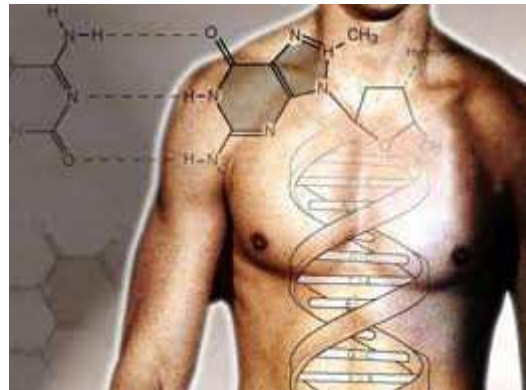


ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΜΗΜΑ
ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“ Γενικά συναισθήματα και προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια “



ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Καραδήμας Ευάγγελος

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: Γρηγοριάδου Θεοδώρα

A.M.:2107

ΡΕΘΥΜΝΟ

2011-2012

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
<i>1.1 Χρόνια Ασθένεια.....</i>	<i>5</i>
<i>1.2 Διάγνωση της Χρόνιας ασθένειας.....</i>	<i>6</i>
<i>1.3 Προσαρμογή σε μια Χρόνια Ασθένεια.....</i>	<i>8</i>
<i>1.4 Νοητικές Αναπαραστάσεις Ασθένειας.....</i>	<i>11</i>
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ.....	14
<i>2.1 Τι ορίζουμε ως Συναισθήμα.....</i>	<i>14</i>
<i>2.2 Μηχανισμός συναισθήματος.....</i>	<i>14</i>
<i>2.3 Χαρακτηριστικά συναισθήματος.....</i>	<i>15</i>
<i>2.4 Νευρωνικά στοιχεία του κυκλώματος του συναισθήματος.....</i>	<i>17</i>
<i>2.5 Υγεία και συναισθήματά.....</i>	<i>19</i>
<i>2.7 Διαφορές φύλων στα συναισθήματα.....</i>	<i>23</i>
ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....	26
<i>3.1 Στρατηγικές Αντιμετώπισης Στρες.....</i>	<i>26</i>
<i>3.2 Αντιμετώπιση Χρονιας Ασθενείας.....</i>	<i>29</i>
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	32
ΜΕΘΟΔΟΣ.....	33
<i>4.1 Δείγμα.....</i>	<i>33</i>
<i>4.2 Ψυχομετρικά εργαλεία.....</i>	<i>33</i>
<i>4.3 Ερευνητική διαδικασία.....</i>	<i>35</i>
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	36

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	39
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	41

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έρευνα που θα πραγματοποιήσαμε απευθύνεται σε ενήλικες άνδρες και γυναίκες με χρόνια ασθένεια. Αφορά τις γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις χρόνιων ασθενών, και τη σχέση τους με το επίπεδο υγείας και με ορισμένα χαρακτηριστικά του ατόμου. Διεξάγεται από τη Σχολή Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Κρήτης, και συγκεκριμένα από το τμήμα Ψυχολογίας. Στόχος μας είναι να κατανοήσουμε πώς οι παράγοντες αυτοί συνδυάζονται ώστε να υπάρξει ένα καλύτερο επίπεδο υγείας. Η γνώση αυτή θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε καλύτερα την προσαρμογή των χρόνιων ασθενών, αλλά και να αναπτύξουμε πιο αποτελεσματικές μεθόδους στήριξής τους.

Οι συμμετέχοντες ήταν όλοι χρόνιοι ασθενείς και κλήθηκαν να συμπληρώσουν δύο ερωτηματολόγια. Το ένα αφορούσε το τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν τις εκάστοτε δυσκολίες και προβλήματα στη ζωή τους, σε γενικότερο πλαίσιο, και το άλλο ήταν σχετικό με την ασθένεια τους και τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι την διαχειρίζονται. Τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαίωσαν την αρχική μας υπόθεση πως τα γενικά θετικά συναισθήματα έχουν υψηλή συσχέτιση με την θετική πορεία μιας χρόνιας ασθένειας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Χρόνια Ασθένεια

Σύμφωνα με την ιατρική επιστήμη, μια ασθένεια χαρακτηρίζεται ως χρόνια, όταν η διάρκειά της είναι μακροχρόνια ή εμφανίζει συχνά επεισόδια (Δανιηλίδου, 2010). Στην εποχή μας αρκετοί είναι οι συνάνθρωποί μας που πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια. Όπως φαίνεται και από τον χαρακτηρισμό τους “χρόνιες”, οι ασθένειες αυτές δεν θεραπεύονται και γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο προσπαθούμε όσο μπορούμε να τις ελέγξουμε (Καραδήμας, 2005). Σήμερα με την πρόοδο της επιστήμης και τις απαιτούμενες γνώσεις που έχουμε, μπορούν να αντιμετωπιστούν αρκετές ασθένειες έγκαιρα παρέχοντας στους ασθενείς μια καλή ποιότητα ζωής (Δανιηλίδου, 2010). Έτσι ακόμα και αυτοί που πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια μπορούν να ζήσουν μια φυσιολογική και για μεγάλο χρονικό διάστημα ζωή, κάνοντας μόνο κάποιες αλλαγές στη καθημερινότητα τους και τις συνήθειές τους, σε συνδυασμό με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή (Καραδήμας, 2005). Ωστόσο όσο φυσιολογικά και δεδομένα και αν μας φαίνονται όλα αυτά, θα πρέπει να σκεφτούμε πως πριν μερικά χρόνια η διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας γινόταν συνήθως στο τελικό της στάδιο και ο ασθενής απεβίωνε (Δανιηλίδου, 2010).

Φυσικά η διάγνωση μιας τέτοιας ασθένειας επιφέρει μια σειρά από έντονες και στρεσογόνες καταστάσεις για το άτομο, καθώς επηρεάζει και επηρεάζεται από όλους τους τομείς της ζωής του (Καραδήμας, 2005). Το άτομο πλέον πέρα από την ίδια του την ασθένεια έχει να αντιμετωπίσει και ζητήματα όπως την κατάθλιψη, τον θυμό, τον φόβο, το άγχος, τις φοβίες, τις διαταραχές στη διατροφή και στον ύπνο του, καθώς επίσης και στην εικόνα του εαυτού του. Μάλιστα η φύση της ασθένειας μπορεί να επηρεάσει ακόμα και το κοινωνικό επίπεδο του ατόμου, όπως π.χ. μια ασθένεια με κοινωνικό στίγμα μπορεί να οδηγήσει στην περιθωριοποίηση (Δανιηλίδου, 2010).

Ταυτόχρονα οι χρόνια ασθενείς αντιμετωπίζουν δυσκολίες ακόμα και στον επαγγελματικό τους τομέα. Είναι πολύ πιθανό να χρειασθεί να αλλάξουν επάγγελμα, να χάσουν την δουλειά τους ή να συνταξιοδοτηθούν πρόωρα. Επιπλέον προβάλλουν θέματα που αφορούν την εικόνα του σώματός τους, όπως οι μειωμένες δυνατότητες και αντοχές, η αίσθηση μεγαλύτερης ευπάθειας, περιορισμοί στην μετακίνησή τους καθώς επίσης και άλλες αλλαγές είτε λόγω της ασθένειας (π.χ. ακρωτηριασμός εξ' αιτίας κάποιου τροχαίου) είτε λόγω της θεραπείας (π.χ. μαστεκτομή) (Καραδήμας, 2005).

Αρχικά με τη διάγνωση της ασθένειας το άτομο κατακλύζεται από σκέψεις σχετικές με το μέλλον

του και την πιθανότητα του θανάτου, μόλις όμως ξεπεράσει το αρχικό σοκ της διάγνωσης αποκτά και πάλι την αισιοδοξία του, ελπίζοντας πως όλα θα πάνε καλά. Σιγά σιγά και όσο περνάει ο καιρός , συμφιλιώνεται με την όλη κατάσταση και τις νέες συνθήκες που αυτή επιβάλλει. Έτσι φτάνει στο σημείο να αποκτήσει μια νέα ρουτίνα ζωής, να ανακτήσει την αίσθηση ελέγχου και υποκειμενικής ευεξίας, με βάση πάντα τους περιορισμούς που έχει επιφέρει η νέα κατάσταση - ασθένεια. Ταυτόχρονα στο νέο τρόπο ζωής του ενσωματώνονται οι νέες διαδικασίες και υποχρεώσεις της ασθένειάς του (εξετάσεις, έλεγχοι, αλλαγή της συμπεριφοράς που σχετίζεται με την υγεία τους) (Καραδήμας, 2005).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως αρκετοί χρόνιοι ασθενείς ακόμα και κάτω από εξαιρετικά δυσχερείς συνθήκες, καταφέρνουν να αντεπεξέλθουν στις νέες συνθήκες της ζωής τους αποκτώντας και πάλι την αισιοδοξία τους και την αίσθημα της επάρκειας (Folkman, 1997). Ωστόσο ο φόβος και η ανησυχία για το μέλλον συνεχίζουν να απασχολούν το άτομο, κάτι το οποίο είναι απόλυτα λογικό και κατανοητό. Όπως λοιπόν προσαρμόζονται οι πάσχοντες από μια χρόνια και απειλητική ασθένεια, έτσι προσαρμόζεται και το οικογενειακό τους περιβάλλον. Το να συμβιώνει κανείς με ένα χρόνιο ασθενή, του οποίου η ασθένεια χαρακτηρίζεται και ως υψηλού κινδύνου είναι μια εξαιρετικά στρεσογόνα και δύσκολη κατάσταση (Καραδήμας, 2005).

Επομένως, όταν ένα μέλος της οικογένειας νοσεί από κάποια χρόνια ασθένεια, μαζί του συμπάσχει και η οικογένεια του, με αποτέλεσμα να διαταράσσονται οι ισορροπίες της. Ο τρόπος με τον οποίο τα μέλη της οικογένειας θα αντιμετωπίσουν την ασθένεια παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στον τρόπο που ο ίδιος ο ασθενής θα αποδεχτεί την κατάστασή του. Έτσι η οικογένεια μπορεί με την στάση της να αναπτρώσει και να ενισχύσει το ηθικό του ασθενή, βοηθώντας τον να συνεχίσει την θεραπεία του, να ενισχύσει την ανεξαρτησία του και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του με ευαισθησία και αγάπη. Όμως υπάρχει και η άλλη πλευρά του νομίσματος όπου η οικογένεια μπορεί να αποδυναμώσει τον ασθενή και να τον επιβαρύνει με περισσότερο άγχος και ανησυχία , υπερπροστασία ή και θυμό. Γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο αρκετές φορές θεωρείται χρήσιμο να πραγματοποιείται μια οικογενειακή θεραπεία. Σε μια τέτοιου είδους θεραπεία εστιαζόμαστε κυρίως στην ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση , καθώς ο στόχος μας είναι να κατανοηθεί η ασθένεια και τα συμπτώματά της και να αναπτυχθούν οι υπάρχουσες δεξιότητες επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας (Δανιηλίδου, 2010).

1.2 Διάγνωση της χρόνιας ασθένειας

Σύμφωνα με τον Franklin Shontz (1975) μετά το άκουσμα της διάγνωσης το άτομο περνάει από κάποια στάδια τα οποία είναι τα ακόλουθα:

- **Αρχικό Σοκ**, όπου αποστασιοποιείται από την κατάσταση ως ένα τρόπο άμυνας και συμπεριφέρεται αυτοματοποιημένα.
- **Αντιπαράθεση**, το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από αισθήματα απώλειας, απελπισία και πένθος.
- **Υποχώρηση**, κατά την οποία το άτομο αρχικά αποσύρεται στον εαυτό του και αρνείται το πρόβλημα και τις επιπτώσεις του. Σταδιακά όμως, αρχίζει να αποδέχεται την κατάσταση και να τη διαχειρίζεται.

Το 1983 η Taylor βρήκε ότι οι ασθενείς προσπαθούν:

- α) να βρουν ένα νόημα στην ασθένεια τους : γιατί τους συναίβει κάτι τέτοιο, ποιοί παράγοντες έπαιξαν ρόλο, τί σημαίνει αυτό για τον εαυτό τους και για τους άλλους, ενώ επαναπροσδιορίζουν τις αξίες και τις προτεραιότητές τους
- β) να επανακτήσουν μια αίσθηση ελέγχου : ενημερώνονται για την ασθένεια τους, τηρούν πιστά τις ιατρικές οδηγίες και αλλάζουν τον τρόπο ζωής τους
- γ) να αποκαταστήσουν την αυτοεκτίμησή τους: μέσα από τις κοινωνικές συγκρίσεις ή μέσω συγκρίσεων με χειρότερα πιθανά σενάρια .

Στους χρόνιους ασθενείς πέρα από την εξασφάλιση περισσότερου χρόνου ζωής, σημαντικό είναι το ζήτημα της ποιότητας της ζωής τους, γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο στόχος όλων των παρεμβάσεων είναι η και η εξασφάλιση ενός βελτιωμένου επιπέδου διαβίωσης τους (Καραδήμας, 2005). Ο όρος βελτιωμένη ποιότητα ζωής περιλαμβάνει τις παρακάτω διαστάσεις:

- την ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων,
- την λειτουργία του ατόμου (π.χ , η ικανότητά του να ζει μόνο του, να φροντίζει τον εαυτό του),
- την κοινωνική λειτουργικότητα,
- την επαγγελματική δραστηριότητα,
- την συναισθηματική του κατάσταση,
- τις γνωστικές και νοητικές του ικανότητες,
- τον βαθμό της γενικής ικανοποίησής του από τη ζωή (Baum, Gatchel & Krantz, 1997)

Όλοι οι άνθρωποι αντιδρούν αρχικά με σοκ στη διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας, εν τούτοις κάποιοι από αυτούς θα καταφέρουν να προσαρμοστούν με επιτυχία ενώ κάποιοι άλλοι όχι, το μόνο βέβαιο είναι πως όλοι μπορούν να βοηθηθούν ψυχολογικά με τους παρακάτω πέντε τρόπους:

- **Διαχείριση πόνου**, που είναι βασικός ρόλος της ψυχολογίας. Μερικές τεχνικές που βοηθάνε μειώνοντας τον πόνο είναι η βιοανάδραση και οι τεχνικές χαλάρωσης.
- **Παρεμβάσεις κοινωνικής υποστήριξης**. Ομάδες υποστήριξης που βοηθάνε στην αίσθηση ελέγχου, στην αύξηση των ευχάριστων δραστηριοτήτων, στην αύξηση της ελπίδας και στην μείωση της άρνησης.
- **Εικόνα σώματος**. Σε κάποιες χρόνιες ασθένειες ως αποτέλεσμα υπάρχει αλλαγή στην εικόνα σώματος (π.χ. λόγω μαστεκτομής). Η ποιότητα ζωής ενός ατόμου που βίωσε μια ανάλογη εμπειρία μπορεί να βελτιωθεί με ψυχοθεραπεία εστιασμένη στην εικόνα σώματος.
- **Τεχνικές Γνωστικής ψυχοθεραπείας**. Συνήθως, μια χρόνια ασθένεια φέρνει αρνητικές προσδοκίες και νοητικές διεργασίες. Με ψυχοθεραπεία γνωστικής κατεύθυνσης μπορεί ο ασθενής να επαναξιολογήσει τις αρνητικές σκέψεις και τις αρνητικές αυτό-αξιολογήσεις που τον κρατούν εγκλωβισμένο σε ένα φαύλο κύκλο ώστε να αυξήσει τις ευχάριστες δραστηριότητες και την ποιότητα ζωής του.
- **Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία** στην αλλαγή συμπεριφορών που δεν προωθούν την υγεία και σαμποτάρουν τη θεραπεία (όπως π.χ. το κάπνισμα ή η κατανάλωση μη επιτρεπτόν τροφών) (Δανιηλίδου, 2010).

