



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΗΣ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗΣ ΚΑΝΕΤΑΚΗ (Α.Μ. 1972)

ΘΕΜΑ:

*«ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΗ
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ»*

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

ΡΕΘΥΜΝΟ 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	3-4
1. Εισαγωγή	5
<i>1.1 Χρόνιες ασθένειες</i>	<i>5-15</i>
1.1.1 Χρόνια ασθένεια και προσαρμογή σε αυτή	5
1.1.2 Αντιδράσεις του ατόμου στην ασθένεια	8
1.1.3 Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας και απειλητικής ασθένειας	12
1.1.4 Επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας	14
<i>1.2 Ρύθμιση συναισθήματος</i>	<i>16-31</i>
1.2.1 Ορισμός και λειτουργία	16
1.2.2 Ατομικές διαφορές και στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος	19
1.2.3 Προσωπικότητα και ρύθμισης συναισθήματος	23
1.2.4 Μηχανισμοί ασυνείδητης ρύθμισης του συναισθήματος	24
1.2.5 Στρατηγικές προσκόλλησης και ρύθμιση του συναισθήματος	25
1.2.6 Διαπροσωπική ρύθμιση του συναισθήματος	27
1.2.7 Πλεονεκτήματα της έκφρασης των συναισθημάτων	28
1.2.8 Η ουσιαστική συμβολή της έκφρασης των συναισθημάτων	28
1.2.9 Στρες, ασθένεια σχετιζόμενη με το στρες και ρύθμιση συναισθήματος	30
<i>1.3 Ρύθμιση του συναισθήματος και έρευνες σε σχέση με την ασθένεια και την αντιμετώπισή της.....</i>	<i>32</i>
<i>1.4 Παρούσα έρευνα</i>	<i>38</i>
2. Μέθοδος	40-44
2.1 Συμμετέχοντες	40
2.2 Διαδικασία	41
2.3 Εργαλεία μέτρησης	42-44

2.3.1 Ερωτηματολόγιο	42
2.3.2 Κλίμακα σωματικής υγείας και συναισθηματικής ευεξίας	44
3. Ευρήματα	45-49
3.1 Η σχέση της ρύθμισης συναισθήματος με τη σωματική και ψυχική υγεία.....	45
3.2 Η σχέση της ρύθμισης συναισθήματος με το φύλο	46
3.3 Η σχέση της ρύθμισης συναισθήματος με το μορφωτικό επίπεδο.....	47
3.4 Η σχέση της ρύθμισης συναισθήματος με την οικογενειακή κατάσταση	48
4. Συζήτηση	50-60
4.1 Ευρήματα έρευνας – Συμπεράσματα	50
4.2 Περιορισμοί έρευνας – Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες	57
5. Βιβλιογραφία	61

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει ως στόχο τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στη χρόνια ασθένεια (**chronic disease**) –και συγκεκριμένα τις καρδιαγγειακές νόσους- και τη ρύθμιση του συναισθήματος. Πιο συγκεκριμένα, επιδιώκεται η μελέτη του πώς, με ποιον τρόπο και σε ποιο βαθμό μπορεί να επηρεάσει η έκφραση (**reappraisal**) ή η καταπίεση των συναισθημάτων (**suppression**) την εξέλιξη (επιδείνωση ή ύφεση) μιας χρόνιας ασθένειας, και κατ' αντίστοιχο τρόπο, εάν η χρόνια ασθένεια επιδρά στο πώς ο ασθενής διαχειρίζεται τα συναισθήματά του.

Στο πρώτο μέρος της εργασίας γίνεται εκτενής αναφορά στις χρόνιες ασθένειες, τις φάσεις στις οποίες διακρίνεται, τις επιπτώσεις της και τις αντιδράσεις του ατόμου σε αυτές. Επίσης, χρησιμοποιούνται αρκετές βιβλιογραφικές πηγές για την έκθεση του φαινομένου «ρύθμιση συναισθήματος» (**emotion regulation**), της λειτουργίας του και της σχέσης του με την προσωπικότητα. Εκτίθενται τα πλεονεκτήματα και η συμβολή της έκφρασης των συναισθημάτων, οι στρατηγικές προσκόλλησης και οι ατομικές διαφορές σε σχέση με τη ρύθμιση του συναισθήματος, καθώς και το πώς σχετίζεται το στρες με την ασθένεια και το συναίσθημα. Ακόμη, παρατίθενται κάποιες έρευνες που αναφέρονται στην ασθένεια σε σχέση με τη συναισθηματική ρύθμιση.

Το δεύτερο κομμάτι είναι ερευνητικό και αφορά σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε με δείγμα ασθενείς με χρόνια καρδιοπάθεια. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς, στα οποία οι ασθενείς κλήθηκαν να καταγράψουν τα συναισθήματά τους σε σχέση με το πρόβλημα

υγείας τους. Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων αναλύθηκαν με το πρόγραμμα SPSS και μελετήθηκαν λαμβάνοντας υπόψη τις υποθέσεις που είχαν διατυπωθεί. Η αξιολόγησή τους επιβεβαίωσε μεγάλο μέρος των υποθέσεων και απεδείχθη πως η έκφραση των συναισθημάτων επηρεάζει θετικά την έκβαση της ασθένειας των ατόμων με χρόνια καρδιοπάθεια, εν αντιθέσει με τη συναισθηματική καταπίεση, η οποία επιβαρύνει την υγεία τους. Φάνηκε ,επιπλέον, πως υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στο πώς τα δύο φύλα αντιλαμβάνονται και εκφράζουν τα συναισθήματά τους, ενώ και η οικογενειακή κατάσταση υποδεικνύεται ότι επηρεάζει τη ρύθμιση του συναισθήματος. Διαπιστώθηκε δε, πως σε μεγάλο βαθμό «υπερτερούν» οι γυναίκες στην έκφραση του συναισθήματος, συγκριτικά με τους άνδρες.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: chronic disease, emotion regulation, reappraisal, suppression.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

“It is very often much more important what person has the disease than what disease the person has.”
Sir William Osler (1906)

1.1.1 ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΕ ΑΥΤΗ

Οι περισσότερες από τις ασθένειες που αντιμετωπίζει ο σύγχρονος άνθρωπος στις ανεπτυγμένες τουλάχιστον χώρες, είναι χρόνιες. Οι ασθένειες αυτές δε θεραπεύονται οριστικά, αλλά αποτελούν καταστάσεις που προσπαθούμε να ελέγξουμε. Η χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων και οι αλλαγές στη ζωή και τις συνήθειες του ατόμου επιτρέπουν πλέον στους χρόνιους ασθενείς να ζήσουν για πολύ μεγάλα χρονικά διαστήματα μία σχεδόν «φυσιολογική» ζωή, παρόλο που η ασθένεια εξακολουθεί να τους συνοδεύει.

Συχνά, οι αιτίες εμφάνισης των χρόνιων ασθενειών είναι ποικίλες, περιλαμβάνοντας τη συμπεριφορά ή γενικότερα τον τρόπο ζωής του πάσχοντα (Sanderson, 2004). Κάποιοι ασθενείς επιρρίπτουν τις ευθύνες της ασθένειάς τους στον ίδιο τους τον εαυτό, θεωρώντας πως ο τρόπος ζωής τους συνέβαλε στην εμφάνιση του προβλήματός τους- όπως το κάπνισμα, η κακή διατροφή ή η έλλειψη άσκησης. Άλλοι θεωρούν την ασθένειά τους αιτία κληρονομικότητας (Taylor, 1999). Σε κάποιες περιπτώσεις, η ασθένεια αργεί να εκδηλωθεί και η έντασή της αυξάνεται σταδιακά. Δυστυχώς όμως, οι χρόνιες ασθένειες μπορούν μόνο να ελεγχθούν και να περιοριστεί η δράση τους, και όχι να ιαθούν πλήρως. Άτομα με χρόνια πρόβλημα

υγείας άλλοτε έχουν σταθερή κατάσταση υγείας, άλλοτε αυτή χειροτερεύει, αλλά δε μπορούν να γιατρευτούν εντελώς (Sanderson, 2004).

Οι χρόνια ασθενείς πρέπει να μάθουν να αντιμετωπίζουν προβλήματα, όπως: ο πόνος, διάφορα δυσάρεστα συμπτώματα, σημαντική αδυναμία, αλλαγές και περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες, παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής κλπ. Παράλληλα αντιμετωπίζουν νέους φόβους, π.χ. για την εξέλιξη της ασθένειας, για την ίδια τη ζωή και το μέλλον.

Τα άτομα με χρόνια ασθένεια αντιμετωπίζουν μία σειρά διακριτών και έντονων στρεσογόνων καταστάσεων, όπως: η διάγνωση, η θεραπεία, η υποτροπή κλπ., τα οποία μπορούν να καταβάλλουν ακόμα και ένα άτομο με αυξημένες δυνάμεις (Καραδήμας, 2005). Το στρες προκύπτει στα πλαίσια της δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος. Όταν το άτομο αντιλαμβάνεται μία ασυμφωνία ή αντίφαση ανάμεσα στις απαιτήσεις που προβάλλει μία κατάσταση (συγκεκριμένα η χρόνια ασθένεια) και στα αποθέματα- βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά- που διαθέτει για να την αντιμετωπίσει, τότε βιώνει στρες (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1995). Η προσαρμογή επομένως σε μία χρόνια ασθένεια είναι εξαιρετικά πολύπλοκη. Επηρεάζεται από όλους σχεδόν τους τομείς της ανθρώπινης λειτουργικότητας, αλλά και τους επηρεάζει όλους (Καραδήμας, 2005). Παρά το πρόβλημα υγείας όμως, συχνά ο άρρωστος επανακτά ένα «φυσιολογικό» ρυθμό ζωής και επανεντάσσεται στο κοινωνικό και εργασιακό του περιβάλλον. Στα πλαίσια αυτής της νέας πραγματικότητας, ο «α-σθενής» δε στερείται «σθένους» γιατί συμμετέχει ενεργά και ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, ακόμα και αν αρρώστια από την οποία πάσχει απειλεί τη ζωή του (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1995).

Η προσαρμογή σε μία χρόνια ασθένεια, κατά τους Stewart, Ross και Hartley (2004) αφορά τέσσερις περιοχές: τη *βιολογική* (σε θέματα όπως η κόπωση, ο πόνος και άλλα συμπτώματα, οι παρενέργειες της αγωγής, η λειτουργικότητα, η προσαρμογή στην εξέλιξη της ασθένειας), την *κοινωνική* (σε θέματα όπως η απομόνωση, το στίγμα, οι σχέσεις με την οικογένεια, τους φίλους και το προσωπικό υγείας), τη *συναισθηματική* (αυτό-εικόνα, οικονομικά ζητήματα, επαναπροσδιορισμός στόχων και προσδοκιών, επαναξιολόγηση των αξιών, θέματα πνευματικότητας, εύρεση νοήματος στην όλη εμπειρία) και τη *συμπεριφορά* (έλεγχοι υγείας, τήρηση των ιατρικών οδηγιών, διαχείριση της εξέλιξης της ασθένειας). Επιπροσθέτως, οι χρόνιοι ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα και ζητήματα επαγγελματικής υφής. Αίφνης προβάλλει η ανάγκη ενός πιθανού επαγγελματικού αναπροσανατολισμού, η απειλή απόλυσης εξαιτίας μειωμένων δυνατοτήτων, η υποχρεωτική συνταξιοδότηση, κλπ. Επίσης προβάλλουν θέματα που αφορούν στις αλλαγές στην εικόνα του σώματος: νέες μειωμένες δυνατότητες και αντοχές, αίσθηση μεγαλύτερης ευπάθειας, περιορισμοί στη μετακίνηση, ύπαρξη πόνου και άλλων συμπτωμάτων, «μορφολογικές» αλλαγές είτε εξαιτίας της ασθένειας (π.χ. ακρωτηριασμός εξαιτίας ενός τροχαίου), είτε εξαιτίας της θεραπείας (π.χ. μαστεκτομή).

Οι προαναφερθείσες τέσσερις περιοχές είναι αλληλένδετες, κάτι που σημαίνει πως η αλλαγή σε μία περιοχή επηρεάζει και όλες τις άλλες, ενώ πλευρές της μίας περιοχής επηρεάζουν την άλλη. Για παράδειγμα, οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια μπορούν να συμβάλλουν στην τήρηση των ιατρικών οδηγιών, ο βαθμός αυτονομίας μπορεί να καθορίσει τη συναισθηματική αντίδραση του ασθενούς και της οικογένειάς τους, όπως και το οικογενειακό κλίμα κλπ. (Καραδήμας, 2005).

1.1.2 ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΣΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Μία από τις πρώτες περιγραφές του τρόπου αντίδρασης του ατόμου μετά τη διάγνωση μίας σοβαρής ασθένειας έγινε από τον Shontz το 1975. Ο Shontz περιέγραψε τις αντιδράσεις υπό τη μορφή μίας διαδοχής: 1) *Αρχικό σοκ*, όπου το άτομο νιώθει κεραυνοβολημένο, συμπεριφέρεται κατά τρόπο αυτόματο και αισθάνεται σα να είναι έξω από την πραγματικότητα, ως ένας παρατηρητής. Το σοκ μπορεί να διαρκέσει μερικές ημέρες ή και για εβδομάδες και είναι μάλλον πιο έντονο, όταν η κατάσταση αναπτύσσεται απροειδοποίητα. 2) *Αντιπαράθεση*, που χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση της σκέψης και μία αίσθηση απώλειας, πένθος και απελπισία. 3) *Υποχώρηση*, κατά την οποία το άτομο τείνει να χρησιμοποιεί την αποφυγή και την άρνηση για να διαχειριστεί την πραγματικότητα, η οποία όμως βαθμηδόν «εγκαθίσταται» στη ζωή του ατόμου και τη μεταβάλλει. Σταδιακά λοιπόν, το άτομο αντιλαμβάνεται τι συμβαίνει και αρχίζει να προσαρμόζεται (Καραδήμας, 2005).

Δεν είναι απαραίτητο να αντιδρούν όλα τα άτομα κατά τον τρόπο αυτό. Κάποιοι εμφανίζονται πιο ψύχραιμοι, ενώ άλλοι «παραλύουν» λόγω άγχους ή γίνονται «υστερικοί» (Silver & Wortman, 1980, όπως αναφέρεται στον Sarafino, 2006). Οι ασθενείς που «χρησιμοποιούν» την άρνηση και άλλες στρατηγικές αποφυγής, δρουν έτσι προκειμένου να ελέγξουν τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις απέναντι σε κάποιον στρεσογόνο παράγοντα, και ιδιαίτερα όταν πιστεύουν πως δε μπορούν να κάνουν τίποτα για να αλλάξουν την κατάσταση (Croyle & Ditto, 1990; Lazarus & Folkman, 1984b, όπως αναφέρεται στον Sarafino, 2006).

Τα περισσότερα άτομα πάντως λειτουργούν κατά τη σειρά των διαδοχικών αντιδράσεων του Shontz (Καραδήμας, 2005).

Η διάγνωση μίας χρόνιας ή απειλητικής ασθένειας όμως, αποτελεί την αρχή μίας μακράς διαδικασίας προσαρμογής, η οποία μπορεί να χαρακτηριστεί ως μία κρίση. Ο Moos (Moos, 1982 και Moos & Schaefer, 1986) πρότεινε ένα μοντέλο περιγραφής των παραγόντων που επιδρούν στο άτομο, όταν αντιμετωπίζει μία κρίση, όπως είναι και η χρόνια ασθένεια. Σύμφωνα λοιπόν με τη *θεωρία της κρίσης*, η προσαρμογή εξαρτάται από τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες που χρησιμοποιεί το άτομο (Καραδήμας, 2005). Ο Lazarus και η Folkman (1984) καθώς και άλλοι συνεργάτες τους (Cohen & Lazarus, 1983 και Lazarus & Launier, 1978) διακρίνουν δύο σημαντικές διεργασίες που περιλαμβάνονται στο βίωμα και την αντιμετώπιση στρεσογόνων συνθηκών: α) τη *γνωστική εκτίμηση* της κατάστασης (cognitive appraisal) και β) την *προσπάθεια αντιμετώπισης* της (coping) (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1995). Οι στρατηγικές προσδιορίζονται από τρεις ομάδες παραγόντων: εκείνους που σχετίζονται με την ασθένεια, προσωπικούς παράγοντες και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί επιδρούν στη γνωστική αξιολόγηση της κατάστασης και στην υιοθέτηση και εφαρμογή των στρατηγικών διαχείρισης του στρες.

