

ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCES



Ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα αποκατάστασης καρδιολογικών ασθενών
με Προσωπικότητα Τύπου D

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Τσιρίκος Α. Αντώνιος

Αθήνα, 2018

Τριμελής Επιτροπή:

Αναστάσιος Σταλίκας, Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου (Επιβλέπων).

Ιωάννης Κατερέλος, Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου.

Άννα Μαντόγλου, Καθηγήτρια Παντείου Πανεπιστημίου.



Copyright © Αντώνιος Αναστ. Τσιρίκος, 2016.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διατριβής, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διατριβής για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση διδακτορικής διατριβής από το Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δεν δηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα (Ν. 5343/1932, Άρθρο 202, Παρ. 2).

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

- Αλεξιάς Γεώργιος. Καθηγητής Ψυχολογίας. Τμήμα Ψυχολογίας. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.
- Κατερέλος Ιωάννης. Καθηγητής Ψυχολογίας. Τμήμα Ψυχολογίας. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών (Μέλος Συμβουλευτικής Επιτροπής).
- Κλεφτάρας Γεώργιος. Καθηγητής Ψυχολογίας. Σχολή Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
- Κορδούτης Παναγιώτης. Καθηγητής Ψυχολογίας. Τμήμα Ψυχολογίας. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.
- Μαντόγλου Άννα. Καθηγήτρια Ψυχολογίας. Τμήμα Ψυχολογίας. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών (Μέλος Συμβουλευτικής Επιτροπής).
- Μέλλον Ρόμπερτ. Καθηγητής Ψυχολογίας. Τμήμα Ψυχολογίας. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.
- Σταλίκας Αναστάσιος. Καθηγητής Ψυχολογίας. Τμήμα Ψυχολογίας. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών (Επιβλέπων).

*στον αδελφό μου Στάθη,
ἐκ γὰρ τοῦ περισσέματος τῆς καρδίας τὸ στόμα λαλεῖ*

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση αυτής της διδακτορικής διατριβής, ένα οδοιπορικό ζωής «γεμάτο περιπέτεια, γεμάτο γνώσεις» έφτασε στο τέλος του. Μεγάλη η χαρά και η ικανοποίηση, πολλές οι δυσκολίες, τα εμπόδια και οι προκλήσεις. Πολλοί εκείνοι που μου συμπαραστάθηκαν, με υποστήριξαν και πίστεψαν στο όνειρο μου. Αισθάνομαι και οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους αλλά και στον καθένα ξεχωριστά για την πολύτιμη συνεισφορά τους.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, για τις δημιουργικές παρεμβάσεις και συμβουλές τους, καθώς και τα μέλη της εξεταστικής επιτροπής για τον πολύτιμο τους χρόνο που διέθεσαν αλλά και για τις ουσιαστικές παρατηρήσεις τους κατά την αξιολόγηση της διατριβής μου.

Σε όλη αυτήν την πορεία, στάθηκε πάντα διπλά μου ο επιβλέπων την διατριβή μου κ. Αναστάσιος Σταλίκας, Καθηγητής του Τμήματος Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου, του οποίου η αμέριστη βοήθεια και συμπαράσταση με οδήγησε να είμαι σήμερα εδώ. Τον ευχαριστώ από καρδιάς για την καθοδήγηση, την ενθάρρυνση, την υποστήριξη αλλά και την ελευθερία που μου έδωσε για την εκπόνηση αυτής της διατριβής. Τον ευχαριστώ ιδιαίτερα για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε, την διαθεσιμότητά του, την βοήθειά του, την στενή επόπτευση όλων των σταδίων αυτής της διατριβής, τις δημιουργικές παρατηρήσεις του.

Αισθάνομαι ιδιαίτερα τυχερός για την συνεργασία μας, όπως και για την δυνατότητα που μου έδωσε να συμμετέχω στην τόσο σημαντική και συνεκτική ομάδα των υποψηφίων διδακτόρων, αλλά και εκείνων που έχουν ολοκληρώσει τον κύκλο της διατριβής τους. Η ομάδα αυτή στάθηκε για μένα πηγή χαράς και δημιουργίας, ανταλλαγής γνώσης και ιδεών, μια σταθερή πηγή ανατροφοδοτήσεων. Ευχαριστώ θερμά όλους τους «συμμαθητές»-μέλη της ομάδας για την υποστήριξη και την συνεργασία. Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω την Ειρήνη, την Φαίνη, την Αγάθη, τον Αλέξη, την Κατερίνα και τον Γιάννη.

Η υποστήριξη από την Καρδιολογική Κλινική του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών υπήρξε απεριόριστη. Θερμές ευχαριστίες οφείλω στον Διευθυντή της Κλινικής, Υποναύαρχο Αναστάσιο Σπανό, ο οποίος μου μετέφερε τόσες γνώσεις και το ζωντανό ενδιαφέρον για τους καρδιοπαθείς. Επίσης, η εμπιστοσύνη των καρδιοπαθών στο προσωπό μου διαμόρφωσε μέσα μου στέρεα βάση διαρκούς βελτίωσης καθόλη την διάρκεια της συνεργασίας μαζί τους. Ιδιαίτερες ευχαριστίες στους συμμετέχοντες στην παρούσα διατριβή, οι οποίοι από την πρώτη στιγμή

εμπιστεύτηκαν το εγχείρημα και αδιαλείπτως υποστήριξαν με την ενεργή παρουσία τους. Αμέριστη η υποστήριξη και από τον καρδιακό φίλο και συνάδελφο, δεκαετίες τώρα, Διευθυντή της Ψυχιατρικής Κλινικής, Αντιπλοίαρχο Στράτο Λαμπούση, ο οποίος «αφειδώς και σιωπηλώς» διευκόλυνε και υποστήριξε καθόλη την διάρκεια την προσπάθεια μου. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την κα Καλλιτεράκη Ευτυχία για την δυναμική και σταθερή υποστήριξή της στην εργασία μου μέσω της ομαδικής ψυχοθεραπείας στους καρδιοπαθείς.

Μεγάλη η ευγνωμοσύνη μου για την μητέρα μου, η οποία στάθηκε πάντα εμπνευστής και ανιδιοτελής αρωγός δίπλα μου, ξεπερνώντας δυσκολίες και πιστεύοντας υπομονετικά στις προσπάθειες μου. Ένα μεγάλο ευχαριστώ στα παιδιά του αδερφού μου Στάθη, Ανάσταση και Γιώργη, που η σχέση μας αλλά και η ύπαρξη τους και μόνο με γεμίζει χαρά, δύναμη και ευγνωμοσύνη. Κλείνοντας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου στη σύζυγο μου Κλειώ για την συνεχή, απρόσκοπτη και σταθερή παρουσία της δίπλα μου. Συμμετείχε ενεργά με τρόπο προσωπικό, εμπνέοντας την προσπάθεια μου και διατηρώντας το ρυθμό, μέχρι την τελευταία στιγμή, στο δύσκολο έργο της ολοκλήρωσης της διατριβής.

Περιεχόμενα

Περίληψη	14
Σύνοψη	16
Κεφάλαιο Πρώτο: Εισαγωγή	31
Η οπτική του ερευνητή	36
Δομή της διατριβής	38
Κεφάλαιο Δεύτερο: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	41
Καρδιολογική νόσος	41
Είδη των καρδιαγγειακών παθήσεων	41
Επιδημιολογικά στοιχεία στεφανιαίας νόσου	43
Διεθνή δεδομένα	43
Επιδημιολογικά δεδομένα στην Ελλάδα	44
Ιατρικοί παράγοντες επικινδυνότητας καρδιαγγειακών παθήσεων	46
Υπερλιπιδαιμία	46
Κάπνισμα	47
Παχυσαρκία	49
Σακχαρώδης διαβήτης	50
Αρτηριακή υπέρταση	50
Έλλειψη φυσικής δραστηριότητας	51
Υγιεινή διατροφή	52
Κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες	53
Καρδιαγγειακά νοσήματα και γυναίκες	54
Σχέση ψυχοπαθολογικών οντοτήτων και αποκατάστασης στεφανιαίας νόσου	55
Κατάθλιψη	56
Άγχος	63

Θυμός, εχθρότητα και Συμπεριφορά Τύπου Α	64
Καταπόνηση (στρες)	66
Χαμηλή αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη	68
Προγράμματα αποκατάστασης καρδιοπαθών	75
Οφέλη συμμετοχής σε προγράμματα αποκατάστασης	77
<i>Ψυχολογικά οφέλη</i>	78
<i>Κοινωνικο-οικονομικά οφέλη</i>	80
Σύγχρονο ιστορικό παρεμβάσεων (μετά το 1960)	82
<i>Προγράμματα αλλαγής τρόπου ζωής</i>	82
<i>Lifestyle Heart Trial</i>	85
<i>Αποκατάσταση στεφανιαίων ασθενών</i>	89
Ορισμός Προσωπικότητας Τύπου D-Γενικό πλαίσιο	95
Προσωπικότητα Τύπου D και κατάθλιψη	98
Μελέτες καρδιολογικών παραγόντων	
επικινδυνότητας και Προσωπικότητας Τύπου D	106
Ψυχοφυσιολογικοί μηχανισμοί στην Προσωπικότητα	
Τύπου D	109
Παρεμβάσεις για την αλλαγή της Προσωπικότητας Τύπου D	111
Συμπεράσματα	118
Κεφάλαιο Τρίτο: Μέθοδος	124
Η επιλογή της ερευνητικής προσέγγισης	124
Επιλογή της ποιοτικής μεθόδου	124
Επιλογή της Θεματικής Ανάλυσης	127
Συλλογή δεδομένων	132
Δείγμα	132
<i>Επιλογή δείγματος</i>	132

Οι συμμετέχοντες	133
Τα ερευνητικά εργαλεία	134
Διαδικασία συλλογής δεδομένων	136
Διαδικασία ανάλυσης δεδομένων	136
Εξοικείωση με τα δεδομένα	137
Δημιουργία αρχικών κωδικών	139
Αναζήτηση Θεμάτων βάσει των αρχικών κωδικών	141
Αναθεώρηση των Θεμάτων βάσει των αρχικών κωδικών	142
Ορισμός και ονομασία των Θεμάτων	142
Συγγραφή της ερευνητικής αναφοράς	143
Διαδικασία ελέγχου ποιότητας της έρευνας	144
Δεοντολογία της έρευνας	146
Κεφάλαιο Τέταρτο: Ευρήματα	148
Θέματα	148
Θέμα «Διεκδίκηση»	148
Θέμα «Αναγνώριση»	158
Θέμα «Αίσθημα Μοιραίου»	169
Θέμα «Εξάντληση»	175
Θέμα «Θετικώς Σχετίζεσθαι»	182
Συνολική εκτίμηση Θεμάτων	195
Αλλαγές των δεικτών Αρνητικής Συναισθηματικότητας και Κοινωνικής Αναστολής	198
Αποτίμηση	202
Κεφάλαιο Πέμπτο: Συζήτηση	208
Εισαγωγή	208

Ανάδειξη Θεμάτων κατά την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση	209
Συνολική εκτίμηση των Θεμάτων	211
Ποιοτική προσέγγιση ανάλυσης της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας	213
Εμπλουτισμός των δεικτών Προσωπικότητας Τύπου D μέσω ποιοτικής ανάλυσης	213
Αμιγώς ψυχοθεραπευτική παρέμβαση	218
Χρονική διάρκεια της παρέμβασης	220
Αλλαγές των συστατικών στοιχείων της Προσωπικότητας Τύπου D	221
Αποτίμηση της παρέμβασης από την πλευρά των ασθενών	223
Συμπεράσματα	224
Συνεισφορά στην έρευνα	225
Συνεισφορά στην γνώση	225
Περιορισμοί έρευνας και προτάσεις για μελλοντικές έρευνες	230
Κεφάλαιο Έκτο: Βιβλιογραφία	236
Παραρτήματα	264
Παράρτημα Ι.	264
Ενήμερη συγκατάθεση ασθενή	266
Παράρτημα ΙΙ.	268
Παρουσιολόγιο ομάδας καρδιοπαθών	270
Παράρτημα ΙΙΙ.	271
Προσωπικό ημερολόγιο ομαδικού ψυχοθεραπευτή	273
Παράρτημα VI.	274
Κλίμακα DS14	276
Παράρτημα V.	278

Αδεια χορήγησης DS14	280
Παράρτημα VI.	281
Υπόδειγμα ανάπτυξης κωδικών	283
Παράρτημα VII.	290
Κωδικοί	292

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Παράγοντες πρόκλησης καρδιαγγειακών νοσημάτων σε σχέση με την δυνατότητα τροποποίησής τους	55
Πίνακας 2. Παράγοντες ευαλωτότητας στην κατάθλιψη από καρδιοπαθείς	58
Πίνακας 3. Μελέτες σχέσης κοινωνικής υποστήριξης και θνησιμότητας	68
Πίνακας 4. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων-καρδιοπαθών στην ψυχοθεραπευτική ομάδα, και δεικτών προσωπικότητας DS14 κατά την εισαγωγή τους	126
Πίνακας 5. Περιεχόμενο κωδικών Θέματος «Διεκδίκηση»	155
Πίνακας 6. Περιεχόμενο κωδικών Θέματος «Αναγνώριση»	165
Πίνακας 7. Περιεχόμενο κωδικών Θέματος «Αίσθημα Μοιραίου»	172
Πίνακας 8. Περιεχόμενο κωδικών Θέματος «Εξάντληση»	179
Πίνακας 9. Περιεχόμενο κωδικών Θέματος «Θετικώς Σχετίζεσθαι»	189
Πίνακας 10. Μετρήσεις DS14 κατά την αρχική, μεσαία και τελική φάση, ασθενούς Τ.	198
Πίνακας 11. Μετρήσεις DS14 κατά την αρχική, μεσαία και τελική φάση, ασθενούς Α.	199
Πίνακας 12. Μετρήσεις DS14 κατά την αρχική, μεσαία και τελική φάση, ασθενούς Φ.	200

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1. Άμεση και έμμεση σχέση μεταξύ Προσωπικότητας Τύπου D και επιβαρυνμένης καρδιακή πρόγνωσης	98
Γράφημα 2. Κωδικοί και Θέματα σε σχέση με την χρονική ανάπτυξή τους κατά την διάρκεια της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης	195

Περίληψη

Η παρούσα διατριβή, επιχείρησε μια ψυχοθεραπευτική παρέμβαση σε μετεμφραγματίες ασθενείς, με Προσωπικότητα Τύπου D, η οποία ορίζεται από την ταυτόχρονη συνύπαρξη των δεικτών της Κοινωνικής Αναστολής και της Αρνητικής Συναισθηματικότητας. Σκοπός της έρευνας ήταν, να μελετηθεί *in vivo* σε ψυχοθεραπευτική συνθήκη, η χαρακτηρισιολογική δομή των εν λόγω ασθενών, να ελεγχθεί πιθανή μεταβολή ή τροποποίηση των συστατικών στοιχείων που δομούν την Προσωπικότητα Τύπου D, καθώς επίσης να καταγραφεί η αποτίμηση του όλου εγχειρήματος από την πλευρά των ασθενών. Η έρευνα βασίστηκε σε μια ομαδικού τύπου ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, η οποία διεξήχθη σε εξωνοσοκομειακή βάση με εβδομαδιαίες συνεδρίες, για ένα ακαδημαϊκό έτος, και συμμετοχή τριών μελών με Προσωπικότητα Τύπου D. Στην εισαγωγική, μέση και τελική φάση της παρέμβασης δόθηκε προς συμπλήρωση η Κλίμακα DS14. Ως μέθοδος ανάλυσης των ποιοτικών δεδομένων επιλέχθηκε η Θεματική Ανάλυση. Από την ανάλυση του απομαγνητοφωνημένου κειμενικού υλικού, επιλεγμένων συνεδριών, δημιουργήθηκαν 96 κωδικοί, από τους οποίους δομηθήκαν πέντε Θέματα: Διεκδίκηση, Αναγνώριση, Αίσθημα Μοιραίου, Εξάντληση και Θετικώς Σχετίζεσθαι. Παρατηρήθηκε μεταβολή των δεικτών της Προσωπικότητας Τύπου D, και η αποτίμηση της παρέμβασης αξιολογήθηκε θετικά. Η παρούσα έρευνα, αποτελεί μια από τις πρώτες προσπάθειες σύνδεσης μιας αμιγούς ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης, με την Προσωπικότητα Τύπου D. Τα ευρήματα, υποστηρίζουν την ανάγκη υλοποίησης παρεμβάσεων στην συγκεκριμένη υποομάδα ασθενών και τονίζουν ορισμένα χαρακτηριστικά, που οφείλουν οι παρεμβάσεις να έχουν, ώστε να είναι αποτελεσματικές. Η έρευνα υπόκειται σε περιορισμούς, ως προς το μέγεθος του δείγματος και την εξαγωγή συμπερασμάτων, με όρους γενικευσιμότητας των αποτελεσμάτων. Ωστόσο, κρίνεται σκόπιμο βάσει των ευρημάτων της παρούσας διατριβής, να διεξαχθούν περαιτέρω ερευνητικές μελέτες, με στόχο την βελτίωση των παροχών ψυχικής υγείας στην συγκεκριμένη υποομάδα καρδιοπαθών.

Λέξεις-κλειδιά: Προσωπικότητα Τύπου D, ομαδική ψυχοθεραπεία, Θεματική Ανάλυση, μετεμφραγματίες.

Abstract

A psychotherapeutic rehabilitation program on cardiac patients
with Type D personality

Tsirikos A. Antonios

This study, attempts a psychotherapeutic intervention on post-myocardial infarction patients with Type D Personality, which is defined by the simultaneous presence of indicators of Social Isolation and Negative Affectivity. The aim was to study in vivo, in a psychotherapeutic setting, the personality structure of the patients in question, to inspect possible changes or modification of components that construe Type D Personality and to record the patients' assessment of the project. The research was conducted on a group psychotherapeutic approach, conducted on an outpatient basis with weekly sessions, for one academic year, and the involvement of three members with Type D Personality. In the introductory, middle and final phase of the intervention, Scale DS14 was distributed and filled out. Thematic Analysis was selected, as a method of analyzing quality data. From the analysis of the transcribed text material, of selected sessions, 96 codes were created, that in turn structure the following five themes: Assertion, Recognition, Inevitability, Exhaustion και Positive Relating. A change in Type D personality markers was observed, and the assessment of the intervention was positive. This research is one of the first attempts to connect a purely psychotherapeutic approach to Type D personality. The findings support the need to implement interventions in this specific subgroup of patients and highlight some peculiarities that interventions must fulfill, to be effective. The research is subject to limitations regarding sample size and conclusions, in terms of generalizability of results. However, it is appropriate, on the basis of the data of this thesis, to carry out further research studies aimed at improving mental health benefits in this particular subgroup of cardiac patients.

Key-words: Type D Personality, group psychotherapy, thematic analysis, post-myocardial infarction patient.

Σύνοψη

Ο στόχος της παρούσας διατριβής είναι να διερευνήσει την επίδραση μια αμιγώς ψυχοθεραπευτικής ομαδικής παρέμβασης, σε καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D¹.

Η σκοπιμότητα μιας μελέτης για τους ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D, υπογορεύεται από τον επιπολασμό του συγκεκριμένου τύπου προσωπικότητας μεταξύ των καρδιαγγειακών ασθενών, ο οποίος κυμαίνεται σε εύρος 24-37%, ποσοστό συγκρίσιμο με τον επιπολασμό άλλων κλασσικών παραγόντων επικινδυνότητας για καρδιολογική νόσο, όπως για παράδειγμα η υπέρταση (Kupper et al., 2013. Vukovic et al., 2014. Yu, Zhang & Liu, 2008).

Ο λόγος που υιοθετήθηκε μια ομαδική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση για τους συγκεκριμένους ασθενείς, είναι κυρίως εξαιτίας των χαρακτηριστικών δομών, που τους ταυτοποιούν (Denollet & Brutsaert, 2001. Denollet, 2005).

Σημαντικός όγκος μελετών, διερεύνησε κατά πόσον τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, αυξάνουν την ευαλωτότητα στη στεφανιαία νόσο ή αποτελούν προγνωστικά επιδείνωσης της, σε ασθενείς με διαγνωσμένη ήδη την χρόνια μορφή της νόσου. Μερικές από τις ισχυρότερες ενδείξεις προς αυτή την κατεύθυνση, ότι δηλαδή οι παράγοντες της προσωπικότητας μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη στεφανιαία νόσο, προέρχονται από την εργασία του Johan Denollet και της επιστημονικής του ομάδας, σχετικά με την αποκαλούμενη Προσωπικότητα Τύπου D (distressed type personality) (Denollet, 2005. Denollet, Pedersen, Vrints & Conraads, 2013).

Η Προσωπικότητα Τύπου D, αποτελεί μια εννοιολογική κατασκευή η οποία βασίζεται στον συνδυασμό και στην ταυτόχρονη συνύπαρξη δύο ψυχολογικών χαρακτηριστικών: της Αρνητικής Συναισθηματικότητας και της Κοινωνικής Αναστολής. Η Αρνητική Συναισθηματικότητα -έννοια που προσομοιάζει με το νευρωτισμό- αναφέρεται στην διαρκή βίωση αρνητικών συναισθημάτων. Η Κοινωνικής Αναστολής, αναφέρεται στην τάση αναστολής της έκφρασης των αρνητικών συναισθημάτων, στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Denollet, Sys &

¹ Οι όροι «ασθενής με Προσωπικότητα Τύπου D» και «καρδιοπαθής με Προσωπικότητα Τύπου D» χρησιμοποιούνται εναλλάξ στην παρούσα διατριβή. Επίσης, οι όροι «καρδιοπαθής» και «καρδιακή νόσος», όταν αναφέρονται, είναι ευδιάκριτο το πλαίσιο αναφοράς τους, δηλαδή αν αναφέρεται σε καρδιοπαθή με Προσωπικότητα Τύπου D ή όχι, και σε καρδιακή νόσο στα πλαίσια συνύπαρξης με Προσωπικότητα Τύπου D ή όχι.

Stroobant, 1996). Ο Denollet και οι συνεργάτες του, αρχικά, παρουσίασαν τεκμήρια ότι η ταυτοποίηση, μέσω ψυχομετρικής εκτίμησης, της Προσωπικότητας Τύπου D, αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο με προγνωστική ισχύ, σχετικά με τη νοσηρότητα και θνησιμότητα σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Εισάχθηκε ως εννοιολογική κατασκευή το 1995, και σύμφωνα με τους εμπνευστές της, περιγεγραμμένα χαρακτηριστικά στοιχεία του καρδιοπαθή, περιγράφουν και ορίζουν μια σχετικά σταθερή χαρακτηριστική δομή (προφίλ προσωπικότητας), η οποία επιβαρύνει -πλην των αμιγώς οργανικών- και άλλες ψυχοκοινωνικούς παραμέτρους, αυξάνοντας την πιθανότητα επιβάρυνσης, ακόμα και εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου (Fred & Hariharan, 2002).

Η εννοιολογική κατασκευή της Προσωπικότητας Τύπου D, προήλθε από μελέτη της σχέσης μεταξύ στοιχείων προσωπικότητας και καρδιολογικής επικινδυνότητας (νοσηρότητα, θνησιμότητα, και υποτροπές), σε υγιή πληθυσμό συγκρινόμενο με καρδιοπαθείς. Ταυτοποιήθηκε και αναγνωρίστηκε, αφαιρετικά βασισμένη σε προϋπάρχουσες θεωρίες της προσωπικότητας, καθώς και επαγωγικά, με βάση εμπειρικά δεδομένα και ανάλυση παραγόντων (Denollet, 2005. Denollet, Sys & Stroobant, 1996. Pedersen & Denollet, 2003).

Για μεγάλο χρονικό διάστημα, επικράτησε αμφισβήτηση και δυσπιστία, στο κατά πόσον θα μπορούσε να επιτευχθεί η παραμικρή τροποποίηση της Κοινωνικής Αναστολής και της Αρνητικής Συναισθηματικότητας, των δομικών δηλαδή στοιχείων της Προσωπικότητας Τύπου D, και εξαιτίας αυτής της αρχικής αμφισβήτησης, καταγράφηκε μια καθυστέρηση σχεδόν δύο δεκαετιών, για την διενέργεια μεθοδευμένων δοκιμών αποκατάστασης. Ωστόσο τα προγράμματα παρέμβασης που ακολούθησαν, μετά από αυτή την αρχική αμφισβήτηση, συνολικά ανέφεραν ενθαρρυντικά αποτελέσματα, ως προς την μεταβολή των δεικτών της Προσωπικότητας Τύπου D. Τα ποσοστά αλλαγών αυτής της μεταβολής, αν και μέτρια στατιστικά, αξιολογήθηκαν κλινικά ως ιδιαίτερα σημαντικά. Ο λόγος της συγκεκριμένης αξιολόγησης, εδράζεται στο γεγονός ότι στην κλινική πράξη, ακόμα και η ελάχιστη μεταβολή βελτίωσης, πέραν της ωφέλειας που επιφέρει για την συγκεκριμένη υποομάδα ασθενών, σηματοδοτεί τον εντοπισμό των στοιχείων, στα οποία ένα πρόγραμμα αποκατάστασης μπορεί να στοχεύσει και δραστικά να παρέμβει.

Τα προγράμματα αποκατάστασης, απευθύνονται κυρίως σε μια μερίδα του πληθυσμού των καρδιοπαθών, οι οποίοι είναι ενεργοί σε όλα τα επίπεδα της κοινωνικής, επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής. Για αυτή την κατηγορία

ασθενών, παρουσιάζονται ιδιαίτερα ενθαρρυντικά αποτελέσματα τα οποία χρονολογούνται από τις αρχές του 1970. Υιοθετηθήκαν διάφορες μορφές προσέγγισης των αναγκών των καρδιοπαθών, μέσα από ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων. Αρχικά, αναφέρονται προγράμματα όπου «απομόνωναν» τους καρδιοπαθείς σε ξενώνες, με σκοπό να επισπεύσουν αλλαγές του τρόπου ζωής και παράλληλα να τους εντάξουν σε ένα πλαίσιο κοινωνικών δραστηριοτήτων και αλληλεπιδράσεων. Επίσης σε άλλα προγράμματα, χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές χαλάρωσης και διαλογισμού, προσαρμοσμένες ώστε να επιφέρουν μια απαραίτητη ηρεμία, στην επισφαλή ψυχική και σωματική κατάσταση του ασθενή, μετά το καρδιακό επεισόδιο. Επίσης, αναφέρονται προγράμματα διαχείρισης στρες και γνωστικές-συμπεριφορές τεχνικές, οι οποίες υιοθετηθήκαν με σκοπό την επεξεργασία δυσκολιών που αντιμετώπιζαν οι ασθενείς. Ψυχοεκπαιδευτικές δραστηριότητες και μαθήματα για τους παράγοντες επικινδυνότητας της στεφανιαίας νόσου, αποτέλεσαν επίσης κύρια συστατικά των προγραμμάτων αποκατάστασης.

Κυρίαρχο στοιχείο και κοινός παρονομαστής των ανωτέρω προσεγγίσεων παρέμβασης, ήταν και συνεχίζει να είναι, η ένταξη των ασθενών σε ένα ομαδικό πλαίσιο. Η έννοια της ομάδας, διαδραματίζει κυρίαρχο ρόλο στη σύσταση των παρεμβάσεων, είτε αυτές καταγράφονται μέσα σε ψυχοεκπαιδευτικές ασκήσεις, είτε σε τεχνικές διαλογισμού, είτε σε αντιμετώπιση προβλημάτων. Η παρατήρηση αυτή υποστηρίζεται από την πληθώρα ομαδικού τύπου προγραμμάτων, που έχουν αναπτυχθεί και δοκιμάζονται κλινικά, ενώ παρεμβάσεις ατομικού τύπου, μέσω ατομικών ψυχοθεραπειών κυρίως, σπανίζουν στην διεθνή βιβλιογραφία (Cao, Wong, Chow-Choi, Cheng & Ying-Chair, 2016).

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει καταδείξει την αναγκαιότητα παροχής εντατικής, στοχευόμενης και ειδικής προσοχής, στην συγκεκριμένη υποομάδα καρδιοπαθών με Προσωπικότητα Τύπου D, τονίζοντας emphaticά ότι η εν λόγω δομή προσωπικότητας, αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα επικινδυνότητας καρδιακού επεισοδίου και υποτροπής της νόσου.

Παρόλα αυτά οι παρεμβάσεις σε καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D, όπως καταδεικνύει η διεθνής σύγχρονη βιβλιογραφία, παραμένουν ελάχιστες. Προγράμματα ψυχοκοινωνικού/ψυχοεκπαιδευτικού ή ψυχοθεραπευτικού προσανατολισμού, εκλείπουν εν μέρει και λόγω του «νεαρού» της ηλικίας της θεωρητικής βάσης και εδραίωσης της Προσωπικότητας τύπου D (Pedersen & Denollet, 2006).

Στο επίπεδο της κλινικής πρακτικής, γίνεται αντιληπτή πλέον η ανάγκη εμπλοκής και συνεισφοράς των ειδικών ψυχικής υγείας, στην συγκεκριμένη υποομάδα καρδιοπαθών. Οι ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D, μπορούν να επωφεληθούν με ειδικές ψυχολογικές παρεμβάσεις, οι οποίες στοχεύουν στη βελτίωση των ικανοτήτων τους, ως προς τη διαχείριση στρεσογόνων εμπειριών. Η επίδραση ψυχολογικών θεραπειών ή συμβουλευτικού τύπου παρεμβάσεων, είναι εξαιρετικά σημαντικές ώστε να μειωθεί το οξύ και χρόνιο στρες που βιώνουν οι καρδιοπαθείς. Η ρύθμιση της συναισθηματικής εμπειρίας, του τρόπου δηλαδή που βιώνουν καθημερινά τις συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις, μπορεί να επιφέρει εν προκειμένω μια σχετική χαλάρωση των βιολογικών αντιδράσεων και συνακόλουθα μια ομαλοποίηση των συμπεριφορικών αντιδράσεων, παράλληλα με την υποχώρηση των «εκρήξεων» του συμπαθητικού και ανοσοποιητικού συστήματος, τα οποία επιβαρύνουν έτι περαιτέρω την καρδιολογική κατάσταση τους (Heleniak, McLaughlin, Ormel & Riese, 2016. Fredrickson, Mancuso, Branigan & Tugade, 2000. Lovallo & Gerin, 2003).

Η μακρά ιστορία της ψυχοθεραπείας έχει δείξει, ότι η διεξαγωγή ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων σε σωματικούς ασθενείς, δύναται να επιφέρει τροποποιήσεις, κατά την εφαρμογή της. Η ανάγκη για ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, στην συγκεκριμένη υποομάδα καρδιοπαθών με Προσωπικότητα Τύπου D, γίνεται εμφανής: η απειλητική για τη ζωή τους νόσος, επικάθεται στα όποια «ψυχοπαθολογικά» χαρακτηριστικά, τα οποία δύναται να προσδιορίσουν την βέλτιστη ή μη απάντηση, ως προς την επιβίωση πρωτίστως, την προσαρμογή στην νόσο και τελικά τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Λαμβάνοντας υπόψη, ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες υπόκεινται σε αλλαγή μέσω των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, κρίθηκε σκόπιμο να μελετηθεί η επίδραση μιας ομαδικής αμιγώς ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, σε καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D. Μια συστηματική ομαδική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, επιτρέπει την δημιουργία ενός πλαισίου ασφάλειας και διευκολύνει την έκφραση σε διαπροσωπικό επίπεδο, ενώ παράλληλα ενισχύει την ψυχολογική επεξεργασία συναισθημάτων και συμπεριφορών.

Σε αυτό το πλαίσιο αναφοράς, η παρούσα διατριβή επιθυμεί να συνεισφέρει στην έρευνα των παρεμβάσεων, σε καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D. Στόχος της είναι, αφενός να καλυφτεί ένα κενό που υπάρχει ως προς την αξιοποίηση μιας αμιγώς ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης στους συγκεκριμένους ασθενείς και αφετέρου, να αξιολογηθεί το κλινικό υλικό της παρέμβασης, μέσω μιας

τεκμηριωμένης ποιοτικής ανάλυσης των δεδομένων. Η παρούσα μελέτη επιδιώκει να συνδράμει στην επιστημονική εργαλειοθήκη των ψυχολογικών παρεμβάσεων και στην ευαισθητοποίηση σχετικά με τις καρδιολογικές παθήσεις, ώστε να παραχθεί μια εν τω βάθει και πληρέστερη απεικόνιση, των ποιοτικών χαρακτηριστικών των καρδιοπαθών, με Προσωπικότητα Τύπου D. Επίσης να συμβάλλει, εμπλουτίζοντας την θεωρητική και κλινική προσέγγιση των ειδικών ψυχικής υγείας, που συνεργάζονται με καρδιοπαθείς και ειδικότερα εκείνων, με Προσωπικότητα Τύπου D.

Βάσει των ανωτέρω, τρία ερευνητικά ερωτήματα επιλέχθηκαν να διερευνηθούν. Το πρώτο ερώτημα αναφέρεται στη μελέτη των Θεμάτων, που αναδύονται μέσω του κλινικού υλικού μιας ψυχοθεραπευτικής διεργασίας, τα οποία συμπληρώνουν ή εμπλουτίζουν, τις έννοιες της Κοινωνικής Αναστολής και Αρνητικής Συναισθηματικότητας. Το δεύτερο, αναφέρεται στην πιθανή τροποποίηση των συστατικών στοιχείων Κοινωνικής Αναστολής και Αρνητικής Συναισθηματικότητας της Προσωπικότητας Τύπου D, μέσω της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Το τρίτο ερώτημα, διερευνά την αποτίμηση της παρέμβασης από την πλευρά των ασθενών.

Τα συγκεκριμένα ερευνητικά ερωτήματα που καθοδήγησαν την έρευνα ήταν τα εξής:

Ποια Θέματα αναδεικνύονται, κατά την ψυχοθεραπευτική διαδικασία, τα οποία σχετίζονται με την χαρακτηριστική δομή των καρδιοπαθών με Προσωπικότητα Τύπου D;

Ποιες θεραπευτικές αλλαγές των συστατικών στοιχείων Κοινωνικής Αναστολής και Αρνητικής Συναισθηματικότητας της Προσωπικότητας Τύπου D παρατηρήθηκαν, κατά την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση;

Ποια ήταν η συνολική αποτίμηση της παρέμβασης από την πλευρά των ασθενών;

Στην παρούσα διατριβή, υιοθετήθηκε η επιλογή μιας ποιοτικής μεθοδολογικής προσέγγισης. Ο λόγος αυτής της επιλογής, έγκειται στην φύση των ερευνητικών ερωτημάτων, αλλά και στην φύση της παρέμβασης, που στην περίπτωση της παρούσας έρευνας είναι αμιγώς ψυχοθεραπευτική. Η ποιοτική μέθοδος, καθιστά δυνατή την εξονυχιστική και εκ βάθους μελέτη ενός πολυσύνθετου και πολύπλοκου φαινομένου, όπως είναι η ψυχοθεραπεία (Σταλίκας, 2005). Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση της παρούσας έρευνας, εξαιτίας του ανιχνευτικού και διερευνητικού χαρακτήρα από τον οποίο διέπεται, κατέληξε στην επιλογή συγκεκριμένης μεθόδου ποιοτικής ανάλυσης, αυτή της Θεματικής Ανάλυσης (Thematic Analysis), η οποία και

κατάγεται από μία άλλη ποιοτική μεθοδολογία, την ανάλυση περιεχομένου (Content Analysis).

Η Θεματική Ανάλυση, είναι μια μέθοδος ταυτοποίησης και ανάλυσης μοτίβων νοημάτων, τα οποία ανιχνεύονται μέσα στα ερευνητικά δεδομένα. Επιχειρεί με τρόπο συστηματικό να ανιχνεύσει, να οργανώσει και να κατανοήσει, πρότυπα νοήματος (Θέματα) μέσα από ένα σύνολο δεδομένων και με τον τρόπο αυτό, να προσφέρει γνωστική πρόσβαση σε συλλογιστικές σημασιοδοτήσεις και εμπειρίες (Braun & Clarke, 2006, 2012).

Οι Holloway & Todres (2003) διατυπώνουν την άποψη, ότι η ικανότητα του ερευνητή να θεματικοποιεί τα δεδομένα (δημιουργώντας σχήματα νοημάτων στην έρευνα του), είναι μία απαραίτητη δεξιότητα, η οποία απαιτείται σε όλο το φάσμα των μεθόδων ποιοτικής ανάλυσης. Ο λόγος επιλογής της Θεματικής Ανάλυσης, είναι ότι διευκολύνει να οργανωθεί η γνώση, σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο τα υποκείμενα κατασκευάζουν σχήματα νοήματος, του φαινομένου για το οποίο μελετώνται. Επιπρόσθετα, η Θεματική Ανάλυση, είναι μεταξύ των πλέον συστηματικών και διαυγέστατων μορφών καταγραφής και αξιολόγησης τέτοιου είδους εργασιών, διότι από τη μία πλευρά υπογραμμίζει τη σημαντικότητα της εξέχουσας θέσης και πρωτοκαθεδρίας των Θεμάτων και από την άλλη επιχειρεί μία ανάλυση σε βάθος. Με αυτόν τον τρόπο, η Θεματική Ανάλυση όχι μόνο διαμορφώνει έμμεσα μια βάση για τις υπόλοιπες ποιοτικές αναλυτικές επεξεργασίες, αλλά επιχειρεί να παράξει μια συστηματική και διαυγή μορφή τους, προσθέτοντας αναλυτικές περιγραφές, των εν εξελίξει φαινομένων. Συνοψίζοντας, η Θεματική Ανάλυση κρίθηκε ως η πιο κατάλληλη επιλογή μεθοδολογίας, μιας και ο σκοπός της παρούσας διατριβής δεν ήταν η παράγωγή νέας θεωρητικής γνώσης, αλλά η ανάδυση σημαντικών περιοχών ενδιαφέροντος (Θέματα), οι οποίες εισάγουν νέες οπτικές στα ήδη υπάρχοντα κλινικά φαινόμενα. Επίσης εμπλουτίζουν την επιστημονική εργαλειοθήκη, ως προς την ερευνητική δραστηριότητα.

Στα πλαίσια του σχεδιασμού της ομάδας, η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε βάσει του ιατρικού ιστορικού τους ως καρδιοπαθείς, συγκεκριμένα μετεμφραγματίες, και κατόπιν αξιολόγησης τους, βάσει του ερωτηματολογίου DS14, ώστε να πληρούν τα κριτήρια της Προσωπικότητας τύπου D. Οι συμμετέχοντες στην ομάδα ήταν τρεις, όλοι Έλληνες, κάτοικοι Αττικής, άντρες, ηλικίας 40, 41 και 53 ετών. Οι δύο εξ αυτών ήταν παντρεμένοι και ο ένας διαζευγμένος. Και οι τρεις συμμετέχοντες είχαν παιδιά. Επαγγελματικά, ανήκαν στο δυναμικό του Πολεμικού Ναυτικού, και υπηρετούσαν σε

διαφορετικές θέσεις, χωρίς να έχουν πρότερη γνωριμία μεταξύ τους. Ως προς το ιατρικό τους ιστορικό και οι τρεις είχαν διαγνωσθεί με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Τόπος διεξαγωγής της ψυχοθεραπευτικής ομάδας, ήταν το Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, σε εξωνοσοκομειακή βάση, η διάρκεια του εγχειρήματος ήταν ένα ακαδημαϊκό έτος (27 συνεδρίες) και η διάρκεια της κάθε συνεδρίας μιάμιση ώρα εβδομαδιαίως, σε σταθερή μέρα και ώρα. Η σύνθεση της ομάδας ήταν τετραμελής, αποτελούνταν δηλαδή από τους τρεις συμμετέχοντες και τον θεραπευτή. Στην παρούσα έρευνα, ο θεραπευτής (συντονιστής) της ομάδας ήταν ο ίδιος ο ερευνητής, ο οποίος συμμετείχε ως ενεργό μέλος της διαδικασίας.

Ο χρόνος συλλογής δεδομένων ήταν από 9 Ιανουαρίου 2013 έως και 31 Ιουλίου 2013, όσο δηλαδή διήρκεσε η ομαδική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση. Η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω της απομαγνητοφώνησης των συνεδριών. Όλες οι συνεδρίες μαγνητοφωνήθηκαν και μεταφέρθηκαν ως ψηφιακά αρχεία, στον υπολογιστή του ερευνητή. Η απομαγνητοφώνηση έγινε από τον ίδιο τον ερευνητή. Σε όλα τα έντυπα αντίγραφα του απομαγνητοφωνημένου κειμένου, δεν υπήρχαν ονόματα ή άλλα στοιχεία, που θα μπορούσαν να προδώσουν την ταυτότητα τους. Τα υπογεγραμμένα έντυπα ενήμερης συγκατάθεσης, βρίσκονται σε φάκελο αποθηκευμένο, ξέχωρα από τα υπόλοιπα στοιχεία της έρευνας. Τα ψηφιακά αρχεία θα καταστραφούν, πέντε χρόνια μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

Η ανάλυση των δεδομένων στην παρούσα διατριβή, πραγματοποιήθηκε με τις συστηματικές διαδικασίες της μεθοδολογίας της Θεματικής Ανάλυσης, έτσι όπως αναπτύσσεται τεχνικά κατά την διενέργεια μίας ποιοτικής ανάλυσης. Ακολουθήθηκαν τα έξι βασικά βήματα που προτείνουν οι Braun και Clarke (2006), δηλαδή: α. Εξοικείωση με τα δεδομένα, β. Δημιουργία αρχικών κωδικών, γ. Αναζήτηση Θεμάτων βάσει των αρχικών κωδικών, δ. Αναθεώρηση των Θεμάτων βάσει των αρχικών κωδικών, ε. Ορισμός και ονομασία των Θεμάτων και στ. Συγγραφή της ερευνητικής αναφοράς.

Για την αξιολόγηση της ποιότητας των διαδικασιών, έγινε χρήση των κάτωθι κριτηρίων των Williams & Morrow (2009), κρίνοντας ότι είναι συμβατά με την παρούσα έρευνα και ταυτόχρονα αποδεκτά από την επιστημονική κοινότητα: έλεγχος της ακεραιότητας των δεδομένων, ισορροπία μεταξύ των λεχθέντων των συμμετεχόντων και του τρόπου που ο ερευνητής ερμηνεύει το νόημα τους, καθώς και σαφής επικοινωνία των ευρημάτων.

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα της παρούσας διατριβής, αφορά στην ανάδειξη των Θεμάτων, που εξάγονται μέσα από το κλινικό υλικό μιας ψυχοθεραπευτικής διεργασίας, τα οποία συμπληρώνουν ή εμπλουτίζουν τις έννοιες της Κοινωνικής Αναστολής και Αρνητικής Συναισθηματικότητας.

Από την ανάλυση των δεδομένων των συνεδρίων, αναδείχθηκαν πέντε Θέματα: «Αναγνώριση», «Διεκδίκηση», «Αίσθημα Μοιραίου», «Σωματική Εξάντληση» και «Θετικώς Σχετίζεσθαι». Η εξαγωγή αυτών των Θεμάτων βασίστηκε στην κωδικοποίηση που είχε προηγηθεί. Έτσι, στο σώμα των δεδομένων της έρευνας (κειμενικό υλικό) ανιχνεύθηκαν 96 κωδικοί, οι οποίοι αποτελούν τα συστατικά στοιχεία της δόμησης του κάθε Θέματος.

Το Θέμα «Αναγνώριση» αποτελείται από τους εξής κωδικούς: C5 Προσπάθεια, C59 Αναγνώριση, C54 Όλα ή τίποτα, C57 Ταύτιση, C58 Πλήγμα, C56 Στήριξη-Ανταπόδοση, C22 Έκθεση σε τρίτους, C64 Απαξίωση, C63 Αδυναμία κατανόησης και C81 Συμβολή. Το Θέμα «Αναγνώριση» αναφέρεται στη σχεδόν απαιτητική ή εμμονική ανάγκη του καρδιοπαθή, να αναγνωριστούν και να εκτιμηθούν οι προσπάθειες, πράξεις και αγαθές προθέσεις του, με τρόπο πλήρη και καταφανή. Αυτό το πρότυπο συμπεριφοράς το ακολουθεί σε όλα τα επίπεδα συνδιαλλαγής του και όταν δεν ικανοποιείται, τον οδηγεί στην απόσυρση και το πάγωμα της ανάπτυξης των σχέσεων με το περιβάλλον του.

Το Θέμα «Διεκδίκηση», αποτελείται από τους εξής κωδικούς: C4 Υποχωρητικότητα, C31 Παθητική συμφωνία, C20 Αδυναμία, C19 Εξευτελισμός, C22 Έκθεση σε τρίτους, C32 Απόσταση, C34 Θολότητα ορίων, C46 Ανεπάρκεια και C47 Αβεβαιότητα. Το Θέμα «Διεκδίκηση» αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο ο καρδιοπαθής σχετίζεται με άλλους ανθρώπους, σε καταστάσεις που απαιτούν μία ορισμένη μορφή διεκδίκησης ή σύγκρουσης. Ο τρόπος αντίδρασης του σε καταστάσεις συγκρούσεων, κινείται σε δυο βασικούς άξονες. Ο ασθενής ή επιδεικνύει μια υποχωρητική στάση και συμπεριφορά, ή καταφεύγει σε παρορμητικά εκρηκτικές συμπεριφορές, όταν αισθάνεται ότι «δικαιούται». Και οι δύο τρόποι αντίδρασης, λαμβάνουν χώρα σε πλαίσιο το οποίο βιώνει ο ασθενής ως ασαφές ή ανοριοθέτητο.

Το Θέμα «Αίσθημα μοιραίου» αποτελείται από τους εξής κωδικούς: C38 Αβοηθητικότητα, C37 Επισφάλεια, C39 Φόβος καταστροφής, C48 Απειλή, C55 Ετεροκαθορισμός C61 Διπλός δεσμός, και C20 Αδυναμία. Το Θέμα «Αίσθημα Μοιραίου», αναφέρεται σε μια συναισθηματική εμπειρία «παγώματος» και παθητικής αναμονής, ενός επερχόμενου «μοιραίου κακού». Ο ασθενής αισθάνεται, ότι

όσο προετοιμασμένος κι αν είναι, θα αποδειχθεί ελλιπής και ανίκανος να επιφέρει σχετικό έλεγχο της κατάστασης ή να επαναφέρει την πρότερη σταθερότητα. Το Θέμα αυτό σχετίζεται, με τον αιφνίδιο χαρακτήρα του καρδιακού επεισοδίου, που είχε υποστεί.

Το Θέμα «Εξάντληση» αποτελείται από τους εξής κωδικούς: C80 Εμπιστοσύνη, C83 Εξάντληση σωματική, C84 Σωματικός πόνος, C85 Εξάντληση οικογενειακή, C86 Εξάντληση οικονομική, C87 Πόνος/Εκτόνωση, C88 Δαπάνη εξισορρόπησης, C89 Επείγον πρόβλημα, C90 Σύνδεση σωματικού και ψυχολογικού, και C91 Έντονη στιγμή. Το Θέμα «Εξάντληση» αναφέρεται στις εκδηλώσεις εξάντλησης που βιώνει ο καρδιοπαθής σε προσωπικό, οικογενειακό, κοινωνικό (σχεσιακό) και οικονομικό επίπεδο. Το σώμα συνολικά, και όχι απαραίτητα η καρδιολογική του κατάσταση, λειτουργεί ως εκφραστής και «διέξοδος» αυτών των αισθημάτων υπερβολικής κόπωσης και εξάντλησης. Η συνδιαλλαγή, ο «διάλογος» με το σώμα, αποτελούν για τον καρδιοπαθή ένα δίαυλο επικοινωνίας τόσο με το περιβάλλον, όσο και με τον εαυτό του.

Το Θέμα «Θετικώς Σχετίζεσθαι» αποτελείται από τους εξής κωδικούς: C80-Εμπιστοσύνη, C25-Χιούμορ, C70-Επικοινωνία ομάδα, C71-Timing, C73-Ασφάλεια, C74-Προθέρμανση, C77-Θετική εμπειρία ομάδας, C79-Αποδοχή άλλων, C81-Συμβολή, C93-Σκέψη πραγματική, C94-Απεγκλωβισμός, C95-Συνειδητοποίηση και C96-Θετική εμπειρία ομάδας (σωματικά). Το Θέμα «Θετικώς Σχετίζεσθαι», δομείται από τις προϋποθέσεις και τα χαρακτηριστικά τα οποία αποτελούν τη βάση για ένα ευεργετικό, ουσιαστικό και θετικό σχετίζεσθαι του ασθενή με το περιβάλλον του, και είναι προϊόν της συμμετοχής του στη θεραπευτική διαδικασία.

Τα Θέματα, χαρακτηρίζονται από μια χρονική ακολουθία κατά την διάρκεια της παρέμβασης. Το κάθε Θέμα με τρόπο διακριτό εμφανίζεται σε μία σχετικά περιορισμένη χρονικά φάση, της εξέλιξης της ομαδικής θεραπευτικής διαδικασίας. Οι κωδικοί που συνθέτουν το Θέμα «Διεκδίκηση» αντλούνται από την αρχική χρονικά φάση της ομάδας, δηλαδή από το πρώτο τρίμηνο και ειδικότερα προς το τέλος του πρώτου τριμήνου. Τα Θέματα «Αίσθημα Μοιραίου» και «Αναγνώριση», εμφανίζονται στην μεσαία χρονικά φάση της ομάδας. Τέλος, τα Θέματα «Εξάντληση» και «Θετικώς Σχετίζεσθαι» εμφανίζονται στην φάση κλεισίματος της ομαδικής διαδικασίας.

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα της παρούσας έρευνας, αναφέρεται στην πιθανή τροποποίηση των συστατικών στοιχείων Κοινωνικής Αναστολής και

Αρνητικής Συναισθηματικότητας της Προσωπικότητας Τύπου D, μέσω της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Τα ευρήματα της παρούσας διατριβής, υποστηρίζουν την μεταβολή και των δύο δεικτών της Προσωπικότητας Τύπου D, με ιδιαίτερη βελτίωση στον δείκτη της Κοινωνικής Αναστολής και ηπιότερη στον δείκτη της Αρνητικής Συναισθηματικότητας, στην τελική φάση μέτρησης της θεραπευτικής διαδικασίας.

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα της παρούσας έρευνας, αφορά στα ευρήματα της αποτίμησης της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, έτσι όπως την βίωσαν και την αφηγούνται στο θεραπευτικό πλαίσιο της ομάδας, οι συμμετέχοντες. Η αποτίμηση της παρέμβασης, στηρίχθηκε στο απομαγνητοφωνημένο κειμενικό υλικό της τελευταίας συνεδρίας. Η αξιολόγηση της παρέμβασης, από την πλευρά των ασθενών, δεν ακολούθησε δομημένη διαδικασία απόσπασης απαντήσεων, αξιολογικού χαρακτήρα, σχετικά με την επιτυχία ή όχι, έκβαση του εγχειρήματος. Στην πράξη ακολουθήθηκε η πάγια ψυχοθεραπευτική τακτική κλεισίματος μιας ομάδας. Με αφορμή την ολοκλήρωση της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, τα μέλη προέβησαν σε μια άτυπη αποτίμηση της όλης εμπειρίας τους στην ομάδα. Αναφέρεται, συμπληρωματικά, ότι οι κωδικοί που ανιχνεύθηκαν στην τελευταία συνεδρία, ουσιαστικά δόμησαν και το Θέμα «Θετικώς Σχετίζεσθαι», που αποτελεί και τον κορμό της παρούσας αποτίμησης.

Τα ευρήματα της διατριβής στο σύνολο τους, επιβεβαιώνουν και υποστηρίζουν την θεωρητική και κλινική προσέγγιση των Denollet και άλλων ερευνητών, στη μελέτη της Προσωπικότητας Τύπου D (Denollet et al., 2013; Denollet & Conraads, 2011). Επιβεβαιώνουν, αλλά συνάμα συμπληρώνουν και εμπλουτίζουν, τα διακριτά χαρακτηριστικά στοιχεία που συγκροτούν την Προσωπικότητα Τύπου D, δηλαδή την Κοινωνική Αναστολή και την Αρνητική Συναισθηματικότητα. Επίσης, τα ευρήματα της έρευνας αναφέρουν, θεραπευτικές αλλαγές και τροποποιήσεις των δεικτών Κοινωνικής Αναστολής και Αρνητικής Συναισθηματικότητας, και τέλος, πληροφορούν για το τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς, αποτίμησαν την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση.

Σε σχέση με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, κατά την διάρκεια της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης αναδείχθηκαν πέντε βασικές περιοχές θεωρητικού και κλινικού ενδιαφέροντος (Θέματα), που εδράζονται στη συλλογή και ανάλυση των κωδικών, που ανέκυψαν κατά την διάρκεια των ομαδικών συνεδρίων. Τα Θέματα αφορούν, στην «Αναγνώριση», στην «Διεκδίκηση», στο «Αίσθημα Μοιραίου», στην «Εξάντληση» και στο «Θετικώς Σχετίζεσθαι». Τα Θέματα της παρούσας διατριβής

παραπέμπουν σε διακριτές ενότητες νοημάτων -κλινικά ενδιαφέρουσες- και η σειρά ακολουθίας τους μας προσανατολίζει σε ορισμένες κλινικά χρήσιμες συντεταγμένες. Αρχικά, παρατηρείται η ανάγκη του ασθενή να διεκδικήσει τον χώρο του στην ομάδα, ώστε να νοιώσει ότι έχει “τον δικό του χώρο” (Διεκδίκηση). Σε αυτό το στάδιο, αναφέρεται σε συγκρούσεις και διεκδικήσεις που έχει με το περιβάλλον του. Προχωρεί κατόπιν στο δεύτερο στάδιο, όπου αναφέρεται στην ανάγκη του να αναγνωρίζεται ως σημαντικό πρόσωπο (Αναγνώριση). Αν οι ανάγκες αυτές καλυφθούν, δοκιμάζει να εκδιπλώσει σκέψεις και συναισθήματα για οποία αρχικά δεν ήθελε μιλήσει. Έτσι φθάνουμε στο σημείο της έκφρασης φόβου για κάτι απροσδόκητο, υπόνοια ή αναφορά στο καρδιακό επεισόδιο, που έχει υποστεί (Αίσθημα Μοιραίου). Για να εκφραστεί, σχεδόν αμέσως μετά, και η αδυναμία που νοιώθει να ξεπεράσει τις δυσκολίες του ή να αντέξει τις αντιξοότητες της ζωής (Εξάντληση). Η θεραπευτική εξέλιξη της ομάδας ολοκληρώνεται, έχοντας περάσει από αυτά τα στάδια, με μία σειρά από συνειδητοποιήσεις και επανεκτιμήσεις για την ζωή του. Η εν λόγω πορεία των Θεμάτων μας δίνει, σε αφαιρετικό σχήμα, έναν χάρτη κινήσεων για τους συγκεκριμένους ασθενείς. Μας εφιστά την προσοχή σε κομβικά σημεία μίας θεραπευτικής διαδικασίας. Για παράδειγμα, η επεξεργασία της αβοηθητότητας που νοιώθουν (παραπομπή στο Αίσθημα Μοιραίου) και της έλλειψης ανθεκτικότητας (Εξάντληση), καθίστανται κεντρικά σημεία θεραπευτικών παρεμβάσεων. Σε καμία περίπτωση δεν υποτιμάται η αποδοχή (Αναγνώριση), η οποία μαζί με τη Διεκδίκηση αποτελούν την πλατφόρμα για να φθάσουν στην έκφραση των συναισθηματικών δυσκολιών τους και την βελτίωση των δυσλειτουργικών τους μοτίβων συμπεριφοράς, μέσα από συνειδητοποιήσεις και επανανοηματοδοτήσεις.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, επιβεβαιώνουν τις δυσλειτουργικές περιοχές που παρουσιάζουν οι καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D, όπως αυτές έχουν αρχικά εντοπιστεί από τον Denollet (2005, 2010). Επίσης, τα Θέματα συνολικά και το καθένα ξεχωριστά, συνεισφέρουν και εμπλουτίζουν την εννοιολογική κατασκευή της Προσωπικότητας Τύπου D, διερευνώντας και ταυτοποιώντας περιοχές, οι οποίες αξιολογούνται σημαντικές από εννοιολογική, κλινική και ψυχοθεραπευτική άποψη.

Η παρούσα διατριβή δομήθηκε πάνω σε τρεις βασικούς άξονες προσέγγισης, με σκοπό την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων. Οι τρεις άξονες φέρουν μία πρωτοτυπία για την οποία δεν έχει υποπέσει στην αντίληψή μας, μέχρι στιγμής τουλάχιστον, κάποια άλλη αντίστοιχη δημοσιευμένη επιστημονική εργασία.

Ακολουθήθηκε μία ποιοτική προσέγγιση ανάλυσης της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, με συμμετέχοντες καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D, διενεργήθηκε μία αμιγώς ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, χωρίς την συνύπαρξη άλλων παράλληλων παρεμβάσεων π.χ. φυσικής άσκησης ή διατροφολογικής παρέμβασης, και τέλος η διάρκεια της παρέμβασης ήταν μεγαλύτερη χρονικά σε σχέση με άλλες παρεμβάσεις.

Τα πέντε Θέματα που αναδείχθηκαν από την παρούσα ποιοτική έρευνα, τροφοδοτούν με νέες και φρέσκες εννοιολογικές επαναπροσεγγίσεις, την Προσωπικότητα Τύπου D. Ανάλογα, τροφοδοτούν την θεραπευτική και κλινική σκέψη μέσα από το πλούσιο υλικό που καταθέτουν, προτείνουν θεραπευτικές «δείκτες» προσοχής, κατά την συνεργασία των ειδικών με ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D και διανοίγουν νέες θετικές προοπτικές, ως προς την αποτελεσματικότερη θεραπευτική συμβολή.

Η ομαδική προσέγγιση που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη, διευκόλυνε τους καρδιοπαθείς, να αφήσουν τον εαυτό τους «να βιώσει την σχέση», να εμπλακεί συναισθηματικά με τους άλλους, και όχι εξ αποστάσεως να σκέπτεται για την «σχέση». Έτσι οι ασθενείς δοκίμασαν, με εφελτήριο την ομαδική διεργασία, να σχετιστούν θετικά με το περιβάλλον τους, δηλαδή να ανακτήσουν μια θετική εικόνα του εαυτού και του άλλου (Σταλίκας & Μερτίκα, 2004.). Οι ασθενείς προέβησαν σε σημαντικές συνειδητοποιήσεις, όπως την αναγνώριση των δυσλειτουργικών μοτίβων, την ανάκτηση μια σχετικής ανεκτικότητας προς τον άλλον, την υιοθέτηση ευελιξίας στις σχέσεις, και τον επαναπροσδιορισμό προτεραιοτήτων στη βάση της προφύλαξης του εαυτού, σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο. Επίσης ένοιωσαν αισιοδοξία και ενθουσιασμό, για να ξεκινήσουν εκ νέου δραστηριότητες που είχαν παραμελήσει, και να ενταχθούν πιο δυναμικά στην καθημερινότητα τους.

Από τις αξιολογήσεις προγραμμάτων σε ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D, εκτιμάται, ότι η διάρκεια της παρέμβασης, έχει ουσιαστική επίδραση στην αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος (Cao et al., 2016. Karlsson et al., 2007. Sogaro et al., 2010). Η βελτίωση που καταγράφηκε στην παρούσα έρευνα, πιθανόν να οφείλεται και στην χρονική διάρκεια της παρέμβασης, γεγονός που αιτιολογεί την θετική θεραπευτική αντίδραση των ασθενών, δεδομένου ότι οι συναισθηματικές και συμπεριφορές αλλαγές, χρειάζονται επαρκή χρονικό διάστημα για να εγκατασταθούν, πολλώ δε μάλλον οι χαρακτηρισολογικές συνιστώσες τους (trait).

Η ψυχοθεραπευτική δόμηση της παρέμβασης, όπως σχεδιάστηκε για τις ανάγκες των καρδιοπαθών εδώ, εξυπνήρησε και σεβάσθηκε παράλληλα, τα «δύσκολα κομμάτια» της προσωπικότητας τους.

Η επίδραση της ομαδικό-ψυχοθεραπευτικής διεργασίας, φαίνεται ότι ενεργοποίησε τα αποθέματα των θετικών συναισθημάτων των ασθενών, τα οποία είχαν κρατηθεί εκτός της «οπτικής» εμβέλειάς τους, προφανώς και εξ αιτίας του τραύματος του καρδιακού επεισοδίου που υπέστησαν. Τα αποθέματα αυτά, κρατήθηκαν αποκλεισμένα από τον ίδιο τους τον εαυτό, αλλά και την ομάδα για μεγάλο χρονικό διάστημα, τουλάχιστον τα δύο τρίτα της χρονικής διάρκειας της ομαδικής παρέμβασης, για να εμφανιστούν προς τις τελευταίες συνεδρίες. Το παρόν εύρημα, ενισχύει την ανάγκη για την υλοποίηση ευέλικτων προσεγγίσεων, ως προς τον διαθέσιμο χρόνο που παρέχεται, στους συγκεκριμένους ασθενείς.

Σε σχέση με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, η διαδικασία της ομαδικής ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, όπως αναμενόταν, βοήθησε τα μέλη της ομάδας, μέσω της συνοχής και της εγκατάστασης αισθήματος ασφάλειας, να επεξεργαστούν τις σχεσιακές δυσκολίες τους σε ένα σημαντικό βαθμό, και να οδηγηθούν στην αυτοέκφραση συναισθημάτων, σε επίπεδο μιας κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, ανέδειξαν μεταβολές των δεικτών της Προσωπικότητας Τύπου D, των συμμετεχόντων μελών στην ψυχοθεραπευτική ομάδα. Πιο συγκεκριμένα, ως προς τον δείκτη της Κοινωνικής Αναστολής, ο οποίος αναφέρεται στην αναστολή της αυτοέκφρασης στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, παρατηρήθηκε βελτίωση του δείκτη και στους τρεις ασθενείς που συμμετείχαν στην ομάδα. Ως προς τον δείκτη της Αρνητικής Συναισθηματικότητας, ο οποίος αναφέρεται στην βίωση αρνητικών συναισθημάτων, παρατηρήθηκε επίσης, βελτίωση και στους τρεις ασθενείς που συμμετείχαν στην ομάδα. Η βελτίωση, ωστόσο, δεν ήταν σε τέτοιο βαθμό ώστε ο δείκτης της Αρνητικής Συναισθηματικότητας να υφείκη κάτω από το όριο της διαχωριστικής τιμής, όπως παρατηρήθηκε στον δείκτη της Κοινωνικής Αναστολής.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, ως προς την τροποποίηση των δεικτών Κοινωνικής Αναστολής και Αρνητικής Συναισθηματικότητας της Προσωπικότητας Τύπου D, συνάδουν με την συλλογιστική της σύγχρονης ομαδικής ψυχοθεραπευτικής πρακτικής, η οποία μεταξύ άλλων διευκολύνει την επεξεργασία της Κοινωνικής Αναστολής κυρίως, αλλά και της Αρνητικής Συναισθηματικότητας μέσω της

ανάπτυξης ενός πλαισίου ασφάλειας και οριοθέτησης (Pelle, 2008. Karlsson et al., 2007).

Συνοπτικά, τα ευρήματα της παρούσας διατριβής υποστηρίζουν την μεταβολή και των δύο δεικτών της Προσωπικότητας Τύπου D, με ιδιαίτερη βελτίωση στον δείκτη της Κοινωνικής Αναστολής και ηπιότερη στον δείκτη της Αρνητικής Συναισθηματικότητας, στην τελική φάση της παρέμβασης. Το δεδομένο δε, ότι ο δείκτης της Κοινωνικής Αναστολής υφέθηκε κάτω από το όριο της διαχωριστικής τιμής (cut-off, ≤ 10) της Κλίμακας DS14, «αποχαρακτηρίζει» τους δυο ασθενείς, από Προσωπικότητες Τύπου D (Denollet, 2010).

Ως προς το τρίτο ερευνητικό ερώτημα, την αποτίμηση της παρέμβασης, η οποία στηρίχθηκε σε αποσπάσματα λεχθέντων των ασθενών, παρουσιάζονται θετικές αξιολογήσεις, που περιγράφουν την θετική θεραπευτική αντίδραση των καρδιοπαθών με Προσωπικότητα Τύπου D, στην παρέμβαση.

Όλα τα μέλη της ομάδας, αναφέρουν με αξιοπρόσεκτο τρόπο και περιεχόμενο λόγου, την θετική θεραπευτική τους εμπειρία, τονίζοντας emphaticά, ο καθένας με το δικό του προσωπικό ύφος, την θεραπευτική του βελτίωση.

Η διαπίστωση αυτή, είναι σύμφωνη και με άλλες ποιοτικές μελέτες -εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας και θεματικής ανάλυσης-, στις οποίες αναφέρεται η συνολική θετική εμπειρία και βελτίωση ασθενών, μετά τη συμμετοχή τους σε θεραπευτική διαδικασία, παρά τις αρχικές επιφυλάξεις, το άγχος και την αμφιθυμία που παρουσιάζουν κατά την έναρξη της θεραπευτικής διαδικασίας (Shearing, 2011. Price, 2014. Σταλίκας, 2005).

Οι εκφράσεις των ασθενών για την σημαντικότητα της θεραπευτικής τους εμπειρίας στην ομάδα, καταγράφηκε αυθόρμητα και έμμεσα. Δεν υπήρχαν δηλαδή ψυχομετρικές μετρήσεις και κλίμακες, πλην εκείνης της DS14, οι οποίες θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως προωθητικές θετικών σχολίων για την μέτρηση ικανοποίησης τους. Τουναντίον, μέσα στην ελευθέρως ρέουσα συζήτηση των συνεδριών, η οποία προτρέπει την αφήγηση σε προσωπικό τόνο του κάθε ασθενή, διευκολύνθηκαν να επικοινωνήσουν δυσκολίες, καθυστερήσεις και αβελτηρίες προσωπικές ή του πλαισίου. Πρόκειται λοιπόν, για μια μη κατευθυνόμενη προσέγγιση, ως προς την αποτίμηση του όλου εγχειρήματος, από την πλευρά των ασθενών. Η εν λόγω προσέγγιση ανάλυσης, επιτρέπει την διερεύνηση της θεραπευτικής αντίδρασης

των ασθενών, ελαχιστοποιώντας κάθε αμφιβολία για επίπλαστα θετικά διογκωμένες μετρήσεις βελτίωσης, μέσω ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς (Price et al., 2014).

Συμπερασματικά, η παρούσα διατριβή διερεύνησε εν τω βάθει την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση των καρδιοπαθών Προσωπικότητας Τύπου D. Αξιοποίησε μια *in vivo* συνθήκη αμιγούς ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, σε ένα επαρκές χρονικό πλαίσιο, προσφέροντας προκαταρκτικές ενδείξεις, για τα θετικά αποτελέσματα των ψυχολογικών παρεμβάσεων στην συγκεκριμένη υποομάδα καρδιοπαθών.

Κεφάλαιο Πρώτο

Εισαγωγή

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την πρώτη αίτια θανάτου παγκοσμίως και ευθύνονται για το 31% των θανάτων, από όλες τις αίτιες. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2016), 17,7 εκατομμύρια άνθρωποι απεβίωσαν εξ αιτίας καρδιαγγειακών νοσημάτων το 2015, εξ αυτών τα 7,4 εκατομμύρια, από στεφανιαία νόσο. Η πλειοψηφία των θανάτων, σημειώνεται στις αναπτυσσόμενες και αναπτυγμένες χώρες (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Η παρατηρηθείσα αύξηση των καρδιολογικών παθήσεων, αποτελεί ένα αδιαμφισβήτητο γεγονός, σύμφωνα με τη λεπτομερή καταγραφή και τα στατιστικά στοιχεία που διαθέτουμε από την δεκαετία του '50 έως σήμερα. Οι λόγοι της αύξησης των καρδιολογικών νόσων είναι πολλαπλοί και οφείλονται σε πολλούς παράγοντες, όπως γήρανση του πληθυσμού, αλλαγές των διατροφικών συνηθειών, επιβάρυνση της αστικής ζωής, με τις συνοδές συμπεριφορές της καθιστικής και του αγχογόνου τρόπου ζωής, σε ένα διάχυτο αυτοματοποιημένο περιβάλλον. Η αύξηση των καρδιακών επεισοδίων σημειώνεται, προφανώς και κυρίως, στο γηράσκοντα πληθυσμό των δυτικών κοινωνιών και ως συνέπεια της επιμήκυνσης του προσδόκιμου ζωής. Η αυξητική τάση της νόσου εμφανίζεται και συνεχίζει να πλήττει, ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού που χαρακτηρίζεται και είναι ενεργό, σε όλα τα επίπεδα, δηλαδή οικονομικά, κοινωνικά και επαγγελματικά.

Στο πέραςμα των τελευταίων δεκαετιών, συντελέσθηκαν πολλές και διαφορετικές προσεγγίσεις στην προσπάθεια να αντιμετωπισθεί το μείζον πρόβλημα των επιπτώσεων των καρδιαγγειακών παθήσεων, με έμφαση στην στεφανιαία νόσο. Πολυάριθμοι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως η κατάθλιψη, το άγχος ή η καταπόνηση, απασχόλησαν την ερευνητική κοινότητα. Ωστόσο μια κατηγορία επιστημονικών μελετών, στο ερευνητικό πεδίο της συσχέτισης μεταξύ ψυχολογικών παραμέτρων και επιδημιολογίας των καρδιολογικών παθήσεων, προσανατόλισε το ερευνητικό της έργο σε μια πιθανή σχέση μεταξύ των καρδιαγγειακών ασθενειών και στοιχείων προσωπικότητας, καθώς και ορισμένων σταθερών προτύπων συμπεριφοράς, με τα οποία αναπτύσσεται και εκδηλώνεται μία καρδιολογική νόσος.

Σημαντικός όγκος μελετών, άρχισε να διερευνά κατά πόσον τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, αυξάνουν την ευαλωτότητα στην στεφανιαία νόσο ή αποτελούν προγνωστικά επιδείνωσης της, σε ασθενείς με διαγνωσμένη ήδη χρόνια μορφή της νόσου. Μερικές από τις ισχυρότερες ενδείξεις προς αυτή την

κατεύθυνση, ότι δηλαδή οι παράγοντες της προσωπικότητας μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη στεφανιαία νόσο, προέρχονται από την εργασία του Johan Denollet και της επιστημονικής ομάδας του, σχετικά με την αποκαλούμενη Προσωπικότητα Τύπου D (Denollet, 2005. Denollet, Pedersen, Vrints & Conraads, 2013).

Η Προσωπικότητα Τύπου D, αποτελεί μια εννοιολογική κατασκευή η οποία βασίζεται στον συνδυασμό και στην ταυτόχρονη συνύπαρξη δύο ψυχολογικών χαρακτηριστικών: της Αρνητικής Συναισθηματικότητας και της Κοινωνικής Αναστολής. Η Αρνητική Συναισθηματικότητα -έννοια που προσομοιάζει με το νευρωτισμό- αναφέρεται στην διαρκή βίωση αρνητικών συναισθημάτων. Η Κοινωνική Αναστολή, αναφέρεται στην τάση αναστολής της έκφρασης των αρνητικών συναισθημάτων, στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Denollet, Sys & Stroobant, 1996). Ο Denollet και οι συνεργάτες του, αρχικά, παρουσίασαν τεκμήρια, ότι η ταυτοποίηση, μέσω ψυχομετρικής εκτίμησης, της Προσωπικότητας Τύπου D αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο, με προγνωστική ισχύ, σχετικά με τη νοσηρότητα και θνησιμότητα σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Εισάχθηκε ως εννοιολογική κατασκευή το 1995, και σύμφωνα με τους εμπνευστές της, περιγεγραμμένα χαρακτηριστικά στοιχεία του καρδιοπαθή, περιγράφουν και ορίζουν μια σχετικά σταθερή χαρακτηριστική δομή (προφίλ προσωπικότητας), η οποία επιβαρύνει -πλην των αμιγώς οργανικών- και άλλες ψυχοκοινωνικούς παραμέτρους, αυξάνοντας την πιθανότητα επιβάρυνσης ή εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου (Fred & Hariharan, 2002).

Η εννοιολογική κατασκευή της Προσωπικότητας Τύπου D, προήλθε από μελέτη της σχέσης μεταξύ στοιχείων προσωπικότητας και καρδιολογικής επικινδυνότητας (νοσηρότητα, θνησιμότητα, και υποτροπές), σε υγιή πληθυσμό συγκρινόμενο με καρδιοπαθείς. Ταυτοποιήθηκε και αναγνωρίστηκε, αφαιρετικά βασισμένη σε προϋπάρχουσες θεωρίες της προσωπικότητας, καθώς και επαγωγικά, με βάση εμπειρικά δεδομένα και ανάλυση παραγόντων (Denollet, 2005. Denollet, Sys & Stroobant, 1996. Pedersen & Denollet, 2003).

Ως προς τα επιδημιολογικά στοιχεία της Προσωπικότητας τύπου D, το ποσοστό επιπολασμού (prevalence rate) στο γενικό πληθυσμό, υπολογίζεται ότι είναι στο εύρος του 10% έως 40% (Beutel, Wiltink, Till, Wild, Münzel, Ojeda, Zeller, Schnabel, Lackner, Blettner, Zwiener & Michal, 2012). Σχετικά υψηλό ποσοστό επιπολασμού παρατηρήθηκε σε ομάδες που βρίσκονται σε κλινικό περιβάλλον, με

ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ 24,8% στην Γερμανία (n=1196) έως 28% στο Βέλγιο (n=358) (Grande, Jordan, Kümmel, Struwe, Schubmann, Schulze, Unterberg, von Känel, Kudielka & Fischer, 2004. Denollet, 2005). Αντίστοιχα, τα ποσοστά στην Ολλανδία ήταν 27%, στην Κροατία 41,2 και στην Κίνα 31% (Istvanovic, Smalcelj, Filakovic, Cerovec, & Plecko, 2011. Weng, Denollet, Lin, Lin, Wang, Lin, Wong & Mols, 2013). Τα υψηλότερα ποσοστά ωστόσο καταγράφονται σε ψυχοσωματικούς ασθενείς (n=335) με ποσοστό 62,5% (Grande, Jordan, Kümmel, Struwe, Schubmann, Schulze, Unterberg, von Känel, Kudielka & Fischer, 2004).

Αν και βιβλιογραφικά έχει καταγραφεί, μια σχετική σταθερότητα μέσα στο χρόνο για όσους, ασθενείς ή μη, έχουν Προσωπικότητα Τύπου D, μια πρόσφατη μελέτη παρατήρησε αλλαγή της διαγνωστικής ταυτότητας της Προσωπικότητας Τύπου D σε ποσοστό 60% των περιπτώσεων, μεταξύ προεγχειρητικής και μετεγχειρητικής περιόδου σε καρδιοπαθείς, ειδικότερα σε στεφανιαίους ασθενείς (Martens, Kupper, Pedersen, Aquarius & Denollet, 2007. Pelle, Erdman, van Domburg, Spiering, Kazemier & Pedersen, 2008. Kupper, Boomsma, de Geus, Denollet, Willemsen, 2011).

Δεδομένης της αναγκαιότητας παρεμβάσεων, στην συγκεκριμένη υποομάδα καρδιοπαθών με Προσωπικότητα Τύπου D, οι Karlsson, Edström-Plüss, Held, Henriksson, Billing & Wallen (2007) μελέτησαν τη δυνατότητα τροποποίησης των συστατικών στοιχείων, της Προσωπικότητας Τύπου D. Παρενθετικά, ας σημειωθεί ότι για μεγάλο χρονικό διάστημα, επικράτησε αμφισβήτηση και δυσπιστία, στο κατά πόσον θα μπορούσε να επιτευχθεί η παραμικρή τροποποίηση της Κοινωνικής Αναστολής και της Αρνητικής Συναισθηματικότητας, των δομικών δηλαδή στοιχείων της Προσωπικότητας Τύπου D, και εξαιτίας αυτής της αρχικής αμφισβήτησης, καταγράφηκε μια καθυστέρηση σχεδόν δύο δεκαετιών, για την διενέργεια μεθοδευμένων δοκιμών αποκατάστασης. Ωστόσο τα προγράμματα παρέμβασης που ακολούθησαν, μετά από αυτή την αρχική αμφισβήτηση, συνολικά ανέφεραν ενθαρρυντικά αποτελέσματα, ως προς την μεταβολή των δεικτών της Προσωπικότητας Τύπου D. Τα ποσοστά αλλαγών αυτής της μεταβολής, αν και μέτρια στατιστικά, αξιολογήθηκαν κλινικά ως ιδιαίτερα σημαντικά. Ο λόγος της συγκεκριμένης αξιολόγησης εδράζεται στο γεγονός ότι στην κλινική πράξη, ακόμα και η ελάχιστη μεταβολή βελτίωσης, πέραν της ωφέλειας που επιφέρει για την συγκεκριμένη υποομάδα ασθενών, σηματοδοτεί τον εντοπισμό των στοιχείων, στα οποία ένα πρόγραμμα αποκατάστασης μπορεί να στοχεύσει και δραστικά να

παρέμβει. Με αυτό τον τρόπο, διανοίγει ορίζοντες σχεδιασμού και υλοποίησης ειδικών παρεμβάσεων, με εξαιρετικά σημαντική συνεισφορά, θεωρητική, κλινική και ερευνητική. Σε αυτό το πλαίσιο, αναπτύχθηκαν περαιτέρω και άλλες παρεμβάσεις, οι οποίες εγκόλπωναν στα προγράμματα τους σωματική άσκηση, μαθήματα σχετικά με τους παράγοντες επικινδυνότητας της καρδιακής νόσου, εκπαίδευση στις διατροφολογικές συνήθειες και στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, καθώς επίσης ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα διαχείρισης στρες, απώλειας βάρους και διακοπής καπνίσματος (Pelle, Erdman, Van Domburg, Spiering, Kazemier & Pedersen, 2008). Όλες οι παρεμβάσεις συμπεριλάμβαναν ως δείκτη μέτρησης των αποτελεσμάτων τους, την κλίμακα DS14, η οποία ταυτοποιεί την Προσωπικότητα Τύπου D. Ακολούθησαν, ιδιαίτερα, ειδικού περιεχομένου και ενδιαφέροντα αποτελέσματα, σχετικά με την ανταπόκριση των συγκεκριμένων καρδιοπαθών, στις θεραπευτικές επιδράσεις των προγραμμάτων αποκατάστασης.

Επιγραμματικά αναφέρεται, η θετική επίδραση της γνωσιακής-συμπεριφορικής προσέγγισης, και του ομαδικού πλαισίου δραστηριοτήτων, μαζί με την επιτυχή και σημαντική ύφεση του δείκτη της Κοινωνικής Αναστολής, σε ασθενείς με υψηλές αρχικά τιμές και στους δύο δείκτες της Προσωπικότητας Τύπου D (Karlsson, Edström-Plüss, Held, Henriksson, Billing & Wallen, 2007. Sogaro, Schinina, Burgisser, Orso, Pallante, Aloï, Vanni, Pazzagli, & Fattirolli, 2010). Επίσης διευκρινίσθηκε, η ευεργετική επίδραση του χρόνου παραμονής του ασθενή σε ένα πρόγραμμα, δηλαδή όσο προχωρούσε προς ολοκλήρωση η παρέμβαση, τόσο μειώνονταν οι δείκτες Κοινωνικής Αναστολής και Αρνητικής Συναισθηματικότητας (Pelle et al., 2008).

Συνολικά, οι μελέτες εστίασαν στην αναγκαιότητα εξατομικευμένων προγραμμάτων για τους συγκεκριμένους ασθενείς, και στην έγκαιρη ένταξη τους σε πρόγραμμα, πριν η νόσος εγκατασταθεί και χαρακτηριστεί ως χρόνια. Συνέστησαν ότι παράλληλα με μία «κλασσική» παρέμβαση, όπως είναι γνωστά τα περισσότερα προγράμματα αποκατάστασης, θα ήταν δόκιμο να προστεθεί κάποια επιπλέον ειδική προς τις ανάγκες τους θεραπευτική παρέμβαση, η οποία να στοχεύει στην θεραπευτική επεξεργασία της κοινωνικής και συναισθηματικής αποκατάστασής τους (Istvanovic, Smalcelj, Filakovic, Cerovec & Plecko, 2011. Sogaro et al., 2010).

Στο επίπεδο της κλινική πρακτικής, γίνεται αντιληπτή πλέον η ανάγκη εμπλοκής και συνεισφοράς των ειδικών ψυχικής υγείας, στην συγκεκριμένη υποομάδα καρδιοπαθών. Οι ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D, μπορούν να

επωφεληθούν με ειδικές ψυχολογικές παρεμβάσεις, οι οποίες στοχεύουν στη βελτίωση των ικανοτήτων τους, ως προς τη διαχείριση στρεσογόνων εμπειριών. Η επίδραση ψυχολογικών θεραπειών ή συμβουλευτικού τύπου παρεμβάσεων, είναι εξαιρετικά σημαντικές ώστε να μειωθεί το οξύ και χρόνιο στρες που βιώνουν οι καρδιοπαθείς. Η ρύθμιση της συναισθηματικής εμπειρίας, του τρόπου δηλαδή που βιώνουν καθημερινά τις συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις, μπορεί να επιφέρει εν προκειμένω μια σχετική χαλάρωση των βιολογικών αντιδράσεων και συνακόλουθα μια ομαλοποίηση των συμπεριφορικών αντιδράσεων, παράλληλα με την υποχώρηση των “εκρήξεων” του συμπαθητικού και ανοσοποιητικού συστήματος, τα οποία επιβαρύνουν έτι περαιτέρω την καρδιολογική κατάσταση τους (Heleniak, McLaughlin, Ormel & Riese, 2016. Fredrickson, Mancuso, Branigan & Tugade, 2000. Lovallo & Gerin, 2003).

Η διεξαγωγή ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων σε σωματικούς ασθενείς, όπως δείχνει η μακρά ιστορία της ψυχοθεραπείας, σχεδόν πάντα επιτύγχανε να επιφέρει τροποποιήσεις, κατά την εφαρμογή της. Η ανάγκη για ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, στην συγκεκριμένη υποομάδα καρδιοπαθών, γίνεται εμφανής: η απειλητική για τη ζωή τους νόσος, επικάθεται στα όποια «ψυχοπαθολογικά» χαρακτηριστικά, τα οποία δύνανται να προσδιορίσουν την βέλτιστη ή μη απάντηση ως προς την επιβίωση πρωτίστως, την προσαρμογή στην νόσο και τελικά τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Λαμβάνοντας υπόψη, ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες υπόκεινται σε αλλαγή μέσω των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, κρίθηκε σκόπιμο να μελετηθεί η επίδραση μιας ομαδικής αμιγώς ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, σε καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D. Μια συστηματική ομαδική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, επιτρέπει την δημιουργία ενός πλαισίου ασφάλειας και διευκολύνει την έκφραση σε διαπροσωπικό επίπεδο, ενώ παράλληλα ενισχύει την ψυχολογική επεξεργασία συναισθημάτων και συμπεριφορών.

Σε αυτό το πλαίσιο αναφοράς, η παρούσα διατριβή επιθυμεί να συνεισφέρει στην ερευνα των παρεμβάσεων, σε καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D. Στόχος της είναι, αφενός να καλυφτεί ένα κενό που υπάρχει ως προς την αξιοποίηση μιας αμιγώς ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης στους συγκεκριμένους ασθενείς και αφετέρου, να αξιολογηθεί το κλινικό υλικό της παρέμβασης, μέσω μιας τεκμηριωμένης ποιοτικής ανάλυσης των δεδομένων. Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση της παρούσας έρευνας, εξαιτίας του ανιχνευτικού και διερευνητικού χαρακτήρα από

τον όποιο διέπεται, κατέληξε στην επιλογή συγκεκριμένης μεθόδου ποιοτικής ανάλυσης, αυτή της Θεματικής Ανάλυσης.

Η παρούσα μελέτη επιδιώκει να συνδράμει στην επιστημονική εργαλειοθήκη των ψυχολογικών παρεμβάσεων και στην ευαισθητοποίηση σχετικά με τις καρδιολογικές παθήσεις, ώστε να παραχθεί μια εν τω βάθει και πληρέστερη απεικόνιση των ποιοτικών χαρακτηριστικών των καρδιοπαθών, με Προσωπικότητα Τύπου D. Επίσης να συμβάλλει, εμπλουτίζοντας την θεωρητική και κλινική προσέγγιση των ειδικών ψυχικής υγείας, που συνεργάζονται με καρδιοπαθείς και ειδικότερα εκείνων, με Προσωπικότητα Τύπου D.

Η οπτική του ερευνητή

Όπως είναι γνωστό, η ποιοτική έρευνα συνεπάγεται την ιδιαίτερα προσωπική εμπλοκή του ερευνητή, σε όλα τα στάδια της ερευνητικής διαδικασίας. Για αυτό το λόγο, σε κάθε ποιοτική ανάλυση, είναι απαραίτητη μια διαδικασία διευκρίνισης των προκαταλήψεων και των προσωπικών πεποιθήσεων του ερευνητή (Morrow, 2005). Η υποκειμενικότητα του ερευνητή είναι εμφανής σε κάθε είδος έρευνας, είτε πρόκειται για ποιοτική είτε ποσοτική ανάλυση. Ωστόσο στην ποιοτική έρευνα, από την μία πλευρά, ο ερευνητής αναγνωρίζει την υποκειμενικότητά του και προσπαθεί να την «χρησιμοποιήσει» με τρόπο ενσυνείδητο και δημιουργικό, κατά την διαδικασία παραγωγής των ευρημάτων του. Από την άλλη πλευρά όμως, ο έλεγχος της εν λόγω υποκειμενικότητας του ερευνητή, είναι πρωτεύουσας σημασίας. Έτσι ο ερευνητής οφείλει, μέσω της υιοθέτησης αποκαλύψεων των πεποιθήσεων και των προκαταλήψεων του, να διαφυλάξει, στο μέτρο του εφικτού, την ερευνητική επεξεργασία που διεξάγει.

Το ενδιαφέρον μου ξεκίνησε αρχικά από τα φοιτητικά μου χρόνια, στο Πανεπιστήμιο της Γλασκώβης, όταν στο πλαίσιο πρακτικής άσκησης, εργάστηκα για μεγάλο διάστημα στο εργαστήριο ψυχοφυσιολογίας, υπό την εποπτεία του Καθηγητή Hinton, ο οποίος μεταξύ άλλων, μελετούσε συστηματικά ψυχολογικές επιδράσεις στο καρδιακό όργανο. Το 2003, εκείνη η πρώτη εντύπωση των φοιτητικών χρόνων αναζωπυρώθηκε, όταν ξεκίνησα να εργάζομαι στην Ψυχιατρική Κλινική του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών, και στα πλαίσια της Διασυνδεδετικής, συνεργάστηκα στενά με τους καρδιολόγους του νοσοκομείου. Άρχισα να παρακολουθώ, ψυχοθεραπευτικά, καρδιολογικούς ασθενείς σε τακτική εβδομαδιαία βάση. Το ενδιαφέρον μου μεγάλωσε στην πορεία του χρόνου και κατόπιν προσωπικής μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας, επεκτάθηκε στην σύσταση ψυχοθεραπευτικών ομάδων

καρδιοπαθών. Η ανταπόκριση των ασθενών, αλλά και η αποδοχή από την πλευρά των καρδιολόγων των πρωτοβουλιών μου, ενίσχυσαν περαιτέρω την ενασχόληση μου με τους καρδιοπαθείς. Λόγω της ψυχοθεραπευτικής μου εμπειρίας, άρχισα να παρατηρώ κάποια κοινά μοτίβα ψυχικής δομής, μεταξύ των καρδιολογικών ασθενών. Η μελέτη άρθρων και βιβλιογραφίας, με οδήγησε στην ενδιαφέρουσα για εμένα αξιολόγηση, της συμβολής των χαρακτηριστικών δομών των ασθενών, στην διευκόλυνση ή μη της επανακτησιμότητας των δυνατοτήτων τους, ώστε να επιστρέψουν στην ζωή τους, μετά από το καρδιακό επεισόδιο που υπέστησαν. Η συνάντησή μου με την θεωρία της Προσωπικότητας τύπου D, ξεκαθάρισε τουλάχιστον στο επίπεδο της κλινικής πράξης, μεγάλο μέρος των ερωτημάτων μου.

Ομολογώ, ότι η συγκεκριμένη ομάδα καρδιοπαθών κίνησε το ενδιαφέρον μου, εξαιτίας της εξαιρετικά δομημένης προσέγγισης που προσφέρει, ώστε να «διαβάσουμε» την συναισθηματική κατάσταση και συμπεριφορά. Το γεγονός ότι ψυχολογικά ελλείμματα και δυσλειτουργικά πρότυπα, μπορούν να προσεγγιστούν ψυχοθεραπευτικά, με ικανοποιητικά αποτελέσματα, μου ήταν γνωστό από την εκπαιδευτική μου πορεία ως ψυχοθεραπευτής ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης και ομαδικός αναλυτής αργότερα. Η εμπειρία μου επίσης στο Ιατρείο Διαταραχών Προσωπικότητας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, με βοήθησε να κατανοήσω ότι οι αλλαγές σε «δύσκολους» ασθενείς είναι δυνατές, όταν συστηματοποιούνται οι προσπάθειές μας. Με αυτές τις σκέψεις, επιχείρησα μια αμιγώς ψυχοθεραπευτική παρέμβαση ομαδικού τύπου, για τους «δύσκολους καρδιοπαθείς», τους ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D.

Σε ένα πρώτο επίπεδο λοιπόν, τόσο η εκπαίδευση μου όσο και η επαγγελματική μου εμπειρία, καθόρισαν τον τρόπο που έχω διεξάγει αυτή την έρευνα, καθώς και την στάση μου στους συμμετέχοντες-μέλη της ομάδας, της οποίας ήμουν θεραπευτής.

Έχοντας την μέγιστη εφικτή επίγνωση των πεποιθήσεων αλλά και των προκαταλήψεων μου, ήμουν πάντα σε επαγρύπνηση, να εντοπίζω ποτέ οι ερμηνείες μου βασιζόταν σε μία υποκειμενική μου αντίληψη και προκατάληψη, για ότι συμβαίνει και πότε πλησίαζαν περισσότερο τις πραγματικές αφηγήσεις των συμμετεχόντων. Για το σκοπό αυτό, κρατούσα καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας, σημειώσεις αμέσως μετά το πέρας της κάθε συνεδρίας, αλλά και αναστοχαστικό ημερολόγιο, όπου κατέγραφα σκέψεις, ιδέες, και σχεδιασμό υποθέσεων, που ήθελα να μελετήσω βιβλιογραφικά ή να συζητήσω με συναδέλφους. Για τον ίδιο λόγο δε,

αξιοποίησα συνάδελφο κλινικό ψυχολόγο, ως ελεγκτή. Παρόλα αυτά, και με επίγνωση των πεποιθήσεων και των προκαταλήψεων μου για την αξία της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης στους συγκεκριμένους ασθενείς, όπως θα φανεί και στο Κεφάλαιο των ευρημάτων, διαπίστωσα ότι επιβεβαιώθηκε, τουλάχιστον σε ένα βαθμό, η πεποίθησή μου, ότι οι δείκτες -συστατικά στοιχεία- της εν λόγω Προσωπικότητας Τύπου D, μπορούν να τροποποιηθούν.

Δομή της διατριβής

Στο παρόν Κεφάλαιο, περιγράφεται το ευρύτερο πλαίσιο στο οποίο τοποθετείται η παρούσα διατριβή, οι βασικοί της στόχοι και η συνεισφορά της στην κλινική και ψυχοθεραπευτική πρακτική.

Προσπάθησα να αναφερθώ επίσης, στην οπτική μου ως ερευνητή, τις προκαταλήψεις μου, όπως και τις πεποιθήσεις που φέρω, σε σχέση με την παρούσα έρευνα.

Το Δεύτερο Κεφάλαιο, της Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης, αποτελείται από τρεις ενότητες. Στην πρώτη ενότητα περιγράφονται, τα είδη των καρδιαγγειακών παθήσεων, τα επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με την έκταση του προβλήματος, οι ιατρικοί παράγοντες επικινδυνότητας καρδιαγγειακών παθήσεων, καθώς επίσης και οι ψυχολογικοί παράγοντες που συμμετέχουν στην διατήρηση της νόσου, ή στη μη επαρκή αντιμετώπιση της. Η αναφορά μας σε αυτήν την ενότητα, αποτελεί μια βασική καταγραφή του πλαισίου, που θα κινηθεί η διατριβή. Το πλαίσιο ορίζεται προφανώς από την καρδιολογική ορολογία, με την οποία και ερχόμαστε σε επαφή, καταρχάς με σκοπό να γνωρίσουμε τις έννοιες και ιατρικές παραμέτρους, που αναπόφευκτα χρειαζόμαστε, για να κατανοήσουμε τον καρδιοπαθή. Επίσης, η αναφορά μας στις καρδιολογικές παθήσεις και στην επιδημιολογία τους, είναι αναγκαία και βασική, υπό την έννοια ότι καθορίζει την σκοπιμότητα της παρούσας μελέτης για τους καρδιοπαθείς, μέσα από τα εργαλεία της ψυχολογικής επιστήμης.

Η δεύτερη ενότητα του Δευτέρου Κεφαλαίου, αναφέρεται στην ανάπτυξη των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, που έχουν επιχειρηθεί με σκοπό την αποκατάσταση των καρδιοπαθών. Οι παρεμβάσεις αποκατάστασης, αποτελούν μια ουσιαστική δυνατότητα βελτίωσης για τις λειτουργικές ομάδες του πληθυσμού, που υπέστησαν ένα καρδιακό επεισόδιο.

Καταγράφεται ιστορικό των προγραμμάτων αποκατάστασης, που έχουν υλοποιηθεί διεθνώς. Κατόπιν παρουσιάζονται σύγχρονα προγράμματα, τα οποία εμπεριέχουν, κυρίως ομαδικού τύπου παρεμβάσεις. Στην συνέχεια, αναφέρεται ο

ρόλος και η συμμετοχή των στοιχείων προσωπικότητας στην έναρξη, ανάπτυξη και δυσπροσαρμοστική ή μη, αντιμετώπιση της νόσου από τον καρδιοπαθή. Γίνεται ιδιαίτερη αναφορά, στην νεότερη ψυχολογική προσέγγιση των καρδιοπαθών από τις έρευνες του Denollet και των συνεργατών του, στην επονομαζόμενη Προσωπικότητα Τύπου D.

Στην τρίτη ενότητα του Δευτέρου Κεφαλαίου, η οποία αποτελεί και τον κεντρικό άξονα του παρόντος πονήματος, γίνεται μια λεπτομερής αναφορά σε ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D. Πρόκειται για καρδιοπαθείς, που φέρουν περιγεγραμμένα και συγκεκριμένα χαρακτηριστικά στοιχεία, τα οποία ταυτοποιούνται, ως Προσωπικότητα Τύπου D. Η σημερινή βιβλιογραφία, έχει αναδείξει την σημαντικότητα της εν λόγω Προσωπικότητας, αναγνωρίζοντας παράλληλα ότι αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα επικινδυνότητας, τόσο στο πεδίο της πρωτογενούς πρόληψης, όσο και στην αποκατάσταση των καρδιοπαθών. Στο πλαίσιο της αποκατάστασης, συχνά σημειώνονται προσκόμματα στους ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D, με αποτέλεσμα να επιβραδύνονται, αν όχι να ακυρώνονται, οι δυνατότητες που προσφέρονται, μέσω ιατρικών ή ψυχολογικών παρεμβάσεων. Παρόλη την αρχική δυσπιστία έναντι των παρεμβάσεων στους εν λόγω ασθενείς, τα τελευταία χρόνια έχουν υπάρξει απόπειρες ψυχοκοινωνικής και ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης, στον συγκεκριμένο τύπο προσωπικότητας. Γίνεται λεπτομερής αναφορά στις παρεμβάσεις αυτές, και συνοψίζεται η αποτελεσματικότητά τους. Το Κεφάλαιο αυτό ολοκληρώνεται, με την παρουσίαση των συμπερασμάτων της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, των στόχων της παρούσας έρευνας και την διατύπωση των ερευνητικών ερωτημάτων.

Το Τρίτο Κεφάλαιο, αναφέρεται στην Μέθοδο της έρευνας που ακολουθήθηκε, με σκοπό να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν. Καταρχάς, παρουσιάζονται οι λόγοι επιλογής της ποιοτικής ανάλυσης, ως μεθόδου προσέγγισης των ερευνητικών ερωτημάτων, της παρούσας έρευνας. Στην συνέχεια αναφέρονται οι λόγοι επιλογής συγκεκριμένης μεθόδου ποιοτικής ανάλυσης, δηλαδή της Θεματικής Ανάλυσης. Αμέσως μετά, γίνεται καταγραφή της συνολικής διαδικασίας που ακολουθήθηκε, από τη επιλογή του δείγματος ως την συλλογή και ανάλυση των δεδομένων. Αναφέρεται επίσης ο έλεγχος που διεξήχθη για την ποιότητα της έρευνας. Το Κεφάλαιο της μεθόδου, ολοκληρώνεται με την εξέταση των δεοντολογικών ζητημάτων της παρούσας έρευνας, και πώς αυτά διασφαλίστηκαν.

Το Τέταρτο Κεφάλαιο, επικεντρώνεται στην καταγραφή των ευρημάτων. Επιχειρείται λεπτομερής παρουσίαση των ευρημάτων, μέσω ζωντανών αποσπασμάτων των συμμετεχόντων και μέσω συγκεντρωτικών πινάκων, που βοηθούν την κατανόηση των περιοχών ενδιαφέροντος, δηλαδή των Θεμάτων, τα οποία βασίσθηκαν στην εφαρμογή της μεθόδου της Θεματικής Ανάλυσης. Επίσης αναφέρονται τα ευρήματα ως προς την τροποποίηση των δεικτών της Κοινωνικής Αναστολής και της Αρνητικής Συναισθηματικότητας, που δομούν την Προσωπικότητα Τύπου D, καθώς και τα ευρήματα από την αποτίμηση της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, από τους συμμετέχοντες.

Το Πέμπτο Κεφάλαιο της παρούσας διατριβής, αναφέρεται στην συζήτηση των ευρημάτων της έρευνας, και επιχειρεί να την εντάξει στο ευρύτερο πλαίσιο της διεθνούς βιβλιογραφίας, σχετικά με την εννοιολογική κατασκευή της Προσωπικότητας Τύπου D, και τα προγράμματα αποκατάστασης που υλοποιούνται, τόσο για την συγκεκριμένη υποομάδα ασθενών, όσο και συνολικότερα για τους καρδιοπαθείς. Το Πέμπτο Κεφάλαιο ολοκληρώνεται, με την αναφορά στη συνεισφορά της παρούσας διατριβής στην θεωρητική προσέγγιση της Προσωπικότητας Τύπου D, καθώς επίσης στην κλινική και ψυχοθεραπευτική πρακτική. Τέλος, συζητούνται οι περιορισμοί της παρούσας έρευνας, καθώς και προτεινόμενες μελλοντικές προσεγγίσεις.

Κεφάλαιο Δεύτερο

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Καρδιολογική νόσος

Στην παρούσα ενότητα, αναφέρονται τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα οποία αποτελούν ένα ευρύ φάσμα διαταραχών και προσβάλλουν την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία του ανθρώπινου οργανισμού. Αναφέρονται τα κύρια καρδιαγγειακά νοσήματα, που συναντώνται σε τακτική βάση στην κλινική πράξη. Στην συνέχεια, γίνεται αναφορά στα επιδημιολογικά στοιχεία που περιβάλλουν την καρδιαγγειακή νόσο, τόσο σε διεθνές όσο και σε ελληνικό πληθυσμό. Ακολουθεί επισκόπηση, των κύριων ιατρικών παραγόντων επικινδυνότητας για την εμφάνιση της νόσου και την σημαντικότητα τους, αν δεν προσεχθούν εγκαίρως και επαρκώς, στην υποτροπή καρδιακού επεισοδίου. Επίσης, γίνεται λεπτομερής καταγραφή των διαφόρων ψυχολογικών παραγόντων, οι οποίοι έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων.

