ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Φοιτητής: Μίχος Ανδρέας Α.Μ.: 2259

Επόπτης καθηγητής: κ. Καραδήμας Ευάγγελος

Ρέθυμνο 2012

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....4

1. ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ.....6

1.1. Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ασθένειας.....8

1.2. Ταξινόμηση χρόνιων ασθενειών.....13

1.3. Διαχείριση χρόνιας ασθένειας.....15

1.4. Ένας ιδιαίτερος κοινωνικός ρόλος (The Sick Role).....17

1.5. Ψυχική υγεία και χρόνιο νόσημα.....18

2. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΝΟΣΟΙ.....22

3. ΔΥΑΔΙΚΗ ΣΧΕΣΗ & ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....26

4. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.....30

4.1. Παράγοντες επικινδυνότητας για (CHD).....31

4.2. «Οδοί» σύνδεσης της προσωπικότητας με την υγεία.....32

4.2.1. Το στρες ως ρυθμιστής.....33

4.2.2. Συμπεριφορά υγείας.....34

4.2.3. Συμπεριφορά ασθένειας.....35

4.2.4. Ιδιοσυστατική προδιάθεση.....35

4.3. Εχθρότητα και καρδιαγγειακά νοσήματα.....36

4.4. **Α**ισιοδοξία και υγεία.....38

4.5. Μοντέλο των πέντε παραγόντων (FFM).....39

4.5.1. Το «Big Five» ως προγνωστικός δείκτης της νόσου.....41

4.5.2. Ο ανταγωνισμός ως «όψη» της τυπικότητας.....42

4.5.3. Η παρορμητικότητα ως «όψη» της ευσυνειδησίας.....44

4.5.4. Η ηδονική ικανότητα ως «όψη» της εξωστρέφειας.....46

4.5.5. Αρνητική συναισθηματικότητα ως «όψη» του νευρωτισμού.....47

4.5.6. Η αλεξιθυμία ως «όψη» της συναισθηματικής διαθεσιμότητας.....48

4.6. Διαταραχές προσωπικότητας και χρόνιες ασθένειες.....49

4.6.1. Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας.....50

4.6.2. Δραματική διαταραχή προσωπικότητας.....50

4.6.3. Εξαρτημένη διαταραχή προσωπικότητας.....51

4.6.4. Αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας.....51

4.6.5. Ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας.....52

4.6.6. Μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας.....52

5. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....53

5.1. Μεθοδολογία.....54

5.1.1. Δείγμα έρευνας.....54
5.1.2. Ψυχομετρικά εργαλεία.....55
5.1.3. Διαδικασία.....56
6. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....57
7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....65
8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....72

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα έρευνα απευθυνόταν σε ενήλικες άνδρες και γυναίκες με κάποια καρδιολογική ασθένεια, αλλά και στους ή στις συζύγους τους. Ακόμη, η μελέτη μας αφορούσε στις γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις χρόνιων καρδιολογικών ασθενών και τη σχέση τους με το επίπεδο υγείας, καθώς επίσης, και στο ρόλο των αντιδράσεων των συζύγων. Στόχος της έρευνας ήταν η μελέτη καρδιαγγειακών νοσημάτων σε συνδυασμό με τυχόν ψυχολογικά συμπτώματα, όπως το άγχος και η κατάθλιψη. Ακόμη, επιχειρήθηκε η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ καρδιαγγειακών νοσημάτων και συγκεκριμένων μεταβλητών της προσωπικότητας. Οι μεταβλητές αυτές, απευθύνονται σε δύο από τους παράγοντες της προσωπικότητας, το νευρωτισμό και την τυπικότητα. Απόπειρα της μελέτης μας ήταν να κατανοήσουμε πως οι αντιδράσεις αυτές συνδυάζονται προκειμένου να υπάρξει καλύτερο επίπεδο υγείας. Η γνώση αυτή μας βοηθάει να κατανοήσουμε εκτενέστερα την προσαρμογή των χρόνιων ασθενών, αλλά και να αναπτύξουμε αποτελεσματικότερες μεθόδους στήριξής τους.

Η έρευνα στηρίχθηκε σε δύο διαφορετικά ψυχομετρικά εργαλεία. Για την αξιολόγηση της προσωπικότητας, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο TPQue5, το οποίο αξιολογεί την προσωπικότητα σύμφωνα με το μοντέλο των πέντε παραγόντων, ενώ σχετικά με τις υπό μελέτη μεταβλητές που αναφέρονται στη ψυχική υγεία, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale.

Τα ευρήματα της έρευνας φαίνεται πως επιβεβαίωσαν τις αρχικές μας υποθέσεις. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι το άγχος του ασθενούς που πάσχει από κάποιο καρδιαγγειακό πρόβλημα προβλέπει περεταίρω εξέλιξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων του ίδιου του ασθενούς. Ένα επόμενο εύρημα της έρευνάς μας ήταν ότι

ο νευρωτισμός τόσο των ασθενών όσο και των συντρόφων τους σχετίζεται θετικά με την ανάπτυξη άγχους σε ασθενείς και συντρόφους. Τέλος, προς επιβεβαίωση και της τελευταίας μας υπόθεσης, βρέθηκε ότι η κατάθλιψη ασθενών με καρδιαγγειακά προβλήματα, παρουσιάζει θετική συσχέτιση ως προς την κατάθλιψη που εμφανίζουν οι σύντροφοί τους κατά την περίοδο νόσησης του ασθενούς.

1. ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ

Στις αρχές του προηγούμενου αιώνα, η διάγνωση μιας σοβαρής ασθένειας ισοδυναμούσε με θανατική καταδίκη. Στη σύγχρονη εποχή, χάρη στην ταχεία πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, το οξύ πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει ο άνθρωπος, μετατρέπεται σταδιακά σε χρόνιο, ενώ αυξάνονται καθημερινά και οι πιθανότητες ίασής του. Σήμερα, οι περισσότερες από τις ασθένειες που καλείται να αντιμετωπίσει ο άνθρωπος στις ανεπτυγμένες, τουλάχιστον, χώρες είναι χρόνιες και απαιτούν συστηματική και μακροχρόνια φροντίδα και στενή συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Ως χρόνια ασθένεια ή αναπηρία μπορούμε να χαρακτηρίσουμε μια παθολογική κατάσταση, στα πλαίσια της οποίας, παρατηρούνται μία ή και περισσότερες βλάβες ή αποκλίσεις από την φυσιολογική σωματική ακεραιότητα και λειτουργικότητα. Οι βλάβες αυτές, ανεξάρτητα από το αν είναι εκτεταμένες ή όχι, παραμένουν ημιμόνιμες ή μόνιμες. Κατά κανόνα, οι χρόνιες καταστάσεις οφείλονται σε μη αναστρέψιμες παθολογικές αλλοιώσεις ή σε αλλοιώσεις που δύσκολα επιδέχονται βελτίωση, ενώ συνήθως, αφήνουν ως κατάλοιπο κάποιου είδους αναπηρία (Di Matteo & Martin, 2002).

Η αντιμετώπιση μιας χρόνιας ασθένειας, απαιτεί σε κάθε περίπτωση, την καταβολή εντατικής προσπάθειας, η οποία προϋποθέτει θεραπεία, διαρκή παρακολούθηση, και ειδική εκπαίδευση. Σε αντιδιαστολή, θα λέγαμε, με τους ανθρώπους εκείνους που πάσχουν από κάποια οξεία ασθένεια ή τραυματισμό και νοσηλεύονται στο νοσοκομείο ακολουθώντας κάποια προσωρινή φαρμακευτική αγωγή, οι χρόνιοι ασθενείς, καλούνται να επιχειρήσουν να ενσωματώσουν σε μια σχετικά φυσιολογική ζωή, τους περιορισμούς εκείνους και τις δεσμεύσεις που συμπορεύονται με την ασθένεια ή αναπηρία τους. Αρκετά συχνά, συμβαίνει οι

ασθενείς να επανακτούν έναν σχετικά φυσιολογικό ρυθμό ζωής και να επανεντάσσονται στο ευρύτερο κοινωνικό τους περιβάλλον. Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν, πως σε κάθε περίπτωση, πρέπει να διατηρήσουν κάποιο βαθμό αυτονομίας και συγχρόνως, να επιτύχουν μια όσο το δυνατόν καλύτερη ποιοτικά ζωή, μέσα στο πλαίσιο των περιορισμών που θέτει η ιατρική τους κατάσταση (Di Matteo & Martin, 2002).

Συχνά, οι περιορισμοί στις καθημερινές δραστηριότητες ενός ατόμου, εξαιτίας κάποιου χρόνιου προβλήματος υγείας, αποτελούν επακόλουθο μιας σοβαρής οξείας ασθένειας ή ενός ατυχήματος, ενώ άλλοτε, οφείλονται σε χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα. Αναφορικά, στις χρόνιες νόσους συγκαταλέγονται παθήσεις, όπως τα καρδιακά νοσήματα, η αρθρίτιδα, βλάβες στην περιοχή της ράχης ή της σπονδυλικής στήλης, η ελκώδης κολίτιδα, ο διαβήτης, οι βλάβες στα κάτω άκρα ή το ισχίο, οι διαταραχές της όρασης, ακόμη και οι ψυχιατρικές διαταραχές. Έχει διαπιστωθεί ότι οι πιο διαδεδομένες χρόνιες παθήσεις σε άτομα ηλικίας κάτω των 45 ετών, είναι η παράλυση και η περιορισμένη λειτουργικότητα των κάτω άκρων, οι οποίες οφείλονται κυρίως σε ατυχήματα. Σχετικά με τα άτομα άνω των 45 ετών, συνηθέστερες φαίνεται να είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η οστεοαρθρίτιδα και τα καρδιακά νοσήματα. Στην περίπτωση των μη ηλικιωμένων ενηλίκων, δηλαδή, ενηλίκων ηλικίας 18 έως 64 ετών, οι παθήσεις που ευθύνονται κατά κύριο λόγο για τον περιορισμό των καθημερινών τους δραστηριοτήτων, είναι οι τραυματισμοί στη ράχη, στη σπονδυλική στήλη και στα κάτω άκρα, τα καρδιακά νοσήματα, η αρθρίτιδα και τα προβλήματα όρασης (National Center for Health Statistics [NCSH], 1998). Συνεπώς, όσο μεγαλύτερος σε ηλικία είναι ένας άνθρωπος, τόσο πιο ευάλωτος παρουσιάζεται απέναντι σε μια ή και περισσότερες χρόνιες καταστάσεις, οι οποίες μεταβάλλουν άρδην τις μέχρι πρότινος δεδομένες βιοτικές του

συνήθειες, εμποδίζοντας και παρακωλύοντας την ενασχόλησή του με σημαντικές για τη ζωή του δραστηριότητες (Di Matteo & Martin, 2002).

Παρά το γεγονός, ότι οι παθολογικές αυτές καταστάσεις διαφέρουν ποικιλοτρόπως μεταξύ τους, εντούτοις, κοινό χαρακτηριστικό όλων των χρόνιων προβλημάτων υγείας, αποτελεί το εξ ορισμού δεδομένο στοιχείο, πως δεν θεραπεύονται. Αυτή η πάγια πλέον και μη αναστρέψιμη συνθήκη, επιφέρει πολλαπλές και ραγδαίες επιπτώσεις στην ψυχολογική και κοινωνική προσαρμογή του ατόμου, που υπέστη το πλήγμα της χρόνιας ασθένειας.

1.1. Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ασθένειας

Κάθε χρόνια και σοβαρή για τη ζωή ασθένεια, διακρίνεται από διάφορες φάσεις. Σύμφωνα με τον Doka (1993), κάθε φάση χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες «προκλήσεις» ή «έργα» που εμφανίζονται σε οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο, και απαιτούν διευθέτηση, προκειμένου ο ασθενής και η οικογένειά του να προσαρμοστούν στις συγκεκριμένες συνθήκες που επιτάσσει η ασθένεια και η θεραπεία της. Οι πιθανές φάσεις που προτείνει το μοντέλο του Doka (1993), είναι η προδιαγνωστική, η οξεία, που συμπεριλαμβάνει και τη διάγνωση της ασθένειας, η χρόνια, η φάση ανάρρωσης και αποθεραπείας, όταν η θεραπεία της συγκεκριμένης ασθένειας είναι αποτελεσματική, και η τελική φάση, η οποία πολλές φορές αποτελεί και το τελευταίο στάδιο της ζωής του ασθενούς. Αξίζει να σημειωθεί, πως οι προκλήσεις δεν είναι ίδιες για όλους τους ασθενείς, ενώ καθένας επιλέγει τον τρόπο με τον οποίο θα τις αντιμετωπίσει (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Κατά την προδιαγνωστική φάση, το άτομο αρχίζει να αντιλαμβάνεται κάποια συμπτώματα, που πιθανώς αποτελούν ενδείξεις οργανικής διαταραχής, ενώ συγχρόνως, αρχίζει να επινοεί κάποιες στρατηγικές, άλλοτε προκειμένου να αποδεχτεί

και να αντιμετωπίσει το πρόβλημα, και άλλοτε για να το αποφύγει. Καλείται, με λίγα λόγια, να αποδεχθεί την διαταραχή της υγείας του, να αντιμετωπίσει το επερχόμενο άγχος και την αβεβαιότητα, καθώς και να αναζητήσει την κατάλληλη βοήθεια, που θα τον οδηγήσει και στην ακριβή διάγνωση του προβλήματος της υγείας του.

Η οξεία φάση συνδέεται με τη διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας. Ο ασθενής συνειδητοποιεί το πρόβλημα της υγείας του. Πρόκειται, σε κάθε περίπτωση, για μια ιδιαιτέρως σημαντική και κομβική περίοδο, που περιλαμβάνει έντονες συναισθηματικές επιφορτίσεις, ριζικές αλλαγές στη ζωή του ασθενούς και καθοριστικές αποφάσεις που καλείται να πάρει ο ίδιος και η οικογένειά του. Συχνά, βιώνει μια έντονη υπαρξιακή κρίση, καθώς αρχίζει να αναθεωρεί το νόημα της ζωής του. Ο ασθενής καλείται να κατανοήσει και να ερμηνεύσει την ασθένειά του, προκειμένου να ενεργοποιήσει αντίστοιχους μηχανισμούς ή στρατηγικές για την αντιμετώπισή της και την προσαρμογή του σε αυτήν. Σύμφωνα, με ερευνητικά αποτελέσματα, ασθενείς που ήταν επαρκώς ενημερωμένοι αναφορικά με τη φύση της ασθένειάς τους, βίωναν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης έναν χρόνο μετά τη διάγνωση, συγκριτικά με ασθενείς που ανέφεραν ελλιπή ή ανεπαρκή πληροφόρηση (Fallowfield et al, 1986 όπως αναφέρεται από Παπαδάτου, 1995). Επιπλέον, ο ασθενής κατά τη φάση αυτή πρέπει να αναθεωρήσει τον τρόπο ζωής του και να υιοθετήσει νέες συνήθειες και συμπεριφορές υγείας, ανταποκρινόμενες αυτή τη φορά στην ασθένεια και την θεραπεία της, όπως για παράδειγμα σωστή διατροφή, διακοπή καπνίσματος, επαρκή ξεκούραση και κατάλληλη άσκηση. Καλείται, εν ολίγοις, να συνειδητοποιήσει πως ο ίδιος μπορεί τώρα να συμμετάσχει στον «αγώνα» για την προώθηση και αποκατάσταση της υγείας του.

Ο ασθενής, όπως προαναφέρθηκε, τίθεται ενώπιον ορισμένων κρίσιμων για την πορεία της ασθένειάς του αποφάσεων. Πρέπει να διευθετήσει δηλαδή, κάποια

πρακτικά θέματα. Πολλοί ασθενείς, κατά την αρχική φάση της διάγνωσης, προβληματίζονται αναφορικά με το αν και σε ποιόν θα ανακοινώσουν την κατάσταση της υγείας τους. Συχνά, προτιμούν να φυλάξουν την ασθένειά τους μυστική, άλλοτε γιατί χρειάζονται χρόνο για να την αποδεχτούν και άλλοτε για να προστατεύσουν το περιβάλλον τους ή τον εαυτό τους από τις αντιδράσεις των άλλων. Η ικανότητα, ωστόσο, του ασθενή να διατηρήσει κρυφό το πρόβλημα υγείας του είναι περιορισμένη, όταν οι απαιτήσεις της θεραπείας έχουν εμφανείς επιπτώσεις στην εμφάνιση, τη συμπεριφορά και τη λειτουργικότητά του. Μια ακόμη σημαντική απόφαση αφορά, οπωσδήποτε, το αν θα προβεί σε αναζήτηση περαιτέρω ιατρικών γνωμών. Η αναζήτηση μιας πρόσθετης γνώμης επιτρέπει στον ασθενή να διερευνήσει άλλες απόψεις και εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας, ενώ συγχρόνως του εξασφαλίζει τον απαραίτητο χρόνο για να αφομοιώσει την πραγματικότητα και να πάρει τις απαιτούμενες αποφάσεις. Επιπλέον, καθοριστικές αποφάσεις που πρέπει να λάβει ο ασθενής, σχετίζονται με το είδος θεραπείας που θα επιλέξει, τη συγκατάθεσή του στην προτεινόμενη αγωγή, την επιλογή του χώρου πιθανής νοσηλείας του, καθώς και του ευρύτερου υποστηρικτικού δικτύου κατά την αρχική φάση της διάγνωσης.

Όπως χαρακτηριστικά προαναφέρθηκε, κάθε άτομο έχει το δικό του μοναδικό τρόπο να αντιδρά στη γνωστοποίηση της διάγνωσης, ενώ οι αντιδράσεις ποικίλουν. Συγκεκριμένα, όταν αποξενώνεται και παραγνωρίζει τους φόβους και τις ανησυχίες του, βιώνει μια εσωτερική υπερένταση, γεγονός που αποτελεί τροχοπέδη στη εν γένει προσαρμογή του στη πραγματικότητα. Πολύ συχνά, ασθενείς που τίθενται αντιμέτωποι με τη διάγνωση μιας χρόνιας ή απειλητικής για τη ζωή τους ασθένειας, εκφράζουν έντονο άγχος, οργή για τους υγιείς συνανθρώπους τους και αγωνία για την εξέλιξη της υγείας τους. Κάποιες φορές, σε κατάσταση έντονης απόγνωσης, αρχίζουν να σκέφτονται ακόμη και την ιδέα της αυτοκτονίας. Στην εν λόγω περίπτωση, το

προσωπικό υγείας μπορεί να διαδραματίσει σημαίνοντα ρόλο, βοηθώντας τον ασθενή να διαμοιράσει και να εξομαλύνει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται τη διάγνωση και το πρόβλημα της υγείας του. Μια ακόμη πρόκληση που καλείται να αντιμετωπίσει ο ασθενής, είναι να αναγνωρίσει τις όποιες επιπτώσεις επιφέρει η ασθένεια στην εικόνα του εαυτού του, καθώς επίσης και στις σχέσεις του με τους άλλους (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Αναφορικά με τη χρόνια φάση, αυτή έπεται της διάγνωσης και εκτείνεται έως την τελική πλέον έκβαση της ασθένειας, που μπορεί να είναι η ίαση ή ο θάνατος. Πρόκειται, αναμφισβήτητα, για μια πολύ δύσκολη και ψυχοφθόρα περίοδο, κατά την οποία, ο ασθενής επιδιώκει να εξασφαλίσει, όσο αυτό είναι εφικτό, «ποιότητα ζωής», υπό το αναπόφευκτο πλαίσιο που διαμορφώνουν οι συνθήκες και οι περιορισμοί της ασθένειας και της συνακόλουθης θεραπείας της. Μερικές ασθένειες χαρακτηρίζονται από μια αργή και προοδευτική επιδείνωση της υγείας, όπως για παράδειγμα η νόσος Alzheimer. Άλλες, αντίθετα, διακρίνονται από επαναλαμβανόμενες υποτροπές και υφέσεις, όπως κάποιες μορφές του καρκίνου, ενώ ορισμένες παρουσιάζουν πιο ήπια εξέλιξη. Σε κάθε περίπτωση, η χρόνια ασθένεια αποτελεί μια περίοδο ιδιαίτερων προκλήσεων, με τον ασθενή και την οικογένειά του να επιχειρούν την προσαρμογή της ζωής τους στα νέα δεδομένα της ασθένειας (Παπαδάτου, 1995).

Ορισμένες από τις σημαντικότερες προκλήσεις ή έργα που καλείται να αντιμετωπίσει ο ασθενής, σχετίζονται με την εξασφάλιση ενός «φυσιολογικού» ρυθμού και «ποιότητα ζωής», καθώς επίσης και την τήρηση των ιατρονοσηλευτικών οδηγιών. Επιπλέον, η ενεργοποίηση του υποστηρικτικού δικτύου αποτελεί καθοριστικό παράγοντα προκειμένου ο ασθενής να αποφύγει τη μοναξιά και την κοινωνική απομόνωση. Με το πέρας της κρίσης που συνοδεύει την διάγνωση της ασθένειας, συχνά ο ασθενής και η οικογένειά του βιώνουν το αίσθημα της κοινωνικής

απομόνωσης, καθώς συγγενείς και φίλοι αρχίζουν να αποστασιοποιούνται. Σε αυτό το διάστημα, είναι συνηθισμένο το φαινόμενο ο σύντροφος του ασθενούς να παρουσιάζει περισσότερα οργανικά και ψυχολογικά προβλήματα απ' ότι ο ίδιος ο ασθενής. Τα συμπτώματα αυτά, συχνά αποτελούν ενδείξεις κατάθλιψης που δεν είχε εκδηλωθεί κατά τη φάση της διάγνωσης, καθώς η προσοχή του συντρόφου ήταν επικεντρωμένη στη στήριξη του ασθενούς (Oberst, 1988 όπως αναφέρεται από Παπαδάτου, 1995). Τόσο ο πάσχων, όσο και οι άμεσοι συγγενείς του, καλούνται πλέον να προσδιορίσουν τα άτομα εκείνα που είναι σε θέση να τους παράσχουν υποστήριξη, καθώς επίσης και το είδος εκείνο της υποστήριξης, που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους (Παπαδάτου, 1995).