Ως προς τους *παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια*, αυτοί αφορούν: α) στη φύση της ασθένειας, καθώς κάποιες ασθένειες παρουσιάζονται ως πιο απειλητικές, επώδυνες ή αποδιοργανωτικές από κάποιες άλλες, β) τις επιπτώσεις στον οργανισμό και τη λειτουργικότητα του ατόμου, καθώς και γ) τις πλευρές της θεραπείας. Οι *προσωπικοί παράγοντες* αφορούν στο φύλο, την ηλικία, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, τις φιλοσοφικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις, το βαθμό ωριμότητας και το βαθμό πρότερης προσαρμογής, προϋπάρχοντα προβλήματα και

δυσκολίες ψυχικής υγείας, πεποιθήσεις για την υγεία και την ασθένεια κλπ. Τέλος, *οι περιβαλλοντικοί παράγοντες* αναφέρονται σε πλευρές του νοσοκομειακού πλαισίου, του στενού κοινωνικού περιβάλλοντος (κοινότητα, κοινωνία), καθώς επίσης και σε θέματα κοινωνικής υποστήριξης (Καραδήμας, 2005). Οι παράγοντες αυτοί αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, επηρεάζοντας το υποκειμενικό βίωμα της αρρώστιας, ενώ ταυτόχρονα παρεμποδίζουν ή διευκολύνουν την προσαρμογή του ατόμου σε αυτήν (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1995).

Σύμφωνα με τη θεωρία του Moos, τα άτομα θα πρέπει να διαχειριστούν και να αντιμετωπίσουν ζητήματα που σχετίζονται με την ασθένεια και τη θεραπεία (π.χ. συμπτώματα, πιθανούς περιορισμούς, ιατρικές διαδικασίες, σχέσεις με ειδικούς), καθώς και ζητήματα που αφορούν στη γενικότερη λειτουργικότητά τους (αρνητικά συναισθήματα, φόβος για τον μέλλον, αυτό-εικόνα, σχέσεις με τους άλλους). Αν και τα παραπάνω αποτελούν πολύ δύσκολα στη διαχείρισή τους ζητήματα, πολλοί, αν όχι οι περισσότεροι άνθρωποι, τα καταφέρνουν λίγο έως πολύ καλά.

Αντίστοιχες δυσκολίες και προβλήματα όμως πρέπει να διαχειριστούν και οι οικογένειες και το οικείο περιβάλλον των χρόνια ασθενών. Ο βαθμός προσαρμογής των οικείων σχετίζεται με το βαθμό προσαρμογής των ίδιων των ασθενών. Τόσο οι ασθενείς όσο και οι οικείοι τους χρησιμοποιούν μία σειρά στρατηγικών αντιμετώπισης των προβλημάτων τους, όπως: η άρνηση ή η ελαχιστοποίηση της σοβαρότητας της κατάστασης, η αναζήτηση πληροφόρησης, ο έλεγχος του προβλήματος, ο καθορισμός σαφών στόχων (π.χ. η διατήρηση του βάρους σε συγκεκριμένα επίπεδα, η ενίσχυση των κοινωνικών σχέσεων κ.α), η χρήση συναισθηματικής και υλικής βοήθειας από άλλους, η διατήρηση μιας θετικής προοπτικής (π.χ. η ανεύρεση «νοήματος» ή ενός «σκοπού» στην εμπειρία).

Η μετέπειτα προσαρμογή ενός ασθενούς σχετίζεται άμεσα με τον τρόπο αντίδρασής του στα πρώτα στάδια μετά την εκδήλωση ή τη διάγνωση της ασθένειας. Για παράδειγμα, οι Elliot, Shewchuk & Richards (1999) βρήκαν ότι όσο περισσότερη δυσφορία και καταθλιπτική συμπτωματολογία εμφάνιζαν οι ασθενείς στο νοσοκομείο, τόσο μικρότερη ήταν και η αποδοχή του προβλήματος και της νέας κατάστασης, άρα δυσχερέστερη η προσαρμογή μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Η προσαρμογή σε μία χρόνια ασθένεια προκαλεί αρκετές γνωστικές προσαρμογές. Η Taylor (1983) βρήκε ότι οι ασθενείς προσπαθούν 1) να βρουν ένα νόημα στην ασθένειά τους (γιατί συνέβη, ποιοι παράγοντες έπαιξαν ρόλο, επαναπροσδιορισμός αξιών και προτεραιοτήτων), 2) να επανακτήσουν την αίσθηση ελέγχου (ενημερώνονται για την ασθένεια, τηρούν πιστά τις ιατρικές οδηγίες, αλλάζουν τον τρόπο ζωής τους) και 3) να αποκαταστήσουν την αυτο-εκτίμησή τους (μέσω των κοινωνικών συγκρίσεων ή μέσω των συγκρίσεων με χειρότερα πιθανά σενάρια) (Καραδήμας, 2005).

1.1.3 ΦΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ Η΄/ΚΑΙ ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Κάθε χρόνια ή/και σοβαρή για τη ζωή ασθένεια διακρίνεται από διάφορες **φάσεις**. Σύμφωνα με τον Doka (1993), κάθε φάση χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες «προκλήσεις» ή «έργα» που εμφανίζονται στο οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο, και απαιτούν διευθέτηση, ώστε ο ασθενής και η οικογένειά του να προσαρμοστούν στις συγκεκριμένες συνθήκες που επιβάλλει η ασθένεια και η θεραπεία της.

Το μοντέλο που προτείνει ο Doka (1993), σκιαγραφεί μία πολύπλοκη ατομική διεργασία. Οι προκλήσεις δεν είναι οι ίδιες για όλους τους αρρώστους, ενώ καθένας επιλέγει τον τρόπο με τον οποίο θα τις αντιμετωπίσει. Επίσης, η πορεία της υγείας δεν περιλαμβάνει πάντα όλες τις φάσεις που αναφέρονται. Για παράδειγμα, η χρόνια φάση μπορεί να μην αποτελεί μέρος της πορείας ενός ατόμου, το οποίο μετά τη διάγνωση υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση (π.χ. αφαίρεση όγκου, μεταμόσχευση) που συμβάλλει στην αποκατάσταση της υγείας του. Άλλοτε πάλι η διάγνωση μιας ασθένειας που γίνεται με καθυστέρηση (π.χ. μεταστατικός καρκίνος του ήπατος) επηρεάζει την έκβαση της νόσου που μπαίνει αμέσως στην τελική φάση (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1995).

Οι φάσεις του μοντέλου του Doka είναι: η προδιαγνωστική, η οξεία η οποία περιλαμβάνει και τη διάγνωση, η χρόνια και η τελική φάση, που καταλήγει ορισμένες φορές στο θάνατο του ασθενούς (Καραδήμας, 2005).

Είναι πολύ σημαντικό το ότι οι περισσότεροι άνθρωποι, ακόμα και κάτω από εξαιρετικά δυσχερείς συνθήκες, καταφέρνουν να ανταπεξέλθουν και να συνεχίσουν τη ζωή τους, ξαναβρίσκοντας την αισιοδοξία τους και την αίσθηση επάρκειας (Folkman, 1997, όπως αναφέρεται στον Καραδήμα, 2005). Το ίδιο συμβαίνει και με τους πάσχοντες από χρόνιες ασθένειες. Βέβαια, ο φόβος και η ανησυχία για το μέλλον δεν εξαλείφονται πλήρως, δικαιολογημένα. Η επανεμφάνιση της ασθένειας, η υποτροπή ή η επιδείνωσή της σηματοδοτούν μία νέα κατάσταση κρίσης, ενώ για τους περισσότερους αποτελεί ένα ανησυχητικό σημάδι πρόγνωσης. Τα άτομα αντιμετωπίζουν και πάλι τους αρχικούς φόβους τους. Συχνά επαναλαμβάνουν τις αρχικές αντιδράσεις και τις προσπάθειες, προκειμένου να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα, αλλά αυτή τη φορά με έναν ίσως λιγότερο ελπιδοφόρο τρόπο. Η «επιβίωση» με μία ασθένεια υψηλού κινδύνου αποτελεί μία εξαιρετικά στρεσογόνο κατάσταση (Καραδήμας, 2005).

Εν τούτοις, η διατήρηση της ελπίδας, επηρεάζει το νόημα που αποδίδει ο άρρωστος στις εμπειρίες που βιώνει, και ενισχύει την αυτοεκτίμησή του. Ο Hutchnecker (1981) διακρίνει δύο μορφές ελπίδας που έχουν διαφορετικές επιπτώσεις στην αντιμετώπιση της αρρώστιας: 1) την *ενεργητική* ελπίδα (active hope) και 2) την *παθητική* ελπίδα (passive hope). Η πρώτη, αποτελεί την εσωτερική ενέργεια που κινητοποιεί το άτομο για δράση και ο ασθενής κινείται προς ένα συγκεκριμένο άμεσο ή απώτερο στόχο, έχοντας πεποίθηση στις ικανότητές του. Η παθητική ελπίδα χαρακτηρίζει τον ασθενή που βασίζεται σε όνειρα, ελπίζοντας ότι θα συμβούν θαύματα και οι δυσκολίες θα εξαφανιστούν ως δια μαγείας. Αποφεύγει να δραστηριοποιηθεί και ζει σε έναν φαντασιωσικό κόσμο (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1995).

1.1.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Εξαιτίας του ότι οι χρόνιες ασθένειες μπορούν να αντιμετωπιστούν, αλλά όχι να ιαθούν πλήρως, τα άτομα με τέτοιου είδους διάγνωση προσπαθούν σε όλη τους τη ζωή να κατευνάσουν τα συμπτώματα και να βελτιώσουν την κατάσταση της υγείας τους. Άτομα που έχει διαγνωσθεί ότι πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια, αντιμετωπίζουν διάφορα σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα.

Πολλοί πάσχοντες παρουσιάζουν σωματική εξασθένιση. Το είδος αυτής εξαρτάται από την ασθένεια, αλλά μπορεί να περιλαμβάνει συμπτώματα ισχυρής κόπωσης, όπως η παράλυση, ακράτεια και πόνο. Αρκετοί ασθενείς ανησυχούν για τις αλλαγές στο σώμα τους και ιδιαίτερα όταν η ασθένειά τους ή η θεραπεία της προκαλεί σημαντικές αλλαγές στη σωματική τους λειτουργία.

Ένα από τα πιο σημαντικά θέματα που προκύπτουν στην περίπτωση μίας χρόνιας ασθένειας είναι η επίδραση που αυτή μπορεί να έχει στις διαπροσωπικές σχέσεις. Οι πάσχοντες πολλές φορές επιλέγουν να κρύψουν το πρόβλημά τους από τους άλλους, εν μέρει επειδή φοβούνται την εγκατάλειψη ή τον εξευτελισμό και αποφεύγουν τις κοινωνικές συναναστροφές. Η ενημέρωση των οικείων του ασθενούς για το πρόβλημά του μπορεί να συμβάλλει στην κοινωνική υποστήριξή του. Αυτή η εκδοχή όμως μπορεί να έχει και αρνητικές επιπτώσεις, καθώς υπάρχει περίπτωση να απομακρυνθούν οι φίλοι από τον ασθενή, φοβούμενοι μήπως «κολλήσουν» και αυτοί, ή επειδή δε μπορούν να αντιμετωπίσουν τις σωματικές αλλαγές του. Δυστυχώς, πολλοί ασθενείς νιώθουν πως οι άλλοι τους αποφεύγουν και πως δε δέχονται

κοινωνική υποστήριξη, τη στιγμή που τη χρειάζονται περισσότερο. Σε κάποιες περιπτώσεις, η οικογένεια και οι φίλοι των ατόμων με χρόνιο πρόβλημα υγείας, έχουν υψηλές, μη ρεαλιστικές προσδοκίες σχετικά με την αντιμετώπιση της ασθένειάς τους. Επιπλέον, μέλη της οικογένειας ασθενών μπορεί να αντιμετωπίσουν αρνητικές ψυχολογικές αντιδράσεις, λόγω του ότι οι ασθενείς πλέον εξαρτώνται όλο και περισσότερο από τους οικείους τους και αποζητούν βοήθεια στην προσωπική τους υγιεινή, στην ιατρική τους φροντίδα κλπ. Κάποια μέλη της οικογένειας είναι πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη ή άγχος λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης του αγαπημένου τους προσώπου.

Τα άτομα που πάσχουν από μία χρόνια ασθένεια συχνά αντιμετωπίζουν ένα σοκ και δυσπιστούν. Πρέπει να αλλάξουν τα σχέδιά τους, τα όνειρά τους. Πολλοί παθαίνουν κατάθλιψη, λόγω-εν μέρει- της απώλειας ελέγχου που οφείλεται στην ασθένεια. Το άγχος που οφείλεται και στην αβεβαιότητα λόγω της διάγνωσης μίας χρόνιας νόσου, είναι ακόμα ένα πρόβλημα. Συχνά οι ασθενείς μαθαίνουν για την ασθένειά τους πριν καν εμφανίσουν συμπτώματα.

Παρά το γεγονός ότι οι επιπτώσεις της εμφάνισης μίας χρόνιας ασθένειας είναι κυρίως αρνητικές, οι ασθενείς μπορεί να αναφέρουν πως νιώθουν πιο κοντά με την οικογένεια και τους φίλους τους, πως εκτιμούν περισσότερο τη ζωή, πως νιώθουν πιο «ελεύθεροι» και πως αλλάζει θετικά η αυτο-εικόνα τους, καθώς νιώθουν πιο δυνατοί και ικανοί να αντιμετωπίσουν τα όποια άλλα προβλήματα προκύπτουν στη ζωή τους (Sanderson, 2004).

Σήμερα, χρόνιες ασθένειες όπως είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις (κυρίως η καρδιακή ανεπάρκεια και η καρδιακή προσβολή) και ο καρκίνος, είναι από τα πιο συνηθισμένα και πιο σοβαρά προβλήματα υγείας. Περισσότεροι από ενενήντα

εκατομμύρια Αμερικάνοι – περίπου το 1/3 των ανδρών, γυναικών και παιδιών-, ζουν με κάποια χρόνια ασθένεια. Οι χρόνιες ασθένειες αποτελούν την αιτία του 70% των θανάτων στις Η.Π.Α και του θανάτου πριν το 65^ο έτος της ζωής (Sperry, 2005).

1.2 ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ (EMOTION REGULATION)

1.2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Τα άτομα που εκφράζουν ελεύθερα τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους σχετικά με στρεσογόνα γεγονότα της ζωής τους, ωφελούνται σωματικά και ψυχολογικά. Αρχικά, η έκφραση των συναισθημάτων θεωρείτο ότι διευκόλυνε την προσαρμογή σε προηγούμενες μη εκπεφρασμένες τραυματικές εμπειρίες. Αργότερα όμως φάνηκε πως βοηθά και στην αντιμετώπιση σοβαρών και στρεσογόνων γεγονότων. Η συναισθηματική έκφραση βοηθά στη βελτίωση των σωματικά και ψυχικά ασθενών ατόμων (Nyklicek, Temoshok & Vingerhoets, 2004).

Η μελέτη του συναισθήματος και της ρύθμισής του έχει επηρεαστεί από την προσέγγιση της κοινωνικής επιστήμης. Πολλές έρευνες τονίζουν τη σημασία της ρύθμισης του συναισθήματος σχετικά με την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων και την κατανόηση της μη ομαλής ανάπτυξης. Τα συναισθήματα αποδιοργανώνουν ή επεμβαίνουν με γνωστική μεταποίηση. Βάσει αυτού, τα συναισθήματα αναπαριστούν το «ψυχολογικό υπόγειο» που διαταράσσει την παραγωγική και λογική σκέψη.

Έρευνα αναφορικά με τη ρύθμιση του συναισθήματος έδειξε πως ο στόχος της ρύθμισης είναι η μείωση των αρνητικών επιδράσεων και της ψυχολογικής εξάντλησης. Από λειτουργικής άποψης, τα συναισθήματα είναι μία συμπεριφορά οργάνωσης και έχουν συγκεκριμένες λειτουργίες, ανάλογα με τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Δεν είναι μόνο αντιδράσεις που πρέπει να ρυθμιστούν, αλλά

αποτελούν από μόνα τους «ρυθμιστές» της περιβαλλοντικής αλληλεπίδρασης. Ο στόχος της ρύθμισης του συναισθήματος δεν είναι μόνο η εναρμόνιση της αρνητικής επίδρασης, αλλά και η ρύθμιση της εξάντλησης, μέσω της ενεργοποίησης άλλων συναισθημάτων. Αυτή η διπλής κατεύθυνσης επίδραση μπορεί να πραγματοποιηθεί με τη διατήρηση ή ενίσχυση της συναισθηματικής «έξαρσης», ή ακόμα και με τη μείωσή της.