Είδη των καρδιαγγειακών παθήσεων

Στεφανιαία νόσος. Προκαλείται από στένωση των αιμοφόρων αγγείων (στεφανιαίων) που αιματώνουν τους καρδιακούς μύες, κυρίως εξαιτίας εναπόθεσης λίπους, με αποτέλεσμα την εγκατάσταση αθηρωματικών πλακών. Οι αθηρωματικές πλάκες με τη σειρά τους, «φράσσουν» (έμφραγμα) την απρόσκοπτη ροή του αναγκαίου ποσού αίματος, το οποίο τροφοδοτεί με οξυγόνο και άλλα ζωτικά στοιχεία, την ομαλή λειτουργία της καρδιάς (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Πρόκειται για βλάβη που προκαλείται, όταν για κάποιο λόγο η παροχή αίματος σε κάποια περιοχή του εγκεφάλου διακοπεί, με αποτέλεσμα την νέκρωση των κυττάρων. Χαρακτηρίζεται ως ελαφρύ ή σοβαρό, με προσωρινές ή μόνιμες ιατρικές συνέπειες, π.χ. αναπηρία. Υπάρχουν δύο τύποι εγκεφαλικών, τα αποφρακτικά και τα αιμορραγικά. Παράγοντες κινδύνου είναι η υψηλή αρτηριακή πίεση, κολπική μαρμαρυγή, υπερλιπιδαιμία, κάπνισμα, διαβήτης, διατροφή, φυσική δραστηριότητα, προχωρημένη ηλικία (National Diabetes Information Clearinghouse, 2011,).

Ρευματική καρδιοπάθεια. Προκαλείται από άνοση αντίδραση προς τη λοίμωξη από β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο της ομάδας A, η οποία δεν αντιμετωπίστηκε θεραπευτικά. Πρόκειται για καταστροφή του καρδιακού μυ και των βαλβίδων της καρδιάς. (World Health Organization Atlas of Heart Disease and Stroke, 2016).

Συγγενής Καρδιοπάθεια. Με τον όρο αυτό εννοούμε, εκ γενετής ανωμαλίες στη διάπλαση της καρδιάς, οι οποίες οφείλονται είτε σε γενετικούς παράγοντες (π.χ. σύνδρομο Down), είτε σε περιβαλλοντολογικούς (π.χ. χρήση αλκοόλ ή φαρμάκων από τη μητέρα, ή κύηση μεταξύ γονέων με σχέση εξ αίματος).

Ανευρύσματα και διαχωρισμός αορτής. Πρόκειται για τη μη αναστρέψιμη διάταση και δημιουργία διόγκωσης σε κάποιο σημείο της αορτής, λόγω εξασθένησης του τοιχώματος, η οποία και δύναται να οδηγήσει σε ρήξη αυτής, μετά από σωματική και ψυχολογική επιφόρτιση. Παράγοντες κίνδυνου είναι: η προχωρημένη ηλικία, μακροχρόνια υψηλή αρτηριακή πίεση, σύνδρομο Marfan, συγγενείς ανωμαλίες της καρδιάς, σύφιλη και άλλοι λοιμώδεις και φλεγμονώδεις παράγοντες (WHO/Atlas of Heart Disease and Stroke, 2016).

Βαθιά Φλεβοθρόμβωση και πνευμονική εμβολή. Πρόκειται για θρόμβους που δημιουργούν απόφραξη του φλεβικού δικτύου των κάτω άκρων, οι οποίοι εάν αποσπαστούν και φτάσουν στον πνεύμονα μέσω της κυκλοφορίας του αίματος, δημιουργούν πνευμονική εμβολή. Παράγοντες κίνδυνου είναι: οι χειρουργικές επεμβάσεις, παχυσαρκία, κακοήθειες, κύηση, λήψη αντισυλληπτικών και θεραπεία ορμονικής αποκατάστασης, μακροχρόνια περίοδος ακινησίας, π.χ. ταξίδια (WHO/Atlas of Heart Disease and Stroke, 2016).

Περιφερική αρτηριοπάθεια. Πρόκειται για νόσο των περιφερικών αγγείων, που αιματώνουν τα άνω και κάτω άκρα.

Άλλα Καρδιαγγειακά νοσήματα. Αρτηριακή υπέρταση, όγκοι καρδιάς, εγκεφαλικά ανευρύσματα, δυσλειτουργία του καρδιακών μυών, όπως καρδιομυοπάθεια και βαλβιδοπάθειες.

Οι συχνότερες μορφές καρδιαγγειακής νόσου, όπως θα αναλυθεί κατωτέρω, είναι η στεφανιαία νόσος και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Διεθνώς, η ερευνητική κοινότητα αλλά και οι παρεμβάσεις οι οποίες έχουν υλοποιηθεί, κατά κύριο όγκο, στρέφονται σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα καρδιοπαθών. Ο λόγος προτίμησης της εν λόγω ομάδας, είναι ότι πέρα από το υψηλά ποσοστιαίο μέγεθος των νοσούντων, οι παράγοντες επικινδυνότητας της στεφανιαίας νόσου και υποτροπής της, δηλαδή η εμφάνιση νέου καρδιακού επεισοδίου (δευτερογενής πρόληψη), έχουν χαρακτηριστεί επίσημα ως τροποποιήσιμοι παράγοντες (WHO, 2008). Προς απεικόνιση του μεγέθους του εν λόγω προβλήματος, ακολουθούν ορισμένα επιδημιολογικά στοιχεία.

Επιδημιολογικά στοιχεία στεφανιαίας νόσου

Η αναγκαιότητα περαιτέρω μελέτης των καρδιολογικών παθήσεων, επιτάσσεται -ή καλύτερα επιβεβαιώνεται- από τα επιδημιολογικά δεδομένα, στα οποία και θα αναφερθούμε συνοπτικά. Παραθέτουμε την διεθνή επιδημιολογική αποτύπωση της στεφανιαίας νόσου η οποία αποτελεί και την κύρια πληθυσμιακή ομάδα που προσβάλλεται. Στην συνέχεια θα εστιάσουμε στην διαμορφούμενη επιδημιολογική κατάσταση στον ελλαδικό χώρο.

Διεθνή Δεδομένα. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την πρώτη αίτια θανάτου παγκοσμίως. Ευθύνονται για το 31% των θανάτων, με τα λοιμώδη νοσήματα και τον υποσιτισμό να κατέχουν πλέον τη δεύτερη θέση (WHO, 2004, 2014).

Σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ., περίπου 17,7 εκατομμύρια άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους από καρδιαγγειακά νοσήματα το 2014, (7,4 εκατομμύρια από στεφανιαία νόσο και 6,7 εκατομμύρια από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο). Η πλειοψηφία των θανάτων αυτών, σημειώνεται στις αναπτυσσόμενες χώρες. Υπολογίζεται, σύμφωνα με στοιχεία από προγνωστικές μελέτες, ότι μέχρι το 2025, 20 εκατομμύρια άνθρωποι θα χάσουν τη ζωή τους εξαιτίας καρδιαγγειακών νοσημάτων (WHO/Prevention of cardiovascular disease, 2016. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Στην ευρωπαϊκή ήπειρο, τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν τη σημαντικότερη αίτια νοσηρότητας και θνησιμότητας. Ευθύνονται σχεδόν για το 50% των θανάτων, προκαλώντας πάνω από 4,3 εκατομμύρια θανάτους κάθε έτος στα 52 κράτη μέλη της ευρωπαϊκής ηπείρου και περισσότερους από 2 εκατομμύρια θανάτους κάθε έτος στην Ευρωπαϊκή Ένωση (British Heart Foundation and Health Economics Research Center, 2008).

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα ευθύνονται για περισσότερους θανάτους απ' ότι όλες οι μορφές καρκίνου μαζί, με υψηλότερο ποσοστό στις γυναίκες (55% όλων των θανάτων), παρά στους άνδρες (43% όλων των θανάτων) και παρουσιάζουν μια υψηλότερη θνητότητα, μεταξύ ανδρών και γυναικών χαμηλότερης κοινωνικο-οικονομικής τάξης.

Όπως προαναφέρθηκε, οι κυριότερες μορφές καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι η στεφανιαία νόσος και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Περίπου το 50% των θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα οφείλονται σε στεφανιαία νόσο, και το 30% σε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Η στεφανιαία νόσος από μόνη της άλλωστε, αποτελεί και το συχνότερο αίτιο θανάτου στην Ευρώπη. Υπολογίζεται ότι ευθύνεται για 2 εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 42% της συνολικής θνησιμότητας. Ένας στους πέντε άνδρες και γυναίκες, χάνουν κάθε χρόνο τη ζωή τους εξαιτίας στεφανιαίας νόσου.

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η δεύτερη συχνότερη αίτια θνητότητας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Ένας στους δέκα άνδρες (11%) και μια στις έξι γυναίκες (17%), χάνουν τη ζωή τους από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο στην Ε.Ε. (British Heart Foundation and Health Economics Research Center, 2008).

Πρέπει να σημειωθεί, ότι η θνησιμότητα και η επίπτωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων διαφοροποιούνται μεταξύ των κρατών μελών της Ε.Ε.

Επιδημιολογικά δεδομένα στην Ελλάδα. Η προτυποποιημένη κατά ηλικία θνησιμότητα, από νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος κατά τη δεκαετία του 1960 στην Ελλάδα, ήταν η χαμηλότερη στην Ευρώπη. Σημείωσε διαχρονικά, σημαντική αύξηση μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1980, και στη συνέχεια αισθητή μείωση. Η μείωση είναι μεγαλύτερη, όσον αφορά στην προτυποποιημένη θνησιμότητα από παθήσεις των εγκεφαλικών αγγείων, ενώ η θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια φαίνεται διαχρονικά περισσότερο σταθερή, με τάσεις μείωσης, μόλις τα δύο τελευταία χρόνια.

Η εικόνα που προκύπτει από τα ανωτέρω, για τον κίνδυνο των Ελλήνων από τα καρδιαγγειακά νοσήματα, είναι απογοητευτική και εξηγεί γιατί χάνουμε συνεχώς έδαφος μεταξύ των Ευρωπαίων με υψηλό προσδόκιμο επιβίωσης. Από τη δεύτερη θέση πριν από λίγα χρόνια η χώρα μας, βρίσκεται ήδη στην ενδέκατη θέση.

Τα πιο πρόσφατα επιδημιολογικά στοιχεία, καταγράφουν ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα συνεχίζουν και παραμένουν η πρώτη αίτια θανάτου (Townsend, Nichols, Scarborough & Rayner, 2015. Filippidis, Gerovasili & Majeed, 2014). Η Ελλάδα, όπως αναφέρθηκε, λόγω της συμμόρφωσης του πληθυσμού της σε έναν υγιεινό τρόπο ζωής, που περιλάμβανε συνδυασμό υγιεινής διατροφής με φυσική δραστηριότητα, ήταν μια από τις χώρες με τον χαμηλότερο καρδιαγγειακό κίνδυνο στον κόσμο. Ωστόσο, ενώ αναφέρεται πως η καρδιαγγειακή θνησιμότητα έχει μειωθεί, ειδικά στα αστικά κέντρα, η μη θανατηφόρος επίπτωση της καρδιαγγειακής νόσου έχει αυξηθεί στους άντρες και στις γυναίκες, ακόμα και σε νεαρές ηλικίες. Χάρη στην αλλαγή του τρόπου ζωής, που έχει επηρεάσει κυρίως τον αστικό πληθυσμό, η Ελλάδα δεν ανήκει πλέον στις χώρες χαμηλού καρδιαγγειακού κινδύνου, σύμφωνα με την τρέχουσα

βιβλιογραφία (Panagiotakos, 2013), παρά την πτώση του βιοτικού επιπέδου, ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις εμφανίζονται συχνότερα κατά τη διάρκεια κρίσεων, πολέμων ή φυσικών καταστροφών, κάτι που οφείλεται, ενδεχομένως, στη κακή διατροφή, σε τέτοιες χρονικές περιόδους, όπως και την ανυπακοή στους τροποποιήσιμους παράγοντες κίνδυνου των καρδιαγγειακών νοσημάτων, π.χ. κάπνισμα και καθιστική ζωή (Filippidis, Schoretsaniti, Dimitrakaki, Vardavas, Behrakis, Connolly & Tountas, 2014).

Στην Ελλάδα το 2010, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, η καρδιαγγειακή νόσος ήταν η πρώτη αίτια θανάτου, με ποσοστό 48-49% στους συνολικούς θανάτους (WHO, 2010. Κουρλαμπά, 2005). Ο προσαρμοσμένος για την ηλικία ρυθμός θανάτου ανά 100.000 άτομα από καρδιαγγειακή νόσο, εκτιμήθηκε ως 215 για τους άντρες και 158 για τις γυναίκες, ιδιαίτερα αυξημένος σε σύγκριση με τον ρυθμό του καρκίνου ή του σακχαρώδους διαβήτη (WHO, 2010).

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή, τα πιο πρόσφατα δεδομένα που έχουν δημοσιοποιηθεί σχετικά με τις αιτίες θανάτου, καταγράφουν ως κυριότερη αιτία το 2014, τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος με 45.859 θανάτους. Συγκριτικά με παλαιότερες καταγραφές, αναφέρεται ενδεικτικά ότι το 1938, το ποσοστό των θανάτων από νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος στο σύνολο των θανάτων ήταν 10%. Στη συνέχεια, το 1956, το ποσοστό αυτό ανήλθε στο 25%, και το 2014, είναι 40,3% (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015).

Εξαιτίας της κατάστασης που έχει διαμορφωθεί, αναδεικνύεται εκ νέου η αναγκαιότητα συντεταγμένων στρατηγικών, για την καταπολέμηση των καρδιαγγειακών νοσημάτων στον ελλαδικό χώρο. Η ουσιαστική συμβολή της επιδημιολογικής ανάλυσης, είναι ότι υποδεικνύει το πλαίσιο των πληθυσμιακών ομάδων στο οποίο για διάφορους λόγους, οι δείκτες επικινδυνότητας είναι εξαιρετικά υψηλοί. Έτσι γίνεται φανερός, ο δυναμικός χαρακτήρας των επιδημιολογικών συμπερασμάτων. Τα σημερινά συμπεράσματα, καταγράφουν την ανάγκη μελέτης των στοιχείων προσωπικότητας των ασθενών, ενδεχομένως περισσότερο από κάθε άλλη εποχή. Σε αυτή την γραμμή σκέψης, παράλληλα με τις εξατομικευμένες θεραπείες που αναπτύσσονται στην Ιατρική, οι ψυχολογικές παρεμβάσεις και θεραπευτικές προσεγγίσεις των ειδικών ψυχικής υγείας, αποκτούν σημαίνουσα αξία, κυρίως εξαιτίας της φύσης της κλινικής εργασίας που ασκούν και της ανεπτυγμένης προσαρμογής τους, στις ιδιαίτερες ψυχικές ανάγκες των ασθενών.

Ιατρικοί παράγοντες επικινδυνότητας καρδιαγγειακών παθήσεων

Η συστηματική μελέτη των καρδιολογικών παθήσεων, έχει κατηγοριοποιήσει τους ακόλουθους οργανικούς παράγοντες επικινδυνότητας, στους οποίους θα αναφερθούμε ευθύς αμέσως. Οι παράγοντες επικινδυνότητας συμμετέχουν στην ανάπτυξη της νόσου, αλλά επιπρόσθετα συμμετέχουν και στην εμφάνιση υποτροπών, όταν δεν ρυθμιστούν κατάλληλα, ώστε να παραμείνουν εντός των φυσιολογικών τιμών. Η παρουσία των αναφερόμενων παραγόντων, πολλαπλασιάζει δραματικά την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου: όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των παραγόντων επικινδυνότητας και όσο οι τιμές του κάθε παράγοντα παρεκτρέπονται από τις αποδεκτές φυσιολογικές τιμές, τόσο αυξάνεται προσθετικά η πιθανότητα καρδιακού επεισοδίου σε όλο το ηλικιακό φάσμα (Gudino, Pujol-Freitas, Contreira-Longatto, Negrisoli & Aguiar-Sousa, 2017).

Η αναφορά μας στους οργανικούς παράγοντες επικινδυνότητας κρίνεται αναγκαία, εξαιτίας της συνάφειας με το αντικείμενο της μελέτης μας. Στο τέλος της παρούσας ενότητας παρατίθεται ο Πίνακας 1 όπου αναφέρονται συνολικά οι ιατρικοί παράγοντες πρόκλησης καρδιαγγειακών νοσημάτων και η δυνατότητα ή μη τροποποίησης αυτών των παραγόντων. Η επαφή και γνώση αυτών των παραγόντων, μας δίνει τη δυνατότητα να εμπλουτίσουμε την συνδιαλλαγή και συνεργασία μας με το ιατρικό προσωπικό, αλλά κυρίως μας τροφοδοτεί ώστε να εστιάσουμε σε περιοχές στις οποίες παρεμβάσεις ψυχολογικού χαρακτήρα μπορούν να έχουν σημαντική συνεισφορά. Τα προγράμματα αποκατάστασης, απαιτούν μια ορισμένη τουλάχιστον γνώση, της ιατρικής ορολογίας. Οι ίδιοι οι ασθενείς θεωρούν, ή θέλουν να θεωρούν, ότι επικοινωνούν με ειδικούς, οι οποίοι αντιλαμβάνονται πρωτίστως την ιατρική τους κατάσταση, ακόμα και όταν απευθύνονται στο παραϊατρικό προσωπικό (Quirk, Mazor, Philbin, Fischer, Sullivan & Hatem, 2008).

Στη συνέχεια θα περιγράφουν οι οργανικοί παράγοντες επικινδυνότητας, ωστόσο για λόγους οικονομίας της παρούσας διατριβής, και προφανούς εστίασης στο ψυχολογικό πεδίο, η αναφορά μας θα είναι περιορισμένη. Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να ανατρέξουν σε ειδικότερα αναγνώσματα (Ανθόπουλος, Ανθόπουλος & Φεστερίδου, 2010).

Υπερλιπιδαιμία

Τα υψηλό επίπεδα χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων και άλλων λιπιδίων στο αίμα, είναι παράγοντες κίνδυνου για καρδιαγγειακή νόσο και ευθύνονται για το 1/3 του συνόλου των καρδιαγγειακών νοσημάτων παγκοσμίως (WHO/ Atlas of Heart

Disease and Stroke, 2016). Η χοληστερόλη μεταφέρεται στον οργανισμό με τη μορφή δύο ειδών λιποπρωτεϊνών: υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη (HDL, high density lipoprotein) και χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη (LDL, low density lipoprotein). Η HDL δεν προκαλεί αθηροσκλήρυνση, αντιθέτως έχει αντί-αθηρογενείς ιδιότητες. Αντιθέτως, η LDL προκαλεί το σχηματισμό αθηρωματικών πλακών στο εσωτερικό τοίχωμα των αγγείων, κυρίως στεφανιαίων και εγκεφαλικών, με αποτέλεσμα την έμφραξη ή την αδύναμη, ισχνή αιματική ροή στην καρδιά και στον εγκέφαλο, αυξάνοντας με αυτόν τον τρόπο αντίστοιχα, τον κίνδυνο εμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου και ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (Neaton et al., 1992).

Όπως διατυπώνεται σε πολλές επιδημιολογικές μελέτες, το πρόβλημα αφορά τόσο σε άνδρες, όσο και σε γυναίκες, παρόλο που οι γυναίκες προεμμηνοπαυσιακά έχουν συνολικά μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου, διότι προστατεύονται από τα οιστρογόνα τα οποία προκαλούν αύξηση της HDL.

Η εμφάνιση υπερλιπιδαιμίας μπορεί να οφείλεται σε γενετικούς (πρωτοπαθείς), και σε φαρμακευτικούς και διατροφικούς παράγοντες (δευτεροπαθείς). Κατά κύριο λόγο όμως, συνδέεται με τη διατροφή και αποτελεί βασικό άξονα παρέμβασης στα προγράμματα αποκατάστασης. Βιολογικά, ο οργανισμός συνθέτει χοληστερόλη ή την προσλαμβάνει από τις τροφές, κυρίως ζωικής προέλευσης. Η αυξημένη πρόσληψη κεκορεσμένων λιπών, ζωικής κυρίως προέλευσης, οδηγεί σε αύξηση της χοληστερόλης, ενώ τα πολυακόρεστα, τα οποία περιέχονται στα ψάρια και στις φυτικές τροφές, οδηγούν σε μείωση της χοληστερόλης. Τα μονοακόρεστα (κύρια πηγή το ελαιόλαδο), καθώς και τα ω-3 λιπαρά οξέα που υπάρχουν στα ψάρια, επιφέρουν μείωση του επίπεδου της ολικής χοληστερόλης, έχουν θετική επίπτωση στο επίπεδο της HDL, και έχουν προστατευτική επίδραση έναντι των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Τα φρούτα, τα λαχανικά και τα δημητριακά, δεν περιέχουν χοληστερόλη. Τα τελευταία χρόνια, οι διατροφικές πρακτικές και συνήθειες στον ελληνικό χώρο, έχουν επιφέρει αύξηση της μέσης τιμής ολικής χοληστερόλης της τάξης του 46% στους άνδρες και 40% στις γυναίκες, όπως αναφέρεται στη μελέτη «ATTICA» (Pitsavos et al., 2003),

Κάπνισμα

Το κάπνισμα, αποτελεί έναν από τους κύριους παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση στεφανιαίας νόσου, με τους καπνιστές να κινδυνεύουν περίπου 2-3 φορές

περισσότερο από τους μη καπνιστές. Ο σχετικός κίνδυνος είναι υψηλότερος στις ηλικίες κάτω των 55 ετών (US Department of Health and Human Services, 2004).

Το κάπνισμα, οδηγεί σε εκδηλώσεις διαταραχών της καρδιάς και των αγγείων, μέσω πολλών μηχανισμών (Smith & Fiscer, 2001. Biann et al., 1998). Προκαλεί στένωση των αγγείων και παραγωγή χοληστερίνης, η οποία προάγει την αρτηριοσκλήρωση. Μέσω αυτών των μηχανισμών, το κάπνισμα βλάπτει τη λειτουργία των στεφανιαίων αγγείων, όπως και άλλων αγγείων και οδηγεί στην εκδήλωση στεφανιαίας νόσου. Το κάπνισμα, είναι ο σημαντικότερος τροποποιήσιμος παράγοντας κίνδυνου για την καρδιαγγειακή νόσο. Ευθύνεται για το 1/5 των καρδιαγγειακών παθήσεων παγκοσμίως και για το 30-40% του συνόλου των θανάτων από καρδιαγγειακή νόσο (WHO, 2016).

Η Ελλάδα, είναι μια από τις πρώτες χώρες σε σχετικό αριθμό κατανάλωσης τσιγάρων στην Ευρώπη. Σύμφωνα με το πανευρωπαϊκό δίκτυο καταπολέμησης του καπνίσματος, το 47% των Ελλήνων ανδρών και το 29% των Ελληνίδων, είναι καπνιστές. Τα ίδια ποσοστά προκύπτουν και από τη μελέτη «ATTICA» (Pitsavos et al., 2003).

Πλήθος βιβλιογραφικών αναφορών, στηρίζουν τις αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία (US Department of Health and Human Services, 2014). Ο κίνδυνος αυξάνεται δραματικά, όταν η έναρξη του καπνίσματος γίνεται πριν από την ηλικία των 16 ετών (Kawachi et al., 1993), και εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τον αριθμό των τσιγάρων ανά ημέρα (Wilhelmsen, 1998. Leon, Lugo, Boffetta, Gilmore, Ross, Schüz, La Vecchia & Gallus, 2016).

Η χρήση καπνού με οποιοδήποτε τρόπο, ακόμη και πέραν του κλασικού τσιγάρου, καθώς και το παθητικό κάπνισμα, περιλαμβάνονται στους παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου. Τα τελευταία χρόνια έχει αναφερθεί η ύπαρξη ενός γονιδίου, το οποίο όταν το έχει ένας καπνιστής διατρέχει τέσσερις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσει καρδιαγγειακή νόσο. (WHO/Atlas of Heart Disease and Stroke, 2016).

Πρόσφατες μελέτες διαπίστωσαν, ότι η θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα είναι υψηλότερη στις γυναίκες καπνίστριες, σε σχέση με άνδρες καπνιστές (Asia Pacific Cohort Studies Collaboration, 2005).

Ακόμα πρέπει να σημειωθεί, ότι η επίδραση του τσιγάρου στη δημιουργία αθηρωματικών πλακών είναι μεγαλύτερη αν συνυπάρχει υπέρταση και σακχαρώδης διαβήτης (Howard et al., 1998). Οι αρνητικές επιδράσεις του καπνίσματος φαίνονται

ακόμη περισσότερο, στην περίπτωση διακοπής του. Ο κίνδυνος επεισοδίου σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο μετά την διακοπή του καπνίσματος, εντός 2-3 ετών, πέφτει στο ίδιο επίπεδο επικινδυνότητας με εκείνο των στεφανιαίων ασθενών που δεν κάπνισαν ποτέ, ενώ ασυμπτωματικά άτομα, χρειάζονται 10 έτη αποχής από το κάπνισμα, για να φτάσουν το επίπεδο εκείνων που δεν έχουν καπνίσει ποτέ. (Manson et al., 1992).

Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία είναι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων, ενώ αποτελεί και μείζονα παράγοντα κινδύνου για αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, υπερλιπιδαιμία και μεταβολικό σύνδρομο. Η αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες των ανθρώπων, η αφθονία των αγαθών και η αλλαγή του καθημερινού τρόπου διαβίωσης, οδήγησαν στην μάστιγα της εποχής, την παχυσαρκία.

Οι ευρύτερα χρησιμοποιούμενοι δείκτες εκτίμησης της παχυσαρκίας, είναι η περίμετρος της μέσης και ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), ο οποίος χρησιμοποιείται κυρίως για την ταξινόμηση των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων. Η περίμετρος της μέσης και ο λόγος μέση/περιφέρεια είναι ο καλύτερος δείκτης εκτίμησης του καρδιαγγειακού κινδύνου (Yusuf et al., 2004). Αξιοσημείωτο είναι, ότι η παχυσαρκία δρα συνεργικά και με τους υπολοίπους παράγοντες καρδιαγγειακών νοσημάτων. Συγκεκριμένα, οι παχύσαρκοι καπνιστές ζουν κατά μέσο όρο, 14 έτη λιγότερα σε σχέση με τους καπνιστές που έχουν φυσιολογικό βάρος (WHO/Atlas of Heart Disease and Stroke, 2008).

Αξίζει να σημειωθεί, ότι ακόμη και μια μικρή αύξηση της μέσης τιμής του δείκτη μάζας σώματος σε πληθυσμιακό επίπεδο (π.χ. από ένα μέσο όρο 28 σε 29), δύναται να οδηγήσει σε αύξηση της νοσηρότητας κατά 10%.

Στη χώρα μας, η παχυσαρκία λαμβάνει επιδημικές διαστάσεις. Εκτός αυτού, συνδέεται άμεσα με σακχαρώδη διαβήτη, υπερλιπιδαιμία, αρτηριακή υπέρταση, κλινικές καταστάσεις οι οποίες αποτελούν μείζονες παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου, γεγονός που καθιστά την παχυσαρκία πολύ πιο σημαντικό παράγοντα κινδύνου από ότι πιστεύουμε.

Στην Ελλάδα, η παχυσαρκία ως μείζων παράγοντας κινδύνου νοσηρότητας και θνητότητας καρδιαγγειακής νόσου, έχει υποτιμηθεί. Σε μελέτη της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρίας στην οποία συμμετείχαν 30.000 ερωτηθέντες, φάνηκε ότι μόνο το 8% των ερωτηθέντων ατόμων, θεωρούν την παχυσαρκία ως μείζονα παράγοντα κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου. Ακόμη από τους 30.000 ερωτηθέντες, το

19% ήταν παχύσαρκοι ($\Delta\text{ΜΣ}>30$), αλλά μονό το 26% αυτών είχαν επίγνωση της κατάστασης τους. Το υπόλοιπο 74% από τους 12.400 υπέρβαρους, θεωρούσε ότι είχε φυσιολογικό βάρος σώματος (Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice, 2007. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Σακχαρώδης Διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης, είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο. Υπάρχουν δύο τύποι σακχαρώδους διαβήτη. Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου I, στον οποίο το πάγκρεας δεν παράγει καθόλου ινσουλίνη και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, στον οποίο το πάγκρεας παράγει μεν ινσουλίνη, η οποία όμως είτε δεν επαρκεί, είτε δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά από τον οργανισμό. Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, μπορεί να προληφθεί με φυσική δραστηριότητα, υγιεινή διατροφή και καταπολέμηση της παχυσαρκίας. Οι κυριότερες κλινικές εκδηλώσεις του σακχαρώδη διαβήτη περιλαμβάνουν πολυδιψία, πολυουρία, αδυναμία και ανεξήγητη απώλεια βάρους.

Ο σακχαρώδης διαβήτης, όχι μονό αποτελεί παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα, αλλά δρα συνεργικά και μεγεθύνει την επίδραση των υπολοίπων παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων όπως υπερλιπιδαιμία, αρτηριακή υπέρταση, κάπνισμα, παχυσαρκία.

Πληθυσμιακές μελέτες έχουν δείξει, ότι τα άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, διατρέχουν τριπλάσιο κίνδυνο να προσβληθούν από ισχαιμική καρδιοπάθεια, σε σχέση με τους υγιείς (Yusuf et al., 2001). Η επίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη, φαίνεται ότι αυξάνει σχεδόν σε όλες τις χώρες της Ευρώπης.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας σχετικά με το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (Andrikopoulos et al., 2007), αναφέρεται ότι το 31% των ατόμων που έχουν προσβληθεί, έπασχαν ήδη από σακχαρώδη διαβήτη. Η αναλογία αυτή είναι από τις μεγαλύτερες που αναφέρονται στον ευρωπαϊκό χώρο, γεγονός που καταδεικνύει το σακχαρώδη διαβήτη ως μείζονα παράγοντα κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου.

Αρτηριακή Υπέρταση

Η αρτηριακή πίεση, είναι η πίεση που ασκεί το αίμα στα εσωτερικά τοιχώματα των μεγάλων αρτηριών του σώματος που μεταφέρουν το αίμα από και προς την καρδιά. Ως αρτηριακή υπέρταση ορίζεται η κατάσταση, κατά την οποία η αρτηριακή πίεση είναι σταθερά πάνω από τα φυσιολογικά όρια, δηλαδή, υψηλότερη από

140 mmHg η συστολική και υψηλότερη από 90 mmHg η διαστολική. Αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα αίτια προώρου θανάτου, διεθνώς.

Συμφώνα με στοιχεία της WHO, υπολογίζεται ότι περισσότερα από το 50% των καρδιαγγειακών επεισοδίων και περίπου το 75% των αγγειακών εγκεφαλικών προκαλούνται εξαιτίας αρτηριακής υπέρτασης (US Department of Health and Human Services, 2004). Πληθυσμιακές μελέτες στον ευρωπαϊκό χώρο, καταδεικνύουν ότι ασθενείς με υπέρταση διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου, σε σχέση με τους νορμοτασικούς (Yusuf et al., 2004).

Η αρτηριακή υπέρταση, συνήθως συνυπάρχει με άλλους παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων, όπως το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η δυσλιπιδαιμία και ο σακχαρώδης διαβήτης και συμβάλει στη μεγέθυνση του καρδιαγγειακού κινδύνου.

Η αρτηριακή πίεση συνήθως αυξάνει με την ηλικία, εκτός από περιπτώσεις χαμηλής πρόσληψης άλατος, συστηματικής σωματικής άσκησης και ικανοποιητικού ελέγχου του σωματικού βάρους. Στα άτομα ηλικίας μέχρι 50 ετών, τόσο η αύξηση της συστολικής, όσο και της διαστολικής αρτηριακής πίεσης, αποτελούν παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα. Άνω της ηλικίας των 50 ετών, η αύξηση της συστολικής αρτηριακής πίεσης αποτελεί πιο σημαντικό παράγοντα κινδύνου.

Η αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης επιβάλλει αλλαγές του τρόπου ζωής, όπως απώλεια βάρους, αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, μείωση στην πρόσληψη άλατος και στην κατανάλωση οινοπνεύματος, καθώς και συμπληρωματική φαρμακευτική αγωγή.

Έλλειψη Φυσικής Δραστηριότητας και Άσκησης

Ο σημερινός τρόπος ζωής, έχει οδηγήσει σε ελάττωση της φυσικής δραστηριότητας, ακόμα και στις αναπτυσσόμενες χώρες, με αποτέλεσμα πάνω απ' το 55% του πληθυσμού παγκοσμίως, να μην ασκείται επαρκώς (WHO/Atlas of Heart Disease and Stroke, 2016).

Είναι σε όλους γνωστό, ότι η άσκηση συνδέεται με μακροβιότητα και μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην ελάττωση του κινδύνου για στεφανιαία νόσο, σακχαρώδη διαβήτη, παχυσαρκία, αρτηριακή υπέρταση, καθώς επίσης και στη μείωση του άγχους, της κατάθλιψης και της βελτίωσης του λιπιδεμικού προφίλ, ακόμα και σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Με την καθιέρωση ενός καθεστώτος ακόμα και ήπιας άσκησης, έστω και 150 λεπτών εβδομαδιαίως ή 60 λεπτών έντονης, μπορεί να ελαττωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου κατά 30% (WHO, 2004). Σε παγκοσμία κλίμακα η

έλλειψη φυσικής δραστηριότητας ευθύνεται για 1.9 εκατομμύρια θανάτους εκ των οποίων το 20% αποδίδονται σε καρδιαγγειακά νοσήματα. (WHO/Atlas of Heart Disease and Stroke, 2016).

Η πιο φθηνή θεραπεία της στεφανιαίας νόσου είναι η άσκηση. Πέραν των άλλων, αποβαίνει θεραπευτική για αρρυθμίες, έκτακτες συστολές ή ταχυκαρδίες.

Υγιεινή Διατροφή

Είναι παγκοσμίως γνωστό ότι η «κακή» διατροφή, δηλαδή η πλούσια σε λιπαρά, αλάτι, ζάχαρη και φτωχή σε φρούτα και λαχανικά, αποτελεί παράγοντα κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου.

Η συστηματική κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, έχει αποδειχθεί ότι ευνοεί τη συνολική υγεία του ανθρώπου. Τα φρούτα και τα λαχανικά περιέχουν βιταμίνες, φυτικές ίνες, ιχνοστοιχεία και χιλιάδες άλλες δραστικές φυτοχημικές ουσίες, τα οποία όταν προσφέρονται στον οργανισμό, δρουν σε συνέργεια και προάγουν την υγεία, μειώνοντας τον κίνδυνο διαφόρων ασθενειών. Η μεσογειακή, δηλαδή η ελληνική διατροφή, δρα ευεργετικά ακόμη και στους βαρείς καπνιστές, στους διαβητικούς και στους υπέρτασικούς, ενώ χάνει τον προστατευτικό της ρόλο, αν συνυπάρχουν έντονο ψυχοκοινωνικό άγχος και ένας τουλάχιστον κλασικός παράγοντας κινδύνου.

Παρόλα αυτά, εξαιτίας των μεταπολεμικών αλλαγών στον τρόπο ζωής στη χώρα μας, σημειώθηκε σημαντική διαφοροποίηση στην ποιοτική σύνθεση της θερμιδικής πρόσληψης. Το ποσοστό συμμετοχής των λιπιδίων στη συνολική θερμιδική κατανάλωση αυξάνεται σταδιακά και από 27% το 1960, φτάνει στο 35,6% το 2003 (WHO, 2008). Συνεπώς, το κύριο χαρακτηριστικό των μεταπολεμικών εξελίξεων στην θερμιδική κατανάλωση είναι η συνεχής αύξηση του ποσοστού συμμετοχής των λιπιδίων και κυρίως των ζωικών λιπών.

Συμφώνα με τα πορίσματα των μελετών «Cardio» 2000, σε δείγμα 2.100 ατόμων, και «ATTICA», σε δείγμα 3.200 ατόμων της Καρδιολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, διαπιστώθηκε ότι η μεσογειακή δίαιτα δρα ευεργετικά ακόμη και στους βαρείς καπνιστές, στους διαβητικούς και στους υπέρτασικούς, ενώ χάνει τον προστατευτικό της ρόλο, αν συνυπάρχουν έντονο ψυχοκοινωνικό άγχος και ένας τουλάχιστον κλασικός παράγοντας κινδύνου (Panagiotakos, 2013. Panagiotakos, Georgousopoulou, Pitsavos, Chrysohou, Metaxa, Georgiopoulos, Kalogeropoulou, Tousoulis & Stefanadis, 2015. Pitsavos, Chrysohou, Panagiotakos, Skoumas, Zeimbekis, Kokkinos, Stefanadis, & Toutouzas, 2003). Επίσης, η συστηματική

κατανάλωση φρούτων και λαχανικών έχει αποδειχθεί ότι ευνοεί, τη συνολική υγεία του ανθρώπου. Τα φρούτα και τα λαχανικά περιέχουν βιταμίνες, φυτικές ίνες, ιχνοστοιχεία και χιλιάδες άλλες δραστικές φυτοχημικές ουσίες, που όταν όλα μαζί προσφέρονται στον οργανισμό, δρουν σε συνέργεια και προάγουν την υγεία, μειώνοντας τον κίνδυνο διάφορων ασθενειών.

Κοινωνικοοικονομικές Συνθήκες

Σε αντίθεση με την έως τώρα πεποίθηση, ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι γνώρισμα του Δυτικού κόσμου και των εύπορων κοινωνικών ομάδων, και η στεφανιαία νόσος, νόσος της «ευμάρειας», φαίνεται πλέον ότι οι ασθενέστερες αυτές, προσβάλλουν περισσότερο τις ευάλωτες και οικονομικά ασθενέστερες ομάδες, οι οποίες στερούνται όχι μόνο της φροντίδας που χρειάζονται, αλλά και των μέσων που βοηθούν στην πρόληψη.

Το 80% των καρδιαγγειακών επεισοδίων, συμβαίνουν στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, γεγονός που ερμηνεύεται από την επίπτωση των παραγόντων κινδύνου, όπως αρτηριακή υπέρταση, κάπνισμα και διαβήτης, που είναι υψηλότερα στις ομάδες αυτές. Σε αυτό συμβάλλει το χαμηλό ποσοστό χρήσης φαρμακευτικών σκευασμάτων, όπως αντιλιπιδαιμικά φάρμακα, η μικρή δυνατότητα πρόσβασης σε εξελιγμένες θεραπευτικές μεθόδους, άλλα και το τεράστιο άμεσο και έμμεσο κόστος της νόσου, που για πολλούς είναι δυσβάστακτο.

Στη χώρα μας, τα εμφράγματα επηρεάζουν περισσότερο τις ασθενέστερες οικονομικά τάξεις και τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Σε δείγμα 2.172 ασθενών που εισήχθησαν με οξύ καρδιακό επεισόδιο στο Ιπποκράτειο και σε αλλά πέντε περιφερειακά νοσοκομεία (Καλαμάτας, Χαλκίδας, Λάμιας, Καρδίτσας και Ζακύνθου), η συντριπτική πλειονότητα είχε μέσο όρο σπουδών τα 7,5 χρόνια, δηλαδή απόφοιτοι Δημοτικού (Pitsavos et al., 2003).

Σε πολλά κράτη, τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες, τα άτομα που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες έχουν λιγότερες ευκαιρίες πρόσβασης σε παροχές πρώτης ανάγκης, όπως αυτές της εκπαίδευσης, της εργασίας, της οικογένειας και της ιατρικής περίθαλψης.

Σε αντίθεση λοιπόν με την -ως τώρα- πεποίθηση, που θεωρεί τα καρδιαγγειακά νοσήματα γνώρισμα του Δυτικού κόσμου και των εύπορων κοινωνικών ομάδων, φαίνεται πλέον ότι προσβάλλει περισσότερο τις ευάλωτες και οικονομικά ασθενέστερες ομάδες, οι οποίες στερούνται όχι μόνο της φροντίδας που χρειάζονται, αλλά και των μέσων που βοηθούν στην πρόληψη. Ωστόσο, ο φαύλος κύκλος δε

σταματά εδώ. Το τεράστιο άμεσο και έμμεσο κόστος της νόσου, επιβαρύνει σημαντικά την οικονομική κατάσταση της μέσης οικογένειας, οδηγώντας πολλά άτομα σε δυσχερέστερη οικονομική κατάσταση.

Καρδιαγγειακά Νοσήματα και Γυναίκες

Παρά την εντύπωση ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα αφορούν κυρίως στους μεσήλικες άνδρες, η πραγματικότητα είναι ότι επηρεάζουν εξίσου και το γυναικείο φύλο. Μάλιστα, κάποιοι παράγοντες κινδύνου αφορούν τις γυναίκες αποκλειστικά, όπως αντισυλληπτική αγωγή, ορμονική θεραπεία αποκατάστασης, σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών και κίνδυνος καρδιακού επεισοδίου κατά την αρχή κάθε έμμηνου κύκλου. Επίσης, κάποιοι κοινοί παράγοντες μεταξύ των φύλων, έχουν μεγαλύτερη επικινδυνότητα ή επίπτωση στις γυναίκες, όπως το κάπνισμα, τα υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων (υψηλότερος κίνδυνος), ο διαβήτης και η παχυσαρκία (μεγαλύτερη επίπτωση).

Κλείνοντας, παραθέτουμε μία συνοπτική αποτίμηση των παραγόντων επικινδυνότητας καρδιαγγειακού επεισοδίου, όπως ταξινομούνται στον κάτωθι Πίνακα 1, και κατηγοριοποιούνται ανάλογα με το μέγεθος κατά το οποίο επιδέχονται βελτιωτικές τροποποιήσεις μέσω φαρμακοθεραπειών, διατροφικών αλλαγών και ψυχολογικών παρεμβάσεων. Σε επόμενο Κεφάλαιο σχετικά με τα προγράμματα αποκατάστασης, θα διαπιστώσουμε την ισχύ των ψυχολογικών παραγόντων ως προς την επιρροή τους στην καρδιολογική υγεία. Είναι κυρίως σε αυτό το έδαφος, δηλαδή στους τροποποιήσιμους παράγοντες πρόκλησης καρδιαγγειακού επεισοδίου, όπου τα προγράμματα αποκατάστασης αναπτύσσουν και εστιάζουν, τις τεχνικές προσεγγίσεις τους. Ωστόσο, η παρατηρούμενη ευεργετική επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων, ως προς την τροποποίηση των παραγόντων επικινδυνότητας, παραμένει εξαιρετικά δυσπρόσιτη, σχετικά με την αιτιολόγηση της. Η επίδραση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή, έχει συχνά ένα διάχυτα θετικό αποτέλεσμα, είναι όμως τεχνικά δύσκολο να προσδιορίσουμε τον τρόπο της συμβολής του στη θετική θεραπευτική έκβαση, την οποία παρατηρούμε.

Πίνακας 1: Παράγοντες πρόκλησης καρδιαγγειακών νοσημάτων σε σχέση με την δυνατότητα τροποποίησής τους

Μείζονες τροποποιήσιμοι	Άλλοι τροποποιήσιμοι	Μη τροποποιήσιμοι	Νεότεροι παράγοντες
Αρτηριακή υπέρταση	Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο	Ηλικία	Ομοκυστεϊναιμία
Υπερλιπιδαιμία	Διαταραχές ψυχικής υγείας	Οικογενειακό ιστορικό	Φλεγμονή
Κάπνισμα	Ψυχολογικό στρες	Φύλο	Διαταραχές πηκτικότητας
Παχυσαρκία	Κατάχρηση αλκοόλ	Φυλή και εθνικότητα	
Μη υγιεινή διατροφή	Φαρμακευτική αγωγή π.χ. αντισυλληπτικά		
Σακχαρώδης διαβήτης			
Έλλειψη φυσικής δραστηριότητας			

Σχέση ψυχοπαθολογικών οντοτήτων και αποκατάστασης στεφανιαίας νόσου. Η θεματική ενότητα που ακολουθεί, επιχειρεί να συγκεντρώσει, τους μείζονες ψυχολογικούς παράγοντες οι οποίοι συναντώνται στην κλινική πράξη, σε σχέση με τους καρδιοπαθείς. Πρόκειται για παράγοντες οι οποίοι ανήκουν σε διαγνωστικές κατηγορίες και όχι σπάνια διαλάχουν της προσοχής, παραμένοντας ουσιαστικά αδιάγνωστες στα εξωτερικά καρδιολογικά ιατρεία των νοσοκομείων. Η επιβάρυνση του μεγάλου όγκου ασθενών, η επείγουσα κατάσταση πολλών ασθενών, είναι μερικοί αλλά και επαρκείς λόγοι για να δικαιολογήσουν επί της ουσίας το «αδιάγνωστο» των ψυχοπαθολογικών στοιχείων, τα οποία είτε προϋπήρχαν είτε ανατάχθηκαν ως αντίδραση προς τη νόσο, μετά από το καρδιακό επεισόδιο. Σε αυτό το περιβάλλον

εργασίας, καθόλου τυχαία και εξαιτίας του ασφυκτικά περιορισμένου χρόνου, οι αναφορές για την ψυχική κατάσταση και υγεία των ασθενών, περιχαράκωνονται και εκτελούνται τυπικότερα, στην καλύτερη περίπτωση, σε τυποποιημένες συμβουλές. Πολλώ δε μάλλον, οι αναφορές για την ψυχολογική ειδικότερα αποκατάσταση, είναι στην πράξη σχεδόν ανύπαρκτες. Ωστόσο, η ιατρική κοινότητα των ειδικών καρδιολόγων, διαρκώς ενημερώνεται και αυξανόμενο ποσοστό ιατρών αναγνωρίζει πια την συνεισφορά των ψυχολογικών παρεμβάσεων. Αποτέλεσμα της ανωτέρω συνθήκης είναι μια σχετική αλλά διαρκής και συνεχιζόμενη αύξηση των παραπομπών, σε ειδικούς ψυχικής υγείας. Το στάδιο αυτό αποτελεί σημαντικότατο κρίκο στην αλυσίδα του θεραπευτικού σχεδιασμού, διότι καταλήγει σε μια ουσιώδη ενημέρωση του ασθενούς περί της καρδιολογικής αποκατάστασης. Με το τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η πιθανή συμμετοχή του ασθενούς σε ένα πρόγραμμα.

Ωστόσο, η διαγνωστική ταυτοποίηση, των ψυχοπαθολογικών ή δυσλειτουργικών στοιχείων του καρδιοπαθή, δεν στοχεύει στην «ψυχιατρικοποίηση» ή «ψυχολογικοποίηση» της καρδιολογικής νόσου, ή του ασθενή με καρδιολογικό πρόβλημα. Δυστυχώς μία παρόμοια στάση επεκράτησε στο παρελθόν και απέπεμψε την προσέγγιση σε ειδικούς υγείας, τόσο από την πλευρά των καρδιολόγων όσο και των ασθενών. Σήμερα μπορούμε να πούμε με σχετική βεβαιότητα, ότι η στάση των ειδικών στο χώρο της αποκατάστασης, όχι μόνον δε «ψυχιατρικοποιεί» τη νόσο, αλλά εργάζονται ώστε να αποδομηθούν ψυχολογικές ταυτότητες, οι οποίες καθηλώνουν τους ασθενείς. Για όλους τους παραπάνω λόγους, χρειάζεται προσοχή στην χρήση της τεχνικής ορολογίας των ψυχοπαθολογικών όρων, ειδικότερα παρουσία του ασθενή. Καθίσταται λοιπόν αναγκαία για τους επαγγελματίες στο χώρο της ψυχολογικής αποκατάστασης, η αναζήτηση, ανίχνευση και διάκριση των ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων, οι οποίες συναντώνται διαρκώς κατά την συνεργασία με τους καρδιοπαθείς.

Κατάθλιψη. Οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι συνηθέστερες στους ασθενείς με καρδιακή νόσο, εν συγκρίσει με τον γενικό πληθυσμό. Η συσχέτιση αυτή ωστόσο, δεν περιορίζεται στην καρδιακή νόσο. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι σχετικά υψηλός στις περισσότερες σημαντικές χρόνιες ασθένειες. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς με πολλαπλές νόσους, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, έναντι των ασθενών με μία μόνο πάθηση (Carney, Blumenthal, Catellier, Freedland, Berkman, Watkins, Czajkowski, Hayano & Jaffe, 2004. Carney & Freedland, 2017).

Η καρδιακή νόσος είναι καταθλιπτικογόνος. Η ιατρική κατάσταση της καρδιολογικής νόσου, οι αναπόφευκτες αλλαγές και διαταράξεις της κανονικότητας, αλλά και οι αντιλαμβανόμενες συνέπειες ή προεκτάσεις τις οποίες προσλαμβάνει ο ασθενής, συνεισφέρουν στην εγκατάσταση της καταθλιπτικής διαταραχής. Η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση στο σύνολό της, θεωρεί ότι δεν είναι η καρδιακή νόσος του ασθενούς που προκαλεί την κατάθλιψη, αλλά αυτό που ο ασθενής σκέπτεται και νοηματοδοτεί (κυρίως αρνητικά) για την καρδιακή νόσο και τις συνέπειές της. Για πολλούς ασθενείς, οι επιπτώσεις είναι πολύ περισσότερο αγχογόνες από την ίδια την καρδιακή προσβολή. Είναι σύνηθες λόγου χάρη, οι μετεμφραγματικοί ασθενείς να μην προβληματίζονται τόσο για την ίδια την καρδιακή προσβολή, αλλά να δαπανούν αρκετό χρόνο αναμασώντας ερωτήματα σχετικά με το αν θα μπορέσουν ποτέ να εκπληρώσουν τους στόχους τους, ή να αισθάνονται αδύναμοι προς την επίτευξη μίας κανονικής και ποιοτικής ζωής, σύμφωνα με τα προσωπικά τους κριτήρια.

Τα ψυχοθεραπευτικά μοντέλα, δίνουν επίσης έμφαση στον ρόλο που ασκεί επί της κατάθλιψης, η αδρανοποίηση του ασθενή. Το ιδιαίτερο σχήμα της αδρανοποίησης διαφέρει από ασθενή σε ασθενή, αλλά συχνά περιλαμβάνει ελάττωση των σωματικών δραστηριοτήτων, των ευχάριστων δραστηριοτήτων και/ή των δραστηριοτήτων, που προάγουν το αίσθημα της υπεροχής, της επίτευξης, του σκοπού και νοήματος. Η αδρανοποίηση μπορεί να εκπηγάξει από την κατάθλιψη, αλλά μπορεί να ξεκινά και από άλλα αίτια και κατόπιν να συμβάλλει στην ανάπτυξη, εκδήλωση και την εμμονή ενός καταθλιπτικού επεισοδίου.

Στους καρδιοπαθείς, η διαδικασία της αδρανοποίησης συχνά ξεκινά με την αναπόφευκτη μεταβολή των μοτίβων δραστηριότητας κατά την περίοδο ανάρρωσης, ύστερα από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή από χειρουργική επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης. Ωστόσο, μερικοί ασθενείς αδρανοποιούνται επειδή παρερμηνεύουν τις συμβουλές του θεράποντος ιατρού τους, ή λόγω υπερβολικών φόβων που αναπτύσσουν για την σωματική τους ευαλωτότητα (Πίνακας 2). Ενδεικτικά, οι Lewin et al. (2000) στο Ηνωμένο Βασίλειο διαπίστωσαν ότι μερικοί ασθενείς με στεφανιαία νόσο, πιστεύουν λανθασμένα ότι κάθε επεισόδιο στηθάγχης, έστω και ήπιο, αποτελεί ουσιαστικά μια μικρή καρδιακή προσβολή και ότι αυτά τα επεισόδια τελικά αθροίζονται και προκαλούν τόση ζημιά, όση και μια μείζονα καρδιακή προσβολή. Με βάση αυτή την εσφαλμένη υπόθεση, οι ασθενείς εξάγουν το λογικό συμπέρασμα, ότι είναι εξαιρετικά επικίνδυνο να συμμετέχουν σε οποιοδήποτε είδος σωματικής δραστηριότητας, που θα μπορούσε να προκαλέσει στηθάγχη λόγω

σωματικής άσκησης ή οποιαδήποτε ψυχική διακύμανση, όπως έκφραση δυσάρεστων και ευχάριστων συναισθηματικών εκδηλώσεων. Αυτό είναι προφανώς εκ διαμέτρου αντίθετο προς τις συμβουλές που έλαβαν από τον καρδιολόγο τους και ισχύει για κάθε θεραπευτικό πρωτόκολλο. Η καρδιακή αποκατάσταση, μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να υπερβούν τα εμπόδια της σωματικής δραστηριότητας, και αποτελεί έναν από τους λόγους για τους οποίους μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα όχι μόνο στη σωματική δραστηριότητα, αλλά και στην ψυχολογική αποκατάσταση. Δυστυχώς, η ίδια η κατάθλιψη αποτελεί σύνηθες εμπόδιο συμμετοχής στην καρδιακή αποκατάσταση. Συμπερασματικά, η αδρανοποίηση των καταθλιπτικών καρδιοπαθών είναι συχνά ένα διεπιστημονικό και πολυπαραγοντικό πρόβλημα.

Πίνακας 2: Παράγοντες ευαλωτότητας στην κατάθλιψη από καρδιοπαθείς

Παράγοντες που αυξάνουν την ευαλωτότητα των καρδιοπαθών στην κατάθλιψη
Φύλο θηλυκό
Σχετικά νεαρό ηλικίας (έναρξη της καρδιακής νόσου στην πρώιμη ενήλικη περίοδο)
Οικογενειακό ιστορικό μείζονος κατάθλιψης
Προηγούμενα επεισόδια μείζονος κατάθλιψης (περισσότερα επεισόδια συνεπάγεται μεγαλύτερος κίνδυνος)
Πολλαπλά αγχογόνα συμβάντα κατά τους πρόσφατους μήνες
Ανεπαρκής κοινωνική στήριξη
Λειτουργικοί περιορισμοί

Μολονότι η δυσλειτουργική σκέψη, η αρνητική συναισθηματική κατάσταση και η αδρανοποίηση ως προς την συμπεριφορά των καρδιοπαθών, διαδραματίζουν συχνά σημαντικό ρόλο στην έναρξη και την επιμονή της κατάθλιψης, εξίσου σημαντικός είναι και ο ρόλος των αντικειμενικών προβλημάτων. Η νόσος μπορεί να προξενήσει ένα ντόμινο πολλαπλών προβλημάτων, όπως ανεργία, οικονομικές δυσκολίες, διαταραχή οικογενειακών ρόλων και συζυγική διαφωνία. Μπορεί επίσης να συμβεί εν μέσω τέτοιων προβλημάτων, δυσχεραίνοντας ακόμη περισσότερο την αντιμετώπισή τους από τον ασθενή. Επομένως, τα ελλείμματα σχετικά με την επίλυση προβλημάτων και τις δεξιότητες αντιμετώπισης, έχουν μια σημαντική θέση στην ανάπτυξη της κατάθλιψης στους καρδιοπαθών.

Η καρδιακή νόσος μπορεί να είναι καταθλιπτικογόνος, όμως αυτό δεν σημαίνει ότι όλοι οι καρδιοπαθείς διαγιγνώσκονται με κατάθλιψη, ή υποφέρουν μια

αδιάγνωστη καταθλιπτική συμπτωματολογία. Μερικοί ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια τελικού σταδίου, παραμένουν αισιόδοξοι παρά τις αντίξοες περιστάσεις, ενώ άλλοι παθαίνουν κατάθλιψη, υπό πολύ λιγότερο σοβαρές συνθήκες. Αγχογόνα ιατρικά γεγονότα, όπως ένα οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, είναι πιθανότερο να επισπεύσουν τα καταθλιπτικά επεισόδια στους ασθενείς που είναι ευάλωτοι στην κατάθλιψη, παρά σε εκείνους που είναι ανθεκτικότεροι.

Η κατάθλιψη, μπορεί επίσης να παροξύνει την καρδιακή νόσο και να επιδεινώσει μερικές από τις συνέπειές της. Υπάρχουν ισχυρά στοιχεία λόγου χάριν, που αναφέρουν ότι οι ασθενείς που παθαίνουν μείζονα κατάθλιψη μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, εμφανίζουν τη διπλάσια τουλάχιστον πιθανότητα να πεθάνουν τα επόμενα ένα-δύο χρόνια, έναντι των ασθενών που δεν έπαθαν κατάθλιψη (Carney & Freedland, 2017. Rozanski, Blumenthal, Davidson, Saab & Kubzansky, 2005). Ακόμη και οι ασθενείς με ηπιότερες μορφές κατάθλιψης, είναι εκτεθειμένοι μερικώς σε υψηλότερο κίνδυνο. Εξάλλου, η κατάθλιψη, αποτελεί πιο ισχυρό προγνωστικό παράγοντα λειτουργικής έκπτωσης στους ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, από ότι η σοβαρότητα της δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας. Επομένως, η σχέση μεταξύ καρδιακής νόσου και κατάθλιψης, είναι μάλλον αμοιβαία παρά μονόδρομη.

Η κατάθλιψη, συνοδεύεται συχνά και από άλλα αρνητικά συναισθήματα, όπως θυμός, καθώς και από άλλα ψυχολογικά προβλήματα, όπως η αντιλαμβανόμενη ανεπαρκής κοινωνική στήριξη, και τα συμπεριφορικά προβλήματα τρόπου ζωής, όπως κάπνισμα, έλλειψη άσκησης, ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες, ασυνεπής σωματική φροντίδα και υγιεινή. Επομένως, τίθεται το ερώτημα εάν η κατάθλιψη έχει αφ' εαυτής αρνητικές επιδράσεις στην πορεία και την έκβαση της καρδιακής νόσου, ή εάν αυτές οι επιδράσεις οφείλονται σε σχετιζόμενα προβλήματα. Ο κύριος όγκος των ενδείξεων, υποδεικνύει ότι η κατάθλιψη έχει ανεξάρτητες επιδράσεις στην καρδιακή νόσο, πάνω και πέρα από τις επιδράσεις των άλλων σχετιζόμενων ψυχοκοινωνικών και συμπεριφορικών παραγόντων. Σε αυτό το πνεύμα, διαπιστώθηκε ότι το ιστορικό μείζονος κατάθλιψης, τα τρέχοντα συμπτώματα άγχους, και η σοβαρότητα της καρδιακής νόσου, αποτελούν ανεξάρτητους προβλεπτικούς παράγοντες καρδιακών επεισοδίων, σε μετεμφραγματικούς ασθενείς οι οποίοι υποτροπίασαν (Nicholson, Kuper & Hemingway, 2006).

Επιπρόσθετα, σε ένα ακόμη παράδειγμα, υπάρχουν ισχυρά στοιχεία συσχέτισης του καπνίσματος και της κατάθλιψης. Τα άτομα που καπνίζουν, έχουν

μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν καταθλιπτικά, και τα καταθλιπτικά άτομα έχουν περισσότερες πιθανότητες να καπνίζουν. Το κάπνισμα, είναι επίσης ένας καλά τεκμηριωμένος παράγοντας κινδύνου της καρδιακής νόσου. Επομένως, οι περισσότερες μελέτες για την κατάθλιψη, ως παράγοντα κινδύνου νοσηρότητας και θνησιμότητας στους καρδιοπαθείς, συμπεριλαμβάνουν ως παράμετρο ελέγχου/διόρθωσης και το κάπνισμα. Παρά τη συσχέτιση κατάθλιψης και καπνίσματος, στις περισσότερες μελέτες διαπιστώθηκε ότι η κατάθλιψη είναι ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου ανεπιθύμητων καρδιακών εκβάσεων, ακόμα και μετά τη διόρθωση, ως παραμέτρου, του καπνίσματος.

Έχουν πλέον συγκεντρωθεί αρκετά τεκμήρια σχετικά με τις ανεπιθύμητες καρδιακές επιδράσεις της κατάθλιψης, σε σημείο που μερικοί καρδιολόγοι την αντιμετωπίζουν ως γνήσιο παράγοντα καρδιακού κινδύνου, περίπου όπως την υπέρταση και την υπερλιπιδαιμία. Ωστόσο, κάτι τέτοιο απέχει αρκετά από το να έχει καθολική ισχύ. Πολλοί επιφυλάσσουν να συμπεράνουν, ότι η κατάθλιψη αποτελεί αιτιώδη παράγοντα καρδιακής νόσου, επειδή είναι ελάχιστα γνωστοί οι υποκείμενοι μηχανισμοί αυτής της σχέσης. Δεν αρκεί να δείξει κανείς, ότι η κατάθλιψη αποτελεί προγνωστικό παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας των καρδιοπαθών· πρέπει να εξηγηθεί και ο λόγος, για τον οποίο αποτελεί προγνωστικό παράγοντα αυτών των εκβάσεων.

Ο κατάλογος των υποψήφιων μηχανισμών μπορεί να διαιρεθεί σε δύο ευρείες κατηγορίες: παθοφυσιολογικοί και συμπεριφορικοί μηχανισμοί. Για τον προσδιορισμό των παθοφυσιολογικών μηχανισμών, οι ερευνητές διερεύνησαν παράγοντες, που συνδέονται τόσο με την κατάθλιψη όσο και με ανεπιθύμητες καρδιαγγειακές εκβάσεις. Η καρδιαγγειακή απορρύθμιση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, είναι ένα παράδειγμα. Οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη, έχουν την τάση να εμφανίζουν αυξημένη καρδιακή συχνότητα ηρεμίας και στο πλαίσιο της στεφανιαίας νόσου, η υψηλή καρδιακή συχνότητα, μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης ενός οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου, ή μιας δυνητικά μοιραίας αρρυθμίας. Επομένως, ένας τρόπος με τον οποίο η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τις καρδιαγγειακές εκβάσεις, είναι με την αύξηση της καρδιακής συχνότητας ηρεμίας του ασθενούς. Στους λοιπούς βασικούς υποψήφιους παθοφυσιολογικούς παράγοντες, συγκαταλέγονται ενδεικτικά, τα αυξημένα επίπεδα στο αίμα χημικών ενώσεων που σχετίζονται με ύπαρξη φλεγμονής ή θρόμβωσης, όπως η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP).

Οι υποψήφιοι ενδιάμεσοι μηχανισμοί συμπεριφοράς, που συνδέουν την κατάθλιψη με ανεπιθύμητες καρδιακές εκβάσεις, περιλαμβάνουν τη μη συμμόρφωση στη συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή (compliance), καθώς και παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, όπως το κάπνισμα και η απουσία σωματικής δραστηριότητας. Η κατάθλιψη, έχει συνδεθεί με την ελλιπή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή για διάφορες νόσους, καθώς και με το κάπνισμα και την απουσία σωματικής δραστηριότητας τόσο σε σωματικά υγιείς, όσο και σε ασθενείς πληθυσμούς. Για παράδειγμα, μελέτη διερεύνησε κατά πόσο οι καρδιοπαθείς λαμβάνουν την ασπιρίνη τους σύμφωνα με τις οδηγίες. Επειδή η ασπιρίνη παρεμβαίνει στην ικανότητα του αίματος να δημιουργεί θρόμβους, συνταγογραφείται σταθερά σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, προκειμένου να προληφθεί το ενδεχόμενο, ενός οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου. Η μελέτη, οδήγησε στη διαπίστωση ότι το ποσοστό συμμόρφωσης στο σχήμα της προληπτικής ασπιρίνης, είναι σημαντικά χαμηλότερο στους καταθλιπτικούς έναντι των μη καταθλιπτικών ασθενών (Duffy, Kelly, Trang, Whellan & Mills, 2014).

Η διάκριση μεταξύ συμπεριφορικών και παθοφυσιολογικών μηχανισμών είναι μάλλον μία τεχνητή, λειτουργική διάκριση. Στο μέτρο κατά το οποίο οι συμπεριφορικοί μηχανισμοί επηρεάζουν τις ιατρικές εκβάσεις, αυτό είναι πιθανό να συμβαίνει μέσω φυσιολογικών μηχανισμών.

Επιπλέον, η κατάθλιψη έχει σχετιστεί με διπλάσια ως και τετραπλάσια, αύξηση της επικινδυνότητας για δυσάρεστη έκβαση της υγείας, μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (Connerney, Shapiro, McLaughlin, Bagiella & Sloan, 2001. Lesperance, 2002. Barth, Schumacher, & Herrmann-Lingen, 2004). Ενώ λοιπόν, είναι σημαντική η αναγνώριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε μετεμφραγματίες, η κατάθλιψη υποδιαγιγνώσκεται αρκετά συχνά, στην καθημερινή κλινική πράξη, εξαιτίας κυρίως του χρόνου που απαιτείται για την κλινική εκτίμηση της (Ziegelstein, Kim, Kao, Fauerbach, Thombs & McCann, 2005). Αυτό οδήγησε τους κλινικούς, στην αναζήτηση ενός εύκολου προς χρήση και γρήγορου εργαλείου εκτίμησης (Cheok, Schrader, Banham, Marker & Hordacre, 2003).

Σε αυτόν τον άξονα σκέψης, οι Denollet, Martens, Smith & Burg (2009) διαμόρφωσαν μια σύντομη εκδοχή του BDI (Beck Depression Inventory, 21 στοιχείων). Η εφαρμογή του γνωστού ψυχομετρικού εργαλείου στον ψυχιατρικό πληθυσμό, έχει αποδείξει την αποτελεσματικότητά του, ωστόσο η εφαρμογή του σε καρδιολογικούς ασθενείς, έχει εμφανίσει ψυχομετρική ευαισθησία για αυξημένη

επικινδυνότητα επεισοδίου, μόνο στις οριακές, ουδικές τιμές (threshold scores). Η μείωση του αριθμού των στοιχείων – ερωτήσεων του BDI-21, είχε σαν αποτέλεσμα, να καταγράφεται πιο εύστοχα το μέγεθος της αυξημένης επικινδυνότητας (Jiang, Glassman, Krishnan, O' Connor & Califf, 2005). Η εφαρμογή της σύντομης μορφής του BDI με 10 στοιχεία, η οποία προέκυψε από παραγοντική ανάλυση, σημείωσε στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές σε ασθενείς που εμφάνισαν καρδιακό επεισόδιο, συγκρινόμενο με τις τιμές εκείνων που δεν εμφάνισαν ($p = 0.015$). Η σύντομη μορφή του BDI-10 (HR: 1.18, 95% CI: 1.08 – 1.29, $p < 0.0001$), προέβλεπε την εμφάνιση υποτροπής νόσου και θανάτου εξαιτίας της νόσου, ακόμη και μετά από προσαρμογή στη σοβαρότητα της νόσου. Πληροφοριακά αναφέρουμε επίσης, ότι την ίδια ανεξάρτητη προβλεπτική ισχύ, επέδειξαν παράγοντες όπως ηλικία, δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), ιστορικό καρδιακού επεισοδίου, προηγούμενο έμφραγμα μυοκαρδίου, στεφανιαία επέμβαση καθετήρα (percutaneous coronary intervention), και χειρουργική αποκατάσταση επαναγγείωσης στεφανιαίας αρτηρίας (CABG revascularization). Με αυτό τον τρόπο, της σύντομης αυτοαναφερόμενης εκτίμησης, επιτεύχθηκε μία κλινική διαστρωμάτωση ως προς την επικινδυνότητα των ασθενών, απομακρύνοντας μερικώς, εμπόδια των κλινικών εκτιμήσεων (π.χ. σύντομη χρονικά χορήγηση και διόρθωση). Η σύντομη μορφή του BDI-10 αποδείχθηκε ένα έγκυρο ψυχομετρικό εργαλείο, το οποίο παρέχει μεγαλύτερη χρησιμότητα σε σχέση με την πλήρη μορφή του BDI, ως προς την πρόβλεψη δυσάρεστων καρδιακών εκβάσεων στον πληθυσμό των καρδιοπαθών.

Μέχρι το 2020, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και η κατάθλιψη αναμένεται να είναι οι κύριοι συντελεστές επιβάρυνσης των ασθενειών παγκοσμίως (Murray & Lopez, 1997). Η κατάθλιψη με το οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου (OEM), αποτελούν μία κοινή συννοσηρή διαταραχή, και τα δύο δε, σχετίζονται με υποβαθμισμένη ποιότητα ζωής, προκαλώντας ένα ιδιαίτερα σημαντικό οικονομικό φορτίο για την κοινωνία (Frasure-Smith, 1993. Frasure-Smith, Lesprance, Gravel, Masson, Juneau, & Bourassa, 2002. Schleifer, 1989. Zellweger, Osterwalder, Langewitz, & Pfisterer, 2004).

Επιπροσθέτως, η μετεμφραγματική κατάθλιψη σχετίζεται με υψηλό οικονομικό κόστος λόγω επανεισαγωγών στο νοσοκομείο, αλλά και ανάγκης συχνής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου μετά το έμφραγμα (Frasure-Smith et al., 2002). Για τους λόγους αυτούς, η άμεση διάγνωση

και η ενεργητική διαχείριση της κατάθλιψης, συνδράμει στη βελτίωση των δεικτών συννοσηρότητας και θνησιμότητας.

Άγχος. Η καρδιακή νόσος μπορεί να είναι εξαιρετικά αγχογόνος, όπως είναι και μερικές από τις παρεμβάσεις που απαιτούνται για την αντιμετώπισή της. Πολλοί ασθενείς, βιώνουν τεράστιο άγχος κατά τη διάρκεια ενός οξέος καρδιακού επεισοδίου, συχνά επειδή αισθάνονται ότι επίκειται ο θάνατος. Μερικοί ασθενείς τρομοκρατούνται ακόμη περισσότερο από την προοπτική, να μείνουν μόνιμα ανάπηροι από ένα μείζον έμφραγμα του μυοκαρδίου, παρά από το να πεθάνουν εξαιτίας του. Επειδή το άγχος είναι εντονότατο και σχετικά σύνηθες σε αυτές τις συνθήκες, πολλοί ασθενείς καταστέλλονται κατά τη διάρκεια επείγουσας αντιμετώπισης για ένα οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η διαχείριση του άγχους ωστόσο, είναι συνήθως λιγότερο συστηματική, αφού σταθεροποιηθεί ο ασθενής.

Σε μια πρόσφατη μελέτη των Basara, Baydin, Yilmaz, Yucel, Erenler και Murate (2015), ζητήθηκε από τους ασθενείς, να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο εντός 48 ωρών από την εισαγωγή σε νοσοκομείο για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, ενώ εξετάστηκαν οι νοσοκομειακοί φάκελοί τους, προκειμένου να καθοριστεί, εάν και με ποιο τρόπο αντιμετωπίστηκε το άγχος τους. Λιγότεροι από τους μισούς νοσοκομειακούς φακέλους, έκαναν κάποια αναφορά στο εάν ο ασθενής ερωτήθηκε για το άγχος. Οι ασθενείς που είχαν υψηλά επίπεδα άγχους (σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο άγχους), δεν είχαν περισσότερες πιθανότητες να αξιολογηθούν κλινικά για το άγχος, από τους λιγότερο αγχώδεις ασθενείς. Στο 25% περίπου των ασθενών χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή για το άγχος, ενώ οι μισοί περίπου δέχθηκαν κάποιο είδος ελάχιστης μη φαρμακολογικής παρέμβασης, όπως καθησυχασμό ή συστάσεις για χαλάρωση. Διαπιστώθηκε, πολύ μικρή σχέση μεταξύ του εάν ο ασθενής αξιολογήθηκε για άγχος και του εάν έλαβε θεραπεία, ενώ η αποτελεσματικότητα της θεραπείας, δεν ήταν τεκμηριωμένη με συνέπεια. Σε περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις, στις οποίες ο ασθενής έλαβε αγχολυτική θεραπεία, δεν υπήρχε μετέπειτα σημείωμα για το εάν η θεραπεία ήταν αποτελεσματική. Σπάνια εντοπίστηκε οποιαδήποτε τεκμηρίωση, για την αποτελεσματικότητα κάποιας από τις μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις.

Υπάρχουν αρκετές αγχογόνες στιγμές, στην πορεία της καρδιακής νόσου. Μπορεί να είναι τρομακτικό, π.χ., όταν ένας εμφανώς υγιής μεσήλικας αρχίζει ξαφνικά να παρουσιάζει στηθάγχη λόγω άσκησης. Η οριστική διαγνωστική διαδικασία, ο καθετηριασμός της καρδιάς στη στεφανιαία αγγειογραφία, είναι γενικά

ασφαλής, αλλά υπάρχει ο κίνδυνος να πυροδοτήσει έμφραγμα του μυοκαρδίου ή εγκεφαλικό επεισόδιο. Η εγχείρηση καρδιάς είναι αρκετά πιο αγχογόνος. Ανήκει στις επεμβάσεις εκείνες, που προκαλούν ένα αξιοσημείωτο επίπεδο τρόμου και άγχους.

Η δύσπνοια (δυσχερής, εργώδης αναπνοή ή λαχάνιασμα), μπορεί να αποτελεί πηγή έντονου άγχους για τους ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Παρόλο που το άγχος είναι μια κατανοητή, και συχνά μια αυτόματη απόκριση στη δύσπνοια, μπορεί να παροξύνει το λαχάνιασμα και να το καθιστά πιο δυσβάσταχτο. Παρόλο που η ιατρική παρέμβαση για την αντιμετώπιση της δύσπνοιας, είναι το σημαντικότερο βήμα στη διαχείριση αυτής της πηγής άγχους, σε μερικές περιπτώσεις, η ψυχιατρική ή ψυχολογική παρέμβαση είναι επίσης σημαντικές.

Η έρευνα για το άγχος, ως παράγοντα κινδύνου καρδιακής νοσηρότητας και θνησιμότητας, είναι πιο περιορισμένη σε σύγκριση με την κατάθλιψη, αλλά υπάρχουν στοιχεία ότι τουλάχιστον μερικές μορφές άγχους, ενδέχεται να αποτελούν προγνωστικό παράγοντα καρδιακής θνησιμότητας. Τα τεκμήρια, είναι ισχυρότερα για το φοβικό άγχος και περιλαμβάνουν ευρήματα από διάφορες μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες. Οι αρχικές μελέτες που ξεκίνησαν τη δεκαετία του '90, περιελάμβαναν μόνο άνδρες. Μία από τις πιο πρόσφατες εκθέσεις βασίστηκε σε δείγμα 72.000 και πλέον γυναικών, που συμμετείχαν στη μελέτη-ορόσημο «Nurses' Health Study». Σε μια περίοδο παρακολούθησης 12 ετών, το φοβικό άγχος συνδέθηκε με αυξημένο κίνδυνο θανάτου, από καρδιακά αίτια. Από την άλλη πλευρά, αρκετές άλλες μελέτες, δεν κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το άγχος έχει προγνωστική αξία σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Συνοψίζοντας, οι ενδείξεις ότι το άγχος αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου θνησιμότητας λόγω καρδιακής νόσου, είναι ακόμη διαφορούμενες (Bao, Bertoina, Lenart, Stampfer, Willett, Speizer & Chavarro, 2016).

Θυμός, εχθρότητα και Συμπεριφορά Τύπου Α. Στα μέσα της δεκαετίας του '70, η μελέτη 'Western Collaborative Group Study' ανέφερε μια προοπτική σύνδεσης μεταξύ προσωπικότητας Τύπου Α και στεφανιαίας νόσου (Rosenman, Friedman, Straus, Jenkins, Zyzanski, & Wurm, 1970). Τα ψυχολογικά στοιχεία που συνιστούσαν και καθόριζαν την προσωπικότητα Τύπου Α, βρέθηκαν στο επίκεντρο και κινητοποιήσαν έντονο ενδιαφέρον για την συγκεκριμένη προσωπικότητα, ή καλύτερα για το συμπεριφορικό μοτίβο τύπου Α ως παράγοντα καρδιακού κινδύνου. Δεκάδες έρευνες ακολούθησαν κατά τις επόμενες δύο δεκαετίες. Σε αντίθεση με τις πρώιμες μελέτες, οι έρευνες που ακολούθησαν δεν κατάφεραν να εντοπίσουν μια ανεπιθύμητη σύνδεση μεταξύ συμπεριφοράς Τύπου Α και στεφανιαίας νόσου, όπως π.χ. το οξύ

έμφραγμα του μυοκαρδίου, ή η καρδιακή ανακοπή. Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση, εξέτασε όλες τις υπάρχουσες προοπτικές μελέτες και δεν διαπίστωσε σύνδεση, μεταξύ συμπεριφοράς Τύπου Α και στεφανιαίας νόσου (Myrtek, 2001). Η ίδια μετα-ανάλυση, βρήκε όμως σύνδεση μεταξύ της στεφανιαίας νόσου και της συνιστώσας «εχθρικότητα» (hostility), της συμπεριφοράς Τύπου Α. Παρ' όλα αυτά, το μέγεθος της επίδρασης ήταν τόσο μικρό, που η εχθρικότητα φαίνεται να έχει μηδαμινή πρακτική σημασία, για τη διαστρωμάτωση του καρδιακού κινδύνου ή για την πρόληψη της καρδιακής νόσου.

Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ωστόσο, ότι αυτές οι μελέτες αφορούν τους πιθανούς μακροπρόθεσμους κινδύνους ενός μοτίβου συμπεριφοράς, που χαρακτηρίζεται από εχθρικότητα και όχι τις καρδιαγγειακές επιδράσεις του θυμού. Παρότι το σύνολο των ενδείξεων παραμένει διφορούμενο, πρόσφατες μελέτες, υποδεικνύουν ότι ο θυμός μπορεί να έχει αρνητικές καρδιαγγειακές επιδράσεις. Μερικές από αυτές τις μελέτες, βρήκαν ότι η χολερική ιδιοσυγκρασία ή ο ιδιοσυγκρασιακός θυμός είναι προγνωστικός παράγοντας για στεφανιαία επαναγγείωση, ιδίως σε άτομα που δεν εμφανίζουν υπέρταση. Άλλες μελέτες βρήκαν ότι η έκφραση θυμού, ειδικότερα στην διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή ή αλλιώς σύνδρομο θυμού και εξαιρετικά επιθετικής συμπεριφοράς, είναι προγνωστικός παράγοντας καρδιακών επεισοδίων, για παράδειγμα, μετά από στεφανιαία αγγειοπλαστική (Kawachi, Sparrow, Spiro, Vokonas, Weiss, 1996. McCloskey, Kleabir, Berman, Chen, & Cocco, 2010).

Ο θυμός, μπορεί επίσης να έχει οξείες καρδιαγγειακές επιπτώσεις, όπως την αύξηση της πίεσης του αίματος. Σε μια από τις πιο ενδιαφέρουσες μελέτες, ασθενείς με σταθερή στεφανιαία νόσο, υποβλήθηκαν σε περιπατητική ηλεκτροκαρδιογραφία 24ώρου έως 48ώρου, με συσκευή καταγραφής Holter και τήρησαν ένα αναλυτικό ημερολόγιο των δραστηριοτήτων και αλλαγών της διάθεσής τους. Ο θυμός, διαπιστώθηκε ως ένας από τους συνηθέστερους και ισχυρότερους παράγοντες πυροδότησης της ισχαιμίας του μυοκαρδίου, κατά τη διάρκεια καθημερινών δραστηριοτήτων. Χρησιμοποιήθηκαν επίσης παιχνίδια ρόλων πρόκλησης θυμού, σε ελεγχόμενες εργαστηριακές μελέτες για την πρόκληση ισχαιμίας του μυοκαρδίου, σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Επομένως, ο συχνός θυμός μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο καρδιακών επεισοδίων σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, ανεβάζοντας την πίεση του αίματος, αυξάνοντας την ισχαιμία του μυοκαρδίου, ή άλλες καρδιαγγειακές διεργασίες.

Βάσει των ανωτέρω ευρημάτων, πρέπει να τεθεί υπό εξέταση η ευρέως διαδεδομένη δοξασία, ότι ο θυμός αποτελεί ένα είδος βλαπτικής δύναμης, που συσσωρεύεται σε επικίνδυνα υψηλά επίπεδα πίεσης, όταν κάποιος τον «κρατάει μέσα του». Η πίστη σε αυτόν τον μύθο, μπορεί να οδηγήσει τόσο τους ασθενείς όσο και τους επαγγελματίες, στη λανθασμένη παραδοχή ότι το να «κρατάει κανείς την οργή του», είναι επιβλαβές για την υγεία του και κατά συνέπεια, το να «ξεσπάει» είναι ευεργετικό. Η έρευνα για τις καρδιαγγειακές επιδράσεις του θυμού, σαφώς δεν υποστηρίζει την ιδέα ότι η έκφραση του θυμού είναι ευεργετική για τους ασθενείς με καρδιακή νόσο. Αυτό δεν σημαίνει κατ' ανάγκη, ότι είναι καλύτερο για την υγεία του ασθενούς να αισθάνεται θυμωμένος, χωρίς να το εκδηλώνει. Το πρόβλημα είναι, ο θυμός αυτός καθαυτός και η φυσιολογική διέγερση που πυροδοτείται και σχετίζεται με αυτόν. Από ψυχοθεραπευτική σκοπιά, η διαχείριση του θυμού αποτελεί ένα βασικό άξονα παρέμβασης: τίθεται υπό αμφισβήτηση η εγκυρότητα του, όσο και η χρησιμότητα των εκρηκτικών συμπεριφορών του καρδιοπαθή, κατά την διάρκεια της θεραπευτικής επεξεργασίας. Με αυτόν τον τρόπο, επιχειρείται η αντικατάσταση του εκρηκτικού θυμού με συναισθηματικές αντιδράσεις και σκέψεις, οι οποίες διευκολύνουν και αναπτύσσουν δεξιότητες επικοινωνίας και αυτοπεποίθησης, ώστε ο ασθενής να μπορεί να καταφεύγει σε προσαρμοστικές εναλλακτικές προσεγγίσεις και όχι σε υπερβολικά ή ανάρμοστα ξεσπάσματα θυμού. Το θεραπευτικό πλαίσιο επομένως, προσφέρεται ως έδρα επαναπροσδιορισμού σχετικώς πάγιων, εγκατεστημένων αυτόματων αντιδράσεων.

Καταπόνηση (στρες). Η συναισθηματική ή η ψυχική καταπόνηση, έχει τόσο άμεσες όσο και έμμεσες επιπτώσεις, στη στεφανιαία νόσο. Το στρες ορίζεται ως μια απειλή, πραγματική ή αντιλαμβανόμενη, για την επιβίωση ή ακεραιότητα του ατόμου. Συντελεί άμεσα στη στεφανιαία νόσο, αυξάνοντας τον κίνδυνο καρδιακών επεισοδίων, ενώ εμμέσως συμβάλλει, προάγοντας άλλους παράγοντες καρδιακού κινδύνου.

Για παράδειγμα, τα στοιχεία που δείχνουν ότι τα αγχογόνα συμβάντα ζωής αυξάνουν τον κίνδυνο ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, τουλάχιστον σε ευάλωτα άτομα, συνεχώς ενισχύονται. Η μείζων κατάθλιψη, όπως ήδη αναφέρθηκε, είναι ένας παράγοντας κινδύνου νοσηρότητας και θνησιμότητας σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα που βιώνουν πολλά αγχογόνα συμβάντα ζωής, όπως διαζύγιο, οικονομικά προβλήματα, μετοικεσία κ.ά., σε βάθος χρόνου διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης μείζονος καταθλιπτικού

επεισοδίου, από ότι αντίστοιχα άτομα που δεν βιώνουν παρά ένα ή δύο αγχογόνα συμβάντα ζωής. Ωστόσο, οι ερευνητές ανέλυσαν επίσης δείγματα αίματος των συμμετεχόντων και τους κατέταξαν σε διάφορες ομάδες, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά ενός συγκεκριμένου γονιδίου. Πρόκειται για ένα γονίδιο που εμπλέκεται στη ρύθμιση της σεροτονίνης, νευροδιαβιβαστή που εγνωσμένα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην κατάθλιψη. Μεταξύ των ατόμων που είχαν βιώσει πολλά αγχογόνα συμβάντα ζωής, το γενετικό μοτίβο είχε μεγάλη σημασία, για τον κίνδυνο εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης. Το ανωτέρω, είναι ένα παράδειγμα μοντέλου αγχώδους προδιάθεσης: Τα αγχογόνα συμβάντα ζωής από μόνα τους, δεν αρκούν κατ' ανάγκη για να προκαλέσουν κατάθλιψη, ούτε και η κληρονομική (γενετική) ευαλωτότητα στην κατάθλιψη. Ο συνδυασμός των δύο ωστόσο, αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης (Monroe, Harkness, Simons & Thase, 2001. Muscatell, Slavich, Monroe & Gotlib, 2009).

Το άγχος, έχει επίσης άμεσες επιπτώσεις στη στεφανιαία νόσο. Πράγματι, την επηρεάζει με δύο διαφορετικούς τρόπους: με την οξεία ή βραχυχρόνια επίδραση και τη χρόνια ή μακροχρόνια επίδραση. Ένας τρόπος για να παρατηρήσει κανείς τις οξείες καρδιαγγειακές επιδράσεις της ψυχικής καταπόνησης, είναι να τις μελετήσει στο εργαστήριο. Για παράδειγμα, σε μια πολυκεντρική μελέτη με τίτλο «Ψυχοφυσιολογικές Διερευνήσεις της Ισχαιμίας του Μυοκαρδίου (PIMI)», οι ασθενείς με τεκμηριωμένη στεφανιαία νόσο υποβλήθηκαν σε δοκιμασίες σωματικής και ψυχικής καταπόνησης (Kaufmann, McMahon, Becker, Bertolet, Bonsall, Chaitman, Cohen, Forman, Goldberg, Freedland, Ketterer, Krantz, Pepine, Raczynski, Stone, Taylor, Knatterud & Sheps, 1998). Το πρωτόκολλο τεστ κοπώσεως ψυχικής καταπόνησης, περιελάμβανε δοκιμασία δημόσιας εκφώνησης λόγου και αγχογόνες εργασίες σε ηλεκτρονικό υπολογιστή. Σχεδόν το 60% των ασθενών, ανέπτυξε ισχαιμία του μυοκαρδίου, κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας ψυχικής καταπόνησης. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς ήρθαν αντιμέτωποι, με σχετικά ήπιους αγχογόνους παράγοντες. Η επιστροφή στο σπίτι, οδηγώντας στον αυτοκινητόδρομο μετά τη συνεδρία της δοκιμασίας, ήταν ίσως πιο αγχογόνος εμπειρία, για πολλούς από τους ασθενείς. Για τους ασθενείς με στεφανιαία νόσο, η καθημερινότητα δίνει πολλές ευκαιρίες εμφάνισης ισχαιμίας, οφειλόμενης στην ψυχική καταπόνηση. Ο θυμός και η ψυχική καταπόνηση, συνδέονται επίσης με εκφορτίσεις αυτόματου εμφυτεύσιμου καρδιομετατροπέα-απινιδωτή (ΕΚΑ).

Το άγχος, μπορεί επίσης να έχει πολύ σοβαρότερες βραχυπρόθεσμες καρδιαγγειακές επιπτώσεις, από αυτές που μελετήθηκαν στη μελέτη PIMI. Στις χειρότερες από αυτές συγκαταλέγονται, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος. Για παράδειγμα, μια ερευνητική ομάδα που μελέτησε τις συνέπειες στην υγεία ενός τεράστιου σεισμού του 1995 στην Ιαπωνία, διαπίστωσε ότι ο σεισμός πυροδότησε μια απότομη αύξηση των θανάτων, από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (Y-Hassan & Tornvall, 2017). Ο κίνδυνος φάνηκε να είναι υψηλότερος, στις περιοχές όπου οι περισσότερες κατοικίες καταστράφηκαν ολοσχερώς. Φυσικά, τεράστιοι σεισμοί και άλλες μεγάλες φυσικές καταστροφές, δεν αποτελούν καθημερινές εμπειρίες για τους περισσότερους ανθρώπους. Εντούτοις, καταστροφές πολύ μικρότερης κλίμακας, όπως το να εμπλακεί κανείς σε τροχαίο ατύχημα ή να γίνει μάρτυρας βίαιου εγκλήματος, ενδέχεται επίσης να είναι αρκετά αγχωτικές, ώστε να επιφέρουν οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή ακόμη και αιφνίδιο καρδιακό θάνατο, σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

Το χρόνιο άγχος, μπορεί επίσης να αυξήσει τον κίνδυνο των καρδιακών επεισοδίων για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Για παράδειγμα, αρκετές μελέτες έχουν διερευνήσει τις επιδράσεις της χρόνιας εργασιακής έντασης (job strain), της ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας και επιβράβευσης στην εργασία, ή άλλων επαγγελματικών αγχογόνων παραγόντων. Αν και τα στοιχεία δεν εμφανίζουν συνέπεια, μερικές από αυτές τις μελέτες έχουν διαπιστώσει, ότι ένα σταθερά υψηλό επίπεδο εργασιακού άγχους μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο καρδιακής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Χαμηλή αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη. Από τη δεκαετία του '70 έως σήμερα, έχουν συσσωρευτεί πειστικά τεκμήρια, σύμφωνα με τα οποία η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη, αποτελεί παράγοντα κινδύνου θνησιμότητας των καρδιοπαθών. Εντούτοις, η κοινωνική υποστήριξη, αποτελεί μια πολύπλοκη κατασκευή και οι αποδείξεις ότι η έλλειψή της έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία, είναι ισχυρότερες μόνο για ορισμένες συνιστώσες της. Μια πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, εντόπισε τέσσερις μελέτες που ήταν ιδιαίτερα κατατοπιστικές (Πίνακα 3).

Πίνακας 3: Μελέτες σχέσης κοινωνικής υποστήριξης και θνησιμότητας

Μελέτες συσχέτισης κοινωνικής υποστήριξης και θνησιμότητας
Ο χαμηλός βαθμός κοινωνικής ενσωμάτωσης (λιγοστές οικογενειακές σχέσεις ή στενές φιλίες ή κοινωνικές δραστηριότητες) σε ασθενείς με τεκμηριωμένη στεφανιαία νόσο υπερδιπλασίασε τον κίνδυνο θανάτου σε βάθος χρόνου (Brummet, John, Ilene, Nancy, Barbara, Hayden, Redford & Daniel, 2001).
Στη μελέτη «Alameda County», η κοινωνική απομόνωση σχεδόν διπλασίασε τον κίνδυνο θανάτου 9 ετών (Berkman & Leonard, 1979).
Η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη δεν μετέβαλε άμεσα τον καρδιακό κίνδυνο θνησιμότητας σε κοόρτη μετεμφραγματικών ασθενών, αλλά επιδείνωσε εμμέσως την επίδραση της κατάθλιψης στη θνησιμότητα: ασθενείς που υπέφεραν τόσο από κατάθλιψη όσο και από έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, διέτρεχαν υψηλότερο κίνδυνο θανάτου μέσα σε ένα χρόνο μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (Frasure-Smith & Lesprance, 2003).
Διαπιστώθηκε σύνδεση ανάμεσα στην έλλειψη συναισθηματικής στήριξης και στον τριπλασιασμό σχεδόν του κινδύνου θανάτου ηλικιωμένων μετεμφραγματικών ασθενών μέσα στους έξι επόμενους μήνες (Berkman, Leo-Summers & Horwitz, 1992). Οι ασθενείς που ζούσαν μόνοι διέτρεχαν σχεδόν διπλάσιο κίνδυνο θανάτου κατά τα πρώτα χρόνια μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου απ' ότι οι ασθενείς που συγκατοικούσαν μαζί με άλλα άτομα (Case, 1992. William Ruberman, 1992).

Στο σύνολό τους οι εν λόγω μελέτες, δείχνουν ότι η συναισθηματική υποστήριξη -ιδίως όταν προέρχεται από την οικογένεια, τους φίλους και άλλα σημαντικά μέλη του κοινωνικού δικτύου ενός ατόμου- είναι προστατευτική για τους ασθενείς με καρδιακή νόσο. Αντίθετα, υποδεικνύουν ότι η κοινωνική απομόνωση και η έλλειψη συναισθηματικής στήριξης, μπορεί να θέσει τους καρδιοπαθείς σε αυξημένο κίνδυνο θανάτου.

Δεν είναι σαφές, κατά πόσο η κοινωνική υποστήριξη έχει παρόμοια προστατευτικά οφέλη, όταν παρέχεται από άτομα που δεν είναι μέλη της οικογένειας ή στενοί φίλοι. Για παράδειγμα, οι θεραπευτές μπορούν να αποτελέσουν μια σημαντική πηγή συναισθηματικής υποστήριξης σε στιγμή κρίσης, όταν π.χ. ένας

ασθενής αναρρώνει από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, αλλά δεν είναι αρκετά σαφές εάν αυτό έχει κάποια επίδραση, θετική ή αρνητική, στον κίνδυνο θανάτου, που διατρέχει ο ασθενής. Ομοίως, οι ομάδες υποστήριξης μπορούν να αποδειχθούν πολύ χρήσιμες για τους ασθενείς με καρδιακή νόσο, αλλά είναι περιορισμένα τα στοιχεία που δείχνουν ότι αυτές μειώνουν τον κίνδυνο θνησιμότητας μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, ή σε οποιοδήποτε άλλο στάδιο της καρδιακής νόσου.

Επιπλέον είναι πιθανόν, καλοπροαίρετες προσπάθειες βελτίωσης της κοινωνικής υποστήριξης, στην πραγματικότητα περισσότερο να βλάπτουν, παρά να ωφελούν υπό ορισμένες συνθήκες. Στη δοκιμή μετεμφραγματικής επαναπροσαρμογής Montreal Heart Attack Readjustment Trial (M-HART), για παράδειγμα, οι ασθενείς δέχθηκαν κατ' οίκον φροντίδα μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, η οποία περιελάμβανε μεταξύ άλλων, καθησυχασμό και συναισθηματική υποστήριξη. Τα συνολικά αποτελέσματα της δοκιμής ήταν απογοητευτικά, στο μέτρο που η παρέμβαση απέτυχε να μειώσει την καρδιακή θνησιμότητα ενός έτους, και είχε σχετικά μικρή επίδραση στην κατάθλιψη ή το άγχος. Παραδόξως, τα ποσοστά θνησιμότητας ήταν ελαφρώς υψηλότερα μεταξύ ηλικιωμένων γυναικών, που συμμετείχαν στο σκέλος της παρέμβασης απ' ότι μεταξύ των γυναικών της ομάδας σύγκρισης, που έλαβαν τη συνήθη φροντίδα. Οι συγγραφείς της μελέτης εικάζουν, ότι αυτή η φαινομενικά υποστηρικτική παρέμβαση, ενδέχεται να υπενθυμίζει συνέχεια στις γυναίκες το έμφραγμα που υπέστησαν, και ακούσια να τροφοδοτεί τις ανησυχίες τους, σχετικά με την πρόγνωσή τους. Οι επισκέψεις και οι τηλεφωνικές κλήσεις, ενδέχεται επίσης να έχουν επιφέρει πρόσθετη αγωνία, στις γυναίκες που είχαν δυσλειτουργικές συζυγικές ή οικογενειακές σχέσεις (Frasure-Smith, Lesprance, Gravel, Masson, A, Juneau, M & Bourassa, 2002). Μια πιο πρόσφατη ανάλυση των δεδομένων της μελέτης M-HART, διαπίστωσε επίσης ότι ανεξάρτητα από το φύλο, οι ασθενείς που καταφεύγουν σε απωθητικού τύπου διαχείριση ψυχοπιεστικών γεγονότων, ή κατασταλτική αντιμετώπιση (repressive coping style), τελούσαν υπό αυξημένο κίνδυνο. Διευκρινίζοντας περαιτέρω και εμβαθύνοντας στις διακρίσεις του είδους των παρεμβάσεων, οι Fisher et al. (2010) διεξήγαγαν έρευνα, στην οποία φαίνεται ότι η κοινωνική υποστήριξη, μπορεί να είναι ακόμη και αντιπαραγωγική εάν υπάρχει αναντιστοιχία μεταξύ του είδους της υποστήριξης που παρέχεται και του είδους που έχει ανάγκη ο ασθενής. Η μη κατευθυντική κοινωνική υποστήριξη, συνεπάγεται ότι κάποιος αποδέχεται τους στόχους που θέτει ο ασθενής, του παρέχει βοήθεια για να τους επιτύχει, δεν αναλαμβάνει τον έλεγχο της διαδικασίας αλλαγής

και επικυρώνει τα συναισθήματα του ασθενούς, για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει και τις προκλήσεις που ενέχονται στην επίλυσή τους. Η κατευθυντική υποστήριξη αντιθέτως, συνεπάγεται ότι κάποιος, αναλαμβάνει τον έλεγχο και δίνει οδηγίες στον ασθενή, σχετικά με το τι να κάνει, ή πώς να βλέπει την κατάστασή του.

Υπάρχουν φορές που η κατευθυντική υποστήριξη, είναι όχι μόνο χρήσιμη, αλλά και αναγκαία. Για παράδειγμα, οι ασθενείς μπορεί να αδρανοποιηθούν εντελώς κατά τις πρώτες ημέρες και εβδομάδες, μετά από ένα οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή μετά από χειρουργική επέμβαση by-pass. Η κατευθυντική υποστήριξη, είναι απαραίτητη για τους περισσότερους ασθενείς, κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Ωστόσο, καθώς ο ασθενής αρχίζει να αναρρώνει και θέλει να ανακτήσει την πρότερη ανεξαρτησία του, η κατευθυντική υποστήριξη, μπορεί να εκληφθεί ως όλο και πιο ανεπιθύμητη και ενοχλητική. Η μη κατευθυντική υποστήριξη, διαδραματίζει έναν πιο χρήσιμο ρόλο κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης. Έτσι, είναι σημαντικό να υπάρξει μια αποτελεσματική μετάβαση, από την κατευθυντική υποστήριξη προς τη μη κατευθυντική υποστήριξη, και αυτό να γίνει στη σωστή χρονική στιγμή, κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης του ασθενούς.

Πρόσφατα, διενεργήθηκε μία μετα-ανάλυση (δευτερογενής ανάλυση και επεξεργασία) των δεδομένων, για τη μεταβλητή της κοινωνικής υποστήριξης της μελέτης ENRICHD (Carney, Blumenthal, Freedland, Youngblood, Veith & Bur, 2004. ENRICHD Investigators, 2001). Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν ακόμα μια απρόσμενη συνθήκη, στην οποία η κοινωνική υποστήριξη, μπορεί να μην έχει τα οφέλη που θα αναμένονταν. Εξετάσθηκε, εάν τόσο η κατάθλιψη όσο και η χαμηλή αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη (low received social support), αποτελούσαν ανεξάρτητους παράγοντες πρόγνωσης της υποτροπής εμφράγματος του μυοκαρδίου και θανάτου και εάν υπάρχει κάποια αλληλεπίδραση μεταξύ τους. Εκ των προτέρων αναμενόταν, ότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες της κατάθλιψης και η χαμηλή αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη, θα ήταν τουλάχιστον προσθετικές ή και ενδεχομένως ακόμη πολλαπλασιαστικές. Με άλλα λόγια η υπόθεση ήταν, ότι οι ασθενείς που είχαν και τα δύο προβλήματα, θα διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο από τους ασθενείς με μόνο το ένα από τα δύο αυτά προβλήματα και ότι τα άτομα με μόνο το ένα πρόβλημα, θα διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο από ότι οι ασθενείς οι οποίοι δεν ήταν ούτε καταθλιπτικοί ούτε στερούνταν κοινωνικής υποστήριξης (Cornwell & Waite, 2009).

