ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΘΕΜΑ: ***«Ο ρόλος του αρνητικού και θετικού θυμικού στις αναπαραστάσεις της καρδιαγγειακής νόσου: Μία μελέτη σε ζευγάρια»***

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΥ ΖΑΧΑΡΩ (Α.Μ. 2924)

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Καραδήμας Ευάγγελος

ΡΕΘΥΜΝΟ, 2015-2016

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ 4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ 5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ....7
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ 7
1.1.Χρόνια Ασθένεια 7
1.2.Η Επιδημιολογία των Καρδιαγγειακών παθήσεων....8
1.3.Ορίζοντας τις Καρδιαγγειακές Νόσους....10
1.4.Οι Επιπτώσεις στη Ζωή των Ασθενών....11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ 13
Η ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ 13
2.1. Η Γνωστική Αναπαράσταση της Υγείας και των Ασθενειών 13
2.2. Το Μοντέλο Κοινής Λογικής 14
2.3. Ο Ρόλος του Συντρόφου στην Υγεία 17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ....21
Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ....21
3.1. Θεωρίες Συναισθημάτων....21
3.1.1. Βιολογικές Θεωρίες....21
3.1.2. Εξελικτικές Θεωρίες....22
3.1.3. Η Θεωρία των Βασικών Συναισθημάτων....22
3.1.4. Θεωρίες Γνωστικής Εκτίμησης....23
3.1.5. Θεωρίες Κοινωνικής Κατασκευής του Συναισθήματος....24
3.2. Θετικά και Αρνητικά Συναισθήματα 24
3.3. Συναισθήματα και Υγεία....26
3.3.1. Κατάθλιψη και Υγεία....26
3.3.2. Θυμός, Άγχος και Υγεία....30
3.3.3. Θετικά Συναισθήματα και Υγεία....31
3.4. Η Παρούσα Έρευνα 33
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ 35
4.1. Το Δείγμα (Συμμετέχοντες)....35
3.2. Εργαλεία....36
3.2.1. Αναθεωρημένο Ερωτηματολόγιο Αντίληψης της Ασθένειας (The Revised Illness....36
Perception Questionnaire. IPQ-R)....36
*3.2.2. Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Θυμικού (Positive and Negative Affect Schedule.*38

PANAS) 38
3.3. Διαδικασία 38
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ 41
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 48
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 57

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα συναισθήματα διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην πορεία και στην έκβαση της υγείας μέσω της διαμόρφωσης των αναπαραστάσεων. Για τη διερεύνηση του ρόλου του αρνητικού και θετικού θυμικού στις αναπαραστάσεις των καρδιαγγειακών διαταραχών διεξήχθη μελέτη με δείγμα 96 ζευγάρια από την Ελλάδα. Για την αξιολόγηση των συναισθημάτων χρησιμοποιήθηκε το PANAS (Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Θυμικού, Watson & Clark, 1994). Επίσης, για τη μέτρηση των αναπαραστάσεων της ασθένειας χρησιμοποιήθηκε το IPQ-R (Αναθεωρημένο Ερωτηματολόγιο Αντίληψης της Ασθένειας, Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, & Cameron, 2002).Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το θετικό συναίσθημα των ασθενών σχετίζεται με τις αναπαραστάσεις της ασθένειας. Ως προς το θετικό συναίσθημα των συντρόφων τα ευρήματα έδειξαν να σχετίζεται μόνο με την αναπαράσταση του προσωπικού ελέγχου των ασθενών. Επίσης, το αρνητικό θυμικό ασθενών και συντρόφων δεν σχετίζεται με τις αναπαραστάσεις. Ακόμη, δεν βρέθηκαν διαφορές ανάμεσα στη διάθεση ασθενών και συντρόφων όπως αναμενόταν. Σύμφωνα με τα ευρήματα, φαίνεται ότι το θετικό συναίσθημα ασθενών όπως και η θετική διάθεση του συντρόφου παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των αναπαραστάσεων της ασθένειας.

Λέξεις-Κλειδιά: Αρνητικό θυμικό, θετικό θυμικό, αναπαραστάσεις, καρδιαγγειακές διαταραχές, ζευγάρια.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πολλοί φιλόσοφοι της Αρχαίας Ελλάδας ασχολήθηκαν με την ερμηνεία των συναισθημάτων. Οι στωικοί φιλόσοφοι ερμήνευαν τα πάθη ως παρορμήσεις της ψυχής και ωθούσαν το άτομο να λειτουργεί άλογα. Σύμφωνα με το Ζήνωνα, τα βασικότερα πάθη αποτελούσαν η λύπη, ο φόβος, η επιθυμία και η ηδονή. Λίγο αργότερα, ο Ιπποκράτης ισχυρίστηκε ότι οι ασθένειες οφείλονται στην απορρύθμιση των χυμών (αίματος, φλεγμονής, μέλαινας χολής, κίτρινης χολής) στο ανθρώπινο σώμα (Δαφέρμος, 2010). Επίσης, συμπεριέλαβε στη θεωρία του και το συναίσθημα. Ειδικότερα, αυτές οι ανισορροπίες των χυμών οδηγούσαν στην δημιουργία χρόνιων συναισθηματικών καταστάσεων. Για παράδειγμα, η απορρύθμιση της μέλαινας χολής οδηγούσε στη θλίψη, της φλεγμονής σε νωχελικότητα, της κίτρινης χολής σε θυμό και του αίματος σε αισιόδοξα συναισθήματα. Αναμφίβολα, ο Ιπποκράτης δεν βρήκε την πραγματική πρόκληση των συναισθημάτων αλλά έθεσε της βάσεις για τη σχέση συναισθήματος και υγείας (Salovey, Rothman, Detweiler, &Steward, 2000).

Επίσης, ο Αριστοτέλης θεωρούσε ότι τα συναισθήματα ωθούν τους ανθρώπους να τροποποιούν τις κρίσεις τους. Οι αναπαραστάσεις της ασθένειας επηρεάζουν την πορεία και την έκβαση της ασθένειας καθώς σχετίζονται με την κινητοποίηση της συμπεριφοράς των ασθενών (Anker et al., 2014). Επίσης, πολλές μελέτες τονίζουν το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει ο σύντροφος στην αλλαγή των πεποιθήσεων του ασθενή για τη νόσο συμβάλλοντας θετικά στην έκβασή της (Regan et al., 2015). Συγκεκριμένα, οι χρόνιες ασθένειες αποτελούν από τις κύριες αιτίες θανάτου στη σύγχρονη κοινωνία. Ωστόσο, οι μελετητές δεν έχουν εστιάσει στο ρόλο του συναισθήματος στις αναπαραστάσεις των καρδιαγγειακών διαταραχών.

Πρέπει να τονίσουμε ότι στην παρούσα μελέτη το συναίσθημα θα αναφέρεται ακόμη ως θυμικό και διάθεση. Παρά το γεγονός ότι στην κοινωνική ψυχολογία αυτοί οι όροι έχουν

διαφορετική ερμηνεία, στην προκειμένη θα χρησιμοποιούνται με την ίδια χροιά καθώς οι μελέτες σε κλινικό επίπεδο δεν τις διαχωρίζουν. Στα επόμενα κεφάλαια θα πραγματοποιηθεί ανάλυση των καρδιαγγειακών διαταραχών και πως αυτές επιδρούν στη ζωή των ασθενών. Επίσης, θα εξεταστούν οι αναπαραστάσεις της ασθένειας μέσω του συμπεριφορικού μοντέλου κοινής λογικής και θα επικεντρωθούμε και στη σημασία του ρόλου του συντρόφου στη ζωή του ασθενή. Τέλος, θα αναφερθούμε σε κάποιες κοινωνικές θεωρίες για το συναίσθημα και πως το θετικό και αρνητικό θυμικό συνδέεται με τη γνωστική αντίληψη και την υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

1.1.Χρόνια Ασθένεια

Πριν κάποιες δεκαετίες, η διάγνωση κάποιας νόσου, εάν γινόταν καθυστερημένα, μπορεί να σήμαινε και το θάνατο. Ωστόσο, αυτό πλέον αποτελεί παρελθόν καθώς με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας πολλές ασθένειες αντιμετωπίζονται. Αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής αποκτά ως ένα βαθμό ποιότητα ζωής. Αυτό βέβαια δεν συνάδει με τη διάγνωση μίας χρόνιας νόσου που απειλεί ολοένα και περισσότερο την υγεία τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινοτικό επίπεδο (Clark, Gong, & Kaciroti, 2014). Οι μη μεταδοτικές ασθένειες, είναι γνωστές και ως χρόνιες που έχουν μεγάλη διάρκεια και βραδεία εξέλιξη. Πιο ειδικά, υπάρχουν τέσσερις τύποι: οι καρδιαγγειακές νόσοι, οι διάφοροι τύποι καρκίνου, οι χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις καθώς και ο διαβήτης (World Health Organization [WHO], 2014a).

Στον 21^{ο} αιώνα που διανύουμε, οι περισσότεροι θάνατοι οφείλονται στις χρόνιες ασθένειες. Συγκεκριμένα, εκτιμάται ότι οι θάνατοι από μη μεταδοτικές ασθένειες θα αυξηθούν από 38 εκατομμύρια το 2012 έως 52.000.000 το 2030. Οι τέσσερις τύποι ασθενειών που αναφέρθηκαν παραπάνω είναι υπεύθυνες για το 82% των θανάτων. Επίσης, το 48% των θανάτων από χρόνιες ασθένειες παρατηρήθηκε σε χώρες με μεσαία και χαμηλά εισοδήματα, ενώ σε χώρες με υψηλά εισοδήματα οφειλόταν το 28% θανάτων σε άτομα ηλικίας κάτω των 70 ετών. Φαίνεται, λοιπόν, ότι οι δυσμενείς επιπτώσεις των μη μεταδοτικών ασθενειών γίνονται αντιληπτές από όλες τις κοινωνίες και οικονομίες και ειδικά στους ευάλωτους πληθυσμούς (WHO, 2014a).

Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα μετά τη διάγνωση της χρόνιας ασθένειας έρχονται αντιμέτωποι με μία νέα κατάσταση που αλλάζει την καθημερινότητά τους. Οι χρόνιες παθήσεις δυσχεραίνουν τη ζωή τους καθώς δεν συμβαδίζουν πάντα με τους ρυθμούς και τις

συνήθειες που είχαν υιοθετήσει πριν νοσήσουν. Για να γίνουμε πιο σαφείς, οι χρόνιες παθήσεις επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου. Για παράδειγμα, η χρόνια φαρμακευτική αγωγή δεν σταθεροποιεί απαραίτητα την κατάσταση στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, αλλά μερικές φορές με το πέρας του χρόνου εκδηλώνεται σωματική αναπηρία και πόνος. Οι ασθενείς οφείλουν να υιοθετήσουν νέες στρατηγικές αντιμετώπισης για να προσαρμοστούν στην ασθένεια τους (deRidder, Geenen, Kuijer, & van Middendorp, 2008).

Με άλλα λόγια, η προσαρμογή αποτελεί μία αντίδραση στις αλλαγές του περιβάλλοντος επιτρέποντας σε ένα οργανισμό να λειτουργήσει κατάλληλα στη νέα συνθήκη. Βέβαια, για την προσαρμογή αυτή απαιτείται χρόνος. Η ψυχολογική προσαρμογή στοχεύει σε μία επιθυμητή κατάσταση για την ποιότητα ζωής του ασθενή (Sharpe & Curran, 2006).

Επιπρόσθετα, η επιτυχής προσαρμογή εξαρτάται από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες, όπως είναι ο τύπος της ασθένειας, οι αρνητικές επιδράσεις των συμπτωμάτων στον οργανισμό, η φύση της θεραπείας, το φύλο, η ηλικία, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο κα. (Καραδήμας, 2005). Πιο ειδικά, το άτομο για να μην νιώθει την ασθένεια τροχοπέδη στη ζωή του πρέπει να υιοθετήσει νέες συμπεριφορές. Η προσαρμογή πρέπει να στοχεύσει στη απουσία ή στην θεραπεία ψυχολογικών διαταραχών που μπορεί να εκδηλωθούν, στα χαμηλά επίπεδα αρνητικού θυμικού, στη βίωση ικανοποίησης σε πολλούς τομείς της ζωής κα. (deRidder et al., 2008).

1.2.Η Επιδημιολογία των Καρδιαγγειακών παθήσεων

Στις χρόνιες νόσους ανήκουν και τα καρδιαγγειακά νοσήματα όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Σύμφωνα με κάποια επιδημιολογικά στοιχεία, παρατηρείται την περίοδο 2007-2010, το 40% των ανδρών και το 34,4% των γυναικών ηλικίας 40-59 να υποφέρουν από καρδιαγγειακά νοσήματα στις ΗΠΑ. Αυτά τα ποσοστά αυξάνονται σε 70,2% και 70,9% για τις ηλικίες 60-79 και στο 83% και 87,1% για τις ηλικίες 80 και άνω αντίστοιχα (Go et al.,

2014). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η καρδιαγγειακή νόσος αποτελούσε την κύρια αιτία θανάτου το 2012 και ήταν υπεύθυνη για 17,5 εκατομμύρια θανάτους (WHO, 2014a). Επίσης, το 2012, οι καρδιακές παθήσεις και τα εγκεφαλικά επεισόδια ήταν ανάμεσα στις τρεις πρώτες αιτίες θανάτων λόγω πρόωρης θνησιμότητας σε παγκόσμιο επίπεδο. Είναι ενδιαφέρον να επισημανθεί ότι πάνω από το 80% των θανάτων από καρδιαγγειακές παθήσεις συμβαίνει σε χώρες με μεσαία και χαμηλά εισοδήματα (World Health Organization [WHO], 2014b).

Εκτός των άλλων, τα υψηλά αυτά ποσοστά σε σχέση με τις καρδιαγγειακές παθήσεις επιβεβαιώνονται ως ένα βαθμό και στον ελλαδικό χώρο. Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή [ΕΛΣΤΑΤ] (2016), το 2,1% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω ανέφερε ότι υπέστη έμφραγμα του μυοκαρδίου και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή βιώνει τις επιδράσεις από κάποιο προηγούμενο εγκεφαλικό. Το ποσοστό αυτό είχε αυξηθεί κατά 50,0% σε σύγκριση με τις μετρήσεις το 2009 για τα άτομα που είχαν υπέστη έμφραγμα του μυοκαρδίου. Οι 7 στους 10 πάσχοντες είναι άνδρες (69,7%) και οι 3 γυναίκες (30,3%).

Ακόμη, όπως είναι φυσικό, όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνονται και τα επεισόδια εμφραγμάτων του μυοκαρδίου στον ελληνικό πληθυσμό. Με άλλα λόγια, το 2,6% του πληθυσμού ηλικίας 55-64 ετών και το 4,7% ηλικίας 65-74 ετών αναφέρουν ότι έχουν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου. Το ίδιο ισχύει και για τους ασθενείς που έχουν υποστεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο με τα ποσοστά να κυμαίνονται ως εξής: το 2,5% του πληθυσμού ηλικίας 55-64 ετών, το 4,4% του πληθυσμού ηλικίας 65-74 ετών και το 8,2% του πληθυσμού 75 ετών και άνω (ΕΛΣΤΑΤ, 2016).

Φαίνεται, λοιπόν, ότι η επιδημιολογία των χρόνιων ασθενειών γενικά, αλλά και των καρδιαγγειακών διαταραχών ειδικά, να κερδίζουν τη μερίδα του λέοντος παγκοσμίως καθώς τα ποσοστά εκδήλωσης με το πέρας του χρόνου οξύνονται σε σχέση με άλλες ασθένειες.

1.3.Ορίζοντας τις Καρδιαγγειακές Νόσους

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν χρόνιες νόσους που εξελίσσονται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Επίσης, συνδέονται στενά με τον τρόπο ζωής που ο ακολουθεί ο κάθε ασθενής, π.χ. είναι καπνιστές, έχουν κακές διατροφικές συνήθειες, δεν προσέχουν την φυσική τους κατάσταση, βιώνουν υψηλά επίπεδα στρες κα. (Perk et al., 2012).

Πιο συγκεκριμένα, οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν μία ομάδα διαταραχών της καρδιάς και των αιμοφόρων αγγείων. Σε αυτές συγκαταλέγονται οι εξής: η στεφανιαία νόσος, οι παθήσεις των καρδιαγγειακών βαλβίδων καθώς επίσης και η καρδιομυοπάθεια (Καραδήμας, 2005). Ειδικότερα, η στεφανιαία νόσος, γνωστή και ως αθηροσκλήρωση, προκαλείται λόγω της δημιουργίας των αθηρωματικών πλακών στην εσωτερική πλευρά των στεφανιαίων αρτηριών προκαλώντας στένωση και κατά συνέπεια τη μείωση παροχής αίματος στην καρδιά (Bath, Bohin, Jones, & Scarle, 2009. Perk et al., 2012). Επιπλέον, η στεφανιαία νόσος κλινικά μπορεί να εκδηλωθεί με διαφορετικά και εξίσου σοβαρά σύνδρομα. Αυτό σημαίνει πως ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει στηθάγχη, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (Thygesen et al., 2012) καθώς επίσης και κοιλιακές αρρυθμίες (Καραδήμας, 2005).

Από την άλλη μεριά, οι βαλβιδοπάθειες δεν είναι τόσο συχνές όσο η στεφανιαία νόσος στις ανεπτυγμένες χώρες. Η παρέμβαση είναι πολύπλοκη και επικίνδυνη καθώς οι παθήσεις των καρδιαγγειακών βαλβίδων εκδηλώνονται πιο συχνά σε μεγαλύτερη ηλικία. Αντίθετα, στις αναπτυσσόμενες χώρες οι βαλβίδες μπορεί να παρουσιάσουν ανεπάρκεια λόγω του ρευματικού πυρετού τόσο στην παιδική ηλικία όσο και στους νέους αποτελώντας μείζον πρόβλημα για τη δημόσια υγεία (Vahanian et al., 2012).

Τέλος, οι μυοκαρδιοπάθειες αποτελούν δομικές και λειτουργικές ανωμαλίες στον μυοκάρδιο (καρδιακός μυς) και παρατηρούνται τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες. Επίσης, ομαδοποιούνται σε γενετικούς και μη γενετικούς υποτύπους. Η υπερτροφική

καρδιομυοπάθεια οφείλεται στην πάχυνση του αριστερού κοιλιακού καρδιακού μυ. Στην ουσία, η υπερτροφία δυσχεραίνει την παροχή αίματος στην καρδιά (Elliott et al., 2014).

1.4.Οι Επιπτώσεις στη Ζωή των Ασθενών

Η εκδήλωση κάποιου καρδιακού επεισοδίου ή η διάγνωση της στεφανιαίας νόσου αποτελεί σοκ για τους ασθενείς τις περισσότερες φορές. Τα άτομα βιώνουν έντονο άγχος και δυσφορία έπειτα από το οξύ περιστατικό το οποίο θεωρείται φυσιολογικό καθώς μπορεί να έχουν υποβληθεί σε φαρμακευτικές και χειρουργικές παρεμβάσεις (αγγειοπλαστική, αορτοστεφανιαία παράκαμψη των στεφανιαίων αρτηριών (bypass), τοποθέτηση βηματοδότη ή απινιδωτή) (Whalley, Thompson, & Taylor, 2014). Ωστόσο, το γεγονός αυτό μπορεί να πυροδοτήσει τις προηγούμενες πεποιθήσεις που έχει ήδη ο ασθενής για την υγεία και κατ' επέκταση να επηρεάσει τη μελλοντική του συμπεριφορά (Bath et al, 2009).

