβεί περισσότερο προσαρμοστικός (Affleck et al., 1987; Thompson et al., 1993; Thompson et al., 1994). Αυτή η ερμηνεία είναι σύμφωνη με το γνωστικό - συναισθηματικό μοντέλο της προσωπικότητας, κατά το οποίο η προσαρμογή δεν εξαρτάται από το βαθμό του διαθέσιμου προσωπικού ελέγχου πάνω στο ίδιο το πρόβλημα αλλά από την ευελιξία στην αντίληψη ελέγχου (Cheng, 2001, 2003): αυτό σημαίνει ότι προσαρμοστική είναι η ικανότητα του ατόμου να λαμβάνει υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κατάστασης, δηλαδή να αξιολογεί ρεαλιστικά τις δυνατότητες ελέγχου που του επιτρέπονται και να αξιοποιεί τις εναλλακτικές μορφές ελέγχου που διαθέτει (Mischel & Shoda, 1995; Roussi, 2002).

Η τελευταία ερμηνεία για τη διαφορική αποτελεσματικότητα των αντιλήψεων ελέγχου μεταξύ των δύο πλευρών της νόσου πρέπει να ληφθεί υπόψη με επιφύλαξη δεδομένου ότι δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στην αντίληψη προσωπικού ελέγχου ανάμεσα στις δύο καταστάσεις.

Η Σχέση των Στρατηγικών Αντιμετώπισης και της Ψυχικής Διάθεσης

Είχαμε υποθέσει ότι οι στρατηγικές εκούσιας ψυχολογικής προσέγγισης και εκούσιας ψυχολογικής αποδέσμευσης θα σχετίζονταν θετικά με τη θετική διάθεση και αρνητικά με τη δυσφορία ενώ οι στρατηγικές ακούσιας ψυχολογικής

προσέγγισης και ακούσιας ψυχολογικής αποδέσμευσης θα είχαν την αντίστροφη σχέση με την ψυχική διάθεση. Από το σύνολο των αποτελεσμάτων, η υπόθεση αυτή επαληθεύθηκε μερικώς.

Αντίθετα από την υπόθεσή μας, η αποδοχή, η απόσπαση της προσοχής και η άρνηση δεν συσχετίζονται σημαντικά με την ψυχική διάθεση. Σύμφωνα όμως με την υπόθεσή μας, η θετική επανεκτίμηση, το χιούμορ, η παραίτηση και η συναισθηματική εκτόνωση συσχετίζονται με την ψυχική διάθεση προς την αναμενόμενη κατεύθυνση. Επιπλέον, παρατηρείται συσχετισμός της ψυχικής διάθεσης με την αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης.

Η χρήση της θετικής επανεκτίμησης και του χιούμορ σχετίζονται θετικά με τη θετική διάθεση και αρνητικά με τη δυσφορία, αντίστοιχα. Αυτά τα ευρήματα είναι συμβατά με τη βιβλιογραφία που υποστηρίζει ότι η επικεντρωμένη στη ρύθμιση του συναισθήματος αντιμετώπιση έχει ρόλο προσαρμοστικό ιδιαίτερα σε καταστάσεις όπου τα περιθώρια για ενεργητική ανάληψη δράσης είναι μικρά (Austenfeld & Stanton, 2004; Stanton, Danoff-Burg, et al., 2000; Stanton & Franz, 1999). Σε τέτοιες χαμηλής ελεγχιμότητας καταστάσεις, όπως σε σοβαρά χρόνια προβλήματα υγείας, έχει υπογραμμιστεί η ευεργετική επίδραση του χιούμορ (Ben-Zur et al., 2001; Carver et al., 1993) και της γνωστικής επεξεργασίας (Danoff-Burg & Revenson, 2005; Evers et al., 2001; Schmitz et al., 1996). Η έλλειψη αποτελεσματικότητας των ενεργητικών στρατηγικών που παρατηρήθηκε στην παρούσα μελέτη είναι συμβατή με την παραπάνω ερμηνεία των ευρημάτων. Όταν το πλαίσιο αναφοράς δεν επιτρέπει περιθώρια για δράση, τότε οι ενεργητικές προσπάθειες για ανάληψη δράσης αναμένεται να επιφέρουν φτωχά αποτελέσματα (Covic et al., 2000; Covic et al., 2003; Evers et al., 1998; Evers et al., 2003), αφού σύμφωνα με το αλληλεπιδραστικό μοντέλο η αποτελεσματικότητα των ενεργητικών ή των

επικεντρωμένων στην επίλυση του προβλήματος στρατηγικών εξαρτάται από το πλαίσιο αναφοράς (Folkman, 1984; Terry, 1994). Παραδείγματος χάριν, η επίδραση ορισμένων συμπεριφορών στη ρευματοειδή αρθρίτιδα έχει βρεθεί ότι εξαρτάται από την πραγματική φυσική κατάσταση του ασθενούς: σε οξύ πόνο ή σε μεγάλη βαρύτητα, η επιμονή στη διατήρηση της δραστηριότητας ενδέχεται να αποβεί αντιπαραγωγική ή απλώς αναποτελεσματική (Evers et al, 1998; Keefe et al., 1997). Σε τέτοιες συνθήκες όπου η αντίληψη ελέγχου και η ενεργητική αντιμετώπιση έχουν περιορισμένη επίδραση, όπως στον έντονο πόνο, η γνωστική επεξεργασία που οδηγεί στην απόδοση νοήματος και στην αναγνώριση οφέλους έχει βρεθεί ότι αποκτούν ιδιαίτερη προσαρμοστική αξία (Danoff-Burg & Revenson, 2005; Evers et al., 2001; Tennen et al., 1992). Στο χρόνιο πόνο γενικά, και ειδικά στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, έχει βρεθεί ότι η γνωστική αλλαγή του τι σκέφτεται ο ασθενής για τον πόνο του σχετίζεται με καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία από ό,τι οι συμπεριφορικές προσπάθειες του ασθενούς να κάνει κάτι για τον πόνο του (Danoff-Burg & Revenson, 2005; Jensen et al., 1994; Lorig & Holman, 1993).

Οι παραπάνω ερμηνείες είναι συμβατές με το αλληλεπιδραστικό μοντέλο του στρες, που υποστηρίζει ότι η προσαρμοστική αξία της κάθε στρατηγικής δεν αξιολογείται ανεξάρτητα από τις ιδιαίτερες απαιτήσεις του πλαισίου αναφοράς, και ειδικά από την ελεγχιμότητα του προβλήματος (Folkman, 1984; Lazarus, 1993; Park, Armeli, & Tennen, 2004; Terry & Hynes, 1998). Επίσης, παραπέμπουν στο γνωστικό-συναισθηματικό μοντέλο της προσωπικότητας, κατά το οποίο η προσαρμογή δεν εξαρτάται από την επιμονή του ατόμου στην προσπάθεια να αλλάξει τα δεδομένα αλλά από την ευελιξία στη χρήση των στρατηγικών ανάλογα με τα δεδομένα (Cheng, 2001, 2003): αυτό σημαίνει ότι προσαρμοστική είναι η ικανότητα του ατόμου να συμμορφώνει το είδος των αντιδράσεων του ανάλογα με

τις ιδιαίτερες απαιτήσεις της κατάστασης και σύμφωνα με τα περιθώρια ελέγχου που αυτές επιτρέπουν (Mischel & Shoda, 1995; Roussi et al., 2000).

Σύμφωνα με την υπόθεση μας για τη δυσπροσαρμοστικότητα της ακούσιας ψυχολογικής προσέγγισης και της αποδέσμευσης, η συναισθηματική εκτόνωση και η παραίτηση σχετίζονται αρνητικά με τη θετική διάθεση και θετικά με τη δυσφορία, αντίστοιχα. Αυτά τα ευρήματα είναι συμβατά με τη βιβλιογραφία που υποστηρίζει την αρνητική επίδραση της έμμονης, καταναγκαστικής ενασχόλησης με το πρόβλημα καθώς και της συνολικής αποφυγής κάθε επαφής με το πρόβλημα (Compas et al., 1997; Stanton & Franz, 1999). Η αρνητική επίδραση της παρατεταμένης αποφυγής καθώς και της υπερβολικής ενασχόλησης έχουν τεκμηριωθεί σε χρόνιες παθήσεις, στον χρόνιο πόνο και στη ρευματοειδή αρθρίτιδα (Affleck et al., 1999; Covic et al., 2000; Fournier et al., 2002; Scharloo et al., 1999). Ο εστιασμός στο δυσφορικό συναίσθημα, ιδιαίτερα για μεγάλες χρονικές περιόδους, εμπεριέχει ένα στοιχείο ακούσιου ιδεομηρυκασμού που συμβάλλει στην αύξηση της δυσφορίας, εφόσον δεν οδηγεί ούτε στην επίλυση ούτε στην επεξεργασία του προβλήματος (Carver et al., 1989; Roussi et al., υπό δημοσίευση). Ένα άλλο εύρημα που δείχνει ότι η προσέγγιση και η ενασχόληση με το πρόβλημα μπορεί να αποβεί δυσπροσαρμοστική είναι ο αρνητικός συσχετισμός της αναζήτησης συναισθηματικής υποστήριξης με τη θετική διάθεση που βρέθηκε στην παρούσα μελέτη. Αυτό το εύρημα έρχεται σε αντίφαση με σχετικά ευρήματα στη ρευματοειδή αρθρίτιδα που δείχνουν θετική σχέση ανάμεσα στη συναισθηματική έκφραση και στην προσαρμογή (Keefe et al., 1997; Kelly et al., 1997; Scharloo et al., 1998; Tucker et al., 1999). Όμως συγκλίνει με τις ενδείξεις ότι η συναισθηματική έκφραση μπορεί να συμβάλλει στη μεγέθυνση του προβλήματος και συνακόλουθα στην αύξηση της δυσφορίας, όταν γίνεται με έναν τρόπο καταναγκαστικό, ακούσιο

(Affleck et al., 1999; Stanton, Danoff-Burg, et al., 2000). Αυτά τα ευρήματα είναι συμβατά με τη βιβλιογραφία που υποδεικνύει ότι η προσέγγιση του προβλήματος δεν είναι βοηθητική σε όλες τις καταστάσεις ενώ η εξισορρόπηση ανάμεσα στην προσέγγιση και στην αποφυγή του προβλήματος είναι κατά περίπτωση προτιμότερη ανάλογα με τις συνθήκες του πλαισίου αναφοράς (Compas et al., 1997; Evers et al., 1998; Sharpe, Sensky, Timberlake, et al., 2001; Stanton & Franz, 1999).

Ατομικά Μοτίβα Αντίληψης Ελέγχου

Είχαμε υποθέσει ότι υπάρχουν ατομικές διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς ως προς την αντίληψη ελέγχου της εξέλιξης της νόσου και των καθημερινών συμπτωμάτων, και ότι οι ασθενείς που συνδυάζουν εναλλακτικές μορφές ελέγχου θα βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα δυσφορίας από εκείνους που χρησιμοποιούν διαφορετικά μοτίβα. Η υπόθεση αυτή επαληθεύθηκε μερικώς.

Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν ότι οι ασθενείς διαθέτουν ατομικά μοτίβα αντίληψης, εύρημα που παραπέμπει στο γνωστικό-συναισθηματικό μοντέλο της προσωπικότητας, το οποίο προβλέπει ατομικές διαφορές στο βαθμό που τα άτομα διαφοροποιούν τις αντιλήψεις τους ανάλογα με τις δεδομένες συνθήκες (Chiu et al., 1995; Mischel & Shoda, 1995). Αυτές οι ομάδες των ασθενών που βρέθηκε εδώ ότι διαθέτουν διαφορετικά μοτίβα αντίληψης ελέγχου διαφέρουν επίσης και ως προς ορισμένα ιατρικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά. Παραδείγματος χάριν, οι περισσότεροι ασθενείς σε έξαρση ανήκουν στη δεύτερη ομάδα που χαρακτηρίζεται από υψηλή αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου της εξέλιξης της νόσου, ενώ οι περισσότεροι ασθενείς σε ύφεση ανήκουν στην τρίτη ομάδα που χαρακτηρίζεται από χαμηλή αντίληψη δευτερογενούς ελέγχου. Αυτό το εύρημα υποδεικνύει ότι διάφορα χαρακτηριστικά του δείγματος που σχετίζονται με την ελεγκσιμότητα της κατάστασης, όπως η ενεργότητα, πιθανόν να επηρεάζουν τη διαμόρφωση των

αντιλήψεων ελέγχου. Αυτή η παρατήρηση είναι συμβατή με τη βιβλιογραφία που υποστηρίζει την αντιστοιχία της αντίληψης ελέγχου με τα χαρακτηριστικά του πλαισίου αναφοράς (Folkman, 1992) και υποβάλλει την ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης του προφίλ των ατόμων με διαφορετικά μοτίβα ελέγχου.

Όμως τα ευρήματα δεν επιβεβαιώνουν τη σχέση αυτών των μοτίβων με την ψυχική διάθεση. Αυτή η έλλειψη συσχετισμού μπορεί να αποδοθεί μερικώς στην έλλειψη αποτελεσματικότητας των αντιλήψεων ελέγχου που αναφέρονται στην εξέλιξη της νόσου, και προσωπικού και δευτερογενούς, που βρέθηκε σε αυτή τη μελέτη. Εξ άλλου, αυτό το εύρημα παραπέμπει στη βιβλιογραφία που υποστηρίζει τη γενικά περιορισμένη επίδραση των αντιλήψεων ελέγχου σε καταστάσεις χαμηλής ελεγχιμότητας (Fournier et al., 2002; Rothbaum et al., 1982; Shapiro et al., 1996).

Ατομικά Μοτίβα Αντιμετώπισης

Είχαμε υποθέσει ότι υπάρχουν ατομικές διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς ως προς την αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου και των καθημερινών συμπτωμάτων, και ότι τα διακριτά ατομικά μοτίβα αντιμετώπισης θα σχετίζονταν διαφορετικά με τη ψυχική διάθεση. Η υπόθεση επιβεβαιώθηκε από τα ευρήματα. Σύμφωνα με την υπόθεσή μας, η διαφοροποίηση στα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας που βρέθηκε ανάμεσα στις τρεις ομάδες σχετίζεται με τις μεταξύ τους διαφορές στην αντιμετώπιση, αφού οι τρεις ομάδες δεν διέφεραν σημαντικά ως προς καμία ιατρική ή δημογραφική μεταβλητή. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με παρόμοια ευρήματα στη ρευματοειδή αρθρίτιδα και σε άλλα προβλήματα υγείας που έχουν δείξει ατομικά μοτίβα στην αντιμετώπιση καθώς και διαφορετική αποτελεσματικότητα αυτών των μοτίβων στην ψυχολογική προσαρμογή (Hack & Degner, 1999; Losiak, 2001; Newman et al., 1990; Roussi et al., υπό δημοσίευση; Smith & Wallston, 1996). Εξ άλλου, τα ευρήματα αυτά παραπέμπουν στο γνωστικό -

συναισθηματικό μοντέλο της προσωπικότητας, το οποίο προβλέπει ατομικές διαφορές στο βαθμό που τα άτομα διαφοροποιούν την αντίδραση τους ανάλογα με τις δεδομένες συνθήκες, καθώς επίσης προβλέπει ότι η ικανότητα τους να συμμορφώνουν τις αντιδράσεις τους με το πλαίσιο αναφοράς σχετίζεται με την προσαρμογή τους (Chiu et al., 1995; Mischel & Shoda, 1995).

Η ομάδα των ασθενών που βασίζεται στην ψυχολογική προσέγγιση του προβλήματος βρέθηκε ότι βιώνει χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας από την ομάδα που βασίζεται στην αποδέσμευση από το πρόβλημα. Αυτό το εύρημα υπογραμμίζει περισσότερο την άποψη ότι οι επικεντρωμένες στη ρύθμιση του συναίσθηματος στρατηγικές που επιτρέπουν τη συνειδητή ψυχολογική προσέγγιση του προβλήματος και συμβάλλουν στην επεξεργασία και αποδοχή της στρεσογόνας κατάστασης (εκούσια ψυχολογική προσέγγιση) αποδεικνύονται προσαρμοστικές (Austenfeld & Stanton, 2004; Stanton, Kirk, et al., 2000). Ιδιαίτερα σε μία μακροχρόνια κατάσταση χαμηλής ελεγχιμότητας, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, όπου η λήψη μέτρων για την επίλυση του προβλήματος αλλά και η αποφυγή του προβλήματος συχνά αποδεικνύονται μάταιες, η συμμόρφωση με την πραγματικότητα και η θετική επανερμηνεία του προβλήματος αποκτούν μεγαλύτερη προσαρμοστική αξία, εφόσον συμβάλλουν στην ομαλή συμβίωση με το πρόβλημα (Curtis et al., 2005; Danoff-Burg & Revenson, 2005; Evers et al., 2001; Groarke et al., 2004; McCracken, 1998; McCracken et al., 2004; Ramjeet et al., 2005). Αντίθετα, τα ευρήματα για την ομάδα που βασίζεται στην αποδέσμευση από το πρόβλημα παραπέμπουν σε παρόμοια ευρήματα στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, όπου η συνδυαστική χρήση δύο στρατηγικών αποδέσμευσης φαίνεται να ενισχύει την αρνητική δράση των μεμονωμένων στρατηγικών, όταν δεν μετριάζεται από στρατηγικές συμπεριφορικής ή ψυχολογικής προσέγγισης (Smith & Wallston, 1996).

Αυτά τα ευρήματα συγκλίνουν με την αδυναμία της γενικευμένης αποφυγής να επιτύχει τη ρύθμιση του συναισθήματος στο χρόνιο πόνο (Curtis et al., 2005; Covic et al., 2003; Evers et al., 2003; vanLankveld et al., 2000).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το εύρημα ότι η ομάδα που βασίζεται στην ενεργητική επίλυση του προβλήματος τείνει επίσης να βιώνει χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας από την ομάδα που βασίζεται στην αποδέσμευση από το πρόβλημα. Αυτή η ομάδα συνδυάζει τη χρήση στρατηγικών επίλυσης του προβλήματος και ρύθμισης του συναισθήματος. Συγκεκριμένα, οι ενεργητικές στρατηγικές συνδυάζονται με την αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης στην αντιμετώπιση και των δύο πλευρών της νόσου καθώς και με τη συναισθηματική εκτόνωση και την απόσπαση της προσοχής στην αντιμετώπιση της εξέλιξης της νόσου. Αυτό το εύρημα συγκλίνει με τις έρευνες που δείχνουν ότι στις χρόνιες παθήσεις συχνά συνυπάρχουν στρατηγικές με διαφορετικές λειτουργίες (Danoff-Burg, Ayala, & Revenson, 2000; Endler et al., 2001; Macrodimitris et al., 2001) και με τις έρευνες που υπογραμμίζουν την ιδιαίτερη φύση της αντιμετώπισης του στρες της χρόνιας πάθησης: καθώς η εμπειρία της χρόνιας πάθησης εμπεριέχει πολλά στρεσογόνα ερεθίσματα με κυμαινόμενη ελεγχιμότητα, (δηλαδή κάποια από αυτά είναι πιθανό να ανταποκρίνονται καλύτερα στην αλλαγή, ενώ άλλα είναι προτιμότερο να γίνουν αποδεκτά), η επιτυχής αντιμετώπιση τείνει να συνδυάζει την ενεργητική επίλυση του προβλήματος με στόχο τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας και τη ρύθμιση του συναισθήματος με στόχο τη συμμόρφωση προς την κατάσταση της υγείας (McCracken, 1998; McCracken et al., 2004; Persson et al., 1996).

Το άλλο ενδιαφέρον εύρημα σε αυτό το μοτίβο είναι η διαφορική αποτελεσματικότητα ορισμένων στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος όταν

χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με τις ενεργητικές στρατηγικές. Η αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης και η συναισθηματική εκτόνωση, όταν εξετάστηκαν μεμονωμένα, βρέθηκε ότι σχετίζονται αρνητικά με τη θετική διάθεση. Επίσης, και οι δύο στρατηγικές, όταν συνδυάστηκαν με τις στρατηγικές αποδέσμευσης (ομάδα αποδέσμευσης από το πρόβλημα), βρέθηκε ότι σχετίζονται με τη δυσφορία. Σε αντιδιαστολή, το μοτίβο που βρέθηκε εδώ υποδεικνύει ότι η κάθε στρατηγική ενδέχεται να έχει διαφορετικές λειτουργίες ανάλογα με τις άλλες στρατηγικές που χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα μαζί της (Danoff-Burg, Ayala, & Revenson, 2000; Smith & Wallston, 1996). Παραδείγματος χάριν, πιθανόν η συναισθηματική εκτόνωση να είναι βοηθητική όταν συνδυάζεται με την ενεργητική αντιμετώπιση, στο βαθμό που συνδράμει στην επίλυση του προβλήματος μέσω της συναισθηματικής ρύθμισης (Stanton, Kirk, et al., 2000) (εκούσια ψυχολογική προσέγγιση), αλλά ενδέχεται να καταλήξει σε έμμονο ιδεομηρυκασμό (Stanton, Danoff-Burg, et al., 2000), όταν συνδυάζεται με τις στρατηγικές αποδέσμευσης, όπου το πρόβλημα παραμένει ανεπίλυτο (ακούσια ψυχολογική προσέγγιση). Αυτή η ερμηνεία παραπέμπει σε παρόμοιο εύρημα στη ρευματοειδή αρθρίτιδα που έχει δείξει ότι η ταυτόχρονη χρήση μιας ενεργητικής στρατηγικής με τη συναισθηματική εκτόνωση αναστέλλει την αρνητική επίδραση της μεμονωμένης χρήσης της συναισθηματικής εκτόνωσης (Smith & Wallston, 1996). Παρόμοια, η απόσπαση της προσοχής, που χρησιμοποιείται εδώ σε συνδυασμό με την ενεργητική αντιμετώπιση, ενδεχομένως αντανάκλα τη συνειδητή προσπάθεια για μια βραχυπρόθεσμη απομάκρυνση, σε στιγμές όπου ο εστιασμός στο πρόβλημα δεν είναι βοηθητικός, (εκούσια ψυχολογική αποδέσμευση), και όχι μια μόνιμη και συνολική αποφυγή του προβλήματος (ακούσια ψυχολογική αποδέσμευση) (Compas et al., 1997; Smith et al., 1997).