Επομένως πέρα από την οργανική φροντίδα ενός χρόνιου ασθενή είναι εξίσου σημαντικό παράλληλα να παρέχεται και ψυχολογική φροντίδα, για να αποφευχθούν οι αντιδράσεις των ασθενών οι οποίες μπορούν να σαμποτάρουν τη θεραπεία, να αποκτήσουν την αίσθηση του ελέγχου της ζωής τους, να μειωθούν τα αρνητικά συναισθήματα που επηρεάζουν οργανικά (π.χ. άγχος) και να ενισχυθούν οι θετικές συμπεριφορές και τα θετικά συναισθήματα.

1.3 Προσαρμογή στην χρόνια ασθένεια

Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια, κατά τους Stewart, Ross και Hartle (2004), αφορά τέσσερις περιοχές, που είναι οι ακόλουθες:

η βιολογική που αναφέρεται σε θέματα, όπως: η κόπωση, ο πόνος και άλλα συμπτώματα, σε παρενέργειες της αγωγής, στη λειτουργικότητα, στην προσαρμογή και στην εξέλιξη της ασθένειας

- **η κοινωνική** που αναφέρεται σε θέματα, όπως: η απομόνωση, το στίγμα, τις σχέσεις με την οικογένεια, τους φίλους και το προσωπικό υγείας
- **η συναισθηματική** που αναφέρεται σε θέματα, όπως: η αυτό-εικόνα, τα οικονομικά ζητήματα, ο επαναπροσδιορισμός των στόχων και των προσδοκιών, η επαναξιολόγηση των αξιών, τα θέματα πνευματικότητας και η εύρεση νοήματος στην όλη εμπειρία
- **η συμπεριφορά** που αναφέρεται σε θέματα, όπως: οι έλεγχοι της υγείας, η τήρηση των ιατρικών οδηγιών, και η διαχείριση της εξέλιξης της ασθένειας.

Ωστόσο η διαδικασία προσαρμογής δεν γίνεται με τρόπο ενιαίο για όλους τους ασθενείς. Παράγοντες όπως η ηλικία, η υποστήριξη της οικογένειας, οι πεποιθήσεις του ατόμου για την ασθένειά του και τα συμπτώματά της π.χ ο πόνος, φαίνεται πως επηρεάζουν την διαδικασία προσαρμογής (Δανηλίδου, 2010).

Συνήθως θεωρούμε πως η εξέλιξη μιας χρόνιας ασθένειας περνά μέσα από κάποια στάδια – φάσεις. Ωστόσο δεν υιοθετούν όλοι οι ερευνητές την ίδια άποψη. Οι Lívneh και Antonak θεωρούν πως η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια δεν γίνεται κατά τρόπο *ενιαίο* και *όμοιο* για όλους, ούτε ακολουθεί μια σειρά από φάσεις. Περιγράφουν τέσσερις παράγοντες που σχετίζονται με την προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια, που είναι οι ακόλουθοι:

- α) οι σχετικές με την ασθένεια:** που έχουν να κάνουν με το είδος της ασθένειας, τις περιοχές που θίγονται και την πιθανή θνησιμότητα
- β) οι κοινωνικές - δημογραφικές μεταβλητές:** που έχουν να κάνουν με το φύλλο, την ηλικία, και το κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο
- γ) οι ατομικές διαφορές:** που έχουν να κάνουν με τον τρόπο σκέψης και τις στρατηγικές αντιμετώπισης της κατάστασης που χρησιμοποιούνται
- δ) κοινωνικοί – περιβαλλοντικοί παράγοντες:** που έχουν να κάνουν με το κοινωνικό δίκτυο, το κοινωνικό στίγμα, την κοινωνική υποστήριξη κ.λ.π. .

Οι παράγοντες που αναφέρθηκαν παραπάνω αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και μεταβάλλονται συνεχώς. Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια χαρακτηρίζεται από ποικίλες αντιδράσεις όπως: άγχος, κατάθλιψη αλλά και αποδοχή και ενσωμάτωση της νέας κατάστασης. Οι αντιδράσεις αυτές δεν είναι σταθερές καθώς επηρεάζονται από την αλληλεπίδραση των τεσσάρων παραγόντων που προαναφέρθηκαν (Καραδήμας, 2005).

Ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας προσαρμογής σε μια χρόνια ασθένεια είναι και η ηλικία. Τα μικρά παιδιά προσαρμόζονται πολύ εύκολα στην ασθένειά τους και αυτό οφείλεται στο γεγονός

πως αναπτυξιακά δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν τις μακροχρόνιες συνέπειες της κατάστασής τους. Συνήθως μετά την ηλικία των οκτώ ετών τα παιδιά είναι σε θέση να κατανοήσουν την ασθένειά τους και τις συνέπειές της, αναλαμβάνοντας παράλληλα και την ευθύνη της υγείας τους. Στην εφηβεία τα πράγματα περιπλέκονται κάπως. Σε αυτήν την ηλικία τα παιδιά αποζητούν την αποδοχή και την προσοχή των συνομηλίκων τους, και γι αυτόν τον λόγο πολλές φορές κρύβουν την ασθένειά τους ή ακόμα παραμελούν την φαρμακευτική τους αγωγή, προσπαθώντας μ' αυτόν τον τρόπο να αρνηθούν την πραγματικότητα της κατάστασής τους. Ωστόσο ακόμα και οι νεαροί ενήλικες αντιμετωπίζουν μεγάλη δυσκολία στο να προσαρμοστούν στην ασθένειά τους. Το συναίσθημα που τους κυριεύει είναι αυτό της απογοήτευσης καθώς αδυνατούν να υλοποιήσουν τα όνειρα που είχαν κάνει για την ζωή τους. Αυτό με τη σειρά του τους οδηγεί στην αδυναμία απόκτησης ταυτότητας, με αποτέλεσμα να κυριεύονται από συναισθήματα θυμού και άρνησης. Στις μεγαλύτερες ηλικίες η προσαρμογή είναι κάπως πιο εύκολη σε σχέση με τις νεαρότερες ηλικίες. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ενήλικες μέσης ηλικίας ως προς την προσαρμογή τους σε μια χρόνια ασθένεια είναι κυρίως η διακοπή της εργασίας τους και η αλλαγή τόσο των στόχων τους όσο και των ρόλων που έχουν επιλέξει ενώ σε ακόμα μεγαλύτερες ηλικίες το πρόβλημα εντοπίζεται στο γεγονός πως αυτοί οι άνθρωποι δεν θα μπορέσουν να απολαύσουν την ξεκούραστη περίοδο της συνταξιοδότησής τους (Δανιηλίδου, 2010).

Επομένως για να μπορέσουμε να πούμε ότι το άτομο έχει προσαρμοστεί με επιτυχία σε μια χρόνια ασθένεια θα πρέπει να πληρούνται τα ακόλουθα:

- απόκτηση συναισθηματικής ισορροπίας
- ικανοποιητική εικόνα σώματος και διαχείριση των σωματικών του αλλαγών
- διατήρηση θετικών σχέσεων με την οικογένεια και τους φίλους του
- είναι προετοιμασμένος για ένα αβέβαιο μέλλον.

Το να καταφέρει κανείς να επιτύχει αυτούς τους στόχους δεν είναι μια εύκολη υπόθεση, ειδικά όταν πρόκειται για μια ασθένεια που οδηγεί είτε στον θάνατο είτε στην αναπηρία. Παρ' όλα αυτά ένας μεγάλος αριθμός ασθενών καταφέρνουν να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες ζωής τους, έχοντας πρώτα αναπτύξει τις απαραίτητες ικανότητες προσαρμογής, οι οποίες είναι αναγκαίες για την ψυχολογική διαχείριση της ασθένειας. Κάποιες από αυτές τις ικανότητες προσαρμογής είναι: η απόκτηση πληροφοριών για την ασθένεια, η αποδοχή της σοβαρότητας της κατάστασής τους, η επιστροφή σε μια νέα ρουτίνα και η εύρεση νοήματος στην “εμπειρία” τους (Δανιηλίδου, 2010).

1.4 Νοητικές αναπαραστάσεις ασθένειας

Οι νοητικές αναπαραστάσεις μιας χρόνιας ασθένειας έχουν μελετηθεί διεξοδικά χρησιμοποιώντας το πρότυπο της αυτορύθμισης (SRM), το οποίο εστιάζει σε πέντε διαστάσεις που αφορούν τις πεποιθήσεις των ασθενών σχετικά με το πρόβλημα της υγείας τους (Gillian Fortune, Christine Barrowclough & Fiona Lobban, 2004). Την παραπάνω άποψη επιβεβαιώνουν και αρκετές ποιοτικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί (Hagger, 2003) και βασίστηκαν στο μοντέλο της “κοινής λογικής”, το οποίο θεωρεί πως ο άνθρωπος επεξεργάζεται ενεργά τις πληροφορίες που δέχεται, και προσπαθεί να δώσει ένα νόημα σε ό,τι συμβαίνει στο σώμα του και κυρίως όταν αναφερόμαστε σε μια χρόνια κατάσταση (O'Neill, 2002). Αυτές λοιπόν οι διαστάσεις είναι (Leventhal, 2001) :

- η ταυτότητα της ασθένειας (π.χ αρθρίτιδα)
- οι συνέπειες (σημαντικές ή μη)
- οι αιτίες (κληρονομικοί παράγοντες ή εξωτερικοί)
- η χρονική διάρκεια (μικρή ή μεγάλη)
- η θεραπεία (εάν μπορεί να γίνει κάτι ώστε να ελέγξουμε την απειλή)(Lau, R.R., & Hartman, K.A. ,1983)
- συνοχή της ασθένειας (εάν το άτομο σκέφτεται για την ασθένειά του μ' ένα συνεχή τρόπο)(Weinman, J., Petrie, K., Moss-Morris, R, & Horne, R. ,1996).

Ο Leventhal τοποθετεί τις αναπαραστάσεις μιας ασθένειας σε κεντρικό σημείο στη θεωρία του (Leventhal 1970 Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980). Σύμφωνα με την θεωρία της αντιρύθμισης οι αντιπροσωπεύσεις κρίνονται τόσο σημαντικές καθώς καθορίζουν τον τρόπο που το άτομο θα αξιολογήσει την κατάσταση της υγείας του (Michael A. Diefenbach, 2010). Το πλαίσιο της αυτορύθμισης γίνεται συχνά αντιληπτό ως ένα πλαίσιο παράλληλης επεξεργασίας. Το ένα σκέλος αφορά τη γνωστική επεξεργασία ενός εσωτερικού ή εξωτερικού ερεθίσματος και το δεύτερο αφορά τη παράλληλη επεξεργασία των συναισθηματικών πτυχών του ερεθίσματος. Σύμφωνα λοιπόν με την άποψη της παράλληλης επεξεργασίας οι συμπεριφορές της υγείας είναι ένα αποτέλεσμα τόσο των γνωστικών όσο και των συναισθηματικών διαδικασιών (Leventhal, H., Diefenbach, M.A. & Leventhal, E. A., 1992).

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα που μας εξηγεί αυτές τις έξι διαστάσεις καθώς επίσης και το μοντέλο της παράλληλης επεξεργασίας είναι το παρακάτω στο οποίο θα αναφερθούμε στην περίπτωση κάποιου ο οποίος έχει πονόλαιμο: Η εμφάνιση πόνου στο λαιμό μπορεί να θεωρηθεί ως την αρχή κάποιου κρυολογήματος (ετικέτα). Αυτή η ετικέτα μας πληροφορεί πως πρόκειται για μια σύντομη κατάσταση (χρονική διάρκεια) και παράλληλα μας υποδεικνύει πως πρόκειται για κάτι

θεραπεύσιμο (έλεγχος / θεραπεία). Αυτή η γνωστική διαδικασία θα οδηγήσει το άτομο σε μια συμπεριφορά υγείας, δηλαδή στην καταπολέμηση των συμπτωμάτων του πονόλαιμου π.χ. πίνοντας ζεστά ροφήματα. Η συναισθηματική διαδικασία θα εμπεριέχει την εργασία του ή ακόμα και το γεγονός ότι μπορεί αυτό το σύμπτωμα να είναι προάγγελος μια πιο σοβαρής πάθησης (συνοχή της ασθένειας) (Diefenbach, 2010).

Έτσι λοιπόν οι νοητικές αναπαραστάσεις “προέρχονται” από το συνδυασμό δύο τύπων μνημών του ανθρώπου. Ο πρώτος τύπος αφορά τις γνώσεις που έχει το άτομο σχετικά με μια ασθένεια και οι οποίες είναι βασισμένες σε προσωπικές του εμπειρίες και ο δεύτερος τύπος αφορά τα πρόσφατα επεισόδια της ασθένειας που βίωσε το άτομο σε συνδυασμό με το κατά πόσο ένιωσε απειλή ή όχι (Diefenbach, 2010).

Η αναπαράσταση της ασθένειας αποτελεί κατά ένα τρόπο την κατανόηση της ασθένειας από τον ασθενή, κάτι το οποίο κατά γενική ομολογία περιλαμβάνει και άλλα γνωστικά εργαλεία που αφορούν την απειλή της υγείας του και συμπεριλαμβάνουν την αισιοδοξία του ατόμου, την αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας του καθώς επίσης και τις αντιλήψεις του σχετικά με τους κοινωνικούς κανόνες. Παρά το γεγονός ότι τα παραπάνω δεν αποτελούν μέρος της παραδοσιακής θεωρίας – πλαισίου της αυτορύθμισης, ωστόσο έχουν συμπεριληφθεί στις νέες διευρυμένες εκδοχές της θεωρίας της αυτορύθμισης, όπως είναι το κοινωνικοί – γνωστικό πρότυπο επεξεργασίας πληροφοριών σχετικά με την υγεία (C-SHIP) (Miller, S.M. & Diefenbach, M.A., 1998 και Millar, SM, Shoda Y, Hurley, K.,1996).

Πέρα από την εστίαση μας στο ρόλο των έξι διαστάσεων της αναπαράστασης μιας ασθένειας και την επίδρασή τους στη συμπεριφορά της υγείας το C-SHIP χρησιμοποιεί μια διευρυμένη εικόνα των διαφορετικών παραγόντων που επιδρούν στη συμπεριφορά. Πιο συγκεκριμένα αυτό το μοντέλο απαιτεί την ύπαρξη των πέντε “διεργασιών” μέσω των οποίων οι διάφορες γνωστικές και συναισθηματικές μεταβλητές υπόκεινται σε επεξεργασία (Diefenbach, 2010). Αυτές οι πέντε διεργασίες που απαιτούνται είναι οι εξής:

- κωδικοποίηση και “κατασκευή”
- πεποιθήσεις και προσδοκίες (προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας, πεποιθήσεις ασθένειας)
- στόχος και αξίες (στόχος μιας καλής φυσικής κατάστασης)
- επιπτώσεις και συναισθήματα (καρδιακό επεισόδιο και σχετικές ανησυχίες)
- αυτορυθμιστικές ικανότητες και δεξιότητες.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ

2.1 Τι ορίζουμε ως συναίσθημα

Μια εξήγηση για το τί ορίζουμε ως συναίσθημα δόθηκε από την περιφερειακή θεωρία των James – Lange. Η θεωρία ονομάζεται έτσι καθώς εστιάζει στο περιφερειακό νευρικό σύστημα (αυτόνομο και σωματικό) και όχι στο κεντρικό. Σύμφωνα λοιπόν με αυτή την θεωρία, το συναίσθημα δημιουργείται όταν το άτομο παρατηρεί κάποιες πρότυπες σωματικές αλλαγές και ερμηνεύει το γεγονός που του προκάλεσε αυτό το συναίσθημα (Miles & Wolfgang, 2007).

