



University of Crete

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : ΓΑΒΡΙΗΛ ΑΝΤΡΗ

ΑΜ:2196

ΕΞΑΜΗΝΟ:8^ο

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1.ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	(3-4)
2. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΙΑ.....	(5-8)
3.ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.....	(9-12)
4.ΦΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΜΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	(13-16)
5.ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΕ ΜΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....	(17-22)
6.ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ.....	(23-26)
7.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ.....	(27-32)
8.ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ.....	(32-33)
9.ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....	(34-37)
10.ΕΡΕΥΝΑ.....	(38-39)
11.ΜΕΘΟΔΟΣ.....	(40)
12.ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ.....	(41-42)
13.ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....	(43-53)
14.ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	(54-58)
15.ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	(59-60)
16.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	(61-67)

1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία η οποία θα παρουσιάσω έχει ως στόχο να μελετήσει την σχέση ανάμεσα στις χρόνιες παθήσεις και τη ρύθμιση συναισθήματος. Αυτό που θα δούμε είναι κατα πόσο η έκφραση και η καταπίεση συναισθήματος όπου είναι δύο στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος επηρεάζουν την όλη εξέλιξη μίας χρόνιας ασθένειας και αν ο τρόπος που διαχειρίζεται τα συναισθήματα του το κάθε άτομο επηρεάζουν την εξέλιξη της.

Η εργασία θα χωριστεί σε δύο κομμάτια όπου στο πρώτο θα γίνεται μία αναφορά στις χρόνιες ασθένειες και ότι περιλαμβάνει το θέμα αυτό δηλαδή από τις φάσεις στις οποίες χωρίζεται αλλά και ποιές είναι οι αντιδράσεις του κάθε ατόμου σε μία χρόνια ασθένεια. Μεγάλη αναφορά θα γίνει και στη ρύθμιση συναισθήματος και ποια είναι η σχέση μεταξύ ρύθμισης συναισθήματος φύλου, εκπαίδευσης και οικογενειακής κατάστασης. Επίσης θα αναφερθούμε και για το ποιές είναι οι ατομικές διαφορές ως προς τη ρύθμιση συναισθηματος αλλά και για το πώς το στρές συσχετίζεται τόσο με το συναισθημα αλλά και με την ασθένεια.

Το δευτερο κομμάτι της εργασίας θα αναφέρεται στην έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε σε ασθενεις οι οποίοι πάσχουν από διαφορετικές χρόνιες παθήσεις. Αυτό που παρατηρήθηκε από τις αναλύσεις της έρευνας και με την βοήθεια του στατιστικού προγράμματος Spss είναι ότι επιβεβαιώθηκε ένα μεγάλο κομμάτι των υποθέσεων που είχαν διατυπωθεί στην εργασία. Έτσι λοιπόν σύμφωνα με τα αποτελέσματα φάνηκε πώς η έκφραση συναισθήματος επηρεάζει θετικά την όλη πορεία

της ασθένειας σε αντίθεση με τη καταπίεση των συναισθημάτων που φέρεται να συμβάλλει αρνητικά στην όλη πορεία της υγείας τους. Επιπλέον όπως φέρεται και στα αποτελέσματα προκύπτουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα και ακόμη ότι η οικογενειακή κατάσταση φέρεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο πώς κάθε άτομο φέρεται να ρυθμίζει τα συναισθήματα του και ακόμη φάνηκε ότι οι γυναίκες κατάπιézουν λιγότερο τα συναισθήματα τους σε σχέση με τους άντρες.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ : Χρόνιες παθήσεις (chronic disease), ρύθμιση συναισθήματος (emotion regulation), καταπίεση (reappraisal), έκφραση (suppression).

2. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΙΑ

<<Δέν υπάρχει τίποτα καλύτερο της υγείας εις τον βίο του ανθρώπου>>

<<Ούκ έσθ υγείας κρείττον ουδεν εν τω βίω>>

(Ιπποκράτης)

<<Τι δ' έστι μείζον αγαθον οι υθρώποις υγειας;>>

(Πλάτων)

Σύμφωνα με τον πρόλογο του κατασταστικού του Παγκόσμιου οργανισμού υγείας η υγεία ορίζεται ως η κατάσταση της πλήρους σωματικής ψυχικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας.

Σημαντικό ρόλο είχε η άποψη ορισμένων επιστημόνων ότι η υγεία είναι η ικανότητα για να μπορούν να προσαρμοστούν οι άνθρωποι. Η υγεία και η ασθένεια δεν μπορούν να ορισθούν μόνο απο ορισμούς της ανατομίας η της φυσιολογίας ή με ψυχικά χαρακτηριστικά. Το πιο κύριο και βασικό κριτήριο είναι η ικανότητα του ανθρώπου να λειτουργεί με τρόπο αποδεκτό τόσο απο την ομάδα στην οποία ανήκει όσο και απο τον ίδιο. Η υγεία είναι μία διαδικασία στην οποία το κάθε άτομο πρέπει να προσαρμοστεί στις αλλαγές που απαιτεί η ζωή όσο και που έχει το κάθε άτομο στις νέες αντιλήψεις που διαμορφώνει το κάθε άτομο για τη ζωή. Η ικανότητα που έχει το να το κάθε άτομο να προσαρμόζεται παίζει σημαντικό ρόλο στην επιβίωση και στην ανάπτυξη του (Κατερίνα Σώκου, 1999). Η υγεία είναι το πολυτιμότερο και το μέγιστο αγαθό για κάθε θνητό άνθρωπο. Οι άνθρωποι έχουν αρκετή συναίσθηση αυτού και αποδίδει πάρα πολύ μεγάλη σημασία για τη διατήρηση της (Δημ.Θ. Στεφάνου, 1960). Εκτός απο τον ορισμό της υγείας σε όλα αυτά μπορεί να συμπεριληφθει και ο ορισμός της ψυχικής υγείας.

Η ψυχική υγεία έχει ορισθεί πολλαπλως απο ειδικούς διαφορετικών πολιτισμών και διαφορετικών απόψεων. Διάφορες αντιλήψεις για την ψυχική υγεία συμπεριλαμβάνουν την υποκειμενική ευεξία την αντιλαμβανόμενη αυτοαποτελεσματικότητα, αυτονομία την αλληλεξάρτηση των γενεών και την αυτοπραγμάτωση των πνευματικών και συναισθηματικών δυνατοτήτων του ατόμου. Ο ορισμός της ψυχικής υγείας είναι αδύνατον να οριστεί πλήρως απο διαπολιτισμική άποψη. Αποδεκτή γίνεται η άποψη ότι η ψυχική υγεία είναι κάτι ευρύτερο απο την έλλειψη διαταραχων (WHO, 2001, p.5).

Σύμφωνα λοιπόν με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας [World Organization (WHO)] η ψυχική υγεία είναι μία κατάσταση ευεξίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιει τις ικανότητες του, μπορεί να αντιμετωπίσει τις φυσιολογικές καταστάσεις στρέψ της ζωής, μπορεί να δουλέψει παραγωγικά και αποδοτικά και είναι ικανό να συμβάλλει στο κοινωνικό σύνολο ,(WHO, 2005).

Η Θετική ψυχική υγεία έχει ορισμένες διαστάσεις όπως είναι η συναισθηματική ευεξία .(π.χ θετικά συνασιθήματα), η ψυχολογική ευεξία (π.χ αποδοχή του εαυτού, θετικές σκέψεις με τους άλλους και σκοπός της ζωής) και η κοινωνική ευεξία (π.χ θετικές συμπεριφορές προς τα άλλα άτομα), ενώ σε αντιθεση η αρνητική ψυχική υγεία περιλαμβάνει διαστάσεις όπως η κατάθλιψη το άγχος η κατάχρηση ουσιών, αλκόολ, η αυτοκτονία και ο αυτοκτονικός ιδεασμός (βλέπε Keyes, 2003 στο Wong, Rew & sheiken , 2006). Η υποκειμενική ευεξία αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι εκτιμούν τις ζωές τους για τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή αλλά και για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους. Οι εκτιμήσεις αυτές περιλαμβάνουν συναισθηματικές αντιδράσεις ανθρώπων σε γεγονότα τη διαθεση τους και κρίσεις που σχηματίζουν σχετικά με την

ικανοποίηση τους για τη ζωή και την ικανοποίηση τους σε τομείς όπως είναι ο γάμος ή η δουλειά.(Diener, 1984 , Deiner , Suh , Lucas&Smith,1999,Diener,Oishi,Lucas,2003)

Εκτός από τον ορισμό για το είναι υγεία και ψυχική υγεία πιο κάτω θα αναφερθώ για το τί είναι η αρρώστια.

Σύμφωνα λοιπόν με το βιοιατρικό μοντέλο η αρρώστια αποτελεί είτε παρεκτροπή από τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού, με βάση ορισμένες μετρήσιμες βιολογικές παραμέτρους, είτε παρουσία καθορισμένων παθολογικών αλλοιώσεων. Ο προσδιορισμός λοιπόν της ασθένειας γίνεται με τρία κλασσικά ιατρικά κριτήρια. Το πρώτο αφορά τα υποκειμενικά ενοχλήματα του αρρώστου, το δεύτερο τον εντοπισμό μίας βλάβης συνήθως σε επίπεδο οργανισμού και το τρίτο στο σύνολο των συμπτωμάτων που συνιστούν μια αναγνωρισμένη κλινική ταυτότητα.(Γιάννης Γούντας, 2000).

Έτσι λοιπόν με βάση τις πιο πάνω απόψεις η αρρώστια μπορεί να χαρακτηριστεί από το πιο κάτω μοντέλο.

Αιτιολογία-Παθολογία-Συμπτωματολογία.

Οι σχέσεις ανάμεσα στην αιτιολογία και την παθολογία και την συμπτωματολογία είναι άμεσες και σαφώς αιτιακές.

Υπάρχει μερική σύγχυση μεταξύ των όρων ασθένεια και αρρώστια. Ορισμένες προσεγγίσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας έδωσαν την δυνατότητα να αποσαφηνιστεί το περιεχόμενο και η χρήση αυτών των διαφορετικών όρων. Μεσα σε αυτούς τους όρους όμως πρέπει να συμπεριληφθεί και ο όρος της νόσου.

Όταν υπάρχει διαταραχή της διαδικασίας σε οργανικό επίπεδο τότε αναφερόμαστε στη νόσο (disease) στο λειτουργικό επίπεδο η αρρώστια (illness) και στο κοινωνικό επίπεδο η ασθένεια (sickness). Η αρρώστια είναι μία έννοια λιγότερο τεχνική από την νόσο. Εκφράζει την υποκειμενική εμπειρία της νόσου όταν αυτή προκαλεί ανεπιθύμητες επιπτώσεις ή ενοχλήσεις στον ανθρώπινο οργανισμό, (Γιάννης Γούντας, 2000).

Η νόσος είναι ιατροβιολογική έννοια και αναφέρεται σε παθολογικές βλάβες του ανθρώπινου οργανισμού. Οι βλάβες αυτές εκφράζονται με σημεία και συμπτώματα τα οποία πρέπει να υποστηρίζονται από εργαστηριακά ευρήματα και μπορούν να παρατηρηθούν να μετρηθούν και να καταγραφούν να ταξινομηθούν και να αποτελέσουν κλινικό-εργαστηριακά διαγνωστικά κριτήρια παρεκτροπής από το φυσιολογικό σε επίπεδο κυττάρου, οργάνου ή και σε γενετικό επίπεδο ακόμη, (Γιάννης Γούντας, 2000).

Η ασθένεια σηματοδοτεί μία κατάσταση κοινωνικής δυσλειτουργίας όταν εξαιτίας της αρρώστιας ο ρόλος του ατόμου στις επαγγελματικές ή κοινωνικές τους δραστηριότητες διαταράσσεται και επιβάλλεται ο περιορισμός του, κοινωνικά ή χωροταξιακά στο σπίτι ή στο νοσοκομείο, (Γιάννης Γούντας, 2000).

Πιο πάνω παράθεσα του όρους της αρρώστιας νόσου, ασθένειας της υγείας και ψυχικής υγείας για να δούμε σε τι αναφέρεται η κάθε μία και ποιά είναι η σχέση ,μεταξύ τους.

3. ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Χρόνιες ασθένειες είναι αυτές κατα τις οποίες δέν υπάρχει κάποια θεραπεία και η όλη επέμβαση έχει να κάνει με τον έλεγχο των συμπτωμάτων, στο να μην υπάρχει οποιαδήποτε πρόοδος και στο να γίνει οποιαδήποτε προαγωγή και ακομη στο να μάθει το κάθε άτομο να διαχειρίζεται και να φροντίζει τον εαυτό του. (Thorne & Paterson, 2000).

Την ομάδα των χρόνιως ασθενειών αποτελούν οι καρδιαγγειακές νόσοι νεοπλασίες (όγκοι), ο σακκαρώδης διαβήτης, AIDS, (Καραδήμας, 2005), η φυματίωση, οι διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, η υπέρταση, και διάφορα τράυματα αλλά και αναπηρίες απο ατυχήματα (Organizone Mondiale Della Sanita 2005). Μάλιστα οι περισσότεροι θάνατοι στον ενήλικο πληθυσμό ωφείλονται σε χρόνιες ασθένειες και κυριότερα στον καρκίνο και στις καρδιαγγειακές παθήσεις. Οι ασθένειες αυτές δέν είναι καινούργιες αλλά μεχρι τον 20^ο αιώνα ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων φένεται να εχει πεθάνει απο αυτές και αυτό λόγω της ανάπτυξης της βιομηχανίας με την μεγαλύτερη ένταση απο τον 20^ο αιώνα και μετά όπου αυξήθηκε περισσότερο το άγχος των ανθρώπων αλλά και λόγω της συνεχούς έκθεσης τους στα διάφορα χημικά. (Sarafino, 2006).

Οι περισσότερες απο τις ασθένειες που αντιμετωπίζει ο κάθε άνθρωπος στη συχρονη κοινωνία είναι κατα κάποιο τρόπο χρόνιες. Όπως ανέφερα και πιο πάνω είναι απο τις καταστάσεις οι οποίες δεν μπορούν να θεραπεύτουν αλλά έχουν το πλεονέκτημα ότι μπορούν να ελεγχθούν κατα κάποιο τρόπο. Η εξέλιξη της φαρμακευτικής στην σημερινή κοινωνία δίνει την ευκαιρία στους χρόνιους ασθενείς να ζήσουν για μεγαλύτερο χρονικό διαστημα και να ζήσουν μία φυσιολογική ζωή για όσο μπορούν.

Ετσι λοιπόν οι περισσότεροι άνθρωποι κατάφέρουν να ζήσουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σχέση με τα παλαιότερα χρόνια ακόμη και κάτω από τις πιο δυσμενέστερες και χειρότερες συνθήκες μπορούν να τα καταφέρουν και να συνεχίσουν να ζούν την ζωή τους βρίσκοντας ξανά την αισιοδοξία τους και ένα αίσθημα επάρκειας (Folkman 1997 από Καραδήμας ,2005).

Οι αιτίες των χρόνιων ασθενειών είναι πάρα πολλές και σημαντικό ρόλο φέρεται να διαδραματίζει τόσο η συμπεριφορά όσο και ο τρόπος ζωής του κάθε πάσχοντα (Sanderson ,2004).Υπάρχουν ασθενείς οι οποίοι θεωρούν πως γι' αυτό που τους έχει συμβεί θεωρούν αιτία τον εαυτό τους,και ότι ο τρόπος ζωής τους είναι αυτός που συνέλαβε σε αυτό,και ακόμη πώς και η κληρονομικότητα παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση μίας ασθένειας (Taylor,1999).

Οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις μπαίνουν στη διαδικασία να αντιμετωπίζουν μία σειρά από δυσάρεστα συμπτώματα, όπως πόνος αδυναμία, και κάποιες επιπτώσεις οι οποίες έχουν αντικτυπο στην καθημερινότητα τους αφού τους εμποδίζουν να φέρουν εις πέρας δραστηριότητες της καθημερινότητας τους και μπαίνουν στην διαδικασία να βιώνουν τι θα τους φέρει η επόμενη μέρα και ποιά θα είναι η όλη πορεία της ασθένειας τους.

Ως συνήθως τα άτομα με χρόνια ασθένεια αντιμετωπίζουν μία σειρά από έντονες στρεσογόνες καταστάσεις όπως είναι η διαγνώση,θεραπεία,υποτροπή, και τα οποία μπορεί να προκαλέσουν αρνητικές συνέπειες και σε ένα άτομο με αυξημένες δυνάμεις (Καραδήμας,2005).Ακόμη έχειδειχθεί ότι υπάρχει σχέση μεταξύ χρόνιων σωματικών ασθενειών και ψυχολογικών διαταραχών όπως της κατάθλιψης όπως έχουν δείξει κάποιες έρευνες (Neff et all.,1980; Kathol & Petty,1980,1981; Hays et all ., 1994).Αυτό

γίνεται κατανοητό με την μελέτη καποιων άλλων παραγόντων όπως είναι το στρες το οποίο προκύπτει στα πλαίσια μιας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ του περιβάλλοντος και του ατόμου. Αυτό που συμβαίνει είναι όταν το άτομο φέεται να αντιλαμβάνεται μια αντίφαση ανάμεσα στις απαιτήσεις που έχει μία κατάσταση όπως μία χρόνια ασθένεια και στα βιολογικά, ψυχολογικά, και κοινωνικά αποθέματα που έχει τότε επέρχεται το στρές (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1995). Μπορεί τα άτομα αρχικά να φέεται ότι αντιστέκονται απέναντι στην ασθένεια παρ'όλα αυτά η εμπειρία του αδιεξόδου και των δυσάρεστων καταστάσεων οι οποίες φέεται να μην μεταβάλλονται παρα την όποια προσπάθεια φέεται να καταβάλλει ο ασθενής λόγω αυτού φέεται να οδηγούνται σε μία κατάσταση η οποία τους κάνει να νιώθουν άμοιροι και αβοήθητοι (Seligman, 1975), και πιστεύουν πως οι πιο σημαντικοί τομείς της ζωής τους είναι υποχείρια της ζωής και της τύχης (Rotter, 1966).

Το να προσαρμοστεί ένας ασθενής σε ,μία ασθένεια φέεται αρκετα πολύπλοκο, τόσο ο εξωτερικός έλεγχος των απόψεων του κάθε ατόμου με χρόνια ασθένεια τόσο και η χαμηλή αίσθηση ελέγχου της ζωής του που τον κάνουν να νιώθει αδύναμος να χειριστεί με επιτυχία την ασθένεια του με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζει διαφορα προβλήματα τα οποία είναι αποτέλεσμα της ασθένειας και τα οποία τον κάνουν πιο ευάλωτο στην ανησυχία αλλά και στην κατάθλιψη (Pearlin et al, 1981; Turner & Noh, 1988; Badger, 1993). Οι χρόνιες ασθένειες επηρεάζουν πάρα πολλούς τομείς της ζωής του ατόμου όπως είναι η οικονομική κατάσταση του η οποία περιλαμβάνει πάρα πολλές δυσκολίες αφού μπορεί πλέον να μην μπορεί να ανταπεξέλθει στην εργασία του αλλά και πάνω απ'όλα οι οικογενειακές δυσκολίες αφού μία χρόνια σθένεια μπορεί να φέρει τα πάνω κάτω

μεσα σε μία οικογένεια.Απ'ότι φέρεται μία χρόνια σθένεια επηρεάζεται απ'όλους τους τομείς της ζωής του κάθε άτομου αλλά έχει την δυνατότητα να τους επηρεάζει και όλους (Καραδήμας,2005).Αυτό δικαιολογείται απο το γεγονός ότι οι χρόνια ασθενείς έχουν μειωμένο εισόδημα λόγω του ότι δουλεύουν λιγότερο έχουν χαμηλό μισθό αλλά χρησιμοποιούν πάρα πολλά χρήματα αλλά και χρόνο σε θεραπείες (Strauss et al,1984).

Οποιαδήποτε και αν είναι τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει ο κάθε άνθρωπος επανακτα τον ρυθμό της ζωής του και τελικά επανεντάσσεται στο κοινωνικό και εργασιακό του περιβάλλον.Καταφέρνει να βρεί την δύναμη και συμμετεχει και ανταποκρίνεται ενεργά στις απαιτήσεις της καθημερινής τους ζωής (Παπαδάτου,Αναγνωστόπουλος,1995).

Το να προσαρμοστεί ένα άτομο σε μία χρόνια ασθένεια περνά απο 4 φάσεις οι οποίες είναι:α)βιολογική η οποία έχει να κάνει με θέματα όπως είναι ο πόνος η κόπωση παρενέργειες φαρμάκων,β)κοινωνική η οποία έχει να κάνει με τις σχέσεις με την οικογένεια,φίλους και το ιατρικό προσωπικό,γ)συναισθηματική η οποία αφορά την αυτοεικόνα οικονομικά ζητήματα,θέματα πνευματικότητας,δ)συμπεριφορά η οποία έχει να κάνει με το εάν τηρεί τις ιατρικές οδηγίες και αν καταφέρνει να διακριστεί σωστά την ασθένεια,(Stewart,Ross,Hartley,2004).

Όλες αυτές οι περιοχές συνδέονται και αλληλοεπηρεάζονται πράγμα που δείχνει ότι η αλλαγή μίας περιοχής επηρεάζει και επηρεάζεται απο όλες τις υπόλοιπες.

4. ΦΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ Η/ΚΑΙ ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ ΑΡΡΩΣΤΙΑ

Στις αρχές του αιώνα, η διαγνώση μιας σοβαρής αρρώστιας ισοδυναμούσε με θανατική καταδίκη. Σήμερα, χάρη στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, το οξύ πρόβλημα υγείας μετατρέπεται σε χρόνια ενώ αυξάνονται καθημερινά και οι πιθανότητες ίασης του. Στη σύγχρονη εποχή, οι περισσότεροι άνθρωποι πεθαίνουν εξαιτίας μιας χρόνιας αρρώστιας που απαιτεί μακρόχρονη φροντίδα και στενή συνεργασία με το προσωπικό υγείας. Παρά το πρόβλημα της υγείας ο άρρώστος επανακτά ένα φυσιολογικό ρυθμό ζωής και επανεντάσσεται στο κοινωνικό και εργασιακό του περιβάλλον. Στα πλαίσια αυτής της νέας πραγματικότητας ο <<ασθενής>> δεν στερείται <<σθένους>>, γιατί συμμετέχει ενεργά και ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, ακόμα και αν η αρρώστια από την οποία πάσχει απειλεί τη ζωή του.

Κάθε αρρώστια έχει τις ιδιαιτερότητες της και επηρεάζει με μοναδικό τρόπο κάθε άτομο και οικογένεια. Οι αντιδράσεις ποικιλούν και εξαρτώνται από ένα σύνολο παραγόντων, οι σημαντικότεροι των οποίων μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες: (α) τους παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την αρρώστια (π.χ τη φύση, τη σοβαρότητα, τη προβλεψιμότητα της πορείας της, το είδος της θεραπείας, τις κοινωνικές προκαταλήψεις που ενδεχόμενα την συνοδεύουν), (β) τους παράγοντες που συνδέονται με την χρονική στιγμή που εμφανίζεται η αρρώστια στην εξέλιξη της ζωής του ατόμου (π.χ. βεφική ή νηπιακή ηλικία, σχολική ηλικία, εφηβεία, νεότητα, μέση ηλικία, Τρίτη

ηλικία) και (γ) τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες(π.χ.φύλο,ηλικία,κοινωνικο-οικονομικό,εκαπαιδευτικό επίπεδο,προσωπικότητα,υποστηρικτικό δίκτυο κ.λ.π).οι παράγοντες αυτοί αλληλεπιδρούν μεταξύ τους επηρεάζοντας το υποκειμενικό βίωμα της αρρώστιας,ενώ ταυτόχρονα παρεμποδίζουν ή διευκολύνουν την προσαρμογή του ατόμου σε αυτήν(Loo et Loo,2002).

Κάθε χρόνια ή και σοβαρή για τη ζωή αρρώστια διακρίνεται απο διάφορες φάσεις.Σύμφωνα με τον Doka (1993),κάθε φάση χαρακτηρίζεται απο συγκεκριμένες <<προκλήσεις>> ή <<έργα>> που εμφανίζονται στον οργανικό,ψυχολογικό,κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο,και απαιτούν διευθέτηση,ώστε ο άρρωστος και η οικογένεια του να προσαρμοστούν στις συγκεκριμένες συνθήκες που επιβαλλει η ασθένεια και η θεραπεία της.

ΠΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΦΑΣΗ

Συνήθως στη προδιαγνωστική φάση το άτομο αναγνωρίζει κάποια συμπτώματα που αποτελούν ενδείξεις οργανικής διαταραχής. Χρησιμοποιεί ορισμένες στρατηγικές είτε για να αντιμετωπίσει το ενδεχόμενο πρόβλημα της υγείας του είτε για να το αποφύγει.Στη ουσία καλείται (α) να αναγνωρίσει την πιθανότητα ότι η υγεία του έχει διαταραχθεί,(β) να αντιμετωπίσει το άγχος και την αβεβαιότητα που του προκαλεί το γεγονός αυτό και (γ) να αναζητήσει την κατάλληλη βοήθεια που θα συμβάλλει στην ακριβή διάγνωση του προβλήματος της υγείας του. Οι στρατηγικές που ενεργοποιεί το άτομο, για να αντιμετωπίσει την απειλή που αφορά την υγεία του,θα επηρεάσουν τόσο την οργανική του κατάσταση,όσο και την προσαρμογή του στην ενδεχομενη εκδήλωση της ασθένειας.

ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ

Η οξεία φάση συνδέεται με την ανακοίνωση της διαγνώσης μιας χρόνιας ή και απειλητικής για τη ζωή αρρώστιας και τη συνειδητοποίηση του προβλήματος υγείας. Πρόκειται για μια ιδιαίτερα δύσκολη περίοδο που χαρακτηρίζεται από έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, ριζικές αλλαγές στη ζωή του αρρώστου και σημαντικές αποφάσεις που καλείται να πάρει ο ίδιος και η οικογένεια του. Σ' αυτή την κρίσιμη περίοδο καλείται να αντιμετωπίσει ορισμένες προκλήσεις. Μερικές από τις σημαντικότερες είναι :

A) Κατανόηση της αρρώστιας

B) Αναθεώρηση του τρόπου ζωής και προώθηση συνηθειών και συμπεριφορών υγείας.

Γ) Ενεργοποίηση στρατηγικών για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των συνθηκών που προκύπτουν από την διαγνώση της αρρώστιας.

Δ) Αναγνώριση και εκφραση συναισθημάτων και ανησυχιών.

Ε) Αναγνώριση των επιπτώσεων της αρρώστιας στην εικόνα εαυτού, στις σχέσεις με άλλους και στη ζωή.

ΧΡΟΝΙΑ ΦΑΣΗ

Η χρόνια φάση ορίζεται ως η περίοδος που επεται της διαγνώσης και εκτείνεται μέχρι την τελική έκβαση της ασθένειας που είναι η ίαση ή ο θάνατος του ατόμου. Στη διάρκεια αυτής της περιόδου το άτομο επιδιώκει να εξασφαλίσει ποιότητα ζωής μέσα στις συνθήκες που επιβάλλει η αρρώστια και η θεραπεία της. (Παπαδάτου,

Αναγνωστόπουλος,1995) Για παράδειγμα μερικές ασθένειες χαρακτηρίζονται απο μια αργή προοδευτική επιδείνωση της υγείας.Άλλες συνοδεύονται απο αλληπάλληλες υποτροπές και υφέσεις,ενω μερικές διακρίνονται απο μια ελεγχόμενη σταθερότητα πρίν το άτομο υποβληθεί σε μεταμόσχευση οργάνων που θα τροποποιήσει θετικά ή αρνητικά την εξέλιξη της υγείας του.Κατα συνέπεια οι εμπειρίες που ο ασθενής και η οικογένεια του βιώνουν κατα τη χρόνια φαση εξαρτώνται απο τη φύση της αρρώστιας την πρόγνωση και την εξέλιξη της υγείας του ατόμου.Η χρόνια φάση είναι μια δύσκολη περίοδος,ιδιαίτερα όταν η έκβαση είναι αβέβαιη και συνοδεύεται από χρόνιο άγχος.Παρ'όλα αυτά μπορεί και να αποτελέσει μια περίοδο προκλήσεων καθώς άρρωστος και οικογένεια μαθαίνουν να ζούν με την ασθένεια .

5. ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΕ ΜΙΑ ΣΟΒΑΡΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ

ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Απο την αρχή δηλαδή τη γέννηση του ατόμου μέχρι το θάνατο του ο άνθρωπος βρίσκεται σε μία πορεία όπου συνεχώς πρέπει να προσαρμόζεται στις διάφορες καταστάσεις η προβλήματα που του συμβαίνουν για να μπορεί να λειτουργεί σωστά. Ο άνθρωπος δέν είναι στρείδι να κάθεται προσκολλημένος στο βράχο της αδιαφορίας και να παραβλέπει τις αλληλοσυγκρουόμενες ανακατατάξεις που γίνονται μέσα η γύρω του αλλά είναι υποχρεωμένος να παρακολουθεί προσαρμοστικά το εσωτερικό και το εξωτερικό γίνεσθαι.

Ετσι βρίσκεται <<εκώ ακών>> κάτω απο την επήρεια δύο αντίρροπων δυνάμεων των εξωτερικών πιέσεων που επιβάλλουν την συμμόρφωση του σε αυτές και των εσωτερικών που αποβλέπουν στην ικανοποίηση βασικών αναγκών. Τό άτομο λοιπόν μπαίνει συνεχώς στη διαδικασία να υιοθετεί συνεχώς καινούργιους τρόπους σκέψης και ενέργειας για να εναρμονίσει τις ανάγκες του σύμφωνα με αυτά που απαιτεί ο εξωτερικός κόσμος πράγμα όμως που δεν μπορεί να επιτύχει σε όλες τις καταστάσεις. Πρέπει να υπάρχει μία ισορροπία η οποία εάν διαταραχθεί για μεγάλο διάστημα φένεται να οδηγεί σε δυσπροσαρμοστικότητα και κλονισμό της ψυχικής υγείας (Αναστάσιος, Β. Γιαννακόπουλος, 1991). Αυτό που αποδύκνυεται είναι ότι μία σοβαρή χρόνια ασθένεια είναι λογικό αλλά και αναμενόμενο να προκαλεί ψυχολογικές αντιδράσεις στον κάθε ασθενή. Κάθε αρρώστια ειδικά χρόνια έχει ιδιαίτερη σημασία για

τον κάθε ασθενή.Οι αντιδράσεις που θα βιώσει το κάθε άτομο σε μία ασθένεια εξαρτώνται απο τις εμπειρίες όσο και απο το τί έχει ακούσει ακούσει γι'αυτήν ,ποιές είναι οι δυνατότητες θεραπείας αλλά και η γενικότερη πρόγνωση της,(Άννα Κοκκέβη,2008).Είναι προφανές λοιπόν ότι μία σειρά παραγόντων διαμορφώνουν την τελική αντίδραση του κάθε ατόμου οποια και αν είναι αυτή.Οι παράγοντες αυτοί χωρίζονται σε δύο κατηγορίες α)σε αυτούς που αφορούν την ασθένεια αλλα και β) σε αυτούς που αφορούν τον ασθενή.Οι παράγοντες αυτοί μεταβάλλονται στο χρόνο,έτσι είναι επόμενο και οι ψυχολογικές αντιδράσεις να αλλάζουν κατα τη διάρκεια της διάγνωσης της θεραπείας και της ανάρρωσης.

