

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα: Στρατηγικές ρύθμισης συναισθήματος σε ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα.



Επιβλέπων καθηγητής: Καραδήμας Ευάγγελος

Επιμέλεια: Τσαλίκου Καλλιόπη

A.M.: 2161

Τόπος σύνταξης: Χίος

Έτος: 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
1.1 Χρόνια Ασθένεια.....	4
1.2 Καρδιαγγειακές παθήσεις.....	6
1.2.1 Καρδιαγγειακές παθήσεις και συνωδά προβλήματα.....	11
1.2.2 Ιατρική αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παθήσεων.....	16
2. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ.....	18
2.1 Διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος και συναίσθημα.....	21
2.2 Η φυσιολογική βάση του συναισθήματος.....	22
2.3 Συναισθήματα και ψυχική υγεία.....	25
2.4 Στρατηγικές ρύθμισης των συναισθημάτων.....	28
2.5 Ρύθμιση συναισθήματος και σωματική υγεία.....	33
2.6 Ρύθμιση συναισθήματος και ψυχοπαθολογία.....	34
2.7 Διαφορές φύλου στη ρύθμιση συναισθήματος.....	37
3. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	38
4. ΜΕΘΟΔΟΣ.....	40
4.1 Δείγμα.....	40
4.2 Ψυχομετρικά εργαλεία.....	40
4.3 Ερευνητική Διαδικασία.....	42
5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	43
5.1 Συσχετίσεις των στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος με τη σωματική και τη ψυχική υγεία των ασθενών.....	43
5.2 Διαφορές φύλου στις στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος και όσον αφορά τη νοσηλεία.....	45
6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	47
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	53

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έρευνα που θα πραγματοποιήσουμε απευθύνεται σε ενήλικες άνδρες και γυναίκες με χρόνια ασθένεια και συγκεκριμένα με στεφανιαία καρδιακή νόσο. Αφορά τις γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις χρόνιων ασθενών και τη σχέση τους με το επίπεδο υγείας και διεξάγεται από τη Σχολή Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Κρήτης, και συγκεκριμένα από το τμήμα Ψυχολογίας. Στόχος μας είναι να κατανοήσουμε πως οι αντιδράσεις αυτές συνδυάζονται ώστε να υπάρξει καλύτερο επίπεδο υγείας. Η γνώση αυτή θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε καλύτερα την προσαρμογή των χρόνιων ασθενών, αλλά και να αναπτύξουμε πιο αποτελεσματικές μεθόδους στήριξής τους.

Οι συμμετέχοντες της έρευνας ήταν όλοι ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις κ κλήθηκαν να συμπληρώσουν δύο ερωτηματολόγια. Το ένα αφορούσε τις στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος που χρησιμοποιούν οι ίδιοι στη καθημερινότητα τους και το άλλο αφορούσε τη τρέχουσα κατάσταση τόσο της σωματικής, όσο και της ψυχικής τους υγείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας μας, επιβεβαίωσαν τις αρχικές μας υποθέσεις ότι η στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος σχετίζονται και τις δυο παραμέτρους της υγείας (σωματική και ψυχική) και η κάθε στρατηγική (καταπίεση του συναισθήματος, επαναξιολόγηση) έχει διαφορετική επίδραση στην υγεία των ασθενών.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Χρόνια Ασθένεια

Στην εποχή μας, οι ασθένειες που αντιμετωπίζει ο άνθρωπος είναι χρόνιες. Αυτό σημαίνει πως οι ασθένειες δεν θεραπεύονται οριστικά, αλλά αποτελούν καταστάσεις που προσπαθούμε να ελέγξουμε. Η χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων και οι αλλαγές στη ζωή και τις συνήθειες του ατόμου, επιτρέπουν στους χρόνιους ασθενείς να ζήσουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα μια φυσιολογική ζωή, παρόλο που η ασθένεια εξακολουθεί να τους συνοδεύει (Καραδήμας, 2005).

Στις ΗΠΑ πάνω από 125 εκατομμύρια ανθρώπων ζουν με μια χρόνια κατάσταση και σχεδόν οι μισοί από αυτούς καταπονούνται με δύο ή περισσότερες χρόνιες καταστάσεις. Οι χρόνιες παθήσεις έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη ποιότητα ζωής των ατόμων που προσβάλλονται. Η αντιμετώπιση μετά τη διάγνωση, η διαχείριση και η θεραπεία μιας χρόνιας ασθένειας μπορεί να αποδειχτεί αρκετά δύσκολη. Οι χρόνιες παθήσεις προκαλούν περίπου το 80% όλων των θανάτων στις δυτικές χώρες (Fowler & Baas, 2006).

Μια χρόνια ασθένεια δίνει αφορμή σε μια έκταση προβλημάτων που μπορούν να διαφέρουν αρκετά από ασθενή σε ασθενή, ακόμη και σε αυτούς που υποφέρουν από την ίδια ασθένεια (Heijmans & De Ridder, 1998).

Οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις πρέπει να μάθουν να αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα όπως είναι ο πόνος, τα δυσάρεστα συμπτώματα, η αδυναμία-κόπωση, διάφορες αλλαγές και περιορισμούς στις καθημερινές τους δραστηριότητες, παρενέργειες από τη φαρμακευτική αγωγή κ.ο.κ. Ταυτόχρονα αντιμετωπίζουν νέους φόβους που αφορούν την εξέλιξη της ασθένειας τους αλλά και την ίδια τους τη ζωή (Καραδήμας, 2005).

Τα άτομα με χρόνια ασθένεια αντιμετωπίζουν μια σειρά διακριτών και έντονων καταστάσεων, όπως είναι η διάγνωση, η θεραπεία και η υποτροπή. Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια είναι αρκετά πολύπλοκη. Επηρεάζεται από όλους σχεδόν τους τομείς της ανθρώπινης λειτουργικότητας αλλά και επηρεάζει σχεδόν όλους αυτούς τους τομείς (Καραδήμας, 2005).

Κατά τους Stewart, Ross και Hartley (2004), η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια αφορά τέσσερις βασικές περιοχές. Αυτές είναι οι εξής:

- ❖ **η βιολογική** που αφορά θέματα όπως η κόπωση, ο πόνος, οι παρενέργειες της αγωγής, η λειτουργικότητα, η προσαρμογή στην εξέλιξη της ασθένειας (Καραδήμας, 2005)
- ❖ **η κοινωνική** που αφορά θέματα όπως η απομόνωση, το στίγμα, οι σχέσεις με την οικογένεια, τους φίλους αλλά και το νοσηλευτικό προσωπικό (Καραδήμας, 2005)
- ❖ **η συναισθηματική** που αφορά θέματα όπως η αυτό-εικόνα, τα οικονομικά ζητήματα, τον επαναπροσδιορισμό στόχων και προσδοκιών, την επαναξιολόγηση των αξιών αλλά και την εύρεση νοήματος στην όλη διαδικασία (Καραδήμας, 2005)
- ❖ **η συμπεριφορά** που αφορά θέματα όπως ο έλεγχος της υγείας, η τήρηση των ιατρικών οδηγιών και η διαχείριση της εξέλιξης της ασθένειας (Καραδήμας, 2005)

Επιπλέον, οι χρόνια ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα και ζητήματα επαγγελματικής υφής. Ξαφνικά προβάλλει η ανάγκη ενός πιθανού επαγγελματικού αναπροσανατολισμού, η απειλή απόλυσης εξαιτίας μειωμένων δυνατοτήτων, η υποχρεωτική συνταξιοδότηση κοκ. Επίσης, προβάλλουν θέματα που αφορούν τις αλλαγές στην εικόνα του σώματος όπως είναι η αίσθηση μεγαλύτερης ευπάθειας, οι μειωμένες αντοχές και δυνατότητες, η ύπαρξη πόνου και άλλων συμπτωμάτων αλλά και οι αλλαγές στο σώμα είτε εξαιτίας της ασθένειας (πχ ακρωτηριασμός από τροχαίο), είτε εξαιτίας της θεραπείας (πχ μαστεκτομή, χάσιμο μαλλιών) (Καραδήμας, 2005).

Η περιγραφή των συναισθημάτων που θα βιώσει κάθε ασθενής είναι σημαντικός παράγοντας για την προσαρμογή του στην ασθένεια. Ο Andrew σε μια μελέτη του, το 1970, σχημάτισε 3 ομάδες ανάλογα με το τύπο προσωπικότητας των συμμετεχόντων. Τη μια ομάδα αποτελούσαν άτομα με έντονη ευαισθησία και τάσεις να εκλογικεύουν την πληροφορία εντάσσοντας την σε ένα υποστηρικτικό σύστημα. Την δεύτερη ομάδα αποτελούσαν άτομα με ουδέτερη και αδιάφορη συμμετοχή. Τέλος, την τρίτη ομάδα αποτελούσαν άτομα με έντονη την τάση αποφυγής της πραγματικότητας και τα οποία σπάνια χρησιμοποιούσαν γνωστικούς αμυντικούς μηχανισμούς. Προετοιμαζόμενοι και μη προετοιμαζόμενοι ασθενείς αξιολογήθηκαν μέσα στις ομάδες τύπου προσωπικότητας, με σκοπό να προσδιοριστεί ποια ομάδα θα σημείωνε την καλύτερη ανάκαμψη από το χειρουργείο. Σε όλους τους προετοιμασμένους ασθενείς είχαν δοθεί πριν τη μέτρηση μέσω των τεστ προσωπικότητας ορισμένες

πληροφορίες. Στη μια υποομάδα δόθηκαν πληροφορίες οι οποίες αφορούσαν τα συναισθήματα και τις εντυπώσεις που θα έχουν όσο διαρκεί η εμπειρία, ενώ στην άλλη δόθηκαν πλήρως οι περιγραφές για τη διαδικασία που θα υποστούν. Με πρώτο ζητούμενο το πού εστιαζόταν η προσοχή, τα μισά από τα υποκείμενα είχαν ακούσει μια περιγραφή των αισθημάτων που θα ένιωθαν. Αυτοί οι ασθενείς ανέφεραν ότι ένιωθαν σημαντικά λιγότερη συναισθηματική ένταση σε σχέση με εκείνους που είχαν ακούσει περιγραφικά την όλη διαδικασία (Andrew, 1970). Ως μέτρα σύγκρισης θεωρήθηκαν οι μέρες από την εισαγωγή του αρρώστου στο χειρουργείο ως την έξοδο του και η ποσότητα των αναλγητικών φαρμάκων που χορηγήθηκαν (Andrew, 1970). Οι ευαίσθητοι συμμετέχοντες δεν διέφεραν όσον αφορά την ανάκαμψη. Η ουδέτερη ομάδα επανήλθε σε λιγότερο χρόνο και με λιγότερη ποσότητα αναλγητικών όταν προετοιμάστηκε, σε σχέση με την αντίστοιχη μη προετοιμασμένη ομάδα. Στην τελευταία ομάδα δεν υπήρχε διαφορά όσον αφορά την ανάκαμψη, αλλά στους προετοιμασμένους συμμετέχοντες χορηγήθηκαν λιγότερα αναλγητικά. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι η ποιότητα της προετοιμασίας είναι δυνατόν να επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες, καθοριστικούς για το πώς γίνεται αντιληπτό ένα ερέθισμα και πού εστιάζεται η προσοχή του ατόμου (Andrew, 1970).

1.2 Καρδιαγγειακές παθήσεις

Η λειτουργία της καρδιάς είναι πολύ σημαντική για την λειτουργία των νευρικών κυττάρων και τη συμπεριφορά αλλά και συναισθηματικές και συμπεριφορικές καταστάσεις και χαρακτηριστικά επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την καρδιαγγειακή λειτουργία. Υπάρχει δηλαδή μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ καρδιάς και συμπεριφοράς (Sgoifo et al., 2009). Από αυτό, γίνεται κατανοητό πως υπάρχουν διάφοροι παράγοντες επικινδυνότητας για την εμφάνιση αλλά και την επιδείνωση καρδιαγγειακών παθήσεων, από τις οποίες άλλες είναι στον έλεγχο του ατόμου (πχ διατροφή) και άλλες όχι (πχ ιδιοσυγκρασία του ατόμου). Κοινωνικοί και συναισθηματικοί παράγοντες επικινδυνότητας θεωρούνται οι εξής: έκθεση σε χρόνιο και έντονο στρες, κοινωνική απομόνωση και χαμηλή κοινωνική υποστήριξη, διαταραχές της διάθεσης (πχ κατάθλιψη), θυμός και εχθρότητα (Steptoe & Brydon, 2009). Άλλοι παράγοντες επικινδυνότητας για την ανάπτυξη καρδιαγγειακών παθήσεων μπορεί να σχετίζονται με την συμπεριφορά του ατόμου και να υπόκεινται στον έλεγχο του. Για παράδειγμα, η έλλειψη φυσικής άσκησης ή μη κατάλληλη

δίαιτα και η φτωχή διατροφή, αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης καρδιαγγειακών παθήσεων και το ίδιο το άτομο μπορεί να τις «ελέγξει» υιοθετώντας έναν τρόπο ζωής που θα περιλαμβάνει άσκηση και σωστή διατροφή πλούσια σε ίνες, ακόρεστα λιπαρά, βιταμίνες και μέταλλα (Doll & Peto, 1981).

Σε μια έρευνα, το διαιτολόγιο και η αλλαγή του τρόπου ζωής στο Μεξικό, συνδέθηκαν με αύξηση των χρόνιων ασθενειών, ειδικά με τη παχυσαρκία και τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Ανθυγιεινές επιλογές φαγητού συχνά καταναλώνονται από άτομα με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο στη πόλη του Μεξικού. Λόγω του ότι η συχνή κατανάλωση των μη υγιεινών τροφών μπορεί να αυξήσει το κίνδυνο για καρδιαγγειακές παθήσεις, η αποτίμηση του διαιτολογίου οφείλει να λάβει υπόψη τη συχνότητα κατανάλωσης για να ορίσει υποδείξεις για τον τρόπο διατροφής μας (Perichart-Perera O. et al., 2010).

Η στεφανιαία καρδιακή νόσος είναι αναμφισβήτητα η επιδημία του αιώνα στα δυτικά βιομηχανικά κράτη και παραμένει ακόμα και σήμερα η πρωταρχική αιτία θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες (Duberstein & Masling, 2007).

Οι τέσσερις μείζονες κλινικές εκδηλώσεις της στεφανιαίας καρδιακής νόσου είναι η στηθάγχη, η απόφραξη του μυοκαρδίου, ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος και η καρδιακή συμφόρηση. Η αθηροσκλήρωση, η παθολογική διαδικασία που προηγείται σχεδόν κάθε στεφανιαίας καρδιακής νόσου, περιλαμβάνει την ανάπτυξη αθηροματικής πλάκας, ενός συνδυασμού μαλακών μυϊκών κυττάρων, αιμοπεταλίων, χοληστερόλης και λιπιδίων στο εσωτερικό των στεφανιαίων αρτηριών (Allan & Scheidt, 1996a).

Καθώς η πλάκα αναπτύσσεται, η ικανότητα της προσβεβλημένης στεφανιαίας αρτηρίας να μεταφέρει το αίμα σταδιακά περιορίζεται. Εάν η αθηροσκλήρωση φτάσει σε σημείο που να μην ικανοποιούνται πλέον οι ανάγκες τροφοδότησης με αίμα του ίδιου του καρδιακού μυός, το αποτέλεσμα είναι πόνος στο στήθος και πιθανή νέκρωση μυοκαρδιακού ιστού. Εάν ο πόνος στο στήθος εμφανιστεί χωρίς νέκρωση ιστού, η νόσος ονομάζεται στηθάγχη. Η απόφραξη του μυοκαρδίου είναι η νέκρωση ενός τμήματος του καρδιακού μυός λόγω πλήρους απόφραξης μιας στεφανιαίας αρτηρίας. Η καρδιακή συμφόρηση μπορεί να επισπεύδεται από μια απόφραξη του μυοκαρδίου και διαγιγνώσκεται, όταν η προσβεβλημένη καρδιά δεν είναι ικανή να αντλήσει αρκετό αίμα, ώστε να το παρέχει επαρκώς στο σώμα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη συγκέντρωση υγρών στο σώμα, με περισσότερο επικίνδυνη τη συγκέντρωση υγρών στους πνεύμονες (Duberstein & Masling, 2007).

Ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος μπορεί να έπεται μιας απόφραξης του μυοκαρδίου, που επηρεάζει το ηλεκτρικό ρυθμιστικό σύστημα της καρδιάς, προκαλώντας καρδιακή αρρυθμία ή ίνωση της κοιλιακής αορτής. Ο μη ομαλός αυτόνομος τόνος, όπως φαίνεται από τη μειωμένη μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού, σχετίζεται με τη θνησιμότητα λόγω της στεφανιαίας καρδιακής νόσου, και μπορεί να είναι ένας βιολογικός παράγοντας που επισπεύδει την απόφραξη του μυοκαρδίου (Duberstein & Masling, 2007).

Το φύλο, η ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό για στεφανιαία καρδιακή νόσο έχουν εντοπιστεί ως οι “μη μετριάσιμοι παράγοντες επικινδυνότητας” για την αθηροσκλήρωση και την στεφανιαία καρδιακή νόσο. Παρόλα αυτά, μια σειρά άλλων, εμπειρικά διαπιστωμένων παραγόντων επικινδυνότητας για στεφανιαία νόσο μπορούν δυνητικά να μετριαστούν. Σε αυτούς περιλαμβάνονται ο διαβήτης, η υπέρταση, το κάπνισμα, η παχυσαρκία, τα αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης στον ορό, η αυξημένη αναλογία της χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης προς την υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη, η μικρή κοινωνική υποστήριξη, το ψυχολογικό στρες, ο καθιστικός τρόπος ζωής, η άρνηση των συμπτωμάτων της στεφανιαίας καρδιακής νόσου, η εξάντληση, η εργασιακή πίεση, το άγχος, ο Σταθερότυπος Συμπεριφοράς Τύπου Α συμπεριλαμβανομένης της αίσθησης πίεσης χρόνου και της γενικευμένης επιθετικής στάσης, και η κατάθλιψη (Duberstein & Masling, 2007).