Όταν η θεραπεία μιας συγκεκριμένης ασθένειας είναι εν τέλει αποτελεσματική, το άτομο εισέρχεται πλέον στη φάση της ανάρρωσης και της αποθεραπείας. Η αποθεραπεία, συχνά επιφέρει στο άτομο θετικά συναισθήματα και μια αίσθηση ανακούφισης και ανταμοιβής για τον κόπο, την υπομονή και επιμονή που επέδειξε κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Εντούτοις, αρκετά άτομα κατά τη περίοδο αποθεραπείας, εξακολουθούν να βιώνουν έντονα συναισθήματα απογοήτευσης, θυμού, και ανασφάλειας, υπό τον φόβο ίσως πιθανής υποτροπής της ασθένειας και μάλλον, λόγω διακοπής της μακρόχρονης σχέσης τους με το προσωπικό υγείας (Παπαδάτου, 1995).

Σύμφωνα με τον Doka (1993), η τελική φάση χαρακτηρίζεται από την επιδείνωση της υγείας του ασθενούς, γεγονός το οποίο προβάλλει την ανάγκη για τροποποίηση της παρέμβασης, αποβλέποντας αυτή τη φορά, όχι στη θεραπεία της ασθένειας, αλλά στην ανακουφιστική φροντίδα του ασθενούς εν όψει του επικείμενου θανάτου. Αναπόφευκτα, λοιπόν, ο θάνατος και η ανακοίνωση του, έρχονται να ολοκληρώσουν την τελική αυτή φάση, και συγχρόνως να σηματοδοτήσουν την έναρξη

μιας φάσης θρήνου που βιώνεται από την οικογένεια, τους φίλους, το προσωπικό υγείας και γενικά όσους έχουν επηρεαστεί από τη ζωή και το θάνατο του συγκεκριμένου ατόμου (Παπαδάτου, 1995).

Καταλήγοντας, σε όλες τις φάσεις κατά την εξέλιξη της χρόνιας ασθένειας, είναι αναγκαίο να λαμβάνεται υπόψη η ποιότητα και το επίπεδο ζωής που θα συνοδεύει τον ασθενή στο δύσκολο εγχείρημα της προσαρμογής του στην ασθένεια και τη θεραπεία της. Μολονότι η προοπτική του θανάτου κατέχει κυρίαρχη θέση στην αντίληψη του ασθενούς μετά τη διάγνωση κάποιας χρόνιας ασθένειας, η τάση για διατήρηση της ελπίδας αποτελεί χαρακτηριστικό που διακρίνει τους περισσότερους ανθρώπους, ακόμα και υπό τις πιο δύσκολες συνθήκες της ζωής τους.

1.2. Ταξινόμηση χρόνιων ασθενειών

Λόγω της μεγάλης ποικιλίας τύπων που παρουσιάζουν οι χρόνιες ασθένειες, δεν υπάρχει κάποιου είδους κοινή παραδοχή για την ταξινόμησή τους. Εντούτοις, θα μπορούσαμε σε γενικές γραμμές να διατυπώσουμε τέσσερις γενικούς τύπους χρόνιων ασθενειών. Ο πρώτος τύπος απευθύνεται σε ασθένειες που απειλούν άμεσα την ανθρώπινη ζωή, όπως η περίπτωση των ταχέως επεκτεινομένων καρκίνων, καθώς και σοβαρά καρδιαγγειακά περιστατικά, όπως για παράδειγμα η καρδιακή προσβολή, τα οποία χρήζουν όχι μόνο άμεσης ιατρικής παρέμβασης, άλλα και ψυχοθεραπευτικής. Ο δεύτερος τύπος χρόνιων ασθενειών, αφορά τις ασθένειες εκείνες, που μπορούν να τεθούν υπό έλεγχο και διαχείριση, όπως για παράδειγμα ο διαβήτης Τύπου 2, η υπέρταση και η οστεοαρθρίτιδα. Παρόλο που αποτελούν σοβαρή κατηγορία ασθενειών, σπάνια κοστίζουν τη ζωή του ασθενούς. Σε αυτή την περίπτωση, η ψυχοθεραπευτική υποστήριξη είναι κάπως μεγαλύτερη σε χρονική διάρκεια, όχι όμως τόσο άμεση όσο στον πρώτο τύπο. Σχετικά με τον τρίτο τύπο χρόνιων ασθενειών,

εκείνος αφορά ασθένειες που σταδιακά οδηγούν στην παράλυση, όπως η νόσος του Parkinson, η ρευματοειδής αρθρίτιδα και η σκλήρυνση κατά πλάκας. Η ψυχοθεραπευτική υποστήριξη σε αυτές τις ασθένειες, συχνά είναι παρόμοια, ως προς τη χρονική διάρκεια και την αμεσότητα, με την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στις ασθένειες του δεύτερου τύπου. Ένας τέταρτος τύπος, περιλαμβάνει εκείνες τις ασθένειες που δεν απειλούν τη ζωή, αλλά εξουθενώνουν τον ασθενή και εξαντλούν τα ενεργειακά του αποθέματα. Σ' αυτές, συγκαταλέγονται ασθένειες όπως για παράδειγμα το σύνδρομο της χρόνιας κόπωσης και η ινομυαλγία, ενώ χρήζουν εξίσου μακροχρόνιας ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, όπως και οι προηγούμενοι τύποι, με έμφαση στη προσπάθεια προς σταδιακή ύφεση και βελτίωση των συμπτωμάτων (Sperry, 2006).

Πολλοί άνθρωποι που έχουν βιώσει την εμπειρία μια οξείας ασθένειας, όπως για παράδειγμα το κοινό κρυολόγημα, είναι αρκετά εύκολο να το περιγράψουν, καθώς παρουσιάζει την ίδια σχετικά συμπτωματολογία, ενώ και η πορεία του χαρακτηρίζεται ως σχετικά σύντομη και προβλέψιμη, σε όλους ανεξαιρέτως τους ανθρώπινους οργανισμούς. Από την άλλη, σημαντικό γνώρισμα των χρόνιων καταστάσεων, αποτελεί η μεγάλη ποικιλομορφία σε συμπτώματα, καθώς και η εξελικτική τους πορεία, ενώ ίσως υπάρξει ή ίσως πάλι όχι, μια φάση ανάρρωσης, ανάλογα βέβαια με τις ιδιαιτερότητες της ασθένειας και τις αντοχές του οργανισμού του ατόμου. Επιπροσθέτως, τα συμπτώματα μιας χρόνιας ασθένειας δεν βιώνονται σταθερά από όλους τους ασθενείς, ενώ το 50% περίπου εξ αυτών, φαίνεται να βιώνουν αδιάκοπα τα συμπτώματα της χρόνιας ασθένειάς τους (Fennell, 2003).

1.3. Διαχείριση χρόνιας ασθένειας

Εξαιτίας της πολυπλοκότητας των χρόνιων ασθενειών, τα άτομα φορείς αυτών, θέτουν στους ιατρούς και σε άλλους παροχείς υπηρεσιών υγείας, εξαιρετικά δυσεπίλυτα προβλήματα, αναφορικά με την αντιμετώπιση της ασθένειάς τους, καθώς και των επιπλοκών αυτής. Αυτό συμβαίνει, γιατί αντίθετα από τις άλλες ασθένειες, οι χρόνιες επιφέρουν επιπλέον, προβλήματα ψυχοκοινωνικού τύπου, τα οποία είναι εξίσου σοβαρά και κρίσιμα με τα προβλήματα βιολογικού τύπου, που προκαλούν οι ασθένειες αυτές. Ως εκ τούτου, η συμβολή κλινικών ψυχολόγων κι άλλων ψυχοθεραπευτών, θεωρείται καθοριστικής σημασίας για τη σωστή διαχείριση και αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών παραμέτρων των εν λόγω ασθενειών (Sperry, 2006).

Στη σημερινή εποχή, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, το εγκεφαλικό, ο καρκίνος και οι διαφορετικοί τύποι διαβήτη, συγκαταλέγονται ανάμεσα στα πιο κυρίαρχα και δαπανηρά προβλήματα υγείας. Η παρατεταμένη διάρκεια κάποιας ασθένειας ή αναπηρίας, όπως ο διαβήτης και η αρθρίτιδα, έχουν προκαλέσει πόνο, ενώ παράλληλα, έχουν μειώσει σημαντικά και την ποιότητα ζωής εκατομμυρίων ανθρώπων. Λόγω του διαρκώς αυξανόμενου ποσοστού γήρανσης του πληθυσμού των ανεπτυγμένων χωρών, οι χρόνιου τύπου ασθένειες ενδέχεται να παρουσιάζουν διαρκή αύξηση. Επιπλέον, παιδιά και νέοι άνθρωποι που υποφέρουν από χρόνιες ασθένειες, ως επί το πλείστον ζουν περισσότερο ως φορείς αυτών των ασθενειών, κι έτσι θα υφίστανται αυτήν την κατάσταση για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα απ’ ότι οι παλαιότερες γενιές. Κατά συνέπεια, εξαιτίας της διαρκούς προόδου της ιατρικής επιστήμης και λόγω του αυξανόμενου ορίου διαβίωσης, τα γηραιότερα άτομα θα χρειαστούν περισσότερες υπηρεσίες υγείας και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Αν, για παράδειγμα, εξετάσουμε την περίπτωση των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής, κάθε χρόνο

περισσότεροι από 1,7 εκατομμύρια Αμερικανοί πεθαίνουν από τέτοιου είδους ασθένειες, κάτι που αντιστοιχεί σε 7 στους 10, επί του συνόλου, θανάτους (National Center for Chronic Diseases Prevention and Health Promotion, 2000).

Αυτή η έντονη παρουσία των χρόνιων ασθενειών, στην περίπτωση των ΗΠΑ, οφείλεται σε μεγάλο ποσοστό στις διατροφικές συνήθειες των Αμερικανών, όπου και παρατηρείται υψηλό ποσοστό λήψης υδατανθράκων, όπως η ζάχαρη, αλλά και από άλλες κακές διατροφικές επιλογές. Επίσης, η περιβαλλοντική μόλυνση, που σχετίζεται με την έκθεση σε βαρέα μέταλλα, όπως το κάδμιο και το αλουμίνιο, σχετίζονται άμεσα με χρόνιες καταστάσεις. Μια ακόμη από τις σημαντικότερες αιτίες πρόκλησης χρόνιων ασθενειών, αποτελεί το στρες (Lane, 2003). Ένας εξίσου απροσδόκητα σημαντικός παράγοντας αύξησης των κρουσμάτων των χρόνιων ασθενειών, είναι η ίδια η πρόοδος των υπηρεσιών περίθαλψης και της ιατρικής επιστήμης γενικά. Κατ' αυτόν τον τρόπο, λόγω της ολοένα και καλύτερης περίθαλψης που παρέχεται, οι ασθενείς κατορθώνουν να επιβιώσουν από τα αρχικά κρίσιμα στάδια σοβαρών ασθενειών, όπως για παράδειγμα ένα ατύχημα ή μια καρδιακή ανακοπή. Κατά συνέπεια, συνεχίζουν να ζούνε υπό τη φθορά που είχε προκληθεί από τη μάχη κατά τη διάρκεια αυτών των ασθενειών, που εξελίσσονται σταδιακά σε χρόνιες, και από τις οποίες, στη συντριπτική τους πλειοψηφία, δεν θα απαλλαχτούν πλήρως (Friedman & Di Matteo, 1989; Goodheart & Lansing, 1996 όπως αναφέρεται από Sperry, 2006).

Σύμφωνα, πάλι, με το παράδειγμα των ΗΠΑ, περισσότεροι από 90 εκατομμύρια Αμερικανοί, δηλαδή περίπου το 1/3 του συνολικού πληθυσμού, ζουν υπό το βάρος χρόνιων ασθενειών. Παράλληλα, το οικονομικό κόστος για την απαραίτητη υγειονομική περίθαλψη αυτών των ατόμων, δε συμπεριλαμβάνει σε καμία περίπτωση το προσωπικό κόστος, δηλαδή τις ψυχολογικές προεκτάσεις, καθώς και τις ευρύτερες απώλειες, λόγω ανικανότητας εργασίας, αλλά και άλλες θυσίες που σχετίζονται με την

αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης (McGinnis, Williams-Russo, & Knickman, 2002 όπως αναφέρεται από Sperry, 2006).

1.4. Ένας ιδιαίτερος κοινωνικός ρόλος (The Sick Role)

Ο πάσχων από κάποιου είδους χρόνια ασθένεια, επιτελεί έναν ιδιαίτερα χαρακτηριστικό κοινωνικό ρόλο. Συγκεκριμένα, η τάση για αποκατάσταση και διαφυγή από την ανικανότητα, τη συμπορευόμενη με την ασθένεια, φαίνεται να είναι υπεράνω της δύναμης της θέλησης του ατόμου. Ακόμη, μέσω αυτής της αδυναμίας, καθίσταται λογική η εξαίρεση του ατόμου από υποχρεώσεις οικογενειακού ή κοινωνικού χαρακτήρα, για τις οποίες το ασθενές άτομο δεν θεωρείται πλέον υπεύθυνο και αρμόδιο, ενώ αναμένεται να τις παραδώσει σε άλλους. Επιπροσθέτως, λόγω του ότι ο κοινωνικός χαρακτηρισμός του ατόμου ως ασθενής ή ανάπηρος, αποτελεί κάτι το ανεπιθύμητο, το ασθενές άτομο αντιλαμβάνεται ως κομμάτι του κοινωνικού του ρόλου την υποχρέωση να ανταποκριθεί σε όλους τους περιορισμούς και τις θυσίες, προκειμένου να γίνει καλά (Parsons, 1958). Μια επιπλέον υποχρέωση, στα πλαίσια του κοινωνικού του ρόλου, είναι η επιδίωξη αναζήτησης επαρκούς επαγγελματικής βοήθειας. Συμπεραίνουμε, λοιπόν, πως οι ασθενείς που υποφέρουν από κάποιο χρόνιο νόσημα απαλλάσσονται αφενός, από υποχρεώσεις που δεν είναι σε θέση πλέον να αναλάβουν, αφετέρου όμως, παρουσιάζουν σημαντική μείωση της αυτοπεποίθησης και αυτονομίας τους, με αποτέλεσμα συχνά να παθητικοποιούνται, εξαιτίας του νέου κοινωνικού τους ρόλου, ως ασθενείς (Pellegrino & Thomasma, 1981; Daniels, 1986).

1.5. Ψυχική υγεία και χρόνιο νόσημα

Η κατανόηση της σχέσης μεταξύ ψυχικής και σωματικής υγείας δεν έχει μόνο ερευνητικό ενδιαφέρον αλλά και κλινικό. Η κλινική διάσταση της εν λόγω συσχέτισης επιτρέπει το σχεδιασμό διαφόρων παρεμβάσεων για τον έλεγχο των αρνητικών συναισθημάτων. Ο έλεγχος αυτός, στοχεύει θα λέγαμε στη διαχείριση και αντιμετώπιση των σωματικών προβλημάτων.

Οι χρόνιες σωματικές ασθένειες αποτελούν όπως έχει προαναφερθεί, την βασική αιτία αναπηρίας σε ολόκληρο το κόσμο. Οι ψυχικές ασθένειες επηρεάζουν εξίσου ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, ενώ αποτελούν μια ακόμη αιτία νοσηρότητας, θνησιμότητας και αναπηρίας. Ερευνητικά δεδομένα, μαρτυρούν ότι άτομα με σοβαρές ή χρόνιες σωματικές ασθένειες, συχνά υποφέρουν από κάποιο συμπορευόμενο πρόβλημα ψυχικής υγείας. Οι μελέτες στη πλειοψηφία τους, έχουν αναλύσει τον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών σε πληθυσμούς με συγκεκριμένες χρόνιες ασθένειες όπως για παράδειγμα το άσθμα, η αθηροσκλήρωση ή ο καρκίνος (Gili et al., 2010).

Πολλές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί για να καταδείξουν τη σχέση μεταξύ σωματικών ασθενειών και ψυχικής υγείας. Ορισμένα αρνητικά συναισθήματα θεωρούνται υπεύθυνα τόσο για την έναρξη όσο και για τη πορεία αρκετών ασθενειών (Καραδήμας, 2005).

Αναφορικά με τα παραπάνω, η επιδημιολογική μελέτη (Epidemiological Catchment Area Study) του NIMH (National Institute of Mental Health) (2010) υπήρξε η πρώτη μελέτη που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα χρόνιων ασθενειών και ψυχικών νόσων. Στόχος της εν λόγω μελέτης, ήταν να εκτιμηθεί η συννοσηρότητα των κοινών ψυχιατρικών διαταραχών (όπως συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές), με διάφορες ιατρικές παθήσεις, σε ένα μεγάλο δείγμα ασθενών πρωτοβάθμιας

περίθαλψης, ενώ αναλύθηκε η σχέση μεταξύ σωματικών ασθενειών και του υψηλότερου κινδύνου για κοινές ψυχικές διαταραχές. Επιπροσθέτως, οι ιατρικές διαγνώσεις της συγκεκριμένης έρευνας, βασίζονταν σε αναφορές των ίδιων των ασθενών και όχι σε παρεχόμενες από τους θεράποντες ιατρούς πληροφορίες.

Αναφορικά με τα αποτελέσματα της έρευνας, προέκυψε ότι ασθενείς που πάσχουν από ιατρικά νοσήματα, παρουσίασαν αυξημένο κίνδυνο απέναντι σε οποιαδήποτε ψυχική διαταραχή, σε αντίθεση με σωματικά υγιή άτομα. Διεξήχθησαν ακόμη, πολυπαραγοντικές αναλύσεις, με τις απαραίτητες προσαρμογές για τις διαφορές ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση και την επαγγελματική κατάσταση των υποκειμένων. Το ποσοστό επιπολασμού (Ο αριθμός των υπαρχουσών περιπτώσεων μιας ασθένειας σε έναν ορισμένο πληθυσμό και σε συγκεκριμένο χρόνο) όσων αφορά τις ψυχικές διαταραχές ήταν σημαντικά υψηλότερο σε ασθενείς με χρόνιες σωματικές ασθένειες (56,8%) σε σύγκριση με σωματικά υγιή άτομα (48,9%). Επίσης, διαπιστώθηκαν αυξημένα ποσοστά επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών, σε αντιστοιχία με την αύξηση του αριθμού των σωματικών ασθενειών. Ενδεικτικά, ασθενείς που υπέφεραν από τέσσερις ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις, έφεραν και υψηλότερα ποσοστά ψυχικών διαταραχών. Επιπρόσθετα, προέκυψε ότι τα ποσοστά των διαφόρων ψυχικών διαταραχών, διαφέρουν ανάλογα με το είδος της σωματικής νόσου. Συγκεκριμένα, το ποσοστό των ψυχικών διαταραχών φάνηκε να είναι υψηλότερο μεταξύ ηπατικών (75,7%), νευρολογικών (75,5%), ογκολογικών (68%) και γαστρεντερικών παθήσεων (67,2%). Ακόμη, αξίζει να αναφέρουμε ότι ασθενείς που παρουσίαζαν νευρολογικές, ογκολογικές και ηπατικές νόσους εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (ΜΚΔ) και γενικευμένης αγχώδους διαταραχής (ΓΑΔ), από τα αντίστοιχα ποσοστά ασθενών με άλλες παθήσεις (Gili et al., 2010).

Διαπιστώνουμε συνεπώς, ότι είναι πιθανό να υφίσταται συννοσηρότητα σωματικής ασθένειας και ψυχικής νόσου. Η προοπτική αυτή, πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη από τους ειδικούς, προκειμένου να μη παραμελείται η μια εκ των δύο νόσων, καθώς έτσι μπορεί να επιδράσει αρνητικά στην άλλη νόσο και στην επακόλουθη επιδείνωση της. Τόσο η ύπαρξη ψυχικής νόσου μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα υγείας, όσο και προβλήματα υγείας μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση ψυχολογικών συμπτωμάτων. Αυτή η παραδοχή μας παραπέμπει στις απόψεις του Freud, ο οποίος αρκετές δεκαετίες πριν υποστήριξε ότι οι άλυτες συγκρούσεις ενός ατόμου απωθούνται και η ενέργειά τους διοχετεύεται σε συμβολικά σωματικά συμπτώματα. Όταν η σύγκρουση λοιπόν παραμένει ασυνείδητη, η ενέργειά της μπορεί να βρει εμφανή έκφραση σε σωματικά συμπτώματα που αντιπροσωπεύουν έναν συμβιβασμό μεταξύ μη αποδεκτής παρόρμησης και άμυνας του εγώ εναντίον της (Duberstein & Masling, 2007).