Τα αποτελέσματα διέψευσαν τον ισχυρισμό της υπόθεσης, τουλάχιστον όσον αφορά την αλληλεπίδραση. Αποδείχθηκε ότι οι ασθενείς που διέτρεχαν τον υψηλότερο κίνδυνο νέου εμφράγματος του μυοκαρδίου ή θανάτου, ήταν εκείνοι που ήταν πολύ καταθλιπτικοί, παρότι είχαν εξαιρετική κοινωνική υποστήριξη. Οι ασθενείς με χαμηλή αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη, διέτρεχαν υψηλότερο κίνδυνο από ότι αυτοί με καλή κοινωνική υποστήριξη, αλλά οι ασθενείς που διέτρεχαν τον υψηλότερο κίνδυνο, είχαν παραδόξως καλή κοινωνική υποστήριξη. Παλαιότερη έρευνα έχει δείξει, ότι η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί μηχανισμό απορρόφησης των καταθλιπτικογόνων επιδράσεων του άγχους. Κατά συνέπεια, είναι πιθανόν οι ασθενείς που πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη, μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, παρά την εξαιρετική κοινωνική υποστήριξη, να υποφέρουν από κάποια ιδιαίτερα ανθεκτική και/ή επιβλαβή μορφή κατάθλιψης. Καθώς αυτό αποτελούσε ένα απροσδόκητο εύρημα, έπρεπε να επαναληφθεί πριν ληφθεί υπερβολικά σοβαρά υπόψη. Ωστόσο, υπαινίσσεται ότι οι κλινικοί γιατροί και ειδικοί ψυχικής υγείας, πρέπει να δώσουν περισσότερη προσοχή στις περιπτώσεις, όπου οι μετεμφραγματικοί ασθενείς εμφανίζουν σοβαρή κατάθλιψη, παρά την ευρεία κοινωνική υποστήριξη που φαίνεται να τους παρέχεται.

Παρουσιάστηκαν σε αυτή την ενότητα μεμονωμένοι ψυχοπαθολογικοί παράγοντες και κλινικές οντότητες, που είναι σχετικά πιθανό να συναντήσουμε στην καθημερινή κλινική πρακτική με τους μετεμφραγματίες ασθενείς. Η αιτιολόγηση της παρουσίας, εδράζεται επίσης στην ανάγκη να δοθεί μια πληρέστερη και σαφέστερη εικόνα του τι και πώς, ο κάθε εν λόγω παράγοντας, εμποδίζει ή/και αναστέλλει την εξέλιξη της διαδικασίας της αποκατάστασης της νόσου. Η αναγκαία παράθεση των παραγόντων, ξεχωριστά και συγκεκριμένα για τον καθένα, γίνεται με σκοπό, την περαιτέρω ευαισθητοποίηση των ειδικών, στις ψυχικές διακυμάνσεις, οι οποίες εμφανίζονται από τους συγκεκριμένους ασθενείς. Διακυμάνσεις, που πολλές φορές διαλάβουν της προσοχής, και ενδεχομένως να κατηγοριοποιούνται με μια γενική ψυχιατρική διάγνωση, η οποία συνήθως και απομακρύνει τον καρδιοπαθή από την συμμερόφωση σε μία αγωγή, αλλά κυρίως τον απομακρύνει, από την αναζήτηση άλλων οργανωμένων θεραπευτικών διεξόδων, όπως κέντρα αποκατάστασης.

Επιπρόσθετα, η παράθεση των ψυχοπαθολογικών παραγόντων που επιχειρήθηκε στην παρούσα ενότητα, προσδοκά να αναδείξει έννοιες και όρους που χρησιμοποιούνται στην γενική κλινική πρακτική, δίνοντας έμφαση στο πώς οι έννοιες και οι όροι αυτοί, τροποποιούνται για τον ειδικό πληθυσμό των καρδιοπαθών. Για

λόγους οικονομίας της παρουσίασης, και λόγους εύληπτης κατανόησης των ψυχοπαθολογικών παραγόντων, εκθέσαμε μεμονωμένα την επιρροή του καθενός στη θεραπευτική διαδικασία. Ωστόσο στην πράξη, συναντούμε ένα μείγμα διαφόρων μορφών και μεγεθών συμμετοχής, εκάστου ενός παράγοντα.

Στη συνέχεια, θα προχωρήσουμε σε καταγραφή και ανάλυση των αλληλεπιδράσεων που αναπτύσσονται, μεταξύ αυτών των ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Πολλές μελέτες, έχουν εξετάσει τις καρδιαγγειακές επιδράσεις ενός μεμονωμένου ψυχοκοινωνικού παράγοντα κινδύνου, χωρίς να λάβουν υπόψη άλλους. Έτσι σε μελέτες που έχουν εξετάσει πολλαπλούς ψυχολογικούς παράγοντες κινδύνου, ο στόχος είναι συχνά να αντιπαραβληθούν οι παράγοντες, ώστε να καθοριστεί ποιος ακριβώς είναι ο ισχυρότερος και ενδεχομένως επαρκέστερος προγνωστικός δείκτης. Ωστόσο, καθένas από τους παράγοντες τους οποίους πραγματεύονται οι αναφορές που κατατέθηκαν στην παρούσα μελέτη, σχετίζονται με κάποιο τρόπο με τους άλλους. Έτσι για παράδειγμα: 1) Οι καταθλιπτικές διαταραχές και οι αγχώδεις διαταραχές, συχνά εμφανίζονται παράλληλα και πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς που δεν εμφανίζουν πλήρως εκπεφρασμένες αγχώδεις διαταραχές, εμφανίζουν ωστόσο, κλινικώς σημαντικά επίπεδα άγχους. 2) Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα πιο εμφανή συμπτώματα των καταθλιπτικών ασθενών είναι ο θυμός και η ευερεθιστότητα, παρά η θλίψη. 3) Ορισμένα από τα συμπτώματα της ζωτικής εξάντλησης, σχεδόν δεν διακρίνονται από τα συμπτώματα της κατάθλιψης. 4) Ο νευρωτισμός ή αρνητική συναισθηματικότητα, αποτελούν ιδιοσυγκρασιακές τάσεις του ατόμου να βιώνει μία αρνητική διάθεση, όπως το άγχος και η κατάθλιψη. 5) Η κοινωνική αναστολή, μπορεί να δυσχεράνει την άντληση κοινωνικής υποστήριξης και να κάνει τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, πιεστικές και αγχογόνες, παρά ανακουφιστικές. 6) Αγχογόνα συμβάντα ζωής, αυξάνουν τον κίνδυνο μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων (Preckel, Von Kanel, Kudielka & Fischer, 2005. Muscatell, Slavich, Monroe & Gotlib, 2009).

Για τη μελέτη πολλαπλών παραγόντων κινδύνου, απαιτούνται πολυπρόσωπα δείγματα. Ακόμη μεγαλύτερα δείγματα, απαιτούνται συχνά για την εξέταση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των παραγόντων κινδύνου, π.χ. για να τεθούν ερωτήματα σχετικά με το εάν οι καρδιοπαθείς που εμφανίζουν και κατάθλιψη και χαμηλή αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη, διατρέχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο θνησιμότητας, σε σύγκριση με τους ασθενείς με το ένα μόνο από αυτά τα προβλήματα. Δυστυχώς, λίγες μελέτες των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην καρδιακή νόσο ήταν

αρκετά μεγάλες, ώστε να μελετήσουν τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ παραγόντων κινδύνου ή να προσδιορίσουν εάν πολλαπλοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, είναι ανεξάρτητοι μεταξύ τους.

Πρόσφατα ωστόσο, δημοσιεύτηκαν τα αποτελέσματα μιας πολύ μεγάλης διεθνούς μελέτης ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου, καθώς και άλλων δυνητικά μεταβλητών παραγόντων κινδύνου, για καρδιακή νόσο (Rosengren, Hawken, Ounpuu, Sliwa, Zubaid & Almahmeed, 2004). Η μελέτη INTERHEART, ήταν μια έρευνα καρδιοπαθών σε πάνω από 15.000 ασθενείς με πρώτο έμφραγμα του μυοκαρδίου και σχεδόν 15.000 αντιστοιχούμενων, ομάδα ελέγχου, ως προς την ηλικία και το φύλο, με μάρτυρες-ομάδα ελέγχου σε 52 χώρες. Συλλέχθηκαν δεδομένα για διάφορους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου από 11.119 από τους ασθενείς (73%) και 13.648 (92%) από τους μάρτυρες.

Η μελέτη INTERHEART, αποτέλεσε μοναδική ευκαιρία να μελετηθούν ορισμένες αλληλεπιδράσεις μεταξύ παραγόντων κινδύνου. Για παράδειγμα, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι η σχέση μεταξύ κατάθλιψης και εμφράγματος του μυοκαρδίου, ήταν ισχυρότερη μεταξύ των ατόμων που ανέφεραν ότι βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους στην εργασία ή στο σπίτι, έναντι εκείνων που ανέφεραν μικρό ή μηδαμινό άγχος. Επιπλέον, οι ερευνητές συνδύασαν τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες σε έναν ενιαίο δείκτη, και τον συνέκριναν με τους παράγοντες κινδύνου λόγω τρόπου ζωής, όπως την κακή διατροφή, την έλλειψη άσκησης και το κάπνισμα. Η επίδραση του ψυχοκοινωνικού δείκτη, ήταν σχεδόν εξίσου σημαντική με αυτή του καπνίσματος και ήταν σημαντικότερη από ορισμένους παράγοντες κινδύνου, λόγω τρόπου ζωής. Πολλά ερωτήματα παραμένουν αναπάντητα σχετικά με τον ρόλο των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην καρδιακή νόσο, όμως τα αποτελέσματα της μελέτης INTERHEART, δεν αφήνουν καμία αμφιβολία ότι όντως παίζουν ρόλο, και μάλιστα σημαντικό.

Κλείνοντας την υποενότητα η οποία αναφέρεται στους ψυχολογικούς παράγοντες, είτε ως μεμονωμένοι είτε ως αλληλεπιδρώντες μεταξύ τους, ή ακόμα και σχετιζόμενοι με άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, αντιλαμβανόμαστε ότι διαμορφώνεται αναπόφευκτα, ένα ευρύ φάσμα με ποικίλες κλινικές εικόνες. Έτσι σχηματίζεται, μια ιδιαίτερη, προσωπική και εξατομικευμένη εικόνα του καρδιολογικού ασθενή. Στην πραγματικότητα της κλινικής πρακτικής, η διαπίστωση αυτή συνεπάγεται εξατομικευμένη διαγνωστική διαδικασία για τον καρδιοπαθή, η οποία και θα λαμβάνει υπόψη την συνολική εικόνα του, δηλαδή αμιγώς ιατρικές,

ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους που βιώνει. Υπό αυτό το πρίσμα προσεγγίσεως των αναγκών του καρδιοπαθή, έχουν προταθεί και εξατομικευμένα σχήματα θεραπειών και παρεμβάσεων. Κυρίαρχη θέση σε αυτή την προσπάθεια, λαμβάνουν προσεγγίσεις που ενσωματώνουν χαρακτηριστιολογικά στοιχεία ειδικά προς την ανάπτυξη καρδιολογικών παθήσεων, ή την παρεμπόδιση ευεργετικών θεραπειών για τον ασθενή. Όπως θα παρακολουθήσουμε στο επόμενο Κεφάλαιο, σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις και παρεμβάσεις, έχουν στρέψει την προσοχή τους σε χαρακτηριστιολογικές δομές, ή αλλιώς στην προσωπικότητα του καρδιοπαθή, ο οποίος βρίσκεται σε αυξημένη επικινδυνότητα. Προφανής λοιπόν, ο λόγος και το ενδιαφέρον για ανάπτυξη βέλτιστων πρακτικών, με μεγαλύτερη θεραπευτική αποτελεσματικότητα για συγκεκριμένες ομάδες καρδιοπαθών, που παρουσιάζουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ιδιαίτερη επικινδυνότητα.

Από τα ανωτέρω διαπιστώνουμε ότι πέρα από το υψηλά ποσοστιαίο μέγεθος των νοσούντων, οι παράγοντες επικινδυνότητας, υποτροπής και θανάτου, εξαιτίας της στεφανιαίας νόσου, χαρακτηρίζονται ως τροποποιήσιμοι. Αποτελεί λοιπόν σύσταση και αναγκαιότητα, η ενασχόληση με τους στεφανιαίους ασθενείς και ειδικότερα με εκείνους τους ασθενείς που παρουσιάζουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Δεν μπορούμε να παραβλέψουμε το γεγονός ότι πρόκειται για πλήρως λειτουργικούς και δημιουργικούς ανθρώπους -μέχρι τη στιγμή του καρδιακού επεισοδίου-, για τους οποίους στο μέτρο του εφικτού, η επιστημονική κοινότητα οφείλει να εξαντλήσει τις δυνατότητες παρέμβασης της, τόσο σε επίπεδο πρόληψης υποτροπής (δευτερογενής πρόληψη), όσο και για την πλήρη αποκατάστασή τους.

Προγράμματα Αποκατάστασης Καρδιοπαθών

Στην δεύτερη ενότητα του παρόντος κεφαλαίου, θα αναφερθούμε στην ανάπτυξη των ψυχοκοινωνικών παραβάσεων που έχουν επιχειρηθεί, με σκοπό την αποκατάσταση των καρδιοπαθών.

Ως το 1948, η παρατεταμένη κατάκλιση για έναν καρδιοπαθή, θεωρείτο και διατηρείτο ως το ισχύον θεραπευτικό σχήμα, όταν οι Deitrick et al. (1948) απέδειξαν με τις μελέτες τους, τα ανεπιθύμητα μεταβολικά, φυσιολογικά και ψυχολογικά αποτελέσματα της ακινητοποίησης. Ο Levine (1951), χρησιμοποίησε την άμεση κινητοποίηση ως θεραπεία των ασθενών μετά από οξύ στεφανιαίο επεισόδιο. Μαζί με «επώνυμους της εποχής» καρδιολόγους-ερευνητές, όπως οι P. White, H. Rusk, Bendon, Stround και ο Hellstein, η ευρύτερη επιστημονική κοινότητα διέβλεπε την ευεργετική επίδραση παρεμβάσεων, πλην των αμιγώς φαρμακολογικών. Σε αυτές τις

πρώιμες παρατηρήσεις, διαμορφώθηκε το έδαφος για ένα θεραπευτικό σχήμα, το οποίο και συνέβαλε σημαντικά στην ανάπτυξη των σημερινών προγραμμάτων αποκατάστασης, για τους στεφανιαίους ασθενείς (Blocker, 1986).

Στις Η.Π.Α., ήδη από την δεκαετία του 1950, εφαρμόζονται προγράμματα αποκατάστασης εποπτευόμενα από τον «Εθνικό Οργανισμό Πρόληψης και Αποκατάστασης της Στεφανιαίας Νόσου» (Dehn, Pansegraw & Mitchell, 1978. West, Jones & Henderson, 2012). Στη Δυτική Γερμανία το 1988, λειτουργούσαν 1200 ανάλογα κέντρα με προοπτική να αυξηθούν σε 3000 (Stipping, Berg & Keul, 1998). Σήμερα, σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, κάθε στεφανιαία μονάδα πρέπει να διαθέτει και το δικό της εξοπλισμένο κέντρο αποκατάστασης (Eldar, 2008).

Η καρδιολογική αποκατάσταση, εφαρμόζεται σήμερα ως θεραπευτικό μέτρο σε ασθενείς με εκδηλώσεις αθηροσκληρυντικής στεφανιαίας νόσου, σύμφωνα με τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2016), όπως μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, σταθερή στηθάγχη (Hogan & Neill, 1982. Hamamoto, Kitahara & Obunai, 1992) μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη, (Nakai, Kataoka & Bandon, 1987. Kinsey, Fletcher & Rice, 1987. Beckie, 1989), αγγειοπλαστική στεφανιαίων αγγείων (Raft, McKee & Popio, 1985. Servant, Marie, Pezzano, Lardoux & Louvard, 1992) ακόμη και σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (Squires, Lavie & Brandt, 1987), μεταμόσχευση καρδιάς και πνευμόνων (Kavanagh, Yacomb, Mertens, Kennedy & Sawyer, 1992. Degré, 1992), προσθετική βαλβίδας (Degré, 1992). Η θεραπεία του ασθενούς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, αρχίζει στο νοσοκομείο με τη χορήγηση θρομβολυτικών, νιτρωδών, ασπιρίνης, β- αναστολέων, ηπαρίνης και άλλων φαρμάκων και συνεχίζεται ενδεχομένως, με την χρησιμοποίηση επεμβατικών μεθόδων θεραπείας και περαιτέρω φαρμακευτικής αγωγής. Η συνέχεια της θεραπείας, κατευθύνεται από ορισμένους παράγοντες που καθορίζουν την πορεία και την πρόγνωση των μετεμφραγματικών ασθενών, και οι οποίοι είναι αφ' ενός μεν καρδιακοί, όπως η έκταση της μυοκαρδιακής βλάβης, η υπολειπόμενη ισχαιμία και οι αρρυθμίες, αφ' ετέρου δε εξωκαρδιακοί, όπως η ελαττωμένη φυσική ικανότητα για άσκηση, η παχυσαρκία, η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπερχοληστερολαιμία, το κάπνισμα, οι ψυχολογικές διαταραχές, οι παρενέργειες των χορηγούμενων φαρμάκων, το δυσλειτουργικό οικογενειακό ή άλλο υποστηρικτικό σύστημα.

Η καρδιακή αποκατάσταση, εστιάζει στην τροποποίηση των ανωτέρω επιβαρυντικών παραγόντων, στοχεύοντας μακροσκοπικά και ευελπιστώντας ενδεχομένως σε κάποια σχετική μείωση, αυτής καθ' αυτής της μυοκαρδιακής βλάβης (οργανικής κλινικής εικόνας του ασθενή).

Η ένταξη του καρδιοπαθούς ασθενή, σε πρόγραμμα αποκατάστασης, έχει αξιολογηθεί γενικά ως ευεργετική θεραπευτική αντιμετώπιση, για την πορεία της νόσου. Ωστόσο είναι σκόπιμο από την μεριά των διαχειριστών των προγραμμάτων, να διαμορφώσουν την καταλληλότητα της παρέμβασης τους, τουλάχιστον στο αρχικό στάδιο, έχοντας υπόψη τα ακόλουθα: ποια θα είναι τα αναμενόμενα οφέλη για τον ασθενή από την συμμετοχή του, ποια είναι η κατάλληλη χρονικά στιγμή να ενταχθεί στο πρόγραμμα και να παραμείνει σε αυτό, ποιοι ασθενείς ενδείκνυται να εισαχθούν και ποιοι όχι για το συγκεκριμένο πρόγραμμα, και τέλος να αξιολογηθούν τυχόν στοιχεία του προγράμματος μήπως αντενδείκνυνται για ορισμένους ασθενείς, ή ακόμη και να αποτελούν κίνδυνο για άλλους.

Οφέλη συμμετοχής σε προγράμματα αποκατάστασης. Μια διεθνής στατιστική στοιχείων, ως προς την συμμετοχή σε προγράμματα αποκατάστασης, δείχνει δυστυχώς ότι περιορισμένο ποσοστό καρδιοπαθών, περίπου το 10 % αυτών, συμμετέχουν σε οργανωμένα και πιστοποιημένα προγράμματα. Παρόμοια εικόνα των ανωτέρω ποσοστών, συναντάται και στην ελληνική πραγματικότητα (Heron, Kee, Donnelly, Tully & Cupples, 2015. Leon, Certo & Comoss, 1990. Antonakoudis, Kifnidis, Andreadis, Fluda, Konti, Papagianis, Stamou, Anastasopoulou, Antonakoudis & Poulimenos, 2006. Batika, Zairis, Patsourakos, Meletiadou, Georgilas, Foussas, Tousoulis, 2017). Η καρδιακή αποκατάσταση, ως συμπληρωματική θεραπευτική αγωγή στην αντιμετώπιση του εμφράγματος του μυοκαρδίου, στην χρόνια φάση του, έχει σημαντικά αποτελέσματα στην δευτερογενή πρόληψη των παραγόντων καρδιολογικής επικινδυνότητας, στην βελτίωση της φυσικής ικανότητας για άσκηση, στην ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή, στην ποιότητα ζωής του, στην επαγγελματική αποκατάσταση και στην κοινωνική επανένταξη του. Από την άλλη μεριά, δεν έχει διαπιστωθεί επακριβώς αν και κατά πόσο έχει επίδραση, στην νοσηρότητα και στην θνητότητα αυτών των ασθενών. Ελάχιστες, μεθοδολογικά ισχυρά, ελεγχόμενα τυχαιοποιημένες, μελέτες καρδιακής αποκατάστασης, έδειξαν στατιστικά σημαντική ελάττωση στην καρδιαγγειακή θνησιμότητα (Kallio, Hamalainen & Hakkila, 1979. Hedback & Peck, 1987. Shaw, 1981). Η πλειονότητα των μελετών ήταν περιορισμένης στατιστικής εγκυρότητας και

αξιοπιστίας, λόγω του μικρού αριθμού ασθενών, της μικρής χρονικής διάρκειας παρακολούθησης ή της διασταύρωσης, μετά την τυχαιοποίηση. Δύο πρόσφατες αναλύσεις με στοιχεία από σειρά σημαντικών μελετών, έδειξαν ότι η συνολική και η καρδιαγγειακή θνητότητα (θανατηφόρο νέο έμφραγμα ή αιφνίδιος θάνατος), ελαττώθηκαν σε ποσοστό 20-25% σε ασθενείς που ακολούθησαν προγράμματα αποκατάστασης. Η συχνότητα ενός μη θανατηφόρου νέου εμφράγματος, ήταν η ίδια στην ομάδα που ακολούθησε πρόγραμμα αποκατάστασης και στην ομάδα ελέγχου (Oldridge, Guyatt, Fischer & Rimm, 1988. O' Connor, Buring & Yusuf, 1989). Σύμφωνα με τις ίδιες αναλύσεις, η θετική επίδραση μπορεί να συγκριθεί με την εξίσου θετική επίδραση της χορήγησης β-αναστολέων μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (Yusuf, Peto & Lewis, 1985) και οδηγεί στο συμπέρασμα, ότι η καρδιαγγειακή αποκατάσταση με συστηματική παρακολούθηση προγράμματος, μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματική και ωφέλιμη, τονίζοντας επιπλέον τα οικονομικά και κοινωνικά οφέλη για τα συστήματα υγείας (Papadakis, Oldridge, Coyle, Mayhew, Reid, Beaton, Dafoe & Angus, 2005).

Ψυχολογικά οφέλη. Η απειλή ενός νέου εμφράγματος ή αιφνίδιου θανάτου, η αλλαγή της κοινωνικής, οικονομικής και επαγγελματικής ζωής, οι αναταράξεις σε προσωπικό και οικογενειακό επίπεδο, δημιουργούν σε όλους σχεδόν τους ασθενείς ένα σύνολο ψυχικών διακυμάνσεων με εύρος από αντιδράσεις φόβου, άγχους, κατάθλιψης, αβοηθητότητας μέχρι απελπισία και πλήρη παραίτηση (Cattan, Newell, Bond & White, 2003. De Liano, Sosa, Ubiera, Alonso & Jimenez, 1992. Stern, 1987. Ladwing, Lehmacher, Breithardt & Borggrefe, 1992. West, Jones & Henderson, 2012). Πολύ συχνά, αυτές οι ψυχολογικές καταστάσεις, εκδηλώνονται ως εάν «οργανική νόσος με τα συμπτώματά της», τα οποία προκαλούν αδυναμία, καταβολή, αίσθημα δυσκολίας στην αναπνοή, θωρακικό άλγος, αϋπνία, διαταραχές της μνήμης. Τα συμπτώματα μπορούν να οξυνθούν έτι περαιτέρω, είτε με την υπερπροστασία που συνήθως δείχνει το άμεσο περιβάλλον, είτε με την παραμέληση και αδιαφορία από την πλευρά των οικείων προσώπων και του νοσηλευτικού προσωπικού.

Οι εκδηλώσεις ψυχολογικών διαταραχών στον μετεμφραγματικό ασθενή, επιτείνονται με τους περιορισμούς που προτείνονται ή επιβάλλονται από την θεραπευτική ομάδα, τον προσωπικό ιατρό ή ακόμη και από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον και αφορούν σε απλές δραστηριότητες όπως το βάδισμα, η οδήγηση, η άνοδος ενός ορόφου, η διατροφή, η σεξουαλική επαφή (Cooper, 1985. Tardif, 1989. Antonakoudis et al., 2006). Οι περιορισμοί αυτοί, μπορούν να

οδηγήσουν τον ασθενή στην αποφυγή μιας δραστήριας φυσιολογικής ζωής, δυσανάλογη με την σοβαρότητα της καρδιακής νόσου.

Η προσέγγιση των προγραμμάτων αποκατάστασης, δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην έγκυρη ενημέρωση του ασθενούς και του αμέσου οικογενειακού περιβάλλοντος, για την πορεία της νόσου, τις προόδους που έχουν συντελεστεί τα τελευταία χρόνια στην θεραπεία της στεφανιαίας νόσου, χωρίς να ελαχιστοποιείται η επικινδυνότητα. Με αυτόν τον τρόπο ενθαρρύνουν και εμψυχώνουν αισιοδοξία, κινητοποιώντας ψυχολογικά αποθέματα με στόχο την δυναμική/ενεργητική στάση απέναντι στη νόσο (Taylor, Bandura & Ewart, 1985. Fontana, Kerns & Rosenberg, 1989). Επιπλέον, η ενημέρωση ως προς την αποφυγή καταστάσεων που είναι δυνατόν να προκαλέσουν ψυχολογική φόρτιση, καθώς επίσης η δυνατότητα λήψης ορισμένων θεραπευτικών μέτρων σε περίπτωση εμφάνισης καρδιακών συμπτωμάτων, ηρεμούν τον ασθενή και του προσδίδουν αίσθημα ασφάλειας.

Η σωστή πληροφόρηση για τις απλές καθημερινές δραστηριότητες, όπως γενική σωματική επιβάρυνση ή σεξουαλική δραστηριότητα, ομαλοποιούν την ψυχολογική κατάσταση και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Επίσης, στα προγράμματα αποκατάστασης που περιλαμβάνουν ήπια φυσική άσκηση, παρέχεται η δυνατότητα στον ασθενή, βιωματικά να ενισχύσει την εμπιστοσύνη στο σώμα του, έτσι να αναθεωρήσει την ικανότητα του, να πραγματοποιήσει μια μέση φυσική δραστηριότητα και να αποκαταστήσει -μέσω της οδού της σωματικής άσκησης- και την αυτοπεποίθηση του (Ewart, Taylor & Reese, 1983. Stern & Cleary, 1981). Σήμερα, είναι γνωστό ότι η καρδιακή συχνότητα κατά την σεξουαλική επαφή, δεν υπερβαίνει την καρδιακή συχνότητα που αναπτύσσεται στις συνήθεις καθημερινές δραστηριότητες και επομένως για τον ασθενή που δεν εμφανίζει σε αυτές τις δραστηριότητες καρδιακή συμπτωματολογία, οι καρδιολόγοι μπορούν να συστήσουν με ασφάλεια την αποκατάσταση της σεξουαλικής του ζωής (Peterson, 1983).

Θα ήταν παράλειψη στην παρούσα ενότητα να μην αναφερθούμε, έστω και συνοπτικά, στην θεμελιακή συμβολή των μελετών της Προσωπικότητας Τύπου Α. Αποκαλούμε θεμελιακή τη συνεισφορά της, διότι η εννοιολογική κατασκευή (construct) της Προσωπικότητας Τύπου Α ή αλλιώς το Συμπεριφορικό Μοντέλο Τύπου Α, έστρεψαν ουσιαστικά τον φακό της καρδιολογικής αποκατάστασης στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Μέχρι εκείνη την περίοδο, οι όποιες συστάσεις ακολουθούνταν, ήταν αμιγώς ιατροκεντρικές. Στην παρούσα ενότητα θα αναφερθούμε συνοπτικά στις παρεμβάσεις που βασίστηκαν στην Προσωπικότητα

Τύπου Α, με στόχο να αναδειχθεί το ιστορικό πλαίσιο στο οποίο για πρώτη φορά επίσημα εντάχθηκαν ψυχολογικοί παράμετροι, στην καρδιολογική πάθηση. Ωστόσο, πέρα από την ιστορικής φύσης αναφορά, η οποία αφ' εαυτής φέρει ανεκτίμητη αξία, μπορούμε να διακρίνουμε σε αυτό το παράδειγμα, την απαρχή της διεπιστημονικότητας. Ειδικότερα, την ανάπτυξη μιας συνεργασίας της επιστήμης της Ψυχολογίας με την Ιατρική επιστήμη, η οποία σήμερα όντως θεωρείται κοινός τόπος και μια δεδομένη σχέση αμοιβαίας εκτίμησης. Πάνω σε αυτή τη βάση ειλικρινούς και αμοιβαίας εμπιστοσύνης, αναπτύχθηκαν παρεμβάσεις και προγράμματα, έρευνες και κλινικές δοκιμές ψυχολογικού τύπου, στον πληθυσμό των καρδιοπαθών.

Ολοκληρώνοντας την αναφορά μας στην Προσωπικότητα Τύπου Α, θα αναφερθούμε σε ορισμένες παρεμβάσεις οι οποίες ενέταξαν ως βασική παράμετρο στα προγράμματα αποκατάστασης τους, την εν λόγω Προσωπικότητα (Τύπου Α). Έτσι αρχικά, θεωρήθηκε ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου στην ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου, προσδίδοντας με αυτόν τον τρόπο, όπως ειπώθηκε, για πρώτη φορά την σημαντικότητα της ψυχολογικής συνιστώσας στην καρδιολογική και ψυχική υγεία των καρδιοπαθών (Mathews & Haynes, 1986· Ragland & Brand, 1988· Dimsdale, 1988). Η μελέτη Recurrent Coronary Prevention Project, υποδείκνυε ότι η μεταβολή του Τύπου Α συμπεριφοράς, ελαττώνει τον κίνδυνο υποτροπής της νόσου, σε μετεμφραγματικούς ασθενείς. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης ήταν ενθαρρυντικά, και ενεργοποίησαν μια σειρά από έρευνες και κλινικές παρεμβάσεις, ώστε να διερευνηθεί περαιτέρω η σχέση μεταξύ του Τύπου Α συμπεριφοράς και της στεφανιαίας νόσου, καθώς επίσης και η ενδεχόμενη τροποποίησή της, μέσω θεραπευτικών παρεμβάσεων (Friedman, Thoresen & Gill, 1986. Mendes de Leon, Powell, & Kaplan, 1991. Powell, 1984).

Αναφερθήκαμε λοιπόν μέχρι εδώ στα ψυχολογικά οφέλη τόσο του ασθενή όσο και του περιβάλλοντος του, ως προς την προσαρμογή στη νόσο, την ενίσχυση και ενθάρρυνση για άμεση επίσπευση αλλαγών, στο τρόπο ζωής του καρδιοπαθή. Αλλαγές που επανατροφοδοτούν βελτίωση της συναισθηματικής του κατάστασης, η οποία στη συνέχεια βοηθά στην εδραίωση συμπεριφορών υγείας. Τα οφέλη που έχουν περιγραφεί στην ανωτέρω ενότητα, σημείωσαν μια επιπλέον δυναμική πρόοδο με την εισαγωγή του παράγοντα της προσωπικότητας του ασθενή.

Κοινωνικο-οικονομικά οφέλη. Η ένταξη των προγραμμάτων αποκατάστασης στην ιατρική πραγματικότητα, όσο περιορισμένη και αν ήταν, ως προς το μέγεθος

υλοποίησης των, επέφερε σειρά βελτιωτικών κοινωνικό-οικονομικών αλλαγών για τον ίδιο τον ασθενή και την κοινωνία.

Η συμμετοχή στο πρόγραμμα αποκατάστασης, συνεπάγεται βραχύτερη νοσηλεία, μείωση των ιατρικών δαπανών (Oldridge, 1992) και μείωση της απώλειας ωρών εργασίας. Η ταχύτερη κοινωνική επανένταξη και η επαγγελματική αποκατάσταση, είναι από τις σημαντικότερες ωφέλειες που αναμένονται από την καρδιακή αποκατάσταση.

Το διάστημα από το ανεπίπλεκτο έμφραγμα του μυοκαρδίου, δηλαδή χωρίς κλινικές ενδείξεις επιπλοκών, έως την επιστροφή στην εργασία, κυμαίνεται από 2 μέχρι 3 μήνες. (Benyamini, Gerber, Molshatzki, Goldbourt, Drory, & Israel Study Group on First Acute Myocardial Infarction, 2014. Dennis, Houston-Miller, Schwartz, 1988. Smith, O' Rourke, 1988). Αν η επιστροφή στην εργασία δεν γίνει εντός 6 μηνών, είναι ελάχιστα πιθανό να πραγματοποιηθεί αργότερα (Wenger, Fletcher, 1990). Σε ασθενείς με επιπλεγμένο έμφραγμα μυοκαρδίου και λειτουργική ανεπάρκεια, παρατηρείται ελαττωμένος ρυθμός επιστροφής στην εργασία και μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μέχρι την επιστροφή.

Η άρνηση του ασθενούς να ασχοληθεί με το επάγγελμα που ασκούσε προ του εμφράγματος, δεν οφείλεται πάντα σε φυσική ανικανότητα αλλά και σε άλλους παράγοντες, όπως άγχος, κατάθλιψη, χαμηλή εκπαίδευση, μεγάλη ηλικία, επαγγέλματα με μεγάλη φυσική δραστηριότητα-καταπόνηση, είδος του επαγγέλματος, επιθυμία για εργασία, συσχέτιση ασθένειας και επαγγέλματος, ασφαλιστική πολιτική (Maeland, Havick, 1987. Hamalainen, Kallio, Knuts, Arstila, 1992. Narailac, Plat, Prunier, 1992).

Τα προγράμματα αποκατάστασης, έχουν σημαντικό ρόλο στην απόφαση του ασθενούς για επιστροφή στην εργασία (Durand & Loisel, 2001. Khan, Lee, Wallwork, 1992). Αρχικά πρέπει να βεβαιωθεί, ότι ο κίνδυνος καρδιαγγειακής επιπλοκής είναι μικρός και δεν θα αυξηθεί με την επιστροφή στην εργασία και κατόπιν να προσδιοριστεί, με βάση το αποτέλεσμα της δοκιμασίας κοπώσεως, το καρδιακό έργο που μπορεί να εκτελέσει ο ασθενής χωρίς κίνδυνο. Ανάλογα με το είδος της προηγούμενης εργασίας, μπορεί να συστηθεί επανάληψη της ίδιας απασχόλησης, τροποποίηση των συνθηκών εξάσκησης της, ή ακόμα και αλλαγή επαγγέλματος του ασθενούς.

Θα πρέπει βέβαια να τονιστεί, ότι η επαγγελματική επανένταξη δεν αρκεί και δεν πρέπει να αποτελεί το μοναδικό κριτήριο επιτυχίας ενός προγράμματος

αποκατάστασης, και αυτό διότι το τελικό αποτέλεσμα όσον αφορά την επιστροφή στην εργασία, επηρεάζεται από πολλούς ιατρικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς και δημογραφικούς παράγοντες.

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου αποτελεί όχι μόνον ιατρικό, αλλά και κοινωνικό πρόβλημα, με οικονομικές προεκτάσεις. Σημαντική αναλογία εμφραγμάτων αφορά σε μέσες ηλικίες, οι οποίες είναι οι πλέον αποδοτικές από απόψεως εργασίας και γενικότερης προσφοράς στο κοινωνικό σύνολο. Η δημιουργία και η επέκταση των προγραμμάτων επαναδραστηριοποίησης των ασθενών μετά από ένα έμφραγμα του μυοκαρδίου, μπορεί να έχει σημαντικά αποτελέσματα, στον κοινωνικό-οικονομικό τομέα. Όπως θα αναφερθούμε λεπτομερώς και στην επόμενη ενότητα, τα προγράμματα αποκατάστασης έθεσαν εξ αρχής στοχεύσεις, με προτεραιότητα τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος επαναδραστηριοποίησης των ασθενών, ώστε να επανενταχθούν οι ασθενείς στην ζώσα οικονομικό-κοινωνική πραγματικότητα.

Σύγχρονο ιστορικό παρεμβάσεων (μετά το 1960). Σε αυτή την υποενότητα, θα αναφερθούμε συνοπτικά σε διάφορα επιλεγμένα προγράμματα αποκατάστασης. Σκοπός της παρουσίασης αυτών των προγραμμάτων, είναι μια ευκρινέστερη αντίληψη και γνώση της εξέλιξης, αυτού που καλούμε σήμερα «πρόγραμμα αποκατάστασης καρδιοπαθή». Η αναγνώριση της εν λόγω εξέλιξης των προγραμμάτων, μάς βοηθά να κατανοήσουμε σήμερα το λόγο και τον τρόπο που αναπτύχθηκε και εγκαταστάθηκε, αυτό που ονομάζουμε ψυχολογικό σκέλος ή τμήμα στα προγράμματα, ως ένα αναπόσπαστο οργανικό μέρος τους. Επίσης μέσω αυτής της συνοπτικής αναφοράς, επιδιώκεται να διαφωτισθούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ψυχολογικών παρεμβάσεων, ο τρόπος παροχής της υπηρεσίας που απέδιδαν, τα οφέλη τα οποία αποκομίσθηκαν ή οι αντενδείξεις που σημειώθηκαν.

Προγράμματα αλλαγής τρόπου ζωής. Μια ενδιαφέρουσα παρέμβαση στις αρχές του '60, παρουσιάστηκε με τα Ornish Group ή αλλιώς, τα λεγόμενα «προγράμματα αλλαγής τρόπου ζωής», τα οποία περιελάμβαναν, χαμηλή σε λιπαρά χορτοφαγική διαίτα, μέτρια αεροβική σωματική άσκηση, πρακτικές διαχείρισης άγχους και ομαδική υποστήριξη (Gould et al., 1995. Ornish, Brown, Scherwitz, Billings, Armstrong, Ports, McLanahan, Kirkeeide, Brand & Gould, 1990. Linden, Stossel & Maurice, 1996. Ornish, Gotto, Miller, Rochelle, & McAllister, 1979. Scherwitz & Kesten, 1994).

Η συλλογιστική της ομαδικής υποστήριξης και των τεχνικών στις οποίες βασίστηκε, έθεταν ως στόχο την ομαδική συνοχή μεταξύ των ασθενών με στεφανιαία νόσο.

Τα προγράμματα αποκατάστασης στο παρελθόν, βασιζόταν κυρίως στη δίαιτα και στην σωματική άσκηση, όμως η εμπειρία των κλινικών δοκιμών που ακολούθησαν, κατέστησε σαφές, τουλάχιστον από τις αναφορές των ασθενών, ότι η διαδικασία της ομαδικής υποστήριξης ήταν το πιο σημαντικό στοιχείο του προγράμματος.

Η ομαδική υποστήριξη, ξεκίνησε αρχικά ως συνάντηση με σκοπό την καταγραφή και την προώθηση-προτροπή των ασθενών, ως προς την τήρηση των στοιχείων του προγράμματος. Στην διάρκεια όμως των προγραμμάτων που ακολούθησαν, συγκεντρώθηκαν μετρήσεις, παρατηρήσεις και εμπειρία από την μεριά των συντονιστών, όπου διαπιστώθηκε ότι η ομαδική διαδικασία εμβαθυνόταν και εξελισσόταν σε θεραπευτικό σχήμα, με άτυπα θεραπευτικά αποτελέσματα, τα οποία έθεταν τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά της στεφανιαίας νόσου. Σε αυτά περιλαμβανόταν η εχθρότητα, η αυτοεμπλοκή, ο θυμός, η αποξένωση, η απομόνωση και η μοναξιά. Αν και ο αρχικός πειραματικός σχεδιασμός, δεν ενδιαφερόταν να αξιολογήσει την επίδραση της ομαδικής διαδικασίας, τα εμπειρικά δεδομένα πιστοποιούσαν την ιδιαίτερη σημαντικότητα της.

Το στοιχείο λοιπόν της ομαδικής διαδικασίας, διαδραμάτισε ένα ρόλο ενοποιητικό του όλου προγράμματος, βοηθώντας έτσι τους συμμετέχοντες να εκπαιδευτούν βιωματικά σε αρτιότερη χρήση των διαπροσωπικών τους ικανοτήτων και να μάθουν να αναπτύσσουν ισχυρότερους συναισθηματικούς δεσμούς, οι οποίοι πολύ συχνά λείπουν μεταξύ ασθενών με στεφανιαία νόσο.

Το 1977, ξεκίνησε μια από τις πρώτες μελέτες, η οποία σε πλαίσιο πιλοτικού σχεδιασμού, υλοποίησε πρόγραμμα παρέμβασης, διάρκειας ενός μήνα, σε 10 ασθενείς που διέμεναν εσώκλειστοι σε ένα τοπικό ξενοδοχείο.

Σε αυτό το διάστημα οι ασθενείς ακολούθησαν διαιτολόγιο με χαμηλά λιπαρά και χαμηλής σε περιεκτικότητα, χοληστερόλης. Συμμετείχαν επίσης, σε τεχνικές διαχείρισης άγχους οι οποίες περιελάμβαναν ασκήσεις αναπνοής, διατάσεις (stretching), διαλογισμό, εικονοποιήσεις και προσωπική χαλάρωση. Το πρόγραμμα διαρκούσε δυο ώρες την ημέρα και περιλάμβανε επίσης, διακοπή καπνίσματος και συμμετοχή σε πρόγραμμα περπατήματος. Τα αποτελέσματα ήταν ιδιαίτερα ενθαρρυντικά: οι ασθενείς ανέφεραν 90% μείωση της συχνότητας των στηθαγχικών επεισοδίων. Ποσοτικοί δείκτες παρουσίασαν αύξηση 62,5% του χρόνου διάρκειας στο διάδρομο τρεξίματος, πτώση της διαστολικής και συστολικής πίεσης του αίματος,

μείωση πρόωμων κολπικών κτύπων (ventricular premature beats) και πτώση των επιπέδων χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων στο πλάσμα του αίματος.

Όλες οι ανωτέρω βελτιώσεις, ήταν στατιστικά σημαντικές, όταν ο κάθε ασθενής χρησιμοποιούταν ως το δικό του σημείο αναφοράς-ομάδα ελέγχου (στατιστική ανάλυση μέσω t-tests). Όταν όμως εφαρμόστηκε σπινθηρογράφημα σε τέσσερις ασθενείς (λόγω νοσοκομειακών ελλείψεων), οι δύο έδειξαν βελτίωση στη μυοκαρδιακή αιμάτωση και οι άλλοι δύο καμία αλλαγή.

Ύστερα από κάποια χρόνια κλινικής έρευνας και εμπειρίας στο πεδίο των προγραμμάτων αποκατάστασης, οι Ornish et al. (1983) επέκτειναν και εμβάθυναν το πεδίο μελέτης τους, και ήταν μάλιστα οι πρώτοι που διεξήγαγαν μια τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, με σκοπό να εκτιμήσουν λεπτομερώς την επίδραση των αλλαγών του τρόπου ζωής, σε στεφανιαίους ασθενείς. Συνέκριναν την καρδιαγγειακή κατάσταση 24 ασθενών, οι οποίοι συμμετείχαν σε πρόγραμμα αλλαγής τρόπου ζωής (lifestyle change program), με ομάδα ελέγχου 24 επίσης ασθενών οι οποίοι λάμβαναν τη συνήθη καρδιολογική φροντίδα.

Μετά από ένα πρόγραμμα μόλις 4 εβδομάδων, οι συμμετέχοντες στην ομάδα που άλλαξε τρόπο ζωής, είχαν κατά 44 % μέση αύξηση της διάρκειας σωματικής εξάσκησης και 55 % μέση αύξηση, στο χρόνο παρουσίας στην εργασία τους. Ως προς τους ειδικότερους ψυχοκαρδιολογικούς δείκτες, εμφάνισαν στατιστικά σημαντική μείωση της συμπεριφοράς τύπου A (αξιολογούμενης μέσω συνεντεύξεων), άγχους και κατάθλιψης. Επίσης εμφάνισαν μέση μείωση κατά 91 %, στη συχνότητα επεισοδίων στηθάγχης.

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι ακόμα και βραχυπρόθεσμες παρεμβάσεις στην αλλαγή τρόπου ζωής, όχι μόνο μειώνουν δραματικά τους παράγοντες επικινδυνότητας, αλλά βελτιώνουν σημαντικά τη λειτουργικότητα, σε οργανικό και ψυχολογικό επίπεδο.

Τα ευρήματα των ανωτέρω μελετών, διαπίστωσαν την ευεργετική επίδραση της αλλαγής του τρόπου ζωής, στην συνολική βελτίωση της οργανικής και ψυχολογικής εικόνας του στεφανιαίου ασθενή. Ωστόσο, ανέκυψε το ερώτημα αν τόσο βαθιές και έντονες αλλαγές στον τρόπο ζωής, θα μπορούσαν να διατηρηθούν σε μια μακροπρόθεσμη προοπτική και σε ένα περιβάλλον "κανονικής" ζωής (θυμίζουμε ότι το πρόγραμμα διεξήχθη σε εσώκλειστους ασθενείς και με διάρκεια ένα μήνα). Επιπλέον ανέκυψαν ερωτήματα αν τέτοιου είδους προγράμματα θα μπορούσαν να

ανασχέσουν, ή ακόμα και να αναστρέψουν, την ανάπτυξη στένωσης της στεφανιαίας αρτηρίας, όπως αυτή δύναται να μετρηθεί μέσω ποιοτικής στεφανιαίας αγγειογραφίας.

Lifestyle Heart Trial. Με σκοπό να απαντηθούν τα ανωτέρω βασικά ερωτήματα, σχεδιάστηκε το Lifestyle Heart Trial (Ornish, 1990). Η δοκιμή αυτή περιελάμβανε την συμμετοχή 40 ασθενών, και ήταν διάρκειας ενός έτους. Ο πειραματικός σχεδιασμός, ήταν μονής-τυφλής τυχαιοποιημένης κλινικής μελέτης. Η επιλογή και τοποθέτηση των ασθενών στην πειραματική ομάδα, ή στην ομάδα ελέγχου, όπως ήταν αναμενόμενο, δεν ήταν εύκολα επιλύσιμη. Η πλειονότητα των ασθενών, εξέφραζε έντονα την επιθυμία να τοποθετηθεί στην πειραματική ομάδα, κυρίως διότι δεν υπήρχε για αυτούς η επιλογή χειρουργικής επέμβασης, αορτοστεφανιαίας παράκαμψης ή αγγειοπλαστικής, ή διότι επιμελώς ήθελαν να αποφύγουν, οτιδήποτε σχετιζόταν με επεμβατική μέθοδο θεραπείας. Εξαιτίας αυτής της συνθήκης, η μελέτη αξιολογήθηκε με σχετική έλλειψη εσωτερικής εγκυρότητας. Από τους 93 ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης, μετά τις προσκλήσεις των ερευνητών, 28 (53%) συμφωνήσαν να συμμετέχουν στην πειραματική ομάδα και 20 (50%) στην ομάδα ελέγχου (δηλαδή συνέχιση της συνθήκης συνήθους φροντίδας, από τον προσωπικό τους καρδιολόγο).

Αρχικά, οι ασθενείς προσκλήθηκαν μαζί με τους συζύγους ή συντρόφους τους, σε ένα πρόγραμμα απομόνωσης σε τοπικό ξενοδοχείο, για μια εβδομάδα. Εκεί οι ασθενείς παρακολουθούσαν καθημερινά διαλέξεις, που περιλάμβαναν μια επιστημονική παράθεση χρήσιμων συμπερασμάτων ως προς τη διατροφή, την άσκηση και την διαχείριση άγχους. Επίσης, καθημερινά συμμετείχαν σε πρόγραμμα ομαδικής υποστήριξης, σε δύο ωριαίες συνεδρίες διαχείρισης άγχους, σε προγράμματα αερόβιας γυμναστικής και σε βράδυνες ομαδικές συναντήσεις.

Οι περισσότεροι ασθενείς, άρχισαν να βιώνουν ήδη κατά την πρώτη φάση της απομόνωσης (δηλαδή την πρώτη εβδομάδα), ουσιαστικές βελτιώσεις, γεγονός που ενίσχυσε για τους συμμετέχοντες περαιτέρω την αξιοπιστία του προγράμματος, αλλά και το προσωπικό τους κίνητρο.

Μετά το πέρας της φάσης απομόνωσης, οι ασθενείς παρίσταντο σε συναντήσεις κάθε Τρίτη και Πέμπτη. Κάθε συνάντηση περιελάμβανε τέσσερις ωριαίες δραστηριότητες: αερόβια άσκηση, διαχείριση άγχους, δείπνο με φυτικές τροφές χαμηλών λιπαρών, και ομαδική συνάντηση.

Είναι χρήσιμο σε αυτό το σημείο, να παρατηρήσουμε ότι κάθε ώρα άσκησης και διαχείρισης άγχους, ακολουθούνταν από πρακτική τεχνικών χαλάρωσης και

συγκέντρωσης προσοχής, οι οποίες ακολουθούνταν στη συνέχεια από το δείπνο. Το δείπνο ήταν ουσιαστικά πρόδρομος κοινωνικοποίησης μεταξύ τους, και τους προετοίμαζε, για μια συχνά προκλητική, συναισθηματική διαδικασία, την βραδινή ομαδική συνάντηση πριν το κλείσιμο του προγράμματος.

Τα αποτελέσματα του προγράμματος, κατέδειξαν ότι οι ασθενείς κατάφεραν να διατηρήσουν τις αλλαγές στον τρόπο ζωής τους, μετά από ένα χρόνο που επανεξετάστηκαν. Η απεικόνιση των μετρήσεων τους, ως προς τους καρδιολογικούς δείκτες, αρχικά παρουσιάζοταν ως εξής: στους 25 ασθενείς που συμμετείχαν στην πειραματική ομάδα (στην ομάδα δηλαδή που θα ακολουθούσε το πρόγραμμα αλλαγής τρόπου ζωής), εντοπίστηκαν και αναγνωρίστηκαν 154 αρτηριακές βλάβες με στένωση μεγαλύτερη από 20%, 54 δε από αυτές, ήταν πάνω από 50% εμφραγμένες και 21 ολοκληρωτικά εμφραγμένες, γεγονός που σημαίνει ότι οι ασθενείς αυτοί είχαν σοβαρότατη στεφανιαία νόσο. Κάθε ασθενής, είχε τουλάχιστον μια αρτηριακή βλάβη στένωσης μεγέθους μεγαλύτερου του 50% και γενικά οι περισσότεροι είχαν εξαιρετικά σοβαρές αρτηριακές βλάβες.

Από τους 20 ασθενείς που συμμετείχαν στην ομάδα ελέγχου, εντοπίστηκαν 132 αρτηριακές βλάβες μεγαλύτερες της τάξης του 20%, 33 από αυτές ήταν εμφραγμένες με ποσοστό μεγαλύτερο του 50% και 7 ολοκληρωτικά εμφραγμένες.

Ως προς τα αποτελέσματα, μετά από ένα χρόνο, η στένωση η οποία μετρήθηκε με την ποσοστιαία μείωση του στεφανιαίου ενδοθηλίου, μειώθηκε από 40% σε 37,8 στην πειραματική ομάδα, ενώ υπήρξε αύξηση στην ομάδα ελέγχου από 42,7% σε 46,1 ($p=.001$, two-tailed)

Ως προς την ανάλυση των στενώσεων (στενωτικών βλαβών), που ήταν μεγαλύτερες του 50%, η μέση τιμή της στένωσης στην πειραματική ομάδα υποχώρησε από 61,1 στο 55,8%, ενώ στην ομάδα ελέγχου αναφέρθηκε επιδείνωση από το 61,7 στο 64,4% ($p=.003$, two-tailed).

Επίσης, 82% των ασθενών στην πειραματική ομάδα, είχαν αλλαγές των μέσων τιμών προς την κατεύθυνση της υποχώρησης της στεφανιαίας αθηροσκλήρωσης, ενώ περίπου το 53% των ασθενών που ακολουθούσαν τη συνήθη φροντίδα, παρουσίασαν ανάπτυξη της στένωσης.

Συνδυάζοντας και τις δυο ομάδες (αλλαγής τρόπου ζωής και συνήθους φροντίδας), ως προς το μέγεθος των αλλαγών τρόπου ζωής, συνάχθηκε η θετική συσχέτιση της με την αλλαγή στην στεφανιαία αθηροσκλήρωση ($r=.45$, $p=.01$).

Ως προς την επίδραση του προγράμματος αλλαγής τρόπου ζωής στις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους, παρατηρήθηκε μια ισχυρή και διαρκής καταγραφή θετικού χαρακτήρα, μειώνοντας τους παράγοντες ψυχοκοινωνικής επικινδυνότητας, όπως εχθρότητας και θυμού.

Οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα, είχαν σημαντική μείωση στο ερωτηματολόγιο Spielberger Trait Anger, συγκρινόμενο με απουσία αλλαγής ως προς την ομάδα ελέγχου, μετά από ένα χρόνο σε μελέτη επανεξέτασης ($p=.05$). Επίσης, η επίδραση αυτή διατηρήθηκε και μετά το πέρας της τετραετίας. Κατά τον ίδιο τρόπο, η συμπεριφορά τύπου A, που αξιολογήθηκε με συνέντευξη, αρχικά παρουσίασε αισθητή μείωση για την πειραματική ομάδα τόσο στην ετησία, όσο και στην μετά τετραετία μέτρηση, χωρίς ωστόσο να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Ωστόσο, το ενδιαφέρον εύρημα έγκειται στο εξής: στη συνολική αξιολόγηση της συμπεριφοράς τύπου A, ο δείκτης εχθρότητας στην πειραματική ομάδα μειώθηκε στατιστικά σημαντικά, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου και η επίδραση του αποτελέσματος αυτού διατηρήθηκε και μετά την τετραετία ($p=.05$).

Το αξιοσημείωτο αυτό εύρημα εντυπωσιάζει περαιτέρω, διότι ούτε σχεδιάστηκε άλλα ούτε και ενεργά υλοποιήθηκε οιαδήποτε στοχευόμενη παρέμβαση ως προς την αλλαγή συμπεριφοράς τύπου A, ως μέρος του συνολικού προγράμματος ή της ομαδικής διεργασίας.

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι επιλεγμένοι ασθενείς μπορούν να διατηρήσουν τις επίμοχθες αρχικά, αλλαγές τρόπου ζωής, στην διάρκεια τετραετίας (Ornish et al., 1979, 1983. Scherwitz & Kesten 1994). Επίσης, γίνεται φανερό το γεγονός ότι οι ασθενείς μπορούν να συμμορφωθούν στις επιταγές του προγράμματος, και να ακολουθήσουν συστηματικά τις αρχές του. Βασικός λόγος αυτής της θεραπευτικής συμμόρφωσης, ήταν η χρονική αμεσότητα με την οποία οι ασθενείς βίωσαν τα θετικά αποτελέσματα, της «συνταγής» του προγράμματος. Η βίωση των θετικών επιδράσεων, ενίσχυσε περαιτέρω την προσκόλληση τους στο πρόγραμμα, καθώς επίσης και η μαρτυρία των άλλων συμμετεχόντων ασθενών, επέδρασε ιδιαίτερος εμψυχωτικά για την αξία του εγχειρήματος. Πιθανόν, ένα «αίσθημα κοινότητας» να απορρέει από την συμμετοχή στο πρόγραμμα και αυτό να εξηγεί εν μέρει και την θεραπευτική συμμόρφωση. Το εν λόγω «αίσθημα κοινότητας», καλλιεργήθηκε κυρίως στις συναντήσεις ομαδικής υποστήριξης. Πράγματι, ανάλογα αποτελέσματα, εξίσου ενθαρρυντικά, παρατηρούμε και σε άλλες κλινικές δοκιμές, οι οποίες βασίζονται κυρίως σε ομαδικού τύπου θεραπείες, χωρίς οιαδήποτε άλλου

είδους παρέμβαση και οι οποίες κατέδειξαν θετική επίδραση σε ασθενείς με χρόνια νόσο (Levenkron & Moore, 1988. Nunes, Frank & Kornfeld, 1987. Price, 1988. Στυλιανίδης, 2014). Ιδιαίτερα αξιοσημείωτο, προς επίρρωση των ανωτέρω, είναι το Recurrent Coronary Prevention Project (Friedman et al., 1986) όπου σημειώθηκε μείωση της υποτροπής επανεμφάνισης εμφράγματος μυοκαρδίου κατά 44%, σε ασθενείς που έλαβαν μέρος σε ομάδες υποστήριξης για την συμπεριφορά Τύπου Α και συμβουλευτική για τους παράγοντες επικινδυνότητας στην στεφανιαία νόσο, σε σχέση με ασθενείς που έλαβαν μόνο συμβουλευτική για τους παράγοντες επικινδυνότητας. Επίσης, άλλη μελέτη σε 86 ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του μαστού, έδειξε ότι η συμμετοχή σε εβδομαδιαίας βάσης ομάδες υποστηρικτικού/έκφρασης τύπου, σε μέσους όρους, επέφερε χρονικά επιμήκυνση στην επιβίωση των ασθενών κατά 36,6 μήνες, συγκρινόμενη με 18,6 μήνες για εκείνες τις ασθενείς, που ακολούθησαν τη συνήθη φροντίδα (Spiegel, Bloom, Kraemer & Gottheil, 1998).

Από την παρουσίαση των ανωτέρω προγραμμάτων αποκατάστασης, διακρίνεται το πλαίσιο στο οποίο αναπτύχθηκαν και κατά συνέπεια συντέλεσαν, ώστε να διαμορφωθούν προσδοκίες από την ιατρική κοινότητα, περί της χρησιμότητας και θεραπευτικής τους αποτελεσματικότητας. Η επιστημονική τεκμηρίωση τους ωστόσο, υπολείπεται στην ανίχνευση και ταυτοποίηση ψυχολογικών παραμέτρων, οι οποίοι επιδρούν και διαδραματίζουν ένα ουσιαστικό ρόλο, στη σύνολη πορεία της αποκατάστασης. Έτσι, παρατηρούμε αρχικά -και μέσω των ψυχομετρικών εργαλείων της εποχής- συμπεράσματα περί «βελτιώσεων στην ψυχική σφαίρα», χωρίς να προσδιορίζονται ή άλλοτε να παρουσιάζονται, ως παράπλευρα οφέλη από την συμμετοχή στο πρόγραμμα και άλλοτε να αναπτύσσονται, εξαιτίας ή ως συνέπεια, της βελτίωσης της οργανικής τους κατάστασης (βελτιωμένη κλινική καρδιολογική εικόνα). Η αιτιολόγηση αυτή, γνωρίζουμε σήμερα ότι δεν ισχύει καθολικά, ή καλύτερα αποτελεί μέρος μιας κλινικής πραγματικότητας, που συχνά παρατηρούμε στην θεραπευτική συνεργασία μας με καρδιοπαθείς, και η οποία βασίζεται σε μία διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ οργανικών και ψυχολογικών παραμέτρων. Ειδικότερα στο πεδίο της παρούσας διατριβής, η ανάπτυξη της ψυχοκαρδιολογίας, προέκυψε ως ανάγκη για να διαφωτιστεί ακριβώς η σχέση μεταξύ της ψυχικής ζωής και του οργάνου της καρδιάς. Σε αυτό το πλαίσιο, η έννοια των ψυχολογικών παρεμβάσεων αποκατάστασης, ενσωμάτωσε ψυχολογικές παραμέτρους και εννοιολογικές κατασκευές, που αρχικά παρέμειναν εκτός του πεδίου δράσης αυτών των προγραμμάτων. Ενδεικτικά αναφέρουμε παραδείγματα, όπως η κατάθλιψη, αγχώδεις

εκδηλώσεις των ασθενών, στοιχεία προσωπικότητας που παρέμειναν εξ ολοκλήρου εκτός των θεραπευτικών σχεδιασμών, καθώς επίσης και άλλες ενονομαζόμενες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών και εκδηλώσεων μη προσαρμογής. Σήμερα γνωρίζουμε ότι η κατάθλιψη, για παράδειγμα, έχει σημαντική επιβάρυνση στο πληθυσμό των καρδιοπαθών και καθορίζει εν γένει την πορεία της επανένταξης των ασθενών στην κανονικότητα τους. Αναπόφευκτα και ευτυχέστατα, οι ειδικοί στο χώρο της καρδιολογικής αποκατάστασης εντάσσουν τις ψυχολογικές παραμέτρους, στοχεύοντας να εξασφαλίσουν, στο μέγιστο δυνατό, μία πλήρη αποκατάσταση για τους ασθενείς τους. Ακολουθώντας αυτή την γραμμή σκέψης, προσανατολιζόμαστε στην παράθεση –στο αμέσως επόμενο Κεφάλαιο- ειδικών προς τους καρδιοπαθείς ψυχοπαθολογικών οντοτήτων, οι οποίες όπως θα δούμε αποτελούν ένα ιδιαίτερα ανασταλτικό παράγοντα της συνολικής τους βελτίωσης. Η κατάθλιψη, η καταπόνηση, η επιθετικότητα, είναι ενδεικτικά μερικές από τις ψυχοπαθολογικές κατηγορίες, που έχουν προσελκύσει το επιστημονικό και κλινικό ενδιαφέρον της καρδιολογικής κοινότητας, με συνεχείς έρευνες και αναλύσεις. Η κατάθλιψη, κατέχει αδιαφιλονίκητα κεντρική θέση μεταξύ εκείνων των ψυχοπαθολογικών οντοτήτων που καταστρατηγούν τις παρεχόμενες προσπάθειες των ειδικών, που εργάζονται στα προγράμματα.

Αποκατάσταση στεφανιαίων ασθενών. Δεδομένης της δυσχερούς κατάστασης, όπως συνοπτικά απεικονίστηκε και στην προηγούμενη υποενότητα, επιχειρείται τα τελευταία χρόνια ένα σχέδιο ενιαίας στρατηγικής στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με στόχο την πρωτογενή πρόληψη αλλά και παράλληλη στόχευση στην ανάπτυξη κέντρων αποκατάστασης, για ήδη νοσώντας καρδιοπαθείς. Ειδικότερα η στρατηγική της αρμόδιας επιτροπής στην Ευρωπαϊκή Ένωση κινείται σήμερα σε τρεις κύριους άξονες:

1. Δράση στον ευρύτερο υγιή πληθυσμό με στόχο την ελάττωση της επίπτωσης και του φορτίου των καρδιαγγειακών νοσημάτων, με παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής και περιβαλλοντικές αλλαγές, χωρίς να απαιτείται ιατρική παρέμβαση.

2. Πρωτογενής πρόληψη και καθιέρωση εθνικών στρατηγικών, για τον εντοπισμό και τη διαχείριση ατόμων υψηλού κινδύνου.

3. Δευτερογενής πρόληψη με στόχο την έγκαιρη διάγνωση, την κατάλληλη διαχείριση της πάθησης και την καλύτερη αποκατάσταση των ατόμων, με «εγκατεστημένη» καρδιαγγειακή πάθηση (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Σε αυτό το πλαίσιο, έχουν αναπτυχθεί δράσεις που αποσκοπούν στην εκτέλεση και υλοποίηση των ανωτέρω, και αποτελούνται από διενέργεια σειράς στατιστικών μελετών και αναλύσεων, τόσο στο σύνολο της ευρωπαϊκής περιοχής, όσο και σε κάθε χώρα-μέλος, με σκοπό τη δυνατότητα να παρακολουθηθούν τυχόν διακυμάνσεις στους δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα και στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Επίσης διενεργούνται μελέτες σχετικές με συμπεριφορές υγείας οι οποίες θα μπορούσαν ενδεχομένως να έχουν ένα θετικό πρόσημο, δηλαδή να λειτουργούν προφυλακτικά, ως προς την ανάπτυξη της νόσου. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον όμως, παρέχεται στην εγκατάσταση και ανάπτυξη κέντρων αποκατάστασης. Έτσι και θεσμικά δημιουργείται ένα πλαίσιο, στο οποίο αναγνωρίζεται η συμβολή και προσφορά των ήδη υπάρχουσών δομών, αλλά και τροφοδοτείται, ο τομέας της αποκατάστασης, για επιτάχυνση και παρουσίαση των δυνατοτήτων του.

Η στεφανιαία νόσος, αποτελεί σήμερα την πρώτη αιτία θανάτου αλλά και την πρώτη αιτία αναπηρίας, σε όλες τις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου. Αποτελεί την συχνότερη αιτία ανικανότητας και ευθύνεται για το 20% των συνολικών σχετικών περιπτώσεων. Ενδεικτικά, για το έτος 2006, καταγράφηκαν δώδεκα εκατομμύρια άτομα με στεφανιαία νόσο και 220.000 θάνατοι στις Η.Π.Α. Το ποσοστό αυτό αναλογεί στο 40% των θανάτων λόγω στεφανιαίας νόσου παγκοσμίως (Keenan & Shaw, 2011).

Η χάραξη των στρατηγικών πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης, καθώς και η υλοποίηση τους, αποτελεί ένα μακρόπνοο σχέδιο το οποίο σταδιακά πραγματοποιείται. Ωστόσο, παρά την συνεχή πρόοδο στην αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου (φάρμακα, θρομβολυτική θεραπεία, αγγειοπλαστική, αορτοστεφανιαία παράκαμψη), ο ρυθμός επιστροφής των ασθενών στην κανονικότητα (εργασία, οικογενειακό και κοινωνικό δίκτυο σχέσεων), ακόμη και μετά από ανεπίπλεκτο έμφραγμα μυοκαρδίου, συνεχώς μειώνεται. Πολλοί ασθενείς, περιορίζουν αδικαιολόγητα την δραστηριότητα τους μετά από ένα καρδιακό επεισόδιο, και δεν επιστρέφουν στην εργασία τους. Η δυσκολία επανένταξης τους στην καθημερινότητα, δεν οφείλεται μόνο σε πραγματικό, φυσικό, ιατρικής φύσης, περιορισμό, αλλά και σε αδυναμία ψυχολογικής προσαρμογής στην νέα κατάσταση. Πρόκειται για σοβαρό τραυματικό γεγονός, το οποίο πλήττει την εικόνα του σώματος του ασθενή και προδιαγράφει την αντιλαμβανόμενη εκτίμηση που θα αναπτύξει, σχετικά με τις ικανότητές του και την εν γένει αυτοπεποίθηση του. Όπως θα

αναφερθούμε λεπτομερώς στην επόμενη ενότητα, η κλινική κατάθλιψη και σειρά αγχωδών διαταραχών με άμεσες δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές -παραίτησης, δυσθυμίας και απελπισίας-, αποτελούν κοινό τόπο στην κλινική διαχείριση των καρδιοπαθών από τους θεράποντες καρδιολόγους.

Συνακόλουθα, για τον πληθυσμό των καρδιοπαθών, το κριτήριο των περιορισμών τους ως προς την «κανονικότητα της ζωής» δεν αφορά μόνον στις τελικές εκβάσεις, όπως αυτές ορίζονται, από τη συννοσηρότητα ως τη θνησιμότητα. Προφανώς οι τελικές εκβάσεις αποτελούν την ουσιαστική βάση, για να βελτιστοποιήσουμε και να προχωρήσουμε σε μια ουσιαστικότερη προσέγγιση της κανονικότητας της ζωής των καρδιοπαθών. Υπό αυτό το πρίσμα η πλήττουσα ποιότητα ζωής των ανθρώπων με καρδιαγγειακή νόσο, αποτελεί από μόνη της μια αξία κριτηρίου, για την συνολική εικόνα κάθε μορφής αποκατάστασης.

Η συνεκτίμηση παραγόντων, που αφορούν και εξωϊατρικές συνιστώσες ως προς τις θεραπευτικές αποφάσεις που λαμβάνει ένας κλινικός καρδιολόγος, είναι αρκετά παλαιά και εδραιωμένη. Το ίδιο συμβαίνει και με την εκτίμηση του ασθενούς, για την κατάσταση της υγείας του. Εκτιμήσεις του τύπου, «νοιώθω πως είμαι καλύτερα γιατρέ», έχουν για τον καρδιολόγο ίση η και μεγαλύτερη βαρύτητα από την βελτίωση των δεικτών εργαστηριακών εξετάσεων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1991), κατοχύρωσε θεσμική υπόσταση σε αυτή την πρακτική, περιλαμβάνοντας στον ορισμό της Υγείας παράγοντες πέραν των βιολογικών και καταστάσεις, οι οποίες είναι μη σχετικές ως προς την ασθένεια. Στη διακήρυξη «Υγεία για Όλους στην Ευρώπη», επαναδιατυπώνεται η θέση, ότι όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό υγείας, για να μπορέσουν να ζήσουν μία ικανοποιητική ζωή κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά. Ο ορισμός της υγείας, όπως διατυπώνεται, τέμνεται και ορίζεται από έναν αποδεκτό βαθμό ποιότητας της ζωής. Όσες αντιδράσεις ή επιφυλάξεις και αν αρθούν για αυτή την αλληλοεπικάλυψη, η αλληλεπίδραση υγείας και ποιότητας ζωής, δεν αμφισβητείται από την επιστημονική κοινότητα. Συνεπώς, στόχος των ιατρικών υπηρεσιών, δεν είναι αποκλειστικά η θεραπεία της καρδιαγγειακής νόσου και η συμπτωματική ανακούφιση της, αλλά η βελτίωση συνολικά της υγείας και η προαγωγή και εξασφάλιση ικανοποιητικής για τον εξυπηρετούμενο ασθενή, ποιότητα ζωής (Lindstrom, 1994. Katz & Peberdy, 1997).

Το πρόβλημα του αυξανόμενου αριθμού ασθενών, που αδρανοποιούνται μετά από ένα καρδιακό επεισόδιο και η κατακόρυφη πτώση της ποιότητας ζωής των, συμμετέχει στην ακινητοποίηση προς εργασία, με μεγάλες κοινωνικοοικονομικές

συνέπειες. Η ανάγκη κάλυψης αυτού του κενού, οδήγησε στη δημιουργία μονάδων αξιολόγησης, αντιμετώπισης και αποκατάστασης των εμφραγματιών, καθώς και άλλων ομάδων, που στοχεύουν στην παροχή φροντίδας και υπηρεσιών στους καρδιολογικούς ασθενείς.

Ο ασθενής μετά από ένα οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, δεν πάσχει μόνο από την απώλεια της λειτουργίας ενός τμήματος της καρδιάς, που υπέστη μία κάποια βλάβη. Πρόκειται για ένα ζωτικό τμήμα, σε ένα εξαιρετικής σπουδαιότητας ζωτικό όργανο. Οι «αντανακλάσεις» του οργάνου της καρδιάς, στη σύνολη λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού είναι αδιαμφισβήτητη, σε σημείο που ακόμη και στις αρχές του περασμένου αιώνα, αναφερόταν ως το «κέντρο της ψυχής». Ο απόηχος των αντιλήψεων τέτοιου τύπου –παρά τις προφανείς ενδείξεις και επιστημονικά τεκμηριωμένα άρθρα-, συνεχίζει να απασχολεί μεγάλο μέρος του γενικού πληθυσμού. Παρακολουθούμε ακόμη και σήμερα, ότι οι αναπαραστάσεις για την πρόκληση της καρδιακής νόσου, συμπλέουν με μία ψυχολογικοποιημένη αντίληψη, όπου το άγχος από μόνο του, μπορεί να επιφέρει καρδιακό επεισόδιο. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τους ειδικούς ψυχικής υγείας, οι οποίοι εργάζονται με καρδιοπαθείς, να γνωρίζουν τα όρια και τους περιορισμούς του επαγγέλματος τους. Διατηρώντας λοιπόν μια ισορροπία και ένα μέτρο, μεταξύ της παντοδυναμίας της βιολογικοποίησης από τη μία πλευρά, και της ψυχολογικοποίησης των καρδιολογικών συμπτωμάτων από την άλλη, καταφέρνουμε να είμαστε χρήσιμοι στον ψυχολογικό κεφάλαιο της αποκατάστασης των ασθενών. Έτσι ανιχνεύουμε ότι πέρα από την μυοκαρδιακή βλάβη, συμμετέχουν και άλλοι παράγοντες, παρεισφρύοντας και καθορίζοντας σε μεγάλο βαθμό την αποκατάσταση, κοινωνική επανένταξη ή την υποτροπή της νόσου. Οι παράγοντες αυτοί, σύμφωνα με έρευνα που έγινε σε 52 χώρες (INTERHEART, 2004), καταγράφονται ως εννέα αναγνωρίσιμοι και ανεξάρτητοι –όπως αναφέρθηκε στον Πίνακα 1- και εξηγούν περισσότερο από το 90% της επικινδυνότητας, για ένα οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου. Όλοι οι παράγοντες, χαρακτηρίζονται ως πιθανά τροποποιήσιμοι και ισχύουν το ίδιο σε όλους, ανεξαρτήτως ανδρικού ή γυναικείου φύλου, γεωγραφικών περιοχών και πολιτισμικών ομάδων (Lancet, 2004).

Στις παρυφές αυτών των παραγόντων, βρίσκονται και άλλοι παράγοντες, οι οποίοι επίσης χαρακτηρίζονται ως τροποποιήσιμοι, όπως: ήπιες ψυχικές διαταραχές, διαταραχές σχετικά με το σωματικό βάρος, άλλες συνυπάρχουσες παθήσεις ήπιας μορφής, παρενέργειες ή αλληλεπιδράσεις από χορηγούμενα φάρμακα και μερική απώλεια της φυσικής ικανότητας για άσκηση.

Η αναζήτηση, η αναγνώριση και η τροποποίηση παραγόντων, επιχειρείται μέσα στα προγράμματα αποκατάστασης, βοηθώντας με αυτό τον τρόπο στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, στην κοινωνική τους επανένταξη και στην επαγγελματική τους αποκατάσταση. Η πρακτική υλοποίηση του εγχειρήματος της αποκατάστασης για παράδειγμα, δεν περιλαμβάνει απλά συστάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος, απώλειας βάρους ή την άσκηση, αλλά ενδιαφέρεται και παρακολουθεί, τον τρόπο με τον οποίο θα πραγματοποιηθούν. Παρακολουθεί επίσης το μέγεθος αφομοίωσης των αλλαγών που επιτυγχάνονται, με γνώμονα την διατήρηση των ευεργετικών αλλαγών τρόπου ζωής. Οι συμβουλές στον ψυχολογικό τομέα, αποτελούν σημαντικό και αναπόσπαστο τμήμα της αποκατάστασης των στεφανιαίων ασθενών. Οι ακρογωνιαίοι λίθοι σε κάθε πρόγραμμα αποκατάστασης καρδιοπαθών, είναι η σωματική κινητοποίηση (άσκηση), η διατροφολογική αγωγή και η ψυχολογική αποκατάσταση. Πρόκειται για διεπιστημονική προσέγγιση και υλοποίηση, η οποία οφείλει να λαμβάνει χώρα, στα κέντρα που εκτελούν προγράμματα αποκατάστασης. Το «θεραπευτικό» μείγμα των τριών ακρογωνιαίων λίθων που αναφέρθηκε, όπως κάθε θεραπευτική αγωγή, απαιτεί συνεχή επίβλεψη και σωστή «δοσολογία», για να επιτευχθεί το βέλτιστο δυνατό αποτέλεσμα, έτσι ώστε να αποφευχθούν υποτροπές και περαιτέρω προκλήσεις καρδιακής βλάβης (Jones & West, 1995).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθούμε και σε μια άλλη κατηγορία επιστημονικών μελετών, στο ερευνητικό πεδίο της επιδημιολογίας των καρδιολογικών παθήσεων, οι οποίες προσανατόλισαν το ερευνητικό τους έργο σε μια πιθανή σχέση μεταξύ των καρδιαγγειακών ασθενειών και των στοιχείων προσωπικότητας, καθώς και ορισμένων σταθερών προτύπων συμπεριφοράς, με τα οποία αναπτύσσεται ή/και εκδηλώνεται μία καρδιολογική νόσος. Από τις αρχές των ερευνών σε αυτό το πλαίσιο μέχρι σήμερα, τρεις εννοιολογικές κατασκευές προέκυψαν διαδοχικά από την ψυχολογική έρευνα παραγόντων επικινδυνότητας για στεφανιαία νόσο και επακόλουθη υποτροπή: Πρότυπο Συμπεριφοράς Τύπου Α (Type A Behaviour Pattern), Συμπεριφορά επιρρεπής σε Θυμό-Επιθετικότητα, και Προσωπικότητα Τύπου D.

Το Πρότυπο Συμπεριφοράς Τύπου Α, στο οποίο αναφερθήκαμε στις αρχές αυτής της ενότητας, εμφανίστηκε στα τέλη της δεκαετίας του '50, σε ένα συμπεριφορικό πλαίσιο, όταν μια ομάδα Αμερικανών καρδιολόγων υπέθεσαν ότι ένας από τους ανεξάρτητους αιτιολογικούς παράγοντες της καρδιακής νόσου, ήταν μια συγκεκριμένη συμπεριφορική και συναισθηματική τροπικότητα, για την

αντιμετώπιση ορισμένων περιβαλλοντικών πιέσεων (Friedman, Rosenman, 1959). Ωστόσο, σε μια κριτική προσέγγιση τους οι Pedersen και Denollet (2003), οι εμπνευστές και θεμελιωτές της Προσωπικότητας Τύπου D, επισημαίνουν ότι το Πρότυπο Συμπεριφοράς Τύπου A, κατασκευάστηκε και ορίστηκε σκόπιμα, προκειμένου να αποφευχθεί οποιαδήποτε σχέση με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, ακόμη και αν στην πράξη κατέληξε να αναφέρεται ως «Προσωπικότητα Τύπου A». Υπενθυμίζοντας τα χαρακτηριστικά του Προτύπου Συμπεριφοράς Τύπου A, οι Friedman και Rosenman (1959) τα προσδιόρισαν ως εξής: ανυπομονησία, επιθετικότητα, ένα έντονο κίνητρο για την επίτευξη στόχων, που γίνεται ολοένα και μεγαλύτερο, μια αίσθηση του επείγοντος, όσον αφορά τον χρόνο και η επιθυμία να υπάρξει πρόοδος και αναγνώριση.

Ωστόσο, αυτός ο ενθουσιασμός άρχισε να φθίνει, όταν ορισμένες σημαντικές μελέτες απέτυχαν να αποδείξουν μια σχέση μεταξύ του Προτύπου Συμπεριφοράς Τύπου A και της καρδιαγγειακής νόσου (Thorensen & Powell, 1992). Η προκύπτουσα αντιπαράθεση, οδήγησε αρκετούς ερευνητές να επιχειρήσουν να ανακαλύψουν ποια επιμέρους στοιχεία του Προτύπου Συμπεριφοράς Τύπου A, πραγματικά και ουσιαστικά συνεισφέρουν στην ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου. Έγινε διάκριση μεταξύ των τοξικών και μη-τοξικών συστατικών του Προτύπου Συμπεριφοράς Τύπου A. Από αυτά, το ένα που έλαβε τη μεγαλύτερη προσοχή ήταν η διάσταση της εχθρότητας/θυμού, που ακολουθείται από την ανταγωνιστικότητα και την αίσθηση του επείγοντος, σε σχέση με το χρόνο.

Σε ένα τέτοιο πλαίσιο αναζήτησης των ψυχολογικών παραγόντων αιτιοπαθογένειας, των καρδιολογικών παθήσεων και της σύγχυσης που περιέβαλε ακόμα το Πρότυπο Συμπεριφοράς Τύπου A, σχετικά με την προβλεπτική του ικανότητα σε σχέση με την καρδιακή νόσο, ιδιαίτερα σε σχέση με το αν πρόκειται για ένα χαρακτηριστιολογικό συστατικό (trait) ή μια ορισμένη κατάσταση (state), ένας νέος ψυχοκοινωνικός παράγοντας καρδιακού κινδύνου, εμφανίστηκε στη επιστημονική κοινότητα της ψυχοσωματικής έρευνας, η Προσωπικότητα Τύπου D (Denollet, Sys & Brutsaert, 1995).

Πολυάριθμες μελέτες, άρχισαν να διερευνούν κατά πόσον τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, αυξάνουν την ευαλωτότητα σε μία νόσο ή αποτελούν προγνωστικό παράγοντα χειροτέρευσης της, σε ασθενείς με διαγνωσμένη ήδη χρόνια μορφή της νόσου. Μερικές από τις ισχυρότερες ενδείξεις, ότι οι παράγοντες της προσωπικότητας μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη

στεφανιαία νόσο, προέρχονται από την εργασία του Johan Denollet και της ομάδας του, σχετικά με την αποκαλούμενη Προσωπικότητα Τύπου D (distressed type personality). Ωστόσο προγράμματα παρέμβασης, τα οποία να ασχολούνται συστηματικά με την επίδραση της εν λόγω προσωπικότητας, είναι εξαιρετικά λίγα και υλοποιήθηκαν την τελευταία δεκαετία.

Στην επόμενη ενότητα, η οποία αποτελεί και τον κύριο άξονα που παρόντος πονήματος, θα γίνει λεπτομερής αναφορά στην Προσωπικότητα Τύπου D, στους ασθενείς με στην Προσωπικότητα Τύπου D, αλλά και στις παρεμβάσεις που έχουν γίνει, για την ευαίσθητη αυτή ομάδα του πληθυσμού των καρδιοπαθών.

Ορισμός Προσωπικότητας Τύπου D - Γενικό πλαίσιο

Η Προσωπικότητα Τύπου D, αποτελεί μια εννοιολογική κατασκευή και χαρακτηρίζεται από ένα συνδυασμό της Αρνητικής Συναισθηματικότητας (έννοια που προσομοιάζει με το νευρωτισμό) και της Κοινωνικής Αναστολής (τάση ενός ατόμου να αναστέλλει την αυτοέκφρασή του σε κοινωνικές περιστάσεις). Ο Denollet και οι συνεργάτες του, αρχικά παρουσίασαν τεκμήρια, ότι η Προσωπικότητα Τύπου D αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο με προγνωστική ισχύ, σχετικά με τη νοσηρότητα και θνησιμότητα σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Εισάχθηκε ως εννοιολογική κατασκευή το 1995, και σύμφωνα με τους εμπνευστές της, περιγεγραμμένα χαρακτηριστικά στοιχεία του καρδιοπαθή, περιγράφουν και ορίζουν μια σχετικά σταθερή χαρακτηριστική δομή (προφίλ προσωπικότητας), η οποία επιβαρύνει – πλην των αμιγώς οργανικών- και άλλες ψυχοκοινωνικούς παραμέτρους, αυξάνοντας την πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου (Fred & Hariharan, 2002).

Η εννοιολογική κατασκευή της Προσωπικότητας Τύπου D, προήλθε από μελέτη της σχέσης μεταξύ στοιχείων προσωπικότητας και καρδιολογικής επικινδυνότητας (νοσηρότητα, θνησιμότητα, και υποτροπές), σε υγιή πληθυσμό συγκρινόμενο με καρδιοπαθείς. Ταυτοποιήθηκε και αναγνωρίστηκε αφαιρετικά βασισμένη, σε προϋπάρχουσες θεωρίες της προσωπικότητας, καθώς και επαγωγικά, με βάση εμπειρικά δεδομένα και ανάλυση παραγόντων (Denollet, 2005. Denollet, Pedersen & Ong, 2006. Denollet, Sys & Stroobant, 1996. Pedersen & Denollet, 2003.).

Ειδικότερα, τα χαρακτηριστικά της Προσωπικότητας Τύπου D, μπορούν να συνοψιστούν σε δύο άξονες: Αρνητική Συναισθηματικότητα και Κοινωνική Αναστολή. Το πρώτο, δηλώνει την τάση των ατόμων με Προσωπικότητα Τύπου D, να βιώνουν έντονα αρνητικά συναισθήματα, αδιάκοπα κατά την πάροδο του χρόνου και σε διάφορες καταστάσεις, ενώ το δεύτερο, αναφέρεται στην τάση αναστολής της

έκφρασης των αρνητικών συναισθημάτων στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Denollet, Sys & Stroobant, 1996). Πρόκειται λοιπόν για μία χαρακτηριστική δομή, η οποία περιλαμβάνει την συγχρονική συνύπαρξη των δυο χαρακτηριστικών, τα οποία συνδυασμένα σε υψηλό βαθμό μεγέθους, μεγαλύτερα ή ίσα από την διαχωριστική τιμή 10 ($\text{cut-off} \geq 10$), κατηγοριοποιούν και ταυτοποιούν ένα άτομο, ως Προσωπικότητα Τύπου D. Επιπρόσθετα, η εννοιολογική κατασκευή αναφέρεται στην ταυτόχρονη αλληλεπίδραση των δύο παραγόντων, της Αρνητικής Συναισθηματικότητας και της Κοινωνικής Αναστολής.

Από κλινικής άποψης, τα άτομα με Προσωπικότητα Τύπου D βλέπουν τη ζωή με απαισιοδοξία, και αισθάνονται ανήσυχοι και δυσαρεστημένοι. Εκνευρίζονται εύκολα και σε γενικές γραμμές, βιώνουν λιγότερα θετικά συναισθήματα. Παράλληλα, τείνουν να μην μοιράζονται τα αρνητικά συναισθήματά τους ή την όποια αρνητική διάθεση, επειδή φοβούνται την απόρριψη ή την αποδοκιμασία, αναστέλλουν δηλαδή σε κοινωνικό επίπεδο την εκδήλωση της Αρνητικής Συναισθηματικότητας. Αυτοί οι άνθρωποι συνήθως έχουν λίγες φιλίες και αισθάνονται άβολα με την παρουσία ξένων (Pedersen & Denollet, 2003).

Ως προς τα επιδημιολογικά στοιχεία της Προσωπικότητας τύπου D, το ποσοστό επιπολασμού (prevalence rate) στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται ότι είναι στο εύρος του 10% έως 40% (Beutel, Wiltink, Till, Wild, Münzel, Ojeda, Zeller, Schnabel, Lackner, Blettner, Zwiener & Michal, 2012). Ωστόσο, η πλειονότητα των μελετών βασίζεται σε δεδομένα από επιλεγμένα και μικρά δείγματα, π.χ. άνδρες εργάτες εργοστασίου (Hausteiner, Klupsch, Emeny, Baumert, Ladwig, 2010). Σε άλλη μελέτη κοόρτης, ευμεγέθους δείγματος στο Βέλγιο, τα κριτήρια για την Προσωπικότητα Τύπου D πληρούνταν στο 21% του γενικού δείγματος και στο 19% για την ηλικιακή ομάδα μεταξύ 40 μέχρι 70 ετών (Denollet, 2005). Ένα αντίστοιχο ποσοστό επιπολασμού, βρέθηκε και στη μελέτη κοόρτης MONICA/KORA στην Γερμανία, όπου στο ηλικιακό φάσμα 35 έως 74 ετών, το ποσοστό ήταν 23,4% στους άνδρες και 26,9% στις γυναίκες. Άτομα με Προσωπικότητα Τύπου D, είχαν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και χαμηλότερο εισόδημα, σε σύγκριση με άτομα που δεν κατηγοριοποιήθηκαν, ως Προσωπικότητες Τύπου D. Επίσης, σχετικά υψηλότερο ποσοστό επιπολασμού παρατηρήθηκε σε ομάδες που βρίσκονται σε κλινικό περιβάλλον, με ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ 24,8% στην Γερμανία ($n=1196$) έως 28% στο Βέλγιο ($n=358$) (Denollet, 2005. Grande, Jordan, Kümmel, Struwe, Schubmann, Schulze, Unterberg, von Känel, Kudielka & Fischer, 2004). Αντίστοιχα,

τα ποσοστά στην Ολλανδία ήταν 27% και στην Κίνα 31% (Istvanovic, Smalcelj, Filakovic, Cerovec, & Plecko, 2011. Weng, Denollet, Lin, Lin, Wang, Lin, Wong & Mols, 2013). Τα υψηλότερα ποσοστά ωστόσο, καταγράφονται σε ψυχοσωματικούς ασθενείς (n=335) με ποσοστό 62,5% (Grande, Jordan, Kümmel, Struwe, Schubmann, Schulze, Unterberg, Von Kanel, Kudielka & Fischer, 2004). Αν και βιβλιογραφικά έχει καταγραφεί μια σχετική σταθερότητα μέσα στο χρόνο, για όσους έχουν Προσωπικότητα Τύπου D, μια πρόσφατη μελέτη παρατήρησε αλλαγή της διαγνωστικής ταυτότητας της Προσωπικότητας Τύπου D σε ποσοστό 60% των περιπτώσεων, μεταξύ εγχειρητικής και μετεγχειρητικής περιόδου σε καρδιοπαθείς, ειδικότερα σε στεφανιαίους ασθενείς (Kupper, Boomsma, de Geus, Denollet & Willemsen, 2011. Martens, Kupper, Pedersen, Aquarius & Denollet, 2007. Pelle, Erdman, van Domburg, Spiering, Kazemier & Pedersen, 2008).

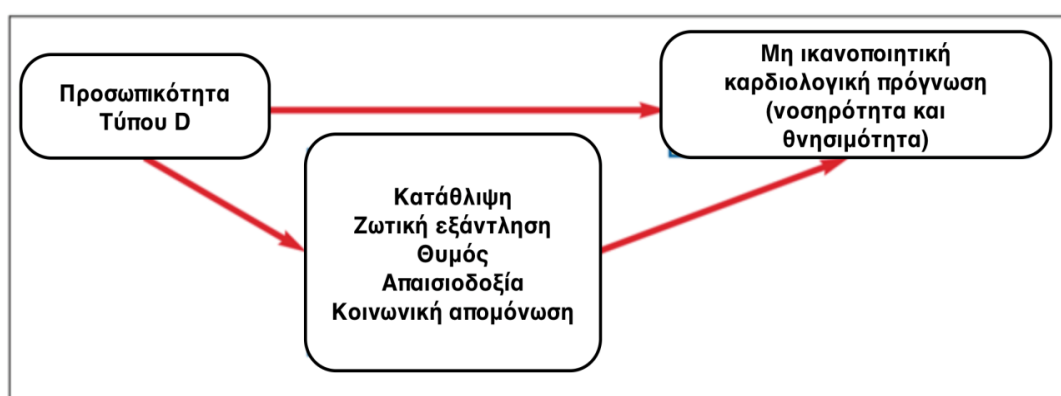
Ο ρόλος των αρνητικών συναισθημάτων και της ψυχολογικής δυσφορίας και κατάθλιψης, στην παθογένεση της στεφανιαίας νόσου, είχε ήδη μελετηθεί εκτενώς όπως ήδη έχουμε αναφερθεί στην προηγούμενη υποενότητα (Lesperance & Frasure-Smith, 1996). Για παράδειγμα, είχε καταδειχθεί ότι τα αρνητικά συναισθήματα μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά, κατά την εμφάνιση και την αμέσως μετά το καρδιακό επεισόδιο περίοδο τον καρδιοπαθή, ως προς την ικανότητα αντιμετώπισης της σωματικής ασθένειας. Επίσης, συνυπολογίστηκε ότι η κατάθλιψη και η κοινωνική απομόνωση που παρουσίαζαν οι ασθενείς σε εκείνη την περίοδο, αποτελούσαν προγνωστικούς παράγοντες θνησιμότητας σε καρδιοπαθείς, ανεξάρτητα από την σοβαρότητα της ασθένειας, την αμιγώς δηλαδή ιατρική κατάσταση του ασθενή (Frasure-Smith, Lesperance & Talajic, 1995. White & Frasure-Smith, 1995).

Η εννοιολογική κατασκευή της Προσωπικότητας Τύπου D, όπως ορίζεται από τον Denollet (2005), δεν αναφέρεται σε μεταβατικές συναισθηματικές εμπειρίες που μπορούν να εμφανίζονται μεμονωμένα μέσα στο χρόνο, αλλά σε χρόνιες συναισθηματικές τονικότητες, που «χρωματίζουν τη σχέση ενός ατόμου με τον εαυτό του/της και με τον εξωτερικό κόσμο κατά τη διάρκεια της ζωής του/της» (Lesperance & Frasure-Smith, 1996, σελ. 414). Επιπρόσθετα, η εννοιολογική κατασκευή, αναφέρεται στην ταυτόχρονη και συνεργιστική (synergistic effect) αλληλεπίδραση δύο παραγόντων, της Αρνητικής Συναισθηματικότητας και της Κοινωνικής Αναστολής. Σχετικά με αυτό, ο Denollet, σε μια προοπτική μελέτη 202 ασθενών που έπασχαν από καρδιακή νόσο, έδειξε ότι το ποσοστό θνησιμότητας των ασθενών με υψηλή Αρνητική Συναισθηματικότητα, αλλά χαμηλή Κοινωνική Αναστολή (6%), δεν

ήταν σημαντικά διαφορετικό, από εκείνο των ασθενών με χαμηλή Αρνητική Συναισθηματικότητα (7%) (Denollet, Sys & Stroobant, 1996). Τα αποτελέσματα αυτά υπογραμμίζουν το γεγονός, ότι ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τα αρνητικά συναισθήματα, μπορεί να είναι εξίσου σημαντικός προγνωστικός δείκτης, με τα ίδια τα αρνητικά συναισθήματα. Επιπλέον, το γεγονός ότι το συνδυαστικό αποτέλεσμα, του να βιώνει κάποιος αρνητικά συναισθήματα και του να τα αντιμετωπίζει με τρόπο που δεν είναι υγιής, μπορεί να είναι ακόμη πιο επιβλαβές για την καρδιακή υγεία.

Στο ίδιο πλαίσιο αναφοράς, η Προσωπικότητα Τύπου D συνδέεται σημαντικά με μερικές συναισθηματικές και κοινωνικές παθολογίες, όπως η κατάθλιψη, η ζωτική εξάντληση, ο θυμός, η απαισιοδοξία και η κοινωνική απομόνωση, οι οποίες με τη σειρά τους αναγνωρίζονται ως σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες κινδύνου. Όπως αναφέρουν οι Pedersen & Denollet (2003), τα αποτελέσματα αυτά υποστηρίζουν μια άλλη σημαντική πτυχή της προσωπικότητας τύπου D, η οποία στηρίζεται στην υπόθεση ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες κινδύνου ενός χρόνιου τύπου προσωπικότητας, όπως η Προσωπικότητα Τύπου D, θα μπορούσαν να προωθήσουν την ανάπτυξη των ψυχολογικών και συμπεριφορικών παραγόντων καρδιολογικού κινδύνου του μεταβατικού τύπου, ενεργώντας τόσο άμεσα όσο και έμμεσα (Γράφημα 1).

Γράφημα 1: Άμεση και έμμεση σχέση μεταξύ Προσωπικότητας Τύπου D και επιβαρυνμένης καρδιακής πρόγνωσης



Προσωπικότητα Τύπου D και κατάθλιψη. Η εννοιολογική κατασκευή της Προσωπικότητας Τύπου D, εξ αρχής επεσήμανε τη διαφοροποίηση της έννοιας, τόσο σε ψυχομετρικό όσο και σε κλινικό επίπεδο, από συναφείς κλινικές οντότητες, και ειδικότερα σε σχέση με τις συναισθηματικές διαταραχές.

Ο λόγος της διαφοροποίησης μεταξύ Προσωπικότητας Τύπου D και κατάθλιψης, αιτιολογείται από την ανάγκη να απαντηθεί το βασικό ερώτημα, του κατά πόσο η εννοιολογική κατασκευή αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα επικινδυνότητας, και εν προκειμένω ανεξάρτητο και από την συγγενή κλινική έννοια της κατάθλιψης.

Επιπλέον, μια διαπίστωση διαφοροποίησης των συγκεκριμένων εννοιών, αναπόφευκτα συνεπάγεται διαφορετικά σχήματα θεραπευτικής προσέγγισης και κλινικής διαχείρισης, για τον καρδιοπαθή. Συνακόλουθα αν κάτι τέτοιο ισχύει, η διαφοροποίηση δηλαδή των συγκεκριμένων εννοιών στο κλινικό περιβάλλον, η αμιγώς καρδιολογική διαχείριση του ασθενή, οφείλει να τροποποιηθεί δεδομένου του υψηλού βαθμού επικινδυνότητας υποτροπής καρδιακού επεισοδίου.

Σε αυτό το πλαίσιο, μελέτες ενέταξαν την παράμετρο της κατάθλιψης στους ερευνητικούς σχεδιασμούς τους, ώστε να διακρίνουν και να διευκρινίσουν το ποσοστό συμμετοχής της κατάθλιψης σε σχέση με την Προσωπικότητα Τύπου D, στην επιβάρυνση του ασθενή, όπως αυτό διαπιστώνεται από υποτροπές ή ακόμα και θανάτους. Έτσι η μελέτη των Martens, Mols, Burg & Denollet (2010), είχε στόχο να ερευνήσει την επίδραση της Προσωπικότητας Τύπου D, ως προς το μέγεθος αριθμού των θανάτων καρδιολογικής αιτιολογίας και ως προς το μέγεθος αριθμού υποτροπών εμφράγματος, σε ασθενείς οι οποίοι έχουν ήδη υποστεί οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, κατόπιν (στατιστικής) προσαρμογής ως προς την σοβαρότητα της νόσου και της κατάθλιψης. Επίσης, οι ερευνητές επεδίωξαν να ανιχνεύσουν τυχόν ποιοτικά διαφορετική επίδραση της Προσωπικότητας Τύπου D, σε αρχικό στάδιο, δηλαδή ≤ 6 μηνών, σε αντίθεση με όψιμα καρδιολογικά επεισόδια, δηλαδή >6 μηνών. Ακολούθησε μια τριετής παρατήρηση και καταγραφή των 473 ασθενών που νοσηλεύτηκαν για έμφραγμα μυοκαρδίου, συλλέγοντας δημογραφικά στοιχεία και κλινικές μεταβλητές, καθώς επίσης και η συμπλήρωση της κλίμακας DS14, κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδος εισαγωγής τους στο νοσοκομείο.

Τα αποτελέσματα καταγράφουν 44 καρδιακά επεισόδια, εκ των οποίων τα 16 αποδόθηκαν σε θανάτους καρδιολογικής αιτιολογίας και 28 σε υποτροπές εμφράγματος. Ως προς το χρόνο εμφάνισης, 26 επεισόδια καταγράφηκαν στο αρχικό στάδιο δηλαδή, ≤ 6 μηνών, και 18 σε όψιμο, δηλαδή >6 μηνών. Οι ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D, ήταν σε συσσωρευτικά αυξημένο κίνδυνο θανάτου και υποτροπής, έναντι των ασθενών που δεν είχαν Προσωπικότητα Τύπου D (16.3% έναντι 7.8 αντίστοιχα, $p = .012$). Επιπρόσθετα, οι ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D, είχαν διπλάσια αυξημένο κίνδυνο συνολικά, ως προς θάνατο και υποτροπή κατόπιν

στατιστικής προσαρμογής, για την σοβαρότητα της καρδιολογικής νόσου και της κατάθλιψης (HR = 2,23; 95% CI, 1.14 – 4.35; p = .019). Επίσης, είχαν τριπλάσια αυξημένο κίνδυνο για όψιμο θάνατο ή υποτροπή εμφράγματος μυοκαρδίου (HR = 3.57; 95% CI, 1.23 – 10.30; p = .019).

Η έρευνα των Martens et al. (2010), επιβεβαιώνει συμπεράσματα τα οποία καταδεικνύουν ότι η Προσωπικότητα Τύπου D, αποτελεί έναν ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα για την αρνητική καρδιολογική έκβαση των ασθενών, πέρα από τη σοβαρότητα αυτής καθαυτής της νόσου και της κατάθλιψης, καθώς επίσης ότι το μέγεθος επικινδυνότητας του εν λόγω παράγοντα, είναι όμοιο με εκείνο παραδοσιακών παραγόντων καρδιαγγειακής επικινδυνότητας. Πρόκειται για την πρώτη μελέτη προοπτικής, όπου εξετάζεται η επίδραση της Προσωπικότητας Τύπου D, σε ασθενείς μετά από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, ως προς τις καρδιολογικές εκβάσεις, και η αξία της παραμένει ως σημείο αναφοράς, ανάμεσα στους ερευνητές της Προσωπικότητας Τύπου D. Επίσης, συμπληρώνει το σώμα δημοσιευμένων άρθρων, τα οποία προτείνουν την χρήση της Προσωπικότητας Τύπου D, ως έναν ανεξάρτητο παράγοντα της ιατρικής έκβασης (Denollet, Sys & Stroobant, 1996. Denollet, Vaes & Brutsaert, 2000. Pedersen, Lemos & Van Vooren, 2004. Denollet, Holmes & Vrints, 2007).

Στις ανωτέρω προσεγγίσεις των μελετών, διαπιστώνουμε ότι η Προσωπικότητα Τύπου D, παραμένει ένας ανεξάρτητος προβλεπτικός παράγοντας καρδιακών επεισοδίων, ακόμη και μετά από τις στατιστικές προσαρμογές για τη σοβαρότητα της κατάθλιψης και την χρήση αντικαταθλιπτικών SSRI (εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης). Έτσι, τα ευρήματα επιβεβαιώνουν τη θέση των θεωρητικών της Προσωπικότητας Τύπου D, ότι είναι κάτι παραπάνω από ένας δείκτης (marker) της κατάθλιψης ή μια ακόμη εμβολωματική προσθήκη στην βιβλιογραφία, για την σχέση αιτιοπαθογένειας μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων και καρδιολογικής πάθησης.