Έχει προταθεί ότι ο θυμός αντιλαμβάνεται ως μια κατάσταση εξέγερσης με εκφραστικότητα και συνδέεται με παθογένεση. Ο θυμός και η εχθρότητα εμφανίζονται ως αξιοπρόσεχτοι ψυχολογικοί παράγοντες στην υπέρταση. Οι υπερτασικοί φαίνεται να είναι χρόνια εχθρικοί και μνησικάκοι, αντιμαχόμενοι σχετικά με την έκφραση θυμού και την ενδεχόμενη ανησυχία όταν τους προκαλείται θυμός. Άτομα με προδιάθεση στεφανιαίας καρδιακής νόσου φαίνεται να είναι χαρακτηριστικά πιο επιθετικά. Ο ρόλος του θυμού και της εχθρότητας, βέβαια, παρουσιάζεται ως λιγότερο περίπλοκος στις καρδιαγγειακές παθήσεις σε σχέση με την υπέρταση. Ερευνητές στη περιοχή των καρδιαγγειακών παθήσεων υπαινίσσονται τις επιθετικές τάσεις και τον αυστηρό έλεγχο των συναισθημάτων ως παράγοντες επικινδυνότητας. Επιπλέον, η έρευνα στις καρδιαγγειακές παθήσεις έχει εστιάσει και σε άλλες μεταβλητές όπως είναι οι δημογραφικές μεταβλητές, το κοινωνικό στρες, η ανησυχία και η κατάθλιψη. Περιγραφικά δεδομένα και προσωπικά προφίλ είναι γενικά σύμφωνα με το πρότυπο συμπεριφοράς τύπου Α που θεωρείται ανεξάρτητος παράγοντας επικινδυνότητας για τις καρδιαγγειακές παθήσεις (Diamond, 1982).

Τα άτομα των οποίων το αυτόνομο νευρικό σύστημα τους χαρακτηρίζεται από αυξημένη διεγερσιμότητα τείνουν να είναι ευπαθή στην εμφάνιση καρδιακών παθήσεων και ορισμένων άλλων ασθενειών. Όσον αφορά σε αυτές τις ψυχοσωματικές παθήσεις, η πιθανότητα προσβολής από την ασθένεια και η ανάρρωση από αυτήν, εξαρτώνται εν μέρει από την προσωπικότητα του ατόμου και τις εμπειρίες του. Οι καρδιακές παθήσεις είναι ψυχοσωματικές, υπό την έννοια ότι είναι κάπως πιο συχνές μεταξύ των ατόμων που χαρακτηρίζονται από επιθετικότητα, σε σχέση με τα άτομα που είναι ήρεμα και ξένοιαστα (Booth- Kewley & Friedman, 1987).

Υπάρχει μια υπόθεση για το τι συνδέει τους ψυχολογικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες επικινδυνότητας με τη στεφανιαία καρδιακή νόσο. Αυτή είναι η υπόθεση της αντιδραστικότητας. Η υπόθεση αυτή προτείνει ότι η αθηροσκληρωτική διαδικασία και τα καρδιακά επεισόδια που απειλούν τη ζωή, όπως ο καρδιακός σπασμός ή οι αρρυθμίες, αυξάνονται λόγω της διαφοροποιημένης δραστηριότητας του συμπαθητικού και του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος, που σχετίζεται με το ψυχολογικό στρες. Το στρες μπορεί να οφείλεται σε μη ελέγξιμα γεγονότα ζωής ή να προκαλείται μέσω μιας σπειροειδούς αλληλεπίδρασης χαρακτηριστικών συμπεριφορών (για παράδειγμα πίεση χρόνου) και περιβαλλοντικής αντίδρασης (για παράδειγμα μειωμένη κοινωνική υποστήριξη) (Duberstein & Masling, 2007).

Ένα άλλο ερμηνευτικό μοντέλο περιλαμβάνει την επιδείνωση των παραδοσιακών παραγόντων επικινδυνότητας για την ανάπτυξη στεφανιαίας καρδιακής νόσου λόγω υιοθέτησης ενός ανθυγιεινού τρόπου ζωής. Αυτές οι ανθυγιεινές συμπεριφορές μπορεί να προκαλούνται από ενδοπροσωπικές ψυχολογικές μεταβλητές. Για παράδειγμα, τα καταθλιπτικά ή αγχώδη άτομα είναι πιθανότερο να προτιμούν τροφές υψηλές σε λιπαρά, να καπνίζουν και να μην ασκούνται τακτικά. Οι συμπεριφορικοί παράγοντες μπορούν επίσης να επηρεάσουν έμμεσα την έκβαση της στεφανιαίας καρδιακής νόσου. Για παράδειγμα, μια καθορισμένη ιατρική αγωγή δεν ακολουθείται από τον ασθενή, ή ένας ασθενής με στεφανιαία καρδιακή νόσο δεν έχει συναίσθηση της σωματικής εμπειρίας ή αρνείται τη σπουδαιότητα της και γι' αυτό δεν λαμβάνει θεραπεία, όταν αυτή είναι απαραίτητη (Duberstein & Masling, 2007).

Όσον αφορά τώρα κάποιες προτάσεις για υποβοήθηση στη θεραπεία οι Cutshall και οι συνεργάτες της πρότειναν το μασάζ ως βοηθητική θεραπεία. Καρδιαγγειακοί μετεγχειρητικοί ασθενείς αντιμετώπισαν αξιοσημείωτες προκλήσεις στη μετεγχειρητική περίοδο. Η έρευνα προτείνει ότι η θεραπεία με μασάζ είναι μια

μεσολάβηση με δυνητική βοήθεια στους ασθενείς να αντιμετωπίσουν κάποιες από τις κοινές προβληματικές προκλήσεις, όπως ο πόνος και η ανησυχία. Ίσως, λοιπόν, το μασάζ να παίζει ένα σημαντικό ρόλο για τους ασθενείς και να τους βοηθά να αναρρώσουν πιο γρήγορα και πιο ευνοϊκά από το χειρουργείο αλλά η υπόθεση αυτή χρειάζεται περαιτέρω έρευνα (Cutshall et al., 2010).

<u><i>Τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου</i></u>	<u><i>Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου</i></u>
Κάπνισμα	Ηλικία
Αρτηριακή Πίεση	Φύλο
Δυσλιπιδαιμία	Κληρονομικότητα
Παχυσαρκία	
Υπερουριχαιμία	
Άγχος και Προσωπικότητα	
Σακχαρώδης διαβήτης*	

*Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί ιδιαίτερη νοσολογική οντότητα
(Anthopoulos & Anthopoulos, 2010).

<u><i>Νεότεροι παράγοντες κινδύνου.</i></u>
Αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης
Αυξημένα επίπεδα λιποπρωτεΐνης little a (a), Lp(a)
Αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων
Υπερπηκτικότητα και μειωμένη δραστηριότητα του ινωδολυτικού μηχανισμού
Υπερτροφία της αριστερής κοιλίας
Λοιμώδεις παράγοντες-δείκτες φλεγμονής, π.χ. C-αντιδρώσα Πρωτεΐνη
Οξειδωτικό stress

(Anthopoulos & Anthopoulos, 2010).

1.2.1 Καρδιαγγειακές παθήσεις και συνωδά προβλήματα

Υπάρχουν αρκετές έρευνες που έχουν συνδέσει τις καρδιαγγειακές παθήσεις με το μετατραυματικό στρες αλλά και με την κατάθλιψη για αυτό βρίσκουμε σκόπιμο στη παρούσα εργασία να αναφέρουμε πώς αυτές οι δύο διαταραχές σχετίζονται με τις καρδιαγγειακές παθήσεις και πώς τις επηρεάζουν, αν βέβαια τις επηρεάζουν. Αρχικά, θα ορίσουμε τι είναι η κατάθλιψη και τι είναι το μετατραυματικό στρες και στη συνέχεια θα δούμε πώς αυτές σχετίζονται με τις στεφανιαίες νόσους.

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες αναπτύσσεται σε άτομα που τους έχει συμβεί ένα ακραίο τραυματικό γεγονός, το οποίο περιλαμβάνει το να βιώσει κανείς, να γίνει μάρτυρας ή να έρθει αντιμέτωπος με πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, με σοβαρό τραυματισμό ή με απειλή της σωματικής ακεραιότητας της δικιάς του ή των άλλων. Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής αυτής είναι η αναβίωση του τραύματος μέσα στα όνειρα ή επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του συμβάντος που εισβάλλουν και ταράζουν το άτομο, ένα συναισθηματικό μούδιασμα και μια αίσθηση απομάκρυνσης/αποστασιοποίησης και αποξένωσης από τους άλλους και συμπτώματα διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος όπως ευερεθιστότητα και αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος (Μάνου, 1997).

Τα συμπτώματα αναβίωσης της εμπειρίας, αποφυγής και υπερεγρήγορης διαρκούν περισσότερο από ένα μήνα. Για τους ασθενείς που εμφανίζουν τα συμπτώματα για διάστημα μικρότερο του ενός μηνός, είναι καταλληλότερη η διάγνωση της οξείας διαταραχής στρες. Απαντάται δύο φορές συχνότερα στις γυναίκες, έχει χρόνια πορεία και μπορεί να σχετίζεται με κατάχρηση ουσιών και κατάθλιψη (Sadock B & Sadock V., 2007)

Αυτή η διαταραχή εμφανίζεται στο πόλεμο, όταν οι άνθρωποι έχουν βρεθεί μπροστά στον κίνδυνο της ίδιας τους της ζωής, όταν οι σύντροφοι τους έχουν σκοτωθεί ή ακρωτηριαστεί, σε φυσικές και βιομηχανικές καταστροφές, αλλά και σε παραβιάσεις, όπως για παράδειγμα ο βιασμός. Σε αυτές τις περιπτώσεις απειλείται σοβαρά η σωματική και ψυχική υγεία των ανθρώπων και τα συμπτώματα περιλαμβάνουν έντονο άγχος, διαταραχές του ύπνου και ψυχαναγκαστικές επαναλήψεις της τραυματικής εμπειρίας σε flashback (Oatley & Jenkins, 2004).

Η διαταραχή του μετατραυματικού στρες περιλαμβάνει τεράστιες μετατροπές της προσοχής. Ο McNally και οι συνεργάτες του το 1990, έδειξαν ότι οι άνθρωποι που

υποφέρουν από αυτή τη διαταραχή επικεντρώνουν επιλεκτικά την προσοχή τους σε απειλητικά σημάδια και αυτό πιθανόν εξηγεί το γιατί διατηρούνται οι τραυματικές σκέψεις και εικόνες (Oatley & Jenkins, 2004).

Τα στοιχεία αναφορικά με τις διαφορές κατά φύλο είναι αντιφατικά. Αρκετές μελέτες, με μεγάλα δείγματα, έχουν βρει ότι τα κορίτσια παρουσιάζουν, σε σύγκριση με τα αγόρια, συχνότερη συμπτωματολογία, ενώ άλλες μελέτες έχουν βρει το αντίθετο (Wener & Kerig, 2008).

Η κατάθλιψη είναι μια διανοητική ασθένεια αλλά είναι επίσης βιολογική επειδή περιλαμβάνει φαρμακοθεραπεία. Ανήκει στις διαταραχές του συναισθήματος και εκφράζεται με μαλακά ή σοβαρά κλινικά συμπτώματα. Η κλινική κατάθλιψη είναι μια κοινή διαταραχή διάθεσης στη ψυχολογία και στη ψυχιατρική, στην οποία η απόλαυση της ζωής και της δυνατότητας του ατόμου να λειτουργήσει κοινωνικά και σε καθημερινά θέματα αναστατώνεται από έντονη θλίψη, μελαγχολία, μούδιασμα, ή και απελπισία (Παγοροπούλου, 2000).

Μερικά από τα συμπτώματα που έχουν οι άνθρωποι που υποφέρουν από κατάθλιψη είναι τα εξής: καταθλιπτική διάθεση ή θλίψη τις περισσότερες φορές χωρίς κανέναν λόγο, έλλειψη ενέργειας και αίσθημα ότι κουράζεται όλη την ώρα, απόσυρση από τους φίλους και την οικογένεια, οξυθυμία, θυμό, ή ανησυχία, ανικανότητα να συγκεντρωθούν, απώλεια βάρους, σημαντική αλλαγή σχεδίων ύπνου (ανικανότητα να πέσει κοιμηθεί ή να σηκωθεί το πρωί), συναισθήματα ενοχής ή αναξιοσύνης, απαισιοδοξία και αδιαφορία (δεν φροντίζουν τίποτα στο παρόν ή το μέλλον), σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας (Stanley Lesse, 1983).

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι πολύ κοινά και συχνά περιπλέκουν τη διάγνωση. Κάποιες ιατρικές καταστάσεις ίσως παρουσιάζονται με καταθλιπτική διάθεση ως αρχικό σύμπτωμα. Αντιστρόφως, τα βιολογικά συμπτώματα της κατάθλιψης ίσως οδηγήσουν κάποιους ασθενείς να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια. Οι γιατροί συχνά αποτυγχάνουν να διαγνώσουν κατάθλιψη σε ασθενείς με κάποια χρόνια ασθένεια εξαιτίας του συμπτώματος της επικάλυψης. Ανηδονία, μειωμένη όρεξη, απώλεια βάρους, διαταραχές ύπνου, κόπωση και αδυναμία συγκέντρωσης, για παράδειγμα, μπορούν να είναι εκδηλώσεις μείζονος κατάθλιψης αλλά και δρεπανοκυτταρικής αναιμίας ή άλλων χρόνιων ασθενειών (Alao & Cooley, 2001).

Η κατάθλιψη συσχετίζεται συχνά με άλλα συνωδά χαρακτηριστικά όπως κάποια σωματικά ενοχλήματα που είναι πιθανόν να κρύβουν κατάθλιψη, για παράδειγμα,

ιδιαίτερα τα καρδιακά, γαστρεντερικά και ουρογεννητικά συμπτώματα, ο πόνος χαμηλά στη πλάτη και άλλα ορθοπεδικά συμπτώματα. Η κατάθλιψη μπορεί να εκδηλωθεί με διαφορετικό τρόπο σε διαφορετικές ηλικίες (Sadock B & Sadock V., 2007).

Η κλινική βιβλιογραφία όλο και περισσότερο δηλώνει ότι οι καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου και η καρδιαγγειακή ασθένεια είναι πιο κοινή στα άτομα με διαταραχή μετατραυματικού στρες. Η κατάθλιψη, επίσης, προτείνεται ως παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακά προβλήματα. Αρκετές έρευνες μέχρι σήμερα, έχουν αναγνωρίσει ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στη διαταραχή μετατραυματικού στρες και καρδιαγγειακών προβλημάτων. Σε μια έρευνα, η καρδιόπαθεια ήταν 2,5 φορές συχνότερη σε στρατιώτες του II παγκοσμίου πολέμου με διαταραχή μετατραυματικού στρες, συγκριτικά με ένα δείγμα απλών πολιτών της ίδιας ηλικίας. Παρόλα αυτά, οι έρευνες αυτές βασίζονται σε ανασκοπήσεις δεδομένων και η αξία τους περιορίζεται. Ακόμη, υψηλότεροι βαθμοί μείζονος κατάθλιψης έχουν αναφερθεί σε άτομα που έχουν πάρει τη διάγνωση μετατραυματικού στρες. Έτσι, δεδομένα από 1007 συμμετέχοντες στο Epidemiological study of young adults, δείχνει ότι άτομα με διαταραχή μετατραυματικού στρες είναι περίπου τρεις φορές πιο πιθανό να παρουσιάσουν κατάθλιψη σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν εκτεθεί σε κάποιο τραυματικό γεγονός επιδημιολογικές έρευνες και μετά-αναλύσεις δεδομένων προτείνουν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη καρδιαγγειακών προβλημάτων. Ένας από τους παράγοντες κινδύνου που μπορεί να υποστηρίζει τον υψηλό κίνδυνο για καρδιαγγειακά προβλήματα στα άτομα με μετατραυματικό στρες, ίσως, είναι η υψηλή πίεση αίματος. Στρατιώτες με διάγνωση διαταραχής μετατραυματικού στρες απέδωσαν υπερβολική πίεση αίματος. Αυτά τα ευρήματα φανερώνουν ότι η υψηλή υπερδιέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος σε άτομα με μετατραυματικό στρες μπορεί να θέσει σε κίνδυνο το σύστημα για καρδιαγγειακές βλάβες. Η διέγερση του συμπαθητικού νευρικού και του ενδοκρινικού συστήματος εμπεριέχει, λοιπόν, τόσο θετικές όσο και αρνητικές πλευρές. Θετικές γιατί προκαλείται κινητοποίηση του οργανισμού με στόχο την άμεση αντίδραση μπροστά στον κίνδυνο και αρνητικές γιατί η υψηλή διέγερση μπορεί να καταστεί επικίνδυνη αν συνεχιστεί επί μακρόν και ο χρόνιος ερεθισμός του συμπαθητικού μπορεί να φθείρει το σώμα και να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου (Kibler et al., 2009).

Ο Kibler και οι συνεργάτες του εξέτασαν τη σχέση της υπέρτασης με το μετατραυματικό στρες και τη κατάθλιψη. Στόχος είναι να εξετάσουν αν το μετατραυματικό στρες σχετίζεται σημαντικά με την υπέρταση και αν αυτή η σχέση είναι ανεξάρτητη με την ύπαρξη ή όχι κατάθλιψης. Το δείγμα επιλέχθηκε για να είναι αντιπροσωπευτικό του αμερικάνικου πληθυσμού. Η ηλικία των συμμετεχόντων περιορίστηκε από 15-54 ετών. Αυτός ο τεχνητός περιορισμός της ηλικίας θα μπορούσε να συμβάλλει στη κατανόηση του πώς το μετατραυματικό στρες και η κατάθλιψη σχετίζονται με τη πρόωγη έναρξη καρδιαγγειακών προβλημάτων. Αναλύθηκαν δεδομένα από το US National Comorbidity από το 1990-1992. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με μια ψυχιατρική συνέντευξη για να καθοριστεί η ύπαρξη ή μη ψυχιατρικών ασθενειών και οι ερωτήσεις της συνέντευξης βασίστηκαν στα κριτήρια του DSM-III-R. Ο αρχικός αριθμός των συμμετεχόντων ήταν 8098 και χωρίστηκαν σε 4 ομάδες: α) άτομα με μετατραυματικό στρες χωρίς κατάθλιψη (N=219), β) άτομα με μετατραυματικό στρες και κατάθλιψη (N=210), γ) άτομα με ιστορικό κατάθλιψης χωρίς μετατραυματικό στρες (N=785) και δ) κανένα ιστορικό ασθένειας (N=2794). Από την έρευνα αποκλείστηκαν συμμετέχοντες με ιστορικό κάποιας πνευματικής ασθένειας αλλά όχι μετατραυματικού στρες ή κατάθλιψης (Kibler et al., 2009).