Κοινό σημείο απασχόλησης των σχετικών με τη ρύθμιση του συναισθήματος ερευνών, είναι το πώς η συναισθηματική «έξαρση» έχει διαφορετική σημασία για τα διάφορα άτομα και η ρύθμιση του συναισθήματος είναι ένα σημαντικό συστατικό των διαφορών μεταξύ των ατόμων (Fox, 1994).

Με τον όρο «**συναίσθημα**», δεν εννοούμε μόνο τα απλά συναισθήματα. Είναι μία πλειάδα ψυχολογικών και βιολογικών χαρακτηριστικών τα οποία συνιστούν μία ομάδα γύρω από μία συγκεκριμένη κατάσταση επιρροής, και περιλαμβάνουν χαρακτηριστικές σκέψεις, κίνητρα, τάσεις αντίδρασης και σωματικές αλλαγές. Με τον όρο «**ρύθμιση συναισθήματος**», εννοούμε όλες τις διαδικασίες- ασυναφείς και «φυσικές», συνειδητές και ασυνειδητές- που είναι υπεύθυνες για τον έλεγχο, την εκδήλωση, την αξιολόγηση, την τροποποίηση των συναισθηματικών αντιδράσεων και φυσικά τα αποτελέσματά τους (Gross, 2007).

Τα συναισθήματα θεωρούνται ως έντονα πάθη που έρχονται και φεύγουν περισσότερο ή λιγότερο αυτοβούλως. Παρόλα αυτά, εκτιμάται ότι οι άνθρωποι ασκούν σημαντικό έλεγχο στα συναισθήματά τους, χρησιμοποιώντας ένα ευρύ φάσμα στρατηγικών, προκειμένου να επηρεάσουν ποια συναισθήματα θα έχουν και πότε (Gross, 1998, όπως αναφέρεται στον Gross & John, 2003).

Η Frijda (1986) ταξινόμησε διάφορα είδη ρύθμισης συναισθήματος, από τη σύγκρουση με συναισθηματικά γεγονότα με την αξιολόγηση αυτών των γεγονότων

και των συναισθημάτων που προκαλούν, με την καταπίεση ή ενίσχυση των συναισθημάτων και κινήτρων, με τον έλεγχο, τη διαμόρφωση, ή την αντικατάσταση των αποκάλυπτων αντιδράσεων. Η ρύθμιση του συναισθήματος μπορεί και γίνεται με πολλούς τρόπους και σε πολλά σημεία κατά τη διάρκεια της εμπειρίας ενός συναισθήματος. Επίσης, η «ρύθμιση» υπαινίσσεται την ελεύθερη επιλογή, αλλά οι επιδράσεις στη ρύθμιση του συναισθήματος συχνά γίνονται αυτόματα (Gross, 2007).

Η ρύθμιση του συναισθήματος μπορεί να περιλαμβάνει τη διατήρηση και την ενίσχυση της συναισθηματικής έκρηξης, καθώς επίσης και την αναστολή ή την καταστολή τους. Επιπλέον, περιλαμβάνει όχι μόνο τις απαιτούμενες στρατηγικές της αυτο-διαχείρισης του συναισθήματος, αλλά και τις διάφορες εξωτερικές επιρροές, μέσω των οποίων ρυθμίζεται το συναίσθημα. Πολλές φορές επηρεάζει το ξεχωριστό συναίσθημα που νιώθει το άτομο, δηλαδή επιδρά στα έντονα χαρακτηριστικά του συναισθήματος αυτού. Με άλλα λόγια, κάποιες πλευρές της διαχείρισης του συναισθήματος καταστέλλουν (ή ενισχύουν) την ένταση του συναισθήματος που βιώνει το άτομο, επιβραδύνουν (ή επιταχύνουν) την εκδήλωση ή την αποκατάσταση, περιορίζουν (ή ενισχύουν) τη διάρκειά του στο χρόνο, μειώνουν (ή αυξάνουν) το εύρος του συναισθήματος και επηρεάζουν άλλα ποιοτικά χαρακτηριστικά της συναισθηματικής αντίδρασης. Τέλος, η ρύθμιση του συναισθήματος θα πρέπει να μελετηθεί λειτουργικά, δηλαδή στα πλαίσια των στόχων του ρυθμιστή για μία συγκεκριμένη κατάσταση. Αυτοί οι στόχοι μπορεί να είναι ποικίλοι και να αλλάζουν.

Ίσως το κεντρικότερο προσδιοριστικό «αδιέξοδο» σχετικά με τη ρύθμιση του συναισθήματος είναι το *τι* είναι αυτό που ρυθμίζεται, όταν μιλάμε για διαχείριση του συναισθήματος. Εξαιτίας του ότι το συναίσθημα είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο (συμπεριλαμβανομένης και της σωματικής έξαρσης, της νευρολογικής ενεργοποίησης, της γνωστικής αξιολόγησης και των διαδικασιών προσοχής),

υπάρχουν ποικίλοι τρόποι διαχείρισής του και η προσεκτική εξέταση αυτών των τρόπων αποκαλύπτει ότι ο όρος «ρύθμιση του συναισθήματος» αναφέρεται σε ποικίλες διαδικασίες που δε συνδέονται στενά μεταξύ τους (Fox, 1994).

1.2.2 ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

Τα συναισθήματα συχνά φαίνεται να μας «επιβάλλονται» από εξωτερικά γεγονότα που δε μπορούμε να ελέγξουμε. Οι άνθρωποι στην ουσία ακούν σημαντική επίδραση πάνω στα συναισθήματά τους. Πολλές στρατηγικές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη ρύθμιση των συναισθημάτων και τα άτομα διαφέρουν αρκετά αναφορικά με το ποιες διαλέγουν να χρησιμοποιήσουν. Θα πρέπει όμως να αξιολογηθούν βάσει των στόχων που έχουν τα άτομα για τη συγκεκριμένη κατάσταση. Επειδή τα συναισθήματα ξετυλίγονται σταδιακά, οι στρατηγικές της ρύθμισης του συναισθήματος μπορούν να διαφοροποιηθούν από την άποψη του πότε θα επιδράσουν για πρώτη φορά στη διαδικασία παραγωγής συναισθημάτων.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται πέντε κατηγορίες συγκεκριμένων στρατηγικών που μπορούν να τοποθετηθούν στο χρονικό πλαίσιο του μηχανισμού του συναισθήματος (Gross, 1998, 2001, όπως αναφέρεται στον Gross, 2007). Συγκεκριμένα, η *αποφυγή* (situation selection- avoidance) αναφέρεται στην αποφυγή συγκεκριμένων ανθρώπων, τοποθεσιών ή δραστηριοτήτων, με σκοπό τον περιορισμό της έκθεσης του ατόμου σε καταστάσεις που είναι πιθανό να προκαλέσουν αρνητικά συναισθήματα. Εφόσον «επιλεχθεί», η *αλλαγή κατάστασης* (self-assertion) λειτουργεί αλλάζοντας μία κατάσταση, προκειμένου να μειωθεί η αρνητική της επίδραση. Ακόμη, οι καταστάσεις έχουν πολλές διαφορετικές πλευρές και έτσι, μπορεί να

χρησιμοποιηθεί η *ανάπτυξη της προσοχής* (attentional deployment) για την εστίαση σε λιγότερο αρνητικές πλευρές της κατάστασης.

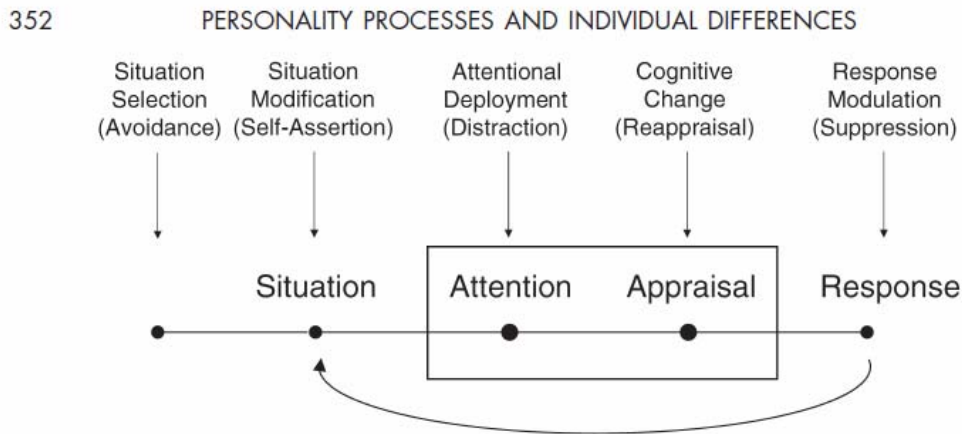


FIGURE 17.1. A process model of emotion regulation. Individual differences in emotion regulation may arise at five points in the emotion-generative process: (1) selection of the situation, (2) modification of the situation, (3) deployment of attention, (4) change of cognitions, and (5) modulation of experiential, behavioral, or physiological responses. Specific instantiations of these five families of regulatory strategies (given in parentheses) may be used for the downregulation of negative emotion, as described in the text.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17.1 : Μοντέλο ρύθμισης του συναισθήματος. Ατομικές διαφορές στη ρύθμιση προκύπτουν από 5 καταστάσεις: την αποφυγή, την αλλαγή κατάστασης, την απόσπαση προσοχής, την επαναξιολόγηση και την καταπίεση των συναισθημάτων.

(Gross, 2007)

Μετά την εστίαση σε μία συγκεκριμένη πλευρά της κατάστασης, η *γνωστική αλλαγή (επαναξιολόγηση)* [cognitive change/ reappraisal] αναφέρεται στην δημιουργία ενός πιο θετικού μηνύματος που μπορεί να προσδοθεί σε αυτή την κατάσταση. Τέλος, ο *συντονισμός της αντίδρασης (καταπίεση του συναισθήματος)* [response modulation/ suppression] αναφέρεται σε πολλές προσπάθειες για επιρροή στις τάσεις ερεθίσματος – αντίδρασης, μόλις αυτές «εκμαιευθούν».

Οι άνθρωποι χρησιμοποιούν πέντε περιπτώσεις συγκεκριμένων στρατηγικών για να επιτύχουν τη ρύθμιση του συναισθήματός τους στην καθημερινή ζωή: τη

μείωση των συναισθημάτων που έχουν αρνητική ισχύ, όπως το άγχος, ο φόβος, η λύπη και ο θυμός (Gross, Richards, & John, 2006, όπως αναφέρεται στον Gross, 2007).

Αυτές οι πέντε στρατηγικές μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εννοιολογικό πλαίσιο για την ανάλυση ποικίλων κατασκευών, οι οποίες επιλέγονται από τρία θεωρητικά πρότυπα: 1) ευρεία χαρακτηριστικά προσωπικότητας, 2) δυναμικές προσεγγίσεις που περιλαμβάνουν τρόπους αντιμετώπισης και την ενήλικη προσκόλληση και 3) κοινωνιο-γνωστικές προσεγγίσεις. Επειδή όμως δεν υπάρχουν πολλά στοιχεία σχετικά με τις διαφορές ανάμεσα στα άτομα σε αυτά τα είδη ρύθμισης συναισθήματος, οι Gross & John, 2003 (όπως αναφέρεται στον Gross, 2007), εξέτασαν εάν υπάρχουν λογικές ατομικές διαφορές στη χρήση της **επαναξιολόγησης** (reappraisal) και της **καταπίεσης των συναισθημάτων** (suppression), και το πώς αυτές σχετίζονται με την υγιή προσαρμογή: το θετικό και αρνητικό συναίσθημα, η επίγνωση, οι σχέσεις και η ευημερία. Τα ευρήματα αυτά, τα οποία παρατίθενται συνοπτικά στον *Πίνακα 17.2*, ήταν σύμφωνα με τις υποθέσεις στο μοντέλο του *Πίνακα 17.1* και με πειραματικά αποτελέσματα που είχαν εξαχθεί νωρίτερα.

Ειδικότερα, στον παρακάτω πίνακα φαίνονται τα εξής ευρήματα: η επαναξιολόγηση- η οποία προκύπτει νωρίς στην διαδικασία παραγωγής συναισθημάτων, πριν από το συναίσθημα- ενώ οι τάσεις αντίδρασης έχουν διαμορφωθεί πλήρως-, επιτρέπει την τροποποίηση και την επανακατηγοριοποίηση ολόκληρης της συναισθηματικής διαδικασίας, της κατάστασης ή του γεγονότος που προκαλεί το συναίσθημα- χωρίς σημαντικό σωματικό, γνωστικό ή διαπροσωπικό κόστος-, έτσι ώστε να αλλάξει το νόημά της ή η συναισθηματική της αξία.

Αντίθετα, η καταπίεση του συναισθήματος- η οποία προκύπτει αργότερα στη διαδικασία παραγωγής συναισθημάτων-, αρχικά τροποποιεί τη συμπεριφορική διάσταση των τάσεων συναισθηματικής αντίδρασης, χωρίς τη μείωση της εμπειρίας του αρνητικού συναισθήματος. Ακριβώς επειδή προκύπτει αργότερα στη διαδικασία παραγωγής συναισθημάτων, η συναισθηματική καταπίεση απαιτεί από το άτομο να προσπαθήσει πολύ να διαχειριστεί τις τάσεις του για αντίδραση, καθώς αυτές αυξάνονται διαρκώς, χρησιμοποιώντας γνωστικές πηγές που θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν για την καλύτερη επίδοση στα κοινωνικά πλαίσια από τα οποία προκύπτουν τα συναισθήματα.

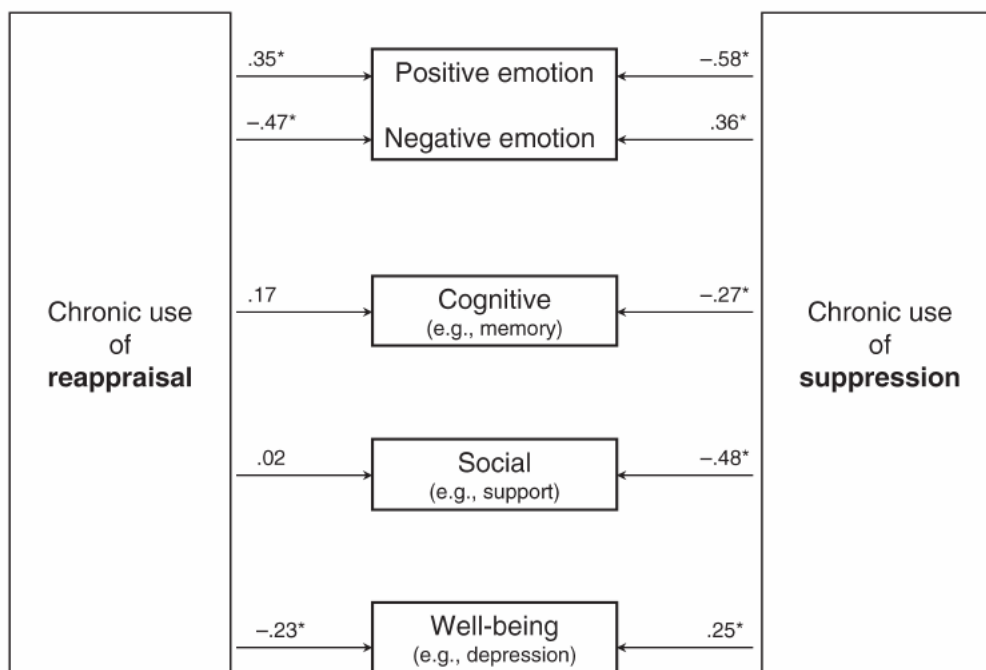


FIGURE 17.2. Summary of previous research (see Gross & John, 2003; John & Gross, 2004) on individual differences in the chronic use of reappraisal and suppression: Differential associations with emotion experience, cognition, relationships, and well-being. Specific correlations in the figure refer to the illustrative variables given in parentheses. For example, use of reappraisal correlated $-.23$ with depression and use of suppression correlated $.25$.* $p < .05$.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17.2 : Σύνοψη των ατομικών διαφορών στη χρόνια χρήση της επαναξιολόγησης και καταπίεσης του συναισθήματος: διαφοροποιητικές σχέσεις μεταξύ συναισθηματικής εμπειρίας, σχέσεων και ευεξίας.

(Gross, 2007)

Επιπρόσθετα, η συναισθηματική καταπίεση δημιουργεί μία αίσθηση ασυμφωνίας ανάμεσα στην εσωτερική και εξωτερική έκφραση, οδηγώντας σε αρνητικά συναισθήματα για τον εαυτό, και στην απομόνωση του ατόμου από τους άλλους, εμποδίζοντας έτσι την ανάπτυξη στενών συναισθηματικών σχέσεων (John & Gross, 2004, όπως αναφέρεται στον Gross, 2007). Επομένως, οι στρατηγικές συναισθηματικής καταπίεσης περιλαμβάνουν τη μείωση ή καταπίεση των συναισθηματικών αντιδράσεων, είτε την αύξηση ή βελτίωσή τους, βάσει του πόσο σημαντικό και βοηθητικό είναι το συναίσθημα για την παρούσα κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο (Gross, 2007).