Όσον αφορά μάλιστα τις αντιδράσεις που είναι συνέπεια μίας σοβαρής νόσου αυτές κωδικοποιούνται στο γνωστό σχήμα Elisabeth-Kubler-Ross το οποίο περιλαμβάνει α)αρνηση ,β)οργή, γ)της συναλλαγής και της διαπραγματευσης, δ)της κατάθλιψης και δ)της αποδοχής και της παραίτησης.Τα στάδια αυτά δεν εμφανίζονται απαραίτητα σε όλους τους ασθενείς και δεν έχουν πάντοτε την ίδια σειρά.

Ακομη σημαντικό ρόλο φένεται πως παίζουν οι συγγενεις,οι οικειοι φίλοι και γενικά το περιβάλλον του ασθενους στη στάση του απέναντι στην αρρώστια αλλά όχι πάντα γιατι μέσα απο την έρευνα φένεται πως τα άτομα που είναι σε κατάσταση γάμου φένεται ότι καταπιέζουν περισσότερο τα συναισθήματα τους για να μην βάζουν σε αυτη την κατάσταση την οποία βιώνουν αυτοί και του συντρόφους τους,(Άννα Κοκκέβη,2008). Άρα αυτό που παρατηρείται είναι ότι το οικογενειακό περιβάλλον έχει την δυνατότητα να επηρεάζει τον ασθενη άλλες φορές θετικά και άλλες αρνητικές.

Συνηθεις ψυχολογικές αντιδράσεις των χρόνια ασθενών:

Η πιο συνηθης αντίδραση ενός ασθενούς ως προς την ασθένεια του είναι η άρνηση. Ο ασθενής αρνείται να συνδέσει τα συναισθήματα του με οποιαδήποτε ασθένεια. Ελαχιστοποιεί τη σημασία τους και δεν θέλει να συνηθητοποιήσει ότι πάσχει από μία σοβαρή ασθένεια. Αν το άτομο αρνείται να δεχθεί την κατάσταση αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα και την καθυστερημένη διαγνωση της ασθένειας του αλλά και την καθυστέρηση της θεραπείας. (Άννα Κοκκέβη, 2008). Όταν ο ασθενής πλέον έχει ξεπεράσει το στάδιο της άρνησης και έχει αποδεχθεί τη διαγνωση της σοβαρής νόσου τότε περνά στο επόμενο ψυχολογικό σκηνικό αυτό της οργής οργίζεται με οτιδήποτε έχει να κάνει με την ασθένεια του ακόμα και με τους ανθρώπους που βρίσκονται κοντά του και φροντίζουν γίνεται καταπιεστικός ζητώντας υπερβολική φροντίδα. (Άννα Κοκκέβη, 2008). Μετά την ένταση που προκαλεί η οργή σε πολλούς εμφανίζεται ένα στάδιο ψυχολογικής εκτόνωσης ο ασθενής αποδέχεται τη διάγνωση αλλά διαπραγματεύεται για την θεραπεία. Αυτό που γίνεται είναι ότι ο ασθενής προσπαθεί να ακολουθήσει πιστά τις οδηγίες του γιατρού ουσιαστικά είναι σαν να λέει στο γιατρό του <<Αν κάνω ότι μου πείτε θα μπορέσετε να με σώσετε;>>. Αρχίζει δηλαδή ο ασθενής μια ψυχολογική διαπραγμάτευση με το περιβάλλον του. Ο ασθενής σε αυτό το στάδιο γίνεται πιο ήπιος πιο γλυκός και αποδεχεται κάθε υπόδειξη των γιατρών και των οικείων του. Υπάρχουν φορές όπου ένας αυταρχικός και σκληρός άνθρωπος μετά την εμφάνιση μίας σοβαρής ασθένειας μπορεί να μετατραπεί σε ένα αρκετά συνεργάσιμο ασθενή. Η όλη αυτή συνεργασιμότητα του ασθενούς μπορεί να είναι επιφανειακή και ουσιαστικά να καλύπτει μια παθητικά επιθετικότητα. Δηλαδή αυτό που κάνει είναι να ακολουθεί

παθητικά τις εντολές του γιατρού, αλλά ουσιαστικά αυτό που φέρεται να απαιτεί σαν αντάλλαγμα είναι μία πλήρη ύφεση της νόσου. Η παθητικότητα μπορεί εύκολα να μετατραπεί σε αντίδραση, απογοήτευση, αλλά και επιθετικότητα.

Ουσιαστικά εάν ο γιατρός δεν βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει την ασθένεια του τότε ο ασθενής περνάει σε μία αρνητικά στάση απέναντι στον γιατρό του θεωρώντας τον ακόμα και ψεύτη και απογοητεύεται χάνοντας την εμπιστοσύνη τόσο προς τους γιατρούς αλλά και ως προς την ιατρική συνολικά. (Άννα Κοκκέβη, 2008). Η κατάσταση αυτή μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά επικύνδηνη οδηγώντας σε απελπισία τον ασθενή που στην προκειμένη περίπτωση αυτή η απελπισία συνεπάγεται απο κατάθλιψη και παραίτηση από τη μάχη προς τη νόσο.

Όταν ο ασθενής πλέον αποδεχθεί το γεγονός ότι πάσχει από μία χρόνια ασθένεια τότε γίνεται τις περισσότερες φορές καταθλιπτικός. Η κατάθλιψη είναι ένα προϊόν του πένθους για την απώλεια της σωματικής υγείας. (Άννα Κοκκέβη, 2008). Η εμφάνιση της κατάθλιψης είναι μία δύσκολη έκβαση γιατί συνδέεται με μείωση της άμυνας του οργανισμού και γενικότερη αυτορύθμιση του. Έρευνες έχουν δείξει ότι η ύπαρξη της κατάθλιψης μειώνει την άμυνα του οργανισμού συνδέεται με καρκινογένεση και προκαλεί δυσλειτουργίες στο αυτόνομο νευρικό σύστημα και σε όλα τα όργανα που αυτό επηρεάζει.

Το κυριότερο σύμπτωμα το οποίο προκύπτει από την κατάθλιψη σε ένα ασθενή ο οποίος πάσχει από μία χρόνια ασθένεια δεν είναι η διαταραχή ύπνου, η μείωση της όρεξης της σεξουαλικής διαθεσης, ή τα διάχυτα σωματικά άλγη ως προϊόντα άγχους γιατί αυτά τα

συμπτώματα μπορεί να προκύπτουν από την σωματική ασθένεια. Ακόμη η μείωση της ενεργητικότητας που είναι ένα από τα πιο βασικά συμπτώματα κατάθλιψης μπορεί να σχετίζεται περισσότερο με την σωματική νόσο σε σχέση με την κατάθλιψη. Έτσι το κύριο βάρος της ένδειξης ύπαρξης υποκειμενικής κατάθλιψης πέφτει σε συμπτώματα όπως είναι η απαισιοδοξία, η απελπιασία, η μείωση των ενδιαφερόντων και των σχεδίων για το μέλλον, (Άννα Κοκκέβη, 2008).

Ένα σημείο που είναι το σημαντικότερο και πρέπει πάντα να ελέγχεται είναι η ύπαρξη αυτοκτονικού ιδεασμού ο οποίος δεν πρέπει να θεωρείται φυσικό αποτέλεσμα της αποδοχής της σοβαρής νόσου. Πολλοί άνθρωποι οι οποίοι έχουν την πλήρη επίγνωση της σοβαρής και σε πολλές περιπτώσεις την πορεία προς τον θάνατο δεν επιζητούν την διέξοδο της αυτοκτονίας. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα ποσοστά αυτοκτονίας είναι ελάχιστα υψηλότερα από αυτά του πληθυσμού. Το καλύτερο που μπορεί να γίνει είναι μια πιο γρήγορη και έγκαιρη διάγνωση αλλά και θεραπεία.

Εάν η συναισθηματική διαταραχή της κατάθλιψης δεν αντιμετωπισθεί ή ακόμη και πριν την εμφάνιση της ορισμένοι ασθενείς οδηγούνται σε μία ψυχολογική αντίδραση που χαρακτηρίζεται από παραίτηση, (Άννα Κοκκέβη, 2008).

Μετά την αρχική άρνηση της νόσου μπορεί να μεταπέσουν απότομα στην αποδοχή της αλλά ταυτόχρονα και στην αποδοχή της δυσοίωνης έκβασης, (Άννα Κοκκέβη, 2008). Μπορεί να αποδεχθούν για παράδειγμα ότι έχουν μία χρόνια ασθένεια αλλά ταυτόχρονα να αποδεχονται ότι αυτό θα τους οδηγήσει σε σύντομο χρονικό διάστημα σε ένα επώδυνο θάνατο. Αποδέχονται ότι αυτή η κατάσταση δεν μπορεί να

ανατραπει είναι αναπόφευκτη και επομένως δεν υπάρχει λόγος για οποιαδήποτε θεραπευτική επέμβαση.

Η κατάσταση της παραίτησης είναι η χειρότερη ψυχολογική αντίδραση σε οποιαδήποτε χρόνια ασθένεια εμφανιστεί σε κάποιο άτομο. Όλοι οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα για ελπίδα. Κανείς δεν έχει το δικαίωμα να καταδικάσει κανένα ασθενή ακόμα και αν αυτός βρίσκεται πολύ κοντά στο θάνατο. Πρέπει τόσο ο γιατρός αλλά και ο ασθενής να μην χάνουν τις ελπίδες τους, (Άννα Κοκκέβη, 2008).

Ο τρόπος αντιμετώπισης της οποιαδήποτε ασθένειας εξαρτάται από την πίστη του ασθενούς για την βελτίωση αλλά και την θεραπεία του.

Από όσα ειπώθηκαν παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι η τελική έκβαση της ασθένειας ωφείλεται από την ψυχολογική κατάσταση αλλά και την όλη αντίδραση του ασθενή. Αυτό δηλαδή που είναι το σημαντικότερο είναι ότι σε καμία περίπτωση δεν πρέπει ο ασθενής να προσπαθήσει να διαφύγει από την όλη κατάσταση στην οποία βρίσκεται στην περίπτωση αυτή την ασθένεια διότι αυτό δεν ικανοποιεί τις κοινωνικές του ανάγκες. Δεν θα προσαρμοστεί στην κατάσταση του και αυτό μπορεί να τον οδηγήσει στην απομόνωση, (Νικολάου, Β, Πετρουλάκη)

6.ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

(ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ)

Όταν αναφερόμαστε στον όρο συναισθήματα δεν εννοούμε τα απλά συναισθήματα. Τα συναισθηματα είναι μία πλειάδα τόσο ψυχολογικών όσο και βιολογικών χαρακτηριστικών τα οποία περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά,σκέψεις,κίνητρα,τάσεις αντίδρασης και σωματικές αλλαγές.Απο την άλλη όταν αναφερομαστε στην ρύθμιση συναισθήματος εννοουμε όλες τις διαδικασίες ασυναφείς και φυσικές συνειδητές και ασυνείδητες οι οποίες είναι υπεύθυνες για τον έλεγχο εκδήλωση αξιολόγηση αλλά και τροποποίηση συναισθηματικών αντιδράσεων,(Cross,2007).

Υπάρχουν άτομα τα οποία εκφράζουν ελεύθερα τις σκέψεις και τα συναισθηματα τους σχετικά με κάποια γεγονότα της ζωής τα οποία φένεται να τους προκαλούν στρές και τα άτομα αυτά φένεται να ωφελούνται τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά.Ενώ φένοταν απο την αρχή ότι η έκφραση συναισθηματων διευκόλυne την προσαρμογή ατόμων σε διάφορες καταστάσεις στην συνέχεια φάνηκε ότι βοηθάει και στην αντιμετώπιση τόσο σοβαρών όσο και στρεσογόνων καταστάσεων το να εκφράζεται κάποιος συναισθηματικά φένεται ότι ουσιαστικά μπαίνει στη διαδικασία να βοηθάει τον εαυτό του αφού έχει δειχθεί ότι η συναισθηματική έκφραση βοηθάει στην βελτίωση των ασθενών με σωματική ή ψυχική ασθένεια,(Nyklicet,Temoshol&Vingerhoets,2004).

Ενώ τα συναισθήματα είναι στοιχεία της προσωπικότητας μας που έρχονται και φεύγουν περισσότερο ή λιγότερο αυτοβούλως όμως παρ' όλα αυτά φένεται ότι οι άνθρωποι ασκούν σημαντικό έλεγχο στο να χρησιμοποιούν διάφορες στρατηγικές έτσι ώστε να

επιηρεάσουν τα συναισθήματα που θα έχουν και πού θα τα έχουν ,(Cross,1998,όπως αναφέρεται στον Cross &John ,2003).

Το συναίσθημα όπως γνωρίζουμε είναι στενά συνδεδεμένο με τις ανθρώπινες σχέσεις και ο επιτυχής χειρισμός σε κοινωνικά πλαίσια φέρεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για το κάθε άτομο.

ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΟΙΑ Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ

Η πολυετής θεώρηση γυρω απο το ερώτημα εάν τα συναισθήματα είναι δυσλειτουργικά η δυσπροσαρμοστικά φέρεται να μεταβάλλεται απο τις νεότερες τάσεις οι οποίες καλούνται να υποστηρίξουν ποία είναι η λειτουργικότητα των συναισθημάτων με αναφορές στην προετοιμασία για δράση η γνωστική επεξεργασία ,στο να προαγουν την επικοινωνία και άλλες πλευρές της συμπεριφοράς(Cross&Keltner,1999).Το πόσο χρήσιμα είναι τα συναισθήματα φέρεται να καταρρίπτεται απο πλειάδα παραδειγματων αφου η υποστήριξη που δέχεται η άποψη αυτή είναι μονόπλευρη.Ετσι η διάκριση σε απόλυτα,ωφέλιμα, η μή συναισθήματα δέν είναι καθόλου δυνατή αλλά ούτε και θεμιτή.

Η πιο κρίσιμη ερώτηση φέρεται λοιπόν να επικεντρώνεται στο στοιχείο το οποίο μπορεί να μετατρέψει ένα συγκεκριμένο συναίσθημα σε μία συγκεκριμένη στιγμή αλλά και πλαίσιο ως λειτουργικό ή ως δυσλειτουργικό ,(Parrott,2001).Αυτό που προσφέρει η διαδικασία ρυθμιση του συναισθήματος είναι η δυνατότητα ελέγχου κατά την παραγωγή αλλά και την διαχειρηση των συναισθημάτων μας.

Όσον αφορά την ρυθμίση συναισθημάτων φέρεται να υπάρχουν διαφορετικές στρατηγικές οι οποίες έχουν διαφορετικά τόσο πλεονεκτήματα όσο και μειονεκτήματα αλλά και διαφορετικές συνεισφορές και επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του ατόμου,(Cross & John,2002).