Ο μέσος όρος των συμμετεχόντων ήταν 34 ετών. Το 45% του δείγματος ήταν άντρες και το 55% ήταν γυναίκες. Όσον αφορά τη φυλετική ταξινόμηση, είχε ως εξής: 73,6% Καυκάσιοι, 13% Αφροαμερικανοί, 9,8% Ισπανοί και 3,6% άλλοι. Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε στα σπίτια των συμμετεχόντων αφού εξασφαλίστηκε η συγκατάθεση τους. Για να αποτιμήσουν τη διάγνωση των ψυχιατρικών ασθενειών χρησιμοποίησαν μια τροποποιημένη έκδοση του Composite International Diagnostic Interview. Οι παράγοντες που αποτιμήθηκαν ήταν η κατάχρηση και η εξάρτηση ναρκωτικών και οινοπνεύματος, η κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή, η δυσθυμία, η διαταραχή πανικού, η αγοραφοβία, η κοινωνική φοβία, η απλή φοβία, το μετατραυματικό στρες και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή. Στους συμμετέχοντες δόθηκε μια λίστα με σοβαρά προβλήματα υγείας και αυτοί τσέκαραν αν και ποια από αυτά είχαν βιώσει τους τελευταίους 12 μήνες. Δεκατέσσερις καταστάσεις υγείας ήταν στη λίστα συμπεριλαμβανομένου της καρδιακής προσβολής, την υψηλή πίεση και την υπέρταση (Kibler et al., 2009).

Το 7,3% είχε ιστορικό μετατραυματικού στρες και 17% είχε ιστορικό κατάθλιψης. Επειδή το δείγμα ήταν σχετικά μικρής ηλικίας ο βαθμός υπέρτασης ήταν μέτριος

(7,8% στις 4 ομάδες). Από αυτούς το 43,9% κάπνιζε. Το στατιστικό κριτήριο χ^2 έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στο βαθμό υπέρτασης ανάμεσα στις 4 ομάδες. Οι αναλύσεις έδειξαν ότι η ομάδα με ιστορικό μετατραυματικού στρες και χωρίς ιστορικό κατάθλιψης είχε τον υψηλότερο βαθμό υπέρτασης. Τα αποτελέσματα δείχνουν το ιστορικό μετατραυματικού στρες σχετίζεται με υψηλότερους βαθμούς υπέρτασης συγκριτικά με την κατάθλιψη και την απουσία μετατραυματικού στρες. Αυτά τα αποτελέσματα είναι σύμφωνα με άλλες έρευνες που διαπίστωσαν υψηλότερα επίπεδα πίεσης στους στρατιώτες με μετατραυματικό στρες συγκριτικά με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Το εύρημα ότι η ομάδα με μετατραυματικό στρες χωρίς κατάθλιψη και η ομάδα με μετατραυματικό στρες και κατάθλιψη είχαν ισοδύναμους βαθμούς υπέρτασης φανερώνει ότι η σχέση μετατραυματικού στρες και υψηλής πίεσης είναι ανεξάρτητη από τα συμπτώματα κατάθλιψης. Η εμφάνιση υπέρτασης σε ασθενείς με μετατραυματικό στρες μπορεί να εμφανίσει ένα παράγοντα κίνδυνου για καρδιαγγειακά προβλήματα. Α ευρήματα αυτά, βέβαια, δε φανερώνουν ότι το μετατραυματικό στρες είναι αίτιο των καρδιαγγειακών προβλημάτων. Ανασκοπήσεις μελέτες έχουν φανερώσει ότι στρατιώτες με μετατραυματικό στρες καπνίζουν περισσότερο από τους υπολοίπους και έχουν πιο κακή διατροφή. Άρα ο συνδυασμός των παραγόντων επικινδυνότητας διαμεσολαβούν στην αύξηση κινδύνου καρδιαγγειακών προβλημάτων (Kibler et al., 2009).

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί πως στα φαρμακολογικά αίτια της κατάθλιψης ανήκουν κάποια καρδιολογικά και αντιυπερτασικά φάρμακα, όπως η κλονιδίνη, η ρεσερπίνη, η υδραλαζίνη και η βεθανιδίνη (Sadock & Sadock, 2007)

1.2.2 Ιατρική αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παθήσεων

Η αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νόσων περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, συστάσεις για αλλαγές στον τρόπο ζωής και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία και, σε αρκετές περιπτώσεις κάποια επέμβαση ή εγχείρηση. Στόχος της θεραπείας είναι η μείωση του κινδύνου για εκδήλωση εμφράγματος ή άλλου σχετικού σοβαρού προβλήματος υγείας, η πρόληψη πιθανών επιπλοκών, όπως και τα εγκεφαλικά επεισόδια, η μείωση της δυσφορίας και η διατήρηση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής του ατόμου (Καραδήμας, 2005).

Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να συμβάλλει στη μείωση της υπέρτασης, στη μείωση της υψηλής χοληστερόλης, στην ελαχιστοποίηση του κινδύνου θρόμβωσης, στη μείωση του βαθμού ισχαιμίας και στην πρόληψη των αρρυθμιών (Καραδήμας, 2005).

Οι παρεμβατικές ή εγχειρητικές διαδικασίες, περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την αγγειοπλαστική στις περιπτώσεις στένωσης των αρτηριών και έχει ως στόχο τον καθορισμό τους και την ελεύθερη δίοδο του αίματος. Αποτελεί συνήθως μια ελάχιστα επώδυνη και επικίνδυνη διαδικασία, που επιτυγχάνεται με καθετηριασμό του καρδιακού μυός. Πολύ συχνή είναι και η επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης των στεφανιαίων αρτηριών. Συνίσταται στη χειρουργική αφαίρεση ενός ή περισσότερων τμημάτων από υγιείς αρτηρίες ή αγγεία, συνήθως των κάτω άκρων ή της περιοχής του στέρνου, και εν συνεχεία, στη μεταμόσχευση τους στις προβληματικές περιοχές των στεφανιαίων. Οι επεμβάσεις αυτού του είδους είναι συνήθως επιτυχείς. Άλλοι τύποι επεμβάσεων αφορούν τη μεταμόσχευση βαλβίδων ή και ολόκληρου του καρδιακού μυός σε περιπτώσεις καρδιακής ανεπάρκειας. Νεότερες εξελίξεις στο χώρο των επεμβάσεων περιλαμβάνουν διαδικασίες που δεν απαιτούν τη τομή του στέρνου ή κάνουν χρήση της τεχνολογίας των λέιζερ (Καραδήμας, 2005).

Οι ασθενείς που υποφέρουν από αρρυθμίες μπορούν να θεραπευτούν με την τοποθέτηση ενός βηματοδότη ή ενός απινιδωτή. Ο απινιδωτής είναι μια πολύ μικρή ηλεκτρική συσκευή, η οποία εμφυτεύεται στο στήθος του ασθενή και προκαλεί ένα μικρό ηλεκτροσόκ στην καρδιά σε κάθε περίπτωση που ανιχνεύει την έναρξη μιας απειλητικής κοιλιακής αρρυθμίας. Ο βηματοδότης εμφυτεύεται, επίσης, στο στήθος

με στόχο να προλάβει έναν αργό καρδιακό ρυθμό , που καθίστατο επικίνδυνος για την επαρκή αιμάτωση του εγκεφάλου (Καραδήμας, 2005).

Σε κάθε περίπτωση, η αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παθήσεων είναι έργο δύσκολο και απαιτητικό. Πέρα από την πολυπλοκότητα και τις πιθανές παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής ή των εγχειρητικών παρεμβάσεων, οι ασθενείς θα πρέπει να προβούν σε σημαντική αναθεώρηση του τρόπου ζωής τους. Τα συνήθη εμπόδια για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των νόσων αυτών αφορούν τη συμπεριφορά, τον οργανισμό, το περιβάλλον και το συναίσθημα του ασθενούς. Τα εμπόδια αυτά μπορούν να επιδεινώσουν τη κατάσταση ή να ελαχιστοποιήσουν τις πιθανότητες ευνοϊκής πρόγνωσης. Ευτυχώς, όμως, κάθε ένα επιδέχεται τροποποίησης (Καραδήμας, 2005).

Οι συμπεριφορικοί παράγοντες επικινδυνότητας περιλαμβάνουν το κάπνισμα, δίαιτα υψηλή σε λίπη και χοληστερόλη, καθώς και την έλλειψη άσκησης και την καθιστική ζωή. Αν και η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην αντιμετώπιση τους, οι αλλαγές στη συμπεριφορά είναι αναγκαίες. Όσον αφορά τον ίδιο τον οργανισμό, οι τρεις κυριότεροι παράγοντες επικινδυνότητας είναι η παχυσαρκία, η υπέρταση και ο διαβήτης, ενώ περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, το στρες, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και η κοινωνική απομόνωση. Οι συναισθηματικοί παράγοντες περιλαμβάνουν το θυμό, την κατάθλιψη, το άγχος και τον φόβο. Αν και ο ρόλος των συναισθημάτων στην έναρξη και την πορεία της νόσου είναι σημαντικός , η έρευνα δεν έχει καταλήξει ακόμη σε ασφαλή αποτελέσματα σχετικά (Καραδήμας, 2005).

2. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

Σύμφωνα με τον Lazarus, το συναίσθημα ερμηνεύεται ως μια σύνθετη αντίδραση ενός ατόμου που ανέρχεται από αποτιμήσεις που σχετίζονται με την αλληλεπίδραση του εαυτού με το περιβάλλον και περιλαμβάνει διέγερση, κατεύθυνση προσοχής, εκφράσεις προσώπου, τάσεις για δράση και συμπεριφορά (Levine, 2010).

Αναγνωρίζουμε τα συναισθήματα ως πολύπλευρες αντιδράσεις σε όλο το σώμα που περιλαμβάνουν συντονισμένες αλλαγές στο πεδίο ορισμού της υποκειμενικής εμπειρίας, της συμπεριφοράς και της περιφερικής φυσιολογίας. Τα συναισθήματα δημιουργούνται όταν ένα άτομο παρευρίσκεται σε μια κατάσταση την οποία αποτιμά ως σχετική με τους στόχους του. Αυτός ο ορισμός προϋποθέτει μια χρονολογική ακολουθία που περιλαμβάνει: α) μια πραγματική ή φανταστική κατάσταση, β) προσοχή και αποτίμηση της κατάστασης (εκτίμηση) από το άτομο και γ) τη συναισθηματική αντίδραση. Παρόλα αυτά, η διαδικασία γέννησης του συναισθήματος επαναλαμβάνεται κατά κύκλους γρήγορα με τα εξής βήματα : κατάσταση-αποτίμηση-αντίδραση, και κάθε υποκειμενική αντίδραση σε κάθε κύκλο διαμορφώνει δυναμικά διαδοχικούς κύκλους της διαδικασίας δημιουργίας του συναισθήματος (Mauss et al., 2007).

Η έννοια του συναισθήματος είναι σε όλους μας γνωστή και σε αυτό αναφερόμαστε όταν μιλάμε για θυμό, φόβο, χαρά, λύπη... δεδομένης όμως της ευρύτητας του όρου ο ακριβής ορισμός του είναι πραγματικά δύσκολος. Οι άνθρωποι, δεν αισθάνονται το ίδιο σε όλα τα μέρη της γης, ούτε εκφράζονται με τον ίδιο τρόπο. Υπάρχει ένας καθαρός και άμεσος τρόπος έκφρασης των συναισθημάτων: η ομιλία. Το να πει κάποιος αυτό που αισθάνεται και σκέφτεται είναι, λογικά, ο πιο αλάνθαστος και ειλικρινής τρόπος έκφρασης. Δεν είναι όμως και ο μοναδικός. Εξίσου σημαντικός είναι και ο ρόλος της μη λεκτικής επικοινωνίας. Ο τρόπος συμπεριφοράς αλλά και η έκφραση του προσώπου είναι καθρέπτης των συναισθημάτων, τα οποία έτσι και αλλιώς δύσκολα ελέγχονται ή καλύπτονται. Κοιτώντας και μόνο μια φωτογραφία μπορούμε να καταλάβουμε τη συναισθηματική κατάσταση ενός ατόμου, χωρίς καν να ξέρουμε τι κάνει ή τι λέει, απλά και μόνο από την έκφραση του προσώπου του μπορούμε να καταλάβουμε αν είναι θυμωμένο, χαρούμενο, έκπληκτο κλπ.

Η έκφραση του προσώπου που συνοδεύει μια συγκίνηση εξυπηρετεί στην επικοινωνία της συγκίνησης αυτής. Οι ψυχολόγοι θεωρούν την επικοινωνία των συγκινήσεων σημαντικό παράγοντα που συμβάλλει στην επιβίωση του είδους. Για παράδειγμα η όψη του θυμού ενός ανθρώπου προειδοποιεί τους γύρω του ότι μπορεί να ενεργήσει επιθετικά. Πιο πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι εκτός από την λειτουργία της επικοινωνίας, οι συγκινησιακές εκφράσεις συμβάλλουν στην υποκειμενική εμπειρία της συγκίνησης. Ορισμένες εκφράσεις του προσώπου φαίνεται ότι έχουν οικουμενική σημασία ανεξάρτητα από το πολιτισμό στον οποίο ζει το άτομο. Η οικουμενική έκφραση του θυμού, για παράδειγμα, συνεπάγεται φουντωμένο πρόσωπο, χαμηλωμένα και συνοφρυωμένα φρύδια, διεσταλμένα ρουθούνια, σφιγμένο πηγούνι και προβολή δοντιών (Atkinson, 2004). Ο Ekman αναφέρει ότι υπάρχει ένα σύνολο συναισθημάτων καθένα από τα οποία έχει δικό του μοτίβο κίνησης των μυών του προσώπου. Έτσι, πρότεινε ότι ο θυμός, η περιφρόνηση, η αηδία, ο φόβος, η χαρά, η λύπη και η έκπληξη ανήκουν στη κατηγορία των βασικών συναισθημάτων (Huang et al., 2009).

Η άποψη ότι υπάρχει ένας οικουμενικός πυρήνας βασικών συναισθημάτων και αντίστοιχων εκφράσεων του προσώπου ενισχύθηκε από τη διαπολιτισμική μελέτη του Paul Ekman και των συνεργατών του. Οι ερευνητές αυτοί, ζήτησαν από ανθρώπους σε εγγράμματες και μη εγγράμματες κουλτούρες, να παράγουν εκφράσεις που αρμόζουν σε γεγονότα, όπως ο θάνατος αγαπημένου προσώπου ή η συνάντηση με ένα στενό φίλο. Τόσο οι εγγράμματοι όσο και οι αγράμματοι ενήλικες έδωσαν στο πρόσωπό τους την ίδια έκφραση για να απεικονίσουν το κάθε συναίσθημα. Όταν τους έδειξαν φωτογραφίες ηθοποιών που παρουσίαζαν διάφορες εκφράσεις και οι δύο ομάδες συμφώνησαν ως προς τις φωτογραφίες που παρουσίαζαν ευτυχία, λύπη, θυμό και αηδία. Οι αγράμματοι ενήλικες δεν έκαναν διάκριση ανάμεσα σε εκφράσεις φόβου και έκπληξης, αν και τις ξεχώριζαν από τα άλλα συναισθήματα (Cole et al, 2002).

Η οικουμενικότητα ορισμένων συγκινησιακών εκφράσεων επιβεβαιώνει τον ισχυρισμό του Δαρβίνου ότι υπάρχουν έμφυτες αποκρίσεις με εξελικτική ιστορία. Σύμφωνα με το Δαρβίνο, πολλοί από τους τρόπους με τους οποίους εκφράζουμε μια συγκίνηση είναι κληρονομικός και αρχικά συνέβαλε στην επιβίωση του ανθρώπινου είδους. Ο Δαρβίνος πρότεινε και ο Ekman και ο Itard επιβεβαίωσαν την ύπαρξη διαπολιτισμικών τακτικοτήτων του συναισθήματος σε επιδείξεις του προσώπου. Μια διαπολιτισμική σύγκριση για την επίδειξη θυμού και χαράς σε μάσκες-πρόσωπα που

χρησιμοποιηθήκαν στις τελετουργικές κοινωνικές λειτουργίες αποκάλυψαν ότι ένα σύνολο γεωμετρικών σχεδίων, περισσότερο από τα πραγματικά γνωρίσματα του προσώπου, μεταβιβάζουν αυτά τα διαφορετικά συναισθηματικά νοήματα. Η δύναμη των μη αντιπροσωπευτικών οπτικών σχεδίων, να παράγουν νόημα εξετάστηκε σε μια σειρά ερευνών χρησιμοποιώντας υλικά που παρουσίαζαν γεωμετρικές μορφές σε μια ποικιλία από σχέδια γραμμών και διαμορφώσεις μεταξύ ατόμων στην ολλανδική τέχνη του 17^{ου} αιώνα. Τα αποτελέσματα όλων των ερευνών προτείνουν ότι για τα συναισθήματα θυμού και χαράς, τουλάχιστον, το νόημα βρίσκεται στις γεωμετρικές ιδιότητες της οπτικής επίδειξης (Aronoff, 2006).

Κάθε πολιτισμός έχει τους δικούς του κανόνες σχετικά με την εκδήλωση των συγκινήσεων. Οι κανόνες αυτοί ορίζουν τα είδη των συγκινήσεων που πρέπει να βιώνουν οι άνθρωποι σε ορισμένες καταστάσεις και τη συμπεριφορά που είναι κατάλληλη για αυτές τις συγκινήσεις. Για παράδειγμα, σε ορισμένους πολιτισμούς οι άνθρωποι που χάνουν ένα αγαπημένο πρόσωπο αναμένεται να νιώσουν θλίψη και την εκφράζουν ανοιχτά, θρηνώντας και εκλιπαρώντας την επιστροφή του. Σε άλλους πολιτισμούς οι πενθούντες αναμένεται να χορεύουν, να τραγουδούν και να είναι ευτυχισμένοι (Atkinson et al, 2004) . Στην Ευρώπη, δύο άνθρωποι που συναντιούνται στο δρόμο μπορεί να αγκαλιαστούν και να φιληθούν, αλλά στις ΗΠΑ αυτές οι χειρονομίες τρυφερότητας είναι ταμπού μεταξύ ανδρών.

Έτσι εκτός από τις βασικές εκφράσεις των συγκινήσεων που φαίνεται να είναι οικουμενικές, υπάρχουν και οι συμβατικές μορφές έκφρασης, ένα είδος γλώσσας των συγκινήσεων που αναγνωρίζεται από τα άλλα μέλη του πολιτισμού αλλά που συχνά παρερμηνεύονται από ανθρώπους άλλων πολιτισμών (Atkinson et al, 2004) .