1.2.3 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

Η προσωπικότητα/ ψυχισμός (temperament) είναι οι βασισμένες στην ιδιοσυγκρασία ατομικές διαφορές στην αντιδραστικότητα και τη ρύθμιση του συναισθήματος, στον τομέα της επίδρασης, της ενεργητικότητας και της προσοχής. Έχει βιολογική βάση και επηρεάζεται από την κληρονομικότητα, την ωρίμανση και την εμπειρία. Η ρύθμιση των συναισθημάτων αποτελεί την τροποποίηση μίας συναισθηματικής αντίδρασης, συμπεριλαμβανομένης και της απώθησης και της ενεργοποίησης. Περιλαμβάνει στρατηγικές προσοχής που εφαρμόζονται μετά από έλεγχο, όπως επίσης και τις τροποποιητικές επιδράσεις άλλων συναισθημάτων. Η προσωπικότητα και η ρύθμιση του συναισθήματος δεν θεωρούνται ξεχωριστές οντότητες, ούτε θεωρείται πως ο ψυχισμός προκαλεί τη ρύθμιση του συναισθήματος ή το αντίστροφο. Στην ουσία, οι ατομικές διαφορές του ψυχισμού αναφέρονται σε μία

ισορροπία ανάμεσα στις συναισθηματικές τάσεις και την εκτελεστική προσοχή. Οι στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος εξελίσσονται πέρα από τον ψυχισμό, παρά το ότι τα χαρακτηριστικά του μπορεί να επηρεάζουν την ανάπτυξή τους.

Η ρύθμιση του συναισθήματος μπορεί να αναφέρεται στο πώς τα συναισθήματα ρυθμίζουν άλλες αντιδράσεις ή στο πώς μπορεί να ρυθμίζονται τα ίδια. Όσον αφορά στον ψυχισμό, θα πρέπει να ξεκαθαριστεί το πώς ένα σύστημα συναισθημάτων επηρεάζει ένα άλλο, και πώς επηρεάζει και επηρεάζεται από την προσοχή. Υπάρχουν κάποιες «ψυχικές κατασκευές» που έχουν μεγάλη σχέση με τη ρύθμιση του συναισθήματος, όπως η επιμονή, η συμπεριφορική παρεμπόδιση, η προσαρμοστικότητα και ο έλεγχος (Gross, 2007).

1.2.4 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΣΥΝΕΙΔΗΤΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

Μέχρι σήμερα, η έρευνα αναφορικά με τη ρύθμιση του συναισθήματος έχει εστιάσει κυρίως στα σκόπιμα και συνειδητά είδη ρύθμισης (Gross, 1999; see Jackson et al., 2003, όπως αναφέρεται στον Gross, 2007). Όμως, έχει γίνει σημαντική πρόοδος στη μελέτη των ασυνείδητων μορφών αυτο-ρύθμισης, κατά την οποία φάνηκε πως υπάρχουν κάποιοι αυτο-ρυθμιστικοί μηχανισμοί που λειτουργούν ανεξάρτητα από τον συνειδητό έλεγχο. Για παράδειγμα οι αυτόματες αξιολογικές διαδικασίες ενεργούν αυτομάτως και μη εσκεμμένα, για να αποκωδικοποιήσουν σχεδόν όλα τα εισερχόμενα ερεθίσματα, με αρνητικό ή θετικό σθένος. Όπως όλες οι μορφές συνειδητής αυτο-ρύθμισης, έτσι και οι αυτόματες αξιολογικές διαδικασίες κρατούν το άτομο προσκολλημένο στο περιβάλλον του, ενώ η συνειδητή προσοχή μπορεί να είναι εστιασμένη αλλού.

Ένα δεύτερο είδος ασυνείδητης αυτο-ρύθμισης παρέχεται με αυτόματους συνδέσμους μεταξύ των αντιληπτικών και συμπεριφορικών αναπαραστάσεων, τέτοιους ώστε, η αντίληψη της συμπεριφοράς ενός ατόμου οδηγεί στη μίμηση αυτής της συμπεριφοράς και από άλλα άτομα.

Το πιο σημαντικό είδος αυτο-ρύθμισης είναι η *ασυνείδητη αναζήτηση στόχου* (Bargh & Gollwitzer, 1994, όπως αναφέρεται στον Gross, 2007). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, οι στόχοι ρύθμισης του συναισθήματος μοιάζουν με νοητικές αναπαραστάσεις. Περιέχουν πληροφορίες αναφορικά με το πότε και το πώς ακολουθείται ένας στόχος, πόσο πιθανή είναι η επιτυχία, η αξία του στόχου κλπ. Οι στόχοι ως νοητικές αναπαραστάσεις μπορούν να συσχετιστούν αυτόματα με άλλες αναπαραστάσεις, όσο είναι ταυτόχρονα ενεργές στη μνήμη.

1.2.5 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

Σύμφωνα με τη θεωρία προσκόλλησης (Cassidy & Kobak, 1988; Main, 1990; Shaver & Mikulincer, 2002, όπως αναφέρεται στον Gross, 2007), τα είδη προσκόλλησης περιλαμβάνουν ποικίλες γνωστικές και συμπεριφορικές κινήσεις (maneuvers), οι οποίες μπορεί να αλλάζουν, να εμποδίζουν ή να καταπιέζουν την παραγωγή, την ενεργοποίηση και την έκφραση των συναισθημάτων. Αυτές οι στρατηγικές ελέγχουν τη διαδικασία της ρύθμισης του συναισθήματος και διαμορφώνουν τα συναισθήματα, τις αξιολογήσεις και τις τάσεις για δράση. Το μοντέλο του μηχανισμού των συναισθημάτων, των Shaver, Schwartz, Kirson & O'Connor's (1987), (όπως αναφέρεται στον Gross, 2007), βασίζεται στις θεωρητικές

μελέτες και στις «θεωρίες» των ατόμων για της συναισθηματικές τους εμπειρίες και χρησιμοποιήθηκε για να την κατανόηση της έννοιας των συναισθημάτων και την συναισθηματικής ανάπτυξης.

Στο μοντέλο, τα συναισθήματα θεωρούνται ως οργανωμένα σύνολα σκέψης και οι τάσεις δράσης δημιουργούνται από την αξιολόγηση των εξωτερικών και εσωτερικών γεγονότων, σε σχέση με τους στόχους του ατόμου. Τα συναισθήματα που προκύπτουν, βιώνονται και εκφράζονται μέσα από αλλαγές στη γνωστική προσβασιμότητα των διάφορων νοητικών αντικειμένων ανάλυσης και στις τάσεις δράσης, τις συμπεριφορές και τα υποκειμενικά συναισθήματα (Oatley & Jenkins, 1996, όπως αναφέρεται στον Gross, 2007). Η παραγωγή και η έκφραση των συναισθημάτων επηρεάζονται από τις προσπάθειες για τη ρύθμισή τους, οι οποίες μπορεί να αλλάζουν, να εμποδίζουν ή να καταπιέζουν την αξιολόγηση, τις τάσεις για δράση και τα υποκειμενικά συναισθήματα.

Σύμφωνα με το μοντέλο των Shaver et al. (1987) (όπως αναφέρεται στον Gross, 2007), οι προσπάθειες ρύθμισης μπορούν να κατευθυνθούν προς διάφορα σημεία του μηχανισμού των συναισθημάτων. Οι πιο άμεσες ρυθμιστικές κινήσεις είναι οι προσπάθειες αλλαγής ή τερματισμού των γεγονότων που προκάλεσαν το συναίσθημα. Επίσης, οι ρυθμιστικές κινήσεις μπορούν να συσχετιστούν (directed) με τις αξιολογήσεις που συνδέουν τα εξωτερικά γεγονότα με τις συναισθηματικές αντιδράσεις.

Η αξιολόγηση μπορεί να οδηγήσει στην επίλυση του προβλήματος με το να χαλαρώσει το άτομο ώστε αυτό να μπορέσει να χειριστεί σωστά το πρόβλημα που αντιμετωπίζει. Όταν η αξιολόγηση είναι ελλιπής για την εξάλειψη των αρνητικών συναισθημάτων, οι προσπάθειες ρύθμισης κατευθύνονται προς το ίδιο το συναίσθημα και μπορούν να διαχωρίσουν το συναίσθημα από το πώς αυτό εμφανίζεται στη

σκέψη, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές. Στην ουσία, η πρόσβαση του συναισθήματος στη συναίσθηση μπορεί να εμποδιστεί και να καταπιεστεί η υπερβολική έκφρασή του.

1.2.6 ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

Σύμφωνα με τον Gross, 1998 (όπως αναφέρεται στον Gross, 2007), οι πιθανοί στόχοι της ρύθμισης του συναισθήματος περιλαμβάνουν κάθε στοιχείο στη συναισθηματική αλληλουχία (sequence): την επιλογή της κατάστασης και την αλλαγή, την ανάπτυξη προσοχής, την γνωστική αλλαγή και το συντονισμό της αντίδρασης. Οι συναισθηματικές μνήμες παραμένουν ενεργές για κάποιο διάστημα μετά από κάθε συναισθηματική αλληλουχία, και παρόλα αυτά επηρεάζουν το άτομο πέρα από αυτή. Έτσι, «ενεργοποιούνται» οι προσπάθειες για ρύθμιση, οι περισσότερες από τις οποίες περιλαμβάνουν την επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση. Αυτό σχετίζεται με την άποψη, σύμφωνα με την οποία ο ορισμός της ρύθμισης του συναισθήματος περιλαμβάνει «αλλαγές σε αυτό καθεαυτό το συναίσθημα ή σε άλλες συναισθηματικές διαδικασίες, όπως η μνήμη ή η κοινωνική αλληλεπίδραση» (Cole, Martin, & Dennis, 2004, όπως αναφέρεται στον Gross, 2007).

Ενώ οι ψυχολόγοι που διερευνούν τα προβλήματα των ενηλίκων θεωρούν ότι η ρύθμιση του συναισθήματος είναι μία διαδικασία που προκύπτει στο άτομο οπωσδήποτε, οι αναπτυξιακοί ψυχολόγοι καταδεικνύουν τη σημασία της ρύθμισης του συναισθήματος στις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των παιδιών. Το χάσμα μεταξύ αυτών των σημείων μπορεί να καλυφθεί με τη «θεωρία» της εξέλιξης από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή, βάσει της οποίας εξελίσσεται με τα χρόνια η ικανότητα της αυτο-ρύθμισης του συναισθήματος. Όμως, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ώριμες ψυχολογικές διαδικασίες, από ατομικιστικής άποψης. Λόγω της

σημαντικής εμπλοκής των «τροφών» (caregivers) στη ρύθμιση της συναισθηματικής ζωής ενός παιδιού, υπάρχει η αβεβαιότητα για το αν τα συναισθήματα των ενηλίκων ρυθμίζονται αποκλειστικά από τους ίδιους.

1.2.7 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

Διάφορες έρευνες αποδεικνύουν πως τα άτομα που εκφράζουν τα συναισθήματά τους και τα μοιράζονται με τους οικείους τους, φαίνεται να ευνοούνται περισσότερο σε σύγκριση με αυτά που μοιράζονται απλά γεγονότα ή μη-συναισθηματικές εμπειρίες. Θεωρούν τη συναισθηματική τους έκφραση ως θετική, καθώς τους ανακουφίζει συναισθηματικά, τους βοηθά γνωστικά, αλλά και στο επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων, καθώς η αντίδραση του «δέκτη» των πληροφοριών τους είναι θετική. Από τη μία, η συναισθηματική έκφραση δε μετριάζει το φορτίο της εκπεφρασμένης συναισθηματικής εμπειρίας, αλλά από την άλλη, τα άτομα που εκφράζονται συναισθηματικά εμφανίζονται ευνοημένα. Οι άνθρωποι γενικά, έχουν την τάση να μοιράζονται τα συναισθήματά τους, όσο αρνητικά και αν είναι αυτά.

1.2.8 Η ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΣΤΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

Η έκφραση του συναισθήματος περιλαμβάνει απαραίτητα την επαναδραστηριοποίηση της συναισθηματικής εμπειρίας. Στην περίπτωση όμως κάποιου αρνητικού συναισθήματος, η έκφρασή του μπορεί να είναι μη επιθυμητή. Παρόλα αυτά, οι άνθρωποι είναι αρκετά πρόθυμοι να μοιραστούν τα συναισθήματά

τους, ανεξάρτητα από το πόσο αρνητική ήταν η εμπειρία τους. Υποθέτουν γενικά πως λειτουργώντας με αυτό τον τρόπο, ανακουφίζονται συναισθηματικά λόγω του ότι μοιράστηκαν την εμπειρία τους.

Η αξιολόγηση της επίδρασης μίας συναισθηματικής εμπειρίας φανερώνει την ποικιλία των αναγκών ρύθμισης που εμπλέκονται. Αυτές περιλαμβάνουν κοινωνιο-επιδραστικές (socio-affective), γνωστικές ανάγκες και ανάγκες για δράση. Τα κίνητρα που «επικαλούνται» οι άνθρωποι για την έκφραση των συναισθημάτων τους σχετίζονται με την ανάγκη τους για βοήθεια και υποστήριξη, παρηγοριά, προσοχή, αποδοχή, κατανόηση, συμβουλές και λύσεις. Οι αντιδράσεις των «ακροατών» στη συναισθηματική έκφραση των άλλων, ικανοποιούν αυτές τις προσδοκίες, καθώς περιλαμβάνουν την προσοχή, το ενδιαφέρον, την κατανόηση, την υποστήριξη, τη μη λεκτική παρηγοριά και τη βοήθεια.

Η έκφραση καλύπτει ιδιαίτερα τις ανάγκες κοινωνιο-επιδραστικής ρύθμισης που προκύπτουν από τις συναισθηματικές εμπειρίες. Αντιθέτως, οι γνωστικές ανάγκες αντιπαρέρχονται τη συναισθηματική έκφραση. Οι σημαντικές πλευρές της γνωστικής ρύθμισης της συναισθηματικής εμπειρίας- η εγκατάλειψη των στόχων, η αναδιοργάνωση των κινήτρων, η αναδιατύπωση και η νέα αξιολόγηση του συναισθηματικού γεγονότος- απλά απουσιάζουν από τα κίνητρα. Όμως, η εγκατάλειψη των στόχων, η επαναδημιουργία του νοήματος, η αναδιατύπωση, ή η επαναξιολόγηση του γεγονότος, είναι όλες ανάγκες που θα μπορούσαν να ωφεληθούν από τη συμβολή των διαπροσωπικών συμβολικών αλληλεπιδράσεων.

Οι άνθρωποι μοιράζονται τα συναισθήματά τους πρόθυμα μετά από μία συναισθηματική εμπειρία, λόγω της κοινωνιο-επιδραστικής «συνεισφοράς» των ακροατών τους προς αυτούς, και επειδή συντελούν στην ικανοποίηση των αναγκών τους για κοινωνιο-επιδραστική ρύθμιση. Οι επιδράσεις της επαναδραστηριοποίησης

διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαπροσωπική δυναμική που υποκινεί η συναισθηματική έκφραση. Στην πραγματικότητα, όσο περισσότερο νιώθει και εκφράζει κανείς τα συναισθήματά του, τόσο ο ακροατής ανταποκρίνεται σε κοινωνιο-επιδραστικό επίπεδο, παρέχοντας βοήθεια και υποστήριξη, συμπαράσταση, αναγνώριση, προσοχή, συμπάθεια, συμβουλές και λύσεις. Η συναισθηματική έκφραση έχει την ικανότητα να αμβλύνει τα αποτελέσματα των αρνητικών συναισθηματικών επεισοδίων που προκύπτουν από τις ανεπιβεβαίωτες προσδοκίες, οι οποίες εκδηλώνονται σε περιπτώσεις άγχους, ανασφάλειας, αισθήματος αβοήθητου, αποξένωσης, απώλειας αυτο-εκτίμησης κλπ. Δηλαδή, συμβάλλει στην ανακούφιση από τις παράπλευρες συνέπειες ενός αρνητικού συναισθηματικού επεισοδίου, επαναφέροντας τη συναισθηματική σταθερότητα του ατόμου, έστω και παροδικά. Το γεγονός ότι η συναισθηματική έκφραση συμβάλλει στην άμβλυνση του αρνητικού συναισθηματικού φαινομένου, δε σχετίζεται με τη ρύθμιση των βασικών επιπτώσεων μίας τέτοιας εμπειρίας.