Όταν στον ιατρικό τομέα, αναφέρεται η λέξη ελπίδα, κατά κύριο λόγο, υπάρχει μια ακραία κατάσταση, η οποία σχετίζεται είτε με ανίατη ασθένεια, θάνατο, είτε και τραυματισμό που επιφέρει αναπηρία. Από την πλευρά των θεραπόντων ιατρών και γενικά του προσωπικού υγείας, κυριαρχεί η νοοτροπία να αψηφούν τις εκκλήσεις του ασθενούς για ευθανασία, που συχνά αντιλαμβάνεται ως μοναδική διέξοδο από την επιβαρυμένη σωματική και ψυχολογική του κατάσταση. Αυτό σχετίζεται με την πεποίθηση των ιατρών, ότι οι σωματικοί πόνοι και η μειωμένη ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης του ασθενούς, τον οδηγούν σε κατάθλιψη που με την σειρά της επιφέρει την επιθυμία θανάτου. Αν όμως, με τη σωστή ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς, αρθούν τα συμπτώματα κατάθλιψης, τότε επιστρέφει η ελπίδα για ζωή (Barnard, 1995).

Αυτή η αισιόδοξη προσέγγιση ωστόσο, φαίνεται να παραβλέπει τις καθημερινές δυσκολίες και προβλήματα των χρόνια ασθενών και αναπήρων. Αυτό το καθημερινό περιβάλλον, δημιουργεί στον ασθενή υπαρξιακά διλήμματα σχετικά με την αξία της ζωής, κάτι που ο Ernest Becker (1973), χαρακτηρίζει ως «υπαρξιακό παράδοξο».

Αφενός, τα άτομα με χρόνιες ασθένειες ή αναπηρίες, υποχρεώνονται να υπερβούν τα προσωπικά τους όρια και περιορισμούς, προκειμένου να έχουν περαιτέρω πιθανότητες ζωής, και αφετέρου να αποδεχτούν την πραγματικότητα, έτσι ώστε να έχουν καλύτερη προσαρμογή στη δύσκολη καθημερινή πραγματικότητα που τους επιβάλλει η κατάσταση της υγείας τους. Εν ολίγοις, το «υπαρξιακό παράδοξο» αντικατοπτρίζει, θα λέγαμε, τη ζωή στο όριο μεταξύ «φθοράς και αφθαρσίας», «ζωής και θανάτου» (Becker, 1973 όπως αναφέρεται από Barnard, 1995). Η πεποίθηση των ασθενών, ότι δηλαδή επιβαρύνουν σε οικονομικό και πρακτικό επίπεδο, λόγω του προβλήματός τους, τον οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό τους περίγυρο, αλλά και η ατμόσφαιρα οίκτου και υποτίμησης που εισπράττουν, εντείνει την επιθυμία τους για θάνατο ως διέξοδο (Kleinman, 1988 όπως αναφέρεται από Barnard, 1995). Ιδίως, περιπτώσεις ασθενών, που διαισθάνονται οι ίδιοι την σταδιακή, καθημερινή επιδείνωση της κατάστασής της υγείας τους, αντιμετωπίζουν πιο έντονα το δίλημμα περί αξίας ή απαξίωσης της ζωής. Αρχίζουν εν ολίγοις, να αμφισβητούν την σημασία της ζωής υπό τις υπάρχουσες συνθήκες. Αισθάνονται, μπορούμε να πούμε, δέσμιοι της ασθένειάς τους, καθώς και του αναπόφευκτου χαρακτήρα της αλλαγής και υποβάθμισης του τρόπου διαβίωσής τους. Τέτοιες αλλαγές, ίσως σχετίζονται με παραμέληση των οικογενειακών υποχρεώσεων, της φροντίδας των παιδιών, του συντρόφου, κινητικά προβλήματα, κακή καρδιακή λειτουργία και υποβάθμιση όρασης ή άλλων αισθήσεων (Barnard, 1995).

2. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

Με τον όρο «καρδιαγγειακές παθήσεις» ή «νόσοι», αναφερόμαστε σε ένα ευρύ φάσμα διαταραχών του καρδιακού μυός και της λειτουργίας του. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ παράλληλα αποτελούν τον κυριότερο λόγο αναπηρίας και νοσηρότητας στις χώρες που έχουν υιοθετήσει τον Δυτικό τρόπο ζωής. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις επιμέρους κατηγορίες: τις στεφανιαίες νόσους, τις διαταραχές των καρδιακών βαλβίδων και την καρδιομυοπάθεια.

Οι στεφανιαίες νόσοι σχετίζονται με τη λειτουργία των καρδιακών αρτηριών και οφείλονται ως επί το πλείστον στην αθηροσκλήρωση, κατά την οποία αναπτύσσονται στο εσωτερικό των αρτηριών «αθηρωματικές πλάκες», προκαλώντας στένωση ή απόφραξη. Αν και οι αιτίες για την δημιουργία των εν λόγω πλακών δεν έχουν διασαφηνιστεί πλήρως, εντούτοις, σύμφωνα με την Αμερικάνικη Εταιρία Υγείας (AHA), έχει διαπιστωθεί ότι παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλλο, η κληρονομικότητα, το κάπνισμα, το στρες, η παχυσαρκία και οι γενικότερες διατροφικές συνήθειες, η έλλειψη άσκησης, ο διαβήτης καθώς και άλλες παράμετροι, αποτελούν πιθανούς αιτιολογικούς επικινδυνότητας (Καραδήμας, 2005).

Οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο έρχονται αντιμέτωποι με μια σειρά σοβαρών προβλημάτων:

1. Στηθάγχη (angina pectoris): σχετίζεται με πόνο στο στήθος ή έντονη δυσφορία, ως απόρροια κάποιας σωματικής προσπάθειας ή στρες. Η διάρκειά της δε ξεπερνάει τα δέκα λεπτά και βελτιώνεται με τη διακοπή της δραστηριότητας ή τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

2. Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (καρδιακή προσβολή): συμβαίνει όταν ο καρδιακός μυς στερείται του απαραίτητου οξυγόνου, συνήθως εξαιτίας της απόφραξης κάποιας αρτηρίας. Το άτομο εμφανίζει στηθάγχη, αν η έλλειψη αίματος στον καρδιακό μυ είναι μικρή ή ατελής. Αν όμως, η έλλειψη αιμάτωσης είναι μεγάλη ή παρατεταμένη, τότε εκδηλώνεται το έμφραγμα. Τα τυπικά συμπτώματα σύμφωνα με την Αμερικάνικη Εταιρία Υγείας (2001), περιλαμβάνουν αίσθημα πίεσης, συμπίεσης ή πόνου στο στέρνο, πόνοι στους ώμους, το λαιμό ή τα άνω άκρα, τάση για λιποθυμία, εφίδρωση, ναυτία, δυσκολία στην αναπνοή, ενώ συχνά παρατηρούνται πυρετός και γαστρεντερικές διαταραχές. Επακόλουθο ενός εμφράγματος, συχνά είναι η ανακοπή, που αν δεν αναταχθεί, επιφέρει το θάνατο του ατόμου. Η πρόγνωση μετά από ένα έμφραγμα καθορίζεται από ποικίλους παράγοντες, αλλά βασικό κριτήριο αποτελεί το εύρος της ζημιάς και η κατάσταση των καρδιακών κοιλιών. Όταν η κατάσταση των καρδιακών κοιλιών είναι καλή, το ποσοστό επιβίωσης φτάνει στο 70-95% για μια δεκαετία. Αν οι κοιλίες δυσλειτουργούν, τα ποσοστά μειώνονται στο 40-85% περίπου.

3. Κοιλιακές αρρυθμίες: προκαλούνται από ενδεχόμενη διακοπή του καρδιακού ρυθμού εξαιτίας της μη καλής οξυγόνωσης του καρδιακού μυός. Η αρρυθμία είναι δυνατόν να αφορά τους καρδιακούς κόλπους, οπότε και είναι ακίνδυνη, είτε τις κοιλίες, που προκαλώντας συχνά κολπική μαρμαρυγή, μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο.

Αναφορικά με τα προβλήματα που ανακύπτουν από τις ασθένειες των καρδιακών βαλβίδων, αυτά σχετίζονται με τη λειτουργία μιας ή και περισσότερων εκ των τεσσάρων βαλβίδων: τη μιτροειδή, την αορτική, την πνευμονική ή την τριγλώχινα. Κατά το ήμισυ τουλάχιστον των περιπτώσεων, οι ασθένειες αυτές συνδέονται με την εμφάνιση ρευματικού πυρετού κατά την παιδική ή εφηβική ηλικία, ενώ συγκαταλέγονται και στις εκφυλιστικές νόσους. Ακόμη, ανάλογα με τη βαλβίδα και το

είδος βλάβης που έχει υποστεί, το άτομο αντιμετωπίζει ποικίλα συμπτώματα, όπως καρδιακό άλγος, λιποθυμία, κολπική μαρμαρυγή και κόπωση, ορισμένα εκ των οποίων, γίνονται αντιληπτά σε προχωρημένο στάδιο.

Τέλος, η καρδιομυοπάθεια αφορά την προοδευτική εξασθένιση του καρδιακού μυός, κατά την οποία η καρδιά αδυνατεί να αντλήσει την απαραίτητη ποσότητα αίματος, με συνέπεια την διαρκώς επιδεινούμενη καρδιακή ανεπάρκεια. Κυρίαρχες αιτίες θεωρούνται η αθηροσκλήρωση, η υπέρταση, το αλκοόλ, η υπερτροφική καρδιομυοπάθεια, όπως και άλλοι άγνωστοι προς το παρόν παράγοντες.

Όσον αφορά την αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών προβλημάτων, αυτή λαμβάνει χώρα μέσω φαρμακευτικής αγωγής, συστάσεων για αλλαγές στον τρόπο ζωής και τις σχετικές με την υγεία συμπεριφορές, ενώ συχνά αναπόφευκτες κρίνονται οι επεμβάσεις και οι εγχειρίσεις (Καραδήμας, 2005).

Τα ποσοστά των καρδιακών νοσημάτων τείνουν να αυξάνουν με το πέρασμα της ηλικίας, και ιδίως μετά την ηλικία των 45 ετών. Πολλοί περισσότεροι άνδρες αναπτύσσουν κάποια καρδιαγγειακή νόσο και πεθαίνουν εξαιτίας της. Αναφορικά, η πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων στον ανδρικό πληθυσμό εμφανίζεται 4 φορές μεγαλύτερη από τον αντίστοιχο γυναικείο, στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, και 40 φορές μεγαλύτερη στις ηλικίες κάτω των 45 ετών (Bellg, 2004 όπως αναφέρεται από Καραδήμας, 2005).

Ωστόσο, θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε, ότι παρά το γεγονός ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα τυπικά συμβαίνουν στη μέση ηλικία ή και αργότερα, οι παράγοντες κινδύνου καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από συμπεριφορές, οι οποίες διαμορφώνονται στην παιδική κιόλας ηλικία και συνεχίζουν στην ενήλικη ζωή, όπως οι διατροφικές συνήθειες και το κάπνισμα. Ως εκ τούτου, οι επαγγελματίες υγείας και οι υπεύθυνοι της δημόσιας υγείας οφείλουν να προαγάγουν υγιεινούς τρόπους ζωής

για παιδιά και νέους. Εάν η εξάπλωση των τροποποιήσιμων τουλάχιστον παραγόντων, που αφορούν τις καρδιακές νόσους, δεν αναχαιτιστεί, ο κόσμος καλείται να αντιμετωπίσει μια επερχόμενη επιδημική εξάπλωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

3. ΔΥΑΔΙΚΗ ΣΧΕΣΗ & ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η εμφάνιση ενός χρόνιου προβλήματος υγείας, όπως ένα καρδιαγγειακό νόσημα, δεν επηρεάζει μόνο τους ασθενείς, αλλά και τους συντρόφους τους, οι αντιδράσεις των οποίων, μπορεί διαδοχικά, άλλοτε να προαγάγουν και άλλοτε να δυσκολεύουν την προσαρμογή του ασθενούς στο νόσημα (Elliot & Shewchuk, 2005). Χαρακτηριστικά, παράγοντες όπως η ψυχική υγεία του συντρόφου, η καλύτερη ποιοτικά επικοινωνία με το σύντροφο και η λήψη επιπλέον υποστήριξης από τον ή την σύντροφο, έχουν συνδεθεί με περαιτέρω ανάκαμψη και προσαρμογή στο καρδιαγγειακό πρόβλημα (Franks et al., 2006; Molloy et al., 2008; Ruiz et al., 2006; Sher & Baucon, 2001; Waltz et al., 1998 όπως αναφέρεται από Karademas, Zarogiannos & Karamvakalis, 2008).

Ο αντίκτυπος μιας χρόνιας καρδιαγγειακής νόσου, ενδέχεται να είναι σοβαρός για τους ασθενείς, ιδίως κατά την πρώιμη ενήλικη ζωή, επηρεάζοντας σημαντικά την σχέση με τον ή την σύντροφο τους, αλλά και το στενό κοινωνικό τους δίκτυο. Δεδομένου μάλιστα, ότι η κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη, εξελίσσεται καθ’ όλη τη διάρκεια της ζωή ενός ατόμου, με την ίδια λογική, και η νόσος εισχωρεί και επηρεάζει κάθε ηλικία. Εστιάζοντας στη σχέση μεταξύ συντρόφων, οι σωματικοί περιορισμοί είναι σε θέση να επιφέρουν σοβαρές αλλαγές στην ικανότητα του ατόμου να σχετίζεται με τον ή την σύντροφό του. Οι απαιτήσεις της ασθένειας ενδέχεται να γίνουν η αιτία να χάσει το ζευγάρι την κεκτημένη αυτονομία που είχε οικοδομήσει κατά το παρελθόν. Επιπλέον, οι σωματικοί περιορισμοί του ενός μέλους, είναι δυνατόν να περιορίσουν τη σεξουαλική επαφή και έκφραση του ζεύγους. Η ίδια η ασθένεια, η επερχόμενη κάποιες φορές παραμόρφωση του σώματος, η αναπηρία ή τα φάρμακα, ίσως προκαλέσουν αλλαγές σε επίπεδο φυσιολογίας, οι οποίες καθιστούν τη

σεξουαλική λειτουργία εξαιρετικά δύσκολη ή και ανέφικτη (Dailey, 1998; El-Rufaie et al., 1997 όπως αναφέρεται από DiMatteo & Martin, 2006).

Όπως κάθε χρόνια ασθένεια, έτσι και η περίπτωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι πολύ πιθανόν να θέσει τις στενές διαπροσωπικές σχέσεις σε σοβαρό κίνδυνο. Μετά την εμφάνιση μιας νόσου, το ζευγάρι ενδεχομένως να χρειαστεί να επαναδιαπραγματευθεί τους όρους της σχέσης τους. Ο αρτιμελής σύντροφος, ίσως χρειαστεί να επωμιστεί νέα βάρη και ευθύνες, που πιθανότατα ποτέ δεν είχε διανοηθεί κατά τα πρώτα χρόνια της συντροφικής και συζυγικής συνύπαρξης. Αξίζει να αναφέρουμε, ότι ο ασθενής βιώνει εμπειρίες πρωτόγνωρες που ο σύντροφος δεν είναι σε θέση να κατανοήσει. Ως εκ τούτου, συχνά οι σύντροφοι αποξενώνονται συναισθηματικά ο ένας από τον άλλο, με συνέπεια ο τερματισμός της σχέσης και ο οριστικός χωρισμός, να φαντάζει ως η μόνη λύση. Σε κάθε περίπτωση βέβαια, τα νεαρά σε ηλικία ζευγάρια βιώνουν τις προβληματικές μιας χρόνιας ασθένειας, αρκετά πιο έντονα από τα ζευγάρια μέσης ή και τρίτης ηλικίας. Ο σύντροφος του ασθενούς ατόμου, ενδέχεται να μην έχει ωριμάσει επαρκώς σε συναισθηματικό επίπεδο, έτσι ώστε να είναι σε θέση να αντέξει και να υπομείνει τις πιέσεις που ασκεί η χρόνια ασθένεια. Για το λόγο αυτό, τα ζευγάρια των οποίων οι ζωές άλλαξαν εξαιτίας μιας χρόνιας κατάστασης, αξίζει να παλέψουν προκειμένου να επαναπροσδιορίσουν τους ρόλους και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις (Ireys & Burr, 1984 όπως αναφέρεται από DiMatteo & Martin, 2006).

Γενικά, οι επικρατέστερες αντιλήψεις αναφορικά με τη χρόνια ασθένεια, είναι στενά συνδεδεμένες με αρκετές και σημαντικές παραμέτρους. Οι παράμετροι αυτοί, απευθύνονται στην επιτυχή αντιμετώπιση της ασθένειας, στη λήψη αποφάσεων, στην υποστήριξη του ασθενούς για ανταπόκριση στις ιατρικές συμβουλές και την κατανόηση των συσχετιζόμενων με τη νόσο συμπεριφορών (Martin & Leventhal, 2004

όπως αναφέρεται από Karademas et al., 2008). Παράλληλα, οι αντιδράσεις των συντρόφων των ασθενών είναι δυνατόν να επηρεάσουν την ανταπόκριση των ασθενών στην αρρώστια και τη θεραπεία της (e.g. Franks et al., 2006; Ruiz et al., 2006 όπως αναφέρεται από Karademas et al., 2008). Ως εκ τούτου, είναι επίσης πιθανό, η συμφωνία είτε ασυμφωνία των σχετικών με τη νόσο αντιλήψεων μεταξύ συντρόφων και ασθενών, να έχει αντίκτυπο σε σημαντικές μεταβλητές συσχετιζόμενες με την υγεία. Μάλιστα, η επερχόμενη αυτή ταύτιση ή μη μεταξύ των δύο αντιλήψεων, φαίνεται να αποτελεί προφητικό παράγοντα αναφορικά με την προσαρμογή στην ασθένεια (e.g. Figueiras & Weinman, 2003 όπως αναφέρεται από Karademas et al., 2008).

Η ανομοιότητα που παρουσιάζουν οι αντιλήψεις ασθενών και συντρόφων αναφορικά με την ασθένεια, μόλις προσφάτως έχει τεθεί υπό εξέταση. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, οι διαφορές στην αντίληψη για την ασθένεια έχουν υπολογιστεί διαχωρίζοντας τις βαθμολογίες των συντρόφων από τις αντίστοιχες των ασθενών ή το αντίθετο, κι όχι σε συνάρτηση. Όπως χαρακτηριστικά προαναφέρθηκε, στα πλαίσια της νόσου, ο ασθενής βιώνει εμπειρίες που ο σύντροφος δεν είναι σε θέση να κατανοήσει. Βάση της εν λόγω παραδοχής, οι Heijmans, deRidder, και Bensing (1999), ήταν οι πρώτοι που διευκρίνισαν ότι υπάρχει κάποιος βαθμός ασυμφωνίας στον τρόπο με τον οποίο βιώνεται και γίνεται αντιληπτή η ασθένεια, μεταξύ ασθενών που έχουν σύνδρομο χρόνιας κόπωσης ή πάσχουν από τη νόσο του Addison, από τη μια, και των συντρόφων τους, από την άλλη. Σε γενικές γραμμές, τα ζευγάρια διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τον τρόπο διαχείρισης και ελέγχου μιας χρόνιας ασθένειας, αλλά και ως προς τις επιπτώσεις αυτής. Η ασυμφωνία των αντιλήψεων, όπως προέκυψε από τα δεδομένα των προαναφερθέντων ερευνητών, φάνηκε ότι επηρέασε σε μικρό βαθμό την προσπάθεια των ασθενών να αντιμετωπίσουν επιτυχώς

την ασθένειά τους. Εντούτοις, φάνηκε να έχει ιδιαίτερο αντίκτυπο, ως προς την αποτελεσματικότητα του ασθενούς για προσαρμογή στη χρόνια πλέον κατάσταση (Karademas et al., 2008).

4. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Ήδη από τις αρχές του 20ού αιώνα, οι κύριες αιτίες θνησιμότητας και νοσηρότητας στον Δυτικό κόσμο, δεν αποτελούν πλέον οι μολυσματικές νόσοι, αλλά οι καρδιακές παθήσεις, οι αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου, ο καρκίνος, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και οι διάφοροι τύποι σακχαρώδους διαβήτη (Kochane, Murphy, Anderson & Scott, 2004 όπως αναφέρεται από Vollrath, 2006). Ψυχολογικοί παράγοντες, όπως συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία, καθώς και το άγχος, συσχετίζονται με όλες αυτές τις αιτίες θανάτου. Ως εκ τούτου, η ψυχολογία της υγείας, που είναι επικεντρωμένη στην ερμηνεία αλλά και πρόληψη τέτοιου είδους συμπεριφορών, έχει καταστεί σε έναν εκ των ταχύτερα αναπτυσσόμενων κλάδων της ψυχολογίας, από τη δεκαετία ήδη του 1980 (Vollrath, 2006).