Επιπλέον, μία διετής μελέτη παρακολούθησης (follow-up), επιβεβαίωσε ότι η Προσωπικότητα Τύπου D, είχε μοναδική και ιδιαίτερη προγνωστική αξία, πέρα από αυτή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Denollet & Pedersen, 2008). Προφανώς, τα ανωτέρω ευρήματα δεν διαψεύδουν την κατάθλιψη, ως ένα σημαντικό προγνωστικό παράγοντα, διαφόρων καρδιαγγειακών επιπλοκών κατά την διάρκεια της αποκατάστασης.

Στο επίπεδο της κλινική πρακτικής, γίνεται αντιληπτή η ανάγκη εμπλοκής και συνεισφοράς των ειδικών ψυχικής υγείας, στο καίριο αίτημα που εκπέμπεται από την υποομάδα ασθενών, με την συγκεκριμένη προσωπικότητα. Ένα αίτημα σχεδόν σιωπηλό εξαιτίας της φύσης του χαρακτηριολογικού προφίλ των καρδιοπαθών με Προσωπικότητα Τύπου D. “Σιωπηλό”, διότι οι ασθενείς παθητικά αποσύρονται στην συναισθηματική αρνητικότητα τους και στην κοινωνική τους παραίτηση, με αποτέλεσμα να μην ανταποκρίνονται επαρκώς στις ιατρικές θεραπείες, όπως τους προτείνονται. Η δυσλειτουργική προσαρμογή τους στη νόσο, γίνεται έτσι περαιτέρω εμφανής εξαιτίας της χρονιότητας της νόσου, όπου η δυσπροσαρμογή εγκαθίσταται, ως αυτόματος μηχανισμός ανταπάντησης. Ωστόσο, η εν λόγω δυσπροσαρμογή του ασθενούς, δεν περιορίζεται στην αθέτηση των ιατρικών συστάσεων ή στη μη-συμμόρφωση, ως προς την αναγκαία φαρμακοθεραπεία. Δυστυχώς, επεκτείνεται και εμποτίζει την προσωπική και κοινωνική προσαρμογή του ασθενή, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα αρνητικώς ανατροφοδοτούμενο κύκλωμα, το οποίο διαρκώς περιορίζει και «αναπηροποιεί» τις ικανότητες και προσδοκίες του καρδιοπαθή και των οικείων του, για την θεραπευτική του αποκατάσταση. Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν, την αναγκαιότητα ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων σε αυτή την υποομάδα. Πράγματι ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι η Προσωπικότητα Τύπου D, είναι μια σταθερή δομή προσωπικότητας, η οποία δεν επηρεάζεται ή συγχέεται από την μεταβλητότητα της συναισθηματικής κατάστασης ή τη σοβαρότητα της νόσου, όπως αναφέρθηκε πρωτύτερα στο παρόν Κεφάλαιο (Martens, Kupper & Pedersen, 2007). Παρόλα αυτά, ευρήματα τέτοιου είδους, σε καμία περίπτωση, δεν συνηγορούν ότι το επίπεδο της δυσφορίας που βιώνει ο ασθενής, δεν μπορεί να τροποποιηθεί. Η ίδια η εννοιολογική βάση της φύσης της Προσωπικότητας Τύπου D, υπαγορεύει την ταυτόχρονη συμμετοχή της Αρνητικής Συναισθηματικότητας και της Κοινωνικής Αναστολής, ως πυλώνες της εκδήλωσης συμπεριφοράς ατόμου με Προσωπικότητα Τύπου D. Εξαιτίας αυτής της συγχρονισμένης «δυσμορφίας» των πυλώνων, άτομα με Προσωπικότητα Τύπου D, βιώνουν μια εξασθένηση της ικανότητας τους να διαχειριστούν κατάλληλα τις ψυχοπιεστικές συνθήκες της καθημερινότητας (Doering, Dracup & Caldwell, 2004).

Οι ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D, μπορούν να επωφεληθούν με ειδικές ψυχολογικές παρεμβάσεις οι οποίες στοχεύουν στη βελτίωση των ικανοτήτων τους, ως προς τη διαχείριση στρεσογόνων εμπειριών. Η επίδραση ψυχολογικών θεραπειών ή συμβουλευτικού τύπου παρεμβάσεων, είναι εξαιρετικά σημαντικές ώστε να μειωθεί

το οξύ και χρόνιο στρες που βιώνουν οι καρδιοπαθείς. Η ρύθμιση της συναισθηματικής εμπειρίας, του τρόπου δηλαδή που βιώνουν καθημερινά την συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις, επιφέρει εν προκειμένω μια πιθανή χαλάρωση των βιολογικών αντιδράσεων, όπως αυτή της υποχώρησης των «εκρήξεων» του συμπαθητικού και ανοσοποιητικού συστήματος. Όπως ήδη έχει αναφερθεί αναλυτικότερα στην ενότητα των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, οι παρεμβάσεις βελτιώνουν ιδιαίτερα τις ικανότητες διαχείρισης αυτής καθ' αυτής της νόσου, από την μεριά του ασθενή. Όμως η συνθήκη όπως αναπτύσσεται σε καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D, δυστυχώς περιπλέκεται ακόμη περισσότερο. Ο λόγος είναι, ότι όσο μεγαλύτερο είναι το μέγεθος του δεσμού μεταξύ Προσωπικότητας Τύπου D και αρνητικής πρόγνωσης νόσου, τόσο πιο «υποτονική» η πιθανότητα για τις εν λόγω παρεμβάσεις, να συνεισφέρουν σε μια ουσιαστική τροποποίηση. Παρ' όλα αυτά οι ιδρυτές και οι μελετητές της Προσωπικότητας Τύπου D, συχνότατα και συστηματικά προωθούν την ανάγκη για κλινικές δοκιμές. Στόχος μιας κλινικής δοκιμής, για τους ερευνητές στον συγκεκριμένο τομέα, θα ήταν να εξετασθεί ο τρόπος με τον οποίο η επιβλαβής επίδραση της Προσωπικότητας Τύπου D, θα μπορούσε να μειωθεί. Δηλαδή να μειωθούν, εντός των αποδεκτά φυσιολογικών τιμών, συγχρονισμένα τα επίπεδα των δύο πυλώνων που ορίζουν την Προσωπικότητα Τύπου D (Αρνητική Συναισθηματικότητα και Κοινωνική Αναστολή).

Επιστούμε την προσοχή εδώ, ότι η έκφραση “μείωση των δεικτών της Προσωπικότητας Τύπου D”, οφείλει να χρησιμοποιείται αντίστοιχα με τη “μείωση” και την “εντός ορίων” ορολογία, που συναντούμε στο λεξιλόγιο της ιατρικής διάγνωσης (π.χ., για δείκτες όπως την τιμή της χοληστερόλης και αποδεκτές φυσιολογικές τιμές). Έτσι, απώτερος στόχος των κλινικών δοκιμών στο πλαίσιο της αποκατάστασης, είναι να διαφωτιστούν τα συστατικά στοιχεία των χαρακτηριστικών δομών καρδιοπαθών, τα οποία με κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση, θα μπορούσαν ενδεχομένως να βελτιώσουν την συναισθηματική αλλά και κατά προέκταση την καρδιολογική εικόνα των ασθενών.

Συνοψίζοντας, η Προσωπικότητα Τύπου D αναγνωρίζεται ως ένας ανεξάρτητος δείκτης προβλεπτικής ισχύος αρνητικών καρδιολογικών εκβάσεων, σε ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου, πέρα και πάνω από τις επιδράσεις της σοβαρότητας της νόσου, της κατάθλιψης και αρκετών άλλων συναφών παραγόντων. Η επικινδυνότητα που είναι συνδεδεμένη με την Προσωπικότητα Τύπου D, είναι όμοια με εκείνη που ανευρίσκουμε σε παραδοσιακούς παράγοντες επικινδυνότητας,

καρδιαγγειακών παθήσεων. Υπάρχει ζωτική ανάγκη για μελλοντικές έρευνες, οι οποίες θα προσανατολιστούν στην ανακάλυψη και ταυτοποίηση των λανθανουσών παθοφυσιολογικών διαδικασιών με τις οποίες η Προσωπικότητα Τύπου D, συμμετάσχει στην (αρνητική) πρόγνωση μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου. Αλλά επίσης και ζωτική ανάγκη, να δοκιμαστούν παρεμβάσεις οι οποίες μετριάζουν τη συνδεδεμένη επικινδυνότητα.

Οι σχετικές αναφορές ερευνών, όσον αφορά την Προσωπικότητα Τύπου D, εντάσσονται και συνεισφέρουν ουσιαστικά στην ολοένα αναπτυσσόμενη βιβλιογραφία, η οποία επιχειρεί να αναδείξει τη σημαντικότητα των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, ως προς την κλινική έκβαση ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου. Συνοπτικά, η σχετική βιβλιογραφία καταγράφει:

Πρώτον, ότι η Προσωπικότητα Τύπου D, ως κλινική οντότητα, είναι διαφορετική από την κατάθλιψη, γεγονός το οποίο συνεπάγεται διαφορετικού τύπου θεραπευτικό σχήμα αντιμετώπισης. Έτσι, μια θεραπευτική αγωγή της κατάθλιψης, δεν σημαίνει και θεραπεία της Προσωπικότητας Τύπου D και των κινδύνων που ενέχει.

Δεύτερον, ότι η Προσωπικότητα Τύπου D, αναγνωρίζεται ως ένας ανεξάρτητος προβλεπτικός παράγοντας της κατάστασης υγείας των ασθενών. Η κατάσταση υγείας είναι ένας εξαιρετικά σημαντικός δείκτης, από την πλευρά του ασθενή, ο οποίος περιλαμβάνει το επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενή, την επιβάρυνση των συμπτωμάτων στην καθημερινότητα, και την σχετική με θέματα υγείας ποιότητα ζωής (Mols, Martens & Denollet, 2010).

Τα άτομα με Προσωπικότητα Τύπου D, βιώνουν ένα ευρύ φάσμα αρνητικών συναισθημάτων και την ίδια στιγμή, είναι πιθανότερο να μην εκδηλώσουν ή να μην εκφράσουν αυτά τα συναισθήματα στις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις, κυρίως φοβούμενοι ότι θα αποδοκιμαστούν και θα απορριφθούν από τους άλλους (Denollet, 2005).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η Προσωπικότητα Τύπου D, είναι ένας ανεξάρτητος παράγοντας, του δείκτη πρόβλεψης της νοσηρότητας και θνησιμότητας. Επιπλέον όμως, είναι και ένας δείκτης πρόβλεψης, της ιατρικής κατάστασης υγείας (medical health status) και της ψυχολογικής δυσφορίας σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες ασθενών, δηλαδή και σε άλλους ασθενείς πλην των καρδιοπαθών (Denollet, Vaes & Brutsaert, 2000. Aquarius, Denollet, Hamming & De Vries, 2005. Spindler, Pedersen, Serruys, Erdman & van Domburg, 2007. Pedersen, Lemos & Van Vooren, 2004).

Αντιλαμβανόμαστε, ότι η διάκριση μεταξύ των ασθενών οι οποίοι διατρέχουν μεγαλύτερη επικινδυνότητα, αποτελεί αφ' εαυτής ένα εξαιρετικά σημαντικό κριτήριο για την χάραξη πρακτικών στην δημόσια υγεία, αλλά ταυτόχρονα αποτελεί ένα καθημερινό χρηστικό εργαλείο κλινικής πράξης. Η διάκριση και διαφοροποίηση ως προς την επικινδυνότητα υποτροπής, έγινε πρακτικά εφικτή μέσω της ψυχομετρικής κλίμακας του DS14, που ανέπτυξε αρχικά η επιστημονική ομάδα του Denollet (Denollet, Sys & Brutsaert, 1995).

Από την άλλη πλευρά όμως, πέρα από την διαφοροποίηση των στοιχείων προσωπικότητας των ασθενών, αντιλαμβανόμαστε ότι η ανακάλυψη και ταυτοποίηση των “διαδρομών” μεταξύ της Προσωπικότητας Τύπου D και των καρδιολογικών (ή άλλων ιατρικών) εκβάσεων, είναι εξίσου σημαντική, αν όχι σημαντικότερη, διότι επιχειρεί να αποκαλύψει την αιτιοπαθογένεια της εμφάνισης των επιβλαβών συνεπειών. Η σύνδεση των διαδρομών αυτών είναι κατά πολύ ανεξερεύνητη στην διεθνή βιβλιογραφία. Οι Pelle, Schiffer, Smith και Denollet (2009) προτείνουν την έννοια της ανεπαρκούς αυτοδιαχειριζόμενης συμπεριφοράς (inadequate self management behavior), ως έναν από τους πιθανούς μηχανισμούς, ο οποίος συσχετίζεται ανεξάρτητα με τα δυσάρεστα αποτελέσματα στην υγεία των ασθενών με χρόνια καρδιοπάθεια (Krumholz, Amatruda & Smith, 2002. Baker, Asch & Keesey, 2005). Η αυτοδιαχείριση, ως όρος στο πλαίσιο της μελέτης μας, ορίζεται ως η ικανότητα του ασθενή να διαχειριστεί τα συμπτώματα, τη θεραπεία, τις σωματικές και ψυχοκοινωνικές συνέπειες και αλλαγές στον τρόπο ζωής του, εξαιτίας του χαρακτήρα της χρονιότητας που προσλαμβάνει η κατάσταση (Barlow, Wright, Sheasby, Turner & Hainsworth, 2002).

Σε μία πρόσφατη μελέτη, οι Shiffer et al. (2007) κατέδειξαν ότι χρόνιοι καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D, παρουσιάζουν περισσότερα καρδιακά συμπτώματα. Επίσης, ήταν περισσότερο πιθανό να καταθλίσκονται από αυτά τα συμπτώματα, συγκρινόμενοι με καρδιοπαθείς που δεν ήταν Προσωπικότητας Τύπου D. Το επισφαλέστερο όμως ήταν, ότι οι εν λόγω ασθενείς με υψηλή επικινδυνότητα, ήταν επίσης πιθανότερο να μη συμβουλευτούν τον γιατρό ή τη νοσηλεύτρια αναφερόμενοι σε αυτά τα συμπτώματα. Έτσι, οι χρόνιοι καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D, επέδειξαν ανεπαρκή συμπεριφορά συμβουλευτικής (inadequate consultation behavior), η οποία είναι ένα συστατικό στοιχείο της ανεπαρκούς συμπεριφοράς αυτοδιαχείρισης.

Η ανεπαρκής συμπεριφορά συμβουλευτικής που επιδεικνύει ο καρδιοπαθής με Προσωπικότητα Τύπου D, είναι μια ζωτικής σημασίας συμπεριφορά η οποία αν μεταστραφεί μπορεί και προλαμβάνει κλινικά απευκταίες συνέπειες. Κατά τους Pelle et al. (2009), η εκδήλωση τέτοιας συμπεριφοράς εξηγεί, μερικώς τουλάχιστον, την αντίστροφη σχέση μεταξύ Προσωπικότητας Τύπου D, και κατάσταση υγείας, δηλαδή υψηλός δείκτης στην Προσωπικότητα Τύπου D, συνεπάγεται χαμηλό επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενή και χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής. Πάνω σε αυτό το σκεπτικό, διεξήγαγαν μια προοπτική μελέτη, η οποία ερεύνησε τις σχέσεις μεταξύ Προσωπικότητας Τύπου D, ανεπαρκούς συμβουλευτικής συμπεριφοράς και κατάσταση υγείας, σε χρόνιους καρδιοπαθείς. Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα, αναδείχθηκε ότι ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D, είχαν διπλάσιο ποσοστό επικινδυνότητας, να μην συμβουλευτούν τους θεράποντες ιατρούς για την κατάσταση της υγείας τους. Επιπρόσθετα καταγράφηκε, ότι η Προσωπικότητα Τύπου D, ως ανεξάρτητη μεταβλητή, προέβλεψε αρνητική κατάσταση υγείας μετά από 6 μήνες, σε μελέτη επακολούθησης. Επίσης οι ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D, οι οποίοι απέτυχαν να επικοινωνήσουν και να συμβουλευτούν τους θεράποντες για τα χρόνια καρδιακά συμπτώματα τους, βρίσκονταν σε εξαπλάσια αρνητικά αυξημένη επικινδυνότητα ως προς την κατάσταση υγείας τους, συγκρινόμενοι με ομάδα αναφοράς ασθενών, οι οποίοι δεν ήταν Προσωπικότητας Τύπου D και επεδείκνυαν επαρκώς συμπεριφορά συμβουλευτικής.

Τα ιδιαίτερα αποτελέσματα της ανωτέρω έρευνας, βρίσκονται στην ίδια γραμμή σκέψης με άλλες έρευνες, οι οποίες εφιστούν την προσοχή στις καταστρεπτικές συνέπειες της Προσωπικότητας Τύπου D, στην κατάσταση υγείας στον πληθυσμό των καρδιοπαθών. Η «κατάσταση υγείας» ως δείκτης, χρησιμοποιείται ευρέως στην επιδημιολογική βιβλιογραφία και αναφέρεται κυρίως ως ένας δείκτης ο οποίος μετρά την έκβαση και τα αποτελέσματα μιας θεραπευτικής παρέμβασης από την πλευρά του ασθενή (ασθενο-κεντρική οπτική). Έτσι, μια εξασθενημένη κατάσταση υγείας συσχετίζεται άμεσα, και ανεξάρτητα προβλέπει, την θνησιμότητα (Heidenreich, Spertus & Jones, 2006. Sullivan, Levy, Russo, Crane & Spertus, 2007). Επίσης, να σημειωθεί ότι οι χρόνιοι καρδιοπαθείς, ανεξάρτητα από εμφάνιση στοιχείων Προσωπικότητας Τύπου D ή μη, προτιμούν μια βέλτιστη δυνατή κατάσταση υγείας, συγκρινόμενη με μία παρατεταμένη επιβίωση (Stanek, Oates, McGhan, Denofrio & Loh, 2006).

Μελέτες καρδιολογικών παραγόντων επικινδυνότητας και προσωπικότητα τύπου D

Αναφερθήκαμε στην εννοιολογική κατασκευή της Προσωπικότητας Τύπου D, η οποία εισάγεται ως έννοια από την επιστημονική ομάδα του Denollet το 1995, δημοσιεύοντας την πρώτη τους προοπτική μελέτη, που πρότεινε την ορισμένη σχέση μεταξύ της Προσωπικότητας Τύπου D και της αρνητικής καρδιολογικής πρόγνωσης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στο 73% των θανάτων που σημειώθηκαν σε ένα δείγμα 105 καρδιακών ασθενών, εμπλέκονται άτομα που είχαν αξιολογηθεί και κατηγοριοποιηθεί κατά την έναρξη της μελέτης, ως Προσωπικότητες Τύπου D. Η Προσωπικότητα Τύπου D, ανεδείχθη ως συσχετιζόμενη με τον κίνδυνο θανάτου από καρδιολογικά αίτια, 6 φορές περισσότερο σε σχέση με ασθενείς οι οποίοι δεν κατατάσσονταν ως Προσωπικότητες Τύπου D. Η μελέτη έδειξε ότι η Προσωπικότητα Τύπου D, θα μπορούσε να προβλέψει τη θνησιμότητα, ανεξαρτήτως των συμβατικών βιοϊατρικών παραγόντων κινδύνου, όπως η σωματική αδυναμία, τα προοδευτικά ή διαδοχικά εμφράγματα του μυοκαρδίου, το κάπνισμα και η ηλικία (Denollet, Sys & Brutsaert, 1995).

Τα ανωτέρω αποτελέσματα, επιβεβαιώθηκαν ένα χρόνο αργότερα σε μια μελέτη η οποία ήταν επέκταση της προηγούμενης, τόσο σε σχέση με το δείγμα (303 ασθενείς με καρδιακές ασθένειες), όσο και σε σχέση με την περίοδο παρακολούθησης (6-10 έτη). Το ποσοστό θνησιμότητας ήταν μεγαλύτερο για τους ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D, σε σύγκριση με εκείνους που δεν χαρακτηρίζονταν Τύπου D (27% έναντι 7%, $p < 0,00001$), και ο αντίκτυπος της Προσωπικότητας Τύπου D στη θνησιμότητα, παρέμεινε σημαντικός ακόμα και μετά την αφαίρεση της διακύμανσης στο κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας, της φυσικής αδυναμίας και την έλλειψη ιατρικής θεραπείας, μετά το έμφραγμα (Denollet, Sys & Stroobant, 1996).

Εν συνεχεία, το 1998, δημοσιεύθηκε μια μελέτη μιας ομοιογενούς ομάδας 87 ασθενών που είχαν έμφραγμα μυοκαρδίου με αρνητική πρόγνωση, όπως υποδεικνύεται από ένα κλάσμα εξώθησης κοιλίας επιπέδου 50%. Στην παρακολούθηση εντός 6-10 χρόνων, ο Τύπος Προσωπικότητας D, σε συνδυασμό με κοιλιακό επίπεδο κλάσμα εξώθησης 30%, απεδείχθη ότι είναι ένας ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας της θνησιμότητας και των μη θανατηφόρων εμφραγμάτων. Σε αυτή τη μελέτη, το άγχος, η κατάθλιψη και ο θυμός μετρήθηκαν επίσης, όμως καμία από αυτές τις μεταβλητές δεν αύξησε σημαντικά την ανεξάρτητη προγνωστική

δύναμη της Προσωπικότητας Τύπου D, στη θνησιμότητα των ασθενών με ένα κλάσμα χαμηλής κοιλιακής εξώθησης (Denollet & Brutsaert, 1998).

Το 2000, τα αποτελέσματα που μετρήθηκαν στις προηγούμενες μελέτες ετερογενών ασθενών με καρδιακές ασθένειες, επαναλήφθηκαν σε ένα ανεξάρτητο δείγμα 319 ασθενών. Σε πέντε χρόνια παρακολούθησης, η Προσωπικότητα Τύπου D, αναδείχθηκε ως ένας ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας της θνησιμότητας και της μη θανατηφόρας καρδιακής προσβολής, καθώς και ως ένα σύνθετο αποτέλεσμα, που συμπεριλαμβάνει τη θνησιμότητα, τις μη θανατηφόρες καρδιακές προσβολές, την παράκαμψη στεφανιαίας αρτηρίας και τη διαδερμική διαυλική αγγειοπλαστική των στεφανιαίων (Denollet, Vaes & Brutsaert, 2000).

Επίσης το 2000, μια ανεξάρτητη ερευνητική ομάδα, μελέτησε το ρόλο της Προσωπικότητας Τύπου D, σε ένα δείγμα των ανθρώπων που είχαν πεθάνει από ξαφνική καρδιακή ανακοπή. Οι μετρήσεις ελήφθησαν μέσω συνεντεύξεων, με στενούς συγγενείς των θυμάτων. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι μετά τον έλεγχο για τις επιπτώσεις των συμβατικών, παραδοσιακών βιοϊατρικών παραγόντων επικινδυνότητας, οι ασθενείς που χαρακτηρίζονταν από Αρνητική Συναισθηματικότητα και Κοινωνική Αναστολή (post-hoc αξιολογήσεις), διέτρεχαν κατά επτά φορές μεγαλύτερο κίνδυνο, από ότι άλλοι ασθενείς, για ξαφνική καρδιακή ανακοπή (Appels, Golombeck & Gorgels, 2000).

Στον ίδιο προσανατολισμό ερευνητικών υποθέσεων, μια μελέτη που διεξήχθη σε 875 ασθενείς, οι οποίοι έλαβαν θεραπεία για διαδερμική στεφανιογραφία παρέμβαση, ενώ περιλαμβάνονταν στο μητρώο Rapamycin-Eluting Stent Evaluated At Rotterdam Cardiology Hospital (RESEARCH), έδειξε ότι οι ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D, όταν αξιολογήθηκαν έξι μήνες μετά την παρέμβαση, είχαν αυξημένο αθροιστικά κίνδυνο να υποστούν ένα δυσμενές καρδιακό επεισόδιο (καρδιακή προσβολή και θάνατο), σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν ταξινομηθεί ως Προσωπικότητες Τύπου D (5,6% έναντι 1,3%, $p < 0,002$), σε παρακολούθηση εννέα μηνών. Η προσωπικότητα τύπου D, παρέμεινε ένας ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας κινδύνου ενός δυσμενούς καρδιακού επεισοδίου, ακόμη και μετά τον έλεγχο για τις επιπτώσεις των βιοϊατρικών μεταβλητών, συμπεριλαμβανομένων των παρεμβάσεων στις οποίες οι ασθενείς είχαν υποβληθεί (Pedersen, Lemos & van Vooren, 2004).

Ωστόσο ο προγνωστικός ρόλος της Προσωπικότητας Τύπου D, ως προς τη θνησιμότητα σε διάφορους καρδιολογικούς πληθυσμούς, απέφερε ανάμεικτα αποτελέσματα. Δηλαδή, από τη μία μεριά, δύο πρόσφατες μετα-αναλύσεις αναφέρουν ότι η Προσωπικότητα Τύπου D, συσχετίζεται με γεγονός δυσμενούς έκβασης σε καρδιολογικούς ασθενείς, ενώ από την άλλη, υπάρχουν μελέτες που επιβεβαιώνουν την μηδενική υπόθεση. Η ηλικία και το φύλο φαίνεται, ως προς τα ανωτέρω, να έχουν σημαντική εμπλοκή και ανάμειξη στην εξαγωγή συμπερασμάτων. Στα μεγαλύτερα ηλικιακά άτομα, το ποσοστό θνησιμότητας είναι ήδη αρκετά υψηλό εξαιτίας της βιολογικής γήρανσης, επιβάρυνσης και παρουσίας συννοσηρότητας. Επίσης, οι περισσότερες μελέτες διεξήχθησαν με δείγματα πληθυσμού, όπου κατά πολύ μεγάλο ποσοστό αποτελούνταν από άνδρες καρδιολογικούς ασθενείς (Schoormans, Husson, Denollet, & Mols, 2017).

Η βιβλιογραφία παραθέτει και άλλες σχετικές ερευνητικές δραστηριότητες, στο πλαίσιο της Προσωπικότητας Τύπου D και σε ασθενείς άλλων χρόνιων παθήσεων (διαβητικούς και ογκολογικούς), με ενθαρρυντικά αποτελέσματα συσχετίσεων και σε αυτές τις νοσολογικές κατηγορίες.

Συμπερασματικά, οι αναφερόμενες μελέτες σχηματοποίησαν και διαμόρφωσαν ένα πρωτόγνωρο πεδίο θεωρητικής και κλινικής έρευνας. Εισήγαγαν την έννοια της προσωπικότητας, και μάλιστα ενός ορισμένου τύπου με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα, και την συνέδεσαν με την ανάπτυξη της καρδιολογικής νόσου, καθώς και την υψηλή επικινδυνότητα, εξαιτίας υποτροπών, σε ασθενείς με την συγκεκριμένη Προσωπικότητα Τύπου D. Επίσης, κατασκεύασαν μία στέρεα ψυχομετρική κλίμακα η οποία ταυτοποιεί και διακρίνει αν τα υποκείμενα ανήκουν ή όχι στην εν λόγω προσωπικότητα (οι ψυχομετρικοί παράμετροι της κλίμακας παρουσιάζονται στο Κεφάλαιο της Μεθοδολογίας). Ένα βασικό χρηστικό χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης ψυχομετρικής κλίμακας, είναι η γρήγορη και εύκολη χορήγηση της, στους εξεταζόμενους ασθενείς. Επίσης, στην συγκεκριμένη μορφή της η κλίμακα, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για τους θεράποντες καρδιολόγους: η κλίμακα ανιχνεύει σε άμεσο χρόνο, και με κατανοητό και εύκολο τρόπο, παρέχει μια ψυχολογική κλινική εικόνα του καρδιοπαθή.

Σε αυτό το πλαίσιο, δημιουργήθηκαν προσδοκίες για ενδεχόμενες μελλοντικές θεραπευτικές παρεμβάσεις σε καρδιοπαθείς, οι οποίες θα στηρίζονταν θεωρητικά και μεθοδολογικά, στην εννοιολογική κατασκευή της Προσωπικότητας Τύπου D. Ο στόχος των παρεμβάσεων αυτών, πέρα από την ανίχνευση των ασθενών σε κίνδυνο,

πρόταγμα προφανώς σημαντικότητας αξίας, θα ήταν να προσπαθήσουν να δοκιμάσουν διάφορα ψυχοθεραπευτικά ή ψυχοκοινωνικά εργαλεία, επ' ωφελεία των ασθενών τους.

Ψυχοφυσιολογικοί μηχανισμοί στην Προσωπικότητα Τύπου D. Το ενδιαφέρον θεωρητικών και ερευνητών στην Προσωπικότητα Τύπου D, επεκτάθηκε πέρα από την φαινομενολογία των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών δομών που συναντώνται κατά την κλινική αξιολόγηση και θεραπεία. Επιχείρησαν να απαντήσουν, το ερώτημα της συσχέτισης και του τρόπου με τον οποίο αυτή η συσχέτιση εδραιώνεται σε οργανικό επίπεδο, δηλαδή μεταξύ της παρατηρούμενης ευαλωτότητας του καρδιακού οργάνου και ατόμων με Προσωπικότητα Τύπου D. Πρόκειται λοιπόν, για μια περισσότερο ψυχο-βιολογική προσέγγιση ή καλύτερα μια ψυχοφυσιολογική ανάλυση του φαινομένου, που παρατηρείται στην κλινική πραγματικότητα. Σε αυτό το πλαίσιο, αξιόλογες ερευνητικές προσπάθειες έχουν δημοσιεύσει υποθετικά μοντέλα ψυχοφυσιολογικών μηχανισμών, που διέπουν τη σχέση Προσωπικότητας Τύπου D και ανάπτυξης καρδιολογικής νόσου.

Αρχικά, καταγράφονται μελέτες που εξετάζουν την ψυχοφυσιολογική σχέση, μεταξύ της προσωπικότητας τύπου D και της παθογένειας της καρδιακής νόσου σε μηχανισμούς που εντοπίστηκαν να σχετίζονται με το ανοσοποιητικό σύστημα και την υπερ-αντιδραστικότητα του (hyper-reactivity). Συνέπεια της υπερ-αντιδραστικότητας ή υπερλειτουργικότητας, είναι η εκδήλωση πολλαπλών φλεγμονών οι οποίες προκαλούν βλάβες αγγείων και ρήξεις αθηρωματικών πλακών. Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι τα αιμοπετάλια των ατόμων με Προσωπικότητα Τύπου D, συγκολλούνται ευκολότερα και δημιουργούνται ευκολότερα θρόμβοι, σε σχέση με άτομα που δεν είναι Προσωπικότητες Τύπου D.

Σε μια συγχρονική μελέτη, που διεξήχθη σε ένα δείγμα 42 ανδρών που πάσχουν από χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια, προέκυψε μια ανεξάρτητη, σημαντική συσχέτιση μεταξύ της προσωπικότητας τύπου D και ενός μεγάλου επίπεδο προφλεγμονωδών κυτοκινών sTNF (soluble tumor necrosis factor receptor), και των διαλυτών υποδοχών τους 1 (sTNFR1) και 2 (sTNFR2), ελέγχοντας τις επιδράσεις που συνδέονται με την ισχαιμική αιτιολογία και την σοβαρότητα της καρδιακής ανεπάρκειας.

Σε άλλες μελέτες, το επίπεδο των TNF και των διαλυτών υποδοχέων του, έχουν συσχετιστεί με την παθογένεση καρδιαγγειακών ασθενειών, και ο υποδοχέας 1 ανεδείχθη ως ένας ισχυρότατος και ακριβής προβλεπτικός παράγοντας της

θνησιμότητας, ανεξάρτητα από τη διάρκεια της επαναπαρακολούθησης (follow-up) και άλλων κλινικών μεταβλητών (Denollet, Conraads & Brutsaert, 2003). Με αυτό τον τρόπο, οι ανωτέρω παράγοντες αποτελούν ισχυρό τεκμήριο ότι η χρόνια συναισθηματική αναταραχή, μπορεί να συσχετιστεί με την ανοσοποιητική ενεργοποίηση στην καρδιακή ανεπάρκεια.

Σε μια άλλη συγχρονική μελέτη (cross-sectional study), που διεξήχθη σε 173 υγιείς νεαρούς φοιτητές, οι Habra, Linden, Anderson & Weinberg (2003) απέδειξαν ότι το στοιχείο της Κοινωνικής Αναστολής συνδέεται με την αντιδραστικότητα της υψηλής αρτηριακής πίεσης, εξαιτίας του μεγέθους του στρεσογόνου ερεθίσματος, το οποίο προκαλείται από την εκτέλεση του μαθηματικού έργου, σε συνδυασμό με επαναλαμβανόμενη παρενόχληση, και ότι τόσο η Κοινωνική Αναστολή όσο και η Αρνητική Συναισθηματικότητα, συσχετίστηκαν με μείζονα κορτικοστεροειδή δραστηριότητα. Ο Denollet υποβαθμίζει την ανωτέρω συσχέτιση, ισχυριζόμενος ότι, ακόμα και αν το αποτέλεσμα αυτό, έρχεται σε αντίθεση με ότι αποτυπώνεται σε άλλες μελέτες των ασθενών που πάσχουν από καρδιακή ασθένεια, είναι πιθανό η συνεργιστική δράση της Αρνητικής Συναισθηματικότητας όσο και της Κοινωνικής Αναστολής, να έχουν μια θετική συσχέτιση με την μεταβλητή της ηλικίας, το νεαρό της ηλικίας σε αυτή την περίπτωση (Pedersen & Denollet, 2003).

Ενσωματώνοντας μια συνολικότερη προσέγγιση, οι Steptoe & Molloy (2007) και Habra, Linden & Anderson (2003), διατύπωσαν την εκτίμηση ότι υπάρχουν αρκετοί πιθανοί μηχανισμοί, οι οποίοι μπορούν να προσφέρουν μια εξήγηση για την επιβλαβή επίδραση της Προσωπικότητας Τύπου D, στην καρδιολογική πρόγνωση ή επιτυχή αποθεραπεία και αποκατάσταση. Διέκριναν ωστόσο δύο βασικούς μηχανισμούς οι οποίοι κατατάσσονται στις ακόλουθες οδούς: Συμπεριφορική οδός: οι ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια και Προσωπικότητα Τύπου D, είναι λιγότερο πιθανό να συμβουλευτούν τον θεράποντα ιατρό τους ή το κλινικό προσωπικό, ακόμα και εάν τα αναφερόμενα συμπτώματα τους ήταν περισσότερα και εντονότερα σε σχέση με άλλους ασθενείς (Schiffer, Denollet & Widdershoven, 2007). Το γεγονός αυτό εκπλήσσει, δεδομένου ότι η Προσωπικότητα Τύπου D, εξ ορισμού περιλαμβάνει ένα υψηλό επίπεδο Κοινωνικής Αναστολής, δηλαδή την δυσφορία ή τη μη επιθυμία να χρησιμοποιήσει διαθέσιμες κοινωνικές ή άλλες πηγές όταν τις χρειάζεται. Συμπεριφορικοί παράγοντες, επηρεάζουν την ιατρική συμμόρφωση του καρδιοπαθή και ως προς τις ιατρικές συστάσεις και την συνέπεια στη φαρμακευτική αγωγή.

Ψυχοφυσιολογική οδός: εμπλοκή της ενεργοποίησης του ανοσοποιητικού συστήματος και δυσρυθμία ή απορρύθμιση του άξονα υποθαλαμικού, υποφυσικού, αδρενοκορτικού άξονα (Habra et al. 2003). Ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και Προσωπικότητα Τύπου D, παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα προφλεγμονώδους κυτοσίνης (proinflammatory cytosine) και διαταραχές στην έκκριση κορτιζόλης, μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (Whitehead, Perkins-Porras & Strike, 2007).

Επιπρόσθετα, άλλες μελέτες όπως των Kupper, Denollet & de Geus (2007), παραθέτουν επιβεβαιωτικά στοιχεία της υπόθεσης γενετικής επιρροής, στην αιτιολογία και τον προσδιορισμό της Προσωπικότητας Τύπου D. Υπό αυτό το πρίσμα, αναδύεται η πιθανή συσχέτιση μεταξύ παρόμοιων γενετικών διαδρομών, οι οποίοι εμπλέκονται τόσο στην εν λόγω δόμηση χαρακτηριστικών στοιχείων όσο και σε ενδεχόμενη ανάπτυξη ή επιδείνωση καρδιοαγγειακής νόσου. Περαιτέρω έρευνα στην συσχέτιση Προσωπικότητας Τύπου D, και πρόγνωσης νόσων είναι απαραίτητη, προκειμένου να διαμορφωθεί ένα πλαίσιο στο οποίο τόσο οι συμπεριφορικοί όσο και ψυχοφυσιολογικοί ή παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί, να διευκρινίζουν το ποσοστό συμμετοχής και επιρροής σε ένα συνολικό πλαίσιο συσχετίσεων.

Εν κατακλείδι, όπως οι Panzer & Viljoen (2003) επιμένουν, στις μέρες μας πολλοί ερευνητές, οι οποίοι ανήκουν σε διαφορετικά επιστημονικά πεδία, συμφωνούν σχετικά με την ύπαρξη πολύπλοκων και σταθερών βιοψυχολογικών αλληλοσχετιζόμενων και συνεργειτικών μοντέλων. Κατά την διάρκεια των χρόνων, οι ερευνητές τα ονόμαζαν τύπου A, τύπου D και Συμπεριφορά Επιρρεπής σε Θυμό/Επιθετικότητα. Τα ευρήματα έδειξαν και εξακολουθούν να δείχνουν, ακόμη και σε εμπειρικό επίπεδο, ότι η συσχετίσεις μεταξύ καρδιαγγειακής έκβασης και χαρακτηριστικών δομής υφίσταται, ακόμη και όταν τα αποτελέσματα δεν είναι τόσο προφανή και οι αλληλοσυσχετίσεις επιδέχονται πολλαπλών ερμηνειών, μερικές φορές αμφιλεγόμενων. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα, προκειμένου να επικυρωθούν πληρέστερα, να τροποποιηθούν ή ακόμη και να καταρριφθούν μοντέλα, τα οποία εξετάζουν τις εν λόγω συσχετίσεις και μπορούν να δημιουργήσουν ένα ισχυρό προβλεπτικό εργαλείο ή ένα ικανό τρόπο βελτιστοποίησης, της διαδικασίας παροχών για την αποκατάσταση των καρδιοπαθών.

Παρεμβάσεις για την αλλαγή της Προσωπικότητας Τύπου D. Η επόμενη ενότητα, αναφέρεται σε παρεμβάσεις που έχουν επιχειρηθεί σε καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D, την τελευταία δεκαετία. Πρόκειται για μεικτές παρεμβάσεις οι οποίες συμπεριλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, και ένα άξονα ψυχολογικής

παρέμβασης (Cao, Wong, Choi, Cheng & Chair, 2016). Κυρίως έχουν ψυχοεκπαιδευτικό προσανατολισμό, αναμεμιγμένο με δραστικά στοιχεία από προγράμματα σωματικής άσκησης, διατροφολογικής εκπαίδευσης, μαθημάτων κ.ά. Όλες οι παρακάτω αναφερόμενες παρεμβάσεις, συμπεριλαμβάνουν ως δείκτη μέτρησης των αποτελεσμάτων τους, την κλίμακα DS14. Τα αποτελέσματα τους εν γένει είναι ενθαρρυντικά, τόσο για την θεραπευτική αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, όσο και για την περαιτέρω έρευνα και σχεδιασμό ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, ειδικών προς τους ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D. Ακολουθούν οι τέσσερις παρεμβάσεις αποκατάστασης με χρονολογική σειρά. Τονίζεται ότι η πρώτη παρέμβαση διεξήχθη το 2007, δηλαδή εμφανίσθηκε στην διεθνή βιβλιογραφία σχεδόν μετά από είκοσι χρόνια από την εννοιολογική κατασκευή της Προσωπικότητας Τύπου D. Οι λόγοι αυτής της καθυστέρησης, αιτιολογούνται στις αρχικές εμπειρικές εκτιμήσεις των ερευνητών στο συγκεκριμένο πεδίο. Τα πρώτα δείγματα αυτών των ερευνών, δεν άφηναν ιδιαίτερα θετική προοπτική για την υλοποίηση ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, στην υποομάδα των καρδιοπαθών με Προσωπικότητα Τύπου D. Επιπρόσθετα, ίσως είναι δόκιμο να σημειωθεί, ότι τα προγράμματα αποκατάστασης για τους ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D, αντιμετωπίζονταν με σαφή αμφισβήτηση και δυσπιστία.

Η πρώτη έρευνα ως προς τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, που αναπτύχθηκε με σκοπό την μελέτη της επίδρασης προγραμμάτων αποκατάστασης, σε καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D, είναι των Karlsson, Edström-Plüss, Held, Henriksson, Billing & Wallen (2007), η οποία διεξήχθη στην Σουηδία. Η συγκεκριμένη μελέτη, διερεύνησε την αποτελεσματικότητα ενός εκτεταμένου προγράμματος αποκατάστασης, το οποίο περιελάμβανε μαθήματα διαχείρισης στρες, αυξημένο πρόγραμμα φυσικής άσκησης, διαμονή των ασθενών σε ειδικό χώρο, και μαθήματα μαγειρικής. Στόχος του όλου εγχειρήματος, ήταν να απαντήσουν στην πρότερη διαπίστωση ότι τα δύο χαρακτηριστικά συστατικά της Προσωπικότητας Τύπου D, όπως έχουν περιγραφεί, είναι σταθερά και σχετικά αμετάβλητα στον χρόνο, δηλαδή μη τροποποιήσιμα (Denollet, 1996, 2005). Ωστόσο, μια μόνον αναφορά υπάρχει, η οποία να εξετάζει αυτή την οπτική, δηλαδή ότι δεν αλλάζουν στον χρόνο ή δεν αλλάζουν κατόπιν μιας παρέμβασης, ψυχολογικής ή άλλης φύσεως (Denollet, 2005. Denollet, Pedersen, Vrints & Conraads, 2013). Οι Karlsson et al. (2007), υλοποίησαν ένα πρόγραμμα παρέμβασης, για να εξετάσουν, κατά πόσον και αν υπάρχει τροποποίηση των δεικτών της Προσωπικότητας Τύπου D, σε 111 υποκείμενα με

Προσωπικότητα Τύπου D, οι οποίοι ήταν μετεμφραγματίες ή ασθενείς σε αναμονή για χειρουργική επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (by-pass). Χρησιμοποιήθηκε αντίστοιχου μεγέθους ομάδα ελέγχου (N=113), οι οποίοι ακολούθησαν την συνηθισμένη παροχή φροντίδας του νοσοκομείου. Το εκτεταμένο πρόγραμμα αποκατάστασης που υιοθετήθηκε, περιελάμβανε φυσική άσκηση, η οποία ξεκινούσε αμέσως μετά από δυο εβδομάδες από το εξιτήριο τους, με ήπιο βαθμό άσκησης αρχικά, και συνεχιζόταν ανάλογα με την ιατρική κατάσταση του ασθενή, υπό την επίβλεψη του φυσιοθεραπευτή (εξατομίκευση του προγράμματος σωματικής άσκησης). Η παρέμβαση επίσης περιελάμβανε πρόγραμμα διαχείρισης στρες, το οποίο αποτελούνταν από 20 ομαδικές συναντήσεις διάρκειας δύο ωρών. Σε αυτό το πρόγραμμα, οι ομάδες αποτελούνταν από 5 έως 7 μέλη, μαζί με τους συντονιστές, και γινόταν ξεχωριστά για άνδρες και ξεχωριστά για γυναίκες (όχι μαζί δηλαδή). Η ατζέντα της κάθε συνάντησης, περιείχε την κάλυψη ενός συγκεκριμένου θέματος, το οποίο παρουσιαζόταν με την βοήθεια διαφανειών, ταινιών, γραπτών κειμένων και ασκήσεων (λεπτομερείς πληροφορίες του προγράμματος αναφέρονται στους Burrell & Granlund, 2002). Επίσης, η παρέμβαση όριζε διαμονή για πέντε μέρες σε «ξενοδοχείο ασθενών», ευθύς αμέσως μετά το εξιτήριο του νοσοκομείου. Μαθήματα μαγειρέματος και διατροφολογική συμβουλευτική, λάμβαναν χώρα για τρεις εβδομάδες. Τέλος, πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος συμπεριλήφθη για πέντε εβδομάδες, με συμμετοχή 11 ασθενών από τους συνολικά 37 καπνιστές. Μετά το κλείσιμο της παρέμβασης, ακολούθησαν μετρήσεις των δεικτών της Προσωπικότητας Τύπου D, σε σύγκριση με τις αρχικές τιμές κατά την εισαγωγή τους και σε σύγκριση με τις τιμές της ομάδας ελέγχου. Τα αποτελέσματα της μελέτης κατέγραψαν, για εκείνους τους ασθενείς που ανήκαν στο ανώτερο τεταρτημόριο της μέτρησης της κλίμακας της DS14, σημαντική μείωση των τιμών στην εν λόγω κλίμακα ($p<0.01$), καθώς επίσης σημαντικά μείωση, στις μετρήσεις κατάθλιψης και άγχους ($p<0.05$), και σημαντική αύξηση στους δείκτες ποιότητας ζωής ($p<0.001$). Οι ερευνητές κατέληξαν ότι η σημαντική μείωση, ειδικά του δείκτη της Κοινωνικής Αναστολής, που παρατηρήθηκε, πιθανόν να οφείλεται στην μεγάλη συμμετοχή των ασθενών, στις ομαδικές δραστηριότητες. Σημειώνουν επίσης, ότι το πρόγραμμα διαχείρισης στρες που ακολούθησαν, προσέφερε πέρα από τα πληροφοριακά και εκπαιδευτικά πεδία, συναισθηματική υποστήριξη των ασθενών, καθόλη την διάρκεια της παρέμβασης (20 εβδομαδιαίων συναντήσεων). Το γεγονός αυτό, δηλαδή η μεγάλη διάρκεια της παρέμβασης, είχε σαφή θετική μακροχρόνια επίδραση για τους ασθενείς. Επίσης, σημειώθηκε αξιοπρόσεκτα υψηλότερη τήρηση

του προγράμματος, συμμετοχή στις δραστηριότητες, και στις ιατρικές οδηγίες [δείκτης συμμόρφωσης στην θεραπεία (treatment adherence και medication compliance)], από τους ασθενείς που συμμετείχαν στην ομάδα παρέμβασης, συγκρινόμενη με την ομάδα ελέγχου.

Η μελέτη καταλήγει, κατά την κρίση των συγγραφέων, ότι ειδικά το πρόγραμμα διαχείρισης στρες μέσω της εκπαίδευσης των ασθενών στην γνωσιακή αναδόμηση, βοήθησε καίρια τους συγκεκριμένους ασθενείς, στην εξοικείωση των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, και με τον τρόπο αυτό κατάφερε να μειώσει την Κοινωνική Αναστολή, εξηγώντας τουλάχιστον μερικώς την επιτυχία της παρέμβασης. Συμπερασματικά λοιπόν η παρέμβαση των Karlsson et al. (2007) δείχνει ότι εκτεταμένου τύπου ψυχοκοινωνικά προγράμματα αποκατάστασης, έχουν σημαντικά θετική επίδραση σε ασθενείς που βρίσκονται σε υψηλή επικινδυνότητα, όπως καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D και ειδικότερα σε εκείνους, με υψηλούς δείκτες Κοινωνικής Αναστολής και Συναισθηματικής Αρνητικότητας. Κλείνοντας, τονίζεται η θετική επίδραση της ψυχοθεραπευτικής αξίας της τεκμηριωμένης γνωσιακής-συμπεριφορικής προσέγγισης. η οποία συνέδραμε κατά τρόπο αποφασιστικό στην αποτελεσματικότητα του όλου εγχειρήματος, μαζί με την διάσταση της ομαδικότητας που δόθηκε σε όλες σχεδόν τις δραστηριότητες του προγράμματος.

Η δεύτερη μελέτη για την έρευνα των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων σε σχέση με την Προσωπικότητα Τύπου D, αναπτύχθηκε από τους Pelle, Erdman, van Domburg, Spiering, Kazemier & Pedersen (2008) στην Ολλανδία. Οι συγκεκριμένοι ερευνητές σχεδίασαν και υλοποίησαν ένα ερευνητικό πρωτόκολλο, με σκοπό να καλύψουν το κενό που υπάρχει στην έρευνα των παρεμβάσεων και την συσχέτισή τους, με την κατάσταση υγείας των ασθενών με Προσωπικότητα Τύπου D. Συμπεριέλαβαν μετρήσεις και εκτιμήσεις, πριν και μετά την ψυχοκοινωνική παρέμβαση, των δύο μεταβλητών, δηλαδή της Προσωπικότητας Τύπου D και της κατάστασης υγείας. Το πρόγραμμα παρέμβασης που δημιούργησαν διακατεχόταν από μία πολυπαραγοντική προσέγγιση και ήταν εξωνοσοκομειακής βάσης. Καταρχάς, υπήρχε μία εισαγωγική φάση, και ακολούθως οι ασθενείς συμμετείχαν σε προγράμματα σωματικής άσκησης, μαθήματα σχετικά με τους παράγοντες επικινδυνότητας της καρδιακής νόσου, εκπαίδευση στις διατροφολογικές συνήθειες, στην τήρηση της φαρμακευτική αγωγής, καθώς επίσης σε προγράμματα διαχείρισης στρες, απώλειας βάρους και διακοπής καπνίσματος. Επίσης παρέχόταν η δυνατότητα

για ατομική συμβουλευτική από ψυχίατρο, ψυχολόγο ή κοινωνικό λειτουργό εάν ο ασθενής το ζητούσε. Στην τελική μορφή της παρέμβασης συμπεριλήφθηκαν 368 ασθενείς. Έγιναν μετρήσεις αρχικά κατά την εισαγωγή τους στο πρόγραμμα, και μετά την ολοκλήρωση παρακολούθησης του, δηλαδή μετά από τρεις μήνες. Η μελέτη στηρίχθηκε σε ένα πειραματικό *σχεδιασμό μεταξύ υποκειμένων* και όχι στις βάση τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης μελέτης, διότι όπως αναφέρεται δεν ήταν εφικτό να δημιουργηθεί ομάδα ελέγχου από την λίστα αναμονής στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν κατά 5,9% μείωση του αριθμού των ασθενών με Προσωπικότητα Τύπου D, δηλαδή αρχικά το ποσοστό ήταν 26,9% και μετά το πέρας της παρέμβασης, υφέθηκε στο 20,7% ($p=0,012$). Ως προς τον δείκτη της Κοινωνικής Αναστολής της Προσωπικότητας Τύπου D, παρατηρήθηκε αλλαγή στις τελικές μετρήσεις, ενώ ο δείκτης της Αρνητική Συναισθηματικότητα παρέμεινε σταθερός. Ωστόσο η συσχέτιση μεταξύ της αλλαγής της Κοινωνικής Αναστολής με την κατάσταση υγείας, ήταν από αμελητέα μέχρι πολύ μικρή (δείκτης μεγέθους επίδρασης Cohen's d από 0,01-0,20). Η κατάσταση υγείας αναφέρεται στην γενική κλινική εικόνα, συμπεριλαμβάνοντας την φυσική, κοινωνική και συναισθηματική λειτουργικότητα καθώς επίσης την γενική υγεία του ασθενή. Επίσης στην έρευνα των Pelle et al. (2008) οι ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D ανέφεραν γενικά φτωχή κατάσταση της υγείας τους πριν και μετά το πρόγραμμα, συγκρινόμενοι με ασθενείς που δεν ήταν Προσωπικότητες Τύπου D. Ωστόσο υπήρξε ένα σημαντικό εύρημα ως προς την αλλαγή των δεικτών της Προσωπικότητας Τύπου D, κατά την διάρκεια της παρέμβασης: παρατηρήθηκε, δηλαδή, μια σημαντική κύρια επίδραση της μεταβλητής του χρόνου στην Κοινωνική Αναστολή και την Αρνητική Συναισθηματικότητα καθώς το πρόγραμμα ολοκληρωνόταν, επιδεικνύοντας μια σταθερή ύφεση των τιμών των δεικτών [$F(1,367)=6.48$, $p=0.01$ και $F(1,367)=35.35$, $p < 0.001$, αντίστοιχα]. Ακολουθώντας μια περαιτέρω ανάλυση των δεδομένων, και ελέγχοντας συγχυτικούς παράγοντες, οι Pelle et al. (2008) κατέληξαν ότι η σημαντικότητα της κύριας επίδρασης, ίσχυε μόνον για την Κοινωνική Αναστολή [$F(1,360) = 6.74$, $p = 0.01$] και όχι για την Αρνητική Συναισθηματικότητα [$F(1,360) = 0.29$, $p = 0.59$]. Επιπρόσθετα, σε άλλο σημείο αναφέρεται ότι οι ασθενείς που είχαν υποστεί δεύτερο ή τρίτο καρδιακό επεισόδιο και συμμετείχαν στο πρόγραμμα αποκατάστασης, ωφελήθηκαν το λιγότερο δυνατό. Προτείνεται, λοιπόν, από τους ερευνητές, η ανάγκη ιατρικής σύστασης προς τους στεφανιαίους ασθενείς, σχετικά έγκαιρης εισαγωγής τους στα προγράμματα, και υλοποίηση τους κατά την διάρκεια του πρώτου επεισοδίου, διότι

είναι πολύ πιο πιθανό και εφικτό από την πλευρά των ασθενών να ενταχθούν και να προσαρμοστούν στις αλλαγές του τρόπου ζωής τους, πριν η νόσος χαρακτηριστεί χρόνια. Ας σημειωθεί ότι το εν λόγω πρόγραμμα αποκατάστασης, δεν ήταν ειδικά σχεδιασμένο για καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D, και όπως τονίσθηκε από τους ερευνητές, μελλοντικές παρεμβάσεις οφείλουν να προσανατολίσουν τις προσεγγίσεις τους στις εξατομικευμένες, για τον συγκεκριμένο πληθυσμό, ανάγκες και προτεραιότητες.

Η τρίτη μελέτη παρέμβασης είναι των Sogaro, Schinina, Burgisser, Orso, Pallante, Aloï, Vanni, Pazzagli, & Fattirolli (2010), στην οποία μελετήθηκε, η ποιότητα ζωής των στεφανιαίων ασθενών πριν και μετά από ένα πρόγραμμα αποκατάστασης, το οποίο διεξήχθη στην Ιταλία. Η μελέτη παρακολούθησε 59 ασθενείς, οι οποίοι εντάχθηκαν σε ένα εντατικό πρόγραμμα αποκατάστασης, εξωνοσοκομειακής βάσης, διάρκειας τεσσάρων εβδομάδων. Κατά την εισαγωγική φάση του προγράμματος, και μετά από ένα μήνα αφού είχε ολοκληρωθεί η παρέμβαση, είχαν χορηγηθεί και συλλεχθεί ερωτηματολόγια σχετικά με την Προσωπικότητα Τύπου D, την ποιότητα ζωής των ασθενών, καθώς επίσης και ερωτηματολόγια μέτρησης κατάθλιψης, άγχους, και προσανατολισμού στην αντιμετώπιση προβλημάτων.

Στο ανωτέρω δείγμα των 59 συμμετεχόντων ασθενών, ποσοστό 39% πληρούσε τα κριτήρια για Προσωπικότητα Τύπου D, κατά την έναρξη του προγράμματος. Δεν υπήρχαν άλλες διαφορές ως προς τα χαρακτηριστικά μεταξύ ασθενών με Προσωπικότητα Τύπου D και μη, κατά την έναρξη του προγράμματος, όπως για παράδειγμα στοιχεία σχετικά κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, ή ιατρικού φάκελου και λειτουργικής ικανότητας ή ψυχοφαρμακολογικής θεραπείας. Το πρόγραμμα παρέμβασης διεξήχθη από μια κλινική ομάδα, αποτελούμενη από καρδιολόγο, φυσιοθεραπευτή, κλινικό διατροφολόγο και ιατρό διασυνδετικής ψυχιατρικής. Συμπεριελάμβανε πρόγραμμα άσκησης, εκπαίδευση ασθενών, διατροφολογική συμβουλευτική, διακοπή καπνίσματος και ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Κατά την εισαγωγή τους στο πρόγραμμα, οι καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D, είχαν σημαντικά χαμηλότερο επίπεδο ψυχολογικής κατάστασης υγείας και ποιότητας ζωής, συγκρινόμενοι με ασθενείς που δεν ήταν Προσωπικότητα Τύπου D ($p < 0,05$). Μετά το πρόγραμμα, ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών με Προσωπικότητα Τύπου D, και παρόλη την γενική βελτίωση που σημείωσαν, συνέχισαν να έχουν μια εικόνα ψυχολογικής βλάβης σχετικής με

κλινικούς δείκτες όπως άγχους ($p=0,03$), καταθλιπτικής διάθεσης ($p=0,001$), αντιλαμβανόμενου στρες ($p=0,002$), διαπροσωπικών δυσκολιών ($p<0,001$), και τέλος καταγράφηκε, ότι η Προσωπικότητα Τύπου D συσχετιζόταν με σημαντικά μεγαλύτερη χρήση δυσπροσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης των προβλημάτων ($p<0,05$). Η εν λόγω μελέτη, με σαφήνεια καταλήγει ότι η Προσωπικότητα Τύπου D, επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την έκβαση ενός προγράμματος αποκατάστασης, ως προς τους κλινικούς δείκτες ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων με Προσωπικότητα Τύπου D. Τα αποτελέσματα λοιπόν της μελέτης δείχνουν ότι η Προσωπικότητα Τύπου D, είναι ένας σοβαρός παράγοντας επικινδυνότητας για την ποιότητα ζωής και την ψυχολογική κατάσταση υγείας. Επομένως, παράλληλα με μία “κλασσική” παρέμβαση σε ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D, συστήνεται να προστεθεί κάποια επιπλέον ειδική προς τις ανάγκες τους θεραπευτική παρέμβαση, η οποία να στοχεύσει στην ενίσχυση μιας θετικότερης έκβασης, για τους εν λόγω ασθενείς, που όπως καταδεικνύει η βιβλιογραφία βρίσκονται σε υψηλή επικινδυνότητα. Στην ανωτέρω μελέτη, μεγάλο ποσοστό των ασθενών με Προσωπικότητα Τύπου D, εξακολούθησε και μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης, να πληροί την ταυτότητα του συγκεκριμένου προφίλ προσωπικότητας, σε ποσοστό 87,5%. Ωστόσο, συνολικά στους ασθενείς, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση των δεικτών της Κοινωνικής Αναστολής και της Αρνητικής Συναισθηματικότητας μετά την παρέμβαση, σε αντίθεση με την μελέτη των Karlsson et al. (2007), η οποία αναφέρθηκε ανωτέρω, που διαπιστώθηκε βελτίωση μόνον σε εκείνους τους ασθενείς που ανήκαν στο ανώτερο τεταρτημόριο, ως προς την τιμή της Προσωπικότητας Τύπου D.

Η τελευταία, τέταρτη μελέτη των Istvanovic, Smalcelj, Filakovic, Cerovec & Plecko (2011), σχεδιάστηκε για να ερευνήσει την επίδραση ενός ενδονοσοκομειακού προγράμματος καρδιολογικής αποκατάστασης, σε καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D, και διεξήχθη στην Κροατία. Η εν λόγω μελέτη, έκανε έναν διαχωρισμό μεταξύ των συμμετεχόντων καρδιοπαθών σε δύο ομάδες: με ή χωρίς Προσωπικότητα Τύπου D. Οι ασθενείς και στις δύο ομάδες δεν είχαν διαφορές μεταξύ τους, ως προς τους παράγοντες επικινδυνότητας και τις τιμές κλινικών, εργαστηριακών, και διαγνωστικών παραμέτρων. Η μελέτη καλύπτει ένα κενό, το οποίο υφίσταται ως προς την θεραπευτική αποτελεσματικότητα, μιας ενδονοσοκομειακής παρέμβασης. Η συνολική διάρκεια της παρέμβασης, ήταν τέσσερις εβδομάδες και συλλέχθηκαν ιατρικά δεδομένα των ασθενών (καρδιολογική δείκτες), καθώς επίσης χορήγηση της

κλίμακας DS14, στην αρχική και τελική φάση του προγράμματος αποκατάστασης. Η ενεργός φάση του προγράμματος, πλην των αρχικών και τελικών εκτιμήσεων, ήταν τρεις εβδομάδες. Το πρόγραμμα περιελάμβανε φυσική άσκηση, συμβουλευτική ως προς αλλαγές του τρόπου ζωής και του διαιτολογίου, ψυχολογική συμβουλευτική, συνομιλία σε καθημερινή βάση, κατά την επίσκεψη, μεταξύ γιατρών και ασθενών, μαθήματα για την στεφανιαία νόσο και την δευτερογενή πρόληψη, και τροποποιήσεις φαρμάκων όπου χρειαζόταν. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ασθενών ήταν 51 ετών, με 83,2% άνδρες και 16,8% γυναίκες. Από τους εισερχόμενους ασθενείς στο πρόγραμμα, το 42,7% πληρούσαν τα κριτήρια της κλίμακας DS14, ως Προσωπικότητες Τύπου D (N=135). Ακολούθως σχηματίστηκε ομάδα ελέγχου από 185 ασθενείς. Αξίζει να σημειωθεί ότι το ποσοστό 42,7% είναι ιδιαίτερα υψηλό συγκρινόμενο με αντίστοιχα ποσοστά άλλων χωρών, ως προς τον επιπολασμό της Προσωπικότητας Τύπου D. Για παράδειγμα, στην Γερμανία είναι 25%, στην Ολλανδία 27% και στην Κίνα 31%. Τα αποτελέσματα της παρέμβασης έδειξαν ότι, 71% των συμμετεχόντων διατήρησε την Προσωπικότητα Τύπου D κατά την τελική αξιολόγηση, ποσοστό το οποίο είναι μικρότερο από εκείνο που βρέθηκε από τους Pelle et al. (2008) και Denollet (2005), δηλαδή 78% και 80% αντίστοιχα. Επίσης, κατά την διάρκεια της ενδονοσοκομειακής παρέμβασης, η ομάδα των ασθενών με Προσωπικότητα Τύπου D, είχε περισσότερες επιπλοκές, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Επίσης, αναφέρεται ότι μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, 29% των ασθενών, οι οποίοι αρχικά ταυτοποιούνταν ως Προσωπικότητες Τύπου D, δεν χαρακτηρίζονταν πλέον ως τέτοιες, λόγω της μείωσης και των δύο δεικτών. Η συνολική αποτίμηση του προγράμματος, κατέγραψε ουσιαστική αύξηση της λειτουργικότητας των ασθενών, βελτίωση του λιπιδικού προφίλ και μείωση του σακχάρου. Επίσης, στο τέλος του προγράμματος, η συνταγογράφηση ψυχιατρικών και αντιαρρυθμιακών φαρμάκων, συνέχισε να είναι πιο συχνή στους ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D.

Συμπεράσματα

Η Καρδιολογία ως ιατρική επιστήμη, εκ συστάσεως ανεγνώρισε την ύπαρξη κάποιων παραγόντων, οι οποίοι από τη μία πλευρά συμμετέχουν στην εμφάνιση και ανάπτυξη της καρδιακής νόσου, και από την άλλη διευκολύνουν ή παρεμποδίζουν την αποκατάσταση ασθενών, που έχουν ήδη υποστεί ένα καρδιακό επεισόδιο, ώστε να επιστρέψουν πλήρως στην κανονικότητα της ζωής τους. Σε αυτό το σημείο, οι καρδιολόγοι αντιλαμβανόμενοι τους περιορισμούς της ιατρικής πρακτικής, αλλά

κυρίως και λόγω της ανάπτυξης της επιστήμης της Ψυχολογίας, προσπάθησαν να γεφυρώσουν και να συνδυάσουν κλινικές πρακτικές και από τις δύο επιστήμες επ' ωφελεία των καρδιοπαθών. Αναμφίβολα, η Καρδιολογία έχει προχωρήσει με τεράστια άλματα, ειδικά τα τελευταία τριάντα χρόνια, και έχει καταγράψει πολλά και ιδιαίτερα επιτεύγματα, εξαιτίας της βιολογικής και τεχνολογικής προόδου. Ωστόσο, η εστίαση σε μία αυτοματοποιημένη αντίληψη της ιατρικής πράξης και σε μία τεχνικοποίηση των διαδικασιών παροχής καρδιολογικής φροντίδας, τείνουν να στερήσουν από την κοινότητα των ασθενών το πρωταρχικό και δικαιωματικό αίτημα, ότι η υγεία εδράζεται σε μια συνολικά βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική ευεξία. Η είσοδος σε μια ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας, περιλαμβάνει αναπόδραστα την ενίσχυση της ψυχικής υγείας, της βελτίωσης της ποιότητας ζωής και την μετάβαση σε μία εκ νέου νοσηματοδότηση της ζωής του ασθενή, που έχει υποστεί καρδιακό επεισόδιο. Εξαιτίας αυτών των προσδοκιών και αναγκών που ανέκυψαν, συστάθηκε το επιστημονικό πεδίο της Ψυχοκαρδιολογίας ή αλλιώς καρδιακής ψυχολογίας (cardiac psychology) και συμπεριφορικής καρδιολογίας (behavioural cardiology), με στόχο να ανιχνευθούν και να αξιολογηθούν εκείνοι οι ψυχολογικοί παράγοντες, που συμμετέχουν αιτιολογικά στην ανάπτυξη μιας καρδιολογικής πάθησης. Έτσι, αντικείμενο των παρεμβάσεων της ψυχοκαρδιολογίας είναι η μείωση των σοβαρών ψυχολογικών και κοινωνικών περιπλοκών που συνεπάγονται οι καρδιακές παθήσεις, με απώτερο σκοπό την συνολική αποκατάσταση και ενίσχυση της ποιότητας ζωής (Jordan, Barde & Zeiher, 2007). Σε αυτό το πλαίσιο, ο προσανατολισμός των καρδιολογικών προγραμμάτων αποκατάστασης, ήταν να καλυφτεί το κενό μεταξύ της καρδιολογικής πρακτικής και των ψυχοκοινωνικών παραμέτρων, έτσι ώστε να περάσουμε από τις γενικές ιατρικές συστάσεις στην σύσταση ειδικότερων ψυχοκοινωνικών προγραμμάτων παρέμβασης, που ανταποκρίνονται στις ανάγκες των συγκεκριμένων ασθενών.

Το γεγονός ότι ένα σημαντικό μέρος των παραγόντων επικινδυνότητας για την εκδήλωση ενός οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου χαρακτηρίζονται επισήμως ως τροποποιήσιμοι (WHO), αφήνει διάπλατα την πόρτα ανοικτή, για παρεμβάσεις αλλαγής στους παράγοντες επικινδυνότητας από διάφορα πεδία επιστημονικών προσεγγίσεων όπως διατροφολογικά ή άσκησης. Σύμφωνα με μια πρόσφατη έρευνα που έγινε σε 52 χώρες, οι εννέα παράγοντες που παρατέθηκαν στον Πίνακα 1, εξηγούν περισσότερο από το 90% της επικινδυνότητας για ένα οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου. Οι εννέα αυτοί παράγοντες, χαρακτηρίζονται ως πιθανά τροποποιήσιμοι

και ισχύουν σε άντρες και γυναίκες, σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές και πολιτισμικές ομάδες.

Σε αυτό το πλαίσιο, η καρδιολογική αποκατάσταση εντάχθηκε, σύμφωνα με διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, ως μια σημαντική πρόσθετη θεραπευτική πρακτική για ασθενείς με στεφανιαία νόσο, από την στιγμή που οι ασθενείς αξιολογούνται ιατρικώς σταθεροί. Τα οφέλη της εκτείνονται, από την βελτίωση της ευεξίας των ασθενών (Denollet & Brutsaert, 2001. Lavie & Milani, 2006) μέχρι την κατάσταση υγείας (Cohen, Moser & Clark, 1999. Mierzynska, Kowalska, Stepnowska & Piotrowicz, 2010) και τις κλινικές εκβάσεις, π.χ. υποτροπών ή συννοσηρότητας (Williams, Ades & Hamm, 2006), συμπεριλαμβανομένης της αύξησης του προσδόκιμου ζωής τους (Taylor, Unal, Critchley & Capewell, 2006), ή της επιστροφής στην εργασία, κυρίως των ανδρών που ακολούθησαν το πρόγραμμα (Korzeniowska-Kubacka, Bilinska, Dobraszkievicz-Wasilewska & Piotrowicz, 2015).

Τα προγράμματα αποκατάστασης απευθύνονται κυρίως σε μια μερίδα του πληθυσμού των καρδιοπαθών, οι όποιοι είναι ενεργοί σε όλα τα επίπεδα της κοινωνικής, επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής. Για αυτή την κατηγορία ασθενών, παρουσιάζονται ιδιαίτερα ενθαρρυντικά αποτελέσματα τα οποία χρονολογούνται από τις αρχές του 1970. Υιοθετηθήκαν διάφορες μορφές προσέγγισης των αναγκών των καρδιοπαθών, μέσα από ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων. Αρχικά αναφέρονται προγράμματα, όπου «απομόνωναν» τους καρδιοπαθείς σε ξενώνες, με σκοπό να επισπεύσουν αλλαγές του τρόπου ζωής και παράλληλα να τους εντάξουν σε ένα πλαίσιο κοινωνικών δραστηριοτήτων και αλληλεπιδράσεων. Επίσης σε άλλα προγράμματα, χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές χαλάρωσης και διαλογισμού, προσαρμοσμένες ώστε να επιφέρουν μια απαραίτητη ηρεμία στην επισφαλή ψυχική και σωματική κατάσταση του ασθενή, μετά το καρδιακό επεισόδιο. Επίσης, αναφέρονται προγράμματα διαχείρισης στρες και γνωστικές-συμπεριφορικές τεχνικές, οι οποίες υιοθετηθήκαν με σκοπό την επεξεργασία δυσκολιών που αντιμετώπιζαν οι ασθενείς. Ψυχοεκπαιδευτικές δραστηριότητες και μαθήματα για τους παράγοντες επικινδυνότητας της στεφανιαίας νόσου, αποτέλεσαν επίσης κυρία συστατικά του προγράμματος αποκατάστασης.

Κυρίαρχο στοιχείο και κοινός παρονομαστής των ανωτέρω προσεγγίσεων παρέμβασης, ήταν και συνεχίζει να είναι, η ένταξη των ασθενών σε ένα ομαδικό πλαίσιο. Η έννοια της ομάδας, διαδραματίζει κυρίαρχο ρόλο στη σύσταση των παρεμβάσεων, είτε αυτές καταγράφονται μέσα σε ψυχοεκπαιδευτικές ασκήσεις, είτε

σε τεχνικές διαλογισμού, είτε σε αντιμετώπιση προβλημάτων. Η παρατήρηση αυτή υποστηρίζεται από την πληθώρα ομαδικού τύπου προγραμμάτων που έχουν αναπτυχθεί και δοκιμάζονται κλινικά, ενώ παρεμβάσεις ατομικού τύπου, μέσω ατομικών ψυχοθεραπειών κυρίως, σπανίζουν στην διεθνή βιβλιογραφία.

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να αναφερθούμε και σε μια άλλη κατηγορία εστιασμένων μελετών, στο ερευνητικό πεδίο της επιδημιολογίας των καρδιολογικών παθήσεων, οι οποίες προσανατόλισαν το ερευνητικό τους έργο σε μια πιθανή συσχέτιση των καρδιαγγειακών ασθενειών και των στοιχείων προσωπικότητας, καθώς και ορισμένων σταθερών προτύπων συμπεριφοράς, με τα οποία αναπτύσσεται ή/και εκδηλώνεται μία καρδιολογική νόσος. Από τις αρχές των ερευνών σε αυτό το πλαίσιο μέχρι σήμερα, δυο κυρίαρχες εννοιολογικές κατασκευές προέκυψαν διαδοχικά, από την ψυχολογική έρευνα παραγόντων επικινδυνότητας για στεφανιαία νόσο και την επικινδυνότητα εμφάνισης υποτροπών, το Πρότυπο Συμπεριφοράς Τύπου Α (Type A Behavior Pattern), και η Προσωπικότητα Τύπου D.

Σύμφωνα με τον Chesney (1988), το Πρότυπο Συμπεριφοράς Τύπου Α θα πρέπει να θεωρηθεί ως ορόσημο της συμπεριφορικής ιατρικής, δεδομένου ότι ήταν το πρώτο κατασκεύασμα, που ήταν πραγματικά σε θέση να συνδέσει τη συμπεριφορά, με μια σοβαρή σωματική ασθένεια.

Σε ένα τέτοιο πλαίσιο αναζήτησης, των ψυχολογικών παραγόντων αιτιοπαθογένειας των καρδιολογικών παθήσεων και της σύγχυσης που περιέβαλε το Πρότυπο Συμπεριφοράς Τύπου Α, σχετικά με την προβλεπτική του ικανότητα σε σχέση με την καρδιακή νόσο, ένας νέος ψυχοκοινωνικός παράγοντας καρδιακού κινδύνου εμφανίστηκε στη επιστημονική κοινότητα της ψυχοσωματικής έρευνας, η Προσωπικότητα Τύπου D (Denollet, Sys & Brutsaert, 1995), η οποία ανιχνεύτηκε καταρχάς σε καρδιοπαθείς και συσχετιζόταν με σημαντική αύξηση υπότροπων, νέα καρδιακά επεισόδια και θνησιμότητα. Η δομή της Προσωπικότητας Τύπου D, στηρίζεται σε δυο χαρακτηριστικά στοιχεία: την Κοινωνική Αναστολή και την Αρνητική Συναισθηματικότητα. Η Κοινωνική Αναστολή, αναφέρεται στην αναστολή του ατόμου να εκφραστεί σε διαπροσωπικό επίπεδο και ειδικότερα να εκφράσει αρνητικά συναισθήματα, για τα οποία νοιώθει ότι θα απορριφτεί ή θα αποδοκιμαστεί από τους άλλους. Η Αρνητική Συναισθηματικότητα, αναφέρεται στην βίωση αυτών των αρνητικών συναισθημάτων που τον καθλώνουν σε μια καταθλιπτικού τύπου θέση, αναμεμιγμένη με συναισθήματα δυσφορίας και ακινητοποίησης, ενεργών και θετικών συμπεριφορών. Η συγκεκριμένη δομή, εμφανίζεται σε ένα σημαντικό

μέγεθος πληθυσμού, μεταξύ των στεφανιαίων καρδιοπαθών. Μελέτες επιπολασμού της εν λόγω προσωπικότητας, υπολογίζουν ότι κυμαίνεται στο φάσμα 27% με 40% μεταξύ των καρδιοπαθών. Ειδικότερα, το ποσοστό των στρατιωτικών με προσωπικότητα Τύπου D σε σχέση με εκείνο στο γενικό πληθυσμό είναι μικρότερο (Williams, O'Connor, Howard, Hughes, Johnston, Hay, O'Connor, Lewis, Ferguson, Sheehy, Grealley & O'Carroll, 2008). Κύρια αιτία της παρατηρηθείσας καταγραφής είναι οι διαδικασίες επιλογής στρατιωτικού προσωπικού, κατά τις οποίες θα πρέπει να ικανοποιούνται σε ένα ορισμένο επίπεδο κριτήρια σχετικά με σωματικό και ψυχονοητικό προφίλ των (υποψήφιων) στρατιωτικών, οι οποίοι στην συνέχεια αναλαμβάνουν υπηρεσία (Duel, 2006).

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει καταδείξει την αναγκαιότητα παροχής εντατικής, στοχευόμενης και ειδικής προσοχής, στην συγκεκριμένη υποομάδα καρδιοπαθών με Προσωπικότητα Τύπου D, τονίζοντας emphatically ότι η εν λόγω δομή προσωπικότητας, αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα επικινδυνότητας καρδιακού επεισοδίου και υποτροπής της νόσου. Έχει παρατηρηθεί, ότι μετεμφραγματίες που εντάσσονται σε καρδιολογικά προγράμματα αποκατάστασης και έχουν ήδη υποστεί δεύτερο ή τρίτο επεισόδιο, ανταποκρίνονται φτωχά ή καθόλου. Το γεγονός αυτό έχει δραστηριοποιήσει εθνικούς και διεθνείς καρδιολογικούς οργανισμούς, στην ενεργή σύσταση της πρότασης για άμεση συμμετοχή των καρδιοπαθών σε προγράμματα αποκατάστασης, μετά από το πρώτο καρδιακό επεισόδιο.

Παρόλα αυτά οι παρεμβάσεις σε καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D, όπως καταδεικνύει η διεθνής σύγχρονη βιβλιογραφία, παραμένουν ελάχιστες. Προγράμματα ψυχοκοινωνικού/ψυχοεκπαιδευτικού ή ψυχοθεραπευτικού προσανατολισμού, εκλείπουν εν μέρει και λόγω του «νεαρού» της ηλικίας της θεωρητικής βάσης και εδραίωσης της Προσωπικότητας τύπου D (Pedersen & Denollet, 2006).

Η υλοποίηση προγραμμάτων αποκατάστασης, στην ευαίσθητη υποομάδα των καρδιοπαθών με Προσωπικότητα Τύπου D, καθίσταται ουσιώδης και αναγκαία για την ελληνική πραγματικότητα. Επομένως και βάσει των όσων αναφέρθηκαν, αποφασίσαμε να διερευνήσουμε την επίδραση μια αμιγώς ψυχοθεραπευτικής ομαδικής παρέμβασης σε καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D, βασισμένη σε μια τεκμηριωμένη ποιοτική μέθοδο, τη Θεματική Ανάλυση.

Τρία είναι τα ερευνητικά ερωτήματα που επιλέξαμε να διερευνήσουμε. Το πρώτο ερώτημα αναφέρεται στη μελέτη των Θεμάτων, που αναδύονται μέσω του

κλινικού υλικού μιας ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, τα οποία συμπληρώνουν ή εμπλουτίζουν τις έννοιες της Κοινωνικής Αναστολής και Αρνητικής Συναισθηματικότητας. Το δεύτερο αναφέρεται στην πιθανή τροποποίηση των συστατικών στοιχείων Κοινωνικής Αναστολής και Αρνητικής Συναισθηματικότητας της Προσωπικότητας Τύπου D, μέσω της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Το τρίτο ερώτημα διερευνά την αποτίμηση της παρέμβασης από την πλευρά των ασθενών.

Με βάσει τα ανωτέρω, τίθενται τα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποια Θέματα αναδεικνύονται, κατά την ψυχοθεραπευτική διαδικασία, τα οποία σχετίζονται με την χαρακτηριστική δομή των καρδιοπαθών με Προσωπικότητα Τύπου D;
2. Ποιες θεραπευτικές αλλαγές των συστατικών στοιχείων Κοινωνικής Αναστολής και Αρνητικής Συναισθηματικότητας της Προσωπικότητας Τύπου D παρατηρήθηκαν, κατά την ψυχοθεραπευτική διαδικασία;
3. Ποια ήταν η συνολική αποτίμηση της παρέμβασης από την πλευρά των ασθενών;

Στο επόμενο Κεφάλαιο θα γίνει αναλυτική περιγραφή της Θεματικής Ανάλυσης, της ποιοτικής δηλαδή μεθόδου που επιλέξαμε για την διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων μας.

Κεφάλαιο Τρίτο

Μέθοδος

Σκοπός του κεφαλαίου αυτού είναι να περιγραφεί η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων της παρούσας διατριβής. Επίσης αναφέρονται οι λόγοι που επιλέχθηκε η ποιοτική μέθοδος και πιο συγκεκριμένα η θεματική ανάλυση. Στην συνέχεια περιγράφεται η διαδικασία συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων και τέλος εξετάζονται ζητήματα ποιότητας και δεοντολογικά ζητήματα της έρευνας.

Η επιλογή της ερευνητικής προσέγγισης

Επιλογή της ποιοτικής μεθόδου.

Η καταλληλότητα της εκάστοτε μεθοδολογικής προσέγγισης, καθοδηγείται από την συνολική αντίληψη του ερευνητή για το υπό διερεύνηση αντικείμενο μελέτης του. Η σύλληψη της εκπόνησης έρευνας για ένα επιστημονικό πεδίο, προϋποθέτει ένα θεωρητικό και μεθοδολογικό πλαίσιο, με το οποίο προσεγγίζεται από αρχής μέχρι τέλους η έρευνα. Συνεπώς η μεθοδολογία, αναπόφευκτα διαποτίζει την εκπόνηση κάθε έρευνας, από την ερευνητική ερώτηση, τον στόχο, μέχρι και την εξαγωγή ευρημάτων και αποτελεσμάτων (Denzin & Lincoln, 2003).

Κατά τον σχεδιασμό της έρευνας ο ερευνητής καλείται να ορίσει την προσέγγιση που θα ακολουθήσει, να επιλέξει δηλαδή ανάμεσα στην ποιοτική και την ποσοτική έρευνα. Τα δυο αυτά είδη έρευνας έχουν εντελώς διαφορετικό φιλοσοφικό υπόβαθρο, διαφορετικούς στόχους και διαφορετικά μέσα για την επίτευξη των στόχων αυτών (Σταλίκας, 2005. 2011).

Στην παρούσα διατριβή, υιοθετήθηκε η επιλογή μιας ποιοτικής μεθοδολογικής προσέγγισης. Ο λόγος αυτής της επιλογής, όπως θα διευκρινιστεί διεξοδικότερα παρακάτω, έγκειται στην φύση των ερευνητικών ερωτημάτων, αλλά και στην φύση της παρέμβασης, που στην περίπτωση της παρούσας έρευνας είναι αμιγώς ψυχοθεραπευτική. Η ποιοτική μέθοδος, καθιστά δυνατή την εξονυχιστική και εκ βάθους μελέτη ενός πολυσύνθετου και πολύπλοκου φαινομένου, όπως είναι η ψυχοθεραπεία (Σταλίκας, 2005. 2011). Οι στόχοι τους οποίους θέτει μία ποιοτική αναλυτική μεθοδολογία, καλύπτουν κατά την κρίση μου, τις ερευνητικές ανάγκες των ερωτημάτων που επιχειρεί να απαντήσει η παρούσα διατριβή.

Η ποιοτική αναλυτική προσέγγιση, ως μεθοδολογία για να απαντηθούν τα εν λόγω ερευνητικά ερωτήματα, επικεντρώνεται στον τρόπο με τον οποίο «γίνεται κατανοητή» η εμπειρία των ανθρώπων, μέσω μιας «διαδικασίας συστηματικής

διερεύνησης στα νοήματα που χρησιμοποιούν» (McLeod, 1994, σελ. 7). Δηλαδή, μέσω μιας επίμονης συστηματικής προσέγγισης των δεδομένων της, στοχεύει στην παραγωγή λεπτομερών και εις βάθος περιγραφών των στοιχείων που αποτελούν τη βάση δεδομένων της έρευνας (Snape & Spencer, 2003).

Τα υποκείμενα της ποιοτικής έρευνας είναι ενεργά, δρώντα μέλη της ερευνητικής διαδικασίας, όσο και ο ίδιος ο ερευνητής, γεγονός το οποίο διαμορφώνει αλληλεπιδράσεις που οδηγούν σε μοναδικά αλλά και την ίδια στιγμή ασφαλή και πραγματικά συμπεράσματα, λόγω της προσομοίωσης τους, με μια εγγύτερη προς την πραγματικότητα συνθήκη.

Τα χαρακτηριστικά της μεθόδου της ποιοτικής ανάλυσης, καθώς και ο τρόπος που προσεγγίζει η ποιοτική ανάλυση τα ερευνητικά ερωτήματα, ικανοποιούν και ανταποκρίνονται στους βασικούς στόχους της παρούσας διατριβής, οι οποίοι συλλήβδην αναφέρονται στη συνολική εμπειρία των καρδιοπαθών κατά τη διάρκεια μιας θεραπευτικής διαδικασίας αποκατάστασης.

Ένας βασικός λόγος που επιλέχθηκε η ποιοτική ανάλυση ως μέθοδος έρευνας στην παρούσα διατριβή, είναι η δυνατότητά της να διερευνά πολύπλοκα φαινόμενα προσφέροντας μια εν τω βάθει προσέγγιση και ανάλυση, σε σημείο που υπερβαίνει μια κανονιστική κατηγοριοποίηση των φαινομένων. Έτσι, για παράδειγμα, η ψυχοθεραπευτική διαδικασία, η εμπειρία της ομαδικής ψυχοθεραπευτικής διεργασίας, η συναισθηματική ανταπόκριση και συνειδητοποίηση, η αλληλεπίδραση των ασθενών σε ένα πλαίσιο ομαδικής ψυχοθεραπείας είναι συχνά φαινόμενα δυσπρόσιτα και μη επιδεκτικά ποσοτικών μετρήσεων (McLeod, 1994). Η υιοθέτηση ποσοτικών μεθόδων, σε αυτή την περίπτωση θα δυσχέραινε τη δυνατότητα εξαγωγής ικανοποιητικών συμπερασμάτων ως προς τους συγκεκριμένους στόχους της παρούσας έρευνας.

Ένας άλλος λόγος για την επιλογή της ποιοτικής ανάλυσης, είναι ότι η ποιοτική μεθοδολογία έχει τη δυνατότητα, να διερευνήσει νέα σχήματα αντίληψης των φαινομένων που μελετά. Δύναται να εμπλουτίσει εννοιολογικά σχήματα και να παράξει συμπεράσματα, τα οποία σε μία μεγαλύτερης κλίμακας μελέτη, μπορούν να ανασκευάσουν και να προωθήσουν την έρευνα σε τοπία ιδιαίτερου επιστημονικού ενδιαφέροντος, τα οποία παρέμεναν άγνωστα και πιθανά «τυφλά» μέχρι στιγμής. Συνεπώς, νέα σχήματα αντίληψης και κατανόησης δημιουργούν ένα νέο πλαίσιο γνώσης, το οποίο είναι κατασκευάσμα της συνδόμησης των συμμετεχόντων, ερευνητών και υποκειμένων. Τα αποτελέσματα ή καλύτερα ευρήματα από αυτήν την σύμπραξη έρευνας δεν αξιώνουν και δεν αποτελούν αντικειμενικές αλήθειες (Gergen,

1985). Δεν στοχεύουν μήτε αξιώνουν στην απόκτηση μιας αξιωματικής γνωσιοθεωρίας αλλά στην οικοδόμηση ειδικών τοπικών κατανοήσεων.

Η ποιοτική ανάλυση λοιπόν, είναι μία μέθοδος προσανατολισμένη στην ανάδειξη, στην αποκάλυψη φαινομένων που λανθάνουν. Προς επίτευξη αυτού του στόχου, δανείζεται μια προσέγγιση επαγωγική ώστε να μορφοποιήσει το υλικό των δεδομένων (McLeod, 2003). Η επαγωγική μορφοποίηση των δεδομένων, όπως αναφέρθηκε, παρέχει την δυνατότητα διείσδυσης σε τροπικότητες σκέψης, συναισθημάτων και συμπεριφορών οι οποίες σε πρώτο επίπεδο δεν είναι εύκολα προσβάσιμες και αναγνωρίσιμες. Με αυτόν το τρόπο, συνεισφέρει ουσιαστικά στην ανάδειξη νέων περιοχών, που χρήζουν μεγαλύτερης ερευνητικής προσοχής.

Σημαντικός, επίσης, λόγος επιλογής της ποιοτικής μεθοδολογίας, είναι η φαινομενολογική και ερμηνευτική βάση της, γεγονός το οποίο ανταποκρίνεται στις ανάγκες της παρούσας έρευνας και τροφοδοτεί μια φρέσκια επανατοποθέτηση σε παραδεδομένα σχήματα κατανόησης. Η φαινομενολογική βάση, επικεντρώνεται στον τρόπο με τον οποίο η πραγματικότητα της νόσου, για παράδειγμα, γίνεται αντιληπτή από τον καρδιοπαθή. Οι σκέψεις, οι συναισθηματικές αποχρώσεις, και αυτή καθαυτή η *in vivo* εμπειρία της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, δίνει άφθονο υλικό για το πως και τι ο ασθενής αντιλαμβάνεται ως «πραγματικότητα της νόσου». Αυτές οι αντιλήψεις και οι λεκτικοποιημένες εκφορές τους, αποτελούν το βασικό υλικό για την ποιοτική έρευνα και ως εκ τούτου έχουν κεντρική θέση στην ανάπτυξη των ευρημάτων.

Ταυτόχρονα, η ερμηνευτική βάση της ποιοτικής μεθοδολογίας, διανοίγει μια κυκλικά επαναληπτική και θαμιστική (*reiterative*) προσέγγιση του κλινικού υλικού των ψυχοθεραπευτικών συνεδριών και των δεδομένων, τέτοια ώστε από τη μεριά του ερευνητή, να ικανοποιεί την διείσδυση σε κατανόηση βαθύτερων σχηματοποιήσεων νοημάτων. Διανοίγει όμως επιπλέον, ένα σχήμα αλληλεπίδρασης μεταξύ ερευνητή και υποκειμένων, το οποίο διευκολύνει την έκφραση σκέψεων και συναισθημάτων, από τη μεριά των υποκειμένων. Τους καθιστά κοινωνούς και ισότιμα σχεδόν μέλη της ερευνητικής διαδικασίας, διότι η οπτική του ερευνητή επαναπροσδιορίζεται βάσει των σχολίων και των προσδιορισμών που δίνουν τα υποκείμενα. Η ποιοτική ανάλυση, αξιώνει με αυτό τον τρόπο να συνεισφέρει στην κατανόηση του φαινομένου που διεξάγεται ως ερμηνεία και όχι ως παραδεδεγμένη, αυταπόδεικτη αλήθεια (Schwandt, 1994). Η ανάγνωση της ερμηνευτικής διαδικασίας, παραπέμπει σε μία υποκειμενικά διαφωτιστική κατανόηση και όχι σε κάποια αντικειμενική και καθολική γνώση.

Τέλος, ένας ακόμα βασικός λόγος επιλογής της ποιοτικής ανάλυσης, είναι η διασύνδεση που υφίσταται μεταξύ ποιοτικής μεθοδολογίας και κλινικής πρακτικής ως προς την κάλυψη αναγκών των ιδιαίτερων πληθυσμιακών ομάδων, όπως οι καρδιοπαθείς στην παρούσα έρευνα. Η ποιοτική ανάλυση ως μέθοδος, στοχεύει στην καταγραφή, επισημάνση και ανάδειξη μοτίβων και περιοχών μέσα στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία, γεγονός το οποίο δύναται να έχει άμεση και ουσιαστική εφαρμογή στην κλινική πράξη των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Το χάσμα μεταξύ ερευνητικής δραστηριότητας και ψυχοθεραπευτικής πρακτικής, το οποίο μοιάζει στιγμές αζεπέραστο, μπορεί να γεφυρωθεί από αυτή την διαμεσολάβηση των συστηματικών μεθόδων της ποιοτικής ανάλυσης. Επιπλέον, η συνεισφορά των ευρημάτων της ποιοτικής ανάλυσης, ικανοποιεί ένα αίτημα στόχευσης από τη μεριά των ειδικών σε καίρια και κρίσιμα σημεία της ψυχοθεραπευτικής διεργασίας, εξυπηρετώντας με αυτόν τον τρόπο τόσο την θεραπευτική τους ικανότητα, όσο και την διαγνωστική τους επάρκεια.

Ανακεφαλαιώνοντας, και προς χάριν της στοχοθεσίας της παρούσας διατριβής, η ποιοτική μεθοδολογία, παρέχει εκείνον τον εργαλειακό εξοπλισμό, ώστε να είναι εφικτή μια βαθύτερη ανάλυση της θεραπευτικής διαδικασίας.

Όπως γίνεται αντιληπτό από την ανωτέρω παρουσίαση, οι ποιοτικές μέθοδοι, καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα προσεγγίσεων και αναλύσεων, κατά αντίστοιχο τρόπο που συναντούμε και στις ποσοτικές μεθοδολογίες, οι οποίες με τη σειρά τους εξειδικεύονται και διαφοροποιούνται ανάλογα με το αντικείμενο μελέτης που ερευνούν, έτσι ώστε να παραδώσουν ικανά, άρτια και πλήρη αποτελέσματα των φαινομένων που επεξεργάζονται.

Η επιλογή της Θεματικής Ανάλυσης.

Η επιλογή της ποιοτικής ανάλυσης ως μεθόδου έρευνας, συναρτάται με μια ενδιαφέρουσα και συγχρόνως απαιτητική διαδικασία επιλογών και αποφάσεων που καλείται να λάβει ο ερευνητής. Αρχικά, καλείται να επιλέξει μεταξύ των διαφορετικών αναλυτικών προσεγγίσεων που προσφέρονται στο πεδίο της ποιοτικής έρευνας (Howitt, 2010. Τσιώλης, 2015).

Για τους στόχους της παρούσας διατριβής επιλέχτηκε η μέθοδος της Θεματικής Ανάλυσης (Thematic Analysis), η οποία και κατάγεται από μία άλλη ποιοτική μεθοδολογία, την ανάλυση περιεχομένου (Content Analysis). Ειδικότερα, οι φιλοσοφικές πηγές της μεθόδου που υιοθετείται στην παρούσα διατριβή, έλκουν την καταγωγή τους από την θεωρία της κοινωνικής φαινομενολογίας του Schutz (1967).

Πρόκειται για μια περιγραφική και ερμηνευτική θεωρία, η οποία στοχεύει, στην εξερεύνηση της υποκειμενικής εμπειρίας των ανθρώπων. Μετεξέλιξη της ανωτέρω θεωρίας του Schutz, σε μεθοδολογικό και τεχνικό επίπεδο, αποτελεί η καθοδηγούμενη από τα δεδομένα επαγωγική μέθοδος του Boyatzis (1998) και η αναγωγική προσέγγιση (deductive ή template approach) των Crabtree και Miller (1999), η οποία χρησιμοποιεί a priori σχήματα ερμηνείας «δανεισμένα» από υπάρχουσες ήδη επιστημονικές θεωρίες. Σκοπός αυτών των προσεγγίσεων, όπως άλλωστε και η μεθοδολογική αρχή του Schutz υπαγόρευε, είναι να προσδιοριστεί η διαδικασία, με την οποία οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν τα καθημερινά γεγονότα της ζωής τους. Σε ένα δεύτερο επίπεδο επεξεργασίας, επιχειρείται η δημιουργία ορισμένων «ιδανικών τύπων», οι οποίοι είναι αποτέλεσμα ποιοτικών επεξεργασιών αφαιρετικής τάξεως, και ικανοί - κατά τους συγγραφείς- να περιγράψουν και να ερμηνεύσουν ένα φαινόμενο.

Η Θεματική Ανάλυση είναι μια μέθοδος ταυτοποίησης και ανάλυσης μοτίβων νοημάτων, τα οποία ανιχνεύονται μέσα στα ερευνητικά δεδομένα. Επιχειρεί με τρόπο συστηματικό να ανιχνεύσει, να οργανώσει και να κατανοήσει, πρότυπα νοήματος (Θέματα) μέσα από ένα σύνολο δεδομένων και με τον τρόπο αυτό, να προσφέρει γνωστική πρόσβαση σε συλλογιστικές σημασιοδοτήσεις και εμπειρίες (Braun & Clarke, 2006). Η επεξεργασία των δεδομένων, μέσω της Θεματικής Ανάλυσης, δια φωτίζει ποια θέματα είναι σημαντικά, ως προς την περιγραφή του φαινομένου που μελετούμε (Daly, Witt, Martens, & Dool, 1997). Το τελικό αποτέλεσμα μιας εφαρμογής της θεματικής ανάλυσης θα πρέπει να αναδεικνύει και να προβάλλει τις προεξέχουσες ομοιογενείς ομάδες νοημάτων που εμφανίζονται στα δεδομένα. Οι ομοιογενείς ομάδες νοημάτων, περιλαμβάνουν γνωστικές και συμβολικές διαστάσεις που φέρουν τα δεδομένα της έρευνας. Κάτι που την κάνει να πλεονεκτεί έναντι άλλων μεθόδων, είναι ότι χαρακτηρίζεται από «θεωρητική ελευθερία» ή «ευελιξία» καθώς η επιλογή της σαν μέθοδος ανάλυσης, δεν δεσμεύει τον ερευνητή σε συγκεκριμένες οντολογικές ή επιστημολογικές θέσεις, όπως συμβαίνει σε άλλες ποιοτικές αναλύσεις (Braun & Clarke, 2006). Η «θεωρητική ελευθερία» ή η «ευελιξία» βέβαια, είναι σαφές ότι δεν σημαίνουν διεξαγωγή της ανάλυσης χωρίς επιστημολογική πλαισίωση.

Η έννοια του «Θέματος» στη Θεματική Ανάλυση, ορίζεται ως ένα ειδικό σχήμα δόμησης, το οποίο περιγράφει με τρόπο ικανοποιητικό, φαινόμενα που βρίσκονται στα δεδομένα. Το Θέμα (theme), αναφέρεται σε ένα ειδικό μοτίβο,

επαναλαμβανόμενο σχήμα νοήματος (pattern), το οποίο υπάρχει στα δεδομένα του υπό έρευνα, υλικού (Joffe, 2012).

Το Θέμα (theme), συλλαμβάνει κάτι σημαντικό μέσα στα δεδομένα, το οποίο έχει σχέση με την ερευνητική υπόθεση, και αναπαριστά σε ορισμένο επίπεδο το επαναλαμβανόμενο σχήμα (pattern) νοημάτων και αποκρίσεων (Braun & Clarke, 2006).

Το Θέμα (theme), περιγράφεται ως ένα επαναλαμβανόμενο σχήμα, πρότυπο (pattern) μέσα στην πληροφορία του υλικού, το οποίο κατ' ελάχιστη προσδοκία, περιγράφει και οργανώνει, πιθανές παρατηρήσεις για το τι συμβαίνει και κατά μέγιστη προσδοκία, δίδει την δυνατότητα να εξαχθούν ερμηνευτικά σχόλια, του φαινομένου που μελετάται (Boyatzis, 2006).

Οι Holloway & Todres (2003) διατυπώνουν την άποψη, ότι η ικανότητα του ερευνητή να θεματικοποιεί τα δεδομένα (δημιουργώντας σχήματα νοημάτων στην έρευνα του), είναι μία απαραίτητη δεξιότητα, η οποία απαιτείται σε όλο το φάσμα των μεθόδων ποιοτικής ανάλυσης. Όπως και άλλες ποιοτικές μέθοδοι, η Θεματική Ανάλυση διευκολύνει να οργανωθεί η γνώση, σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο τα υποκείμενα κατασκευάζουν σχήματα νοήματος, του φαινομένου για το οποίο μελετώνται. Επιπρόσθετα, η Θεματική Ανάλυση, είναι μεταξύ των πλέον συστηματικών και διαυγέστατων μορφών καταγραφής και αξιολόγησης τέτοιου είδους εργασιών, διότι από τη μία πλευρά υπογραμμίζει τη σημαντικότητα της εξέχουσας θέσης και πρωτοκαθεδρίας των Θεμάτων και από την άλλη επιχειρεί μία ανάλυση σε βάθος. Με αυτόν τον τρόπο, η Θεματική Ανάλυση όχι μόνο διαμορφώνει έμμεσα μια βάση για τις υπόλοιπες ποιοτικές αναλυτικές επεξεργασίες, αλλά επιχειρεί να παράξει μια συστηματική και διαυγή μορφή τους, προσθέτοντας αναλυτικές περιγραφές των εν εξελίξει φαινομένων.

Η Θεματική Ανάλυση έχει αναγνωριστεί σχετικά πρόσφατα ως μια αυτόνομη μέθοδος. Στο παρελθόν χρησιμοποιήθηκε ευρέως από την Ψυχολογία, αλλά συχνά χωρίς να κατονομάζεται ή να αναγνωρίζεται ως στέρεα μεθοδολογική προσέγγιση, με συνέπεια οι διακριτές και οριοθετικές γραμμές της, να καταστρατηγούνται κατά περίπτωση (Boyatzis, 1998).