Αυτά τα ευρήματα συγκλίνουν με παρόμοια μοτίβα αντιμετώπισης που έχουν θεωρηθεί προσαρμοστικά στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, όπως ο συνδυασμός της ενεργητικής επίλυσης με τη θετική επανεκτίμηση και την απόσπαση της προσοχής (Smith & Wallston, 1996) καθώς και ο συνδυασμός της ενεργητικής επίλυσης με τη συναισθηματική έκφραση (Newman et al., 1990). Επίσης, αυτά τα ευρήματα βρίσκονται σε συμφωνία με τη βασική αρχή του αλληλεπιδραστικού μοντέλου ότι η αποτελεσματικότητα των στρατηγικών δεν είναι εγγενής αλλά η προσαρμοστική τους αξία εξαρτάται από το πλαίσιο αναφοράς: η κάθε στρατηγική ενδέχεται να παίζει ένα ευεργετικό ή επιζήμιο ρόλο ανάλογα με το εάν υπηρετεί ένα προσαρμοστικό σκοπό κάτω από ορισμένες συνθήκες (Folkman, 1984; Lazarus, 1993; Stanton & Franz, 1999).

Το εύρημα ότι τα μοτίβα αντιμετώπισης και των τριών ομάδων δεν διαφοροποιήθηκαν σημαντικά ανάμεσα στην εξέλιξη της νόσου και στα καθημερινά συμπτώματα ενδεχομένως μπορεί να αποδοθεί στην έλλειψη διαφοροποίησης της αντίληψης προσωπικού ελέγχου ανάμεσα στις δύο πλευρές της νόσου (Cheng et al., 2000). Σύμφωνα με το αλληλεπιδραστικό μοντέλο, εφόσον οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τον ίδιο βαθμό προσωπικού ελέγχου πάνω στις δύο πλευρές της νόσου, είναι αναμενόμενο το ότι χρησιμοποιούν το ίδιο μοτίβο αντιμετώπισης και για τη νόσο και για τα συμπτώματα (Cheng et al., 2000; Giorgino et al., 1994; Watkins et al., 1999).

Συμπεράσματα

Λαμβάνοντας υπόψη τον περιορισμό της συσχετιστικής φύσης της παρούσας μελέτης, τα συμπεράσματά μας αποτελούν απόπειρες ερμηνείας των παρατηρούμενων συσχετισμών και όχι αποδείξεις αιτιωδών σχέσεων. Συμπερασματικά, στο πλαίσιο αναφοράς ενός χρόνιου στρες χαμηλής

ελεγχιμότητας, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, τα αποτελέσματά μας παρέχουν ενδείξεις ότι:

Πρώτον, οι ασθενείς που αντιλαμβάνονται ότι διαθέτουν έλεγχο πάνω στις συνέπειες της νόσου τους και μέσω τρίτων (δικών τους και θεραπευτικού προσωπικού) είναι πιθανότερο να διατηρήσουν θετική διάθεση, παρ' ότι δεν διαθέτουν έλεγχο πάνω στην εξέλιξη της νόσου. Αυτό το συμπέρασμα αμφισβητεί τον πρωταρχικό ρόλο της αντίληψης άμεσου προσωπικού ελέγχου στην προσαρμογή, ενώ υπογραμμίζει τον υποστηρικτικό ρόλο των εναλλακτικών μορφών ελέγχου στην προσαρμογή, ιδιαίτερα όταν η πραγματικότητα περιορίζει τη δυνατότητα άσκησης προσωπικού ελέγχου (Roussi, 2002; Thompson, 2002, 1993).

Δεύτερον, η χρήση της θετικής επανεκτίμησης και του χιούμορ ενδέχεται να αποβεί ωφέλιμη για την ψυχική διάθεση, ενώ η ανάληψη δράσης δεν σχετίζεται με την ψυχική διάθεση. Το συμπέρασμα αυτό υποστηρίζει την προσαρμοστική αξία της γνωστικής επεξεργασίας που συμβάλλει στη συμμόρφωση με το πρόβλημα, ιδιαίτερα όταν η πραγματικότητα περιορίζει τη δυνατότητα επίλυσης του προβλήματος (Danoff-Burg & Revenson, 2005; Evers et al., 2001; Stanton, Danoff-Burg, et al., 2000). Επιπλέον, από το συμπέρασμα αυτό συνάγεται ότι η προσαρμοστική αξία όλων των στρατηγικών βρίσκεται σε συνάρτηση με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πλαισίου αναφοράς, και ειδικά με την ελεγχιμότητα του προβλήματος (Folkman, 1984; Roussi et al., 2000).

Τρίτον, οι ασθενείς που χρησιμοποιούν το μοτίβο της ψυχολογικής προσέγγισης του προβλήματος, δηλαδή έρχονται σε συνειδητή επαφή με το πρόβλημα με στόχο την ψυχολογική επεξεργασία του, βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας από τους ασθενείς που χρησιμοποιούν το μοτίβο της αποδέσμευσης από το πρόβλημα. Το συμπέρασμα αυτό υποδεικνύει ότι υπάρχουν

ατομικές διαφορές στην αντιμετώπιση που επηρεάζουν την προσαρμογή: τα άτομα που αντιλαμβάνονται την ιδιαιτερότητα του πλαισίου αναφοράς, ότι δηλαδή τα περιθώρια για επίλυση και για αποφυγή του προβλήματος είναι περιορισμένα, και στρέφονται στην ψυχολογική επεξεργασία του προβλήματος, βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας (Cheng, 2001, 2003; Chiu et al., 1995; Mischel & Shoda, 1995).

Τέλος, τα αποτελέσματα μας παρέχουν ενδείξεις ότι ορισμένες στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος, οι οποίες όταν εξετάζονται μεμονωμένα φαίνονται να είναι δυσπροσαρμοστικές, ενδέχεται να αποβαίνουν βοηθητικές, όταν συνδυάζονται με τις στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος. Από αυτό το συμπέρασμα συνάγεται ότι η συνδυαστική χρήση των στρατηγικών ενδέχεται να προωθεί ή να αναστέλλει την επίδραση των μεμονωμένων στρατηγικών στην προσαρμογή (Smith & Wallston, 1996), και άρα η διχοτόμηση των στρατηγικών σε προσαρμοστικές και μη είναι αυθαίρετη (Compas et al., 1997; Smith et al., 1997). Αυτές οι παρατηρήσεις μεταθέτουν το ενδιαφέρον της μελλοντικής έρευνας από την ιεραρχική κατηγοριοποίηση των στρατηγικών στην διερεύνηση της καταλληλότητας της κάθε στρατηγικής στο δεδομένο πλαίσιο όπου εξετάζεται (Austenfeld & Stanton, 2004; Cheng, 2001, 2003; Park, Armeli, & Tennen, 2004; Stanton, Kirk, et al., 2000).

Προτάσεις για Εφαρμογές στην Κλινική Πράξη

Λαμβάνοντας υπόψη ότι τα συμπεράσματά μας αποτελούν απόπειρες ερμηνείας των παρατηρούμενων συσχετισμών και όχι αποδείξεις αιτιωδών σχέσεων, λόγω της συσχετιστικής φύσης της μελέτης, μπορούμε μόνο να αποπειραθούμε να προτείνουμε εφαρμογές που φέρουν ενδείξεις αποτελεσματικότητας στην κλινική πράξη.

Πρώτον, όταν οι ασθενείς πιστεύουν ότι είναι σε θέση οι ίδιοι ή μέσω σημαντικών τρίτων (δικών τους και θεραπευτικού προσωπικού) να ασκήσουν έλεγχο πάνω στη νόσο ή στις συνέπειες της, τότε χρησιμοποιούν περισσότερο τις στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος και λιγότερο τις στρατηγικές αποφυγής. Εάν λοιπόν ενισχύσουμε την αντίληψη ελέγχου που διαθέτουν, προωθούμε και ενισχύουμε την ενεργητική εμπλοκή τους στην περίθαλψη τους, π.χ. με την ανάληψη προσωπικής ευθύνης και δράσης όσον αφορά στις θεραπευτικές επιλογές και στην εφαρμογή των θεραπευτικών μέτρων, αλλά και όσον αφορά στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας τους στα μεσοδιαστήματα της ύφεσης.

Δεύτερον, οι ασθενείς που πιστεύουν ότι μπορούν να ασκήσουν έλεγχο ιδιαίτερα στις συνέπειες της νόσου, δηλαδή πάνω στα καθημερινά συμπτώματα, στην περίθαλψη και στα συναισθήματα που απορρέουν από την κατάσταση τους, αναφέρουν ότι υποφέρουν λιγότερο και είναι πιθανότερο να διατηρούν τη θετική τους διάθεση. Συνεπώς, ένας τρόπος να υποστηρίξουμε την προσαρμογή των ασθενών είναι να ενισχύσουμε την αντίληψη ελέγχου που διαθέτουν πάνω στις πρακτικές συνέπειες της νόσου στο εδώ και στο τώρα, ακόμα και όταν τα δεδομένα δεν αφήνουν περιθώρια ελέγχου της συνολικής πορείας και εξέλιξης στο μέλλον.

Τρίτον, ένας τρόπος να ενισχύσουμε τα αποθέματα προστασίας της θετικής διάθεσης είναι η επιστράτευση του χιούμορ και της γνωστικής επεξεργασίας, τα οποία συμβάλλουν στην απόδοση ενός προσωπικού νοήματος, στη θετική επανερμηνεία του πόνου και της κακουχίας ή και στην αναγνώριση κάποιου προσωπικού οφέλους από την εμπειρία της αρρώστιας. Ιδιαίτερα όταν η φυσική κατάσταση του ασθενούς είναι βεβαρημένη, π.χ. σε ένα επεισόδιο έξαρσης του πόνου ή σε προχωρημένη βαρύτητα της νόσου, η επιμονή στη λήψη μέτρων για την ανατροπή της κατάστασης, π.χ. για τη διατήρηση της προνοσηρής

λειτουργικότητας, είναι πιθανόν να αποβεί αντιπαραγωγική ή απλώς αναποτελεσματική, ενώ η συμμόρφωση στην πραγματικότητα μέσω της συνειδητής ψυχολογικής προσέγγισης, της θετικής επανεκτίμησης και της αποδοχής της νόσου ευνοεί τη μείωση της δυσφορίας.