1.2.9 ΣΤΡΕΣ, ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

Η χρόνια έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες σύμφωνα με τον Selye (όπως αναφέρεται στον Gross, 2007), διαφέρει από μία απλή αντίδραση στο στρες που είναι ωφέλιμη. Αυτή σχετίζεται με παθολογικά συμπτώματα, ένα από τα οποία είναι και οι σχετιζόμενες με το στρες ασθένειες. Κοινό στοιχείο των διαταραχών που οφείλονται στην χρόνια έκθεση σε στρεσογόνες καταστάσεις είναι η χρονιότητα. Οι χρόνιοι στρεσογόνοι παράγοντες προκαλούν την «εξάντληση» του οργανισμού και πολλές

φορές η αντίδραση του οργανισμού στο στρες είναι καταστροφική (Munck et al., 1984, όπως αναφέρεται στον Gross, 2007). Η παράταση της αντίδρασης στο στρες οδηγεί σε πολλά παθολογικά προβλήματα. Για παράδειγμα, η χρόνια παρεμπόδιση της λειτουργίας του πεπτικού συστήματος, συμβάλλει στην εμφάνιση διαταραχών «απορρόφησης» της τροφής. Επίσης, ενώ ο οργανισμός μπορεί να προσαρμοστεί στους αυξημένους καρδιακούς παλμούς, οι αυξημένοι καρδιακοί παλμοί για μεγάλο χρονικό διάστημα, αυξάνουν τον κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα.

Σύμφωνα με τον Cannon (όπως αναφέρεται στον Gross, 2007), στην περίπτωση της αντιμετώπιση ενός οξέως στρεσογόνου παράγοντα, η αντίδραση του οργανισμού είναι σημαντική για τη μετέπειτα προσαρμογή στο πρόβλημα. Όμως, κατά τη Selye (όπως αναφέρεται από τον Gross, 2007), στην περίπτωση κάποιου χρόνιου στρεσογόνου παράγοντα, η αντίδραση στο στρες μπορεί να μετατραπεί σε παθολογία που «αντανακλά» στα οργανικά συστήματα. Οι σχετιζόμενες με το στρες ασθένειες δεν αποτελούν άμεσο αποτέλεσμα της υπερέκθεσης σε στρεσογόνους παράγοντες, ή μίας αποτυχίας στην αντίδραση στο στρες. Αντίθετα, οφείλονται στην υπερβολική αντίδραση του οργανισμού στον στρεσογόνο παράγοντα (Gross, 2007).

1.3 ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ

Έχουν διεξαχθεί πολλές έρευνες οι οποίες εστιάζουν στη σχέση της ρύθμισης του συναισθήματος με την ασθένεια. Η ρύθμιση του συναισθήματος διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο και είναι καθοριστική για την πορεία της υγείας ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, όπως ο καρκίνος και οι καρδιαγγειακές ασθένειες. Η καλή ψυχολογική κατάσταση και οι προσπάθειες για θετική σκέψη συμβάλλουν κατά πολύ στην ομαλή και «ευοίωνη» έκβαση της ασθένειας.

Έρευνα των Schmidt, Nachtigall, Wuethrich-Martone & Strauss (2002) μελετά την προσκόλληση σε σχέση με τη χρόνια ασθένεια και την αντιμετώπιση της. Φάνηκε να υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ του είδους προσκόλλησης και των στρατηγικών αντιμετώπισης. Τα άτομα με ασφαλή προσκόλληση παρουσιάζουν αυξημένες προσπάθειες αντιμετώπισης του προβλήματός τους, εν αντιθέσει με άτομα με ανασφαλή ή αποφευκτική. Οι απενεργοποιητικές και υπερδραστηριοποιητικές στρατηγικές ρύθμισης των εμπειριών προσκόλλησης, αποκαλύπτονται στην αντιμετώπιση. Βάσει της έρευνας, υπάρχουν δύο επίπεδα αντιμετώπισης τα οποία διαφοροποιούνται μεταξύ τους. Το ένα συμπίπτει με την επίδραση της ρύθμισης, και συγκεκριμένα με τη ρύθμιση των συναισθημάτων που αφορούν την προσκόλληση. Το άλλο δείχνει μία μεγαλύτερη τάση προς την «εξωτερική» αντιμετώπιση. Ο ασφαλής δεσμός μπορεί να αποτελέσει μία σημαντική εσωτερική πηγή συναισθηματικής προσαρμογής στις χρόνιες ασθένειες (Schmidt et al., 2002).

Άλλη έρευνα ασχολήθηκε με τη μελέτη του κατά πόσον οι ατομικές διαφορές στην απώθηση των συναισθημάτων σχετίζονται με αρνητική συναισθηματική αντίδραση που οφείλεται σε γνωστικό στρεσογόνο παράγοντα. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η απώθηση των συναισθημάτων έχει σχέση με αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις και με μη λειτουργικά είδη ρύθμισης της συναισθηματικής κόπωσης. Επιπλέον, τα υψηλά επίπεδα απώθησης είναι πιθανό να αυξήσουν την εφαρμογή στρατηγικών αποφευκτικής αντιμετώπισης, για τη διαχείριση έντονων γεγονότων. Οι ατομικές διαφορές στη συμπεριφορική απώθηση προβλέπουν διάφορες πλευρές συναισθηματικής αντιδραστικότητας σχετικά με το γνωστικό άγχος (Leen-Feldner et al., 2004).

Ο κίνδυνος εμφάνισης ενός καρδιαγγειακού νοσήματος είναι αυξημένος σε περίπτωση υπερβολικής αντίδρασης στο στρες. Η αυξημένη αρτηριακή πίεση αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες. Κατά τον Lovallo (2005), είναι πολύ σημαντική η αξιολόγηση της στενής σχέσης μεταξύ των συναισθημάτων, της διαμόρφωσης των φυσιολογικών αντιδράσεων στο στρες και των τρόπων που αυτά εμπλέκουν τα συστήματα αντίδρασης, τα οποία μπορούν να επηρεάσουν το σώμα (Lovallo, 2005). Οι άνθρωποι διαφέρουν όσον αφορά στο μέγεθος, τη συχνότητα και τη διάρκεια της καρδιαγγειακής τους αντίδρασης στο στρες.

Ο Denise de Ridder και οι συνεργάτες του (2008), προσπάθησαν να μελετήσουν τη σωματική, συναισθηματική, συμπεριφορική και γνωστική πλευρά ψυχολογικής προσαρμογής στη χρόνια ασθένεια. Συγκεκριμένα, αναφορικά με την ψυχολογική προσαρμογή, συμπεραίνουν πως για να προσαρμοστούν τα άτομα, θα πρέπει να είναι ενεργητικά, να εκφράζουν τα συναισθήματά τους έτσι ώστε να μπορούν να έχουν τη ζωή τους υπό έλεγχο, να εφαρμόζουν στρατηγικές αυτο-

διαχείρισης και να εστιάζουν στη δυναμική θετική έκβαση της υγείας τους. Οι ασθενείς που χρησιμοποιούν αυτές τις στρατηγικές εμφανίζουν καλύτερη προσαρμογή στην ασθένειά τους. Οι σωματικοί και ψυχολογικοί μηχανισμοί εξηγούν την αρνητική επίδραση της ρύθμισης του συναισθήματος μέσω της αποφυγής και μη έκφρασης των συναισθημάτων, στην προσαρμογή στην ασθένεια. Παρά το γεγονός ότι η άρνηση και η μη έκφραση των συναισθημάτων μπορεί να είναι μία χρήσιμη στρατηγική αντιμετώπισης του στρες –το οποίο συνοδεύει τη διάγνωση μίας χρόνιας ασθένειας-, η αποτυχία αναγνώρισης και έκφρασης μπορεί να αφήσει τα συναισθήματα ανεπίλυτα, να επηρεάσει αρνητικά την υγεία των ασθενών, να καθυστερήσει την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας και έτσι να αποτύχει η υιοθέτηση προστατευτικών για την υγεία συμπεριφορών. Οι ασθενείς που σκέφτονται και μιλούν ή γράφουν για το πώς νιώθουν, ανακουφίζονται και δε βιώνουν τόσο έντονα την ασθένειά τους και μπορούν μέσω ενδοσκόπησης να «δουν» γιατί βιώνουν αυτά τα συναισθήματα και πώς η επίδρασή τους μπορεί να περιοριστεί (γνωστική επαναξιολόγηση/cognitive reappraisal). Επιπρόσθετα, η συναισθηματική έκφραση μειώνει το άγχος και επαναφέρει την ψυχοσωματική ισορροπία, ενώ ευνοεί την συναισθηματική αυτο-ρύθμιση.

Στόχος της έρευνας του Goldin et al (2008), ήταν ο έλεγχος ενός μοντέλου ρύθμισης του συναισθήματος, το οποίο προέβλεπε διαφορετικές επιδράσεις των δύο στρατηγικών ρύθμισης: της επαναξιολόγησης και της καταπίεσης των συναισθημάτων. Αυτές αξιολογήθηκαν στα πλαίσια ταινιών των 15 sec. στις οποίες «παρατίθεντο» αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η επαναξιολόγηση μείωνε την αρνητική συναισθηματική εμπειρία, αυξάνοντας τον γνωστικό έλεγχο. Από την άλλη, η συναισθηματική καταπίεση μπορεί να επιτευχθεί στην περίπτωση συναισθηματικά «προκλητικών» καταστάσεων και μπορεί να

διαρκέσει πολύ, προκαλώντας αναστάτωση στην ψυχοσωματική λειτουργία του ατόμου. Η άμεση αντίθεση επαναξιολόγησης- καταπίεσης αποκαλύπτει μεγαλύτερη μείωση της αρνητικής συναισθηματικής εμπειρίας στην περίπτωση της επαναξιολόγησης.

Για πολλά χρόνια, οι ερευνητές υποθέτουν πως η φτωχή συναισθηματική ρύθμιση ή η απουσία συναισθηματικής έκφρασης, προβλέπουν πρόωρο θάνατο λόγω καρκίνου. Πρόσφατα μάλιστα, κάποιοι έχουν αναπτύξει ειδικά εργαλεία αυτο-αναφοράς, έχουν διεξάγει έρευνες για την αξιολόγηση των διάφορων πτυχών της ρύθμισης του συναισθήματος και σιγά σιγά «αποκαλύπτουν» τη σχέση μεταξύ των αυτο-αναφερόμενων συναισθημάτων και παρατήρησης της έκφρασης μέσω της συμπεριφοράς. Οι Giese-Davis και Spiegel (2002) σε μελέτη ασθενών με μεταστατικό καρκίνο στήθους, εξέτασαν τη συναισθηματική ρύθμιση, την ικανότητα αλλαγής στις στρατηγικές ρύθμισης με υποστηρικτική-«εκφραστική» θεραπεία, και το αν αυτές οι στρατηγικές συντελούν στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του στρες. Σε ομαδική θεραπεία υποστήριξης-έκφρασης των ασθενών αυτών, διαπιστώθηκε πως η καταπίεση των συναισθημάτων, η απωθητική-αμυντική στάση, η συγκράτηση και η κόπωση ήταν καταστάσεις σταθερές στο χρόνο, και παρά το ότι κάποιοι ερευνητές συγχέουν τις έννοιες «απόθεση»-«καταπίεση», τα ευρήματα της έρευνας των Giese-Davis και Spiegel έδειξαν πως δεν υπάρχει σχέση μεταξύ τους. Τα άτομα που απωθούν τα συναισθήματά τους (repressors) δε φαίνεται να γνωρίζουν ότι έτσι καταπονούνται και μάλιστα παρουσιάζουν ασυνήθιστα υψηλά επίπεδα αυταπάτης, αδυναμία ανάκλησης αρνητικών γεγονότων και επιμένουν ότι δεν καταπιέζονται ποτέ. Η απόθεση φαίνεται να είναι ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Από την άλλη, οι ασθενείς που καταπιέζουν τα συναισθήματά τους, δεν εκφράζονται, και δεν εκφράζουν κυρίως τα αρνητικά τους συναισθήματα,

αλλά γνωρίζουν ότι νιώθουν κάτι δυσάρεστο. Οι πιθανότητες επιβίωσης αυτών των ασθενών είναι μεγαλύτερες. Η καταπίεσή τους είναι χρόνια, αλλά συνειδητή. Γενικά, οι ασθενείς που εκφράζουν τα συναισθήματά τους επικοινωνούν καλύτερα με το ιατρικό προσωπικό και λαμβάνουν μεγαλύτερη υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους τους που γνωρίζουν αρκετά για τις ανάγκες τους.

Ακόμα μία έρευνα σχετική με τον μεταστατικό καρκίνο του στήθους και τη ρύθμιση του συναισθήματος πραγματοποιήθηκε από την Giese-Davis και τους συνεργάτες της το 2007. Εξέτασαν τη σχέση μεταξύ τριών κατασκευών ρύθμισης του συναισθήματος και τη φυσιολογία των ασθενών με μεταστατικό καρκίνο στήθους. Αξιολογήθηκαν η συστολική και η διαστολική πίεση και οι καρδιακοί παλμοί, ενώ χρησιμοποιήθηκαν οι παράγοντες της απώθησης, καταπίεσης, καταστολής της επιθετικότητας ως προβλεπτικοί παράγοντες της αυτόνομης αντίδρασης. Τα ευρήματα έδειξαν πως η μεγάλη απώθηση του συναισθήματος παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση με την υψηλή διαστολική πίεση. Η απώθηση ως είδος συναισθηματικής ρύθμισης, αποτελεί παράγοντα κινδύνου για υψηλότερη ενεργοποίηση του συμπαθητικού συστήματος και η καταστολή της επιθετικότητας ίσως είναι προστατευτικός παράγοντας για τις γυναίκες με καρκίνο. Τα αποτελέσματα επιδεικνύουν φυσιολογικές αντιθέσεις μεταξύ των ικανοτήτων ρύθμισης του συναισθήματος. Η συναισθηματική απώθηση σχετίζεται με τη γνωστική ανικανότητα αξιολόγησης αυτής της αρνητικής επίδρασης ή του στρες που βιώνει η ασθενής (Weinberger & Davidson, 1994, όπως αναφέρεται στην Giese-Davis et al., 2007), και οι σωστές αντιδράσεις μπορούν να μειώσουν την επίδραση του στρες στο σώμα. Η υψηλή απώθηση έχει σχέση με τη μεγάλη διαστολική πίεση, με ακατάπαυστη καρδιαγγειακή δραστηριότητα και με αντιδραστικότητα στο στρες. Παρόλα αυτά, η καταστολή της επιθετικότητας είναι μία θετική ικανότητα ρύθμισης του

συναίσθηματος που έχει να κάνει με καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα. Η μη καταστολή της, όμως, υποδεικνύει μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης κάποιου καρδιαγγειακού νοσήματος.

Έρευνα των Grossarth-Maticcek και Eysenck (1995), εστίασε στη σχέση μεταξύ της ρύθμισης του συναίσθηματος και της υγείας. Εξετάστηκαν υγιή άτομα για να προβλεφθεί η πιθανότητα θανάτου από καρκίνο, στεφανιαία νόσο και άλλες αιτίες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι ψυχολογικοί παράγοντες που είναι ενσωματωμένοι στην ιδέα της υγιούς προσωπικότητας, επηρεάζουν την ασθένεια και τη θνησιμότητα. Η προσωπικότητα «περιλαμβάνει» την ευαισθησία των ατόμων στο στρες, τις προσπάθειες αντιμετώπισης του προβλήματός τους και τη γενική τους άποψη για τη ζωή. Η αυτο-ρύθμιση είναι αντίθετη του νευρωτισμού, καθώς διαμορφώνει έναν λειτουργικό τρόπο επίλυσης των προβλημάτων, ενώ ο νευρωτισμός συνδέεται με ανικανότητα αντιμετώπισης του στρες και ακατάλληλες συναισθηματικές αντιδράσεις. Στην περίπτωση του καρκίνου μάλιστα, παρατηρείται η τάση καταπίεσης των συναισθημάτων και άρνησης.

Έχει διαπιστωθεί επίσης σε έρευνα των Black και Garbutt (2001), ότι τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια χρόνιου στρες μπορούν να προκαλέσουν καρδιαγγειακά προβλήματα, και συγκεκριμένα αθηροσκλήρωση. Το στρες μειώνει τις κυτοκίνες, όπως και τις πιο σημαντικές ορμόνες του στρες, διαταράσσει την ομαλή αιματική ροή και πίεση, και γενικότερα την ομαλή σωματική και ψυχική λειτουργία, αυξάνοντας τις πιθανότητες εμφάνισης μίας καρδιαγγειακής νόσου.