Μεταξύ των ψυχολογικών παραγόντων που επιδρούν στην υγεία, η προσωπικότητα, η οποία απευθύνεται στο σύνολο των ιδιαίτερων ψυχικών και πνευματικών χαρακτηριστικών και των τρόπων συμπεριφοράς ενός ατόμου, διαδραματίζει θα λέγαμε κομβικό ρόλο. Πράγματι, η δυναμική των επιπτώσεων της προσωπικότητας στην υγεία του ανθρώπου, συχνά μπορεί να είναι παρόμοια με εκείνη των γνωστών βιολογικών παραγόντων επικινδυνότητας, όπως για παράδειγμα η χοληστερίνη (Hampson et al., 2006 όπως αναφέρεται από Vollrath, 2006).

Οι περισσότερες από τις κύριες αιτίες θανάτου που προαναφέραμε, είναι χρόνιες παθήσεις που αναπτύσσονται αργά για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ακόμα και να εμπλέκονται με κάποιο ατύχημα, τείνουν να αποτελούν επακόλουθο επανειλημμένης έκθεσης και όχι ενός μόνο τυχαίου γεγονότος. Έτσι, οι συμπεριφορές που προβλέπουν και προωθούν τόσο την καλή, όσο και την κακή υγεία, θα πρέπει να είναι διαρκείς και επαναλαμβανόμενες, ώστε να επιφέρουν μακροχρόνιες επιπτώσεις στην υγεία. Αναφορικά, ο καρκίνος του πνεύμονα δεν προκύπτει απλώς από το

κάπνισμα μερικών τσιγάρων κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, όπως και το υπερβολικό βάρος δεν προκύπτει απλώς από την περιστασιακή κατανάλωση λιπαρών ή γλυκών τροφίμων. Τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά, που μακροπρόθεσμα επιδρούν στα βιώματα και τη συμπεριφορά του ατόμου, χρειάζεται να είναι με τη σειρά τους σταθερά απέναντι σε κάθε περίσταση και επαναλαμβανόμενα ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας πληρούν αυτή την προϋπόθεση, καθώς διαπλάθονται νωρίς και αναπτύσσονται διαρκώς κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (Caspi, Roberts & Shiner, 2005). Στη συνέχεια, θα αναφερθούμε αναλυτικά σε παραμέτρους τις προσωπικότητας που συνδέονται με την υγεία και σε βάθος χρόνου μπορούν να την επηρεάσουν.

4.1. Παράγοντες επικινδυνότητας για (CHD)

Ορισμένοι άνθρωποι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου (CHD) σε σχέση με άλλους. Εκτεταμένες μελέτες αναφορικά με τις αιτίες της στεφανιαίας νόσου, έχουν εντοπίσει ποικίλους παράγοντες κινδύνου. Τρεις από τους βασικούς παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο είναι η υψηλή αρτηριακή πίεση, τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα και το κάπνισμα. Πρόσθετους παράγοντες αποτελούν η διατροφή, η παχυσαρκία, ο διαβήτης, η κοινωνική τάξη και το οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου (Pearson et al., 2003 όπως αναφέρεται από Vollrath, 2006). Επιπλέον, οι άνδρες διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο από τις γυναίκες μέχρι την ηλικία περίπου των 55 ετών, ενώ ο κίνδυνος για την εμφάνιση της νόσου αυξάνεται καθώς το άτομο γερνά (Tunstall-Pedoe, 1997 όπως αναφέρεται από Vollrath, 2006). Ωστόσο, παρά την εν λόγω πρόοδο ως προς τη κατανόηση των παραγόντων κινδύνου και τις διάφορες προληπτικές αγωγές, δεν κατέστη εφικτό να ερμηνευτεί κάθε περίπτωση στεφανιαίας νόσου, υπό το πρίσμα αυτών των

«παραδοσιακών» παραγόντων κινδύνου, ενώ και η προσωπικότητα έχει αναγνωριστεί ως ένας ακόμη παράγοντας επικινδυνότητας (Miller, Smith, Turner, Guijarro & Hallet, 1996 όπως αναφέρεται από Vollrath, 2006). Ωστόσο, επειδή τα δεδομένα αναφορικά με του παραδοσιακούς παράγοντες επικινδυνότητας είναι τόσο ισχυρά, είναι συχνά απαραίτητο να χρησιμοποιούμε στατιστικές τεχνικές προκειμένου να αντιληφθούμε τη διάσταση των εν λόγω παραγόντων. Στη συνέχεια, μπορούμε να εκτιμήσουμε τις επιπτώσεις της προσωπικότητας, που αποτελεί «ανεξάρτητο» παράγοντα επικινδυνότητας έναντι των «παραδοσιακών».

4.2. «Οδοί» σύνδεσης της προσωπικότητας με την υγεία

Επί αιώνες, κέντριζε το ενδιαφέρον των ανθρώπων, το ενδεχόμενο ότι η προσωπικότητα μπορεί να επηρεάσει την υγεία. Αν και παρατηρείται έντονος σκεπτικισμός αναφορικά με την εν λόγω υπόθεση, η τρέχουσα βιβλιογραφία μας παρέχει σημαντικά στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η προσωπικότητα διαδραματίζει αιτιώδη ρόλο στην ανάπτυξη και πορεία ποικίλων ασθενειών (Smith & Gallo, 2001 όπως αναφέρεται από Vollrath, 2006).

Ποικίλα μοντέλα εξηγήσουν τις διαδικασίες, μέσω των οποίων σταθερά χαρακτηριστικά του ατόμου είναι δυνατόν να σχετίζονται με την υγεία. Δύο απ’ αυτά τα μοντέλα, το «στρες ως ρυθμιστής» (stress-moderation) και η «συμπεριφορά υγείας» (health behavior), θεωρούν ότι η προσωπικότητα συμβάλει στην ανάπτυξη ασθενειών, ενώ ερμηνεύουν και ψυχοφυσιολογικές και βιοσυμπεριφορικές συνδέσεις της προσωπικότητας με τυχόν επακόλουθες ασθένειες. Τα μοντέλα που αφορούν «συμπεριφορά ασθένειας» (illness behavior) και «ιδιοσυστατική προδιάθεση» (constitutional predisposition) αρθρώνουν μονοπάτια μέσω των οποίων η προσωπικότητα φαίνεται να συσχετίζεται με την ασθένεια, ελλείψει αιτιώδους σχέσης.

Τα μοντέλα αυτά εγείρουν οπωσδήποτε μεθοδολογικά και εννοιολογικά ζητήματα, που κρίνονται σημαντικά τόσο κατά την διεξαγωγή όσο και κατά την αξιολόγηση της έρευνας (Vollrath, 2006).

4.2.1. Το στρες ως ρυθμιστής

Η πιο κοινή ερμηνεία των δεσμών (links) μεταξύ προσωπικότητας και υγείας περιλαμβάνει το «στρες ως ρυθμιστή». Κατά το εν λόγω μοντέλο, θεωρείται ότι το στρες μπορεί να προκαλέσει ασθένεια, ενώ η δυναμική της προσωπικότητας καθιστά αναλόγως το άτομο περισσότερο ή λιγότερο ευάλωτο απέναντι στις δυσμενείς επιπτώσεις της. Ως αφετηρία, το στρες πιστεύεται ότι βλάπτει την υγεία μέσω της ενεργοποίησης του συμπαθητικού και νευροενδοκρινικού συστήματος, προκαλώντας έναν χείμαρρο αποκρίσεων σε πολλαπλά συστήματα του οργανισμού (Cohen et al., 2000 όπως αναφέρεται από Vollrath, 2006). Ολοένα και περισσότερα στοιχεία, μαρτυρούν ότι η συχνή, έντονη ή παρατεταμένη βίωση στρεσογόνων καταστάσεων που προκαλείται από φυσιολογική διέγερση, μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη ή εξέλιξη της ασθένειας. Επιπλέον, τα προαναφερθέντα συστήματα διασυνδέονται με το ανοσοποιητικό σύστημα και το απορυθμίζουν, καταστέλλοντας κάποιες ανοσολογικές αποκρίσεις, και ενισχύοντας συγχρόνως άλλες (Robles et al., 2005; Segerstrom & Miller, 2004 όπως αναφέρεται από Vollrath, 2006). Επιπλέον, εκτός από τις επιβλαβείς για την υγεία πτυχές του στρες που οφείλονται σε ανοσοκαταστολή, το στρες μπορεί ακόμα να προκαλέσει χρόνια φλεγμονή, η οποία με τη σειρά της μπορεί να συμβάλει σε μια σειρά από ασθένειες, όπως καρδιαγγειακά νοσήματα, διαβήτη, αρθρίτιδα και ορισμένα είδη καρκίνου. Έτσι λοιπόν, το στρες είναι εξαιρετικά πιθανόν να παρουσιάζει κοινή εξελικτική πορεία με την ασθένεια.

4.2.2. Συμπεριφορά υγείας

Αναφορικά με το μοντέλο «συμπεριφορά υγείας», υποθέτουμε ότι η προσωπικότητα επηρεάζει την υγεία, παρεμβαίνοντας άλλοτε στην εμπλοκή του ατόμου σε συμπεριφορές που προαγάγουν την υγεία κι άλλοτε σε επιβλαβείς για την υγεία συμπεριφορές. Για παράδειγμα, η αισιοδοξία συσχετίζεται με καλύτερη διατροφή, άσκηση και βελτιωμένη σεξουαλική ικανότητα (Mulkana & Hailey, 2001; Zak-Place & Stern, 2004 όπως αναφέρεται από Vollrath, 2006), ενώ συγχρόνως, όπως προαναφέρθηκε, η εχθρότητα προβλέπει περισσότερο κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ, αποφυγή άσκησης και κακή διατροφή (Siegler et al., 2003; Smith et al., 2004 όπως αναφέρεται από Vollrath, 2006). Ακόμη, μελέτες σε βάθος χρόνου, δείχνουν ότι η προσωπικότητα μπορεί να προβλέψει συμμετοχή σε ποικίλες σχετικές με την υγεία συμπεριφορές, κατά τη διάρκεια πολλών δεκαετιών (Caspi et al., 1997; Roberts & Bogg, 2004 όπως αναφέρεται από Vollrath, 2006).

Αν και υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι η προσωπικότητα συνδέεται με «συμπεριφορά υγείας», η γνώσεις μας αναφορικά με την εν λόγω σύνδεση, εξακολουθούν να είναι περιορισμένες. Η προσωπικότητα μπορεί να διαμορφώνει τις πεποιθήσεις ενός ατόμου για την υγεία, οι οποίες στη συνέχεια, καθορίζουν την επιλογή συγκεκριμένων συμπεριφορών υγείας.

Οι «οδοί» που αφορούν τη «συμπεριφορά υγείας» μπορούν επίσης να διασυνδεθούν με άλλα μοντέλα που σχετίζονται με προσωπικότητα και υγεία, όπως το μοντέλο του «στρες ως ρυθμιστή». Συμπεριφορές υγείας μπορούν να τροποποιήσουν φυσιολογικές αντιδράσεις που οδηγούν στο στρες. Για παράδειγμα το χρόνιο κάπνισμα αυξάνει τα επίπεδα κορτικοτροπίνης και καρδιαγγειακών αποκρίσεων κατά την έκθεση του ατόμου σε εργαστηριακούς στρεσογόνους παράγοντες (al’Absi et al., 2003 όπως αναφέρεται από Vollrath, 2006), ενώ η άσκηση μειώνει την αρτηριακή πίεση

(West et al., 1998 όπως αναφέρεται από Vollrath, 2006). Μελετώντας λοιπόν τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ του μοντέλου «συμπεριφοράς υγείας» και του μοντέλου του «στρες ως ρυθμιστή», είναι πιθανόν να παρέχεται μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση της συσχέτισης μεταξύ προσωπικότητας και υγείας.

4.2.3. Συμπεριφορά ασθένειας

Το μοντέλο της «συμπεριφοράς ασθένειας», σχετίζεται με το πως η προσωπικότητα είναι αποτέλεσμα υγείας, χωρίς να υπάρχει άμεση σύνδεση με συγκεκριμένη ασθένεια ή πρόβλημα υγείας. Το σημαντικότερο ζήτημα επί της υπόθεσης, είναι κατά πόσο η μέτρηση των δεικτών υγείας (μέτρηση πίεσης του αίματος, αθηροσκλήρωση, ανοσολογική λειτουργία, καρδιακή ανεπάρκεια) αποτελεί σαφή και αξιόπιστο δείκτη μιας υφέρπουσας ασθένειας, ή αν αυτό αντανακλά συμπεριφορά ασθένειας ελλείψει νόσου. Η συμπεριφορά ασθένειας αντιπροσωπεύει τις δράσεις που παρουσιάζουν κάποια άτομα όταν πιστεύουν ότι νοσούν (π.χ. διαπίστωση συμπτωμάτων, επίσκεψη σε γιατρό, λήψη φαρμάκων), και συνδέεται με την πραγματική κατάσταση υγείας.

Οι περισσότεροι έχουμε βιώσει συμπτώματα και περιόδους ασθένειας που έχουν επηρεάσει τη συμπεριφορά μας. Ωστόσο, η σημαντικότερη πτυχή αυτού του είδους συμπεριφοράς είναι η αναγνώριση, η ερμηνεία και γενικότερη στάση απέναντι στην ασθένεια. Η συμπεριφορά ασθένειας, ως διαδικασία που καθορίζεται από το ίδιο το άτομο (self-regulatory process), είναι ζωτικής σημασίας για τη διαχείριση της τρέχουσας ασθένειας (Idler & Benyamini, 1997 όπως αναφέρεται από Vollrath, 2006).

4.2.4. Ιδιοσυστατική προδιάθεση

Το μοντέλο της «ιδιοσυστατικής προδιάθεσης», προϋποθέτει την ύπαρξη στατιστικών συσχετίσεων μεταξύ προσωπικότητας και υγείας, καθώς πρόωρες βιολογικές αντιδράσεις, που σχετίζονται με γενετικές, προγεννητικές ή περιγεννητικές

μεταβλητές, επηρεάζουν τόσο την έκφραση της προσωπικότητας, όσο και την ευπάθεια απέναντι στην ασθένεια. Επιπλέον, το μοντέλο αυτό υποθέτει ότι οι σχέσεις μεταξύ προσωπικότητας και υγείας μπορούν να μην είναι αιτιακές αντανακλάσεις κάποιας τρίτης υποκειμενικής μεταβλητής. Τέλος, είναι δύσκολο να κάνουμε εκτενή αναφορά σχετικά με το εν λόγω μοντέλο, διότι δεν έχει μελετηθεί συστηματικά πάνω στις διάφορες μεταβλητές της προσωπικότητας. Ωστόσο, είναι σημαντικό να αποτελέσει αντικείμενο υπό εξέταση, διότι οι μεταβλητές της προσωπικότητας που σχετίζονται με τη υγεία είναι εν μέρει κληρονομικές.

4.3. Εχθρότητα και καρδιαγγειακά νοσήματα

Τα άτομα που παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα εχθρότητας και θυμού, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για καρδιακές παθήσεις και αθηροσκλήρωση των στεφανιαίων αρτηριών. Το συμπέρασμα αυτό, αντικατοπτρίζει το κυρίαρχο μοτίβο των ευρημάτων πολλών ερευνών, κατά τα τελευταία 50 με 60 χρόνια, που απευθύνονται στη σχέση μεταξύ της προσωπικότητας και των καρδιαγγειακών παθήσεων (Vollrath, 2006).

Η «εχθρότητα» θα μπορούσε να οριστεί ως δυσπιστία, κυνισμός, καθώς και αρνητικές πεποιθήσεις και αποδόσεις που αφορούν άλλους (Smith, 2003 όπως αναφέρεται από Vollrath, 2006). Όπως αναφέρει το Μοντέλο των Πέντε Παραγόντων της προσωπικότητας, αναφορικά με το οποίο θα γίνει εκτενής αναφορά εν συνεχεία, η εχθρότητα σχετίζεται τόσο με υψηλά επίπεδα νευρωτισμού όσο και με χαμηλά επίπεδα συνεργατικότητας. Ακόμη, η εχθρότητα, καθώς και συγγενείς στάσεις όπως για παράδειγμα ο θυμός, έχουν ρητά συνδεθεί με στεφανιαία καρδιαγγειακή νόσο (CHD), σε διάφορα στάδια εξέλιξης της νόσου. Εκτός από ορισμένα ευρήματα, οι αναφορές στη πλειοψηφία τους υποστηρίζουν τη συσχέτιση μεταξύ εχθρότητας και ανάπτυξης και εξέλιξης στεφανιαίας νόσου.

Υπάρχουν αρκετές πιθανοί «οδοί», μέσω των οποίων η εχθρότητα ως επί μέρους χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, θα μπορούσε να συμβάλλει στην εκδήλωση στεφανιαίας νόσου. Ορισμένες από αυτές, περιλαμβάνουν το εξωτερικό περιβάλλον (external environment) μέσα στο οποίο κατοικεί και αλληλεπιδρά το άτομο, ενώ άλλες πάλι αφορούν το εσωτερικό-σωματικό περιβάλλον (bodily-internal environment) του ατόμου. Εστιάζοντας στο εσωτερικό περιβάλλον, η εχθρότητα μπορεί απλώς να θεωρηθεί ως δείκτης για μια «εγγενή διαρθρωτική αδυναμία» (inborn structural weakness) του καρδιαγγειακού συστήματος, και είναι αυτή η αδυναμία που προβλέπει τόσο ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου, όσο και εχθρικής συμπεριφοράς (Whiteman et al., 2000; Suls & Sanders, 1989 όπως αναφέρεται από Vollrath, 2006). Η εχθρότητα θα μπορούσε επίσης να επηρεάσει το εσωτερικό-σωματικό περιβάλλον, σε μια καθημερινή βάση, αποτελώντας κομμάτι ενός σχεδίου έντονης ανταπόκρισης απέναντι σε διάφορους σωματικούς αλλά και διανοητικούς στρεσογόνους παράγοντες (Houston, 1994; Smith & Christensen, 1992; Suls & Sanders, 1989; Whiteman et al., 2000; Williams et al., 1985 όπως αναφέρεται από Vollrath, 2006). Όσον αφορά το εξωτερικό περιβάλλον, η εχθρότητα θα μπορούσε να έχει αρνητικές επιπτώσεις στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και τις σχέσεις, οδηγώντας το άτομο στην απομόνωση και αυξάνοντας το στρες, λόγω έλλειψης κοινωνικής υποστήριξης. Επιπλέον, θα μπορούσε να σχετίζεται και με αύξηση συμπεριφορών που προβλέπουν στεφανιαία νόσο, όπως το κάπνισμα ή η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (Scherwitz et al., 1992; Siegler, 1994; Whiteman et al., 1997 όπως αναφέρεται από Vollrath, 2006). Κατά μια εναλλακτική υπόθεση, η εχθρότητα θα μπορούσε να λειτουργήσει ταυτόχρονα «εσωτερικά» και «εξωτερικά». Σύμφωνα με την υπόθεση αυτή (transactional model), υπάρχουν κύκλοι αλληλεπιδράσεων μεταξύ εξωτερικής συμπεριφοράς και εσωτερικών-σωματικών επιπτώσεων, οι οποίοι αυξάνουν το κίνδυνο αθηροσκλήρωσης

και στεφανιαίας νόσου (Smith & Christensen, 1992 όπως αναφέρεται από Vollrath, 2006). Καταλήγοντας, η εχθρότητα θα μπορούσε να αυξήσει τη πιθανότητα εκδήλωσης επικίνδυνων επεισοδίων θυμού, προκαλώντας φυσιολογικές αλλαγές, που με τη σειρά τους οδηγούν σε ένα καρδιαγγειακό επεισόδιο (Strike & Steptoe, 2005 όπως αναφέρεται από Vollrath, 2006).

4.4. Αισιοδοξία και υγεία

Ως αισιοδοξία (optimism) ορίζεται μια γενικευμένη και σταθερή προσδοκία ότι κάτι καλό πρόκειται να συμβεί (Scheier & Carver, 1985 όπως αναφέρεται από Vollrath, 2006). Το μοντέλο των Scheier και Carver που αφορά «συμπεριφορική αυτο-ρύθμιση» (behavioral self-regulation), προϋποθέτει ότι οι αισιόδοξες προσδοκίες είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση θετικών συναισθημάτων και την ενεργό διατήρηση του στόχου απέναντι στις αντιξοότητες. Σχετική έρευνα δείχνει ότι οι αισιόδοξες προσδοκίες μπορούν να είναι ευεργετικές για την υγεία, ιδίως στο πλαίσιο διαχείρισης της στεφανιαίας νόσου (CHD). Ακόμη, θετικές προσδοκίες μαρτυρούν λιγότερες λοιμώξεις που σχετίζονται με επανανοσηλεία και ταχύτερη επάνοδο στις φυσιολογικές δραστηριότητες της ζωής έπειτα από επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (Kybzansky et al., 2001 όπως αναφέρεται από Vollrath, 2006).