Τέταρτον, η επιτυχής αντιμετώπιση της χρόνιας νόσου αποτελεί ένα συνδυασμό ανάμεσα στις ενεργητικές στρατηγικές με στόχο τη βελτίωση της υγείας (ανάληψη δράσης για τον έλεγχο των αρνητικών συνεπειών της νόσου) και στην ψυχολογική προσέγγιση με στόχο τη συμμόρφωση στη νόσο (θετική επανεκτίμηση και αποδοχή της νόσου). Η ευέλικτη κατά περίπτωση εναλλαγή και η εξισορρόπηση ανάμεσα στη λήψη θεραπευτικών μέτρων και στην ενίσχυση στις ψυχολογικές επεξεργασίας ανταποκρίνεται περισσότερο στις ανάγκες της χρόνιας νόσου, καθώς κάποιες πλευρές της εμπειρίας της αρρώστιας επιδέχονται αλλαγή ενώ άλλες είναι προτιμότερο να γίνουν αποδεκτές.

Περιορισμοί της Έρευνας

Η παρούσα μελέτη έχει αρκετούς περιορισμούς:

Κατ' αρχήν, εφόσον πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη, αδυνατεί να απαντήσει στο ερώτημα της αιτιότητας ή της κατεύθυνσης των αιτιωδών σχέσεων. Η χρήση μιας στρατηγικής ενδέχεται να μειώνει ή να αυξάνει την ψυχολογική δυσφορία, αλλά και αντίστροφα, η ψυχολογική δυσφορία που βιώνει το άτομο ενδέχεται να οδηγεί στην επιστράτευση μιας στρατηγικής (Forsythe & Compas, 1987). Διαχρονικές μελέτες της αποτελεσματικότητας της αντιμετώπισης παρέχουν ενδείξεις ότι η σχέση ανάμεσα στις στρατηγικές και στη δυσφορία είναι αμφίδρομη: παραδείγματος χάριν, οι στρατηγικές αποδέσμευσης ενδέχεται να αυξάνουν την

ψυχική δυσφορία αλλά και η αυξημένη δυσφορία ενδέχεται να οδηγεί σε περισσότερη χρήση της αποδέσμευσης (Carver et al., 1993).

Κατά δεύτερον, η δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων μας σε άλλους πληθυσμούς περιορίζεται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του δείγματος. Το δείγμα μας ήταν ένας πολύ ειδικός πληθυσμός χρόνιου πόνου, η πλειονότητα του οποίου είχε βασική εκπαίδευση και αγροτική προέλευση, γεγονός που δεν επιτρέπει τη συνολική μεταφορά των συμπερασμάτων μας στο γενικό πληθυσμό ή σε πληθυσμό με άλλα ιατρικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Τρίτον, η μέθοδος της ανάλυσης συστάδων δεν βασίζεται στην στατιστική επαγωγή από ορισμένες παραμέτρους του πληθυσμού - στόχου, όπως παραδείγματος χάριν την κανονική κατανομή, αλλά αντίθετα κατηγοριοποιεί τα χαρακτηριστικά που παρατηρούνται στο συγκεκριμένο δείγμα. Συνεπώς, η εγκυρότητα του αποτελέσματος εξαρτάται άμεσα από την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και γι' αυτό απαιτείται επανάληψη της μεθόδου σε διαφορετικά δείγματα. Καθώς όμως η επανάληψη δεν είναι τόσο οικονομική, αφού προϋποθέτει χρόνο και μεγάλο αριθμό ασθενών, μια εναλλακτική λύση ελέγχου της εγκυρότητας θα ήταν ο χωρισμός του υπάρχοντος δείγματος σε δύο ομάδες που θα αναλύονταν χωριστά και κατόπιν θα συγκρίνονταν οι δύο λύσεις.

Τέταρτον, με ένα μεγαλύτερο δείγμα θα ήταν δυνατόν να εξετασθούν συγκριτικά τα ευρήματα δύο υποομάδων, των ασθενών που βρίσκονται σε ύφεση έναντι αυτών που βρίσκονται σε έξαρση. Με δεδομένη τη διαφορά της ενεργότητας, πιθανόν να προέκυπταν πιο ενδεικτικά συμπεράσματα σχετικά με τα ατομικά μοτίβα σε διαφορετικά πλαίσια αναφοράς.

Πέμπτον, τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στηρίζονταν αποκλειστικά στην αυτοαναφορά, μέθοδο που κατά περίπτωση έχει επικριθεί για

αδυναμίες στην εγκυρότητα και στην αξιοπιστία (Lazarus, 1993). Όμως ο συγκεκριμένος σχεδιασμός της μελέτης περιορίζει πιθανές μεθοδολογικές αδυναμίες, αφού ορίζει ένα πραγματικό στο παρόν στρες και κοινό για όλα τα υποκείμενα, γεγονός που ενισχύει την εγκυρότητα της εξέτασης και ευνοεί τις διατομικές συγκρίσεις.

Τέλος, η έλλειψη διαφορών στις αντιλήψεις προσωπικού ελέγχου ανάμεσα στις δύο πλευρές της νόσου υποβάλλει την ανάγκη επαλήθευσης των ευρημάτων και επανεξέτασης του γιατί, παρ' όλο που οι αντιλήψεις προσωπικού ελέγχου δεν διέφεραν, παρατηρήθηκαν διαφορές στη σχέση ανάμεσα στη δυσφορία, τον έλεγχο και την αντιμετώπιση. Από τη σχετική βιβλιογραφία προκύπτει ότι ο χρόνιος πόνος αποτελεί μια ιδιαίτερη πηγή στρες που συχνά γίνεται αντιληπτή ως ανεξέλεγκτη (Zautra et al., 2001). Δεδομένης αυτής της ιδιαιτερότητας, ο σχεδιασμός μιας μελλοντικής μελέτης θα πρέπει να εξετάζει χωριστά τον πόνο από τα άλλα συμπτώματα της νόσου, παραδείγματος χάριν, οι οδηγίες χορήγησης του COPE να αναφέρονται χωριστά στον πόνο και στην δυσκινησία. Μια εναλλακτική λύση θα ήταν οι οδηγίες για τη μέτρηση της αντίληψης ελέγχου και της αντιμετώπισης να αναφέρονται μόνο στη συγκεκριμένη χρονική στιγμή της ημέρας εξέτασης, με στόχο να διαχωριστούν τα καθημερινά συμπτώματα από το χρόνιο πόνο. Μια άλλη λύση θα ήταν με τη χρήση μιας κλίμακας οπτικής αναλογίας της αντίληψης του πόνου να χωριστούν οι ασθενείς σε δύο ομάδες, υψηλής και χαμηλής αντίληψης του πόνου, και κατόπιν οι δύο ομάδες να εξεταστούν χωριστά ως προς την αντίληψη ελέγχου και την αντιμετώπιση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Affleck, G., Tennen, H., Keefe, F. J., Lefebvre, J. C., Kashikar-Zuck, S., Wright, K., Starr, K., & Caldwell, D. S. (1999). Everyday life with osteoarthritis or rheumatoid arthritis: Independent effects of disease and gender on daily pain, mood and coping. *Pain, 83*, 601-609.
- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., & Fifield, J. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 273-279.
- Affleck, G., Urrows, S., Tennen, H., & Higgins, P. (1992). Daily coping with pain from rheumatoid arthritis: patterns and correlates. *Pain, 51*, 221-229.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine: Its principles and applications*. New York: Norton.
- Anderson, K. O., Bradley, L. A., Young, L. D., McDaniel, L. K., & Wise, C. M. (1985). Rheumatoid Arthritis: Review of psychological factors related to etiology, effects, and treatment. *Psychological Bulletin, 98*, 358-387.
- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., Yount, S. E., McGregor, B. A., Arena, P. L., Harris, S. M., Price, A. A., & Carver, C. S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology, 20*, 20-32.
- Astin, J. A., Anton-Culver, H., Schwartz, C. E., Shapiro, D. H., Jr., McQuade, J., Breuer, A. M., Taylor, T. H., Lee, H., & Kurosaki, T. (1999). Sense of control and adjustment to breast cancer: the importance of balancing control coping styles. *Behavioral Medicine, 25*, 101-109.
- Austenfeld, J. L., & Stanton, A. L. (2004). Coping through emotional approach: A new look at emotion, coping, and health-related outcomes. *Journal of Personality, 72*, 1335-1363.
- Barlow, J. H., Cullen, L. A., & Rowe, I. F. (2002). Educational preferences, psychological well-being and self-efficacy among people with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling, 46*, 11-19.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. New York: Harper Collins.
- Ben-Zur, H., Gilbar, O., & Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: Patient, spouse, and dyad models. *Psychosomatic Medicine, 63*, 32-39.
- Billings, D. W., Folkman, S., Acree, M., & Moskowitz, J. T. (2000). Coping and physical health during caregiving: The roles of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 131-142.
- Blalock, S. J., DeVellis, B. M., Holt, K., & Hahn, P. M. (1993). Coping with rheumatoid arthritis: Is one problem the same as another? *Health Education Quarterly, 20*, 119-132.

- Bower, J. E., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Fahey, J. L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 979-986.
- Brown, G. K., Nicassio, P. M., & Wallston, K. A. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 652-657.
- Burger, J. M. (1989). Negative reactions to increases in perceived personal control. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 246-256.
- Carver, C. S., Harris, S. D., Lehman, J. M., Durel, L. A., Antoni, M. H., Spencer, S. M., & Pozo-Kaderman, C. (2000). How important is the perception of personal control? Studies of early stage breast cancer patients. *Personality and Social Psychology Bulletin, 26*, 139-149.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., Jr., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 375-390.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 267-283.
- Cheng, C. (2003). Cognitive and motivational processes underlying coping flexibility: A dual-process model. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 425-438.
- Cheng, C. (2001). Assessing coping flexibility in real-life and laboratory settings: A multimethod approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*, 814-833.
- Cheng, C., Hui, W., & Lam, S. (2000). Perceptual style and behavioral pattern of individuals with functional gastrointestinal disorders. *Health Psychology, 19*, 146-154.
- Chiu, C., Hong, Y., Mischel, W., & Shoda, Y. (1995). Discriminative facility in social competence: Conditional versus dispositional encoding and monitoring-blunting of information. *Social Cognition, 13*, 49-70.
- Clark, D. M., & Fairburn, C. G. (1997). *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. New York: Oxford University Press.
- Cohen, M. (2002). Coping and emotional distress in primary and recurrent breast cancer patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 9*, 245-251.
- Colvin, C. R., & Block, J. (1994). Do positive illusions foster mental health? An examination of the Taylor and Brown formulation. *Psychological Bulletin, 116*, 3-20.
- Compas, B. E., Connor, J., Osowiecki, D., & Welch, A. (1997). Effortful and involuntary responses to stress: Implications for coping with chronic stress. In B. H. Gottlieb (Ed.), *Coping with chronic stress* (pp. 105-130). New-York: Plenum Press.
- Compas, B. E., Forsythe, C. J., & Wagner, B. M. (1988). Consistency and variability in causal attributions and coping with stress. *Cognitive Therapy and Research, 12*, 305-320.
- Covic, T., Adamson, B., & Hough, M. (2000). The impact of passive coping on rheumatoid arthritis pain. *Rheumatology (Oxford), 39*, 1027-30.