2.1 Διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος και συναίσθημα

Ορισμένες συναισθηματικές καταστάσεις επιταχύνουν τις αντιδράσεις μας προκειμένου να αντιμετωπίσουμε κάποιο επείγον περιστατικό, ενώ άλλες τις επιβραδύνουν, με σκοπό τη διατήρηση ενέργειας ή την αυξημένη επιφυλακή. Οι δύο μοίρες του αυτόνομου νευρικού συστήματος καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την ένταση της συμπεριφοράς. Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα προετοιμάζει το σώμα για έντονη, ζωνρή δραστηριότητα σε επείγουσες καταστάσεις. Το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα αυξάνει τη δραστηριότητα λειτουργιών που σχετίζονται με καταστάσεις χαλάρωσης, όπως η πέψη. Συνήθως είναι ενεργά και τα δύο συστήματα, παρ' ότι σε μια δεδομένη στιγμή το ένα σύστημα μπορεί να είναι περισσότερο ενεργοποιημένο από το άλλο (Kalat, 1995).

Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα δεν ενεργοποιείται από τα ερεθίσματα καθαυτά, αλλά από τον τρόπο που τα άτομα ερμηνεύουν τα ερεθίσματα. Σε μια έρευνα ανατέθηκε σε δύο ομάδες αγοριών η ολοκλήρωση ενός συγκεκριμένου έργου. Οι ερευνητές παρουσίασαν την ίδια διαδικασία ως διαγώνισμα στα παιδιά της μίας ομάδας και ως παιχνίδι στα παιδιά της άλλης ομάδας. Τα αγόρια της πρώτης ομάδας παρουσίασαν αυξημένο καρδιακό ρυθμό σε αντίθεση με τα αγόρια της δεύτερης ομάδας (Darley & Katz, 1973).

Σε μια άλλη έρευνα, άτομα που δέχθηκαν επώδυνα ηλεκτρικά ερεθίσματα, γνωρίζοντας ότι δεν υπήρχε τρόπος να τα αποφύγουν, εμφάνισαν μειωμένο καρδιακό ρυθμό, μια τυπική παρασυμπαθητική αντίδραση σε μη ελεγχόμενη στρεσογόνο κατάσταση. Τα άτομα που παραπλανήθηκαν ώστε να πιστέψουν ότι μπορούσαν να βρουν κάποιο τρόπο για να αποφύγουν το σοκ, είχαν αυξημένο καρδιακό ρυθμό. Αυτό σημαίνει ότι η ολοκλήρωση ενός έργου ή μια σειρά από επώδυνα ηλεκτρικά σοκ, είναι δυνατόν να προκαλέσουν αύξηση ή μείωση της συμπαθητικής διέγερσης, ανάλογα με την αντίδραση που το άτομο πιστεύει ότι απαιτείται στη συγκεκριμένη κατάσταση (Malcuit, 1973).

Στρεσογόνες εμπειρίες και σκέψεις απελπισίας αυξάνουν το κίνδυνο για την εμφάνιση πολλών ασθενειών. Αντιθέτως, η κοινωνική στήριξη και άλλες θετικές συναισθηματικές καταστάσεις αυξάνουν το προσδόκιμο της ζωής, ή τουλάχιστον, βελτιώνουν τη ποιότητα της ζωής των ατόμων που υποφέρουν από σοβαρές ασθένειες (Kalat, 1995).

Οι περισσότερες καρδιακές προσβολές ξεκινούν με τη διατάραξη του κανονικού καρδιακού ρυθμού, εξαιτίας της υπερβολικής δραστηριοποίησης του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Η υπερδιέγερση της παρασυμπαθητικής μοίρας αποτελεί σοβαρό πρόβλημα μόνο κάτω από ένα περιορισμένο φάσμα συνθηκών (Kamarck & Jennings, 1991).

2.2 Η φυσιολογική βάση του συναισθήματος

Τα συναισθήματα μπορούν να θεωρηθούν ως η σχέση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος με βάση την εκτίμηση του ατόμου για το περιβάλλον του, τη διάθεση του ως προς το περιβάλλον και τη φυσική αντίδραση που ακολουθεί. Αναλύοντας τη φυσιολογική βάση του συναισθήματος, πρέπει να διακρίνουμε τις ανατομικές θέσεις στις οποίες καθορίζεται η συναισθηματική αξία ενός ερεθίσματος, τις ορμονικές, αυτόνομες και εξωτερικευμένες αντιδράσεις προς το ερέθισμα (συναισθηματική συμπεριφορά) και τη συνειδητή εμπειρία (ενδογενή συναισθήματα) (Vander et al., 2001).

Αν και τα ενδογενή συναισθήματα φαίνεται να ρυθμίζονται από διάφορες περιοχές του εγκεφάλου, δεν υπάρχει κάποιο διακριτό συναισθηματικό σύστημα. Η αμυγδαλή, ένα σύνολο πυρήνων στο βάθος του άκρου των κροταφικών λοβών και στη περιοχή του συνειρμικού φλοιού της κάτω επιφάνειας του μετωπιαίου λοβού, έχει κεντρική θέση στις περισσότερες συναισθηματικές καταστάσεις. Η αμυγδαλή αλληλεπιδρά με άλλα μέρη του εγκεφάλου μέσω εκτεταμένων αμφίδρομων συνδέσεων που μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά σε ζητήματα εξωτερικών ερεθισμάτων, λήψης αποφάσεων, μνήμης, προσοχής, ομοιοστατικών μηχανισμών και συμπεριφορικών απαντήσεων (Vander et al., 2001).

Η συναισθηματική συμπεριφορά ενέχει πολύπλοκες συμπεριφορές, όπως η εμπαθής υπεράσπιση πολιτικών πεποιθήσεων, αλλά και απλούστερες συμπεριφορές όπως το γέλιο ή το κλάμα. Η συναισθηματική συμπεριφορά επιτυγχάνεται μέσω του αυτόνομου και του σωματικού νευρικού συστήματος, υπό την καθοδήγηση κέντρων ολοκλήρωσης (Vander et al., 2001).

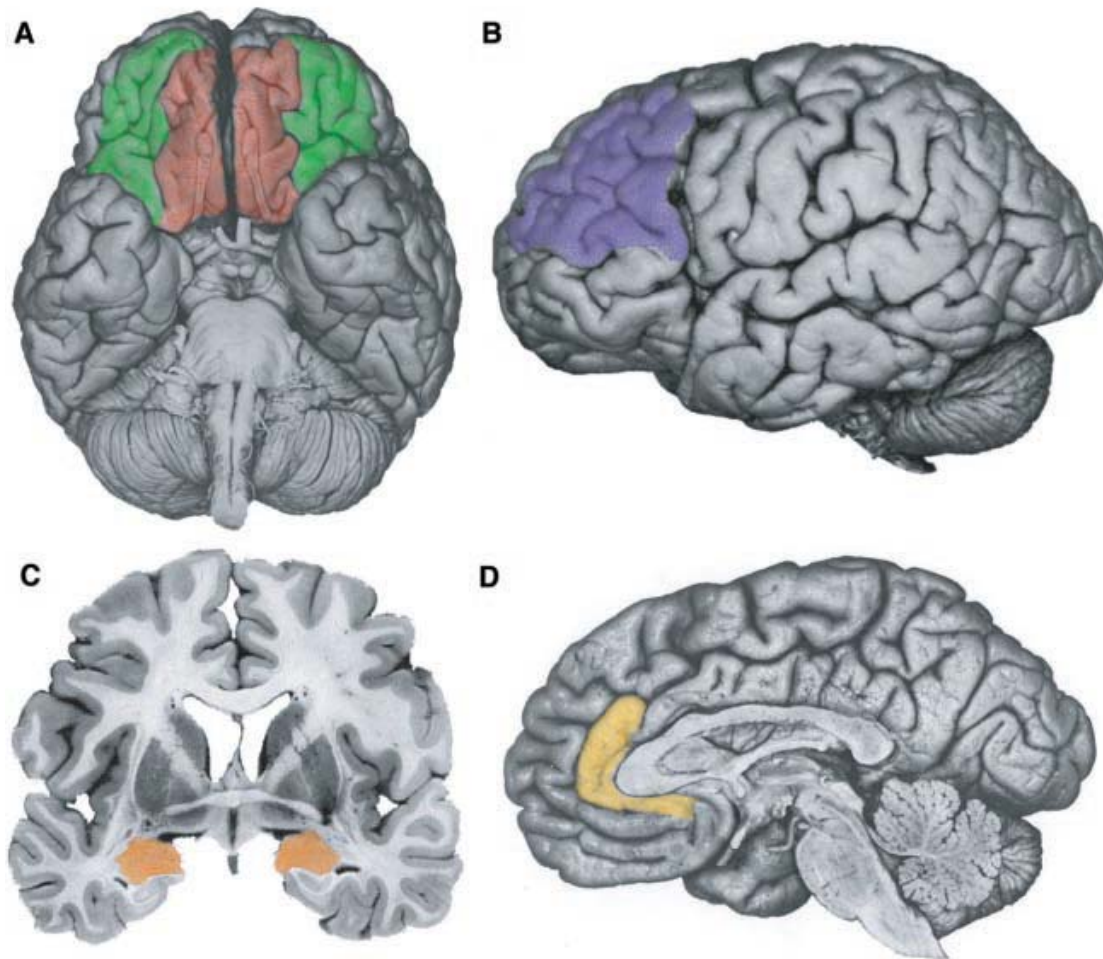
Ο εγκεφαλικός φλοιός παίζει σημαντικό ρόλο στη κατεύθυνση πολλών κινητικών απαντήσεων της συναισθηματικής συμπεριφοράς. Επιπλέον, δομές του πρόσθιου εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού φλοιού, ευθύνονται για τη

τροποποίηση, τη διεύθυνση, την κατανόηση, ακόμα και την αναστολή συναισθηματικών συμπεριφορών (Vander et al., 2001).

Όσον αφορά τα ενδογενή συναισθήματα, μεταιχμιακές περιοχές διεγέρθηκαν κατά τη διάρκεια νευροχειρουργικών επεμβάσεων σε ασθενείς σε εγρήγορση. Οι ασθενείς αυτοί ανέφεραν αμυδρά συναισθήματα φόβου ή άγχους κατά τον ερεθισμό συγκεκριμένων περιοχών. Ο ερεθισμός άλλων περιοχών προκάλεσε ευχάριστα συναισθήματα, που ήταν όμως αδύνατο να προσδιοριστούν περαιτέρω. Ο φλοιός, λοιπόν, του εγκεφάλου επιμελείται της συνειδητής εμπειρίας των ενδογενών συναισθημάτων (Vander et al., 2001).

Αναλυτικότερα, το συναίσθημα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από μια ομάδα εγκεφαλικών δομών του πρόσθιου εγκεφάλου, που είναι γνωστές ως μεταιχμιακό σύστημα. Το σύστημα αυτό περιλαμβάνει τον υποθάλαμο, τον ιππόκαμπο, το αμυγδαλοειδές σώμα, τον οσφρητικό βολβό, το διάφραγμα, άλλες μικρές εγκεφαλικές δομές, καθώς και κάποια τμήματα του θαλάμου και του εγκεφαλικού φλοιού (Kalat, 1995).

Μια ομάδα που περιλαμβάνει διαφορετικές περιοχές του προμετωπιαίου φλοιού του εγκεφάλου, την αμυγδαλή, τον ιππόκαμπο, τον υποθάλαμο, το πρόσθιο φλοιό του προσαγωγίου, το κοιλιακό ραβδωτό και άλλες αλληλένδετες δομές εμπλέκονται σε διαφορετικές όψεις του συναισθήματος, το συναισθηματικό ρυθμό και τη ρύθμιση του συναισθήματος. Η ρύθμιση συναισθήματος περιλαμβάνει διαδικασίες που ενισχύουν, εξασθενούν ή διατηρούν ένα συναίσθημα (Davidson et al., 2000).



Εικ. 1. Δομές κλειδιά στο λεπτομερές σχέδιο κυκλώματος της θεμελιώδους ρύθμισης συναισθημάτων. (Α) κογχικός προμετωπιαίος φλοιός με το πράσινο χρώμα και κοιλιακός-εσω πυρήνας προμετωπιαίου φλοιού με το κόκκινο. (Β) ραχιαίος έξω (υποθάλαμος) προμετωπιαίου φλοιού. (C) αμυγδαλή. (D) προσθιος φλοιός του προσαγωγίου. Κάθε μια από αυτές τις αλληλένδετες δομές παίζει ένα ρόλο σε διαφορετικές όψεις της ρύθμισης του συναισθήματος, και ανωμαλίες/δυσμορφίες σε μια ή περισσότερες από αυτές τις περιοχές και/ή στις συνδέσεις μεταξύ αυτών των περιοχών, σχετίζεται με ανεπάρκεια στη ρύθμιση συναισθήματος και, επίσης, με αύξηση στη κλίση για παρορμητική/ενστικτώδη επιθετικότητα και βία (De Armond et al., 1989)

2.3 Συναισθήματα και ψυχική υγεία

Για πολλούς ψυχολόγους, ο έλεγχος ή η καταπίεση των συναισθημάτων μπορεί να έχει βλαβερές συνέπειες για τη ψυχική υγεία του ατόμου. Ο Freud υποστήριζε ότι στη βάση πολλών νευρώσεων βρίσκονται καταπιεσμένα συναισθήματα. Ενδεικτικό είναι αυτό που παρατηρήθηκε στην Αγγλία το 1997 και υποστηρίζει την άποψη του Freud. Κατά τη διάρκεια του φθινοπώρου της συγκεκριμένης χρονιάς, η στατιστική υπηρεσία της Αγγλίας παρατήρησε μια σημαντική μείωση των αυτοκτονιών, της παραπομπής ζευγαριών σε ψυχολόγους και της κατάθλιψης. Η μείωση αυτή εξηγήθηκε ως αποτέλεσμα του ότι πολλοί Άγγλοι βρήκαν την ευκαιρία να εκφράσουν συναισθήματα θλίψης λόγω του θανάτου της πριγκίπισσας Νταϊάνα και το γεγονός αυτό λειτούργησε καθαρτικά σε άτομα με ψυχικά προβλήματα (Καφέτσιος, 2005).

Τι σημαίνει όμως έλεγχος των συναισθημάτων; Τελικά, η καταπίεση των συναισθημάτων μπορεί να έχει βλαβερές συνέπειες για την ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου; Ελέγχουμε τα συναισθήματα όταν για παράδειγμα θέλουμε να κρύψουμε το θυμό μας ότι κάτι μας έχει ενοχλήσει γιατί δεν θέλουμε να πληγώσουμε κάποιον ή όταν για να φανούμε δυνατοί κρύβουμε το πόνο που νιώθουμε κ πνίγουμε το κλάμα μας.

Τα συναισθήματα μπορούν να διακριθούν τουλάχιστον σε δύο βασικές κατηγορίες ανάλογα με το από πού προέρχονται: σε κοινωνικά συναισθήματα και σε ατομικά/βασικά συναισθήματα. Στα κοινωνικά συναισθήματα ανήκουν συναισθήματα που επιβάλλονται από τον κοινωνικό περίγυρο. Έχει υποστηριχθεί, μάλιστα, ότι οποιαδήποτε καταπίεση συναισθηματικών τάσεων του ατόμου, μπορεί να έχει βλαβερές συνέπειες για την ψυχική υγεία. Βέβαια το εύρος των κοινωνικών συμπεριφορών που ενέχουν έλεγχο των συναισθημάτων και το γεγονός ότι αναλογικά λιγότερα άτομα αναπτύσσουν κάποια ψυχικά προβλήματα, δείχνει ότι η άποψη αυτή για την αλληλεπίδραση της κοινωνίας και του ατόμου είναι ακραία. Σίγουρα υπάρχουν ορισμένες μορφές ελέγχου της έκφρασης των συναισθημάτων που συμβαδίζουν με ψυχοπαθολογικά συμπτώματα αλλά αφορούν περισσότερο τα ατομικά/βασικά συναισθήματα (Καφέτσιος, 2005).

Τα βασικά/ατομικά συναισθήματα χαρακτηρίζονται από τρεις κεντρικές δομές που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Αυτές είναι οι εξής: α) η αντίληψη του συναισθήματος,

β) η σωματική διέγερση-ψυχοφυσιολογία και γ) η συναισθηματική διέγερση. Για να εξηγήσουμε αυτές τις δομές ας δούμε ένα παράδειγμα σχετικό με το θυμό. Ο θυμός μπορεί να προκληθεί από εξωτερικούς/κοινωνικούς παράγοντες αλλά και από εσωτερικούς/ατομικούς παράγοντες. Αρχίζουμε να θυμώνουμε όταν αντιλαμβανόμαστε κάτι που δεν περιμέναμε να απειλεί το Εγώ μας. Αυτό αφορά την αντίληψη του συναισθήματος. Σε ένα δεύτερο στάδιο, το σώμα μας αντιδρά, αυξάνεται η σωματική διέγερση. Η τελική δομή είναι όταν εκφράζουμε ή καταπιέζουμε το συναίσθημα με εκφράσεις προσώπου, κινήσεις, ομιλία κοκ. Οι σχέσεις μεταξύ των τριών δομών είναι στενές (Καφέτσιος, 2005).

Μια έρευνα των Gross και Levenson (1997) έδειξε πώς αλληλεπιδρούν οι τρεις βασικές δομές του συναισθήματος κατά τον έλεγχο τους. Οι ερευνητές μελέτησαν τις επιπτώσεις της καταπίεσης του συναισθήματος στις σωματικές αντιδράσεις και την αντίληψη του συναισθήματος, συγκρίνοντας δύο ομάδες γυναικών. Στη πρώτη ομάδα ζητήθηκε να καταπιέσουν τα θετικά και τα αρνητικά συναισθήματα, ενώ στη δεύτερη ομάδα, οι συμμετέχοντες αφέθηκαν να συμπεριφερθούν κανονικά. Τα θετικά και τα αρνητικά συναισθήματα προκλήθηκαν πειραματικά με την προβολή κομματιών από στενόχωρες και χαρούμενες ταινίες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στην πρώτη ομάδα οι σωματικές αντιδράσεις, η πίεση, η εφίδρωση και οι χτύποι της καρδιάς τους, κρατούνταν σε υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με τις γυναίκες της δεύτερης ομάδας. Αυτό σημαίνει πως, πράγματι, η έκφραση του συναισθήματος μπορεί να συνδέεται με σωματικές αντιδράσεις. Οι Gross και Munoz (1995) θεώρησαν, λοιπόν, ότι ο έλεγχος του συναισθήματος έχει επιπτώσεις στην ψυχική υγεία του ατόμου.

Παλαιότερες έρευνες είχαν δείξει ότι τα άτομα που καταπιέζουν τα συναισθήματά τους χαρακτηρίζονται από υψηλότερα επίπεδα διέγερσης του παρασυμπαθητικού συστήματος, σε σύγκριση με άτομα που είναι πιο εκφραστικά (Notorius & Levenson, 1979).