Οι ασθενείς μετά από τέτοια περιστατικά χρειάζεται να επανακτήσουν την αυτοπεποίθησή τους ώστε να μπορέσουν υιοθετήσουν νέες δεξιότητες ώστε να διευκολύνουν τον τρόπο ζωής τους. Τα άτομα αυτά εάν επανακτήσουν τον έλεγχο τότε θα έχουν τη δυνατότητα να διαχειρίζονται την υγεία τους και να αποφασίζουν οι ίδιοι για παράδειγμα για την διατροφή και την άσκησή τους. Οι ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν καθοριστικό ρόλο στην πρόγνωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Οι περισσότεροι ασθενείς εκδηλώνουν καταθλιπτικά ή αγχώδη συμπτώματα μετά από κάποιο καρδιακό επεισόδιο (Kulik et al., 2015).

Εκτός των άλλων, τα άτομα που πάσχουν από καρδιαγγειακές παθήσεις δυσκολεύονται να αλλάξουν το τρόπο ζωής τους. Οι καθημερινές συμπεριφορές που απαιτείται να αναθεωρηθούν είναι προς όφελος τους καθώς θα τους επιτρέπεται να είναι πιο

λειτουργικοί. Ωστόσο, αυτά τα μακροχρόνια πρότυπα συμπεριφοράς έχουν καλλιεργηθεί σε πολύ μικρή ηλικία καθιστώντας την αλλαγή πιο δύσκολη. Ακόμη, τα πρότυπα συμπεριφοράς αλληλεπιδρούν τόσο με γενετικούς όσο και περιβαλλοντικούς παράγοντες και ενισχύονται τις περισσότερες φορές από το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου. Συνεπώς, για τον ασθενή αυτές οι εμφανείς αλλαγές που πρέπει να υιοθετήσει θα παρατηρηθούν και στις κοινωνικές του διαδράσεις (Perk et al., 2012). Επίσης, πολλοί ασθενείς μπορεί να χρειαστεί να σταματήσουν την εργασία τους λόγω της υγείας τους, πλήττοντας με αυτό τον τρόπο ακόμη περισσότερο τη λειτουργικότητά τους (Καραδήμας, 2005).

Επιπρόσθετα, οι ασθενείς για να ανταπεξέλθουν στην ασθένειά τους και να συμμορφωθούν στις συνιστώμενες αλλαγές στη καθημερινότητα τους και στη φαρμακευτική αγωγή, χρειάζονται μία υποστηρικτική και θετική διάδραση τόσο με τους φορείς υγείας όσο και με το οικογενειακό περιβάλλον τους. Ο φροντιστής του ασθενή πρέπει να κατανοήσει ποιες είναι οι ανησυχίες του και οι προηγούμενες γνώσεις του για την ασθένεια ώστε να τον βοηθήσει να συνηθίσει τις νέες συνθήκες (Perk et al., 2012). Γίνεται σαφές ότι οι παρεμβάσεις στους ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις πρέπει να έχουν ως αυτοσκοπό τη μείωση της επιρροής της ασθένειας μέσω της υιοθέτησης νέων συμπεριφορών (Kawecka-Jaszcz, Klocek, Tobiasz-Adamczyk, & Bulpitt, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

2.1. Η Γνωστική Αναπαράσταση της Υγείας και των Ασθενειών

Το σύστημα υγείας για να λειτουργήσει με επιτυχία οφείλει να ελέγχει ένα μεγάλο αριθμό διαφορετικών παραγόντων. Πιο ειδικά, είναι απαραίτητη η αξιολόγηση της αντίληψης τόσο της υγείας όσο και των ασθενειών. Βέβαια, οι αναπαραστάσεις των ασθενών και των ιατρών διαφέρουν καθιστώντας πιο περίπλοκη την αξιολόγηση. Με άλλα λόγια, οι αντιλήψεις για την ασθένεια που απορρέουν από τους ασθενείς είναι προσωπικές ενώ τις περισσότερες φορές των ιατρών είναι αποτέλεσμα παρατήρησης (Sen, 2002).

Επίσης, οι ασθενείς είναι αυτοί που θα πάρουν τις τελικές αποφάσεις για την υγεία τους οπότε οι αυτοαναφορές σχετικά με τις αντιλήψεις τους για την ασθένεια και το αντίκτυπο που έχει στη ζωή τους είναι απαραίτητα εργαλεία τόσο για τους φροντιστές όσο και για τους γιατρούς. Πιο συγκεκριμένα, οι πληροφορίες, που τους παρέχονται, μπορεί να συνδράμουν περαιτέρω στην διάγνωση και στην επιλογή εναλλακτικών θεραπειών. Εκτός των άλλων, οι αντιλήψεις των ασθενών διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην πρόγνωση της ασθένειας τους καθώς μπορεί να επηρεάσουν την θεραπεία, π.χ. διακοπή φαρμακευτικής αγωγής (Anker et al., 2014).

Για να γίνουμε πιο σαφείς, οι αναπαραστάσεις της ασθένειας εξαρτώνται από κάποιους βασικούς παράγοντες. Ειδικότερα, οι αντιλήψεις αυτές απορρέουν από τα συμπτώματα της εκάστοτε ασθένειας. Η βίωση των σωματικών εμπειριών παίζουν καθοριστικό ρόλο στην δημιουργία και στην ολοκλήρωση της γνωστικής αναπαράστασης της ασθένειας. Αυτό σημαίνει ότι το άτομο θα κινητοποιηθεί για την αντιμετώπιση του προβλήματος λόγω της ύπαρξης των παραπάνω αναπαραστάσεων. Πιο ειδικά, η αντίληψη των συμπτωμάτων μπορεί να αποτελεί πιο ισχυρό πειστήριο για την κινητοποίηση του

ατόμου για δράση από ότι η αφηρημένη γνώση που κατέχει για τη συγκεκριμένη ασθένεια. Για παράδειγμα, η χορήγηση ινσουλίνης στο διαβήτη μπορεί να έχει παρενέργειες όπως αίσθημα αδυναμίας, δηλαδή τα άτομα θα δράσουν κυρίως λόγω της αντίληψης του συγκεκριμένου συμπτώματος.

Επίσης, φαίνεται ότι τα άτομα δυσκολεύονται να συνδυάσουν τις γνώσεις που απορρέουν από τις προσωπικές παρατηρήσεις με αυτές τις πληροφορίες που τους παρέχουν οι επαγγελματίες υγείας όσον αφορά την ασθένειά τους. Είναι πολύ πιθανό λοιπόν, οι ασθενείς λόγο των παραπάνω δυσκολιών να δημιουργούν εσφαλμένες γνωστικές αναπαραστάσεις για την ασθένεια τους (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992). Τέλος, πολλές μελέτες υποστηρίζουν ότι οι αναπαραστάσεις της ασθένειας σχετίζονται με διάφορες επιδράσεις στην υγεία του ατόμου που αφορούν την ψυχολογική προσαρμογή, τη λειτουργικότητα, τη συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες καθώς επίσης και τη ποιότητα ζωής του (Yan et al., 2011).

2.2. Το Μοντέλο Κοινής Λογικής

Το μοντέλο κοινής λογικής αποτελεί ένα συμπεριφορικό μοντέλο που μπορεί να διευκολύνει τόσο τους γιατρούς όσο και τους ψυχοθεραπευτές να εντοπίσουν και να κατανοήσουν τις αναπαραστάσεις της εκάστοτε ασθένειας και στο πως επιδρούν στη λήψη αποφάσεων των ασθενών (Kucukarslan, 2012). Σύμφωνα με τους Leventhal, Leventhal και Contrada (1998), οι αναπαραστάσεις της ασθένειας γενικότερα βασίζονται στη θεωρία της αυτορρύθμισης. Συγκεκριμένα, η αυτορρύθμιση αποτελεί μία δυναμική διαδικασία που βοηθάει το άτομο να καθορίσει και να υλοποιήσει τους στόχους του μέσω υιοθέτησης στρατηγικών καθώς επίσης και να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητά τους (Leventhal, Brissete, & Leventhal, 2003).

Ειδικότερα, το μοντέλο κοινής λογικής ή διαφορετικά διπλής επεξεργασίας έχει ως στόχο να κατανοήσει τον τρόπο που οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την κατάσταση της υγείας τους και πως η απειλή για την υγεία τους επηρεάζει τις στρατηγικές αντιμετώπισης που επιλέγουν και εντέλει υιοθετούν. Με άλλα λόγια, οι απειλές που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία προκαλούν φόβο στα άτομα, που τα κινητοποιεί εντέλει να δράσουν ώστε να αποφύγουν τις δυσμενείς επιπτώσεις (Leventhal et al., 1997.Leventhal et al., 2003). Ακόμη, πρέπει να τονισθεί ότι ο κάθε ασθενής αντιδρά διαφορετικά στην απειλή, π.χ. αναζήτηση ιατρικής φροντίδας, έκφραση συναισθημάτων ή ακόμη και άρνηση της παρούσας κατάστασης (Kucukarslan, 2012).

Γενικότερα, τα άτομα υιοθετούν συμπεριφορές για να παραμείνουν υγιείς που απορρέουν από το ιατρικό και ψυχοκοινωνικό τους ιστορικό. Με άλλα λόγια, έχουν συλλογή από πληθώρα πληροφοριών για τις απειλές κατά της υγείας που μπορεί να προέρχονται από τους ίδιους που έχουν νοσήσει ή το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, το πολιτιστικό υπόβαθρο κ.α. Εκτός των άλλων, έχουν συγκεκριμένα πρότυπα για τις στρατηγικές αντιμετώπισης που μπορεί να χρησιμοποιήσουν για να αποφύγουν ή να θεραπεύσουν μια ασθένεια, π.χ. λήψη φαρμακευτικής αγωγής, αλλαγή διατροφής κ.α. Με βάση τα παραπάνω, το άτομο έχει διαμορφώσει κάποια σχήματα όσον αφορά τις απειλές κατά της υγείας και σε συνδυασμό με την αντίληψη των σωματικών αισθήσεων, εντέλει κατασκευάζονται οι αναπαραστάσεις της ασθένειας. Οι αντιλήψεις αυτές διαφοροποιούνται από την εκάστοτε κατάσταση αλλά και με την πάροδο του χρόνου (Leventhal&Crouch, 1997). Επίσης, οι ασθενείς δημιουργούν παράλληλα πέρα από γνωστικές, και συναισθηματικές αναπαραστάσεις τόσο για να κατανοήσουν όσο και να διαχειριστούν την απειλή όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω (Leventhal et al., 1997). Οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις αναφέρονται στα συναισθήματα που δημιουργούνται από

κάποια νόσο, π.χ. όταν πραγματοποιηθεί η διάγνωση μίας χρόνιας ασθένειας μπορεί να προκληθούν καταθλιπτικά και αγχώδη συναισθήματα (Leventhal et al., 1992).

Πιο ειδικά, οι αναπαραστάσεις έχουν κάποια κοινά γνωρίσματα ή διαστάσεις στα οποία συγκαταλέγονται: η ταυτότητα της ασθένειας, οι αιτίες της ασθένειας, η χρονική πορεία, οι συνέπειες και τέλος η ελεγξιμότητα. Πρώτον, η ταυτότητα αναφέρεται στις δηλώσεις του ατόμου σε σχέση με το όνομα της ασθένειας και τα συμπτώματα που εκδηλώνει. Δεύτερον, οι αιτίες είναι απόρροια των πεποιθήσεων που αφορούν την πρόκληση της νόσου. Συγκεκριμένα, οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση της ασθένειας μπορεί να είναι βιολογικοί(π.χ. ανοσοποιητικό σύστημα, ιοί), συναισθηματικοί και ψυχολογικοί (π.χ. κατάθλιψη, στρες, υπερκόπωση), και τέλος περιβαλλοντικοί (π.χ. μόλυνση του περιβάλλοντος). Τρίτον, η χρονική πορεία αφορά στο πως τα άτομα αντιλαμβάνονται τη χρονιότητα τόσο της νόσου όσο και των συμπτωμάτων, δηλαδή εάν είναι χρόνια ή οξεία. Τέταρτον, οι συνέπειες αναφέρονται στις γνωστικές αναπαραστάσεις των ατόμων όσον αφορά την επίδραση της ασθένειας στην ποιότητα ζωής και στη λειτουργικότητά τους. Πέμπτη και τελευταία διάσταση θεωρείται η ελεγξιμότητα που αφορά τις αντιλήψεις των ασθενών για τον έλεγχο που ασκούν στη νόσο τους μέσω των στρατηγικών αντιμετώπισης ή της θεραπείας που ακολουθούν. Οι αναπαραστάσεις που αφορούν τον έλεγχο της ασθένειας δεν οριοθετούν μόνο αλλά αξιολογούν την αποτελεσματικότητα του τρόπου παρέμβασης που έχει υιοθετηθεί (Hagger & Orbell, 2003. Καραδήμας, 2005. Leventhal et al., 1997).

Επιπρόσθετα, οι παραπάνω διαστάσεις φαίνεται ότι αλληλοσχετίζονται (French, Lewin,Watson, &Thompson, 2005). Σύμφωνα με την μετανάλυση των Hagger και Orbell (2003),παρατηρήθηκε ότι η χρονική πορεία και οι συνέπειες της νόσου παρουσίαζαν στατιστικώς σημαντική θετική συσχέτιση. Από την άλλη πλευρά, οι συσχετίσεις ελεγξιμότητας /θεραπείας τόσο με τη χρονική πορεία όσο και με τις συνέπειες της ασθένειας ήταν αρνητικές αλλά στατιστικώς σημαντικές.

Επίσης, οι αναπαραστάσεις των ασθενών στις καρδιαγγειακές νόσους φαίνεται να συσχετίζονται με κοινωνικό-δημογραφικούς, ψυχοκοινωνικούς και συναφή με την ασθένεια παράγοντες (Aalto, Heijmans, Weinman, & Aro, 2005. Bekke-Hansen, Weinman, Thastum, Thygesen, & Zachariae, 2014). Πιο ειδικά, οι αναπαραστάσεις που επηρεάζονται από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες απορρέουν είτε από τον ίδιο τον ασθενή (π.χ. έλεγχος της νόσου) είτε από το εξωτερικό του περιβάλλον (π.χ. κοινωνικά δίκτυα). Γενικότερα, τα συναισθήματα που απορρέουν από την αυτό-αποτελεσματικότητα του ατόμου και την επάρκεια του έχουν τη δυνατότητα να τροποποιήσουν τις αναπαραστάσεις της ελεγξιμότητας και τις συνέπειες της ασθένειας και συγκεκριμένα του διαβήτη (Gaston, Cottrell, & Fullen, 2012. Griva, Myers, &Newman, 2000).

Τέλος, το μοντέλο κοινής λογικής παρουσιάζει κάποιους περιορισμούς. Για να γίνουμε πιο σαφείς, σύμφωνα με μία πρόσφατη μετανάλυση, το συγκεκριμένο μοντέλο δεν μπορεί να προβλέψει τη συμμόρφωση των ασθενών αλλά μπορεί κατανοήσει γιατί οι πάσχοντές συμμορφώνονται ή όχι. Επίσης, το συγκεκριμένο μοντέλο εφαρμόζεται κατά κύριο λόγο σε χρόνιες ασθένειες αφήνοντας εκτός τις οξείες, δηλαδή ασθενείς που έχουν πρόσφατα διαγνωστεί με κάποιο νόσημα ή ασθενείς που πρόκειται να αρρωστήσουν (Brandes & Mullan, 2014).

2.3. Ο Ρόλος του Συντρόφου στην Υγεία

Οι εμπειρικές μελέτες εστιάζουν κατά κύριο λόγο στη συσχέτιση που υπάρχει ανάμεσα στην υγεία και την οικογενειακή κατάσταση. Η σχέση μεταξύ οικογενειακής κατάστασης, δικτύων κοινωνικής στήριξης και υγείας είναι διαδραστική. Στις ΗΠΑ, τα ποσοστά θνησιμότητας στις ανύπαντρες γυναίκες ήταν 50% υψηλότερα από ότι στις

παντρεμένες. Το αντίστοιχο ποσοστό στους ανύπαντρους άντρες άγγιζε το 250% (Zhang&Hayward, 2006).

Οι παντρεμένοι παρουσιάζουν καλύτερη ποιότητα ζωής όσον αφορά την υγεία τους εν αντίθεση με τους ανύπαντρους σε ένα ευρύ φάσμα νοσημάτων (χρόνιων και οξέων), συμπεριλαμβανομένων κρυωμάτων, καρκίνων και καρδιαγγειακών διαταραχών (Cohen, Doyle, Skoner, Rabin, & Gwaltney, 1997. Given& Northouse, 2011. Kilpi, Konttinen, Silventoinen, & Martikainen, 2015. Wittmann et al., 2014).Επίσης, οι διαζευγμένοι παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, υψηλοτέρα επίπεδα στρες καθώς επίσης και χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή (Lucas, 2005). Εκτός των άλλων, τα άτομα που έχουν χωρίσει αποξενώνονται τόσο σε συναισθηματικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο επηρεάζοντας κατ' επέκταση και την υγεία τους αρνητικά (Knöpfli, Cullati, Courvoisier, Burton-Jeangros, &Perrig-Chiello, 2016).

Επιπρόσθετα, οι αυτοαναφορές για την υγεία δεν εξαρτώνται μόνο από την ύπαρξη οικογενειακής κατάστασης αλλά και από την ποιότητα της σχέσης. Σύμφωνα με τους Smith, BaronκαιGrove (2014), η ποιότητα της σχέσης (π.χ. συγκρούσεις, ικανοποίηση, πίεση) αποτελεί έναν ισχυρό προγνωστικό παράγοντα εκδήλωσης καρδιαγγειακών διαταραχών. Αυτά τα αποτελέσματα υποστηρίζονται και από τους Liu και Waite (2014) αλλά μόνο στα ηλικιωμένα ζευγάρια του δείγματός τους.

Επιπλέον, οι θεωρίες κοινωνικής υποστήριξης θεωρούν ότι επηρεάζουν τις αντιλήψεις για την ασθένεια μέσω δύο οδών. Από την μια πλευρά, τροποποιούν την γνωστική εκτίμηση για την αγχωτική κατάσταση. Από την άλλη πλευρά, οι αντιλήψεις για το στρες σχετίζονται άμεσα με την κοινωνική υποστήριξη (Cohen, 1988). Η χρόνια ασθένεια θεωρείται ένας στρεσσογόνος παράγοντας καθώς οι πάσχοντες απατείται να προσαρμοστούν για να επιβιώσουν. Συνεπώς, οι εκτιμήσεις των ασθενών μπορεί να προέρχονται και από την υποστήριξη που λαμβάνουν από το περιβάλλον τους. Η ανατροφοδότηση που δέχονται οι

πάσχοντες από τους σημαντικούς άλλους μπορεί να αποτελεί και μία πηγή ερμηνείας των καρδιαγγειακών συμπτωμάτων. Σύμφωνα με τους Petrie και Weinman (1997), άτομα που είχαν κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να καθυστέρησαν να αναζητήσουν θεραπεία για το έμφραγμά τους.