Υπάρχουν αρκετές θεωρίες που διαπραγματεύονται τον ορισμό του συναισθήματος και επομένως υπάρχουν και αρκετοί ορισμοί (Kleinginna & Kleinginna, 1981). Το συναίσθημα δεν είναι κάτι το οποίο μπορεί να παρατηρηθεί άμεσα καθώς είναι μια “εννοιολογική κατασκευή”. Ωστόσο μπορεί να προκύψει από διάφορες ενδείξεις και από τη μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Μερικά ακόμα στοιχεία που μας υποδεικνύουν το τί είναι συναίσθημα είναι τα πρότυπα των νευροφυσιολογικών μας αντιδράσεων (στο κεντρικό και αυτόνομο νευρικό σύστημα) καθώς επίσης και η κινητική έκφραση (στο πρόσωπο, στη φωνή και τις χειρονομίες). Τέλος ένα ακόμη στοιχείο του όρου συναισθήματος είναι η επιθυμία του ατόμου να δράσει, κάτι το οποίο προκύπτει από την αξιολόγηση του γεγονότος που λαμβάνει χώρα (όπως ο φόβος και η επιθυμία για φυγή) (Miles & Wolfgang, 2007).

Επομένως ο όρος συναίσθημα χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια κατάσταση που εμπεριέχει αρκετά έντονες και αλληλένδετες μεταβολές σε διάφορα υποσυστήματα του οργανισμού και εμφανίζεται ως αντίδραση στην εμφάνιση ενός αρκετά σημαντικού γεγονότος για το άτομο (Miles & Wolfgang, 2007).

2.2 Μηχανισμός συναισθήματος

Οι σύγχρονες απόψεις υποστηρίζουν το σπουδαίο ρόλο των συναισθημάτων, καθώς θεωρούνται αναγκαίες συμπεριφοριστικές αντιδράσεις οι οποίες βοηθούν στη λήψη μιας απόφασης, ενισχύουν τη μνήμη για σημαντικά γεγονότα και διευκολύνουν τις διαπροσωπικές σχέσεις (Lewis M.

,Haviland-Jones M J. & Feldman Barret L., 2008).

Ωστόσο τα συναισθήματα έχουν και έναν αρνητικό θα λέγαμε ρόλο κάποιες φορές, καθώς ορισμένες φορές μπορούν να λειτουργήσουν εις βάρος μας, κυρίως όταν εμφανίζονται σε λάθος στιγμές ή σε λανθασμένο επίπεδο έντασης. Μάλιστα αυτές οι αρνητικές επιδράσεις του συναισθήματος εμπλέκονται και σε αρκετές μορφές ψυχοπαθολογίας (Campbell-Sills & Barlow, Mullin & Hinshaw, Linehan & Bohus, Sher & Grekin, 2008), σε κοινωνικές δυσκολίες (Wranik, Barrett, & Salovey, 2008, Eisenberg, Hofer, & Vaughan, 2008, Shaver & Mikulincer, 2008), ακόμα και σε φυσικές ασθένειες (Sapolsky, 2008).

Για να κατανοήσουμε τον τρόπο λειτουργίας του συναισθήματος, ή καλύτερα τον μηχανισμό του συναισθήματος, θα πρέπει να γνωρίζουμε τους παράγοντες που το ρυθμίζουν. Όσο απλό και αν μας ακούγεται κάτι τέτοιο, στην πραγματικότητα δεν είναι, καθώς υπάρχει μεγάλος αριθμός δυσκολίας στην κατανόηση του.

Για να χαρακτηριστεί κάτι ως συναίσθημα πρέπει να πληρεί κάποια αναγκαία και ικανοποιητικά κριτήρια. Τι είναι λοιπόν αυτό που πρέπει να έχει κάτι για να είναι συναίσθημα; Ή αλλιώς ποιοί είναι οι απαραίτητοι όροι για να είναι κάτι συναίσθημα; τι είναι αυτό – εάν υπάρχει που μας εγγυάται ότι αυτό το κάτι είναι συναίσθημα; Ή αλλιώς ποιοί είναι οι ικανοποιητικοί όροι; Ο λόγος για τον οποίο υπάρχει αυτή η ανάγκη δημιουργίας ενός ενιαίου ορισμού σχετικά με το τί είναι συναίσθημα προέρχεται από το γεγονός ότι ως “συναίσθημα” χαρακτηρίζονται πολλές καταστάσεις στη ζωή μας. Αναφέρεται σε μια σειρά γεγονότων από το πιο έντονο στο πιο ήπιο, από το πιο απλό στο σύνθετο, από κάτι προσωπικό σε κάτι που μπορούμε να μοιραστούμε και με άλλους όπως π.χ. ; στην έκπληξη που νιώθουμε για το νέο τατουάζ του φίλου μας, στην απώλεια κάποιου δικού μας ανθρώπου (Lewis, M. ,Haviland-Jones, M. J. & Barret, L. F., 2007)

2.3 Χαρακτηριστικά συναισθήματος

Αρχικά λοιπόν τα συναισθήματα δημιουργούνται όταν το άτομο αντιδρά σε μία κατάσταση, την οποία θεωρεί και σχετική με τους στόχους του. Οι στόχοι που θέτει ο κάθε άνθρωπος μπορεί να διαφέρουν. Άλλοι μπορεί να είναι μόνιμοι-σταθεροί (π.χ. αίσθημα επιβίωσης) ή προσωρινοί (π.χ. ικανοποίηση από την νίκη της αγαπημένης του ομάδας). Κάποιοι μπορεί να είναι “περιφερειακοί” και κάποιοι άλλοι προσωποκεντρικοί, επίσης ορισμένοι μπορεί να είναι ασυνείδητοι και απλοί (π.χ. σπρώξιμο κάποιου) ενώ κάποιοι άλλοι συνειδητοί και περίπλοκοι (π.χ. οργάνωση εκδίκησης). Ακόμα κάποιοι από αυτούς μπορούν να μοιραστούν με τους φίλους μας ενώ κάποιοι άλλοι είναι ιδιοσυγκρασιακοί.

Ωστόσο ανεξάρτητα από τον στόχο που το άτομο θέτει κάθε φορά, αυτό που αίρει το συναίσθημα είναι η σημασία και η αξία που δίνεται στον εκάστοτε στόχο. Είναι λοιπόν κατανοητό πως δεδομένου ότι με την πάροδο του χρόνου, η αξία-σημασία του κάθε στόχου αλλάζει, τότε θα αλλάξουν και τα συναισθήματα (Lewis M. ,Haviland-Jones M J. , & Feldman Barret L., 2008).

Σύμφωνα με τους Mauss, Levenson, McCarter, Wilhelm, & Gross, (2005), τα συναισθήματα είναι πολύπλευρα, καθολικά φαινόμενα που περιλαμβάνουν αλλαγές στις περιοχές της υποκειμενικής εμπειρίας, της συμπεριφοράς και της κεντρικής και περιφερειακής φυσιολογίας.

Με τον χαρακτηρισμό υποκειμενική άποψη του συναισθήματος αναφερόμαστε σε αυτό που στην καθημερινότητα μας αποκαλούμε “συγκίνηση” ή “προαίσθημα”. Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφέρουμε πως τα συναισθήματα πέρα από το γεγονός ότι μας κάνουν να αισθανόμαστε κάτι, μας κάνουν να νιώσουμε ότι κάνουν κάτι (Frijda, 1986). Αυτό φαίνεται και επεξηγείται χαρακτηριστικά από τις εκφράσεις που χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε τα συναισθήματά μας π.χ. “Πάγωσα από τον φόβο” μου ή “συγκινήθηκα”.

Ωστόσο για να μπορέσουν να “λειτουργήσουν” αυτές οι ενέργειες του συναισθήματος, είναι απαραίτητη η σύνδεσή τους με τις αυτόνομες και νευροενδοκρινείς αλλαγές, οι οποίες με τη σειρά τους θα επιφέρουν κάποια συμπεριφοριστική αντίδραση, ως συνέπεια της κινητικής δραστηριότητας που συνδέεται με την συναισθηματική απόκριση. Επίσης θα πρέπει να αναφέρουμε πως οι αναπτυξιακές αλλαγές που παρατηρούνται τόσο στα συμπεριφοριστικά όσο και στα φυσιολογικά συστήματα απόκρισης του συναισθήματος, διαδραματίζουν έναν θεμελιώδη ρόλο στην ανάπτυξη του συναισθήματος ιδιαίτερα στην παιδική και πρόωρη παιδική ηλικία (Lewis, M. ,Haviland-Jones, M. J. & Barret, L. F., 2007)

Όλες αυτές οι πολύπλευρες αλλαγές που συνδέονται με τα συναισθήματα τις περισσότερες φορές, δεν είναι υποχρεωτικές. Σύμφωνα με την Frijda (1986), τα συναισθήματα κατέχουν μια προστακτική ποιότητα την οποία αποκαλούσε ως “ελεγχόμενη προτεραιότητα”, υποδηλώνοντας μ' αυτό τον τρόπο, ότι μπορούν ανά πάσα ώρα και στιγμή να μας κάνουν να συνειδητοποιήσουμε την συναισθηματική μας κατάσταση. Όμως τα συναισθήματα μας συχνά έχουν να ανταγωνιστούν τις αντιδράσεις-συμπεριφορές μας, οι οποίες προέρχονται από την κοινωνική πραγματικότητα, όπου τα συναισθήματα συνεχώς εναλλάσσονται (Lewis, M. ,Haviland-Jones, M. J. & Barret, L. F. , 2007). Ο William James (1884), υπογράμμισε την ευπλασία του συναισθήματος, θεωρώντας πως το συναίσθημα δεν είναι παρά τάσεις αντίδρασης οι οποίες μπορούν να διαμορφωθούν με αρκετούς τρόπους.

Η φράση “κανονισμός του συναισθήματος” είναι εξαιρετικά ασαφής. Γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο θα μπορούσαμε συμπληρωματικά να αναφερθούμε στον όρο “κανονισμός του συναισθήματος” ως

τον τρόπο με τον οποίο τα συναισθήματα μπορούν να ρυθμίσουν επίσης τις σκέψεις μας, τη φυσιολογία μας, τη συμπεριφορά μας ή στον όρο “κανονισμό των συγκινήσεων” ο οποίος αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο έχουν ρυθμιστεί τα συναισθήματα. Επομένως, εάν μια από τις βασικές λειτουργίες των συναισθημάτων είναι να συντονίζουν τα συστήματα αντίδρασης (Levenson, 1999), τότε και η πρώτη “λειτουργία” του “κανονισμού του συναισθήματος” θα είναι συμπεριεκτική με τον όρο του συναισθήματος. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο προτιμούμε τη δεύτερη χρήση του, αυτή δηλαδή στην οποία ο μηχανισμός του συναισθήματος αναφέρεται σ' ένα σύνολο ετερογενών διαδικασιών, οι οποίες ρυθμίζουν τα συναισθήματα (Lewis, M. ,Haviland-Jones, M. J. & Barret, L. F. , 2007)

Αυτές οι ετερογενείς διαδικασίες βάση των οποίων ρυθμίζεται το συναίσθημα, μπορούν να είναι αυτόματες ή ελεγχόμενες, συνειδητές ή ασυνείδητες ενώ μπορούν να επιδρούν σ' έναν ή σε περισσότερους τομείς της διαδικασίας παραγωγής συναισθήματος. Όμως τα συναισθήματα αποτελούνται από αρκετά επιμέρους “συστατικά” τα οποία εμείς ανακαλύπτουμε σιγά-σιγά με την πάροδο του χρόνου. Γι' αυτόν λοιπόν τον λόγο ο όρος “ρύθμιση συναισθήματος” περιλαμβάνει ένα πλήθος αλλαγών που αφορούν τη “δυναμική” του συναισθήματος (Thompson, 1990), ή τη λανθάνουσα κατάσταση, το χρόνο έναρξης, τη διάρκεια καθώς επίσης και την αντιστάθμιση της αντίδρασης στις συμπεριφοριστικές, εμπειρικές ή φυσιολογικές περιοχές (Lewis, M. ,Haviland-Jones, M. J. & Barret, L. F., 2007)

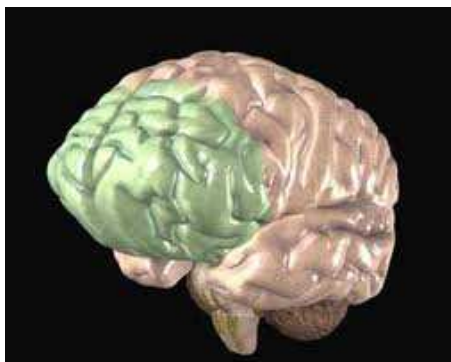
2.4 Νευρωνικά στοιχεία κυκλώματος του συναισθήματος

Σύμφωνα με τους Davidson & Sutton (1995), τα ευρήματα των νευροεπιστημών αναφέρονται στη μελέτη των νευρικών υποστρωμάτων του συναισθήματος. Δηλαδή στις διαδικασίες που βρίσκονται πίσω από τη συναισθηματική μας ικανότητα για άμεσες αντιδράσεις, τον μηχανισμό του συναισθήματος και σε άλλες λειτουργίες που είναι σχετικές με το συναίσθημα. Έρευνες που έχουν γίνει σ' αυτές τις περιοχές και έχουν στηριχθεί πάνω σε ζωικά πρότυπα, σε μελέτες τραυματισμένων εγκεφάλων (στις συγκεκριμένες περιοχές) καθώς επίσης και σε ηλεκτροφυσιολογικές και νευροαπεικονιστικές μελέτες, έχουν ανακαλύψει διάφορες βασικές δομές που όλες μαζί αποτελούν τα “κλειδιά” του κυκλώματος του συναισθήματος του εγκεφάλου. Η αμυγδαλή, ο ιππόκαμπος, ο πρόσθιος φλοιός του προσαγωγίου (ACC), η νήσος του εγκεφάλου και οι ραχιαίες και κοιλιακές περιοχές του προμετωπιαίου φλοιού είναι οι περιοχές που δομούν το κύκλωμα του συναισθήματος

(Davidson, 2000 b). Ωστόσο εμείς θα εστιάσουμε την προσοχή μας κυρίως στον προμετωπιαίο φλοιό (PFC) και την αμυγδαλή του εγκεφάλου, αφού βάσει ερευνών αυτές φαίνεται να είναι οι πιο σχετικές περιοχές με το συναίσθημα (Gross J. J. , 2007).

➤ Προμετωπιαίος φλοιός

Σύμφωνα με τους Miller και Cohen (2001) ο PFC διατηρεί την αντιπροσώπευση των στόχων και των μέσων ώστε να επιτευχθούν. Ιδιαίτερα σε καταστάσεις που είναι διφορούμενες, ο PFC στέλνει προκατειλημμένα σήματα σε άλλες περιοχές του εγκεφάλου προκειμένου να διευκολύνει την έκφραση των στόχων - κατάλληλων αντιδράσεων παρά τον ανταγωνισμό με τις ενδεχομένως ισχυρότερες εναλλακτικές λύσεις. Το ραχιαίο τμήμα του PFC (η περιοχή του Brodmann's) θεωρείται πολύ σημαντικό για τέτοιου τύπου διαδικασίες ελέγχου δεδομένου ότι αντιπροσωπεύει και διατηρεί τις απαιτήσεις στόχου που θεωρούνται απαραίτητες για αυτό τον έλεγχο (Garavan, Ross, & Stein, 1999).