Επανεπιβεβαιωμένη έκφραση των αρνητικών συναισθημάτων μπορεί να οδηγήσει σε μετριασμό των αρνητικών επιπτώσεων των αρνητικών συναισθημάτων. Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Stanton και τους συνεργάτες του το 2000, συμμετείχαν 92 γυναίκες με διάγνωση καρκίνου του μαστού. Οι ερευνητές εκπαίδευσαν αυτές τις γυναίκες να αντιμετωπίζουν τα αρνητικά συναισθήματα με κατάλληλους τρόπους, όπως έκφραση και εκλογίκευση. Οι γυναίκες εξετάστηκαν ξανά τρεις μήνες μετά την έναρξη του προγράμματος για την έκφραση συναισθημάτων και βρέθηκε ότι, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν είχαν πάρει μέρος

σε αυτό το πρόγραμμα, όσες έμαθαν να συζητούν και να εξωτερικεύουν δημιουργικά τα συναισθήματά τους, είχαν λιγότερες επισκέψεις στο γιατρό για τη θεραπεία της ασθένειας και σημείωσαν μεγαλύτερη πρόοδο. Οι ερευνητές θεώρησαν πως η μείωση του ελέγχου των συναισθημάτων, οδήγησε τις γυναίκες να κατανοήσουν καλύτερα τις προσωπικές τους ανάγκες και να βρουν νέους τρόπους αντιμετώπισης της δύσκολης κατάστασης που περνούσαν (Καφέτσιος, 2005).

Επίσης, η έκφραση του θυμού συνδέεται με την καλή ψυχική υγεία. Άτομα που δεν εκφράζουν συναισθήματα θυμού και έχουν ένα συγκεκριμένο τύπο προσωπικότητας (τύπος A) κινδυνεύουν περισσότερο από καρδιακές προσβολές. Ακόμη, η καταπίεση του θυμού μπορεί να οδηγήσει σε ψυχοπαθολογικές συμπεριφορές, όπως στην παθητική-επιθετική συμπεριφορά (Καφέτσιος, 2005).

Επιπρόσθετα, θα μπορούσαμε να υποθέσουμε λόγω των παραπάνω, ότι η έκφραση των συναισθημάτων θα μειώνει τον κίνδυνο των ασθενειών. Ξέρουμε ήδη ότι σε περιόδους άγχους το ανοσοποιητικό σύστημα είναι πιο ευάλωτο και υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης ασθενειών. Σε μια έρευνα ο Pennebaker και οι συνεργάτες του εξέτασαν τα επίπεδα του ανοσοποιητικού συστήματος 50 φοιτητών στην αρχή της ακαδημαϊκής χρονιάς και έπειτα από έξι εβδομάδες. Από τους μισούς φοιτητές ζητήθηκε να επισκεφτούν το εργαστήριο σε τέσσερα τακτά χρονικά διαστήματα. Σε κάθε μια από τις επισκέψεις, οι φοιτητές ανακαλούσαν γεγονότα της εβδομάδας που τους στεναχώρησαν και έγραφαν σε μισή σελίδα τι ακριβώς τους είχε ενοχλήσει. Στο τέλος των έξι εβδομάδων οι ερευνητές σύγκριναν τα επίπεδα του ανοσοποιητικού συστήματος των φοιτητών. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως όσοι φοιτητές είχαν την ευκαιρία να εκφράσουν και να γράψουν τα συναισθήματα τους σε ένα κομμάτι χαρτί, είχαν υψηλότερα επίπεδα ανοσοποιητικού συστήματος από αυτούς που δεν επισκέπτονταν το εργαστήριο (Pennebaker et al., 1988).

2.4 Στρατηγικές ρύθμισης των συναισθημάτων

Η ρύθμιση των συναισθημάτων αναφέρεται στη γνωστική ικανότητα του ατόμου να ρυθμίζει τα συναισθήματα του. Ο Lazarus αναφέρει ότι δεν είναι το γεγονός αυτό καθαυτό που προκαλεί ένα συναίσθημα, αλλά η υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου (Southwick et al.). Ορίζουμε, λοιπόν, τη ρύθμιση του συναισθήματος ως την ικανότητα να καταλαβαίνουμε τα συναισθήματά μας και στη διαμόρφωση/προσαρμογή της συναισθηματικής εμπειρίας και έκφρασης. Καλή ρύθμιση του συναισθήματος συνδέεται με θετική αυτό-αντίληψη και καλές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, αύξηση στη συχνότητα θετικών συναισθηματιών εμπειριών, πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων και διαστολή πιθανόν δράσεων ως απάντηση σε κοινωνικές καταστάσεις (Decker et al., 2008).

Υπάρχει μια αναπτυσσόμενη εκτίμηση ότι τα άτομα ασκούν αξιολογούμενες επιδράσεις στο ποια συναισθήματα έχουν και πότε τα έχουν. Διαφέρουν τα άτομα στη χρήση ειδικών στρατηγικών ρύθμισης συναισθήματος; Και αν ναι, αυτές οι ατομικές διαφορές έχουν επιπτώσεις στη προσαρμογή;

Ένα συναίσθημα ξεκινάει με την αποτίμηση των συναισθηματικών νύξεων. Οι συναισθηματικές νύξεις προκαλούν δράση σε πειραματικά, συμπεριφορικά και σωματικά συστήματα. Επειδή το συναίσθημα αναπτύσσεται εγκάρσια στο χρόνο, οι στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος μπορούν να διακριθούν όσον αφορά το πότε είχαν άμεση επιρροή στη διαδικασία δημιουργίας του συναισθήματος. Γενικά, διακρίνουμε τις στρατηγικές σε δύο ευρύτερες κατηγορίες: προηγούμενα εστιασμένες και εστιασμένες ως απάντηση στο συναίσθημα στρατηγικές ρύθμισης. Οι στρατηγικές που εστιάζονται στο προηγούμενο αναφέρονται σε πράγματα που κάνουμε πριν οι τάσεις συναισθηματικής αντίδρασης γίνουν πλήρως ενεργοποιημένες και αλλάξουν τη συμπεριφορά μας και τις εξωτερικές μας αντιδράσεις. Οι στρατηγικές που εστιάζονται στην απάντηση αναφέρονται σε πράγματα που κάνουμε άπαξ και ένα συναίσθημα είναι ήδη καθοδόν, αφότου οι απαντητικές τάσεις έχουν ήδη δημιουργηθεί (Gross & Oliver, 2003).

Πέντε οικογένειες πιο ιδιαίτερων στρατηγικών μπορούν να τοποθετηθούν κατά μήκος του χρονοδιαγράμματος στην εξέλιξη του συναισθήματος. Αυτές είναι οι εξής:

1. επιλογή της κατάστασης

2. τροποποίηση της κατάστασης
3. ανάπτυξη μετώπου προσοχής
4. γνωστική αλλαγή
5. διαμόρφωση/ρύθμιση των συμπεριφορικών και φυσιολογικών αντιδράσεων

Οι τέσσερις πρώτες διαδικασίες είναι πρόγωνα εστιασμένες, ενώ η τελευταία είναι εστιασμένη ως απάντηση στο συναίσθημα (Gross & Oliver, 2003).

Επειδή η διάκριση ανάμεσα στις πρόγωνα εστιασμένες και στις εστιασμένες ως απάντηση στρατηγικές είναι κεντρική στη θεωρία των Gross και Oliver, θέλησαν να συμπεριλάβουν ένα υπόδειγμα για το καθένα στη μελέτη τους. Δύο ιδιαίτερες στρατηγικές πληρούν αυτά τα κριτήρια: η γνωστική επαναξιολόγηση και η καταστολή έκφρασης του συναισθήματος. Η γνωστική επαναξιολόγηση είναι ένα είδος γνωστικής αλλαγής που περιλαμβάνει τη κατασκευή μιας ενδεχομένως κατάστασης εξαγωγής συναισθήματος που κατά κάποιο τρόπο αλλάζει τη συναισθηματική επιρροή. Η καταστολή έκφρασης είναι ένα είδος ρύθμισης της αντίδρασης που περιλαμβάνει προοδευτική αναστολή της συναισθηματικής έκφρασης. Η επαναξιολόγηση είναι μια πρόγωνα εστιασμένη στρατηγική, λαμβάνει χώρα νωρίς και συμβαίνει πριν η τάση συναισθηματικής αντίδρασης παραχθεί πλήρως. Αυτό σημαίνει ότι η επαναξιολόγηση μπορεί λόγω αυτού να μεταβάλλει αποτελεσματικά ολόκληρη την επακόλουθη συναισθηματική τροχιά. Πιο συγκεκριμένα, όταν το άτομο ρυθμίζει τα αρνητικά συναισθήματά του, η επαναξιολόγηση θα μειώσει επιτυχώς τα συμπεριφορικά συστατικά των αρνητικών συναισθημάτων. Αντίθετα, η καταπίεση είναι μια στρατηγική εστιασμένη στην αντίδραση/απάντηση: έρχεται σχετικά αργά στη διαδικασία γέννησης του συναισθήματος και κυρίως τροποποιεί τη συμπεριφορική όψη των τάσεων της συναισθηματικής αντίδρασης. Γι' αυτό το λόγο, η καταπίεση είναι αποτελεσματική στη μείωση συμπεριφορικής έκφρασης των αρνητικών συναισθημάτων αλλά μπορεί να έχει και την ανεπιθύμητη παρενέργεια να επιβάλλει περιορισμούς και στην έκφραση θετικών συναισθημάτων. Την ίδια στιγμή, η καταπίεση δε θα είναι βοηθητική στη μείωση της εμπειρίας των αρνητικών συναισθημάτων. Επιπλέον, επειδή η καταπίεση έρχεται καθυστερημένα στη δημιουργική διαδικασία του συναισθήματος, απαιτείται το άτομο να προσπαθεί να διαχειρίζεται τις συναισθηματικές τάσεις αντίδρασης όπως αυτές ανέρχονται. Αυτές οι επαναλαμβανόμενες προσπάθειες ίσως καταναλώνουν γνωστικούς πόρους που θα μπορούσαν σε άλλη περίπτωση να χρησιμοποιηθούν σε καταλληλότερες προσπάθειες

στα κοινωνικά περιβάλλοντα όπου αναπτύσσονται τα συναισθήματα. Επιπλέον, η καταπίεση δημιουργεί στο άτομο μια αίσθηση ασυμφωνίας ή ασυναρτησίας ανάμεσα στο εσωτερικό συναίσθημα και την εξωτερική έκφραση. Αυτή η αίσθηση του να μην είναι αληθινός στον εαυτό του, να μην είναι αυθεντικός απέναντι στους άλλους, ίσως οδηγήσει σε ένα αρνητικό συναίσθημα για τον εαυτό και να αποξενώσει το άτομο όχι μόνο από τον εαυτό του αλλά και από τους άλλους (Gross & Oliver, 2003).

Αυτά τα μοντέλα έχουν εξεταστεί και πειραματικά. Για παράδειγμα, σε μια έρευνα, οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε μια κατάσταση/συνθήκη καταπίεσης όπου τους ζητήθηκε να κρύψουν τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις σε μια ταινία που τους προκαλούσε αρνητικά συναισθήματα, ώστε ένας παρατηρητής να μη μπορεί να καταλάβει τι νιώθουν. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως αν και οι συμμετέχοντες που καταπιέστηκαν έδειξαν πολύ μικρότερη εκφραστική συμπεριφορά, ένιωσαν τα ίδια αρνητικά συναισθήματα με την ομάδα ελέγχου. Αντίθετα, η επαναξιολόγηση μείωσε τόσο στην την εμπειρία όσο και τη συμπεριφορική έκφραση του αρνητικού συναισθήματος. Παρόλο που η καταπίεση αρνητικών συναισθημάτων άφησε ανέπαφη την εμπειρία αρνητικών συναισθημάτων, η καταπίεση θετικών συναισθημάτων μείωσε την εμπειρία των θετικών συναισθημάτων (Gross & Oliver, 2003).

Η καταπίεση- αλλά όχι η επαναξιολόγηση- οδηγεί σε μνημονική εξασθένηση για κοινωνικές πληροφορίες που παρουσιάζονται ενόσω τα άτομα ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους. Τα αποτελέσματα των πειραμάτων, όπως αναμενόταν, έδειξαν ότι η επαναξιολόγηση σχετίζεται με περισσότερα θετικά συναισθήματα. Η επαναξιολόγηση συσχετίστηκε με την έκφραση θετικών συναισθημάτων τόσο σε μετρήσεις αυτοαναφοράς, όσο και σε μετρήσεις αναφοράς ζευγαριών. Η επαναξιολόγηση, επίσης, συσχετίστηκε με μικρότερη εμπειρία αρνητικών συναισθημάτων. Αυτά τα ευρήματα προτείνουν ένα εξαιρετικά επιθυμητό συναισθηματικό προφίλ: τα άτομα που κάνουν επαναξιολόγηση έχουν περισσότερες εμπειρίες θετικών συναισθημάτων, εκφράζουν περισσότερα θετικά συναισθήματα, ενώ βιώνουν και εκφράζουν λιγότερα αρνητικά συναισθήματα από αυτούς που χρησιμοποιούν αυτή τη στρατηγική λιγότερο συχνά (Gross & Oliver, 2003).

Για τα θετικά συναισθήματα, η καταπίεση έδειξε ένα προβλεπόμενο αρνητικό δεσμό με την εμπειρία συναισθημάτων. Τα άτομα που συχνά καταπιέζονται έχουν μικρότερη εμπειρία θετικών συναισθημάτων και είναι πιθανό να έχουν εμπειρία

περισσότερων αρνητικών συναισθημάτων από τα άτομα που δεν καταπιέζουν τα συναισθήματά τους (Gross & Oliver, 2003).

Συμπερασματικά, τα άτομα που χρησιμοποιούν τη στρατηγική της επαναξιολόγησης, συνήθως χρησιμοποιούν μια στρατηγική ρύθμισης του συναισθήματος που παρεμβαίνει πρώιμα στη διαδικασία ρύθμισης του συναισθήματος και συνεπώς τροποποιεί όχι μόνο αυτό που τα άτομα εκφράζουν στη συμπεριφορά τους αλλά και τα εσωτερικά συναισθήματά τους. Αυτοί που κάνουν επαναξιολόγηση υπερπηδούν στρεσογόνες καταστάσεις έχοντας μια αισιόδοξη στάση, δίνοντας νέα ερμηνεία στη κατάσταση και κάνοντας ενεργητικές προσπάθειες για να επανορθώσουν την άσχημη διάθεση τους. Συναισθηματικά, έχουν εμπειρία και εκφράζουν και συμπεριφορικά περισσότερα θετικά και λιγότερα αρνητικά συναισθήματα από αυτούς που χρησιμοποιούν τη στρατηγική της επαναξιολόγησης λιγότερο συχνά. Κοινωνικά, είναι πιθανότερο να μοιραστούν τα συναισθήματά τους, τόσο τα αρνητικά όσο και τα θετικά, με άλλους και έχουν στενότερες επαφές με τον περίγυρο τους (μάλιστα οι φίλοι τους, τους συμπαθούν περισσότερο από αυτούς που δεν κάνουν επαναξιολόγηση της κατάστασης). Όσον αφορά την ευεξία, τα άτομα που κάνουν επαναξιολόγηση έχουν λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης, μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και περισσότερες επιτυχίες στη ζωή. Αντίθετα, αυτοί που καταπιέζονται, συνήθως χρησιμοποιούν μια στρατηγική ρύθμισης του συναισθήματος που παρεμβαίνει καθυστερημένα στη διαδικασία δημιουργίας του συναισθήματος και μπορεί να τροποποιήσει μόνο αυτό που εκφράζουν συμπεριφορικά με αξιοσημείωτο κόστος στη λειτουργικότητα του ατόμου. Βρέθηκε, λοιπόν, ότι τα άτομα που καταπιέζονται αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως μη αυθεντικό, θεωρούν ότι παραπλανούν τους άλλους σχετικά με το πραγματικό τους εαυτό. Συγκρινόμενοι με άτομα που δεν καταπιέζουν τα συναισθήματά τους, αντιμετώπισαν στρεσογόνες καταστάσεις καλύπτοντας τα εσωτερικά τους συναισθήματα και επιβάλλοντας περιορισμούς στην έκφραση τους προς τα έξω. Ήταν λιγότερο ξεκάθαροι στο τι νιώθουν, λιγότερο επιτυχημένοι στη διόρθωση του συναισθήματος τους και έβλεπαν τα συναισθήματά τους από μια λιγότερο ευνοϊκή σκοπιά και δεν τα αποδέχονταν, αναμασώντας γεγονότα που τους έκαναν να νιώθουν άσχημα. Οι προσπάθειες τους να καταπιεστούν, τους αφήνουν με λιγότερες θετικές εμπειρίες. Επίσης, βιώνουν περισσότερα αρνητικά συναισθήματα, συμπεριλαμβανομένων οδυνηρών συναισθημάτων μη αυθεντικότητας. Η καταπίεση τους είναι μερικώς επιτυχημένη αφού εκφράζουν λιγότερα αρνητικά συναισθήματα από όσα βιώνουν στην

πραγματικότητα. Κοινωνικά, φαίνονται απρόθυμοι να μοιραστούν με τους άλλους όχι μόνο τα αρνητικά αλλά και τα θετικά συναισθήματα τους. Όσον αφορά τη προσήλωση, ανέφεραν ότι αποφεύγουν τις στενές σχέσεις και είναι λιγότερο συναισθηματικά συνδεδεμένοι. Σχετικά με την ευεξία, αυτοί που καταπιέζονται βαθμολογούνται χαμηλότερα, έχουν χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης, είναι λιγότερο ευχαριστημένοι από τη ζωή τους και έχουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης (Gross & Oliver, 2003).

<u>Εξελικτικό μοντέλο συναισθηματικής ρύθμισης</u>			
<u>Κατάσταση</u>	<u>Προσοχή</u>	<u>Αποτίμηση</u>	<u>Αντίδραση</u>
Επιλογή κατάστασης	Προσεχτική ανάπτυξη μετώπου	Προσεχτική ανάπτυξη μετώπου	Ρύθμιση αντίδρασης
Τροποποίηση κατάστασης	Γνωστική αλλαγή	Γνωστική αλλαγή	

Εξελικτικό μοντέλο της συναισθηματικής ρύθμισης που τονίζει 5 οικογένειες των στρατηγικών ρύθμισης συναισθήματος (Gross, 2007)

2.5 Ρύθμιση συναισθήματος και σωματική υγεία

Τι συμβαίνει όταν κάποιος που αισθάνεται κάτι, καταπιέζει τη συναισθηματική έκφραση; Η συναισθηματική καταπίεση επαναφέρει την ηρεμία ή η καταπίεση της συναισθηματικής έκφρασης οδηγεί σε μεγαλύτερη εξέγερση;

Έρευνες έχουν δείξει ότι η συμπεριφορά αναστολής της συναισθηματικής έκφρασης οδηγεί σε αυξημένη δραστηριότητα του συμπαθητικού και καρδιαγγειακού συστήματος και σε μείωση των εκφράσεων του προσώπου και των κινήσεων του σώματος. Η καταπίεση σχετίζεται, επίσης, με αύξηση στη συστολική και διαστολική πίεση του αίματος. Επιπρόσθετα, κάποιες έρευνες έχουν δείξει πως η καταπίεση σχετίζεται με αυξημένη ηλεκτροδερμική δραστηριότητα (Roberts et al., 2008).