1.4 ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΡΕΥΝΑ

Στόχος της έρευνας που θα παρατεθεί παρακάτω ήταν η μελέτη του κατά πόσον και με ποιον τρόπο (αρνητικά ή θετικά) σχετίζεται η ρύθμιση του συναισθήματος με την πορεία της υγείας ατόμων που παρουσιάζουν χρόνιο πρόβλημα υγείας, και ειδικότερα τους ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα. Αποσκοπεί δηλαδή στη μέτρηση των ατομικών διαφορών στη χρήση της επαναξιολόγησης και καταπίεσης των συναισθημάτων τους, και στην ανάλυση των μακροπρόθεσμων συνεπειών που συσσωρεύονται, καθώς τα άτομα χρησιμοποιούν αυτές τις στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος. Εξετάζει την πραγματικότητα και τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα που σχετίζονται με αυτές τις ρυθμιστικές διαδικασίες (Gross & John, 2003).

Συγκεκριμένα, χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια σε ασθενείς με χρόνια καρδιοπάθεια, για να διαπιστωθεί το αν η ασθένειά τους επηρεάζει τη συναισθηματική τους κατάσταση και το αντίστροφο, καθώς επίσης και το αν εκφράζουν τα συναισθήματά τους ή όχι, και πόσο αυτό τους βοηθά. Αξιολογήθηκαν δηλαδή τα είδη της ρύθμισης του συναισθήματος: η επαναξιολόγηση του προβλήματος (reappraisal) και η καταπίεση των συναισθημάτων (suppression), σε σχέση με την ασθένεια.

Οι υποθέσεις της έρευνας αφορούσαν στις συνέπειες των ατομικών διαφορών στη χρήση της επαναξιολόγησης και της καταπίεσης των συναισθημάτων. Συγκριτικά με τους ασθενείς που σπάνια επαναξιολογούν τα συναισθήματά τους, εκείνοι που λειτουργούν βάσει αυτής στη ζωή τους, θα έπρεπε να βιώνουν και να εκφράζουν θετικότερα συναισθήματα, και να έχουν μεγαλύτερη ευεξία και καλύτερη ποιότητα

ζωής. Αντίθετα, σε σύγκριση με τους ασθενείς που εκφράζονται σπανίως, εκείνοι που λειτουργούν καταπιέζοντας τα συναισθήματά τους, θα ήταν λογικότερο να βιώνουν και να εκφράζουν λιγότερο θετικά συναισθήματα, να εκφράζουν σε μεγαλύτερο βαθμό αρνητικά συναισθήματα, και να έχουν χαμηλότερα επίπεδα ευεξίας. Θα έπρεπε η ρύθμιση του συναισθήματος να συμβάλλει στην καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία του ασθενούς.

Επιπλέον, υποθέτοντας ότι το ανδρικό φύλο δεν εκφράζει τα συναισθήματά του σε τόσο μεγάλο βαθμό όσο οι γυναίκες, θα ήταν πιο αναμενόμενο τα ευρήματα της έρευνας να υποδείξουν αυξημένο βαθμό συναισθηματικής καταπίεσης από τους άνδρες. Ακόμα μία υπόθεση της έρευνας ήταν η ύπαρξη σχέσης μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της έκφρασης του συναισθήματος, και συγκεκριμένα η διαφορετική αντιμετώπιση της κατάστασης όντας ο ασθενής άγαμος και διαφορετική στην περίπτωση του γάμου και της οικογένειας.

Table 1
Hypothesized Implications of Individual Differences in Use of Reappraisal and of Suppression in Three Domains of Adaptation

Hypothesis domain	Emotion regulation strategy	
	Reappraisal	Suppression
Affective functioning		
Emotion experience		
Positive	Greater	Lesser
Negative	Lesser	No impact or greater
Emotion expression		
Positive	Greater	Lesser
Negative	Lesser	Lesser
Interpersonal functioning	Greater	Lesser
Well-being	Greater	Lesser

Πί

νακας 1 : Υποθετικές επιπτώσεις των ατομικών διαφορών στη χρήση της επαναξιολόγησης και της καταπίεσης των συναισθημάτων, σε τρεις τομείς προσαρμογής.

(Gross & John, 2003)

2. ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1 ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

Στη συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν 102 χρόνια καρδιοπαθείς ($n=102$), από τους οποίους το 61,8% ($n=63$) ήταν άνδρες και το 38,1% ($n=39$) ήταν γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν τα 64,4 έτη ($\mu.o: 64,4$), με τυπική απόκλιση 11,81. Αναφορικά με τη μόρφωση, το 61,8% ($n =63$) είχε την υποχρεωτική μόρφωση, το 23,5% ($n =24$) είχε φοιτήσει μέχρι το λύκειο και το 14,7% ($n =15$) ανέφερε ανώτερη μόρφωση, δηλαδή ΑΕΙ/ΤΕΙ. Από τους συμμετέχοντες, το 37,3% ($n =38$) ήταν μόνοι (είτε σε χηρεία, είτε άγαμοι, είτε σε διάσταση) και το 62,7% ($n =64$) παντρεμένοι. Ο

μέσος όρος των ετών από τη διάγνωση της ασθένειας ήταν $\mu.o=9,41$, με $\tau.a=6,52$ και το ελάχιστο έτος διάγνωσης τα 2 χρόνια. Επιπλέον, το 72,5% ($n =74$) των καρδιοπαθών ανέφεραν ότι έχουν νοσηλευθεί εξαιτίας του προβλήματος υγείας τους.

2.2 ΔΙΑΔΙΑΚΑΣΙΑ

Για τη διεξαγωγή της έρευνας επιλέχθηκαν άτομα με χρόνια καρδιοπάθεια από το νοσοκομείο Π.Α.Γ.Ν.Η και από άλλα ιδρύματα, χωρίς περιορισμό στην ηλικία. Βέβαια, τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι πιο σύνηθες φαινόμενο σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, και γι' αυτό άλλωστε ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν τα 64,4 έτη.

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν άμεσα στους συμμετέχοντες και συλλέχθηκαν μετά από συγκεκριμένη ώρα. Ήταν ανώνυμα, έτσι ώστε να διατηρηθεί το απόρρητο, αλλά και να διασφαλισθεί η ειλικρίνεια των απαντήσεών τους. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν η χρονιότητα της ασθένειάς τους και η απάντηση στις ερωτήσεις από τους ίδιους τους ασθενείς και όχι από κάποιον συγγενή τους.

2.3 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

2.3.1 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ERQ

Για την αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ της ασθένειας και της ρύθμισης του συναισθήματος, χορηγήθηκε στους ασθενείς το ερωτηματολόγιο ρύθμισης συναισθήματος *ERQ (Emotion Regulation Questionnaire)*. Οι ερωτήσεις τίθενται έτσι, ώστε να φαίνεται καθαρά η διαδικασία ρύθμισης που επιδιώξαμε να μετρήσουμε, όπως η ερώτηση «*Ελέγχω τα συναισθήματά μου για την υγεία μου, αλλάζοντας τον τρόπο που σκέφτομαι για αυτή*» (επαναξιολόγηση) και «*Ελέγχω τα συναισθήματά μου για την υγεία μου με το να μην τα εκφράζω*» (καταπίεση).

Εκτός από αυτές τις ερωτήσεις για γενικά συναισθήματα, η κλίμακα επαναξιολόγησης και η κλίμακα καταπίεσης περιελάμβαναν τουλάχιστον μία ερώτηση για τη ρύθμιση αρνητικών συναισθημάτων (λύπη, θυμός) και μία ερώτηση για τη ρύθμιση θετικών συναισθημάτων (χαρά). Ακόμη, δόθηκε προσοχή στο να περιοριστεί η ερώτηση που περιέχει τη σκόπιμη στρατηγική ρύθμισης του συναισθήματος και στο να αποφευχθεί κάποια πιθανή «αναστροφή» με την αναφορά θετικών ή αρνητικών συνεπειών στην κοινωνική λειτουργικότητα ή την ευεξία. Οι δέκα τελικές ερωτήσεις παρατίθενται στον *Πίνακα 2* και μετρήθηκαν σε μία κλίμακα από το 1 (*Διαφωνώ απόλυτα*) έως το 7 (*Συμφωνώ απόλυτα*).

Ο πρώτος παράγοντας προσδιορίζεται από τις ερωτήσεις για την επαναξιολόγηση, συμπεριλαμβάνοντας την ερώτηση κλειδί «*Ελέγχω τα συναισθήματά μου για την υγεία μου, αλλάζοντας τον τρόπο που σκέφτομαι για αυτήν*» με δείκτη εσωτερικής συνοχής (*Alpha Cronbach*) $\alpha=.80$. Ο δεύτερος παράγοντας

προσδιορίζεται από τις ερωτήσεις για την καταπίεση των συναισθημάτων, συμπεριλαμβάνοντας την ερώτηση κλειδί «Ελέγχο τα συναισθήματά μου για την υγεία μου, με το να μην τα εκφράζω» με $\alpha=.82$. Οι ερωτήσεις για τη θετική και αρνητική ρύθμιση του συναισθήματος συνυπάρχουν στους παράγοντες επαναξιολόγησης και καταπίεσης και δε βρέθηκε κάποιος παράγοντας αρνητικού ή θετικού συναισθήματος αυτούσιος. Επιπλέον, η έξι ερωτήσεων κλίμακα επαναξιολόγησης και η τεσσάρων ερωτήσεων κλίμακα καταπίεσης ήταν ανεξάρτητες σε κάθε δείγμα.

Table 2
Sample Characteristics, Varimax Rotated Factor Loadings for the 10 Items on the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), Alpha Reliability, and Scale Intercorrelations in Four Samples (Study 1)

	Sample			
	A	B	C	D
Sample characteristics				
Sample size	791	336	240	116
Mean age (years)	20	20	20	18
% women	67	63	50	66
% African American	05	04	02	0
% Asian American	41	40	24	2
% European American	28	33	56	5
% Latino	09	16	15	0
Reappraisal factor				
1. I control my emotions by changing the way I think about the situation I'm in.	.66	.76	.73	.8
2. When I want to feel less negative emotion, I change the way I'm thinking about the situation.	.83	.73	.82	.8
3. When I want to feel more positive emotion, I change the way I'm thinking about the situation.	.83	.77	.80	.8
4. When I want to feel more positive emotion (such as joy or amusement), I change what I'm thinking about.	.71	.75	.55	.4
5. When I want to feel less negative emotion (such as sadness or anger), I change what I'm thinking about.	.68	.76	.62	.6
6. When I'm faced with a stressful situation, I make myself think about it in a way that helps me stay calm.	.55	.32	.48	.7
Highest of all cross loadings (absolute values)	.14	.14	.15	.1
Internal consistency (alpha)	.80	.77	.75	.8
Suppression factor				
7. I control my emotions by not expressing them.	.83	.78	.85	.8
8. When I am feeling negative emotions, I make sure not to express them.	.76	.73	.73	.6
9. I keep my emotions to myself.	.81	.77	.84	.8
10. When I am feeling positive emotions, I am careful not to express them.	.54	.56	.54	.5
Highest of all cross loadings (absolute values)	.18	.12	.20	.2
Internal consistency (alpha)	.73	.68	.75	.7
Scale intercorrelation	.06	.01	-.04	-.1

Note: Items copyright 1998 by James J. Gross and Oliver P. John. To obtain the most recent ERQ, see author note.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Ερωτήσεις επαναξιολόγησης και καταπίεσης του συναισθήματος του Ερωτηματολογίου Ρύθμισης του Συναισθήματος (ERQ).

(Gross & John, 2003)

2.3.2 ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΕΥΕΞΙΑΣ

Όσον αφορά στα κριτήρια για την υγεία (health measures), χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες Σωματικής Υγείας και Συναισθηματικής Ευεξίας από την RAND 36βαθμη κλίμακα της έρευνας για την υγεία, προκειμένου να αξιολογηθεί η τρέχουσα κατάσταση υγείας. Οι ερωτήσεις της RAND έρευνας για την υγεία ήταν ίδιες με αυτές για τη μελέτη των ιατρικών επιπτώσεων (Medical Outcomes Study), (Ware & Sherbourne, 1992; Stewart & Ware, 1992). Παρόλα αυτά, η έρευνα RAND χρησιμοποίησε μία πιο άμεση διαδικασία βαθμολογίας. Οι τελικές βαθμολογίες κυμαίνονταν από το 0 μέχρι το 100, με τα υψηλότερα σκορ να υποδεικνύουν καλύτερη υγεία. Η κλίμακα της Σωματικής Υγείας περιελάμβανε 10 ερωτήσεις σχετικά με τους τωρινούς περιορισμούς που επέβαλε η κατάσταση της υγείας (π.χ. το να ανεβαίνει ο ασθενής μερικές σειρές από σκαλοπάτια, *Cronbach's a*=.91). Η κλίμακα της Συναισθηματικής Ευεξίας περιελάμβανε 5 ερωτήσεις σχετικά με τα προσωπικά συναισθήματα κατά τη διάρκεια των τεσσάρων τελευταίων εβδομάδων (π.χ. αίσθηση κακοκεφιάς και μελαγχολίας, *Cronbach's a*=.84).

3. ΕΥΡΗΜΑΤΑ

3.1 Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Οι υποθέσεις της έρευνας επιβεβαιώθηκαν από όλες τις αναλύσεις των δεδομένων. Η σωματική υγεία παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την ψυχική υγεία, όπως υποδεικνύει ο δείκτης συσχέτισης *Pearson r* ($r=.47, p<0.01$), αλλά αρνητική συσχέτιση με την καταπίεση των συναισθημάτων ($r=-.34, p<0.01$). Η ψυχική υγεία από την άλλη, σχετίζεται αρνητικά με την καταπίεση των συναισθημάτων ($r=-.18, p<0.01$), αλλά παρουσιάζει τάση για στατιστική σημαντικότητα $.065$ ($p<.05$). Επιπλέον, η υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ ψυχικής υγείας και επαναξιολόγησης του συναισθήματος ($r=.28, p<0.01$). Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 1) παρουσιάζονται τα συγκεκριμένα ευρήματα.

Πίνακας 1

	Σωματική Υγεία	Ψυχική Υγεία
Σωματική Υγεία	-	,468**
Ψυχική Υγεία	,468**	-
Ρύθμιση-Καταπίεση	-,342**	-,183
Ρύθμιση-Επαναξιολόγηση	-	,275**

** . Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0.01 ($p < .01$)

3.2 Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ

Η χρήση του T-Test (Πίνακας 2) για τη μελέτη της σχέσης του φύλου με την υγεία και τη ρύθμιση του συναισθήματος υπέδειξε μεγαλύτερη καταπίεση του συναισθήματος από τους άνδρες ($M= 17,6$ και $SD= 6.00$) σε σύγκριση με τις γυναίκες ($M= 15,4$ και $SD=5,49$). Αναφορικά με την επαναξιολόγηση, τα ευρήματα δεν είναι τόσο σημαντικά, με τους άνδρες να παρουσιάζουν μέσο όρο $28,1$ και τυπική απόκλιση $8,1$, και τις γυναίκες μέσο όρο $28,3$ και τυπική απόκλιση $7,68$. Ακόμη, ελέγχοντας τη σημαντικότητα, παρατηρήθηκε η ύπαρξη δύο τιμών, που αντιστοιχούν στην τιμή p του δίπλευρου ελέγχου. Συγκεκριμένα, φάνηκε πως η καταπίεση των συναισθημάτων παρουσιάζει τάση για στατιστική σημαντικότητα με την υπόθεση των ίσων διακυμάνσεων $.70,(p<.05)$ και με τη μη υπόθεση των ίσων διακυμάνσεων $.65,(p<.05)$.

Πίνακας 2

	Άνδρες ($n=63$)		Γυναίκες ($n=39$)		p
	M	SD	M	SD	
Ρύθμιση-Καταπίεση	17,60	6,00	15,40	5,49	,070* (1) ,065* (2)
Ρύθμιση-Επαναξιολόγηση	28,20	8,20	28,40	7,70	-

*. $p < .05$

- (1). Equal variances assumed.
 (2). Equal variances not assumed.

3.3 Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο των ασθενών (Πίνακας 3), παρουσιάζεται μη στατιστική σημαντικότητα στα ευρήματα των παραγόντων μόρφωσης και υγείας - συναισθηματικής καταπίεσης. Η σωματική υγεία και η επαναξιολόγηση παρουσιάζουν τα πιο χαμηλά ποσοστά και συγκεκριμένα .44, ($p < .05$) (σωματική υγεία) και .41, ($p < .05$) (επαναξιολόγηση). Η καταπίεση των συναισθημάτων έχει .53, ($p < .05$) και η ψυχική υγεία .90, ($p < .05$), άρα τα δύο αυτά στοιχεία δεν είναι στατιστικώς σημαντικά.