Σύμφωνα με το μοντέλο κοινής λογικής, οι αντιλήψεις για την ασθένεια θα μπορούσαν να συσχετίζονται με την υποστήριξη της/του συζύγου. Αρχικά, η διεργασία της αυτορρύθμισης του ασθενή λαμβάνει χώρα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο που αυτό κατ' επέκταση σημαίνει ότι το περιβάλλον του μπορεί να επηρεάσει την ερμηνεία που θα αποδώσει στην κατάσταση της υγείας του καθώς επίσης και στην επιλογή των στρατηγικών αντιμετώπισης (Leventhal et al., 1998). Με άλλα λόγια, οι αναπαραστάσεις των ασθενών επηρεάζουν τις προσδοκίες τους σε σχέση και με την υποστήριξη των συντρόφων τους. Εκτός των άλλων, οι σύντροφοι εμπλέκονται και αυτοί στη διαδικασία της αυτορρύθμισης μέσω των αντιλήψεών τους για την ασθένεια ασκώντας επιρροή στους τρόπους αντιμετώπισης. Οι διαφορές που δημιουργούνται στις αναπαραστάσεις της νόσου μεταξύ ασθενών και συντρόφων επηρεάζουν την υποστήριξη των τελευταίων καθώς επίσης και τις αντιλήψεις των ασθενών. Ακόμη, παρατηρείται καλύτερη προσαρμογή στην ασθένεια όταν σημειώνουν θετικές αναπαραστάσεις ασθενείς και σύντροφοι (Benyamini, Medalion, &Garfinkel, 2007.Figueiras&Weinman, 2003).

Πιο ειδικά, η υποστήριξη της συζύγου μπορεί να συνοδεύεται τόσο από θετικές όσο και αρνητικές αλληλεπιδράσεις. Πολλές μελέτες υποστηρίζουν ότι ουποστηρικτικός σύντροφος συνδράμει θετικά στην αντιμετώπιση της ασθένειας και στην προαγωγή της υγείας (Regan et al., 2015). Η υποστήριξη που μπορεί να λαμβάνει ο ασθενής από το σύντροφο του μπορεί να είναι θετική και αρνητική (π.χ. να βιώνει πίεση) (Ryan, Wan, &Smith, 2014). Σύμφωνα με τους Benyamini et al. (2007), οι ασθενείς με κάποια καρδιαγγειακή διαταραχή, αναπαριστούσαν την ασθένειά τους ως μία χρόνια κατάσταση

όταν λάμβαναν χαμηλά επίπεδα υποστήριξης. Από την άλλη, οι σύντροφοι αντιλαμβάνονταν την ασθένεια σε μικρότερο βαθμό, ως χρόνιο πρόβλημα.

Βλέπουμε λοιπόν, ότι η ύπαρξη συντρόφου επηρεάζει σημαντικά την έκβαση του εκάστοτε προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζει ο ασθενής. Η οικογενειακή κατάσταση, η ποιότητα της σχέσης, η κοινωνική υποστήριξη καθώς και οι αναπαραστάσεις των συντρόφων πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για πιο ολιστικές παρεμβάσεις σε θέματα υγείας. Σύμφωνα με το μοντέλο κοινής λογικής ο ασθενής επηρεάζεται άμεσα από τη διάδραση που έχει με τους σημαντικούς άλλους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Πολλοί Έλληνες φιλοσόφοι, όπως ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης, επηρέασαν έντονα τις ψυχολογικές θεωρίες για το συναίσθημα ως τις μέρες μας. Οι ορισμοί που δίνονται κατά καιρούς για το συναίσθημα παρουσιάζουν ποικιλία και μερικές φορές δεν είναι ξεκάθαροι. Οι θεωρίες για το συναίσθημα εξετάζουν τις αιτίες του, τις διεργασίες που μεσολαβούν για να γίνει μία συναισθηματική κατάσταση εμπειρία, καθώς επίσης τη σειρά και την αλληλεπίδραση αυτών των διεργασιών.

3.1. Θεωρίες Συναισθημάτων

3.1.1. Βιολογικές Θεωρίες

Οι θεωρίες για το συναίσθημα παρουσιάζουν διαφορετικές τάσεις ανά δεκαετίες. Αρχικά, οι ψυχοφυσιολογικές θεωρίες επηρεάστηκαν από την θεωρία των William James και Carl Lange. Ειδικότερα, στη θεωρία αυτή υποστηρίζεται ότι η δημιουργία του συναισθήματος οφείλεται: πρώτον, στη αντίληψη του ερεθίσματος, δεύτερον, στις φυσιολογικές αποκρίσεις του οργανισμού και τρίτον, στη μετέπειτα ανατροφοδότηση που θα δημιουργήσει καθώς και τη συναισθηματική εμπειρία (James, 1884. Lange, 1887/1922).

Ωστόσο, ο Walter Cannon άσκησε κριτική στη θεωρία του William James και διατύπωσε μία εναλλακτική θεωρία γνωστή και ως θαλαμική. Στη συγκεκριμένη θεωρία, οι φυσιολογικές αντιδράσεις και η συναισθηματική εμπειρία λαμβάνουν χώρα ταυτόχρονα μετά την ενεργοποίηση του θαλάμου. Επίσης, διατύπωσε ότι διαφορετικά συναισθήματα μπορεί να χαρακτηρίζονται από ίδιες σωματικές αντιδράσεις (Cannon, 1927). Οι παραπάνω μελέτες για τη φυσιολογία του συναισθήματος συνεχίζουν να επηρεάζουν τη έρευνα μέχρι και σήμερα.

3.1.2. Εξελικτικές Θεωρίες

Η εξελικτικές θεωρίες για το συναίσθημα βασίζονται κατά κύριο λόγο στον Κάρολο Δαρβίνο, θεμελιωτή της θεωρίας της εξέλιξης. Η βασική αρχή της θεωρίας του ήταν ότι τα συναισθήματα έχουν βιολογική βάση. Πιο συγκεκριμένα, τόσο οι άνθρωποι όσο και τα ζώα χρησιμοποιούν τα συναισθήματά τους για την προσαρμογή τους στο περιβάλλον (Darwin, 1873).

Σύμφωνα με τις σύγχρονες εξελικτικές θεωρίες, ο εγκέφαλος αποτελείται από εξειδικευμένα προγράμματα που έχουν καθοριστεί βάσει γενετικής αρχιτεκτονικής. Τα συναισθήματα αποτελούν προγράμματα που ενεργοποιούνται στην επίλυση προβλημάτων. Η εξελικτική προσέγγιση υποστηρίζει ότι η επιβίωση έχει μικρή σημασία στην εξέλιξη. Ειδικότερα, οι συναισθηματικές αντιδράσεις που έχουν μεταβιβαστεί μέσω γονιδίων είναι απόρροια είτε ευκαιριών αναπαραγωγής (π.χ. άφιξη ενός πιθανού συντρόφου ή οι αντανακλαστικές ιδιότητες του φωτός) είτε εμπόδια που απειλούν την αναπαραγωγή (όπως η ταχύτητα του θυράματος, οι πράξεις του σεξουαλικού ανταγωνιστή, οι περιορισμένες προμήθειες για τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας κ.α.). Η προσαρμοστική ικανότητα του ανθρώπου έχει σχεδιαστεί με γνώμονα να εκμεταλλευτεί αυτές τις ευκαιρίες ή να παρακάμψει αυτά τα εμπόδια (Cosmides &Tooby, 2000).

3.1.3. Η Θεωρία των Βασικών Συναισθημάτων

Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, πολλοί θεωρητικοί πρότειναν μία ομάδα βασικών ή διακριτών συναισθημάτων. Ορισμένοι μελετητές κατηγοριοποιούν τα συναισθήματα ως θεμελιώδη με βάση τη βιολογική τους προέλευση (Barrett, 2006. Ekman, 1992. Ortony & Turner, 1990). Οι περισσότεροι θεωρητικοί των βασικών συναισθημάτων έχουν επισημάνει

έξι, εκ των οποίων συμπεριλαμβάνονται: η χαρά, η λύπη, η αηδία, η έκπληξη, ο θυμός και ο φόβος (Ekman, 1992. Izard, 1992. Ortony & Turner, 1990. Plutchik & Kellerman, 1980).

Σύμφωνα με τον Ekman (1999), τα βασικά συναισθήματα έχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα, είναι σαφή, ευκρινή, παρατηρούνται σε άλλα θηλαστικά και έχουν συγκεκριμένη φυσιολογία. Επίσης, θεωρούνται παγκόσμια χαρακτηριστικά. Αυτό σημαίνει πώς εκδηλώνονται και σε άλλους πολιτισμούς και σχετίζονται τόσο με την επιβίωση όσο και με την αυτορρύθμιση.

3.1.4. Θεωρίες Γνωστικής Εκτίμησης

Οι μελετητές που διατύπωσαν τις θεωρίες γνωστικής εκτίμησης κατανοούν τα συναισθήματα ως απόρροια των γνωστικών διεργασιών αποτίμησης της εκάστοτε έννοιας, των αιτιακών αξιολογήσεων της καθώς επίσης και την εκτίμηση της δύναμης για δράση σε αγχογόνες συνθήκες. Πιο ειδικά, η γνωστική αξιολόγηση επηρεάζει το άτομο τόσο σε ψυχολογικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο. Με άλλα λόγια, διαφορετικά άτομα μπορούν να βιώσουν διαφορετικά συναισθήματα σε ίδιες καταστάσεις (Clore & Ortony, 2000).

Σύμφωνα με τις σύγχρονες προσεγγίσεις, τα βασικά συναισθήματα είναι απόρροια διεργασιών αξιολόγησης γεγονότων και αιτιακών αποδόσεων των καταστάσεων αυτών. Πιο συγκεκριμένα, το άτομο είτε σε επίπεδο συνειδητό είτε σε ασυνείδητο αξιολογεί τα γεγονότα. Η εκτίμηση μπορεί να χαρακτηρίζεται από θετική ή αρνητική χροιά, από τον έλεγχο του ατόμου στο εκάστοτε συναίσθημα καθώς επίσης και από την εξοικείωσή του με αυτό. Επίσης, σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση θα συμβάλλει η επίτευξη του τρέχοντα στόχου και η διαχείριση της συμπεριφοράς (Lazarus&Smith, 1988. Roseman, 1996. Roseman, Spindel, &Jose, 1990. Scherer, 1999. Smith & Ellsworth, 1985). Όλες οι θεωρίες γνωστικής αποτίμησης επιδιώκουν την πρόβλεψη του εκάστοτε συναισθήματος με βάση τις παραπάνω

διαστάσεις. Με άλλα λόγια, το προφίλ γνωστικής αποτίμησης θα προβλέψει την εκδήλωση του διακριτού συναισθήματος.

3.1.5. Θεωρίες Κοινωνικής Κατασκευής του Συναισθήματος

Σύμφωνα με την προσέγγιση της κοινωνικής κατασκευής, το συναίσθημα θεωρείται συνέπεια των κοινωνικών κατασκευών του κάθε πολιτισμικού πλαισίου. Η κοινωνική κατασκευή του συναισθήματος αποτελεί μία επαναλαμβανόμενη και αέναη διαδικασία που εκτυλίσσεται μέσω των διαπροσωπικών σχέσεων. Βέβαια, θα πρέπει να τονισθεί ότι και η έννοια της διάδρασης καθορίζεται από τις επικρατούσες ιδέες και πρακτικές του εκάστοτε πολιτισμικού πλαισίου. Με άλλα λόγια, σε διαφορετικές περιόδους και σε διαφορετικά πλαίσια τα συναισθήματα που εκδηλώνονται θα είναι διαφορετικά (Boiger & Mesquita, 2012).

Σύμφωνα με τον Averill (1983), η εκδήλωση του συναισθήματος θεωρείται ένας κοινωνικός ρόλος που αναπτύσσεται, καθορίζεται και κατασκευάζεται από την κοινωνία. Τα συναισθήματα επηρεάζονται από τις εκάστοτε νόρμες όπως και οι κοινωνικοί ρόλοι. Τέλος, θα λέγαμε ότι οι θεωρίες κοινωνικής κατασκευής τονίζουν τη σημασία των κανόνων ηθικής, αξιών καθώς επίσης και τους κανόνες που συνδέονται με το εκάστοτε συναίσθημα όπως αυτοί έχουν επιβληθεί από το πολιτισμικό πλαίσιο (Niedenthal, Krauth-Gruber, & Ric, 2012).

3.2. Θετικά και Αρνητικά Συναισθήματα

Πολλοί θεωρητικοί αξιολογούν το συναίσθημα βασιζόμενοι σε δύο διαστάσεις του. Ο Russell (1980) υποστήριξε ότι το συναίσθημα διαχωρίζεται σημασιολογικά σε δύο βασικές διαστάσεις, την αρνητική και τη θετική.

Πιο ειδικά, τα αρνητικά συναισθήματα όπως ο θυμός φαίνεται να επηρεάζουν την κοινωνική κρίση του ατόμου με αποτέλεσμα να μεροληπτεί και να μην είναι αντικειμενικός σε σχέση με τη λύπη (Bodenhausen, Sheppard, &Kramer, 1994). Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι οι αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες επηρεάζουν τη λήψη αποφάσεων, τις αντιλήψεις και την κρίση του ατόμου. Το άγχος και η λύπη φαίνεται να επιδρούν αρνητικά στο άτομο όταν λαμβάνει χώρα η διαδικασία επεξεργασίας πληροφοριών. Αυτό σημαίνει πως τα άτομα τείνουν να επεξεργάζονται λιγότερο συστηματικά τις πληροφορίες και να επηρεάζονται από προκαταλήψεις (Raghunathan & Pham, 1999). Βέβαια, υπάρχουν και έρευνες που δείχνουν ότι τα αρνητικά συναισθήματα και κυρίως η λύπη επιδρούν στην καλύτερη επεξεργασία πληροφοριών σε αντίθεση με το θυμό. Ωστόσο, αυτές οι διεργασίες εξαρτώνται και από την ένταση του συναισθήματος (Bodenhausen, Sheppard, &Kramer, 1994).Σύμφωνα με τον Forgas (2013), το αρνητικό θυμικό παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάκληση γεγονότων, στην άμβλυνση γνωστικών σφαλμάτων καθώς επίσης και στην μεγιστοποίηση των κινήτρων του ατόμου. Η βίωση αρνητικών συναισθημάτων πυροδοτεί και διευκολύνει την πιο συστηματική επεξεργασία πληροφοριών.

Η εμπειρική μελέτη των θετικών συναισθημάτων είναι ελλιπής σε σύγκριση με την έρευνα των αρνητικών. Πολλοί θεωρητικοί υποστηρίζουν ότι τα συναισθήματα έχουν συγκεκριμένες τάσεις για δράση , π.χ. ο θυμός ωθεί το άτομο για επίθεση, ο φόβος σε φυγή και ούτω καθεξής (Tooby&Cosmides, 1990). Σύμφωνα με την εξελικτική προσέγγιση, τα συναισθήματα και κυρίως τα αρνητικά είναι απαραίτητα για την επιβίωση και την εξέλιξη του είδους. Αντίθετα, τα θετικά συναισθήματα και η «επιβίωση» τους θέτουν θεωρητικά προβλήματα στους μελετητές που υποστηρίζουν γενικά ότι τα συναισθήματα είναι απόρροια συγκεκριμένων αντιδράσεων σε απειλητικές καταστάσεις (Fredrickson & Levenson, 1998).

Ωστόσο, υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι τα θετικά συναισθήματα συμβάλλουν σε ένα πιο δημιουργικό και ευπροσάρμοστο τρόπο σκέψης. Επίσης, υποστηρίζεται ότι οι θετικές

συναισθηματικές καταστάσεις λειτουργούν ως αποθέματα που θα χρησιμοποιηθούν στο μέλλον σε επικείμενους κινδύνους (Fredrickson, 2001). Εκτός των άλλων, η θετική συναισθηματική εμπειρία διευρύνει το πεδίο της προσοχής. Τα θετικά συναισθήματα όπως η χαρά, η ευτυχία, η περηφάνια κτλ., εξυπηρετούν κάποια λειτουργικές ανάγκες του ατόμου. Με άλλα λόγια, αυτές οι θυμικές καταστάσεις έχουν τη δυνατότητα να αμβλύνουν τα αρνητικά συναισθήματα και κατ' επέκταση τα προβλήματα που προκύπτουν από τις επιπτώσεις τους. Συνεπώς, δίνουν τη δυνατότητα στο άτομο να προφυλάσσει την υγεία του καθώς επαναφέρουν και αποκαθιστούν την ισορροπία στον οργανισμό (Fredrickson & Branigan, 2005).

Τέλος, οι θετικές συναισθηματικές εμπειρίες έχουν συσχετιστεί και με τις διαπροσωπικές σχέσεις όσον αφορά τη λειτουργικότητά τους. Αυτό σημαίνει ότι οι ανθρώπινες σχέσεις ενισχύονται, πετυχαίνουν και διαρκούν λόγω της ύπαρξης θετικών συναισθημάτων στην εκάστοτε σχέση (Campos, Shiota, Keltner, Gonzaga, & Goetz, 2013).Βλέπουμε λοιπόν, ότι δεν είναι μόνα τα αρνητικά συναισθήματα που οφείλει την επιβίωση του το ανθρώπινο είδος (όπως αναφέρεται κυρίως οι εξελικτικές προσεγγίσεις) αλλά και τα θετικά.

3.3. Συναισθήματα και Υγεία

3.3.1. Κατάθλιψη και Υγεία

Ιστορικά, η έρευνα για τα συναισθήματα σε σχέση με την υγεία έχει εστιάσει την προσοχή της κυρίως στην πεποίθηση ότι οι συναισθηματικές εμπειρίες επιδρούν άμεσα στην αιτιολογία και στην εξέλιξη της νόσου. Τα συναισθήματα μπορούν να επηρεάσουν τη σωματική υγεία μέσω κάποιων διόδων. Από τη μία πλευρά, αυτές οι διεργασίες μπορούν να πραγματοποιηθούν έμμεσα μέσω της συμπεριφοράς του ατόμου όσον αφορά την υγεία του

και τη συμμόρφωσή του στις ιατρικές αγωγές (άσκηση, διατροφή κτλ.). Από την άλλη πλευρά, μπορούν να λάβουν χώρα άμεσα μέσω των μεταβολών στη λειτουργία του ανοσοποιητικού, του ενδοκρινικού και του κεντρικού νευρικού συστήματος (DeSteno, Gross, &Kubzansky, 2013. Καραδήμας, 2005.Kiecolt-Glaser&Glaser, 2002. Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, &Glaser, 2002).

Συγκεκριμένα, έρευνες έχουν δείξει ότι αυξημένα επίπεδα αρνητικού θυμικού συσχετίζονται με την καρδιαγγειακή νόσο (Donker, 2000).Οι περισσότερες μελέτες εστιάζουν στην κατάθλιψη, στον θυμό, στο άγχος και την εχθρικότητα ως διαστάσεις του αρνητικού συναισθήματος. Πιο ειδικά, η κατάθλιψη και η στεφανιαία νόσος αποτελούν σημαντικούς παράγοντες όσον αφορά την επιβάρυνση της ασθένειας γενικά, τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Ο ρόλος που διαδραματίζει η κατάθλιψη ως προγνωστικός ή αιτιολογικός παράγοντας της στεφανιαίας νόσου παραμένει αμφιλεγόμενος (Khan, Kulaksizoglu, & Cilingiroglu, 2010). Σύμφωνα με τη μετανάλυση των Nicholson, Kuper και Hemingway (2006), βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της κατάθλιψης και της στεφανιαίας νόσου. Ωστόσο, η μεθοδολογία αυτή δημιουργεί αμφιβολίες στη συσχέτιση των παραπάνω, καθώς έχουν υπάρξει στατιστικές προσαρμογές στις μελέτες που αναλύονταν, επηρεασμένες από προκαταλήψεις, ελλιπείς προσαρμογές και εκδηλώσεις αντίστροφης αιτιότητας.