Συχνά εκφράζεται η ανησυχία, ότι η αισιοδοξία μπορεί να λειτουργήσει αρνητικά, μειώνοντας την αίσθηση του κινδύνου για τη υγεία και το κίνητρο για συμμετοχή σε συμπεριφορές που προαγάγουν την υγεία. Εντούτοις, οι Aspinwall και Brunhart (1996) βρήκαν ότι η αισιοδοξία στη πραγματικότητα, προβλέπει περαιτέρω προσοχή και μέριμνα απέναντι σε ενδεχόμενο κίνδυνο, ενώ πολλές μελέτες υποστηρίζουν μια θετική σχέση μεταξύ αισιοδοξίας και θετικών συμπεριφορών υγείας (Mulkana & Hailey, 2001; Yarcheski et al., 2004 όπως αναφέρεται από Vollrath,

2006). Επιπλέον, σε πολλές περιπτώσεις, οι θετικές προσδοκίες φαίνεται να ενθαρρύνουν την καλύτερη «αυτοφροντίδα» με τη πάροδο του χρόνου (de Ridder et al., 2004 όπως αναφέρεται από Vollrath, 2006).

4.5. Μοντέλο των πέντε παραγόντων (FFM)

Εμείς οι άνθρωποι, διαφέρουμε ως προς τον τρόπο με τον οποίο συμπεριφερόμαστε σε μια δεδομένη κατάσταση, το πώς αντιλαμβανόμαστε και προσεγγίζουμε τις απαιτήσεις και προκλήσεις της ζωής, τις συγκρούσεις αλλά και τις ευκαιρίες. Οι διαφορές αυτές μεταξύ των ατόμων, συχνά αποδίδονται στις διακυμάνσεις ορισμένων ειδικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Πολλές φορές, παρατηρούμε και περιγράφουμε τα προσωπικά χαρακτηριστικά, παράγοντας ερμηνείες, βάσει των καθιερωμένων υποθέσεων των υφιστάμενων και σταθερών χαρακτηριστικών.

Ο Gordon Allport (1961) πρότεινε ότι ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας αποτελεί «ένα γενικευμένο και εστιασμένο (focalized) νευροψυχικό σύστημα, με την ικανότητα να καθιστά διαφορετικά ερεθίσματα ισοδύναμα σε λειτουργικό επίπεδο, καθώς και να πυροδοτεί και να καθοδηγεί ισοδύναμες μορφές προσαρμοστικών και εκφραστικών συμπεριφορών» (p. 259). Ως εκ τούτου, ο Allport τόνισε ότι τα γνωρίσματα της προσωπικότητας διαθέτουν κάτι παραπάνω από μια απλώς ονομαστική αξία και πως υπάρχουν μέσα στο άτομο.

Μια βασική προϋπόθεση αναφορικά με τη μελέτη των γνωρισμάτων της προσωπικότητας, είναι ότι τόσο το γνωστικό προφίλ των ανθρώπων όσο και οι παρακινητικές και συναισθηματικές τους τάσεις παραμένουν συνεπείς και σταθερές στο χρόνο. Σε γενικές γραμμές, εμπειρικά στοιχεία μαρτυρούν ότι η υπόθεση αυτή στη πραγματικότητα, δηλώνει σημαντικό βαθμό σταθερότητας και μικρές αλλαγές στο

μέσο όρο με τη πάροδο του χρόνου, όπως αυτά αξιολογούνται με διαφορετικές κλίμακες της προσωπικότητας σε διάφορες ομάδες (Conley, 1984a, 1984b; Costa & McCrae, 1994 όπως αναφέρεται από Gustavsson, et al., 2002)).

Σε πρόσφατες ταξινομήσεις χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της προσωπικότητας, φάνηκε να προτιμάται ως επί το πλείστον ένα μοντέλο πέντε διαστάσεων, γνωστό και ως Μοντέλο των Πέντε Παραγόντων (FFM) ή Μεγάλη Πεντάδα (Big Five) (Digman, 1990; John, 1990 όπως αναφέρεται από Gustavsson, et al., 2002). Η Μεγάλη Πεντάδα, κατά τους McCrae & Costa (1990) αφορά πέντε βασικούς παράγοντες των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, οι οποίοι, αποδεδειγμένα, είναι αρκετά αξιόπιστοι και έγκυροι, ενώ παραμένουν σχετικά σταθεροί καθ' όλη την ενήλικη ζωή. Επιπλέον, σχεδιάστηκε για να συλλάβει εκείνα τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τα οποία οι άνθρωποι θεωρούν πολύ σημαντικά στη ζωή τους. Όπως, χαρακτηριστικά, αναφέρει ο Oliver John (1990) το επίθετο «Μεγάλη» αναφέρεται στο εύρημα ότι σε κάθε παράγοντα υπάγονται πολλά ειδικότερα χαρακτηριστικά. Ο Goldberg (1990) διευκρίνισε τη λογική πίσω από αυτή τη προσέγγιση μέσω της θεμελιώδους λεξιλογικής υπόθεσης (fundamental lexical hypothesis) (Pervin & John, 2001).

Σύμφωνα λοιπόν, με τον Goldberg (1990), «η ποικιλία των ατομικών διαφορών είναι σχεδόν απεριόριστη, κι όμως στην πλειοψηφία τους, δεν παίζουν κανέναν ρόλο στην καθημερινή αλληλεπίδραση των ανθρώπων, ενώ σε μεγάλο βαθμό περνούν απαρατήρητες. Ο Sir Francis Galton υπήρξε ίσως ένας εκ των πρώτων επιστημόνων που αναγνώρισαν ρητώς τη θεμελιώδη λεξιλογική υπόθεση, που υποστηρίζει ότι με το πέρασμα του χρόνου οι σημαντικότερες ατομικές διαφορές στις ανθρώπινες συναλλαγές κωδικοποιούνται ως μεμονωμένοι όροι σε κάποιες ή όλες τις γλώσσες του κόσμου» (Pervin & John, 2001). Από τα λεγόμενα λοιπόν του Goldberg, κατανοούμε

ότι οι άνθρωποι με το πέρασμα του χρόνου έχουν προσδιορίσει ποιες ατομικές διαφορές διαδραματίζουν σημαίνοντα ρόλο στη μεταξύ τους αλληλεπίδραση, ενώ παράλληλα έχουν επινοήσει και όρους για εύκολη αναφορά σε αυτές. Η Μεγάλη Πεντάδα των παραγόντων των χαρακτηριστικών περιλαμβάνει εκείνες τις πλευρές τις αλληλεπίδρασης που είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τους ανθρώπους, ενώ σχολιάζει την εμπιστοσύνη που μπορούμε να έχουμε σε κάποιον και αναφορικά με ποια συγκεκριμένα ζητήματα. Εν ολίγοις, επικεντρώνεται στο είδος και την ποιότητα των σχέσεων εκείνων που αναμένουμε ότι θα δημιουργήσουν οι άνθρωποι μεταξύ τους (Pervin & John, 2001).

Οι John και Srivastava (1999) έχουν ονομάσει αυτούς τους πέντε παράγοντες ως εξής:

I. A: Agreeableness, Altruism, Affection = Τυπικότητα: εμπιστοσύνη, ευθύτητα, αλτρουισμός, συμμόρφωση, μετριοφροσύνη, ιδεαλισμός.

II. C: Conscientiousness, Control, Constraint = Ευσυνειδησία: ικανότητα, τάξη, αίσθηση του καθήκοντος, επιτυχία, προσπάθεια, αυτοπειθαρχία, περίσκεψη.

III. E: Extraversion, Energy, Enthusiasm = Εξωστρέφεια: τρυφερότητα, κοινωνικότητα, σιγουριά, ενεργητικότητα, επιδίωξη συγκινήσεων, θετικά συναισθήματα.

IV. N: Neuroticism, Negative Affectivity, Nervousness = Νευρωτισμός: άγχος, έκρυθμη εχθρότητα, κατάθλιψη, ατολμία, παρορμητικότητα, ευαισθησία.

V. O: Openness, Originality, Open-mindedness = Πνευματική διαθεσιμότητα: φαντασία, αισθητική, συναισθήματα, πράξεις, ιδέες, αξίες.

4.5.1. Το «Big Five» ως προγνωστικός δείκτης της νόσου

Τα υπάρχοντα μοντέλα της προσωπικότητας ως προγνωστικοί δείκτες της νόσου, αναλαμβάνουν σχετικά διαφορετικούς ρόλους, ανάλογα με τις μεταβλητές της προσωπικότητας (Wiebe & Smith, 1997). Πρώτον, συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μπορούν να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στην αιτιολογία και την εξέλιξη της διαταραχής. Δεύτερον, η ίδια η προσωπικότητα μπορεί να οδηγήσει

έμμεσα σε κάποια οργανική νόσο, μέσω της προώθησης ανθυγιεινών συμπεριφορών και εν γένει τρόπου ζωής, όπως για παράδειγμα το κάπνισμα, η κατάχρηση ουσιών, οι κακές διατροφικές συνήθειες, η απώλεια ύπνου κλπ. Τρίτον, είναι δυνατόν να επηρεάσει την ψυχοκοινωνική ανταπόκριση και προσαρμογή στην ασθένεια και τη θεραπεία της. Εν ολίγοις, η προσωπικότητα μπορεί να επιδράσει σημαντικά στον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο ανταποκρίνεται στη ασθένεια, προσαρμόζεται σε μια νέα κατάσταση, αντιμετωπίζει τα συμπτώματα, καθώς και στη τήρηση νέων θεραπευτικών αγωγών.

Παρακάτω, παρουσιάζονται πέντε «δομές» της προσωπικότητας που σχετίζονται, τόσο σε θεωρητικό όσο και εμπειρικό επίπεδο, με επιπτώσεις στην υγεία. Συγκεκριμένα, πρόκειται για τον «Ανταγωνισμό» (Antagonism), την «Παρορμητικότητα» (Impulsivity), την «Ηδονική Ικανότητα» (Hedonic Capacity), την «Αρνητική Συναισθηματικότητα» (Negative Affectivity) και την «Αλεξιθυμία» (Alexithymia). Οι δομές αυτές, αποτελούν «όψεις» (facets), δηλαδή τα ειδικότερα χαρακτηριστικά ή συστατικά που συνθέτουν καθέναν από τους γενικότερους παράγοντες της Μεγάλης Πεντάδας της προσωπικότητας. Αναλυτικά, αντιστοιχούν στους παράγοντες που προβλέπει η Μεγάλη Πεντάδα, οι οποίοι απευθύνονται στη Τυπικότητα (Agreeableness), την Ευσυνειδησία (Conscientiousness), την Εξωστρέφεια (Extraversion), το Νευρωτισμό (Neuroticism) και τη Πνευματική διαθεσιμότητα (Openness) (Costa & McCrae, 1992 όπως αναφέρεται από Gustavsson et al., 2002).

4.5.2. Ο ανταγωνισμός ως «όψη» της τυπικότητας

Η εχθρική συμπεριφορά συνιστά σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τη ανάπτυξη στεφανιαίας καρδιακής νόσου (CHD). Επιπλέον, τα γνωρίσματα εκείνα που προσδίδουν εχθρικό χαρακτήρα στη συμπεριφορά, έχει βρεθεί ότι αποτελούν

προβλεπτικό παράγοντα θνησιμότητας για αρκετές παθήσεις. Σε μετα-ανάλυση της συσχέτισης μεταξύ εχθρότητας και υγείας, διαπιστώθηκε ότι το μέγεθος της επίδρασης της εχθρότητας ως προγνωστικού παράγοντα για στεφανιαία νόσο, κυμαινόταν στα ίδια επίπεδα με τους παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου, όπως για παράδειγμα το κάπνισμα και τα αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης και αρτηριακής πίεσης (Miller et al., 1996 όπως αναφέρεται από Gustavsson et al., 2002). Ο μηχανισμός ωστόσο, μέσω του οποίου η εχθρική συμπεριφορά κάποιου συνδέεται με τη καρδιακή νόσο, παραμένει άγνωστος, ενώ ποικίλες θεωρίες επιχειρούν να ερμηνεύσουν τη σχέση μεταξύ εχθρότητας και υγείας (Smith, 1992 όπως αναφέρεται από Gustavsson et al., 2002). Εν ολίγοις, ψυχοβιολογικές θεωρίες υποδεικνύουν κάποιου είδους σχέση μεταξύ εχθρότητας και αυξημένης δραστηριότητας του συμπαθητικού, κατά την οποία, συχνά επεισόδια θυμού παράγουν φυσιολογικές αντιδράσεις, προάγοντας την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου. Ακόμη, ψυχοκοινωνικές θεωρίες, εστιάζουν στο πως η εχθρική νοοτροπία μπορεί να προκαλέσει διαπροσωπικές συγκρούσεις, αγωνία για τις διαπροσωπικές σχέσεις και να μειώσει τις πιθανότητες για κοινωνική υποστήριξη. Αυτή η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, προσεχώς, φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη στεφανιαίας καρδιακής νόσου (Gustavsson et al., 2002).

Η προοπτική του Μοντέλου των Πέντε Παραγόντων της προσωπικότητας μπορεί να είναι χρήσιμη στη διάκριση μεταξύ των στοιχείων μιας ευρύτερης έννοιας του όρου «εχθρότητα», σύμφωνα με τη σχέση τους με το νευρωτισμό (neuroticism) και την τυπικότητα (agreeableness). Έτσι, η προδιάθεση για θυμό και η καχυποψία αποτελούν συνιστώσες της έννοιας «εχθρότητα», που συνδέονται με το νευρωτισμό. Παράλληλα, η μη συνεργατικότητα, ο ανταγωνισμός, η αγένεια και ο κυνισμός είναι στοιχεία που σχετίζονται περισσότερο με τη τυπικότητα. Η εν λόγω διάκριση φαίνεται να συμφωνεί και με τη διαφοροποίηση μεταξύ των μετρήσεων Βιωματικής

Εχθρότητας (Experiential Hostility)(π.χ. τα στοιχεία της εχθρότητας που σχετίζονται με το νευρωτισμό), έναντι της Εκφραστικής Εχθρότητας (Expressive Hostility) (π.χ. τα στοιχεία της εχθρότητας που σχετίζονται με την τυπικότητα). Ωστόσο, ορισμένες δομές φαίνεται να είναι περισσότερο συνδεδεμένες με τη στεφανιαία νόσο, απ' ότι άλλες (Miller et al., 1996 όπως αναφέρεται από Gustavsson et al., 2002). Σε γενικές γραμμές, οι μετρήσεις της Εκφραστικής Εχθρότητας αποτελούν τους πλέον συνεπείς προγνωστικούς παράγοντες για στεφανιαία νόσο. Έτσι, η εκτίμηση της εκφραστικής εχθρότητας ως δείκτη τυπικότητας, δικαιολογεί σαφώς την προσέγγιση του μοντέλου των πέντε παραγόντων, αναφορικά με τη μελέτη των συσχετισμών μεταξύ προσωπικότητας και υγείας. Ειδικότερα, αναφερόμενοι στην γνώρισμα του ανταγωνισμού, οι μετρήσεις αυτές θα πρέπει να αντικατοπτρίζουν την εχθρική τάση του ατόμου σε επίπεδο διαπροσωπικών σχέσεων (Gustavsson et al., 2002).

4.5.3. Η παρορμητικότητα ως «όψη» της ευσυνειδησίας

Ο Barratt (1985) εντόπισε τρία επιμέρους κλινικά χαρακτηριστικά της παρορμητικότητας: τη κινητική παρορμητικότητα {motor impulsivity} (δράση χωρίς σκέψη), τη γνωστική παρορμητικότητα {cognitive impulsivity} (γρήγορη λήψη αποφάσεων) και την έλλειψη σχεδιασμού λόγω παρορμητικότητας {non-planning impulsivity} (όταν το παρόν, είναι προσανατολισμένο, αντίθετα από το μέλλον). Το γνωστικό περιεχόμενο της έννοιας της «παρορμητικότητας», όπως ορίζεται από τον Schalling και τους συνεργάτες του (1983), επικεντρώνεται στο ότι κάποιος μπορεί να επιλέγει γρήγορα με λίγη σκέψη, ενεργώντας υπό την παρόρμηση της στιγμής, ενώ επιλέγει κατεύθυνση/προσανατολισμό χωρίς σχέδιο/πρόγραμμα. Σχετική έρευνα που χρησιμοποιεί την κλίμακα παρορμητικότητας του Schalling (Schalling et al., 1983), διαπίστωσε ότι διάφορες ομάδες που χαρακτηρίζονται από συμπεριφορές που αίρουν πλήρως τις αναστολές (disinhibitory behaviour), στην οποία συγκαταλέγονται: η

αντικοινωνική συμπεριφορά, η κατάχρηση ουσιών, η αναζήτηση αισθήσεων (seeking sensation), η βία και η αδυναμία ελέγχου των παρορμήσεων, εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα παρορμητικότητας (af Klinteberg et al., 1989; Bergman & Brismar, 1994; Sarasalo et al., 1996; Virkkunen et al., 1994; von Knorring et al., 1987 όπως αναφέρεται από Gustavsson et al., 2002). Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι η παρορμητικότητα προβλέπει περεταίρω ανάληψη επικίνδυνων συμπεριφορών (Gustavsson et al., 1997 όπως αναφέρεται από Gustavsson et al., 2002), ενώ σχετίζεται και με κλινικές αξιολογήσεις των διαταραχών προσωπικότητας (δηλαδή, αντικοινωνική, ναρκισσιστική, ιστριονική και οριακή διαταραχή προσωπικότητας: af Klinteberg et al., 1992; Svanborg et al., 1999 όπως αναφέρεται από Gustavsson et al., 2002).

Ευρήματα προδρομικών ερευνών, παραθέτουν ότι η παρορμητικότητα, η επίμονη αναζήτηση αισθήσεων και οι τάσεις αντικοινωνικής συμπεριφοράς, όσον αφορά εφήβους, αποτελούν παράγοντες επικινδυνότητας μελλοντικών προβλημάτων αλκοολισμού (Sher & Trull, 1994 όπως αναφέρεται από Gustavsson et al., 2002). Επιπλέον, αναλύσεις σχετικές με την επιβίωση (survival analysis), μαρτυρούν ότι άτομα με παρορμητικότητα παρουσιάζουν μειωμένο προσδόκιμο ζωής από δύο έως τέσσερα έτη. Η παρορμητικότητα ως παράγοντας κινδύνου για θνησιμότητα, μπορεί να συγκριθεί με κοινούς βιολογικούς παράγοντες κινδύνου, όπως η υψηλή συστολική αρτηριακή πίεση και τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης, καθώς και οι συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, όπως η κακή διατροφή και η έλλειψη σωματικής άσκησης. Ακόμη, μια παρορμητική προσωπικότητα εμφανίζεται ιδιαιτέρως επιρρεπής σε επικίνδυνες συμπεριφορές (υψηλότερες πιθανότητες τραυματισμού), υπερφαγία (χαμηλής, κυρίως, ποιότητας φαγητού), κάπνισμα, υψηλή κατανάλωση αλκοόλ, καθώς και άλλες διαδεδομένες ανθυγιεινές συμπεριφορές (Friedman et al., 1995 όπως αναφέρεται από Gustavsson et al., 2002).

4.5.4. Η ηδονική ικανότητα ως «όψη» της εξωστρέφειας

Η εξωστρέφεια συχνά υπήρξε μέρος ή ήταν δυνατόν να εξαχθεί από την πλειονότητα των ευρέως καθιερωμένων ερωτηματολογίων της προσωπικότητας. Σύμφωνα με τον Eysenck (1990), ένα εξωστρεφές άτομο είναι συγχρόνως κοινωνικό, δυναμικό, δραστήριο, παράτολμο και ανέμελο. Η κοινωνικότητα, φαίνεται να αποτελεί τον πυρήνα των εκτιμήσεων του Eysenck αναφορικά με την εξωστρέφεια. Από την άλλη, ο Tellegen (1985) πρότεινε ότι η θετική συναισθηματική εμπειρία, είναι εκείνη, που ως ισχυρή κινητήριος δύναμη, αποτελεί τη βάση της εξωστρέφειας. Κατά τους Watson και Clark (1997), οι εξωστρεφείς, σε σύγκριση με τους εσωστρεφείς, αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως άτομα αποτελεσματικά, ευχάριστά και δημιουργικά. Αναγνώρισαν ακόμη, τη θετική συναισθηματικότητα (positive affectivity) ως μια από της βασικές πτυχές της εξωστρέφειας.

Οι Scheier και Bridges (1995) έχουν περιγράψει το πώς, μπροστά στην ασθένεια, η παραίτηση ενός ατόμου από την προσπάθεια και το στόχο του, μπορεί να επιταχύνει την εξέλιξη της νόσου και να ελαττώσει το χρόνο επιβίωσης. Η συναισθηματική αυτή συνισταμένη της παραίτησης, εκδηλώνεται ως έντονη καταθλιπτική διάθεση, απελπισία, απογοήτευση και εξάντληση. Μόνιμα ατομικά χαρακτηριστικά αναφορικά με τη θετική συναισθηματικότητα ή την ηδονική ικανότητα είναι ικανά να ωθήσουν το άτομο στο να συμμετάσχει ή να απεμπλακεί από τον προσανατολισμένο στόχο του, όταν η ασθένεια εισβάλει και παρεμβαίνει στις δραστηριότητες της ζωής. Κατά συνέπεια, η παραίτηση και οι συναισθηματικές της συνιστώσες, αντιστοιχούν σε χαμηλή θετική συναισθηματικότητα, όπως και σε χαμηλή ηδονική ικανότητα (hedonic capacity). Όπως διακρίνουμε, η ηδονική ικανότητα μπορεί εν ολίγοις, να αποτελεί σημαντική πτυχή μιας ευρύτερης εννοιολογικής δομής του όρου «εξωστρέφεια», ενώ επιπλέον, μπορεί να ερμηνεύσει

και τις διαφορές μεταξύ των ατομικών προτύπων αντίδρασης και προσαρμογής για την αντιμετώπιση της ασθένειας (Gustavsson et al., 2002).