Για να διεξαχθεί σωστά μια Θεματική Ανάλυση, θα πρέπει να καθοριστεί τι θα αποτελέσει την ελάχιστη μονάδα Θέματος, και των Κωδικών που το αποτελούν, στην συγκεκριμένη ανάλυση. Στην παρούσα διατριβή το Θέμα ορίζεται από μια ευέλικτη προσέγγιση, η οποία στηρίχθηκε στην τακτική της δημιουργίας επιμέρους Θεμάτων

πάνω στα βασικά Θέματα, ως ανάδειξη ποιοτικά διαφορετικών πτυχών του κάθε Θέματος, και όχι μόνον από την συχνότητα της παρουσίας των συστατικών στοιχείων τους (κωδικοί) στο κάθε Θέμα (Κατσίκης, 2013).

Μια σημαντική οριοθετική γραμμή, ως προς την δόμηση και κατασκευή ενός Θέματος, είναι η καταγωγικές ρίζες του Θέματος. Δηλαδή, εάν ένα Θέμα έχει δομηθεί αντλώντας στοιχεία από μία ήδη υπάρχουσα θεωρητική βάση, την οποία ο ερευνητής εφαρμόζει στο υλικό του, ή εάν τα ανεπεξέργαστα δεδομένα της έρευνας (τα οποία συλλέχθηκαν άνευ θεωρητικό φίλτρου ή προσέγγισης), χρησιμοποιούνται για την κατασκευή του Θέματος. Έτσι, η πρώτη προσέγγιση είναι καθοδηγούμενη από τη θεωρία, και βασίζεται στην φιλοσοφικής έννοια της αναγωγικής μεθόδου (deductive method), ενώ η δεύτερη προσέγγιση είναι καθοδηγούμενη από τα δεδομένα, και αναλογεί σε μια επαγωγική μέθοδο (inductive method).

Στο σημείο αυτό, ο ερευνητής καλείται να καθορίσει με κάποιο τρόπο, ποια προσέγγιση θα ακολουθήσει. Παρόλο που η πρώτη προσέγγιση, δηλαδή η δημιουργία Θεμάτων από τη θεωρία, επιτρέπει στον ερευνητή να επιβεβαιώσει, να αναπαράξει, να επεκτείνει ή και να διαψεύσει υπάρχουσες μελέτες, δεν αποτελεί από μόνη της κάποιο ιδιαίτερο κίνητρο για την διεξαγωγή μίας ποιοτικής αναλυτικής εργασίας, εκτός εάν ο ερευνητής δεν επιδιώκει να αντλήσει τα Θέματα του, από το φυσικώς εξελισσόμενο φαινόμενο που μελετά (Boygiatzis, 1998). Στην πράξη, και οι δύο προσεγγίσεις συμπλέουν συνήθως αρμονικά: άλλοτε προσεγγίζονται τα δεδομένα με συγκεκριμένες προκατασκευασμένες κατηγορίες νοημάτων, οι οποίες έχουν υιοθετηθεί από τη θεωρητική βάση του ερευνητή, και άλλοτε ο ερευνητής παραμένει ανοιχτός σε νέες συλλήψεις κατηγοριών νοημάτων, που μπορεί να εμφανιστούν στα δυναμικά εξελισσόμενα φαινόμενα της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Σε αυτή την δεύτερη περίπτωση, η στάση του ερευνητή είναι σαφώς ενεργητικότερη: σταχυολογεί, εμβαθύνει και ερμηνεύει το σώμα των δεδομένων διακρίνοντας κατηγορίες νοημάτων που εκπηγάζουν από την κλινική εμπειρία και ικανότητά του. Οι Braun & Clarke (2006, 2012), υποστηρίζουν ότι η Θεματική Ανάλυση διαθέτει μεγάλα περιθώρια ευελιξίας και συνεπώς μπορεί να αξιοποιηθεί τόσο με αναγωγικό όσο και με επαγωγικό τρόπο.

Άλλωστε, η Θεματική Ανάλυση διεξάγεται με σκοπό την ανακάλυψη νέων πλαισίων γνώσης, τα οποία εν δυνάμει ανασυστήνουν τις γνώσεις για το επιστημονικό τοπίο που μελετάται, προσδοκώντας μία νέα ματιά-ανάγνωση στο ήδη υπάρχον υλικό, το οποίο όντως είναι εκεί, αλλά ουδέποτε πριν δόθηκε η ευκαιρία να σπουδαιοποιηθεί

και να σταχυολογηθεί. Για αυτό το λόγο, στην παρούσα διατριβή, η επαγωγική και απαγωγική μεθοδολογία χρησιμοποιήθηκαν συμπληρωματικά, για την ανάδειξη των Θεμάτων.

Μια άλλη απόφαση που χρειάζεται να ληφθεί είναι το επίπεδο εντοπισμού των Θεμάτων. Τα Θέματα, είναι σχήματα δόμησης, τόσο σαφούς, δηλωτικού, όσο και υποκρυπτόμενου, μη δηλωτικού περιεχομένου. Στην πρώτη περίπτωση, τα Θέματα προκύπτουν από σαφή νοήματα περιγραφικού τύπου των δεδομένων, οπότε ο ερευνητής δεν αναζητά κάτι πέραν των όσων έχουν γραφτεί ή αναφερθεί. Στην δεύτερη περίπτωση, ο ερευνητής αποδίδει επιπλέον νοήματα και προεκτάσεις στα δεδομένα, επιχειρώντας μέσω της αφαιρετικής του ικανότητας να φθάσει ακόμα και σε σημείο θεωρητικοποίησής τους. Η Θεματική Ανάλυση τείνει να τροφοδοτείται και από τους δύο τύπους προσέγγισης του περιεχομένου. Για παράδειγμα, ένας ερευνητής μπορεί να δομήσει μία ομάδα Θεμάτων η οποία βασίζεται στο δηλωτικό περιεχόμενο, η οποία όμως μπορεί να οδηγήσει σε μια μετέπειτα κατασκευή μη δηλωτικών, περισσότερο αφαιρετικών νοημάτων. Τα συμπεράσματα από τα αφαιρετικά νοήματα, που στηρίζονται στα δηλωτικά, χρειάζονται προφανώς μία περαιτέρω ερμηνευτική επεξεργασία από τον ερευνητή (Joffe & Yardley, 2004). Στην παρούσα διατριβή, χρησιμοποιήθηκε αμοιβαία και συμπληρωματικά και η δηλωτικού και η λανθάνοντος περιεχομένου μεθοδολογία για την δόμηση των θεμάτων.

Συνοψίζοντας, η Θεματική Ανάλυση κρίθηκε ως η πιο κατάλληλη επιλογή μεθοδολογίας, μιας και ο σκοπός της παρούσας διατριβής δεν ήταν η παράγωγή νέας θεωρητικής γνώσης αλλά η ανάδυση σημαντικών περιοχών ενδιαφέροντος (Θέματα), οι οποίες εισαγάγουν νέες οπτικές στα ήδη υπάρχοντα κλινικά φαινόμενα. Επίσης εμπλουτίζουν την επιστημονική εργαλειοθήκη ως προς την ερευνητική δραστηριότητα.

Υπάρχει μία σοβαρή έλλειψη δημοσιευμένων κατευθυντήριων οδηγιών ως προς τη διεξαγωγή της Θεματικής Ανάλυσης, με αποτέλεσμα οι δημοσιευμένες μελέτες συχνά να στερούνται ξεκάθαρων κατασκευαστικών χαρακτηριστικών (προδιαγραφών) της τεχνικής. Παρόλα αυτά, υπάρχουν χρήσιμα εγχειρίδια κατευθυντήριων οδηγιών στα οποία και βασίστηκε η παρούσα διατριβή. Από αυτά επιλέχθηκαν των Brown και Clarke (2006), και Joffe (2008).

Συλλογή δεδομένων

Δείγμα.

Επιλογή δείγματος. Στα πλαίσια του σχεδιασμού της ομάδας, ένα θέμα που απασχολεί τον ερευνητή είναι η επιλογή των συμμετεχόντων και η σύνθεση της ομάδας. Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε η σκόπιμη μέθοδος δειγματοληψίας. Στη σκόπιμη δειγματοληψία, τα άτομα επιλέγονται επειδή «ο ερευνητής κρίνει ότι είναι τα σημαντικότερα, ή τα σχετικότερα, με το θέμα που διερευνά» (Σταλίκας, 2005, σ. 247). Η επιλογή των συμμετεχόντων γίνεται με βάση την ομοιογένεια και τον βαθμό εκπροσώπησης τους, στο υπό εξέταση φαινόμενο, ώστε να αναδειχθούν οι βασικές διαστάσεις του (Rennie et al., 1988). Η επιλογή των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα, έγινε βάσει του ιατρικού ιστορικού τους ως καρδιοπαθείς, συγκεκριμένα μετεμφραγματίες, και κατόπιν αξιολόγησής τους, βάσει του ερωτηματολογίου DS14, ώστε να πληρούν τα κριτήρια της Προσωπικότητας τύπου D. Η επιλογή διενεργήθηκε στο Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, όπου εργαζόμουν ως κλινικός ψυχολόγος εκείνη την περίοδο. Όταν κατέληξα στο θέμα της διατριβής μου, ζήτησα την συνεργασία των ιατρών της καρδιολογικής κλινικής του νοσοκομείου, οι οποίοι με χαρά ανταποκρίθηκαν. Ξεκίνησα να βλέπω καρδιολογικούς ασθενείς σε ατομικές συνεδρίες για αρκετό χρονικό διάστημα, προσανατολιζόμενος προς την υποκατηγορία εκείνων, με Προσωπικότητα Τύπου D. Με την εμπειρία μου, αλλά και την ενδελεχή μελέτη των χαρακτηριστικών στοιχείων της εν λόγω προσωπικότητας, άρχισα να διακρίνω κάποιους ασθενείς που πιθανολογούσα ότι μπορεί να ανήκουν στην συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία. Άρχισα τότε να τους χορηγώ ερωτηματολόγια DS14. Από αυτή τη διαδικασία προέκυψαν επτά ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D. Μίλησα σε όλους για την παρέμβαση που θα επιχειρούσα, εξηγώντας τους με κάθε λεπτομέρεια την όλη την διαδικασία, αλλά και τα οφέλη που οι ίδιοι θα αποκόμιζαν από μια ομαδική ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Σκοπός μου, όπως θα εξηγήσω πιο κάτω, ήταν μια ολιγομελής τετραμελής ή πενταμελής ομάδα. Τρεις εξ αυτών, δήλωσαν ότι δεν θα μπορούσαν να δεσμευτούν χρονικά, ενώ ένας δήλωσε ότι θα προτιμούσε να συνεχίσει με ατομικές συνεδρίες. Οι υπόλοιποι τρεις ήταν σύμφωνοι. Αφού τους δόθηκε λεπτομερής ενημέρωση, για την διαδικασία της έρευνας και της συμμετοχής τους, στην συνέχεια τους ζητήθηκε η γραπτή ενήμερη συγκατάθεση τους (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι). Σχετικά με τα τεχνικά χαρακτηριστικά της παρέμβασης, θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθεί, η προτίμηση της επιλογής ολιγομελούς ομάδας ασθενών. Το μέγεθος του δείγματος θεωρήθηκε επαρκές, με δεδομένα τα

χαρακτηριολογικά γνωρίσματα της Προσωπικότητα Τύπου D. Κρίθηκε εκ της εμπειρίας μου ως ομαδικός ψυχοθεραπευτής, ότι μια πολυμελής ομάδα, θα ήταν εκρηκτική και διαλυτική. Ως αποτέλεσμα αυτού, πιθανόν να υπήρχαν διάσπαρτες διακοπές (drop out), μη συμμόρφωση στην θεραπεία (treatment adherence), ή ακόμα και αρνητικές θεραπευτικές αντιδράσεις κλινικά μη διαχειρίσιμες. Κρίνεται λοιπόν σκόπιμο, η σύσταση, το μέγεθος της ομάδας και φυσικά οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις του θεραπευτή, να καθοδηγούνται από μια ήπια και σταθερή προσέγγιση ώστε να μπορεί να επιτευχθεί το βέλτιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα για τον ασθενή.

Οι συμμετέχοντες. Οι συμμετέχοντες στην ομάδα ήταν τρεις, όλοι Έλληνες, κάτοικοι Αττικής, άντρες, ηλικίας 40, 41 και 53 ετών. Οι δύο εξ αυτών ήταν παντρεμένοι και ο ένας διαζευγμένος. Και οι τρεις συμμετέχοντες είχαν παιδιά. Επαγγελματικά, ανήκαν στο δυναμικό του Πολεμικού Ναυτικού, και υπηρετούσαν σε διαφορετικές θέσεις, δύο εξ αυτών ήταν αξιωματικοί και ένας υπαξιωματικός. Δεν είχαν πρότερη γνωριμία μεταξύ τους. Ένας εκ των συμμετεχόντων είχε πρόσφατα αποστρατευθεί. Ως προς το ιατρικό τους ιστορικό και οι τρεις είχαν διαγνωσθεί με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, από το οποίο είχε παρέλθει διάστημα μεγαλύτερο του τριμήνου. Ειδικότερα, και για τους τρεις ήταν το πρώτο καρδιακό επεισόδιο, δεν υπήρξε επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, ήταν υπερτασικοί υπό καρδιολογική φαρμακευτική αγωγή. Οι δύο εξ αυτών ήταν καπνιστές, και ο τρίτος πρώην καπνιστής. Δύο εξ αυτών ήταν διαβητικοί υπό φαρμακευτική αγωγή. Επίσης, δύο ήταν υπό αγχολυτική αγωγή. Δεν εμφανίζεται στα στοιχεία του ιατρικού τους φακέλου, εάν υπήρχε καρδιολογικό οικογενειακό ιστορικό. Πριν την είσοδο τους στην ψυχοθεραπευτική ομάδα, τους χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο DS14 για την αξιολόγηση τους ως Προσωπικότητες Τύπου D. Υπενθυμίζεται ότι οι δύο άξονες με τους οποίους ορίζεται η Προσωπικότητα Τύπου D, είναι η Κοινωνική Αναστολή και η Αρνητική Συναισθηματικότητα. Οι τιμές στους δύο άξονες πρέπει ταυτόχρονα να υπερβαίνουν την διαχωριστική τιμή (cut off $\geq$ 10), ώστε το υποκείμενο να χαρακτηριστεί ως Προσωπικότητα Τύπου D. Ακολουθεί ο Πίνακας 4 με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 4. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων-καρδιοπαθών στην ψυχοθεραπευτική ομάδα, και δεικτών προσωπικότητας DS14 κατά την εισαγωγή τους

Ψευδώνυμο	Ηλικία	Εκπαίδευση	Οικογενειακή κατάσταση	Ιατρική διάγνωση	Εκτίμηση κατά DS14
Φ	41	Τεχνική Σχολή	Διεξευγμένος 2 παιδιά	Έμφραγμα μυοκαρδίου	Κοινωνική Αναστολή 18 Αρνητική Συναισθηματικότητα 24
A	40	Ανώτερη Ναυτική	Έγγαμος 1 παιδί	Έμφραγμα μυοκαρδίου	Κοινωνική Αναστολή 13 Αρνητική Συναισθηματικότητα 20
T	53	Ανώτερη Ναυτική	Έγγαμος 2 παιδιά	Έμφραγμα μυοκαρδίου	Κοινωνική Αναστολή 13 Αρνητική Συναισθηματικότητα 21

Τα ερευνητικά εργαλεία. Στην παρούσα διατριβή επιχειρήθηκε μια αμιγώς ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, ομαδικοαναλυτικού τύπου. Συνεπώς το κύριο θεραπευτικό εργαλείο της παρέμβασης, ήταν η ίδια η ομάδα. Η προσέγγιση ήταν ορισμένου χρόνου (time-limited psychotherapy), δηλαδή οι συμμετέχοντες γνώριζαν εξ αρχής το χρονικό πλαίσιο της ομάδας. Οι συναντήσεις λάμβαναν χώρα, σε συγκεκριμένο τόπο και χρόνο, σε εξωνοσοκομειακή βάση. Πιο συγκεκριμένα, τόπος διεξαγωγής της ψυχοθεραπευτικής ομάδας ήταν το Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, η διάρκεια του εγχειρήματος ήταν ένα ακαδημαϊκό έτος (27 συνεδρίες) και η διάρκεια της κάθε συνεδρίας μιάμιση ώρα εβδομαδιαίως, σε σταθερή μέρα και ώρα (Τετάρτη, 10:00-11:30 π.μ.).

Η σύνθεση της ομάδας ήταν τετραμελής αποτελούνταν δηλαδή από τους τρεις συμμετέχοντες και τον θεραπευτή. Στην παρούσα έρευνα, ο θεραπευτής (συντονιστής) της ομάδας ήταν ο ίδιος ο ερευνητής, ο οποίος συμμετείχε ως ενεργό μέλος της διαδικασίας, στον κύκλο της ομάδας, με ειλικρινή και αυθεντική στάση. Το ασφαλές θεραπευτικό πλαίσιο της ομάδας βοήθησε να αναπτυχθεί κλίμα εμπιστοσύνης ώστε οι

καρδιοπαθείς να ανοιχθούν, να μοιραστούν, να αποκτήσουν μεγαλύτερη επίγνωση εαυτού και καλύτερη διαχείριση συναισθημάτων. Θέματα που συζητήθηκαν στην ομαδική διεργασία ήταν σαφώς το καρδιακό επεισόδιο και η απειλή της σωματικής ακεραιότητάς τους, τα αισθήματα αδιεξόδου και αβοηθητότητας, η ανάγκη αναγνώρισης και αποδοχής, καθώς επίσης η δυσκολία στη συναισθηματική πρόσβαση. Τα μέλη της ομάδας επεξεργάστηκαν ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών διακυμάνσεων, εξέφρασαν την ευαλωτότητα τους σε ψυχοπιεστικά γεγονότα, την δυσκολία σύναψης και διατήρησης ουσιαστικών σχέσεων στο οικογενειακό περιβάλλον. Επίσης, συζητήθηκε εκτενώς η δυσκολία τους με μορφές εξουσίας και η συνεχής ενασχόλησή τους με άξονα την επικυριαρχία/υποταγή.

Σημειώνεται ότι διατηρήθηκε παρουσιολόγιο καθόλη την διάρκεια της παρέμβασης, όπου καταγραφόταν αν και ποιο μέλος της ομάδας απουσίαζε σε κάποια συγκεκριμένη ομαδική συνεδρία (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II). Τέλος, αναφέρεται ότι κρατούνταν σημειώσεις μετά το πέρας της κάθε συνεδρίας, οι οποίες περιελάμβαναν μια μικρή περίληψη των λεχθέντων, καθώς και σκέψεις-παρατηρήσεις για την διαδικασία της κάθε συνεδρίας (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III).

Ένα δεύτερο ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν η Κλίμακα Τύπου D (DS14) που αναπτύχθηκε από τον Denollet (2005). Δόθηκε πριν την έναρξη της παρέμβασης, δηλαδή πριν ξεκινήσει η πρώτη ομαδική συνεδρία, ώστε να γίνει η εκτίμηση της ταυτοποίησης των συμμετεχόντων καρδιοπαθών, ότι πληρούν τα κριτήρια της αξιολόγησης, ως Προσωπικότητες Τύπου D. Η χορήγηση της κλίμακας επαναλήφθηκε, στην μεσαία χρονικά φάση της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, δηλαδή στην 14^η συνεδρία ή αλλιώς μετά 3 ½ μήνες, καθώς επίσης και στην τελευταία συνεδρία, δηλαδή της 27^η συνεδρία αμέσως μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης. Χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση της Κλίμακας DS14 (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI), η οποία έχει σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό, από τους Tziallas, Kostapanos, Skapinakis, Milionis, Athanasiou, Elisaf και Mavreas (2011), κατόπιν άδειας χρήσης και χορήγησής της από τον κ. Σκαπινάκη, Καθηγητή Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από δύο υποκλίμακες, Κοινωνική Αναστολή και Αρνητική Συναισθηματικότητα, με επτά στοιχεία για την καθεμία. Ο εξεταζόμενος απαντά σε μια κλίμακα Likert πέντε σημείων, εύρους από 0 (λάθος) έως 4 (σωστό). Μία σταθμισμένη διαχωριστική τιμή (cut-off) ≥ 10 και στις δύο υποκλίμακες χρησιμοποιείται για να κατηγοριοποιήσει τον εξεταζόμενο ως Προσωπικότητα Τύπου

D. Μελέτες έχουν επιβεβαιώσει ότι η αλληλεπίδραση των δύο υποκλιμάκων, και όχι η κάθε μια από μόνη της, σχετίζεται με αυξημένη επικινδυνότητα για αρνητική έκβαση στην κατάσταση της υγείας τους (Denollet, Pedersen & Ong, 2006). Οι ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας, ως προς την εσωτερική συνοχή συνολικά είναι πολύ καλές, με τιμή δείκτη Cronbach's alpha στο 0.86. Η τιμή Cronbach's alpha και για τις δύο υποκλίμακες ήταν 0.79 και 0.81 για την Κοινωνική Αναστολή και την Αρνητική Συναισθηματικότητα αντίστοιχα. Οι συνολικές συσχετίσεις μεταξύ των στοιχείων της κλίμακας ήταν στο εύρος 0.44-0.77 για την υποκλίμακα που αφορά στην Κοινωνική Αναστολή, και 0.51-0.79 για την υποκλίμακα που αφορά στην Αρνητική Συναισθηματικότητα. Οι εν λόγω τιμές για την ελληνική έκδοση της DS14 είναι αντίστοιχες με εκείνες που αναφέρθηκαν από τον Denollet (2005, 2010) στην αυθεντική στάθμιση της Κλίμακας DS14 σε ολλανδικό δείγμα.

Διαδικασία συλλογής δεδομένων. Ο χρόνος συλλογής δεδομένων ήταν από 9 Ιανουαρίου 2013 έως και 31 Ιουλίου 2013, όσο δηλαδή διήρκησε η ομαδική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση. Η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω της απομαγνητοφώνησης των συνεδρίων. Όλες οι συνεδρίες μαγνητοφωνήθηκαν και μεταφερθήκαν ως ψηφιακά αρχεία, στον υπολογιστή του ερευνητή. Η απομαγνητοφώνηση έγινε από τον ίδιο τον ερευνητή. Σε όλα τα έντυπα αντίγραφα το απομαγνητοφωνημένου κειμένου, δεν υπήρχαν ονόματα ή άλλα στοιχεία, που θα μπορούσαν να προδώσουν την ταυτότητα τους. Τα υπογεγραμμένα έντυπα ενήμερης συγκατάθεσης, βρίσκονται σε φάκελο αποθηκευμένο, ξέχωρα από τα υπόλοιπα στοιχεία της έρευνας. Τα ψηφιακά αρχεία θα καταστραφούν πέντε χρόνια μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

Διαδικασία ανάλυσης δεδομένων. Η ανάλυση των δεδομένων στην παρούσα διατριβή, πραγματοποιήθηκε με τις συστηματικές διαδικασίες της μεθοδολογίας της Θεματικής Ανάλυσης, έτσι όπως αναπτύσσεται τεχνικά κατά την διενέργεια μίας ποιοτικής ανάλυσης. Ακολουθήθηκαν τα έξι βασικά βήματα που προτείνουν οι Braun και Clarke (2006), τα οποία ωστόσο δεν προϋποθέτουν γραμμική πορεία, όσο μια κυκλικότητα, η οποία να χαρακτηρίζεται και από συστηματικότητα και από ευελιξία και να είναι αλληλένδετη με άλλες διαδικασίες στο πλαίσιο του σχεδιασμού. Παρακάτω αναφέρονται τα έξι στάδια συνοπτικά και ακολουθεί η ανάλυση τους. Τα έξι στάδια της Θεματικής Ανάλυσης:

1. Εξοικείωση με τα δεδομένα
2. Δημιουργία αρχικών κωδικών

3. Αναζήτηση Θεμάτων βάσει των αρχικών κωδικών
4. Αναθεώρηση των Θεμάτων βάσει των αρχικών κωδικών
5. Ορισμός και ονομασία των Θεμάτων
6. Συγγραφή της ερευνητικής αναφοράς

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν αναλυτικά αυτά τα στάδια επεξεργασίας των δεδομένων.

Εξοικείωση με τα δεδομένα. Αυτό το στάδιο, αναφέρεται στην σχέση εξοικείωσης που οφείλει να αναπτύξει ο ερευνητής με τα δεδομένα της έρευνας του. Ο ερευνητής, είναι συνήθως (όχι πάντα απαραίτητα, αλλά στην πλειονότητα των αναλύσεων που άπτονται της Θεματικής Ανάλυσης), ενεργά συμμετέχων κατά την διαδικασία συλλογής των δεδομένων, είτε πρόκειται για συνεντεύξεις είτε για συνεδρίες ή focus group, σε ρόλους συνεντευκτή ή θεραπευτή/συντονιστή αντίστοιχα. Η εξοικείωση με τα δεδομένα, συνεχίζεται επίσης κατά την διαδικασία απομαγνητοφώνησης των συνομιλιών, μεταξύ ερευνητή και συμμετεχόντων. Η επαναληπτική ανάγνωση του κειμενικού υλικού που προκύπτει από την απομαγνητοφώνηση, είναι και κρίνεται απαραίτητη, ώστε ο ερευνητής να εμβαπτισθεί στο μοναδικό υλικό του, το οποίο και επί της ουσίας είναι τα δεδομένα της έρευνας του. Βέβαια, υπάρχουν ερευνητές, που συμπληρωματικά χρησιμοποιούν και άλλα δεδομένα ποιοτικών ή ποσοτικών παραμέτρων. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε παράλληλα το ερωτηματολόγιο DS14. Σημειώνεται, ότι η απομαγνητοφώνηση του ηχητικού υλικού μετατρέποντας το σε κειμενικό, γίνεται αυτολεξεί, όπως ένας πρακτικογράφος ή γραμματέας καταγράφει επ' ακριβώς το τι έχει ειπωθεί και από ποιόν. Κατά τον ίδιο τρόπο, υλοποιείται η καταγραφή των δεδομένων, προσθέτοντας μια μορφή αριθμοποίησης που επιλέγεται να είναι ευανάγνωστη και εύχρηστη, ώστε να παραπέμπει το κειμενικό απόσπασμα, στο πότε και από ποιόν ειπώθηκε. Αν ορισμένα σημεία της απομαγνητοφωνημένης ομιλίας δεν είναι ευκρινή ή ευήκοα, τότε σημειώνεται το εν λόγω απόσπασμα, ως «δυσνόητο» ή «μη ακροάσιμο». Επίσης, συμβαίνει να συναντώνται τυχαίες επικαλύψεις ομιλιών μεταξύ των συμμετεχόντων, οι οποίες και αναφέρονται ως «επικαλύψεις» στο κειμενικό υλικό. Η βάσανος και η συστηματικότητα που απαιτείται για την απομαγνητοφώνηση ενός ηχητικού υλικού συνεντεύξεων ή θεραπευτικών συνεδριών έχει χαρακτηριστεί ως μια άχαρη και ψυχαναγκαστική διαδικασία. Ίσως να αληθεύει κάτι τέτοιο για μία τυπική απομαγνητοφώνηση. Ωστόσο, στην περίπτωση της Θεματικής Ανάλυσης, η απομαγνητοφώνηση είναι η πρώτη -σχεδόν βιωματική-

σχέση του ερευνητή με το υλικό και τα δεδομένα του, τα οποία και θα τον καθοδηγήσουν στην εξέταση των ερευνητικών υποθέσεων. Άνευ αυτής της διαδικασίας, ο ερευνητής ίσως να ανέπτυσσε μια σχετικά «μηχανιστική» και αποστασιοποιημένα απόμακρη σχέση με τα δεδομένα του. Αρκετοί ερευνητές στο χώρο της Θεματικής Ανάλυσης, προτιμούν την αναφερθείσα μορφή απομαγνητοφώνησης συγκριτικά με την αυτοματοποιημένη εκδοχή της (computerized thematic analysis). Αυτό συμβαίνει γιατί, σύμφωνα με την Κασσέρη (2014) και τους Κόμη και Εργαζάκη (2010), υπάρχουν μειονεκτήματα στην χρήση λογισμικών προγραμμάτων στην ποιοτική έρευνα, όπως ο χρόνος εξοικείωσης, η επιβολή συγκεκριμένων προσεγγίσεων στην ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων και κυρίως ότι τελικά δεν κάνουν τα ίδια τα προγράμματα την ανάλυση και την ερμηνεία, απλώς την υποβοηθούν.

Στην παρούσα έρευνα, επέλεξα να κάνω ο ίδιος την απομαγνητοφώνηση και στη συνέχεια προσπάθησα, ακολουθώντας τις οδηγίες και έχοντας διαβάσει και ξαναδιαβάσει επαναληπτικά όλο το σώμα του απομαγνητοφωνημένου κειμένου, να έρθω σε μια πιο αναλυτική επαφή με τα δεδομένα μου, μιας και η αρχική μου επαφή είχε ήδη συντελεστεί κατά την διάρκεια της ψυχοθεραπευτικής ομάδας στην οποία ήμουν θεραπευτής. Με την επαναληπτική ανάγνωση του κειμένου, άρχισε να μορφοποιείται στο μυαλό μου το ερώτημα του «τι συμβαίνει σε αυτή την συνεδρία;». Σε αυτή τη φάση, διαβάζοντας το κείμενο, προσπάθησα να σημειώνω ιδέες, λέξεις και σκέψεις, οι οποίες άρχισαν να με προσανατολίζουν σε κάποιες περιοχές ενδιαφέροντος (core areas of interest) ή σε κάποια μορφή «προ-κωδικοποίησης». Στην συνέχεια και με την βοήθεια του επόπτη μου, κατέληξα στις παρακάτω περιοχές ενδιαφέροντος, οι οποίες προφανώς μετέπειτα επηρέασαν και την πορεία ανάδειξης των κωδικών αλλά και των θεμάτων. Αυτές ήταν: 1. Αίσθημα απειλής (καρδιολογικού επεισοδίου και ιατρικής κατάστασης), 2. Οργή-επιθετικότητα-φαντασιώσεις καταστροφής, 3. Πικρία-δυσθυμία-παθητική εκδήλωση θυμού, 4. Εξουθένωση-συναισθηματική κόπωση, αίσθημα αδιεξόδου, αβοηθητότητα, 5. Ανάγκη αναγνώρισης, θερμής αποδοχής και υποστήριξης-ανταπόκρισης, 6. Δυσκολία στη συναισθηματική πρόσβαση. Φυλλορροούν σε γενικότητες («χρήσιμο, θετικό, δίκαιο») αποφεύγοντας να κατονομάσουν την προσωπική τους συναισθηματική ενόχληση, 7. Έντονη, κομβική, παρεισφρητική, αξονική παρουσία-απουσία γονεϊκών φιγούρων κυμαινόμενη από απόλυτη αποδοχή ή απόλυτη απογοήτευση-ματαίωση, 8. Ευαλωτότητα, 9. Έλλειψη συμβολικού σκέπτεσθαι και εκτροπή στην εκδραμάτιση,

10. Δυσκολία με μορφές εξουσίας-συνεχής ενασχόληση με την επικυριαρχία-υποταγή (dominance), 11. Σεξουαλικότητα-καρδιολογικό επεισόδιο ως τραυματικό γεγονός, 12. Συναισθηματική θετικότητα και θετικά συναισθήματα στη διάρκεια των συνεδρίων, και τέλος 13. Ψυχαναγκαστική επανάληψη «δήθεν» παραγωγικής συμπεριφοράς («χρήσιμης προς το κοινωνικό καλό» με όρους αφηρημένους)

Είναι σκόπιμο στο σημείο αυτό να αναφερθεί, ότι για τους στόχους της παρούσας διατριβής, χρησιμοποιήθηκε μια ομαδική ψυχοθεραπευτική προσέγγιση με μέλη καρδιοπαθείς, με Προσωπικότητα Τύπου D. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε η θεωρητική βάση της προσωπικότητας τύπου D, όπως αναπτύχθηκε εκτενώς στο Κεφάλαιο της Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης.

Κλείνοντας, και αφού μελέτησα όλες τις απομαγνητοφωνημένες συνεδρίες, κατέληξα στην απόφαση, σε συνεννόηση με τον επόπτη Καθηγητή μου, να χρησιμοποιήσω αρχικά για την κωδικοποίηση, όπως και για όλο το εύρος της περαιτέρω ανάλυσης, δύο απομαγνητοφωνημένες συνεδρίες από την αρχική, δύο από την μεσαία, και δύο από την τελική φάση της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας.

Συγκεκριμένα από τις είκοσι επτά συνεδρίες που έγιναν, επέλεξα την δεύτερη και πέμπτη, ως αρχικές, την δέκατη ένατη και εικοστή, ως μεσαίες και την εικοστή τέταρτη και εικοστή έβδομη, ως τελικές. Έκρινα ότι οι συγκεκριμένες συνεδρίες ήταν αντιπροσωπευτικές της συνολικής ψυχοθεραπευτικής πορείας και επιπλέον ήταν πλούσιες σε κλινικό υλικό προς ανάλυση. Ο λόγος της παρούσας επιλογής ήταν, ότι μια εις βάθος ανάλυση σε ένα τεράστιο όγκο δεδομένων, δεν θα ήταν εφικτή ή στην καλύτερη περίπτωση, δεν θα μπορούσε με τρόπο αποτελεσματικό να διαχειριστεί και να παράξει σχετικά ολοκληρωμένα και εύληπτα ευρήματα.

Δημιουργία αρχικών κωδικών. Σε αυτό το στάδιο, επιχειρείται από τον ερευνητή μια γραμμή-προς-γραμμή κωδικοποίηση του κειμενικού υλικού που προέκυψε από την απομαγνητοφώνηση του ηχητικού υλικού. Εδώ, δίνοντας κωδικούς στο κείμενο, ο ερευνητής θα βοηθηθεί ουσιαστικά, όπως φαίνεται αμέσως μετά, να προχωρήσει σε λεπτομερή ανάλυση των δεδομένων του. Στοχεύει αρχικά, οι κωδικοί να είναι σχετικά αφαιρετικοί ως έννοιες, διότι συλλαμβάνοντας και περιέχοντας με τρόπο αφαιρετικό το τι συμβαίνει, αφήνουν στην πορεία της ανάλυσης επαρκή χώρο, να προσδιοριστεί το ουσιώδες και στην συνέχεια να δημιουργηθούν τα Θέματα, τα οποία σε πρώτη ανάγνωση, δύσκολα θα αναδεικνύονταν αν ακολουθούνταν μια στεγνή και πραγματολογική προσέγγιση κωδικοποίησης. Ωστόσο, το χαρακτηριστικό της αφαιρετικότητας των κωδικών που χρησιμοποιούνται, θα πρέπει να διέπεται και

να εστιάζει σε σημεία ενδιαφέροντος τα οποία κρίνονται σημαντικά και άξια προσοχής, κατά την κρίση του ερευνητή, και προφανώς οπωσδήποτε σχετικά, με τα ερευνητικά ερωτήματα.

Η καταγραφή των αρχικών κωδικών, απαιτεί μια ορισμένη πρακτική εξάσκηση από την πλευρά του ερευνητή. Ειδικοί στη μέθοδο της Θεματικής Ανάλυσης, emphatic προτείνουν ως ιδιαίτερα βοηθητική, την εξάσκηση σε ένα μικρό μέρος του σώματος του κειμένου, πριν προχωρήσουν στο συνολικό. Κατά την ανωτέρω σύσταση ξεκίνησα την αρχική μου κωδικοποίηση στο μισό μέρος της πρώτης συνεδρίας.

Ο αρχικός κωδικός δημιουργείται για να «αιχμαλωτίσει» την ουσία του τι συμβαίνει. Συνιστάται, για να μην υπάρξει καταπόνηση σε ατέρμονες προσπάθειες να «βγουν κάποιοι κωδικοί» εκεί που ενδεχομένως δεν υπάρχουν, να καταγράψει στο περιθώριο των σημειώσεων του κάποιες λέξεις από το απόσπασμα του κειμένου κατονομάζοντάς τις, με μία ή δυο λέξεις, οι όποιες πιθανά να χρησιμοποιηθούν αργότερα για την δημιουργία κωδικού (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI).

Όπως ήδη αναφέρθηκε στην εισαγωγή για την Θεματική Ανάλυση, οι αρχικοί κωδικοί δεν θα μπορούσαν να διαφύγουν της όποιας θεωρητικής στάσης του ερευνητή. Πράγματι, υπόκεινται στην θεωρητική του αντίληψη και εμπειρία της κλινικής πρακτικής που ασκεί, δηλαδή τον τρόπο που η επιστημονική του προσέγγιση, προσλαμβάνει τα συμβαίνοντα. Άλλες φορές θα καθοδηγηθεί η σύλληψη των αρχικών κωδικών από δεδομένα που ο ίδιος ο ερευνητής έχει συναντήσει στην βιβλιογραφία και άλλες από δεδομένα που διακρίνει ο ίδιος για πρώτη φορά και τα αξιολογεί ως σημαντικά. Σε αυτήν την τελευταία περίπτωση ο ερευνητής θεωρητικά επιβεβαιώνει ή απορρίπτει σχετικά ευρήματα αλλά και επεκτείνει συμπληρώνοντας τις διάφορες προσεγγίσεις και ευρήματα.

Στην παρούσα διατριβή, για την δόμηση των κωδικών, χρησιμοποίησα συνθετικά και την καθοδηγούμενη από τα δεδομένα προσέγγιση (data-led approach), όπου η δόμηση των αρχικών κωδικών, κατευθύνεται κυρίως από την προσεκτική ανάλυση και καταγραφή των στοιχείων που υπάρχουν μέσα στα δεδομένα του κειμένου, αλλά και την καθοδηγούμενη από τη θεωρία προσέγγιση (theory-led approach), όπου η δόμηση των αρχικών κωδικών που προτείνεται βασίζεται σε βασικά στοιχεία της θεωρίας που εφαρμόζει ο ερευνητής στην προσέγγιση του. Για παράδειγμα, η θεωρία της Προσωπικότητας Τύπου D, δίδει ιδιαίτερη έμφαση στην προσέγγιση του καρδιοπαθούς ως κλινικά καταθλιπτικού ασθενή. Έτσι, η Θεματική

Ανάλυση που ανέπτυξα βάσει αυτής της θεωρίας, προσανατολίστηκε στην ανίχνευση «καταθλιπτικών» κωδικών μέσα στο κειμενικό υλικό.

Κατά αντιστοιχία, στην παρούσα διατριβή χρησιμοποίησα κατά κύριο λόγο, την επαγωγική-αναλυτική προσέγγιση (inductive approach), όπου η δόμηση των αρχικών κωδικών, κατευθύνεται κυρίως από την καταγραφή τού τι συμβαίνει, κατά την ανάγνωση του κειμενικού υλικού, με σκοπό να αντλήσω συμπεράσματα από το μερικό στο όλον. Εδώ, το πλαίσιο κωδικοποίησης «αναδύεται» από τα δεδομένα. Σε μικρότερο βαθμό χρησιμοποίησα την απαγωγική-παραγωγική προσέγγιση (deductive approach), με σκοπό να εξάγω συμπεράσματα από το γενικό στο μερικό. Στην περίπτωση αυτή, το πλαίσιο στο οποίο βασίζεται η κωδικοποίηση, ήδη προϋπάρχει, και έτσι τα δεδομένα αναδεικνύουν τους «προκατασκευασμένους» κωδικούς.

Σε κάθε περίπτωση όμως, η βάση της παρούσας έρευνας, περιέχει τόσο επαγωγικής φύσεως κωδικούς οι οποίοι εδράζονται στο περιεχόμενο των δεδομένων, όσο και κωδικούς οι οποίοι προκύπτουν και εμπνέονται από θεωρητικές μελέτες και προσεγγίσεις παρελθουσών εργασιών που αναπόφευκτα με επηρέασαν. Άλλωστε ο ερευνητής ποτέ δεν μπορεί να αποδεσμευτεί πλήρως από τις θεωρητικές και επιστημονικές του δεσμεύσεις, ούτε τα δεδομένα αναλύονται ποτέ σε επιστημολογικό κενό (Κατσίκης, 2013).

Αναζήτηση Θεμάτων βάσει αρχικών κωδικών. Σε αυτό το στάδιο, επιχειρείται η παραγωγή των πρώτων αρχικών Θεμάτων αφού έχει ολοκληρωθεί η κωδικοποίηση του κειμενικού υλικού. Η παραγωγή των Θεμάτων, εξαρτάται από την περαιτέρω αναλυτική εργασία του ερευνητή στο υλικό του. Καταρχάς σημαίνει, αναζήτηση μοτίβων μεταξύ των κωδικών. Υπό αυτή την έννοια, τα Θέματα αρχικά, είναι προϊόντα κατηγοριοποίησης των κωδικών σε ομάδες νοήματος. Έτσι τα Θέματα, εντοπίζουν και αναγνωρίζουν μοτίβα στους αρχικούς κωδικούς. Η όλη διαδικασία, αναγνώρισης και ταυτοποίησης, μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα δευτερογενές επίπεδο ανάλυσης του κειμενικού υλικού, γεγονός το οποίο εδράζεται και απορρέει, από μια επιπλέον αφαιρετική επεξεργασία εκ μέρους του ερευνητή. Στην πράξη, είναι αδύνατον η επεξεργασία αυτή στην παρούσα φάση να αποφύγει το «εμπρός-πίσω», δηλαδή την επιστροφή και επαναστροφή-προώθηση εκ νέου, μεταξύ των σταδίων «Δημιουργία αρχικών κωδικών» και «Αναζήτηση Θεμάτων βάσει των αρχικών κωδικών». Επίσης, αποτελεί συνήθη παρατήρηση το γεγονός, πως αρχικοί κωδικοί που έχουν καταγραφεί είναι εννοιολογικά αντίθετοι ο ένας προς τον άλλο. Σε αυτή την περίπτωση και δύο κωδικοί ανήκουν στο ίδιο Θέμα. Αναφέρονται δηλαδή σε ένα

συγκεκριμένο Θέμα, παρόλο που έχουν διαφορετικό πρόσημο, αρνητικό ή θετικό, ως προς την συγκεκριμένη έννοια. Για παράδειγμα ο κωδικός C76-Καχυποψία εμπεριέχει και την έννοια της αναγνώρισης της καχυποψίας, από την πλευρά του ασθενή αλλά και την άρση της καχυποψίας, την οποία συναντούμε προς τις τελευταίες συνεδρίες.

Αναθεώρηση των Θεμάτων βάσει των αρχικών κωδικών. Η Θεματική Ανάλυση σε αυτή την φάση επεξεργασίας των δεδομένων, όπως και κάθε ποιοτική ανάλυση, είναι μια προσέγγιση χαρακτηριζόμενη ως διερευνητική, ανιχνευτική, προκαταρκτική και εν τέλει δοκιμαστική. Σε αυτό το στάδιο, ο ερευνητής ανασκοπεί τα Θέματα που έχουν προκύψει από τη μέχρι τώρα αναλυτική επεξεργασία. Μπορεί να μην έχουν οριστεί πλήρως τα Θέματα ή ακόμη να μην είναι ιδιαίτερα ξεκάθαρα, σίγουρα όμως έχουν δημιουργηθεί οι πρώτες θεματικές ομάδες. Είναι απαραίτητο, τότε, να εξεταστούν ξανά τα πιθανά Θέματα έναντι του αρχικού κειμενικού υλικού. Κάποια από αυτά μπορεί να μην πληρούν τα κριτήρια για να συμπεριληφθούν παραδείγματος χάριν να μην υπάρχουν πολλά δεδομένα για να τα στηρίξουν, άλλα να επικαλύπτονται, όποτε να χρειάζεται να συγχωνευτούν, και κάποια ίσως χρειάζεται να ξεχωρίσουν και να γίνουν διαφορετικά θέματα. Ο ερευνητής πρέπει, για μια ακόμη φορά, να οργανώσει τα δεδομένα του γύρω από το Θέμα, όπως ακριβώς έκανε, οργανώνοντας τα δεδομένα γύρω από τους κωδικούς. Ο Patton (1990), προτείνει δυο κριτήρια που πρέπει να εξετάζονται στις θεματικές κατηγορίες: αφενός η εσωτερική ομοιογένεια, να υπάρχει δηλαδή εντός του θέματος, συνοχή και νόημα και η εξωτερική ετερογένεια, δηλαδή να υπάρχουν διακριτοί διαχωρισμοί μεταξύ των θεμάτων.

Ορισμός και ονομασία των Θεμάτων. Σε αυτό το στάδιο, ορίζεται η εννοιολογική ταυτότητα των Θεμάτων, τα οποία έχουν παραχθεί από την επεξεργασία των δεδομένων έως εδώ, καθώς και η ονομασία τους. Το κάθε Θέμα που διατυπώνεται οφείλει να είναι εννοιολογικά διακριτό από όλα τα άλλα Θέματα. Πρέπει, δηλαδή, σε αυτή την φάση ανάλυσης να είναι πλήρως σαφές στον ερευνητή ότι το Θέμα που προτείνει, περιλαμβάνει συγκεκριμένα συστατικά στοιχεία (κωδικοί), και περιγράφει συγκεκριμένα μια ορισμένη κατάσταση ή συνθήκη. Προφανώς τα συστατικά στοιχεία του κάθε Θέματος είναι διαφορετικά, όπως επίσης και η εννοιολογική ταυτότητα του είναι διαφορετική σε σχέση με άλλα Θέματα.

Στην συγκεκριμένη φάση, και παρατηρώντας ότι τα Θέματα εμφανίζονται σχετικά ευδιάκριτα και περιγεγραμμένα, ξεκίνησα να γραφώ μια λεπτομερή ανάλυση για το καθένα προσπαθώντας να προσδιορίσω το τι ακριβώς απεικονίζει, αλλά και το

πώς εντάσσεται στα δεδομένα μου, σε σχέση με τα ερευνητικά ερωτήματα που έχω θέσει. Επίσης φρόντισα να είναι διακριτά μεταξύ τους, ώστε να μην υπάρχει αλληλοεπικάλυψη. Τελικά κατέληξα σε πέντε Θέματα, στα όποια έδωσα περιεκτικά και ευκρινή ονόματα ώστε να δίνουν μια σαφή εικόνα σχετικά με το περιεχόμενο τους.

Συγγραφή της ερευνητικής αναφοράς. Σε αυτό το τελευταίο στάδιο της συγγραφής της ερευνητικής αναφοράς, συμπεριλαμβάνεται λεπτομερώς η αναλυτική διαδικασία που ακολουθήθηκε βήμα προς βήμα, αφού έχει πια συγκεντρωθεί το σύνολο των πλήρως επεξεργασμένων Θεμάτων, που προέκυψαν από το ερευνητικό υλικό. Η συγγραφή της ανάλυσης των Θεμάτων, πρέπει να έχει συνεκτικότητα, διακριτότητα και σαφώς να μην είναι μια απλή περιγραφή.

Οι Braun & Clarke (2006, σελ. 94) προτείνουν στον ερευνητή να προχωρεί στην ανάλυση πέρα από την επιφανειακή ανάγνωση των δεδομένων, σε ένα «εννοιολογικό» ή ερμηνευτικό επίπεδο θέτοντας στον εαυτό του τα ακόλουθα ερωτήματα: «Τι σημαίνει αυτό το θέμα;», «Ποιες είναι οι παραδοχές στις οποίες βασίζεται;», «Ποιες είναι οι συνεπαγωγές/επιπτώσεις αυτού του θέματος;», «Ποιες συνθήκες μπορεί να συντέλεσαν στη δημιουργία του;», «Γιατί οι άνθρωποι μιλούν για το συγκεκριμένο θέμα με τον συγκεκριμένο τρόπο (και όχι με κάποιον άλλον);» Γενικότερα, «ποια είναι η συνολική ιστορία που απεικονίζουν τα διαφορετικά Θέματα σχετικά με το ζήτημα/φαινόμενο;».

Στο τελευταίο αυτό στάδιο, και για την ανάλυση των Θεμάτων, φρόντισα να θέσω στον εαυτό μου τις ανωτέρω ερωτήσεις, ώστε κατά την συγγραφή να υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να τεκμηριώνουν τυχόν ζητήματα που παρουσιάζονται. Επίσης επέλεξα αποσπάσματα από τις συνεδρίες που αντιστοιχούν στους κωδικούς με τους οποίους δομήθηκε το κάθε θέμα τα όποια και κατέγραψα. Με αυτόν τον τρόπο διευκολύνεται η κατανόηση του νοήματος στο Θέμα και δίνεται η δυνατότητα να περάσει από την απλή περιγραφή σε συμπεράσματα και επιχειρήματα.

Συμβαίνει συχνά, να δίνεται η εικόνα ότι τα Θέματα αναδύθηκαν πλήρως από τα δεδομένα, δίχως να υπάρξει καμία ενδιάμεση διεργασία γεγονός που προφανώς δεν υφίσταται, αλλά που οφείλει να γίνει σαφές κατά την συγγραφή της αναφοράς. Ο ερευνητής είναι διαρκώς ενεργά εμπλεκόμενος με το ερευνητικό υλικό του, όποτε η πρότερη γνώση του και οι παραδοχές του, παίζουν σημαντικό ρόλο για την κατανόηση του υλικού του.

Κλείνοντας, είναι σημαντικό να τονιστεί, ότι η ερευνητική υπόθεση -ακόμη και σε αυτό το στάδιο- μπορεί να αναδιαμορφωθεί. Έτσι η συγγραφή της ερευνητικής

αναφοράς, δεν είναι απλά μια περιγραφή «μηχανιστικού τύπου» του ερευνητικού εγχειρήματος, αλλά μια περαιτέρω ευκαιρία για αναστοχασμό στα δεδομένα και στην ανάλυση που πραγματοποιήθηκε.

Διαδικασία ελέγχου ποιότητας της έρευνας.

Οι Braun και Clarke (2006), κάνουν λόγο για μια μομφή που δέχεται η ποιοτική ανάλυση από τους πολέμιους της, λόγω μιας υποτιθέμενης μεθοδολογικής χαλαρότητας που την διακρίνει, η οποία ωστόσο δεν είναι βάσιμη, αφού και στην ποιοτική έρευνα, υπάρχουν θεσπισμένες μεθοδολογικές αρχές και διαδικασίες, που οφείλουν οι ερευνητές να ακολουθούν. Η Morrow (2005, 2007), υποστηρίζει ότι κάθε ερευνητική διαδικασία θα πρέπει να πληροί κάποια κριτήρια, για να είναι αξιόπιστη και αποδεκτή στην επιστημονική κοινότητα. Αναθεωρώντας τα αρχικά κριτήρια που είχε προτείνει η Morrow (2005), οι Williams & Morrow (2009) κατέληξαν στα κάτωθι κριτήρια: την ακεραιότητα των δεδομένων, την ισορροπία μεταξύ των λεχθέντων των συμμετεχόντων και του τρόπου που ο ερευνητής ερμηνεύει το νόημα τους, καθώς και τη σαφή επικοινωνία των ευρημάτων.

Στην παρούσα διατριβή, για την αξιολόγηση της ποιότητας των διαδικασιών, έκανα χρήση αυτών των κριτηρίων, κρίνοντας ότι είναι συμβατά με την έρευνα μου και ταυτόχρονα αποδεκτά από την επιστημονική κοινότητα.

Η ακεραιότητα των δεδομένων «αναφέρεται στην επάρκεια, την καταλληλότητα και τη φερεγγυότητα των δεδομένων» (Williams & Morrow, 2009, σ. 578). Στην παρούσα έρευνα για να διασφαλιστεί η ακεραιότητα των δεδομένων, έγινε χρήση μια σαφώς διατυπωμένης μεθοδολογικής προσέγγισης, αυτή της Θεματικής Ανάλυσης, αναφέρθηκαν λεπτομερώς, στην προηγούμενη ενότητα, οι διαδικασίες που ακολουθηθήκαν, καθώς επίσης τα ερωτηματολόγια και τα έντυπα ενήμερης συγκατάθεσης. Για την ανταπόκριση των ερμηνειών στα δεδομένα έχω παραθέσει στο Κεφάλαιο των ευρημάτων χαρακτηριστικά αποσπάσματα από τις συνεδρίες.

Σχετική με την έννοια της αξιοπιστίας (trustworthiness), όπως αυτή χρησιμοποιείται στην ποιοτική έρευνα, είναι και η ανάγκη για ισορροπία μεταξύ των λεχθέντων του συμμετέχοντα και του τρόπου που ο ερευνητής ερμηνεύει το νόημα, η ισορροπία δηλαδή νοήματος και ερμηνείας (Williams & Morrow, 2009). Στην παρούσα έρευνα, η ισορροπία αυτή επιτεύχθηκε με την ξεκάθαρη αναγνώριση της δικής μου υποκειμενικότητας, σε όλες τις φάσεις της έρευνας, από τον τρόπο που τέθηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα, μέχρι την ερμηνεία των ευρημάτων. Προσπαθούσα συνέχεια να αναγνωρίζω, τι προέρχεται από μένα και τι από τους

συμμετέχοντες. Έκανα διαρκώς χρήση της αναστοχαστικότητας, προκειμένου να διαχειρίζομαι τυχόν προκαταλήψεις ή αντιλήψεις μου, που μπορεί να επηρέαζαν την ερευνητική διαδικασία και τα συμπεράσματα στα οποία κατέληγα. Αυτός είναι και ο λόγος που έκανα χρήση του πρώτου προσώπου, τόσο στη συζήτηση της μεθοδολογίας της παρέμβασης, όσο και στις προσωπικές μου ερμηνείες. Επίσης, κατά την διάρκεια της ανάλυσης των δεδομένων, έκανα χρήση ημερολογίων και υπομνημάτων όπου κατέγραφα την πορεία των ερευνητικών διαδικασιών, καθώς και τους συλλογισμούς μου (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ).

Για τον επικύρωση της αξιοπιστίας των ευρημάτων, αξιοποίησα επίσης συνάδελφο κλινικό ψυχολόγο, ως ελεγκτή. Ήταν η στιγμή που η Θεματική Ανάλυση από μια «κεκλεισμένων των θυρών», εργαστηριακή ερευνητική πορεία, άνοιξε στον «κοινωνικό», πραγματικό κόσμο. Ζήτησα την βοήθεια του συναδέλφου, σε δυο φάσεις της πορείας της έρευνας. Στην πρώτη φάση, του ζήτησα να διαβάσει και να κωδικοποιήσει την δεύτερη συνεδρία. Στόχος ήταν, να ελεγχτούν σημεία που μπορεί να μου είχαν διαφύγει, αλλά και συγκρίνοντας τους κωδικούς, να διαπιστώσω κατά πόσον η κωδικοποίησή μου ήταν κοντά στα δεδομένα. Οι κωδικοποιήσεις και των δυο ήταν παραπλήσιες, οι διαφορές λίγες και όχι ουσιαστικές, και αφορούσαν μάλλον σε σημεία επικέντρωσης. Οι συζητήσεις με τον συνάδελφο, ήταν πολύ εποικοδομητικές και ενθαρρυντικές για την πορεία της έρευνας. Η δεύτερη διαδικασία ελέγχου, αφορούσε στην ανάπτυξη των Θεμάτων. Του ζήτησα να δει κατά πόσον ήταν αναγνωρίσιμα και διακριτά, αν υπήρχε συνάφεια κωδικών και Θεμάτων, καθώς και αν το όνομα που έδωσα στο κάθε Θέμα, ανταποκρινόταν στο περιεχόμενο του. Και πάλι υπήρχε σημαντική ομοφωνία ως προς τα Θέματα. Η καθαρή και ανεπηρέαστη όμως μάτια του, με βοήθησε να εντοπίσω σημεία όπου οι προκαταλήψεις μου, που αφορούν στην εμπειρία μου ως ψυχοθεραπευτή, με είχαν οδηγήσει σε κάποια σημεία, να παρασυρθώ σε εμβάθυνση ή ερμηνεία. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο συγκεκριμένος συνάδελφος, είχε ελάχιστη εμπειρία τόσο σε σχέση με την μεθοδολογία της Θεματικής Ανάλυσης, όσο και με την ομαδική ψυχοθεραπεία.

Σημαντική ήταν η βοήθεια, και σε αυτή τη φάση ελέγχου, από τον επόπτη Καθηγητή μου, ο οποίος παρακολουθούσε και εξέταζε όλα τα στάδια της κωδικοποίησης και ανάλυσης των Θεμάτων. Η συμβολή του ήταν σημαντική, οι συζητήσεις μας πολύ βοηθητικές, μιας και μέσω των ερωτήσεων και των σχόλιών του, μου διασαφηνίζονταν έννοιες, και ανέκυπταν νέες ιδέες.

Το τρίτο και τελευταίο κριτήριο των Williams & Morrow (2009), αναφέρεται στην σαφή επικοινωνία των ευρημάτων. Θεωρώ ότι και αυτό το κριτήριο είναι πολύ σημαντικό, μιας και σχετίζεται με την κοινωνική διάσταση και «σπουδαιότητα», δηλαδή την αξία της παρέμβασης σε όσους δραστηριοποιούνται σε αυτό το ερευνητικό πεδίο. Για τους λόγους αυτούς, στο τελευταίο Κεφάλαιο θα συζητηθούν διεξοδικά τα ευρήματα της παρούσας έρευνας σε σχέση με την σύγχρονη βιβλιογραφία, καθώς και η συμβολή της στην ερευνητική και κλινική κοινότητα.

Δεοντολογία της έρευνας

Τα δεοντολογικά ζητήματα που σχετίζονται με την έρευνα, αφορούν σε δυο ευρύτερους τομείς: στην ακαδημαϊκή εργασία και στους συμμετέχοντες (Heppner et al., 2008). Τα δεοντολογικά ζητήματα που σχετίζονται με την ακαδημαϊκή εργασία, έχουν να κάνουν με την ακριβή τήρηση των διαδικασιών, την αποφυγή λογοκλοπής, την αναφορά στην συμβολή των ερευνητών, καθώς και την τήρηση, με ακρίβεια και αξιοπιστία, του σχεδιασμού και της διεξαγωγής της έρευνας. Τα δεοντολογικά ζητήματα που αφορούν στους συμμετέχοντες σχετίζονται με την ενήμερη συγκατάθεση, την αποφυγή βλάβης, την προστασία της ιδιωτικής ζωής και του απορρήτου των συμμετεχόντων (Barker et al., 2002).

Στην παρούσα διατριβή, προσπάθησα να τηρήσω με συνέπεια και ακρίβεια, όλες τις διαδικασίες που άπτονται των δεοντολογικών ζητημάτων, που σχετίζονται με την ακαδημαϊκή εργασία. Μεγάλη προσοχή και βαρύτητα έδωσα και στα δεοντολογικά ζητήματα που αφορούν στους συμμετέχοντες έχοντας πάντα κατά νουν ότι «οι άνθρωποι είναι σημαντικότεροι από τα δεδομένα» (Barker et al., 2002, σελ. 194).

Κατά την έρευνα, μερίμνησα να μην υπάρξει καμία δυσμενής διάκριση των συμμετεχόντων, κατά την θρησκεία, ιδιωτική ζωή, σωματική ικανότητα κοινωνικοοικονομική κατάσταση, κ.ά. Στους συμμετέχοντες, χορηγήθηκε ένα λεπτομερές έντυπο ενήμερης συγκατάθεσης, το οποίο περιλάμβανε τις βασικές πληροφορίες σχετικά με τον σκοπό της έρευνας, την ερευνητική διαδικασία και τα οφέλη που θα αποκομίσουν από την παρέμβαση αυτή, όπως συμπληρωματική υποστήριξη, για την επίτευξη πληρέστερης αποκατάστασης. Τους έγινε σαφές, ότι η συμμετοχή είναι εθελοντική (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι).

Μερίμνησα επαρκώς, για τη αποφυγή οιασδήποτε σωματικής και ψυχικής βλάβης των συμμετεχόντων λαμβάνοντας υπ' όψιν και την ευαισθησία της οργανικής τους κατάστασης, δεδομένου ότι όλοι ήταν καρδιοπαθείς (μετεμφραγματίες).

Διεξήγαγα την ψυχοθεραπευτική έρευνα σε ασφαλές νοσοκομειακό πλαίσιο (Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών), ως πιστοποιημένος ομαδικοαναλυτικός ψυχοθεραπευτής, ακολουθώντας τη μέθοδο της ομαδικής ψυχοθεραπείας, με την συνεργασία της Καρδιολογικής και Ψυχιατρικής Κλινικής και του επόπτη Καθηγητή Κλινικής Ψυχολογίας Αναστάσιου Σταλικά.

Ο χρόνος της παρέμβασης ήταν επαρκής, και το πλαίσιο ασφαλές, ώστε να μπορούν να εκφραστούν οι οποιεσδήποτε δυσκολίες, ενώ υπήρχε πάντα ανοικτή η δυνατότητα αποχώρησης για προσωπικούς ή άλλους λόγους, ή παραπομπής σε άλλον συνάδελφο για ατομικές συνεδρίες αν χρειαζόταν. Βασική προϋπόθεση για την ανάπτυξη αισθήματος ασφάλειας και εμπιστοσύνης, ήταν η προστασία του απορρήτου και της ταυτότητας των συμμετεχόντων. Αυτό διασφαλίστηκε στην παρούσα διατριβή μέσα από την χρήση κωδικών, σε κάθε ερευνητική αναφορά αλλά και σε κάθε απομαγνητοφωνημένο κείμενο. Οι συμμετέχοντες είχαν ενημερωθεί ότι δεν θα δημοσιευόταν ποτέ στοιχεία τα οποία θα μπορούσαν να αποκαλύψουν την ταυτότητα τους, ή άλλων προσώπων που αναφερόταν από τους ίδιους.

Ενημερώθηκαν επίσης ότι σε κανένα σημείο της έρευνας δεν θα αναφερόταν προσωπικά τους στοιχεία τα οποία θα μπορούσαν να τους ταυτοποιήσουν, και ότι τα αρχεία της έρευνας θα φυλαχθούν σε ασφαλή, ιδιωτικό χώρο. Επίσης ότι τα ψηφιακά αρχεία επεξεργασίας των δεδομένων, θα κρατηθούν μετά το πέρας της έρευνας για πέντε χρόνια, σε σκληρό δίσκο κλειδωμένα και μη-προσβάσιμα και κατόπιν θα διαγράφουν. Στο επόμενο Κεφάλαιο ακολουθεί διεξοδική ανάλυση των ευρημάτων της παρούσας έρευνας.

Κεφάλαιο Τέταρτο

Ευρήματα

Θέματα

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα της παρούσας διατριβής, αφορά στην ανάδειξη των Θεμάτων, που εξάγονται μέσα από το κλινικό υλικό μιας ψυχοθεραπευτικής διεργασίας, τα οποία συμπληρώνουν ή εμπλουτίζουν τις έννοιες της Κοινωνικής Αναστολής και Αρνητικής Συναισθηματικότητας

Στην παρούσα διατριβή, η εξαγωγή των Θεμάτων βασίσθηκε στην κωδικοποίηση που είχε προηγηθεί, στο σώμα των δεδομένων της έρευνας (κειμενικό υλικό). Ανιχνεύθηκαν 96 κωδικοί, οι οποίοι αποτελούν τα συστατικά στοιχεία της δόμησης του κάθε Θέματος. Από την ανάλυση των δεδομένων των συνεδρίων, αναδείχθηκαν πέντε Θέματα: «Αναγνώριση», «Διεκδίκηση», «Αίσθημα Μοιραίου», «Εξάντληση» και «Θετικώς Σχετίζεσθαι» (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VII).

Στην συνέχεια θα αναπτυχθούν τα πέντε Θέματα. Σε κάθε περιγραφή παρατίθενται αποσπάσματα από τα λεχθέντα των συμμετεχόντων, τα οποία έχουν ως στόχο να υποστηρίξουν, να επεξηγήσουν και να διευκρινίσουν τις έννοιες που παρουσιάζονται. Στα αποσπάσματα από τις απομαγνητοφωνημένες συνεδρίες που ακολουθούν, το πρώτο γράμμα αναφέρεται στο ψευδώνυμο του μέλους, και στη συνέχεια ο πρώτος αριθμός αναφέρεται στον αύξοντα αριθμό στιχομυθίας, και ο δεύτερος, στο αριθμό συνεδρίας, π.χ. Φ23/5.

Θέμα «Διεκδίκηση»

Το Θέμα «Διεκδίκηση», αποτελείται από τους εξής κωδικούς: C4 Υποχωρητικότητα, C31 Παθητική συμφωνία, C20 Αδυναμία, C19 Εξευτελισμός, C22 Έκθεση σε τρίτους, C32 Απόσταση, C34 Θολότητα ορίων, C46 Ανεπάρκεια και C47 Αβεβαιότητα. Ειδικότερα, το Θέμα «Διεκδίκηση» αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο ο καρδιοπαθής σχετίζεται με άλλους ανθρώπους, σε καταστάσεις που απαιτούν μία ορισμένη μορφή διεκδίκησης ή σύγκρουσης. Ακολουθείται μία πορεία αντιληπτικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών αντιδράσεων, οι οποίες χαρακτηρίζονται από ένα σχετικά σταθερό πρότυπο επανάληψης (pattern). Για το Θέμα «Διεκδίκηση», θα μπορούσαμε να αναφερθούμε σε δύο βασικούς άξονες-σχήματα, οι οποίοι περιγράφουν τον τρόπο αντίδρασης του ασθενούς σε καταστάσεις συγκρούσεων. Πρώτον, ο ασθενής επιδεικνύει μια υποχωρητική στάση και συμπεριφορά και δεύτερον, σε καταστάσεις όπου αισθάνεται ότι «δικαιούται», καταφεύγει σε παρορμητικά εκρηκτικές συμπεριφορές. Και οι δύο τρόποι αντίδρασης,

λαμβάνουν χώρα σε πλαίσιο το οποίο βιώνει ο ασθενής ως ασαφές ή ανοριοθέτητο. Αναλυτικότερα, ακολουθούν επεξηγήσεις και ενδεικτικές περιγραφές ως προς τα συστατικά στοιχεία δόμησης του Θέματος, από το απομαγνητοφωνημένο κείμενο των ψυχοθεραπευτικών συνεδριών. Επίσης, παρατίθεται Πίνακας περιεχομένου και κωδικών του Θέματος.

C4-Υποχωρητικότητα: Αναφέρεται στην υποχωρητική στάση του ασθενή, όταν προκύπτουν αναπόφευκτες συγκρούσεις. Ο ασθενής βιώνει την υποχωρητική του στάση ως εξαναγκασμό, τον οποίο υπαγορεύει η συνθήκη. Για παράδειγμα, υποχωρεί σε «λογικά και δίκαια» -κατά την κρίση του- αιτήματα, εξαιτίας του γεγονότος ότι ο άλλος είναι συγγενής (Τ) ή προϊστάμενος στην εργασία (Α, Φ). Άλλες φορές, η υποχωρητικότητα εδράζεται σε απειλές και εκφοβισμούς που εκτοξεύονται ανοικτά εναντίον του, ή τις αντιλαμβάνεται ως τέτοιες:

T1/2: Μόλις πέθανε ο θείος μου, είναι δέκα χρόνια αυτή η δουλειά, μόλις πέθανε ο θείος μου λέει ο χώρος αυτός κάτω από το μπαλκόνι είναι δικός μας. Είχε μπει δηλαδή μέσα στο δικό μου το μπαλκόνι, που ήρθε το έφτιαξε μέσα στο δικό μου. Ρε παιδιά τι λέτε τώρα αυτό το σπίτι είναι 15 χρόνια τώρα, πώς ξαφνικά να σας προικίσω; να σας δώσω; δεν με ρωτήσατε τότε και μένα και τον αδερφό μου και σας είπα φτιάχτε το βγείτε έξω στο μπαλκόνι για να μην είναι άσχημο. Μας ρίχνετε που μας ρίχνετε τα νερά στην πλάτη από πάνω και δεν βάλατε ξέρω εγώ ένα χειλάκι τριγύρω μια ρήτρα να μην πέφτουν τα νερά. Να σας ξαναπροικίσω τώρα; Θεία, της λέω, τι θέλεις να σας ξαναπροικίσω τώρα; αν είναι να σε παντρέψω να σε προικίσω πάλι... με ένταση της λέω πήγαινε στο διάλογο, όλη την ώρα εδώ χάμου όλο κάτι μου ζητάς, ξέρεις τώρα πετάγεται ο ξάδερφος μου... και θα σε γ... έχεις μπει μέσα στο δικό μου... μ... τέτοιες και π... γιατί τώρα δεν φτιάξαμε έναν χάρτη... λέμε πρώτα ξαδέλφια είμαστε.

C31-Παθητική συμφωνία: Αναφέρεται στην αλλαγή θέσης ή γνώμης, την οποία ο ασθενής, αρχικά είχε υποστηρίξει σθεναρά. Συχνά, καταλήγει να υιοθετεί εκ διαμέτρου αντίθετη θέση με την αρχική του τοποθέτηση. Συνήθως, αυτή η μετατόπιση δεν είναι έργο μίας «συνθετικής» επεξεργασίας των διαφορετικώνθέσεων-λεχθέντων ή καρπός μίας σχετικά ειλικρινούς επανατοποθέτησης. Πρόκειται κυρίως

για παθητική συρρίκνωση μπροστά στις θέσεις του άλλου. Επίσης, ο ασθενής συχνά καταφεύγει σε χρήση μιας μιμητικής γλώσσας που ο άλλος χρησιμοποιεί:

T2/2: Σίγουρα, εγώ δεν είπα ότι δεν είναι άδικο, εγώ λέω πως δουλεύει η μηχανή, όταν βλέπει εσένα και άλλους να μπορούν να τραβήξουν το κάρο, λέω έχω τον Α., τον Γ., τον Α. και το Λ. και τραβάει το κάρο, από την στιγμή που γίνεται, και αφού αυτό είναι το πρόβλημα μου δεν θέλω να δημιουργήσω άλλο, γιατί εάν το πω στο Ν. θα μου δημιουργήσει πρόβλημα, μπορεί να έρθουμε σε ρήξη, και λέω Τ. (εννοεί τον εαυτό του) πάρε και αυτό.

T135/19: Προσπαθώ να μην τσακωθώ με τον Ν. αλλά αν... για να μην φτάσει να με γκρεμίσει.

C20-Αδυναμία: Ο ασθενής, βιώνει μια διαρκή αδυναμία και ένα αίσθημα ανοχύρωτου, μπροστά στην διεκδικητικότητα του άλλου. Νοιώθει απροστάτευτος στην ενδεχόμενη λεκτική ή ακόμα και σωματική επιθετικότητα, την οποία ο άλλος μπορεί ανά πάσα στιγμή να εξασκήσει. Το αίσθημα ανασφάλειας στις σχέσεις του τον ωθεί σε μεγαλύτερη αίσθηση αδυναμίας, διότι «αν μιλήσει, θα τσακωθεί», και «αν τσακωθεί, θα τον χτυπήσουν». Οπότε η σύγκρουση-διεκδίκηση, συνεπάγεται κάποιας μορφής πλήγμα (ψυχολογικής φύσης ή ακόμα και σωματικής ακεραιότητας):

T115/19: Όχι, να φτάσουμε τα πράγματα στα όρια τους, να έρθει μια κόντρα, άνθρωποι είμαστε ζωντανοί με νεύρα, έχω και γω νεύρα, έχουν και τα παιδιά νεύρα και όλοι, μπορούμε να φτάσουμε σε μια ακρότητα και μέσα από αυτή την ακρότητα να συμβεί το οτιδήποτε, μπορεί να συμβεί, δεν το ξέρω, δεν μπορώ να υπογράψω εγώ χαρτί ότι ο Ν. ο δικός μου π.χ. επειδή είναι καλό παιδί, τον χρεώνω καλό παιδί ή όποιος, ή ο Γ. ή εσείς τον χρεώνεται καλό παιδί ότι σημαίνει αυτό το καλό παιδί ποτέ δεν θα αντιδράσει, δεν το ξέρω, το ξέρω; Και γω λέω, αν με πιάσει ο Ν., είναι 1,92 ο Ν., είναι 100 κιλά, έπαιζε προχθές τζούντο παράδειγμα, θα με πιάσει από το σβέρκο και με πάει σαν το τσιροπούλι, χραπ από το μπαλκόνι, και τι ο άλλος ο πακιστανός δήλωσε ότι την πέταξε από 10 μέτρα την κοπέλα, την βούτηξε και την πέταξε, γιατί να μην με βουτήξει εμένα λέω παράδειγμα, ο Ν. ή τον Γ. άμα είναι πιο δυνατός ο γιός του

και τον πετάζει από το μπαλκόνι, ή από τις σκάλες, και γω μετά τσίτα λιάρος (γέλιο στην ομάδα), «Όχι Γ. κάτσε παραπίσω... όπα!»

A9/5: Το άγχος είναι γενικό ας πούμε, απλά εγώ πιστεύω ότι σπάω περισσότερο, δεν έχω τις αντοχές που έχουν οι άλλοι.

C19-Εξευτελισμός: Αναφέρεται στον τρόπο που βιώνει την όποια διεκδίκηση του από τους άλλους, δηλαδή ως «κατάντια». Κατά την κρίση του, δεν θα έπρεπε να υπάρχουν τριβές και συγκρούσεις «διότι είναι αυτονόητο» το καθετί. Έτσι, όταν εξ ανάγκης συμμετέχει σε μία σύγκρουση, την βιώνει ως εξευτελισμό προσωπικό και εξευτελισμό της σχέσης. Για τον ασθενή, εκφράσεις που σχετίζονται με τις έννοιες «τσακώνομαι», «διεκδικώ» ή «θέτω τα όρια μου», ισοδυναμούν με κάτι που χαρακτηρίζεται ως «παιδαριώδες» ή «ποταπό»:

T13/2: τον έβαλε ο διάλογος 9 9:30, πρωί πρωί να τσακωθούμε λεκτικά, για να φτάσουμε να βριζόμαστε ας πούμε, σαν παιδιά, ένιωσα σαν 15 χρονών που βρίζονται ο ένας με τον άλλο, τα οποία κορόιδευα κάποιες φορές, παλιά δεν θα το σκεπτόμουν να το κάνω, και λες κοίταξε να δεις πως μπορεί να φτάσει ένας άνθρωπος.

C22-Έκθεση σε τρίτους: Αναφέρεται στην αντίδραση του καρδιοπαθή, όταν σε μία συγκρουσιακή κατάσταση, αισθανθεί ότι έχει εκτεθεί μέσω έκφρασης σχολίων ή κρίσεων ή ακόμη και της συναισθηματικής του κατάστασης. Ο ασθενής τότε βιώνει, ότι οι πιθανές (κυρίως εχθρικές) συμπεριφορές άλλων προσώπων, έρχονται ως απάντηση σε μια δική του έκθεση, άνοιγμα σκέψεων ή κρίσης. Η έκθεσή του, για παράδειγμα, σε μία ανοικτή αντιπαράθεση στο οικογενειακό ή επαγγελματικό πεδίο, μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικές ή τιμωρητικές συνέπειες για τον ίδιο. Είναι ζωτικής σημασίας, για τον ασθενή, να μην καταγράφεται στο προσωπικό του ιστορικό κάποια αρνητική κρίση από το περιβάλλον του. «Να μην δίνει δικαιώματα» σε τρίτους, ώστε να προβούν σε αρνητικά σχόλια. Επιδιώκοντας την εν λόγω στάση, -αποφυγή της προσωπικής έκθεσης του- σχεδόν εξαναγκάζεται να αποσύρεται, φοβούμενος σειρά αρνητικών σχολίων και συνεπειών («τιμωριών»). Αντίστοιχα η αρνητική έκθεση, είτε με μορφή διόρθωσης ή επίπληξης στον επαγγελματικό του χώρο, γίνεται ικανή να προσδιορίσει την επαγγελματική του ταυτότητα. Αρνητικές κρίσεις συναδέλφων όταν κοινοποιούνται, γίνονται αφορμή να αποσυρθεί, να από-επενδύσει από την εργασία

του και να αποφύγει την όποια ανάληψη ευθύνης με το σκεπτικό ότι δεν θέλει να είναι ανοικτός σε μελλοντικές αρνητικές κρίσεις («δίνω δικαιώματα»). Στο Θέμα «Διεκδίκηση», η έμφαση δίνεται κυρίως στην έκθεση σε άτομα του περιβάλλοντος του:

A55/20: Άμα θες να μιλήσεις με ανθρώπους δικούς σου, να τους πεις ας πούμε απλά πώς ήταν η μέρα σου στη δουλειά, τι συνέβη, και φτάνεις να την ακούς κιόλας από πάνω, λες οκεί, ρε παιδιά, δεν ξαναμιλάω.

Φ14/5: ...χρόνια με επηρέαζε, η κριτική των άλλων.

C32-Απόσταση: Αναφέρεται στην αίσθηση αποστασιοποίησης που συχνά βιώνει ο καρδιοπαθής, στις διαπροσωπικές του σχέσεις. Αισθάνεται απόμακρος και αφηρημένος από την συνδιαλλαγή που αναπτύσσεται, με αποτέλεσμα την δυσκολία του να ενταχθεί στην όποια συζήτηση ή σχέση. Μοιάζει ως εάν να παρατηρεί εκ του μακρόθεν την σχέση, της οποίας είναι ο ίδιος μέλος. Η αίσθηση αποστασιοποίησης ή σχετικής αποσύνδεσης (detachment) από το σχετίζεσθαι, δεν είναι ενσυνείδητη επιλογή ή προτίμηση του κατά περίπτωση. Εξαιτίας αυτής της αίσθησης συχνά αισθάνεται “σαν λιοντάρι στο καμαράκι”:

Φ20/05: Μπα και στην ζωή ψιλοέχω γίνει αδιάφορος.

A86/24: Αν ήμουν εγώ δεν το πήρα χαμπάρι γιατί κατά 99% ήμουν και στην κοσμάρα μου... ας πούμε ασχολιόμουν με την πάρτη μου.

T87/27: Έψαχνες να βρεις το καμαράκι, το κλουβί σου, που θα κλεινόσουνα για να μπορείς να μην ακούς τίποτα, να μην βλέπεις τίποτα και να ‘σουνα κλεισμένος στο κλουβί σου, στο δικό σου κλουβί, σαν το λιοντάρι, κλεισμένο μέσα.

C34-Θολότητα ορίων: Αναφέρεται στην ανάγκη του ασθενή για συγκεκριμένο πλαίσιο, το οποίο πρέπει να είναι σαφώς οριοθετημένο, ώστε να μπορέσει να συνδιαλλαγεί με τους άλλους. Αναφέρεται επίσης στην συχνή αίσθηση θολότητας ορίων που βιώνει ο ίδιος σε διάφορες κοινωνικές περιστάσεις: τι επιτρέπεται και τι όχι, ποιο είναι το σωστό και ποιο το λάθος. Έτσι διακατέχεται και εκδηλώνει άγχος και ανησυχία σε καταστάσεις που αναπόφευκτα συναντά στην

καθημερινότητά του, όπου τα όρια δεν είναι τόσο σαφή ή δεν έχουν ρητώς και επαρκώς διευκρινιστεί από τους άλλους (σχετικότητα ορίων):

Φ9/2: Εντάξει και τα όρια... είναι σχετικά, εξαρτάται που τα βάζει ο καθένας, έτσι; Και γω σαν τον Ά. οξύθυμος είμαι πολύ και στον δρόμο και στη προσωπική μου ζωή, στην οικογένεια. Τώρα έχουμε κάνει κάποια βήματα, και αυτό, είναι αναλόγως που βάζω τα όρια.

T98/19: Ο Κ. (αναφέρεται στον προϊστάμενο του, ανώτατο αξιωματικό), τον ξέρεις δεν έχει σημασία, αυτός ήταν (λέει το βαθμό του), ανέβα πάνω τού λέω, μου λέει «θα γίνουμε μαλλιά κουβάρια»... ε, γίνε, άμα νιώθεις ότι πρέπει να γίνεις για το προσωπικό σου...

A66/20: Γιατί, αν μιλήσεις, είσαι ο κακός άνθρωπος που θυμώνει, είσαι ο κακός άνθρωπος που τσαντίζεται, είσαι ο κακός άνθρωπος που το πήρε λάθος, οπότε εσύ στη μία φάση δεν μπορείς να μιλήσεις γιατί θα την ακούσεις, κάθεςαι και την ακούς, και λες πότε θα τα κάνω όλα π..., ας πούμε, στη δουλειά, στο σπίτι, στο δρόμο, στη δεύτερη δουλειά, οπουδήποτε. Ποιος ταλαίπωρος θα βρεθεί μπροστά μου τη λάθος στιγμή και ποιος ταλαίπωρος θα πληρώσει τη νύφη;

C46-Ανεπάρκεια: Αναφέρεται στην αίσθηση, ότι δεν νοιώθει ο ίδιος επαρκής, ικανός και πλήρης δεξιοτήτων, απέναντι στις οικογενειακές και επαγγελματικές απαιτήσεις και υποχρεώσεις. Συχνά βρίσκει την αυτοπεποίθηση του και τις δυνάμεις του να τον εγκαταλείπουν:

Φ26/5: «Πως είσαι;» του λέω «καλά», μου λέει «καλά σίγουρα»; Λέω καλά, «έχεις όμως πολύ θλιμμένο πρόσωπο», ε και του είπα ναι εντάξει, η κόρη μου με παίρνει μόνο για να μου ζητήσει κάτι, δεν με παίρνουνε για να μιλήσουμε, τι κάνω, και αυτά...

Φ58/5: Ναι βέβαια, γιατί είχαμε απομακρυνθεί από όλα τα πράγματα, στη σχέση ενός άντρα με μια γυναίκα, όταν λέω από όλα από όλα... για πολύ καιρό... τίποτα όταν πέφτω στα προβλήματα μου δεν σηκώνομαι, δεν έχω όρεξη για τίποτα, μόνο να κοιμάμαι, τίποτα άλλο... νομίζω θα με προσπεράσουν...

C47-Αβεβαιότητα: Αναφέρεται στην παρουσία αισθήματος αβεβαιότητας, που βιώνει σε σχέση με το περιβάλλον του. Αίσθηση ότι δεν υπάρχουν για αυτόν σταθερές, στις οποίες μπορεί να βασιστεί, με αποτέλεσμα να νοιώθει ότι όλα γύρω του είναι αβέβαια και σχετικά:

T27/5: νιώθει αβέβαιος, ότι ανά πάσα στιγμή θα του πριονίσουν την καρέκλα, και αυτό είναι αβεβαιότητα, όταν νιώθεις σιγουριά για αυτό που κάνεις, για αυτό που ασκείς, μπορείς να επικοινωνήσεις με τον κόσμο, μπορείς να τον δρομολογείς, μπορείς να τον οδηγείς.

Συμπερασματικά, στο Θέμα «Διεκδίκηση» παρατηρούμε, ότι η υποχωρητική στάση και συμπεριφορά, που δημιουργείται εξαιτίας της αδυναμίας του καρδιοπαθή ή της ασαφούς του θέσης, κλιμακούμενη καταλήγει σε μία παθητική και «εξαναγκαστική από τις συνθήκες συμφωνία», που δεν είναι αρεστή στον ασθενή και δεν την έχει επιλέξει. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός, ότι η εξέλιξη της δεδομένης κατάστασης είναι γνωστή στον ασθενή, αλλά την θεωρεί αναπόφευκτη, και τουλάχιστον ως ένα σημείο, νοιώθει αβοήθητος ως προς την έκβασή της ή τον έλεγχο που μπορεί να εξασκήσει. Η αντίδραση του σε μια τέτοια κατάσταση, είναι να αποστασιοποιείται και να απομονώνεται. Ο ασθενής σε αυτή την περίπτωση, κυριολεκτικά μονώνει κάθε συναισθηματική αντίδραση και συνακόλουθα κάθε συμπεριφορά. Μια άλλη αντίδραση στις συνθήκες πίεσης, είναι η εκλογίκευση δηλαδή η προσπάθεια του να παρουσιάζει και να πιστεύει ο ίδιος, ότι η διεκδίκηση ή σύγκρουση δεν ωφελεί σε τίποτα διότι παραπέμπει σε μία «κατάντια», έναν εκφυλισμό και εξευτελισμό των ανθρώπινων σχέσεων.

Επίσης, η παρορμητικά εκρηκτική συμπεριφορά, συναντάται συχνά και είναι μια αντίδραση του καρδιοπαθή, η οποία εύκολα βρίσκεται στη φαρέτρα του και ευκολότερα χρησιμοποιείται όταν κατά την κρίση του «δικαιούται» να το κάνει. Η παρορμητικά εκρηκτική συμπεριφορά, αναφέρεται κυρίως στην συνθήκη κατά την οποία τα όρια της υποχωρητικής στάσης έχουν υπερβληθεί κατά πολύ, οπότε ως ύστατη αντίδραση, ο ασθενής καταλήγει σε μια διαλυτική-καταστροφική για τις σχέσεις συμπεριφορά. Επιπρόσθετα, η εκρηκτική στάση συμβαίνει σε περιπτώσεις που ο ασθενής εκλαμβάνει τον συνομιλητή του ως «κατώτερο». Αυτή η διάσταση, της υποτίμησης του προς τον άλλο, εκδηλώνεται με επιθετικό τρόπο (λεκτικές εντάσεις, ύβρεις, πλησίον σωματικής βίας συμπεριφορές). Ο χαρακτηρισμός του άλλου ως

«κατώτερου» και η υποτίμηση που ακολουθεί, αναδεικνύουν προφανώς μια αδυναμία διαχείρισης των σχέσεων, αλλά και την έκδηλη δυσκολία του, να συνάψει βαθιές σχέσεις αμοιβαιότητας και εμπιστοσύνης.

Πίνακας 5. Περιεχόμενο κωδικών Θέματος «Διεκδίκηση»

Κωδικός	Τίτλος Κωδικού	Περιγραφή Κωδικού	Ενδεικτική Παραπομπή
C19	Εξευτελισμός	*"Τσακώνομαι + διεκδικώ + θέτω όρια + γνωστοποιώ τη θέση μου" ισούνται με "εγκληματικό + παιδαριώδες + ποταπό + κατάντια"	T13/2
C20	Αδυναμία	*Αίσθημα αδυναμίας: αν χρειαστεί να μιλήσει φοβάται ότι θα τσακωθεί και κατά βεβαιότητα θα "ηττηθεί" *"Θα με πιάσει από το σβέρκο και με πάει χραπ σαν το τσιροπούλι χραπ από το μπαλκόνι" (αναφερόμενος στον γιό του) *Αδυναμία να ορίσει κάποιο πλαίσιο *Αίσθηση, εκ των προτέρων, ότι δεν έχει κάποιο έλεγχο στο περιβάλλον του	A09/05 T112/19 T115/19 T116/19 T120/19
C22	Έκθεση σε τρίτους	*Η έκθεση ως προς τρίτους με αρνητικό τρόπο είναι ζωτικής σημασίας *Έκθεση μέσω έκφρασης σχολίων ή κρίσεων *Έκθεση συναισθηματικής κατάστασης *Έκθεση συνεπάγεται τιμωρητική διάθεση των άλλων *Αποφυγή έκθεσης σε τρίτους οδηγεί σε απόσυρση	T19/05 Φ14/05 A54/05 A55/20
C31	Παθητική συμφωνία	*Παθητική συμφωνία *Αλλαγή αρχικής θέσης ή γνώμης *Παθητική συρρίκνωση *Μιμητική γλώσσα *"Προσπαθώ να μην τσακωθώ με τον Ν. για να μην φτάσει να με γκρεμίσει"	T12/05 T135/19
C32	Απόσταση	*Αποστασιοποιημένος και αφηρημένος. *Δυσκολεύεται να ενταχθεί σε σχέσεις, συζητήσεις *Απόμακρος *Κλεισμένος "σαν λιοντάρι στο καμαράκι, το κλουβί" *"Δεν το πήρα χαμπάρι γιατί	Φ33/05 Φ20/05 T87/27 A44/27

		και κατά 99% ήμουν στην κοσμάρα μου... ας πούμε ασχολιόμουν με την πάρτη μου”	A86/24
C34	Θολότητα ορίων	*Θολότητα ορίων *Βίωση σχετικότητας ορίων *Ασαφές πλαίσιο	A46/05 A66/20
C46	Ανεπάρκεια	*Μη επάρκεια γενικώς *Μη επάρκεια ως άτομο *Μη επάρκεια ως σύζυγος *Μη επάρκεια ως συνεργάτης	Φ26/05 Φ58/05
C47	Αβεβαιότητα	*Αίσθηση αβέβαιου	T27/05
C4	Υποχωρητικότητα	*Υποχωρητικότητα *Ανοριοθέτητο και υποχώρηση στις σχέσεις του με άλλους *Ανοριοθέτητο και παραχώρηση στις σχέσεις του με άλλους	T1/2 T23/05

Θέμα «Αναγνώριση»

Το Θέμα «Αναγνώριση» αποτελείται από τους εξής κωδικούς: C5 Προσπάθεια, C59 Αναγνώριση, C54 Όλα ή τίποτα, C57 Ταύτιση, C58 Πλήγμα, C56 Στήριξη-Ανταπόδοση, C22 Έκθεση σε τρίτους, C64 Απαξίωση, C63 Αδυναμία κατανόησης και C81 Συμβολή. Ειδικότερα, το Θέμα «Αναγνώριση» αναφέρεται στη σχεδόν απαιτητική ή εμμονική ανάγκη του καρδιοπαθή, να αναγνωριστούν και να εκτιμηθούν οι προσπάθειες, πράξεις και αγαθές προθέσεις του, με τρόπο πλήρη και καταφανή. Η επαναληπτικότητα αυτού του προτύπου λαμβάνει χώρα σε επαγγελματικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο. Οδηγεί, όταν δεν πληρωθεί, κατά κύριο λόγο στην απόσυρση και το πάγωμα της ανάπτυξης των σχέσεων με το περιβάλλον του.

Αναλυτικότερα, ακολουθούν επεξηγήσεις και ενδεικτικές περιγραφές ως προς τα συστατικά στοιχεία δόμησης του Θέματος, από το απομαγνητοφωνημένο κείμενο των ψυχοθεραπευτικών συνεδριών. Επίσης παρατίθεται Πίνακας περιεχομένου και κωδικών του Θέματος.

C57-Ταύτιση: Αναφέρεται στην ασφάλεια και τον καθησυχασμό που βιώνει ο ασθενής, όταν οικεία του πρόσωπα ταυτίζονται μαζί του. Παράλληλα, αναφέρεται στην εκπεφρασμένη ανησυχία και εκρηκτικά επιθετική διάθεση και συμπεριφορά του ασθενή (A24/27), όταν οι άλλοι εκδηλώνουν απόψεις, θέσεις και συμπεριφορές διαφορετικές από τις δικές του. Κατά τον ασθενή υπάρχει μία πρόπουσα συμπεριφορά η οποία και είναι σχεδόν ιδεατή για τον ίδιο, οπότε έτσι οφείλει να είναι και για τους υπόλοιπους:

T43/2: πρέπει να βάλεις στη ζωή σου προτεραιότητα ποιον θέλεις δίπλα σου να δίπλα σου, γιατί ο πατέρας σου θα έρθει να σε στηρίζει γιατί το πιστεύει, ο φίλος γιατί απλά αισθάνεται, αν δεν θες τον φανατίλα, τον φίλαθλο, μάλλον τον οπαδό, τον φανατικό οπαδό και θες μόνο τον φίλαθλο, να πάρεις τον φίλο, εγώ είμαι οπαδός σου, φανατίλας οπαδός, ο φίλαθλος είναι ο άλλος, εσύ προτίμησες να πάρεις τον φίλαθλο.

C5-Προσπάθεια. Αναφέρεται κυρίως στο επίπεδο των διαπροσωπικών, οικογενειακών και επαγγελματικών σχέσεων, και δεικνύει την διαρκή και εναγώνια προσπάθεια του ασθενούς, να διατηρεί τις σχέσεις του σε μια σχετική ηρεμία, ώστε να μην αναγκαστεί να εκδηλώσει εκρηκτική συμπεριφορά. Η ηρεμία επιδιώκεται, δεν έρχεται απρόσκοπτα. Διατηρείται από τον ασθενή βάσει της δικής του επενέργειας και

επαγρύπνησης. Κυριαρχεί η προσωπική του μέριμνα, ώστε να μην εκδηλωθεί από μεριάς του αρνητική διάθεση, η οποία ενδεχομένως και να οδηγήσει σε επιθετική συμπεριφορά. Το ζητούμενο για τον ασθενή, είναι η αποφυγή των επιθετικών εκτροπών και η καθυπόταξη τους:

T2/2: Δεν μίλαγα, δεν τσακωνόμουν...προσπαθούσα.

C59-Αναγνώριση. Προσδιορίζεται από την “λαχτάρα” του ασθενούς, να αναγνωρίζεται η συνεισφορά του στους άλλους. Έχει ανάγκη, η συμπεριφορά του να αναγνωρίζεται ως πρότυπο και μέτρο, ανάγκη που εκδηλώνεται με παθητική συμπεριφορά. Την εν λόγω συμπεριφορά οφείλουν να ακολουθούν κυρίως στον οικογενειακό του χώρο. Αδυνατεί να εισέλθει στην θέση και τις ανάγκες των άλλων. Συχνά καταλήγει η ανάγκη του για αναγνώριση και αποδοχή, να παίρνει την μορφή απαίτησης:

A37/19: ...είναι όταν γυρνάει και μου κάνει 93 (αναφέρεται στην ετήσια αξιολόγηση των αξιωματικών), έχει βάλει 96-97 σε κάτι τσάμπα το μισθό που παίρνουν, όταν είδα πριν από κάτι μήνες ότι έδωσαν ευαρέσκεια σε κάτι τυπάκια, τα οποία είναι για κλωτσιές, και λες ΟΚ, εάν αυτός πήρε ευαρέσκεια, συγγνώμη ρε φιλαράκι, εγώ πιστεύω ότι αξίζω, μεγαλόσταυρο του Γεωργίου ας πούμε, που το δίνουν σε περίοδο πολέμου...

A72/19: Έλλειψη αναγνώρισης... εδώ την βίωσα, έλλειψη αναγνώρισης σε τέτοιο βαθμό, δεν είναι τυχαία.

C58-Πλήγμα. Αναφέρεται γενικά, στην ευαλωτότητα του ασθενή να διαχειριστεί την άμεση ή έμμεση απόρριψη. Με αυτόν τον κωδικό περιγράφεται κυρίως η αντίδραση θυμού, όταν δεν αποτελεί βασική προτεραιότητα για τον άλλον. Στο ίδιο πλαίσιο, υφίσταται και διαχέεται μια απαιτητικότητα προς το περιβάλλον του, ώστε ο καθορισμός προτεραιοτήτων και οι εν γένει προγραμματισμοί, να τον συμπεριλαμβάνουν ως βασικό συντελεστή. Ματαίωση, απόρριψη, ή μη ικανοποίηση των ανωτέρω, συνεπάγονται εκδηλώσεις απόσυρσης και συναισθηματικής ψυχρότητας από τη μεριά του ασθενή:

A38/19: Ναι, αλλά, εδώ μπαίνω μέσα άσπρος, εκείνη την ημέρα, κάθιδρος, μουσκίδι, δηλαδή φώναζε έμφραγμα, και μπαίνω μέσα και λέω

στον πρώτο γιατρό και του λέω «καρδιογράφημα» και η απάντηση του, «εγώ γαστρεντερολόγος είμαι», «στα α... μου ρε μ..., δεν μπα να 'σαι και αστροναύτης;», ούτε τα στοιχειώδη να σου πει εντάξει ξάπλωσε μην φοβάσαι, είμαστε εδώ ας πούμε...»

C54-Όλα ή τίποτα. Το σχετίζεσθαι του ασθενή, χαρακτηρίζεται από διπολικότητα και φασικότητα. Καταφεύγει σε σχεδόν πλήρη αποδοχή ή συνολική απόρριψη κάποιου οικείου προσώπου ή συνεργάτη (διπολικότητα). Ανά διαστήματα επίσης, παρατηρείται μια προτίμηση σε ορισμένα πρόσωπα ή πλήρης απαξίωση τους (φασικότητα). Τα εν λόγω στοιχεία διπολικότητας και φασικότητας, εμποδίζουν τον ασθενή, να δημιουργεί και να καλλιεργεί ώριμες διαπροσωπικές σχέσεις. Διακρίνεται συμπεριφορά, κινούμενη σε ακραίες και σχετικά απόλυτες τιμές αρέσκειας ή απαρέσκειας, συμπάθειας ή αντιπάθειας, εκτίμησης ή απόρριψης του άλλου:

A44/27: Όχι δεν ήταν γρύλος, δεν το είδα σαν γρύλο, ο γρύλος είναι ότι φτιάχνω μια ιστορία στο μυαλό μου και στην φοράω, αυτό ήταν, τουλάχιστον εγώ το είδα διαφορετικά, ότι, οκ, δεν είναι μεγάλο το πρόβλημα, ή δεν υπάρχει κάποια τρελή αντιπαλότητα, υπάρχει μια μικρή διαφωνία, αλλά ακριβώς επειδή υπάρχει μια μικρή διαφωνία, καλύτερα να μην σου ζητήσω χάρη, να μην σου έχω υποχρέωση, να μην μπω στην διαδικασία ας πούμε, ας το παλέψω μόνος μου, πως το λένε στην διαφήμιση της Wind με το αλυσοπρίονο, έλα μωρέ, θα τα καταφέρω, τρέχα...

C56-Στήριξη-Ανταπόδοση. Αναφέρεται στην ανάγκη εκδήλωσης ενδιαφέροντος και υποστήριξης, από και προς τα πρόσωπα του οικείου του περιβάλλοντος. Κύριες πηγές υποστήριξης είναι το στενό πυρηνικό οικογενειακό περιβάλλον, και ειδικότερα η σχέση με τη σύζυγο-σύντροφο. Σκιαγραφείται εντός του παρόντος κωδικού, η ουσιαστική συμβολή της συντροφικότητας και στήριξης που έλαβε ο ασθενής από τη σύζυγο-σύντροφο, κατά την διάρκεια του καρδιακού επεισοδίου και αργότερα κατά την αποκατάστασή του. Επίσης, ο κωδικός αναφέρεται σε μια απαιτητικότητα και διαθεσιμότητα υποστήριξης άνευ όρων, από το οικείο περιβάλλον του:

T97/19: Όχι το έκανα, με ευχαριστούσε και περίμενα αυτή την αναγνώριση, π.χ. Χριστούγεννα, Πάσχα κτλ., έφευγαν όλοι και εγώ

καθόμουν στο γραφείο για να καλύψω ακόμη και τον (αναφέρεται σε υψηλόβαθμο) που έλειπε, για να μην πάρει (εννοεί τηλέφωνο) ας πούμε ο Σ., καθόμουν όλες τις μέρες μέσα και δεν έκανα αργία, δεν με πίεζε, μου άρεσε, αλλά ήμουν εκεί, και είδα ότι η υπηρεσία δεν ενδιαφέρονταν να με στηρίξει και εμένα όταν της ζήτησα την βοήθεια, όταν της ζήτησα την βοήθεια με άφησε ανοιχτό, και λέω βρε μ..., αφού εγώ μέχρι τώρα, για όλους εδώ έκανα, όταν μου είπε ο Σ. «Έλα πάνω», και του είπα του διευθυντή μου, του Κ. «Ανέβα πάνω και πήγαινε πες του ποιος είναι ο Τ.» έτσι στην ψύχρα, και μου λέει «δεν πάω εγώ θα στείλω τον Π. που έχουνε καλύτερες σχέσεις». «Όχι να πας εσύ του λέω, εσύ είσαι υποδιευθυντής, εσύ αντικαθιστάς τον Τάδε (αναφέρεται σε υψηλόβαθμο)» και δεν πήγε ο μ...