Βέβαια, ορισμένες μελέτες παρουσιάζουν την κατάθλιψη ως ένα ανεξάρτητο αιτιολογικό παράγοντα σε σχέση με μελλοντική νοσηλεία από κάποιο καρδιαγγειακό πρόβλημα ή το θάνατο (Nakamura et al., 2013. Rutledge, 2012). Τα παραπάνω ευρήματα ενισχύονται και από τους Elderon και Whooley (2013) που υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη αποτελεί έναν ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα της θνησιμότητας και της επανεισαγωγής στο νοσοκομείο σε άτομα που ήδη πάσχουν από τη στεφανιαία νόσο. Εκτός

των άλλων, η κατάθλιψη πυροδοτεί και άλλους παράγοντες που θα επηρεάσουν αρνητικά την καρδιά (Rutledge et al., 2012).

Από την άλλη μεριά, το γεγονός ότι η κατάθλιψη προβλέπει κάποιο καρδιαγγειακό πρόβλημα, θέτει ερωτήματα στο πώς ακριβώς λειτουργεί και προκαλεί καρδιαγγειακές διαταραχές (Elderon & Whooley, 2013). Πολλές έρευνες επισημαίνουν ότι καθοριστικό ρόλο στη σχέση αυτή διαδραματίζουν η συμπεριφορά και οι βιολογικοί παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, ακατάλληλες συμπεριφορές υγείας όπως είναι η σωματική αδράνεια ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου σε σχέση με την κατάθλιψη (Whooley et al., 2008. Win et al., 2011).

Επίσης, είναι ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι στη σχέση κατάθλιψης και καρδιαγγειακών διαταραχών φαίνεται να μεσολαβεί μία τοπική αντίδραση του οργανισμού, η φλεγμονή (Halaris, 2013). Προηγούμενες μελέτες έχουν επισημάνει ότι η φλεγμονή οξύνει τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης (Gimeno et al., 2009. Pasco et al., 2010). Με τη σειρά της, η κατάθλιψη δημιουργεί φλεγμονή σε ασθενείς με κάποια καρδιαγγειακή διαταραχή (Raison&Miller, 2011). Επομένως, θα λέγαμε ότι είναι δύσκολο να διευθετηθεί πότε τέτοιοι δείκτες πυροδοτούν την αιτιότητα μεταξύ τόσο της κατάθλιψης όσο και της καρδιαγγειακής νόσου ή τελικά είναι απόρροια και των δύο διεργασιών.

Εκτός των άλλων, οι αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες έχουν συνδεθεί και με τον καρκίνο (Vissoci Reiche, Kaminami Morimoto, &Morimoto Vargas Nunes, 2005). Ειδικότερα, η κατάθλιψη έχει συσχετιστεί ως παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου (Chen&Lin, 2011) και ειδικά των καρκίνων που σχετίζονται με τις ορμόνες (Chang et al., 2015).Σύμφωνα με τους Chang et al. (2015), η νοσηρότητα του καρκίνου συσχετίζεται θετικά με την κατάθλιψη στους άντρες και αντιστρόφως για τις γυναίκες. Όσον αφορά τους καρκίνους που είναι απόρροια ορμονών, η κατάθλιψη φαίνεται σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου του προστάτη στους άντρες και με μειωμένο κίνδυνο για

τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στις γυναίκες. Οι συσχετίσεις ανάμεσα στο φύλο και στους διάφορους υποτύπους του καρκίνου υποδηλώνουν διαφορετικές τόσο συμπεριφορές όσο και βιολογικές διεργασίες. Αυτό σημαίνει ότι η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει διαφορετικά στην μελλοντική ανάπτυξη κάποιου είδους καρκίνου. Βέβαια, υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει συσχέτιση των καταθλιπτικών συναισθημάτων και του καρκίνου που αυτό επιβεβαιώνεται ενμέρει από τα παραπάνω πρόσφατα ευρήματα (Petticrew, Bell, &Hunter, 2002. Whooley & Browner, 1998).

Ακόμη, μελέτη με συμμετέχοντες 1286 άτομα, ηλικίας 71 ετών και άνω, έδειξε ότι η παρουσία των βασικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων μπορούσε να προβλέψει σε μεγάλο βαθμό τη σωματική πτώση στα επόμενα 4 χρόνια (Penninx et al., 1998). Θα πρέπει να τονισθεί, λοιπόν, ότι η κατάθλιψη επηρεάζει άμεσα την θνησιμότητα γενικά αλλά και ειδικά στην τρίτη ηλικία (Appleton et al., 2016.Win et al., 2011). Σύμφωνα με τους Whooley και Browner (1998), οι ηλικιωμένες γυναίκες έχουν τις ίδιες πιθανότητες να πεθάνουν λόγω κατάθλιψης σε σχέση με άλλους καρδιαγγειακούς παράγοντες επικινδυνότητας όπως είναι το κάπνισμα και η παχυσαρκία.

Θα πρέπει να τονισθεί ότι η κατάθλιψη είναι πολύ συχνή στα άτομα που πάσχουν από διαβήτη. Σύμφωνα με έρευνες, το 15 - 24% των ατόμων με διαβήτη τύπου 2 έχουν περισσότερες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη από άτομα που δεν νοσούν από διαβήτη (Mezuk,Eaton, Albrecht, &Golden, 2008. Nouwen et al., 2010). Επίσης, ο Katon στη μελέτη του υποστηρίζει ότι άτομα με διαβήτη που εκδηλώνουν καταθλιπτικά συναισθήματα είναι πιθανόν να αποκλίνουν από τις διατροφικές απαιτήσεις, καθώς επίσης και από την έλεγχο της γλυκόζης τους (όπως αναφέρεται στους Kiecolt-Glaser et al., 2002).

Η κατάθλιψη και άλλες αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες συνδέονται αναπόδραστα με τον πόνο. Η συννοσηρότητα της κατάθλιψης και του πόνου συνδέονται μέσω νευροβιολογικών διεργασιών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων (Goesling, Clauw,

&Hassett, 2013). Ο χρόνιος πόνος φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονιών που αυτό μπορεί εν μέρει να οφείλεται στη κατάθλιψη και σε διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών (Hassett, Aquino, &Ilgen, 2014). Επίσης, η κατάθλιψη αποτελεί έναν ανεξάρτητο παράγοντα επικινδυνότητας όσον αφορά τη θνησιμότητα σε άτομα που έχουν νοσηλευθεί(Elderon & Whooley, 2013. Pederson, Warkentin, Majumdar, &McAlister, 2016).Εκτός των άλλων, τα καταθλιπτικά συμπτώματα αποτελούν ένα συχνό φαινόμενο στα άτομα που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα και επηρεάζει αρνητικά την έκβαση της υγείας τους (Matcham, Rayner, Steer, & Hotopf, 2013).

3.3.2. Θυμός, Άγχος και Υγεία

Η σχέση κατάθλιψης, ως αρνητικό συναίσθημα, και υγείας, όπως παρατηρήθηκε παραπάνω, έχει μελετηθεί εκτενώς εν αντιθέσει με άλλα συναισθήματα, όπως είναι το άγχος και ο θυμός. Σύμφωνα με τουςSmith, Glazer, Ruiz,και Gallo (2004), ο θυμός, η εχθρική και η επιθετική συμπεριφορά διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην υπόθεση ότι τα συναισθήματα και κάποια στοιχεία της προσωπικότητας επηρεάζουν τη σωματική υγεία και σχετίζονται με την εκδήλωση κάποιου καρδιαγγειακού νοσήματος (Chida & Steptoe, 2009).Πιο ειδικά, σε μία διαπολιτισμική έρευνα των Kitayama et al. (2015), υποστηρίζεται ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της έκφρασης του θυμού και των κινδύνων για την υγεία.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον Suls (2013) το συναίσθημα του θυμού, η κυνική καχυποψία και η ανταγωνιστική συμπεριφορά που διατηρούνται για χρόνια σχετίζονται ως ένα βαθμό τόσο με την έναρξη όσο και με την εξέλιξη της καρδιαγγειακής νόσου. Ειδικότερα, ο θυμός και η εχθρικότητα σχετίζονται με αυξημένη λειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος, με χαμηλά επίπεδα καρδιακού ρυθμού, με τη συσσώρευση

αιμοπεταλίων καθώς επίσης και με την εμφάνιση φλεγμονής. Η μείωση του θυμού μέσω θεραπείας και φαρμακευτικών αγωγών θα αμβλύνει και τις επιδράσεις του στην υγεία. Τα παραπάνω ευρήματα σχετικά με τη θετική σχέση εχθρικότητας, κατάθλιψης και καρδιαγγειακής θνησιμότητας επιβεβαιώνονται και από νεώτερες έρευνες (Appleton, 2016. Baune et al., 2012).Ωστόσο, αυτές οι συσχετίσεις δεν ήταν τόσο σημαντικές όταν προσαρμόζονταν στατιστικά οι συμπεριφορές που αφορούσαν τον τρόπο ζωής (Appleton, 2016).

Ειδικότερα, το άγχος παρουσιάζει παρόμοιες παρενέργειες όσον αφορά τη πρόγνωση της στεφανιαίας νόσου (π.χ. επαναλαμβανόμενα ισχαιμικά επεισόδια) (Kawachi, Sparrow, Vokonas, &Weiss, 1994. Roest, Martens, deJonge, & Denollet, 2010). Σύμφωνα με τους Thurston, Rewak, & Kubzansky (2013), το άγχος μπορεί να οδηγήσει ή να πυροδοτήσει τις καρδιαγγειακές διαταραχές είτε μέσω των επιπτώσεων των συχνών έντονων συναισθηματικών εμπειριών είτε λόγω κάποιου ακραίου συναισθηματικού επεισοδίου.

Επιπλέον, τα αρνητικά συναισθήματα φαίνεται να σχετίζονται με την κατανάλωση τροφών πλούσιων σε λιπαρά (Dubé, LeBel, &Lu, 2005) και την υπερφαγία (Arnow, Kenardy, &Agras, 1995). Σύμφωνα με τους Brumpton, Langhammer, Romundstad, Chen και Mai(2013), άτομα που παρουσίαζαν αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα σημείωναν μεγαλύτερες αλλαγές στο βάρος τους από άτομα που δεν εκδήλωναν τέτοια συμπτώματα. Εκτός των άλλων, η κατάθλιψη αυξάνει τις πιθανότητες εκδήλωσης παχυσαρκίας. Επισης, το αρνητικό θυμικό έχει συσχετιστεί με τη μειωμένη άσκηση (Kawachi, Sparrow, Spiro, Vokonas, &Weiss, 1996) και το κάπνισμα (Kassel, Stroud, &Paronis, 2003. Wong et al., 2013).

3.3.3. Θετικά Συναισθήματα και Υγεία

Βέβαια, υπάρχουν και μελέτες, πολύ λιγότερες σε αριθμό, που υποστηρίζουν ότι το θετικό θυμικό συμβάλλει στην προαγωγή της σωματικής υγείας του ατόμου (Pressman&Cohen, 2005). Αυτό σημαίνει πως τα θετικά συναισθήματα μπορεί να λειτουργήσουν ως προστατευτικός παράγοντας για την υγεία. Σε μία μελέτη των Richman et al. (2005) υποστηρίχθηκε ότι υψηλά επίπεδα περιέργειας συσχετίζονταν με μειωμένη πιθανότητα εκδήλωσης υπέρτασης και σακχαρώδη διαβήτη. Στη συγκεκριμένη έρευνα μελετήθηκε, παράλληλα, η ελπίδα, ως θετικό συναίσθημα, και σχετίστηκε με χαμηλά ποσοστά εμφάνισης και εξέλιξης της ασθένειας.

Σύμφωνα με τους Middleton και Byrd, τα άτομα που σημείωναν υψηλά επίπεδα θετικών συναισθημάτων, παρουσίαζαν λιγότερες σε αριθμό εισαγωγές στο νοσοκομείο (είχαν ήδη εισαχθεί μία φορά), (όπως αναφέρεται στους Consedine, & Moskowitz, 2007). Επίσης, το υψηλό θετικό συναίσθημα έχει συσχετιστεί με τη άμβλυνση των πιθανοτήτων εκδήλωσης καρδιαγγειακής προσβολής (Davidson, Mostofsky, & Whang, 2010. Ostir, Markides, Peek, & Goodwin, 2001). Σε μία μελέτη των Stellar et al. (2015), τα βασικά θετικά συναισθήματα συσχετίστηκαν με χαμηλότερα επίπεδα προφλεγμονώδης ιντελευκίνης 6 (LI-6) που θεωρείται η πιο λειτουργική κυτοκίνη που ρυθμίζει τις ανοσολογικές αποκρίσεις. Ειδικότερα, η χαρά, η ικανοποίηση, υπερηφάνεια και το δέος αποτελούσαν προγνωστικούς παράγοντες για χαμηλά επίπεδα της LI-6. Μια ακόμη έρευνα που επιβεβαιώνει τη σημασία των θετικών συναισθημάτων είναι των Koketal. (2013), στην οποία υποστηρίζεται ότι οι θετικές αντιλήψεις των ατόμων για τις κοινωνικές τους συναναστροφές διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην αιτιώδη συνάφεια μεταξύ των θετικών συναισθημάτων και τη βελτίωση του τόνου του πνευμονογαστρικού νεύρου που είναι υπεύθυνο για την ενεργοποίηση του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος.

Τέλος, το θετικό θυμικό έχει συνδεθεί με την άσκηση (Guérin & Fortier, 2012) και την ποιοτική διατροφή (Griffin, Friend, Eitel, &Lobel, 1993). Ωστόσο, η έντονη επιθυμία για

βίωση θετικών συναισθημάτων μπορεί να οδηγήσει στη χρήση διεγερτικών (Adams et al., 2003) ακόμη και στη σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις (Kalichman, 1994).

Γίνεται σαφές ότι τα συναισθήματα, τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά, παίζουν καίριο ρόλο στην προαγωγή της υγείας. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το αρνητικό θυμικό φαίνεται να επιβαρύνει την υγεία αλλά και την εξέλιξη κάποιων νόσων. Από την άλλη μεριά, οι θετικές συναισθηματικές εμπειρίες έχουν συσχετιστεί με τη μείωση των συμπτωμάτων διατηρώντας με αυτόν τον τρόπο τα επίπεδα ισορροπίας της υγείας υψηλά.

3.4. Η Παρούσα Έρευνα

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε το αρνητικό και θετικό θυμικό ζευγαριών και οι αναπαραστάσεις των ασθενών με κάποια καρδιαγγειακή διαταραχή. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που προηγήθηκε, γίνεται σαφές ότι τα διάφορα συναισθήματα επηρεάζουν την υγεία και συγκεκριμένα την έναρξη και την εξέλιξη της χρόνιας ασθένειας. Επίσης, οι αναπαραστάσεις τις ασθένειας καθώς επίσης και η παρουσία των συντρόφων παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ψυχολογική προσαρμογή και στη λειτουργικότητα των ασθενών με κάποια χρόνια νόσο.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, διαμορφώθηκε και το κεντρικό ερευνητικό ερώτημα της παρούσας μελέτης που ήταν το εξής: Ποιος είναι ο ρόλος του συναισθήματος τόσο των ασθενών όσο και των συντρόφων στη διαμόρφωση των αναπαραστάσεων της ασθένειας; Με βάση το συγκεκριμένο ερευνητικό ερώτημα και με τη παρούσα βιβλιογραφία μπορούν να διατυπωθούν οι παρακάτω υποθέσεις:

Υπόθεση 1η: Το αρνητικό συναίσθημα των ασθενών αναμένεται να σχετίζεται θετικά με την αναπαράσταση της σοβαρότητα της ασθένειας και αρνητικά με τον προσωπικό έλεγχο.

Υπόθεση 2η: Το θετικό συναίσθημα των ασθενών αναμένεται να σχετίζεται θετικά με την αναπαράσταση του προσωπικού ελέγχου.

Υπόθεση 3η: Το θετικό συναίσθημα των συντρόφων αναμένεται να σχετίζεται θετικά με την αναπαράσταση του προσωπικού ελέγχου και το αρνητικό συναίσθημα θετικά με τη σοβαρότητα της ασθένειας.

Υπόθεση 4η: Η διάθεση των ασθενών αναμένεται να διαφέρει με τη διάθεση των συντρόφων.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1. Το Δείγμα (Συμμετέχοντες)

Στη συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν ενενήντα έξι ασθενείς (74 άντρες, 22 γυναίκες) με κάποιο καρδιαγγειακό πρόβλημα μαζί με τους/τις συζύγους τους. Πιο συγκεκριμένα, το 81,25% των ασθενών έπασχε από τη στεφανιαία νόσο και από αυτό το 32,05% είχε υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου, το 8,97% είχε υποστεί κολπική μαρμαρυγή και το 15,38% είχε αρρυθμίες. Εκτός των άλλων, κάποια άτομα είχαν συγγενή καρδιαγγειακά προβλήματα όπως είναι η υπερτροφική καρδιομυοπάθεια, φύσημα, εκ γενετής καρδιοπάθεια, σύνδρομο LGT, ανεύρυσμα, ασθένειες καρδιακών βαλβίδων, είχαν υποβληθεί σε εγχείριση ανοιχτής καρδιάς και τέλος κάποιοι δήλωναν καρδιακή ανεπάρκεια. Επιπλέον, σοβαρά ή χρόνια προβλήματα υγείας αντιμετώπιζε και το 34,37% των συντρόφων (21 άντρες, 75 γυναίκες) . Για να γίνουμε πιο σαφείς, ανέφεραν χρόνια νοσήματα όπως είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η οστεοπόρωση, ο διαβήτης, οι πνευμονοπάθειες (π.χ. χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια), παθήσεις του θυροειδή, άσθμα, οσφυαλγία, φλεβική ανεπάρκεια καθώς επίσης και συγγενή καρδιαγγειακά προβλήματα (π.χ. στεφανιαία νόσος, βαβλιδοπάθεια, καρδιακή ανεπάρκεια, κολπική μαρμαρυγή). Επίσης, κάποιοι σύντροφοι δήλωσαν ότι υπέφεραν από ιλίγγους, τη νόσο του Parkinson, υπερχοληστεριναιμία κα.

Πιο συγκεκριμένα, το 84,4% των ασθενών είχε νοσηλευτεί λόγω του καρδιακού προβλήματός του ενώ το 54,2% είχε υποβληθεί και σε χειρουργική επέμβαση. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν 64,72 χρόνια (*Τ.Α.* = 11,82), ενώ ο μέσος όρος ηλικίας των συντρόφων ήταν 60,26 χρόνια (*Τ.Α.* = 14,19). Επίσης, όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, από τα 96 ζευγάρια τα 93 ήταν παντρεμένα και τα υπόλοιπα 3 δήλωσαν άγαμοι,

διαζευγμένοι και ότι συγκατοικούν αντίστοιχα. Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, το 42,7% ήταν απόφοιτοι δημοτικού, το 37,5% απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης και το 19,8% απόφοιτοι ανώτερης εκπαίδευσης. Από την άλλη, τα ποσοστά στους συντρόφους διακυμάνθηκαν ως εξής: το 40,6% είχε ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, το 45,8% τη μέση και το 13,5% την ανώτερη.