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΤΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

Τα συναισθήματα αποτελούνται από διάφορα στοιχεία όπως είναι τα αισθήματα τις συμπεριφορές και τις φυσιολογικές αντιδράσεις.Η ρύθμιση συναισθήματος περιλαμβάνει πάρα πολλές στρατηγικές τόσο συνειδητές όσο και ασυνείδητες τις οποίες το άτομο χρησιμοποιεί για να μπορέσει να ελαττώσει ,διατηρήσει, αυξήσει τα στοιχεία και τα συναισθήματα του (Cross,1999).

Συμφωνά λοιπόν με το μοντέλο του Cross (1998) η ειδοποιός διαφορά μεταξύ των στρατηγικών συνίσταται στη δεδομένη χρονική στιγμή που καθεμία λαμβάνει χώρα κατά τη γενεσιουργό διαδικασία του συναισθήματος.Απο την μία πρόκειται για στρατηγικές που επενεργούν προτού ενεργοποιηθούν πλήρως οι τάσεις για αντίδραση οι οποίες θα οδηγήσουν σε εκδηλώσεις συμπεριφορών στις φυσιολογικές αντιδράσεις και στην παραγωγή συναισθήματος.Απο την άλλη όμως είναι στρατηγικές που ενεργούν όταν η διαδικασία παραγωγής του συναισθήματος είναι σε εξέλιξη και οι ανάλογες αντιδράσεις έχουν ενεργοποιηθεί.

Το μοντέλο ρυθμίσης του συναισθήματος αποτελείται από ακόμα πέντε στρατηγικές σύμφωνα με τις οποίες η καθεμία έχει τα δικά της χαρακτηριστικά και προσφέρει διαφορετικά πράγματα στην διαδικασία ,(Cross,1998,2001). Αυτές οι στρατηγικές είναι η επιλογή κατάστασης(situations selections),απο τις οποίες είναι η πρώτη και αφορά στη

διακριση μίας κατάστασης έναντι κάποιας άλλης σύμφωνα με κάποια υποκειμενικά κριτήρια. Παρόλο που στο να επιλέξει κάποιος μία κατάσταση φέεται να συμβάλλουν και άλλοι διάφοροι παράγοντες αυτό φέεται να συμβάλλει στη διαδικασία της συναισθηματικής ρύθμισης, (Cross & John, 2002). Μια άλλη στρατηγική είναι η τροποποίηση της καταστάσης (situation modification), και η οποία φέεται να αναφέρεται στην περίπτωση που το άτομο επιλέγει να προσαρμόσει την κατάσταση ανάλογα με τις επιλογές που του προσφέρουν προκειμένου να οριοθετήθουν οι συναισθηματικές επιπτώσεις που αυτή φέεται να επιφέρει.

Σε άλλα θεωρητικά πλαίσια αντίστοιχα με αυτό αναφέρεται ως στρατηγική εστιασμένη στο πρόβλημα (problem-focused coping), (Lazarus & Folkman, 1984) ή ως πρωταρχικός έλεγχος (Primary Control), (Rothbaum, Weisz, & Snyder, 1982). Η κάθε κατάσταση εμπεριέχει διαφορετικές εκφάνσεις σύμφωνα με τις οποίες το άτομο επιλέγει την πιο επιθυμητή ανάλογα με την περισταση με την χρήση της στρατηγικής της επιλεκτικής προσοχής (attentional deployment) και φέεται να απορρίπτει τις λιγότερο αποτελεσματικές. Ωστόσο το νόημα που θα αποδώσει το κάθε άτομο ανάλογα με την πτυχή που επέλεξε μέσω της γνωστικής αλλαγής και η οποία κατέχει παρα πολύ σημαντική θέση στη διαδικασία ρύθμισης η οποία ορίζει έμμεσα τις αντιδράσεις που έπονται.

Τέλος η διαμόρφωση της αντίδρασης (response modulations) είναι στρατηγική σύμφωνα με την οποία το άτομο ρυθμίζει τις τάσεις αντίδρασης έτσι ώστε να προκύψει η εκδήλωση ανάλογων συμπεριφορών και φυσιολογικών αντιδράσεων που συνοδεύουν το συναίσθημα.

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

Αυτό που προκύπτει από τα πιο πάνω είναι ότι το μοντέλο αυτό και όπως φέρεται και από την ανάλυση πρόκειται για μία πολύ σύνθετη και πολύπλοκη διαδικασία. Το άτομο μπαίνει στη διαδικασία να επιλέξει μέσα από διαφορετικές στρατηγικές για να βρούν την πιο αποτελεσματική την οποία θα χρησιμοποιήσουν για να ρυθμίσουν τα συναισθήματα τους. Αυτό λοιπόν που μπορεί να γίνει είναι να γίνει ένας διαχωρισμός ανάμεσα στις πιο αποτελεσματικές και της μη αποτελεσματικές στρατηγικές. Υπάρχει λοιπόν το μοντέλο το οποίο εστιάζει σε δύο πολύ συγκεκριμένες στρατηγικές οι οποίες προσφέρουν καλύτερη και πιο έμπρακτη κατανόηση της λειτουργικότητας του. Ο πρωταρχικός στόχος είναι η μειωτική ρύθμιση του συναισθήματος (down-regulate), αλλά και ο κατευνασμός του συναισθήματος όπου κρίνεται ως η πιο λειτουργική επιλογή (Cross & John, 2002).

Στο στάδιο που προηγείται της ενεργοποίησης των τάσεων αντίδρασης (attendant-focused strategies) εντοπίζεται μία μορφή γνωστικής αλλαγής η γνωστική επανεκτίμηση (cognitive reappraisal), σύμφωνα με την οποία το άτομο μπαίνει στη διαδικασία να επανεκτιμήσει και να επαναπροσδιορίσει μία κατάσταση έτσι ώστε να ελαττώσει τον συναισθηματικό αντίκτυπο (Lazarus & Alfert, 1964). Από την άλλη η εκφραστική καταστολή, (expressive suppressions), όπου το άτομο αναχαιτίζει τις συμπεριφορικές εκφράσεις του συναισθήματος αλλά διαφέρουν ως προς τον τρόπο εκπλήρωσης του στόχου καθώς η μία αφορά το γνωστικό κομμάτι και η άλλη το εκφραστικό.

Οι δύο στρατηγικές οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν και στην έρευνα έχουν διαφορετικές επιπτώσεις για τα κοινωνικά δρώμενα. Συγκεκριμένα η αλληλεπίδραση μεταξύ των ατόμων απαιτεί την αμοιβαία ανταπόκριση μεταξύ των ατόμων για να διατηρηθεί η αλληλεπίδραση, (Capella, 1997, Laurenceal, Barrett, & Pietromonaco, 1998). Οι εκφράσεις μη λεκτικής συμπεριφοράς που συνοδεύουν τα συναισθήματα είναι το ίδιο σημαντικές για την αποσαφήνιση της φύσης της σχέσης που συνδέει τα μέλη της και την διευκόλυνση της μεταξύ τους επικοινωνίας, (Harker & Keltner, 2001). Η καταστολή φενοει να συνδέεται τόσο με την μείωση των εκφραστικών αντιδράσεων τόσο του θετικού όσο και του αρνητικού συναισθημάτος κατά τη διάρκεια μιας διαπροσωπικής επαφής (Butler, Egloff, Wilhelm, Smith, Erickson, & Cross, 2008), αλλά και με την αποφυγή της εξωτερίκευσης συναισθηματικών εμπειριών, (Rime, Philippot, Boca, & Mesquita, 1992) με αποτέλεσμα να δυσχερénεται η ομαλή έκβαση των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Συνεπώς η καταστολή συνδέεται με αρνητικές επιπτώσεις όσον αφορά τις κοινωνικές τους σχέσεις έτσι ώστε να επηρεάζεται αρνητικά η δυνατότητα του ατόμου να δημιουργήσει οποιαδήποτε σχέση με τους γύρω του και οι οποίοι το αντιμετωπίζουν ουδέτερα, (Cross & John, 2003). Υπάρχουν επίσης κάποιες έρευνες οι οποίες συσχετίζουν τις στρατηγικές ρύθμισης συναισθήματος με τους τύπους δεσμού και οποίες έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα τα οποία συνήθως καταστέλλουν τα συναισθήματα τους είναι τα άτομα τα οποία συγκαταλέγονται στον τύπο δεσμού αποφυγής, (Cross & John, 2003). Πρόκειται για άτομα τα οποία αποφεύγουν να εμπλακούν σε οποιαδήποτε διαπροσωπική σχέση δέν δέχονται κοινωνική στήριξη ακόμα

και με τον σύντροφο τους ,(Καφέτσιος , 2003) , και είναι άτομα τα οποία αναφέρουν πολύ υψηλά επίπεδα τόσο κοινωνικής όσο και ψυχολογικής μοναξιάς ,(Καφέτσιος & Ιωαννίδου,2004).Ακόμη σύμφωνα με αυτό τείνουν να καταπιέζουν τα συναισθήματα τους σε μεγάλο βαθμό (Dozier & Kobak ,1992) και οι γυναίκες ανήκουν στο τύπο δεσμού αποφυγής οι οποίες όμως εμφανίζουν λιγότερο αρνητικά και θετικά συναισθήματα όταν είναι με πολύ καλούς φίλους (Καφέτσιος & Λυδάκη ,2005).

Σε αντίθεση με την καταστολή η γνωστική επανεκτίμηση αποφέρει περισσότερο θετικές και κοινωνικές επιδράσεις αφού συνδέεται με την μειωμένη έκφραση του αρνητικού συναισθήματος και την αύξηση του θετικού, (Cross & John , 2002).

Τα άτομα τα οποία χρησιμοποιούν αυτή την στρατηγική της επανεκτίμησης εκφράζουν πίο πολύ τα θετικά συναισθήματα πράγμα που συμβάλλει θετικά στην δημιουργία σχέσεων.Η άνεση που έχουν στο να μοιράζονται τα συναισθήματα τους ωφελει στις διαπροσωπικές τους σχέσεις με τους φίλους τους οι οποίοι αντιμετωπίζουν αυτά τα άτομα με πίο θετικά συναισθήματα ,(Cross & John , 2003).

Μία σειρά απο πειραματικές μελέτες στις οποίες έγινε η χρήση ποικίλων μεθόδων εκμαίευσης του συναισθήματος παρουσιάζουν τις επιπτώσεις των στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος τόσο στην εμπειρία όσο και στην έκφραση του.Γι' αυτό τον λόγο η προβολή ταινιών αποτελεί την πίο δημοφιλέστερη μέθοδο καθώς μπορεί να προκαλεί συναισθήματα σε μεγάλη ένταση και το καλύτερο είναι ότι η χρήση της είναι και ηθικά αποδεκτή ,(Cross & Levenson , 1995).Σύμφωνα λοιπόν με κάποια πειράματα που έγιναν παρουσίασαν σε άτομα μία σύντομη ταινία η οποία παρουσίαζε τον ακρωτηριασμό ενός άκρου ,(Cross,1998a).Οι ομάδες χωρίστηκαν ανάλογα με την

στρατηγική την οποία έπρεπε να εφαρμόσουν,π.χ αντιμετώπιση του θεάματος απο την πλευρά του γιατρού (γνωστική επανεκτίμηση),αποκρυψη των συναισθηματικών αντιδράσεων που προκαλεί το θέαμα (εκφραστική καταστολή) όπου είναι η πειραματική ομάδα και η ομάδα ελέγχου η οποία δέν έχει καμία οδηγία.Η έκφραση του αρνητικού συναισθήματος παρουσίασε μειωμένα επίπεδα και στις δύο πειραματικές ομάδες σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.Διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες εντοπίστηκε προς την υποκειμενική εμπειρία της απέχθειας,αφού η ομάδα με την στρατηγική της γνωστικής επανεκτίμησης παρουσίασε μειωμένα επίπεδα απέχθειας σε αντίθεση με την ομάδα της εκφραστικής καταστολής η οποία δεν εμφάνισε καμία στατιστικώς σημαντική επίδραση.Η επίδραση της καταστολής του αρνητικού συναισθήματος εξετάστηκε με παρόμοια διαδικασία με αναφερόμενο συναίσθημα ως προς τη λύπη ,(Cross & Levenson , 1997) επίσης ντροπή σε δημόσιο χώρο (Harris , 2001) όπου τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν παρόμοια γιατί δεν παρατηρήθηκε καμία επίδραση στον εν λόγω συναισθημάτων στην υποκειμενική εμπειρία.Ως προς την κατάσταση του θετικού συναισθήματος τα αποτελέσματα ήταν αντίθετα συγκεκριμένα η καταστολή θετικών συναισθημάτων κατα την προβολή διασκεδαστικών ταινιών ,(Cross & Levenson,1997) αλλά και κατα την ανάγνωση κινούμενων σχεδίων ,(Mc Cannen & Anderson, 1978 , Strack ,Martin & Stepper 1988) επηρέασε την υποκειμενική εμπειρία και πιο συγκεκριμένα παρατηρήθηκε μείωση ως προς την υποκειμενική εμπειρία της ευθυμίας.Αυτές οι διαφορές θέτουν ερωτήματα αναφορικά με τον ρόλο των στρατηγικών στην υποκειμενική εμπειρία των συναισθημάτων.

Συμφωνα λοιπόν με κάποιες έρευνες έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα που καταστέλλουν την έκφραση των συναισθημάτων τους φένεται να παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα ευζην, αναφέρουν χαμηλά επίπεδα αυτο-εκτιμησης είναι λιγότερο αισιόδοξοι και χαρακτηρίζονται απο υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, (Cross & John , 2003).

Αποτελέσματα πάλι απο άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι το να καταστέλλει κάποιος τα συναισθήματα του και να μήν τα εκφράζει σχετίζεται με διαταραχές προσαρμογής, (Sheldon, Ryan, Rawsthorne & Pardi, 1997) αλλά και με κάποιους παράγοντες που αυξάνουν την επικυδυνότητα σχετικά με την εμφάνιση κατάθλιψης, (Nolen, Hoeksewa & Morrow, 1991). Αντιθέτως τα άτομα που τείνουν να εκφράζουν τα συναισθήματα τους λειτουργούν πίο θετικά νιώθουν ικανοποίηση απο τη ζωή αποδοχή του εαυτού τους καλές σχέσεις με τους άλλους και λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης, (Cross & John , 2003). Ακόμη έχει παρατηρηθεί ότι η στρατηγική της γνωστικής επανεκτίμησης θετικής νοηματοδότησης συνεισφέρει θετικά στην ψυχική υγεία αφού φένεται ότι συμβάλλουν θετικά στην ανακούφιση απο τα συμτώματα του στρές, (Folkman & Moskowitz, 2000) αλλά και στην καταθλιπτική διάθεση, (Davis, Nolen , Hoekseme , & Larson , 1998). Ως προς τη φυσιολογία φένεται η καταστολή των συναισθημάτων να συνδέεται με αρνητικές συνέπειες, (Cross & Levenson , 1993 , 1997). Πίο συγκεκριμένα η καταπίεση τόσο της λύπης όσο και της χαράς φένεται να συμβάλλει στην άυξηση της συμπαθητικής δραστηριοποίησης του καρδιαγγειακού συστήματος και άυξηση της συστολικής και διαστολικής αιματικής πίεσης. Παρόμοιες επιδράσεις δέν παρατηρήθηκαν κατα την παρακολούθηση ουδέτερων ταινιών. Ακομη σύμφωνα με την βιβλιογραφία έχουν παρατηρηθεί οι επιδράσεις της καταπίεσης του συναισθήματος σε ένα ευρύ φάσμα

ασθενειών ,(Friedman & Booth – Kewley , 1987) όπως το άσθμα ,(Teiraman , 1987) , ο καρκίνος (Cross ,1989 , Temoshok , 1987) χρόνιος πόνος ,(Vdelman & Udelman , 1981)και οι καρδιακές παθήσεις , (Brosschot & Thayer , 1998).

8. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Συμφωνα με την βιβλιογραφία ως προς τις στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος και ως προς το ποιά στρατηγική θα υιοθετήσει κάθε άτομο φένηται να υπάρχουν κάποιου παραγοντες όπως είναι η νοημοσύνη η ιδιοσυγκρασία και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπου επηρεάζουν με κάποιο τρόπο την επιλογή αυτή, (John & Cross , 2004).Ατομα υψηλής νοημοσύνης μπορούν για παράδειγμα να κατανοήσουν τα πλεονεκτήματα της επανεκτίμησης σε σχέση με την καταπίεση και να ελέγχουν τα συναισθηματα τους χρησιμοποιώντας την πιο λειτουργική στρατηγική ρύθμισης του συναισθήματος.Τα χαρακτηριστικά που ορίζουν την ανθρώπινη προσωπικότητα είναι ανεξάντλητα αλλά η επιστήμη προχώρησε σε κάποιο είδος ομαδοποίησης τους και τελικά στον καθορισμό των βασικών διαστάσεων της προσωπικότητας.Η εσωστρέφεια – εξωστρέφεια και ο νευρωτισμός ήταν οι δύο πρώτες βασικές διαστάσεις της προσωπικότητας όπως ορίστηκαν απο τον Eysenck (1970) .Ακόμη ακολούθησαν και άλλες ποικίλες μελέτες οι οποίες έφτασαν στο συμπέρασμα ότι η προσωπικότητα ορίζεται απο πένετε παράγοντες οι οποιί περιλαμβάνουν διάφορά χαρακτηριστικά . Η Μεγάλη Πεντάδα περιλαμβάνει νευρωτισμό , εξωστρέφεια, διαθεσιμότητα στην εμπειρία, συνεργατικότητα ,ευσυνειδησία όπως ορίστηκε απο τους Costa & Mc Crae , (1992).

Πιό συγκεκριμένα οι πέντε διαστάσεις περιγράφονται ως εξής ,(Pervin , 2001 , p.348) : ο νευρωτισμός αντίθετα με την συναισθηματική σταθερότητα αναφέρεται σε αρνητικά συναισθήματα όπως είναι το άγχος η κατάθλιψη και η νευρική ένταση. Η εξωστρέφεια αφορά πιό πολύ τα θετικά συναισθήματα , κοινωνικότητα. Η διαθεσιμότητα στην εμπειρία ορίζεται απο την περιεκτικότητα της πνευματικής ζωής του ατόμου. Η συνεργατικότητα αφορά τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις και εμπρικλεί τάσεις εμπιστοσύνης, ευθύτητας και αλτρουισμού. Τέλος η ευσυνειδησία σχετίζεται με την τάση επιμονής και επίτευξη στόχων , και αίσθηση του καθήκοντος.

Σύμφωνα με έρευνες προκύπτει ότι η διάσταση της εξωστρέφειας σχετίζεται περισσότερο με την εμπειρία θετικών έναντι αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων, (Izard, Libero, Putnam & Haynes , 1993 ; Larsen , & Ketelaar , 1991) , κοινωνικοποίηση και δραστηριοποίηση (Costa & McCrae , 1980). Ακόμη η εκφραστική καταστολή συνδέεται με χαμηλή εξωστρέφεια , (John & Cross , 2004), δηλαδή με τάσεις ντροπής και μειωμένα επίπεδα κοινωνικών επαφών. Τα άτομα τα οποία καταστέλλουν τα συναισθήματα τους αποφεύγουν τις κοινωνικές επαφές και πιστεύουν ότι λαμβάνουν την απόρριψη απο τους άλλους , (Ayduk, Mendoza – Denton , Mischel , Downey , Pewke, & Rodriguez , 2000), η επειδή νιώθουν ότι οι κοινωνικές επαφές αυξάνουν το άγχος τους , (Simpson , Rholes & Nelligan, 1992) , συμπεριφορές οι οποίες δεν ταιριάζουν σε άτομα με υψηλή εξωστρέφεια. Όσον αφορά τη γνωστική επανεκτίμηση συνδέεται με χαμηλά επίπεδα νευρωτισμού , (Cross & John , 2004).

9. ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Έχουν γίνει πάρα πολλές έρευνες οι οποίες αναφέρονται στη ρύθμιση συναισθήματος και στη σχέση τους με την ασθένεια. Στα άτομα τα οποία πάσχουν από καρκίνο, καρδιαγγειακές ασθένειες η ρύθμιση συναισθηματος διαδραματίζει πολύ μεγάλο και καθοριστικό ρόλο για την πορεία της όλης υγείας τους.

Σύμφωνα πάλι με κάποιες έρευνες έχειδειχθεί σχέση μεταξύ της προσκολλησης της χρόνιας ασθένειας αλλά και της αντιμετώπισης της. Αυτό το οποίο έχειδειχθεί είναι ότι άτομα, με τύπο ασφαλούς δεσμού παρουσιάζουν περισσότερες προσπάθειες να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα τους σε αντίθεση με τα άτομα με ανασφαλή δεσμό, (Schmidt, Nachtigall, Wuethrich, Martone & Strauss, 2002).

Η επικυδυνότητα εμφάνισης ενός καρδιαγγειακού νοσήματος είναι αυξημένος σε περιπτώσεις υπερβολικής αντίδρασης στο στρες. Η αυξημένη αρτηριακή πίεση αποτελεί ένα από τους πιο σημαντικούς αλλά και προβλεπτικούς παράγοντες. Η αξιολόγηση της στενής σχέσης μεταξύ των συναισθημάτων και της διαμόρφωσης φυσιολογικών αντιδράσεων στο στρες και των τρόπων που αυτά εμπλέκουν τα συστήματα αντίδρασης τα οποία μπορούν να επηρεάσουν το σώμα, (Lovallo, 2005).

Συμφωνά λοιπόν με μία έρευνα η οποία σχετίζεται με τον μεταστατικό καρκίνο του στήθους και τη ρύθμιση συναισθήματος, (Ciese-Davis et al., 2007), εξετάσαν την σχέση μεταξύ κάποιων καταστάσεων ρύθμισης συναισθήματος και την φυσιολογία των ασθενών. Αξιολόγησαν την συστολική και τη διαστολική πίεση, τους καρδιακούς

παλμούς, ενώ από την άλλη χρησιμοποιήθηκαν παράγοντες απόθησης, καταπίεσης, καταστολής της επιθετικότητας ως προβλεπτικοί παράγοντες της αυτόνομης αντίδρασης. Τα ευρήματα έδειξαν πως η χαμηλή απόθεση του συναισθήματος παρουσίασε συσχέτιση με την υψηλή διαστολική πίεση. Η απόθεση που αποτελεί ένα είδος της ρύθμισης συναισθήματος αποτελεί παράγοντα κινδύνου οπου συμβάλλει στην ενεργοποίηση του συμπαθητικού συστήματος και η καταστολή της επιθετικότητας ίσως να αποτελεί ένα προστατευτικό παράγοντα για τις γυναίκες οι οποίες πάσχουν από καρκίνο. Η συναισθηματική απόθεση σχετίζεται με την γνωστική ανικανότητα αξιολόγησης της αρνητικής επίδρασης ή του στρές που βιώνει ο ασθενής, (Weinberg & Davidson, 1994, όπως αναφέρεται στο Ciese Davis et al., 2007), και από την άλλη οι σωστές αντιδράσεις μπορούν να μειώσουν την επίδραση του στρές στο σώμα. Η υψηλή απόθεση σχετίζεται με υψηλή διαστολική πίεση, καρδιαγγειακή δραστηριότητα, και αντιδραστικότητα από το στρές. Από την άλλη όμως η καταστολή της επιθετικότητας συμβάλλει θετικά στην καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα ή μη καταστολή της όμως δείχνει μεγαλύτερο κίνδυνο στην εμφάνιση κάποιου καρδιαγγειακού νοσήματος.

Υπάρχουν κάποιες υπόνοιες οι οποίες αναφέρουν πως η φτώχη συναισθηματική ρύθμιση ή η απουσία συναισθηματικής έκφρασης προβλέπουν πρόωρο θάνατο λόγω καρκίνου. Οι Ciese-Davis και Spiegel, (2002) σε μελέτη ασθενών με μεταστατικό καρκίνο στήθους εξέτασαν την συναισθηματική ρύθμιση την ικανότητα αλλαγής στις στρατηγικές ρύθμισης με υποστηρικτική και εκφραστική θεραπεία και εάν αυτές οι στρατηγικές συντελούν στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του στρές. Έχει δειχθεί ότι η καταπίεση

των συναισθημάτων ή απωθητική –αμυντική στάση , η συγκράτηση και η κόπωση είναι σταθερές στο χρόνο και σύμφωνα με κάποιες έρευνες αυτό που παρουσιάστηκε είναι ότι μεταξύ της απόθησης και καταπίεσης δεν υπάρχει καμία σχέση ,(Giese,Davis&Spiegel). Η απόθηση φέρεται να είναι ένας ισχυρός πεοβλεπτικός παράγοντας καρκίνου του μαστού. Τα άτομα τα οποία μπαίνουν στην διαδικασία να απωθούν τα συναισθήματα τους φέρεται ότι δεν γνωρίζουν ότι με αυτό τον τρόπο καταπονούνται και μπαίνουν στη διαδικασία να επιμένουν ότι δεν καταπιέζονται ποτε και αυτό είναι αντίθετο σε σχέση με τα άτομα τα οποία καταπιέζουν τα συναισθήματα τους αλλά γνωρίζουν ότι βιώνουν κάτι και νιώθουν κάτι δυσάρεστο, και φέρεται ότι τα άτομα αυτά έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να επιβιώσουν αφού η καταπίεση γίνεται συνειδητή. Όλα αυτά έρχονται σε πλήρη αντίθεση με τα άτομα τα οποία εκράζουν τα συναισθήματα τους και τα οποία έχουν καλύτερη επικοινωνία με το προσωπικό, αλλά μεγαλύτερη τόσο οικογενειακή αλλά και φιλική υποστήριξη. Σύμφωνα πάλι με την έρευνα των Grossarth-Maticet and Eysenck ,(1995) έδωσαν έμφαση στη σχέση μεταξύ της ρύθμισης συναισθήματος και της υγείας. Αυτό που έγινε είναι ότι έκαναν έρευνες σε υγιή άτομα για να προβλέψουν τις πιθανότητες θανάτου απο καρκίνο στεφανιαία νόσσο αλλά και απο άλλες αιτίες. Αυτό που φάνηκε λοιπόν είναι ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες οι οποίοι είναι ενσωματωμένοι στην ιδέα της υγιούς προσωπικότητας επηρεάζουν την ασθένεια και την θνησιμότητα. Η προσωπικότητα περιλαμβάνει την ευαισθησία των ατόμων στο στρες τις προσπάθειες οι οποίες καταβάλλονται για την αντιμετώπιση του προβλήματος και ποιές είναι οι απόψεις τους για τη ζωή. Η ρύθμιση και ο νευρωτισμός είναι αντίθετα μεταξύ τους. Η αυτο-ρύθμιση συμβάλλει στην διαμόρφωση ενός λειτουργικού τρόπου επίλυσης προβλημάτων

και ο νευρωτισμός συνδεεται με την ανικανότητα αντιμετώπισης του στρες. Το στρές και συγκεκριμένα τα επαναλαμβανόμενα επεισοδια χρόνιου στρές μπορούν να προκαλέσουν καρδιαγγειακά προβλήματα και συγκεκριμένα αθηροσκλήρωση(Black&Garbutt,(2001). Το στρες διαταρασσει την ομαλή σωματική και ψυχική λειτουργία.

10.ΕΡΕΥΝΑ

Στόχος της έρευνας την οποία θα αναλύσουμε πιά κάτω είναι να μελετήσουμε κατα πόσο και με ποιο τρόπο η ρυθμιση συναισθήματος επηρεάζει την πορεία της υγείας των ατόμων οι οποίοι πάσχουν απο μία χρόνια ασθένεια.

Αυτό που θέλουμε να παρουσιάσουμε απο τήν έρευνα είναι να τις ατομικές διαφορές ανάμεσα στην καταπίεση και την επαναξιολόγηση των συναισθήματων του κάθε άτομου αλλά και τα αποτελέσματα τα οποία παρουσιάζονται όταν τα άτομα χρησιμοποιούν αυτές τις στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος.

Για να πραγματοποιηθεί η παρούσα έρευνα χορηγήθηκαν κάποια ερωτηματολόγια σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις για να μπορούμε να δούμε εάν η ασθένεια η οποία έχουν σχετίζεται την συναισθηματική τους κατάσταση,εάν η συναισθηματική τους κατάσταση σχετίζεται με την ασθένεια τους,και κατα πόσο η έκφραση και η καταπίεση των συναισθημάτων τους τους βοηθά και σε ποιό βαθμό.Δηλαδή αυτό που αξιολογήθηκε είναι τα είδη της ρύθμισης συναισθήματος όπως η επαναξιολογηση του προβλήματος και η καταπιεση συναισθηματος και η σχέση τους με την υποκειμενική υγεία στην ασθένεια.

Οι υποθέσεις οι οποίες διατυπώθηκαν στην ερευνα είχαν σχετίζονταν με τις ατομικές διαφορές που παρουσιάστηκαν κατα την χρήση της επαναξιολόγησης και της καταπίεσης των συναισθημάτων.Οι ασθενείς οι οποίοι σπάνια χρησιμοποιούν την επαναξιολόγηση συναισθήματος αυτοί που λειτουργούν και χρησιμοποιούν την διαδικασία της επαναξιολόγησης σύμφωνα με κάποιες έρευνες θα έπρεπε να εκφράζουν και να βιώνουν πιά θετικά συναιθήματα και να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής.Αντίθετα οι ασθενεις που

εκφράζονται πιο σπάνια και καταπιέζουν τα συναισθήματα τους όπως έδειξαν και τα αποτελέσματα της έρευνας θα πρέπει να έχουν πιο χαμηλά επίπεδα ευεξίας λόγω του ότι θα εκφράζουν περισσότερο αρνητικά συναισθήματα και λιγότερο θετικά. Αυτό που θα έπρεπε να οδηγεί σε ισοροπία τους ασθενείς καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία είναι η ρύθμιση συναισθήματος.

Ακόμη συμφωνα πάλι με τα αποτελέσματα της έρευνας παρατηρήθηκε ότι οι άνδρες καταπιέζουν περισσότερο τα συναισθήματα τους σε σχέση με τις γυναίκες και ακόμη ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και στην έκφραση συναισθήματος .

11. ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμμετέχοντες

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 195 άτομα με χρόνια παθήσεις (n = 195) και απο τους οποίους το 63% (n=100) ήταν άνδρες και το 59,1% (n=95) είναι γυναίκες. Οι ηλικίες κυμαίνονται απο 26 μέχρι 65. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με το μόρφωτικο επίπεδο οι συμμετέχοντες κατατάσσονται σε κατηγορίες όπως είναι οι Ταξεις Δημοτικού αλλά και σε πιο ανώτερο επίπεδο όπως είναι τα μεταπτυχιακά . Ακόμη ως προς την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων όπως δείχνουν πάλι τα αποτελέσματα της έρευνας υπάγονται σε κατηγορίες όπως τις εξής Αγαμος, Διαζευγμένος, Έγγαμος, Χήρος, Σε διάσταση, Συγκατοίκηση.

Διαδικασία

Για να πραγματοποιηθεί η έρευνα επιλέχθηκαν άτομα με χρόνια παθήσεις τόσο απο το νοσοκομείο Ρεθύμνου όσο και απο το νοσοκομείο Πάφου χωρίς κάποιος περιορισμούς στην εκπαίδευση , ηλικία αλλά και οικογενειακή κατάσταση.

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στους συμμετέχοντες και συλλέχθηκαν μετά απο κάποια συγκεκριμένη ώρα. Τα στοιχεία ήταν ανώνυμα απόρρητα για να είναι τα αποτελέσματα μας τόσο έγκυρα όσο και αξιόπιστα. Για να συμπληρώσει κάποιος τα ερωτηματολόγιο θα έπρεπε να είναι χρόνια ασθενής γιατί αυτό ήταν η βασική προπόθεση.

12. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Ερωτηματολόγιο Ρυθμίσης συναισθήματος

(Emotion Regulations Questionnaire, ERQ),(Cross & John,2003)

Για να αξιολογηθεί η σχέση μεταξύ ασθένειας και ρύθμισης συναισθήματος χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο ρυθμίσης συναισθήματος.

Οι ερωτήσεις τίθενται με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να φέεται καθαρά η διαδικασία ρύθμισης συναισθήματος όπου η έρευνα είχε στόχο να μετρήσει. Το ερωτηματολόγιο συγκεκριμένα αποτελείται από προτάσεις που αφορούν την έκφραση συναισθήματος. Οι απαντήσεις δίνονται σε επτάβαθμη διαβάθμιση από το Διαφωνώ Απόλυτα (1) μέχρι το Συμφωνώ Απόλυτα (7).

Εκτός όμως από την κλίμακα επαναξιολόγησης και η κλίμακα καταπίεσης το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει και ερωτήσεις οι οποίες αναφέρονται σε πιο γενικά συναισθήματα για παράδειγμα υπάρχουν ερωτήσεις για την ρύθμιση αρνητικών συναισθημάτων (λύπη, θυμός) και ερωτήσεις για την ρύθμιση θετικών συναισθημάτων (χαρά). Ακόμη δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στο να αποφευχθεί οποιαδήποτε ανατροπή με την αναφορά θετικών ή αρνητικών συνεπειών στην κοινωνική λειτουργικότητα ή την ευεξία με το να περιοριστεί η ερώτηση η οποία περιέχει την σκόπιμη στρατηγική ρύθμιση συναισθήματος. Ο πρώτος παράγοντας φέεται να προσδιορίζεται από τις ερωτήσεις για την επαναξιολόγηση ή οποία συμπεριλαμβάνει την ερώτηση κλειδί <Ελέγγω τα συναισθηματά μου για την υγεία μου αλλάζοντας τον τρόπο που σκέφτομαι γι' αυτήν> με δείκτη εσωτερικής συνοχής (Alpha Cronbach) $\alpha=80$. Ο δεύτερος παράγοντας φέεται να προσδιορίζεται από τις ερωτήσεις οι οποίες αναφέρονται στην καταπίεση συναισθηματος

οι οποίες συμπεριλαμβάνουν την ερώτηση κλειδι <Ελέγχω τα συναισθήματα μου για την υγεία μου με το να μὴν τα εκφράζω > με $\alpha=82$. Οι ερωτήσεις οι οποίες αναφέρονται στην θετική και την αρνητική ρύθμιση του συναισθήματος φέεται να συνυπάρχουν στους παράγοντες επαναξιολόγησης και καταπίεσης και δὲν βρέθηκε κάποιος παράγοντας αρνητικού ἢ θετικού συναισθηματος αυτούσιος. Ακόμη φέεται να εἶναι ανεξάρτητος σε κάθε δείγμα του τόσο η ἑξι ερωτήσεων κλίμακα επαναξιολόγησης ὅσο και η τεσσάρων ερωτήσεων κλίμακα καταπίεσης.

Κλίμακα σωματικής υγείας και συναισθηματικής ευεξίας.

Ὡς προς τα κριτήρια για την υγεία (health measures), χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες Σωματικής υγείας και Συναισθηματικής Ευεξίας από την RAND 36βαθμη κλίμακα της ἔρευνας για την υγεία ἔτσι ὥστε να αξιολογηθεῖ η τρέχουσα κατάσταση υγείας. Οι ερωτήσεις της ἔρευνας για την υγεία συμφωνούσαν με αυτές για την μελέτη ιατρικών επιπτώσεων (Medical Outcomes Study), (Ware & Sherbourne, 1992; Stewart & Ware, 1992). Οι τελικές βαθμολογίες κυμαίνονταν από το 0 μέχρι το 100, ὅπου τα υψηλότερα επιπεδα στα σκόρ υποδεικνυαν καλύτερη υγεία. Η κλίμακα της Σωματικής Υγείας περιλάμβανε 10 ερωτήσεις σχετικά με τους τωρινούς περιορισμούς που επέβαλε η κατάσταση της υγείας. Η κλίμακα τώρα της Συναισθηματικής ευεξίας περιλάμβανε 5 ερωτήσεις οι οποίες εἶχαν σχέση με τα προσωπικά συναισθήματα κατα την διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων (π.χ αίσθηση κακοκεφίας και μελαγχολίας, Cronbach's $\alpha=.84$).

13. ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η σχέση της ρύθμισης συναισθήματος με τη σωματική και ψυχική υγεία

Η έρευνα επιβεβαίωσε όλες τις υποθέσεις από τις αναλύσεις των δεδομένων. Η σωματική υγεία παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την ψυχική υγεία όπως δείχνει ο Pearson r ($r=,34, p=0,05$), αλλά αρνητική συσχέτιση με την καταπίεση των συναισθημάτων ($r=-,067, p=0,05$). Η ψυχική υγεία από την άλλη σχετίζεται αρνητικά με την καταπίεση των συναισθημάτων ($r=-,16, p=0,01$). Επιπλέον βλέπουμε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της ψυχικής υγείας και επαναξιολόγησης του συναισθήματος ($r=,20, p=0,01$) αλλά και θετική συσχέτιση μεταξύ της επαναξιολόγησης και της σωματικής υγείας ($r=,13, p=0,01$). Στον πιο κάτω πίνακα που θα ακολουθήσει παρατηρούμε τα αποτελέσματα. (Πίνακας 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

	Σωματική υγεία	Ψυχική υγεία
<u>Σωματική υγεία</u>	-	,345**
<u>Ψυχική υγεία</u>	,345**	-
<u>Καταπίεση συναισθημάτων</u>	-0,67	-,160 *
<u>Επαναξιολόγηση συναισθημάτων</u>	,133	,205**

** .Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05.

Η σχέση της ρύθμισης συναισθήματος με το φύλο

Για να δούμε αν υπάρχει σχέση μεταξύ του φύλου και της ρύθμισης συναισθήματος έγινε η χρήση T-Test. Αυτό που παρατηρήθηκε ως γενικό συμπέρασμα είναι ότι οι άντρες καταπιέζουν περισσότερο τα συναισθήματα τους σε σχέση με τις γυναίκες. Αυτό φέρεται από τα αποτελέσματα τα οποία είναι τα εξής. Όσον αφορά λοιπόν τις διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα για τις μεταβλητές σωματική και ψυχική υγεία και για τις δύο στρατηγικές ρύθμισης καταπίεση και επαναξιολόγηση. Για την καταπίεση συναισθήματος τα ευρήματα δείχνουν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά για τις μεταβλητές σωματική και ψυχική υγεία μεταξύ των δύο φύλων σωματική υγεία [$t=(195)=-,939, P>0,05$]. Τώρα ως προς την ψυχική υγεία [$t=(192)=1,265, p>0,05$] πραγμα που δείχνει ότι το αποτέλεσμα μας πάλι δεν είναι στατιστικά σημαντικό άρα δεχόμαστε την H_0 η οποία αναφέρει ότι δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς την ψυχική υγεία. Όσον αφορά τις δύο στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος τα ευρήματα δείχνουν ότι για την καταπίεση συναισθημάτων τα αποτελέσματα είναι τα εξής [$t=(195)=-,371, p>0,05$] και για την έκφραση συναισθημάτων [$t=(194)=-,695, p>0,05$] έτσι βλέπουμε ότι τα αποτελέσματα μας είναι στατιστικά μη σημαντικά και δεχόμαστε την H_0 η οποία μας λέει ότι δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα όσον αφορά τις δύο στρατηγικές ρύθμισης συναισθήματος.

Παρ' όλα αυτά σύμφωνα με τον μέσο όρο οι άνδρες φέεται να καταπιέζουν περισσότερο τα συναισθηματος τους (M=4,04 και SD=1,72) σε σχέση με τις γυναίκες (M=3,89 και SD=1,42).Αναφορικά με την επαναξιολόγηγη τα ευρήματα δείχνουν τους άνδρες με (M=4,89 και SD=1,23) και τις γυναίκες με (M=4,96 και SD=1,36).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.

	DF	T-test
<u>Σωματική υγεία</u>	195	,939
<u>Ψυχική υγεία</u>	192	1,265
<u>Καταπίεση συναισθήματος</u>	194	-,371
<u>Εκφραση συναισθήματος</u>	195	,695

*.Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.

	Φύλο	Mean
<u>Καταπίεση συναισθήματος</u>	1,00	4,0475
	2,00	3,8895
<u>Εκφραση συναισθήματος</u>	1,00	4,8956
	2,00	4,9649

*.Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05.

1.00=άνδρες

2.00=γυναίκες

Η σχέση της ρύθμισης συναισθήματος με το μορφωτικό επίπεδο

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ως προς την σωματική υγεία [$F(194) = 4,301$ $P=0,000$] έτσι φέεται ότι τα αποτελέσματα μας χαρακτηρίζονται από την στατιστική σημαντικότητα. Ως προς την ψυχική υγεία [$F(191) = 9,926$ $P=,488$] έτσι σύμφωνα με τα ευρήματα μας αυτό που βλέπουμε είναι ότι έδω υπάρχει μια στατιστικά μη σημαντική σχέση μεταξύ της εκπαίδευσης και της ψυχικής υγείας σε αντίθεση με την εκπαίδευση και την σωματική υγεία. Τώρα σχετικά με τις δύο στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος καταπίεση και έκφραση τα αποτελέσματα δείχνουν ότι για την έκφραση συναισθήματος έχουμε [$F=193 = 1,754$ $P=,099$] και για την καταπίεση [$F=194 = 1,345$ $P=,232$] έτσι διαπιστώνουμε ότι τα αποτελέσματα μας είναι στατιστικά μη σημαντικά.

Επίσης όπως παρατηρήθηκε από τους μέσους όρους των αποτελεσμάτων αυτό που παρατηρείται είναι το εξής. Ως προς την σωματική υγεία όσο πιο υψηλό είναι το μορφωτικό επίπεδο τόσο καλύτερη είναι η υγεία. Η δευτεροβάθμια εκπαίδευση, Τριτάξιο Γύμνασιο $M=62,95$ και $SD=27,58$, Λύκειο $M=63,33$ και $SD=26,59$, ανάλογες σχολές $M=76,00$ και $SD=28,26$ και τριτοβάθμια εκπαίδευση ΤΕΙ με μέσο όρο $71,66$ και τυπική απόκλιση $27,53$, ΑΕΙ με μέσο όρο $72,91$ και τυπική απόκλιση $21,61$ και τέλος μεταπτυχιακά με μέσο όρο $57,14$ και τυπική απόκλιση $41,41$ τώρα ως προς την ψυχική υγεία σύμφωνα με τους μέσους όρους αποδुकνύεται ότι όσο πιο υψηλότερο είναι το επίπεδο μόρφωσης όσο πιο καλύτερα είναι τα άτομα ως προς την ψυχική υγεία και οι μέσοι όροι είναι Ανάλογες σχολές $M=62,00$ και $SD=27,08$ ΑΕΙ $M=60,41$ και $SD=25,23$ και Μεταπτυχιακά $M=60,71$ και $SD=24,05$.

Τώρα όσον αφορά τις δύο στρατηγικές όσο πιά υψηλότερη είναι η εκπαίδευση τόσο πιά πολύ είναι τα άτομα σε θέση να εκφράζουν τα συναισθήματα τους με τον μεγαλύτερο μέσο όρο στα μεταπτυχιακά $M=5,26$ και $SD=,94$. Τώρα στην δεύτερη στρατηγική ρύθμισης του συναισθήματος αυτό που φέρεται είναι ότι όσο χαμηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο τόσο πιά πολύ τα άτομα καταπιέζουν τα συναισθήματα τους με μεγαλύτερο μέσο όρο στο τριτάξιο γυμνάσιο $M=4,72$ και $SD=1,80$ που όπως δείχνει η έρευνα τα αποτελέσματα είναι στατιστικά μη σημαντικά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.

	DF	F	P
<u>Σωματική υγεία</u>	194	4,301	,000
<u>Ψυχική υγεία</u>	191	,926	,488
<u>Καταπίεση συναισθημάτων</u>	194	1,345	,232
<u>Επαναξιολόγηση συναισθημάτων</u>	193	1,754	,099

*.Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.

	Εκπαίδευση	M	SD
<u>Σωματική υγεία</u>	1.00	32,36	25,78
	2.00	61,10	27,12
	3.00	62,95	27,58

ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.

	4.00	63,33	26,59
	5.00	76,00	28,26
	6.00	71,66	27,53
	7.00	72,91	21,61
	8.00	57,14	41,41
<u>Ψυχική υγεία</u>	1.00	47,22	21,77
	2.00	56,42	23,89
	3.00	49,34	23,94
	4.00	59,16	23,60
	5.00	62,00	27,71
	6.00	58,33	12,58
	7.00	60,41	25,23
	8,00	60,71	24,05
<u>Καταλίεση συναισθημάτων</u>	1.00	3,81	1,24
	2.00	3,78	1,59
	3.00	4,72	1,80
	4.00	4,25	1,57
	5.00	3,70	1,73
	6.00	3,83	,80
	7.00	3,62	1,25
	8,00	4,25	2,17

<u>Έκφραση συναισθημάτων</u>			
1.00	4,34	1,30	
2.00	5,21	1,18	
3.00	4,56	1,37	
4.00	4,90	1,43	
5.00	4,55	1,69	
6.00	5,66	1,15	
7.00	4,81	1,13	
8.00	5,26	,94	

*.Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05.