C22-Έκθεση σε τρίτους. Αναφέρεται στην αντίδραση του καρδιοπαθή, όταν σε μία συγκρουσιακή κατάσταση αισθανθεί ότι έχει εκτεθεί, μέσω έκφρασης σχολίων ή κρίσεων ή ακόμη και της συναισθηματικής του κατάστασης. Ο ασθενής τότε βιώνει, ότι οι πιθανές (κυρίως εχθρικές) συμπεριφορές άλλων προσώπων έρχονται ως απάντηση σε μια δική του έκθεση, άνοιγμα σκέψεων ή κρίσης. Η έκθεσή του, για παράδειγμα, σε μία ανοικτή αντιπαράθεση στο οικογενειακό ή επαγγελματικό πεδίο, μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικές ή τιμωρητικές συνέπειες για τον ίδιο. Είναι ζωτικής σημασίας για τον ασθενή, να μην καταγράφεται στο προσωπικό του ιστορικό κάποια αρνητική κρίση από το περιβάλλον του. «Να μην δίνει δικαιώματα» σε τρίτους, ώστε να προβούν σε αρνητικά σχόλια. Επιδιώκοντας την εν λόγω στάση, – αποφυγή της προσωπικής έκθεσης του- σχεδόν εξαναγκάζεται να αποσύρεται, φοβούμενος σειρά αρνητικών σχολίων και συνεπειών («τιμωριών»). Αντίστοιχα η αρνητική έκθεση, είτε με μορφή διόρθωσης ή επίπληξης στον επαγγελματικό του χώρο, γίνεται ικανή να προσδιορίσει την επαγγελματική του ταυτότητα. Αρνητικές κρίσεις συναδέλφων όταν κοινοποιούνται, γίνονται αφορμή να αποσυρθεί, να αποενδύσει από την εργασία του και να αποφύγει την όποια ανάληψη ευθύνης, με το σκεπτικό ότι δεν θέλει να είναι ανοικτός σε μελλοντικές αρνητικές κρίσεις («δίνω δικαιώματα»). Στο θέμα αναγνώριση, η έμφαση δίνεται κυρίως στην έκθεση σε άτομα από τον επαγγελματικό χώρο:

Φ14/5: Δεν ξέρω, εγώ νομίζω ότι 17 χρόνια με επηρέαζε, η κριτική των άλλων.

T18/2: Όχι, εάν τσακωνόσουν θα σου έκανε ο άλλος την αναφορά στην υπηρεσία, αν ξέρανε, πολλές φορές έχουν εκμεταλλευτεί τέτοιες καταστάσεις και έχουν κάνει αναφορά στις υπηρεσίες, και λες γιατί να δώσω δικαίωμα στην υπηρεσία μου... για τον βρωμιάρη και λες «ας το διάολο και πήγαινε παραπέρα» του έλεγες.

C64-Απαξίωση. Αναφέρεται σε μία απαξιώτική στάση του ασθενή. Ενίοτε την εκφράζει ανοικτά, σχεδόν επιθετικά, αγνηφώντας την επίδραση που μπορεί να έχει στον άλλον. Η υιοθέτηση της απαξίωσης από τον ασθενή, συνήθως είναι αντίδραση στην θέση που διατυπώνει ο άλλος για ένα ορισμένο ζήτημα: ο άλλος θεωρεί το ζήτημα δευτερεύουσας σημασίας, ενώ ο ασθενής μείζονος σημασίας. Κατόπιν ο ασθενής καταργεί, ακυρώνει και απαξιώνει την προτίμηση ή προτεραιότητα που έχει θέσει ο άλλος. Η εκφορά του λόγου και συνακόλουθες συμπεριφορές από την πλευρά του ασθενή, όχι σπάνια είναι επιθετική και δεικτική (τουλάχιστον όπως τις αφηγείται εντός των συνεδριών):

A10/5: Εδώ σου βάζουν προσκόμματα, δηλαδή έχουν μια ομάδα η οποία τρέχει (αναφέρεται στην ομάδα εργασίας του), και σου λένε ααα, δεν ξέρω αν θα γίνω κακός αλλά πιστεύω ότι στο Τάδε (αναφέρεται στην υπηρεσία του) το 70% του κόσμου ξύνεται, ξύνεται!!! (ψηλώνει τον τόνο της φωνής του)

T120/24: Δεν το είχα ποτέ το χαλαρό αυτό, ποτέ δεν το είχα. Ποτέ δεν υπήρξα χαλαρός στη φάση του Ν. (αναφέρεται στον γιό του). Ποτέ!!! Να είμαι εξεταστική και να παίζω στο κομπιούτερ με τα καραγκιοζάκια, ας πούμε. Δεν το είχα. Όταν είχα εξεταστική, ήμουνα στην πίεση, έπρεπε να γράψω, γιατί έπρεπε να γράψω

C63-Αδυναμία κατανόησης. Αναφέρεται σε μια γενική αίσθηση δυσκολίας να κατανοήσει και να αποδεχτεί, τις ανάγκες του άλλου. Η έννοια του εν λόγω κωδικού παραπέμπει σε μία έλλειψη ενσυναίσθησης, και χρησιμοποιείται ως ασπίδα προφύλαξης και θωράκισης στις αλληλεπιδράσεις του. Ωστόσο, αναφέρεται κυρίως σε πρακτικά και καθημερινά θέματα, και όχι τόσο σε συναισθηματικής φύσεως καταστάσεις. Επίσης, ο κωδικός δεν έχει την χροιά μίας «ναρκισσιστικής

πρωτοκαθεδρίας» του ασθενή στις ζωές των άλλων. Είναι περισσότερο, μια δυσκολία του «να κάνει το βήμα» κατανόησης. Ο ίδιος δεν έχει αντιληφθεί ή δεν έχει επεξεργαστεί αυτή την δυσκολία του ή ακόμη και αγνοεί την ύπαρξη αυτής του της δυσλειτουργίας, η οποία συχνά τον φέρνει αντιμέτωπο με αισθήματα απομόνωσης και απομάκρυνσης στις σχέσεις του:

T82/24: Η οποία έγινε μεγάλη τομή (εννοεί χειρουργική) εδώ πέρα στο δεξί το χέρι και προχθές που ήμαστε μαζί μου λέει «Μπαμπά;», του λέω «Τι, ρε μ...πίτουρα», τον λέω κι αυτόνε έτσι. «Έχω κι εδώ λίγο υγρό στο πόδι». «Γιατί έχεις υγρό στο πόδι;» «Να, μου λέει, εκεί από το τζούντο, απ' το πέσιμο μου έκανε...» «Στ' α... μου» του λέω. «Γιατί μου λες έτσι;» «Εσύ καταπονείσαι, εσύ βάζεις τον εαυτό σου σ' αυτή τη δοκιμασία κι εσύ απολαμβάνεις κι αυτό που παθαίνεις. Εγώ τι να σου κάνω; Εσύ δεν πάλευες και χτύπησες; Σου είπα καν' το για την ευχαρίστησή σου, όχι για πρωταθλητισμό. Εσύ έχεις τρελαθεί...»

...«Όχι, μου λέει, εγώ έχω το σκοπό μου». Του λέω για άλλη μια φορά «Άμα έχεις το σκοπό σου, εμένα στ' α... μου». [Α: Καλή όρεξη.] «Με το πανεπιστήμιό σου τι θα κάνεις;». «Γιατί, σε νοιάζει το χαρτί;», «Αν δε με νοιάζει το χαρτί, εσύ πάντως δεν το πήρες. Κι επειδή για μένα θεωρούσα ότι πρώτα ήταν το χαρτί σου και μετά όλα τ' άλλα...». Μου λέει «Εγώ έχω βάλει τις δικές μου προτεραιότητες». Του λέω «Άμα έχεις βάλει τις δικές σου προτεραιότητες, στ' α... μου». Συγγνώμη που το επαναλαμβάνω αλλά το εκφράζω έτσι. Εγώ του το λέω έτσι. Και ξέρετε γιατί; –σας λέω πάλι– γιατί βγαίνει έτσι αυτό; Γιατί έδωσα πολλά στα παιδιά. Αυτό του εξηγούσα. Έδωσα πολλά, πλήρωσα πολλά: από ιδιαίτερο μπάσκετ, από ιδιαίτερη κιθάρα, από ιδιαίτερο..., τι μπορώ να πω, τένις, μένις κλπ. Έπαιρνε τα παιδιά, η κυρά Β. (αναφέρεται στην σύζυγο του) ας πούμε από το Γ. (αναφέρεται σε περιοχή που έμενε) ή απ' την Κ. (αναφέρεται πάλι σε άλλη περιοχή που έμενε) και τα πήγαινε στην Π. (άλλη περιοχή σχετικά απομακρυσμένη με τις δύο προηγούμενες)- α... μπλε, να τα πάει στην Π. στην πισίνα, για να κάνουν μπάνιο στην Π. Τώρα δεν θέλω να μουντζώσω πουθενά, εμένα πρέπει να μουντζώσω, αλλά εν πάση περιπτώσει, για ν' ανεβάσω το πρεστίτζ των παιδιών. Και μ' έγραψε στ' α... του ο Νίκος σήμερα – παράδειγμα ο Ν.

ε; Μ..., πλήρωσα πολλά για τον Ν., για την Έ. (εννοεί την κόρη του), ναι, φόρεσα πολλές φορές τρύπιο παπούτσι για να μπορώ να ανταποκρίνομαι στις υποχρεώσεις εκείνες εκεί ή να κάνω και τρεις δουλειές την ημέρα για τον Ν. Κι ο Ν. ξέρεις τι μου λέει σήμερα; «Επιλογές μου, πατέρα». Τι λες, ρε μ..., τι λες; Και τι μου λέει; «Το χαρτί (εννοεί το πτυχίο) το αποδεικνύει;». «Το αποδεικνύει», του λέω. «Το έφερες; Δεν το έφερες, μ...». Δε μου το 'φερε. Στ' α... του ο Ν. σήμερα. Παίζει τα καραγκιοζάκια, βάζει το κομπιούτερ [κάνει ήχους] «Τι παίζεις, ρε μ...; Γιατί δε διαβάζεις για την εξεταστική;»

C81-Συμβολή. Αναφέρεται στην ανάγκη του ασθενή, να αναγνωρίζεται η συμβολή του και η προσφορά του στον οικογενειακό και επαγγελματικό χώρο. Η ίδια αίσθηση ανάγκης αναγνώρισης, περιλαμβάνει και την εκτίμηση του άλλου προς μία γνώμη ή θέση που ανέπτυξε ο ασθενής. Έτσι, στον εργασιακό χώρο, μια πρωτοβουλία του ή συνεισφορά του, θα έπρεπε να χαίρει άμεσης εκτίμησης. Το ίδιο ισχύει και στην αλληλεπίδραση του μέσα στην θεραπευτική διαδικασία της ομάδας. Επίσης, ο κωδικός αναφέρεται στην σπουδαιότητα που έχει για τον ασθενή η εν δυνάμει επίδραση της γνώμης του, στους άλλους:

T37/5: Ναι μέσα από αυτό όμως συνυπάρχω και εγώ, πως αλλιώς, δεν ήρθε το παράδειγμα σε εμένα να μου πει ο Γ. ή ο Α. ξέρεις κάτι σε συμβουλευόμαστε κάτι άλλο, σήμερα ή αύριο ή χτες, όταν προκύψει η δεύτερη γνώμη σε μένα, φαντάζομαι θα ειπωθεί και σε μένα, δεν σημαίνει ότι εγώ τα ξέρω ή τα έχω βιώσει, απλώς προσπαθώ να μεταφέρω την δική μου εμπειρία σε αυτό το αντικείμενο που έχω γνωρίσει και γω και που έχω βιώσει ας πούμε... αυτό λέω.

Προσεγγίζοντας περαιτέρω ερμηνευτικά το Θέμα της «Αναγνώρισης» από το οικείο του περιβάλλον, είναι εύλογο να προχωρήσουμε σε ορισμένους συσχετισμούς. Σε μια αφαιρετική, αλλά συνάμα και πρακτική διάσταση, ο ασθενής χρησιμοποιεί την εξής ακολουθία σκέψεων: «η καλή και καθωσπρέπει συμπεριφορά την οποία επιδεικνύω, είναι μια κατάκτηση εξαιρετικά δύσκολη. Είναι ένα αποτέλεσμα, θυσιαστικών εκ μέρους μου παραχωρήσεων, από άμεσες ανάγκες μου. Οφείλετε λοιπόν και εσείς, να πράξετε δεόντως και αναλόγως, αλλά και να ιεραρχήσετε τις προσωπικές σας ανάγκες, κατά τον ίδιο ή παρόμοιο τρόπο, όπως τις

όρισα και εγώ στο παρελθόν, για να σας εξυπηρετώ. Υπό αυτό το πρίσμα, ίσως και να οφείλετε να ταυτιστείτε μαζί μου, ως προς τον τρόπο με τον οποίο επιτεύχθηκαν οι δικές μου επιτυχίες».

Συμπερασματικά, στο Θέμα «Αναγνώριση» παρατηρούμε την ανάγκη του ασθενή να αναγνωρίζεται η συμπεριφορά του, ως πρότυπο συμπεριφοράς για τους άλλους. Οι άλλοι, πάντα κατά την αντίληψη του ασθενή, οφείλουν τρόπον τινά να τον ακολουθούν ταυτιζόμενοι μαζί του. Η ταύτιση στόχων, απόψεων και κοινωνικών συμπεριφορών, περιλαμβάνεται σε κάθε «ουσιαστική σχέση, όπου ο άλλος γίνεται φανατικός οπαδός» (T35/5). Ο ασθενής, αισθάνεται ότι έχει υποστεί πλήγμα, όταν αντιλαμβάνεται ότι δεν είναι η υψηλή προτεραιότητα του άλλου. Ο ίδιος διακρίνεται από μία έμπρακτη θυσιαστική διάθεση για τους οικείους του και ως εκ τούτου αναμένει και άλλοι να πράξουν αναλόγως. Σε περιπτώσεις όπου η θέση του ή στάση του για ένα ζήτημα αναφερθεί σχολιαζόμενη με αρνητικό πρόσημο ή υποτιμητική διάθεση, τότε επιφέρει ένα σοβαρό και ζωτικό πλήγμα της (αψεγάδιαστης) εικόνας που θέλει να παρουσιάζει, (ή καλύτερα, της «αψεγάδιαστης» εικόνας που οφείλει σχεδόν υποχρεωτικά και ψυχαναγκαστικά να παρουσιάζει στο περιβάλλον του).

Πίνακας 6. Περιεχόμενο κωδικών Θέματος «Αναγνώριση»

Κωδικός	Τίτλος Κωδικού	Περιγραφή Κωδικού	Ενδεικτική Παραπομπή
C5	Προσπάθεια	*Συνεχής προσπάθεια	T02/02
		*Συνεχής προσπάθεια αποφυγή εκδήλωσης	T72/27
		ακραίων συμπεριφορών τις οποίες βιώνει	T06/05
		*Ατέρμονη προσπάθεια “να αποδείξω ότι είμαι	T103/19
		σημαντικός” * “Δεν μίλαγα, δεν	T127/19
		τσακωνόμουν...προσπαθούσα”	T119/24
C54	Όλα ή τίποτα	*All or none στάση ως προς το σχετίζεσθαι	A37/19
		*Απόλυτες τιμές-απόλυτη ταύτιση ή αντιταύτιση	A62/27
		(όρα "ίδιο είμαστε") * “Απόλυτος φταίχτης για όσα	A44/27
		του έχουν συμβεί” *Σχέση πατέρα-γιού: “όλα ή τίποτα” *Απόλυτα ματαιωτική Υπηρεσία	
C56	Στήριξη Ανταπόδοση	*Ενδιαφέρον και υποστήριξη	
		*Ανάγκη συντροφικότητας και ζεστασιάς από τη σύζυγο	
		*Απαίτηση άνευ όρων αγάπης του πατέρα προς το παιδί και το αντίστροφο, σε απόλυτες τιμές	
		*Σκιαγράφηση της συντροφικότητας κατά την δύσκολη φάση μετά το καρδιακό επεισόδιο	T13/05
		σχέση	T34/05
		*Πατρική ανάγκη των όσων έχει προσφέρει στο παιδί του ως ανταπόδοση	T36/05
		*Αναγνώριση και συμμόρφωση στην πατρική εικόνα	A38/19
		*Εμπρακτη θυσιαστική διαθεσιμότητα	T97/19
		*Ανάγκη του να είναι σημαντικός για το γιό του, να τον θέλει δίπλα του, να τον έχει ανάγκη	T98/19
		*Ο άλλος ως συμβαλλόμενο μέλος (μηχανιστικά και υποχρεωτικά να του σταθεί ως οφείλει)	T17/27
		*Σκέψη κάποιου στον οποίο πραγματικά μπορεί να βασιστεί, να υπολογίζει ότι είναι μαζί του	

C57	Ταύτιση	*Ανάγκη ταύτισης μεταξύ των συντρόφων	T35/5
		*Ανάγκη ταύτισης στόχων *“Φανατικοί οπαδοί”	A79/5
		*Ανάγκη του να είναι σημαντικός για το γιό του	A61/27
		*Ανάγκη να “δένει με όλους από το περιβάλλον του” και να “ταιριάζει” *“Ότι πρέπει όλοι να μοιάζουν μαζί μου”	T53/27
			A35/27
C58	Πλήγμα	*Δίδεται προτεραιότητα σε άλλους και όχι στον ασθενή *Ναρκισσιστικό πλήγμα: δεν είμαι η προτεραιότητα του γιού μου ή κάποιου έτερου	T12/05
		σημαντικού άλλου ή του ιατρικού προσωπικού	A38/19
		*Απαίτηση και ανάγκη προγραμματισμού	T97/19
		προτεραιοτήτων-στόχων και σαφών κριτηρίων για το ποιοι είναι μαζί μου	T82/24
		*Προγραμματισμένη πορεία και ναρκισσιστική ματαίωση από οικείο πρόσωπο	T104/24
C59	Αναγνώριση		A11/05
		*Ανάγκη να αναγνωρίζεται	T06/05
		*Ανάγκη να ακολουθείται ως πρότυπο	T15/05
		*Ανάγκη αποδοχής από το παιδί του: το παιδί “αποδέχεται βαθύτερα τον πατέρα του” *Ατέρμονη προσπάθεια να δειχθεί * “Έλλειψη αναγνώρισης σε τέτοιο βαθμό δεν είναι τυχαία” *Γαυτότητα “ότι είμαι κάτι διαφορετικό” από τους υπόλοιπους (ως προς κάποιο στοιχείο του status του, πχ ως επαγγελματίας ή λόγω περιουσίας) *“Εγώ πιστεύω ότι αξίζω μεγάλοσταυρο του Γεωργίου που το έδιναν σε περιόδους πολέμου”	T43/05
			A37/19
			A72/19
			T97/19
			A08/24
			T104/24
			T119/24
			T154/24
C63	Αδυναμία κατανόησης		T71/27
		*Αδυναμία κατανόησης και ενσυναίσθησης της θέσης του άλλου και των προτεραιοτήτων που αυτός/ή θέτει στα προσωπικά του θέματα	T19/05
			T22/05
C64	Απαξίωση		T82/24
			A10/05
		*Επιθετική και απαξιώτική στάση για τη διαφορετική θέση του άλλου και των προτεραιοτήτων που αυτός/ή θέτει καθώς επίσης και του τρόπο που επιλύει/βιώνει προσωπικά του	A35/05
			T08/05
			T12/05
			T82/24

		θέματα *“Παίζει τα καραγκιοζάκια στο κομπιούτερ” (για τον γιο του κατά την διάρκεια εξεταστικής περιόδου)	T120/24 T67/27
			A11/05 T07/05 T12/05 A34/05 T37/05 T16/19 A22/19 T104/24
C81	Συμβολή	*Ανάγκη να αναγνωρίζεται η συμβολή του και η προσφορά του *Ανάγκη να αναγνωρίζεται η γνώμη του από τους άλλους *Ανάγκη να έχει κάποια επίδραση η γνώμη του στις ζωές των άλλων	
C22	Έκθεση σε τρίτους	*Η έκθεση ως προς τρίτους με αρνητικό τρόπο είναι ζωτικής σημασίας *Έκθεση μέσω έκφρασης σχολίων ή κρίσεων *Έκθεση συναισθηματικής κατάστασης *Έκθεση συνεπάγεται τιμωρητική διάθεση των άλλων *Αποφυγή έκθεσης σε τρίτους οδηγεί σε απόσυρση	T19/05 Φ14/05 A54/05 A55/20

Θέμα «Αίσθημα Μοιραίου»

Το Θέμα «Αίσθημα μοιραίου» αποτελείται από τους εξής κωδικούς: C38 Αβοηθητότητα, C37 Επισφάλεια, C39 Φόβος καταστροφής, C48 Απειλή, C55 Ετεροκαθορισμός C61 Διπλός δεσμός, και C20 Αδυναμία. Το Θέμα «Αίσθημα Μοιραίου», αναφέρεται σε μια συναισθηματική εμπειρία «παγώματος» και παθητικής αναμονής, ενός επερχόμενου «μοιραίου κακού». Ο ασθενής αισθάνεται, ότι όσο προετοιμασμένος κι αν είναι, θα αποδειχθεί ελλιπής και ανίκανος να επιφέρει σχετικό έλεγχο της κατάστασης ή να επαναφέρει την πρότερη σταθερότητα. Αναλυτικότερα, ακολουθούν επεξηγήσεις και ενδεικτικές περιγραφές ως προς τα συστατικά στοιχεία δόμησης του Θέματος, από το απομαγνητοφωνημένο κείμενο των ψυχοθεραπευτικών συνεδριών. Επίσης παρατίθεται Πίνακας περιεχομένου και κωδικών του Θέματος.

C37-Επισφάλεια. Αναφέρεται στην αίσθηση επισφάλειας, που νοιώθει ο ασθενής για τα πράγματα γύρω του. Η αίσθηση αυτή, δεν είναι αντίδραση σε κάποια πραγματική κατάσταση για την οποία θα έπρεπε ανησυχεί, τουναντίον, συμβαίνει κυρίως σε χρονικές φάσεις, κατά τις οποίες επικρατεί σχετική ηρεμία. Ο ασθενής, βρίσκεται σε κατάσταση φόβου και αγωνίας, για το πώς μπορούν να εξελιχθούν τα πράγματα για αυτόν ή για κάποιο οικείο πρόσωπο, του περιβάλλοντος του:

A40/5: Πλέον λόγω του επεισοδίου είμαστε σε μια κατάσταση που λες μην πάθω κάτι ας πούμε...

C38-Αβοηθητότητα. Αναφέρεται στο αίσθημα αβοηθητότητας που νοιώθει ο ασθενής, σχετικά με την αξία μιας προσωπικής του παρέμβασης στο εργασιακό ή οικογενειακό περιβάλλον του. Ενώ γνωρίζει και μπορεί να αντιληφθεί, ότι η κατάσταση που υφίσταται θα φέρει δυσμενείς συνέπειες για τον ίδιο, αυτός παραμένει αδρανής και αβοήθητος (τουλάχιστον ως προς το βαθμό που θα μπορούσε να επηρεάσει την κατάσταση). Η εκδήλωση των δυσμενών συνεπειών μπορεί να είναι άμεση ή μελλοντική:

Φ38/5: Ναι, με έχει καταρρακώσει, όλες αυτές οι φασαρίες που έγιναν... δηλαδή προσπαθώ να βρω γαλήνη... έχω κουραστεί πάρα πολύ... το 'χω ρίξει και στον ύπνο, δηλαδή δεν ήμουν πολλές ώρες και αυτά.. μου 'χει γυρίσει μπούμερανγκ, δηλαδή μπορεί να κάθομαι 3 μέρες και να κοιμάμαι... τίποτα άλλο

C39-Φόβος καταστροφής. Αναφέρεται στις επιθετικές και καταστροφικές, σκέψεις και φαντασιώσεις, που ο ίδιος έχει κάνει κατά διαστήματα για τους άλλους, και στην πορεία φοβάται ότι θα δεχθεί αντίποινα. Αντίστοιχα όμως, φοβάται υπερβολικά, καταστροφικές και επιθετικές συμπεριφορές των άλλων για την δική του σωματική ακεραιότητα. Δεν είναι λίγες οι φορές που τέτοιες σκέψεις είναι «περιτυλιγμένες» με αίσθημα φόβου και πανικού:

T116/19: Ψιτ, κοίτα, πίσωωωω, όοοπααα... έτσι το νιώθω, έτσι το βγάζω γιατρέ μου, δεν ξέρω εάν ο Γ. το νιώθει διαφορετικά, ο Α. διαφορετικά, ο άλλος διαφορετικά, εγώ λέω όπα και μπορεί να μην με σφάζει, και εάν μου ρίξει μια στην καρδιά, για παράδειγμα, και μου κάνει «άντε από κει ρε πατέρα» κραπ και με ρίξει χάμω, σακατεμένος ο Τ. μετά, όχι εγώ δεν θέλω να σακατευτώ, δεν θέλω ρε Γ., δεν θέλω ρε Α. γιατί; Νομίζεις ότι είμαι τζουντόκος μ... εκεί πέρα; Να με σπρώξει ο Ν. για να δει πώς αντέχω εγώ; Γιατί; Φόβος είναι γιατρέ μου, γιατί να μην είναι φόβος; Εγώ λέω, γιατί να μην είναι φόβος, το εξέφρασα πρώτος, εγώ λέω μόλις το άκουσα το γεγονός ένιωσα φόβο, δεν ξέρω τι μπορεί να ένιωσε ο Φ. ή ο Α., μικρότεροι, αλλά εγώ λέω, έτσι σκεπτόμενος κάποια στιγμή, δεν μπορεί να συμβεί;;; Μπορεί να είναι καλά τα παιδιά μου, άριστα, και; Δεν το ξέρω. Εσύ το ξέρεις; Κάθεται ο Φ. επάνω στην μηχανή, και τσακώνεται με τον γιο του, του κάνει μια έτσι και τον σπρώχνει και φεύγουν μαζί κάτω, το σπάσε το χέρι ο Φ. και μετά; Ο Φ. θα είναι στο γύψο, δεν είναι έτσι;

C48-Απειλή. Αναφέρεται στην έντονη και «ζωντανή» αίσθηση, ότι απειλείται από κάτι κακό που παραμονεύει. Η απειλή βιώνεται διαρκώς και μπορεί να εμφανιστεί οπουδήποτε και οποτεδήποτε, ως «ξαφνικό της στιγμής», με αποτέλεσμα να διαταραχτεί η κανονικότητα της ζωής του ασθενή:

T105/24: Όχι, όχι, είπαμε πώς μπορεί να προκύψουν στη ζωή κάποια πράγματα που δεν τα περιμένεις. Δεν είναι μόνο... Το ότι την έσφαξε είναι το τελικό αποτέλεσμα, είναι το έσχατο αποτέλεσμα (αναφέρεται σε έγκλημα που άκουσε στις ειδήσεις). Ότι μπορεί να προκύψει, όμως, και σου λέω πολύ απλά εγώ, το είπα και την άλλη φορά: Δε θέλει να σε χτυπήσει το παιδί, δε θέλει να σε σφάζει, λέω, εκείνη την ώρα και σου λέει «Φύγε, ρε πατέρα» και σε σπρώξει. Ξέρω όμως έναν άνθρωπο στο

χωριό μου, όχι το παιδί του, με κάποιον, όπως πήγαν να παρεξηγηθούνε και του κάνει μια «Φύγε από δω ρε» και τον χτύπησε στην καρδιά (ήχος που σημαίνει ότι πέθανε). Θα μου πεις, συνδέεις το γεγονός; Τυχαίο λέω εγώ. Συνέβη όμως. Σου λέω ότι ο Ν. πιάνει εκείνο το τραπέζι και το σηκώνει έτσι. Δεν έχει τίποτα να με σηκώσει εμένα, παράδειγμα. Θα μου πεις, φοβάσαι μη σε σηκώσει;

C55-Ετεροκαθορισμός. Αναφέρεται στην αίσθηση, ότι εξωγενείς επιρροές, μπορούν να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό τις σχέσεις που έχει αναπτύξει κατά το παρελθόν, ο ασθενής με άλλους ανθρώπους. Πρόκειται για πρόσωπα οικεία, της οικογένειας, ή συνεργάτες οι οποίοι, κατά την κρίση του ασθενή, θα επηρεαστούν από «τρίτα άτομα» και κατά αυτόν τον τρόπο θα προκληθεί ζημία στην σχέση τους:

T59/2: Πολλοί οι εξωγενείς παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν... (εννοεί μία απόφαση)

T98/19: Ο Κ. (αναφέρεται στον προϊστάμενο του, ανώτατο αξιωματικό), τον ξέρεις δεν έχει σημασία (απευθύνεται στον θεραπευτή), αυτός ήταν (λέει το βαθμό του), “ανέβα πάνω” τού λέω, μου λέει «θα γίνουμε μαλλιά κουβάρια» (σχετικά με την διάθεση προσωπικού σε κάτι έκτακτο που προέκυψε)... ε, γίνε, άμα νιώθεις ότι πρέπει να γίνεις για το προσωπικό σου... «όχι, να πάει ο Π. (αναφέρεται σε άλλο συνάδελφο του)». Κι αυτό γιατί έχουν καλύτερη σχέση.

T53/2: Άλλαξε άρδην ας πούμε, από στρατιωτικές σχολές βρέθηκε να είναι στο μαθηματικό Αθήνας... επειδή πέρασε εδώ Αθήνα.

C61-Διπλός δεσμός. Αναφέρεται στην αίσθηση που βιώνει ο ασθενής, ότι σε μια δεδομένη κατάσταση που απαιτείται από εκείνον να εκφραστεί ανοικτά, όποια απάντηση και να δώσει δεν θα είναι μία «καλή απάντηση». Δηλαδή κατά την κρίση του, με κάποιο τρόπο ακυρώνεται ο ίδιος ή/και η απάντηση του. Το βίωμα της κατάστασης αυτής, αίσθημα αποκλεισμού, τον οδηγεί από τη μια πλευρά στον εκνευρισμό και ξέσπασμα οργής, και από την άλλη στην «βουβαμάρα» και το πάγωμα των αντιδράσεων του:

T2/2: Σίγουρα, εγώ δεν είπα ότι δεν είναι άδικο, εγώ λέω πως δουλεύει η μηχανή, όταν βλέπει εσένα και άλλους να μπορούν να τραβήξουν το κάρο, λέω έχω τον Α., τον Τ., τον Α. και το Λ. και τραβάει το κάρο, από την στιγμή που γίνεται, και αφού αυτό είναι το πρόβλημα μου δεν θέλω να δημιουργήσω άλλο, γιατί εάν το πω στο Ν. θα μου δημιουργήσει πρόβλημα, μπορεί να έρθουμε σε ρήξη, και λέω Τ. (εννοεί τον εαυτό του) πάρε και αυτό.

C20-Αδυναμία. Ο ασθενής βιώνει μια διαρκή αδυναμία μπροστά στην διεκδικητικότητα του άλλου. Νοιώθει απροστάτευτος, στην ενδεχόμενη λεκτική ή ακόμα και σωματική επιθετικότητα, την οποία ο άλλος μπορεί ανά πάσα στιγμή να ασκήσει επάνω του. Το αίσθημα ανασφάλειας στις σχέσεις του, του δημιουργεί μεγαλύτερη αίσθηση αδυναμίας, διότι «αν μιλήσει, θα τσακωθεί», και «αν τσακωθεί, θα τον χτυπήσουν». Οπότε η σύγκρουση-διεκδίκηση, συνεπάγεται κάποιας μορφής πλήγμα (ψυχολογικής φύσης ή ακόμα και σωματικής ακεραιότητας):

T115/19: Όχι, να φτάσουμε τα πράγματα στα όρια τους, να έρθει μια κόντρα, άνθρωποι είμαστε ζωντανοί με νεύρα, έχω και γω νεύρα, έχουν και τα παιδιά νεύρα και όλοι, μπορούμε να φτάσουμε σε μια ακρότητα και μέσα από αυτή την ακρότητα να συμβεί το οτιδήποτε, μπορεί να συμβεί, δεν το ξέρω, δεν μπορώ να υπογράψω εγώ χαρτί ότι ο Ν. ο δικός μου π.χ. επειδή είναι καλό παιδί, τον χρεώνω καλό παιδί ή όποιος, ή ο Φ. ή εσείς τον χρεώνεται καλό παιδί ότι σημαίνει αυτό το καλό παιδί ποτέ δεν θα αντιδράσει, δεν το ξέρω, το ξέρω; Και γω λέω, αν με πιάσει ο Ν., είναι 1,92 ο Ν., είναι 100 κιλά, έπαιζε προχθές τζούντο παράδειγμα, θα με πιάσει από το σβέρκο και με πάει σαν το τσιροπούλι, χραπ από το μπαλκόνι, και τι ο άλλος ο πακιστανός δήλωσε ότι την πέταξε από 10 μέτρα την κοπέλα, την βούτηξε και την πέταξε, γιατί να μην με βουτήξει εμένα λέω παράδειγμα, ο Ν. ή τον Φ. άμα είναι πιο δυνατός ο γιός του και τον πετάξει από το μπαλκόνι, ή από τις σκάλες, και γω μετά τσίτα λιάρος (γέλιο στην ομάδα), «Όχι Φ. κάτσε παραπίσω... όπα!»

T120/19: Για φαντάσου, σου λέω άμα με πιάσει από το σβέρκο έτσι θα είμαι, θα με κουνάει στον αέρα έτσι σαν τσιροπούλι (γέλια), τι είμαι, 65

κιλά 66, αφού πιάνει τον άλλον με το 100αρί και τον τραβάει για να τον ρίξει κάτω, εμένα... ούτε τρίχα από τα α...

A9/5: Το άγχος είναι γενικό ας πούμε, απλά εγώ πιστεύω ότι σπάω περισσότερο, δεν έχω τις αντοχές που έχουν οι άλλοι.

Συμπερασματικά, στον Θέμα «Αίσθημα Μοιραίου» διακρίνεται και περιγράφεται η ισχύς που μπορεί να έχει ένα εξωτερικός παράγοντας, ικανός να ανατρέψει ριζικά τη συνέχεια και την κανονικότητα της ζωής του καρδιοπαθή.

Πίνακας 7. Περιεχόμενο κωδικών Θέματος «Αίσθημα Μοιραίου»

Κωδικός	Τίτλος Κωδικού	Περιγραφή Κωδικού	Ενδεικτική Παραπομπή
C38	Αβοηθητότητα	*Γνώση και φόβος ότι υφίσταται κάτι	T19/05
		δυσλειτουργικό το οποίο κάποια στιγμή, άμεσα ή	T27/05
		μελλοντικά, θα εκδηλωθεί με δυσμενείς συνέπειες	Φ33/05
		για το ίδιο, και το περιμένει και παραμένει	T69/19
		αβοήθητος (ως προς το βαθμό που θα μπορούσε να τον επηρεάσει)	
C37	Επισφάλεια	*Επισφάλεια μιας ήρεμης φάσης	T29/05
		*Αίσθηση απειλής και φόβου στο πώς εξελίσσονται	A40/05
		οι σχέσεις που συνάπτει (θα είναι σταθερές ή θα	T66/19
		διαλυθούν;)	T116/19
C39	Φόβος καταστροφής	*Επιθετικές και καταστροφικές παρορμήσεις	T69/19
		*Φόβος πρόκλησης κακού *Φοβία	T116/19
			T139/19
C48	Απειλή	*Αίσθηση απειλητικού	
		*Το “ξαφνικό της στιγμής” όπου ανά πάσα στιγμή μπορεί να διαταράξει την κανονικότητα της ζωής του	T105/24

C55	Ετεροκαθορισμός	*Εξωτερικές προκλήσεις που καθορίζουν τις σχέσεις (επαγγελματικά και κοινωνικά) *Καθορισμός σχέσης από τον άλλον *Καθοριστική σημασία για την σχέση: η προσέγγιση της συζύγου *Αλλαγή συμπεριφοράς οικείου προσώπου από επιρροή τρίτου *Εξωγενείς επιρροές, φαινόμενα (ακόμη και αλλαγές καιρού) *Αστάθμητοι παράγοντες (ξαφνική εμφάνιση κάποιου που αναταράσσει τα σχέδια) *«μπορεί να είναι ένας περαστικός, ένας άσχετος, ο οποίος απλά, έχει κάνει τα μαλλιά του ράστα εκείνη την ώρα, και εμένα μου την σπάνε ας πούμε»	Φ14/05 T98/19 A22/27
C61	Διπλός δεσμός	*Κλείδωμα double-bind της απάντησης που θα μπορούσε να δώσει σε μια ερώτηση. Δηλαδή, από την μία πλευρά “εκφράζομαι” σημαίνει έκρηξη, θυμός, διάλυση και “δεν εκφράζομαι” σημαίνει βουβαμάρα, συμπίεση. Οι δύο ανωτέρω επιλογές οδηγούν σε αίσθημα αδιεξόδου	A66/20 A92/20
C20	Αδυναμία	*Αίσθημα αδυναμίας: αν χρειαστεί να μιλήσει φοβάται ότι θα τσακωθεί και κατά βεβαιότητα θα “ηττηθεί” *“Θα με πιάσει από το σβέρκο και με πάει χραπ σαν το τσιροπούλι χραπ από το μπαλκόνι” (αναφερόμενος στον γιό του) *Αδυναμία να ορίσει κάποιο πλαίσιο *Αίσθηση, εκ των προτέρων, ότι δεν έχει κάποιο έλεγχο στο περιβάλλον του	A09/05 T112/19 T115/19 T116/19 T120/19

Θέμα «Εξάντληση»

Το Θέμα «Εξάντληση» αποτελείται από τους εξής κωδικούς: C80 Εμπιστοσύνη, C83 Εξάντληση σωματική, C84 Σωματικός πόνος, C85 Εξάντληση οικογενειακή, C86 Εξάντληση οικονομική, C87 Πόνος/Εκτόνωση, C88 Δαπάνη εξισορρόπησης, C89 Επείγον πρόβλημα, C90 Σύνδεση σωματικού και ψυχολογικού, και C91 Έντονη στιγμή. Το Θέμα «Εξάντληση» αναφέρεται στις εκδηλώσεις εξάντλησης που βιώνει ο καρδιοπαθής σε προσωπικό, οικογενειακό, κοινωνικό (σχεσιακό) και οικονομικό επίπεδο. Το σώμα συνολικά, και όχι απαραίτητα η καρδιολογική του κατάσταση, λειτουργεί ως εκφραστής και “διέξοδος” αυτών των αισθημάτων υπερβολικής κόπωσης και εξάντλησης. Αναλυτικότερα, ακολουθούν επεξηγήσεις και ενδεικτικές περιγραφές ως προς τα συστατικά στοιχεία δόμησης του Θέματος, από το απομαγνητοφωνημένο κείμενο των ψυχοθεραπευτικών συνεδριών. Επίσης παρατίθεται Πίνακας περιεχομένου και κωδικών του Θέματος.

C83-Εξάντληση σωματική. Αναφέρεται, στην αίσθηση της επιβαρυνμένης σωματικής κόπωσης που νοιώθει, ύστερα από μία εργασία που αναλαμβάνει ή άλλη σωματική δραστηριότητα, όπως να προλάβει το λεωφορείο ή να χρειασθεί να τρέξει για κάποια επείγουσα παραδοτέα εργασία:

A6/5: Έχω πολύ άγχος στην δουλειά, πάλι γίνεται της κακομοίρας, πάλι έχουμε ανοίξει 15 μέτωπα, πρέπει να γίνουν 15 προγράμματα ταυτόχρονα και όλα τώρα. Εν τω μεταξύ γενικώς στην μηχανογράφηση το πρόβλημα του άγχους από ότι βλέπω δεν είναι κάτι που το έχω μόνο εγώ, απλά εγώ εκδηλώνομαι περισσότερο ή σπάω πρώτος. Δηλαδή έχει υπάρξει άτομο που βγάζει εξάνθημα από το άγχος και το βγάζει όποτε πολύ αγχώνεται, υπάρχει άτομο το οποίο, γυναίκα, της οποίας της έχει γίνει ο κύκλος κουλουβάχατα από το άγχος, παιδί το οποίο ήταν μονίμως χαμογελαστό, το οποίο το φώναζα η μισ θετική ενέργεια, έχει χάσει το χαμόγελο της, και γενικώς είναι τα πράγματα που λες... δεν βγαίνει... πολλά ζητάνε, τα θέλουν τώρα, έχουμε και σοβαρά προβλήματα, πέφτουνε και μ... άσχετα α, δεν μου δουλεύει το έβαλε στην πρίζα που λένε (αναστεναγμός)... χτες πάλι το πρωί ήμουν σε κατάσταση... αφού μου έλεγα ρε μ... ηρέμησε θα πάθεις τίποτα, ας πούμε... και έχω και ένα επεισόδιο για κείνη την ημέρα... και ‘χω έτσι και αυτή.. αυτό το άγχος το.. το οποίο είναι φθορά είναι.. δηλαδή λες... σπρώχνεις την μέρα, έχεις

και τον φόβο λόγω του καρδιακού επεισοδίου και είσαι στη φάση που λες ξεκινάμε άντε να βγάλουμε την μέρα, όχι να βγάλουμε ,να σπρώξουμε την μέρα να φύγει ας πούμε... και δεν είσαι στη φάση που λες εντάξει μωρέ αντέχω ας πούμε...

C84-Σωματικός πόνος. Αναφέρεται στην αίσθηση ενός εντοπισμένου σωματικού ενοχλήματος, το οποίο δεν είναι απαραίτητο να αναφέρεται στην καρδιολογική του κατάσταση. Συνήθως παίρνει διαστάσεις δυσανάλογες με την ενόχληση που προκαλεί. Συχνά μεταφράζεται ως μια ένδειξη ότι κάτι δεν πάει καλά με τις σωματικές του λειτουργίες. Συνήθως η αίσθηση πόνου τον οδηγεί σε αίσθημα κόπωσης και ψυχικής δυσφορίας. Η ανοχή του σε αυτές τις καταστάσεις πόνου είναι περιορισμένη:

A73/24: Όπως έχω εγώ τα “πονάω εδώ πονάω εκεί”

A76/24: Κάνω κουβέντα εγώ με τους πόνους μου... τους μιλάω

C85-Εξάντληση οικογενειακή. Αναφέρεται στις ανάγκες και υποχρεώσεις ,που καλείται να καλύψει στο πλαίσιο της οικογένειας. Αν και αρχικά εμφανίζεται πρόθυμος να συμπαρασταθεί και να ικανοποιήσει αιτήματα των μελών της οικογενείας του, στη συνέχεια, αρκετά συχνά αν όχι σχεδόν πάντα, αισθάνεται εξαντλημένος:

T119/24: Γιατί είχα μάθει να λειτουργώ έτσι, να ‘μουνα στην ένταση, όπως ήταν και ο Α., που έπρεπε να κάνω τρεις δουλειές την ημέρα για να καλύψω τις ανάγκες του Ν. στο Αρσάκειο, της Έ. στο Ωδείο, στο τένις, για να καλύψω όλες τις ανάγκες. Τρεις δουλειές έκανα την ημέρα. Έφευγα το πρωί στις 6 και γύριζα το βράδυ στις 9-10. Νηστικός κι εγώ όλη την ημέρα, μ’ ένα σάντουιτς, ας πούμε, απ’ την καντίνα, για να προλάβω αυτές τις ανάγκες του Ν. και της Έ. Είχα κι εγώ, σαν πατέρα, σαν γονιός, μια φιλοδοξία: να προχωρήσουν, να αποκατασταθούν επαγγελματικά και να πάρουν τη ζωή τους. Να τους στηρίξω κι εγώ όσο μπορώ, να τους φτιάξω το σπίτι τους, όπως έκανα [δυσνόητη φράση], χαζομάρα ή εξυπνάδα ας πούμε, τους έφτιαξα το σπίτι τους, το αυτοκίνητό τους, το πανεπιστήμιό τους, και να πάρουν κι αυτοί τα εφόδιά τους, να πάρουνε κι εκείνα τα εφόδιά τους [το ξαναλέει]. Αλλά, τι; Τι; Τα ‘δωσε όλα ο πατέρας και η μάνα. Εκείνα;

C86-Εξάντληση οικονομική. Αναφέρεται στην αίσθηση που αποκομίζει από διαφόρων τύπων συναλλαγές με τους άλλους. Συχνά αισθάνεται «ριγμένος» τόσο σε καθαρά οικονομικό-χρηματικό επίπεδο, όσο και στο ότι ανέλαβε ή έκανε πολλά παραπάνω σε σχέση με τον άλλο:

Φ37/5: Τώρα είμαστε στον θέμα ότι αυτό το μήνα δεν μπόρεσα να της δώσω όλο το ποσό 350 ευρώ, επειδή με ξέκαναν τα δικαστήρια, ο δικηγόρος μόνο ήθελε 200 για να παρευρεθεί, τέλος πάντων... οικονομικά τα πήγα σε ένα σημείο και δεν μπορώ να της τα δώσω τα 350, μπορώ να της δώσω 200, και έγινε φασαρία... δεν έχω, δεν κάνω, δεν δείχνω, αυτή έχει το μαγαζί, έχει μπει και ο άνθρωπος που τα 'χει τώρα και προσφέρει, ίσα ίσα για να μου τραγουδάει.

C87-Πόνος/Εκτόνωση. Αναφέρεται στην πεποίθηση του ασθενή, ότι ο πόνος (όπως τον συναντούμε στους Κωδικός C83, και C84) και η σωματική εξάντληση που προκαλείται από αυτόν, μπορούν να φέρουν μία μορφή εκτόνωσης, την οποία αισθάνεται ότι έχει ανάγκη. Πρόκειται για μια μετάφραση που κάνει ο ασθενής στο αίσθημα του πόνου: ο πόνος είναι για εκείνον κάτι που υφίσταται διαρκώς, δεν μπορεί να απαλλαγεί και για αυτό τον λόγο πρέπει κάπως να τον κάνει υποφερτό ή να του δώσει νόημα, έστω και διαστρεβλωμένο. Έτσι, το αίσθημα πόνου, κατά την κρίση του, μπορεί να του παράσχει παροδική ανακούφιση, μέσω της εκτόνωσης:

A41/24: Δεν με απασχολούσε καθόλου η καρδιά μου επειδή πόναγα με το πλευρό δεν με πόναγε η καρδιά.

C88-Δαπάνη εξισορρόπησης. Αναφέρεται στην σωματική εξάντληση που υποβάλει τον εαυτό του ο καρδιοπαθής, με απώτερο στόχο να επιφέρει μια ηρεμία. Αυτός ο κωδικός είναι σχετικός με τον ανωτέρω Κωδικό C87-Πόνος/Εκτόνωση, ωστόσο διαφοροποιείται από εκείνον, διότι εδώ παρατηρείται ενσυνείδητη προτίμηση, επιλογή από τη μεριά του ασθενή. Πρόκειται για ένα μηχανισμό με το οποίο ο ίδιος νοιώθει ότι ενεργητικά αυτορρυθμίζει την ψυχική του διάθεση. Μοιάζει σαν να επιλέγει τον τρόπο με τον οποίο θα πονάει. Έτσι εστιάζει σε επιλεγμένη περιοχή του σώματος, η οποία για κάποιον λόγο δεν είναι σε καλή κατάσταση, και την

χρησιμοποιεί ως μέσο εξάντλησης. Αυτή η αίσθηση εξάντλησης, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα μία σχετική ανακούφιση:

A42/24: Λοιπόν με το σπασμένο το πλευρό δεν τολμάς να φταρνιστείς. Λοιπόν, ακριβώς επειδή με πόναγε το πλευρό, είχαμε ξεχάσει τελείως την καρδιά κι είχαμε [δυσνόητη λέξη] απ' αυτό το θέμα. Κι ακριβώς επειδή απ' το πλευρό δεν θα πεθάνεις, ήταν ένα εικοσαήμερο πάρα πολύ καλό. Από χθες-προχθές που έχω νιώσει πολύ καλύτερα, έχω μόνο κάτι ενοχλήσεις απ' το πλευρό, το μεσημέρι ας πούμε πήραμε την πίεση 5-6 φορές, γιατί μήπως αυτό που νιώθω είναι... Πονάω εδώ, πονάω εδώ...

C89-Επείγον πρόβλημα. Αναφέρεται στην αίσθηση, ότι η ύπαρξη επειγόντων προβλημάτων που απαιτούν μια άμεση απάντηση, προσδίδουν ενδιαφέρον στην καθημερινότητά του. Αντίθετα, η ανυπαρξία «επειγόντων περιστατικών» μέσα στην ρουτίνα της ζωής του καρδιοπαθή προκαλεί «σπαρίλα», αίσθημα κατάπτωσης και γενική έλλειψη ενδιαφέροντος:

A7/5: Εκεί παίζαμε τη ζωή μας ας πούμε, εκεί δηλαδή φάγαμε κόσμο, μας είχανε ρίξει τους απαντήσαμε. Έγινε μια... ένα μπακιντί μεγάλο... ε, και κει υπήρχε μια υπερδιέγερση, αλλά δεν ήταν φθοροποιά υπερδιέγερση, απλά ήσουν... στην πρίζα ας πούμε, δηλαδή λες ρε φίλε εντάξει... ψιλοπαίζαμε την ζωή μας, ψιλό, γιατί από την στιγμή που ενεργοποιηθήκαμε, τα παιδάκια δεν είχαν τύχη, επιχειρησιακά, και αυτό ας πούμε δεν με έφθειρε, όπως με φθείρει το άγχος εδώ μέσα... (εννοεί την σημερινή του υπηρεσία).

A58/24: Όχι... Και απλά μ' έχει πιάσει –άσχετο τώρα με την καρδιά– το τελευταίο διάστημα μ' έχει πιάσει φοβερή σπαρίλα, δεν έχω διάθεση να κάνω πράγματα. Δεν έχω διάθεση να κάτσω να διαβάσω για τη δουλειά, για τους υπολογιστές, ας πούμε. Εντάξει, να διαβάσω βιβλία άσχετα, μυθιστορήματα κλπ., χαλαρά, αυτό πάντα ας πούμε. Μεγάλη σπαρίλα. Ελπίζω στη νέα Υπηρεσία να μου περάσει γιατί... να βρω κάτι [δυσνόητη λέξη] λίγο πιο ενδιαφέρον και ν' ασχοληθώ γιατί, εντάξει, αυτή η δουλειά θέλει διάβασμα, θέλει να ασχολείσαι, δεν είναι ας πούμε...

C90-Σύνδεση σωματικού και ψυχολογικού. Αναφέρεται στην γενική δυσκολία του καρδιοπαθή, να συνδέσει την σωματική του κατάσταση υγείας με ψυχολογικές παραμέτρους. Μοιάζει για εκείνον το σώμα και η ψυχική διάθεση να είναι σχεδόν ασύνδετα. Η στάση του αυτή μπορεί να εμφανίζεται, είτε γιατί δυσκολεύεται ή γιατί αδυνατεί να κατανοήσει, είτε γιατί δεν θέλει, να συνδέσει με κάποιο τρόπο τις σωματικές με τις ψυχικές λειτουργίες. Κατά ανάλογο τρόπο, του είναι δύσκολο να κατανοήσει ότι εξαντλώντας σωματικά τον εαυτό του, δεν φέρνει ανακούφιση και «εκτόνωση», όπως υποστηρίζει, αλλά κυρίως φέρνει δυσφορία και ψυχική κόπωση.:

T38/24: Όταν έμπαινα στην ψυχολογία να μετρήσω την πίεση πάντα ήμουν πιο τσιτωμένος.

A6/5: ...Έχει υπάρξει άτομο που βγάζει εξάνθημα από το άγχος και το βγάζει όποτε πολυαγχώνεται, υπάρχει άτομο το οποίο, γυναίκα, της οποίας της έχει γίνει ο κύκλος κουλουβάχατα από το άγχος, παιδί το οποίο ήταν μονίμως χαμογελαστό, το οποίο το φώναζαν η μισ θετική ενέργεια, έχει χάσει το χαμόγελο της, και γενικώς είναι τα πράγματα που λες... δεν βγαίνει... πολλά ζητάνε, τα θέλουν τώρα.

C91-Έντονη στιγμή. Αναφέρεται σε μεμονωμένα περιστατικά τα οποία έχουν σχετικά μικρή διάρκεια, αλλά βιώνονται ως ιδιαίτερα τρομακτικά με αποτέλεσμα να καταβάλλουν και να εξαντλούν τον ασθενή. Χαρακτηρίζονται από αίσθημα πανικού, απώλειας εαυτού και τρόμου αφανισμού. Συνήθως ακολουθούνται, από αίσθηση εξάντλησης και αβοηθητότητας:

T16/19: και ακούστε και ένα έτσι, ακόμα τρελό με αυτό που λέγαμε, αν καμιά φορά πέσει γλωσσοφαγιά, είχαμε ένα μεγάλο τζάμι στο σπίτι στον Ασπρόπυργο, μεγάλο, ατόφιο, λοιπόν, λέει κάποιος στην πεθερά μου «να το πάρω, θέλω να το βάλω κάπου» λέει «πάρ' το», χοντρό τζάμι έτσι, 5άρι, παιδιά, μόλις το κατέβαζε από τις σκάλες, κάνει ένα κράκ το τζάμι και του κόβεται στα δύο και του έφυγε από τα χέρια, του έφυγε από τα χέρια, ένα χοντρό τζάμι, 5άρι και του κόπηκε στα δυο, δεν θέλω να πιστέψω τίποτα.

T111/19: Πώς να το αντιμετωπίσω το τζάμι άμα σπάσει... θα με κόψει, δεν ξέρω πώς θα οχυρωθώ.

Συμπερασματικά, στο Θέμα «Εξάντληση» παρατηρούμε ότι η συνδιαλλαγή, ο “διάλογος” με το σώμα, αποτελούν για τον καρδιοπαθή ένα διάυλο επικοινωνίας τόσο με το περιβάλλον όσο και με τον εαυτό του. Έτσι μέσω της εξάντλησης, του πόνου και της έμμονης ενασχόλησης με το σώμα, ο ασθενής προσπαθεί να επιφέρει μια “ομοιοστατική” ρύθμιση της συναισθηματικής λειτουργίας. Ειδικότερα, το βίωμα του πόνου μέσω της εξάντλησης, έχει εγκατασταθεί τόσο δυσλειτουργικά, ώστε να εκτιμάται από τον ασθενή ως παροδική ανακούφιση και ηρεμία. Η δαπάνη και η καταβολή ενέργειας μέσω της εξάντλησης του σώματος, προσλαμβάνεται και βιώνεται ως μια μορφή εκτόνωσης.

Πίνακας 8. Περιεχόμενο κωδικών Θέματος «Εξάντληση»

Κωδικός	Τίτλος Κωδικού	Περιγραφή Κωδικού	Ενδεικτική Παραπομπή
C83	Εξάντληση σωματική	*Εξάντληση σωματική: καταπόνηση σώματος από εργασία ή άλλη σωματική δραστηριότητα *Εξάντληση από συσσωρευμένη κόπωση *Διάχυτο, διαρκές και ασαφές άγχος	A06/05
			A08/05
			T10/05
			A34/05
			A22/19
			A52/24
			T139/24 T151/24
C84	Σωματικός πόνος	*Σωματικός πόνος: αίσθημα κόπωσης και σωματικής δυσφορίας *Εντοπισμένοι σωματικοί πόνοι *“Κάνω κουβέντα με τους πόνους μου, τους μιλάω”	A73/24
			A76/24
C85	Εξάντληση οικογενειακή	*Εξάντληση από οικογενειακές ανάγκες, υποχρεώσεις και δραστηριότητες	Φ37/05
			T139/24

C88	Δαπάνη εξισορρόπησης	*Η σωματική εξάντληση ως “δαπάνη εξισορρόπησης”, δηλαδή προκαλεί, μέσω της υπερβολικής σωματικής του καταπόνησης, να κερδίσει-επιφέρει μια σχετική ηρεμία. Πρόκειται για μία αυτορρύθμιση, κατά την κρίση του. Πρόκειται για μηχανισμό τον οποίο ενσυνείδητα προκαλεί, και κατά την κρίση του, φέρνει σχετική ανακούφιση	A42/24 A52/24 T82/24
C89	Επείγον πρόβλημα	*Η ανυπαρξία “επειγόντων προβλημάτων” συνεπάγεται αίσθημα “σπαρίλας” και γενικής έλλειψης ενδιαφερόντων *Υπερδιέγερση με θετικό πρόσημο: όταν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος στόχος για ορισμένο χρόνο, σε αντίθεση με την φθοροποιό υπερδιέγερση της καθημερινότητας “εκεί (μία στρατιωτική αποστολή) υπήρχε μία υπερδιέγερση αλλά δεν ήταν φθοροποιά”	A07/05 A58/24
C90	Σύνδεση σωματικού και ψυχολογικού	*Δυσκολία ή αδυναμία ή άρνηση σύνδεσης αισθήματος πόνου/εξάντλησης με ψυχολογικά αίτια * Δυσκολία κατανόησης της συσχέτισης του αισθήματος πόνου/εξάντλησης που νοιώθει με το γεγονός του καρδιακού επεισοδίου το οποίο δυνητικά μπορεί να εξηγήσει ή να προκαλέσει (οργανικά) τις εκδηλώσεις πόνου και εξάντλησης *“Όταν έμπαινα στην ψυχολογία να μετρήσω την πίεση πάντα ήμουν λίγο πιο τσιτωμένος”	A06/05 T38/24
C91	Έντονη στιγμή	*Περιγραφή “έντονης στιγμής”, μεμονωμένου περιστατικού, όπου το αίσθημα πανικού που βιώνει την συγκεκριμένη στιγμή μεταφράζεται ως απώλεια εαυτού και αφανισμού (με συνακόλουθο αίσθημα ταραχής και αβοηθητότητας) *“Το τζάμι άμα σπάσει... δεν ξέρω πώς θα οχυρωθώ” ως απροσδόκητο και βίαιο γεγονός	A07/05 Φ08/05 T16/19 T111/19 T116/19

Θέμα «Θετικώς Σχετίζεσθαι»

Το Θέμα «Θετικώς Σχετίζεσθαι» αποτελείται από τους εξής κωδικούς: C80-Εμπιστοσύνη, C25-Χιούμορ, C70-Επικοινωνία ομάδα, C71-Timing, C73-Ασφάλεια, C74-Προθέρμανση, C77-Θετική εμπειρία ομάδας, C79-Αποδοχή άλλων, , C81-Συμβολή, C93-Σκέψη πραγματική, C94-Απεγκλωβισμός, C95-Συνειδητοποίηση και C96-Θετική εμπειρία ομάδας (σωματικά). Το Θέμα «Θετικώς Σχετίζεσθαι», δομείται από τις προϋποθέσεις και τα χαρακτηριστικά τα οποία αποτελούν τη βάση για ένα ευεργετικό, ουσιαστικό και θετικό σχετίζεσθαι του ασθενή με το περιβάλλον του. Η συμμετοχή στην ομάδα, όπως φαίνεται, βοήθησε τον ασθενή να ανακαλύψει και να υποστηρίξει, ένα προσωπικό τρόπο αλληλεπίδρασης με τους άλλους, ο οποίος έχει θετικό πρόσημο. Το «θετικώς σχετίζεσθαι» λοιπόν, είναι προϊόν της συμμετοχής στη θεραπευτική διαδικασία. Αναλυτικότερα, ακολουθούν επεξηγήσεις και ενδεικτικές περιγραφές ως προς τα συστατικά στοιχεία δόμησης του Θέματος, από το απομαγνητοφωνημένο κείμενο των ψυχοθεραπευτικών συνεδριών. Επίσης παρατίθεται Πίνακας περιεχομένου και κωδικών του Θέματος.

C80-Εμπιστοσύνη. Αναφέρεται στην ανάγκη του ασθενή, να αισθανθεί εμπιστοσύνη στις σχέσεις του με τους άλλους. Η εμπιστοσύνη είναι δύναμη “μετάλλαξης”, για τον ίδιον και τις σχέσεις που αναπτύσσει. Κατά την κρίση του, η θεραπευτική διαδικασία τον βοήθησε να εγκαταστήσει αίσθημα εμπιστοσύνης, κυρίως μέσω της ασφάλειας ότι “δεν φοβάμαι ότι θα με κατακρίνει” ή ότι “θα δεχθώ μια επικριτική ματιά” από τα άλλα μέλη. Επίσης, η εμπιστοσύνη στις σχέσεις του προσδιορίζεται από το γεγονός ότι “δεν διαρρέει τίποτα” ή ότι, αναφερόμενος στην ομάδα, “εμείς είμαστε ομερτά”:

A20/19: θα σας πω κάτι αλλά κρατήστε το για εσάς... ακόμα είναι μυστικό.

Φ34/27: Και έξω, παίρνοντας αυτό από εδώ, το μετέφερα και έξω, δηλαδή, σιγά σιγά, σταματάω να μην έχω εμπιστοσύνη στον άλλον, ή να φοβάμαι να με κατακρίνει, παίρνοντας αυτό από εδώ.

C25-Χιούμορ. Αναφέρεται στην αξία που προσδίδεται στο χιούμορ, από την πλευρά του ασθενή. Το αναγνωρίζει ως ιδιαίτερα σημαντικό, στην επίλυση προβλημάτων. Αποτελεί ίσως την βέλτιστη απάντηση, σε καταστάσεις που

χαρακτηρίζονται από συναισθηματική ένταση ή φόρτιση. Ο ασθενής αισθάνεται περισσότερο χαλαρός, και επιτρέπει στον εαυτό του να αστερευτεί με τα παθήματά του ή ακόμη και να αυτοσαρκαστεί. Θεωρεί, ότι το χιούμορ μπορεί να τον βοηθήσει να οδηγηθεί σε παραδοχές, που υπό άλλες συνθήκες (π.χ. εκνευρισμού) θα του ήταν αδύνατο:

T33/27: Εμείς είμαστε λάθος, όχι εσύ αγόρι μου, ένα καλούπι έφτιαξε ο Θεός και μετά το έσπασε (για άλλο μέλος της ομάδας)...

C70-Επικοινωνία ομάδας. Αναφέρεται στην ουσιαστική, κατά την κρίση του ασθενή, αλληλεπίδραση μέσα στην ομαδική συνεδρία. Πρόκειται για επικοινωνία που χαρακτηρίζεται από ειλικρινές ενδιαφέρον για τα μέλη της. Ο ασθενής αφήνει τον εαυτό του, δίνοντάς του την δυνατότητα να δοκιμάσει, μέσα στο σχετικά ασφαλές πλαίσιο της ομαδικής διαδικασίας, να σχετιστεί. Χαρακτηριστικά αναφέρει, ότι άφησε τον εαυτό του «να βιώσει την σχέση», να επικοινωνήσει ουσιαστικά και όχι να σκέπτεται αποστασιοποιημένος για την «σχέση»:

T102/24: ...Και πιστεύω ότι κερδίσαμε την επικοινωνία μεταξύ μας και νομίζω ότι κι εκείνος ένιωσε σιγουριά στο πρόσωπό μου και εγώ, γιατί εγώ, εγώ απλά προσπάθησα να μπω κοντά του, να βρεθώ κοντά του.

C71-Timing. Αναφέρεται σε μια προσωπική αντίληψη χρόνου, που έχει αναπτύξει και βιώνει ο ασθενής. Το πότε θα ειπωθεί κάτι, αποτελεί κατά την κρίση του, μείζονος σημασίας παράγοντα, αν θα μπορέσει να το ακούσει ή αν θα μπορέσει να το αφομοιώσει ή εντέλει αν θα μπορέσει να εμπλακεί σε μία συνδιαλλαγή-σχέση με τον άλλον. Αυτή η σημαντικότητα της κατάλληλης στιγμής, αισθάνθηκε ότι χαιρετίστηκε με ανοχή και σεβασμό από την θεραπευτική ομάδα “είτε πάω γρήγορα είτε αργά”:

T92/24: Απλά ίσως ο τρόπος που το είπαμε, που ανταλλάξαμε τις απόψεις εκείνη την ώρα άγγιξε το κλικ.

T84/5: Όσο δεχόμαστε την πίεση να του λέμε ναι ναι και απλά να γίνεται στο χρόνο της, γιατί πολλές φορές μας μεταφέρει ο άλλος το πρόβλημα, το δεχόμαστε σαν πίεση, αγανακτούμε γιατί θέλουμε να το κάνουμε και επειδή είμαστε ευσυνείδητοι, σαν επαγγελματίες, σαν άνθρωποι, εισπράττουμε το πρόβλημα και το κάνουμε δικό μας, και υπάρχουν

άνθρωποι που πραγματικά τους χαίρομαι, τους λες το πρόβλημα και σου λένε εντάξει κι όποτε μπορεί το κάνει.

C73-Ασφάλεια. Αναφέρεται στην ανάγκη του ασθενή για ένα πλαίσιο ασφάλειας, ώστε να αναπτύξει σχέσεις με τον άλλον. Η ασφάλεια επίσης, αποτελεί μια θεμελιώδη προϋπόθεση, κατά την κρίση του, για μια εν δυνάμει ουσιαστική αλληλεπίδραση, είτε στην εργασία είτε στην οικογένεια ή στην ομάδα:

T97/24: Και το ότι μεταξύ μας, μας δίνει και μία ασφάλεια στο τι θα πούμε (μέσα στην ομάδα).

C74-Προθέρμανση. Αναφέρεται στην ανάγκη ύπαρξης μιας φάσης προθέρμανσης, για την εγκατάσταση μιας ουσιαστικής σχέσης. Η προθέρμανση, αποτελεί προϋπόθεση και προαπαιτούμενο, για να μπορέσει ο ασθενής να εκφραστεί εκ βαθέων. Αναφέρουν ότι ο σεβασμός της ομάδας σε αυτή την ανάγκη τους ήταν θεμελιώδης, ώστε να δοκιμάσουν και να εκδιπλώσουν δύσκολα συναισθήματα και σκέψεις. Η προθέρμανση, κατά την κρίση τους, περιελάμβανε την σταδιακή αποδοχή τους και την σταθερότητα που επιδείκνυε η ομάδα κατά την διάρκεια των συνεδριών:

Φ34/27: Και έξω, παίρνοντας αυτό από εδώ, το μετέφερα και έξω, δηλαδή, σιγά σιγά, σταματάω να μην έχω εμπιστοσύνη στον άλλον, ή να φοβάμαι να με κατακρίνει, παίρνοντας αυτό από εδώ.

C77-Θετική εμπειρία ομάδας. Αναφέρεται στην αίσθηση ότι ο ασθενής “άνοιξε”, είδε με διαφορετική, πιο θετική οπτική το περιβάλλον του, μέσα από την εμπειρία της συμμετοχής του στην ομαδική διαδικασία :“μας δόθηκε η δυνατότητα να δούμε τα πράγματα διαφορετικά από ότι τα σκεπτόμασταν, τα αισθανόμασταν, τα βλέπαμε, τα αντιμετωπίζαμε”. Σημειώνει το γεγονός ότι, ίσως για πρώτη φορά, ανακαλύπτει και προσλαμβάνει το σχετίζεσθαι ,ως κάτι που “μπορεί να σου προσφέρει”, κάτι θετικό και κερδοφόρο για τον ίδιο, μία θετική επένδυση χρόνου από την οποία “βγαίνω κερδισμένος, πήρα πολλά πράγματα”. Η ομάδα αποτέλεσε για τον ασθενή ένα πρότυπο, μία μήτρα, σχέσεων ασφάλειας που διευκόλυνε την έκφραση κρυμμένων και δύσκολων συναισθημάτων/σκέψεων. Έναν χώρο που απουσίαζε κάθε “επικριτική ματιά”. Η ομάδα επίσης, στάθηκε υποστηρικτής και βοηθός αλλαγών «ήπιων αλλαγών, όχι μαγικών λύσεων», ενισχύοντας την αυτό-αποτελεσματικότητα. ώστε να θέσει σημαντικές αλλαγές στις σχέσεις του στο χώρο της εργασίας του ή της

οικογένειας του. Τέλος, η συμμετοχή του στην ομαδική διαδικασία επέφερε *ένα αίσθημα μέτρου και ισορροπίας στην συνδιαλλαγή με τους άλλους και μία ισοτιμία στο σχετίζεσθαι “δεν τους δίνω όλη μου την ενέργεια”, σε αντίθεση με την αρχική του παραχωρητικότητα. Ωστόσο, παράλληλα ανέπτυξε μία ανοχή στην ήπια επιθετικότητα, που παρουσιάζεται αναπόφευκτα στις σχέσεις, και κατάφερε σχετικά να συνδυάσει την ανεκτικότητα και χιούμορ:

Φ30/27: Ναι, για μένα είναι τελείως, δηλαδή το καταλαβαίνω, το εισπράττω πολύ απλά, την διαφορά, μεγάλη διαφορά, τρομερή...

A17/27: Το μεγάλο μου πρόβλημα ήταν ο φόβος, όσο αφορά την συγκεκριμένη πάθηση, εντάξει δεν είναι το μόνο πρόβλημα στην ζωή μου, δόξα το Θεό, ερχόμενος εδώ, κουβαλούσα και άλλα προβλήματα.. την δουλειά ας πούμε που θέλω να αλλάξω, ε, οικονομικά που, λεφτά υπάρχουν... αυτό, νομίζω ότι ξεκίνησε λίγο πιο αργά στην ομάδα, υπήρχαν κάποιες φάσεις, καλές, που συνειδητοποιείς κάποια πράγματα για τον εαυτό σου ας πούμε... ε, σίγουρα από αυτή την κατάσταση, βγαίνω κερδισμένος.

T60/27: ...η συγκεκριμένη ομάδα, μας έδωσε την δυνατότητα να δούμε τα πράγματα και διαφορετικά, και διαφορετικά, από ότι τα σκεπτόμασταν, τα βλέπαμε, τα αισθανόμασταν, τα αντιμετωπίζαμε.

C79-Αποδοχή άλλων. Αναφέρεται στην αναγνώριση της δυσκολίας που νοιώθει ο ασθενής να βιώσει την θετική αποδοχή που του δείχνουν οι άλλοι. Ενώ φαίνεται πως αποζητά την αποδοχή του περιβάλλοντος του, όταν αυτή του αποδοθεί δυσκολεύεται την δεχθεί. Βρίσκεται σε μία κατάσταση άμυνας και απροθυμίας να δεχθεί «ένα καλό λόγο». Η θεραπευτική ομάδα τον βοήθησε καταρχάς να αναγνωρίσει αυτή την δυσκολία του και στην συνέχεια να δοκιμάσει να αφήσει τον εαυτό του να γίνει αποδεκτός από τους άλλους:

A114/24: Δεν θέλει, δεν θέλει το κακό μου, μού πήρε καιρό... (εννοεί να καταλάβει την πρόθεση του άλλου)

C81-Συμβολή. Αναφέρεται στην ανάγκη του ασθενή, να αναγνωρίζεται η συμβολή του και η προσφορά του στον οικογενειακό και επαγγελματικό χώρο. Η

ίδια αίσθηση ανάγκης αναγνώρισης, περιλαμβάνει και την εκτίμηση του άλλου προς μία γνώμη ή θέση που ανέπτυξε ο ασθενής. Έτσι, στον εργασιακό χώρο, μια πρωτοβουλία του ή συνεισφορά του, θα έπρεπε να χαίρει άμεσης εκτίμησης. Το ίδιο ισχύει και στην αλληλεπίδραση του μέσα στην θεραπευτική διαδικασία της ομάδας. Επίσης, ο κωδικός αναφέρεται στην σπουδαιότητα που έχει για τον ασθενή, η εν δυνάμει επίδραση της γνώμης του στους άλλους:

T104/24: Ναι, ναι. Ήρθε την επόμενη φορά και μου λέει (άλλο μέλος της ομάδας προς T.): «T. να σου πω κάτι; Με προβλημάτισες πολύ, μ' έβαλες να σκεφτώ και θεωρώ ότι κέρδισα απ' αυτά, απ' αυτή την κουβέντα που έκανα. Μ' έκανες να νιώσω καλά».

C93-Σκέψη πραγματική. Αναφέρεται στην ανάπτυξη μια ενεργούς και ζωντανής σκέψης, που βιώνει ο ασθενής. Την χαρακτηρίζει “πιο πραγματική σκέψη” και τον βοηθά να επικοινωνεί ουσιαστικά με το περιβάλλον του, αναφερόμενος κυρίως στις πιο οικείες συναναστροφές του. Αισθάνεται ότι η σκέψη του, είναι πιο ήρεμη και πιο καθαρή. Το σημαντικότερο ωστόσο χαρακτηριστικό του εν λόγω κωδικού, αναφέρεται στο γεγονός, κατά την κρίση του ασθενή, ότι με την σκέψη κατάφερε και επέφερε ένα ουσιαστικό πλήγμα στην παρορμητική του συμπεριφορά. Η σκέψη δηλαδή λειτουργεί ως αντίβαρο μίας παρόρμησης, μίας εκδραματισμένης (acting-out) συμπεριφοράς, για την οποία μετέπειτα θα ένοιωθε έκθεση ή ντροπή. Η «πραγματική σκέψη», αναφέρεται επίσης στην ικανότητα του ασθενή, να αναπτύξει μία πιο πραγματική και λειτουργική αντίληψη της πραγματικότητάς του, από το σχεσιακό περιβάλλον του μέχρι την ιατρική του κατάσταση (σε τι πραγματικά μπορεί να υπολογίζει και σε ποιους ανθρώπους). Τέλος, ο κωδικός αποτελεί μνεία στην ομαδική διεργασία, αποκαλώντας την ομάδα ως εργαστήριο σκέψης, όπου τους βοήθησε να αναπτύξουν πιο στοχευόμενη και στοχοκατευθυνόμενη σκέψη, πιο θετική και πιο νηφάλια:

Φ1/27: Καλύτερα είναι, πολύ καλύτερα, ε, και μένα με βοήθησε πολύ η ομάδα, το ‘χω ξαναπεί, πως να ανοίγω το μυαλό μου, να σκέπτομαι, ε, με την Ν. πάνε καλύτερα τα πράγματα, δόξα τω Θεώ, εντάξει, συνεχίζουν τα προβλήματα της μαμάς, του μπαμπά, αλλά κοιτάμε μπροστά...

T19/27: (σε ερώτηση αν τον βοήθησε η ομάδα, απαντά). Να σκεφτώ, το σκεπτόμουν και μετέφερα τα προβλήματα και στους άλλους, κάνω και απολογισμό στον εαυτό μου, Τ. (για τον εαυτό του) τι κάνεις και τι δεν κάνεις σωστό, τι κάνεις και τι δεν κάνεις καλό, και λέω, σήμερα έλεγα, όλο αγωνία, Ν. τι θα κάνεις με το πτυχίο, ο Ν. ότι θέλει κάνει με το πτυχίο, δεν μου λέει, ενώ με την Β. μπορώ να λέω, μπορώ να λέω με την Β., και αυτό με κάνει να σκέπτομαι και πιο σωστά εδώ, πιο θετικά, πιο νηφάλια, πιο ξεκάθαρα, αυτό, και νομίζω και από τα παιδιά (τα άλλα μέλη της ομάδας) κάτι πήραν από όλο αυτό, και πιστεύω ότι θα το κρατήσουν σαν εφόδιο στην ζωή τους, ότι πρέπει να είμαστε πιο χαλαροί, να προσέχουμε τις κουβέντες μας, να προσέχουμε τις κινήσεις μας, και το άγχος μας, και τον προβληματισμό μας.

C94-Απεγκλωβισμός. Αναφέρεται στην αίσθηση απεγκλωβισμού και απελευθέρωσης, από καταναγκασμούς συμπεριφορών που ακολουθούσε στο παρελθόν. Αναφέρεται επίσης, ως απότοκο της θεραπευτικής διαδικασίας, το γεγονός ότι νοιώθει να είναι και να γίνεται πιο ανεκτικός και έτσι να απεγκλωβίζεται από την σχεδόν ψυχαναγκαστική του τάση, “να διορθώνει” συνεχώς τους πάντες και τα πάντα. Ο κωδικός περιλαμβάνει ακόμα, την ελευθερία που νοιώθει ο ασθενής, ώστε να δώσει την ευκαιρία στον εαυτό του να μιμηθεί, να δοκιμάσει κάτι καινούργιο το οποίο ενδεχομένως και να ζήλευε, σε πρώτο χρόνο (π.χ. την αλλαγή που πέτυχε ο Τ. στη διατροφή του, και τα άλλα μέλη θέλουν τώρα να δοκιμάσουν, γεγονός το οποίο στη πρώτη φάση της θεραπείας δεν θα επέτρεπαν στους εαυτούς τους). Επίσης, ο κωδικός αναφέρεται στην αίσθηση, ότι ο ασθενής «σκέπτεται πιο ελεύθερα» και μπορεί να εκφράζεται ελεύθερα:

Φ5/27: Ναι, ήμουν πιο εγκλωβισμένος, ενώ τώρα είμαι πιο ελεύθερος, μπορώ να εξωτερικεύσω συναισθήματα και όχι μόνο... Και πήρα και πολλά θετικά, αυτό που είχα πει τις προάλλες, εντός εισαγωγικών, “ζήλευα τον Γ.” με την διατροφή του, με όλα αυτά που έκανε για να προσέχει τέλος πάντων, με το πρόγραμμα που είχε, και προσπάθησα και γω να τον μιμηθώ... μου έβγαλε θετικά πράγματα και τα πήρα.

A35/27: Ότι πρέπει όλοι να μοιάζουν μαζί μου, το θέμα είναι εγώ τι κάνω, ε σε πρώτη φάση να είμαι πιο ανεκτικός... Ναι βοηθάει αυτό, θα βοηθούσε...

C95-Συνειδητοποίηση. Αναφέρεται σε μία σειρά συνειδητοποιήσεων του ασθενή, που έλαβαν χώρα κατά την διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας, αλλά κυρίως εμφανίζονται στις τελευταίες συνεδρίες. Πρόκειται για σειρά προσωπικών συνειδητοποιήσεων, οι οποίες περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα κατανόησης και αποδοχής των αναγκών του. Εγκολπώνουν ανάγκες του που είχαν παραμεληθεί, προτεραιότητες που είχαν καθυστερήσει, αδυναμίες που τον “έσερναν”. Σε αυτό τον κωδικό αναφέρονται συνειδητοποιήσεις για την σημερινή ιατρική του κατάσταση, και την ανάγκη αλλαγών που οφείλει να κάνει στην ζωή του, ανάγκες για τις οποίες μέχρι πρότινος αδιαφορούσε ή παραμελούσε και δεν ήταν βασικές προσωπικές του προτεραιότητες. Αναφέρεται στην συνειδητοποίηση της οικογενειακής του κατάστασης, στην σχέση του με την σύζυγο-σύντροφο, στην σχέση του με παιδιά του, και την αντιπαραγωγική ανταγωνιστικότητα που είχε αναπτύξει μαζί τους. Αναφέρεται σε συνειδητοποίηση, ότι εξαιτίας “μικρού και ασήμαντου” γεγονότος διαφοράς ή “κόντρας” αποσυρόταν πλήρως από κάθε σχετίζεσθαι, σε οικογενειακό ή εργασιακό πλαίσιο, υιοθετώντας αντιδράσεις του τύπου “όλα ή τίποτα” ή “καλύτερα μόνος μου”. Αναγνωρίζει την αναγκαία ευελιξία, που οφείλει να επιδείξει στο σύνολο των σχέσεων του, ώστε να αγκαλιάσει περιοχές “γκρίζων ζωνών” όπου το σχετίζεσθαι δεν έχει “απόλυτες τιμές”. Επίσης, ο εν λόγω κωδικός αναφέρεται στην συνειδητοποίηση του πόσο έχει βοηθηθεί από την συμμετοχή του στην θεραπευτική διαδικασία, αλλά και της σοβαρής δυσκολίας του να προχωρήσει “λόγω της κακοδαιμονίας” της επανάληψης παρελθουσών, ή ακόμη ενεργών, δυσλειτουργικών συμπεριφορών και σκέψεων. Επιπρόσθετα, αναφέρεται στην συνειδητοποίηση της χρονιότητας των προβλημάτων που αντιμετωπίζει σήμερα, αλλά και της αναγνώρισης του ότι “πάνε πολύ πίσω”. Αναφέρει ότι υπήρξε, και συνεχίζει σε ηπιότερο βαθμό, να είναι βαθύτατα ανταγωνιστικός με τον εαυτό του και το περιβάλλον του. Συνειδητοποιεί, ότι σήμερα υφίσταται ουσιαστική ανάγκη επιδιόρθωσης των σχέσεων του με τους άλλους, και ότι σε ορισμένες σχέσεις ή καταστάσεις, δεν χρειάζεται a priori να ταιριάζει απόλυτα και να προσπαθεί τόσο πολύ, για να τις διατηρήσει. Τέλος, συνειδητοποιεί ότι και οι άλλοι έχουν αντίστοιχα δύσκολα προβλήματα στην ζωή τους και στις σχέσεις τους, ότι “δεν είναι μοναδικός” (universality), και ότι οφείλει να οδηγηθεί σε μία νέα αρχή, συνειδητοποίηση επανέναρξης: “γυρίστε σελίδα”:

Φ22/27: Να τα βρούμε με τον εαυτό μας και μετά με όλους τους άλλους.

A50/27: Μου ήταν πιο εύκολο να το πω σε άτομο, με το οποίο ήμασταν παλιά σε πολύ μεγάλη κόντρα και τώρα είμαστε ναι μεν καλά, αλλά με τα απόνερα, δηλαδή, υπάρχει μια πικρία, σε άτομο που υποτίθεται ήταν πιο κοντά μου, πάλι ειπώθηκε ότι, ναι παιδιά εγώ έκανα εκεί λάθος για αυτό, αλλά ένιωθα ένα μάγκωμα.

T76/27: Τους βλέπουμε ανταγωνιστές, ανταγωνιστές, δεν είναι, δεν είναι, και το αποδεικνύεις κάθε μέρα, γίνεται κάθε μέρα, δεν είναι ανταγωνιστές, προσφορά έχουν, προσφορά μας δίνουν, μμ ... με την γυναίκα του, που προσπαθεί να τον πλησιάσει, που είναι αγχωμένος, να μοιραστεί το πρόβλημα, αυτός μέσα από το άγχος του, τον προβληματισμό του, κάνει την έκρηξη, ότι δεν τον καταλαβαίνει, ότι δεν τον νοιώθει, ότι δεν τον αισθάνεται, και κείνη θέλει να βρεθεί δίπλα του, και κείνη είναι η μόνη που μπορεί να το μοιραστεί, η μόνη που μπορεί να το μοιραστεί, με κλειστή την πόρτα, αυτή δεν θα το διαρρεύσει πουθενά, αυτή θα είναι το κοινό τους μυστικό.

C96-Θετική εμπειρία ομάδας (σωματικά). Αναφέρεται στην επίδραση, κυρίως θετική, που επέφερε η συμμετοχή του στην ομαδική διαδικασία, ως προς παραμέτρους που σχετίζονται με την οργανική και σωματική του κατάσταση. Σε αυτό το πλαίσιο, ο κωδικός αναφέρεται σε έναρξη περπατήματος, και μείωση των επιπέδων σακχάρου, κατά την διάρκεια των ομαδικών συνεδριών. Αναφέρεται ότι θετικές εξελίξεις οργανικής φύσεως, αποδίδονται στην ομάδα, κατά την κρίση τους: “η ομάδα έκανε αισθητή την παρουσία της επάνω μου”. Επίσης, αναφέρεται στην ανάπτυξη σταθερότητας ως προς την εκφορά του λόγου, του τρόπου και του τόνου ομιλίας, και στην απουσία τρεμουλιάσματος των άκρων και σώματος (χαλάρωση μυϊκού τόνου). Τέλος, και πάντα κατά την κρίση τους, κάπως υφέθηκε το αίσθημα φόβου καρδιακού επεισοδίου, “η ομάδα πέρασε στο πετσί μας”. Επίσης, αναφέρονται, σε μία ηπιότερη κατάσταση καρδιολογικών συμπτωμάτων, την οποία αντιλαμβάνονται οι ίδιοι, κατά τους τρεις τελευταίους μήνες της ομάδας:

Φ38/27: Ναι, αυτά τα πήρα από την ομάδα, αυτά ήταν τα θετικά, καλά μόνο θετικά πήρα, και μπορώ να τα εξωτερικεύσω και έξω, σιγά, σιγά βέβαια, αρχίζω να τα εξωτερικεύω και έξω, και ας πει ο άλλος ας πούμε

ότι θέλει, προσπαθώ... έκανε η ομάδα, αισθητή την παρουσία της επάνω μου, μέσα μου...

T91/27: Πέρασε στο πετσί μας (εννοεί την ομάδα).

A16/24: Καρδιά, ααα καρδιά, ααα καρδιά (αστειεύεται)... λοιπόν, βέβαια, τους τελευταίους, 2 μήνες, 3; Τα πράγματα είναι πολύ πιο ήπια.

Όπως προαναφέρθηκε, το Θέμα «Θετικώς Σχετίζεσθαι» είναι προϊόν της θεραπευτικής διαδικασίας, ως εκ τούτου η συλλογή των κωδικών που το συνθέτουν, αναδύονται κυρίως, από τις τελευταίες συνεδρίες.

Πίνακας 9. Περιεχόμενο κωδικών Θέματος «Θετικώς Σχετίζεσθαι»

Κωδικός	Τίτλος Κωδικού	Περιγραφή Κωδικού	Ενδεικτική Παραπομπή
C93	Σκέψη πραγματική	*Ενεργή σκέψη *Σκέψη πιο ήρεμη και πιο καθαρή	
		*Δυνατότητα μέσω μίας “πιο πραγματικής σκέψης”	
		να επικοινωνεί ουσιαστικά *Σκέψη, ως αντίβαρο της	Φ11/05
		παρόρμησης, της acting out συμπεριφοράς και της	T102/24
		μετέπειτα μεταμέλειας των παρορμήσεων του *Πιο	T160/24
		πραγματική και λειτουργική ανάγνωση της	T17/27
C94	Απεγκλωβισμός	πραγματικότητάς του, της κατάστασής του (πού	T19/27
		πραγματικά μπορεί να υπολογίζει και σε ποιους	Φ01/27
		ανθρώπους;) *Η ομάδα ως εργαστήριο σκέψης: πιο	
		στοχευόμενη και στοχοκατευθυνόμενη σκέψη, πιο	
		θετική και πιο νηφάλια	
C94	Απεγκλωβισμός	*Αίσθημα απεγκλωβισμού από παλαιότερους	
		καταναγκασμούς *Αίσθημα ανάγκης	T15/19
		απεγκλωβισμού από την επιρροή του άλλου ή της	T53/19
		εργασίας (“το ΠΝ ως LSD”) *Ελεύθερος να αφήσει	Φ05/27
		τον εαυτό του να μιμηθεί, να δοκιμάσει κάτι	A35/27
		καινούργιο (π.χ. την αλλαγή που πέτυχε ο Γ. στη	
		διατροφή του) *Αίσθηση ότι είναι, γίνεται πιο	

		ανεκτικός και απεγκλωβίζεται από την σχεδόν καταναγκαστική του πίεση “να διορθώνει” *Σκέπτεται πιο ελεύθερα *Ελεύθερη έκφραση *Απελευθέρωση από συμβάσεις (του ΠΝ)	
C95	Συνειδητοποίηση	*Συνειδητοποίηση της οικογενειακής του κατάστασης, σχέσεις με σύζυγο - σχέσεις με παιδιά, και της ανταγωνιστικότητας που έχει μαζί τους *Συνειδητοποίηση της ιατρικής του κατάστασης *Συνειδητοποίηση των λαθών και των ελλειμμάτων του *Συνειδητοποίηση ότι εξαιτίας “μικρού και ασήμαντου” γεγονότος διαφοράς ή “κόντρας” αποσυρόταν πλήρως από κάθε σχετίζεσθαι υιοθετώντας αντιδράσεις του τύπου “όλα ή τίποτα” ή “καλύτερα μόνος μου” *Αναγνώριση της αναγκαίας ευελιξίας που οφείλει να δείξει στις σχέσεις του *Αναγνώριση “γκρίζων ζωνών” στις σχέσεις και όχι “απόλυτες τιμές” στο σχετίζεσθαι *Αναγνώριση και συνειδητοποίηση της ανάγκης του για πιο προσωπικές, ιδιωτικές και ζεστές σχέσεις με το άλλον, σχέσεις που μοιράζεται ουσιαστικά μαζί του με “την πόρτα κλειστή” *Συνειδητοποίηση ανάγκης αλλαγών που οφείλει να κάνει στην ζωή του *Ανάγκη αλλαγής στην μέχρι σήμερα πορεία του, όπου σχετικά αδιαφορούσε ή παραμελούσε προσωπικές του προτεραιότητες *Συνειδητοποίηση του πόσο έχει βοηθηθεί από την συμμετοχή του στην ομάδα αλλά και της σοβαρής δυσκολίας του να προχωρήσει “λόγω της κακοδαιμονίας” της επανάληψης παρελθουσών, ή ακόμα ενεργών, δυσλειτουργικών συμπεριφορών και σκέψεων *Συνειδητοποίηση της χρονιότητας των προβλημάτων του ότι “πάνε πολύ πίσω” *Αναγνώριση ότι είναι βαθύτατα ανταγωνιστικός με τον εαυτό του *Συνειδητοποίηση ανάγκης επιδιόρθωσης των σχέσεων του με τους άλλους *Συνειδητοποίηση ότι με κάποιες σχέσεις ή καταστάσεις δεν χρειάζεται α priori να ταιριάζει απόλυτα και να προσπαθεί τόσο	A88/24 T102/24 T42/27 A44/27 T76/27 A69/27 A50/27 A62/27 T13/27 Φ22/27

		πολύ για να τις διατηρήσει *Συνειδητοποίηση ότι και άλλοι έχουν αντίστοιχα δύσκολα προβλήματα στις σχέσεις τους και ότι δεν είναι μοναδικός (universality) *Συνειδητοποίηση μιας επανέναρξης “έκανα και εγώ άπειρες μ... στην ζωή μου, άπειρες, γυρίστε σελίδα”	
C96	Θετική εμπειρία ομάδα (σωματικά)	*Επίδραση της συμμετοχής του στην ομάδα ως προς παραμέτρους που σχετίζονται με την οργανική και σωματική του κατάσταση *Αίσθηση ότι “η ομάδα έκανε αισθητή την παρουσία της επάνω μου” *Μείωση των επιπέδων σακχάρου *Εναρξη περπατήματος *Σταθερότητα ως προς την εκφορά του λόγου *Απουσία τρεμουλιάσματος των άκρων και σώματος (χαλάρωση μυϊκού τόνου) *“Η ομάδα πέρασε στο πετσί μας” *Υφεση φόβου καρδιακού επεισοδίου *Ηπιότερη κατάσταση καρδιολογικών συμπτωμάτων κατά τους τρεις τελευταίους μήνες της ομάδας	A42/05 Φ38/27 T91/27 A16/27
C70	Επικοινωνία ομάδας	*Ουσιαστική επικοινωνία και ειλικρινές ενδιαφέρον για τον άλλον μέσω της αλληλεπίδρασης στην ομάδα *“στην αρχή δεν δεχόταν να τον ακουμπήσω, ήρθε πιο κοντά, έγινε η επαφή, τον άγγιξα που λένε με τον τρόπο μου ίσως (αναφερόμενος σε μέλος της ομάδας)” *Δυνατότητα που έδωσε στον εαυτό του να “βιώσει την σχέση” και να επικοινωνεί ουσιαστικά, και όχι να σκέπτεται αποστασιοποιημένος για τη “σχέση” *“Με προβλημάτισες πολύ, με έβαλες να σκεφτώ, και θεωρώ ότι κέρδισα από αυτή την κουβέντα που έκανα, με έκανες να νιώσω καλά” *Συνολική εκτίμηση “και πιστεύω ότι κερδίσαμε την επικοινωνία μεταξύ μας, και νομίζω ότι και εκείνος ένοιωσε σιγουριά στο πρόσωπό μου και εγώ”	T102/24 T104/24

C71	Timing	*Η σημαντικότητα της κατάλληλης στιγμής (timing) για να μπορέσει να ακούσει και να αφομοιώσει ουσιαστικά την θέση/γνώμη/στάση του άλλου *Ανάγκη σεβασμού του προσωπικού βηματισμού του, ως προς τον χρόνο (“είτε πάω γρήγορα είτε αργά”) *“Απλά ίσως ο τρόπος που το είπαμε, που ανταλλάξαμε τις απόψεις εκείνη την ώρα άγγιξε το κλικ”	T84/05 T92/24
C73	Ασφάλεια	*Ανάγκη πλαισίου ασφάλειας στη σχέση με τον άλλον ως προϋπόθεση για μια εν δυνάμει ουσιαστική αλληλεπίδραση	T97/24
C74	Προθέρμανση	*Προϋπόθεση ανάπτυξης μιας σχέσης είναι η σταδιακή αποδοχή και σταθερότητα (δοκιμασία της στο χρόνο) *Το “σιγά-σιγά” στο να κτιστεί κάτι σταθερό	Φ34/27 A108/24 T100/24
C77	Θετική εμπειρία ομάδας	*Πλαίσιο της ομάδας ως θετική και θεραπευτική αναπλαισίωση της εμπιστοσύνης του προς τους άλλους * Καθησυχασμός και ανακούφιση από την ομάδα ότι δεν είναι ο “απόλυτος φταίχτης” για όλα * Άνοιγμα-διαφορετική οπτική: “μας δόθηκε η δυνατότητα να δούμε τα πράγματα διαφορετικά από ότι τα σκεπτόμασταν, τα αισθανόμασταν, τα βλέπαμε, τα αντιμετωπίζαμε” *Το σχετίζεσθαι “μπορεί να σου προσφέρει”, να είναι κάτι θετικό-κερδοφόρο για τον ασθενή *Η ομάδα ως μη επικριτικός χώρος *Η ομάδα ως θετική επένδυση χρόνου “βγαίνω κερδισμένος, πήρα πολλά πράγματα” *Η ομάδα ως πρότυπο σχέσεων ασφάλειας το οποίο πλαισίωσε την έκφραση κρυμμένων και δύσκολων συναισθημάτων/σκέψεων * “Θεωρώ ότι κέρδισα από αυτή την κουβέντα που έκανα, με έκανες να νιώσω καλά” *Η ομάδα ως υποστηρικτής και βοηθός αλλαγών “ήπιων	Φ58/5 T102/24 T103/24 T104/24 T53/27 A62/27 T60/27 T66/27 A17/27 T91/27 A75/27 T86/27 Φ30/27 T77/27 A76/27 Φ24/27 T76/27 Φ39/27 T98/27

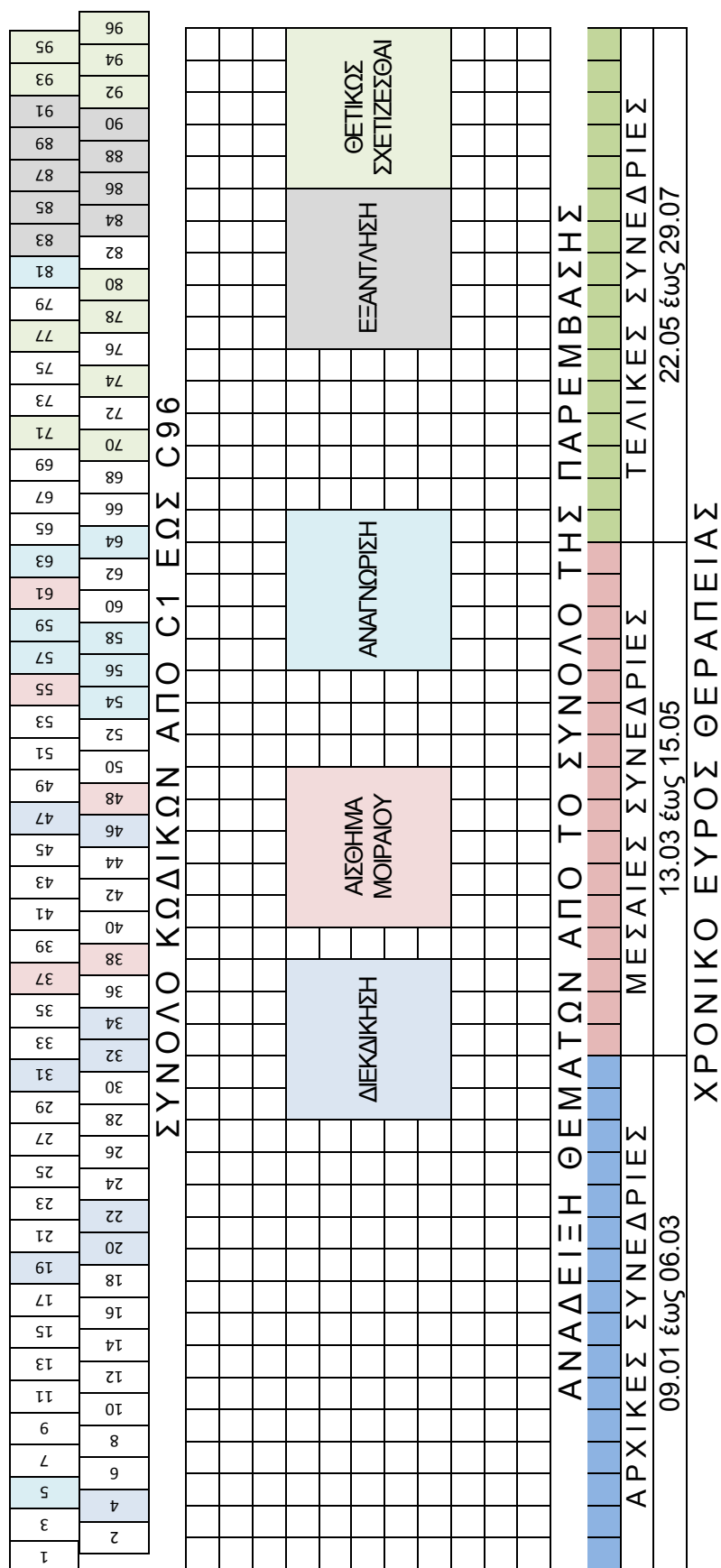
		αλλαγών, όχι μαγικών λύσεων” *Αναγνωρίσεις θετικών αλλαγών που έχει επιτύχει, κυρίως μέσω της ομάδας, με συνακόλουθη αύξηση του αισθήματος της αυτο-αποτελεσματικότητάς του *“Απλά ίσως ο τρόπος που το είπαμε, που ανταλλάξαμε τις απόψεις εκείνη την ώρα άγγιξε το κλικ” *Αλλαγή στο πώς αντιμετωπίζει το περιβάλλον του, γενικά “μεγάλη τρομερή διαφορά” *Αλλαγή στη θέση του ως σύζυγος και επαγγελματίας συνεργάτης *Επίτευξη αλλαγών “πραγματοποιήθηκαν αλλαγές” *“Μ’ αρέσει να με εμπιστεύονται... την επόμενη φορά ήρθα μεταλλαγμένος, είπαμε έτσι κάποιες κουβέντες πραγματικά” *Μέτρο και ισορροπία στην συνδιαλλαγή με τους άλλους και ισοτιμία στο σχετίζεσθαι “δεν τους δίνω όλη μου την ενέργεια” *Ανοχή στην ήπια επιθετικότητα που παρουσιάζεται αναπόφευκτα στις σχέσεις και συνδυασμός της με ανεκτικότητα και χιούμορ *Ανοικτή εκφορά θετικών συναισθημάτων φροντίδας, αγάπης, ενδιαφέροντος και ζεστασιάς *“Πιστεύω ότι κερδίσαμε την επικοινωνία μεταξύ μας και νομίζω ότι και εκείνος ένοιωσε σιγουριά στο πρόσωπο μου και εγώ (αναφερόμενος σε άλλο μέλος)” *“για αυτό είπα ότι η προηγούμενη συνεδρία μου έλειψε... είχα σκεφτεί 2 πραγματάκια που ήθελα να τα πω, όπως αυτό με την Ν.”	A84/27
C79	Αποδοχή άλλων	*Αναγνώριση της δυσκολίας του να αποδεχτεί τη θετική αποδοχή των άλλων *“Δεν θέλει, δεν θέλει το κακό μου, μού πήρε καιρό... (να το καταλάβει)”	A114/24

C80	Εμπιστοσύνη	*Η εμπιστοσύνη ως θετική πρόθεση *Εμπιστοσύνη ως δύναμη "μετάλλαξης" των σχέσεων που συνάπτει ο καρδιοπαθής	
		*"Μ' αρέσει να με εμπιστεύονται γιατί δεν έχω πρόθεση κακού... την επόμενη φορά ήρθα	A42/5 A20/19
		μεταλλαγμένος, είπαμε έτσι κάποιες κουβέντες	T100/24
		πραγματικά" *Εμπιστοσύνη στο σώμα του και τις	T102/24
		φυσιολογικές λειτουργίες του *Εμπιστοσύνη στο	T103/24
		περιβάλλον της ομάδας "δεν φοβάμαι ότι θα με κατακρίνει" ή ότι "θα δεχθώ μια επικριτική ματιά"	Φ34/27 T76/27
		*Εμπιστοσύνη στην ομάδα "δεν διαρρέει τίποτα" ή "εμείς είμαστε ομερτά" ή "θα σας πω κάτι αλλά κρατήστε το για εσάς... ακόμα είναι μυστικό"	
			A11/05
			T07/05
			T12/05
C81	Συμβολή	*Ανάγκη να αναγνωρίζεται η συμβολή του και η προσφορά του *Ανάγκη να αναγνωρίζεται η γνώμη του από τους άλλους *Ανάγκη να έχει κάποια επίδραση η γνώμη του στις ζωές των άλλων	A34/05 T37/05 T16/19 A22/19 T104/24
C25	Χιούμορ	*Το χιούμορ-διακωμώδηση της επίμαχης φάσης είναι η βέλτιστη απάντηση *Αστειευόμενος μπορεί να γελάσει με τον εαυτό του και να προχωρήσει σε παραδοχές για την κατάστασή του	T50/19 A45/19
		*Αυτοσαρκασμός *"Άντρο χοντρών" (για την ομάδα) *"Είμαστε σαν τους Εσκιμώους που έχουν πέντε αποχρώσεις του άσπρου" (για τις λευκές στολές του ΠΝ)	T54/27 A28/27 T33/27

Συνολική εκτίμηση των Θεμάτων. Τα Θέματα που παρουσιάστηκαν χαρακτηρίζονται από μια χρονική ακολουθία κατά την διάρκεια της παρέμβασης. Όπως φαίνεται στο κατωτέρω Γράφημα 2., το κάθε Θέμα με τρόπο διακριτό εμφανίζεται σε μία σχετικά περιορισμένη χρονικά φάση της εξέλιξης της ομαδικής θεραπευτικής διαδικασίας. Οι κωδικοί που συνθέτουν το Θέμα «Διεκδίκηση» αντλούνται από την αρχική χρονικά φάση της ομάδας, δηλαδή από το πρώτο τρίμηνο

και ειδικότερα από το τέλος του πρώτου τριμήνου. Τα Θέματα «Αίσθημα Μοιραίου» και «Αναγνώριση» εμφανίζονται στην μεσαία χρονικά φάση της ομάδας. Τέλος, τα Θέματα «Εξάντληση» και «Θετικώς Σχετίζεσθαι» εμφανίζονται στην φάση κλεισίματος της ομαδικής διαδικασίας. Συνοπτικά, η ακολουθία των Θεμάτων έχει ως εξής: «Διεκδίκηση», «Αίσθημα Μοιραίου», «Αναγνώριση», «Εξάντληση» και «Θετικώς Σχετίζεσθαι».