- Covic, T., Adamson, B., Spencer, D., & Howe, G. (2003). A biopsychosocial model of pain and depression in rheumatoid arthritis: A 12-month longitudinal study. *Rheumatology, 42*, 1287-1294.
- Curtis, R., Groarke, A., Coughlan, R., & Gsel, A. (2005). Psychological stress as a predictor of psychological adjustment and health status in patients with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling, 59*, 192-198.
- Danoff-Burg, S., Ayala, J., & Revenson, T. A. (2000). Researcher knows best? Toward a closer match between the concept and measurement of coping. *Journal of Health Psychology, 5*, 183-194.
- Danoff-Burg, S., & Revenson, T. A. (2005). Benefit-finding among patients with rheumatoid arthritis: Positive Effects on Interpersonal Relationships. *Journal of Behavioral Medicine, 28*, 91-103.
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study of construct validation. *Journal of Clinical Psychology, 33*, 981-989.
- DeVellis, B. E., & Blalock, S. J. (1992). Illness attributions and hopelessness depression: The role of hopelessness expectancy. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 257-264.
- Dickens, C. (2002). Depression in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosomatic Medicine, 64*, 52-60.
- Donias, S., Karastergiou, A., & Manos, N. (1991). Standardization of the Symptom Checklist-90-R rating scale in a Greek population. *Psychiatriki, 2*, 42-48.
- Drossman, D. A., Leserman, J., Li, Z., Keefe, F., Hu, Y. J. B., & Toomey, T. C. (2000). Effects of coping on health outcome among women with gastrointestinal disorders. *Psychosomatic Medicine, 62*, 309-317.
- Eitel, P., Hatchett, L., Friend, R., Griffin, K. W., Wadhwa, N. K. (1995). Burden of self-care in seriously ill patients: Impact on adjustment. *Health Psychology, 14*, 457-463.
- Endler, N. S., Kocovski, N. L., & Macrodimitris, S. D. (2001). Coping, efficacy, and perceived control in acute versus chronic illnesses. *Personality and Individual Differences, 30*, 617-625.
- Endler, N. S., Macrodimitris, S. D., & Kocovski, N. L. (2000). Controllability in cognitive and interpersonal tasks: is control good for you? *Personality and Individual Differences, 29*, 951-962.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 844-854.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment, 6*, 50-60.
- Epping-Jordan, J. E., Compas, B. E., Osowiecki, D. M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., & Krag, D. N. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology, 18*, 315-326.

- Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., Geenen, R., Jacobs, J. W. G., & Bijlsma, W. J. (2003). Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 1295-1310.
- Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., vanLankveld, W., Jongen, P. J. H., Jacobs, J. W. G., & Bijlsma, J. W. J. (2001). Beyond unfavorable thinking: The Illness Cognition Questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 1026-1036.
- Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., Geenen, R., & Bijlsma, J. W. J. (1998). Psychosocial predictors of functional change in recently diagnosed rheumatoid arthritis patients. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 179-193.
- Felton, B. J., & Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*, 343-353.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *46*, 839-852.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, *45*, 1207-1221.
- Folkman, S. (1992). Making the case for coping. In B. N. Carpenter (Ed.), *Personal coping: Theory, research, and application* (pp.31-46). Westport: Praeger.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*, 992-1003.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*, 571-579.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, *55*, 647-654.
- Forsythe, C. J., & Compas, B. E. (1987). Interaction of cognitive appraisals of stressful events and coping: Testing the goodness of fit hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, *11*, 473-485.
- Fournier, M., de Ridder, D., & Bensing, J. (2002). How optimism contributes to the adaptation of chronic illness. A prospective study into the enduring effects of optimism on adaptation moderated by the controllability of chronic illness. *Personality and Individual Differences*, *33*, 1163-1183.
- Giorgino, K. B., Blalock, S. J., DeVellis, R. F., DeVellis, B. M., Keefe, F. J., & Jordan, J. M. (1994). Appraisal of and coping with arthritis-related problems in household activities, leisure activities, and pain management. *Arthritis Care and Research*, *7*, 20-28.
- Groarke, A., Curtis, R., Coughlan, R., & Gsel, A. (2004). The role of perceived and actual disease status in adjustment to rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, *43*, 1142-1149.
- Hack, T. F., & Degner, L. F. (1999). Coping with breast cancer: A cluster analytic approach. *Breast Cancer Research and Treatment*, *54*, 185-194.

- Hamilton, N. A., Zautra, A. J., & Reich, J. W. (2005). Affect and pain in rheumatoid arthritis: Do individual differences in affective regulation and affective intensity predict emotional recovery from pain? *Annals of Behavioral Medicine, 29*, 216-224.
- Haythornthwaite, J. A., Menefee, L. A., Heinberg, L. J., & Clark, M. R. (1998). Pain coping strategies predict perceived control over pain. *Pain, 77*, 33-39.
- Helgeson, V. (1999). Applicability of cognitive adaptation theory to predicting adjustment to heart disease after coronary angioplasty. *Health Psychology, 18*, 561-569.
- Helgeson, V. S. (1992). Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 656-666.
- Hurwicz, M., & Berkanovic, E. (1993). The stress process in rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology, 20*, 1836-1844.
- Jensen, M. P., & Karoly, P. (1991). Control beliefs, coping efforts, and adjustment to chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 431-438.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., & Romano, J. M. (1994). Correlates of improvement in multidisciplinary treatment of chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 172-179.
- Jordan, M. S., Lumley, M. A., & Leisen, J. C. C. (1998). The relationships of cognitive coping and pain control beliefs to pain and adjustment among African-American and Caucasian women with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research, 11*, 80-88.
- Katz, P. P. (1998). The stresses of rheumatoid arthritis: Appraisals of perceived impact and coping efficacy. *Arthritis Care and Research, 11*, 9-22.
- Katz, R. C., Flasher, L., Cacciapaglia, H., & Nelson, S. (2001). The psychosocial impact of cancer and lupus: A cross-validation study that extends the generality of "benefit-finding" in patients with chronic disease. *Journal of Behavioral Medicine, 24*, 561-571.
- Keefe, F. J., Affleck, G., Lefebvre, J. C., Starr, K., Caldwell, D. S., & Tennen, H. (1997). Pain coping strategies and coping efficacy in rheumatoid arthritis: A daily process analysis. *Pain, 69*, 35-42.
- Kelley, J. E., Lumley, M. A., & Leisen, J. C. C. (1997). Health effects of emotional disclosure in rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology, 16*, 331-340.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Klippel, J. H. (Ed.). (2003). *Primer on the Rheumatic Diseases*. Atlanta: Arthritis Foundation, 12 ed.
- Kohn, P. M. (1996). On coping adaptively with daily hassles. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 181-201). New York: Wiley.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine, 55*, 234-247.
- Lefebvre, J. C., Keefe, F. J., Affleck, G., Raezer, L. B., Starr, K., Caldwell, D. S., & Tennen, H. (1999). The relationship of arthritis self-efficacy to daily pain, daily mood, and daily pain coping in rheumatoid arthritis patients. *Pain, 80*, 425-435.

- Lorig, K., & Holman, H. (1993). Arthritis self-management studies: a twelve-year review. *Health Education Quarterly*, *20*, 17-28.
- Losiak, W. (2001). Can patterns of coping explain more? A study of coping and emotions in surgical stress. *Anxiety, Stress, and Coping*, *14*, 213-235.
- Lutgendorf, S. K., & Antoni, M. H. (1999). Emotional and cognitive processing in a trauma disclosure paradigm. *Cognitive Therapy and Research*, *23*, 423-440.
- Maciejewski, P. K., Prigerson, H. G., & Mazure, C. M. (2000). Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms. *British Journal of Psychiatry*, *176*, 373-378.
- Macrodimitis, N. L., & Endler, N. S. (2001). Coping, control, and adjustment in Type 2 diabetes. *Health Psychology*, *20*, 208-216.
- Malcarne, V. L., & Greenbergs, H. L. (1996). Psychological adjustment to systemic sclerosis. *Arthritis Care and Research*, *9*, 51-59.
- Manne, S., Glassman, M., & Hamel, K. (2000). Intrusion, avoidance, and psychological distress among individuals with cancer. *Psychosomatic Medicine*, *63*, 658-667.
- Manne, S. L., & Zautra, A. J. (1992). Coping with arthritis: Current Status and Critique. *Arthritis and Rheumatism*, *35*, 1273-1280.
- Mattlin, J. A., Wethington, E., & Kessler, R. C. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health and Social Behavior*, *31*, 103-122.
- McCracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, *74*, 21-27.
- McCracken, L. M., Carson, J. W., Eccleston, C., & Keefe, F. J. (2004). Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain*, *109*, 4-7.
- McNair, D., Lorr, M., & Droppelman, L. (1971). *Profile of Mood States manual*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.
- Miller, S. M. (1979). Controllability and human stress: Method, evidence and theory. *Behavior, Research and Therapy*, *17*, 287-304.
- Miller, S. M., & O'Leary, A. (1993). Cognition, stress, and health. In Dobson, Keith S. & Kendall, P. C. (Eds), *Psychopathology and cognition* (pp. 159-189). San Diego, CA: Academic Press.
- Miller, S. M., Rodoletz, M., Schroeder, C. M., Mangan, C. E. & Sedlacek, T. V. (1996). Applications of the monitoring process model to coping with severe long-term medical threats. *Health Psychology*, *15*, 216-225.
- Minnock, P., FitzGerald, O., & Bresnihan, B. (2003). Women with established rheumatoid arthritis perceive pain as the predominant impairment of health status. *Rheumatology*, *42*, 995-1000.