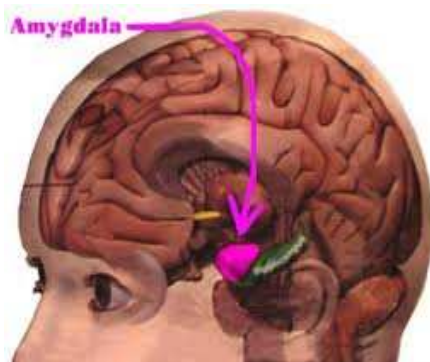


➤ Η αμυγδαλή

Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία η αμυγδαλή είναι πολλή σημαντική για τη στρατολόγηση και το συντονισμό της διέγερσης του φλοιού και την άγρυπνη προσοχή για τη βελτιστοποίηση της αισθητήριας και αντιληπτικής επεξεργασίας των ερεθισμάτων, όπως αυτά που εμφανίζονται για πρώτη φορά, τα «παράξενα» ή τα «διφορούμενα» ερεθίσματα (Whalen, 1998 Holland & Gallagher, 1999 Davis & Whalen, 2001).

Τα περισσότερα – αν όχι όλα – τα ερεθίσματα αυτής της κατηγορίας μπορούν να χαρακτηριστούν ως αποθητικά δεδομένου ότι τείνουμε να είμαστε αρνητικά προκατειλημμένοι απέναντι σε κάποιο

αβέβαιο ερέθισμα (Taylor, 1991), αν και κάποια μέρη της αμυγδαλής έχουν εμπλακεί επίσης στις ορεκτικές διαδικασίες (Holland & Gallagher, 1999). Η αμυγδαλή, μέσω του κεντρικού πυρήνα, συμβάλλει σημαντικά στην κινητοποίηση των συμπεριφοριστικών, αυτόνομων, και ενδοκρινών αποκρίσεων (LeDoux, 2000).



2.5 Υγεία και συναισθήματα

Η μελέτη των συναισθημάτων και της υγείας είναι μια μακροχρόνια ιστορία. Αρχικά η έρευνα είχε επικεντρωθεί στον τρόπο με τον οποίο οι φυσιολογικές αντιδράσεις επηρεάζουν τα εξωτερικά γεγονότα (Selye, 1951). Οι μετέπειτα έρευνες εξέτασαν το πώς η βίωση αρνητικών συναισθημάτων επηρεάζει τη δυνατότητα του σώματος να αντιμετωπίζει τις μολύνσεις (Cohen & Wills, 1985). Στις πρόσφατες μελέτες τους οι Leventhal και ο Patrick-Miller (2000) υποστήριξαν πως τα συναισθήματα μπορούν να επηρεάσουν την κατάσταση της υγείας μας, όπως επίσης και την έκβαση της ενώ ακόμη μπορούν να αποτελούν και τους δείκτες της. Αυτού του είδους οι σχέσεις μας κάνουν να υποθέτουμε πως υπάρχει μια άμεση σύνδεση μεταξύ υγείας και συναισθημάτων. Ωστόσο έχουν προβλεφθεί και οι έμμεσες επιρροές ανάμεσα στην υγεία και τα συναισθήματα όπως όταν τα συναισθήματα επηρεάζουν τη συμπεριφορά της υγείας και στην πορεία μπορούν να επηρεάσουν και την κατάστασή της (π.χ. Προστασία από τον καρκίνο) (Lewis, M., Haviland-Jones, M. J. & Barret, L. F., 2007)

Από την άλλη, οι “παραδοσιακές” θεωρίες συμπεριφοράς της υγείας, όπως το μοντέλο πεποίθησης της υγείας ή η θεωρία της προγραμματισμένης συμπεριφοράς (Ajzen, 1985) δεν έχουν εστιάσει στην επιρροή των συναισθηματικών καταστάσεων στην συμπεριφορά της υγείας. Αυτές οι θεωρίες εξετάζουν μια προοπτική αυτορύθμισης η οποία έρχεται σε αντίθεση με τη θεωρία του παράλληλα

επεξεργασμένου πρότυπου (Leventhal, 1970) και το κοινωνικό-γνωστικό πλαίσιο επεξεργασίας πληροφοριών της υγείας (C-SHIP) (Miller, Shoda, & Hurley, 1996). Και οι δύο αυτές νέες προσεγγίσεις, δίνουν την ίδια σημασία τόσο στη συναισθηματική κατάσταση όσο και στη γνωστική επεξεργασία μια απειλής για την υγεία. Εξ' αιτίας όμως του μεγάλου όγκου της βιβλιογραφίας που εξετάζει την περιγραφή και την επιρροή των απόψεων σχετικά με την υγεία αλλά και με τις ασθένειες, οι ρόλοι της συναισθηματικής επίγνωσης της υγείας καθώς επίσης και η συμπεριφορά της υγείας δεν έχουν ακόμη περιγραφεί επαρκώς (Lau & Hartman, 1983, Meyer, Leventhal, & Gutmann, 1985, & Miller, Diefenbach, Krantz, Baum, & Academy of Behavioral Medicine Research, 1998).

Παρά το γεγονός ότι τα συναισθήματα και οι άλλες συναισθηματικές εμπειρίες έχουν συνδεθεί με συγκεκριμένες νευρωνικές δομές και κυκλώματα, για τις σχέσεις των συναισθημάτων και των περιφερειακών περιοχών του νευροενδοκρινούς και νευροάνοσου συστήματος που συμβάλουν στην υγεία, λίγα στοιχεία έχουν γίνει γνωστά. Οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί και αφορούν τα συναισθήματα και αυτές τις περιφερειακές δομές έχουν εστιάσει στην έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες καθώς επίσης και στην εμπειρία των διάχυτων γνωστικών και συναισθηματικών καταστάσεων του μυαλού όπως π.χ. Η στεναχώρια (Kemeny & Schedlowski, 2007).

Παράλληλα οι ερευνητές έχουν, μελετήσει την σύνδεση αυτών των περιφερειακών μοντέλων με τις ψυχιατρικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων και των διαταραχών της διάθεσης όπως η μείζον κατάθλιψη. Από την άλλη έχει δοθεί μικρή προσοχή στις σχέσεις μεταξύ των συναισθημάτων και αυτών των ρυθμιστικών συστημάτων (Lewis, M., Haviland-Jones, M. J. & Barret, L. F., 2007), παρά το γεγονός πως οι συναισθηματικές καταστάσεις θεωρούνται συχνά ως κύριοι μεσολαβητές ανάμεσα σε μια περιβαλλοντική διαταραχή και τη περιφερειακή φυσιολογία (Lazarus & Folkman, 1984).

Ωστόσο η σύνδεση των συναισθημάτων και της υγείας είναι ένα θέμα που απασχολούσε τους ανθρώπους από την αρχαιότητα. Συγκεκριμένα ο Ιπποκράτης (460-377 π. Χ.), θεωρούσε πως οι συγκινήσεις που έχουν άμεσα σχέση με τα συναισθήματα μπορούν να επηρεάσουν τις διάφορες λειτουργίες του σώματος, αλλά και να αποτελέσουν την αρχή πολλών ασθενειών, γι αυτόν ακριβώς τον λόγο εξέταζε τους σφυγμούς της καρδιάς και τον ιδρώτα, προκειμένου να δείξει πως το ανθρώπινο σώμα αντιδρά σε συναισθήματα όπως η ντροπή, ο φόβος, και ο θυμός.

Σύμφωνα με την ψυχολόγο Σιάμου Δανάη (2012), τα πιο βασικά συναισθήματα που σχετίζονται κυρίως με την εμφάνιση κάποιων ψυχοσωματικών προβλημάτων είναι η θλίψη, ο θυμός και αναμφίβολα το άγχος. Όμως ας εξετάσουμε λίγο πιο αναλυτικά τα τρία αυτά συναισθήματα:

Θλίψη: Το συναίσθημα αυτό δημιουργείται συνήθως μετά από έναν χωρισμό, μία αποτυχία ή μία

απώλεια. Συνήθως εκφράζεται ως μελαγχολία, στεναχώρια, πένθος, και είναι απόλυτα φυσιολογικό να τη βιώνουμε σε δυσάρεστες καταστάσεις, αλλά με κάποιο μέτρο. Όταν η θλίψη ξεπερνά το φυσιολογικό (δηλαδή όταν το συναίσθημα κυριεύει τη ζωή μας και χάνουμε τον έλεγχο του) ή όταν δεν εκδηλώνεται ή δεν εκφράζεται καθόλου, τότε είναι πολύ πιθανόν να απειλήσει την υγεία μας.

Θυμός: Όλοι μας κάποια στιγμή στη ζωή μας έχουμε νιώσει τον θυμό είτε ως ένα απλό εκνευρισμό είτε ως έντονη οργή. Σύμφωνα με τον Charles Spielberger, έναν ψυχολόγο που ειδικεύεται στη μελέτη του θυμού, ο θυμός είναι μία “συναισθηματική κατάσταση που ποικίλλει σε ένταση από τον ήπιο εκνευρισμό ως και την έντονη οργή και μανία”. όπως όλα τα συναισθήματα έτσι και ο θυμός συνοδεύεται από κάποιες φυσιολογικές και σωματικές αλλαγές: έτσι όταν θυμώνουμε, η καρδιά μας χτυπά πιο δυνατά και η πίεση του αίματος μας αυξάνεται, όπως αυξάνονται και τα επίπεδα των ορμονών αδρεναλίνη και νοραδρεναλίνη. Το να βιώνουμε αυτό το συναίσθημα σε καταστάσεις έντασης, αδικίας ή προσβολής είναι κάτι το φυσιολογικό, όταν όμως το συναίσθημα αυτό έχει θαφτεί, αναχαιτιστεί ή εκφραστεί λάθος, τότε έχει συνέπειες στο σώμα μας, στην ψυχή μας και στον κοινωνικό μας εαυτό.

Άγχος: Το άγχος σε ψυχολογικό επίπεδο μπορεί να αποτελέσει ένα σήμα κινδύνου, το οποίο θα μας προστατεύσει από μία επερχόμενη απειλή. Κάποιοι ίσως να συνδέουν το άγχος με τον φόβο, όμως θα πρέπει να αναφέρουμε ότι ο φόβος προέρχεται από μια γνωστή, εξωτερική και συγκεκριμένη "πηγή", ενώ το άγχος από μια άγνωστη, απρόσωπη, ασαφής και εξωτερικευμένη "απειλή". Τα συμπτώματα του είναι η ταχυκαρδία, το τρέμουλο, η αύξηση του ρυθμού της αναπνοής, οι στομαχικές διαταραχές και η εφίδρωση. Επίσης προκαλεί ανησυχία, ανικανότητα συγκέντρωσης, σύγχυση και αρνητικές σκέψεις, καθώς και αλλαγές στη συμπεριφορά, όπως είναι η γρήγορη ή η αργή ομιλία, δάγκωμα των νυχιών, γρήγορες κινήσεις των ποδιών και σύσπαση μυών. Ωστόσο και το άγχος όταν εκδηλώνεται με ένα μέτρο θεωρείται ένα φυσιολογικό συναίσθημα καθώς μας διατηρεί σε εγρήγορση και ετοιμότητα προκειμένου να αντιμετωπίσουμε το αγχογόνο γεγονός. Όμως σε υπερβολικό βαθμό αποτελεί μπορεί να αποτελέσει μια παθογόνο κατάσταση, αφού δεν είναι τυχαίο πως στις μέρες μας η αγχώδης διαταραχή αποτελεί μία από τις πιο σοβαρές ασθένειες

Στις μέρες μας υπάρχουν αρκετές έρευνες που επιβεβαιώνουν ότι πολλά από τα σωματικά προβλήματα και ασθένειες που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι έχουν σχέση με τα συναισθήματα που βιώνουν. Το έντονο στρες, ένα διαζύγιο, ένας θάνατος, μία απόλυση από τη δουλειά, είναι πιθανό να προκαλέσουν ένα σύνολο συμπτωμάτων, σαν αντίδραση στο έντονο και βίαιο συναίσθημα που βιώνουμε και δε μπορούμε να αποβάλλουμε ή να το αντιμετωπίσουμε. Μερικά από αυτά τα προβλήματα είναι:

•**Δερματολογικά προβλήματα** (δερματίτιδες, ακμή, έρπης, ψωρίαση, κνίδωση)

- **Γαστρεντερικά προβλήματα** (έλκος δωδεκαδακτύλου, γαστρίτιδα, σπαστική κολίτιδα, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση)
- **Καρδιολογικά προβλήματα** (ιδιοπαθής υπέρταση, ταχυπαλμίες, αρρυθμίες, στεφανιαία νόσος)
- **Αναπνευστικά προβλήματα** (βρογχικό άσθμα)
- **Προβλήματα ύπνου** (αϋπνίες, ενύπνιοι τρόμοι, εφιάλτες)
- **Σύνδρομο χρόνιου πόνου**
- **Κεφαλαλγίες**
- **Ημικρανίες**
- **Σεξουαλικές δυσλειτουργίες**
- **Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης**
- **Παθήσεις του ανοσολογικού**
- **Πόννοι και διαταραχές έμμηνου ρύσης**
- **Παχυσαρκία**
- **Φιλασθένεια**

Μάλιστα δεν είναι τυχαίο ότι αρκετοί συνάνθρωποί μας επισκέπτονται τον γιατρό για κάποιο από τα παραπάνω συμπτώματα και συχνά δεν μπορούν να διαπιστώσουν την αιτία του προβλήματός τους ή ακόμα και την λύση του. Ο λόγος που συμβαίνει κάτι τέτοιο είναι γιατί πολύ απλά δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη αιτία που να δημιουργεί αυτά τα συμπτώματα . Παρ' όλα αυτά το άτομο που τα βιώνει αντιμετωπίζει σοβαρές επιπτώσεις στην καθημερινότητα του, τόσο σε επίπεδο προσωπικό, διαπροσωπικό, επαγγελματικό, κ.α. με αποτέλεσμα και η ποιότητα της ζωής του να είναι υποβαθμισμένη (Σιάμου, 2012). Αυτός είναι και ένας λόγος για τον οποίο τα τελευταία χρόνια ο τομέας της ψυχικής υγείας έχει δώσει πολύ μεγάλη προσοχή στη μελέτη των συναισθημάτων που μπορούν να επηρεάσουν τόσο πολύ τις ζωές των ανθρώπων (Κωνσταντινίδη, 2009).

Ο τρόπος ζωής στις μέρες μας έχει αλλάξει σε μεγάλο βαθμό σε σχέση με παλαιότερες εποχές, καθημερινά οι άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με αρκετά στρεσογόνες καταστάσεις οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα την πυροδότηση αρνητικών συναισθημάτων. Δεν είναι λίγες οι μελέτες που αναφέρουν πως υπάρχει υψηλή σχέση ανάμεσα σε αρνητικά συναισθήματα όπως το άγχος ή ο θυμός και ασθένειες όπως η στεφανιαία νόσος, η καρδία, η πίεση κ.α. Επιπλέον όταν κάποιος βιώνει συνεχώς αρνητικά συναισθήματα αυτό μπορεί να τον επηρεάσει σε τέτοιο βαθμό ώστε να ερμηνεύει αρνητικά ακόμα και μια ουδέτερη κατάσταση και κατ' επέκτασιν να επηρεαστεί τόσο η σωματική όσο και η ψυχική του υγεία (Κωνσταντινίδη, 2009).