Αποτελέσματα ερευνών έχουν δείξει ότι ενήλικοι και παιδιά που δεν εκφράζονται συναισθηματικά είναι σωματικά περισσότερο ευερέθιστοι σε μια ποικιλία ερεθισμάτων σε σχέση με τα εκφραστικά άτομα. Αυτή η αρνητική συσχέτιση μεταξύ των συμπεριφορικών και των φυσιολογικών απαντήσεων συνήθως, εξηγείται χρησιμοποιώντας το «υδραυλικό μοντέλο» που προτείνει ότι όταν οι εκφραστικές ενδείξεις του συναισθήματος αναστέλλονται, εκφορτώνονται σε άλλα κανάλια. Η σχετιζόμενη βιβλιογραφία χτίστηκε στην ιδέα ότι άνθρωποι που για καιρό εμποδίζουν τα συναισθήματά τους ίσως έχουν μεγαλύτερη προδιάθεση στην εκδήλωση ασθενειών συγκριτικά με τα άτομα που εκφράζονται συναισθηματικά. Υπάρχουν εμπειρικές αναφορές για σύνδεση μεταξύ της αναχαίτισης του θυμού και της εχθρότητας από τη μια και της θεμελιώδους υπέρτασης και της στεφανιαίας καρδιαγγειακής νόσου από την άλλη (Gross & Levenson, 1993).

Σε μια έρευνα των Gross και Levenson (1993), οι ερευνητές προσπάθησαν να απαντήσουν στο ερώτημα αν η στρατηγική της καταπίεσης της έκφρασης των συναισθημάτων συσχετίζεται αρνητικά με την σωματική υγεία, εκπαιδύοντας τα υποκείμενα/συμμετέχοντες να αναστέλλουν την εκφραστική συμπεριφορά καθώς θα έβλεπαν μια ταινία αποκρύπτοντας το συναίσθημα της αηδίας. Όσον αφορά την εκφραστική συμπεριφορά, οι οδηγίες καταπίεσης οδήγησαν σε μειωμένη έκφραση της αηδίας, μειωμένες κινήσεις προσώπου, μειωμένες ενδείξεις συγκίνησης στο πρόσωπο και αυξημένο άνοιγμα και κλείσιμο των βλεφάρων. Σωματικά, παρατηρήθηκε αύξηση στην αγωγιμότητα του δέρματος, μείωση του καρδιακού ρυθμού και μεγαλύτερη καταγεγραμμένη βράχυνση του σφυγμού. Όλα αυτά είναι

σημάδια αυξημένης δραστηριότητας του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Δηλαδή, η καταπίεση του συναισθήματος οδηγεί σε αυξημένη εξέγερση (Gross & Levenson, 1993).

Συμπερασματικά, η έρευνα έχει δείξει πως η μειωμένη συναισθηματική εκφραστικότητα συνδέεται με τους κινδύνους για την υγεία. Η σκόπιμη παρακράτηση της έκφρασης των αρνητικών συναισθημάτων έχει συνδεθεί με την ταχύτερη εξέλιξη του καρκίνου και με συντομότερη επιβίωση. Επιπλέον, μια επιδημιολογική μελέτη διαπίστωσε ότι τα υποκείμενα που καταστέλλουν το συναίσθημα του θυμού βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για την εμφάνιση παθολογίας. Η καταστολή είναι ένας αμυντικός μηχανισμός με τον οποίο το άτομο είναι ανίκανο να θυμηθεί ή να είναι γνωστικά ενήμερος για την διατάραξη των επιθυμιών, των συναισθημάτων και των σκέψεων του (Giese-Davis et al., 2008). Η καταπίεση συνδέεται επίσης με την ανυψωμένη καρδιαγγειακή φυσιολογία. Ευρήματα δείχνουν πως η παρεμπόδιση της έκφρασης του θυμού αυξάνει τις καρδιαγγειακές αντιδράσεις. Σε μια μετά-ανάλυση 25469 συμμετεχόντων, βρέθηκε ότι όταν υπάρχει μειωμένη έκφραση των συναισθημάτων, αυτή συνδέεται με μεγαλύτερα ποσοστά υπέρτασης (Giese-Davis et al., 2008).

2.6 Ρύθμιση συναισθήματος και ψυχοπαθολογία

Η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές αντιλαμβάνονται ευρύτατα ως αποτέλεσμα των δυσκολιών στη ρύθμιση συναισθήματος. Αρκετοί θεωρητικοί συμφωνούν ότι τα άτομα που δεν μπορούν να διαχειριστούν αποτελεσματικά τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις σε καθημερινά γεγονότα, βιώνουν περισσότερες και πιο έντονες περιόδους δυστυχίας και θλίψης που είναι πιθανό να εξελιχθούν σε κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές. Επιπλέον, μοντέλα διατροφικών διαταραχών και κατάχρησης αλκοόλ προτείνουν ότι τα άτομα με φτωχή ρύθμιση συναισθημάτων, συχνά επιστρέφουν στο φαγητό ή στο αλκοόλ για να αποδράσουν ή να περιορίσουν τα συναισθήματα τους, δημιουργώντας κίνδυνο για διαγνώσιμα προβλήματα που σχετίζονται με το φαγητό ή το ποτό. Ξεχωριστές στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος έχουν οριστεί είτε ως παράγοντες κινδύνου είτε ως προστατευτικοί παράγοντες έναντι της ψυχοπαθολογίας (Aldao et al., 2010).

Θεωρητικά μοντέλα σχετίζουν την επιτυχημένη ρύθμιση συναισθήματος με καλά αποτελέσματα στην υγεία και βελτιωμένες σχέσεις, καθώς και καλή ακαδημαϊκή και

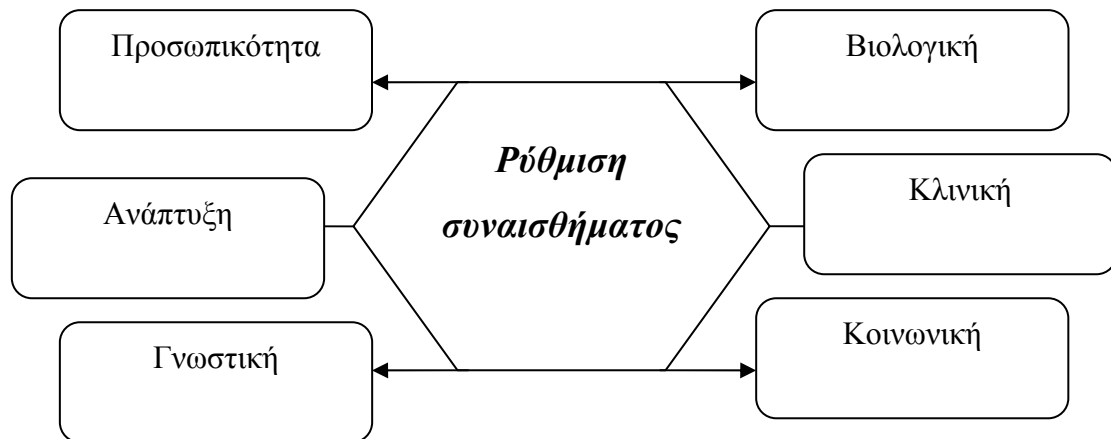
εργασιακή απόδοση. Αντιστρόφως, δυσκολίες στη ρύθμιση συναισθήματος σχετίζονται με διανοητικές διαταραχές και συγχώνευση με μοντέλα ειδικής ψυχοπαθολογίας, συμπεριλαμβανομένων της διαταραχής προσωπικότητας, της μείζονος κατάθλιψης, της διπολικής διαταραχής, της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, τις διατροφικές διαταραχές και τις διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών και αλκοόλ. Συνεπώς, διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις συγχωνεύουν κάποιες μορφές εκπαίδευσης συναισθηματικής ρύθμισης, συμπεριλαμβανομένων της διαλεκτικής συμπεριφορικής θεραπείας, τη θεραπεία με εστίαση στο συναίσθημα, τη θεραπεία αποδοχής και τη θεραπεία ρύθμισης συναισθήματος (Aldao et al., 2010).

Στο πέρασμα των χρόνων, διαφορετικά θεωρητικά μοντέλα τόνισαν διαφορετικές στρατηγικές ως προσαρμοστικές και μη προσαρμοστικές. Δύο στρατηγικές θεωρήθηκαν ως προσαρμοστικές: η επαναξιολόγηση και η επίλυση προβλήματος. Η επαναξιολόγηση περιλαμβάνει δημιουργία ήπιων ή θετικών ερμηνειών σε μια στρεσογόνο κατάσταση ως ένα τρόπο ελαχιστοποίησης της στεναχώριας. Μη προσαρμοστικές διαδικασίες θεωρούνται ως βασικό τμήμα της κατάθλιψης και των διαταραχών άγχους και γι' αυτό το λόγο, σύμφωνα με πολλά μοντέλα, γνωστικές συμπεριφορικές θεραπείες για αυτές τις διαταραχές εστιάζουν στην εκμάθηση δεξιοτήτων επαναξιολόγησης (Aldao et al., 2010).

Το μοντέλο επιρροής της συναισθηματικής ρύθμισης του Gross τονίζει την επαναξιολόγηση ως μια στρατηγική που έχει ως αποτέλεσμα θετικό συναίσθημα και θετικές φυσικές αντιδράσεις στα ερεθίσματα. Οι αντιδράσεις επίλυσης του προβλήματος είναι προσπάθειες από τα άτομα να αλλάξουν μια στρεσογόνο κατάσταση ή να περιορίσουν τις συνέπειες της. Η επίλυση του προβλήματος οδηγεί συνήθως σε κάποια δράση (πχ σύσκεψη για ανταλλαγή ιδεών και λύσεων, σχεδιασμός μιας σειράς αντιδράσεων). Αν και οι σκέψεις για την επίλυση του προβλήματος δεν προσπαθούν ευθέως να ρυθμίσουν τα συναισθήματα, μπορούν να έχουν ευεργετικά αποτελέσματα στα συναισθήματα μετριάζοντας ή ακόμη και εξαλείφοντας τα ερεθίσματα άγχους (Aldao et al., 2010).

Επιπλέον, έρευνες πάνω στην αποδοχή ως ρυθμιστική στρατηγική δείχνουν ότι χρησιμοποιώντας αυτή τη στρατηγική προωθούνται καλά αποτελέσματα δεδομένου ότι χαμηλά επίπεδα αποδοχής έχουν φανεί σε πολλές διαταραχές, όπως διαταραχές άγχους, διαταραχή πανικού, διαταραχή προσωπικότητας, χρήση ηρωίνης κοκ. Αντίθετα, η καταπίεση και η αποφυγή έχουν οριστεί ως μη προσαρμοστικές

αντιδράσεις σε μια ποικιλία ερεθισμάτων άγχους και ορίζονται ως παράγοντες κινδύνου τόσο για διαταραχές (όπως κατάθλιψη), όσο και για απροσάρμοστες συμπεριφορές (όπως κατάχρηση ουσιών) (Aldao et al., 2010).



Η συναισθηματική ρύθμιση και τα έξι πεδία της ψυχολογίας που λαμβάνουν μέρος (Gross, 2007)

2.7 Διαφορές φύλου στη ρύθμιση συναισθήματος

Έχει αναγνωριστεί ότι οι γυναίκες αναφέρουν ένα δυσανάλογο ποσό υπερβολικής ανησυχίας και διαγιγνώσκονται με γενικευμένη διαταραχή άγχους δύο φορές συχνότερα απ' ότι οι άντρες. Σε μια έρευνα των Zlomke και Hahn το ενδιαφέρον εστιάστηκε στη σύγκριση αντρών και γυναικών όσον αφορά την ανταπόκριση των γνωστικών στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος και τη σχέση τους με την ανησυχία και τη στεναχώρια (Zlomke & Hahn, 2010).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γνωστικές στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος παίζουν σημαντικό ρόλο στη συμπτωματολογία του άγχους και της στεναχώριας τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες, αν και η ανταπόκριση των διαφορετικών στρατηγικών διαφέρει ανάμεσα στα φύλα. Οι γυναίκες ανέφεραν τη χρήση συλλογισμού και την τοποθέτηση της κατάστασης σε μια προοπτική για να αντιμετωπίσουν το στρες, ενώ οι άντρες κατηγορούσαν τους άλλους σε καταστάσεις στρες, συχνότερα από τις γυναίκες (Zlomke & Hahn, 2010).

Το χαρακτηριστικό των επαναλαμβανόμενων σκέψεων που είναι κοινό στο αίσθημα ανησυχίας και στο αναμάσημα, φαίνεται να αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για τη κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές. Και για τους άντρες και για τις γυναίκες, υψηλά επίπεδα αναμασήματος σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με αυξημένο στρες και υπερβολική ανησυχία. Για τους άντρες, μια επιπλέον στρατηγική ρύθμισης του συναισθήματος σχετίζεται με την ανησυχία, η επανεστίαση στο προγραμματισμό/σχεδιασμό. Αύξηση των αναφορών σκέψεων του πώς θα ανταπεξέλθουν σε ένα αρνητικό γεγονός σχετίζεται σημαντικά με χαμηλότερα επίπεδα ανησυχίας, στρες και στεναχώριας στους άντρες. Η έρευνα έδειξε πως η αποδοχή και η θετική επαναξιολόγηση είναι αρνητικοί προβλεπτικοί παράγοντες της υπερβολικής στεναχώριας στις γυναίκες (Zlomke & Hahn, 2010).

Για ολόκληρο το δείγμα φάνηκε ότι οι στρατηγικές προσαρμογής σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα αναφοράς ανησυχίας και στεναχώριας αλλά τα πρότυπα αυτών των σχέσεων διαφέρουν μεταξύ αντρών και γυναικών για τις στρατηγικές προσαρμογής. Μια σημαντική σχέση μεταξύ της επανεστίασης στο σχεδιασμό και των χαμηλών επιπέδων ανησυχίας, στρες και στεναχώριας βρέθηκε για τους άντρες, αλλά η σχέση αυτή δε φάνηκε στις γυναίκες. Η στρατηγική της επανεστίασης στο σχεδιασμό αναφέρεται στο γνωστικό μέρος για την επίλυση ενός προβλήματος (Zlomke & Hahn, 2010).

3. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να ελέγξουμε αν οι στρατηγικές ρύθμισης συναισθήματος συνδέονται/ συσχετίζονται με την σωματική αλλά και τη ψυχική υγεία των ασθενών με καρδιαγγειακές παθήσεις. Συγκεκριμένα, θέλουμε να ελέγξουμε αν η καταπίεση του συναισθήματος θα σχετίζεται με την σωματική υγεία αλλά και πώς σχετίζεται αυτή η στρατηγική ρύθμισης του συναισθήματος με την αυτό-αξιολόγηση της υγείας. Επιπλέον, σκοπός μας είναι να ελέγξουμε αν η στρατηγική της επαναξιολόγησης σχετίζεται με την αυτό-αξιολόγηση της υγείας αλλά και με την σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών. Επίσης θέλουμε να ελέγξουμε αν υπάρχει διαφορά στις στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος όσον αφορά το φύλο, όπως φάνηκε από προηγούμενες έρευνες που αναφέραμε αλλά και το αν η νοσηλεία θα έχει κάποια συσχέτιση με τα συναισθήματα των ασθενών.

Στόχος μας είναι να κατανοήσουμε πως οι αντιδράσεις αυτές συνδυάζονται ώστε να υπάρξει καλύτερο επίπεδο υγείας. Η γνώση αυτή θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε καλύτερα την προσαρμογή των χρόνιων ασθενών, αλλά και να αναπτύξουμε πιο αποτελεσματικές μεθόδους στήριξής τους. Οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

Υπόθεση 1^η : η καταπίεση του συναισθήματος δεν θα σχετίζεται με τη σωματική υγεία των ασθενών.

Υπόθεση 2^η: υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην καταπίεση του συναισθήματος και στην αυτό-αξιολόγηση της υγείας.

Υπόθεση 3^η: υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στη στρατηγική της επαναξιολόγησης και στην αυτό-αξιολόγηση.

Υπόθεση 4^η: υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην στρατηγική καταπίεσης του συναισθήματος και στην αυτό-αξιολόγηση.

Υπόθεση 5^η: η αυτό-αξιολόγηση δε θα σχετίζεται με τη σωματική υγεία των ασθενών.

Υπόθεση 6^η: υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της επαναξιολόγησης της υγείας και της ψυχικής υγείας, καθώς και της ψυχικής υγείας με την αυτό-αξιολόγηση.

Υπόθεση 7^η: το αν κάποιος έχει νοσηλευτεί ή όχι θα σχετίζεται με τα συναισθήματά του και όσοι έχουν νοσηλευτεί θα είχαν χαμηλότερο επίπεδο ψυχικής και σωματικής υγείας.

Υπόθεση 8': θα υπάρχει διαφορά στο φύλο όσον αφορά τις στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος. Υποθέσαμε ότι οι άντρες, λόγω κοινωνικών κανόνων, θα χρησιμοποιούσαν περισσότερο τη στρατηγική της καταπίεσης.

4. ΜΕΘΟΔΟΣ

4.1 Δείγμα

Στην παρούσα έρευνα, συμμετείχαν συνολικά **102 άτομα**. Από αυτούς οι **63(61,76%)** ήταν **άντρες** και οι **39 (38,23%)** ήταν οι **γυναίκες**. Το εύρος της ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν από 29-88 ετών, ενώ οι διαγνώσεις έγιναν από το 1980 έως το 2009. Από τους συμμετέχοντες, οι 74 (72,54%) είχαν νοσηλευτεί, ενώ 30 (29,41%) δεν είχαν νοσηλευτεί. Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο, 63 (61,76%) είχαν φοιτήσει σε τάξεις του δημοτικού, 24 (23,52%) είχαν τελειώσει το δημοτικό και 15 (14,70%) είχαν αποφοιτήσει από το τριτάξιο γυμνάσιο. Τέλος, σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, οι 38 (37,25%) ήταν άγαμοι και οι 64 (62,74%) ήταν έγγαμοι.

Οι ασθένειες των συμμετεχόντων ήταν κάποιες από τις παρακάτω: by-pass, ανακοπή, αρρυθμίες, έμφραγμα, υπέρταση, ταχυκαρδία, στηθάγχη, μεγαλοκαρδία, βαλβίδες.