- Mischel, W., & Shoda, Y. (1995). A cognitive-affective system theory of personality: Reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychological Review*, *102*, 246-268.
- Mischel, W., & Shoda, Y. (1998). Reconciling processing dynamics and personality dispositions. *Annual Review of Psychology*, *49*, 229-258.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, *17*, 1-16.
- Murphy, H., Dickens, C., Creed, F., & Bernstein, R. (1999). Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, *46*, 155-164.
- Neville, C., Fortin, P. R., Fitzcharles, M., Baron, M., Abrahamowitz, M., Berger, R., & Esdaile, J. M. (1999). The needs of patients with arthritis: The patient's perspective. *Arthritis Care and Research*, *12*, 85-95.
- Newman, S., Fitzpatrick, R., Lamb, R., & Shipley, M. (1990). Patterns of coping in rheumatoid arthritis. *Psychology and Health*, *4*, 187-200.
- Newman, S., & Mulligan, K. (2000). The psychology of rheumatic diseases. *Bailliere's Clinical Rheumatology*, *14*, 773-786.
- Nicassio, P. M., Wallston, K. A., Callahan, L. F., Herbert, M., & Pincus, T. (1985). The measurement of helplessness in rheumatoid arthritis. The development of the Arthritis Helplessness Index. *Journal of Rheumatology*, *12*, 462-467.
- Osowiecki, D. M. & Compas, B. E. (1999). A prospective study of coping, perceived control, and psychological adaptation to breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, *23*, 169-180.
- Pakenham, K. I. (1999). Adjustment to multiple sclerosis: Application of a stress and coping model. *Health Psychology*, *18*, 383-392.
- Pakenham, K. I., & Rinaldis, M. (2001). The role of illness, resources, appraisal, and coping strategies in adjustment to HIV/AIDS: The direct and buffering effects. *Journal of Behavioral Medicine*, *24*, 259-279.
- Park, C.L., Armeli, S., & Tennen, H. (2004). Appraisal-Coping Goodness of Fit: A Daily Internet Study. *Personality & Social Psychology Bulletin*, *30*, 558-569.
- Park, C. L., Folkman, S., & Bostrom, A. (2001). Appraisals of controllability and coping in caregivers and HIV+ men: Testing the goodness-of-fit hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 481-488.
- Parker, J. D. A., & Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality*, *6*, 321-344.
- Parker, J. C., Smarr, K. L., Buckelew, S. P., Stucky-Ropp, R. C., Hewett, J. E., Johnson, J. C., Wright, G. E., Irvin, W. S., & Walker, S. E. (1995). Effects of stress management on clinical outcomes in rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, *38*, 1807-1818.
- Pennebaker, J. W. (1999). The effects of traumatic disclosure on physical and mental health: The values of writing and talking about upsetting events. *International Journal of Emergency Mental Health*, *1*, 9-18.

- Pennebaker, J. W., Mayne, T. J., & Francis, M. E. (1997). Linguistic predictors of adaptive bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, *72*, 863-871.
- Penninx, B. W. J. H., Beekman, A. T. F., Ormel, J., Kriegsman, D. M. W., Boeke, J. P., Van Eijk, J. T. M., & Deeg, D. J. H. (1996). Psychological status among elderly people with chronic diseases: Does type of disease play a part? *Journal of Psychosomatic Research*, *40*, 521-534.
- Persson, L. O., Berglund, K., & Sahlberg, D. (1996). A structure of self-conceptions and illness conceptions in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, *40*, 535-549.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, *91*, 347-374.
- Ramjeet, J., Koutantji, M., Barrett, E. M., & Scott, D. G. I. (2005). Coping and psychological adjustment in recent-onset inflammatory polyarthritis: the role of gender and age. *Rheumatology*, *44*, 1166-1168.
- Revenson, T. A. & Felton, B. J. (1989). Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 344-348.
- Rhee, S. H., Parker, J. C., Smarr, K. L., Petroski, G. F., Johnson, J. C., Hewett, J. E., Wright, G. E., Multon, K. D., & Walker, S. E. (2000). Stress management in rheumatoid arthritis: What is the underlying mechanism? *Arthritis Care and Research*, *13*, 435-442.
- Rothbaum, F., Weisz, J. R., & Snyder, S. S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, *42*, 5-37.
- Roussi, P. (2002). Discriminative facility in perceptions of control and its relation to psychological distress. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, *15*, 179-191.
- Ρούσση, Π. (2001). Προσαρμογή της κλίμακας Coping Orientations to Problems Experienced στον ελληνικό πληθυσμό. Στο Ε.Βασιλάκη, Σ.Τριλιβα, & Ι.Μπεζεβέγκης (Εκδ.), *Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπιση τους* (pp. 281-296). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Roussi, P., Krikeli, V., Hatzidimitriou, C., & Koutri, I. (in press). Patterns of coping, complexity in coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*.
- Roussi, P., Miller, S. M., & Shoda (2000). Discriminateness in the face of threat: relationship to psychological distress. *Psychology and Health*, *15*, 21-33.
- Ryan, S., Hassell, A., Dawes, P., & Kendall, S. (2003). Control perceptions in patients with rheumatoid arthritis: The impact of the medical consultation. *Rheumatology*, *42*, 135-140.
- Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Hazes, J. M., Breedveld, F. C., & Rooijmans, H. G. M. (1999). Predicting functional status in patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, *26*, 1686-1693.
- Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Hazes, J. M., Willems, L. N. A., Bergman, W., & Rooijmans, H. G. M. (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, *44*, 573-585.

- Schmitz, U., Saile, H., & Nilges, P. (1996). Coping with chronic pain: flexible goal adjustment as an interactive buffer against pain-related distress. *Pain, 67*, 41-51.
- Shapiro, D. H., Jr., Schwartz, C. E., & Astin, J. A. (1996). Controlling ourselves, controlling our world. Psychology's role in understanding positive and negative consequences of seeking and gaining control. *American Psychologist, 51*, 1213-1230.
- Sharpe, L., Sensky, T., & Allard, S. (2001). The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis: The predictive role of disability, illness perceptions, pain and coping. *Journal of Psychosomatic Research, 51*, 713-719.
- Sharpe, L., Sensky, T., Timberlake, N., Ryan, B., Brewin, C. R., & Allard, S. (2001). A blind, randomized, controlled trial of cognitive-behavioural intervention for patients with recent onset rheumatoid arthritis: Preventing psychological and physical morbidity. *Pain, 89*, 275-283.
- Shoda, Y. (1999). Behavioral signatures of personality: Perception and generation of coherence. In D. Cervone & Y. Shoda (Eds.), *The coherence of personality: Social-cognitive bases of personality consistency, variability, and organization* (pp. 155-181). New York: Guilford.
- Skinner, E. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 549-570.
- Smedstad, L. M., Vaglum, P., Moum, T., & Kvien, T. K. (1997). The relationship between psychological distress and traditional clinical variables: A 2 year prospective study of 216 patients with early rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology, 36*, 1304-1311.
- Smith, C. A. & Wallston, K. A. (1992). Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis: Application of a general model. *Health Psychology, 11*, 151-162.
- Smith, C. A., Wallston, K. A., Dwyer, K. A., & Dowdy, S. W. (1997). Beyond good and bad coping: a multidimensional examination of coping with pain in persons with rheumatoid arthritis. *Annals of Behavioral Medicine, 19*, 11-21.
- Smith, C. A. & Wallston, K. A. (1996). An analysis of coping profiles and adjustment in persons with rheumatoid arthritis. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal, 9*, 107-122.
- Smith, T. W., Christensen, A. J., Peck, J. R., & Ward, J. R. (1994). Cognitive distortion, helplessness, and depressed mood in rheumatoid arthritis: a four-year longitudinal analysis. *Health Psychology, 13*, 213-217.
- Söderlin, M. K., Hakala, M., & Nieminen, P. (2000). Anxiety and depression in a community-based rheumatoid arthritis population. *Scandinavian Journal of Rheumatology, 29*, 177-183.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., Sworowski, L. A., & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 875-882.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., & Ellis, A. P. (1994). Coping through emotional approach: Problems of conceptualization and confounding. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*, 350-362.

- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*, 1150-1169.
- Stanton, A. L., & Franz, R. (1999). Focusing on emotion: An adaptive coping strategy? In C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology of what works* (pp. 90-118). New York: Oxford University Press.
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin, 103*, 193-210.
- Taylor, S. E., Helgeson, V. S., Reed, G. M., & Skokan, L. A. (1991). Self-generated feelings of control and adjustment to physical illness. *Journal of Social Issues, 47*, 91-109.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist, 55*, 99-109.
- Tennen, H., & Affleck, G. (2000). The perception of personal control: Sufficiently important to warrant careful scrutiny. *Personality and Social Psychology Bulletin, 26*, 152-156.
- Tennen, H., Affleck, G., Urrows, S., Higgins, P., & Mendola, R. (1992). Perceiving control, construing benefits, and daily processes in rheumatoid arthritis. *Canadian Journal of Behavioural Science, 24*, 186-203.
- Terry, D. J. (1994). Determinants of coping: The role of stable and situational factors. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*, 895-910.
- Terry, D. J., & Hynes, G. J. (1998). Adjustment to a low-control situation: Reexamining the role of coping responses. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1078-1092.
- Thompson, S. C. (2002). The role of personal control in adaptive functioning. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 202-213). New York: Oxford University Press
- Thompson, S. C. (1993). Naturally occurring perceptions of control: A model of bounded flexibility. In G. Weary, F. Gleicher, & K. L. Marsh (Eds.), *Control motivation and social cognition* (pp.74-93). New York: Springer-Verlag.
- Thompson, S. C., Collins, M. A., Newcomb, M. D., & Hunt, W. (1996). On fighting versus accepting stressful circumstances: Primary and secondary control among HIV-positive men in prison. *Journal of Personality and Social psychology, 70*, 1307-1317.
- Thompson, S. C., Nanni, C., & Levine, A. (1994). Primary versus secondary and central versus consequence-related control in HIV-positive men. *Journal of Personality and Social psychology, 67*, 540-547.
- Thompson, S. C., Sobolew-Shubin, A., Galbraith, M. E., Schwankovsky, L., & Cruzen, D. (1993). Maintaining perceptions of control: Finding perceived control in low-control circumstances. *Journal of Personality and Social psychology, 64*, 293-304.
- Thompson, S. C., & Spacapan, S. (1991). Perceptions of control in vulnerable populations. *Journal of Social Issues, 47*, 1-21.55.