Βέβαια η λύση δεν είναι να μην βιώνουμε αρνητικά συναισθήματα, καθώς είναι και αυτά κομμάτι της συναισθηματικής μας εμπειρίας και όταν εκδηλώνονται σε ένα φυσιολογικό επίπεδο έντασης έχουν και τη χρησιμότητά τους, όπως για παράδειγμα μικρές δόσεις άγχους μπορεί να μας κινητοποιήσουν να λάβουμε δράση ή να βελτιώσουν την απόδοσή μας, λίγη θλίψη μπορεί να μας κάνει εσωστρεφείς και έτσι να ανασυνταχθούμε, ενώ ο θυμός μπορεί να μας δραστηριοποιήσει ώστε να διεκδικήσουμε το δίκιο μας. Αυτό που έχει αποδειχθεί - ύστερα από έρευνες- πως βοηθάει ουσιαστικά είναι η εξισορρόπηση των αρνητικών συναισθημάτων από θετικά συναισθήματα, καθώς αυτά επιδρούν ευεργετικά στον άνθρωπο, διευρύνοντας την αντίληψη του, αυξάνουν τα επίπεδα δραστηριότητάς μας κ.α. (Κωνσταντινίδη, 2009).

2.6 Διαφορές φύλων στα συναισθήματα

Είναι ευρέως αποδεκτό πως υπάρχουν διαφορές στη συναισθηματική λειτουργία ανάμεσα στα δύο φύλα, οι οποίες όμως συχνά δεν συμβιβάζονται με την προσωπικότητα, τις κοινωνικές και πολιτισμικές διαφορές καθώς επίσης με την ποιότητα των συναισθημάτων και τα χαρακτηριστικά του στόχου. Αυτό δεν είναι κάτι που μας προκαλεί εντύπωση, αν μελετήσουμε τις ευπροσάρμοστες επικοινωνιακές και συναισθηματικές λειτουργίες που εξυπηρετούν τα συναισθήματα (Lewis, M. ,Haviland-Jones, M. J. & Barret, L. F., 2007)

Οι άνδρες και οι γυναίκες μεγαλώνουν και κοινωνικοποιούνται με τέτοιο τρόπο ώστε να έχουν διαφορετικά κίνητρα και στόχους στη ζωή τους. Ωστόσο η ανατροφή των δύο φύλων είναι κάτι που επηρεάζεται και από την ηλικία, το πολιτιστικό υπόβαθρο και την κοινωνικοποίησή τους. Έτσι οι φυλετικές αυτές διαφορές θα πρέπει να εντοπίζονται και στις συναισθηματικές τους διεργασίες και η γενίκευσή τους σε ένα ευρύτερο επίπεδο είναι λανθασμένη (Lewis, M. ,Haviland-Jones, M. J. & Barret, L. F., 2007). Υπάρχει επίσης διαφορά ανάμεσα στους κοινωνικοδιαπροσωπικούς στόχους των δύο φύλων και αυτό γιατί συμπεριλαμβάνουν τους κοινωνικά προδιαγεγραμμένους ρόλους τους (π.χ. φροντίδα του παιδιού από την γυναίκα σε αντίθεση με τον ρόλο του “κουβαλητή” για τον άνδρα), τα κοινωνικά κίνητρα καθώς επίσης και τις δυσαναλογίες δύναμης και θέσης των δύο φύλων, όπου οι άντρες κατέχουν τη κυρίαρχη θέση (Brody,1999).

Αυτές οι διαπροσωπικές και ενδοατομικές διαδικασίες μπορούν ακόμα να επηρεαστούν από μια σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ των φυλετικών διαφορών και να επισημάνουν τις βιολογικές, κοινωνικές και πολιτισμικές αντιδράσεις οι οποίες είναι στην πραγματικότητα επηρεασμένες από τις εκάστοτε πολιτισμικές αξίες που ορίζουν το γένος και τους ρόλους του (Lewis, M. ,Haviland-

Jones, M. J. & Barret, L. F., 2007). Τα στερεότυπα σχετικά με το γένος μπορούν να επηρεάσουν την αντίληψη των ατόμων και κατ' επέκτασιν και τις απόψεις τους και τα χαρακτηριστικά των περιγραφών τους (Robinson & Clore, 2002). Μάλιστα αρκετές είναι οι έρευνες που υποστηρίζουν την παραπάνω άποψη, πιο συγκεκριμένα σε έρευνα που έγινε σε φοιτητές φάνηκε πως ο βαθμός στον οποίο οι επικύρωσαν τα στερεότυπα γένους, αφορούσε την έκταση των διαφορετικών συναισθημάτων τα οποία είχαν βιώσει για το αντίθετο φύλλο (Grossman & Wood, 1993). Επιπλέον οι στερεοτυπικές απόψεις μπορεί να επιδεινωθούν από τα επιθυμητά κοινωνικά κίνητρα, τα οποία μπορεί στη συνέχεια να επηρεαστούν από τους κανόνες επίδειξης και τέλος η σημαντική εννοιολογική διάκριση μεταξύ της συναισθηματικής εμπειρίας και της συναισθηματικής έκφρασης είναι συχνά διαφορούμενες (Lewis, M., Haviland-Jones, M. J. & Barret, L. F., 2007).

Αρκετές ακόμα μελέτες αποδεικνύουν πως οι γυναίκες εκφράζονται συναισθηματικά σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τους άνδρες. (Simon & Nath, 2004). Οι Gross και John (1998) ανέλυσαν έξι διαφορετικούς παράγοντες οι οποίοι συχνά χρησιμοποιούνται σε αυτοαναφορές συναισθηματικών εκφράσεων και προσδιόρισαν πέντε παράγοντες:

- την θετική εκφραστικότητα,
- την αρνητική εκφραστικότητα,
- την ένταση της συναισθηματικής έκφρασης,
- την έκφραση εμπιστοσύνης, και
- την ρύθμιση του συναισθήματος (όπως η καταστολή του θυμού).

Οι γυναίκες εκτιμήθηκαν σημαντικά υψηλότερα στους τρεις πρώτους παράγοντες ενώ βρέθηκε και μεγαλύτερη ισχύ συναισθήματος στις περιγραφές συγκεκριμένων συναισθηματικών τους εμπειριών (Hess, U., Senecal, S., Kirouac, G., Herrera, P., Philippot, P., & Kleck, R. E., 2000, Tobin, Graziano, Vanman, & Tassinary, 2000).

ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

3.1 Στρατηγικές αντιμετώπισης στρες

Εφόσον πραγματοποιηθεί η γνωστική αξιολόγηση του στρες το αμέσως επόμενο βήμα είναι η εφαρμογή των στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες. Οι Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis και Gruen (1986), ορίζουν αυτές τις στρατηγικές ως μια “μια προσπάθεια του ατόμου τόσο σε γνωστικό όσο και σε συμπεριφοριστικό επίπεδο, να διευθετήσει, (μειώσει, ελαχιστοποιήσει ή επιβληθεί) στις εξωτερικές και εσωτερικές απαιτήσεις που επιφέρει η αλληλεπίδραση προσώπου-περιβάλλοντος, οι οποίες έχουν αξιολογηθεί πως θέτουν το άτομο σε κρίση ή ακόμα πως ξεπερνούν τις δυνατότητές του”.

Οι Folkman και Lazarus (1980), αναφέρθηκαν σε δύο κύριες κατηγορίες στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες (ΣΑΣ): α) των εστιασμένων στο πρόβλημα και β) των εστιασμένων στο συναίσθημα.

Οι στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα αναφέρονται στις προσπάθειες του ατόμου να ελέγξει ή να δώσει μια λύση στο πρόβλημά του. Σ' αυτού του είδους τις στρατηγικές συμπεριλαμβάνονται (Καραδήμας, 2005):

- οι τεχνικές επίλυσης του προβλήματος
- η αναζήτηση και η συγκέντρωση πληροφοριών
- η δημιουργία πλάνου δράσης
- η ανεύρεση εναλλακτικών λύσεων κ.α

Από την άλλη, οι στρατηγικές που εστιάζουν στο συναίσθημα αναφέρονται στις προσπάθειες του ατόμου να ρυθμίσει το παραγόμενο συναίσθημα. Σ' αυτή την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται οι στρατηγικές που είναι σχετικές με (Καραδήμας, 2005) :

- την αποφυγή του στρεσογόνου ερεθίσματος
- την απομόνωση
- την άρνηση
- την ευχολογία
- την παραίτηση
- την λήψη ουσιών κ.α

Ωστόσο το ποία ΣΑΣ θα επιλεγθεί από το άτομο καθώς επίσης και ο τρόπος εφαρμογής της, εξαρτάται από ένα πλήθος παραγόντων που έχουν να κάνουν είτε με την εκάστοτε περίσταση και την υφή των γεγονότων είτε με τα χαρακτηριστικά του ατόμου (Folkman & Lazarus 1984). για παράδειγμα η ασάφεια της κατάστασης, είναι ένα περιβαλλοντικό χαρακτηριστικό που μπορεί να επηρεάσει την επιλογή στρατηγικής. Επιπλέον όταν μια κατάσταση θεωρείται ασαφής τότε αυτό θα επηρεάσει και την διαδικασία γνωστικής αξιολόγησης καθώς επίσης και την εφαρμογή στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες. Όμως υπάρχει και η αντίθετη άποψη, πέραν της παραδοσιακής ψυχολογία που υποστηρίζει πως η ασάφεια μιας κατάστασης μπορεί ακόμη να οδηγήσει στην απελπισία και το άγχος, και η οποία πρεσβεύει πως η ασάφεια μπορεί να έχει και θετικές επιδράσεις. Μάλιστα επεξηγεί την άποψή της αναφέροντας πως μια ασαφής κατάσταση μπορεί να ωθήσει το άτομο να δημιουργήσει μια θετική-ελπιδοφόρα άποψη για το περιβάλλον του με αποτέλεσμα να νιώσει πιο ισχυρό για να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του (Καραδήμας , 2005). Ωστόσο οι ατομικοί παράγοντες που χαρακτηρίζουν αν ένα γεγονός είναι θετικό, ουδέτερο ή επικίνδυνο, απειλητικό ή προκλητικό είναι αρκετοί. Όμως παρ' όλα αυτά φαίνονται να ξεχωρίζουν δύο: τα κίνητρα και οι πεποιθήσεις του ατόμου περί προσωπικού ελέγχου. Ο ρόλος που παίζουν τα κίνητρα που προσφέρονται στο άτομο είναι πολύ σημαντικός, καθώς από αυτό θα εξαρτηθεί η εμπλοκή του σε μια κατάσταση ή ο βαθμός δέσμευσης του σε αυτή. Εάν υπάρχει ισχυρό κίνητρο ή μια σημαντική δέσμευση η κατάσταση θα κριθεί ως στρεσογόνα (Folkman & Lazarus 1984).

Μ' έναν παρόμοιο τρόπο διαφέρουν τα άτομα και ως προς τις πεποιθήσεις που έχουν στο κατά πόσο μπορούν να ελέγξουν τη μοίρα τους. Φυσικά και αυτό είναι κάτι που θα επηρεάσει την διαδικασία αξιολόγησης των γεγονότων αλλά και ποιά μέθοδος αντίδρασης θα επιλεγθεί (Folkman, 1984). Έτσι ανάλογα με το κατά πόσο και σε ποιά βαθμό θεωρεί το άτομο ότι μπορεί να ασκήσει έλεγχο στη μοίρα του επηρεάζονται και οι προσδοκίες του για την αυτοαποτελεσματικότητα του (Bandura, 1986). Το 1966 ο Lazarus συνέδεσε το είδος των στρατηγικών που εφαρμόζει το άτομο με την κατάσταση της υγείας του. Το 1984 μαζί με τον Folkman υποστήριξαν πως όταν ένα άτομο χρησιμοποιεί στρατηγικές που είναι εστιασμένες στο συναίσθημα, εγκλωβίζεται σ' ένα φαύλο κύκλο στον οποίο μπορεί βραχυπρόθεσμα να μειώνεται η δυσφορία του και τα δυσάρεστα συναισθήματα που νιώθει, όμως δεν προσφέρεται ουσιαστική λύση στο πρόβλημά του καθώς αφήνει ανεπηρέαστη την πηγή του προβλήματος. Έτσι το άτομο καταλήγει σε μια κατάσταση “αδυναμίας” η οποία χαρακτηρίζεται από συμπτώματα χρόνιου άγχους, κατάθλιψης και αναίτιας κόπωσης.

Το 1984 οι Cronkite και Mos υποστήριξαν πως οι στρατηγικές απευθείας αντιμετώπισης της κατάστασης είναι πιο αποτελεσματικές από τις στρατηγικές αποφυγής του προβλήματος (αποφυγή του προβλήματος με παράλληλη ρύθμιση του συναισθήματος). Οι Carver, Scheirer και Weintraub

(1989), έχοντας μελετήσει τη σχετική βιβλιογραφία κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η θετική επαναξιολόγηση, η κοινωνική υποστήριξη, και η θετική ενίσχυση διευκολύνουν την προσαρμογή του ατόμου σε μια χρόνια ασθένεια. Αντίθετα, η άρνηση, η χρήση ουσιών, και η αποφυγή ανάληψης δράσης ανήκουν στην κατηγορία των δυσπροσαρμοστικών στρατηγικών.

Οι Forsythe και Compas το 1987 διατύπωσαν την υπόθεση τους σχετικά με την εναρμόνιση της κατάστασης και των στρατηγικών που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπισή της. Η έρευνά τους αποκάλυψε πως για να υπάρξει ένα θετικό αποτέλεσμα, δηλαδή για να αντιμετωπιστεί ικανοποιητικά μια κατάσταση, είναι σημαντικό να υπάρχει μια αντιστοιχία ανάμεσα στο βαθμό ελέγχου των καταστάσεων – σύμφωνα με την αντίληψη του ατόμου, καθώς επίσης και του είδους των στρατηγικών που χρησιμοποιούνται. Όταν το πρόβλημα θεωρείται ελέγξιμο τότε οι πλέον καταλληλότερες στρατηγικές είναι αυτές της καταμέτρωπο αντιμετώπισης ενώ αντίθετα όταν το πρόβλημα χαρακτηρίζεται ως λιγότερο ή καθόλου ελέγξιμο τότε προτιμούνται οι στρατηγικές που εστιάζουν στη ρύθμιση του συναισθήματος. Όταν όμως δεν ακολουθούνται αυτές οι αντιστοιχίες τότε έχουμε αύξηση της συμπτωματολογίας.

Ο διαχωρισμός των στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες σε “προσαρμοστικές” και “δυσπροσαρμοστικές” δεν θα πρέπει να θεωρείται ως σταθερός και αμετάβλητος. Για να μπορέσουμε να πούμε με ακρίβεια αν μια στρατηγική είναι λειτουργική σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή θα πρέπει αρχικά να είμαστε γνώστες του ατόμου που δρα, το είδος της κατάστασης που αντιμετωπίζει καθώς επίσης και του ευρύτερου περιβάλλοντος (Καραδήμας, 2005).

Σύμφωνα με τους Lazarus και Folkman (1984), οι στρατηγικές αποτελούν μια διαδικασία εξέλιξης και αλλαγής, ενώ παράλληλα θεωρούν τις ευέλικτες στρατηγικές ως τις πιο αποτελεσματικές για τη διαχείριση του στρες. Ωστόσο θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η μελέτη των ΣΑΣ είναι σημαντική γιατί επηρεάζει και τον τρόπο με τον οποίο το άτομο διαμορφώνει το περιβάλλον του, πέρα από τη σχέση του με το στρες και την υγεία (Lazarus, 1991).