4.2 Ψυχομετρικά εργαλεία

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με δύο υποενότητες που αφορούσε τις γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις των χρόνια ασθενών και τη σχέση τους με το επίπεδο υγείας. Σκοπός της έρευνας είναι να κατανοήσουμε καλύτερα τη προσαρμογή των χρόνια ασθενών και τις στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος αλλά και να αναπτύξουμε πιο αποτελεσματικές μεθόδους στήριξης τους. Η πρώτη υποενότητα αφορούσε τις στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος και η δεύτερη την κατάσταση της υγείας του ασθενή (σωματική και ψυχική υγεία).

Αρχικά, συγκεντρώθηκαν κάποια δημογραφικά στοιχεία που αφορούσαν τους συμμετέχοντες, όπως το φύλο και η ηλικία. Βέβαια, τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα.

Στο πρώτο μέρος γινόταν αναφορά στα συναισθήματα που ένιωθαν οι ασθενείς σχετικά με την ασθένεια τους, τη κατάσταση της υγείας τους, καθώς και τον τρόπο που διαχειρίζονται τα συναισθήματα τους (πχ. ελέγχω τα συναισθήματα μου για την υγεία μου αλλάζοντας τον τρόπο που σκέφτομαι γι' αυτή). Αποκομίσαμε τα μέρη του ερωτηματολογίου **συναισθηματικής ρύθμισης (ERQ)**, υποδεικνύοντας σε κάθε

μέρος τη διαδικασία της ρύθμισης του συναισθήματος που σκοπεύαμε να μετρήσουμε, για παράδειγμα, ελέγγω τα συναισθήματά μου αλλάζοντας τον τρόπο που σκέφτομαι για τη κατάσταση που βρίσκομαι (επαναξιολόγηση) και ελέγγω τα συναισθήματα μου με το να μην τα εκφράζω (καταπίεση). Επιπρόσθετα, με αυτά τα γενικά συναισθηματικά μέρη, **η κλίμακα της επανεκτίμησης και η κλίμακα της καταπίεσης** περιλάμβαναν τουλάχιστον ένα μέρος που αφορούσε τη ρύθμιση αρνητικών συναισθημάτων (δίνοντας στους συμμετέχοντες επεξηγήσεις όπως θλίψη, θυμός) και ένα μέρος για τη ρύθμιση θετικών συναισθημάτων (για παράδειγμα, χαρά, διασκέδαση). Τα τελικά δέκα μέρη διακυμάνθηκαν σε μια κλίμακα από το 1 (διαφωνώ έντονα), μέχρι το 7 (συμφωνώ έντονα) (Gross & John, 2003).

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου, ερευνήθηκαν οι απόψεις των ασθενών για τη παρούσα κατάσταση της υγείας τους, τόσο σωματικά, όσο και ψυχολογικά, τον τελευταίο μήνα (πχ είχατε πολύ εκνευρισμό, η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει όταν θέλετε να περπατήσετε εκατό μέτρα). Η σωματική λειτουργία και η συναισθηματική ευεξία μετρήθηκαν από την **κλίμακα RAND** που αποτελείται από 36 μέρη για την ανασκόπηση της υγείας (έκδοση 1.00). Επιπρόσθετα, μια κλίμακα αυτό-αξιολόγησης της υγείας χρησιμοποιήθηκε για να αποτιμηθεί η τρέχουσα κατάσταση της υγείας. Τα μέρη από το RAND για την ανασκόπηση της υγείας είναι πανομοιότυπα με τα ιατρικά αποτελέσματα ερευνών SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992; Stewart & Ware, 1992). Παρόλα αυτά, το RAND κατέχει πιο ακριβή διαδικασία διαβάθμισης. Τα τελικά σκορ έχουν διακύμανση από το 0 έως το 100, με τα υψηλότερα σκορ να υποδηλώνουν καλύτερη υγεία. **Η κλίμακα για τη σωματική λειτουργία** αποτελείται από δέκα μέρη όσον αφορά τρέχοντες περιορισμούς που επιβάλλονται από τη κατάσταση υγείας (πχ ανέβασμα σκάλας). **Η κλίμακα συναισθηματικής ευεξίας** αποτελείται από πέντε μέρη, όσον αφορά προσωπικά συναισθήματα κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων (πχ ένιωθα βάρος, θυμό, μελαγχολία). Επίσης, ένα ανεξάρτητο μέρος μετρούσε γενικά την αυτό-αξιολόγηση της υγείας. Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να αποτιμήσουν τη συνολική τους υγεία σε μια κλίμακα με διακύμανση από το 1 (φτωχή) μέχρι το 5 (άριστη). Η κατάσταση της υγείας αποτιμήθηκε με συνεχή παρακολούθηση (Ware & Sherbourne, 1992; Stewart & Ware, 1992).

4.3 Ερευνητική Διαδικασία

Η χορήγηση των ερωτηματολογίων διήρκησε, περίπου, πέντε εβδομάδες. Κάποιοι ασθενείς που πλησιάσαμε, δέχτηκαν να συμμετάσχουν με μεγάλη προθυμία, ενώ, κάποιοι άλλοι, αντίθετα, έδειξαν απροθυμία από τη πρώτη στιγμή και δε δέχτηκαν να ακούσουν τι ζητάμε και γιατί χρειαζόμαστε τη βοήθειά τους. Ακόμη και μετά την θετική απάντηση κάποιων ασθενών να συμμετέχουν στην έρευνα, στο τέλος, μας επέστρεφαν ασυμπλήρωτα ερωτηματολόγια με διάφορες δικαιολογίες, όπως η συναισθηματική φόρτιση αλλά και οι διάφορες δυσκολίες που αντιμετώπιζαν λόγω της ασθένειάς τους. Κάποιοι άλλοι, ενώ δέχονταν να βοηθήσουν, εγκατέλειπαν λόγω του μεγάλου όγκου των ερωτήσεων που περιελάμβανε το ερωτηματολόγιο, μιας και το θεωρούσαν αρκετά κουραστικό. Σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας χρειάστηκε να κάνουμε ενός είδους συνέντευξη, ρωτώντας προφορικά τις ερωτήσεις αφού υπήρχε δυσκολία τόσο στην ανάγνωση, όσο και στη συμπλήρωση. Η διαδικασία συμπλήρωσης διήρκησε κατά μέσο όρο τριάντα λεπτά. Φυσικά, σύμφωνα με το κώδικα δεοντολογίας της έρευνας, οι συμμετέχοντες είχαν ενημερωθεί εξ αρχής για τους σκοπούς της έρευνας και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια οικειοθελώς και ανώνυμα.

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Συσχετίσεις των στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος με τη σωματική και τη ψυχική υγεία των ασθενών

Προτού να κάνουμε τις απαραίτητες αναλύσεις, θέσαμε κάποιες υποθέσεις για την έρευνα μας για να δούμε αν επιβεβαιώνονται από την στατιστική ανάλυση ή αν απορρίπτονται. Αρχικά ελέγξαμε αν στο δείγμα μας υπάρχει κανονική κατανομή. Πρόκειται για μια κωδωνοειδή συμμετρική κατανομή, όπου η τετμημένη αναπαριστά διαφορετικές πιθανές τιμές της μεταβλητής που μετρήθηκε (x), ενώ k τεταγμένη αναπαριστά τη συχνότητα ή τη πιθανότητα εμφάνισης των τιμών του x (Ρούσσο & Τσαούσης, 2006).

Όπως αναφέραμε και παραπάνω, αρχικά κάναμε κάποιες υποθέσεις και στη συνέχεια με τη βοήθεια του προγράμματος SPSS, είδαμε κατά πόσον ήταν αληθείς ή όχι. Από τις αναλύσεις φάνηκε πως υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην καταπίεση του συναισθήματος και τη σωματική υγεία των ασθενών. Αυτό σημαίνει πως όσο αυξάνεται η καταπίεση του συναισθήματος, τόσο μειώνεται η σωματική υγεία [$r(102) = -.342, p = .000$]. Έγινε φανερό επίσης, πως όσο αυξάνεται η καταπίεση του συναισθήματος, μειώνεται η αυτό-αξιολόγηση της υγείας [$r(102) = -.244, p = .013$].

Επιπροσθέτως, φάνηκε να υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στη στρατηγική της επαναξιολόγησης και στην αυτό-αξιολόγηση [$r(102) = .199, p = .045$]. Αποδείχθηκε αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην στρατηγική καταπίεσης του συναισθήματος και στην αυτό-αξιολόγηση [$r(102) = -.244, p = .013$].

Επιπλέον, τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι μεταβλητές της αυτό-αξιολόγησης και της σωματικής υγείας των ασθενών συσχετίζονται και μάλιστα υπάρχει θετική συσχέτιση. Δηλαδή, όσο αυξάνεται η αυτό-αξιολόγηση, αυξάνεται και το επίπεδο σωματικής υγείας των ασθενών [$r(102) = .598, p = .000$].

Επίσης, βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της επαναξιολόγησης της υγείας και της ψυχικής υγείας, καθώς και της ψυχικής υγείας με την αυτό-αξιολόγηση, όπου για την αυτό-αξιολόγηση έχουμε [$r(102) = .530, p = .000$] και για την επαναξιολόγηση ισχύει [$r(102) = .275, p = .005$].

Πίνακας 1 Συσχετίσεις των στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος με τη σωματική και τη ψυχική υγεία των ασθενών

		Καταπίεση	Επαναξιολόγηση	Αυτό-αξιολόγηση	Σωματική υγεία	Ψυχική υγεία
Καταπίεση	Pearson Correlation	1	,131	-,244*	-,342**	-,183
	N	102	102	102	102	102
Επαναξιολόγηση	Pearson Correlation	,131	1	,199*	,160	,275**
	N	102	102	102	102	102
Αυτό-αξιολόγηση	Pearson Correlation	-,244*	,199*	1	,598**	,530**
	N	102	102	102	102	102
Σωματική υγεία	Pearson Correlation	-,342**	,160	,598**	1	,468**
	N	102	102	102	102	102
Ψυχική υγεία	Pearson Correlation	-,183	,275**	,530**	,468**	1
	N	102	102	102	102	102

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

5.2 Διαφορές φύλου στις στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος και όσον αφορά τη νοσηλεία

Στη συνέχεια, με το t-test ελέγξαμε αν υπάρχουν διαφορές στο δείγμα μας όσον αφορά το φύλο και την νοσηλεία.

Θεωρήσαμε πως θα υπάρχει διαφορά στο φύλο όσον αφορά τις στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος. Υποθέσαμε ότι οι άντρες, λόγω κοινωνικών κανόνων, θα χρησιμοποιούσαν περισσότερο τη στρατηγική της καταπίεσης. Αυτό φάνηκε και από τα αποτελέσματα της έρευνας, όπου οι άντρες καταπίεζαν περισσότερο τα συναισθήματά τους (mean: 17.6032) σε σχέση με τις γυναίκες (mean: 15.4359).

Πίνακας 2 Διαφορές φύλου στις στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος

	Φύλο	N	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση	Std. Error Mean
Καταπίεση	Άντρες	63	17,6032	6,00682	,75679
	Γυναίκες	39	15,4359	5,49543	,87997
Επαναξιολόγηση	Άντρες	63	28,1587	8,15022	1,02683
	Γυναίκες	39	28,3846	7,68668	1,23085
Αυτό-αξιολόγηση	Άντρες	63	2,6825	,93023	,11720
	Γυναίκες	39	2,6667	,83771	,13414
Σωματική υγεία	Άντρες	63	63,5714	27,15589	3,42132
	Γυναίκες	39	61,9231	27,71128	4,43736
Ψυχική υγεία	Άντρες	63	61,5079	22,00870	2,77284
	Γυναίκες	39	60,6410	18,67941	2,99110

Οι αναλύσεις των δεδομένων έδειξαν πως δεν υπάρχει διαφορά όσον αφορά τη νοσηλεία και το επίπεδο της σωματικής και ψυχικής υγείας των ασθενών.

Πίνακας 3 Διαφορές όσον αφορά τη νοσηλεία

	Νοσηλεία	N	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση	Std. Error Mean
Καταπίεση	Άντρες	74	17,1486	6,17925	,71832
	Γυναίκες	28	15,7857	4,99153	,94331
Επαναξιολόγηση	Άντρες	74	28,1486	8,14203	,94649
	Γυναίκες	28	28,5000	7,51049	1,41935
Αυτό-αξιολόγηση	Άντρες	74	2,6081	,93366	,10854
	Γυναίκες	28	2,8571	,75593	,14286
Σωματική υγεία	Άντρες	74	60,7432	26,21934	3,04794
	Γυναίκες	28	68,7500	29,49027	5,57314
Ψυχική υγεία	Άντρες	74	59,4595	21,15772	2,45953
	Γυναίκες	28	65,7143	19,08627	3,60697

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ρύθμιση συναισθήματος μπορεί να προσδιοριστεί ως οι ατομικές γνωστικές ή αυτόματες προσπάθειες των ατόμων να επηρεάσουν ποια συναισθήματα έχουν, πότε τα έχουν και πως τα συναισθήματα βιώνονται ή εκφράζονται. Η συναισθηματική ρύθμιση περιλαμβάνει αλλαγές σε μία ή περισσότερες όψεις του συναισθήματος συμπεριλαμβανομένων της επανεκτίμησης της κατάστασης, την προσοχή που δίνεται σε κάθε ερέθισμα, την αποτίμηση, την υποκειμενική εμπειρία, τη συμπεριφορά και τη φυσιολογία (Mauss et al., 2007).

Γενικά υπάρχουν στρατηγικές αντιμετώπισης μιας στρεσογόνου κατάστασης με εστίαση στο πρόβλημα και στρατηγικές αντιμετώπισης με εστίαση στο συναίσθημα. Στις στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων συμπεριλαμβάνεται ο ορισμός του προβλήματος, η παραγωγή εναλλακτικών λύσεων, ο υπολογισμός των εναλλακτικών λύσεων ως προς το κόστος και το κέρδος, η επιλογή της λύσης και η υλοποίηση της επιλεγμένης λύσης. Οι στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα μπορούν επίσης να στρέφονται προς τα μέσα, το άτομο δηλαδή να προσπαθεί να αλλάξει κάτι στον εαυτό του αντί για το περιβάλλον του. Η αλλαγή επιπέδου προσδοκιών, η εξεύρεση εναλλακτικών μέσων ικανοποίησης και η εκμάθηση νέων δεξιοτήτων είναι παραδείγματα στρατηγικών που απευθύνονται προς τα μέσα. Οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα εστιάζοντας σε αυτό σε στρεσογόνους καταστάσεις, έχουν τη τάση να εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά τη στρεσογόνο κατάσταση (Atkinson et al, 2004) .

Οι άνθρωποι, επίσης, αντιμετωπίζουν το πρόβλημα τους εστιάζοντας στο συναίσθημα, ώστε να μην κατακλυσθούν από τα αρνητικά συναισθήματα σε σημείο που να μην είναι σε θέση να λάβουν μέτρα για τη λύση των προβλημάτων τους. Επίσης εστιάζουν στο συναίσθημα όταν τα προβλήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν είναι εκτός ελέγχου. Υπάρχουν πολλοί τρόποι με τους οποίους προσπαθούμε να αντιμετωπίσουμε τα αρνητικά συναισθήματα. Μερικοί ερευνητές χώρισαν τους τρόπους αυτούς σε συμπεριφορικές και γνωστικές στρατηγικές. Οι συμπεριφορικές στρατηγικές συμπεριλαμβάνουν τη σωματική άσκηση, τη χρήση αλκοόλ και άλλων τοξικών ουσιών, το ξέσπασμα του θυμού και την αναζήτηση της υποστήριξης από τους φίλους. Οι γνωστικές στρατηγικές συμπεριλαμβάνουν τη

προσωρινή εγκατάλειψη του προβλήματος και τη μείωση της απειλής με την αλλαγή του νοήματος της κατάστασης (Atkinson et al, 2004) .

Ορισμένοι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τα αρνητικά συναισθήματα με ακόμη έναν δυσπροσάρμοστο τρόπο: απλώς αρνούνται ότι μπορούν να έχουν οποιαδήποτε αρνητικά συναισθήματα και ωθούν τα συναισθήματα αυτά εκτός συνείδησης (απωθητική αντιμετώπιση). Οι άνθρωποι που χρησιμοποιούν την απώθηση προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα τους εμφανίζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος (πχ ταχύτερο καρδιακό παλμό) ως αντίδραση στο στρες, σε σύγκριση με τους ανθρώπους που δεν χρησιμοποιούν απωθητική αντιμετώπιση. Η απώθηση των συναισθημάτων μπορεί να απαιτήσει πραγματική σωματική προσπάθεια, η οποία καταλήγει σε χρόνια διέγερση και συνεπώς σε σωματική ασθένεια (Atkinson et al, 2004) . Αντίθετα, η θετική κοινωνική υποστήριξη μπορεί να βοηθήσει τους ανθρώπους να προσαρμοστούν καλύτερα στο στρες και να μην επικεντρώνονται στο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν. Ο Pennebaker βρήκε ότι οι άνθρωποι που αποκαλύπτουν τα προσωπικά τους τραύματα (βιασμός, αυτοκτονία συντρόφου, ασθένεια) σε άλλους, που τους προσφέρουν υποστήριξη, παρουσίαζαν καλύτερη σωματική υγεία, τόσο αμέσως μετά το τραύμα όσο και μακροπρόθεσμα (Pennebaker, 1990). Άρα η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να θεωρηθεί ως μια σημαντική παράμετρος για να μετριαστούν οι συνέπειες της απώθησης των συναισθημάτων.

Μια άλλη στρατηγική είναι αυτή του αναμασήματος. Το αναμάσημα συνεπάγεται ότι απομονωνόμαστε για να σκεφτούμε πόσο άσχημα είναι τα πράγματα, χωρίς να κάνουμε τίποτα για να τα αλλάξουμε (Atkinson et al, 2004) .