- Thompson, S. C., Thomas, C., Rickabaugh, C. A., Tantamjarik, P., Otsuki, T., Pan, D., Garcia, B. F., & Sinar, E. (1998). Primary and secondary control over age-related changes in physical appearance. *Journal of Personality, 66*, 583-605.
- Tucker, J. S., Winkelman, D. K., Katz, J. N., & Bermas, B. L. (1999). Ambivalence over emotional expression and psychological well-being among rheumatoid arthritis patients and their spouses. *Journal of Applied Social Psychology, 29*, 271-290.
- Turk, D. C., & Rudy, T. E. (1992). Cognitive factors and persistent pain: A glimpse into Pandora's Box. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 99-122.
- Vitaliano, P. P., DeWolfe, D. J., Maiuro, R. D., Russo, J., & Katon, W. (1990). Appraised changeability of a stressor as a modifier of the relationship between coping and depression: A test of the hypothesis of fit. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 582-592.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D., & Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research, 20*, 3-26.
- vanLankveld, W., Naering, G., van'tPadBosch, P., & vandePutte, L. (2000). The negative effect of decreasing the level of activity in coping with pain in rheumatoid arthritis: An increase in psychological distress and disease impact. *Journal of Behavioral Medicine, 23*, 377-391.
- Wadsworth, M. E., Rieckmann, T., Benson, M. A., & Compas, B. E. (2004). Coping and Responses to Stress in Navajo Adolescents: Psychometric Properties of the Responses to Stress Questionnaire. *Journal of Community Psychology, 32*, 391-411.
- Watkins, K. W., Shifren, K., Park, D. C., & Morrell, R. W. (1999). Age, pain, and coping with rheumatoid arthritis. *Pain, 82*, 217-228.
- Wright, J. C., & Mischel, W. (1988). Conditional hedges and the intuitive psychology of traits. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*, 454-469.
- Wolfe, F., & Hawley, D. J. (1993). The relationship between clinical activity and depression in rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology, 20*, 2032-2037.
- Young, L. D. (1992). Psychological factors in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 619-627.
- Zautra, A. J., Burleson, M. H., Smith, C. A., Blalock, S. J., Wallston, K. A., DeVellis, R. F., DeVellis, B. M., & Smith, T. W. (1995). Arthritis and perceptions of quality of life: An examination of positive and negative affect in rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology, 14*, 399-408.
- Zautra, A. J., Hamilton, N. A., & Burke, H. M. (1999). Comparison of stress responses in women with two types of chronic pain: Fibromyalgia and osteoarthritis. *Cognitive Therapy and Research, 23*, 209-230.
- Zautra, A. J., Smith, B., Affleck, G., & Tennen, H. (2001). Examinations of chronic pain and affect relationships: Applications of a dynamic model of affect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 786-795.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ¹

¹ Στη συνέντευξη χορηγήθηκαν δύο επιπλέον ερωτηματολόγια που δεν σχετίζονται με τις υποθέσεις της παρούσας διατριβής.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Σας παρακαλούμε να μας βοηθήσετε με την συνεργασία σας δίνοντας μας πληροφορίες σχετικά το πρόβλημα της υγείας σας. Αυτές οι πληροφορίες καλύπτονται από το ιατρικό απόρρητο και θα χρησιμοποιηθούν μόνο ανώνυμα και κωδικοποιημένα σε στατιστική μορφή. Για μας, η βοήθεια σας είναι πολύτιμη για να γνωρίσουμε καλύτερα το πρόβλημα και να δούμε πώς μπορούμε να βοηθήσουμε ανθρώπους με παρόμοια προβλήματα.

Πολλές ερωτήσεις φαίνονται να επαναλαμβάνονται, αλλά η κάθε μια έχει ξεχωριστή σημασία, γι' αυτό είναι πολύ σημαντικό να συμπληρωθούν όλες για να βγει ένα συνολικό νόημα.

Σας ευχαριστούμε για την υπομονή και την προσπάθεια σας.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑ

Α.Α.

□□□

ΦΥΛΟ

ΑΝΔΡΑΣ 1 ΓΥΝΑΙΚΑ 2

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

__/__/__

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΒΑΣΙΚΗ 1 ΜΕΣΗ 2 ΑΝΩΤΕΡΗ 3 ΑΝΩΤΑΤΗ 4

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΕΓΓΑΜΟΣ 1 ΑΓΑΜΟΣ 2 ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ 3 ΧΗΡΟΣ 4

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΕΝΑΡΞΗ ΝΟΣΟΥ □□□□

ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑ ΝΟΣΟΥ

ΓΙΑΤΡΟΣ: ΕΞΑΡΣΗ 1 ΥΦΕΣΗ 2

ΑΣΘΕΝΗΣ: ΕΞΑΡΣΗ 1 ΥΦΕΣΗ 2

ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΝΟΣΟΥ

ΓΙΑΤΡΟΣ: ΕΛΑΦΡΑ 1 ΜΕΤΡΙΑ 2 ΒΑΡΙΑ 3

ΑΣΘΕΝΗΣ: ΕΛΑΦΡΑ 1 ΜΕΤΡΙΑ 2 ΒΑΡΙΑ

3

ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΙΔΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΆΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

__/__/__

POMS

Για να αρχίσουμε θα σας διαβάσω μερικά επίθετα που περιγράφουν πώς αισθάνεστε και θα μου λέτε σε ποίο βαθμό ισχύει το κάθε επίθετο για σας την τελευταία εβδομάδα, δηλαδή πόσο έχετε αισθανθεί έτσι την τελευταία εβδομάδα. Έχουμε βαθμούς από το 0 μέχρι το 4: το 0 είναι 'καθόλου δεν νιώθω έτσι την τελευταία εβδομάδα', το 1 είναι 'λίγο νιώθω έτσι την τελευταία εβδομάδα', το 2 είναι 'μέτρια', το 3 είναι 'πολύ' και το 4 είναι 'πάρα πολύ'.

<i>ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ</i>	<i>καθόλου</i>	<i>λίγο</i>	<i>μέτρια</i>	<i>πολύ</i>	<i>πάρα πολύ</i>
1. σε ένταση	0	1	2	3	4
2. κουρασμένος/η	0	1	2	3	4
3. φιλικός/η	0	1	2	3	4
4. αβοήθητος/η	0	1	2	3	4
5. θυμωμένος/η	0	1	2	3	4
6. ζωντανός/η	0	1	2	3	4
7. δυσκολία να συγκεντρωθώ	0	1	2	3	4
8. νευρικός/η	0	1	2	3	4
9. εξαντλημένος/η	0	1	2	3	4
10. δυστυχισμένος/η	0	1	2	3	4
11. χαρούμενος/η	0	1	2	3	4
12. μνησικάκος/η	0	1	2	3	4
13. δραστήριος/α	0	1	2	3	4
14. δυσκολία να σκεφτώ ξεκάθαρα	0	1	2	3	4
15. αγχωμένος/η	0	1	2	3	4
16. εξουθενωμένος/η	0	1	2	3	4
17. χωρίς αξία	0	1	2	3	4
18. συμπονετικός/η	0	1	2	3	4
19. γκρινιάρης/α	0	1	2	3	4
20. ενεργητικός/η	0	1	2	3	4
21. ξεχασιάρης/α	0	1	2	3	4
22. χωρίς ελπίδα	0	1	2	3	4

SCL-90-R

Τώρα θα σας διαβάσω μερικά ενοχλήματα ή συμπτώματα και θα μου λέτε σε ποιό βαθμό ισχύουν για σας την τελευταία εβδομάδα, δηλαδή πόσο έχετε νιώσει αυτά τα συμπτώματα τις τελευταίες επτά ημέρες. Και πάλι εδώ έχουμε βαθμούς από το 0 έως το 4: το 0 είναι 'καθόλου δεν το έχω νιώσει την τελευταία εβδομάδα', το 1 είναι 'λίγο το έχω νιώσει την τελευταία εβδομάδα', το 2 είναι 'μέτρια', το 3 είναι 'πολύ' και το 4 είναι 'πάρα πολύ'.

<i>ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ</i>	<i>καθόλου</i>	<i>λίγο</i>	<i>μέτρια</i>	<i>πολύ</i>	<i>πάρα πολύ</i>
1. Νευρική ή εσωτερική αστάθεια	0	1	2	3	4
2. Έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης	0	1	2	3	4
3. Έλλειψη ενέργειας ή γενική κατάπτωση	0	1	2	3	4
4. Σκέψεις να τερματίσετε τη ζωή σας	0	1	2	3	4
5. Τρέμουλο	0	1	2	3	4
6. Εύκολο κλάμα	0	1	2	3	4
7. Να αισθάνεστε παγιδευμένος/η ή αιχμάλωτος/η	0	1	2	3	4
8. Να τρομάζετε ξαφνικά χωρίς λόγο	0	1	2	3	4
9. Να κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα	0	1	2	3	4
10. Να αισθάνεστε μοναξιά	0	1	2	3	4
11. Να αισθάνεστε θλίψη	0	1	2	3	4
12. Να ανησυχείτε για διάφορα πάρα πολύ	0	1	2	3	4
13. Να μην ενδιαφέρεστε για τα πράγματα γύρω σας	0	1	2	3	4
14. Να αισθάνεστε φοβισμένος/η	0	1	2	3	4
15. Να χτυπά έντονα η καρδιά σας	0	1	2	3	4
16. Να αισθάνεστε απελπισμένος/η για το μέλλον	0	1	2	3	4
17. Να αισθάνεστε ότι βρίσκεστε σε ένταση ή σε διέγερση	0	1	2	3	4
18. Να αισθάνεστε πως όλα είναι μια προσπάθεια	0	1	2	3	4
19. Διαστήματα τρόμου ή πανικού	0	1	2	3	4
20. Να αισθάνεστε τόσο ανήσυχος/η που να μην μπορείτε να σταθείτε ακίνητος/η	0	1	2	3	4
21. Να αισθάνεστε ανάξιος/α και άχρηστος/η	0	1	2	3	4
22. Να αισθάνεστε πως κάτι άσχημο πρόκειται να σας συμβεί	0	1	2	3	4
23. Να έχετε τρομακτικές σκέψεις και εικόνες	0	1	2	3	4

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Σε ποίο βαθμό πιστεύετε ότι εσείς προσωπικά μπορείτε να ελέγχετε την ίδια τη νόσο σας, δηλαδή την πορεία κα την εξέλιξη της;

από το 1 έως το 5 - από το 'καθόλου' έως το 'πάρα πολύ' –

καθόλου	λίγο	αρκετά	πολύ	πάρα πολύ
1	2	3	4	5

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Σε ποίο βαθμό πιστεύετε ότι κάποιος άλλος μπορεί να ελέγχει την ίδια τη νόσο σας, δηλαδή την πορεία και την εξέλιξη της;

από το 1 έως το 5 - από το 'καθόλου' έως το 'πάρα πολύ' –

καθόλου	λίγο	αρκετά	πολύ	πάρα πολύ
1	2	3	4	5

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

COPE 1

Μας ενδιαφέρει με ποιούς τρόπους αντιμετωπίζετε το στρες, την πίεση, από τη ρευματοειδή αρθρίτιδα: πώς εσείς αντιδράτε συνήθως στο στρες της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Εδώ σκεφτείτε το στρες που αντιμετωπίζετε από την ίδια τη νόσο, το στρες από την πορεία και την εξέλιξη της νόσου. Τί κάνετε, ποιόν τρόπο χρησιμοποιείτε συνήθως για να αντιμετωπίσετε την εξέλιξη της νόσου; Θα σας διαβάσω συγκεκριμένους τρόπους αντιμετώπισης και θα μου λέτε για τον κάθε τρόπο πόσο τον χρησιμοποιείτε συνήθως. Εδώ έχουμε από το 1 μέχρι το 4: το 1 σημαίνει 'δεν τον χρησιμοποιώ καθόλου / ποτέ αυτόν τον τρόπο', το 2 σημαίνει 'λίγο τον χρησιμοποιώ', το 3 σημαίνει 'αρκετά' και το 4 σημαίνει 'πολύ'.