Πίνακας 3
(Εκπαίδευση)

	<i>p</i>
Σωματική Υγεία (1)	,435
Ψυχική Υγεία (1)	,904
Ρύθμιση-Καταπίεση (1)	,528
Ρύθμιση-Επαναξιολόγηση (1)	,410

*. $p < .05$

(1). Μεταξύ των ομάδων.

3.4 Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η μελέτη της οικογενειακής κατάστασης σε σχέση με την ασθένεια και τη συναισθηματική ρύθμιση, φανερώνει συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της συναισθηματικής καταπίεσης. Οι παντρεμένοι ασθενείς, αρνούνται σε μεγαλύτερο βαθμό να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και τα καταπιέζουν. Πιο ειδικά, η συσχέτιση είναι μεγαλύτερη αναφορικά με τους παντρεμένους ασθενείς ($M= 17,6$ και $SD= 5,79$) και ελάχιστα λιγότερο με αυτούς που είναι μόνοι ($M= 15,3$ και $SD= 5,83$). Είναι μειωμένη όμως, όταν πρόκειται για την επαναξιολόγηση των συναισθημάτων και την έκφρασή τους. Οι παντρεμένοι διστάζουν να εκφραστούν ($M= 27,6$ και $SD= 8,53$) και οι άγαμοι λίγο λιγότερο ($M= 29,3$ και $SD= 6,78$). Επιπλέον, με την ανάλυση ANOVA, αποδεικνύεται πως υπάρχει συσχέτιση μεταξύ οικογενειακής κατάστασης και σωματικής υγείας ($.35$, [$p<.05$]), όπως επίσης και με την ψυχική υγεία ($.80$, [$p<.05$]). Στατιστικά πολύ σημαντικό εύρημα αποτελεί το $.05$, [$p<.05$], που υποδεικνύει αρκετά μεγάλη συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης-όπως ειπώθηκε και παραπάνω- και συναισθηματικής καταπίεσης. Αντίθετα, το «ζευγάρι» συναισθηματική έκφραση-οικογενειακή κατάσταση δεν αξιολογείται ως στατιστικά σημαντικό εύρημα ($.29$, [$p<.05$]). Ο παρακάτω πίνακας (Πίνακας 4) παρουσιάζει τα σημαντικότερα ευρήματα αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση σε σχέση με τη ρύθμιση του συναισθήματος.

Πίνακας 4
(Οικογενειακή Κατάσταση)

		M	SD	<i>p</i>
Σωματική Υγεία	Μόνοι	-	-	,357
	Παντρεμένοι	-	-	,357
Ψυχική Υγεία	Μόνοι	-	-	,804
	Παντρεμένοι	-	-	,804
Ρύθμιση-Καταπίεση	Μόνοι	15,34	5,83	,058
	Παντρεμένοι	17,62	5,79	,058
Ρύθμιση-Επαναξιολόγηση	Μόνοι	-	-	,296
	Παντρεμένοι	-	-	,296

p < .05

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.1 ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της μελέτης της σχέσης ανάμεσα στις χρόνιες ασθένειες- και συγκεκριμένα τα καρδιαγγειακά νοσήματα- και τη ρύθμιση του συναισθήματος. Στόχος της ήταν να διαπιστωθεί το πώς (αρνητικά ή θετικά) σχετίζεται η χρόνια καρδιοπάθεια με τη ρύθμιση του συναισθήματος. Ειδικότερα, εστίασε στη μελέτη του αν οι ασθενείς επαναξιολογούν τα συναισθήματά τους και τα εκφράζουν, ή αν τα καταπιέζουν. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν το μεγαλύτερο μέρος των υποθέσεών μας , καθώς αποδείχτηκε πως η ρύθμιση του συναισθήματος παρουσιάζει άμεση συσχέτιση με την ασθένεια. Η αυξημένη καταπίεση συμβάλλει στην κακή ποιότητα υγείας, ενώ η ρύθμιση του συναισθήματος έχει θετική σχέση με την υγεία.

Έρευνα των Consedine και Moskowitz (2007) επιβεβαιώνει αυτή τη θέση, αναφέροντας πως τα αρνητικά συναισθήματα προκαλούν αρνητικές συνέπειες στην υγεία του ατόμου με πολλούς τρόπους, όπως λόγω του παρατεταμένου άγχους ή του θυμού, προβλήματα τα οποία καταστρέφουν το καρδιαγγειακό σύστημα και εμποδίζουν την ομαλή λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Ακόμη, ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα διαχειρίζονται το άγχος τους -δηλαδή η έκφραση ή μη έκφρασή του- μπορεί να καθορίσει την εμφάνιση ή όχι κάποιου καρδιαγγειακού νοσήματος. Έτσι, τα αρνητικά συναισθήματα σχετίζονται με τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση τέτοιου είδους ασθενειών, όπως η υπέρταση. Η έκφραση

και η καταπίεση του άγχους συνδέονται με την αύξηση της αρτηριακής πίεσης και την εμφάνισή της (Kubzansky & Kawachi, 2000).

Αντίθετα, τα θετικά συναισθήματα σχετίζονται με χαμηλή αρτηριακή πίεση, άρα και με μειωμένες πιθανότητες εμφάνισης νόσου. Επίσης, προωθούν τις προσαρμοστικές ικανότητες και την αντοχή στην αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων. Στην ουσία, δηλαδή, ο διαδραματίζουν έναν προστατευτικό ρόλο ενάντια στις καρδιαγγειακές ασθένειες. Ο Folkman μάλιστα αναγνωρίζει τρεις μηχανισμούς αντίδρασης που σχετίζονται με τα θετικά συναισθήματα: τη θετική επαναξιολόγηση, την «εστιασμένη στο πρόβλημα» αντιμετώπιση και την ανάκληση θετικών γεγονότων από τη μνήμη. Αυτοί οι τρεις μηχανισμοί εμπλέκονται στην ανάγκη δημιουργίας ή ενίσχυσης του νοήματος της ζωής (Ostir et al, 2006). Σε άλλη έρευνα όπου φοιτητές κλήθηκαν να αναφέρουν κάποιους τρόπους αντιμετώπισης των συναισθημάτων τους και επίσης -σε κάποιο συγκεκριμένο περιστατικό- ποιο συναίσθημα δεν εξέφρασαν, ενέτειναν, θεώρησαν πιο ασήμαντο ή έκρυσαν, διαπιστώθηκε πως τα «κρυμμένα» συναισθήματα ήταν πολύ πιο σημαντικά από τα εκπεφρασμένα και φανέρωναν άγχος και δισταγμό για την αποκάλυψή τους. Ήταν ισχυρώς αρνητικά, ενώ αυτά που οι ίδιοι εξέφρασαν ήταν θετικότερα και εκφράζοντάς τα ένιωθαν ανακούφιση (Hayes & Metts, 2008).

Οι συνέπειες των ατομικών διαφορών στην επαναξιολόγηση είναι ποικίλες, όπως επίσης και στην καταπίεση των συναισθημάτων. Τα άτομα που εκφράζονται συναισθηματικά, χρησιμοποιούν πολύ συχνά μία στρατηγική ρύθμισης των συναισθημάτων τους, η οποία παρεμβαίνει νωρίς στη «διαδικασία παραγωγής συναισθημάτων» (emotion generative process) και μπορεί να τροποποιήσει όχι μόνο αυτό που εκφράζουν μέσω της συμπεριφοράς τους, αλλά και ό,τι νιώθουν και μοιράζονται με τους οικείους τους. Επίσης, διαπραγματεύονται στρεσογόνες

καταστάσεις, με το να υιοθετούν έναν αισιόδοξο τρόπο σκέψης και με το να προσπαθούν να «διορθώσουν» την κακή τους διάθεση. Βιώνουν και εκφράζουν περισσότερα θετικά συναισθήματα από τα άτομα που επαναξιολογούν τις καταστάσεις λιγότερο συχνά. Είναι πιθανότερο να μοιραστούν τα συναισθήματά τους (θετικά και αρνητικά) με τους γύρω τους και δημιουργούν στενές σχέσεις με τους φίλους τους. Επιπλέον, τα άτομα αυτά έχουν λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης και περισσότερη αυτο-εκτίμηση και ικανοποίηση από τη ζωή τους (Gross & John, 2003).

Από την άλλη, οι άνθρωποι που καταπιέζουν όλα αυτά που νιώθουν, χρησιμοποιούν πιο συχνά μία στρατηγική ρύθμισης του συναισθήματος που παρεμβαίνει αργά στη «διαδικασία παραγωγής συναισθημάτων» και μπορεί να τροποποιήσει μόνο ό,τι εκφράζουν με τη συμπεριφορά τους, κάτι που επηρεάζει τη λειτουργικότητά τους. Δε μπορούν να προσδιορίσουν ακριβώς τι νιώθουν, ούτε και να βελτιώσουν τη διάθεσή τους. Λόγω των προσπαθειών τους να μην εκφραστούν, χαρακτηρίζονται από λιγότερα θετικά συναισθήματα. Είναι επιφυλακτικοί στις σχέσεις τους με τους άλλους (Gross & John, 2003). Τα αρνητικά συναισθήματα που δεν εξωτερικεύουν σχετίζονται με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων (Taylor, 1999). Η συναισθηματική καταπίεση μειώνει την υποκειμενική συναισθηματική εμπειρία τους για ένα θετικό συναίσθημα (π.χ. ενθουσιασμός), αλλά όχι για τα αρνητικά συναισθήματα (π.χ. θυμός) (Gross et al., 1997). Τα άτομα που εξωτερικεύουν τα συναισθήματά τους ωφελούνται από την αποδοχή της αρνητικής ανατροφοδότησης, ενώ δεν ισχύει το ίδιο για εκείνα που δε λειτουργούν έτσι. Η μέτρηση των ειδών ρύθμισης του συναισθήματος, επιδρά στη διαδικασία λειτουργίας της αρνητικής ανατροφοδότησης και αυτές οι ατομικές διαφορές έχουν τον αντίστοιχο αντίκτυπο στη γνωστική διαδικασία (Raftery & Bizer, 2009).

Φαίνεται επομένως πως τα άτομα διαφέρουν στη χρήση των δύο ειδών ρύθμισης του συναισθήματος και οι διαφορές είναι ουσιώδεις. Ακόμη, φαίνονται οι μακροπρόθεσμες συνέπειες της «χρήσης» της έκφρασης και της καταπίεσης των συναισθημάτων στην καθημερινή ζωή.

Βάσει της ανάλυσης των δεδομένων, προέκυψε ότι από τα δύο φύλα, οι άνδρες παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά καταπίεσης των συναισθημάτων τους για την ασθένειά τους, συγκριτικά με τις γυναίκες.

Είναι ευρέως διαδεδομένο το στερεότυπο ότι οι γυναίκες είναι «πιο συναισθηματικές» από τους άνδρες. Ειδικότερα, αναμένεται να εκδηλώνουν ευκολότερα τα συναισθήματά τους, δηλαδή, ότι τα ελέγχουν ή τα καλύπτουν λιγότερο, και ότι αναγνωρίζουν με μεγαλύτερη ακρίβεια τις συναισθηματικές εκφράσεις των άλλων. Στην πραγματικότητα, συχνά θεωρείται ότι αυτή η έμφαση που δίνεται στη συναισθηματικότητα είναι ένα σημαντικό στοιχείο του φυλετικού ρόλου της γυναίκας, υπογραμμίζοντας έτσι τις κοινωνικοσυναισθηματικές της ικανότητες, σε αντίθεση με τους άνδρες, οι οποίοι υποτίθεται πως ελέγχουν στενά τα συναισθήματά τους («οι άνδρες δεν κλαίνε») και συνεχίζουν με αυτό που κάνουν (Scherer, 1988, όπως αναφέρεται από τους Hewstone & Stroebe, 2007). Ίσως στους άνδρες να «υποβόσκει» ακόμα και σήμερα η πίστη ότι είναι το ισχυρό φύλο και δεν πρέπει να εκφράζονται, γιατί η έκφραση υποδεικνύει ευαισθησία και αδυναμία, χαρακτηριστικά που είναι συνυφασμένα με τη γυναικεία φύση. Επικρατούσης λοιπόν αυτής της άποψης, αποφεύγουν να εκφράζουν αυτό που νιώθουν και καταπιέζουν τα συναισθήματά τους. Βέβαια, το αν το φύλο ρυθμίζει τη σχέση μεταξύ αρνητικού συναισθήματος και καρδιοπάθειας είναι ένα θέμα που χρειάζεται περαιτέρω έλεγχο και μελέτες για την επιβεβαίωσή του (Kubzansky & Kawachi, 2000).

Επιπλέον, συγκριτικά με τους άνδρες, οι γυναίκες φαίνεται να παρουσιάζουν πιο αρνητικά συναισθήματα και υψηλότερα επίπεδα άγχους (Ross & Mirowsky, 2008). Σε έρευνα της Koch et al. (2007) αξιολογήθηκαν οι διαφορές στη νευρωνική αντίδραση ανδρών και γυναικών αναφορικά με την έκφραση των συναισθημάτων. Παλαιότερα ευρήματα έδειχναν αυξημένη συναισθηματική δραστηριότητα στις γυναίκες και με τη συγκεκριμένη έρευνα φάνηκε πως η αλληλεπίδραση μεταξύ συναισθήματος και μνήμης εργασίας ήταν εντονότερη σε ένα συγκεκριμένο σημείο του εγκεφάλου τους, από ότι ήταν στους άνδρες. Η αλληλεπίδραση μεταξύ της μνήμης εργασίας και των αρνητικών συναισθημάτων έχει σχέση με σχετική υπερδραστηριοποίηση εγκεφαλικών περιοχών που αφορούν στα συναισθήματα. Τα αρνητικά συναισθήματα προκαλούν μεγαλύτερο βαθμό εγκεφαλική δραστηριοποίηση στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες, σε μία συγκεκριμένη περιοχή που έχει να κάνει με αυτά. Επίσης οι ερευνητές απεφάνθησαν πως οι γυναίκες παρουσιάζουν αυξημένη δραστηριότητα στις περιοχές που είναι υπεύθυνες για τη δραστηριοποίηση προϋπαρχόντων αρνητικών συναισθημάτων (Phan, Wager, Taylor, & Liberzon, 2004, όπως αναφέρεται στην Koch K. et al. 2007). Οι μειώσεις στη δραστηριότητα αυτή παρατηρούνται επανειλημμένως στην περίπτωση επιτυχούς ρύθμισης του συναισθήματος (Beauregard et al., 2001; L'evesque et al., 2003; Ochsner et al., 2002; Phan et al., 2005, όπως αναφέρεται στην Koch K. et al. 2007). Αυτό σημαίνει πως όταν τα άτομα μπορούν και διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους μέσω της έκφρασής τους, σταματούν σε μεγάλο βαθμό να υφίστανται τα αρνητικά συναισθήματα.

Έρευνα των Laurent & Powers (2007), αναφέρει πως οι άνδρες που έχουν πολύ στενούς συναισθηματικούς δεσμούς με τη σύζυγό τους, «διατηρούν» την αντίδρασή τους στο στρες. Επίσης, οι άνδρες γενικά δεν «κοινωνικοποιούνται» τόσο

στο συναίσθημα –συγκριτικά με τις γυναίκες- από τους γονείς και τους συνομηλίκους, και έτσι καταπιέζουν τα αρνητικά τους συναισθήματα. Όπως αναφέρουν οι Zlomke & Hahn (2009) [Nolen & Hoeksema, 1987], οι γυναίκες είναι πιθανότερο να εστιάζουν στις συναισθηματικές πτυχές στρεσογόνων εμπειριών και να συζητούν τις συναισθηματικές τους εμπειρίες με τους άλλους, συγκριτικά με το ανδρικό φύλο.