Στη παρούσα έρευνα δόθηκε έμφαση στις στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος και πώς αυτές συσχετίζονται με τη ψυχική αλλά και τη σωματική υγεία των ασθενών. Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αλλά και από άλλες σχετικές μελέτες πώς η ρύθμιση του συναισθήματος και η επιλογή της στρατηγικής που θα χρησιμοποιηθούν, αποτελούν έναν σημαντικότερο παράγοντα για την σωματική και ψυχική υγεία του ασθενούς. Φάνηκε πως ανάλογα με την στρατηγική ρύθμισης που χρησιμοποιεί το κάθε άτομο, υπάρχουν και διαφορετικές συνέπειες για τη σωματική και την ψυχική του υγεία. Για παράδειγμα, όσο περισσότερο χρησιμοποιείται η στρατηγική της καταπίεσης του συναισθήματος, τόσο μειώνεται η σωματική υγεία. Πιθανόν η καταπίεση να επιδρά στις φυσιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού. Αντίθετα, όσο αυξάνεται η αυτό-αξιολόγηση της υγείας και χρησιμοποιείται

συχνότερα η επαναξιολόγηση ως στρατηγική ρύθμισης του συναισθήματος, αυξάνονται τόσο η σωματική όσο και η ψυχική υγεία του ασθενούς. Ακόμη, βρέθηκε πως το αν κάποιος έχει νοσηλευτεί ή όχι δεν σχετίζεται με τα συναισθήματα που έχει για την ασθένεια του. Αυτό δείχνει ότι η ρύθμιση του συναισθήματος είναι αυτή που διαφοροποιεί ουσιαστικά τη κατάσταση και όχι η ύπαρξη ή μη νοσηλείας και σε αυτή τη παράμετρο πρέπει να δοθεί έμφαση.

Γενικεύοντας τα αποτελέσματα, μπορούμε να θεωρήσουμε την έκφραση των συναισθημάτων ως εμπειρία που βοηθάει την προσαρμογή του ασθενή, ώστε να τα ρυθμίσει όσο το δυνατόν πιο ευνοϊκά τα συναισθήματά του για την υγεία και την κατάσταση του. Η έκφραση των αρνητικών συναισθημάτων, κυρίως, μπορεί να έχει ευεργετικές συνέπειες για την ψυχική αλλά και τη σωματική υγεία του ατόμου. Για παράδειγμα, άτομα που ανέφεραν ότι χρησιμοποιούσαν τακτικά τη στρατηγική της επαναξιολόγησης βίωναν λιγότερες αρνητικές συνέπειες και καταθλιπτικά συμπτώματα. Στη μελέτη fMRI του McRae και των συνεργατών του, φάνηκε ότι τόσο στους άντρες, όσο και στις γυναίκες μειώθηκαν οι αρνητικές εμπειρίες σε μια δοκιμασία, όπου τους έδειχναν εικόνες με αρνητικό περιεχόμενο, όταν χρησιμοποιούσαν τη στρατηγική της επαναξιολόγησης (McRae et al., 2008).

Για τους παραπάνω λόγους, θα μπορούσαμε αν θέλουμε να βοηθήσουμε τους ασθενείς να προσαρμοστούν στην νέα κατάσταση και να μάθουν να ρυθμίζουν τα συναισθήματα τους σχεδιάζοντας ένα πρόγραμμα εκμάθησης δεξιοτήτων στρατηγικών ρύθμισης συναισθήματος. Στόχος της παρέμβασης είναι η ανάπτυξη των διαστάσεων της συναισθηματικής νοημοσύνης για καλύτερη ρύθμιση του συναισθήματος και η αύξηση της ποιότητας ζωής. Η παρέμβαση μπορεί να γίνει σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Στόχος της πρώτης συνάντησης είναι η γνωριμία των συμμετεχόντων μεταξύ τους και με τους εκπαιδευτές καθώς και η πληροφόρηση τους για το πρόγραμμα και τις διαδικασίες που θα πραγματοποιηθούν και πραγματοποιείται μια συζήτηση για τα καθημερινά προβλήματα και πως αυτά σχετίζονται με την ασθένεια. Έτσι οι ασθενείς νιώθουν πως δεν είναι μόνοι σε αυτή την δύσκολη κατάσταση που περνούν. Στην επόμενη συνάντηση στόχος είναι να υπάρξει βελτίωση στις αντιλήψεις του ατόμου για τα αλλά άτομα και τα συναισθήματα τους. Στην αρχή αυτής της συνεδρίας οι συμμετέχοντες συζητάνε για τα συναισθήματα που βίωσαν στην προηγούμενη συνεδρία. Στην συνέχεια οι συμμετέχοντες προσπαθούν με τους εκπαιδευτές να καθορίσουν τα συναισθήματα

καθώς και την σχέση του συναισθήματος με την σκέψη και την συμπεριφορά που βίωσαν σε κάποιες στιγμές στην ζωή τους. Τα μέλη της ομάδας καταγράφουν τα συναισθήματα σε ένα χαρτί και ύστερα τους αποδίδουν χαρακτηρισμούς ανάλογα με το εάν ήταν ένα 'κάλο' ή ένα 'κακό' συναίσθημα αυτό που βίωσαν. Στο τέλος αυτής της συνεδρίας, οι συμμετέχοντες έχουν ως άσκηση για το σπίτι να καταγράφουν τα συναισθήματα που βιώνουν μέχρι την επομένη συνάντηση. Αυτό μας θυμίζει την στρατηγική της έκφρασης των συναισθημάτων και της επαναξιολόγησης για τη ρύθμιση του συναισθήματος, σε αντίθεση με την καταπίεση των συναισθημάτων. Στη συνέχεια, ορίζεται ως στόχος η παρουσίαση των συναισθημάτων και της έντασης με την όποια αυτά μπορούν να εμφανιστούν. Σε αυτή τη φάση οι συμμετέχοντες μιλούν για το πώς βίωσαν την προηγούμενη συνεδρία και την εμπειρία της εργασίας για το σπίτι. Στην συνέχεια γίνεται παρουσίαση των εντάσεων που μπορεί να έχει ένα συναίσθημα. Επίσης γίνεται διαχωρισμός των συναισθημάτων σε βασικά και πολύπλοκα. Οι συμμετέχοντες μπορούν σε αυτή την συνεδρία να μιλήσουν για μια προσωπική τους εμπειρία και μέσω της αποκαλύψεις συναισθημάτων να βελτιώσουν την αντίληψη τους για αυτά. Τέλος οι συμμετέχοντες μπορούν να εξασκηθούν στο να αντιλαμβάνονται σωστά τα συναισθήματα των άλλων όπως αυτά παρουσιάζονται μέσα από ταινίες ή φωτογραφικό υλικό. Μετέπειτα ορίζεται ως στόχος να μάθουν οι συμμετέχοντες να εκφράζουν με τον κατάλληλο τρόπο και στην κατάλληλη στιγμή τα συναισθήματα τους. Η ομάδα σε μια πρώτη φάση συζητάει για το πώς βίωσε την εμπειρία της προηγούμενης συνάντησης. Στην συνέχεια ακόλουθη συζήτηση για το πώς επηρεάζει η έκφραση των συναισθημάτων της ανθρώπινες σχέσεις και αναλύονται οι ατομικές διαφορές ανάμεσα στους συμμετέχοντες για το πώς εκφράζουν τα συναισθήματα τους στην καθημερινότητα. Τέλος, δίνεται στους συμμετέχοντες ως εργασία για το σπίτι, να παρατηρήσουν τους στενούς συγγενείς και φίλους τους, να καταγράψουν τα συναισθήματα που εξέφραζαν και να τα χαρακτηρίσουν. Στην επόμενη συνάντηση, οι ασθενείς μαθαίνουν να διαχειρίζονται τα συναισθήματα τους. Η ομάδα, αφού συζητήσει για την εμπειρία της προηγούμενης συνάντησης, εστιάζει στις διαφορές που παρουσιάζουν τα μέλη της στην διαχείριση των συναισθημάτων και πώς αυτή η διαχείριση συμβαδίζει με την συμπεριφορά. Στην συνέχεια οι συμμετέχοντες μπορούν με την μορφή role play μπορούν να δουν και να βιώσουν παραδείγματα διαχείρισης συναισθημάτων. Αφού κατακτηθεί και αυτός ο στόχος, σειρά έχει η βελτίωση της ενσυναίσθησης και γι' αυτό μαθαίνουν κινήσεις ή εκφράσεις του προσώπου που επιδεικνύουν ενσυναίσθηση. Οι συμμετέχοντες, στην

αρχή, συζητάνε για την εμπειρία της προηγούμενης συνάντησης ενώ στην συνέχεια οι εκπαιδευτές κάνουν μια επίδειξη ενσυναίσθησης και μετά γίνεται συζήτηση για τα χαρακτηριστικά της ενσυναίσθησης, την λειτουργία της μέσα στις σχέσεις και την αποτελεσματικότητα της. Οι συμμετέχοντες με την σειρά τους προσπαθούν να χρησιμοποιήσουν δεξιότητες ενσυναίσθησης ενώ του δίνεται και εργασία για το σπίτι να καταγράψουν το εάν στις συναντήσεις τους με άλλους ανθρώπους χρησιμοποιούν ενσυναίσθηση. Στη συνέχεια, στόχος είναι οι συμμετέχοντες να αποκτήσουν κίνητρα. Οι εκπαιδευτικοί κάνουν επίδειξη κινήτρων και δίνουν πληροφορίες για αυτά, όπως εάν είναι εσωτερικά ή εξωτερικά και πως μπορούν να αυξηθούν τα κίνητρα ενός ανθρώπου. Η ομάδα κάνει χρήση κινήτρων. Στη συνέχεια μαθαίνουν να χρησιμοποιούν συναισθήματα στην καθημερινή ζωή. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει επικέντρωση στις διαφορετικές φόρμες συμπεριφοράς και πως χρησιμοποιούν τα συναισθήματα. Σε αυτή τη συνεδρία μπορούν να εκφραστούν και σκέψεις για την φιλία και να αναπτύξουν δεξιότητες για την διαχείριση των σχέσεων. Η ομάδα, στην αρχή, συζητάει για την εμπειρία της προηγούμενης συνάντησης, ενώ στην συνέχεια συζητάνε για την σπουδαιότητα των κοινωνικών σχέσεων και των συναισθημάτων. Οι συμμετέχοντες αναφέρουν προσωπικές τους εμπειρίες και με role play κάνουν χρήση λέξεων που χρησιμοποιούν με φίλους και μη φιλικών λέξεων λαμβάνοντας υπόψη και την συμπεριφορά τους. Στην τελευταία συνάντηση οι συμμετέχοντες μοιράζονται τα συναισθήματα, τις εντυπώσεις και τις εμπειρίες τους από το πρόγραμμα ενώ αξιολογούν το πρόγραμμα σχετικά με τις αλλαγές που επέφερε στην ζωή τους. Στην τελευταία συνεδρία γίνεται μια τελική αποτίμηση των όσων πραγματοποιήθηκαν στο πρόγραμμα. Πέρα από την συζήτηση οι συμμετέχοντες μαθαίνουν τεχνικές χαλάρωσης.

Όσον αφορά την παρούσα έρευνα υπάρχουν και κάποιοι περιορισμοί. Το ερωτηματολόγιο μας επικεντρώθηκε κυρίως στην τεχνική της επαναξιολόγησης και της καταπίεσης και δεν έδωσε μεγάλη έμφαση σε άλλες στρατηγικές (πχ αναμάσημα, προσδιορισμός στόχου). Επίσης δεν υπήρξε ένας σαφής διαχωρισμός των καρδιαγγειακών παθήσεων. Θα μπορούσαμε να προτείνουμε μια επόμενη μελέτη να συμπεριλάβει και τις υπόλοιπες στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος και να τις συσχετίσει με την σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών, οι οποίοι θα έχουν διαχωριστεί σαφώς και ξεκάθαρα, ανάλογα με την κατάσταση της καρδιοπάθειας που αντιμετωπίζουν για να μπορέσουμε να γενικεύσουμε τα συμπεράσματά μας. Μια

άλλη πρόταση θα ήταν να σχεδιαστεί μια έρευνα όπου η πειραματική ομάδα θα συμμετέχει σε ένα πρόγραμμα εκμάθησης δεξιοτήτων, παρόμοιο με το παραπάνω, και θα υπάρχει και μια ομάδα ελέγχου στην οποία δε θα γίνει καμία παρέμβαση και θα μετρηθούν η σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών πριν και μετά την παρέμβαση ώστε να ορίσουμε αν υπάρχει αποτελεσματικότητα και αν πράγματι οι στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος θα συσχετιστούν με κάποιο αλλαγή στη σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Alao & Cooley, (2001). Depression and sickle cell disease. *Harvard Review Psychiatry*, 9, 4, 169-177.

Aldao et al., (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology review*, 30, 217-237.

Allan, R., & Scheidt, S., (1996a). *Heart and mind: The practice of cardiac psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Andrew J. M. , (1970). Recovery from surgery with and without preparatory instruction for three coping styles. *J. Press. Soc. Psychol.*, 15, 223.

Anthopoulos L. P. & Anthopoulos P. L., (2010). Prevention of cardiovascular diseases. Alma-Ata 1978 and today. What has been achieved and what should be expected? *Archives of Hellenic Medicine*, 2, 7–17.

Arnoff (2006). How we recognize angry and happy emotion in people, places and things. *Michigan State University* 40, 1, 83-105 .

Atkinson Rita et al (2004). *Εισαγωγή στην ψυχολογία του Hilgard*. Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση.

Booth- Kewley, S., & Friedman, H. S. (1987). Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. *Psychological Bulletin*, 101, 343-362.

Cole Michael et al (2002). *Η ανάπτυξη των παιδιών. Η αρχή της ζωής: εγκυμοσύνη, τοκετός, βρεφική ηλικία*. Αθήνα, εκδόσεις Τυπωθήτω.

Cutshall S. et al., (2010). Effect of massage therapy on pain, anxiety and tension in cardiac surgical patients: A pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 16, 92-95.

Darley S. A. & Katz I., (1973). Heart rate changes in children as a function of test versus game instructions and test anxiety. *Child Development*, 44, 784-789.

Davidson R. et al., (2000). Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation. A possible prelude to violence. *Science*, 289, 591-594.

De Arnond S. J., Fusco M. M., Dewey M. M., *Structure of the Human Brain: A Photographic Atlas* (Oxford Univ. Press, New York, 3rd ed., 1989).

Decker et al. (2008). Emotion regulation among individuals classified with and without generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 22, 485-494.

Diamond E., (1982). The role of anger and hostility in essential hypertension and coronary heart disease. *Psychological Bulletin*, 92, 2, 410-433.

Doll, R., & Peto, R. (1981). The causes of cancer: quantitative estimate of avoidable risks of cancer in the United States today. *Journal of National Cancer institute*, 66, 1191-1308.

Duberstein, P., R., & Masling, J., M. , (2007). *Ψυχοδυναμικές προοπτικές στην αρρώστια και στην υγεία*. Αθήνα, Εκδόσεις Τυπωθήτω.

Fowler C. & Baas L. , (2006). Illness representations in patients with chronic kidney disease on maintenance Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 33, 2, 173-187.

Giese-Davis J. et al., (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.

Gross J. & Levenson W., (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 6, 970-986.

Gross J. & Oliver J. , (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.

Gross J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York, The Guilford Press.

Heijmans & De Ridder, (1998). Assessing illness representations of chronic illness: Explorations of their disease- specific nature. *Journal of behavioral medicine*, 21, 5, 485-503.

Huang et al., (2009). Could intensity ratings of Matsumoto and Ekman's JACFEE (Japanese and Caucasian facial expressions of emotion) pictures delineate basic emotions? A principal component analysis in Chinese University students. *Personality and Individuals Differences*, 46, 331-335.

Kalat J. W. (1995). *Biological Psychology*. Brooks/Cole Publishing Company.

Kamarck T. & Jennings J. R., (1991). Biobehavioral factors in sudden cardiac death. *Psychological Bulletin*, 109, 42-75.

Kibler et al. (2009). Hypertension in relation to posttraumatic stress disorder and depression in the US National Comorbidity Survey. *Behavioral Medicine*, 34,4, 125-131.

Levine E. , (2010). Emotion and power (as social influence) : Their impact on organizational citizenship and counterproductive individual and organizational behavior. *Human resource management review*, 20, 4-17.

Malcuit G., (1973). Cardiac responses in aversive situation with and without avoidance possibility. *Psychophysiology*, 10, 295-306.

Mauss I. et al., (2007). Automatic emotion regulation. *Social and Personality Psychology Compass*, 1-22.

McRae, K., Ochsner, K., Mauss, I., Gabrieli, J. & Gross, J. (2008). Gender differences in Emotion Regulation: An fMRI Study of Cognitive Reappraisal. *Group processes and Intergroup Relationships*, 11, 143-162.

Notorius, C. I. & Levenson, R. W. (1979). Expressive tendencies and physiological responses to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1204-1210.

Oatley, K. & Jenkins, M. J. (2004). *Συγκίνηση. Ερμηνείες και κατανόηση*. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.

Pennebaker et al., (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications and psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 239-245.

Pennebaker J., (1990). *Opening up: The healing power of confiding in others*. New York: William Morrow.

Perichart-Perera O. et al., (2010). Correlates of dietary energy sources with cardiovascular disease risk markers in Mexican school-age children. *Journal of the American Dietetic Association*, 110, 2.

Roberts N. et al., (2008). Cardiovascular costs of emotion suppression cross ethnic lines. *International Journal of Psychophysiology*, 70, 82-87.

Sadock B & Sadock V., (2007). *Kaplan's & Sadock's pocket handbook of Clinical Psychiatry*. Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Sgoifo, A., Montano, N., Shively, C., Thayer, J., & Steptoe, A. (2009). The inevitable link between heart and behavior: New insights from biomedical

research and implications for clinical practice. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 33, 61-62.

Southwick, S., Charney, D., Friedman, M., & Litz, B. (in press). *Resilience to stress*. Cambridge University Press.

Stanley Lesse (1983). *Masked depression*. USA: New York.

Stephoe, A. and Brydon, L. (2009). Emotional triggering of cardiac events. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33, 63-70.

Stewart, A. L., & Ware, J. E. (Eds.) (1992). *Measuring functioning and well-being: The medical outcome study approach*. Durham, NC: Duke University Press.

Vander M. et al., (2001). *Human Physiology. The mechanisms of body function*. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη.

Ware, J. E., Jr & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.

Wener C., & Kerig P. K., (2008). *Εξελικτική ψυχοπαθολογία από τη βρεφική ηλικία στην εφηβεία*. Αθήνα, Εκδόσεις Gutenberg.

Zeidner, M., Roberts, R. & Matthews, G. (2002). Can Emotional Intelligence Be Schooled? A Critical Review. *Educational Psychologist*, 37, 4, 215-231.

Zlomke K. & Hahn K., (2010). Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Journal of Personality and Individual differences*, 48, 408-413.

Καραδήμας Ε. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα, Εκδόσεις Τυπωθήτω.

Καφέτσιος Κ. (2005). *Δεσμός, Συναίσθημα και Διαπροσωπικές Σχέσεις*. Αθήνα, Εκδόσεις Τυπωθήτω.

Μάνου Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Αναθεωρημένη έκδοση. Θεσσαλονίκη, University Studio Press.

Παγοροπούλου Α. (2000). *Η γεροντική κατάθλιψη*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Ρούσσος Π. & Τσαούσης Ι., (2006). *Στατιστική εφαρμοσμένη στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.