4.5.5. Αρνητική συναισθηματικότητα ως «όψη» του νευρωτισμού

Σε αρκετές θεωρίες ο νευρωτισμός (neuroticism), ως γνώρισμα της προσωπικότητας, αντανακλά ένα διαχρονικό ενδιαφέρον όσον αφορά αρνητικά συναισθήματα και συγγενείς συμπεριφορές και γνωστικά χαρακτηριστικά. Αξίζει να αναφερθεί, ότι έχουν καταγραφεί σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ μετρήσεων διαφορετικών ερμηνειών της έννοιας «νευρωτισμός». Εντούτοις, ο Schalling και οι συνεργάτες του (1975) κάνουν λόγο για ξεχωριστές διαστάσεις του νευρωτισμού, που με τη σειρά τους αλληλεπιδρούν με άλλες διαστάσεις της προσωπικότητας, και ότι αυτές οι δύο ξεχωριστές πτυχές αντικατοπτρίζουν τις διάφορες μορφές της ψυχοπαθολογίας. Ο Schalling έχει επίσης χαρακτηρίσει τις δύο αυτές πτυχές, ως: (nervous tension and distress) «νευρική ένταση και αγωνία», έννοια που περικλείει ένταση, αφηρημάδα, κόπωση, συναισθηματική διέγερση, διάχυτη ανησυχία και άγχος, και (cognitive-social neuroticism) «γνωστικό-κοινωνικό νευρωτισμό», έννοια που αντανακλά χαμηλή αυτοπεποίθηση, ανασφάλεια, κοινωνικό άγχος και ανησυχία (Shcalling et al., 1975 όπως αναφέρεται από Gustavsson et al., 2002).

Ο «γνωστικός-κοινωνικός νευρωτισμός» φαίνεται να ανταποκρίνεται στην έννοια του άγχους κατά τον Spielberger (1985), αντανακλώντας τη τάση δηλαδή, προς το γνωστικό άγχος, το οποίο αποτυπώνεται μέσω αρνητικών εκτιμήσεων, σε ένα ευρύτερο διαπροσωπικό πλαίσιο. Αναφορικά με τη διάσταση της «νευρικής έντασης και αγωνίας», αυτή εστιάζει σε αρνητικά συναισθήματα και συμπτώματα άγχους, ενώ είναι παρόμοια με την έννοια της αρνητικής συναισθηματικότητας (Negative Affectivity) των Watson και Clark (1994), η οποία προβλέπει τρωτότητα έναντι ψυχιατρικών διαταραχών άγχους και διάθεσης. Σε σχετική έρευνα, η διάσταση της

«νευρικής έντασης και αγωνίας» προέβλεψε αρνητική χειρουργική έκβαση, έπειτα από θεραπεία ελκώδους κολίτιδας (Weinryb et al.,1997). Σε κάθε όμως περίπτωση, οι συσχετίσεις αυτές δεν ισχύουν για τον «γνωστικό-κοινωνικό νευρωτισμό». Κατά συνέπεια, σε μελλοντική έρευνα της συσχέτισης νευρωτισμού και υγείας, ίσως χρησιμοποιούσαμε τη διάσταση της «νευρικής έντασης και αγωνίας», που στα πλαίσια του μοντέλου μας έχουμε επιλέξει να ονομάσουμε «αρνητική συναισθηματικότητα» (Gustavsson et al., 2002).

4.5.6. Η αλεξιθυμία ως «όψη» της συναισθηματικής διαθεσιμότητας

Η πέμπτη από τις διαστάσεις του μοντέλου των πέντε παραγόντων της προσωπικότητας, η πνευματική διαθεσιμότητα (Openness), αποτελεί και την πιο αμφιλεγόμενη και επομένως, τη πτυχή εκείνη του μοντέλου που προσδιορίζεται διαφορετικά στις ποικίλες μετρήσεις ή απογραφές. Σύμφωνα με τους John και Srivastava (1999), οι διαφορές μεταξύ των ανθρώπων όσον αφορά τη πνευματική διαθεσιμότητα, αντανακλούν το εύρος, το βάθος, τη πρωτοτυπία και τη πολυπλοκότητα των νοητικών και βιωματικών διαστάσεων της ζωής του ατόμου. Το δίπολο της πνευματικής διαθεσιμότητας, αντιστοιχεί σε ψυχική ζωή με πλατιά ενδιαφέροντα και διαλλακτικότητα απέναντι σε εμπειρίες, έναντι ενός συμβατικού, πρακτικού και με περιορισμένα ενδιαφέροντα γνωστικού προφίλ (Costa & McCrae, 1997 όπως αναφέρεται από Gustavsson et al., 2002).

Στα πλαίσια κλινικής εργασίας με σωματικά πάσχοντες ασθενείς, οι ψυχοδυναμικά προσανατολισμένοι θεραπευτές προέβησαν στη κατασκευή του όρου «αλεξιθυμία» (alexithymia). Η ετοιμολογία της λέξης σημαίνει ‘δεν υπάρχουν λόγια για τα συναισθήματα’ (Nemiah et al., 1976; Nemiah & Sifneos, 1970). Η έννοια της αλεξιθυμίας προτάθηκε για να περιγράψει τις δυσκολίες ορισμένων ασθενών, οι οποίοι έπασχαν από τις κλασσικές ψυχοσωματικές νόσους, να χρησιμοποιήσουν τη

κατάλληλη γλώσσα προκειμένου να εκφράσουν και να περιγράψουν συναισθήματα και συγκινήσεις, καθώς και να τα διαφοροποιήσουν από τις σωματικές τους αισθήσεις (Sifneos, 1973). Χαρακτηριστικά, ο Sifneos (1973) ανέφερε πως οι άνθρωποι που περιγράφονται ως αλεξιθυμικοί «έχουν μια πρωτοφανή δυσκολία στην επικοινωνία... ενώ δίνουν τη συνολική εντύπωση ότι είναι βαρετοί». Οι Haviland and Reise (1996) περιέγραψαν τον αλεξιθυμικό ως κάποιον που δυσκολεύεται να βιώσει αλλά και να εκφράσει συναισθήματα, άτομο που υπολείπεται σε φαντασία, κοινωνικά προσαρμοσμένο και ωφελιμιστή (Gustavsson et al., 2002).

Αν και αρχικά θεωρούνταν ότι η αλεξιθυμία ευθύνεται για ορισμένες οργανικού τύπου ασθένειες, η υπόθεση αυτή δεν υποστηρίζεται επαρκώς. Σε αντιδιαστολή, η αλεξιθυμία έχει κατά κόρον συσχετιστεί με τη στάση που τηρεί ο ασθενής απέναντι στην ασθένειά του, αναζητώντας δηλαδή, ή όχι θεραπεία, καθώς και με διάφορες ανθυγιεινές συμπεριφορές, όπως η κατάχρηση ουσιών, διατροφικές διαταραχές και μη τήρηση των θεραπευτικών αγωγών (Lumley et al., 1996).

4.6. Διαταραχές προσωπικότητας και χρόνιες ασθένειες

Η έννοια «μοναδικά χαρακτηριστικά» της προσωπικότητας ενός ατόμου, αναφέρεται στο μόνιμο σχήμα σκέψης, συναισθημάτων, συμπεριφοράς και συσχετισμού με το περιβάλλον, εν μέσω ποικίλων κοινωνικών πλαισίων (Sperry, 2003). Μια διαταραχή προσωπικότητας, προκύπτει όταν το προφίλ της προσωπικότητας ενός ατόμου, καθίσταται ιδιαίτερα άκαμπτο και δυσπροσαρμοστικό. Όσον αφορά την κοινωνική αλληλεπίδραση, η διαταραχή προσωπικότητας σχετίζεται με το απροσάρμοστο μοτίβο των τάσεων, των συμπεριφορών και του τρόπου με τον οποίο ένα άτομο σχετίζεται και αντιλαμβάνεται το περιβάλλον ή και τον εαυτό του. Η

στάση αυτή, οδηγεί σε δυσκολία ανάληψης ευθύνης για τη συμπεριφορά και τις πράξεις του και προβλήματα στη συνεργασία του με άλλους (Sperry, 2003).

Αναφορικά με το χώρο της υγείας, οι χρόνιοι ασθενείς με διαταραχή προσωπικότητας, δυσχεραίνουν το έργο του ιατρικού προσωπικού, προκαλώντας σοβαρές επιπλοκές αναφορικά με τη θεραπεία τους. Η διαπίστωση αυτή, απευθύνεται στην αναξιοπιστία ως προς την οργάνωση συναντήσεων, στη συμμόρφωση προς συμβουλές για τη θεραπεία τους, και γενικότερα προβλήματα συμπεριφοράς προς το υγειονομικό προσωπικό. Στα άτομα με χρόνιες ασθένειες, παρουσιάζονται συνήθως οι έξι ακόλουθοι τύποι διαταραχής προσωπικότητας: Compulsive Personality, Histrionic, Dependent, Avoidant, Narcissistic και Borderline (Sperry, 1999b; Stone, 1993). Θα ακολουθήσει μια σύντομη περιγραφή της αλληλεπίδρασης μεταξύ των διαφόρων τύπων διαταραχής προσωπικότητας με την ύπαρξη χρόνιων ασθενειών.

4.6.1. Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας

Τα άτομα υπό την εν λόγω διαταραχή (Compulsive), εμφανίζονται ως τελειομανή, ενώ συγχρόνως, εμφανίζουν εξαρτησιακή συμπεριφορά, αλλά και ισχυρογνωμοσύνη και κτητικότητα. Ακόμη, είναι λεπτολόγοι, εμμένουν δηλαδή στη λεπτομέρεια, και πολλές φορές χάνουν μεγαλύτερους στόχους. ενώ η πνευματική τους ακαμψία περιορίζει την φαντασία τους (Sperry, 2003a). Σε υγειονομικό πλαίσιο, διαφαίνεται ότι οι ασθενείς επιδεικνύουν σεβασμό απέναντι στην ισχύ του ιατρικού προσωπικού, αλλά όταν δεν υπάρχει θεραπεία διαθέσιμη για το πρόβλημα υγείας τους, η αβεβαιότητα τους προκαλεί άγχος, με συνέπεια να έρχονται σε σύγκρουση με τους ιατρούς (Harper, 2003).

4.6.2. Δραματική διαταραχή προσωπικότητας

Ο τύπος αυτός συμπεριφοράς (Histrionic), μπορεί να χαρακτηριστεί ως γοητευτικός, δραματικός, ενώ παράλληλα είναι απαιτητικός, εγωκεντρικός και με

διαρκή διεκδίκηση της προσοχής των άλλων. Οι εν λόγω ασθενείς αναζητούν διαρκώς επιβεβαίωση ότι είναι αγαπητοί, ενώ συγχρόνως, εμφανίζονται ιδιαίτερα ευαίσθητοι στην απόρριψη (Sperry, 2003a). Η φύση του εν λόγω τύπου διαταραχής, ενισχύει την τάση των ασθενών να χρησιμοποιούν τις κοινωνικές καταστάσεις και συγκυρίες, προκειμένου να εξασφαλίσουν λήψη προσοχής. Επίσης, έχουν την τάση να επιδεικνύουν σε οικογένεια, φίλους, ακόμη και σε ξένους, τα συμπτώματα που σχετίζονται με την χρόνια ασθένειά τους, έτσι ώστε να ανακτούν εκ νέου την προσοχή τους (Harper, 2003).

4.6.3. Εξαρτημένη διαταραχή προσωπικότητας

Το συμπεριφορικό και διαπροσωπικό προφίλ, των εν λόγω ατόμων (Dependent), χαρακτηρίζεται από παθητικότητα, και μειωμένη αυτοπεποίθηση. Χαρακτηρίζονται, ακόμη, από έλλειψη κριτικής ικανότητας και προοπτικής, ενώ εύκολα μετατρέπονται σε αντικείμενα εκμετάλλευσης (Sperry, 2003a). Οι χρόνιοι ασθενείς με εξαρτημένη προσωπικότητα, εμφανίζονται αξιόπιστοι και πρόθυμοι απέναντι στους θεράποντες, μέχρι την έναρξη του βασικού σκέλους της θεραπείας. Έκτοτε όμως, τείνουν να αναπτύσσουν μια πιο στενή διαπροσωπική επαφή μαζί τους, καθιστώντας τους έτσι υπεύθυνους, να λάβουν σημαντικές αποφάσεις αντί αυτών (Harper, 2003).

4.6.4. Αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας

Άτομα με αυτού του είδους διαταραχή προσωπικότητας (Avoidant), είναι φαινομενικά ντροπαλά, μοναχικά και υπερευαίσθητα, με χαμηλή αυτοπεποίθηση. Αν και επιθυμούν απεγνωσμένα τη διαπροσωπική επαφή, ωστόσο την αποφεύγουν, λόγω του υψηλού τους φόβου για ενδεχόμενη κοινωνική απόρριψη ή αποδοκιμασία (Sperry, 2003a). Κατά τη θεραπευτική διαδικασία, δύσκολα πρόκειται να αναζητήσουν την κοινωνική υποστήριξη που χρειάζονται, με δυσκολία παράσχουν τις απαιτούμενες

ιατρικές πληροφορίες που χρειάζεται να επεξεργαστεί ο θεράποντας, ενώ αντιμετωπίζουν κι ίδιοι δυσκολία στο να παρακολουθήσουν και να καταγράψουν τα συμπτώματά τους (Harper, 2003).

4.6.5. Ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας

Οι ασθενείς με ναρκισσιστική προσωπικότητα (Narcissistic), σε επίπεδο συμπεριφοράς, εμφανίζονται μεγαλορρήμονες και ματαιόδοξοι, ενώ δρουν με τρόπο πομπώδη και επιδεικτικό. Είναι επιπλέον, ανυπόμονοι, αλαζόνες, περιφρονητικοί, επηρμένοι, ενώ το κοινωνικό τους προφίλ, προβάλλεται ως τολμηρό κι ευχάριστο. (Sperry, 2003a). Η ανάγκη των ασθενών αυτών να είναι ανώτεροι, σε συνδυασμό με την υπερβολική τους αυτοπεποίθηση, τους οδηγεί να αμφισβητούν την ισχύ και το κύρος των ιατρικών συμβουλών και παρεμβάσεων. Έτσι, συχνά έρχονται σε ρήξη με το ιατρικό προσωπικό, υπονομεύοντας τη θεραπευτική διαδικασία (Harper, 2003).

4.6.6. Μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας

Οι ασθενείς αυτοί (Borderline), χαρακτηρίζονται από αυτοκαταστροφικές πράξεις, ενώ συνηθίζουν να διαπληκτίζονται και να φιλονικούν. Συνήθως, τα επιτεύγματά τους δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες τους. Ακόμη, παρουσιάζουν ιδιαίτερη ευαισθησία στην προοπτική της απόρριψης, ενώ βιώνουν εύκολα κατάθλιψη, λόγω του φόβου εγκατάλειψης (Millon, 1981). Τέλος, η θεραπευτική διαδικασία συχνά καθίσταται πολύπλοκη, καθώς αυτά τα άτομα χαρακτηρίζονται από αστάθεια κι ανισορροπία, ακόμη κι όταν αντιμετωπίζουν μια ήπια σχετικά ασθένεια (Harper, 2003).

5. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Όπως εξετάσαμε και παραπάνω, διαπιστώνουμε ότι προβλήματα χρόνιων ασθενειών μπορούν να έχουν επίδραση στη ψυχική μας υγεία και αντιστρόφως. Σε κάθε περίπτωση, η ύπαρξη μιας χρόνιας ασθένειας είναι σε θέση να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο βλέπουμε τη ζωή, την αντίληψη για την ίδια την ασθένειά μας, καθώς και τη ψυχική υγεία του ή της συντρόφου μας, αλλά και τη μεταξύ μας επαφή. Η προσωπικότητα, ως ένας εκ των ψυχολογικών παραγόντων που επιδρούν στην υγεία, διαδραματίζει θα μπορούσαμε να πούμε κομβικό ρόλο αναφορικά με την ανάπτυξη ή μη χρόνιων νοσημάτων και ιδίως καρδιαγγειακών. Όπως έχει προαναφερθεί, η δυναμική των επιπτώσεων της προσωπικότητας στην υγεία του ανθρώπου, συχνά μπορεί να είναι παρόμοια με εκείνη των γνωστών βιολογικών παραγόντων επικινδυνότητας. Ως εκ τούτου, γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι να μελετήσει τη σχέση μεταξύ της προσωπικότητας ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο, καθώς και των συντρόφων τους, με την ψυχική τους υγεία. Συγκεκριμένα, για την αξιολόγηση της προσωπικότητας μελετήσαμε τις εξής μεταβλητές, τόσο σε επίπεδο ασθενών όσο και σε επίπεδο συντρόφων: α) νευρωτισμός, β) τυπικότητα, ενώ για τη ψυχική υγεία μελετήσαμε τις ακόλουθες μεταβλητές: γ) άγχος, δ) κατάθλιψη, σε σχέση με τη συνύπαρξη καρδιαγγειακής νόσου. Οι ερευνητικές υποθέσεις που κάναμε, ήταν οι εξής: 1^{η} υπόθεση: το άγχος του ασθενούς που πάσχει από κάποιο καρδιαγγειακό πρόβλημα συσχετίζεται με θετικό τρόπο με την εμφάνιση περεταίρω κατάθλιψης του ασθενούς και η 2^{η} υπόθεση: ο νευρωτισμός τόσο των ασθενών όσο και των συντρόφων τους σχετίζεται θετικά με την ανάπτυξη άγχους που χαρακτηρίζει τους ασθενείς και τους συντρόφους τους. Στα πλαίσια της 3^{ης} υπόθεσης, υποθέσαμε ότι η κατάθλιψη ασθενών με καρδιαγγειακά

προβλήματα, παρουσιάζει θετική συσχέτιση ως προς την κατάθλιψη που εμφανίζουν οι σύντροφοί τους κατά την περίοδο νόσησης του ασθενούς.

5.1. Μεθοδολογία

5.1.1. Δείγμα έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μεταξύ καρδιολογικών ασθενών, που επισκέπτονταν τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ή που συγκεντρώνονταν σε χώρους όπως τα ΚΑΠΗ. Αναφορικά, ζητήθηκε από 88 ζευγάρια να λάβουν μέρος στην έρευνα, εκ των οποίων τα 8 αρνήθηκαν εξαρχής, ενώ ακόμη 5 ζευγάρια αποχώρησαν κατά τη δεύτερη φάση της έρευνας. Κατά συνέπεια, το τελικό δείγμα της έρευνάς μας ανήλθε σε 75 συνολικά ζευγάρια, με μέγιστη μάλιστα ηλικία τα 76 έτη. Από το σύνολο των 75 καρδιοπαθών που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 69 (92%) από αυτούς ήταν άνδρες και οι 6 (8%) γυναίκες. Κάποια από τα προβλήματα που αντιμετώπιζαν οι συμμετέχοντες ήταν τα εξής: έμφραγμα, στεφανιαία νόσος, υπέρταση, αορτική στένωση, κολπική μαρμαρυγή, αρτηριακή πίεση, ταχυκαρδίες, αρρυθμίες, καρδιακή ανεπάρκεια, ενώ ορισμένοι ασθενείς υποβλήθηκαν και σε χειρουργικές επεμβάσεις όπως: μπαλονάκι, βηματοδότης, by-pass κτλ.

Αναφορικά με την εκπαίδευση των ασθενών, 3 υποκείμενα (4%) τελείωσαν κάποιες τάξεις του δημοτικού, 4 υποκείμενα (5,3%) το δημοτικό, 12 (16%) το γυμνάσιο, 27 (36%) το λύκειο, 8 άτομα (10,7) ανάλογες σχολές, 5 (6,7) ΤΕΙ, 13 (17,3) ΑΕΙ, ενώ 3 άτομα (4%) είχαν κάνει και μεταπτυχιακές σπουδές. Τέλος, ο μέσος όρος διάρκειας των χρόνιων ασθενειών του εν λόγω πληθυσμού ανερχόταν σε 10.64 έτη (Τ.Α.=7.98), με μικρότερη τιμή το 1 έτος και μέγιστη τα 39 έτη.

5.1.2. Ψυχομετρικά εργαλεία

Για την αξιολόγηση της προσωπικότητας, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο TPQue5 (Tsaousis & Kerpelis, 2004), το οποίο αξιολογεί την προσωπικότητα σύμφωνα με το μοντέλο των πέντε παραγόντων, ή εναλλακτικά ‘’Big Five’’ της προσωπικότητας, ενώ είναι βασισμένο σε ελληνικά δεδομένα. Συγκεκριμένα, καθένας απ’ τούς πέντε παράγοντες περιλαμβάνει 15 στοιχεία: α) νευρωτισμός (π.χ., Είμαι άτομο που αγχώνεται πολύ εύκολα. Cronbach’s a = 0,83), β) εξωστρέφεια (π.χ., Είμαι πολύ δραστήριο και ζωντανό άτομο. Cronbach’s a = 0,77), γ) προσήνεια (π.χ., Όταν κάποιος έχει ανάγκη, πάντοτε τον βοηθώ. Cronbach’s a = 0,82), δ) συνέπεια (π.χ., Συνήθως τελειώνω οτιδήποτε αρχίζω. Cronbach’s a = 0,78) και ε) δεκτικότητα σε εμπειρίες (π.χ., Ενδιαφέρομαι για όλες τις μορφές τέχνης. Cronbach’s a = 0,53). Συμπληρωματικά, υψηλότερη τιμή σε κάθε κλίμακα δείχνει υψηλότερα επίπεδα του αντίστοιχου χαρακτηριστικού της προσωπικότητας (Tsaousis & Kerpelis, 2004).