Τέλος για να μπορέσουμε να μετρήσουμε τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες χρησιμοποιούμε την κλίμακα Ways of Coping Questionnaire (Lazarus & Folkman 1984), αν και υπάρχουν και αρκετές άλλες, ωστόσο αυτή χρησιμοποιείται ευρύτερα και μετρά τους εξής παράγοντες: θετική προσέγγιση (θετική επαναξιολόγηση και επίλυση προβλήματος), αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, ευχολογία και αναζήτηση θεϊκής βοήθειας, αποφυγή και παραίτηση, καθώς και διεκδικητική επίλυση προβλήματος (Καραδήμας, 1998).

3.2 Αντιμετώπιση χρόνιας ασθένειας

Όσο αφορά τις χρόνιες ασθένειες ένας μεγάλος αριθμός παρεμβάσεων έχει εφαρμοστεί σε ασθενείς με μεγάλη επιτυχία. Αυτά τα προγράμματα διαφέρουν ανάλογα με την κάθε περίπτωση, καθώς "εστιάζουν" στο κάθε πρόβλημα με σκοπό την εκμάθηση συγκεκριμένων δεξιοτήτων, που θα βοηθήσουν τον ασθενή να το αντιμετωπίσει.

Ένα νέο είδος παρέμβασης είναι το Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Αποτελεσματικής Αντιμετώπισης (Chesney & Folkman, 1994), το οποίο εστιάζει τόσο στον τρόπο που οι ασθενείς αξιολογούν τους στρεσογόνους παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια τους, όσο και τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν για να τους διαχειριστούν. Στη συγκεκριμένη παρέμβαση δίνεται μεγάλη σημασία στον τρόπο με τον οποίο το άτομο θα συνδυάσει την κατάστασή του - με βάση πάντα το πώς την έχει αξιολογήσει-, με την επιλογή στρατηγικής. Όταν η κατάσταση κρίνεται ως μη ελέγξιμη τότε οι στρατηγικές τους εστιάζουν στο συναίσθημα, αφού είναι οι καταλληλότερες καθώς ενθαρρύνουν τον ασθενή. Από την άλλη οι στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα κρίνονται καταλληλότερες όταν η κατάσταση κρίνεται ως ελέγξιμη. Εκτός από την προσφορά κοινωνικής στήριξης, οι ασθενείς εκπαιδεύονται επίσης και για το πώς θα αποκτήσουν πρόσβαση σε δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης στην ευρύτερη κοινότητα.

Σε έρευνα που έγινε σε άνδρες που έπασχαν από HIV, το Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Αποτελεσματικής Αντιμετώπισης αύξησε θετικά τον επαναπροσδιορισμό και επαναπρογραμματισμό και μείωσε την εξάρτηση από τις στρατηγικές απεμπλοκής που προωθούν τα επίπεδα ευημερίας (Chesney & Folkman, 1994).

Μια ακόμα επιλογή, είναι η παρακολούθηση δομημένων συνεδριών πάνω στη διαχείριση του στρες, στην επικοινωνία και στον τρόπο επίλυσης προβλημάτων, κάτι το οποίο έχει φανεί να είναι πιο αποτελεσματικό από τις ομαδικές υποστηρικτικές θεραπείες. Μια συγκριτική μελέτη ανάμεσα στις δύο μεθόδους, και με δείγμα μια μικρή ομάδα καρκινοπαθών, απέδειξε πως οι ασθενείς που υποβάλλονται στο πρόγραμμα αντιμετώπισης, σημείωσαν υψηλότερα επίπεδα ευεξίας και λειτουργικότητας (Telch & Telch, 1986).

Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία, οι παρεμβάσεις που έχουν σχεδιαστεί με σκοπό να προωθήσουν την αντιμετώπιση μιας χρόνιας ασθένειας, μπορούν επίσης να έχουν και σημαντικά-θετικά οφέλη για την υγεία του ατόμου. Η πιο γνωστή έρευνα σ' αυτό τον τομέα έχει διεξαχθεί από τον Spiegel (Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H. C. & Gottheil, E. 1989). Η έρευνα διήρκεσε ένα χρόνο και συμμετείχαν ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του μαστού, οι οποίοι επιλέχθηκαν με τυχαία δειγματοληψία και χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η πειραματική

ομάδα που ακολούθησε το πρόγραμμα των παρεμβάσεων έζησε το διπλάσιο χρονικό διάστημα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Ουσιαστικά αυτά τα προγράμματα ελέγχου αποτελούνται από έκφραση των συναισθημάτων, και συζητήσεις που προωθούν τις στρατηγικές αντιμετώπισης μιας χρόνιας ασθένειας, όπως π.χ η εκμάθηση της αυτό-ύπνωσης για τον έλεγχο του πόνου. Μετά από αυτή την έρευνα, ο Frawzy και οι συνεργάτες του έδειξαν πως ασθενείς με κακοήγη μελανώματα, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε παρέμβαση αντιμετώπισης χρόνιας ασθένειας, που ήταν έντονα προσανατολισμένη στην αντιμετώπιση του προβλήματος και είχε διάρκεια έξι εβδομάδων, είχαν λιγότερες πιθανότητες να έχουν μια υποτροπή ή να πεθάνουν εξ' αιτίας του προβλήματος τους σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Hym, C. S., Elastoff, R., Guthrie, D., Fahey, J. L. & Morton, D. L. (1993).

Μια σύγκριση των ομάδων έξι μήνες μετά από την παρέμβαση απέδειξε πως το Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Αποτελεσματικής Αντιμετώπισης είχε μειώσει το αίσθημα απελπισίας, αύξησε την χρήση ικανοτήτων διαχείρισης μιας χρόνιας ασθένειας και βελτίωσε την λειτουργία του ανοσοποιητικού (Fawzy, F. I., Cousins, N., Fawzy, N. W., Elastoff, R., & Morton, D. L. 1990).

Αν και τα αποτελέσματα των ερευνών αποτελούν μια σημαντική υποστήριξη για την περαιτέρω ανάπτυξη των δεξιοτήτων αντιμετώπισης μιας χρόνιας ασθένειας ως θεραπεία, ωστόσο είναι δύσκολο να διαχωρίσουμε τους εξωτερικούς παράγοντες που συμβάλλουν σ' αυτές τις ομάδες παρέμβασης από τις ειδικές επιδράσεις που έχουν οι ικανότητες αντιμετώπισης. Αυτά τα ομαδικά προγράμματα θεραπείας προσπαθούν να ενσωματώσουν και άλλα "στοιχεία", όπως ψυχολογική υποστήριξη και εκπαίδευση μέσω της διδασκαλίας στρατηγικών αντιμετώπισης ενώ παράλληλα διενεργούν έρευνες για την εξακρίβωση των ειδικών πλεονεκτημάτων που έχουν οι παρεμβάσεις αντιμετώπισης μιας χρόνιας ασθένειας. Οι μελέτες των παρεμβάσεων είναι πολύτιμες μέθοδοι για τον έλεγχο του μοντέλου εκμάθησης δεξιοτήτων καθώς επίσης αποτελούν και ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο για την διερεύνηση της διαδικασίας αντιμετώπισης μιας χρόνιας ασθένειας μέσα στο πέρασμα του χρόνου.

Οι παρεμβάσεις που αναπτύσσουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης και προωθούν τον συνδυασμό ανάμεσα στη χρήση μιας στρατηγικής που είναι εστιασμένη είτε στο πρόβλημα είτε στο συναίσθημα καθώς επίσης και στα χαρακτηριστικά της κάθε περίπτωσης, φαίνεται να είναι μια πολλά υποσχόμενη μέθοδος που θα βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της έρευνάς μας ήταν να ελέγξουμε πως τα συναισθήματα μας μπορούν να επηρεάσουν την πορεία μιας χρόνιας ασθένειας, ενώ ταυτόχρονα θέλαμε να ελέγξουμε αν υπάρχουν τυχόν διαφορές στη συναισθηματική κατάσταση όσο αφορά το φύλο, και πως αυτές οι διαφορές, σχετίζονται με την προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια.

Στόχος μας είναι να κατανοήσουμε όσο το δυνατόν καλύτερα το συναισθηματικό επίπεδο των χρόνια ασθενών και τον ρόλο που παίζουν αυτά τα συναισθήματα στην ασθένειά τους, ώστε να υπάρξει ένα καλύτερο επίπεδο υγείας. Οι γνώσεις αυτές θα βοηθήσουν στη δημιουργία αποτελεσματικότερων μεθόδων στήριξης τους.

Οι υποθέσεις της ερευνάς μας είναι ότι τα γενικά συναισθήματα (είτε τα θετικά , είτε τα αρνητικά) θα συσχετίζονται με τα συναισθήματα της ασθένειας και με τους τρόπους που οι ασθενείς την αντιμετωπίζουν. Πιο συγκεκριμένα θεωρούμε ότι όσο πιο θετικά συναισθήματα έχουν τα άτομα σχετικά με την ασθένειά τους τόσο μεγαλύτερη συχέτιση θα υπάρχει και με τον τρόπο που την διαχειρίζονται, με την τήρηση των ιατρικών οδηγιών, την ανακούφιση που αισθάνονται καθώς επίσης και με τις ευχάριστες σκέψεις που θα κάνουν. Από την άλλη όσο πιο αρνητικά συναισθήματα έχουν για την ασθένειά τους τόσο πιο μικρή θα είναι και η συσχέτιση με τους παραπάνω παράγοντες.

ΜΕΘΟΔΟΣ

4.1 Δείγμα

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν συνολικά 125 άτομα. Από αυτούς οι 75 (60%) ήταν γυναίκες και οι 50 (40%) ήταν άνδρες. Το εύρος της ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν από 19-84 ετών , με μέσο όρο τα 55,6 έτη. Από τα 125 συνολικά άτομα της ερευνάς μας το 60% των ανδρών και το 39,2% των γυναικών έχουν νοσηλευτεί εξ' αιτίας της ασθένειας τους. Όσο αφορά το εκπαιδευτικό τους επίπεδο το 8,8 % είχε φοιτήσει σε τάξεις του δημοτικού, το 22,4% είχε τελειώσει το δημοτικό, το 15,2 % είχε τελειώσει το γυμνάσιο, το ίδιο ποσοστό είχε αποφοιτήσει και από το λύκειο, το 8% είχε τελειώσει ανάλογες σχολές, το 4,8% είχε αποφοιτήσει από κάποιο ΤΕΙ, το 24% είχε αποφοιτήσει από κάποιο ΑΕΙ, και μόλις το 1,6% ήταν κάτοχος μεταπτυχιακού. Τέλος σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων το 9,6% ήταν άγαμοι, το 65,6% ήταν έγγαμοι, το 1,6% σε διάσταση, το 4% διαζευγμένοι, το 17,6% ήταν χήροι/ες και το 1,6% συγκατοικούσαν.

Κάποιες από τις ασθένειες των συμμετεχόντων ήταν διαβήτης, θυροειδής, ημικρανίες, άσθμα, καρδιολογικά προβλήματα, ίλιγγος, στεφανιαία νόσος, Πάρκινσον.

4.2 Ψυχομετρικά εργαλεία

Στην έρευνά μας χρησιμοποιήσαμε δύο ερωτηματολόγια. Το πρώτο αφορούσε τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιμετωπίζουν τις διάφορες συναισθηματικές καταστάσεις στη ζωή τους ενώ το δεύτερο επικεντρωνόταν κυρίως στην ασθένειά τους και την διαχείρισή της. Σκοπός της ερευνάς μας ήταν να κατανοήσουμε τον τρόπο με τον οποίο τα γενικότερα συναισθήματά μπορούν να επηρεάσουν τη διαχείριση – αντιμετώπιση μιας χρόνιας ασθένειας .

Αρχικά συγκεντρώσαμε κάποια δημογραφικά στοιχεία που αφορούσαν τους συμμετέχοντες, όπως το φύλλο, η ηλικία, και η οικογενειακή τους κατάσταση, ενώ θα πρέπει να αναφέρουμε πως τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα.

Η διάθεση των απόμων εκτιμήθηκε με τη θετική και αρνητική κλίμακα ευαισθησίας PANAS (Watson, Clark, & Tellegen, 1988). Η PANAS περιλαμβάνει δύο κλίμακες που μας παρέχουν πληροφορίες σχετικά με το σύνολο των γενικών θετικών και αρνητικών συναισθημάτων. Κάθε

κλίμακα περιλαμβάνει δέκα στοιχεία / συγκεκριμένα συναισθήματα (π.χ., ενδιαφέρον, υπερήφανος, αναστατωμένος, φοβισμένος). Οι συμμετέχοντες καθοδηγήθηκαν να αξιολογήσουν το βαθμό που είχαν βιώσει το κάθε συναίσθημα τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, χρησιμοποιώντας την κλίμακα τύπου Likert η οποία κυμαίνεται από το 1 (πολύ λίγο ή καθόλου) έως το 5 (πάρα πολύ) για την κλίμακα των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων αντίστοιχα. Η διάθεση των ατόμων μετρήθηκε στην αρχή της όλης διαδικασίας.

Οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειας εκτιμήθηκαν με την αντίστοιχη κλίμακα των αναθεωρημένων ερωτηματολογίων αντίληψης της ασθένειας (IPQ-R, Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, & Cameron, 2002). Η κλίμακα των νοητικών αναπαραστάσεων αξιολογεί τον βαθμό της συναισθηματικής επίδρασης που έχει η ασθένεια στο άτομο. Για να απαντήσουν τα άτομα χρησιμοποίησαν μια κλίμακα τύπου Likert, η οποία αποτελούνταν από πέντε επίπεδα από το 1 (διαφωνώ απόλυτα) μέχρι το 5 (συμφωνώ απόλυτα)

Η αντιμετώπιση της ασθένειας καθώς επίσης και η στρατηγικές που χρησιμοποιούνται εκτιμήθηκαν με την κλίμακα , “αντιμετωπίζοντας τις ασθένειες και τα προβλήματα τους” (C-SHIP) (Endler, Parker, & Summerfeldt, 1998), όπως έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά από τους (Καραδήμας, Ζαρόγιαννος, Στραβοδήμος, Γυφτόπουλος, και Κωνσταντινίδης, υπό δημοσίευση). Το C-SHIP είναι μια πολυδιάστατη κλίμακα που αξιολογεί τον τρόπο αντιμετώπισης ενός μεγάλου αριθμού ασθενειών (Endler et al., 1998). Η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου αποτελείται από πέντε παράγοντες: **α)** καθοριστική αντιμετώπιση, οποία περιλαμβάνει την επίλυση των προβλημάτων και τις στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως η αναζήτηση πληροφοριών ή ιατρικής βοήθειας (8 στοιχεία, π.χ να μάθετε περισσότερες πληροφορίες), **β)** συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες (4 στοιχεία, π.χ συμμορφώνεσαι με τις ιατρικές συμβουλές;), **γ)** παρηγορητική αντιμετώπιση , η οποία αναφέρεται σε στρατηγικές που στοχεύουν στη μείωση της δυσαρέσκειας που δη δημιουργεί η ασθένεια (4 στοιχεία π.χ. Παραμένεται στο κρεβάτι; ξεκουράζεστε όταν νιώθεται κουρασμένος;), **δ)** ευχολογία και ονειροπόληση(5 στοιχεία π.χ θα ήθελα να μην είχε συμβεί, φαντάζομαι τον εαυτό μου υγιή) **ε)** συναισθηματικές αντιδράσεις που αφορούν τις συναισθηματικές συνέπειες τις ασθένειας (4 στοιχεία π.χ αισθάνομαι θυμό, ανησυχώ για την υγεία μου).

Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σύμφωνα με το δικό τους πρόβλημα υγείας χρησιμοποιώντας μια πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert, της οποίας η συχνότητα κυμαίνονταν από το 1 (καθόλου) έως το 5 (πάρα πολύ). Οι υποκλίμακες των συναισθηματικών αντιδράσεων δεν χρησιμοποιήθηκαν σ' αυτή την μελέτη, καθώς θέλαμε να αποφύγουμε την σύγχυση με την υποκλίμακα IPQ-R των συναισθηματικών αναπαραστάσεων.

4.3 Ερευνητική διαδικασία

Η έρευνα μας διήρκεσε τρεις εβδομάδες. Αρκετοί από τους ασθενείς δέχτηκαν με μεγάλη χαρά να συμμετάσχουν στην έρευνά μας, κάποιοι μας παραπονέθηκαν για την έκταση του ερωτηματολογίου καθώς τους κούρασαν οι ερωτήσεις αφού τις θεώρησαν αρκετές, άλλοι συμμετείχαν μόνο στη πρώτη φάση της ερευνάς μας μη θέλοντας να συμμετάσχουν στη δεύτερη, ενώ ένα μικρό ποσοστό φάνηκε απρόθυμο να μας βοηθήσει, χωρίς καν να ακούσει τι ακριβώς του ζητάμε και για ποιό λόγο.

Σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας χρειάστηκε να τους εκφωνήσουμε τις ερωτήσεις, καθώς τους ήταν δύσκολο να τις διαβάσουν αλλά και να συμπληρώσουν τις απαντήσεις τους στα κουτάκια. Έτσι η έρευνά μας μετατράπηκε προς στιγμήν σαν ένα είδος μικρής συνέντευξης.

Η διαδικασία συμπλήρωσης του πρώτου ερωτηματολογίου είχε κατά μέσο όρο 20'-25' διάρκεια, ενώ του δεύτερου περίπου 10'-15'. Όπως φυσικά προβλέπεται από τους κανόνες δεοντολογίας της έρευνας, οι συμμετέχοντες είχαν ενημερωθεί για τους σκοπούς της έρευνας και δέχτηκαν οικειοθελώς και ανώνυμα να συμμετάσχουν σ' αυτή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Όταν ολοκληρώθηκε η διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων συλλέξαμε τις απαντήσεις των συμμετεχόντων και τις αναλύσαμε με το πρόγραμμα στατιστικής SPSS. Για να διαπιστώσουμε αν τα αποτελέσματα που συλλέξαμε θεωρούνται αξιόπιστα χρησιμοποιήσαμε το δείκτη αξιοπιστίας Cronbach α . Τα ευρήματά μας ήταν τα ακόλουθα: ως προς τα γενικά θετικά συναισθήματα η αξιοπιστία είναι σχετικά καλή, καθώς είναι στο ελάχιστο αποδεικτικό όριο Cronbach $\alpha=0.646$, όπως και στα συναισθήματα που έχουν τα άτομα για την ασθένειά τους Cronbach $\alpha=0.616$. Όσο αφορά τα γενικότερα αρνητικά συναισθήματα, την τήρηση των ιατρικών οδηγιών, και την ανακούφιση που νιώθουν οι ασθενείς, η αξιοπιστία των ευρημάτων είναι επαρκής με τον δείκτη να είναι Cronbach $\alpha=0.792$, Cronbach $\alpha=0.786$, και Cronbach $\alpha=0.789$, αντίστοιχα. Τέλος η διαχείριση της ασθένειας αλλά και η ονειροπόληση χαρακτηρίζονται από ακόμα μεγαλύτερη αξιοπιστία με τον δείκτη να έχει τις τιμές Cronbach $\alpha=0.810$ και Cronbach $\alpha=0.824$ αντίστοιχα.

Στη συνέχεια θελήσαμε να εξετάσουμε τη συνάφεια που υπάρχει μεταξύ των μεταβλητών: διαχείριση μιας χρόνιας ασθένειας, τήρηση των ιατρικών οδηγιών, ανακούφιση των ασθενών και ονειροπόληση - ευχολογία, σε σχέση με τα γενικότερα θετικά και αρνητικά τους συναισθήματα καθώς επίσης και με τα συναισθήματα που έχουν για την ασθένειά τους. Μελετώντας τα αποτελέσματα από τις αναλύσεις μας, διαπιστώσαμε πως η διαχείριση μιας χρόνιας ασθένειας έχει καλή συσχέτιση με τα γενικά θετικά συναισθήματα ($r(123)=0,264$, $p<,003$) και μια ακόμα πιο υψηλή συσχέτιση με τα συναισθήματα της ασθένειας ($r(122)=0,437$, $p<,001$). Η τήρηση των ιατρικών οδηγιών φαίνεται να έχει σχέση μόνο με τα γενικά θετικά συναισθήματα του ατόμου ($r(124)=0,177$, $p<,05$), όσο αφορά την ανακούφιση φαίνεται να υπάρχει υψηλή συσχέτιση μόνο με τα συναισθήματα που έχει το άτομο σχετικά με την κατάσταση της υγείας του, δηλαδή με τα συναισθήματα της ασθένειάς του ($r(124)=0,444$, $p<,001$), τέλος η ευχολογία και η ονειροπόληση φαίνεται να επηρεάζονται και πάλι μόνο από τα συναισθήματα της ασθένειας ($r(125)=0,646$, $p<,001$). Ο παρακάτω πίνακας δείχνει χαρακτηριστικά τα αποτελέσματα.

Πίνακας 1. Συσχέτιση των γενικών συναισθημάτων (θετικών - αρνητικών) και των συναισθημάτων της ασθένειας με τον τρόπο αντιμετώπισης μιας χρόνιας ασθένειας.

		ΘΕΤΙΚΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ -ΤΑ	ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ- ΤΑ	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ- ΤΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ
ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	Pearson Correlation	,264**	-,036	,437**
	N	123	123	122
ΤΗΡΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ	Pearson Correlation	,177*	-,136	,097
	N	124	124	123
ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ	Pearson Correlation	-,159	-,029	,444**
	N	125	125	124
ΟΝΕΙΡΟΠΟΛΗ- ΣΗ ΕΥΧΟΛΟΓΙΑ	Pearson Correlation	-,019	,018	,646**
	N	125	125	124

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

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

Στη συνέχεια με τη βοήθεια των t- test ελέγξαμε αν υπάρχουν διαφορές όσο αφορά τα δύο φύλα σε σχέση με τα συναισθήματα που βιώνουν καθώς επίσης και στον τρόπο "χειρισμού" της ασθένειάς τους. Η μόνη ουσιαστική διαφορά που φάνηκε να υπάρχει ανάμεσα στα δύο φύλα είναι τα συναισθήματα τους καθώς οι γυναίκες βιώνουν περισσότερα αρνητικά συναισθήματα σε σχέση με τους άνδρες.

Πίνακας 2. Οι τιμές των δύο φύλων ως προς τα συναισθήματα και τον "χειρισμό" μιας χρόνιας ασθένειας

	ΦΥΛΟ	N	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	Std. Error Mean
ΘΕΤΙΚΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ	1,00	50	26,8800	4,10893	,58109
	2,00	75	25,6000	4,52321	,52230
ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ	1,00	50	24,0800	6,25264	,88426
	2,00	75	26,8133	7,05134	,81422
ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ	1,00	50	22,7200	5,60990	,79336
	2,00	75	22,8904	6,43895	,75362
ΤΗΡΗΣΗ	1,00	50	12,5102	2,02199	,28886
	2,00	75	12,3333	2,75256	,31784
ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ	1,00	50	11,8200	4,45701	,63032
	2,00	75	11,5467	3,771	,435
ΕΥΧΟΛΟΓΙΑ - ΟΝΕΙΡΟΠΟΛΗΣΗ	1,00	50	17,7800	4,54137	,64225
	2,00	75	16,6400	5,76485	,66567
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	1,00	50	19,6200	4,66813	,66017
	2,00	75	19,5270	5,23482	,60854

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πράγματι, οι υποθέσεις μας επιβεβαιώθηκαν από τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων μας καθώς φάνηκε πως όταν οι ασθενείς έχουν καλή ψυχολογική κατάσταση και έχουν κατανοήσει το πρόβλημα της υγείας τους, με αποτέλεσμα αυτό να μην τους αγχώνει ή να τους φοβίζει, τότε διαχειρίζονται καλύτερα την ασθένειά τους, ακολουθούν περισσότερο τις ιατρικές τους οδηγίες, αισθάνονται πιο ανακουφισμένοι και έχουν περισσότερο την τάση να ονειροπολούν. Μάλιστα υπάρχουν και έρευνες οι οποίες υποστηρίζουν πως όταν ο ασθενής έχει καλή επίγνωση της κατάστασής του, αυτό μπορεί να τον βοηθήσει να μειώσει το άγχος του (Evers, Andrea W. M., Kraaiaaat, Floris W., van Lankveld, Wim, Jongen, Peter J. H., Jacobs, Johannes W. G., Bijlsma, Johannes W. J., 2001) . Επιπλέον κάποιες άλλες μελέτες αποδεικνύουν πως τα προγράμματα που μαθαίνουν στους ασθενείς πως να αντιμετωπίζουν την ασθένειά τους είναι πιο αποτελεσματικά από την απλή ενημέρωση σχετικά με την κατάστασή τους, καθώς σε κάποιες περιπτώσεις όπως το άσθμα, και η αρθρίτιδα μπορούν να βελτιώσουν την έκβαση της ασθένειας μειώνοντας ταυτόχρονα και τις δαπάνες (Bodenheimer T., MD, Lorgin K., RN, DrPH., Holman H., MD, Grumbach K., MD).

Τα τελευταία χρόνια έχει εμφανιστεί μια "νέα" μέθοδος θεραπείας, το Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Αποτελεσματικής Αντιμετώπισης (Chesney & Folkman, 1994) . Σύμφωνα μ' αυτό το πρόγραμμα, η θεραπεία εστιάζεται τόσο στον τρόπο με τον οποίο αξιολογούν οι ασθενείς τους στρεσογόνους παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένειά τους , όσο και στις στρατηγικές που χρησιμοποιούν για να τους διαχειριστούν . Ένα πολύ σημαντικό μέρος του προγράμματος είναι η σημασία που δίνεται στον τρόπο που ο ίδιος ο ασθενής θα συνδυάσει το πρόβλημα υγείας του με το κατάλληλο είδος στρατηγικής αντιμετώπισης στρες, βασιζόμενος πάντα στα δικά του υποκειμενικά κριτήρια. Μάλιστα στο συγκεκριμένο πρόγραμμα οι ασθενείς εκπαιδεύονται και στον τρόπο με τον οποίο μπορούν να βρουν στήριξη σε δίκτυα κοινωνικής στήριξης σε μια ευρύτερη κοινότητα.

Ακόμα μία άλλη "μορφή" θεραπείας είναι η συμμετοχή σε δομημένες συνεδρίες, όπου στόχος είναι η διαχείριση του στρες, η επικοινωνία και οι τρόποι επίλυσης προβλημάτων, κάτι το οποίο έχει φανεί να βοηθάει περισσότερο από τις από τις ομαδικές υποστηρικτικές θεραπείες. Τέλος, κάποια πιο πρόσφατα στοιχεία υποστηρίζουν πως οι παρεμβάσεις που έχουν σχεδιαστεί με σκοπό να προωθήσουν την αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων μπορούν να αποφέρουν σημαντικά - θετικά αποτελέσματα για την υγεία.

Επιπλέον θεωρήσαμε πως οι γυναίκες θα είναι πιο συναισθηματικές σε σχέση με τους άνδρες κάτι το οποίο επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Simon & Nath, (2004), που σύμφωνα με τα αποτελέσματα της, οι γυναίκες εκφράζονται συναισθηματικά σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τους άνδρες, καθώς επίσης και από την μελέτη των Gross και John (1998), στην οποία οι γυναίκες εκτιμήθηκαν σημαντικά υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες ως προς την θετική εκφραστικότητα, την αρνητική εκφραστικότητα, και την ένταση της συναισθηματικής τους έκφρασης.

Όπως φάνηκε τόσο από την έρευνα μας όσο και από την διεθνή βιβλιογραφία, οι νοητικές αναπαραστάσεις μιας χρόνιας ασθένειας καθώς επίσης και οι στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες μπορούν να παίξουν ένα πολύ σπουδαίο ρόλο στην θετική πορεία της υγείας ενός ανθρώπου ο οποίος πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια. Μάλιστα προτείνετε η εκπαίδευση σχετικά με την αυτοδιαχείριση ενός χρόνιου νοσήματος να γίνει αναπόσπαστο κομμάτι μιας υψηλού επιπέδου πρωτοβάθμιας φροντίδας (Bodenheimer T., MD, Lorigin K., RN, DrPH.,Holman H., MD, Grumbach K.,MD).

Μέσα απ' όλα τα στοιχεία που συγκεντρώσαμε στην παρούσα μελέτη φαίνεται καθαρά πως μια καλή επίγνωση σχετικά με το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει ένας χρόνιος ασθενής, καθώς επίσης και η εφαρμογή των κατάλληλων στρατηγικών για την αντιμετώπιση του στρες μπορούν να βοηθήσουν το άτομο να διαχειριστεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την ασθένειά του προσφέροντάς του μια ικανοποιητική και υψηλού βιωτικού επιπέδου ζωή.

Φυσικά το να γνωρίζει ο ασθενής ποια μέθοδο αντιμετώπισης στρες θα ακολουθήσει δεν είναι αρκετό, καθώς χρειάζεται να έχει και μια καλή επίγνωση της κατάστασής του. Όταν αναφερόμαστε στις χρόνιες ασθένειες πολύ σημαντικό θεωρείται το να αποκτήσει ο ασθενής τις κατάλληλες πρακτικές δεξιότητες και διανοητικές συμπεριφορές, ώστε να μπορέσει να προάγει μια θετική - ρεαλιστική προσέγγιση της κατάστασής του. Όμως σε περιπτώσεις όπου η ασθένεια έχει εξαντλήσει το άτομο ή υπάρχουν και συμπτώματα πόνου, η διατήρηση θετικής στάσης απέναντι στο "πρόβλημα" μπορεί να εξαγριώσει τον ασθενή. Έτσι δεν είναι καθόλου περίεργο το γεγονός πως ο κλάδος της Ψυχολογίας της Υγείας ασχολείται τόσο εντατικά με την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, δεδομένου μάλιστα πως ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού μας υποφέρει από αυτές.

Ωστόσο πάρα το γεγονός ότι η έρευνά μας επιβεβαίωσε τις υποθέσεις μας, εν τούτοις υπάρχουν και αρκετοί περιορισμοί, ένας από αυτούς είναι το μικρό δείγμα συμμετεχόντων που είναι μόλις 125 άτομα όπως επίσης και το διαφορετικό ηλικιακό τους επίπεδο το οποίο κυμαίνεται από την ηλικία των 19 ετών ως και την ηλικία των 84 ετών. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει στην έρευνα μας, η ηλικία αποτελεί ένα πολύ σημαντικό παράγοντα στη διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας, καθώς όταν η

διάγνωση γίνει σε νεαρότερες ηλικίες εκλαμβάνεται με μεγαλύτερο αρνητισμό (αρνητική σκέψη) απ' ό τι σε μεγαλύτερες, και αυτό μπορεί να επηρεάσει αρκετά τα αποτελέσματα μιας έρευνας.