Η επιλογή του δείγματος έγινε με τη μέθοδο απροσδιόριστης πιθανότητας επιλογήςκαι με συγκεκριμένη σκοπιμότητα. Πιο ειδικά, επιλέχθηκε η τεχνική της ομοιογένειας καθώς τα άτομα έπρεπε να πληρούν συγκεκριμένες προϋποθέσεις, δηλαδή έπρεπε να είναι ζευγάρια και ο ένας εκ των δύο να έχει κάποια καρδιαγγειακή διαταραχή. Εκτός των άλλων, οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν με γνώμονα την διαθεσιμότητά τους και την προθυμία τους να συμμετάσχουν στην έρευνα. Στα ζευγάρια δόθηκαν μία σειρά ερωτηματολογίων για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης.

3.2. Εργαλεία

3.2.1. Αναθεωρημένο Ερωτηματολόγιο Αντίληψης της Ασθένειας (The Revised Illness Perception Questionnaire. IPQ-R)

Το συγκεκριμένο εργαλείο χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση των αναπαραστάσεων της ασθένειας. Πιο ειδικά, οι ασθενείς κλήθηκαν να αναπαντήσουν σε συγκεκριμένες δηλώσεις που αφορούσαν το καρδιακό τους πρόβλημα. Στο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε ο γενικός όρος ασθένεια καθώς το δείγμα θα είχε διαφορετικές καρδιαγγειακές διαταραχές. Συγκεκριμένα, η κλίμακα μετράει επτά διαστάσεις που περιγράφουν τις αναπαραστάσεις της ασθένειας. Στις υποκλίμακες του IPQ-Rανήκει η χρονιότητα της ασθένειας (οξεία ή χρόνια διάρκεια της ασθένειας) με 6 στοιχεία, δηλαδή μετρά τις αναπαραστάσεις που αφορούν τη χρονική πορεία της νόσου. Μία ακόμη διάσταση είναι οι συνέπειες της νόσου που αναφέρονται στις επιδράσεις της που έχει στη ποιότητα

ζωής του ατόμου (6 στοιχεία). Ακόμη, συγκαταλέγονται στις διαστάσεις ο προσωπικός έλεγχος (6 στοιχεία) που θεωρεί ότι ασκεί το άτομο στην ασθένειά του καθώς επίσης και ο έλεγχος που ασκεί στην θεραπεία (5 στοιχεία) δηλαδή τον τρόπο που εκτιμά και αξιολογεί την αποτελεσματικότητά της. Επίσης, υπάρχει υποκλίμακα που μετράει την κατανόηση της ασθένειας δηλαδή πως αντιλαμβάνεται ο ασθενής τη διάσταση του προβλήματος υγείας του (5 στοιχεία). Η έκτη υποκλίμακα των αναπαραστάσεων αφορά την κυκλική χρονική πορεία της ασθένειας, δηλαδή αναφέρεται στις αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με τη μεταβλητότητα και την πορεία της νόσου στο χρόνο (4 στοιχεία). Η τελευταία υποκλίμακα μετρά τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις, δηλαδή εκτιμώνται οι πεποιθήσεις των ασθενών όσον αφορά τα συναισθήματα που είναι απόρροια της ασθένειάς τους (6 στοιχεία) (Moss-Morris et al., 2002).

Για να γίνουμε πιο σαφείς, χαρακτηριστικά παραδείγματα στοιχείων των παραπάνω υποκλιμάκων είναι τα εξής: 1) «*Η ασθένειά μου θα διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα.*» (χρονιότητα), 2) «*Η ασθένεια μου έχει σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή μου.*» (συνέπειες της νόσου), 3) «*Η πορεία της ασθένειας εξαρτάται από εμένα.*» (προσωπικός έλεγχος), 4) «*Η θεραπεία που ακολουθώ είναι αποτελεσματική για την ασθένειά μου.*» (έλεγχος μέσω της θεραπείας), 5) «*Έχω αποκτήσει μία ξεκάθαρη εικόνα για την ασθένειά μου.*» (κατανόηση της ασθένειας), 6) «*Η ασθένεια μου είναι απρόβλεπτη.*» (κυκλική χρονική πορεία), 7) «*Η ασθένεια μου προξενεί φόβο.*» (συναισθηματικές αναπαραστάσεις) (Moss-Morris et al., 2002).

Επιπρόσθετα, η συγκεκριμένη κλίμακα που χορηγήθηκε απαρτίζεται από 17 στοιχεία. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν με βάση το βαθμό συμφωνίας σχετικά με απόψεις για την ασθένειά τους σε πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert, δηλαδή η βαθμίδα κυμαίνεται από «*διαφωνώ έντονα*» έως «*συμφωνώ απόλυτα*». Οι ερωτώμενοι έπρεπε να επιλέξουν μόνο μία τιμή από τις 5 βαθμίδες. Στην παρούσα έρευνα, ο δείκτης εσωτερικές

αξιοπιστίας μετρήθηκε για τις αναπαραστάσεις που αφορούσαν τη σοβαρότητα της ασθένειας (1-6 στοιχεία), α = .71 και τον προσωπικό έλεγχο (7-12), α = .65.

3.2.2. Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Θυμικού (Positive and Negative Affect Schedule. PANAS)

Η κλίμακα θετικού και αρνητικού θυμικού χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση των συναισθημάτων. Πιο συγκεκριμένα, η κλίμακα απαρτίζεται από 21 συναισθήματα και αισθήματα τόσο αρνητικά όσο και θετικά. Χαρακτηριστικά παραδείγματα κάποιων στοιχείων αποτελούν: «*ενθουσιασμένος*», «*εχθρικός*», «*φοβισμένος*», «*νευρικός*», «*περήφανος*» κα. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να βαθμολογήσουν τα διαφορετικά συναισθήματα σε μία πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert. Στη συγκεκριμένη κλίμακα οι ερωτώμενοι σημείωναν μία τιμή από τις προτεινόμενες βαθμίδες, δηλαδή απέδιδαν την τιμή *πολύ λίγο ή καθόλου* στο ένα άκρο τους (που έχει την τιμή ένα) και την τιμή *πολύ* στο άλλο άκρο (που έχει την τιμή πέντε) (Watson&Clark, 1994).

Στην παρούσα μελέτη, ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας (Cronbach's alpha) μετρήθηκε τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους συντρόφους. Πιο ειδικά, η θετική διάθεση των ασθενών είχε δείκτη α = .80 ενώ η αρνητική τους διάθεση είχε α = .78. Τέλος, ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας των συντρόφων κυμαινόταν για τη θετική τους διάθεση σε α = .82 και για την αρνητική τους διάθεση σε α = .80.

3.3. Διαδικασία

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν ενήλικα ζευγάρια από την Ελλάδα με προϋπόθεση ένας εκ των δύο να έχει κάποια καρδιολογική ασθένεια. Τα ζευγάρια λόγω του συγκεκριμένου κριτηρίου εντοπίστηκαν και προσεγγίστηκαν με διάφορους τρόπους. Πιο συγκεκριμένα, κάποια ζευγάρια συμμετείχαν αφότου ενημερώθηκαν από το ψυχολόγο ή τον

κοινωνικό λειτουργό κάποιων κέντρων ανοιχτής προστασίας ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ). Επίσης, κάποια άλλα ζευγάρια ήρθαν σε επικοινωνία με τον ερευνητή κατόπιν συνεννόησης με κάποιους καρδιολόγους ενώ κάποια άλλα εντοπίσθηκαν στα εξωτερικά ιατρεία καρδιολογικής κλινικής σε νοσοκομείο της χώρας (μετά από έγκριση του γενικού νοσοκομείου).

Επιπλέον, η χορήγηση των ερωτηματολογίων έλαβε χώρα σε διάφορα μέρη διευκολύνοντας τους συμμετέχοντες. Πιο ειδικά, πραγματοποιήθηκε σε ΚΑΠΗ που συμμετείχαν τα ζευγάρια, στο σπίτι τους, στο χώρο εργασίας τους καθώς επίσης και τηλεφωνικά. Εκτός των άλλων, η συμπλήρωση γινόταν με την παρουσία του ερευνητή και των δύο συντρόφων ενώ σε κάποια ζευγάρια υπήρχε η δυνατότητα χορήγησης ξεχωριστά. Ακόμη, η χορήγηση των ερωτηματολογίων γινόταν σε ιδιωτικό χώρο χωρίς την παρουσία τρίτων. Επίσης, σε ορισμένα ζευγάρια δόθηκαν τα ερωτηματολόγια και οι κατάλληλες οδηγίες ώστε να τα συμπληρώσουν μόνοι τους και κατόπιν επικοινωνίας με τον ερευνητή να τα επιστρέψουν μετά το τέλος της διεξαγωγής της έρευνας.

Η διαδικασία της χορήγησης προέβλεπε αρχικά την έγκριση και των δύο συντρόφων να συμμετάσχουν εθελοντικά χωρίς κάποια χρηματική αμοιβή και αφού είχαν ενημερωθεί για το στόχο της μελέτης και τη χρονική διάρκειά της. Η συμμετοχή τους ήταν ανώνυμη και η ταυτοποίηση των ζευγαριών γινόταν με κωδικούς για την τήρηση του απορρήτου σύμφωνα με τις Αρχές Δεοντολογίας. Πιο ειδικά, οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν ότι η μελέτη θα διαρκέσει περίπου 3 μήνες και ότι αποτελείται από τρεις φάσεις, δηλαδή η χορήγηση κάποιων ερωτηματολογίων θα γίνεται ανά 1,5 μήνα περίπου. Τα ζευγάρια είχαν ενημερωθεί ότι μπορούν να διακόψουν οποιαδήποτε στιγμή θέλουν τη διαδικασία. Επίσης, σε κάποιες περιπτώσεις ζητήθηκε κάποιο τηλέφωνο για τις επόμενες συναντήσεις που θα απαιτούνταν για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Οι συμμετέχοντες διαβεβαιώθηκαν ότι τα στοιχεία αυτά είναι εμπιστευτικά και μόνο για τη διεξαγωγή της μελέτης.

Συγκεκριμένα, στην πρώτη φάση της έρευνας καταγράφονταν κάποια δημογραφικά χαρακτηριστικά καθώς επίσης και η συγκεκριμένη καρδιολογική ασθένεια που αντιμετώπιζε ο ασθενής αλλά και προβλήματα υγείας που μπορεί να αντιμετώπιζε ο/η σύντροφος. Επίσης, συμπλήρωναν μία σειρά ερωτηματολογίων που διαρκούσε περίπου 30 λεπτά ενώ σε κάποια ζευγάρια χρειάστηκε γύρω στα 50 λεπτά. Η κλίμακα που μετρούσε τα συναισθήματα χορηγήθηκε κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης αλλά και τη δεύτερη βδομάδα με το πέρας της πρώτης φάσης. Ύστερα, από 1,5 μήνα έλαβε χώρα η δεύτερη φάση όπου τα ζευγάρια χορηγήθηκαν μία σειρά ερωτηματολογίων (ένα εκ των οποίων ήταν και οι αναπαραστάσεις της ασθένειας) που διαρκούσε για περίπου 10- 20 λεπτά. Η τελευταία φάση διεξήχθη 1,5 μήνα αργότερα όπου οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν κάποια ερωτηματολόγια (10-15 λεπτά) ένα εκ των οποίων ήταν και η κλίματα του θετικού και αρνητικού θυμικού. Στο τέλος της τρίτης φάσης ο ερευνητής ευχαρίστησε τα ζευγάρια για τη συμμετοχή τους στις τρεις φάσεις της έρευνας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στατιστική Ανάλυση

Στην παρούσα μελέτη η στατιστική ανάλυση δεδομένων έγινε με το υπολογιστικό πακέτο SPSS (έκδοση 22). Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν διάφορα στατιστικά κριτήρια και αναλύσεις για τον έλεγχο των υποθέσεων. Πιο συγκεκριμένα, υπολογίστηκε ο αριθμητικός μέσος όρος ως δείκτης κεντρικής τάσης και η τυπική απόκλιση ως δείκτης διασποράς για την καλύτερη περιγραφή της κατανομής των τιμών. Εκτός των άλλων, υπολογίστηκε και ο ο στατιστικός δείκτης εσωτερικής συνοχής των μεταβλητών, Cronbach's alpha όπως φαίνονται στον Πίνακα 1.

Για να γίνουμε πιο σαφείς, οι μέσοι όροι που αφορούσαν το θετικό συναίσθημα ήταν παρόμοιοι τόσο στους ασθενείς (*Μ.Ο.* = 3,20) όσο και στους/στις συντρόφους (*Μ.Ο.* = 3,21). Ακόμη, σημειώθηκαν παρόμοιοι αριθμητικοί μέσοι όροι και σε σχέση με το αρνητικό συναίσθημα τόσο στους ασθενείς (*Μ.Ο.* = 2,08) όσο και στους συντρόφους (*Μ.Ο.* = 2,09). Όσον αφορά τις αναπαραστάσεις, μέσος όρος της σοβαρότητας της ασθένειας (*Μ.Ο.* = 2,94) ήταν σχετικά μικρότερος σε σχέση με το μέσο όρο της αντίληψης του προσωπικού ελέγχου (*Μ.Ο.* = 3,61).

Πίνακας 1

Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις, Δείκτης Εσωτερικής Συνοχής (alpha) των Μεταβλητών της Έρευνας

Μεταβλητές	*Μ.Ο.*	*Τ.Α.*	*alpha*
Θετικό συναίσθημα ασθενών	3,20	0,66	0,80
Αρνητικό συναίσθημα ασθενών	2,08	0,64	0,78
Θετικό συναίσθημα συντρόφων	3,21	0,66	0,82
Αρνητικό συναίσθημα συντρόφων	2,09	0,63	0,80
Σοβαρότητα της ασθένειας	2,94	0,70	0,71
Προσωπικός έλεγχος	3,61	0,58	0,65

Η σχέση μεταξύ των συναισθημάτων και των αναπαραστάσεων της ασθένειας στο ζευγάρι

Αρχικά, για τη διερεύνηση της σχέσης των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων των ασθενών με τις αναπαραστάσεις της ασθένειας, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson r. Πιο ειδικά, ελέγχθηκε η πρώτη υπόθεση που αφορούσε το αρνητικό συναίσθημα των ασθενών και πως αυτό αναμένεται να συσχετίζεται θετικά με τη σοβαρότητα της ασθένειας και αρνητικά με τον προσωπικό έλεγχο.

Σύμφωνα με την στατιστική ανάλυση που προηγήθηκε φάνηκε ότι το αρνητικό συναίσθημα των ασθενών συσχετίζεται θετικά με την αναπαράσταση της σοβαρότητα της ασθένειας και αρνητικά με την αντίληψη του προσωπικού ελέγχου. Ωστόσο, η συσχέτιση δεν είναι στατιστικώς σημαντική τόσο για την αναπαράσταση του προσωπικού ελέγχου [$r(96) = -0,04$, $p > 0,05$] όσο και για την αναπαράσταση της σοβαρότητας της ασθένειας [$r(96) = 0,17$, $p > 0,05$]. Εκτός των άλλων, με το δείκτη συσχέτισης Pearson r αξιολογήθηκε και η δεύτερη υπόθεση που υποστηρίζει ότι το θετικό συναίσθημα των ασθενών αναμένεται να σχετίζεται θετικά με την αναπαράσταση του προσωπικού ελέγχου. Σε αντίθεση με την πρώτη υπόθεση, η δεύτερη επιβεβαιώνεται καθώς το αποτέλεσμα είναι στατιστικώς σημαντικό [$r(96) = 0,30$, $p < 0,01$]. Επίσης, από τις αναλύσεις φάνηκε να συσχετίζεται αρνητικά το θετικό συναίσθημα των ασθενών με την αναπαράσταση της σοβαρότητας της ασθένειας [$r(96) = -0,20$, $p < 0,05$]. Ακόμη, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του θετικού και αρνητικού συναισθήματος των ασθενών [$r(96) = -0,26$, $p < 0,01$] όπως φαίνονται στον Πίνακα 2. Με άλλα λόγια, όσο πιο θετικά συναισθήματα βιώνουν οι ασθενείς τόσο μειώνονται τα αρνητικά.

Γίνεται σαφές από τις παραπάνω στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ότι οι ασθενείς όσο πιο θετικά συναισθήματα βιώνουν τόσο αυξάνεται και η αντίληψη του προσωπικού ελέγχου που ασκούν στην ασθένειά τους. Από την άλλη πλευρά, όσο αυξάνεται το θετικό συναίσθημα των ασθενών τόσο μειώνεται η αντίληψη της σοβαρότητας της ασθένειας.

Όσον αφορά το θετικό συναίσθημα των συντρόφων φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με το θετικό συναίσθημα των ασθενών [$r(192) = 0,49$, $p < 0,01$]. Αντίστοιχα, το αρνητικό συναίσθημα των συντρόφων συσχετίζεται θετικά με το αρνητικό συναίσθημα των ασθενών [$r(192) = 0,30$, $p < 0,01$]. Αυτό σημαίνει πως όσο αυξάνεται το θετικό και αρνητικό συναίσθημα των συντρόφων τόσο οξύνεται και το θετικό και αρνητικό συναίσθημα των ασθενών αντίστοιχα.

Ωστόσο, δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του θετικού συναισθήματος των συντρόφων και της αντίληψης της σοβαρότητας της ασθένειας [$r(192) = -0,14$, $p > 0,05$]. Από την άλλη πλευρά φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του θετικού συναισθήματος των συντρόφων και της αντίληψη του προσωπικού ελέγχου των ασθενών [$r(192) = 0,20$, $p < 0,05$]. Επίσης, τα αποτελέσματα που αφορούσαν το αρνητικό συναίσθημα των συντρόφων σε σχέση με την σοβαρότητα της ασθένειας [$r(192) = 0,08$, $p > 0,05$] καθώς επίσης και με την αναπαράσταση του προσωπικού ελέγχου [$r(192) = 0,02$, $p > 0,05$],δεν είναι στατιστικώς σημαντικά. Γίνεται σαφές ότι η τρίτη υπόθεση που υποστηρίζει ότι η θετική διάθεση των συντρόφων αναμένεται να σχετίζεται θετικά με την αναπαράσταση του προσωικού ελέγχου και η αρνητική διάθεση θετικά με την αναπαράσταση της σοβαρότητας της ασθένειας, επιβεβαιώνεται εν μέρει καθώς τα ευρήματα που ήταν στατιστικώς σημαντικά έδειξαν ότι μόνο το θετικό συναίσθημα συσχετίζεται θετικά με τον προσωπικό έλεγχο των ασθενών.

Επιπρόσθετα, από τις αναλύσεις προέκυψαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του θετικού συναισθήματος των συντρόφων σε σχέση με το αρνητικό συναίσθημα των

ασθενών [$r(192) = -0,17$, $p < 0,05$], δηλαδή όσο αυξάνεται το θετικό συναίσθημα των συντρόφων τόσο μειώνεται το αρνητικό συναίσθημα των ασθενών. Αντίθετα, η συσχέτιση μεταξύ του αρνητικού συναισθήματος των συντρόφων με το θετικό συναίσθημα των ασθενών δεν ήταν στατιστικώς σημαντική [$r(192) = -0,15$, $p > 0,05$]. Τέλος, φαίνεται να σχετίζονται αρνητικά οι αναπαραστάσεις [$r(96) = -0,23$, $p < 0,05$] (βλ. Πίνακα 2).Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς όσο συμπληρώνουν υψηλά σκορ στη αναπαράσταση της σοβαρότητας της ασθένειας τόσο μειώνεται η αντίληψη του προσωπικού ελέγχου.