Σχετικά με τις υπό μελέτη μεταβλητές που αναφέρονται στη ψυχική υγεία, χρησιμοποιήθηκε ένα δεύτερο ψυχομετρικό εργαλείο. Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, αξιολογήθηκαν βάση της κλίμακας Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983; Mystakidou et al., 2004, για την Ελληνική έκδοση). Η μέτρησή τους πραγματοποιήθηκε μέσω επτά στοιχείων, για κάθε μια από τις δύο μεταβλητές της ψυχικής υγείας (π.χ. συνεχίζω να απολαμβάνω πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω ή π.χ. έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για την εμφάνισή μου). Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δίνονταν υπό τη μορφή της Likert scale. Αναφορικά, πρόκειται για έναν τύπο ψυχομετρικής κλίμακας τεσσάρων στοιχείων σε διατεταγμένη κλίμακα, στα πλαίσια της οποίας οι συμμετέχοντες καλούνται να διευκρινίσουν το επίπεδο συμφωνίας ή διαφωνίας τους σε μια ορισμένη πρόταση. Η

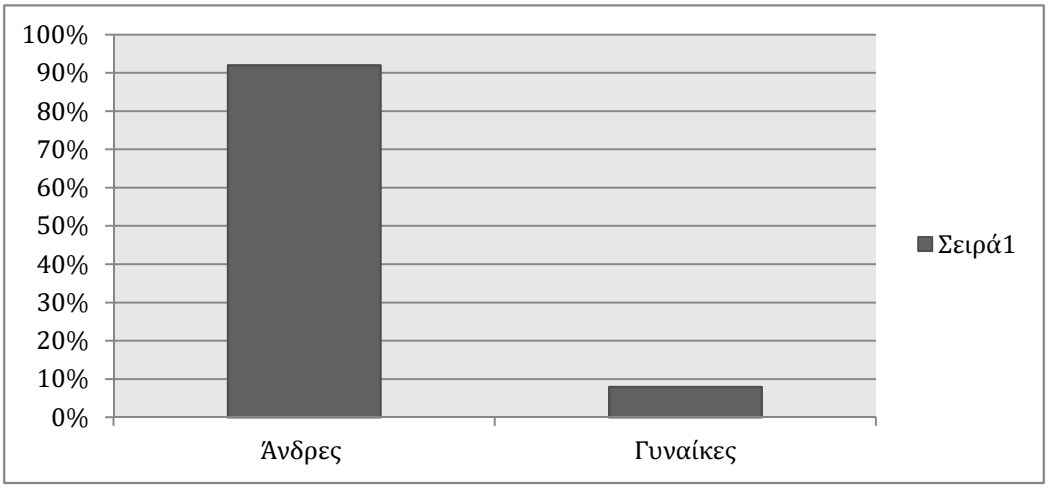
Likert scale είχε διακύμανση από το 1 (διαφωνώ απόλυτα) μέχρι το 4 (συμφωνώ απόλυτα).

5.1.3. Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίων, που κλήθηκαν να συμπληρώσουν οι ίδιοι οι ασθενείς και οι σύντροφοί τους (75 ζευγάρια). Η διαδικασία διεξήχθη σε δύο φάσεις, σε απόσταση ενός περίπου μηνός η μια από την άλλη. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν αρχικά ένα ερωτηματολόγιο, διαδικασία που επαναλήφθηκε μετά από έναν μήνα με τη συμπλήρωση ενός ακόμη ερωτηματολογίου, προκειμένου να διασφαλιστεί η αξιοπιστία και εγκυρότητα των υπό χρήση κλιμάκων. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί, ότι πριν τη χορήγηση του κάθε ερωτηματολογίου, διευκρινιζόταν ο σκοπός της έρευνας και αφού τα υποκείμενα συναινούσαν, προχωρούσαν στη συμπλήρωσή του.

6. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το SPSS Statistics. Το δείγμα της έρευνας ανήλθε σε 75 συνολικά ζευγάρια. Από το γράφημα 1. φαίνεται ότι υπάρχουν στο δείγμα 92% άντρες και 8% γυναίκες. Να υπενθυμιστεί, ότι η έρευνά μας απευθυνόταν σε ασθενείς με κάποια χρόνια καρδιαγγειακή πάθηση.

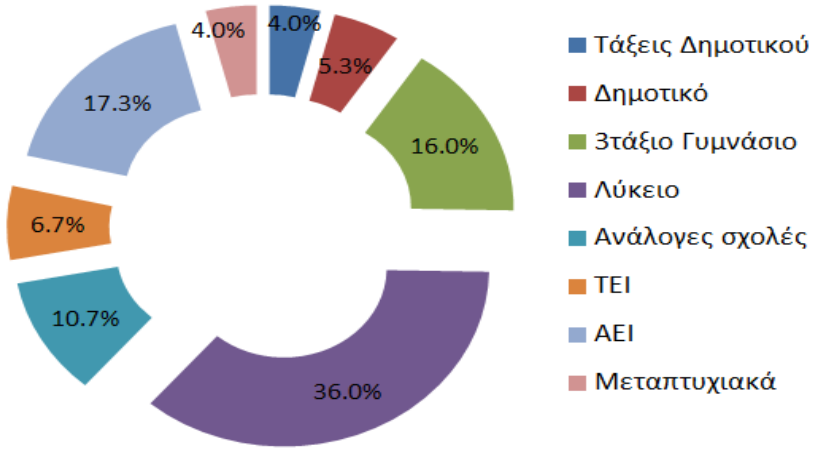


Γράφημα 1. *Φύλο*

Ο πίνακας 1. και το γράφημα 2. δείχνουν ότι το 36% του δείγματος έχει τελειώσει λύκειο, το 17.3% κάποιο ΑΕΙ, και το 16% τριτάξιο γυμνάσιο.

Πίνακας 1. *Εκπαίδευση*

	N	%
Τάξεις Δημοτικού	3	4,0
Δημοτικό	4	5,3
Τριτάξιο Γυμνάσιο	12	16,0
Λύκειο	27	36,0
Ανάλογες σχολές	8	10,7
ΤΕΙ	5	6,7
ΑΕΙ	13	17,3
Μεταπτυχιακά	3	4,0
Σύνολο	75	100



Γράφημα 2. *Εκπαίδευση*

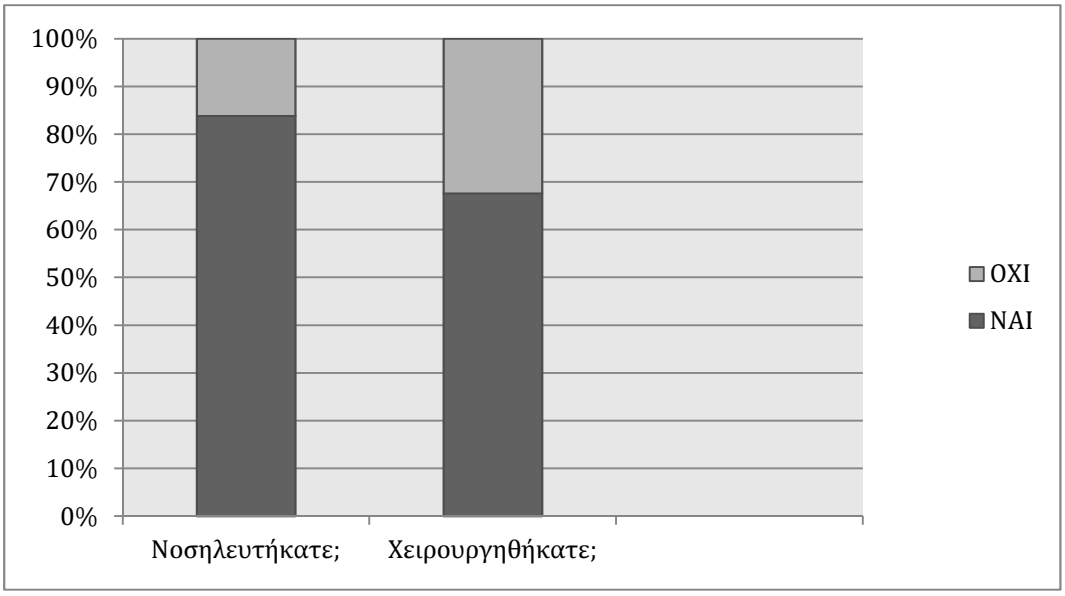
Ο πίνακας 2α. δείχνει ότι ο μέσος όρος της Ηλικίας των συμμετεχόντων είναι 60.03 (Τ.Α.=9.44) με μικρότερη τιμή τα 30 έτη και μέγιστη τα 76 έτη, ενώ ο μέσος όρος διάρκειας της ασθένειας είναι 10.64 έτη (Τ.Α.=7.98) με μικρότερη τιμή το 1 έτος και μέγιστη τα 39 έτη. Επιπλέον, όπως φαίνεται από τον πίνακα 2β., από το δείγμα αυτό 62 άτομα (83.8%) είχαν νοσηλευτεί, ενώ 12 (16.2%) δε νοσηλεύτηκαν. Τέλος, 50 άτομα (67.6%) είχαν χειρουργηθεί, ενώ 24 άτομα (32.4%) δεν είχαν υποβληθεί σε χειρουργείο.

Πίνακας 2α. *Ηλικία και διάρκεια ασθένειας*

	Ηλικία	Διάρκεια ασθένειας
N	75	75
Μέσος όρος	60.03	10.64
Τυπική απόκλιση	9.44	7.98
Μικρότερη τιμή	30.00	1.00
Μέγιστη τιμή	76.00	39.00

Πίνακας 2β. *Νοσηλεία και χειρουργείο*

		N	N%
Νοσηλεία	ΝΑΙ	62	83.8%
	ΟΧΙ	12	16.2%
Χειρουργείο	ΝΑΙ	50	67.6%
	ΟΧΙ	24	32.4%



Γράφημα 3. *Νοσηλεία και χειρουργείο*

Στη συνέχεια, προκειμένου να διαπιστώσουμε την εγκυρότητα της δομής του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήσαμε, ελέγξαμε κάθε μια από τις ερευνητικές κλίμακες για την αξιοπιστία της (reliability). Για την εκτίμηση της αξιοπιστίας τους υπολογίσαμε το στατιστικό δείκτη Cronbach Alpha. Επιπλέον, ο στατιστικός δείκτης Cronbach Alpha, έδειξε ότι όλες οι μεταβλητές είναι συνεπείς ως προς αυτό που μετράνε. Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία (Nunnally, 1978), μια τιμή του μέτρου Cronbach Alpha που βρίσκεται πάνω από το 0,7 αποτελεί κριτήριο αξιόπιστης κλίμακας. Αναφορικά, ο πίνακας 3. δείχνει τα στατιστικά της αξιοπιστίας για τη κάθε κλίμακα που συμμετείχε στην έρευνα αυτή. Από αυτά φαίνεται ότι η κλίμακα για το άγχος των ασθενών έχει πολύ καλή αξιοπιστία, δηλαδή, .885, η κλίμακα για τη κατάθλιψη των ασθενών επίσης έχει πολύ καλή αξιοπιστία, δηλαδή, .795, η κλίμακα για το άγχος των συζύγων επίσης κατάφερε να επιτύχει μία αρκετά καλή αξιοπιστία, δηλαδή, .852, και τέλος, η κλίμακα κατάθλιψη συζύγων κατάφερε εξίσου να επιτύχει μία καλή αξιοπιστία, δηλαδή, .739. Όλες αυτές οι κλίμακες φαίνεται ότι πέρασαν το τεστ της αξιοπιστίας, με πολύ καλά μάλιστα αποτελέσματα,

συνεπώς αυτό δείχνει ότι οι ερωτήσεις που αποτελούν αυτές τις κλίμακες έχουν υψηλή εσωτερική συνοχή (Ο βαθμός συνοχής του κάθε ερωτήματος με την κλίμακα και με τα υπόλοιπα ερωτήματα) και άρα μπορούν να συμμετέχουν στην ανάλυση των αποτελεσμάτων ως ένα ενιαίο σύνολο.

Πίνακας 3. *Αξιοπιστία κλιμάκων*

	Cronbach's Alpha	N ερωτήσεων
Άγχος ασθενών	0.885	7.00
Κατάθλιψη ασθενών	0.795	7.00
Άγχος συζύγων	0.852	7.00
Κατάθλιψη Συζύγων	0.739	7.00

Παρακάτω, ο πίνακας 4. μας δείχνει τις συσχετίσεις μεταξύ των υπό μελέτη μεταβλητών. Συγκεκριμένα, από τον εν λόγω πίνακα, φαίνεται ότι το άγχος του ασθενούς που μετρήθηκε τη δεύτερη φορά (άγχος ασθενούς 2) παρουσιάζει στατιστικώς σημαντική θετική και ισχυρή συσχέτιση με την κατάθλιψη του ασθενούς που μετρήθηκε κατά τη δεύτερη μέτρηση (κατάθλιψη ασθενούς 2) ($r=.673$, $p<.01$), με το άγχος συζύγου της 2^{ης} μέτρησης (άγχος συζύγου 2) ($r=.498$, $p<.01$), με τη κατάθλιψη συζύγου της 2^{ης} μέτρησης ($r=.488$, $p<.01$) (κατάθλιψη συζύγου 2), και με τον νευρωτισμό ($r=.508$, $p<.01$). Παρομοίως, η κατάθλιψη του ασθενούς της 2^{ης} μέτρησης συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά και θετικά, σε μέτριο βαθμό, με το άγχος συζύγου της 2^{ης} μέτρησης ($r=.396$, $p<.01$), συσχετίζεται ισχυρά με τη κατάθλιψη συζύγου της 2^{ης} μέτρησης ($r=.586$, $p<.01$), με τον νευρωτισμό ($r=.402$, $p<.01$), με τον νευρωτισμό συζύγων σε μέτριο βαθμό ($r=.327$, $p<.01$) και αρνητικά μέτρια με την τυπικότητα ($r=-.252$, $p<.05$), όπως και με την τυπικότητα των συζύγων ($r=-.262$, $p<.05$).

Επιπρόσθετα, το άγχος συζύγου της 2ης μέτρησης συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά και θετικά με κατάθλιψη συζύγου της 2ης μέτρησης (ισχυρά, r=.548, p<.01), με το νευρωτισμό (μέτρια, r=.333, p<.01), και με το νευρωτισμό των συζύγων (καλά, r=.489, p<.01). Επίσης, η κατάθλιψη συζύγου της 2ης μέτρησης συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά και θετικά με το νευρωτισμό (μέτρια, r=.375, p<.01), και με το νευρωτισμό των συζύγων (μέτρια, r=.392, p<.01). Τέλος, να σημειωθεί ότι η τυπικότητα συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά και θετικά, σε μικρό ωστόσο βαθμό, με την τυπικότητα των συζύγων (r=.275, p<.05). Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι υπάρχει γραμμική συσχέτιση μεταξύ των περισσότερων μεταβλητών της έρευνας, κάτι που ήταν και αναμενόμενο.

Πίνακας 4. *Συσχετίσεις μεταβλητών*

	Άγχος ασθενούς 2	Κατάθλιψη ασθενούς 2	Άγχος συζύγου 2	Κατάθλιψη συζύγου 2	Νευρωτισμός ασθενούς	Τυπικότητα ασθενούς	Νευρωτισμός συζύγων
Κατάθλιψη ασθενούς 2	.673**						
Άγχος συζύγου 2	.498**	.396**					
Κατάθλιψη συζύγου 2	.488**	.586**	.548**				
Νευρωτισμός ασθενούς	.508**	.402**	.333**	.375**			
Τυπικότητα ασθενούς	-.205	-.252*	-.059	-.158	-.146		
Νευρωτισμός συζύγων	.161	.327**	.489**	.392**	.112	-.026	
Τυπικότητα συζύγων	-.122	-.262*	.024	-.122	-.019	.275*	-.182

*p<.05, **p<.01, ***p<.001, p>.05

* Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (2-tailed)

** Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 (2-tailed)

Τα στοιχεία που προέκυψαν από τις απαντήσεις των υποκειμένων του δείγματος μέσω των ερωτηματολογίων υποβλήθηκαν στην ανάλυση του Παραμετρικού ελέγχου Paired T-Test για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις, με σκοπό να

ελεγχθούν οι διαφορές των μέσων τιμών ανά ζεύγη, των υπό παρατήρηση χαρακτηριστικών, για στατιστική σημαντικότητα.

Από τον πίνακα 5α. φαίνεται ότι ο νευρωτισμός του ασθενούς έχει μικρότερο μέσο όρο από τον νευρωτισμό των συζύγων, ενώ και η τυπικότητα έχει μικρότερο μέσο όρο από τη τυπικότητα των συζύγων, όπως επίσης, το άγχος του ασθενούς κατά τη δεύτερη μέτρηση (άγχος ασθενούς 2) εμφανίζει μικρότερο μέσο όρο από το άγχος του συζύγου κατά τη δεύτερη μέτρηση (άγχος συζύγου 2). Τέλος, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι η κατάθλιψη ασθενούς 2 έχει μεγαλύτερο μέσο όρο από τη κατάθλιψη συζύγου 2.

Πίνακας 5α. *Επίδραση ασθενούς- συντρόφου ως προς τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας*

	Μ.Ο	***Ν***	***Τ.Α***	***Τ.Σ***
Νευρωτισμός ασθενούς	2.918	75	.610	.0705
Νευρωτισμός συζύγου	3.125	75	.626	.0723
Τυπικότητα ασθένούς	3.732	75	.490	.0570
Τυπικότητα συζύγου	3.975	75	.510	.0589
Άγχος ασθενούς 2	1.116	75	.670	.0773
Άγχος συζύγου 2	1.335	75	.607	.0701
Κατάθλιψη ασθενούς 2	.686	75	.566	.0654
Κατάθλιψη συζύγου 2	.661	75	.468	.0540

Αναφορικά με τον πίνακα 5β., προέκυψε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ όλων των προς εξέταση ζευγών μεταβλητών (p<.05) εκτός από το 1^{ο} ζεύγος μεταβλητών (p>.05) (Νευρωτισμός ασθενούς – Νευρωτισμός συζύγου).

Πίνακας 5β. *Συσχέτιση μεταβλητών ανά δειγματικό ζεύγος*

	N	*Βαθμός συσχέτισης*	*p (2-tailed)*
Νευρωτισμούς ασθενούς & νευρωτισμός συζύγου	75	0.112	0.340
Τυπικότητα ασθενούς & τυπικότητα συζύγου	75	0.275	0.017
Άγχος ασθενούς 2 & άγχος συζύγου 2	75	0.498	0.000
Κατάθλιψη ασθενούς 2 & κατάθλιψη συζύγου 2	75	0.586	0.000

Ο πίνακας 5γ. εμφανίζει τα αποτελέσματα του T-Test. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των μέσων όρων για όλα τα υπό εξέταση ζευγάρια μεταβλητών (p<.05), εκτός από το τελευταίο ζεύγος που αφορούσε το ζεύγος κατάθλιψη ασθενούς 2 με κατάθλιψη συζύγου 2 (p>.05).

Αναλυτικότερα, διαπιστώνουμε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στο νευρωτισμό του ασθενούς και τον νευρωτισμό του συζύγου (t=2.177, p<.05). Επίσης, στατιστικώς σημαντική εμφανίζεται να είναι και η διαφορά ανάμεσα στην τυπικότητα των ασθενών με την τυπικότητα των συζύγων (t=3.503, p<.01). Παρομοίως, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ άγχους ασθενούς 2 και άγχους συζύγου 2 (t=2.955, p<.01). Αντίθετα, αναφορικά με το τελευταίο ζεύγος που απευθύνεται στη κατάθλιψη, όπως άλλωστε προαναφέρθηκε, δεν βρέθηκε

στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ κατάθλιψης ασθενούς 2 και κατάθλιψης συζύγου 2 (t=0.448, p=n.s.).

Πίνακας 5γ. *T-test*

	Μ.Ο	***Τ.Α***	***t***	***p***
Νευρωτισμός ασθενούς - Νευρωτισμός συζύγου	-0.207	0.824	-2.177	0.033
Τυπικότητα ασθενούς – Τυπικότητα Συζύγου	-0.244	0.602	-3.503	0.001
Άγχος ασθενούς 2- Άγχος συζύγου 2	-0.219	0.642	-2.955	0.004
Κατάθλιψη ασθενούς 2 - Κατάθλιψη συζύγου 2	0.025	0.479	0.448	0.655

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κατά τη παρούσα έρευνα έγινε απόπειρα να μελετήσουμε τη σχέση μεταξύ μεταβλητών της προσωπικότητας όπως ο νευρωτισμός και η τυπικότητα και παραγόντων της ψυχικής υγείας όπως το άγχος και η κατάθλιψη, σε άτομα με καρδιακά προβλήματα, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε ερευνητικό επίπεδο. Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω, αρκετές είναι οι έρευνες που μαρτυρούν ότι υπάρχει θετική σχέση μεταξύ χρόνιων προβλημάτων υγείας, παραμέτρων της προσωπικότητας και συναισθηματικών και αγχωδών διαταραχών.