Επιπλέον, μια ακόμα αδυναμία της έρευνας μας είναι η μεγάλη ποικιλία ασθενειών όπως άσθμα, διαβήτης, καρδιά, θυροειδής, κ.α. όπως φαίνεται και από τα δημογραφικά στοιχεία. Μπορεί όλες αυτές οι ασθένειες να χαρακτηρίζονται ως χρόνιες, ωστόσο η κάθε μια έχει τη δική της σοβαρότητα. Σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να εξισώσουμε έναν ασθενή που πάσχει από ένα καρδιολογικό πρόβλημα μ' έναν ασθενή ο οποίος πάσχει από άσθμα, καθώς η κάθε ασθένεια έχει το δικό της βαθμό επικινδυνότητας, οι συνέπειες για την ζωή του ασθενή είναι διαφορετικές ενώ σε κάποιες περιπτώσεις έστω και για μια φορά ο ασθενής έχει χρειασθεί να νοσηλευτεί. Τέλος υπάρχουν διαφορές και ως προς την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών, ας μην ξεχνάμε πως η στήριξη της οικογένειας μπορεί να βελτιώσει την κατάσταση του ασθενή και να ενισχύσει την θέλησή του για ζωή, χωρίς φυσικά κάτι τέτοιο να είναι απόλυτο, καθώς υπάρχουν και εξαιρέσεις.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες σαφώς επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τα ευρήματά μας, και επομένως δεν μπορούμε να τα χαρακτηρίσουμε ως αρκετά αξιόπιστα, καθώς καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα ατόμων που πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια και συνεπώς δεν μπορεί να γίνει γενίκευση των αποτελεσμάτων, καθώς δεν μπορούμε να εξισώνουμε ανόμοιες καταστάσεις. Ως απόρροια όλων των παραπάνω η έρευνά μας δεν θα μπορούσε να έχει εφαρμογή στην κλινική πράξη.

Μια ενδεχομένως μελλοντική πρόταση για έρευνα θα ήταν να διαχωρίζαμε ηλικιακά τους συμμετέχοντες ώστε να διαπιστώσουμε τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα σε νεαρούς ενήλικες, σε μέσης ηλικίας ενήλικες και σε ακόμα μεγαλύτερες ηλικίες, ως προς το επίπεδο των αρνητικών συναισθημάτων που βιώνουν αρχικά κατά την διάγνωση της χρόνιας ασθένειας τους και αργότερα μετά την εφαρμογή των νοητικών αναπαραστάσεων και των ΣΑΣ, επίσης θα μπορούσαμε να εξετάσουμε τον βαθμό που οι χρόνια ασθενείς - πάντα βάση ηλικιακού επιπέδου - καταφεύγουν στις παραπάνω στρατηγικές και σε τί ποσοστό θεωρούν ότι μπορούν να τους βοηθήσουν. Τέλος μια ακόμη πρόταση για μελλοντική έρευνα θα ήταν να διαχωρίζαμε τις χρόνιες ασθένειες ανάλογα με την σοβαρότητά τους, τις συνέπειες και τους περιορισμούς που αυτές επιφέρουν στη ζωή του ατόμου, ώστε τα αποτελέσματά μας να αφορούν όμοιες καταστάσεις και έτσι να μπορούν να έχουν και κλινική εφαρμογή αλλά και να μας δίνουν πιο σημαντικές στατιστικά τιμές.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11–39). Berlin: Springer-Verlag.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Baum, A., Gatchel, R.J. & Krantz, D. (1997). *An introduction to health psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Bodenheimer, T., MD, Lorig, K., RN, DrPH., Holman, H., MD, Grumbach, K.,MD. *Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care*. JAMA. 2002, 288(19):2469-2475. doi:10.1001/jama.288.19.2469
- Brody, L. R. (1999). *Gender, emotion and the family*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542–559). New York: Guilford Press.
- Carver, C. S., Scheirer, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A, theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 469-481.
- Chesney, M. A. & Folkman, S. (1994). Psychological impact of HIV disease and implications for intervention. *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 163 - 82 .
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310–357.
- Cronkite, R. C. & Moos, R. H. (1984). *The role of predisposing and moderating factors in the stress illness relationship*. *Journal of Health and Social behavior*, 25, 372-393.
- Davidson, R. J. (2000 b). Cognitive neuroscience needs affective neuroscience (and vice versa). *Brain and Cognition*, 42, 89–92.
- Davidson, R. J., & Sutton, S. K. (1995). Affective neuroscience: The emergence of a discipline. *Current Opinion in Neurobiology*, 5, 217–224.
- Davis, M., & Whalen P. J. (2001). The amygdala: Vigilance and emotion. *Molecular Psychiatry*, 6, 13–34.

- Δανηλίδου, Ν. (2010). Η χρόνια ασθένεια και οι διαδικασίες προσαρμογής της. Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2012 από <http://www.dromostherapeia.gr/astheneies-kai-psiologia/i-hronia-astheneia-kai-oi-diadikasies-prosarmogis.html>
- Eisenberg, N., Hofer, C., & Vaughan, J. (2007). Effortful control and its socioemotional consequences. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 287–306). New York: Guilford Press
- Endler, N.S., Parker, J.D.A., & Summerfeldt, L.J. (1998). Coping with health problems: developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment*, 10, 195-205.
- Endler, Parker, & Summerfeldt, 1998) Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., & Cameron, L.D.(2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17, 1-16.
- Evers, Andrea, W. M., Kraaimaat, Floris W., van Lankveld, Wim, Jongen, Peter J. H.; Jacobs, Johannes W. G., Bijlsma, Johannes W. J. (2001). *Beyond unfavorable thinking: The Illness Cognition Questionnaire for chronic diseases*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 69(6), Dec 2001, 1026-1036. doi: [10.1037/0022-006X.69.6.102](https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.102)
- Fawzy, F. I., Cousins, N., Fawzy, N. W., Elastoff, R., & Morton, D. L. (1990). A structured intervention for cancer patients. I change over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47, 720 - 5.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Hyum, C. S., Elastoff, R., Guthrie, D., Fahey, J. L. & Morton, D. L. (1993). Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survivals 6 year later. *Archive of General Psychiatry*, 50, 681 - 9.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45, 1207-1221.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, DeLongis, A. & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and social psychology*, 50, 992-1003.
- Forsythe, C. J. & Compas, B. E. (1987). Interaction of cognitive appraisals events and coping: Testing the goodness of fit hypothesis. *Cognitive therapy and research*, 11, 473-475.
- Franklin Shontz. (1975). *The psychological aspects of physical illness and disability* Published By Macmillan in New York.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Garavan, H., Ross, T. J., & Stein, E. A. (1999). Right hemispheric dominance of inhibitory control: An event-related functional MRI study. *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA*, 96, 8301–8306.
- Fortune, G, Barrowclough, C., & Lobban, F. (2004). Academic Division of Clinical Psychology, University of Manchester, UK, Illness representations in depression, *British Journal of Clinical Psychology* .
- Gross, J. J. (2007). *Handbook of emotion regulation*, 1, 4-5, 3, -50. New York: Guilford Press.
- Gross, J. J., & John, O. P. (1998). Mapping the domain of expressivity: Multimethod evidence for a hierarchical model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 170–191
- Grossman, M., & Wood, W. (1993). Sex differences in intensity of emotional experience: A social role interpretation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1010–1022.
- Hagger, M. Orbell S, A. (2003). Meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*. 18(2):141-148.
- Hess, U., Senecal, S., Kirouac, G., Herrera, P., Philippot, P., & Kleck, R. E. (2000). Emotional expressivity in men and women: Stereotypes and self-perceptions. *Cognition and Emotion*, 14, 609–642.
- Holland, P. C., & Gallagher, M. (1999). Amygdala circuitry in attentional and representational processes. *Trends in Cognitive Sciences*, 3, 65–73.
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9, 188–205.

- Kemeny, M. E., & Schedlowski, M. (2007). Understanding the interaction between psychosocial stress and immune-related disease: A stepwise progression. *Brain, Behavior and Immunity*, 21, 1009–1018.
- Kleinginna, P. R., & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and emotion*, 5, 345-79.
- Καραδήμας, Ε. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα, Εκδόσεις Τυπωθήτω.
- Καραδήμας, Ε. Χ., Ζαρογιάννος, Α., Στραβοδής, Κ., Γυφτόπουλος, Α., & Κωνσταντινίδης, Κ. (2010). Η προσαρμογή της Κλίμακας Αντιμετώπισης Βλαβών και Προβλημάτων Υγείας σε δείγμα Ελλήνων ασθενών: Ζητήματα εγκυρότητας. *Hellenic Journal of Psychology*, 7, 159-179.
- Κωνσταντινίδη, Ε. (2009). Γιατί μας ωφελούν τα θετικά συναισθήματα; Ανακτήθηκε στις 15 Ιουνίου 2012 από http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=8210 .
- Lange, C. (1985). *Om sinsbevaegelser: Et psykofysiologiske studie*. Copenhagen: Rasmussen
- Lau, R.R., & Hartman, K.A. (1983). Common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 2, 185-197.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. & Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- LeDoux, J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23, 155–184
- Levenson, R. W. (1999). The interpersonal functions of emotion. *Cognition and Emotion*, 13, 481–504
- Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 5, pp. 119–186). New York: Academic Press.

- Leventhal, H., Diefenbach, M. A., Leventhal, E. A. (1992). Illness Cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143-163.
- Leventhal H, Leventhal EA, Cameron L. (2001). Representations, procedures and affect in self-regulation: A perceptual - cognitive model. In: Baum A, 69 Renenson TA, Singer JE, editors. *Handbook of Health Psychology*. Mahwah: NJ:Erlbaum,: 19-48
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Medical psychology* (Vol II, pp.7-30), New York: Pergamon Press.
- Leventhal, H., & Patrick-Miller, L. (2000). Emotions and physical illness: Causes and indicators of vulnerability. In M. Lewis & J. H. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (2nd ed., pp. 523–537). New York: Guilford Press
- Lewis, M., Haviland-Jones, M. J. & Barret, L. F. (2007). *Handbook of emotions* (2nd ed.) 24,395,397-398, 31, 8-9, 40, 645, 41,661. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: Theoretical and practical underpinnings. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 581–605). New York: Guilford Press.
- Livneh, H. & Antonak, R. F. (1997). *Psychological adaptation to chronic illness and disability*. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Martin, S. Hagger* & Sheina Orbell, *Psychology and Health*, 2003, Vol. 18, No. 2, pp. 141–184 <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/088704403100081321>
- Mauss, I. B., Levenson, R. W., McCarter, L., Wilhelm, F. H., & Gross, J. J. (2005). The tie that binds?: Coherence among emotion experience, behavior, and physiology. *Emotion*, 5, 175–190.
- Michael A. Diefenbach Ph. D. (2010). Illness Representations. Ανακτήθηκε στις 28 Απριλίου 2012 από http://dccps.cancer.gov/brp/constructs/illness_representations/illness_representations.pdf
- Millar, SM, Shoda Y, Hurley, K. Applying cognitive-social theory to health-protective behavior: Breast self-examination in cancer screening. *Psychological Bulletin*, 1996; 119:70-94.
- Miller, E. K., & Cohen, J. D. (2001). An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annual Review of Neuroscience*, 24, 167–202

- Miller, S.M. & Diefenbach, M.A. (1998). C-SHIP: A cognitive-social health information processing approach to cancer. In D. Krantz (Ed.), *Perspectives in Behavioral Medicine* (219-244). NJ: Lawrence Erlbaum.
- Miller, S. M., Shoda, Y., & Hurley, K. (1996). Applying cognitive–social theory to health-protective behavior: Breast self-examination in cancer screening. *Psychological Bulletin*, *119*(1), 70–94.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., & Cameron, L.D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, *17*, 1-16.
- Mullin, B. C., & Hinshaw, S. P. (2007). Emotion regulation and externalizing disorders in children and adolescents. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 523–541). New York: Guilford Press
- Μηλίδου, Ι. (2006). Γνώσεις και αντιλήψεις για την ασθένεια: Ποιοτική έρευνα σε παιδιά με διαγνωσμένη νεοπλασία (Διπλωματική εργασία). Αρίστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη, Ανακτήθηκε 17 Φεβρουαρίου 2012 από ιστοσελίδα <http://invenio.lib.auth.gr/record/66426/files/gri-2007-062.pdf?version=1> .
- Nauta, W. J. (1971). The problem of the frontal lobe: A reinterpretation. *Journal of Psychiatry Research*, *8*, 167–87.
- O'Neill E. (2002). Illness representations and coping of women with chronic obstructive pulmonary disease: A pilot study . *Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care*, *31*(4):295-302.
- Robinson, M. D., & Clore, G. L. (2002). Belief and feeling: Evidence for an accessibility model of emotional self-report. *Psychological Bulletin*, *128*, 934–960.
- Sapolsky, R. M. (2007). Stress, stress-related disease, and emotion regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 606–615). New York: Guilford Press.
- Selye, H. (1951). *The physiology and pathology of exposure to stress*. Oxford: Acta.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2007). Adult attachment strategies and the regulation of emotion. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 446–465). New York: Guilford Press.
- Sher, K. J., & Grekin, E. R. (2007). Alcohol and affect regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 560–580). New York: Guilford Press.

- Simon, R. W., & Nath, L. E. (2004). Gender and emotion in the United States: Do men and women differ in self-reports of feelings and expressive behavior? *American Journal of Sociology*, *109*, 1137–1176.
- Snyder, C. R., Lopez, S. J. (2002). *Handbook of Positive Psychology*. Oxford University Press.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H. C. & Gottheil, E (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 888 - 91.
- Stewart, K. E. Ross, D. & Hartle, S. (2004). Patient adaptation to chronic illness. In T. Boll J. M. Raczynski & L. C. Leviton (Eds.) *Handbook of clinical health psychology*, vol 2 (pp. 405-421). Washington DC: American Psychological Association.
- Σαμίου, Δ. (2012). *Όταν το σώμα μας αντανακλά την ψυχολογία μας*. Ανακτήθηκε στις 20 Ιουνίου 2012 από <http://www.agriniolife.gr/web/news/2011-01-13-17-38-07/item/1703.html>
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation.

American Psychologist, *38*, 1161-1173.

- Taylor, S. E. (1991). Asymmetrical effects of positive and negative events: The *mobilization–minimization* hypothesis. *Psychological Bulletin*, *110*, 67–85.
- Telch, C. F. & Telch, M. J. (1986). Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients. a comparison of strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*, 802 - 8.
- Thompson, R. A. (1990). Emotion and self-regulation. In R. A. Thompson (Ed.), *Socioemotional development. Nebraska Symposium on Motivation* (Vol. 36, pp. 367–467). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Tobin, R. M., Graziano, W. G., Vanman, E. J., & Tassinary, L. G. (2000). Personality, emotional experience, and efforts to control emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *79*, 656–669.
- Watson, D. (2000). *Mood and temperament*. New York: Guilford.
- Watson, D., Clark, L.A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 1063-1070.

- Weinman, J., Petrie, K., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11 431-445.
- Whalen, P. J. (1998). Fear, vigilance, and ambiguity: Initial neuroimaging studies of the human amygdala. *Current Directions in Psychological Science*, 7, 177–188.
- Wranik, T., Barrett, L. F., & Salovey, P. (2007). Intelligent emotion regulation: Is knowledge power? In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 393–407). New York: Guilford Press