Πίνακας 2

Δείκτης Συσχέτισης (Pearson r) ανάμεσα στα συναισθήματα και στις αναπαραστάσεις της ασθένειας στο ζευγάρι (N=192)

Υποκλίμακα	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*
1. Θετικό συναίσθημα ασθενών		-0,26**	0,49**	-0,15	-0,20*	0,29**
2. Αρνητικό συναίσθημα ασθενών			-0,17*	0,30**	0,17	-0,04
3. Θετικό συναίσθημα συντρόφων				-0,19*	-0,14	0,20*
4. Αρνητικό συναίσθημα συντρόφων					0,08	0,02
5. Σοβαρότητας της ασθένειας						-0,23*
6. Προσωπικός έλεγχος						

*$p < 0,05$. ** $p < 0,01$

Η θετική διάθεση των ασθενών και των συντρόφων ως προβλεπτικές μεταβλητές των αναπαραστάσεων της ασθένειας

Εκτός των άλλων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο ανάλυσης απλής παλινδρόμησης για να προβλέψουμε τη μεταβλητή κριτήριο, δηλαδή τις αναπαραστάσεις που αφορούν τον προσωπικό έλεγχο και τη σοβαρότητα της ασθένειας. Η θετική διάθεση των ασθενών (ανεξάρτητη μεταβλητή) αποτελεί την προβλεπτική μεταβλητή στη συγκεκριμένη ανάλυση.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 8,4% της συνολικής διακύμανσης της αναπαράστασης του προσωπικού ελέγχου οφείλεται στα θετικά συναισθήματα του ασθενή (r^2= 0,084). Πιο συγκεκριμένα, στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται ο συντελεστής παλινδρόμησης *b* καθώς και ο τυποποιημένος συντελεστής παλινδρόμησης *β*. Για να γίνουμε πιο σαφείς, τα θετικά συναισθήματα των ασθενών έχουν τιμή *b* = 0,26 και είναι στατιστικώς σημαντική. Αυτό σημαίνει πως το θετικό συναίσθημα μπορεί να αποτελέσει προβλεπτικό παράγοντα για τις αναπαραστάσεις του προσωπικού ελέγχου. Στην απλή παλινδρόμηση το *β* δηλώνει τη συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ της προβλεπτικής μεταβλητής και της μεταβλητής κριτηρίου (β=0,29, t = 2,87, p< 0,05).

Επιπρόσθετα, το 4,1% της συνολικής διακύμανσης της αναπαράστασης της σοβαρότητας της ασθένειας θα ήταν δυνατόν να οφείλεται στην θετική διάθεση των ασθενών (r^2 = 0,041). Ωστόσο, για τη συγκεκριμένη αναπαράσταση, τα θετικά συναισθήματα των ασθενών είχαν τιμή *b*= -0,21 που δεν ήταν στατιστικώς σημαντική (β= -0,20, t = -1,95, p> 0,05). Στην προκειμένη περίπτωση, το προβλεπτικό μοντέλο δεν είναι ισχυρό (βλ. Πίνακα 4).

Επίσης, χρησιμοποιήσαμε το κριτήριο απλής παλινδρόμησης με προβλεπτική μεταβλητή και τη διάθεση των συντρόφων. Ωστόσο, επειδή έχουμε ήδη υπολογίσει το συντελεστή συσχέτισης της διάθεσης των συντρόφων και των αναπαραστάσεων των ασθενών, είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε την ύπαρξη αλληλεξάρτησης. Αυτό σημαίνει ότι εάν δεν υπάρχει συσχέτιση ή έστω ικανοποιητικός βαθμός αλληλεξάρτησης, δεν χρειάζεται να εφαρμόσουμε το κριτήριο καθώς το προβλεπτικό μοντέλο δεν θα είναι ισχυρό (Ρούσσος & Τσαούσης, 2011). Σύμφωνα με τα παραπάνω, μόνο το θετικό συναίσθημα των συντρόφων σχετίζεται με την αναπαράσταση του προσωπικού ελέγχου και γι' αυτό προχωρήσαμε στην ανάλυση απλής παλινδρόμησης. Ωστόσο, το προβλεπτικό μοντέλο δεν είναι ισχυρό καθώς τα θετικά συναισθήματα των συντρόφων είχαν τιμή *b* = 0,16 που δεν είναι στατιστικώς σημαντική (β= 0,20, t = 1,99, p> 0,05), όπως φαίνονται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3

Απλή Παλινδρόμηση με Εξαρτημένη Μεταβλητή την Αναπαράσταση του Προσωπικού Ελέγχου(N=192)

Προβλεπτική Μεταβλητή	*B*	*β*	*t*
(Constant)	2,79		
Θετικό συναίσθημα ασθενών	0,26	0,29*	2,87
(Constant)	3,05		
Θετικό συναίσθημα συντρόφων	0,16	0,20	1,99

* p< 0,05. ** p<0,01

Πίνακας 4

Απλή Παλινδρόμηση με Εξαρτημένη Μεταβλητή την Αναπαράσταση της Σοβαρότητας της Ασθένειας (N=96)

Προβλεπτική Μεταβλητή	*B*	*β*	*t*
(Constant)	3,60		
Θετικό συναίσθημα ασθενών	-0,21	-0,20	-1,95

* p< 0,05. ** p<0,01

Οι διαφορές ασθενών και συντρόφων ως προς τα συνασθήματά τους

Πιο ειδικά, για να μελετήσουμε τις διαφορές τόσο των αρνητικών όσο και των θετικών συναισθημάτων μεταξύ των ασθενών και των συντρόφων χρησιμοποιήσαμε το κριτήριο t. Η τέταρτη υπόθεση της μελέτης που υποστηρίζει ότι η διάθεση των ασθενών αναμένεται να διαφέρει με τη διάθεση των συντρόφων, ελέγχθηκε με το παραπάνω κριτήριο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, παρατηρείται ότι δεν υπάρχει μεγάλη διαφορά στους μέσους όρους τόσο στο θετικό συναίσθημα όσο και στο αρνητικό. Επίσης, τα ευρήματα στην

ανάλυση έδειξαν ότι οι τιμές τόσο στους συντρόφους όσο και στους ασθενείς συμμεταβάλλονται καθώς ο συντελεστής συσχέτισης των μεταβλητών ήταν στατιστικά σημαντικός. Βέβαια, η διαφορά στη διάθεση του ζευγαριού δεν είναι στατιστικώς σημαντική (p> 0,05) και συνεπώς δεν επιβεβαιώνεται η τέταρτη υπόθεση.

Πίνακας 4

Τα Αποτελέσματα της Επίδρασης του Συντρόφου και του Ασθενή ως προς τη διάθεση (N = 192)

		Μ.Ο.	*Τ.Α.*	*t*	*p*
Θετικό συναίσθημα				*-0,23*	*0,82*
	Ασθενείς	*3,20*	*Ο,67*		
	Σύντροφοι	*3,21*	*0,67*		
Αρνητικό συναίσθημα				*-0,07*	*0,95*
	Ασθενείς	*2,08*	*0,64*		
	Σύντροφοι	*2,09*	*0,63*		

* $p <$ 0,05. **$p <$ 0,01

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα μελέτη εστιάσαμε στη διερεύνηση του ρόλου της διάθεσης ασθενών και συντρόφων στη διαμόρφωση των αναπαραστάσεων των καρδιαγγειακών διαταραχών. Συγκεκριμένα, μελετήθηκαν τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα του ζευγαριού σε σχέση με τις αναπαραστάσεις του προσωπικού ελέγχου και της σοβαρότητας της ασθένειας όπως τις αντιλαμβάνεται ο ασθενής.

Πιο αναλυτικά, τα αποτελέσματα μας δεν επιβεβαίωσαν την πρώτη υπόθεση που αφορούσε τη σχέση του αρνητικού συναισθήματος των ασθενών και των αναπαραστάσεων. Ωστόσο, βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικά ευρήματα για τα θετικά συναισθήματα των ασθενών. Συγκεκριμένα, όσο πιο θετική διάθεση παρουσίαζαν οι ασθενείς τόσο πιο υψηλά σκορ σημείωναν στις αναπαραστάσεις που αφορούσαν τον προσωπικό έλεγχο ενώ σημείωναν πιο χαμηλές τιμές για τις αναπαραστάσεις της σοβαρότητας της ασθένειας. Εκτός των άλλων, η θετική διάθεση των ασθενών αποτελούσε προβλεπτικό παράγοντα μόνο όσον αφορά την αναπαράσταση του προσωπικού ελέγχου. Επίσης, βρέθηκε και η θετική διάθεση των συντρόφων να σχετίζεται θετικά με την αντίληψη του προσωπικού ελέγχου των ασθενών. Επιπροσθέτως, η αναπαράσταση του προσωπικού ελέγχου συσχετιζόταν αρνητικά με την αντίληψη της σοβαρότητας της ασθένειας.

Από τις παραπάνω αναλύσεις, σημειώθηκαν στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα όσον αφορά τα συναισθήματα στο ζευγάρι. Ειδικότερα, η αρνητική διάθεση των ασθενών και των συντρόφων παρουσίασε θετική συσχέτιση. Αντίστοιχα αποτελέσματα σημειώθηκαν και στη θετική διάθεση του ζευγαριού. Ωστόσο, στην ανάλυση για τις διαφορές του ζευγαριού προς τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα δεν βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα. Επίσης, είναι ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι όσο πιο θετική διάθεση παρουσίαζαν οι σύντροφοι τόσο

μειωνόταν η αρνητική διάθεση των ασθενών. Ας σημειωθεί ακόμη ότι η θετική και αρνητική διάθεση των ασθενών σχετίζονταν αρνητικά.

Σύμφωνα λοιπόν με τις αναλύσεις, φάνηκε ότι οι ασθενείς και οι σύντροφοί τους παρουσιάζουν παρόμοιους μέσους όρους προς τη θετική και αρνητική τους διάθεση. Ακόμη, από τις συσχετίσεις που προηγήθηκαν φάνηκε ότι οι τιμές τους συμμεταβάλλονται. Αυτό σημαίνει ότι δεν βρέθηκαν διαφορές στους μέσους όρους που ίσως οφείλεται στο συναισθηματικό συγχρονισμό που παρατηρείται στις στενές διαπροσωπικές σχέσεις. Για να γίνουμε πιο σαφείς, ο συναισθηματικός συγχρονισμός αφορά τη συμμεταβολή του συναισθήματος στους συντρόφους και μπορεί να συμβαίνει σε συνειδητό ή ασυνείδητο επίπεδο (Butler, 2011. Randall, Post, Reed, & Butler, 2013). Αυτός ο συντονισμός της διάθεσης του ζευγαριού μπορεί να είναι απόρροια πολλών παραγόντων όπως είναι η κοινή συμμετοχή τους σε δραστηριότητες καθώς και η προφορική έκφραση των συναισθημάτων τους (Randall et al., 2013).

Επίσης, κάποιοι κοινωνικοί ψυχολόγοι έχουν διατυπώσει το φαινόμενο της συναισθηματικής μετάδοσης και υποστηρίζουν ότι οι σύντροφοι παρουσιάζουν παρόμοια συναισθηματική διάθεση εξαιτίας της μίμησης και της ενσυναίσθησης (Parkinson, 2011). Η ενσυναίσθηση, η κοινή οπτική των πραγμάτων καθώς επίσης και ο συναισθηματικός συντονισμός αποτελούν βασικά συστατικά μία σχέσης στην όποια οι σύντροφοι λειτουργούν εναρμονισμένα. Στις διαδράσεις τους, οι άνθρωποι τείνουν να προσαρμόζουν τα συναισθήματά τους σε σχέση με τους συντρόφους τους (Vallacher, Nowak, & Zochowski, 2005). Επιπλέον, τα άτομα τείνουν να αντιδρούν παρόμοια συναισθηματικά με τη πάροδο του χρόνου (Boiger & Mesquita, 2012). Τα περισσότερα άτομα που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ήταν παντρεμένα και κατά κύριο λόγο ηλικιωμένα.

Ωστόσο, από τις αναλύσεις παρατηρήθηκε πέρα από τους παρόμοιους μέσους όρους στις διαθέσεις των ζευγαριών και στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του

θετικού συναισθήματος των συντρόφων με το αρνητικό συναίσθημα των ασθενών. Το συγκεκριμένο εύρημα μπορεί να οφείλεται στην τάση που έχουν τα ζευγάρια να αυτορυθμίζονται συναισθηματικά. Οι σχέσεις αποτελούν μη γραμμικά δυναμικά συστήματα και μεταβάλλονται στο χρόνο. Με άλλα λόγια, για να επέλθει ο συναισθηματικός συγχρονισμός, ένας εκ των δύο προσαρμόζονται στις συναισθηματικές αλλαγές του συντρόφου τους (Vallacher et al., 2005). Ακόμη, το γεγονός ότι οι θετική διάθεση των συντρόφων επηρεάζει την αρνητική διάθεση των ασθενών μπορεί να οφείλεται στον υποστηρικτικό ρόλο που αναλαμβάνει ο σύντροφος, μία υπόθεση που συνάδει με τη θεωρία της κοινωνικής υποστήριξης (Cohen, 1988).

Επιπρόσθετα, το αρνητικό και θετικό θυμικό των ασθενών όπως φάνηκε συσχετιζόταν αρνητικά. Σύμφωνα με τις θεωρίες για το συναίσθημα, το άτομο είναι ικανό να βιώνει και αρνητικά και θετικά συναισθήματα εάν τις εκλάβουμε ως δύο ανεξάρτητες διαστάσεις του συναισθήματος (Niedenthal et al., 2012).Ωστόσο, κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι το θετικό και αρνητικό θυμικό είναι εκ διαμέτρου αντίθετα και η διπολικότητα είναι απόρροια στατιστικών σφαλμάτων (Green, Salovey, & Truax, 1999).

Είναι γνωστό ότι οι αντιλήψεις της ασθένειας μπορούν να προκαλέσουν διάφορα συναισθήματα όπως άγχος και στεναχώρια και αυτά με τη σειρά τους να επηρεάσουν τις πεποιθήσεις και την ερμηνεία των συμπτωμάτων της νόσου. Αυτό σημαίνει ότι τα συναισθήματα μπορούν να επηρεάζουν έμμεσα την έκβαση και την πορεία της ασθένειας καθώς επηρεάζουν διάφορα στάδια της γνωστικής αντίληψης όπως είναι η επεξεργασία πληροφοριών και η λήψη αποφάσεων (π.χ. αναζήτηση ιατρικής φροντίδας) (Anker et al., 2014. Leventhal et al., 1992).

Σύμφωνα με το μοντέλο κοινής λογικής, εξετάσαμε κατά πόσο το θετικό και αρνητικό θυμικό ασθενών και συντρόφων επηρεάζουν τις αναπαραστάσεις του προσωπικού ελέγχου και της σοβαρότητας της ασθένειας όσον αφορά κάποιο καρδιακό πρόβλημα. Συγκεκριμένα,

το μοντέλο κοινής λογικής μας παρέχει πληροφορίες για τις ατομικές διαφορές που παρατηρούνται σε γνωστικό και συναισθηματικό επίπεδο σε σχέση με μία συγκεκριμένη ασθένεια. Διαχρονικές μελέτες ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα έχουν δείξει ότι ακόμη και εάν ελέγχεται η σοβαρότητα της ασθένειας με ιατρικούς δείκτες, οι ασθενείς τείνουν να υιοθετούν πεποιθήσεις που οφείλονται στις επιδράσεις της ασθένειας. Κατά συνέπεια παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα άγχους, κόπωσης καθώς επίσης και περισσότερες επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία (Treharne et al., 2008). Αυτές οι μελέτες υποστηρίζουν ότι οι αναπαραστάσεις για τη σοβαρότητα σχετίζονται περισσότερο με την έκβαση της ασθένειας από ότι οι κλινικές και οι ιατρικές μετρήσεις. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο ασθενής όσο περισσότερο σοβαρά αντιλαμβάνεται την ασθένεια τόσο λιγότερο έλεγχο της ασκεί σε σχέση με μία ασθένεια που τη θεωρεί λιγότερο σοβαρή (Hagger & Orbell, 2003). Αυτό επιβεβαιώνεται και στην παρούσα μελέτη καθώς βρέθηκε η αναπαράσταση του προσωπικού ελέγχου και της σοβαρότητας της ασθένειας να σχετίζονται αρνητικά.

Όσον αφορά το θετικό και αρνητικό θυμικό σε σχέση με τις αναπαραστάσεις της ασθένειας υπάρχουν μελέτες που χρησιμοποιούν τεχνικές διέγερσης της διάθεσης και δείχνουν ότι οι άνθρωποι όταν νιώθουν λυπημένοι σημειώνουν υψηλά επίπεδα δυσφορίας και περισσότερο σωματικά συμπτώματα σε σχέση με χαρούμενα άτομα (Salovey & Birnbaum, 1989). Τα άτομα με αρνητικό θυμικό αναφέρουν περισσότερο σωματικά συμπτώματα καθώς είναι σε εγρήγορση, επεξεργάζονται συστηματικά τις πληροφορίες και αντιλαμβάνονται περισσότερο τον πόνο (Watson & Pennebaker, 1989).Το μοντέλο κοινής λογικής προβλέπει ότι άτομα με αρνητικό θυμικό ως χαρακτηριστικό θα αναφέρουν συμπτώματα για φυσιολογικές αισθήσεις του σώματος που τα έχουν συνδέσει με αρνητικές αναπαραστάσεις της ασθένειας (McAndrew, Teichman, Osinubi, Jasien, & Quigley, 2012). Αυτό μπορεί να οφείλεται ενμέρει στο γεγονός ότι οι χρόνιες καταστάσεις προκαλούν δυσφορία και κυρίως σε άτομα με υψηλά επίπεδα αρνητικού συναισθήματος (Leventhal et al., 1992). Σύμφωνα με

τους McAndrew, Mora, Quigley, Leventhal και Leventhal (2014), τα άτομα με κάποια χρόνια ασθένεια τείνουν να αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα μετά από κάποιο στρεσογόνο γεγονός που δεν σχετίζεται με τη νόσο τους από άτομα με χαμηλό αρνητικό θυμικό, χωρίς κάποια χρόνια ασθένεια και κάποιο στρεσογόνο γεγονός ζωής.

Σύμφωνα με τους Cohen et al. (1995), άτομα με υψηλό αρνητικό θυμικό που το μετρούσαν ως κατάσταση ανέπτυσσαν πιο σοβαρή ασθένεια όσον αφορά ιούς του αναπνευστικού συστήματος σε σχέση με άτομα με χαμηλό αρνητικό συναίσθημα. Το αρνητικό θυμικό ως χαρακτηριστικό δεν συσχετιζόταν με την σοβαρότητα της ασθένειας. Τα άτομα που βιώνουν αρνητικά συναισθήματα ως χαρακτηριστικά ίσως είναι πιο ευαίσθητα στην αξιολόγηση και αναφορά συμπτωμάτων. Ωστόσο, στην παρούσα μελέτη δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του αρνητικού θυμικού και των αναπαραστάσεων της σοβαρότητας της ασθένειας και του προσωπικού ελέγχου όπως αναμενόταν. Αυτό μπορεί να είναι απόρροια είτε τυχαίων παραγόντων είτε να οφείλεται στο γεγονός ότι μετρούσαμε το συναίσθημα ως κατάσταση και όχι ως χαρακτηριστικό.