Η έρευνα και η διεθνής βιβλιογραφία έχουν αποκαλύψει ότι υφίστανται ισχυρές σχέσεις μεταξύ προσωπικότητας και ψυχικής υγείας. Στα πλαίσια της παρούσας μελέτης, η γενική αυτή αποδοχή, εξετάστηκε στα πλαίσια της χρόνιας νόσου, και συγκεκριμένα των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Σε μια συνολική αποτίμηση των εξαχθέντων αποτελεσμάτων της έρευνάς μας, φάνηκε να επιβεβαιώνονται οι αρχικές μας υποθέσεις αναφορικά με μεταβλητές που εξετάσαμε τόσο σε πεδίο ασθενών όσο και συντρόφων. Στη πλειοψηφία τους, οι υπό εξέταση μεταβλητές σε επίπεδο ασθενών, παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση ως προς τις αντίστοιχες μεταβλητές αναφορικά με τους συντρόφους τους. Το εν λόγω εύρημα, έρχεται να επαληθεύσει τις αναφορές της βιβλιογραφίας που υποστηρίζουν ότι συχνά, ο αντίκτυπος μιας χρόνιας καρδιαγγειακής νόσου ενδέχεται να επηρεάζει σημαντικά και τον ή την σύντροφο του ασθενούς, αλλά και τη μεταξύ τους σχέση. Εμπειρικά, αναφορικά και με την ελληνική κουλτούρα, γνωρίζουμε ότι οι σύντροφοι συμπάσχουν και τίθενται έμπρακτα στο πλευρό των ασθενών συντρόφων τους. Εντούτοις, τα συγκεκριμένα ερευνητικά δεδομένα, μας παρέχουν μια συνολική

απεικόνιση της μορφής που λαμβάνει η συμμετοχή τους στην ασθένεια, καθώς και του τρόπου με τον οποίο η ασθένεια και η διαχείρισή της επηρεάζει τα δύο πρόσωπα.

Πολλές φορές, οι σύντροφοι δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν την καινούρια κατάσταση της νόσου και συχνά, παρουσιάζουν περισσότερο άγχος από τον ίδιο τον ασθενή. Ωστόσο, η σχέση μεταξύ ασθενών και συντρόφων, παρά τα εμπόδια με τα οποία έρχεται αντιμέτωπη, θεωρείται καθοριστικής σημασίας στα πλαίσια μιας χρόνιας ασθένειας, αναφορικά με την εξέλιξή της, αλλά και τη προσαρμογή του ασθενούς σε αυτή. Οι σύντροφοι ασθενών με χρόνια καρδιαγγειακά νοσήματα συμβάλλουν στην επικοινωνία μεταξύ του ασθενούς και της θεραπευτικής ομάδας, ενώ ταυτόχρονα μετέχουν στη λήψη αποφάσεων και στη παροχή φροντίδας. Η συνδρομή του συντρόφου στην ασθένεια, με την προϋπόθεση μιας ειλικρινούς σχέσης, μπορεί να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση και αυτοεικόνα του ασθενούς. Ακόμη, όταν ο σύντροφος εμπνέει εμπιστοσύνη και ασφάλεια, συμβάλλει προκειμένου ο ασθενής να διατηρήσει τους στόχους και τα σχέδιά του για το μέλλον, αποτρέποντας τον να υποκύψει στις τάσεις παραίτησης που του επιβάλλει η ασθένεια.

Οι σύγχρονες έρευνες έχουν πλέον προσφέρει επαρκή στήριξη στην υπόθεση ότι το άγχος διαδραματίζει βασικό παράγοντα επικινδυνότητας ως προς την έναρξη και πορεία σημαντικών προβλημάτων υγείας, καθώς και συναισθηματικών διαταραχών. Ως επαλήθευση των παραπάνω, το πρώτο εύρημα της παρούσας έρευνας έδειξε ότι το παρατεταμένο άγχος που βιώνει ένας χρόνιος ασθενής, και συγκεκριμένα καρδιοπαθής, επηρεάζει τη συναισθηματική του κατάσταση, προβλέποντας περεταίρω ανάπτυξη κατάθλιψης.

Αν και οι καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές πιστεύεται ότι αποτελούν δύο ξεχωριστά σύνδρομα κατά την ενήλικη ζωή, εντούτοις έχει διαπιστωθεί κάποια σύζευξη μεταξύ άγχους και κατάθλιψης σε ενήλικες. Θα μπορούσαμε να

υποστηρίξουμε, ότι σε συνθήκη χρόνιας νόσησης φαίνεται να αποτελούν δύο κλαδιά από την ίδια ρίζα. Ίσως μάλιστα, να μην αποτελούν δύο ξεκάθαρα διαφορετικές παθήσεις, αλλά μάλλον δύο διαφορετικές εκφάνσεις του ίδιου προβλήματος. Το άγχος που βιώνει ο χρόνιος ασθενής, αντικατοπτρίζει θα λέγαμε τη συναισθηματική ανταπόκριση του ατόμου εν αναμονή ενός κινδύνου, άγνωστου, αόριστου, συγκεχυμένου και ασαφούς. Το άτομο αντιλαμβάνεται ότι ο εν λόγω κίνδυνος, απειλεί τόσο τη βιολογική του υπόσταση (τη ζωή του), όσο και άλλες βασικές παραμέτρους που σχετίζονται με αυτή, όπως ο κοινωνικός του ρόλος και η αυτοεκτίμηση. Οι ενδεχόμενες αρνητικές σκέψεις, συχνά οδηγούν σε έντονα συναισθηματικά αδιέξοδα, παρακινώντας το ασθενές άτομο σε απαισιόδοξες προβλέψεις για το μέλλον και υποσκάπτοντας την αυτοεκτίμησή του.

Το γενικευμένο άγχος, που ορίζεται ως επίμονη, παρατεταμένη και επαναλαμβανόμενη ανησυχία ή νευρικότητα, είναι συνηθισμένο μετά από ένα καρδιακό επεισόδιο (Crowe et al, 1996). Μελέτες, επιβεβαιώνουν το ρόλο του άγχους στην ανάπτυξη, την έκφραση, καθώς και την επιδείνωση της κατάθλιψης, μέσω της μείωσης της ηδονικής ικανότητας. Ωστόσο, οι ακριβείς μηχανισμοί που συνδέουν το άγχος με τη κατάθλιψη είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστοι. Ευρήματα από σχετική πειραματική μελέτη των Pizzagalli et al., εμφανίζονται συνεπή με προκλινικά δεδομένα που υπογραμμίζουν τη σύνδεση μεταξύ άγχους και ανηδονίας, ή αλλιώς, με την υπόθεση ότι στρεσογόνοι παράγοντες είναι σε θέση να μειώσουν την ηδονική ικανότητα. Αναφορικά, συμμετέχοντες που αξιολόγησαν πρόσφατες καταστάσεις στη ζωή τους ως αγχωτικές, απρόβλεπτες και ανεξέλεγκτες εμφάνισαν ιδιαιτέρως χαμηλά επίπεδα ανταπόκρισης στην ανταμοιβή, γεγονός που συνεπάγεται με μείωση της ηδονικής τους ικανότητας (Brown & Harris, 1989; Hammen, 2005; Kendler et al., 1995 όπως αναφέρεται από Pizzagalli, 2007). Συμπληρωματικά, η ανηδονία αποτελεί

κυρίως σύμπτωμα των καταθλιπτικών διαταραχών. Ωστόσο, μπορεί να αποτελέσει και προγνωστικό παράγοντα για τη συγκεκριμένη ψυχική πάθηση. Ακόμη, συσχετίζεται ως προς τη κατάθλιψη, από τη άποψη ότι ο καταθλιπτικός ασθενής δεν μπορεί πλέον να αντλήσει ευχαρίστηση από τη ζωή. Παρουσιάζει έλλειψη ευχαρίστησης ακόμη και για πράγματα που κατά το παρελθόν παρουσίαζε ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Η κατάσταση αυτή της ανηδονίας ισχύει σχεδόν πάντα στην κατάθλιψη (Brown, 1978).

Μια επιπλέον στατιστικά σημαντική συσχέτιση που προέκυψε από τη περούσα έρευνα, αφορά το νευρωτισμό ασθενών και συντρόφων, σε συνάρτηση με τα συμπτώματα άγχους που εμφανίζουν οι ίδιοι στα πλαίσια της ασθένειας. Ο νευρωτισμός, ως συστατικό της προσωπικότητας, μπορούμε να πούμε ότι αναφέρεται στο βαθμό που το άτομο αντιλαμβάνεται τον κόσμο ως απειλητικό, προβληματικό και στρεσογόνο (Watson, 2004). Στα πλαίσια λοιπόν, μιας χρόνιας ασθένειας ο νευρωτισμός αντανακλά, θα λέγαμε, την αντίληψη του ασθενούς και του συντρόφου αναφορικά με τη φύση και τη διάσταση της ασθένειας. Εναλλακτικά, εστιάζει στη προσωπική και υποκειμενική νοηματοδότηση και ερμηνεία του προβλήματος. Η εν λόγω μεταβλητή, αποκτά ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον, όταν το άτομο αποδίδει στη συνθήκη που βιώνει μη ρεαλιστικές προοπτικές και διαστάσεις. Οι αντιλήψεις αυτές με τη σειρά τους τείνουν να ριζώνουν ολοένα και περισσότερο στη συνείδηση του ασθενούς, με συνέπεια να χάνει τον έλεγχο και την ικανότητα διαχείρισης της κατάστασης. Η υπάρχουσα πλέον περίσταση, αδρανοποιεί και αποπροσανατολίζει τις αντιδράσεις του ατόμου, ενώ το εγκλωβίζει σε μια συνθήκη ατολμίας και παρορμητισμού, που με τη σειρά τους επιφέρουν άγχος και εχθρική συμπεριφορά. Τα αυξημένα επίπεδα νευρωτισμού συνδέονται με ένα ευρύ φάσμα κλινικών συνδρόμων όπως οι αγχώδεις διαταραχές. Η εν λόγω συσχέτιση δεν αποτελεί έκπληξη, καθώς η συναισθηματική δυσφορία αποτελεί κοινό χαρακτηριστικό, τόσο του νευρωτισμού,

όσο και των αγχωδών διαταραχών (Costa, 1987). Σε σχετική μελέτη, που διερευνούσε την επιρροή του νευρωτισμού επί του αντιλαμβανόμενου άγχους και τις πιθανές αρνητικές συνέπειες στη σωματική υγεία, η ομάδα υποκειμένων με υψηλά επίπεδα νευρωτισμού, παρουσίασε υψηλότερα επίπεδα βάσης για το στρες και το αρνητικό συναίσθημα, σε σχέση με την ομάδα που εμφάνισε χαμηλό νευρωτισμό. (Abbasi, 2011).

Εξίσου σημαντική είναι και η συσχέτιση που εντοπίστηκε μεταξύ της κατάθλιψης που βιώνουν αρκετοί ασθενείς και των συμπτωμάτων κατάθλιψης που συχνά εμφανίζουν από τη πλευρά τους οι σύντροφοι. Συγγενείς έρευνες, έχουν δείξει ότι η αγωνία και δυσφορία που βιώνουν οι σύντροφοι, αντανακλούν τη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών. Η συνθήκη αυτή, καλλιεργεί θα λέγαμε το έδαφος για την εκδήλωση των προσωπικών τους συμπτωμάτων κατάθλιψης, όπως η θλίψη και η ευερεθιστότητα. Αυτά τα καταθλιπτικά συμπτώματα, πηγάζουν από την προσωπική τους ανησυχία και το άγχος τους αναφορικά με τη διαβίωση στα πλαίσια της ασθένειας και το αν είναι επαρκείς των απαιτήσεων και της φροντίδας του ασθενούς, κι όχι απαραίτητα από το γεγονός ότι το άλλο άτομο αγωνίζεται ή υποφέρει. Η κατανόηση λοιπόν, των παραγόντων που πυροδοτούν τα συμπτώματα κατάθλιψης, επιτρέπει στους επαγγελματίες και ειδικούς της ψυχικής υγείας να παρέχουν βελτιωμένη περίθαλψη σε ασθενείς και συντρόφους ως ζευγάρι, αλλά και ως ξεχωριστές οντότητες (Schwartz, Slater, Birchler & Atkinson, 1991).

Διαπιστώνουμε συνεπώς, πως τα ευρήματα που προέκυψαν από την έρευνά μας μπορούν να θεωρηθούν σημαντικά όχι μόνο σε θεωρητικό επίπεδο, αλλά και σε επίπεδο κλινικής εφαρμογής. Αυτό σημαίνει, πως χρειάζεται να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη από ειδικούς που συσχετίζονται με δομές υγείας και οι οποίοι έρχονται σε επαφή με ασθενείς καρδιαγγειακών προβλημάτων. Κρίνεται ακόμη απαραίτητο, την

ιατρική μέριμνα να συνοδεύει και κατάλληλη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, καθώς όπως είδαμε, ψυχολογικής φύσεως προβλήματα κρίνονται καθοριστικά για την ανάπτυξη και πρόγνωση των καρδιαγγειακών νόσων. Όπως παρατηρήσαμε, οι καρδιακές νόσοι, η ψυχική υγεία και η προσωπικότητα, ακολουθούν πορεία, που σε αρκετά μεγάλο βαθμό θεωρείται αμφίδρομη. Κατά συνέπεια, η εκάστοτε παρέμβαση, χρειάζεται να διεξάγεται υπό το πρίσμα μιας ολιστικής ψυχοσωματικής αντίληψης, αναφορικά με την ανθρώπινη ύπαρξη. Τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, δεν είναι λιγότερο αληθινά από τα εξ ολοκλήρου σωματικά συμπτώματα, ούτε αποτελούν αποκύημα της φαντασίας του ανθρώπου που υποφέρει από αυτά. Όσον αφορά τον τρόπο θεραπείας, αυτός διαφέρει ανάλογα με τον ασθενή, αλλά και το υπάρχον σύμπτωμα. Μια από τις πλέον διαδεδομένες μορφές παρέμβασης, αποτελεί η ψυχοθεραπεία γνωστικό-συμπεριφοριστικής προσέγγισης, στα πλαίσια της οποίας, ο θεραπευόμενος μαθαίνει τεχνικές ελέγχου και διαχείρισης των συμπτωμάτων του, όπως τεχνικές χαλάρωσης και αναπνοών, μετάθεσης σκέψεων και διαχείρισης άγχους.

Δεοντολογικά, οφείλουμε να κάνουμε αναφορά στο ότι η παρούσα έρευνα περιβάλλεται από ορισμένους περιορισμούς. Ο πρώτος περιορισμός ανακύπτει από το γεγονός ότι η έρευνά μας βασίστηκε σε αναφορές των ίδιων των ασθενών και γι' αυτό τα αποτελέσματα μας δε μπορούν να θεωρηθούν ως απολύτως αντικειμενικά, ενώ οι μελέτη τους απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή από τους ενδιαφερόμενους. Επιπροσθέτως, περιορισμό αποτελεί το γεγονός ότι το διαθέσιμο δείγμα μας ήταν μικρό, και ως εκ τούτου, δε μπορούμε να γενικεύσουμε τα αποτελέσματά μας αναφορικά με ολόκληρο τον πληθυσμό. Ο τρίτος και πολύ σημαντικός περιορισμός, αφορά το ότι η παρούσα μελέτη εξετάζει ενδεχόμενη συνάφεια μεταξύ των μεταβλητών, και γι' αυτό τα όποια αποτελέσματα δεν μπορούν να εκληφθούν ως αιτιακές σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών. Το γεγονός δηλαδή, ότι εντοπίστηκαν συσχετίσεις μεταξύ δύο

συγκεκριμένων μεταβλητών δε συνεπάγεται ότι η μια αποτελεί αίτιο και η άλλη αποτέλεσμα. Εκείνο που μπορούμε να πούμε είναι ότι η μια μεταβλητή μπορεί να μεταβάλλεται και με αυτό το τρόπο να αποτελεί αρωγό στη συμμεταβολή της δεύτερης μεταβλητής. Συνεπώς, ας λάβουμε υπόψη μας ότι οι συσχετίσεις που βρέθηκαν δε αντικατοπτρίζουν αιτιακές σχέσεις.

Συνοψίζοντας λοιπόν, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας μπορούν να αποτελέσουν έναυσμα και κινητήριο δύναμη για μελλοντική χρήση, με απώτερο σκοπό τη διεξοδικότερη προσέγγιση και επεξεργασία των συσχετίσεων που μελετήθηκαν. Αναλογιζόμενοι τα παραπάνω, μελλοντικές έρευνες θα άξιζε να κατευθυνθούν προς τη μελέτη περαιτέρω δημογραφικών, καθώς και άλλων κοινωνικών και οικονομικών στοιχείων, που είναι πιθανώς σε θέση να επηρεάζουν την σχέση καρδιαγγειακών ασθενειών, προσωπικότητας και ψυχικής υγείας. Τέλος, περαιτέρω έρευνες, κρίνονται ως απαραίτητες προκειμένου να μελετήσουν με μεγαλύτερη ευκρίνεια τις γενεσιουργούς αιτίες των καρδιαγγειακών παθήσεων, αλλά και τις τεχνικές εκείνες που χρησιμοποιούνται για τον κατευνασμό των σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αναγνωστόπουλος, Φ., & Καραδήμας, Ε. (2008). *Υγεία Και Ασθένεια: Ψυχολογικές Διεργασίες*. Αθήνα: Εκδοτικός Οργανισμός Λιβάνη.

Brown, S.L. (1978). Dissociation of self-reported and observed pleasure in depression. *Psychosomatic medicine, 7*, 536-548.

Costa, P.T. (1987). Influence of the normal personality dimension of neuroticism on chest pain symptoms and coronary artery disease. *American Journal of Cardiology, 60*, 20J-26J.

Crowe, J., Runions, J., Ebbesen, L., Oldridge, N., & Streiner, D. (1996). Anxiety and depression after acute myocardial infraction. *Heart Lung, 25*, 98-107.

Di Matteo, M.R., & Martin L.R. (2006). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία Της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Duberstein, P., & Masling, J. (2007). *Ψυχοδυναμικές προοπτικές στην αρρώστια και στην υγεία*. Αθήνα: Τυπωθητώ–Γιώργος Δάρδανος.

Gili, M., Comas, A., Garcia-Garcia, M., Monzon, S., Antoni, S.B., & Roca, M. (2010). Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care patients. *General Hospital Psychiatry 32*, 240- 245.

Gustavsson, J.P., Jonsson, E.G., Linder J., & Weinryb, R.M. (2002). The HP5 inventory: definition and assessment of five health-relevant personality traits from a five-factor model perspective. *Personality and Individual Differences, 35,* 69-89.

Abbasi, I.S. (2011). The Influence Of Neuroticism On Stress Perception And Its Resultant Negative Affect. *Master's Theses and Graduate Research, paper 3965.*

Καραδήμας, Ε. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας: Θεωρία και Κλινική Πράξη*. Αθήνα: Τυπωθητώ–Γιώργος Δάρδανος.

Karademas, E.C., Zarogiannos, A., & Karamvakalis, N. (2010*).* Cardiac patient–spouse dissimilarities in illness perception: Associations with patient self-rated health and coping strategies. *Psychology and Health, 25(4):* 451–463.

Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2004). The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: psychometric analyses and applicability. *Supportive Care in Cancer, 12,* 821-825.

National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000). Chronic disease and their risk factors. *The nation' s leading causes of death, 1999. Washington, DC: Author*.

Nunally, J. C. (1978). *Psychometric Theory,* New Delhi, McGraw-Hill.

Παπαδάτου, Δ., & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1995). *Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Pervin, L.A. & John, O.P. (2001). *Θεωρίες Προσωπικότητας: Έρευνα και Εφαρμογές*. Αθήνα: Τυπωθητώ–Γιώργος Δάρδανος.

Pizzagalli, D.A., Bodgan, R., Ratner, K.G., & Jahn, A.L. (2007). Increased perceived stress is associated with blunted hedonic capacity: Potential implications for depression research. *Behaviour Research and Therapy 45, 2742–2753.*

Schwartz, L., Slater, M.A., Birchler G.R., & Atkinson, J.H. (1991). Depression in spouses of chronic pain patients: the role of patient pain and anger, and marital satisfaction. *Pain, 44*, 61-67.

Sperry, L. (2006). *Psychological Treatment of Chronic Illness: The Biopsychosocial Therapy Approach.* American Psychological Association.

Toombs, S.K., Barnard, D., & Carson, R.A. (1995). *Chronic Illness: From Experience to Policy.* Indiana University Press.

Tsaousis, I., & Kerpelis, P. (2004). The traits personality questionnaire 5 (TPQue5): Psychometric properties of shortened version of a big five measure. *European Journal of Psychological Assessment, 20,* 180-191.

Vollrath, M.E. (2006). *Handbook of Personality and Health.* London: Wiley.

Watson, D. (2004). *Neuroticism*. International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences.

Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale (validity and reliability). *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67,* 361-370.