	<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Αρκετά</i>	<i>Πολύ</i>
1. Αναστατώνομαι και αφήνω τα συναισθήματά μου να εκφραστούν.	1	2	3	4
2. Βάζω στην άκρη αλλά πράγματα που έχω να κάνω για να συγκεντρωθώ στο πρόβλημα αυτό.	1	2	3	4
3. Εναποθέτω όλη μου την εμπιστοσύνη στον Θεό.	1	2	3	4
4. Παραδέχομαι ότι δε μπορώ ν' αντιμετωπίσω την κατάσταση και τα παρατάω.	1	2	3	4
5. Προσπαθώ να το δω μ' ένα διαφορετικό τρόπο, προσπαθώ να βρω κάτι το θετικό στην όλη κατάσταση.	1	2	3	4
6. Συζητώ το θέμα με άλλους για να μάθω περισσότερα για την κατάσταση.	1	2	3	4
7. Ονειροπολώ ευχάριστα πράγματα για να ξεχαστώ.	1	2	3	4
8. Γελάω με την όλη κατάσταση.	1	2	3	4
9. Αποδέχομαι αυτό που μου συμβαίνει και το γεγονός ότι δεν θα μπορούσε ν' αλλάξει.	1	2	3	4

10. Συγκρατιέμαι να μην δράσω μέχρι να παρουσιασθεί η κατάλληλη στιγμή.	1	2	3	4
11. Ζητάω συναισθηματική υποστήριξη από φίλους και συγγενείς.	1	2	3	4
12. Παίρνω πρόσθετα μέτρα στην προσπάθειά μου να λύσω το πρόβλημα.	1	2	3	4
13. Αρνιέμαι να πιστέψω αυτό που μου συμβαίνει.	1	2	3	4
14. Χρησιμοποιώ το κάπνισμα, οινοπνευματώδη ποτά ή και ναρκωτικά για να νιώσω καλύτερα.	1	2	3	4
15. Καταστρώνω ένα στρατηγικό σχέδιο για το τί να κάνω.	1	2	3	4
16. Αφήνω τα συναισθήματά μου ελεύθερα.	1	2	3	4
17. Εγκαταλείπω κάθε προσπάθεια για να επιτύχω το σκοπό μου.	1	2	3	4
18. Αστειεύομαι για το πρόβλημά μου.	1	2	3	4
19. Ψάχνω να βρω κάτι καλό σ' αυτό που μου συμβαίνει.	1	2	3	4
20. Προσπαθώ να μη χειροτερέψω τα πράγματα με το να πράττω βιαστικά.	1	2	3	4
21. Προσπαθώ πολύ να σταματήσω άλλα προβλήματα που παρακωλύουν τις ενέργειές μου προς επίλυση της συγκεκριμένης κατάστασης.	1	2	3	4
22. Πάω σινεμά ή παρακολουθώ τηλεόραση για να ξεχαστώ.	1	2	3	4

23. Αποδέχομαι την πραγματικότητα γι' αυτό που μου συμβαίνει.	1	2	3	4
24. Ρωτάω άλλους ανθρώπους με παρόμοια βιώματα τί κάνανε.	1	2	3	4
25. Λαμβάνω άμεσα μέτρα για να λύσω το πρόβλημα.	1	2	3	4
26. Προσπαθώ να βρω ανακούφιση στην πίστη μου στο Θεό.	1	2	3	4
27. Συζητάω με άλλους το πώς αισθάνομαι για την κατάσταση.	1	2	3	4
28. Χρησιμοποιώ οινοπνευματώδη ποτά, το τσιγάρο ή και ναρκωτικά για ν' αντιμετωπίσω το πρόβλημα.	1	2	3	4
29. Μερικές φορές σκέφτομαι ότι αυτό που μου συμβαίνει δεν είναι η πραγματικότητα.	1	2	3	4
30. Σκέφτομαι πολύ τα βήματα που πρέπει να κάνω για να χειριστώ το πρόβλημα.	1	2	3	4

ΑΝΑΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Σε ποίο βαθμό πιστεύετε ότι εσείς προσωπικά μπορείτε να ελέγχετε τα καθημερινά συμπτώματα που σας προκαλεί η νόσος, και συγκεκριμένα τον πόνο και τη δυσκινησία;

από το 1 έως το 5 - από το 'καθόλου' έως το 'πάρα πολύ' –

καθόλου	λίγο	αρκετά	πολύ	πάρα πολύ
1	2	3	4	5

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Σε ποίο βαθμό πιστεύετε ότι κάποιος άλλος μπορεί να ελέγχει τα καθημερινά συμπτώματα που σας προκαλεί η νόσος σας, και συγκεκριμένα τον πόνο σας και τη δυσκινησία σας;

από το 1 έως το 5 - από το 'καθόλου' έως το 'πάρα πολύ' –

καθόλου	λίγο	αρκετά	πολύ	πάρα πολύ
1	2	3	4	5

ΑΝΑΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Σε ποίο βαθμό πιστεύετε ότι ελέγχετε την περίθαλψη που έχετε και την θεραπεία που κάνετε;

από το 1 έως το 5 - από το 'καθόλου' έως το 'πάρα πολύ' –

καθόλου	λίγο	αρκετά	πολύ	πάρα πολύ
1	2	3	4	5

ΑΝΑΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

Σε ποίο βαθμό πιστεύετε ότι ελέγχετε τα συναισθήματα που νιώθετε για το πρόβλημα της υγείας σας;

από το 1 έως το 5 - από το 'καθόλου' έως το 'πάρα πολύ' –

καθόλου	λίγο	αρκετά	πολύ	πάρα πολύ
1	2	3	4	5

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

COPE 2

Εδώ σκεφτείτε πώς αντιμετωπίζετε το στρες, την πίεση, από τα καθημερινά συμπτώματα που σας προκαλεί η νόσος, δηλαδή από τον πόνο και τη δυσκινησία. Τί κάνετε, ποιόν τρόπο χρησιμοποιείτε συνήθως για να αντιμετωπίσετε τα καθημερινά συμπτώματα; Θα σας διαβάσω συγκεκριμένους τρόπους αντιμετώπισης και θα μου λέτε για τον κάθε τρόπο πόσο τον χρησιμοποιείτε συνήθως. Εδώ έχουμε από το 1 μέχρι το 4: το 1 σημαίνει 'δεν τον χρησιμοποιώ καθόλου / ποτέ αυτόν τον τρόπο', το 2 σημαίνει 'λίγο τον χρησιμοποιώ', το 3 σημαίνει 'αρκετά' και το 4 σημαίνει 'πολύ'.

	<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Αρκετά</i>	<i>Πολύ</i>
1. Αναστατόνομαι και αφήνω τα συναισθήματά μου να εκφραστούν.	1	2	3	4
2. Βάζω στην άκρη αλλά πράγματα που έχω να κάνω για να συγκεντρωθώ στο πρόβλημα αυτό.	1	2	3	4
3. Εναποθέτω όλη μου την εμπιστοσύνη στον Θεό.	1	2	3	4
4. Παραδέχομαι ότι δε μπορώ ν' αντιμετωπίσω την κατάσταση και τα παρατάω.	1	2	3	4
5. Προσπαθώ να το δω μ' ένα διαφορετικό τρόπο, προσπαθώ να βρω κάτι το θετικό στην όλη κατάσταση.	1	2	3	4
6. Συζητώ το θέμα με άλλους για να μάθω περισσότερα για την κατάσταση.	1	2	3	4
7. Ονειροπολώ ευχάριστα πράγματα για να ξεχαστώ.	1	2	3	4
8. Γελάω με την όλη κατάσταση.	1	2	3	4
9. Αποδέχομαι αυτό που μου συμβαίνει και το γεγονός ότι δεν θα μπορούσε ν' αλλάξει.	1	2	3	4
10. Συγκρατιέμαι να μην δράσω μέχρι να παρουσιασθεί η κατάλληλη στιγμή.	1	2	3	4

11. Ζητάω συναισθηματική υποστήριξη από φίλους και συγγενείς.	1	2	3	4
12. Παίρνω πρόσθετα μέτρα στην προσπάθειά μου να λύσω το πρόβλημα.	1	2	3	4
13. Αρνιέμαι να πιστέψω αυτό που μου συμβαίνει.	1	2	3	4
14. Χρησιμοποιώ το κάπνισμα, οινοπνευματώδη ποτά ή και ναρκωτικά για να νιώσω καλύτερα.	1	2	3	4
15. Καταστρώνω ένα στρατηγικό σχέδιο για το τί να κάνω.	1	2	3	4
16. Αφήνω τα συναισθήματά μου ελεύθερα.	1	2	3	4
17. Εγκαταλείπω κάθε προσπάθεια για να επιτύχω το σκοπό μου.	1	2	3	4
18. Αστειεύομαι για το πρόβλημά μου.	1	2	3	4
19. Ψάχνω να βρω κάτι καλό σ' αυτό που μου συμβαίνει.	1	2	3	4
20. Προσπαθώ να μη χειροτερέψω τα πράγματα με το να πράττω βιαστικά.	1	2	3	4
21. Προσπαθώ πολύ να σταματήσω άλλα προβλήματα που παρακωλύουν τις ενέργειές μου προς επίλυση της συγκεκριμένης κατάστασης.	1	2	3	4
22. Πάω σινεμά ή παρακολουθώ τηλεόραση για να ξεχαστώ.	1	2	3	4
23. Αποδέχομαι την πραγματικότητα γι' αυτό που μου συμβαίνει.	1	2	3	4

24. Ρωτάω άλλους ανθρώπους με παρόμοια βιώματα τί κάνανε.	1	2	3	4
25. Λαμβάνω άμεσα μέτρα για να λύσω το πρόβλημα.	1	2	3	4
26. Προσπαθώ να βρω ανακούφιση στην πίστη μου στο Θεό.	1	2	3	4
27. Συζητάω με άλλους το πώς αισθάνομαι για την κατάσταση.	1	2	3	4
28. Χρησιμοποιώ οινόπνευματώδη ποτά, το τσιγάρο ή και ναρκωτικά για ν' αντιμετωπίσω το πρόβλημα.	1	2	3	4
29. Μερικές φορές σκέφτομαι ότι αυτό που μου συμβαίνει δεν είναι η πραγματικότητα.	1	2	3	4
30. Σκέφτομαι πολύ τα βήματα που πρέπει να κάνω για να χειριστώ το πρόβλημα.	1	2	3	4