Κλείνοντας την ενότητα των ευρημάτων, η οποία αναφέρεται στα Θέματα, πρέπει να αναφερθεί ότι η συλλογή των κωδικών για την δόμηση των Θεμάτων, αντλήθηκε από εκείνες τις συνεδρίες στις οποίες υπήρχε ολομέλεια. Όπως φαίνεται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II, οι απουσίες των μελών από τις ομαδικές συνεδρίες, ήταν εξαιρετικά σπάνιες (Ο Τ. και Φ. είχαν δύο απουσίες έκαστος, και ο Α. τρεις, επίσης μία συνεδρία δεν πραγματοποιήθηκε εξαιτίας του θεραπευτή της ομάδας). Το γεγονός αυτό συνηγορεί σε μια σημαντικού βαθμού συμμόρφωση στην θεραπεία (treatment adherence) από την πλευρά των ασθενών προς την θεραπευτική διαδικασία.



Γράφημα 2. Κωδικοί και Θέματα σε σχέση με την χρονική ανάπτυξή τους κατά την διάρκεια της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης.

Αλλαγές των δεικτών Αρνητικής Συναισθηματικότητας και Κοινωνικής Αναστολής.

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα της παρούσας έρευνας, αναφέρεται στην πιθανή τροποποίηση των συστατικών στοιχείων Κοινωνικής Αναστολής και Αρνητικής Συναισθηματικότητας της Προσωπικότητας Τύπου D, μέσω της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Κατά την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, παρατηρήθηκαν αλλαγές των δεικτών της Προσωπικότητας Τύπου D, των συμμετεχόντων μελών. Υπενθυμίζεται ότι για να χαρακτηριστεί κάποιος ως Προσωπικότητα Τύπου D, θα πρέπει και οι δυο δείκτες που την συναποτελούν, δηλαδή η Κοινωνική Αναστολή και Αρνητική Συναισθηματικότητα, να έχουν τιμή, μεγαλύτερη της διαχωριστικής τιμής 10 (cut-off >10).

Ως προς τον δείκτη της Κοινωνικής Αναστολής, ο οποίος αναφέρεται στην αναστολή της αυτοέκφρασης συναισθημάτων σε κοινωνικό επίπεδο, παρατηρήθηκε βελτίωση του δείκτη και στους τρεις ασθενείς που συμμετείχαν στην ομάδα. Στους δύο ασθενείς, T. (βλ. Πίνακα 10) και A. (βλ. Πίνακα 11) συγκεκριμένα παρατηρήθηκε, ότι ο δείκτης Κοινωνικής Αναστολής υφέθηκε τόσο, ώστε να είναι κάτω από την διαχωριστική τιμή (cut-off ≥ 10) του Ερωτηματολογίου DS14 της Προσωπικότητας Τύπου D. Για τον Φ. (βλ. Πίνακα 12) δεν ισχύει ύφεση του δείκτη κάτω από την διαχωριστική τιμή.

Ως προς τον δείκτη της Αρνητικής Συναισθηματικότητας, ο οποίος αναφέρεται στην βίωση αρνητικών συναισθημάτων, παρατηρήθηκε βελτίωση και στους τρεις ασθενείς που συμμετείχαν στην ομάδα. Η βελτίωση, ωστόσο, δεν ήταν σε τέτοιο βαθμό ώστε ο δείκτης της Αρνητικής Συναισθηματικότητας να υφεθεί κάτω από το όριο της διαχωριστικής τιμής (cut-off ≥ 10) του Ερωτηματολογίου DS14 της Προσωπικότητας Τύπου D.

Ως προς την πορεία των δεικτών κατά ασθενή, μπορούμε να σχολιάσουμε ως ακολούθως: Ο T. παρουσιάζει μια εντυπωσιακή αλλαγή του δείκτη της Κοινωνικής Αναστολής. Παρατηρούμε μια μετατόπιση από την αρχική τιμή 13, να φθάνει στην τιμή 2 κατά το κλείσιμο της παρέμβασης. Η παρατηρηθείσα διαφορά αποκτά μεγαλύτερη αξία από το γεγονός, ότι η αρχική τιμή δεν ήταν ιδιαίτερα υψηλή σχετικά με την διαχωριστική τιμή του DS14. Παρουσιάζει ενδιαφέρον η παρατήρηση, ότι ο T. κατά την ενδιάμεση φάση της παρέμβασης, εμφανίζει μια σοβαρή ύφεση του δείκτη της Αρνητικής Συναισθηματικότητας, η οποία ωστόσο επιστρέφει κατόπιν,

ελάχιστα βελτιωμένη (από την τιμή 21 στα 19), στο επίπεδο της αρχικής φάσης της παρέμβασης. Η πορεία των δεικτών του Α. είναι αντίστοιχη με την προηγούμενη, του Τ., αν και όχι τόσο μεγάλη ως προς την Κοινωνική Αναστολή. Ως προς τον δείκτη Αρνητικής Συναισθηματικότητας του Α., ο οποίος δεν σημείωσε ιδιαίτερη ύφεση, παρουσιάζει ενδιαφέρον η απάντηση του στο ερώτημα «Συχνά κάνω φασαρία για ασήμαντα πράγματα», όπου από 1 στην αρχική φάση της παρέμβασης, φθάνει το 4 στην τελική (αντίστροφη βαθμολόγηση). Για τον ασθενή Φ. παρατηρήθηκε μια αξιοπρόσεκτη μείωση και στους δύο δείκτες, με μεγαλύτερη έμφαση μείωσης στον δείκτη της Αρνητικής Συναισθηματικότητας (από την τιμή 24 στην αρχική φάση, υφέθηκε στο 15 κατά την τελική φάση). Πρέπει να τονίσουμε εδώ ότι ο Φ. εμφάνιζε ιδιαίτερα επιβαρυνμένη εικόνα, σύμφωνα με το DS14, κατά την έναρξη της παρέμβασης. Η εικόνα αυτή είναι σαφώς καλύτερη κατά το κλείσιμό της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, χωρίς όμως να καταφέρνει να φθάσει σε τιμές οι οποίες, κατά το DS14, δεν θα τον ταυτοποιούσαν ως Προσωπικότητα Τύπου D.

Επίσης διαπιστώθηκε, από μία πιο ενδελεχή παρατήρηση των κλιμάκων DS14, μία παροδική ήπια ανύψωση των τιμών των δεικτών στους Φ. και Α., κατά την διάρκεια της ενδιάμεσης φάσης της παρέμβασης.

Συνοπτικά, τα ευρήματα της παρούσας διατριβής υποστηρίζουν την μεταβολή και των δύο δεικτών της Προσωπικότητας Τύπου D, με ιδιαίτερη βελτίωση στον δείκτη της Κοινωνικής Αναστολής και ηπιότερη στον δείκτη της Αρνητικής Συναισθηματικότητας, στην τελική φάση μέτρησης της θεραπευτικής διαδικασίας.

		Μετρήσεις Κλίμακας DS14 για Γ.		
Δείκτες DS14	Προτάσεις	Αρχική	Ενδιάμεση	Τελική
Social Isolation *	Κάνω επαφή εύκολα όταν γνωρίζω νέους ανθρώπους	2	2	0
Negative Affectivity	Συχνά κάνω φασαρία για ασήμαντα πράγματα	1	1	4
Social Isolation *	Μιλώ συχνά σε αγνώστους	4	3	1
Negative Affectivity	Νιώθω συχνά δυστυχία	2	0	2
Negative Affectivity	Εκνευρίζομαι συχνά	4	1	4
Social Isolation	Στις κοινωνικές μου συναναστροφές νιώθω συχνά πολύ περιορισμένος	2	2	0
Negative Affectivity	Βλέπω συχνά την απαισιόδοξη πλευρά των πραγμάτων	2	1	2
Social Isolation	Μου είναι δύσκολο να ξεκινήσω μια συζήτηση	1	2	0
Negative Affectivity	Βρίσκομαι συχνά σε άσχημη διάθεση	4	3	2
Social Isolation	Είμαι κλειστός άνθρωπος	1	0	0
Social Isolation	Προτιμώ να κρατώ τους άλλους ανθρώπους σε απόσταση	2	2	1
Negative Affectivity	Συχνά μου μπαίνουν στο μυαλό ανησυχίες για διάφορα πράγματα	4	2	3
Negative Affectivity	Έχω συχνά τις μαύρες μου	4	4	2
Social Isolation	Στις κοινωνικές μου συναναστροφές ή στις παρέες μου, συχνά δεν βρίσκω τα κατάλληλα πράγματα να πω	1	0	0
		SI= 13	SI= 11	SI= 2
		NA=21	NA=12	NA=19

Πίνακας 10: Μετρήσεις DS14 κατά την αρχική, μεσαία και τελική φάση, ασθενούς Τ

*Οι προτάσεις 1 και 3 (αφορούν και οι δύο την υποκλίμακα Κοινωνικής Αναστολής) βαθμολογούνται αντίστροφα, δηλαδή: Αν σημειώνεται το 0, βάζουμε 4. Αν σημειώνεται το 1, βάζουμε 3. Αν σημειώνεται το 2, βάζουμε 2. Αν σημειώνεται το 3, βάζουμε 1. Αν σημειώνεται το 4, βάζουμε 0.

		Μετρήσεις Κλίμακας DS14 για Α.		
Δείκτες DS14	Προτάσεις	Αρχική	Ενδιάμεση	Τελική
Social Isolation *	Κάνω επαφή εύκολα όταν γνωρίζω νέους ανθρώπους	2	1	1
Negative Affectivity	Συχνά κάνω φασαρία για ασήμαντα πράγματα	2	3	3
Social Isolation *	Μιλώ συχνά σε αγνώστους	2	1	1
Negative Affectivity	Νιώθω συχνά δυστυχία	3	3	3
Negative Affectivity	Εκνευρίζομαι συχνά	4	4	3
Social Isolation	Στις κοινωνικές μου συναναστροφές νιώθω συχνά πολύ περιορισμένος	2	2	1
Negative Affectivity	Βλέπω συχνά την απαισιόδοξη πλευρά των πραγμάτων	3	3	2
Social Isolation	Μου είναι δύσκολο να ξεκινήσω μια συζήτηση	1	1	0
Negative Affectivity	Βρίσκομαι συχνά σε άσχημη διάθεση	3	3	3
Social Isolation	Είμαι κλειστός άνθρωπος	2	1	1
Social Isolation	Προτιμώ να κρατώ τους άλλους ανθρώπους σε απόσταση	2	2	2
Negative Affectivity	Συχνά μου μπαίνουν στο μυαλό ανησυχίες για διάφορα πράγματα	3	3	2
Negative Affectivity	Έχω συχνά τις μαύρες μου	2	2	3
Social Isolation	Στις κοινωνικές μου συναναστροφές ή στις παρέες μου, συχνά δεν βρίσκω τα κατάλληλα πράγματα να πω	2	1	1
		SI= 13	SI= 09	SI= 07
		NA=20	NA=21	NA=18

Πίνακας 11: Μετρήσεις DS14 κατά την αρχική, μεσαία και τελική φάση, ασθενούς Α

*Οι προτάσεις 1 και 3 (αφορούν και οι δύο την υποκλίμακα Κοινωνικής Αναστολής) βαθμολογούνται αντίστροφα, δηλαδή: Αν σημειώνεται το 0, βάζουμε 4. Αν σημειώνεται το 1, βάζουμε 3. Αν σημειώνεται το 2, βάζουμε 2. Αν σημειώνεται το 3, βάζουμε 1. Αν σημειώνεται το 4, βάζουμε 0.

		Μετρήσεις Κλίμακας DS14 για Φ.		
Δείκτες DS14	Προτάσεις	Αρχική	Ενδιάμεση	Τελική
Social Isolation *	Κάνω επαφή εύκολα όταν γνωρίζω νέους ανθρώπους	2	2	1
Negative Affectivity	Συχνά κάνω φασαρία για ασήμαντα πράγματα	4	4	2
Social Isolation *	Μιλώ συχνά σε αγνώστους	2	2	2
Negative Affectivity	Νιώθω συχνά δυστυχία	3	4	3
Negative Affectivity	Εκνευρίζομαι συχνά	4	4	1
Social Isolation	Στις κοινωνικές μου συναναστροφές νιώθω συχνά πολύ περιορισμένος	3	4	3
Negative Affectivity	Βλέπω συχνά την απαισιόδοξη πλευρά των πραγμάτων	3	4	2
Social Isolation	Μου είναι δύσκολο να ξεκινήσω μια συζήτηση	3	2	3
Negative Affectivity	Βρίσκομαι συχνά σε άσχημη διάθεση	3	4	3
Social Isolation	Είμαι κλειστός άνθρωπος	2	3	1
Social Isolation	Προτιμώ να κρατώ τους άλλους ανθρώπους σε απόσταση	3	3	1
Negative Affectivity	Συχνά μου μπαίνουν στο μυαλό ανησυχίες για διάφορα πράγματα	3	4	3
Negative Affectivity	Έχω συχνά τις μαύρες μου	4	4	1
Social Isolation	Στις κοινωνικές μου συναναστροφές ή στις παρέες μου, συχνά δεν βρίσκω τα κατάλληλα πράγματα να πω	3	4	3
		SI= 18	SI= 20	SI= 14
		NA=24	NA=28	NA=15

Πίνακας 12: Μετρήσεις DS14 κατά την αρχική, μεσαία και τελική φάση, ασθενούς Φ

*Οι προτάσεις 1 και 3 (αφορούν και οι δύο την υποκλίμακα Κοινωνικής Αναστολής) βαθμολογούνται αντίστροφα, δηλαδή: Αν σημειώνεται το 0, βάζουμε 4. Αν σημειώνεται το 1, βάζουμε 3. Αν σημειώνεται το 2, βάζουμε 2. Αν σημειώνεται το 3, βάζουμε 1. Αν σημειώνεται το 4, βάζουμε 0.

Αποτίμηση

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα της παρούσας έρευνας, αφορά στα ευρήματα της αποτίμησης της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, έτσι όπως την βίωσαν και την αφηγούνται στο θεραπευτικό πλαίσιο της ομάδας, οι συμμετέχοντες. Η αποτίμηση της παρέμβασης στηρίχθηκε, στο απομαγνητοφωνημένο κειμενικό υλικό της τελευταίας συνεδρίας. Η αξιολόγηση της παρέμβασης, από την πλευρά των ασθενών, δεν ακολούθησε δομημένη διαδικασία απόσπασης απαντήσεων, αξιολογικού

χαρακτήρα, σχετικά με την επιτυχία ή όχι έκβαση του εγχειρήματος, Στην πράξη ακολουθήθηκε η πάγια ψυχοθεραπευτική τακτική κλεισίματος μιας ομάδας. Με αφορμή την ολοκλήρωση της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, τα μέλη προέβησαν σε μια άτυπη αποτίμηση της όλης εμπειρίας τους στην ομάδα. Αναφέρεται, συμπληρωματικά, ότι οι κωδικοί που ανιχνεύθηκαν στην τελευταία συνεδρία, ουσιαστικά δόμησαν και το Θέμα «Θετικώς Σχετίζεσθαι», που παρατέθηκε και αναπτύχθηκε στην προηγούμενη ενότητα, και αποτελεί και τον κορμό της παρούσας αποτίμησης.

Στη συνέχεια παρατίθενται αποσπάσματα των λεχθέντων των ασθενών και επεξηγήσεις. Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας κλεισίματος της ομάδας, οι συμμετέχοντες, μέσα από το κλίμα εμπιστοσύνης που αναπτύχθηκε, συνειδητοποίησαν ότι και άλλοι έχουν αντίστοιχα δύσκολα προβλήματα να επιλύσουν στις σχέσεις τους και ότι δεν είναι μόνοι και μοναδικοί (universality):

Φ18/27: Είδαμε και μέσα από το πρόβλημα μας πώς είναι να έχει και κάποιος άλλος τα ίδια προβλήματα...

Τ62/27: Αυτό λέω και την άλλη πλευρά, μέσα από την άλλη πλευρά είδαμε και την δική μας να καθρεπτίζεται... και μας στεναχωρεί που σταματάμε και μας ευχαριστεί που πήραμε πράγματα, είναι δυο πράγματα, και μας στεναχωρεί και μας ευχαριστεί, που πήραμε, που δεν ήταν χαμένος χρόνος αυτός που ερχόμασταν εδώ, και όταν λείπαμε, και αυτό μας ενοχλούσε, εμάς, για κάποιους λόγους μπορεί να λείπαμε και το θέλαμε να είμασταν εδώ και ας λείπαμε όμως

Α53/27: Ότι πρέπει όλοι να μοιάζουν μαζί μου, το θέμα είναι εγώ τι κάνω, ε σε πρώτη φάση να είμαι πιο ανεκτικός; Ναι βοηθάει, θα βοηθούσε!

Α92/27: ελαφρά με ανησυχεί (για κλείσιμο ομάδας), ότι ωραία απογαλακτίστηκα, να περπατήσουμε κάπου, να κινηθούμε και μόνοι μας, αλλά ήταν καλό αποκοιμήσει η ομάδα, να ξέρεις ότι εβδομάδα την εβδομάδα βελτιωνόμουν. Έχω κάπου να το πω! Έχω να ακούσω μια γνώμη! Να το κουβεντιάσω! Έχω μια βαλβίδα...

Η ομάδα τους βοήθησε να συνειδητοποιήσουν την ιατρική και ψυχολογική κατάστασή τους, με στόχο να αναλάβουν προσωπική ευθύνη και δράση για την βελτίωση τους, γνωρίζοντας ότι κάθε προχώρημα χρειάζεται μια πιο ενεργή στάση ζωής. Παράλληλα, η επεξεργασία διαφόρων διαπροσωπικών διενέξεων τους βοήθησε να επανατοποθετήσουν τα προσωπικά τους όρια, με τρόπο λειτουργικό για τους ίδιους και τις ανάγκες τους:

A69/27: Έχει γνωστοποιηθεί αυτό, αλλά δεν ξέρω, πώς μπορεί να γίνει αυτή η αλλαγή, δηλαδή ναι, πλέον λέω ότι πρέπει να κάνω κάτι...

T60/27: Η συγκεκριμένη ομάδα μας έδωσε την δυνατότητα να δούμε τα πράγματα και διαφορετικά, από ότι τα βλέπαμε, τα σκεπτόμασταν, τα αισθανόμασταν, τα αντιμετωπίζαμε....

T19/20: ...ο Ν. (γιος) ότι θέλει κάνει με το πτυχίο, δεν μου λέει, ενώ με την Β. (σύζυγό του) μπορώ να λέω, μπορώ να λέω με την Β., και αυτό με κάνει να σκέπτομαι και πιο σωστά, πιο θετικά, πιο νηφάλια, πιο ξεκάθαρα.

A18: Α, όχι, ότι παίρνει χρόνο η διαδικασία, σαν πιο ενεργή διαδικασία, όχι ότι κάθομαι στο κρεβάτι μου ξάπλα και περιμένω να περάσει μόνο του

Σε άλλο σημείο, στιχομυθία μεταξύ των μελών, όπου συνειδητοποίηση και συνοχή, ενθάρρυνση και θετικό καθρέπτισμα αλληλοενίσχυσης καταγράφεται, μαζί με ανάπτυξη συναισθηματικής αλληλεπίδρασης και εκδηλώσεων οικειότητας:

A78/27: Ίσως ναι, το δουλέψω (για μία προσωπική του δυσκολία), προϋποθέτει κόπο...

Φ25/27: Ενώ σε εμένα φαίνεται, αισθητά, εγώ το καταλαβαίνω, το εισπράττω αυτό...

T87/27: Το εισπράττεις, βγαίνει Γ., το βγάζεις, το βγάζεις, πολύ πιο χαλαρός και εσύ, ήσουν και συ στην τσίτα, ίσως και γω, δεν μπορώ να φιξάρω και τον εαυτό μου τόσο πολύ, αλλά γενικότερα, το σπέρτο έψαχνες κάθε φορά, που σου άναβε την φωτιά για να έρθεις στην ρήξη, για να έρθεις στην κόντρα, για να έρθεις, μέσα σου, έτσι; Ότι όλα σου φταίγανε, έψαχνες να βρεις το

καμαράκι, το κλουβί σου, που θα κλεινόσουν για να μπορείς να μην ακούς τίποτα, να μην βλέπεις τίποτα και να 'σουν κλεισμένος στο κλουβί σου, στο δικό σου κλουβί, σαν το λιοντάρι, κλεισμένο μέσα, απλώς, ήταν ανοιχτή η πόρτα και ήθελες να την κλείνεις κάθε φορά, να την τραβάς εσύ, να είσαι μέσα στο κλουβί σου, κάνω λάθος;

Φ29-30/27: ...πόσο συγκρατημένος ήμουν και πόσο ανοίχτηκα, σε κάθε συνεδρία σιγά-σιγά, και το εισπράττω και τώρα που είναι η τελευταία συνεδρία, μπορώ να το πω, ότι μου έκανε πολύ καλό... Ναι, για μένα είναι τελείως... δηλαδή το καταλαβαίνω, το εισπράττω πολύ απλά, την διαφορά, μεγάλη διαφορά, τρομερή...

T15/27: Με αυτή την δουλειά μας, μας κάνει σήμερα να μπορούμε να σκεπτόμαστε πιο ήρεμα, πιο διάφανα, να μπορούμε να λέμε, να σήμερα, το συζητάμε, να το βλέπουμε, το βιώνουμε, ότι ξέρεις κάτι, σήμερα μπορούμε να επικοινωνήσουμε...

Άλλοτε αλληλοπειράζονται και αστεϊζόμενοι εκφορτίζουν μια σκιά επιθετικότητας μεταξύ τους, η οποία στις αρχικές συνεδρίες καλυπτόταν από αποστασιοποίηση και δυσθυμία (ακολουθεί στιχομυθία Α. με Τ.):

A22/27: ...μπορεί να είναι ένας περαστικός, ένας άσχετος, ο οποίος απλά, έχει κάνει τα μαλλιά του ράστα εκείνη την ώρα, και εμένα μου την σπάνε... ας πούμε

T27/27: Σε βρίσκω ενημερωμένο στο μαλλί

A23/27: Εε;

T28/27: Σε βρίσκω ενημερωμένο στο μαλλί

A24/27: (γέλιο) Ναι, όχι πολύ, πρόσεξε γιατί μετά έχω βάρδια... να κοίτα και τα updates που κάνει το μαλλί μου...(εννοεί τα ελάχιστα μαλλιά του) ...τέλος πάντων, δηλαδή δεν είναι απαραίτητο, αν μου την σπάει κάποιος που είναι κοντά μου, μου την σπάει και κάποιος, που απλά πέρασε από μπροστά μου και δεν ταιριάζει με την γενική μου εικόνα.

Αναφέρονται σε θεραπευτικές αλλαγές που πέτυχαν στο πλαίσιο της ομάδας, οι οποίες δημιουργούν το έδαφος για επαναπροσδιορισμό προτεραιοτήτων στην ζωή τους:

Φ5/27: Ήμουν πιο εγκλωβισμένος, ενώ τώρα είμαι πιο ελεύθερος, μπορώ να εξωτερικεύσω συναισθήματα και όχι μόνο, και πήρα και πολλά θετικά, αυτά που είχα πει τις προάλλες, εντός εισαγωγικών. Ζήλευα τον Γ. με την διατροφή του, με όλα αυτά που έκανε για να προσέχει τέλος πάντων, με το πρόγραμμα που είχε, και προσπάθησα και εγώ να τον μιμηθώ... μου έβγαλε θετικά πράγματα και τα πήρα...

Τ65/27: Σημασία έχει ότι σήμερα είμαστε καλύτερα, πήραμε κάποια πράγματα, τα κάναμε κτήμα μας και μπορούμε να τα χρησιμοποιήσουμε στη ζωή...

Φ34/27: ...και έξω, παίρνοντας αυτό από δω, το μετέφερα και έξω, δηλαδή σιγά, σταματώ να μην έχω εμπιστοσύνη στον άλλο ή να φοβάμαι ότι θα με κατακρίνει, παίρνοντας το αυτό από δω.

Φ38/27: ...αυτά τα πήρα από την ομάδα, αυτά ήταν τα θετικά, καλά μόνο θετικά πήρα, και μπορώ να τα εξωτερικεύσω και έξω, και ας πει ο άλλος, ας πούμε ότι θέλει, προσπαθώ... έκανε η ομάδα, αισθητή την παρουσία της πάνω μου, μέσα μου...

Κλείνοντας την ενότητα της αποτίμησης της παρέμβασης, είναι αξιοπρόσεκτη η μεστότητα του λόγου του Τ., με την οποία περιγράφει την ομαδική εμπειρία του:

Τ66/27: Εκεί που δεν μπορούμε να το βγάλουμε έξω, εκεί που δεν μπορούμε να το εμπιστευτούμε έξω, εκεί που δεν μπορούμε να το αφήσουμε στην κοινωνία, γιατί κρίνει και επικρίνει, εδώ ήταν αυτό, η συμφωνία η δικιά μας, η σιωπηρή συμφωνία, η εξωτερίκευση της ψυχής μας, το βγάλσιμο της ψυχής μας, τα εσώψυχα μας που λένε, μια κουβέντα, τα εσώψυχα μας, γιατί εδώ είναι κλειστή η πόρτα.

Προκαλεί εντύπωση επίσης και ενδιαφέρον παράλληλα, το γεγονός ότι ένα μέλος της ομάδας, χαρακτηριζόμενο από όλους «χαμηλών τόνων», προέβη σε πολλούς και συναισθηματικής χροιάς σχολιασμούς κατά την διάρκεια της τελευταίας συνεδρίας. Υπενθυμίζεται ότι ο συγκεκριμένος ασθενής, παρουσίαζε στην αρχική φάση των συνεδριών μια ιδιαίτερα επιβαρυνμένη κλινική εικόνα, η οποία αποτυπώθηκε

και στο DS14. Επίσης, είναι αξιοσημείωτη η δυναμική της αλληλεπίδρασης των μελών της ομάδας όσο προχωρούσαν οι ψυχοθεραπευτικές συναντήσεις. Στις αρχικές συνεδρίες έως και τις μεσαίες, θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε την λεγόμενη συνοχή της ομάδας “ακολουθία παράλληλων μονολόγων”. Ωστόσο η παρουσία τους στην ομάδα ήταν σαφώς πάνω το μετρίου, αν όχι υψηλή, ως προς την συχνότητα και σταθερότητα της προσέλευσης τους (adherence), όπως εμφανίζεται και στο (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II). Η ανάπτυξη της οικειότητας μεταξύ των συγκεκριμένων μελών στο συγκεκριμένο πλαίσιο αποτελούσε ζητούμενο για την εν λόγω παρέμβαση, ώστε να μπορέσουν τα μέλη, ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D, να εκδιπλώσουν και κατόπιν να επεξεργαστούν, τα ψυχικά τους ελλείμματα και τις διαπροσωπικές τους δυσκολίες. Η ανθεκτικότητα στην αλλαγή της Κοινωνικής Αναστολής, φαίνεται πως τουλάχιστον σε ένα βαθμό υπερνικήθηκε από την δυναμική της ομάδας.

Συμπερασματικά, τα ευρήματα της αποτίμησης της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης που παρατέθηκαν, χαρακτηρίζονται ως θετικοί σχολιασμοί των μελών σχετικά με την θεραπευτική εμπειρία που είχαν. Οι ασθενείς, ανακάλεσαν την προσωπική τους ψυχοθεραπευτική διαδρομή και έθεσαν στόχους για την μελλοντική τους εξέλιξη.

Κεφάλαιο Πέμπτο

Συζήτηση

Εισαγωγή

Η παρούσα διατριβή, μελέτησε την επίδραση μιας αμιγώς ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, σε καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D. Υιοθετήθηκε μια ομαδική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση για τους συγκεκριμένους ασθενείς, εξαιτίας κυρίως των χαρακτηριολογικών δομών που ταυτοποιούν τα άτομα αυτά. Η σκοπιμότητα μιας μελέτης για τους ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D, υπαγορεύεται από τον επιπολασμό του συγκεκριμένου τύπου προσωπικότητας μεταξύ των καρδιαγγειακών ασθενών, ο οποίος κυμαίνεται σε εύρος 24-37%, ποσοστό συγκρίσιμο με τον επιπολασμό άλλων κλασσικών παραγόντων επικινδυνότητας για καρδιολογική νόσο, όπως για παράδειγμα η υπέρταση (Kupper et al., 2013. Vukovic et al., 2014. Yu, Zhang & Liu, 2008). Όπως ήδη αναφέρθηκε, η Προσωπικότητα Τύπου D δομείται από δυο πυλώνες: (α) την Κοινωνική Αναστολή, δηλαδή την αναστολή της αυτοέκφρασης, και (β) την Αρνητική Συναισθηματικότητα, δηλαδή την βίωση αρνητικών συναισθημάτων. Στην πράξη, η Κοινωνική Αναστολή αντικατοπτρίζει τον τρόπο με τον οποίο ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D, διαχειρίζονται την αρνητική συναισθηματικότητα τους (Denollet, 2005).

Η έρευνα οικοδομήθηκε, μέσα από συστηματική παρακολούθηση και μελέτη μιας ψυχοθεραπευτικής ομάδας καρδιοπαθών με Προσωπικότητα Τύπου D, με θεραπευτή της ομάδας τον ίδιο τον ερευνητή. Η ομαδική προσέγγιση, αποτέλεσε ένα βασικό εργαλείο επιλογής για τους στόχους της παρούσας έρευνας, οι οποίοι διαμορφώθηκαν ως εξής: αφενός, να μελετηθεί *in vivo* η υποκειμενική εμπειρία των καρδιοπαθών με Προσωπικότητα Τύπου D, που συμμετείχαν σε μια συνδιαλλαγή-αλληλεπίδραση, όπως αυτή εξελίσσεται στο πλαίσιο μιας ψυχοθεραπευτικής ομάδας και αφετέρου, να παρατηρηθούν ενδεχόμενες τροποποιήσεις των δεικτών της Προσωπικότητας Τύπου D, στους συμμετέχοντες.

Τρία είναι τα ερευνητικά ερωτήματα που επιλέξαμε να διερευνήσουμε. Το πρώτο ερώτημα αναφέρεται στη μελέτη των Θεμάτων, που αναδύονται μέσω του κλινικού υλικού μιας ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, τα οποία συμπληρώνουν ή εμπλουτίζουν τις έννοιες της Κοινωνικής Αναστολής και Αρνητικής Συναισθηματικότητας. Το δεύτερο αναφέρεται στην πιθανή τροποποίηση των συστατικών στοιχείων Κοινωνικής Αναστολής και Αρνητικής Συναισθηματικότητας

της Προσωπικότητας Τύπου D, μέσω της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Το τρίτο ερώτημα, διερευνά την αποτίμηση της παρέμβασης από την πλευρά των ασθενών.

Προς απάντηση των ανωτέρω ερευνητικών ερωτημάτων, χρησιμοποιήθηκε η ποιοτική μεθοδολογία της Θεματικής Ανάλυσης.

Τα ευρήματα της διατριβής στο σύνολο τους, επιβεβαιώνουν και υποστηρίζουν την θεωρητική και κλινική προσέγγιση των Denollet και άλλων ερευνητών, στη μελέτη της Προσωπικότητας Τύπου D (Denollet et al., 2013; Denollet & Conraads, 2011). Επιβεβαιώνουν, αλλά συνάμα συμπληρώνουν και εμπλουτίζουν, τα διακριτά χαρακτηριστικά στοιχεία που συγκροτούν την Προσωπικότητα Τύπου D, δηλαδή την Κοινωνική Αναστολή και την Αρνητική Συναισθηματικότητα. Επίσης, τα ευρήματα της έρευνας αναφέρουν, θεραπευτικές αλλαγές και τροποποιήσεις των δεικτών Κοινωνικής Αναστολής και Αρνητικής Συναισθηματικότητας, και τέλος, πληροφορούν για το τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς, αποτίμησαν την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση.

Στη συνέχεια, θα συζητηθούν τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, και η συνεισφορά της, στην επιστημονική θεωρία, έρευνα και κλινική πρακτική. Θα περιγραφούν οι περιορισμοί που ανέκυψαν και παράλληλα θα δοθούν προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.

Ανάδειξη Θεμάτων κατά την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση

Κατά την διάρκεια της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, αναδείχθηκαν πέντε βασικές περιοχές θεωρητικού και κλινικού ενδιαφέροντος (Θέματα), που εδράζονται στη συλλογή και ανάλυση των κωδικών, που ανέκυψαν κατά την διάρκεια των ομαδικών συνεδρίων. Τα Θέματα αφορούν, στην «Αναγνώριση», στην «Διεκδίκηση», στο «Αίσθημα Μοιραίου», στην «Εξάντληση» και στο «Θετικώς Σχετίζεσθαι».

Το πρώτο Θέμα «Αναγνώριση», αφορά στην ανάγκη του καρδιοπαθή με προσωπικότητα Τύπου D, να παρουσιάζεται και να αναγνωρίζεται με θετικό πρόσημο από και προς τους άλλους. Η αγωνία του γι' αυτήν τη διάκριση, του προκαλεί σοβαρά προβλήματα επικοινωνίας, σε όλα τα επίπεδα κοινωνικής συνδιαλλαγής, όπως το οικογενειακό, το κοινωνικό, το εργασιακό. Επιζητώντας από τον εαυτό του την διατήρηση μιας τέτοιας συναισθηματικής συνθήκης, αλλά και εναγωνίως προσδοκώντας την από το περιβάλλον του, αναπόφευκτα εκτρέπεται σε συμπεριφορές θυμικής έκρηξης ή «παγώματος», αποστασιοποίησης και αυτοεπιβεβλημένης αδιαφορίας. Η διαχείριση λοιπόν, μιας ματαιωτικής και απορριπτικής στάσης από τον

άλλο προς το πρόσωπο του, γίνεται δυσβάστακτη και κλινικά αξιολογείται ως μια δυσλειτουργική αντίδραση για τον ίδιο και τις σχέσεις του με το περιβάλλον.

Το δεύτερο Θέμα «Διεκδίκηση», περιγράφει τον τρόπο που σχετίζεται ο ασθενής, σε καταστάσεις που έχουν συγκρουσιακό χαρακτήρα και χρειάζεται να δηλώσει ανοικτά, να υπερασπιστεί, ή να διεκδικήσει τη θέση του. Και αυτό το Θέμα, εμφανίζεται σε όλα τα επίπεδα διαπροσωπικών του αλληλεπιδράσεων. Ωστόσο κυριαρχεί σε καταστάσεις, τις οποίες ο ίδιος βιώνει και αντιλαμβάνεται, ως καταστάσεις ασαφούς ή ανοριοθέτητου πλαισίου. Οι συνήθεις απαντήσεις του σε μια τέτοια συνθήκη, περιλαμβάνουν δυο κυρίως αντιδράσεις: «συρρίκνωση» και «ξέσπασμα». Η πρώτη, «συρρίκνωση», αναφέρεται σε μια υποχωρητική στάση, μια παθητικοποίηση των αντιδράσεων του, έναντι των διεκδικήσεων του άλλου. Αποσύρεται από την σκηνή της διεκδίκησης, παραχωρώντας στον άλλο το δικαίωμα να πάρει αυτό που ήθελε. Ο ασθενής νοιώθει στεναχωρημένος και αποσυνδέεται συναισθηματικά από την επίμαχη αλληλεπίδραση. Η δεύτερη, «ξέσπασμα», αναφέρεται ως μία άλλη παρατηρηθείσα συμπεριφορά, στην οποία καταφεύγει ο ασθενής όταν αισθάνεται ότι ανοικτά αδικείται από τον άλλον. Τότε υιοθετεί εκρηκτικές συμπεριφορές, παρορμητικού χαρακτήρα, οι οποίες έχουν μεν μικρή διάρκεια «ξεσπάσματος» και «εκτόνωσης» της πίεσης που νοιώθει, αλλά είναι καταστροφικές για τις σχέσεις του. Τα πρόσωπα, στα οποία συμπεριφέρεται έτσι, το «αξίζουν», και ο ασθενής, κατά την αντίληψη του, «δικαιούται» να συμπεριφέρεται με αυτόν τον τρόπο.

Το τρίτο Θέμα «Αίσθημα Μοιραίου», αναφέρεται σε μία στιγμιαία ή παροδική απρόβλεπτη κατάσταση. Αισθάνεται ανίσχυρος μπροστά σε ένα ισχυρό επερχόμενο εξωτερικό παράγοντα, ο οποίος έχει τη δύναμη να ανατρέψει την κανονικότητα της ζωής του. Αισθάνεται αβοήθητος, τρομαγμένος και ελλιπής ώστε να επιφέρει ένα σχετικό έλεγχο. Οι αντιδράσεις του είναι φοβισμένες και ο ίδιος «παγώνει», μη δυνάμενος να αντιμετωπίσει την κατάσταση. Το Θέμα αναφέρεται κυρίως στον απροσδόκητο χαρακτήρα του εξωτερικού «χτυπήματος», για το οποίο ο ασθενής δεν ξέρει τίποτα, ούτε τι είναι, ούτε πότε και εάν θα έρθει. Φοβάται διαρκώς και περιμένει πως κάτι άσχημο μπορεί να συμβεί στον ίδιο. Καθημερινά γεγονότα, όπως ένα μικρό ατύχημα στο σπίτι, λαμβάνουν διαστάσεις τεράστιες μέσα του, οι αντιδράσεις του «παγώνουν» (ενίοτε και στην κυριολεξία), και τα γεγονότα αυτά φθάνουν με την χροιά του «μοιραίου» στην αντίληψη του. Το «Αίσθημα Μοιραίου», είναι από τα πιο ενδιαφέροντα Θέματα που αναδύθηκαν, γιατί καταδεικνύει πόσο ο αιφνίδιος και

απροσδόκητος χαρακτήρας του καρδιακού επεισοδίου, που υπέστη ο καρδιοπαθής στο παρελθόν, έχει επηρεάσει την μετέπειτα πορεία της ζωής του. Το έμφραγμα αποτέλεσε κομβικό σημείο της ανάγνωσης της πραγματικότητας του, σε όλα τα επίπεδα. Εξ αιτίας της απρόβλεπτης και απροσδόκητης επέλασης του, η καθημερινότητα του παγιδύεται σε ένα «Αίσθημα Μοιραίου».

Το τέταρτο Θέμα «Εξάντληση», αναφέρεται σε μια καθολική αίσθηση εξάντλησης που βιώνει ο καρδιοπαθής, η οποία εκδηλώνεται μέσω της σωματικής οδού και χαρακτηρίζεται από υπερβολική κόπωση σε προσωπικό, σχεσιακό και οικονομικό επίπεδο. Σε αυτό το Θέμα καταγράφεται ένα είδος εκδραμάτισης (acting out συμπεριφοράς), η οποία εδράζεται σε ψυχική δυσφορία και ένταση και η οποία στην συνέχεια «ανακουφίζεται», μέσω μιας σωματικής (υπερβολικής) εκτόνωσης. Ο ασθενής, δείχνει να δυσκολεύεται να αποκτήσει πρόσβαση σε αυτά τα δυσφορικά συναισθήματα που τον ταλαιπωρούν, και αναπόδραστα οδηγείται σε εξάντληση. Παρατηρούμε σε αυτό το Θέμα, ότι η ψυχολογική του σκέψη δεν είναι ιδιαιτέρως ανεπτυγμένη, ώστε να διευκολύνει τη σύνδεση μεταξύ ψυχολογικών και σωματικών παραμέτρων. Συνέπεια των ανωτέρω, είναι η εγκατάσταση και διατήρηση ενός ρυθμού νευρικότητας και εκνευρισμού (μυϊκού τόνου), σε υψηλό δυσφορικό επίπεδο.

Το πέμπτο Θέμα «Θετικώς Σχετίζεσθαι», αναφέρεται στα στοιχεία εκείνα, που διαμορφώνουν την βάση για την δημιουργία υγιών σχέσεων και αλληλεπιδράσεων με το περιβάλλον, όπως αυτά αναδύθηκαν μέσω της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, κατά τη διάρκεια των τελευταίων συνεδρίων. Η εμφάνιση του εν λόγω Θέματος, εμπεριέχει τις προϋποθέσεις και τα χαρακτηριστικά, τα οποία είναι ικανά να επαναφέρουν τον ασθενή στην πραγματικότητα της καθημερινότητας του. Η διαμόρφωση αυτών των προϋποθέσεων και χαρακτηριστικών, είναι καρπός της συμμετοχής στην ομαδική διεργασία, είναι η κατάληξη της ψυχικής διεργασίας.

Συνολική εκτίμηση των Θεμάτων

Η συνολική εκτίμηση των Θεμάτων συγκεφαλαιώνεται στο Γράφημα 2. (Κεφάλαιο Τέταρτο, Ευρήματα, σελ. 195), όπου απεικονίζεται η ροή των Θεμάτων σε σχέση με τον χρόνο της εξέλιξης της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Τα Θέματα της παρούσας διατριβής παραπέμπουν σε διακριτές ενότητες νοημάτων -κλινικά σημαντικές- και η σειρά ακολουθίας τους μας προσανατολίζει σε ορισμένες κλινικά χρήσιμες συντεταγμένες. Αρχικά, παρατηρείται η ανάγκη του ασθενή να διεκδικήσει τον χώρο του στην ομάδα, ώστε να νοιώσει ότι έχει «τον δικό του χώρο» (Διεκδίκηση). Σε αυτό το στάδιο αναφέρεται σε συγκρούσεις και διεκδικήσεις που έχει με το

περιβάλλον του. Προχωρεί κατόπιν στο δεύτερο στάδιο, όπου αναφέρεται στην ανάγκη του να αναγνωρίζεται ως σημαντικό πρόσωπο (Αναγνώριση). Αν οι ανάγκες αυτές καλυφθούν, δοκιμάζει να εκδιπλώσει σκέψεις και συναισθήματα για τα οποία αρχικά δεν ήθελε να μιλήσει. Έτσι φθάνουμε στο σημείο, να εκφραστεί ο φόβος του μπροστά σε κάτι απροσδόκητο, υπόνοια ή αναφορά στο καρδιακό επεισόδιο που έχει υποστεί (Αίσθημα Μοιραίου). Για να εκφραστεί σχεδόν αμέσως μετά και η αδυναμία που αισθάνεται να ξεπεράσει τις δυσκολίες του ή να αντέξει τις αντιξοότητες της ζωής (Εξάντληση). Η θεραπευτική εξέλιξη της ομάδας ολοκληρώνεται, έχοντας περάσει από αυτές τις “σημαδούρες”, με μία σειρά από συνειδητοποιήσεις και επανεκτιμήσεις για την ζωή του. Η εν λόγω πορεία των Θεμάτων μας δίνει, σε αφαιρετικό σχήμα, έναν χάρτη κινήσεων για τους συγκεκριμένους ασθενείς. Μας εφιστά την προσοχή σε κομβικά σημεία μίας θεραπευτικής διαδικασίας. Για παράδειγμα, η επεξεργασία της αβοηθητότητας που νοιώθουν (παραπομπή στο Αίσθημα Μοιραίου) και της έλλειψης ανθεκτικότητας (Εξάντληση), καθίστανται κεντρικά σημεία θεραπευτικών παρεμβάσεων. Σε καμία περίπτωση δεν υποτιμάται η αποδοχή (Αναγνώριση), η οποία μαζί με τη Διεκδίκηση αποτελούν την πλατφόρμα για να φθάσουν στην έκφραση των συναισθηματικών δυσκολιών τους και την βελτίωση των δυσλειτουργικών τους μοτίβων συμπεριφοράς μέσα από συνειδητοποιήσεις και επανανοηματοδοτήσεις.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, επιβεβαιώνουν τις δυσλειτουργικές περιοχές που παρουσιάζουν οι καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D, όπως αυτές έχουν αρχικά εντοπιστεί από τον Denollet (2005, 2010). Επίσης, τα Θέματα συνολικά και το καθένα ξεχωριστά, συνεισφέρουν και εμπλουτίζουν την εννοιολογική κατασκευή της Προσωπικότητας Τύπου D, διερευνώντας και ταυτοποιώντας περιοχές, οι οποίες αξιολογούνται σημαντικές από εννοιολογική, κλινική και ψυχοθεραπευτική άποψη.

Η παρούσα διατριβή, εδράζεται πάνω σε τρεις βασικούς άξονες προσέγγισης με σκοπό την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων. α. ακολουθήθηκε μία ποιοτική προσέγγιση ανάλυσης της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, με συμμετέχοντες καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D., β. διενεργήθηκε, μία αμιγώς ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, χωρίς την συνύπαρξη άλλων παράλληλων παρεμβάσεων π.χ. φυσικής άσκησης ή διατροφολογικής παρέμβασης, και γ. η διάρκεια της παρέμβασης ήταν μεγαλύτερη χρονικά σε σχέση με άλλες παρεμβάσεις.

Οι τρεις άξονες φέρουν μία πρωτοτυπία για την οποία δεν έχει υποπέσει στην αντίληψή μας, μέχρι στιγμής τουλάχιστον, κάποια άλλη αντίστοιχη δημοσιευμένη

επιστημονική εργασία. Στην συνέχεια θα συζητηθούν οι τρεις άξονες, πάνω στους οποίους κινήθηκε η παρούσα διατριβή.

Ποιοτική προσέγγιση ανάλυσης της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας

Στην παρούσα διατριβή, εντοπίστηκε η ανάπτυξη και η εκδήλωση των συστατικών στοιχείων της Προσωπικότητας Τύπου D, όπως αναμενόταν και όπως αναφέρεται στην διεθνή βιβλιογραφία (Denollet, 2000. Denollet, 2005. Denollet et al., 2013. Denollet & Conraads, 2011). Το πλαίσιο της ομάδας ωστόσο, συνείφερε σημαντικά, ώστε οι εννοιολογικές κατασκευές τις Κοινωνικής Αναστολής και της Αρνητικής Συναισθηματικότητας, να διερευνηθούν εις βάθος. Αποτέλεσμα της ποιοτικά διερευνητικής προσέγγισης που υιοθετήθηκε είναι ο εμπλουτισμός τους, ο οποίος θα μπορούσε να αποτελέσει ένα ουσιαστικό εργαλείο στα χέρια των ειδικών ψυχικής υγείας, που ασχολούνται με Προσωπικότητα Τύπου D, για την κλινική και διαγνωστική ενίσχυσή τους.

Οι μελέτες των ψυχολογικών παρεμβάσεων σε ασθενείς Προσωπικότητας Τύπου D, είναι εξαιρετικά περιορισμένες (Cao, Wong, Choi, Cheng & Chair, 2016). Οι περισσότερες αναλύσεις, περιορίζονται στην καταγραφή των δεικτών Κοινωνικής Αναστολής και Αρνητικής Συναισθηματικότητας, πριν και μετά την παρέμβαση και ορισμένες άλλες συμπεριλαμβάνουν κλινικές μεταβλητές, όπως κατάθλιψη, άγχος ή ποιότητα ζωής των ασθενών. Προφανώς οι ανωτέρω αναλύσεις, ποσοτικής προσέγγισης, της Προσωπικότητας Τύπου D, είναι εξόχως χρήσιμες, ώστε να αξιολογηθεί σε μεγάλη κλίμακα ένα πρόγραμμα καρδιολογικής παρέμβασης. Ωστόσο, στο πλαίσιο της ποιοτικά διερευνητικής προσέγγισης που υιοθέτησε η παρούσα διατριβή ανέκυσαν προτάσεις αιτιοπαθογένειας ή κλινικής διαχείρισης των ασθενών με Προσωπικότητα Τύπου D, πέρα από το επίπεδο της ποσοτικής καταγραφής των κλινικών δεικτών, του συγκεκριμένου τύπου προσωπικότητας.

Εμπλουτισμός των δεικτών Προσωπικότητας Τύπου D μέσω ποιοτικής ανάλυσης

Το Θέμα «Διεκδίκηση», αναδεικνύει την ανίσχυρη θέση που βιώνει ο ασθενής, σε μία συνθήκη σύγκρουσης ή διεκδίκησης. Η θέση αυτή συνάδει με την στάση που αναφέρεται στον άξονα της Κοινωνικής Αναστολής. Ειδικότερα έχει διαπιστωθεί, ότι άτομα με Προσωπικότητα Τύπου D, τείνουν να υιοθετούν δυσπροσαρμοστικές και αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης συγκρούσεων με άλλους. Η υιοθέτηση των συγκεκριμένων στρατηγικών, συσχετίζεται με το εξαιρετικά υψηλό επίπεδο αντιλαμβανόμενου στρες, που βιώνουν στις διαπροσωπικές τους σχέσεις (Polman,

Borkoles & Nichols, 2009). Ωστόσο το αναδειχθέν Θέμα, εμπλουτίζει και συγκεκριμενοποιεί, δυσλειτουργικές περιοχές της Κοινωνικής Αναστολής. Τροφοδοτεί την κλινική σκέψη και θεραπευτική επάρκεια των κλινικών, εστιάζοντας στην παρατήρηση ότι ο ασθενής με Προσωπικότητα Τύπου D, νοιώθει ανεπαρκής συγκριτικά με τους άλλους και βιώνει αβεβαιότητα και αδυναμία να συνδιαλλαγεί, όταν το πλαίσιο δεν είναι σαφώς οριοθετημένο. Κυρίως δε, αισθάνεται και χαρακτηρίζει ως εξευτελιστική, κάθε διεκδίκηση ή σύγκρουση στην οποία εμπλέκεται. Οι ανωτέρω παρατηρήσεις, συνθέτουν μια πρόταση αιτιοπαθογένειας, του πώς και γιατί ο ασθενής, «επιλέγει» την Κοινωνική Αναστολή, δηλαδή την από-επένδυση στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Συνακόλουθα, το Θέμα «Διεκδίκηση», μέσω των αναφορών του στον δείκτη της Κοινωνικής Αναστολής, συνάδει με την βιβλιογραφία, ως προς την έλλειψη αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης, που αισθάνονται οι ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D. (Williams, O' Connor, Howard, Hughes, Johnson & Hay, 2008).

Η «επιλογή» της Κοινωνικής Αναστολής, ως επικοινωνιακός μηχανισμός άμυνας συναντάται και στο Θέμα «Αναγνώριση». Το πλούσιο κλινικό υλικό, των συνεδριών που συνθέτουν αυτό το Θέμα, μας οδηγεί σε δύο ενδιαφέρουσες εστίες που ο ασθενής επιζητά την ανάγνωση: την οικογένεια και την εργασία. Η αφήγησή του, περιστρέφεται διαρκώς γύρω από αυτές τις δύο κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Η ανωτέρω παρατήρηση, συνάδει με τις βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις του Denollet (2005). Επίσης συνάδει με το πρόγραμμα αποκατάστασης που υλοποιήθηκε και μελετήθηκε από τους Karlsson et al. (2014), οι οποίοι ενέταξαν στην διαδικασία του προγράμματος, συνεδρίες με τις συντρόφους-συζύγους των καρδιοπαθών, γεγονός το οποίο φέρει μια θεωρητική πρωτοτυπία, και αποτελεί εύστοχη κλινική διαχείριση, ενισχύοντας το θεραπευτικό πλάνο για τους συγκεκριμένους ασθενείς. Ως προς το επάγγελμα και τις συναδελφικές σχέσεις, η βιβλιογραφία αναφέρεται σε έρευνες, οι οποίες συνδέουν την Προσωπικότητα Τύπου D, με αντιλαμβανόμενες δυσλειτουργικές σχέσεις στο εργασιακό περιβάλλον (Hanebuth, Meinel & Fischer, 2006. Preckel, von Kanel, Kudielka & Fischer, 2005). Η συσχέτιση μεταξύ Προσωπικότητας Τύπου D και εργασιακού περιβάλλοντος, αναδεικνύει επίσης, μια ακόμα πηγή επικινδυνότητας για την υγεία των ασθενών αυτών: την δυσκολία τους να θέσουν όρια με προϊσταμένους, διευθυντές και συναδέλφους, την τάση τους να υπερεπενδύουν στην εργασία τους, και στη βίωση αναντιστοιχίας μεταξύ της προσπάθειας που καταβάλλουν, σε σχέση με τα οφέλη που απολαμβάνουν. Η

υιοθέτηση παθητικοποιημένων και αποφευκτικών στρατηγικών αντιμετώπισης των προβλημάτων που συναντούν στην εργασία τους συχνά τους οδηγεί σε επαγγελματική καταπόνηση (Hanebuth et al., 2006. Mols & Denollet, 2010). Οι ανωτέρω διαπιστώσεις των ερευνητών στο πεδίο της Προσωπικότητας Τύπου D, αναμφίβολα συμπλέουν με το κλινικό υλικό των συνεδριών, που αναλύθηκε στην παρούσα διατριβή.

Υπό αυτή την έννοια, η θεραπευτική συμμαχία με τα συγκεκριμένα άτομα, σημαίνει διαρκή ενίσχυση και υποστήριξη της επαγγελματικής ιδιότητάς τους. Ενίσχυση με μέτρο και σκοπό, ώστε συν τω χρόνω να απεμπλακούν από υπερεπενδύσεις για την εργασία τους, και να επιτρέψουν στο εαυτό τους να διαθέσει ενέργεια και χρόνο και σε άλλες περιοχές ενδιαφερόντων τους. Μια τέτοια ισορροπία φαίνεται πως είναι ιδιαίτερα δύσκολη, αλλά είναι μία πρόκληση για την ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Η ανωτέρω στόχευση, υποστηρίζεται από ένα ακόμη ενδιαφέρον, κοινωνικής συνιστώσας, γεγονός, που συναντάται στα άτομα με Προσωπικότητα Τύπου D: ότι συχνά απουσιάζουν από την εργασία τους, αναφέροντας λόγους υγείας. Πιθανόν, όπως φαίνεται και στα Θέματα της παρούσας μελέτης, άτομα με Προσωπικότητα Τύπου D, αναφέρουν πιο συχνά συμπτώματα ζωτικής εξάντλησης, σε σχέση με άτομα που δεν χαρακτηρίζονται ως Προσωπικότητα Τύπου D (Preckel, von Kanel, Kudielka & Fischer, 2005). Κατά ανάλογο τρόπο, αποφεύγουν την εργασία τους διότι την αντιλαμβάνονται ως πηγή υψηλού στρες, καταλήγοντας να αισθάνονται, όπως εντοπίσθηκε στις συνεδρίες, ανεπαρκείς να επιλύσουν τα προβλήματα τους ή να τα επεξεργαστούν ξεπερνώντας την αντίληψή τους, περί της μοιραίας εξέλιξης των πραγμάτων που τους αφορούν (Θέματα «Διεκδίκησης» και «Αίσθηματος Μοιραίου») (Oginska-Bulik, 2006). Έτσι, ενισχύουν έτι περαιτέρω την απομονωτική και αποφευκτική τους στάση (Κοινωνική Αναστολή).

Προχωρώντας στο Θέμα «Αίσθημα Μοιραίου», διαπιστώνουμε ότι αναφέρεται κατά κύριο λόγο στην Αρνητική Συναισθηματικότητα. Η Αρνητική Συναισθηματικότητα, περιγράφει το βίωμα και την υιοθέτηση μιας καταθλιπτικής οπτικής του εαυτού και των σχέσεων με τους άλλους. Ενδεικτικό παράδειγμα, στέρεα οικοδομημένο από το πλούσιο υλικό των συνεδριών, είναι το αίσθημα αβοηθητότητας και η έλλειψη επαρκούς ψυχολογικής ανθεκτικότητας, που συναντάται στο Θέμα «Αίσθημα Μοιραίου». Ο εντοπισμός των δύο ανωτέρω συγκεκριμένων ψυχολογικών χαρακτηριστικών -αβοηθητότητας και έλλειψης ανθεκτικότητας- στους καρδιοπαθείς, μας βοηθά να διευκρινίσουμε το συναισθηματικό δρομολόγιο και τις συνακόλουθες

συμπεριφορές που τόσο συχνά παρατηρούνται σε καρδιοπαθείς: ένα «πάγωμα» των συναισθηματικών τους αντιδράσεων σε εξωγενείς παράγοντες, για τους οποίους αισθάνονται ελλειπείς να ελέγξουν ή να αντέξουν. Κατά την διάρκεια των συνεδριών, τα μέλη της ομάδας συχνά αναφέρονταν σε αντιξοότητες με τις οποίες έρχονταν αντιμέτωποι, και τις οποίες απέφευγαν να επεξεργαστούν ψυχολογικά, διότι ένοιωθαν ότι η οποιαδήποτε προσπάθεια τους, δεν θα είχε κάποια επίδραση στο πρόβλημα ή ότι οι δυνάμεις τους θα τους εγκατέλειπαν. Τους έλειπε, δηλαδή, το σθένος μιας ψυχολογικής ανθεκτικότητας και για αυτό συχνά κατέφευγαν στο να παραιτηθούν αισθανόμενοι ότι έχουν εξαντληθεί. Πράγματι, η έλλειψη ψυχολογικής ανθεκτικότητας, έχει συσχετιστεί με αρνητική πρόγνωση για καρδιοπαθείς με διαγνωσμένη στεφανιαία νόσο (Arrebola-Moreno, Garcia-Retamero, Catenab, Marfil-Alvarez, Melgares-Moreno & Ramirez-Hernandez, 2014). Ειδικότερα, αναφέρεται ότι η αυτοαποτελεσματικότητα -συστατικό στοιχείο της ψυχολογικής ανθεκτικότητας- συσχετίζεται άμεσα με καλύτερη πρόγνωση στους συγκεκριμένους ασθενείς, δηλαδή στην πρόληψη υποτροπής (Molloy, 2012). Η ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας παρέχει την δυνατότητα στο ασθενή να αναζητήσει, να ακολουθήσει και να υλοποιήσει μια θεραπεία για τα ιατρικά ή άλλης φύσεως προβλήματα του (Molloy, Randall, Wikman, Perkins-Porras, Messerli-Bürgy & Steptoe, 2012. Σταλίκας, 2012).

Ως προς το Θέμα «Εξάντληση», παρατηρούμε ότι οι συμπεριφορές εξάντλησης που υιοθετεί και ακολουθεί ο καρδιοπαθής και για τις οποίες διαρκώς παραπονείται, χωρίς να προβαίνει σε επίλυση τους, ενισχύουν τόσο την Κοινωνική Αναστολή όσο και την Αρνητική Συναισθηματικότητα του. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, συμπληρώνουν και προσθέτουν μια επιπλέον ανάγνωση του γεγονότος συντήρησης, της εν λόγω συμπεριφοράς. Μας πληροφορούν, μέσα από το κειμενικό υλικό, ότι πρόκειται για μία αναγκαία κατά την κρίση του επιλογή, η οποία δίνει νόημα στην καθημερινότητά του. Πιθανολογείται ότι η διατήρηση μια τέτοιας στάσης από πλευράς του, η οποία τον εξαντλεί, να αποτελεί για το ίδιο μία μορφή εκτόνωσης δυσάρεστων συναισθημάτων, τα οποία αφορούν στην καρδιολογική κατάσταση της υγείας του, που δεν δύναται να επεξεργαστεί ψυχικά. Προϊόν της ανωτέρω παρατήρησης, είναι ότι ουσιαστικά ο ασθενής τρόπον τινά, επιτίθεται κατά της σωματικής του ευεξίας και ακεραιότητας, εκθέτοντας τον εαυτό του σε ακρότητες εξάντλησης και εξουθένωσης. Ενώ βιώνει αυτήν την συναισθηματική κατάσταση, δυσκολεύεται εξαιρετικά να κατανοήσει ότι ακολουθώντας μια τέτοια οδό

εξαντλήσεων, δύναται να ανατρέψει σε σημαντικό βαθμό την ισορροπία της καρδιολογικής και ψυχολογικής του κατάστασης.

Αναφορικά με το Θέμα «Θετικώς Σχετίζεσθαι», διαπιστώνεται η σημαντικότητα της επίδρασης του και στους δύο άξονες της Προσωπικότητας Τύπου D. Όπως προαναφέρθηκε, το Θέμα «Θετικώς Σχετίζεσθαι» είναι προϊόν της ολοκλήρωσης της θεραπευτικής διαδικασίας. Τούτο γίνεται σαφές, μέσω των ευρημάτων της αποτίμησης της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης από την πλευρά των ασθενών, και από τις τροποποιήσεις των δεικτών Συναισθηματικής Αρνητικότητας και Κοινωνικής Αναστολής, που απεικονίζονται στο DS14 κατά την λήξη της παρέμβασης. Βεβαίως η παρούσα έρευνα, ως κατά κύριο λόγο ποιοτική μελέτη, εστιάζει στο τρόπο ανάδειξης των ευεργετικών επιδράσεων της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, όπως συγκεφαλαιώνονται στο Θέμα «Θετικώς Σχετίζεσθαι». Ειδικότερα, στην παρούσα διατριβή διαπιστώθηκε, ότι προκειμένου να επέλθει το «Θετικώς Σχετίζεσθαι» (Κοινωνική Αναστολή), αλλά και ύφεση της Αρνητικής Συναισθηματικότητας, οι ίδιοι οι καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D, αξιολόγησαν ως σημαντικές τις κάτωθι προϋποθέσεις: Ανάγκη χρόνου εισαγωγής, εν είδη προθέρμανσης, προκειμένου οι καρδιοπαθείς να προχωρήσουν σε ψυχολογική επεξεργασία των προβλημάτων τους, καθώς και ανάγκη διαμόρφωσης ενός πλαισίου ασφάλειας, με σαφή όρια και γνωρίσματα. Επίσης, η ανάγκη εμπιστευτικότητας στις σχέσεις στην ομάδα, αναφέρεται ως κυρίαρχη προϋπόθεση καθ' όλη την διάρκεια των συνεδριών, προκειμένου να επιτευχθεί ύφεση της ανάγκης του «φαίνεσθαι» και ουσιαστική χαλάρωση του ανταγωνιστικού-επιθετικού μοτίβου αλληλεπίδρασης. Επιπλέον, η αποδοχή της δυσκολίας τους να συνδεθούν συναισθηματικά με τρίτους, όπως και η αναγνώριση της δυσκολίας τους να δεχθούν και να αφομοιώσουν, την θετική στάση των άλλων προς το πρόσωπο τους, είναι σημεία που αξιολογήθηκαν σημαντικά για την επίτευξη του «Θετικώς Σχετίζεσθαι».

Συμπερασματικά, τα πέντε Θέματα που αναδείχθηκαν από την παρούσα ποιοτική έρευνα, τροφοδοτούν με νέες και φρέσκες εννοιολογικές επαναπροσεγγίσεις την Προσωπικότητα Τύπου D. Ανάλογα, τροφοδοτούν την θεραπευτική και κλινική σκέψη μέσα από το πλούσιο υλικό που καταθέτουν, προτείνοντας θεραπευτικά σημεία προσοχής, κατά την συνεργασία των ειδικών με ασθενείς Προσωπικότητας Τύπου D και διανοίγοντας νέες θετικές προοπτικές, ως προς την αποτελεσματικότερη θεραπευτική συμβολή των ειδικών.

Αμιγώς ψυχοθεραπευτική παρέμβαση

Η ψυχοθεραπεία διαμορφώνεται από συγκεκριμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Είναι ένα είδος αγωγής που χορηγείται στον ασθενή από τον θεραπευτή. Η προτεινόμενη θεραπεία όπως και οι παρεμβάσεις, βασίζονται σε θεραπευτικά πρωτόκολλα επιστημονικά τεκμηριωμένα και εφαρμόζονται από θεραπευτές ειδικά εκπαιδευμένους στην συγκεκριμένη προσσέγγιση (Gelo, 2008. Norcross, 2005. Sprenkle, Davis, & Lebow, 2009).

Γνωρίζουμε ότι οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, συμβάλλουν στην τροποποίηση της χαρακτηρισολογικής δομής (Bateman & Fonagy, 2000). Ειδικότερα η ομαδική ψυχοθεραπεία συνιστάται ως θεραπεία εκλογής για διάφορες μορφές διαταραχών στο φάσμα της προσωπικότητας (Kirchmann, Mestel, Schreiber-Willnow, Mattke, Seidler, Daudert, Nickel & Strauss, 2009. Lorentzen, Ruud, Fjeldstad & Hoglen, 2013. Tschuschke, Anbeh, & Kiencke, 2007). Ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D, εμφανίζουν άλλοτε κλινικά και άλλοτε υποκλινικά τέτοια στοιχεία διαταραχής (στο φάσμα της προσωπικότητας ή των συναισθηματικών διαταραχών) (Denollet 2005). Εξαιτίας αυτής της διαπίστωσης, κρίθηκε σκόπιμο στην παρούσα διατριβή να μελετηθεί μια αμιγώς ψυχοθεραπευτική παρέμβαση ομαδικού τύπου.

Το πλαίσιο της ομαδικής παρέμβασης έχοντας χαρακτηριστικά εμπιστευτικότητας, εχεμύθειας, ασφάλειας και σαφών ορίων, διευκολύνει την εκδίπλωση συναισθηματικών εκδηλώσεων των καρδιοπαθών με Προσωπικότητα Τύπου D, οι οποίες σε διαφορετική περίπτωση, πιθανόν να παρεμποδίζονταν. Ωστόσο η κάλυψη αυτής της ανάγκης τους, διέρχεται και μέσα από την διατήρηση ενός πλαισίου, που σέβεται τον χρόνο και την δυσκολία του συγκεκριμένου τύπου ασθενών, να εκφραστούν και να ανοιχτούν συναισθηματικά. Πρόκειται δηλαδή, για μία λειτουργία «εμπεριέχειν» (containing), που χαρακτηρίζει την ομάδα και της διαφύλαξης αυτής, από ένα επαρκώς καλό θεραπευτή («good enough», Ratnapalan & Batty, 2009. Winnicott, 1953). Η εν λόγω λειτουργία «εμπεριέχειν», αποτελεί την πλατφόρμα και το έναυσμα, τα οποία επιτρέπουν στους ασθενείς, να δοκιμάσουν να επεξεργαστούν τις ψυχικές τους αγκυλώσεις. Όπως τονίζει η Pelle (2008, σελ. 36), «ο θεραπευτής που εμπλέκεται με κλινικές δοκιμές προγραμμάτων παρέμβασης με άτομα Τύπου D, θα πρέπει να είναι έμπειρος και ευαισθητοποιημένος, ώστε να εγκαταστήσει και να διατηρήσει ένα ασφαλές περιβάλλον για αυτούς τους ασθενείς, καθώς είναι πιθανό να μην εκφράσουν και να μην μοιραστούν τα συναισθήματά τους, χωρίς αυτές τις προϋποθέσεις».

Ο θεραπευτής συμβάλει, στην δημιουργία αυτού του πλαισίου ασφάλειας και εμπιστοσύνης, ώστε οι ασθενείς να μπορέσουν να επεξεργαστούν τις δυσκολίες τους, κατά τον βέλτιστο δυνατό τρόπο, και να οικοδομηθούν θεραπευτικές σχέσεις. Η προχειρότητα ή η ανυπαρξία ενσυναίσθησης από την μεριά του θεραπευτή, μπορεί να οδηγήσει σε εκρηκτικές συμπεριφορές, οι οποίες πέραν της δυσκολίας τους να αναπλαισιωθούν στην θεραπευτική διαδικασία, πιθανό να επιβαρύνουν και την σωματική υγεία καρδιοπαθών με Προσωπικότητα Τύπου D.

Η ψυχοθεραπεία, συμβάλει στην αντιμετώπιση προβλημάτων που προκύπτουν από την εμπειρία ενός τραύματος, σωματικού ή ψυχικού, όπως είναι και συχνά βιώνεται, ένα καρδιακό επεισόδιο. Αν η ακεραιότητα και λειτουργικότητα του καρδιοπαθή με Προσωπικότητα Τύπου D βάλλεται από ένα τέτοιο επεισόδιο, η ψυχοθεραπεία δρα ως ένας βασικό άξονας δόμησης, ανασύνταξης και νοηματοδότησης για την επανένταξη στην κανονικότητα της ζωής του. Ειδικότερα στην παρούσα έρευνα, οι ασθενείς χαρακτηρίζονταν ως ιατρικώς σταθεροί, δηλαδή παρακολουθούνταν τακτικά και ήταν ιατρικά ρυθμισμένοι. Ως προς την συννοσηρότητα, οι συμμετέχοντες ήταν εντός του αναμενόμενου και αποδεκτού πλαισίου που παρατηρείται στην ομάδα των καρδιαγγειακών ασθενών.

Οι Williams et al. (2011), διαπίστωσαν ότι ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D με υψηλό δείκτη Κοινωνικής Αναστολής και Αρνητικής Συναισθηματικότητας, είχαν σημαντικά χαμηλότερη αυτοαποτελεσματικότητα ως προς την διαχείριση της νόσου τους. Η ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας των ασθενών, αποτελεί επίσης μια ουσιαστική βάση υποστήριξης, που παρέχει η ομαδική διεργασία.

Ουσιαστικά, η ομαδική προσέγγιση που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη, διευκόλυνε τους καρδιοπαθείς, να αφήσουν τον εαυτό τους “να βιώσει την σχέση”, να εμπλακεί συναισθηματικά με τους άλλους, και όχι εξ αποστάσεως να σκέπτεται για την “σχέση”. Έτσι οι ασθενείς δοκίμασαν, με εφελτήριο την ομαδική διεργασία, να σχετιστούν θετικά με το περιβάλλον τους, δηλαδή να ανακτήσουν μια θετική εικόνα του εαυτού και του άλλου (Σταλίκας, 2012. Σταλίκας & Μερτίκας, 2004). Οι ασθενείς προέβησαν σε σημαντικές συνειδητοποιήσεις, όπως την αναγνώριση των δυσλειτουργικών μοτίβων, την ανάκτηση μια σχετικής ανεκτικότητας προς τον άλλον, την υιοθέτηση ευελιξίας στις σχέσεις, και τον επαναπροσδιορισμό προτεραιοτήτων στη βάση της προφύλαξης του εαυτού, σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο. Επίσης ένοιωσαν αισιοδοξία και ενθουσιασμό, για να ξεκινήσουν εκ νέου δραστηριότητες που είχαν παραμελήσει, και να ενταθούν πιο δυναμικά στην καθημερινότητα τους.

Χρονική διάρκεια της παρέμβασης

Από τις αξιολογήσεις προγραμμάτων σε ασθενείς με Προσωπικότητα Τύπου D, εκτιμάται, ότι η διάρκεια της παρέμβασης, έχει ουσιαστική επίδραση στην αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος (Cao et al., 2016. Karlsson et al., 2007. Sogaro et al., 2010). Η βελτίωση που καταγράφηκε στην παρούσα έρευνα, πιθανόν να οφείλεται και στην χρονική διάρκεια της παρέμβασης, γεγονός που αιτιολογεί την θετική θεραπευτική αντίδραση των ασθενών, δεδομένου ότι οι συναισθηματικές και συμπεριφορές αλλαγές, χρειάζονται επαρκή χρονικό διάστημα για να εγκατασταθούν, πολλώ δε μάλλον οι χαρακτηρισολογικές συνιστώσες τους (trait).

Η ψυχοθεραπευτική δόμηση της παρέμβασης, όπως σχεδιάστηκε για τις ανάγκες των καρδιοπαθών εδώ, εξυπνήρησε και σεβάσθηκε παράλληλα, τα "δύσκολα κομμάτια" της προσωπικότητας τους. Η επιλογή μιας παρέμβασης διάρκειας ενός ακαδημαϊκού έτους, παρείχε επαρκή χρόνο να εκτυλίζονται τις δυσκολίες τους στα διάφορα πεδία αλληλεπιδράσεων τους. Από το Θέμα «Θετικώς Σχετίζεσθαι», το οποίο είναι προϊόν και της χρονικής διάρκειας της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, παρατηρήθηκε η ανάγκη του ασθενή για μία φάση εισαγωγής στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία, εν είδει προθέρμανσης. Στην αρχική φάση της ομάδας, η συμμετοχή του καθενός χαρακτηριζόταν από ένα μονόλογο, φάση αναγκαία, διότι μια πρόωπη και βίαιη εισαγωγή ή ακόμα και αντιπαράθεση, θα μπορούσε να οδηγήσει σε αποκλεισμό του σχετίζεσθαι αν δεν γινόταν σεβαστός ο ρυθμός του κάθε συμμετέχοντα (όπως είδαμε στο Θέμα «Διεκδίκηση»). Η όποια πρόωπη παρέμβαση σε αυτή την «επιφυλακτική και ελεγκτική» φάση του καρδιοπαθή, κατά την αρχική φάση της συνεργασίας μας μαζί του, διακινδύνευε μια πιθανώς αρνητική θεραπευτική αντίδραση. Σεβόμενοι τον χρόνο αυτής της «φάσης προθέρμανσης», η οποία διήρκησε ένα μεγάλο διάστημα, και έχοντας πια διαμορφωθεί ένα πλαίσιο ασφάλειας και αποδοχής στην ομάδα, αφέθηκαν να εμπλακούν σε μια ουσιαστική αλληλεπίδραση.

Η επίδραση της ομαδικό-ψυχοθεραπευτικής διεργασίας, φαίνεται ότι ενεργοποίησε τα αποθέματα των θετικών συναισθημάτων των ασθενών, τα οποία είχαν κρατηθεί εκτός της «οπτικής» εμβέλειας τους, προφανώς και εξ αιτίας του τραύματος του καρδιακού επεισοδίου που υπέστησαν. Τα αποθέματα αυτά, κρατήθηκαν αποκλεισμένα από τον ίδιο τους τον εαυτό, αλλά και την ομάδα για μεγάλο χρονικό διάστημα, τουλάχιστον τα δύο τρίτα της χρονικής διάρκειας της ομαδικής παρέμβασης, για να εμφανιστούν προς τις τελευταίες συνεδρίες. Το παρόν εύρημα, ενισχύει την ανάγκη για την υλοποίηση ευέλικτων χρονικά προσεγγίσεων,

στους συγκεκριμένους ασθενείς. Η ευελιξία και η εξατομίκευση των θεραπευτικών παρεμβάσεων είναι πάγιο αίτημα των καρδιοπαθών, είτε λέγεται είτε υπονοείται, και τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συντάσσονται και συνάδουν προς αυτή την κατεύθυνση (Hansen, Zwisler, Berg, Sibilitz, Buus & Lee, 2016. Rozanski & Kubzansky, 2005).

Στην επόμενη ενότητα της παρούσας έρευνας, θα συζητηθούν τα ευρήματα ως προς την αλλαγή των δεικτών Αρνητικής Συναισθηματικότητας και Κοινωνικής Αναστολής, των ασθενών που συμμετείχαν στην ψυχοθεραπευτική παρέμβαση.

Αλλαγές των συστατικών στοιχείων της Προσωπικότητας Τύπου D

Η διαδικασία της ομαδικής ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, όπως αναμενόταν, βοήθησε τα μέλη της ομάδας, μέσω της συνοχής και της εγκατάστασης αισθήματος ασφάλειας, να επεξεργαστούν τις σχεσιακές δυσκολίες τους σε ένα σημαντικό βαθμό, και να οδηγηθούν στην αυτοέκφραση συναισθημάτων, σε επίπεδο μιας κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, ανέδειξαν μεταβολές των δεικτών της Προσωπικότητας Τύπου D, των συμμετεχόντων μελών στην ψυχοθεραπευτική ομάδα. Πιο συγκεκριμένα, ως προς τον δείκτη της Κοινωνικής Αναστολής, ο οποίος αναφέρεται στην αναστολή της αυτοέκφρασης στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, παρατηρήθηκε βελτίωση του δείκτη και στους τρεις ασθενείς που συμμετείχαν στην ομάδα. Ως προς τον δείκτη της Αρνητικής Συναισθηματικότητας, ο οποίος αναφέρεται στην βίωση αρνητικών συναισθημάτων, παρατηρήθηκε επίσης, βελτίωση και στους τρεις ασθενείς που συμμετείχαν στην ομάδα. Η βελτίωση, ωστόσο, δεν ήταν σε τέτοιο βαθμό ώστε ο δείκτης της Αρνητικής Συναισθηματικότητας να υφεθεί κάτω από το όριο της διαχωριστικής τιμής, όπως παρατηρήθηκε στον δείκτη της Κοινωνικής Αναστολής.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, ως προς την τροποποίηση των δεικτών Κοινωνικής Αναστολής και Αρνητικής Συναισθηματικότητας της Προσωπικότητας Τύπου D, συνάδουν με την συλλογιστική της σύγχρονης ομαδικής ψυχοθεραπευτικής πρακτικής, η οποία μεταξύ άλλων διευκολύνει την επεξεργασία της Κοινωνικής Αναστολής κυρίως, αλλά και της Αρνητικής Συναισθηματικότητας μέσω της ανάπτυξης ενός πλαισίου ασφάλειας και οριοθέτησης (Karlsson et al., 2007. Pelle, 2008).

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, ως προς τις αλλαγές των δεικτών, συμφωνούν εν μέρει με τη μελέτη εκτίμησης, τρίμηνου προγράμματος καρδιολογικής αποκατάστασης, που διεξήγαγε ο Denollet (2005) σε 78 ασθενείς με Προσωπικότητα

Τύπου D, οι οποίοι υπέστησαν καρδιακό επεισόδιο. Στην εν λόγω μελέτη δεν διαπιστώθηκε ύφεση των τιμών Κοινωνικής Αναστολής και Αρνητικής Συναισθηματικότητας. Τα αποτελέσματα δεν ήταν ενθαρρυντικά, παρόλο που στο πρόγραμμα συμπεριλαμβανόταν, εκτός των ψυχοκοινωνικών ομαδικών παρεμβάσεων, και πρόγραμμα φυσικής άσκησης και συνεδρίες ζεύγους, δηλαδή συστατικά στοιχεία-μεταβλητές, τα οποία θεωρητικά δύνανται να ενισχύσουν την αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης. Από την άλλη, στην παρούσα μελέτη, όπως ειπώθηκε και στα ευρήματα, διαπιστώθηκε ύφεση του δείκτη της Κοινωνικής Αναστολής και μερική ύφεση του δείκτη της Αρνητικής Συναισθηματικότητας. Ωστόσο κατόπιν μίας πιο ενδελεχούς παρατήρησης των κλιμάκων DS14, παρατηρήθηκε στην παρούσα έρευνα, μία παροδική ήπια ανύψωση των τιμών των δεικτών σε ορισμένους συμμετέχοντες, κατά την διάρκεια της ενδιάμεσης φάσης της παρέμβασης, η οποία χρονικά αντιστοιχεί στον τρίτο με τέταρτο μήνα της παρέμβασης και η οποία στην πορεία υφέθηκε. Υπό αυτή την έννοια, τα ευρήματα μας, έρχονται σε συμφωνία με την αναφερόμενη μελέτη εκτίμησης του Denollet δεδομένου ότι και στις δύο μελέτες καταγράφηκε ύφεση στη συγκεκριμένη χρονική στιγμή καταμετρήσεις των δεικτών της Προσωπικότητας Τύπου D.

Συνοπτικά, τα ευρήματα της παρούσας διατριβής υποστηρίζουν την μεταβολή και των δύο δεικτών της Προσωπικότητας Τύπου D, με ιδιαίτερη βελτίωση στον δείκτη της Κοινωνικής Αναστολής και ηπιότερη στον δείκτη της Αρνητικής Συναισθηματικότητας, στην τελική φάση της παρέμβασης. Το δεδομένο δε, ότι ο δείκτης της Κοινωνικής Αναστολής υφέθηκε κάτω από το όριο της διαχωριστικής τιμής (cut-off ≤ 10) της Κλίμακας DS14, «αποχαρακτηρίζει» τους δυο ασθενείς, από Προσωπικότητες Τύπου D (Denollet, 2010). Η συνολική εκτίμηση της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας της παρέμβασης κρίνεται θετική και ενθαρρυντική, όπως φαίνεται μέσα από την ύφεση των τιμών στην αρχική και τελική φάση της μέτρησής τους. Επιπλέον, παρατηρήθηκε σαφής βελτίωση της κλινικής εικόνας των ασθενών, ενδεικτικά αναφέρεται: έναρξη και διατήρηση περπατήματος από τον ασθενή Τ., και παράλληλη «μιμητική» άσκηση περπατήματος από τον ασθενή Α., τουλάχιστον κατά την διάρκεια του δεύτερου μισού της παρέμβασης. Επίσης, σημειώθηκε ρύθμιση και τακτικός έλεγχος του σακχάρου από τον ασθενή Φ., ο οποίος αρχικά εμφάνιζε μια εικόνα μη-συνεργατικής διάθεσης και επικοινωνίας με τους θεράποντες ιατρούς του. Συνολικά, οι κλινικές παρατηρήσεις που διαπιστώθηκαν στην παρούσα παρέμβαση

συνάδουν με ευρήματα άλλων μελετών όπου καταγράφονται «άτυπες» βελτιώσεις στην κλινική εικόνα των ασθενών (Cao, Wong, Chow-Choi, Cheng & Ying-Chair, 2016. Karlsson, Edström-Plüss, Held, Henriksson, Billing & Wallen, 2007. Sogaro, Schinina, Burgisser, Orso, Pallante, Aloï, Vanni, Pazzagli, & Fattirolli, 2010).

Ακολουθεί η αποτίμηση της παρέμβασης από την πλευρά των συμμετεχόντων μελών στην ψυχοθεραπευτική ομάδα.

Αποτίμηση της παρέμβασης από την πλευρά των ασθενών

Η αποτίμηση της παρέμβασης, στηρίχθηκε σε αποσπάσματα λεχθέντων των ασθενών, στα οποία αξιολογούσαν την όλη τους θεραπευτική εμπειρία στην ομάδα. Πρόκειται για αξιολογήσεις οι οποίες εμφανίστηκαν στο κλείσιμο της ομάδας, κατά τρόπο αυθόρμητο και ο οποίος δεν παρέπεμπε σε μια δομημένη εκτίμηση της εμπειρίας τους. Η αποτίμηση της παρέμβασης, στηρίχθηκε σε κωδικούς οι οποίοι εμφανίστηκαν καθ' όλη την διάρκεια των ψυχοθεραπευτικών συνεδριών.

Παρατηρούμε ότι κωδικοί με αρνητικό πρόσημο (π.χ. C20-Αδυναμία), που συναντήθηκαν στην αρχική φάση της ομάδας, μετεξελίσσονται εννοιολογικά στην πορεία και αφομοιώνονται από κωδικούς με θετικό πρόσημο (π.χ. C94-Απεγκλωβισμός), αξιολογούνται δηλαδή από τον ίδιο τον καρδιοπαθή, ως μια θετική έκβαση. Επίσης παρουσιάζονται θετικές αξιολογήσεις, που περιγράφουν την θετική θεραπευτική αντίδραση των ασθενών από την παρέμβαση.

Οι θετικές αξιολογήσεις των ασθενών, εδράζονται σε κωδικούς που αναφέρονται στο «Θετικώς Σχετίζεσθαι» [C93-Σκέψη πραγματική, C94-Απεγκλωβισμός, C95- Συνειδητοποίηση, C96-Θετική εμπειρία ομάδας (σωματικά)], και κυρίως συναντώνται στις τελευταίες συνεδρίες. Όλα τα μέλη της ομάδας, αναφέρουν με αξιοπρόσεκτο τρόπο και περιεχόμενο λόγου, την θετική θεραπευτική τους εμπειρία, τονίζοντας εμφατικά, ο καθένας με το δικό του προσωπικό ύφος, την θεραπευτική του βελτίωση.

Η διαπίστωση αυτή, είναι σύμφωνη και με άλλες ποιοτικές μελέτες -εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας και θεματικής ανάλυσης-, στις οποίες αναφέρεται η συνολική θετική εμπειρία και βελτίωση ασθενών, μετά τη συμμετοχή τους σε θεραπευτική διαδικασία, παρά τις αρχικές επιφυλάξεις, το άγχος και την αμφιθυμία που παρουσιάζουν κατά την έναρξη της θεραπευτικής διαδικασίας. (Shearing, 2011, Price, 2014. Σταλίκας, 2012).

Συνολικά τα αποτελέσματα της παρέμβασης, καταδεικνύουν την βελτίωση, όπως αυτή αναφέρεται σε αποσπάσματα λόγου των ασθενών, που εκτέθηκαν στο

Κεφάλαιο των Ευρημάτων. Πρέπει να προσθέσουμε σε αυτό το σημείο, ότι τα αποτελέσματα αυτά, συνάδουν με άλλες πρόσφατες ποιοτικές διερευνητικές αναλύσεις, καθώς επίσης και κλινικές εκτιμήσεις ειδικών, οι οποίες καταλήγουν σε παρόμοιες διαπιστώσεις: ότι δηλαδή παρατηρούνται συχνά προσωπικές αλλαγές και προσωπική βελτίωση ασθενών, που συμμετέχουν σε θεραπευτική διαδικασία, και ότι αυτή η βελτίωση, δεν αποτυπώνεται σε κλασικές παραδοσιακές ψυχομετρικές μετρήσεις. (Pelle, 2008). Υπό αυτή την έννοια, χρειάζεται να υποστηρίξουμε περισσότερο τις ποιοτικές προσεγγίσεις, στοχεύοντας να συλλάβουμε διαφεύγοντα, ουσιαστικά και ενδιαφέροντα ευρήματα, σχετικά με την αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων στους συγκεκριμένους ασθενείς (Sobel et al., 2009). Παράλληλα με την προηγούμενη παρατήρηση, διαπιστώνεται το γεγονός ότι οι εκφράσεις των ασθενών για την σημαντικότητα της θεραπευτικής τους εμπειρίας στην ομάδα, καταγράφηκε αυθόρμητα και έμμεσα. Δεν υπήρχαν δηλαδή ψυχομετρικές μετρήσεις και κλίμακες, πλην εκείνης της DS14, οι οποίες θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως προωθητικές θετικών σχολίων για την μέτρηση ικανοποίησης τους. Τουναντίον, μέσα στην ελεύθερος ρέουσα συζήτηση των συνεδριών, η οποία προτρέπει την αφήγηση σε προσωπικό τόνο του κάθε ασθενή, διευκολύνθηκαν να επικοινωνηθούν δυσκολίες, καθυστερήσεις και αβελτηρίες προσωπικές ή του πλαισίου. Πρόκειται λοιπόν, για μια μη κατευθυνόμενη προσέγγιση, ως προς την αποτίμηση του όλου εγχειρήματος, από την πλευρά των ασθενών. Η εν λόγω προσέγγιση ανάλυσης, επιτρέπει την διερεύνηση της θεραπευτικής αντίδρασης των ασθενών, ελαχιστοποιώντας κάθε αμφιβολία για επίπλαστα θετικά διογκωμένες μετρήσεις βελτίωσης, μέσω ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς (Price et al., 2014).

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, επισκοπώντας τα ευρήματα σε σχέση με τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν, καταλήγουμε στις εξής διαπιστώσεις:

1. Τα Θέματα «Αναγνώριση» και «Διεκδίκηση» αναφέρονται και συσχετίζονται, εννοιολογικά και κλινικά, κατά κύριο λόγο με την τον άξονα της Κοινωνικής Αναστολής, της Προσωπικότητας Τύπου D.
2. Το Θέμα «Αίσθημα Μοιραίου» αναφέρεται και συσχετίζεται εννοιολογικά και κλινικά, κατά κύριο λόγο με τον άξονα της Αρνητικής Συναισθηματικότητας.
3. Τα Θέματα «Εξάντληση» και «Θετικώς Σχετίζεσθαι» αναφέρονται και συσχετίζονται εννοιολογικά και κλινικά και με τους δυο άξονες της Προσωπικότητας Τύπου D. Ωστόσο το συγκεκριμένο Θέμα «Θετικώς Σχετίζεσθαι», αναφέρεται κυρίως

στην Κοινωνική Αναστολή, υπό την έννοια ότι διευκολύνει την άρση της και υποστηρίζει θετικά τον ασθενή να εκφράσει συναισθήματα, γνώμες και συμπεριφορές που αναστέλλει.

4. Το ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο της ομάδας, λειτούργησε θετικά ως προς την βελτίωση της Κοινωνικής Αναστολής των ασθενών, και διευκόλυνε προς την ψυχολογική επεξεργασία και επίλυση, την συγκεκριμένη εκπεφρασμένη δυσκολία των συμμετεχόντων.

5. Το ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο της ομάδας, λειτούργησε θετικά ως προς την βελτίωση της Αρνητικής Συναισθηματικότητας των ασθενών.

6. Οι ασθενείς από την πλευρά τους συνολικά, αποτίμησαν θετικά την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση.

Συνεισφορά στην Έρευνα

Η παρούσα διατριβή είναι η πρώτη στην Ελλάδα, που διερεύνησε και εξερεύνησε την συναισθηματική επεξεργασία και τον τρόπο «σχετίζεσθαι» που αναπτύσσει ένας καρδιοπαθής με Προσωπικότητα Τύπου D, στο πλαίσιο μιας θεραπευτικής ομάδας. Βασικός στόχος ήταν, ο εντοπισμός και η επικέντρωση σε περιοχές συναισθηματικής και σχεσιακής φύσης, που θα μπορούσαν να διαφωτίσουν ή και να εμπλουτίσουν θεωρητικά και κλινικά, για τον τρόπο με τον οποίο οι καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D, αντιλαμβάνονται, βιώνουν και αντιδρούν, σε σημαντικές για αυτούς συναισθηματικές, σχεσιακές και οικογενειακές προκλήσεις. Εξ αιτίας αυτής της ενδελεχούς παρατήρησης και διερεύνησης αυτής της ομάδας καρδιοπαθών, αλλά και λόγω της δυναμικής επεξεργασίας που μας παρέχει η ομαδική ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, ο στόχος της παρούσας εργασίας εμπλουτίστηκε και από τις θεραπευτικές βελτιώσεις που επετεύχθησαν.

Συνεισφορά στην γνώση

Η παρούσα διατριβή, διερεύνησε την επίδραση μιας ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης σε καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D. Η αμιγώς ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που υιοθετήθηκε, είναι η πρώτη που επιχειρείται σε αυτήν την υποομάδα καρδιοπαθών και καταγράφεται στην ελληνική βιβλιογραφία. Τουλάχιστον μέχρι σήμερα, δεν έχει υποπέσει στην αντίληψη μας κάποια ανάλογη παρέμβαση, σε καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D. Αυτή είναι μια σημαντική διαπίστωση, που μπορεί να δώσει ώθηση στο πεδίο της ψυχοθεραπευτικής έρευνας, για περαιτέρω επιστημονική δραστηριότητα με αυτήν την κατηγορία καρδιοπαθών.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, εντόπισαν και ανέδειξαν νέες περιοχές της εννοιολογικής κατασκευής της Προσωπικότητας Τύπου D, με ιδιαίτερο θεωρητικό ενδιαφέρον, οι οποίες θα μπορούσαν να τύχουν περαιτέρω έρευνας από την επιστημονική κοινότητα.

Η παρούσα διατριβή, εκπονήθηκε εξ αρχής με σκοπό να καλύψει το κενό που υπάρχει στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, σε καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D. Το κενό αυτό έχει ήδη εντοπιστεί από ερευνητές του συγκεκριμένου χώρου, χωρίς να έχει γίνει κάποια συστηματική εξερεύνηση, τουλάχιστον δημοσιευμένη μέχρι σήμερα. Επομένως, ένα θεωρητικό μοντέλο για παρεμβάσεις σε καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D μέσω της ψυχοθεραπείας, διευρύνει και εμπλουτίζει την ψυχοθεραπευτική θεωρία και πράξη.

Η εφαρμογή της ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης που ακολουθείται στην παρούσα έρευνα, συνεισφέρει ουσιαστικά σε δυο πεδία: Πρώτον, προσδιορίζει ελλειμματικές και δυσλειτουργικές περιοχές που ενυπάρχουν και καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ασθενείς και δεύτερον, προσδιορίζει τον τρόπο με τον οποίο αυτές οι δυσλειτουργικές περιοχές δύναται να τροποποιηθούν μέσα στην ψυχοθεραπευτική διεργασία. Τα δυο ανωτέρω πεδία, εμπλουτίζουν ή τουλάχιστον διαμορφώνουν ένα ερευνητικό πλαίσιο, ειδικό για τους εν λόγω ασθενείς, ώστε να αναπτυχτεί περαιτέρω η ψυχοθεραπευτική έρευνα.

Διαπιστώσεις όπως οι ανωτέρω, αποτελούν σημαντικές περιοχές ερευνητικής δραστηριότητας, προσφέροντας μια πλατφόρμα, ένα υπόδειγμα, για μελλοντικές έρευνες. Συνολικά, η παρούσα διατριβή παρέχει μια εργαλειακή προσέγγιση, ικανή να αναδείξει και να προωθήσει την έρευνα στο πεδίο της ψυχοθεραπείας, να αναβαθμίσει την αξία της ψυχοθεραπείας στους συγκριμένους καρδιοπαθείς, οι οποίοι βρίσκονται σε ιδιαίτερα υψηλή επικινδυνότητα, αλλά και να εδραιώσει περαιτέρω την εγκυρότητα των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, των οποίων χρήζουν και αξίζουν συνολικά οι καρδιοπαθείς.

Επίσης, η δόμηση της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης που επιχειρήθηκε στην παρούσα διατριβή, έρχεται να συνεισφέρει στην έρευνα των συστατικών στοιχείων των παρεμβάσεων και προγραμμάτων αποκατάστασης σε καρδιοπαθείς. Η διερευνητική προσέγγιση που ακολουθήθηκε, εμπλουτίζει προς αυτή την κατεύθυνση.

Καμιά μεμονωμένη έρευνα, δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι αποτυπώνει ένα φαινόμενο πλήρως και σε όλες του τις διαστάσεις. Για να επιτευχθεί αυτό, χρειάζονται

περισσότερες έρευνες, τόσο ποιοτικές όσο και ποσοτικές, που θα προσεγγίσουν τα ευρήματα της έρευνας από διάφορες οπτικές γωνίες, ώστε και να διερευνηθεί η ισχύς των εν λόγω ευρημάτων σε μεγάλο πληθυσμό καρδιοπαθών με Προσωπικότητα Τύπου D, αλλά και να έχουμε μια πληρέστερη συνολική εικόνα των φαινομένων.

Αξίζει να σημειωθεί ότι για την δόμηση της παρέμβασης αυτής, ακολουθήθηκε μια προσέγγιση η οποία ενώ συνιστάται ως ωφέλιμη για τους καρδιοπαθείς, σπανίως ακολουθείται, για λόγους οικονομίας ανθρωπίνων και λειτουργικών πόρων. Πρόκειται για τον χρόνο διάρκειας μίας παρέμβασης. Συνήθως, τα προγράμματα αποκατάστασης διαρκούν από ένα μέχρι δυο μήνες και έχουν ψυχοεκπαιδευτικό χαρακτήρα. Χωρίς καθόλου ίχνος υποτίμησης της αξίας των συγκεκριμένων παρεμβάσεων ψυχοεκπαιδευτικού τύπου, οι οποίες άλλωστε είναι καθ' όλα αναγκαίες στην σημερινή ζήτηση παροχών ψυχικής υγείας, η παρούσα διατριβή προτείνει ένα μοντέλο ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης ορισμένου χρόνου (time limited psychotherapy), ενός ακαδημαϊκού έτους, το οποίο δυνητικά προσφέρει μια θεραπευτική αλλαγή.

Η παρούσα διατριβή λοιπόν, συμμετέχει ενεργά στην ερευνητική δραστηριότητα παρεμβάσεων, που υιοθετούν ψυχοθεραπευτικού τύπου προσεγγίσεις, στους καρδιοπαθείς. Η συμβολή της προς αυτήν την κατεύθυνση, έγκειται στην διαπίστωση ότι η όποια ψυχική τροποποίηση και συνακόλουθη διατήρηση αλλαγής του τρόπου ζωής, εδράζεται και συντελείται οργανισμικά και ολιστικά, μέσα στο ασφαλές πλαίσιο μιας ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, το οποίο γονιμοποιεί και αναδεικνύει, υπάρχουσες ή λανθάνουσες δεξιότητες και ικανότητες, του μέχρι πρότινος ακινητοποιημένου και αβοήθητου ασθενούς. Σε αυτό το πλαίσιο, η διατριβή αποτελεί μια από τις πρώτες απόπειρες σύνδεσης της Προσωπικότητας Τύπου D, με ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες.

Η συγκεκριμένη απόπειρα αξιώνει να συγκεράσει, την επιστημονική ευρηματικότητα των θεμελιωτών της Προσωπικότητας Τύπου D, με τις εφαρμοσμένες κλινικές παρεμβάσεις. Συνακόλουθα και τα δύο πεδία έρευνας -επιστημολογικό και κλινικό- εμπλουτίζονται αμοιβαία. Τροφοδοτούν και θεμελιώνουν την δυνατότητα έναρξης σειράς διαφορετικών ερευνητικών στόχων, οι οποίοι θα εξετάζονται με τη σειρά τους από συγκεκριμένα ερευνητικά και θεωρητικά ερωτήματα.

Συνεχίζοντας την συζήτηση για την συνεισφορά της παρούσας εργασίας, θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθούμε στον ποιοτικό-διερευνητικό τρόπο ανάλυσης που υιοθετήθηκε, ο οποίος έδωσε κυρίαρχη έμφαση στην αφήγηση και οπτική του ασθενή με Προσωπικότητα Τύπου D, εν αντιθέσει με την πλειονότητα των εργασιών

στο συγκεκριμένο πεδίο, οι οποίες είναι ποσοτικές αναλύσεις και δεν αναφέρονται ρητώς, στην υποκειμενική αφήγηση του καρδιοπαθή.

Επιπρόσθετα, η ομαδική ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, καινοτομεί υπό την έννοια ότι στην συλλογιστική της, συμπεριλήφθηκε και υπογραμμίστηκε, η δυναμική ισχύς της ομαδικής διαδικασίας στον άξονα της Κοινωνικής Αναστολής, της Προσωπικότητας Τύπου D.