Παρόμοια ευρήματα δείχνουν ότι χαρούμενα άτομα τείνουν να αντιλαμβάνονται σε μικρότερο βαθμό τους κινδύνους που εγκυμονούν τα προβλήματα υγείας σε σχέση με άτομα που βιώνουν αρνητικά συναισθήματα (Salovey & Birnbaum, 1989). Είναι ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι άτομα με θετικά συναισθήματα τείνουν να μην λαμβάνουν υπόψη τους σωματικά συμπτώματα που προκαλούν δυσφορία και κατ΄ επέκταση να καθυστερούν να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα (Salovey et al., 2000). Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι ανάμεσα στη σχέση διάθεσης και υγείας μεσολαβούν κάποιοι προδιαθεσικοί παράγοντες όπως είναι η αισιοδοξία, η ελπίδα, η πνευματικότητα, η ρύθμιση του συναισθήματος, η ένταση του συναισθήματος και το αρνητικό θυμικό ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (νευρωτισμός) (Salovey, Detweiler, Steward, & Bedell, 2001).Για παράδειγμα η αισιοδοξία έχει συνδεθεί με την πρόληψη των καρδιαγγειακών διαταραχών (Kubzansky, Sparrow,

Vokonas, & Kawachi, 2001). Επίσης, υπάρχουν ευρήματα που υποστηρίζουν ότι το θετικό συναίσθημα σχετίζεται με λιγότερες αναφορές συμπτωμάτων, χαμηλά επίπεδα πόνου καθώς επίσης καλύτερο επίπεδο υγείας (Pressman&Cohen, 2005). Τα παραπάνω φαίνονται να σχετίζονται με το ότι οι ασθενείς που βίωναν θετικά συναισθήματα σημείωναν χαμηλά σκορ στην αναπαράσταση της σοβαρότητας της ασθένειας.

Ο ρόλος των θετικών συναισθημάτων των ασθενών και των συντρόφων φάνηκε να σχετίζεται θετικά με την αναπαράσταση του προσωπικού ελέγχου και στην περίπτωση των ασθενών λειτουργούσε ως προβλεπτικός παράγοντας. Σύμφωνα με την Kobasa, Maddi, Puccetti, και Zola (1985),τα άτομα έχουν ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας την ψυχική ανθεκτικότητα που σημαίνει ότι έχουν τη δυνατότητα να διατηρούν υψηλά τα επίπεδα υγείας τους ακόμη και όταν αντιμετωπίζουν στρεσογόνα γεγονότα ή προβλήματα υγείας. Η ανθεκτικότητα περιγράφεται από τρία προδιαθεσικά χαρακτηριστικά που είναι η αφοσίωση (π.χ. στον εαυτό του, σε αξίες, σε σημαντικούς άλλους κ.α.), ο έλεγχος που ασκεί κάποιος στη ζωή του και η μαχητικότητα. Αυτό σημαίνει ότι άτομα με υψηλά επίπεδα ελέγχου πιστεύουν και δρουν με βάση ότι μπορούν να επηρεάσουν τις καταστάσεις που συμβαίνουν γύρω τους. Με άλλα λόγια, οι ασθενείς της έρευνας μπορεί να παρουσιάζουν υψηλό προσωπικό έλεγχο επειδή διαμεσολαβεί η ανθεκτικότητα ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σε σχέση με το θετικό συναίσθημα. Ωστόσο, δεν είμαστε σε θέση να το γνωρίζουμε καθώς δεν μετρήθηκε με κάποιο εργαλείο το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας.

Σύμφωνα με μία μετανάλυση τωνFrench, Cooper και Weinman (2006) για τις καρδιαγγειακές διαταραχές η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και της διατροφής σχετίζονταν θετικά με υψηλά σκορ στις αναπαραστάσεις του προσωπικού ελέγχου/θεραπείας. Ακόμη, η παρακολούθηση προγραμμάτων αποκατάστασης καρδιαγγειακών διαταραχών έχει συσχετιστεί θετικά με την αναπαράσταση του προσωπικού ελέγχου (Petrie, Weinman,

Sharpe, &Buckley, 1996). Επίσης, σε μία πρόσφατη έρευνα εξέτασαν το ρυθμιστικό ρόλο των συναισθημάτων στη σχέση αναπαραστάσεων και τήρησης των νέων διατροφικών συνηθειών. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με υψηλά επίπεδα αρνητικού θυμικού ως χαρακτηριστικό και χαμηλά επίπεδα θετικού θυμικού έτειναν να αναφέρουν χαμηλά σκορ στην διατήρηση των διατροφικών αλλαγών τους. Τα υψηλά επίπεδα θετικού συναισθήματος που σημείωναν οι ασθενείς λειτουργούσαν ως ρυθμιστικός παράγοντας για τη γενικότερη τήρηση των ιατρικών οδηγιών (π.χ. φαρμακευτική τήρηση, διατροφή και άσκηση). Επιπλέον, από τη συγκεκριμένη μελέτη φάνηκε ότι ο συνδυασμός των χαμηλών τιμών του θετικού συναισθήματος και των υψηλών αρνητικών αναπαραστάσεων του συναισθήματος εξηγούσαν καλύτερα τη διακύμανση της τήρησης του διαιτολογίου από ότι μόνες τους οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις (Platt, Green, Jayasinghe, & Morrissey, 2014). Βλέπουμε λοιπόν ότι το συναίσθημα συνδυάζεται με τις αναπαραστάσεις και αυτό φαίνεται και στην παρούσα έρευνα καθώς το θετικό συναίσθημα προβλέπει και την αναπαράσταση του προσωπικού ελέγχου στους ασθενείς.

Το γεγονός ότι παρουσίαζαν και οι σύντροφοι θετική συσχέτιση με την αναπαράσταση του προσωπικού ελέγχου μπορεί να αποδοθεί στο ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης. Τα ηλικιωμένα ζευγάρια επί των πλείστων μοιράζονται την καθημερινότητα τους και τις δυσκολίες τους γεγονός που επηρεάζει την υγεία και την ευεξία τους. Σύμφωνα με τις θεωρίες κοινωνικής υποστήριξης, οι αντιλήψεις των ασθενών επηρεάζονται από τους σημαντικούς άλλους (Cohen, 1988). Ακόμη, όταν οι σύντροφοι και ασθενείς αναφέρουν θετικές αναπαραστάσεις, παρατηρείται καλύτερη προσαρμογή στη ασθένεια (Benyaminietal, 2007). Σύμφωνα με τα παραπάνω και σε συνδυασμό με τη συναισθηματική μετάδοση, θα λέγαμε ότι η κοινωνική υποστήριξη, η ικανοποίηση από τη σχέση και οι αναπαραστάσεις των συντρόφων μπορεί να λειτουργούν ως διαμεσολαβητές στη συσχέτιση της θετικής διάθεσης και της αναπαράστασης του προσωπικού ελέγχου των ασθενών. Βέβαια, στην παρούσα

έρευνα δεν ελέγχθηκε ούτε η υποστήριξη ούτε η ικανοποίηση από τη σχέση καθώς επίσης ούτε οι αναπαραστάσεις των συντρόφων οπότε δεν μπορούμε να είμαστε σίγουροι για το τι προκαλεί αυτή τη συσχέτιση.

Οφείλουμε να σημειώσουμε και κάποιους περιορισμούς που παρουσίασε η παρούσα έρευνα. Για να γίνουμε πιο σαφείς το δείγμα μας επειδή επιλέχτηκε με τη μέθοδο απροσδιόριστης πιθανότητας επιλογής και με συγκεκριμένη σκοπιμότητα, μπορεί να λειτούργησε μεροληπτικά όσον αφορά το καρδιαγγειακό πρόβλημα. Επίσης, ο αριθμός των ζευγαριών ήταν σχετικά μικρός και η πλειοψηφία των ασθενών ήταν άντρες. Ακόμη, το γεγονός ότι τα ζευγάρια ήταν κατά κύριο λόγο ηλικιωμένα μπορεί να επηρέασε τις απαντήσεις τους (π.χ. λόγω κόπωσης). Εκτός των άλλων, το γεγονός ότι κάποια αποτελέσματα στηρίζονται σε συσχετίσεις, δεν μπορούμε να αναφερόμαστε σε αιτιακές σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών.

Η περεταίρω έρευνα θεωρείται απαραίτητη καθώς οι μελέτες δεν εστιάζουν στη μέτρηση του συναισθήματος ως γνώρισμα σε σχέση ειδικά με τις αναπαραστάσεις. Σε μελλοντικές μελέτες θα μπορούσε να διερευνηθεί ο ρόλος του συναισθήματος ως χαρακτηριστικό σε συνδυασμό με κάποιους προδιαθεσικούς παράγοντες που επηρεάζουν την διάθεση σε σχέση με την υγεία. Συγκεκριμένα, θα μπορούσε να μελετηθεί ο ρόλος της αισιοδοξίας, της ελπίδας και της πνευματικότητας σε σχέση με τα συναισθήματα. Επίσης, θα ήταν ενδιαφέρον να εξεταστεί το αρνητικό και θετικό θυμικό με τις άλλες διαστάσεις του μοντέλου κοινής λογικής και με τις αναπαραστάσεις των συντρόφων. Επιπρόσθετα, θα μπορούσε να ερευνηθεί περισσότερο η σχέση του ζευγαριού μετρώντας την ποιότητα και την ικανοποίηση από τη σχέση σε συνδυασμό με τη μέτρηση των συναισθημάτων ασθενών και συντρόφων. Ειδικά, το θετικό συναίσθημα θα πρέπει να διερευνηθεί εκτενέστερα σε κλινικό επίπεδο καθώς είναι αναγκαίο για την σχεδίαση προγραμμάτων παρέμβασης σε θέματα υγείας.

Πέρα από τους περιορισμούς και τις μελλοντικές προεκτάσεις των συγκεκριμένων ευρημάτων, στην παρούσα μελέτη τονίζεται η σημασία του θετικού συναισθήματος στον τρόπο που αντιλαμβάνεται ο ασθενής την ασθένειά του και συγκεκριμένα σε επίπεδο ελεγξιμότητας και σοβαρότητας. Η συγκεκριμένη έρευνα έλαβε χώρα για πρώτη φορά στην Ελλάδα. Επίσης, είναι πολύ σημαντικό ότι ελέγχθηκε το συναίσθημα σε δυαδικό επίπεδο καθώς φάνηκε οι ασθενείς και οι σύντροφοι δεν παρουσίαζαν διαφορές ως προς τη διάθεση αλλά οι τιμές τους συμμεταβάλλονται. Το τελευταίο εύρημα σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η θετική διάθεση των συντρόφων σχετίζεται με την αναπαράσταση του προσωπικού ελέγχου των ασθενών μας δείχνουν ότι είναι αναγκαίο να συμπεριληφθεί και ο σύντροφος στα μοντέλα που εξετάζουν τις αναπαραστάσεις της ασθένειας και ειδικά των χρόνιων νοσημάτων. Επίσης, με βάση τα παραπάνω, τα προγράμματα παρέμβασης για τις καρδιαγγειακές διαταραχές πρέπει να εστιάσουν στην ένταξη του συντρόφου καθώς παίζει σημαντικό ρόλο το θετικό συναίσθημά του τόσο στις αναπαραστάσεις όσο και στη σχέση του με τον ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aalto, A. -., Heijmans, M., Weinman, J., & Aro, A. R. (2005). Illness perceptions in coronary heart disease: Sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates. *Journal of Psychosomatic Research, 58*(5), 393-402.

Adams, J. B., Heath, A. J., Young, S. E., Hewitt, J. K., Corley, R. P., & Stallings, M. C. (2003). Relationships between personality and preferred substance and motivations for use among adolescent substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 29*(3), 691-712.

Anker, S. D., Agewall, S., Borggrefe, M., Calvert, M., Caro, J. J., Cowie, M. R., ... Kirchhof, P. (2014). The importance of patient-reported outcomes: A call for their comprehensive integration in cardiovascular clinical trials. *European Heart Journal, 35*(30), 2001-2009.

Appleton, K. M., Woodside, J. V., Arveiler, D., Haas, B., Amouyel, P., Montaye, M., ... Patterson, C. C. (2016). A role for behavior in the relationships between depression and hostility and cardiovascular disease incidence, mortality, and all-cause mortality: The prime study. *Annals of Behavioral Medicine, 50*(4), 582-591.

Arnow, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1995). The emotional eating scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders, 18*(1), 79-90.

Averill, J. R. (1983). Studies on anger and aggression: Implications for theories of emotion. *American Psychologist, 38*(11), 1145-1160.

Barrett, L. F.(2006). Solving the emotion paradox: Categorization and the experience of emotion. *Personality and Social Psychology Review*, *10*(1), 20-46.

Bath, J., Bohin, G., Jones, C., & Scarle, E. (2009). *Cardiac Rehabilitation: A Workbook for Use with Group Programmes*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Baune, B. T., Stuart, M., Gilmour, A., Wersching, H., Arolt, V., & Berger, K. (2012). Moderators of the relationship between depression and cardiovascular disorders: A systematic review. *General Hospital Psychiatry, 34*(5), 478-492.

Bekke-Hansen, S., Weinman, J., Thastum, M., Thygesen, K., & Zachariae, R. (2014). Psycho-social factors are important for the perception of disease in patients with acute coronary disease. *Danish Medical Journal, 61*(8), 1-7.

Benyamini, Y., Medalion, B., & Garfinkel, D. (2007). Patient and spouse perceptions of the patient's heart disease and their associations with received and provided social support and undermining. *Psychology and Health, 22*(7), 765-785.

Bodenhausen, G. V., Sheppard, L. A., & Kramer, G. P. (1994). Negative affect and social judgment: The differential impact of anger and sadness. *European Journal of Social Psychology*, *24*(1), 45-62.

Boiger, M., & Mesquita, B. (2012). The construction of emotion in interactions, relationships, and cultures. *Emotion Review*, *4*(3), 221-229.

Brandes, K., & Mullan, B. (2014). Can the common-sense model predict adherence in chronically ill patients? A meta-analysis. *Health Psychology Review, 8*(2), 129-153.

Brumpton, B., Langhammer, A., Romundstad, P., Chen, Y., & Mai, X. -M. (2013).The associations of anxiety and depression symptoms with weight change and incident obesity: The HUNT study. *International Journal of Obesity,37*(9), 1268-1274.

Butler, E. A. (2011). Temporal interpersonal emotion systems the “TIES” that form relationships. *Personality and Social Psychology Review*, *15*(4), 367-393.

Campos, B., Shiota, M., Keltner, D., Gonzaga, G., & Goetz, J. (2013). What is shared, what is different? Core relational themes and expressive displays of eight positive emotions. *Cognition and Emotion*, *27*(1), 37-52.

Cannon, W. (1927). The James-Lange Theory of Emotions: A critical examination and an

alternative theory. *The American Journal of Psychology, 39*(1/4), 106-124.

Chang, H. Y., Keyes, K. M., Mok, Y., Jung, K. J., Shin, Y. -J, & Jee, S. H. (2015). Depression as a risk factor for overall and hormone-related cancer: The korean cancer prevention study. *Journal of Affective Disorders, 173*(1), 1-8.

Chen, Y. -H., & Lin, H. -C. (2011). Increased risk of cancer subsequent to severe depression-A nationwide population-based study. *Journal of Affective Disorders, 131*(1-3), 200-206.

Chida, Y., & Steptoe, A. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease: A meta-analytic review of prospective evidence. *Journal of the American College of Cardiology, 53*(11), 936-946.

Clark, N. M., Gong, M., & Kaciroti, N. (2014). A model of self-regulation for control of chronic disease. *Health Education and Behavior, 41*(5), 499-508.

Clore, G. L., & Ortony, A. (2000). Cognition in emotion: Always, sometimes, or never. In R. Lane, L. Nadel, G. Ahern, J. Allen, A. Kaszniak, S. Rapcsak, G. Schwartz (Eds.), *Cognitive Neuroscience of Emotion*(pp. 24-61).New York: Oxford University Press.

Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology, 7*(3), 269-297.

Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Fireman, P., Gwaltney Jr, J. M., & Newsom, J. T. (1995). State and trait negative affect as predictors of objective and subjective symptoms of respiratory viral infections. *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*(1), 159-169.

Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B. S., & Gwaltney Jr., J. M. (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. *Journal of the American Medical Association, 277*(24), 1940-1944.

Consedine, N. S.,& Moskowitz, J. T. (2007). The role of discrete emotions in health

outcomes: A critical review. *Applied and Preventive Psychology*, *12*(2), 59-75.

Cosmides, L, & Tooby, J. (2000). Evolutionary psychology and the emotions. In M. Lewis & J.M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (2nd ed., pp. 91-115). NewYork: Guilford.

Δαφέρμος, Μ. (2010). *Το Γίγνεσθαι της Ψυχολογίας: Από τις μυθολογικές αντιλήψεις περί της ψυχής ως τη μετατροπή της ψυχολογίας σε ανεξάρτητη επιστήμη*. Αθήνα: Gutenberg.

Darwin, C., M.A., F.R.S., &c. (1873). *TheExpression of the Emotions in Man and Animals*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Davidson, K. W., Mostofsky, E., & Whang, W. (2010). Don't worry, be happy: positive affect and reduced 10-year incident coronary heart disease: The canadian nova scotia health survey. *European Heart Journal*, *31*(9), 1065-1070.

de Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, *372*(9634), 246-255.

DeSteno, D., Gross, J. J., & Kubzansky, L. (2013). Affective science and health: The importance of emotion and emotion regulation. *Health Psychology*, *32*(5), 474-486.

Donker, F. J. S. (2000). Cardiac rehabilitation: A review of current developments.*Clinical Psychology Review*, *20*(7), 923-943.

Dubé, L., LeBel, J. L., & Lu, J. (2005). Affect asymmetry and comfort food consumption. *Physiology and Behavior*, *86*(4), 559-567.

Ekman, P. (1992). Are there basic emotions?*Psychological Review*, *99*(3), 550- 553.

Ekman, P. (1999). Basic emotions. In T. Dalgleish & M. J. Power (Eds).*Handbook of Cognition and Emotion* (pp. 45-60). Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Elderon, L., & Whooley, M. A.(2013). Depression and cardiovascular disease.*Progress in CardiovascularDiseases*, *55*(6), 511-523.

Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2016). *Έρευνα υγείας: Έτος 2014* [Δελτίο Τύπου].

Elliott, P. M., Anastasakis, A., Borger, M. A., Borggrefe, M., Cecchi, F., Charron, P., … McKenna, W. J. (2014). 2014 ESC guidelines on diagnosis and management of hypertrophic cardiomyopathy. *European Heart Journal*, *35*(39), 2733 -2779.

Figueiras, M. J., & Weinman, J. (2003). Do similar patient and spouse perceptions of myocardial infarction predict recovery? *Psychology and Health, 18*(2), 201-216.

Forgas, J. P. (2013). Don't worry, be sad! On the cognitive, motivational, and interpersonal benefits of negative mood. *Current Directions in Psychological Science*, *22*(3), 225-232.

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, *56*(3), 218-226.

Fredrickson, B. L., & Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition and Emotion*, *19*(3), 313-332.

Fredrickson, B. L., & Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, *12*(2), 191-220.

French, D. P., Cooper, A., & Weinman, J. (2006). Illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation following acute myocardial infarction: a systematic review with meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *61*(6), 757-767.