1.00 Ταξείς Δημοτικού

2.00 Δημοτικό

3.00 Τριτάξιο Γυμνάσιο

4.00 Λύκειο

5.00 Ανάλογες Σχολές

6.00 ΤΕΙ

7.00 ΑΕΙ

8.00 Μεταπτυχιακά

Η σχέση της ρύθμισης συναισθήματος με την οικογενειακή κατάσταση

Η μελέτη της οικογενειακής κατάστασης σε σχέση με την ρύθμιση συναισθήματος φανερώνει συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής καταστασης και της συναισθηματικής καταπίεσης. Ως προς την σωματική υγεία αυτό που φέεται είναι ότι τα άτομα τα οποία βρίσκονται σε χηρεία, η σε συγκατοικηση έχουν χειρότερη σωματική υγεία με μέσο όρο [M=54,21 και SD=25,99] και συγκατοικηση με μέσο όρο 51,66 και τυπική απόκλιση 46,45. Τώρα ως προς την ψυχική υγεία αυτό που βλέπουμε είναι ότι τα άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση γαμου έχουν χειρότερη ψυχική υγεία με μέσο όρο 50,55 και SD=21,42. Τώρα όσον αφορά τις δύο στρατηγικές ρύθμισης συναισθηματος αυτό που φέεται είναι ότι τα άτομα που εκφράζουν περισσότερο τα συναισθήματα τους είναι τα άτομα που βρίσκονται σε διάσταση με μέσο όρο 5,13 και τυπική απόκλιση 1,41 είναι αυτά που βρίσκονται ενώ αυτοί που εκφραζόνται λιγότερο είναι οι άγαμοι με μέσο όρο M=4,81 και SD=,78. Αυτό που φέεται όμως στην καταπίεση συναισθήματος είναι ότι τα άτομα τα οποία βρίσκονται στον έγγαμο βίο καταπίεζουν περισσότερο τα συναισθήματα τους με M=4,23 και SD=1,55 σε σχέση με τους διαζευγμένους που καταπιεζουν τα συναισθήματα τους λιγότερο M =2,37 και SD=1,37, και αυτό που φέεται απο τα αποτελέσματα είναι στατιστικά μη σημαντικό.

Επιπλέον με την ανάλυση ANOVA αποδυνκνύεται ότι ως προς την σωματική και ψυχική υγεία τα αποτελέσματα μας είναι στατιστικά μη σημαντικά και αποδυνκνύεται ότι η οικογενειακή κατάσταση δεν επηρεάζει την σωματική και ψυχική υγεία με αποτελέσματα την σωματική υγεία [F (193) =,701, P=0,62] και ψυχική υγεία [F (191)

=,616, P=0,68]. Τώρα ως προς την έκφραση συναισθήματος τα ευρήματα δείχνουν ότι τα αποτελέσματα είναι στατιστικά μή σημαντικά [F=(192)=,199 ,P=,96]. Αυτό που προκύπτει όμως είναι ότι τα αποτελέσματα ως προς την καταπίεση συναισθήματος είναι στατιστικά σημαντικά άρα υπάρχει σχέση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της καταπίεσης συναισθήματος [F (193)=2,57 P=,02].

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.

	DF	F	P
<u>Σωματική υγεία</u>	193	,702	,623
<u>Ψυχική υγεία</u>	191	,616	,687
<u>Καταπίεση συναισθημάτων</u>	192	2,578	,962
<u>Επαναξιολόγηση συναισθημάτων</u>	193	,199	,028

*.Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.

	Εκπαίδευση	M	SD
<u>Σωματική υγεία</u>	1.00	69,44	34,68
	2.00	62,14	30,13
	3.00	62,34	24,22
	4.00	68,33	14,02
	5.00	54,21	25,99
	6.00	51,66	46,45
<u>Ψυχική υγεία</u>	1.00	50,55	21,42
	2.00	56,93	25,03
	3.00	56,12	23,29
	4.00	69,16	17,72
	5.00	52,65	22,14
	6.00	53,33	30,13
<u>Καταπίεση συναισθημάτων</u>	1.00	3,88	1,52
	2.00	4,23	1,55
	3.00	3,87	1,63
	4.00	2,37	1,37
	5.00	3,47	1,42
	6.00	3,75	2,63

<u>Έκφραση συναισθημάτων</u>	1.00	4,81	,78
	2.00	4,91	1,27
	3.00	5,13	1,41
	4.00	4,83	1,47
	5.00	4,84	1,44
	6.00	4,83	,92

*.Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05.

1.00 Αγαμος/η

2.00 Διαζευγμένος

3.00 Έγγαμος

4.00 Χήρος

5.00 Σε διάσταση

6.00 Συγκατοίκηση

14. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στα πλαίσια της παρούσας έρευνας αυτό που παρατηρήσαμε είναι εάν υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στις χρόνιες παθήσεις και στη ρύθμιση συναισθήματος. Ο πιο σημαντικός στόχος όμως ήταν να παρατηρήσουμε κατα πόσο οι ασθενείς μπαίνουν στην διαδικασία να καταπιέζουν ή να εκφράζουν τα συναισθήματα τους και κατα πόσο αυτό σχετίζεται με την ασθένεια που όπως έχει δείξει και η έρευνα η καταπίεση συναισθημάτων σχετίζεται με κακή ποιότητα υγείας σε αντίθεση με την έκφραση συναισθήματος που βοηθάει στην υγεία.

Σύμφωνα με έρευνες αυτό που έχει παρατηρηθεί είναι ότι τα αρνητικά συναισθήματα σχετίζονται με αρνητικές συνέπειες στην υγεία του ατόμου ,(Consedine και Moskowitz ,(2007)). Απο την άλλη έχει δειχθεί ότι τα αρνητικά συναισθήματα σχετίζονται και με την εμφάνιση της υπέρτασης δηλαδή αυτό που γίνεται είναι ότι το άγχος που προκαλεί τα αρνητικά συναισθήματα συνδέεται με την αρτηριακή πίεση και την αύξηση της η οποία οδηγεί στην υπέρταση,(Kubzansky & Kawachi , 2000).

Όσον αφορά τώρα τα θετικά συναισθήματα αυτό που έχει παρουσιαστεί είναι ότι ενισχύουν την ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται αλλά και να αντιμετωπίζει στρεσογόνους καταστάσεις .Σύμφωνα τώρα με την έρευνα του Folkman υπάρχουν τρεις μηχανισμοί αντίδρασης που σχετίζονται με τα θετικά συναισθήματα και οι οποίες είναι η θετική επαναξιολόγηση,εστιασμένη στο πρόβλημα, και ανάκληση θετικών γεγονότων απο την μνήμη.Αυτό που έχει φανεί είναι ότι αυτοί οι μηχανισμοί φέεται να

έχουν σχέση με την ανάγκη δημιουργία ή ενίσχυση νοήματος της ζωής ,(Ostir et al,2006).

Όπως έχουν δείξει οι έρευνες των Cross & John (2003) τα άτομα τα οποία τείνουν να χρησιμοποιούν μία στρατηγική ρύθμισης του συναισθήματος η οποία μπορεί να τροποποιήσει όχι μόνο αυτό που εκφράζουν απο την συμπεριφορά τους αλλά και οτιδήποτε μοιράζονται με τους οικείους τους.Επίσης μπορούν να αντιμετωπίζουν στρεσογόνες καταστάσεις της ζωής τους με το να σκέφτονται πιο αισιόδοξα και με το να προσπαθούν να αποφύγουν την κακή διαθεση.Ακόμη βιώνουν περισσότερα θετικά συναισθήματα σε σχέση με τα άτομα που μπαίνουν στην διαδικασία να επαναξιολογούν τα συναισθήματα τους λιγότερο.Ενα πιο εξωστρεφείς αφού μπορούν να μοιραστούν τα συναισθήματα τους είτε αυτά είναι θετικά ή αρνητικά με τους γύρω τους και συνδέονται και με τους φίλους τους.Τα άτομα αυτά έχουν λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης περισσότερη αυτοεκτίμηση και ικανοποίηση απο την ζωή τους .Σε αντίθεση τα άτομα τα οποία καταπιέζουν τα συναισθήματα τους χρησιμοποιούν συχνότερα μία στρατηγική ρύθμισης συναισθήματος που παρεμβαίνουν αργά στη διαδικασία παραγωγής συναισθημάτων μία διαδικασία η οποία μπορεί να τροποποιήσει οτιδήποτε εκφράζεται με την συμπεριφορά τους πράγμα που επηρεάζει αρνητικά την λειτουργικότητα τους.Να μπορούν να κατανοήσουν τι νιώθουν αλλά ούτε να διορθώσουν την διαθεση τους.Δεν μπορούν να εκφράστούν καθόλου και γίνονται πολύ επιφυλακτικοί με τους γύρω τους ,(Gross & John,2003).

Όπως φέρεται υπάρχουν διαφορές στη χρήση των δύο στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος οι οποίες είναι πολύ σημαντικές. Ακόμη αυτό που προκύπτει είναι ότι οι συνέπειες της καταπίεσης όσο και της έκφρασης συναισθημάτων στην καθημερινή ζωή είναι μακροπρόθεσμες.

Τελικά όπως δείχνουν οι αναλύσεις των δεδομένων οι άνδρες καταπιέζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τα συναισθήματα τους σε σχέση με τις γυναίκες.

Αυτό μπορώ να το διακασιολογήσω βέβαια με το γεγονός ότι οι γυναίκες είναι από τη φύση τους πολύ συναισθηματικές σε αντίθεση με τους άνδρες οι οποίοι θέλουν πάντα να δείχνουν ότι είναι δυνατοί και οι οποίοι πιστεύουν ότι αν κλάψουν ή ξεσπάσουν θα χάσουν τον ανδρισμό τους πιστεύοντας ότι είναι το ισχυρό φύλο και το κλάμα, αδυναμία, ευαισθησία είναι περισσότερο συνδεδεμένα με την γυναικεία φύση. Λόγω αυτής της αποψής λοιπόν μπαίνουν στη διαδικασία να μην εκφράζουν αυτά που νιώθουν με αποτέλεσμα να καταπιέζουν τα συναισθήματα τους. Παρ' όλα αυτά έχειδειχθεί τελικά ότι και οι γυναίκες εκφράζουν περισσότερο τα συναισθήματα τους φέρεται να βιώνουν περισσότερο αρνητικά συναισθήματα και υψηλότερα επίπεδα άγχους, (Ross & Mirowsky, 2007). Αυτό αποδείχθηκε από έρευνες οι οποίες αξιολόγησαν τις διαφορές ανάμεσα στην νευρωνική αντίδραση αντρών και γυναικών σε σχέση με την ρύθμιση συναισθήματος, (Koch et al, 2007)

Σύμφωνα πάλι με τις αναλύσεις των αποτελεσμάτων τα άτομα που εμπλεκονται σε γάμο παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά συναισθημάτων έκφρασης. Αυτό πιθανώς εξηγείται από το γεγονός όταν είναι κάποιος παντρεμένος και έχει οικογένεια σκέφτεται σε πολύ

έντονο βαθμό εάν θα μιλήσει για την ασθένεια του αλλά και για τα συναισθηματα τα οποία βιώνει. Αυτό που φέεται να συμβαινει λοιπόν είναι ότι φοβάται να αναφερθεί στο πρόβλημα του μήπως ανησυχούσε την οικογένεια του και πάλι εάν το κάνει δεν θα πει όλη την αλήθεια για να μην τους αναστατώνει. Έτσι μπροστά στο φόβο ότι θα τους αναστατώσει διατηρεί μία ήρεμη κατάσταση για τους άλλους αλλά το πρόβλημα είναι ότι καταπιέζεται συναισθηματικά επιβαρύνοντας τόσο την ψυχική όσο και την σωματική του υγεία.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των χρόνιων ασθενών αυτό που φέεται είναι ότι όταν κάποιος έχει καλύτερο μορφωτικό επίπεδο μπορεί να σκέφεται πιο λογικά για την ασθένεια του σε σχέση με κάποιον με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο αλλά αυτό δεν φέεται να επηρεάζει την συναισθηματική του επαναξιολόγηση. Έρευνες έχουν δείξει πως η μόρφωση συμβάλλει στη μείωση του στρες άρα και στην έκφραση συναισθήματος και πιο συγκεκριμένα θετικού σε αντίθεση με τον αυτόματα με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης οι οποίοι νιώθουν αρνητικά συναισθήματα τα οποία δεν τα εκφράζουν (Ross & Mirowsky, 2008). Ακόμη άλλες έρευνες οι οποίες δείχνουν ότι η μόρφωση φέεται να παίζει σημαντικό ρόλο στο να διαχειρίζεται τα συναισθήματα του (Evans & Rosenbaum, 2008) η οποία δείχνει πως τα άτομα τα οποία έχουν υψηλό επίπεδο μόρφωσης διευρύνουν τους γνωστικούς τους ορίζοντες πράγμα που τους οδηγεί να μάθουν να αναπτύσσουν στρατηγικές έκφρασης και αντιμετώπισης των αρνητικών συναισθημάτων που νιώθουν.

Σύμφωνα λιπόν με την έρευνα αυτό που φέρεται είναι ότι υπάρχει συσχετισμός ανάμεσα στη ρύθμιση συναισθήματος και στη σωματική και ψυχική υγεία. Απο την άλλη η καταπίεση των συναισθημάτων οδηγεί σε κακή υγεία η οποία συμπεριλαμβάνει τόσο την σωματική όσο και την ψυχική υγεία. Η ρυθμιση συναισθήματος μέσω της επαναξιολόγησης συσχετίζεται θετικά με την υγεία. Αυτό που καταλαβαίνουμε είναι ότι οι ασθενείς που πάσχουν απο μία χρόνια ασθένεια όταν βρουν την δύναμη να βρεθούν αντίμετωποι με τα συναισθήματα τους με το να τα εκφράσουν αντιμετωπίζουν καλύτερα την ασθένεια τους. Σε αντίθεση με τα άτομα τα οποία δέν θέλουν να παραδεκτούν τι νιώθουν και ούτε να μοιραστούν τα προβλήματα τους με την οικογένεια τους αυτό επηρεάζει αρνητικά την όλη πορεία της ασθένειας τους.

Η έκφραση βοηθά την σωματική και την ψυχική υγεία ενός χρόνια ασθενή σε αντιθεση με κάποιον ο οποίος μπορεί να μην τα εκφράσει και τα κρατάει μέσα του και αυτό μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τόσο την σωματική όσο και την ψυχική του υγεία.

15. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Τα αποτελέσματα της έρευνας υπόκεινται σε κάποιους περιορισμούς. Συγκεκριμένα υποθέσεις από προηγούμενες έρευνες δείχνουν ότι η ρύθμιση συναισθήματος διαμορφώνεται ανάλογα με την ηλικία λόγω της ωρίμανσης των συναισθημάτων στις μεγαλύτερες ηλικίες (Carstense & et al., 20000.)

Κάποιο περιορισμό θα αποτελούσε και η επίδραση του φύλου καθώς στο δείγμα της έρευνας φέεται να είναι περισσότεροι οι άντρες 63% σε σχέση με τις γυναίκες 59%. Επιπλέον η έρευνα φέεται να βασίζεται στις δύο στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος όπου είναι η γνωστική επανεκτίμηση και η καταστολή όπου είναι οι δύο τεχνικές οι πιο γενικευμένες οι οποίες περιλαμβάνουν όλα τα συναισθήματα και έτσι δεν μπορούμε να κατανοήσουμε εάν κάποιος διαφορετικός τύπος συναισθημάτων θα μας έδιναν διαφορετικά αποτελέσματα. Αν γίνονταν κάποιες έρευνες οι οποίες θα μελετούσαν περισσότερους τύπους συναισθημάτων σε πλαίσια πολύ εξειδικευμένα θα ήταν πολύ χρήσιμες. Ακόμη η μέθοδος η οποία χρησιμοποιήθηκε για να διερευνηθούν οι σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών ήταν η αυτοαναφορά η οποία μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα λόγω κοινής μεθόδου θα μπορούσε να γίνει ο συνδιασμός μεθόδων αυτοαναφοράς με πειραματικές διαδικασίες αλλά και συνέντευξης.