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, οι «εμπλεκόμενοι» σε γάμο παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά συναισθηματικής έκφρασης. Πιθανή εξήγηση του φαινομένου αυτού είναι το ότι όταν κάποιος είναι παντρεμένος και έχει οικογένεια, σκέφτεται πολύ πριν αποφασίσει να μιλήσει για την ασθένειά του και για το πώς νιώθει για αυτήν. Ίσως υπάρχει ο φόβος μεγάλης ανησυχίας από την οικογένεια και τον/την σύντροφό του/της, ο φόβος μην τρομάξουν και γι' αυτό σιωπά. Στις περιπτώσεις που ο ασθενής αναφέρει το πρόβλημα υγείας του, είναι πιθανό να μην αποκαλύπτει τα πάντα, για να έχουν οι συγγενείς του μόνο μία γενική εικόνα της κατάστασης και να μη γνωρίζουν λεπτομέρειες, ώστε να μη θορυβηθούν περισσότερο. Ίσως να σκέφτεται πως βλέποντας την οικογένειά του αναστατωμένη, θα αναστατωθεί και ο ίδιος περισσότερο, κάτι που θα επιβαρύνει την ψυχική και ίσως και τη σωματική του υγεία. Έτσι, προτιμά να διατηρήσει ένα πιο «ήρεμο» κλίμα, καταπιεζόμενος συναισθηματικά. Το συγκεκριμένο εύρημα αποτελεί στοιχείο της συγκεκριμένης έρευνας. Όμως, δεν υπάρχει σχετική βιβλιογραφία στην οποία να γίνεται αναφορά σε αυτό και ίσως χρειάζεται περαιτέρω και πιο διεξοδική μελέτη του, ώστε να διαπιστωθεί η απόλυτη ισχύς του.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης για τη μόρφωση των χρόνιων ασθενών δεν υποδεικνύουν κάποιο στατιστικά σημαντικό εύρημα, απλά τη θετική συσχέτιση μεταξύ σωματικής/ψυχικής υγείας και έκφρασης/καταπίεσης του συναισθήματος. Το

γεγονός ότι κάποιος έχει καλύτερο μορφωτικό επίπεδο από κάποιον άλλο, μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο σκέψης για την ασθένειά του, αλλά όχι απαραίτητα να συμβάλλει στη συναισθηματική του επαναξιολόγηση. Μελετώντας τους μέσους όρους σχετικά με τη συναισθηματική καταπίεση, φάνηκε πως, γενικότερα, οι ασθενείς αποφασίζουν να εκφράσουν ή να καταπιέσουν τα συναισθήματά τους, ανεξαρτήτως μορφωτικού επιπέδου. Παρόλα αυτά, έρευνα των Ross & Mirowsky, (2008) υποδεικνύει πως η μόρφωση συμβάλλει στη μείωση του στρες και στην έκφραση θετικών συναισθημάτων, ενώ άτομα μη επαρκώς ή δίχως μόρφωση, επιδεικνύουν αρνητικά συναισθήματα, τα οποία και δεν εκφράζουν.

Επιπλέον, φαίνεται ότι οι γονείς με οικονομική ευμάρεια, διαθέτουν στα παιδιά τους πολλές δυνατότητες μάθησης (βιβλία, ιδιαίτερα μαθήματα σε διάφορους τομείς, κλπ.), με αποτέλεσμα αυτά να αποκτούν ποικίλες γνωστικές δεξιότητες, συμπεριλαμβανομένης και της ωρίμανσης της συναισθηματικής τους ρύθμισης. Η περιορισμένη πρόσβαση στη γνώση, συντελεί σε ελλείψεις στις δεξιότητες ρύθμισης του συναισθήματος. Η έρευνα των Evans & Rosenbaum (2008), επομένως, υποδεικνύει πως η μόρφωση διαδραματίζει έναν αρκετά καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση των συναισθημάτων, διότι διευρύνει τους γνωστικούς ορίζοντες των ατόμων και έτσι μπορούν να μάθουν ευκολότερα να αναπτύσσουν στρατηγικές έκφρασης και αντιμετώπισης των αρνητικών συναισθημάτων τους.

Από τη συγκεκριμένη έρευνα αποδεικνύεται πως η σωματική και η ψυχική υγεία παρουσιάζουν συσχέτιση με τη ρύθμιση των συναισθημάτων. Η μη συναισθηματική έκφραση συμβάλλει σε υψηλότερα επίπεδα κακής υγείας, είτε σωματικής, είτε ψυχικής. Αντίθετα, η ρύθμιση του συναισθήματος μέσω της επαναξιολόγησής του, παρουσιάζει θετική σχέση με την υγεία. Η έκφραση βοηθά τη σωματική και ψυχική υγεία του ασθενούς να διατηρούνται σε καλό επίπεδο, ενώ το

γεγονός ότι μπορεί να μην εκφράζει αυτά που σκέφτεται και νιώθει, μπορεί να τον καταβάλλει. Οι ασθενείς που μπορούν να διαχειριστούν και να έρθουν αντιμέτωποι με τα συναισθήματά τους εκφράζοντάς τα, έχουν καλύτερη έκβαση στην ασθένειά τους. Αντίθετα, εκείνοι που καταπιέζονται συναισθηματικά και αρνούνται να παραδεχτούν και να μοιραστούν με τους οικείους τους όλα όσα νιώθουν, επηρεάζουν αρνητικά και την υγεία τους. Καταβάλλονται περισσότερο ψυχολογικά, παρουσιάζουν αυξημένο άγχος και δεν εφαρμόζουν στρατηγικές αντιμετώπισης των σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων τους, λόγω και της ελλιπούς ενημέρωσής τους.

4.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ

ΕΡΕΥΝΕΣ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε με σκοπό την εξέταση του αν η ρύθμιση του συναισθήματος επηρεάζει την ψυχική και σωματική υγεία των ατόμων με χρόνια ασθένεια, και συγκεκριμένα με καρδιοπάθεια. Τα αποτελέσματα ήταν αξιόλογα και επιβεβαιώθηκαν οι υποθέσεις μας, καθώς φάνηκε ότι όντως η συναισθηματική έκφραση συντελεί στην καλύτερη υγεία του ασθενούς, ενώ η καταπίεση επιβαρύνει την ψυχική και σωματική του υγεία.

Εν τούτοις, παρουσιάζει κάποιους περιορισμούς που υποδεικνύουν την ανάγκη για την περαιτέρω συγκέντρωση δεδομένων, ανάλυση και αξιολόγησή τους, ώστε να «παραχθεί» μία πιο έγκυρη και αξιόπιστη έρευνα (χωρίς αυτό να αναιρεί την εγκυρότητα και αξιοπιστία της παρούσας). Συγκεκριμένα, στη διεξαγωγή της έρευνας

συμμετείχε μικρός αριθμός ασθενών με χρόνιες ασθένειες ($N=102$). Αυτό σημαίνει πως εξαιτίας του μικρού δείγματος, είναι αυξημένες οι πιθανότητες σφάλματος, οι οποίες θα ήταν μειωμένες στην περίπτωση που τα δεδομένα είχαν συλλεχθεί από περισσότερους συμμετέχοντες.

Ένα ακόμη αρνητικό σημείο είναι το ότι εστιάζει στην επαναξιολόγηση και καταπίεση του συναισθήματος γενικά και όχι σε συγκεκριμένα αρνητικά ή θετικά συναισθήματα που μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο που μπορεί να λειτουργεί το άτομο, δηλαδή το αν συγκεκριμένα συναισθήματα προκαλούν συγκεκριμένες αντιδράσεις (π.χ. ο θυμός [αρνητικό συναίσθημα] δεν εκφράζεται, αντίθετα με τα θετικά συναισθήματα). Επομένως, θα μπορούσαν μελλοντικά να γίνουν έρευνες οι οποίες να εξετάζουν την επαναξιολόγηση και καταπίεση συγκεκριμένων συναισθημάτων, όπως ο θυμός, η λύπη και ο ενθουσιασμός. Η κλίμακα *ERQ* που χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της επαναξιολόγησης και της συναισθηματικής καταπίεσης, μπορεί να χρησιμεύσει και μελλοντικά στην εξαγωγή συμπερασμάτων για τις συνέπειες της ρύθμισης του συναισθήματος μέσω της καταπίεσης και της έκφρασης. Για παράδειγμα, μπορεί να διερευνηθεί το αν η ρύθμιση του συναισθήματος στην περίπτωση μίας ασθένειας επηρεάζεται από την εθνικότητα και τον τρόπο σκέψης της περιοχής όπου ζει ο ασθενής (π.χ. θέμα ταμπού). Επίσης, μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα για το αν οι άνδρες είναι πιο πιθανό να καταπιέζουν τη λύπη τους και όχι τόσο το θυμό τους, όσο οι γυναίκες, ή για το αν υπάρχει η αίσθηση «κατωτερότητας» -λόγω της ασθένειας- περισσότερο στις γυναίκες από ότι στους άνδρες.

Ακόμα ένας περιορισμός της συγκεκριμένης έρευνας είναι το γεγονός ότι η ηλικιακή ομάδα στην οποία απευθύνεται είναι περιορισμένου εύρους και αφορά σε άτομα ενήλικα, κυρίως μέσης και τρίτης ηλικίας. Μπορεί τα καρδιαγγειακά νοσήματα

να αποτελούν σε μεγάλο βαθμό «πρόβλημα» που αντιμετωπίζουν οι «γηραιότεροι», αλλά δεν παύει να αφορά και νεότερα άτομα. Θα ήταν επομένως πολύ ενδιαφέρον να διερευνηθεί το πώς η ασθένεια επηρεάζει τη συναισθηματική έκφραση της κάθε ηλικιακής ομάδας και το πώς η ρύθμιση του συναισθήματος αλληλεπιδρά με την ασθένεια και την έκβασή της. Έτσι, μπορεί να αξιολογηθεί και το αν τα αρνητικά ή θετικά συναισθήματα έχουν μεγαλύτερη σχέση με τη νεαρή ηλικία ή τις μεγαλύτερες ηλικίες.

Επομένως, τα δεδομένα της έρευνας θα μπορούσαν να γίνουν πιο συγκεκριμένα, ώστε να εξαχθούν και πιο συγκεκριμένα συμπεράσματα. Ειδικότερα, θα ήταν ενδιαφέρον να γίνει η έρευνα σε τρεις ηλικιακές ομάδες, με τη μία να περιλαμβάνει τα παιδιά με χρόνια ασθένεια, την άλλη τους εφήβους και την άλλη ενήλικες μέχρι την ηλικία των 50, και να διερευνηθεί το πώς ο διαφορετικός τρόπος σκέψης των τριών ηλικιακών ομάδων μπορεί να επηρεάσει την άποψή τους για την ασθένειά τους, αλλά και το πώς αντιμετωπίζουν την κατάσταση εκφράζοντας ή όχι τα συναισθήματά τους. Στους εφήβους θα ήταν ενδιαφέρον να αξιολογηθεί και το θέμα της επιθετικότητας (αν π.χ. εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά επιθετικότητας οι έφηβοι που καταπιέζουν τα συναισθήματά τους και ξεσπούν επιθετικά εις βάρος συνομηλίκων τους) και της πιθανής εμπλοκής τους στη χρήση ναρκωτικών ουσιών και πώς επηρεάζονται αυτά από τη συναισθηματική ρύθμιση. Στα παιδιά μπορεί να μελετηθεί το πώς εκφράζονται και πώς αντικατοπτρίζονται τα συναισθήματά τους στη ζωή τους και στο τρόπο που αλληλεπιδρούν με τους άλλους. Βάσει αυτής της μελέτης των διάφορων ηλικιακών ομάδων, μπορούν να ελεγχθούν οι προβλέψεις που σχετίζονται με την ηλικία, όπως η πιθανή αύξηση στη χρήση της επαναξιολόγησης και η μείωση της καταπίεσης των συναισθημάτων όσο το άτομο μεγαλώνει και ωριμάζει (Gross et al., 1997, όπως αναφέρεται από τους Gross & John, 2003).

Αναφορικά με το πώς επηρεάζει η ηλικία το συναίσθημα, έρευνα έχει δείξει πως όσο περνούν τα χρόνια, η ποιότητα των συναισθημάτων μπορεί να μετατραπεί από αρνητική σε παθητική και από ενεργητική σε παθητική. Η αλλαγή από αρνητική σε θετική σχετίζεται με την ηλικία ως προοπτική ωριμότητας, ενώ η αλλαγή από ενεργητική σε παθητική, ως προοπτική αλλοίωσης και μείωσης. Τα ευρήματα αυτής υποδεικνύουν πως η ηλικία σχετίζεται θετικά με θετικά συναισθήματα και αρνητικά με ενεργητικά συναισθήματα. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας χαρακτηρίζονται από περισσότερο θετικά και παθητικά συναισθήματα. Θα μπορούσε επομένως να διεξαχθεί έρευνα που θα λαμβάνει υπόψη κάθε ηλικιακή παράμετρο, ώστε να εξαχθούν και ακόμα πιο χρήσιμα συμπεράσματα (Ross & Mirowsky, 2008).

Είναι πολύ σημαντικό οι μελλοντικές έρευνες να συμβάλλουν στην εξειδίκευση της αναπτυξιακής προέλευσης και της διατήρησης των στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος. Για παράδειγμα, έρευνες που εστιάζουν σε ομάδες συγκεκριμένης εθνικότητας και μετρούν τις διαφορές στις διάφορες πολιτισμικές πρακτικές έχουν τη δυνατότητα «δημιουργίας» πιο εξειδικευμένων υποθέσεων αναφορικά με τις ατομικές και ομαδικές διαφορές στην απόκτηση και χρήση των στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος.

5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

Black P. H., Garbutt L. D. (2002). Stress, inflammation and cardiovascular disease. *Journal of Psychosomatic Research* 52, 1 – 23.

Consedine N. S., Tedlie Moskowitz J. (2007). The role of discrete emotions in health outcomes: A critical review. *Applied and Preventive Psychology* 12, 59–75.

Evans G. W., Rosenbaum J. (2008). Self-regulation and the income-achievement gap. *Early Childhood Research Quarterly* 23, 504–514.

Giese-Davis J., Spiegel D. (2002). Emotion regulation and metastatic breast cancer. *International Congress Series* 1241, 31–35.

Giese-Davis J., Conrad A., Nouriani B., Spiegel D. (2008). Exploring emotion-regulation and autonomic physiology in metastatic breast cancer patients: Repression, suppression, and restraint of hostility. *Personality and Individual Differences* 44, 226–237.

Goldin P. R., McRae K., Ramel W. & Gross J. J. (2008). The Neural Bases of Emotion Regulation: Reappraisal and Suppression of Negative Emotion. *Biological Psychiatry* 63, 577–586.

Gross J. J. (2007). *Handbook of Emotion Regulation*. The Guilford Press.

Gross, James J., Levenson & Robert W. (1999). Hiding Feelings: The Acute Effects of Inhibiting Negative and Positive Emotion. *Journal of Abnormal Psychology* 106 (1), 95–103.

Gross J. J. & John O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85 (2), 348-362.

Grossarth-Maticek 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.

Fox N. A. (1994). *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations*. Society for research in child development, Inc.

Hayes J. G. & Metts S. (2008). Managing the Expression of Emotion. *Western Journal of Communication* 72 (4), 374–396.

Hewstone M. & Stroebe W. (2007). *Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχολογία*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Koch K., Pauly K., Kellermann T., Seiferth N. Y., Reske M., Backes V., Stöcker T., Shah N. J., Amuntsa K., Kircher T., Schneider F. & Habel U. (2007). Gender differences in the cognitive control of emotion: An fMRI study. *Neuropsychologia* 45, 2744–2754.

Kubzansky 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.

Laurent H. & Powers S. (2007). Emotion regulation in emerging adult couples: Temperament, attachment, and HPA response to conflict. *Biological Psychology* 76, 61–67.

Leen-Feldnera E. W., Zvolensky M. J., Feldnera M. T., Lejuezb C.W (2004). Behavioral inhibition: relation to negative emotion regulation and reactivity. *Personality and Individual Differences* 36, 1235–1247.

Lovallo W. R. (2005). Cardiovascular reactivity: Mechanisms and pathways to cardiovascular disease. *International Journal of Psychophysiology* 58, 119 – 132.

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. & Ottenbacher K. J. (2006). Hypertension in Older Adults and the Role of Positive Emotions. *Psychosomatic Medicine* 68, 727–733.

Rafferty J. N., Bizer G. Y. (2009). Negative feedback and performance: The moderating effect of emotion regulation. *Personality and Individual Differences* 47, 481–486.

Ridder D., Geenen R., Kuijer R., Middendorp H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Department of Clinical & Health Psychology, Utrecht University, The Netherlands Research Institute for Psychology & Health, Utrecht, Netherlands* 372, 246–255.

Ross C. E. & Mirowsky J. (2008). Age and the balance of emotions. *Social Science and Medicine* 66, 2391-2400.

Sanderson C. A. (2004). *Health Psychology*. John Wiley & Sons, Inc.

Sarafino E. P. (2006). *Health Psychology: Biopsychological interactions*. John Wiley & Sons.

Scherer K. R. (1988). *Facets of emotion: Recent research*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Schmidt S., Nachtigallb C., Wuethrich-Martoneb O., Strauss B (2002). Attachment and coping with chronic disease. *Journal of Psychosomatic Research* 53, 763– 773.

Sperry L. (2006). *Psychological Treatment of Chronic Illness*. American Psychological Association.

Taylor S. E. (1999). *Health Psychology*. Mc Graw- Hill Companies.

Zlomke K. R. & Hahn K. S. (2009). Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Personality and Individual Differences* 48 (4), 408-413.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

Καραδήμας Ε. Χ. (2005). *Ψυχολογία της υγείας: Θεωρία και Κλινική Πράξη*. Τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδάνος, Αθήνα.

Παπαδάτου Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ. (1995). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.