French, D. P., Lewin, R. J. P., Watson, N., & Thompson, D. R. (2005). Do illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation and quality of life following myocardial infarction? *Journal of Psychosomatic Research, 59*(5), 315-322.

Gaston, A. M., Cottrell, D. J., & Fullen, T. (2012). An examination of how adolescent-caregiver dyad illness representations relate to adolescents' reported diabetes self-management. *Child: Care, Health and Development, 38*(4), 513-519.

Gimeno, D., Kivimäki, M., Brunner, E. J., Elovainio, M., De Vogli, R., Steptoe, A., …Ferrie,

J. E. (2009). Associations of C-reactive protein and interleukin-6 with cognitive symptoms of depression: 12-year follow-up of the Whitehall II study. *Psychological Medicine*, *39*(3), 413-423.

Given, B. A., & Northouse, L. (2011). Who Cares for Family Caregivers of Patients With Cancer? *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, *15*(5), 451-452.

Go, A. S., Mozaffarian, D., Roger, V. L., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Blaha, M. J.,… Turner,M. B.(2014). Heart disease and stroke statistics- 2014 update. *Circulation*, *129*(3), 29-292.

Goesling, J., Clauw, D. J., & Hassett, A. L. (2013). Pain and depression: An integrative review of neurobiological and psychological factors. *Current Psychiatry Reports*, *15*(12), 1-8.

Green, D. P., Salovey, P., & Truax, K. M. (1999). Static, dynamic, and causative bipolarity of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, *76*(5), 856-867.

Griffin, K. W., Friend, R., Eitel, P., & Lobel, M. (1993). Effects of environmental demands, stress, and mood on health practices. *Journal of Behavioral Medicine*, *16*(6), 643-661.

Griva, K., Myers, L. B., & Newman, S. (2000). Illness perceptions and self -efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology and Health, 15*(6), 733-750.

Guérin, E. & Fortier, M. (2012). Situational motivation and perceived intensity: Their interaction in predicting changes in positive affect from physical activity. *Journal of Obesity*, *2012*(1), 1-7.

Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health, 18*(2), 141-184.

Halaris, A. (2013). Inflammation, heart disease, and depression. *Current Psychiatry Reports*, *15*(10), 400, 1-9.

Hassett, A. L., Aquino, J. K., & Ilgen, M. A. (2014). The risk of suicide mortality in chronic pain patients. *Current Pain and Headache Reports*, *18*(8), 1-7.

Izard, C. E. (1992). Basic emotions, relations among emotions, and emotion-cognition relations. *Psychological Review*, *99*(3), 561-565.

James, W. (1884). What is an emotion?*Mind*, *9*(34), 188-205.

Kalichman, S. C., Johnson, J. R., Adair, V., Rompa, D., Multhauf, K., & Kelly, J. A. (1994). Sexual sensation seeking: Scale development and predicting AIDS-risk behavior among homosexually active men. *JournalofPersonalityAssessment*, *62*(3), 385-397.

Καραδήμας, Ε. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας: Θεωρία και Κλινική Πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Kassel, J., Stroud, L., & Paronis, C. (2003). Smoking, stress, and negative affect: Correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychological Bulletin*, *129*(2), 270-304.

Kawachi, I., Sparrow, D., Spiro, A., Vokonas, P., & Weiss, S. T. (1996). A prospective study of anger and coronary heart disease the normative aging study. *Circulation*, *94*(9), 2090-2095.

Kawachi, I., Sparrow, D., Vokonas, P. S., & Weiss, S. T. (1994). Symptoms of anxiety and riskof coronary heart disease. The normative aging study.*Circulation*, *90*(5), 2225-2229.

Kawecka-Jaszcz, K., Klocek, M., Tobiasz-Adamczyk, B., & Bulpitt, C. J. (Eds.). (2013). *Health-related Quality of Life in Cardiovascular Patients*. Milan: Springer.

Khan, F. M., Kulaksizoglu, B., & Cilingiroglu, M. (2010). Depression and coronary heart disease. *Current Atherosclerosis Reports*, *12*(2), 105-109.

Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (2002). Depression and immune function: Central

pathways to morbidity and mortality. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*(4), 873-876.

Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, *53*(1), 83-107.

Kilpi, F., Konttinen, H., Silventoinen, K., & Martikainen, P. (2015). Living arrangements as determinants of myocardial infarction incidence and survival: A prospective register study of over 300,000 finnish men and women. *Social Science and Medicine, 133*(1), 93-100.

Kitayama, S., Park, J., Boylan, J. M., Miyamoto, Y., Levine, C. S., Markus, H. R., … Ryff, C. D. (2015). Anger expression and III-health in two cultures: An examination of inflammation and cardiovascular risk. *Psychological Science*, *26*(2), 211-220.

Knöpfli, B., Cullati, S., Courvoisier, D. S., Burton-Jeangros, C., & Perrig-Chiello, P. (2016). Marital breakup in later adulthood and self-rated health: A cross-sectional survey in switzerland. *International Journal of Public Health,61*(3), 357-366.

Kobasa, S. C. O., Maddi, S. R., Puccetti, M. C., & Zola, M. A. (1985). Effectiveness of hardiness, exercise and social support as resources against illness. *Journal of Psychosomatic Research*, *29*(5), 525-533.

Kok, B. E., Coffey, K. A., Cohn, M. A., Catalino, L. I., Vacharkulksemsuk, T., Algoe, S. B., …Fredrickson, B. L. (2013). How positive emotions build physical health: Perceived positive social connections account for the upward spiral between positive emotions and vagal tone. *Psychological Science*, *24*(7), 1123-1132.

Kubzansky, L. D., Sparrow, D., Vokonas, P., & Kawachi, I. (2001). Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the normative aging study. *Psychosomatic Medicine*, *63*(6), 910-916.

Kucukarslan, S. N. (2012). A review of published studies of patients' illness perceptions and medication adherence: Lessons learned and future directions. *Research in Social and Administrative Pharmacy, 8*(5), 371-382.

Kulik, A., Ruel, M., Jneid, H., Ferguson, T. B., Hiratzka, L. F., Ikonomidis, J. S., ...Sellke, F. W. (2015). Secondary prevention after coronary artery bypass graft surgery: A scientific statement from the american heart association. *Circulation*, *131*(10), 927-964.

Lange, C. (1922). The emotions.In K. Dunlap (Ed.), *Psychology Classics: The Emotions* (pp. 33-92). Baltimore, USA: Williams & Wilkins Company.(ΑρχικήΔημοσίευση 1887)

Lazarus, R. S., &Smith, C. A. (1988). Knowledge and appraisal in the cognition- emotion relationship. *Cognition and Emotion*, *2*(4), 281-300.

Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L., & Robitaille, C. (1997). Illness representations: Theoretical foundations. In J. Weinman & K. Petrie (Eds.), *Perceptions of Health and Illness* (pp. 19- 42). London: Harwood academic publishers.

Leventhal, H., Brissete, I., & Leventhal, E. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The Self-regulation of Health and Illness Behavior* (pp. 42-65). London: Routledge.

Leventhal, E. & Crouch, M. (1997). Are there differences in perceptions of illness across life span? In Weinman J. & K. Petrie (Eds), *Perceptions of Health and Illness* (pp. 77-102). Singapore: Harwood academic publishers.

Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research, 16*(2), 143-163.

Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health, and

behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology and Health, 13*(4), 717-733.

Liu, H., & Waite, L. (2014). Bad marriage, broken heart? Age and gender differences in the link between marital quality and cardiovascular risks among older adults. *Journal of Health and Social Behavior, 55*(4), 403-423.

Lucas, R. E. (2005). Time does not heal all wounds: A longitudinal study of reaction and adaptation to divorce. *Psychological Science, 16*(12), 945-950.

Matcham, F., Rayner, L., Steer, S., & Hotopf, M. (2013). The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis.*Rheumatology*, *52*(12), 2136-2148.

McAndrew, L. M., Mora, P. A., Quigley, K. S., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (2014). Using the common sense model of self-regulation to understand the relationship between symptom reporting and trait negative affect. *International Journal of Behavioral Medicine*, *21*(6), 989-994.

McAndrew, L. M., Teichman, R. F., Osinubi, O. Y., Jasien, J. V., & Quigley, K. S. (2012). Environmental exposure and health of Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom veterans. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *54*(6), 665-669.

Mezuk, B., Eaton, W. W., Albrecht, S., & Golden, S. H. (2008). Depression and type 2 diabetes over the lifespan a meta-analysis. *Diabetes Care*, *31*(12), 2383-2390.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., &Cameron, L. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health, 17*(1), 1-16.

Nakamura, S., Kato, K., Yoshida, A., Fukuma, N., Okumura, Y., Ito, H., & Mizuno, K. (2013). Prognostic value of depression, anxiety, and anger in hospitalized cardiovascular disease patients for predicting adverse cardiac outcomes. *The American Journal of Cardiology*, *111*(10), 1432-1436.

Nicholson, A., Kuper, H., & Hemingway, H. (2006). Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *European Heart Journal*, *27*(23), 2763-2774.

Niedenthal, P.N., Krauth-Gruber, S., & Ric, F. (2012). *Ψυχολογία του Συναισθήματος: Διαπροσωπικές, Βιωματικές και Γνωστικες Προσεγγίσεις*. Αθήνα: Τόπος.

Nouwen, A., Winkley, K., Twisk, J., Lloyd, C. E., Peyrot, M., Ismail, K., …European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. (2010). Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*, *53*(12), 2480-2486.

Ortony, A., & Turner, T. J. (1990). What's basic about basic emotions? *Psychological Review*, *97*(3), 315-331.

Ostir, G. V., Markides, K. S., Peek, M. K., & Goodwin, J. S. (2001). The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. *Psychosomatic Medicine*, *63*(2), 210-215.

Parkinson, B. (2011). Interpersonal emotion transfer: Contagion and social appraisal. *Social and Personality Psychology Compass*, *5*(7), 428-439.

Pasco, J. A., Nicholson, G. C., Williams, L. J., Jacka, F. N., Henry, M. J., Kotowicz, M. A., ... Berk, M. (2010). Association of high-sensitivity C-reactive protein with de novo major depression. *The British Journal of Psychiatry*, *197*(5), 372-377.

Pederson, J., Warkentin, L., Majumdar, S., & McAlister, F. (2016). Depressive symptoms are associated with higher rates of readmission or mortality after medical hospitalization: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Hospital Medicine*, *11*(5), 373-380.

Penninx, B. W., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Simonsick, E. M., Deeg, D. J., & Wallace, R. B.

(1998). Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons. *The Journal of American Medical Association*, *279*(21), 1720-1726.

Perk, J., De Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Ž., Verschuren, M., … Zannad, F. (2012). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The fifth joint task force of the european society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts).*European Heart Journal*, *33*(13), 1635-1701.

Petrie, K. J., & Weinman, J. A. (1997). Illness representations and recovery from myocardial infarction. In Weinman J. & K. Petrie (Eds), *Perceptions of Health and Illness* (pp. 441-465). Singapore: Harwood academic publishers.

Petrie, K. J., Weinman, J., Sharpe, N., & Buckley, J. (1996). Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: Longitudinal study. *British Medical Journal, 312*(7040), 1191-1194.

Petticrew, M., Bell, R., & Hunter, D. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *British Medical Journal*, *325*(7372), 1066-1069.

Platt, I., Green, H. J., Jayasinghe, R., & Morrissey, S. A. (2014). Understanding adherence in patients with coronary heart disease: Illness representations and readiness to engage in healthy behaviours. *Australian Psychologist*, *49*(2), 127-137.

Plutchik, R. & Kellerman, H. (1980). *Emotion, Theory, Research, and Experience*. New York: Academic press.

Pressman, S. & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, *131*(6), 925-971.

Raghunathan, R., & Pham, M. T. (1999). All negative moods are not equal: Motivational

influences of anxiety and sadness on decision making.*Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *79*(1), 56-77.

Raison, C. L., & Miller, A. H. (2011). Is depression an inflammatory disorder? *Current Psychiatry Reports*, *13*(6), 467-475.

Randall, A. K., Post, J. H., Reed, R. G., & Butler, E. A. (2013). Cooperating with your romantic partner: Associations with interpersonal emotion coordination. *Journal of Social and Personal Relationships*, *30*(8), 1072-1095.

Regan, T. W., Lambert, S. D., Kelly, B., Falconier, M., Kissane, D., & Levesque, J. V. (2015). Couples coping with cancer: Exploration of theoretical frameworks from dyadic studies. *Psycho-Oncology, 24*(12), 1605-1617.

Richman, L. S., Kubzansky, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P., & Bauer, M. (2005). Positive emotion and health: Going beyond the negative. *Health Psychology*, *24*(4), 422-429.

Roest, A. M., Martens, E. J., de Jonge, P., & Denollet, J. (2010). Anxiety and risk of incident coronary heart disease: A meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, *56*(1), 38-46.

Roseman, I. J. (1996). Appraisal determinants of emotions: Constructing a more accurate and comprehensive theory. *Cognition and Emotion*, *10*(3), 241-278.

Roseman, I. J., Spindel, M. S., & Jose, P. E. (1990). Appraisals of emotion-eliciting events: Testing a theory of discrete emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*(5), 899-915.

Ρούσσος, Π., Λ., & Τσαούσης, Γ. (2011). *Στατιστική στις Επιστήμες της Συμπεριφοράς με τη Χρήση του SPSS.* Αθήνα: ΕκδόσειςΤόπος.

Russell, J. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, *39*(6), 1161-1178.

Rutledge, T., Linke, S. E., Johnson, B. D., Bittner, V., Krantz, D. S., Cornell, C. E., ... Merz,

C. B. (2012). Relationships between cardiovascular disease risk factors and depressive symptoms as predictors of cardiovascular disease events in women. *Journal of Women's Health*, *21*(2), 133-139.

Ryan, L. H., Wan, W. H., & Smith, J. (2014). Spousal social support and strain: Impacts on health in older couples. *Journal of Behavioral Medicine, 37*(6), 1108-1117.

Salovey, P., & Birnbaum, D. (1989). Influence of mood on health-relevant cognitions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(3), 539-551.

Salovey, P., Detweiler, J. B., Steward, W. T., & Bedell, B. T. (2001). Affect and health-relevant cognition. In J. P. Forgas (Ed.), *Handbook of Affect and Social Cognition* (pp.344-368). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.

Salovey, P, Rothman, A. J., Detweiler, J. B., & Steward, W. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, *55*(1), 110-121.

Scherer, K. R. (1999). Appraisal theory. In T. Dalgleish & M. J. Power (Eds), *Handbook of Cognition and Emotion* (pp.637-663).Chichester, England. New York: John Wiley& sons.

Sen, A. K. (2002). *H*ealth: Perception versus observation. *British Medical Journal*, *324*(7340), 860-861.

Sharpe, L., & Curran, L. (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science and Medicine*, *62*(5), 1153-1166.

Smith, T. W., Baron, C. E., & Grove, J. L. (2014). Personality, emotional adjustment, and cardiovascular risk: Marriage as a mechanism. *Journal of Personality, 82*(6), 502-514.

Smith, C. A., & Ellsworth, P. C. (1985). Patterns of cognitive appraisal in emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, *48*(4), 813-838.

Smith, T. W., Glazer, K., Ruiz, J. M., & Gallo, L. C. (2004). Hostility, anger, aggressiveness,

and coronary heart disease: An interpersonal perspective on personality, emotion, and health. *Journal of Personality*, *72*(6), 1217-1270.

Stellar, J., John-Henderson, N., Anderson, C., Gordon, A., McNeil, G., & Keltner, D. (2015). Positive affect and markers of inflammation: Discrete positive emotions predict lower levels of inflammatory cytokines. *Emotion*, *15*(2), 129-133.

Suls, J. (2013). Anger and the heart: perspectives on cardiac risk, mechanisms and interventions. *Progress in Cardiovascular Diseases*, *55*(6), 538-547.

Thurston, R. C., Rewak, M., & Kubzansky, L. D. (2013). An anxious heart: Anxiety and the onset of cardiovascular diseases. *Progress in Cardiovascular Diseases*, *55*(6), 524-537.

Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Simoons, M. L., Chaitman, B. R., & White, H. D. (2012). Third universal definition of myocardial infarction. *Circulation*, *126*(16), 2020-2035.

Tooby, J., & Cosmides, L. (1990). The past explains the present: Emotional adaptations and the structure of ancestral environments. *Ethology and Sociobiology*, *11*(4-5), 375-424.

Treharne, G. J., Lyons, A. C., Hale, E. D., Goodchild, C. E., Booth, D. A., & Kitas, G. D. (2008). Predictors of fatigue over 1 year among people with rheumatoid arthritis. *Psychology, Health and Medicine*, *13*(4), 494-504.

Vahanian, A., Alfieri, O., Andreotti, F., Antunes, M. J., Barón-Esquivias, G., Baumgartner, H., ...Zembala, M.(2012). Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012). *European Heart Journal*, *33*(19), 2451-2496.

Vallacher, R. R., Nowak, A., & Zochowski, M. (2005). Dynamics of social coordination: The synchronization of internal states in close relationships. *Interaction Studies*, *6*(1), 35-52.

Vissoci Reiche, E. M., Kaminami Morimoto, H., & Morimoto Vargas Nunes, S. (2005).

Stress and depression-induced immune dysfunction: Implications for the development and progression of cancer. *International Review of Psychiatry*, *17*(6), 515-527.

Watson, D., & Clark, L.A. (1994). *The PANAS. Manual for the Positive and Negative Affect Schedule*. Iowa, IA: The University of Iowa.

Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, *96*(2), 234-254.

Whalley, B., Thompson, D. R., & Taylor, R. S. (2014). Psychological interventions for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Medicine*, *21*(1), 109-121.

Whooley, M. A., & Browner, W. S. (1998). Association between depressive symptoms and mortality in older women. *Archives of Internal Medicine*,*158*(19), 2129-2135.

Whooley, M. A., de Jonge, P., Vittinghoff, E., Otte, C., Moos, R., Carney, R. M., ...Browner, W. S. (2008). Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. The *Journal of the American Medical Association*,*300*(20), 2379-2388.

Win, S., Parakh, K., Eze-Nliam, C. M., Gottdiener, J. S., Kop, W. J., & Ziegelstein, R. C. (2011). Depressive symptoms, physical inactivity and risk of cardiovascular mortality in older adults: The cardiovascular health study.*Heart*, *97*(6), 500-505.

Wittmann, D., Carolan, M., Given, B., Skolarus, T. A., An, L., Palapattu, G., & Montie, J. E. (2014). Exploring the role of the partner in couples' sexual recovery after surgery for prostate cancer. *Supportive Care in Cancer, 22*(9), 2509-2515.

Wong, M., Krajisnik, A., Truong, L., Lisha, N. E., Trujillo, M., Greenberg, J. B., ... Leventhal, A. M. (2013). Anxiety sensitivity as a predictor of acute subjective effects of smoking. *Nicotine& Tobacco research*, *15*(6), 1084-1090.

World Health Organization. (2014a). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases,*

2014: Attaining the Nine Global Noncommunicable Diseases Targets; a Shared Responsibility. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2014b). *World Health Statistics*. Geneva: World Health Organization.

Yan, J., You, L. -., He, J. -., Wang, J. -., Chen, L., Liu, B. -., . . . Jin, S. -. (2011). Illness perception among chinese patients with acute myocardial infarction. *Patient Education and Counseling, 85*(3), 398-405.

Zhang, Z., & Hayward, M. D. (2006). Gender, the marital life course, and cardiovascular disease in late midlife. *Journal of Marriage and Family, 68*(3), 639-657.