Όπως ανέφερα η έρευνα σαν στόχο είχε να μελετήσει και να εξετάσει εάν η ρύθμιση συναισθήματος επηρεάζει την σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων με χρόνιες παθήσεις. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν τελικά πως η έκφραση συναισθήματος οδηγεί στην καλύτερη υγεία του ατόμου αντίθετα η καταπίεση συναισθημάτων οδηγεί σε

κακή σωματική και ψυχική υγεία. Αυτό που παρατήρησαμε και θα θέλαμε να υπάρχει μέσα στην έρευνα είναι πιο ανεπτυγμένο το θέμα για τη ρύθμιση συναισθήματος. Δηλαδή η έρευνα εκεί που εστιάζει μόνο στις δύο στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος θα μπορούσε να μελετήσει ξεχωριστά διάφορα είδη συναισθήματος αλλά και τη επίδραση έχουν και πώς φέεται να συμβάλλουν στη συμπεριφορά του κάθε ατόμου. Ακόμη θα μπορούσε να γίνει συσχετισμός ανάμεσα στη σωματική, ψυχική υγεία και στα αρνητικά και στα θετικά συναισθήματα. Δηλαδή να γίνουν κάποιες έρευνες οι οποίες θα μελετήσουν τόσο την επαναξιολόγηση και την καταπίεση συναισθήματος αλλά και πώς ο θυμός, λύπη, ενθουσιασμός φέεται να αλληλεπιδρούν και να επηρεάζουν την σωματική και ψυχική υγεία.

Ακόμη η καταγωγή ενός ατόμου φέεται να είναι ένας περιορισμός της έρευνας καθώς ο κάθε λαός έχει διαφορετικό τρόπο σκέψης αλλά και διαφορετικό τρόπο στο πώς χρησιμοποιούν τα συναισθήματα τους σε διαφορετικές συνθήκες.

Επίσης όσον αφορά την ηλικία θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν πολλά άτομα για κάθε ηλικιακή ομάδα συγκεκριμένα γιατί αυτό που έγινε στην έρευνα είναι ότι συμμετείχαν κυρίως άτομα ενήλικα μέσης και τρίτης ηλικίας. Θα μπορούσε να μελετηθεί κατά πόσο η ηλικία επηρεάζει την ρύθμιση συναισθήματος και πώς αυτό επηρεάζει την υγεία. Έτσι για να γίνουν τα αποτελέσματα πιο συγκεκριμένα θα μπορούσε να γίνει και η ηλικία πιο συγκεκριμένη δηλαδή παιδιά - έφηβοι - ενήλικες - τρίτη ηλικία και έτσι να μελετηθούν πώς η κάθε ηλικία διαχειρίζεται τα συναισθήματα αλλά και ποιές οι διαφορές τους.

16. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Αναστασιος Β. Γιαννακοπουλος(1991).*Ψυχολογία προσαρμογής του παιδιού και του ενηλίκου*, Μιχαηλ, Π., Γρηγορης, Αθήνα.
- Αννα Κοκκεβη (2008). *Ψυχολογία στην ιατρική πράξη* . Gutenberg, Αθήνα.
- Γιάννης Γούντας (2000).*Κοινωνία και Υγεία, Νέα υγεία.*
- Δανάη Παπαδάτου,Φώτιος Αναγνωστόπουλος,(1995),*Η ψυχολογία στο χώρο της εργασίας*,Αθήνα,Ελληνικά Γράμματα
- Δημ.Θ.Στεφάνου (1960).*Υγιεινή μετα στοιχείων σωματολογίας* Αθήνα.
- Καραδήμας,Ε.,Χ.(2005). *Ψυχολογία Υγείας: Θεωρία και κλινική πραξη*.Εκδόσεις Τυπωθητω,Αθηνά,141-164
- Καφετσιος,Κ.(2003).Ενεργα μοντέλα δεσμού ενηλίκων και ψυχική υγεία:επισκόπηση της περιοχής και προτάσεις για κλινική εφαρμογή και έρευνα.Εγκέφαλος,40,30-45
- Καφέτσιος,Κ.&Ιωαννίδου,Μ.(2004).Με λίγη βοήθεια απο τους φίλους ;*Διαπροσωπικές σχέσεις και ψυχική υγεία σε δείγμα ιατρών.Το βήμα των κοινωνικών επιστημών*,38,43-62.
- Καφέτσιος,Κ.&Λυδάκη,π. (2005) *Τύποι δεσμού και ψυχική υγεία στην καθημερινή αλληλεπίδραση:ο ρόλος των συναισθημάτων στο διαπροσωπικό πλαίσιο*.Ελευθέρινα:Επετηριδα του τμήματος ψυχολογίας,Πανεπιστημίου Κρητης.1,95-112.

ΑΓΓΛΙΚΗ

- Ayduk, O., Mendoza, Denton, R., Mischel, W., Downey, G., Peake, P. K., & Rodriguez, M. (2000). Regulating the interpersonal self: strategic self-regulation for coping with rejection sensitivity. *Journal of personality and social psychology*, 79, 776-792.
- Black P.H., Garbult L.D. (2002). Stress, inflammation and cardiovascular disease-*Journal of psychosomatic Research* 52, 1-23.
- Brosschot J.F. & Thayer, J.F. (1998). Anger inhibition, cardiovascular recovery, and vagal function: a model of the link between hostility and cardiovascular disease. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 326-332.
- Butler, E. A., Egloff, B., Wilhelm, F. H., Smith, N. C., Erickson, E. A., & Gross, J. J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion*, 3 (1), 48-67.
- Capella, J. N. (1997). Behavioral and judged coordination in adult informal social interactions: Vocal and kinesic indicators. *Journal of personality and social psychology*, 72, 119-131.
- Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Majr, U., and Nesselroade, J. R. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult lifespan. *Journal of personality and social psychology*, 79, 644-655.
- Considine M.S., Tedlie Moskowitz J. (2007). The role of discrete emotions in health outcomes: A critical review *Applied and Preventive Psychology* 12, 59-75.
- Costa, P. T. Jr., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of personality and social psychology*, 38, 668-678.
- Costa, P. T. Jr., & McCrae, R. R. (1992). Neo-PI-R: professional Manual-odessa Fla: psychological assessment Resources.

- Davis,C.G.,Nolen-Hoeksema,S.& Larson J.(1998).Making sense of loss and be hefiting from the experience:Two construal of meaning.*Journal of personality &social psychology*,75,561-574.
- Diener,E.(1984).Subjective well.Being.*Psychological Bullentin*,95,542-575.
- Diener,E.,Suh,E.M.,Lucas,R.E.&Smith,H.E.(1999)Subjective well-being:three decabes of progress *psychologiagal Bullentin*,125,276-302.
- Diener,E.,Oishi,S.,Lucas,P.E,(2003).Personality,cultyre,and subjective well-being:emotional and cognitive evaluations of life.*AnnualRevie of psychology*,54,403-425.
- Dozier,M.&Kobak,R.R.(1992).Psychophysiology and adolescent attachment interviews:converging evidence for repressing strategies *child development*,63,1473-1480.
- Evans G.W.,Rosenbaum J.(2008).Self-regulation and the income-achivement gap.*Early childhood Research Quarterly* 23,504-514.
- Folkman S.,& Moskowitz,L.T (2000).Positive affect and the otherside of coping.*American psychologist*,55,647-654.
- Friedman H.S.,&Booth-Kewley,S.(1987).The <<disease-prone personality>>:a meta-analysis view of the construck.*American psychologist*,43,349-358.
- Giese-Davis J.,Cornal A.,Nouriani B.,Spiegel D.(2008)Exploring emotion regulation and autonomic psysiology in metastatic breast cancer patients:Repression,suppression and restraint of hostility.*Personality and Individual Differences* 44,226-237.
- Giese-Davis J.,Spiegel D.(2002) .Emotion regulayion and metastatic breast cancer.*International Congress series* 1241,B1-35\
- Grossarth-Matick R.&Eysenck H.J.(1995).Self – regulation and mortality from cancer,coronary heart disease and other causes :A prospective study person,individ .
*Diff.*19 (6),781-795
- Goldberg,D.P.(1978)Manual of the General Health Questionnaire Windsor:NFER-NELSON.

- Gross,J.J.(1989).Emotional expression in cancer onset and progression.social science and Medicine,28,1239-1248.
- Gross,J.J (1999).Emotion and emotion regulation everything..In L.A Pervin & O.P.John(Eds).*Handbook of personality:Theory and Research (2nd ed.,pp.525-552)*New York:Guilford
- Gross,J.J.(2001).Emotion regulation in adulthood:Timing is Current Directions in psychological science,10,214-219.
- Gross J.J.(2007).*Handbook of Emotion Regulation.The Galiford press*
- Gross,J.J.,and John,O.P.(2003)Individual differences in two emotion regulation processes.Timplacations for affect,relationships,and well-being.*Journal of personality and social psychology,85,348,362.*
- Gross,J.J.&Keltreer,D.(Eds.),(1999).Fuctionl accounts of emotion (special issue).Cognition and Emotion,13.
- Gross,J.J & John,O,P.(2002).Wise amotion regulation.In Feldman Barrett & P. Salovey (Eds.).The wisdom of feelings :Psychological processes in emotional intelligence.New York:Guilford.
- Gross J.J.&John O.P.(2003)Individual differences in two emotions regulations processes:Implications or affect,relationships ,and well-being –*Journal of Personality and social psychology,85 (20,348-362*
- Gross,J.J.(1998).The emerging field of emotion regulation :An integrative review.Review of General Psychology,2,271-299.
- Gross,J.J.,&Levenson,R.W.(1995).Emotion clicitation using films.Cognition and Emotion,9,87-108.
- Gross,J.J.,&Levenson,R.W.(1997).Hoding feelings:Theacute effects of inhibiting positive and negative emotions.*Journal of Abnormal psychology, 106,95-103.*
- Harris,C.R.(2001).cardiovascular responses of embarrassmend and effects of emotional suppression in a social setting.*Journal of personality and social psychology , 81,886-897.*

- Henri Loo et Pierre Loo ,(2002), Η κατάθλιψη, μετάφραση Ζέφρη Κολλια, Αθήνα, Δαιδαλος /Ζαχαρόπουλος
- Izard,C.E.,Liberio,D.Z.Putnam P.,& Haynes,O.M.(1993).Stability of emotion structure *Journal of personality and social psychology*,59,1216-1229.
- John,O.P.& Gross,J.J.(2004).Healthy and unhealthy Emotion Regulation:Personality processes,Individual Differences,and life span Development.*Journal of personality*,72,6,1301-1333.
- Koch K.,Pauly K.,Kellemann T.,Seiferth N.Y.,Reske M.,Backes V.,Kircher T.,Scneider F.& Habel V.(2007)Gender differences in the gognitive control of emotions:An Fmri study. *Neuropsychological* 45,2744-2754.
- Kubzan Sky L.D & Kawachi I.(2000).Going to the heart of the matter: do negative.emotions cause coronary heart disease?. *Journal of psychosomatic Research* 48,323-337
- Larsen,R.J.,& Ketelaar,T.(1991) Personality and susceptibility emotional states. *Journal of personality and social psychology* ,61,132-140.
- Laurenceau,J.,Barrelt,L.F.,& Pietromonaco,P.P.(1998).Intimacy as an interpersonal process:the imprortance of self-disclosure and perceived partnr responsiveness in interpersonal exchanges.*Journal of personality and social psychology* , 74,1238-1251.
- Lazarus,R.S.,& Alfert,E.(1964).Short-Circuiting of threatby experimentally altering cognitive appraisal.*Journal of Abnormal and social psychology*,69,195-205.
- Lazarus,R.S.(1981).The stress and coping paradigm.In C.Esdorter,P.Cohem,A.Kleinman&P.Maxim (Eds)Models of clinical psychopathology ,(pp.177-214).
- McCanne,T.R.,&Anderson,J.A.(1987).Emotional responding following experimental manipulation of facial electromyographic activity.*Journal of personality and social psychology*,52,759-768.

- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and distress following a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of personality and social psychology*, 61, 105-121.
- Nyklicek I., Temushok L. & A. Vingerhoets (2004) Emotional expression and health: Advances in theory, assessment and clinical applications. Brunner-Routledge.
- Ostir G.V., Berges I.M., Markides K.S. & Tenenbacher, K.J. (2006). Hypertension in Older Adults and the Role of Positive Emotions. *Psychosomatic Medicine* 68, 727-733
- Parrott, W.G. (2001). Implications of dysfunctional emotions for understanding how emotions function: Review of *General psychology*, 5, 180-186.
- Pervin, L.A. & John O.P. (2001). Θεωρίες της προσωπικότητας: έρευνα και εφαρμογές (μτφρ. Αλεξανδροπούλου Α., & Δασκαλοπούλου Ε.) Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Ross C.E. & Mirowsky J. (2008). Age and the balance of emotions *Social science and Medicine* 66, 2391-2400
- Sanderson G.A. (2004). *Health Psychology*. John Wiley & Sons, Inc
- Sarafino, P.E. (2006). *Health psychology . Biopsychosocial Interactions*. John Wiley & sons, Inc
- Schmidt S., Nachtigall C., Wuiethrich-Martoneb O., Strauss B. (2002). Attachment and coping with chronic disease. *Journal of psychosomatic Research* 53, 763-773.
- Sheldon K.M., Ryan, R.M., Rawsthorne, L.J., & Ilardi, B. (1997). Trait self and true self: Cross-role variation in the Big-Five personality traits and its relations with psychological authenticity and subjective well-being. *Journal of personality and social psychology*, 73, 1380-1393.
- Stewart, Ross and Hartley, 2004.
- Simpson, J.A., Rholes, W.S., & Nelligan, J.S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of personality and social psychology*, 62, 434-446
- Stewart, A.L., & Ware, J.E. (Eds.) (1992). *Measuring functioning and well-being: The Medical Outcome Study approach*. Durham, NC: Duke University Press.

- Strack,F.,Martin,L.L.,&Stepper,S.(2988).Inhibiting and facilitating conditions of the human smile:A no obtrusive test of the facial feedback hypothesis.*Journal of personality and social psychology*,54,768-777.
- Taylor S.E (1999).Health Psychology. Mc Graw .Hill Companies,Benelli,E,Menna,S.,& Zacc heddu,A.M.(2005)Prevenire le Malattie Croniche,un investimento vitale(Preventing Chronic diseases:a vital investment).Organizzazione Mondiale della sanita.Edizione Italiana.
- Temoshok,L.(1987).Personality,coping style,emotion,and cancer;toward an integrative model.*Cancer surreys*,6,837-839.
- Teiramaa,E.(1978).Psychosocial and psychi factors in the course of asthma.*Journal of psychosomatic Research*,22,121-125.
- Thorne,S.E ,Paterson ,B.L(2000)Two decades of insider research: What we know and don't know about chronic illness experience. *Ann Re Nurs Res*,18,3-25
- Udelman H.D.,& Udelman D.L.(1981).Emotions and rheumatologic disorders.*American journal of psychotherapy*,35,576-587.
- Ware,J.E.,Jr.,& Sherbourne,C.D.(1992).The MOS 36-Item Short-From Health Survey (SF-36):I.Conceptual framework and item selection.*Medical Care* ,30,473-483.
- World Health Organization (2001).World Health Report, Mental health : New understanding,new hope..Geneva:WHO
- World Health Organization (2005).Promoting mental helth :consepts,emerging evidence,practice,Geneva:WHO