Όπως σημειώθηκε και στο Κεφάλαιο των ευρημάτων, παρατηρήθηκε μια σοβαρή ύφεση του δείκτη της Κοινωνικής Αναστολής, σε όλα τα μέλη της ομάδας. Αυτό το εύρημα, πέρα από την θεραπευτική του αξία, τροφοδοτεί την εργαλειοθήκη ομαδικών ψυχοθεραπευτικών προγραμμάτων, ώστε να δοκιμαστούν και άλλοι θεραπευτικοί παράγοντες, οι οποίοι ενδεχομένως να δύνανται να έχουν ακόμα πιο στέρεα και πλουσιότερα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Συμπερασματικά, η παρούσα διατριβή είναι ένας πρωτότυπος, αμιγώς ψυχοθεραπευτικός και καινοτόμος πειραματικός σχεδιασμός για καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D, του οποίου τόσο η μεθοδολογική προσέγγιση, όσο και τα ευρήματα, θα μπορούσαν να επιβεβαιωθούν ή να διαψευστούν, όπως συμβαίνει σε κάθε επιστημονικό πόνημα. Ωστόσο όμως τα ευρήματα της, αποτελούν μια βάση για περαιτέρω διερεύνηση των δυο βασικών αξόνων της Προσωπικότητας Τύπου D, καθώς επίσης και για την ψυχοθεραπευτική έρευνα στο συγκεκριμένο πεδίο.

Τα βασικά ευρήματα αυτής της έρευνας, μπορούν να συνεισφέρουν με ποικίλους τρόπους στην κλινική πράξη των ειδικών ψυχικής υγείας, ενδεχομένως να αποτελέσουν βοηθητικό υλικό για την κλινική διαχείριση ασθενών με Προσωπικότητα Τύπου D, για τους θεράποντες καρδιολόγους ιατρούς, και τέλος μπορούν να εισαχθούν ως παραδείγματα μελέτης για την εκπαίδευση νέων ειδικών επιστημόνων. Παρενθετικά αναφέρεται, ότι τα ευρήματα και η πιθανή αξιοποίηση τους, βασίζονται σε μια πανθεωρητική και συνθετική προσέγγιση -στο μέτρο βέβαια του δυνατού-, αφού πρόκειται για μια ποιοτικής ανάλυσης προσέγγιση, η οποία επηρεάζεται συχνά αν όχι πάντα από την στάση του ερευνητή. Η πανθεωρητική και συνθετική προσέγγιση λοιπόν, δίνει ένα προβάδισμα στα παρουσιασθέντα ευρήματα, ώστε να μπορούν να εφαρμοστούν ως εργαλεία και να αξιοποιηθούν από διάφορες ψυχοθεραπευτικές σχολές, συνολικά η αποσπασματικά.

Η επιλογή της ομάδας ως θεραπευτικό εργαλείο παρέμβασης, επίσης σηματοδοτεί την αξία της ομαδικής διεργασίας. Αποτελεί μια ψυχοθεραπευτική

πρακτική, ικανή και σύντομη για τους εν λόγω ασθενείς, οι οποίοι δυσκολεύονται ουσιαστικά να επικοινωνήσουν με τον άλλο και να συνάψουν σχέσεις.

Τα ευρήματα της παρούσας διατριβής, εύλογα μας κατευθύνουν να υιοθετήσουμε ως επιλογή θεραπείας την ομαδική ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, η οποία διευκολύνει την γνωστική και κυρίως ψυχοσυναισθηματική επεξεργασία, των κυρίαρχων και συνοδών δυσκολιών των καρδιοπαθών με Προσωπικότητα Τύπου D, και όχι τόσο την διδασκαλία συγκεκριμένων τεχνικών δεξιοτήτων και την αντιμετώπιση εστιασμένων περιορισμένων δυσκολιών.

Επομένως, η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που ακολουθήθηκε, ανταποκρίνεται στις ανάγκες των εν λόγω ασθενών, με τρόπο επίκαιρο και αποτελεσματικό, οι οποίες συναντώνται και αντιμετωπίζονται και σε άλλες μορφές εξατομικευμένης θεραπευτικής αγωγής.

Επίσης, τα ευρήματα της παρούσας διατριβής, είναι διαφωτιστικά για την εξέλιξη μιας ψυχοθεραπείας, σε άτομα με Προσωπικότητα Τύπου D. Ενδεχομένως, θα μπορούσαν να αποτελέσουν οδηγό, για τα στάδια που συναντάμε στην παρούσα έρευνα με τους καρδιοπαθείς.

Ωστόσο τα σημαντικά στοιχεία που συναντάμε, σε σχήμα πρωθύστερο, είναι οι διαπιστώσεις που κάνουν οι ίδιοι οι ασθενείς προς τις τελευταίες συνεδρίες. Σε αυτές τις διαπιστώσεις, περιλαμβάνονται εξαιρετικά χρήσιμες τοποθετήσεις για τις προϋποθέσεις υπέρβασης των δυσκολιών τους. Για παράδειγμα, η "προθέρμανση" που χρειάζονται πριν την ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης, ή η ασφάλεια ενός πλαισίου της ψυχοθεραπείας, αποτελούν από τη μία στοιχεία ζωτικής σημασίας, για την ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης και από την άλλη διευκολύνουν, ως τεχνικά χαρακτηριστικά, την προσέγγιση στους καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D. Τα εν λόγω χαρακτηριστικά, μαζί με άλλα που καταγράφονται στο Κεφάλαιο των ευρημάτων, θα μπορούσαν να συγκεντρωθούν, ώστε να βοηθήσουν νέους ειδικούς επιστήμονες, που ασχολούνται με την Προσωπικότητα Τύπου D.

Σχετικά με τα τεχνικά χαρακτηριστικά της παρέμβασης, θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθούμε, στην συλλογιστική της επιλογής ολιγομελούς ομάδας ασθενών. Η συλλογιστική αναλύεται εκτενώς στο Κεφάλαιο της Μεθόδου, ωστόσο είναι χρήσιμο από πλευράς ψυχοθεραπευτικής πρακτικής, να τονιστεί ότι μια πολυμελής ομάδα, θα ήταν εκρηκτική και διαλυτική, με δεδομένο τα χαρακτηριστολογικά γνωρίσματα της Προσωπικότητας Τύπου D.

Ως αποτέλεσμα αυτού, πιθανόν να υπήρχαν διάσπαρτες διακοπές (drop out), μη συμμόρφωση στην θεραπεία (treatment adherence), ή ακόμα και αρνητικές θεραπευτικές αντιδράσεις. Κρίνεται λοιπόν σκόπιμο, η σύσταση, το μέγεθος της ομάδας και φυσικά οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις του θεραπευτή, να καθοδηγούνται από μια ήπια και σταθερή προσέγγιση ώστε να μπορεί να επιτευχθεί το βέλτιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα για τον ασθενή.

Κλείνοντας την ενότητα της συνεισφοράς της παρούσας έρευνας στην γνώση, θα ήταν γόνιμο να αναφερθούμε στο γεγονός, ότι το πεδίο των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων σε καρδιοπαθείς είναι διάπλατα ανοιχτό, επίκαιρο και χρήσιμο για την συνολική (σωματική και ψυχική υγεία) των εν λόγω ασθενών. Οι αδιανόητες πρόοδοι, ακόμα και προ λίγων δεκαετιών, της παρεμβατικής καρδιολογίας και καρδιοχειρουργικής, όχι μόνο δεν κλείνουν την πόρτα ψυχολογικών προγραμμάτων, αλλά συστρατεύονται στην αγωνία της επιστημονικής κοινότητας για παροχή υπηρεσιών υγείας, με το βέλτιστο και θετικότερο πρόσημο.

Η θετική υγεία, η ποιότητα ζωής των καρδιοπαθών, και η πλήρης επανένταξη τους στην κανονικότητα της ζωής, αποκτούν σημαντικό νόημα για τους ίδιους και μια σοβαρή επιστημονική και ανθρωπιστική πρόκληση για τους ειδικούς, που ασχολούνται με αυτή την υποομάδα ασθενών.

Περιορισμοί Έρευνας και Προτάσεις για Μελλοντικές Έρευνες

Στην ενότητα που ακολουθεί, θα αναφερθούμε στους περιορισμούς της μεθόδου και της υλοποίησης της παρέμβασης που υιοθετήθηκε. Επίσης, θα αναφερθούμε στην ανάγκη για μελλοντικές έρευνες και θα προβούμε σε ορισμένες προτάσεις. Κάθε ερευνητική μελέτη επιχειρεί να δια φωτίσει ένα στιγμιότυπο της πραγματικότητας του ερευνώμενου αντικειμένου και μέσω αυτής της διάνοιξης, να εμπλουτίσει και να συμμετάσχει στην ολοκλήρωση μιας συνολικότερης και ευρύτερης αποτύπωσης της πραγματικότητας. Η επιλογή του συγκεκριμένου μοντέλου παρέμβασης, της ομαδικής ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης, και της συγκεκριμένης μεθοδολογίας, ποιοτικής ανάλυσης των δεδομένων, εξυπηρέτησε και υπερέβη τους στόχους και τις ανάγκες που είχαν τεθεί, για την εκπόνηση της παρούσας διατριβής. Ωστόσο, αναπόφευκτα υπόκεινται σε σημαντικούς περιορισμούς, σχετικά με τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων. Η εν λόγω διατριβή, δεν θα μπορούσε να αποτελεί εξαίρεση. Χρειάζονται προφανώς διαφορετικές προσεγγίσεις, ως τροπικότητες θεραπευτικών παρεμβάσεων στους καρδιοπαθείς, και διαφορετικές ερευνητικές μέθοδοι, για να αποκτήσουμε μια πληρέστερη εικόνα.

Καταρχάς, τα ευρήματα της έρευνας που διεξήχθη, δεν μπορούν να γενικευθούν συνολικά στον πληθυσμό των καρδιοπαθών με Προσωπικότητα Τύπου D. Βεβαίως επουδενί δεν θα μπορούσαν να γενικευθούν στο γενικό πληθυσμό ατόμων, οι οποίοι δεν είναι καρδιοπαθείς, και ταυτοποιούνται ως Προσωπικότητες Τύπου D. Στην παρούσα έρευνα, η γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων προσκρούει επιπλέον, εξαιτίας του μικρού αριθμού μελών που συμμετείχαν στην διαδικασία, αλλά και εξαιτίας της συνθήκης (ομαδικής ψυχοθεραπείας) στην οποία μελετήθηκαν. Προτείνεται η εφαρμογή της παρέμβασης και σε άλλες ομάδες καρδιοπαθών, έστω και ολιγομελείς, η οποία πιθανόν να αναδείκνυε και κατ' επέκταση να εστίαζε, σε διαφορετικές περιοχές ενδιαφέροντος, που θα προσέθετε σημαντικά, στην διερεύνηση της χαρακτηριστικής δομής των συγκεκριμένων ασθενών. Επίσης, ως προς την συνθήκη της επιλογής της ομαδικής ψυχοθεραπείας, άλλες εξίσου αξιόπιστες και έγκυρες θεραπευτικές προσεγγίσεις, θα μπορούσαν να εμπλουτίσουν ουσιαστικά, τόσο την διαγνωστική επάρκεια των ειδικών για τους συγκεκριμένους ασθενείς, όσο και για την αποτελεσματικότητα άλλων θεραπευτικών χειρισμών, οι οποίοι εξίσου συμμορφώνονται στην εφαρμογή των βέλτιστων ψυχοθεραπευτικών πρακτικών. Ωστόσο, θα πρέπει να εστιάσουμε στα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης, και υπό το πρίσμα αυτών των στοχοθεσιών, να διακρίνουμε την καταλληλότητα της μεθοδολογίας που επιλέχθηκε. Η κρίση ορισμένης μερίδας ερευνητών, ότι η ποιοτική ανάλυση, εξαιτίας του μικρού μεγέθους πληθυσμού που μελετά, στερείται γενίκευσης των ευρημάτων της, είναι μία ασαφής, αν όχι παραπλανητική, εκτίμηση. Η εν λόγω λανθασμένη εκτίμηση έγκειται στο γεγονός, ότι η ποιοτική μεθοδολογία εγγενώς δεν αξιώνει κάτι τέτοιο, δηλαδή την ανάλυση μεγάλου μεγέθους πληθυσμού και την γενίκευση των ευρημάτων με όρους ποσοτικής στατιστικής ανάλυσης. Στόχος μίας ποιοτικής ανάλυσης, και ειδικότερα της υιοθετηθείσας Θεματικής Ανάλυσης για το παρόν πόνημα, είναι κατά κύριο λόγο η εστίαση, η καταγραφή και η παραγωγή υλικού, ιδιαίτερου ερευνητικού και κλινικού ενδιαφέροντος. Επιπρόσθετα, η ποιοτικό-αναλυτική προσέγγιση, μας προσφέρει την δυνατότητα να ανιχνευθούν τα φαινόμενα ώστε να γίνει μία εν τω βάθει διείσδυση και κατανόηση του κλινικού υλικού, που αυτούσιο παρουσιάζεται στην διάρκεια των συνεδριών, ενώ παράλληλα μας τροφοδοτεί, εμπλουτίζοντας τις ήδη υπάρχουσες γνώσεις, με πρωτότυπα στοιχεία για την ψυχολογική δομή της Προσωπικότητας Τύπου D.

Υπ’ αυτήν την έννοια, όντως η αρχή της γενικευσιμότητας “θυσιάστηκε”, προς την κατεύθυνση της πληρέστερης και πλουσιότερης κατανόησης της κλινικής δοκιμασίας και της θεωρητικής ανάλυσης, της Προσωπικότητας Τύπου D.

Ωστόσο, μελλοντικές έρευνες σε αυτό το πλαίσιο, οφείλουν να συμπεριλάβουν και ποσοτικές προσεγγίσεις. Ποσοτικές αναλύσεις, μετρήσεις από εξειδικευμένα ψυχομετρικά εργαλεία και μετρήσεις βιολογικών δεικτών, θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων της παρούσας διατριβής.

Ένας δεύτερος περιορισμός της παρουσιασθείσας μελέτης, έγκειται στην αδυναμία της να αποδώσει αιτιακές σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών της, έτσι όπως συχνά συναντούμε σε ποσοτικό-αναλυτικές προσεγγίσεις. Ενδεχομένως μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εστιάσουν στην αποσαφήνιση αιτιακών συσχετίσεων των υπό μελέτη κλινικών φαινομένων. Όμως, ερωτήματα αιτιότητας δεν απασχόλησαν την παρούσα έρευνα. Σκοπός μας ήταν η ανάδειξη Θεμάτων, κλινικών φαινομένων, που συναντώνται στην συγκεκριμένη ομάδα ασθενών και η παρακολούθηση του τρόπου ενδεχόμενων τροποποιήσεων και θεραπευτικών αλλαγών μέσα στη διάρκεια του ψυχοθεραπευτικού προγράμματος.

Ο τρίτος περιορισμός της έρευνας, έγκειται σε αυτή καθαυτή την επιλογή της ποιοτικής αναλυτικής προσέγγισης, και ειδικότερα στο βασικό χαρακτηριστικό της γνώρισμα, το οποίο είναι η συμμετοχή της υποκειμενικότητας του ερευνητή στην εξαγωγή ευρημάτων και συμπερασμάτων των ερευνητικών του δεδομένων. Και σε αυτή την έρευνα, όπως άλλωστε προκρίνεται από τους θεωρητικούς της Θεματικής Ανάλυσης, ο ερευνητής συμμετείχε καθ’ όλη την διάρκεια παραγωγής και συλλογής των δεδομένων της έρευνας, ως ενεργό μέλος της διαδικασίας, και φυσικά ως θεραπευτής. Συμμετείχε επίσης στην απομαγνητοφώνηση των συνεδριών, στην αρχική, πρωτόλεια και τελική κωδικοποίηση του κειμενικού υλικού των απομαγνητοφωνήσεων, καθώς επίσης και στην εξαγωγή των ευρημάτων. Είναι λοιπόν εύλογο να καταλάβουμε, τον εγγενή περιορισμό που φέρει η συγκεκριμένη προσέγγιση, διότι η ερευνητική στάση απέναντι στο υλικό που καλείται να αναλύσει, συνυπάρχει με τον τρόπο που ο ίδιος αντιλαμβάνεται και αφομοιώνει τα δεδομένα του.

Στοιχεία της επιστημονικής, θεωρητικής και κλινικής κατάρτισης του ερευνητή, μαζί με στοιχεία της δεοντολογικής ευαισθησίας του, η εν γένει προσωπικότητα και η εν γένει παιδεία του, διαμορφώνουν μια σχεδόν προσωπική ανάγνωση του κλινικού ή ερευνητικού υλικού. Ίσως να μην είναι παράτολμο να ειπωθεί, ότι με το συγκεκριμένο κειμενικό υλικό στο οποίο βασίστηκε η παραγωγή

των ευρημάτων της παρούσας μελέτης, για κάποιον άλλο ερευνητή, ο οποίος θα ενέσκηπτε στο ίδιο υλικό, το αποτέλεσμα να ήταν διαφορετικό. Ωστόσο σύμφωνα με της αρχές της Θεματικής Ανάλυσης, η οποία έλκει την καταγωγή της από την κονστρουκτιβιστική φιλοσοφική προσέγγιση, οι υποκειμενικές πραγματικότητες που δομούνται από διαφορετικούς φορείς αντίληψης και ερμηνείας, θεωρούνται εξίσου έγκυρες και αντιπροσωπευτικές της «πραγματικότητας», υπό την έννοια ότι όλες συνεισφέρουν στην οικοδόμηση μίας συνολικότερης και πιο εμπλουτισμένης θεώρησης της πραγματικότητας. Επιπλέον, η αναγνώριση της εν λόγω υποκειμενικότητας από την πλευρά του ερευνητή, μαζί με την διασφάλιση της ποιότητας των εξαγόμενων ευρημάτων (μέσω μιας διαρκούς επόπτευσης της κωδικοποίησης και ανάδειξης των Θεμάτων, από τον επόπτη της παρούσας διατριβής και άλλο συνάδελφο, κλινικό ψυχολόγο), μπορούν να αντιμετωπίσουν σε ικανοποιητικό βαθμό το ζήτημα της υποκειμενικότητας.

Τέταρτος περιορισμός της έρευνας, προκύπτει από την υιοθέτηση μιας ομαδικής ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης. Άλλες μελλοντικές ερευνητικές προσεγγίσεις πιθανά θα μπορούσαν να παράξουν και να διανείμουν στους συγκεκριμένους ασθενείς μια θεραπευτική αλυσίδα μίξης συστατικών από διάφορες ψυχοθεραπευτικές ή ψυχοεκπαιδευτικές σχολές και τεχνικές. Όλες οι ανωτέρω προτάσεις, συνεισφέρουν ουσιαστικά στο δίκαιο αίτημα, με σκοπό την βελτιστοποίηση παροχών ψυχικής υγείας στους καρδιοπαθείς. Ωστόσο το σκεπτικό της παρούσας έρευνας, εξ αρχής έθεσε ως στόχο, την διερεύνηση των στοιχείων προσωπικότητας στο πλαίσιο της ομάδας και όχι πρωτίστως ή μονομερώς την «ίαση» τους. Τα σχετικώς θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα που παρατηρήθηκαν, και τα οποία σαφώς είναι ενθαρρυντικά, είναι για την παρούσα διατριβή, παράλληλα ευρήματα της συνολικής καταγραφής της πορείας μία θεραπευτικής παρέμβασης, σε καρδιοπαθείς με Προσωπικότητα Τύπου D.

Πέμπτος περιορισμός για την παρούσα έρευνα, αποτελεί το γεγονός ότι τα συμμετέχοντα μέλη στην ψυχοθεραπευτική ομάδα, ήταν από μια συγκεκριμένη επαγγελματική κατηγορία (στρατιωτικοί του Πολεμικού Ναυτικού), η οποία παρουσιάζει σχετική ομοιογένεια. Το ηλικιακό φάσμα των μελών αυτών ήταν επίσης σχετικά περιορισμένο, από 40 μέχρι 53 ετών, και η οικογενειακή κατάσταση όλων κοινή, ήταν έγγαμοι, με παιδιά, των οποίων η ηλικία κυμαινόταν από 8 μέχρι 25 ετών. Επίσης, η διεξαγωγή των συνεδριών ελάμβανε χώρα στο πλαίσιο ενός στρατιωτικού νοσοκομείου. Προφανώς όλα τα ανωτέρω, στοιχειοθετούν ένα περιορισμό ως προς

την ανάγνωση των ευρημάτων, ωστόσο θα μπορούσαν να διαβαστούν και με μία ευρύτερη οπτική. Ότι δηλαδή τα δεδομένα αυτά, συλλέχθηκαν από ασθενείς που υπόκεινται σε ένα σχετικά στρεσογόνο περιβάλλον (στρατιωτικό) και ως εκ τούτου, τα ευρήματα μας είναι πιθανόν να συναντώνται και σε άλλες αντίστοιχες κατηγορίες ασθενών, των οποίων οι εργασιακές υποχρεώσεις είναι ανάλογες. Επίσης, το σχετικά νεαρό της ηλικίας των καρδιοπαθών, που επιλέχθηκαν για να συμμετάσχουν στην ψυχοθεραπευτική ομάδα, εδράζεται στο σκεπτικό της διατριβής, να ασχοληθεί κατά προτεραιότητα, με ένα παραγωγικό και ενεργό πληθυσμό ατόμων με Προσωπικότητα Τύπου D, που υπέστη καρδιακό επεισόδιο. Το γεγονός ότι όλοι οι συμμετέχοντες ήταν άνδρες, εγείρει ένα σημαντικό περιορισμό, παρόλο που στατιστικά, σε αυτό το ηλικιακό φάσμα, συναντούμε πολύ μικρότερο ποσοστό μετεμφραγματιών γυναικών, ειδικά με Προσωπικότητα Τύπου D. Ωστόσο, θα μπορούσαν μελλοντικά να διεξαχθούν ψυχοθεραπευτικές έρευνες, σε δείγμα καρδιοπαθών με Προσωπικότητα Τύπου D διαφορετικού φύλου, τόπου διαμονής, πολιτισμικής και κοινωνικό-οικονομικής ομάδας. Επίσης η υλοποίηση του προγράμματος, σε μελλοντικές έρευνες, θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί σε συνεργασία και με άλλους φορείς (καρδιολογικά κέντρα, καρδιολογικές κλινικές νοσοκομείων, ειδικά ερευνητικά κέντρα, κ.ά). Τέλος, να αναφερθεί ότι στην παρούσα έρευνα δεν πραγματοποιήθηκε μελέτη επανακολούθησης (follow-up study), γεγονός που συνιστά ένα σαφή περιορισμό. Ο σχεδιασμός της έρευνας και τα ερευνητικά μας ερωτήματα δεν περιελάμβαναν και δεν αποσκοπούσαν στην διερεύνηση αυτής της παραμέτρου.

Έκτος περιορισμός της έρευνας είναι το πεδίο του κοινωνικού δικτύου των ασθενών και η δυσκολία του ελέγχου του στην παρούσα μελέτη. Έχει καταγραφεί ότι φτωχές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις αυξάνουν την επικινδυνότητα για πρόωρο θάνατο (Vogt, Mullooly & Ernst, 1992). Ειδικότερα, για τις καρδιαγγειακές παθήσεις η απουσία ή το έλλειμμα κοινωνικών αλληλεπιδράσεων συσχετίζονται με αυξημένη επικινδυνότητα κατά 30%, δηλαδή η συγκεκριμένη συσχέτιση είναι συγκρίσιμη ως προς το μέγεθος με άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες επικινδυνότητας, όπως η επαγγελματική εξουθένωση και η κατάθλιψη (Cohen, Gottlieb & Underwood, 2000). Στην παρούσα έρευνα συνολικά οι ασθενείς αναφέρθηκαν σε ένα σχετικά σταθερό και σχετικά ισόποσο δίκτυο κοινωνικών σχέσεων. Δεν αναφέρθηκαν ιδιαίτερες διαφορές, ως προς το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό του δικτύου σχέσεων, μεταξύ τους, ωστόσο δεν υπήρξε ψυχομετρικά σαφής καταγραφή της ποιοτικής διάστασης των αναφερόμενων κοινωνικών σχέσεων.

Συμπερασματικά, η παρούσα διατριβή διερεύνησε εν τω βάθει την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση των καρδιοπαθών με Προσωπικότητα Τύπου D. Αξιοποίησε μια *in vivo* συνθήκη αμιγούς ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, σε ένα επαρκές χρονικό πλαίσιο, προσφέροντας προκαταρκτικές ενδείξεις για τα θετικά αποτελέσματα των ψυχολογικών παρεμβάσεων στην συγκεκριμένη υποομάδα καρδιοπαθών.

Κεφάλαιο Έκτο

Βιβλιογραφία

- Ανθόπουλος, Λ., Ανθόπουλος, Π., & Φεστερίδου, Χ. (2010). *Εγχειρίδιο Καρδιολογίας του Νοσηλευτή*. Αθήνα: Παρισιάνος.
- Antonakoudis, H., Kifnidis, K., Andreadis, A., Fluda, E., Konti, Z., Papagianis, N., Stamou, H., Anastasopoulou, E., Antonakoudis, G., & Poulimenos, L. (2006). Cardiac rehabilitation effects on quality of life in patients after acute myocardial infarction. *Hippokratia*, 10, 176-81.
- American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. (2004). *Guidelines for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- American Heart Association. (2007). *2007 Heart and Stroke Statistical Update*. Dallas, TX: AHA.
- Arrebola-Morenoa, A., Garcia-Retamerob, R., Catenab, A., Marfil-Álvareza, R., Melgares-Morenoa R., & Ramírez-Hernández, J. (2014). On the protective effect of resilience in patients with acute coronary syndrome. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 111–119.
- Arefjord, K., Hallaraker, E., Havik, O., & Maeland, J. (1998). Life after a myocardial infarction-the wives' point of view. *Psychological Reports*, 83, 1403-1416.
- Arntzenius, A., Kromhout, D., Barth, J., Reiber, J., Bruschke, A., Buis, B., van Gent, C., Kempen-Voogd, N., Strikwerda, S., & van der Velde, E. (1985). Diet, lipoproteins and progression of coronary atherosclerosis. The Leiden Intervention trial. *New Engand Journal Medicine*, 312, 805-811.
- Aronson, J. (1994). A pragmatic view of thematic analysis. *The Qualitative Report*, 2, 1-3.
- Bao, Y., Bertoia, M., Lenart, E., Stampfer, M., Willett, W., Speizer, F. & Chavarro, J. (2016). Origin, Methods, and Evolution of the Three Nurses' Health Studies. *Am. Journal of Public Health*, 106, 1573–1581.
- Barefoot, J., Helms, M., Mark, D., Blumenthal, J., Califf, R. & Haney, T. (1996). Depression and Long-Term Mortality Risk in Patients with Coronary Artery Disease. *American Journal of Cardiology*, 78, 613-617.

- Barth, J., Schumacher, M., & Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a Risk Factor for Mortality in Patients with Coronary Heart Disease: A Meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 66, 802-813.
- Basara, G., Baydin, A., Yilmaz, A., Yucel, O., Erenler, A., & Murate, N. (2015). Investigation of anxiety levels of patients with chest pain admitted to emergency department. *Turkish Journal Emergency Medicine*, 15, 168–171.
- Bateman, A., & Fonagy P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 138-143.
- Batika, P., Zairis, M., Patsourakos, N., Meletiadou, M., Georgilas, A., Foussas, G., & Tousoulis, D. (2017). Effect of depression on long-term prognosis after successful coronary stenting. *Hellenic Journal of Cardiology*. 1-3.
- Beckie, T. (1989). A supportive education telephone program impact on knowledge and anxiety after coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung*, 18, 46-55.
- Benyamini, Y., Gerber, Y., Molshatzki, N., Goldbourt, U., Drory, Y., & Israel Study Group on First Acute Myocardial Infarction. (2014). Recovery of self-rated health as a predictor of recurrent ischemic events after first myocardial infarction: A 13-year follow-up. *Health Psychology*, 33, 317-325.
- Berkman, L., & Leonard, S. (1979). Social Networks, Host Resistance, and Mortality: Nine – Year Follow-up Study of Alameda County Residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186 – 204.
- Berkman, L., Leo-Summers, L., & Horwitz, R. (1992). Emotional support and survival after myocardial infarction. *Annals of Internal Medicine*, 117, 1003-1009.
- Beutel, M., Wiltink, J., Till, Y., Wild, P., Münzel, T., Ojeda, F., Zeller, T., Schnabel, R., Lackner, K., Blettner, M., Zwiener, I., & Michal, M. (2012). Type D personality as a cardiovascular risk marker in the general population: results from the Gutenberg health study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 108-117.
- Blocker, W. (1986). *Rehabilitation after myocardial infarction* (pp. 6-71). Basle, Switzerland: Ciba - Geigy Limited.
- Blom, M., Georgiades, A., Janszky, I., Alinaghizadeh, H., & Lindvall, B. (2009). Daily Stress and Social Support among Women with CAD: Results from a 1-year Randomized Controlled Stress Management Intervention Study. *International Journal Behavioral Medicine*, 16, 227-235.

- Blomquist, C. (1984). Clinical Exercise Physiology. Στο N. Wenger & H. Hellerstein (επιμ.), *Rehabilitation of the Coronary Patient* (σ. 179-195). New York: John Wiley and Sons.
- Boyatzis, R. (1998). *Transforming Qualitative Information*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Brummet, B., John, C., Ilene C., Nancy E., Barbara L., Hayden, B., Redford, B., & Daniel, B. (2001). Characteristics of social isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risks for mortality, *Psychosomatic Medicine*, 63, 267-272.
- Burell, G., & Granlund B. (2002). Women's hearts need special treatment. *International Journal Behavioral Medicine*, 9, 228-242.
- Cao, X., Wong, E., Choi, K., Cheng, L., & Chair, S. (2016). Interventions for Cardiovascular Patients with Type D Personality: A systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13, 314-323.
- Carney, R., Blumenthal, J., Freedland, K., Youngblood, M., Veith, R., & Burg, M. (2004). Depression and Late Mortality After Myocardial Infarction in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICHD) Study. *Psychosomatic Medicine*, 66, 466-474.
- Carney, R., Freedland, K., & Sheps, D. (2004). Depression is a Risk Factor for Mortality in Coronary Heart Disease. *Psychosomatic Medicine*, 66, 799-801.
- Carney, R., & Freedland, K. (2017). Depression in patients with coronary artery disease: a more significant problem than previously recognized? *European Heart Journal-Quality of Care & Clinical Outcomes*, 3, 262-263.
- Cao, X., Wong, E., Chow-Choi, K., Cheng, L., & Ying-Chair, S. (2016). Interventions for Cardiovascular Patients with Type D Personality: A Systematic Review. *Worldviews Evidence-Based Nursing*, 13, 314-323
- Cattan, M., Newell, C., Bond, J., & White, M. (2003). Alleviating Social Isolation and Loneliness among Older People. *International Journal of Mental Health Promotion*, 5, 20-30.
- Cheok, F., Schrader, G., Banham, D., Marker, J., & Hordacre, A. (2003). Identification, course, and treatment of depression after admission for a cardiac

- condition: rationale and patient characteristics for the identifying depression as a comorbid condition (IDACC) project. *American Heart Journal*, 146, 978-984.
- Chimonas, T., Fanouraki, I., & Liberopoulos, E. (2009). Diverging trends in cardiovascular morbidity and mortality in a low risk population. *European Journal of Epidemiology*, 24, 415-23.
- Claesson, M., Birgander, L., Lindahl, B., Nasic, S., Astrom, M., Asplund, K., & Burell, G. (2005). Women's heart stress management for women with ischemic heart disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 25, 93-102.
- Clark, A., Hartling, L., Vandermeer, B., & McAlister, F. (2005). Meta-Analysis: Secondary Prevention Programs for Patients with Coronary Artery Disease. *Annals of Internal Medicine*, 143, 659-672.
- Cohen, R., Moser, D., & Clark, M. (1999). Neurocognitive functioning and improvement in quality of life following participation in cardiac rehabilitation. *American Journal of Cardiology*, 83, 1374-1378.
- Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). Social relationships and health. Στο S. Cohen, L. Underwood & B. Gottlieb (επιμ.), *Measuring and Intervening in Social Support*. New York: Oxford University Press.
- Cornwell, E., & Waite, L. (2009). Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health among Older Adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 50, 31-48.
- Connerney, I., Shapiro, P., McLaughlin, J., Bagiella, E., & Sloan, R. (2001). Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: A prospective study. *The Lancet*, 358, 1766-1771.
- Convertino, V., Goldwater, D., & Sandler, H. (1986). Bedrest induced peak V02 reduction associated with age, gender and aerobic capacity. *Aviation Space Environmental Medicine*, 52, 17-27.
- Cooper, A. (1985). Myocardial infarction and advice on sexual activity. *Practitioner*, 229, 575-587.
- Cossette, S., Frasure-Smith, N., & Lesperance, F. (2002). Nursing approaches to reducing psychological distress in men and women recovering from myocardial infarction. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 479-494.
- Daly, E., Witt, J., Martens, B., & Dool, E. (1997). A model for conducting a functional analysis of academic performance problems. *School Psychology Review*, 26, 554-574.

- Davis, M. (2009). Building Emotional Resilience to Promote Health. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 3 (Συμπλ.), 60-63.
- Degras, S. (1992). Physical rehabilitation after heart transplantation: 10 years follow-up. 5th World Congress on Cardiac Rehabilitation. Bordeaux, Ιούλιος, 5-8.
- Dehn, M., Pansegraw, D., & Mitchell, J. (1978). Exercise training after acute myocardial infarction. Στο N. Wenger (επιμ.), *Exercise and the Heart* (σ. 117-132). Philadelphia: FA Davis Company.
- Deitrick, J., Whedon, G., & Shorr, E. (1948). Effects of immobilization upon various metabolic and physiologic functions of normal men. *The American Journal of Medicine*, 4, 3-36.
- Dennis, C. (1988). Early Return to Work After Uncomplicated Myocardial Infarction. *JAMA: The Journal of The American Medical Association*, 260, 214-222.
- Denollet, J. (1993). Biobehavioral research on coronary heart disease: Where is the person? *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 115-141.
- Denollet, J., & Brutsaert, D. (1998). Personality, Disease Severity and the Risk of Long-term Cardiac Events in Patients with a Decreased Ejection Fraction After Myocardial Infarction. *Circulation*, 97, 167-173.
- Denollet, J., & Conraads, V. (2011). Type D personality and vulnerability to adverse outcomes in heart disease. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 78 (Συμπλ.), 13-19.
- Denollet, J., Vaes, J., & Brutsaert, D. (2000). Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation*, 102, 630-635.
- Denollet, J., & Brutsaert, D. (2001). Reducing Emotional Distress Improves Prognosis in Coronary Heart Disease: 9-Year Mortality in a Clinical Trial of Rehabilitation. *Circulation*, 104, 2018-2023
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition, and Type D Personality. *Psychosomatic Medicine*, 67, 89-97.
- Denollet, J., Pedersen, S., Ong, A. (2006). Social inhibition modulates the effect of negative emotions on cardiac prognosis following percutaneous coronary intervention in the drug-eluting stent era. *European Heart Journal*, 27, 171-177.

- Denollet, J., Pedersen, S., Vrints, C., & Conraads, V. (2013). Predictive value of social inhibition and negative affectivity for cardiovascular events and mortality in patients with coronary artery disease: The type D personality construct. *Psychosomatic Medicine*, 75, 873-881.
- Denollet, J. (2008). Prognostic Value of Type D Personality Compared with Depressive Symptoms. *Archives of International Medicine*, 168, 431-445
- Denollet, J., Schiffer, A., Kwaijtaal, M., Hooijkaas, H., Hendriks, E., Widdershoven, J., & Kupper, N. (2009). Usefulness of Type D Personality and Kidney Dysfunction as Predictors of Interpatient Variability in Inflammatory Activation in Chronic Heart Failure. *The American Journal of Cardiology*, 103, 399-404.
- Denollet, J., Martens, E., Smith, O., & Burg, M. (2010). Efficient assessment of depressive symptoms and their prognostic value in myocardial infarction patients. *Journal of Affective Disorders*, 120, 105-111.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2003). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. Στο N. Denzin & Y. Lincoln (επιμ.), *The landscape of qualitative research: Theories and issues* (σ. 1-46). Thousand Oaks: Sage.
- DeRubeis, R., Hollon, S., Amsterdam, J., Shelton, R., Young, P. & Salomon, R. (2005). Cognitive Therapy vs Medications in the Treatment of Moderate to Severe Depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416.
- Digenio, A., Cantor, A., Vitus, L., & Dambri, E. (1992). Is severe left ventricular dysfunction a contraindication to exercise cardiac rehabilitation programme? Ανακοίνωση στο 5th World Congress on Cardiac Rehabilitation. Bordeaux, Ιούλιος, 5-8.
- Dimsdale, J. (1988). A Perspective on Type A Behavior and Coronary Disease. *New England Journal of Medicine*, 318, 110-112.
- Doering, L., Dracup, K., Caldwell, M., Moser, D., Erickson, V., Fonarow, G., & Hamilton, M. (2004). Is coping style linked to emotional states in heart failure patients? *Journal of Cardiac Failure*, 10, 344-349.
- Duel, J. (2006) Personality in plural: a research for the usefulness of the NEO-PI-R, GLTS94, NPV and PMT personality questionnaires in the psychological selection of future military personnel. Commando Diensten Centra, Defensie Personele Diensten.

- Duel, J. (2010). *Teamwork in action: Military teams preparing for, and conducting Peace Support Operations*. Den Haag: Koninklijke De Swart.
- Duffy, D., Kelly, E., Trang, A., Whellan, D., & Mills, G. (2014). Aspirin for cardioprotection and strategies to improve patient adherence. *Postgrad Medicine*, 126, 18-28.
- Durand, M. & Loisel, P. (2001). Therapeutic Return to Work: Rehabilitation in the workplace. *Work*, 17, 57-63.
- Dusseldorp, E., Van Elderen, T., Maes, S., Meulman, J., & Kraaij, V. (1999). A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychology*, 18, 506-519.
- Ehsani, A., Biello, D., Schultz, J., Sobel, B., & Holloszy, J. (1986). Improvement of left ventricular contractile function by exercise training in patients with coronary artery disease. *Circulation*, 74, 350-358.
- Eldar, R. (2008). Rehabilitation medicine in countries of central and eastern Europe. *Disability and Rehabilitation*, 30, 134-141.
- ENRICHD Investigators. (2001). Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICHD) study intervention: rationale and design. *Psychosomatic Medicine*, 63, 747-755.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2012). Δελτίο Τύπου: Αιτίες θανάτων έτους 2012.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2015). Ανακτήθηκε από: <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SPO12/>
- Ewart, C., Taylor, C., Reese, L., & DeBusk, R. (1983). Effects of early postmyocardial infarction exercise testing on self-perception and subsequent physical activity. *The American Journal of Cardiology*, 51, 1076-1080.
- Fareeduddin, K., & Abelman, W. (1969). Impaired Orthostatic Tolerance after Bed Rest in Patients with Myocardial Infarction. *New England Journal of Medicine*, 280, 345-350.
- Filippidis, F.T., Gerovasili, V., & Majeed, A. (2014). Association between cardiovascular risk factors and measurements of blood pressure and cholesterol in 27 European countries in 2009. *Preventive Medicine*, 67, 71-4.
- Filippidis, F., Schoretsaniti, S., Dimitrakaki, C., Vardavas, I., Behrakis P., Connolly, N., & Tountas, Y. (2014). Trends in cardiovascular risk factors in Greece

- before and during the financial crisis: the impact of social disparities. *European Journal of Public Health*, 24, 974-979.
- Gomezjurado, A., Freitas, B., Longatto, F., Negrisoli, J., & Sousa, G. (2017). Acute coronary disease, prognosis and prevalence of risk factors in young adults. *Medwave*, 17, 9-24.
- Fisher, E. (1997). Two approaches to social support in smoking cessation: Commodity model and nondirective support. *Addictive Behaviors*, 22, 819-833.
- Fletcher, G. (1982). Exercise in secondary prevention and rehabilitation of subjects with coronary disease. Στο G. Fletcher (επιμ.), *Exercise in the Practice of Medicine* (σ. 174). New York: Futura Publishing Co.
- Fletcher, G. (1984). Telephonically-monitored home exercise early after coronary artery bypass surgery. *CHEST Journal*, 86, 198-213.
- Fontana, A., Kerns, R., Rosenberg, R., & Colonese, K. (1989). Support, stress, and recovery from coronary heart disease: A longitudinal causal model. *Health Psychology*, 8, 175-193.
- Ford, C. (1983). Group Psychotherapy with Psychosomatic Patients. Στο M. Grotjahn, C. Freidman & F. Kline (επιμ.), *Handbook of Group Therapy* (1η εκδ.). New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Ford, D., Mead, L., Chang, P., Cooper-Patrick, L., Wang, N. & Klag, M. (1998). Depression Is a Risk Factor for Coronary Artery Disease in Men. *Archives of International Medicine*, 158, 1422-1438.
- Frasure-Smith, N. (1993). Depression Following Myocardial Infarction. *JAMA: The Journal of The American Medical Association*, 270, 1819-1825.
- Frasure-Smith, N., & Lesprance, F. (2003). Depression and Other Psychological Risks Following Myocardial Infarction. *Arch. Gen. Psychiatry*, 60, 627-636.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M., & Bourassa, M. (2000). Social Support, Depression, and Mortality During the First Year After Myocardial Infarction. *Circulation*, 101, 1919-1924.
- Frasure-Smith, N., Lesprance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., & Bourassa, M. (2002). Long-Term Survival Differences Among Low-Anxious, High-Anxious and Repressive Copers Enrolled in the Montreal Heart Attack Readjustment Trial. *Psychosomatic Medicine*, 64, 571-579.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M., & Bourassa, M. (2000). Depression and health-care costs during the first year

- following myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 471-478.
- Fredrickson, B., & Levenson, R. (1998). Positive Emotions Speed Recovery from the Cardiovascular Sequelae of Negative Emotions. *Cognition and Emotion*, 12, 191-220.
- Fredrickson, B., Mancuso, R., Branigan, C., & Tugade, M. (2000). The Undoing Effect of Positive Emotions. *Motivation and Emotion*, 24, 237-258.
- Frick, M., Elo, O., Haapa, K., Heinonen, O., Heinsalmi, P., & Helo, P. (1987). Helsinki Heart Study: Primary-Prevention Trial with Gemfibrozil in Middle-Aged Men with Dyslipidemia. *New England Journal of Medicine*, 317, 1237-1245.
- Friedman, M., & Rosenman, R. (1969). Association of Specific Overt Behaviour Pattern with Blood and Cardiovascular Findings. *JAMA: The Journal of The American Medical Association*, 169, 1286-1297.
- Friedman, M., Thoresen, C., Gill, J., Ulmer, D., Powell, L., & Price, V. (1986). Alteration of type A behavior and its effect on cardiac recurrences in post myocardial infarction patients: Summary results of the recurrent coronary prevention project. *American Heart Journal*, 112, 653-665.
- Frizelle, D., Lewin, R., Kaye, G., Hargreaves, C., Hasney, K., Beaumont, N., & Moniz-Cook, E. (2004). Cognitive-behavioural rehabilitation programme for patients with an implanted cardioverter defibrillator: A pilot study. *British Journal of Health Psychology*, 9, 381-392.
- Garvey, A., Heinold, J., & Rosner, B. (1989). Self-help approaches to smoking cessation: A report from the normative aging study. *Addictive Behaviors*, 14, 23-33.
- Gelo, O., Braakmann, D., & Benetka, G. (2008). *Quantitative and qualitative research: Beyond the debate. Integrative Psychological and Behavioral Science*, 42, 266-290.
- Geri, G., Gilgan, J., Ziegler, C., Isaranuwachai, W., & Morrison L. (2017). Costs related to cardiac arrest management: a systematic review protocol. *Systematic Review*, 17, 205-213.
- Grande, G., Jordan, J., Kümmel, M., Struwe, C., Schubmann, R., Schulze, F., Unterberg, C., Von Känel, R., Kudielka, B., & Fischer, J. (2004). Evaluation der deutschen Typ D-Skala (DS14) und Prävalenz der Typ D-Persönlichkeit

- bei kardiologischen und psychosomatischen Patienten sowie Gesunden. *Psychotherapy Psychosomatics and Medical Psychology*, 54, 413-422.
- Habra, M., Linden, W., Anderson, J., & Weinberg, J. (2003). Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 235-245.
- Hamalainen, H., Kallio, V., Knuts, L. & Arstila, M. (1992). Return to work after acute myocardial infarction. 5th World Congress on Cardiac Rehabilitation. Bordeaux, Ιούλιος, 5-8.
- Hamalainen, H., Luurila, O., Kallio, V., & Knuts, L. (1995) Reduction in sudden deaths and coronary mortality in myocardial infarction patients after rehabilitation. 15-year follow-up study. *European Heart Journal*, 16, 1839-1844.
- Hamm, L., Alan Stull, G., & Crow, R. (1986). Exercise testing early after myocardial infarction: Historic perspective and current uses. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 28, 463-476.
- Hanebuth, D., Meinel, M., & Fischer, J. (2006). Health-related quality of life, psychosocial work conditions, and absenteeism in an industrial sample of blue- and white-collar employees: a comparison of potential predictors. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 48, 28-37.
- Hansen, T., Zwisler, A., Berg, S., Sibilitz, K., Buus, N., & Lee, A. (2016). Cardiac rehabilitation patients' perspectives on the recovery following heart valve surgery: a narrative analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 72, 1097–1108.
Ανακτήθηκε από: doi: 10.1111/jan.12904.
- Haskell, W. (1978). Cardiovascular complications during exercise training of cardiac patients. *Circulation*, 57, 920-924.
- Hausteiner, C., Klupsch, D., Emeny, R., Baumert, J., & Ladwig, K. (2010). Clustering of negative affectivity and social inhibition in the community: prevalence of type D personality as a cardiovascular risk marker. *Psychosomatic Medicine*, 72, 163-171.
- Havik, O., & Maeland, J. (1987). The effects of an in-hospital educational programme for myocardial infarction patients. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 19, 57-65.
- Hedback, B., & Peck, J. (1987). 5-year results of a comprehensive rehabilitation programme after myocardial infarction. *European Heart Journal*, 8, 234-242.

- Heleniak, C., McLaughlin, K., Ormel, J., & Riese, H. (2016). Cardiovascular reactivity as a mechanism linking child trauma to adolescent psychopathology. *Biological Psychology*, 120, 108-119.
- Heron, N., Kee, F., Donnelly, M., Tully, M., & Cupples (2015). Systematic review of the use of behaviour change techniques (BCTs) in home-based cardiac rehabilitation programmes for patients with cardiovascular disease-protocol. *Systematic Review*, 4:164. Ανακτήθηκε από: doi 10.1186/s13643-015-0149-5.
- Hogan, C., & Neill, W. (1982). Effects of a teaching program on knowledge, physical activity and socialization in patients disabled by stable angina pectoris. *Journal of Cardiac Rehabilitation*, 2, 379-385.
- Howitt, D. (2010). *Introduction to Qualitative Methods in Psychology*. Pearson Education Limited.
- Howitt, D., & Cramer, D. (2008). *Introduction to Research Methods in Psychology*. Harlow: Pearson.
- Hung, J., Goldwater, D., Convertino, V., McKillop, J., Goris, M., & De Busk, R. (1983). Mechanisms for decreased exercise capacity after bed rest in normal middle-aged men. *The American Journal of Cardiology*, 51, 344-348.
- Hung, J., Gordon, E., Houston, N., Haskell, W., Goris, M. & De Busk, R. (1984). Changes in rest and exercise myocardial perfusion and left ventricular function 3 to 26 weeks after clinically uncomplicated acute myocardial infarction: Effects of exercise training. *The American Journal of Cardiology*, 54, 943-950.
- Istvanovic, N., Smalcelj, A., Filakovic, P., Cerovec, D., & Plecko, D. (2011). Influence of In-Hospital Cardiac Rehabilitation on Psychological Status after Myocardial Infarction in Patients with D-type Personality. *Collegium Antropologicum*, 35, 797-807.
- Jenkins, C. (1988). Epidemiology of Cardiovascular Diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 324-332.
- Jiang, W., Glassman, A., Krishnan, R., O'Connor, C., & Califf, R. (2005). Depression and ischemic heart disease: What have we learned so far and what must we do in the future? *American Heart Journal*, 150, 54-78.
- Jones, D., & West, R. (1995). *Introduction: Objectives and definition of cardiac rehabilitation in cardiac rehabilitation*. BMJ Publishing Group.

- Kallio, V., Hamalainen, H., Hakkila, J., & Luurila, O. (1979). Reduction in sudden deaths by a multifactorial intervention programme after acute myocardial infarction. *The Lancet*, 314, 1091-1094.
- Kaplan, N. (1985). Non-Drug Treatment of Hypertension. *Annals of Internal Medicine*, 102. Ανακτήθηκε από: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-102-3-359>
- Karlsson, M., Edström-Plüss, C., Held, C., Henriksson, P., Billing, E., & Wallén, N. (2007). Effects of expanded cardiac rehabilitation on psychosocial status in coronary artery disease with focus on type D characteristics. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 253-261.
- Κατσίκης, Δ. (2013). *Εμπόδια και πηγές υποστήριξης σταδιοδρομίας. Μια ψυχολογική παρέμβαση σε εφήβους οι οποίοι αντιλαμβάνονται εμπόδια σταδιοδρομίας (Διδακτορική διατριβή)*. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης Ανακτήθηκε από: <http://ikee.lib.auth.gr/record/132442/files/GRI-2013-10930.pdf>.
- Κασσέρη, Ζ. (2014). Η Συμβολή των λογισμικών προγραμμάτων στην ανάλυση ποιοτικών δεδομένων: Το πρόγραμμα NVIVO10 (Επίμετρο). Στο Γ. Τσιώλης, *Μέθοδοι και τεχνικές ανάλυσης στην ποιοτική κοινωνική έρευνα* (σ. 427-486). Αθήνα: Κριτική.
- Katz, J., & Peberdy, A. (1997). *Promoting Health. Knowledge and Practice*. London: MacMillan.
- Kaufmann, P., McMahon, R., Becker, L., Bertolet, B., Bonsall, R., Chaitman, B., Cohen, J., Forman, S., Goldberg, A., Freedland, K., Ketterer, M., Krantz, D., Pepine, C., Raczynski, J., Stone, P., Taylor H., Knatterud, G., & Sheps, D. (1998). The Psychophysiological Investigations of Myocardial Ischemia (PIMI) study: objective, methods, and variability of measures. *Psychosomatic Medicine*, 60, 56-63.
- Kaufmann, P. (2003). Depression in cardiovascular disease: can the risk be reduced? *Biological Psychiatry*, 54, 187-190.
- Kavanagh, T., Yacomb, M., Mertens, D., Kennedy, J., & Sawyer, P. (1992). Effects of longterm endurance training after cardiac transplantation. 5th World Congress on Cardiac Rehabilitation. Bordeaux, Ιούλιος, 5-8.

- Kawachi, I., Sparrow, D., Spiro, A., Vokonas, P., & Weiss, S. (1996). A prospective study of anger and coronary heart disease: The Normative Aging Study. *Circulation*, 94, 2090–2095.
- Keenan, N., & Shaw, K. (2011). Centers for Disease Control and Prevention. Coronary heart disease and stroke deaths. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 14 (Συμπλ.), 62-66.
- Ketterer, M. (1993). Secondary Prevention of Ischemic Heart Disease. *Psychosomatics*, 34, 478-484.
- Khan, S., Lee, L., & Wallwork, M. (1992). Return to work following acute myocardial infarction. Effectiveness of a rehabilitation programme. 5th World Congress on Cardiac Rehabilitation. Bordeaux, Ιούλιος, 5-8.
- Khan, S., Wallwork, M., & Naqvi, N. (1992). Effectiveness of rehabilitation programme in stopping smoking after acute myocardial infarction. 5th World Congress on Cardiac Rehabilitation. Bordeaux, Ιούλιος, 5-8.
- Kinsey, M., Fletcher, B., & Rice, C. (1987). In-hospital coronary risk factor education in patients after coronary artery by-pass surgery followed by home monitored exercise: A four year follow up. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 7, 501-507.
- Kirchmann, H., Mestel, R., Schreiber-Willnow, K., Mattke, D., Seidler, K., Daudert, E., Nickel, R., Papenhausen, R., Eckert, J., & Strauss, B. (2009). Associations among attachment characteristics, patients' assessment of therapeutic factors, and treatment outcome following inpatient psychodynamic group psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19, 234-248.
- Klein, L., Pichard, A., Holt, J., Smith, H., Gorlin, R., & Teichholz, L. (1983). Effects of chronic tobacco smoking on the coronary circulation. *Journal of the American College of Cardiology*, 1, 421-426.
- Κόκκορη, Η. (2015). Συσχέτιση καρδιομεταβολικών χαρακτηριστικών με τις αντιλήψεις και συμπεριφορές για τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου σε μαθητές δημοτικών σχολείων: επιδημιολογική μελέτη. Διπλωματική εργασία. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο. Ανακτήθηκε από: <http://estia.hua.gr/file/lib/default/data/17590/theFile>.
- Κόμης, Β., & Εργαζάκη, Μ. (2010). Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων με χρήση λογισμικού. Στο Ζεμπύλας, Μ., Μιχαλίδου-Ευριπίδου, Α., & Κενδέου, Π.

- (επιμ.), *Προχωρημένες μέθοδοι έρευνας* (σ. 561-628). Κύπρος: Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.
- Κουρλαμπά, Γ. (2005). Επιδημιολογία των Καρδιαγγειακών Παθήσεων Παγκοσμίως *Καρδιολογική Επιδημιολογία, 1*, 1-3. Ανακτήθηκε από: <https://issuu.com/san-publications/docs/epidimiologia.ton.kardeiaggiakon.pathiseon>.
- Korzeniowska-Kubacka, I., Bilinska, M., Dobraszkiewicz-Wasilewska., B., & Piotrowicz, R. (2015). Hybrid model of cardiac rehabilitation in men and women after myocardial infarction. *Cardiology Journal, 22*, 212-218.
- Krauss, R. (1989). Exercise, lipoproteins, and coronary artery disease. *Circulation, 79*, 1143-1145.
- Kupper, N., & Denollet, J. (2007). Type D Personality as a Prognostic Factor in Heart Disease: Assessment and Mediating Mechanisms. *Journal of Personality Assessment, 89*, 265-276.
- Kupper, N., Boomsma, D., De Geus, E., Denollet, J., & Willemsen, G. (2011). Nine-year stability of Type D personality: contributions of genes and environment. *Psychosomatic Medicine, 73*, 75-82.
- Kupper, N., Pedersen, S., Hofer, S., Saner, H., Oldridge, N., & Denollet, J. (2013). Cross-cultural analysis of type D (distressed) personality in 6222 patients with ischemic heart disease: A study from the international Heart QoL project. *International Journal of Cardiology, 166*, 327-333.
- Ladwig, K., Lehmacher, W., Roth, R., Breithardt, G., Budde, T., & Borggrefe, M. (1992). Factors which provoke post-infarction depression: Results from the post-infarction late potential study (PILP). *Journal of Psychosomatic Research, 36*, 723-729.
- Laslett, L., Paumer, L., & Amsterdam, E. (1985). Increase in myocardial oxygen consumption indexes by exercise training at onset of ischemia in patients with coronary artery disease. *Circulation, 71*, 958-962.
- Lavie, C., & Milani, R. (2006). Adverse psychological and coronary risk profiles in young patients with coronary artery disease and benefits of formal cardiac rehabilitation. *Archives of Internal Medicine, 166*: 1878-1883.
- Leon, A., Certo, C., Comoss, P., Franklin, B., Froelicher, V., & Haskell, W. (1990). Scientific Evidence of the Value of Cardiac Rehabilitation Services with Emphasis on Patients Following Myocardial Infarction. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation, 10*, 79-87.

- Leon, M., Lugo, A., Boffetta, P., Gilmore, A., Ross, H., Schüz, J., La Vecchia, C., & Gallus, S. (2016). Smokeless tobacco use in Sweden and other 17 European countries. *European Journal Public Health*, 26, 817-821.
- Lesperance, F. (2002). Five-Year Risk of Cardiac Mortality in Relation to Initial Severity and One-Year Changes in Depression Symptoms After Myocardial Infarction. *Circulation*, 105, 1049-1053.
- Levine, S., & Lown, B. (1951). The chair treatment of acute coronary thrombosis. *Transactions of the Association of American Physicians*, 64, 136.
- Lewin, R., Furze, G., Robinson, J., Griffith, K., Wiseman, S., Pye, M., & Boyle, R. (2002). A randomised controlled trial of a self-management plan for patients with newly diagnosed angina. *British Journal of General Practice*, 52, 194-196.
- Linden, W. (2000). Psychological treatments in cardiac rehabilitation. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 443-454.
- Linden, W., Stossel, C., & Maurice, J. (1996). Psychosocial Interventions for patients with coronary artery disease. *Archives of Internal Medicine*, 156, 745-752.
- Lindstrom, B. (1994). The Essence of Existence. On the Quality of Life in Children in the Nordic Countries. *NHV-Report*, 3.
- Lloyd-Jones, D., Larson, M., Beiser, A., & Levy, D. (1999). Lifetime Risk of Developing Coronary Heart Disease. *Lancet*, 353, 89-92.
- Lorentzen, S., Ruud, T., Fjeldstad, A., & Hoglen, P. (2013). Comparison of short and long-term dynamic group psychotherapy: Randomised clinical trial. *British Journal of Psychiatry*, 203, 280- 287.
- Lovallo, W. & Gerin, W. (2003). Psychophysiological Reactivity: Mechanisms and Pathways to Cardiovascular Disease. *Psychosomatic Medicine*, 65, 36-45
- Maroto, J. (1992). Secondary Prevention in Coronary Artery Disease. Effects of a multifactorial rehabilitation program. 5th World Congress on Cardiac Rehabilitation. Bordeaux, Ιούλιος, 5-8.
- Martens, E., Kupper, N., Pedersen, S., Aquarius, A., & Denollet, J. (2007). Type-D personality is a stable taxonomy in post-MI patients over an 18-month period. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 545-550.
- Maryland, J., & Havik, O. (1987). Psychological predictors for return to work after a myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 471-481.

- Mathews, K., & Haynes, S. (1986). Type A behavior pattern and coronary disease risk: Update and critical evaluation. *American Journal of Epidemiology*, 123, 923.
- McCloskey, M., Kleabir, K., Berman, M., Chen, E., & Coccaro, E. (2010). Unhealthy aggression: Intermittent explosive disorder and adverse physical health outcomes. *Health Psychology*, 29, 324-332.
- McLeod, J. (1990). The client experience of counselling and psychotherapy: A review of the research literature. Στο D. Mearns & W. Dryden (επιμ.), *Experiences of Counselling in action* (σ. 66-79). London: Sage.
- McLeod, J. (1994). *Doing counselling research*. London: Sage Publications.
- McLeod, J. (1993, 1998). *An introduction to counselling* (2nd ed.). London: Sage Publications
- McLeod, J. (1999). *Practitioner research in counselling*. London: Sage Publications.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. London: SAGE.
- McLeod, J. (2003). Qualitative Research Methods in Counselling Psychology. Στο R. Woolfe, W. Dryden & S. Strawbridge (επιμ.), *Handbook of Counselling Psychology* (σ. 74-92). London: Sage.
- McLeod, J. (2005). *Εισαγωγή στην συμβουλευτική*. Αθήνα: Εκδόσεις Μεταίχμιο.
- McLeod, J. (2007). *Counselling Skill*. Maidenhead: Open University Press.
- McLeod, J. (2011). *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy* (2^η εκδ.). London: Sage.
- Mendes de Leon, C., Powell, L., & Kaplan, B. (1991). Change in coronary-prone behaviors in the Recurrent Coronary Prevention Project. *Psychosomatic Medicine*, 53, 407-419.
- Miles, M., & Huberman, M. (1994). *Qualitative Data Analysis: An expanded sourcebook*. London: Sage.
- Mierzyńska, A., Kowalska, M., Stepnowska, M. & Piotrowicz, R. (2010). Psychological support for patients following myocardial infarction. *Cardiology Journal*, 17, 319-324.
- Molloy, G., Randall, G., Wikman, A., Perkins-Porras, L., Messerli-Bürgy, N., & Steptoe, A. (2012). Type D personality, self-efficacy, and medication adherence following an acute coronary syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 74, 100-106.

- Mols, F., Martens, E., & Denollet, J. (2009). Type D personality and depressive symptoms are independent predictors of impaired health status following acute myocardial infarction. *Heart*, 96 (1), 30-35.
- Mols, F., & Denollet, J. (2010). Type D personality among noncardiovascular patient populations: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32, 66-72.
- Monroe, S., Harkness, K., Simons, A. & Thase, M. (2001). Life stress and the symptoms of major depression. *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 189, 168-75.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 250-255.
- Morrow, S. L. (2007). Qualitative research in counseling psychology: Conceptual foundations. *The Counseling Psychologist*, 35, 209-235.
- Murray, C., & Lopez, A. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349, 1498-1504.
- Muscatell, K., Slavich, G., Monroe, S., & Gotlib, I. (2009). Stressful life events, chronic difficulties, and the symptoms of clinical depression. *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 197, 154-60.
- Myrtek, M. (2001). Meta-analyses of prospective studies on coronary heart disease, type A personality, and hostility. *International Journal of Cardiology*, 79, 245-51.
- Nakai, Y., Kataoka, Y., & Bandon, M. (1987). Effects of physical exercise training on cardiac function and graft patency after coronary artery bypass grafting. *Journal Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 93, 65-70.
- Naraillac, P., Plat, F., & Prunier, L. (1992). Return to work after myocardial infarction: evaluation of cardiac and sociodemographic factors. 5th World Congress on Cardiac Rehabilitation. Bordeaux, Ιούλιος, 5-8.
- National Diabetes Information Clearinghouse. (2011). Ανακτήθηκε από: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/overview/preventing-problems/heart-disease-stroke>.
- National Heart, Lung, and Blood Institute. (2007). *2007 Chart Book on Cardiovascular, Lung, and Blood Diseases*. Bethesda, MD: National Institutes of Health.

- Nett, L. (1990). The physician's role in smoking cessation. A present and future agenda. *Chest*, 97, 28-32.
- Nicholson, A., Kuper, H., & Hemingway, H. (2006). Depression as an aetiological 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, 2763-2774.
- Nieuwland, W., Drok, L., & Viersma, J. (1992). Specific training effects in a bicycle dominated physical training during cardiac rehabilitation. 5th World Congress on Cardiac Rehabilitation. Bordeaux, Ιούλιος, 5-8.
- Norcross, J. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. UK: Oxford University Press.
- O' Connor, G., Buring, J., Yusuf, S., Goldhaber, S., Olmstead, E., Paffenbarger, R., & Hennekens, C. (1989). An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation*, 80, 234-244.
- Oginska-Bulik, N. (2006). Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 19, 113-122.
- Oldridge, N. (1992). Economic evaluation of cardiac rehabilitation soon after acute myocardial infarction. 5th World Congress on Cardiac Rehabilitation. Bordeaux, Ιούλιος, 5-8.
- Oldridge, N., Guyatt, G., Fischer, U., & Rimm, A. (1988). Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Combined experience of randomized clinical trials. *The Journal of The American Medical Association*, 260, 945-950.
- O' Neil, J., & Emery, C. (1998). Heart and Mind: The Practice of Cardiac Psychology. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 18, 158-159.
- Ornish, D., Brown, S., Scherwitz, L., Billings, J., Armstrong, W., Ports, T., McLanahan, S., Kirkeeide, R., Brand, R., & Gould, K. (1990). Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. *Lancet*, 336, 129-133.
- Ornish, D., Gotto, A., Miller, R., Rochelle, D., & McAllister, G. (1979). Effects of a vegetarian diet and selected yoga techniques in the treatment of coronary heart disease. *Clinical Research*, 27, 720A.
- Panagiotakos, D., Georgousopoulou, E., Pitsavos, C., Chrysohoou, C., Metaxa, V., Georgiopoulos, G., Kalogeropoulou, K., Tousoulis, D., Stefanadis, C. (2013).

- ATTICA Study group. Ten-year (2002-2012) cardiovascular disease incidence and all-cause mortality, in urban Greek population: the ATTICA Study. *International Journal of Cardiology*, 1, 178-84.
- Panagiotakos, D. (2013). Cardiovascular Disease Risk Models. *Hellenic Journal of Atherosclerosis*, 4, 151-157.
- Papadakis, S., Oldridge, N., Coyle, D., Mayhew, A., Reid, R., Beaton, L., Dafoe, W., & Angus, D. (2005). Economic evaluation of cardiac rehabilitation: a systematic review. *European Journal of Cardiovascular Prev. Rehabilitation*, 12, 513-20.
- Parmley, W. (1986). President's page: Position report on cardiac rehabilitation. Recommendation of the American College of Cardiology on cardiovascular rehabilitation. *Journal of The American College of Cardiology*, 7, 451-453.
- Pedersen, S., & Denollet, J. (2006). Is Type D Personality Here to Stay? Emerging Evidence Across Cardiovascular Disease Patient Groups. *Current Cardiology Reviews*, 2, 205-213.
- Pedersen, S., Denollet, J., Ong, A., Serruys, P., Erdman, R., & van Domburg, R. (2007). Impaired health status in Type D patients following PCI in drug-eluting stent era. *International Journal of Cardiology*, 18, 358-65.
- Pelle, A., Denollet, J., Van Melle, J., Luttik, M., Jaarsma, T., & De Jonge, P. (2011). Type D (distressed) personality and the effectiveness of a disease management program in heart failure: results from the COACH study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, Συμπλ. 27.
- Pelle, A., Erdman, R., Van Domburg, R., Spiering, M., Kazemier, M., & Pedersen, S. (2008). Type D Patients Report Poorer Health Status Prior to and After Cardiac Rehabilitation Compared to Non-Type D Patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 36, 167-175.
- Pelle, A., Schiffer, A., Smith, O., Widdershoven, J., & Denollet, J. (2010). Inadequate consultation behavior modulates the relationship between type D personality and impaired health status in chronic heart failure. *International Journal of Cardiology*, 142, 65-71.
- Peterson, L. (1983). *Cardiovascular rehabilitation. A comprehensive approach*. Macmillan Publishing Company.

- Pichler, M., Brandt, D., Schmid, F., Schmoller, R., & Teubl, H. (1992). Austrian multicenter study on rehabilitation after aortocoronary bypass operation or valve surgery. 5th World Congress on Cardiac Rehabilitation. Bordeaux, Ιούλιος, 5-8.
- Pitsavos, C., Chryschoou, C., Panagiotakos, D., Skoumas, J., Zeimbekis, A., Kokkinos, P., Stefanadis, C., & Toutouzas, P. (2003). Association of leisure-time physical activity on inflammation markers (C-reactive protein, white cell blood count, serum amyloid A, and fibrinogen) in healthy subjects (from the ATTICA study). *American Journal of Cardiology*, 91, 368-370.
- Polman, R., Borkoles, E., & Nicholls, A. (2010). Type D personality, stress, and symptoms of burnout: The influence of avoidance coping and social support. *British Journal of Health Psychology*, 15, 681-696.
- Powell, L., Friedman, M., Thoresen, C., Gill, J., & Ulmer, D. (1984). Can the Type A Behavior Pattern be Altered after Myocardial Infarction? A Second Year Report from the Recurrent Coronary Prevention Project. *Psychosomatic Medicine*, 46, 293-313.
- Preckel, D., Von Kanel, R., Kudielka, B., & Fischer, J. (2005). Overcommitment to work is associated with vital exhaustion. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 78, 117-122.
- Price, J., MacDonald, H., Adair, K., Koerner, N., & Monson, C. (2016). Changing Beliefs about Trauma: A Qualitative Study of Cognitive Processing Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44, 156-167.
- Quirk, M., Mazor, K., Philbin, M., Fischer, M., Sullivan, K., & Hatem, D. (2008). How patients perceive a doctor's ring attitude. *Patient Education and Counseling*, 72, 359-366.
- Raft, D., McKee, D., Popio, K., & Haggerty, J. (1985). Life adaptation after percutaneous transluminal coronary angioplasty and coronary artery bypass grafting. *The American Journal of Cardiology*, 56, 395-398.
- Ragland, D. & Brand, R. (1988). Type a Behavior and Mortality from Coronary Heart Disease. *New England Journal of Medicine*, 318, 65-69.
- Rauramaa, R., Salonen, J., Seppanen, K., Salonen, R., Venalainen, J., Ihanainen, M., & Rissanen, V. (1986). Inhibition of platelet aggregability by moderate-intensity physical exercise: a randomized clinical trial in overweight men. *Circulation*, 74, 939-944.

- Rechnitzer, P., Cunningham, D., Andrew, G., Buck, C., Jones, N., & Kavanagh, T. (1983). Relation of exercise to the recurrence rate of myocardial infarction in men. *The American Journal of Cardiology*, 51, 65-69.
- Report of the Subcommittee on Exercise Rehabilitation standards for supervised cardiovascular exercise maintenance programs. (1980). *Circulation*, 62, 669A.
- Ronnevik, P., Gundersen, T., & Abrahamsen, A. (1985). Effect of smoking habits and timolol treatment on mortality and reinfarction in patients surviving acute myocardial infarction. *Heart*, 54, 134-139.
- Roose, S., Katz, I., Pollock, B., & Valuck, R. (2002). Contemporary Issues in the Diagnosis and Treatment of Late-Life Depression. *Journal of The American Medical Directors Association*, 3, 26-29.
- Rosenman, R., Friedman, M., Straus, R., Jenkins, C., Zyzanski, S., & Wurm, M. (1970). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: A follow-up experience of 4 ½ years. *Journal of Epidemiology*, 23, 173-190.
- Rosenberg, L., Kaufman, D., Helmrich, S., & Shapiro, S. (1985). The Risk of Myocardial Infarction after Quitting Smoking in Men under 55 Years of Age. *New England Journal of Medicine*, 313, 1511-1514.
- Rosengren, A., Hawken, S., Ounpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., & Almahmeed, W. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*, 364, 953-962.
- Rozanski, A., Blumenthal, J., Davidson, K., Saab, P., & Kubzansky, L. (2005). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 45, 637-651.
- Rozanski, A., & Kubzansky, L. (2005). Psychologic Functioning and Physical Health: A Paradigm of Flexibility. *Psychosomatic Medicine*, 67, (Συμπλ.), 47-53.
- Rozensky, R. (2006). An Introduction to Psychologists Treating Medically Ill Patients: Competent Practice and Seeking Credentials in Organized Health Care Settings for Routine or Incidental Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 260-263.

- Saterhaug, A. (1992). *Home exercise training compared to group exercise training after acute myocardial infarction*. Ανακοίνωση στο 5th World Congress on Cardiac Rehabilitation. Bordeaux, Ιούλιος, 5-8.
- Scalzi, C., Burke, L., & Greenland, S. (1980). Evaluation of an in hospital educational programme for coronary patients and families. *Heart Lung*, 9, 846-853.
- Schleifer, S. (1989). The nature and course of depression following myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 149, 1785-1789.
- Schoormans, D., Husson, O., Denollet, J., & Mols, F. (2017). Is Type D personality a risk factor for all-cause mortality? A prospective population-based study among 2625 colorectal cancer survivors from the PROFILES registry. *Journal of Psychosomatic Research*, 96, 76-83.
- Servant, J., Marie, P., Pezzano, M., Lardoux, H. & Louvard, Y. (1992). Intensive rehabilitation program after coronary angioplasty. Ανακοίνωση στο 5th World Congress on Cardiac Rehabilitation. Bordeaux, Ιούλιος, 5-8.
- Shaw, L., Oberman, A., Barnes, G., Eggert, D., Barton, S., & Hellerstein, H. (1981). Effects of a prescribed supervised exercise program on mortality and cardiovascular morbidity in patients after a myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology*, 48, 39-46.
- Shearing, V., Lee, D., & Clohessy, S. (2011). How do clients experience reliving as part of trauma- focused cognitive behavioural therapy for posttraumatic stress disorder? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 458-472.
- Sifneos, P. (1973). The Prevalence of Alexithymic Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, 270-285.
- Skala, J., Freedland, K., & Carney, R. (2005). *Heart disease*. Toronto: Hogrefe & Huber.
- Smith, D. (2001). Negative emotions and coronary heart disease: Causally related or merely coexistent? A review. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42, 57-69.
- Smith, G. (1988). Return to Work After a First Myocardial Infarction. *JAMA: The Journal of The American Medical Association*, 259, 1673-1677.
- Sobel, A., Resick, P., & Rabalais, A. (2009). The effect of cognitive processing therapy on cognitions: impact statement coding. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 205-211.

- Sogaro, E., Schinina, F., Burgisser, C., Orso, F., Pallante, R., Aloï, T., & Fattirolli, F. (2010). Type D personality impairs quality of life, coping and short-term psychological outcome in patients attending an outpatient intensive program of cardiac rehabilitation. *Monaldi Archives for Chest Disease-Pulmonary Series*, 74, 181-191.
- Soman, V., Koivisto, V., Deibert, D., Felig, P., & DeFronzo, R. (1979). Increased Insulin Sensitivity and Insulin Binding to Monocytes after Physical Training. *New England Journal of Medicine*, 301, 1200-1204.
- Sosa, V., Ubiera, J., De Liano, J., Alonso, F., & Jimenez, L. (1992). Influences of cardiac rehabilitation on functional capacity of coronary patients. Control with exercise test. Ανακοίνωση στο 5th World Congress on Cardiac Rehabilitation. Bordeaux, Ιούλιος, 5-8.
- Sprenkle, D. H., Davis, S. D., & Lebow, J. L. (2009). *Common factors in couple and family therapy: The overlooked foundation for effective practice*. Guilford Press.
- Squirew, R., Lavie, C., Brandt, T., Gau, G., & Bailley, K. (1987). Cardiac Rehabilitation in Patients with Severe Ischemic Left Ventricular Dysfunction. *Mayo Clinic Proceedings*, 62, 997-1002.
- Σταλίκας, Α. (2005). *Μέθοδοι ερευνας στην ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Σταλίκας, Α. (2011). *Μέθοδοι Έρευνας στην Κλινική Ψυχολογία*. Αθήνα: Τόπος.
- Σταλίκας, Α. (2012). *Θεραπευτικές παρεμβάσεις*. Αθήνα: Τόπος.
- Σταλίκας, Α., & Μερτίκα, Α. (2004). *Θεραπευτική συμμαχία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Steptoe, A., & Molloy, G. (2007). Personality and heart disease. *Heart*, 93, 783-784.
- Stern, M. (1981). National Exercise and Heart Disease Project. Psychosocial changes observed during a low-level exercise program. *Archives of Internal Medicine*, 141, 1463-1467.
- Stern, T. (1987). Psychiatric management of acute myocardial infarction in the coronary care unit. *The American Journal of Cardiology*, 60, 59-67.
- Στυλιανίδης, Σ. (2014). *Σύγχρονα θέματα κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής*. Αθήνα: Τόπος.
- Tardif, G. (1989). Sexual activity after a myocardial infarction. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 70, 763-766.

- Taylor, C., Bandura, A., Ewart, C., Miller, N., & DeBusk, R. (1985). Exercise testing to enhance wives' confidence in their husbands' cardiac capability soon after clinically uncomplicated acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology*, 55, 635-638.
- Taylor, C., Houston-Miller, N., Haskell, W., & Debusk, R. (1988). Smoking cessation after acute myocardial infarction: the effects of exercise training. *Addictive Behaviors*, 13, 331-335.
- Taylor, R., Unal, B., Critchley, J., & Capewell, S. (2006). Mortality reductions in patients receiving exercise-based cardiac rehabilitation: how much can be attributed to cardiovascular risk factor improvements? *European Journal of Cardiovascular and Preventive Rehabilitation*, 13, 369-374.
- The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial results. II. The relationship of reduction in incidence of coronary heart disease to cholesterol lowering. (1984). *JAMA: The Journal of The American Medical Association*, 251, 365-374.
- Topol, E., Juni, J., O'Neill, W., Nicklas, J., Shea, M., Burek, K., & Pitt, B. (1987). Exercise testing three days after onset of acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology*, 60, 958-962.
- Townsend, N., Nichols, M., Scarborough, P., & Rayner, M. (2015). Cardiovascular disease in Europe - epidemiological update 2015. *European Heart Journal*, 36, 2696-2705.
- Tran, Z. (1985). Differential effects of exercise on serum lipid and lipoprotein levels seen with changes in body weight. A meta-analysis. *JAMA: The Journal of The American Medical Association*, 254, 919-924.
- Τσιώλης, Γ. (2015). Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων: διλήμματα, δυνατότητες, διαδικασίες. Στο Γ. Πυργιωτάκης & Χ. Θεοφιλίδης (επιμ.) *Ερευνητική Μεθοδολογία στις Κοινωνικές Επιστήμες και στην Εκπαίδευση. Συμβολή στην επιστημολογική θεωρία και την ερευνητική πράξη* (σ. 473-498). Αθήνα. Πεδίο.
- Tulloch, H., Heenan, A., Cupper, L., Pelletier, R., O' Farrell, P., & Pipe A. (2017). Depression and Anxiety Screening and Triage Protocol for Cardiac Rehabilitation Programs. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*. 37, 1-4.
- Tziallas, D., Kostapanos, M., Skapinakis, P., Milionis, H., Athanasiou, T., Elisaf, M., & Mavreas, V. (2011). The association between Type D personality and the

- metabolic syndrome: a cross-sectional study in a University-based outpatient lipid clinic. *BMC Research Notes* 2011,4:105. Ανακτήθηκε από: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/4/105>.
- Tschuschke, V., Anbeh, T., & Kiencke, P. (2007). Evaluation of long- term analytic group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40, 140-159.
- Ulman, K. (1993). Group Psychotherapy with the Medically Ill. Στο H. Kaplan & B. Sadock (επιμ.), *Comprehensive Group Psychotherapy* (3 έκδ., σ. 459-470). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Van Camp, S., & Peterson, R. (1989). Identification of the High Risk Cardiac Rehabilitation Patient. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 9, 103-109.
- Van Dixhoorn, J., & White, A. (2005). Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 12, 193-202.
- Van Elderen, M., & Maes, S. (1992). The Effects of a Group Health Programme During Cardiac Rehabilitation. Ανακοίνωση στο 5th World Congress on Cardiac Rehabilitation. Bordeaux, Ιούλιος, 5-8.
- Vogt, T., Mullooly, J., & Ernst, D. (1992). Social networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: incidence, survival and mortality. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 659–66.
- Vukovic, D., Bjegovic-Mikanovic, V., Otok, R., Czabanowska, K., Nikolic, Z., & Laaser, U. (2014). Which level of competence and performance is expected? A survey among European employers of public health professionals. *International Journal of Public Health*, 59, 15-30.
- Weiner, D. (1992). Prognostic value of exercise testing in patients with coronary artery disease. Ανακοίνωση στο 5th World Congress on Cardiac Rehabilitation. Bordeaux, Ιούλιος, 5-8.
- Wenger, N. (1984). Early ambulation after myocardial infarction: Rationale, programme components and results. Στο N. Wenger & H. Hellerstein (επιμ.), *Rehabilitation of the Coronary Patient* (2η έκδ.). New York: John Wiley and Sons.

- Wenger, N. (1986). Rehabilitation of the coronary patient: Status 1986. *Progress In Cardiovascular Diseases*, 29, 181-204.
- Wenger, N., & Fletcher, G. (1990). Rehabilitation of the Patient with Atherosclerotic Coronary Heart Disease. Στο J. Willis Hurst (επιμ.), *The Heart* (7η έκδ., σ. 1111-1113). Glencoe: McGraw-Hill School Pub Co.
- Weng, C., Denollet, J., Lin, C., Lin, T., Wang, W., Lin, J., Wong, S., & Mols, F. (2013). The validity of the Type D construct and its assessment in Taiwan. *BMC Psychiatry*, 13: 46. Ανακτήθηκε από: 10.1186/1471-244X-13-46.
- West, R., & Henderson, A. (1979). Randomised multicentre trial of early mobilization after uncomplicated myocardial infarction. *Heart*, 42, 381-385. Ανακτήθηκε από: <http://dx.doi.org/10.1136/hrt.42.4.381>.
- West, R., Jones, D., & Henderson, A. (2012). Rehabilitation after myocardial infarction trial (RAMIT): multi-centre randomized controlled trial of comprehensive cardiac rehabilitation in patients following acute myocardial infarction. *Heart*, 98, 637-644.
- White, P. (1958). *Rehabilitation of the cardiovascular patient*. New York: Blakiston Division.
- Wilhelmsen, L., Sanne, H., Elmfeldt, D., Grimby, G., Tibblin, G., & Wedel, H. (1975). A controlled trial of physical training after myocardial infarction. *Preventive Medicine*, 4, 491-508.
- William, R. (1992). Psychosocial Influences on Mortality of Patients with Coronary Heart Disease. *JAMA: The Journal of The American Medical Association*, 267, 559-560.
- Williams, E. N., & Morrow, S. L. (2009). Achieving trustworthiness in qualitative research: A pan-paradigmatic perspective. *Psychotherapy Research*, 19, 576-582.
- Williams, L., O'Connor, R., Grubb, N., & O'Carroll, R. (2011). Type D personality predicts poor medication adherence in myocardial infarction patients. *Psychology and Health*, 26, 703-712.
- Williams, L., O'Connor, R., Howard, S., Hughes, B., Johnston, D., Hay, J., O'Connor, D., Lewis, C., Ferguson, E., Sheehy, N., Greal, M., & O'Carroll, R. (2008). Type-D personality mechanisms of effect: The role of health-

- related behavior and social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 63-69.
- Williams, M., Ades, P., Hamm, L., Keteyian, S., LaFontaine, T., Roitman, J., & Squires, RW. (2006). Clinical evidence for a health benefit from cardiac rehabilitation: an update. *American Heart Journal*, 152, 835-841.
- Williams, S., Miller, H., Koisch, P., Ribisl, P. & Graden, H. (1981). Guidelines for unsupervised exercise in patient with ischemic heart disease. *Journal of Cardiac Rehabilitation*, 1, 213-219.
- World Health Organization. (1991). *Revised Targets for Health for All in Europe*. Copenhagen: WHO.
- World Health Organization (2007). *Prevention of cardiovascular disease: Pocket guidelines for assessment and management of cardiovascular risk*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2008). *WHO report on the global tobacco epidemic: The MPOWER Package*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2010α). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2010β). *Global status report on non-communicable diseases*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2011). *Systematic review of the link between tobacco and poverty*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2016). *Prevention of cardiovascular disease: Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk*. Geneva: WHO.
- Yalom, I. (1985). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (3^η εκδ.). New York: Basic Books.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2008). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα 2008-2012*. Αθήνα.
- Y-Hassan, S., & Tornvall, P. (2017). Epidemiology, pathogenesis and management of takotsubo syndrome. *Clinical Autonomic Research*. Ανακτήθηκε από: doi: 10.1007/s10286-017-0465-z.
- Yu, X., Zhang, J., & Liu, X. (2008). Application of the type D scale (DS14) in Chinese coronary heart disease patients and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 595–601.

- Yusuf, S., Peto, R., Lewis, J., Collins, R., & Sleight, P. (1985). Beta blockade during and after myocardial infarction: An overview of the randomized trials. *Progress In Cardiovascular Diseases*, 27, 335-371.
- Zellweger, M., Osterwalder, R., Langewitz, W., & Pfisterer, M. (2004). Coronary artery disease and depression. *European Heart Journal*, 25, 3-9.
- Ziegelstein, R., Kim, S., Kao, D., Fauerbach, J., Thombs, B., & McCann, U. (2005). Can Doctors and Nurses Recognize Depression in Patients Hospitalized with an Acute Myocardial Infarction in the Absence of Formal Screening. *Psychosomatic Medicine*, 67, 393-397.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι



**ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η

δέχομαι και συμφωνώ να συμμετάσχω στο ερευνητικό πρόγραμμα αποκατάστασης καρδιοπαθών που πραγματοποιείται στο Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, υπό την παρακολούθηση της Καρδιολογικής και Ψυχιατρικής κλινικής, και του επόπτη Καθηγητή Κλινικής Ψυχολογίας Αναστάσιου Σταλικά. Υπεύθυνος της διεξαγωγής του ερευνητικού προγράμματος είναι ο Πλωτάρχης (ΥΨ) Α. Τσιρίκος ΠΝ.

Στόχος του προγράμματος είναι η καταγραφή, κατανόηση και ανάπτυξη ψυχολογικών θεραπευτικών πρακτικών οι οποίες θα υποστηρίξουν συμπληρωματικά τον καρδιοπαθή για την επίτευξη μίας πληρέστερης αποκατάστασης. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει αμιγώς ψυχολογικές τεχνικές και παρεμβάσεις, δηλαδή δεν εμπεριέχει ψυχοφαρμακευτικές ή άλλες παρεμβάσεις (π.χ διακοπή καπνίσματος, πρόγραμμα εξάσκησης κ.ά.). Η διεξαγωγή της θεραπευτικής παρέμβασης πραγματοποιείται στο Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών και διαρκεί 9 μήνες.

Η συμμετοχή στο ερευνητικό πρόγραμμα είναι εθελοντική. Το ερευνητικό πρόγραμμα περιλαμβάνει την συμπλήρωση ερωτηματολογίων μετά από κάθε εβδομαδιαία θεραπευτική συνεδρία. Επαναληπτικές μετρήσεις ψυχολογικών δεικτών θα γίνουν με την ολοκλήρωση του προγράμματος. Οι συμμετέχοντες μπορούν να αποχωρήσουν για προσωπικούς ή άλλους λόγους κατά τη διάρκεια της εκτέλεσης του προγράμματος.

Η παραπάνω συγκατάθεση δίδεται με τον όρο ότι θα τηρηθεί η αρχή προστασίας προσωπικών δεδομένων και ιατρικού απορρήτου. Τα προσωπικά στοιχεία δεν αναφέρονται σε κανένα σημείο των ερωτηματολογίων της έρευνας. Τα ερευνητικά στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν, αποκλειστικά και μόνο, για τους ερευνητικούς σκοπούς του συγκεκριμένου προγράμματος.

Έχοντας διαβάσει τις παραπάνω πληροφορίες και έχοντας την ευκαιρία να μου απαντηθούν επαρκώς και ικανοποιητικά οι ερωτήσεις μου, συναινώ να συμμετάσχω εθελοντικά στο ερευνητικό πρόγραμμα.

Αντίγραφο της παρούσας συγκατάθεσης έχει δοθεί στον συμμετέχοντα.

Ονοματεπώνυμο Συμμετέχοντος

Υπογραφή Συμμετέχοντος

Τόπος - Ημερομηνία

Ονοματεπώνυμο Υπεύθυνου

Υπογραφή Υπεύθυνου

Τόπος - Ημερομηνία

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II



24.4
δὲν ἐχινε
λὸχω διῶν
μυνύνοχ/σων

Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών • Καρδιολογική & Ψυχιατρική Κλινική
Λεωκράτους 70 • Αθήνα • ΤΚ 115 21 • Τ: 210 7263213 • E: psychiatriko_nna@yahoo.com

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Όμάδα Έρευνητικού Προγράμματος ΝΝΑ
Ψυχολογικής Αποκατάστασης Καρδιοπαθών

Αριθμός Συνεδρίας Όμαδος: 2^η

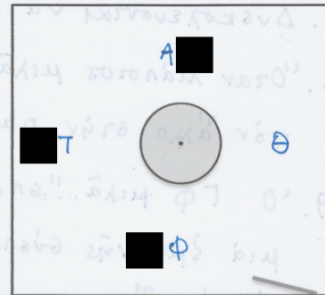
Ημερομηνία: 16 • 01 • 2013

Ώρα: Τετάρτη, 10⁰⁰-11³⁰ π.μ.

Θεραπευτής: Αντώνης Τσιρικός

Μέλη:

Α. [redacted] Τ. [redacted]
Φ. [redacted]
Α. [redacted]



1. Ήνθιέωση κι ά ήχοχράσηση της όμάδας (έπανάλιψη)
2. Καθυσίέωση του [redacted] Φ, μπαίνει μέ βρεχμένο μπουςάν από τό μηχανάκι πών όδυσεί.
3. Ο [redacted] Τ άρχίζει άνασερόμενος, ^{πρωτοκό} σμηλοποιής μέ παξιτζή, ξεχειλίζει από όρεδή. Η άίσθηση διακίόν την όλοσα όλοι σ' άλλος δέν άντικμθά- νοντι πλύν έκεινόν. Ο Α [redacted] συνεχίζει - πυροδοσιώντας; - όζι σ' ταξι- ζήδες είναι χειρότεροι από Παισιονοί.
4. Οι ^{πνύς του} παρέμτάδες είναι δύσκολες, πείνει νά πών αυτό πών έξ άρχή έχον σχεδιάσει νά πών, νά τό άποδεχτεί- άποδεχτεί ό άλλος (συχνά ο [redacted] Τ λέει "έτσι δέν είναι;" περιμένοντας την άποδοχή της όλοας έκφης του).
5. Αρχικά σκίεται νά θεωρται κάποια όρια καί μανόνες, ή έντύ- ηωση είναι μέγς λανθάνουσα έπιθετικώτητας. Άποσεύχω πρós στικμή άναγκαισιώθει ότό έδω καί ώρα της διαδικασίας.
6. Συναιθυματικός πάχος, χασμονετό καί "έπιθετικά" άσσειάται άπό τόν Α [redacted] λέει μάτι εάν μικρή έπνεύση → τό μαζεύει → κοιτά ήρω → δέν έίπε αυτό πών ή ήλεε → νοιώθει άθυμμένος(;))

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI

Παρακάτω υπάρχουν μερικές προτάσεις που συχνά χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά αυτές τις προτάσεις και στην συνέχεια επιλέξτε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο. Δεν υπάρχουν "σωστές" ή "λάθος" απαντήσεις: αυτό που μας ενδιαφέρει είναι η δικιά σας άποψη.

	Σίγουρα Λάθος	Μάλλον Λάθος	Ουδέτερο	Μάλλον Σωστό	Σίγουρα Σωστό
Κάνω επαφή εύκολα όταν γνωρίζω νέους ανθρώπους	☐	☐	☐	☐	☐
Συχνά κάνω φασαρία για ασήμαντα πράγματα	☐	☐	☐	☐	☐
Μιλώ συχνά σε αγνώστους	☐	☐	☐	☐	☐
Νιώθω συχνά δυστυχία	☐	☐	☐	☐	☐
Εκνευρίζομαι συχνά	☐	☐	☐	☐	☐
Στις κοινωνικές μου συναναστροφές νιώθω συχνά πολύ περιορισμένος	☐	☐	☐	☐	☐
Βλέπω συχνά την απαισιόδοξη πλευρά των πραγμάτων	☐	☐	☐	☐	☐
Μου είναι δύσκολο να ξεκινήσω μια συζήτηση	☐	☐	☐	☐	☐
Βρίσκομαι συχνά σε άσχημη διάθεση	☐	☐	☐	☐	☐
Είμαι κλειστός άνθρωπος	☐	☐	☐	☐	☐
Προτιμώ να κρατώ τους άλλους ανθρώπους σε απόσταση	☐	☐	☐	☐	☐
Συχνά μου μπαίνουν στο μυαλό ανησυχίες για διάφορα πράγματα	☐	☐	☐	☐	☐
Έχω συχνά τις μαύρες μου	☐	☐	☐	☐	☐
Στις κοινωνικές μου συναναστροφές ή στις παρέες μου, συχνά δεν βρίσκω τα κατάλληλα πράγματα να πω.	☐	☐	☐	☐	☐

Προτάσεις (items) DS14	Υποκατηγορίες DS14
Κάνω επαφή εύκολα όταν γνωρίζω νέους ανθρώπους	Social Isolation *
Συχνά κάνω φασαρία για ασήμαντα πράγματα	Negative Affectivity
Μιλώ συχνά σε αγνώστους	Social Isolation *
Νιώθω συχνά δυστυχία	Negative Affectivity
Εκνευρίζομαι συχνά	Negative Affectivity
Στις κοινωνικές μου συναναστροφές νιώθω συχνά πολύ περιορισμένος	Social Isolation
Βλέπω συχνά την απαισιόδοξη πλευρά των πραγμάτων	Negative Affectivity
Μου είναι δύσκολο να ξεκινήσω μια συζήτηση	Social Isolation
Βρίσκομαι συχνά σε άσχημη διάθεση	Negative Affectivity
Είμαι κλειστός άνθρωπος	Social Isolation
Προτιμώ να κρατώ τους άλλους ανθρώπους σε απόσταση	Social Isolation
Συχνά μου μπαίνουν στο μυαλό ανησυχίες για διάφορα πράγματα	Negative Affectivity
Έχω συχνά τις μαύρες μου	Negative Affectivity
Στις κοινωνικές μου συναναστροφές ή στις παρέες μου, συχνά δεν βρίσκω τα κατάλληλα πράγματα να πω	Social Isolation

*Οι προτάσεις 1 και 3 (αφορούν και οι δύο την υποκλίμακα SI) βαθμοδοτούνται αρνητικά, δηλαδή:
 Αν σημειώνεται το 0, βάζουμε 4. Αν σημειώνεται το 1, βάζουμε 3. Αν σημειώνεται το 2, βάζουμε 2. Αν σημειώνεται το 3, βάζουμε 1. Αν σημειώνεται το 4, βάζουμε 0.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

● Antonis Tsirikos

Απ.: Άδεια Χορήγησης του DS14

Προς: Petros Skapinakis



Αγαπητέ κ.Σκαπινάκη
σας ευχαριστώ θερμά για την άδεια σας.
Εύχομαι όταν και εμείς έχουμε κάποια αποτελέσματα
από την εργασία μας να σας τα κοινοποιήσουμε
και πάλι ειληκρινά ευχαριστώ
ατ

----- Original Message ----- From: "Petros Skapinakis" <p.skapinakis@gmail.com>

To: "Α. Τσιρίκος" <tsirikon@otenet.gr>

Sent: Wednesday, March 07, 2012 2:52 PM

Subject: Re: Άδεια Χορήγησης του DS14

Κε Τσιρίκο, φυσικά και μπορείτε να το χρησιμοποιήσετε, σας στέλνω την τελευταία του έκδοση.

Με εκτίμηση

Πέτρος Σκαπινάκης

Στις 5 Μαρτίου 2012 11:10 π.μ., ο χρήστης "Α. Τσιρίκος" <tsirikon@otenet.gr> έγραψε:

Αγαπητέ κ. Σκαπινάκη,
με αφορμή το πρόσφατο άρθρο τής ερευνητικής σας ομάδας στο BMC Research Notes(2011)
με τίτλο "The association between Type D personality and the metabolic syndrome:
a cross-sectional study in a University-based outpatient lipid clinic"
θα ήθελα να σας ενημερώσω για το παράλληλο ενδιαφέρον που έχουμε αναπτύξει στο Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών.
Το ενδιαφέρον μας, ερευνητικό και κλινικό, είναι η παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης σε καρδιοπαθείς και υλοποιείται υπό τη συνεργασία τής Καρδιολογικής και Ψυχιατρικής κλινικής τού ΝΝΑ.
Στα υπό διαμόρφωση πλαίσια των ερευνητικών δραστηριοτήτων μας σκεπτόμαστε να σας ζητήσουμε την άδεια σας να χορηγήσουμε το DS14 ει δυνατό.

Σας ευχαριστώ θερμά για τη διάθεση του χρόνου σας,

Με εκτίμηση,

Αντώνης Α. Τσιρίκος
Υποπλοίαρχος ΠΝ-Κλινικός Ψυχολόγος,
Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών
Δεινοκράτους 70, Αθήνα
Ε: tsirikon@otenet.gr
Τ: +30 2107261313-2107261357
Μ: +30 6936868741

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI

ΘΕΜΑ “Διεκδίκηση”, ΚΩΔΙΚΟΣ: Υποχωρητικότητα

Στοιχεία Ασθενή - Συνεδρίας		Κείμενο Απομαγνητοφώνησης	Επεξεργασία Κωδικού				
Ασθενής Α/α	Συνεδρία	Παράδειγμα Αποσπάσματος Συνεδρίας	Περιεχόμενο	Προ-κωδικοί	Κωδικός	Τίτλος Κωδικού	DS14
T1	2	Μόλις πέθανε ο θεός μου, είναι δέκα χρόνια τώρα αυτή η δουλειά, μόλις πέθανε ο θεός μου λέει ο χώρος αυτός κάτω από το μπαλκόνι είναι δικός μας. Είχε μπει δηλαδή μέσα στο δικό μου το μπαλκόνι, που ήρθε το έφτιαξε μέσα στο δικό μου. Ρε παιδιά τι λέτε τώρα αυτό το σπίτι είναι 15 χρόνια τώρα, πώς ξαφνικά να σας προικίσω; Να σας δώσω, δεν με ρωτήσατε τότε και μένα και τον αδερφό μου, και σας είπα φτιάχτε το βγείτε έξω στο μπαλκόνι για να μην είναι άσχημο, <i>μας ρίχνετε που μας ρίχνετε</i> (1) τα νερά στην πλάτη από πάνω, και δεν βάλατε ξέρω εγώ, ένα χειλάκι τριγύρω, μια ρήτρα να μην πέφτουν τα νερά. Να σας ξαναπροικίσω τώρα;. <i>Θεία, της λέω, τι θέλεις να σας ξαναπροικίσω τώρα, αν είναι να σε παντρέψω να σε προικίσω πάλι... με ένταση τής λέω πήγαινε στο διάλογο όλη την ώρα εδώ χάμου όλο κάτι μου ζητάς ξέρεις τώρα πετάγεται ο ξάδερφος μου... και θα σε γ.... έχεις μπει μέσα στο δικό μου... (2) μαλακίες τέτοιες και παπαριές γιατί τώρα, τότε δεν φτιάξαμε από κοινού με τον αδερφό μου έναν τοπογραφικό χάρτη... λέμε πρώτα ξαδέλφια είμαστε (3).</i>	Ανοριοθέτητ ο και παραχώρηση και υποχωρητικό τητα σε σχέση με άλλους (1), Αδικία και εξαναγκασμός εξαιτίας της συνθήκης να υποχωρήσει και εν τέλει να παραχωρήσει το “κοινό” ή λογικό δικαίωμά του (3), Αγανάκτηση και ανεξέλεγκτος θυμός (2), Απειλές και εκφοβισμούς που δέχεται (2), Αγανάκτηση και έκρηξη (2)	Αίσθημα αδικίας (2), Παραχωρητικότητα (3) Υποχωρητικότητα (2) Αγανάκτηση	C4	Υποχωρητικότητα	

ΘΕΜΑ “Διεκδίκηση”, ΚΩΔΙΚΟΣ: Παθητική συμφωνία

Στοιχεία Ασθενή - Συνεδρίας		Κείμενο Απομαγνητοφώνησης	Επεξεργασία Κωδικού				
Ασθ ενής Α/α	Συνεδ ρία	Παράδειγμα Αποσπάσματος Συνεδρίας	Περιεχόμενο	Προ- κωδικοί	Κωδ ικός	Τίτλος Κωδικ ού	DS1 4
Φ6	2	Ένας άνθρωπος που έχει αισθήματα, που είναι ζωντανός, έχει και την ιδιότητα του οξύθυμου και τα πάντα, και να βρίσει και να αντιδράσει και όλα... είμαστε ζωντανοί!!! (1)	Πλήρης αλλαγή της θέσης του (2) από την αρχική του τοποθέτηση (1). Παθητική διάσταση. Συμφωνία με μία “τεχνική ατάκα” (3).	Παθητικ ότητα Αλλαγή γνώμης Αλλαγή θέσης την οποία αρχικά υποστήρι ξε έντονα (διαμετρι κά αντίθετη τοποθέτη ση κατά την επιταγή της συνθήκη ς) Συρρίκν ωση ως συμπεριφ ορά Χρήση γλώσσας την οποία απλά μιμείται	C31	Παθη τική συμφ ωνία	
A13	2	Βέβαια πληγώνεις και άλλους που είναι ζωντανοί, αυτό το λέω για μένα, δεν το λέω για σένα...					
Φ7	2	Ναι, πόσο... (2) υπάρχουν και όρια... ας πούμε (3)					

ΘΕΜΑ “Διεκδίκηση”, ΚΩΔΙΚΟΣ: Αδυναμία

Στοιχεία Ασθενή - Συνεδρίας		Κείμενο Απομαγνητοφώνησης	Επεξεργασία Κωδικού				
Ασθ ενής Α/α	Συνεδ ρία	Παράδειγμα Αποσπάσματος Συνεδρίας	Περιεχόμενο	Προ- κωδικοί	Κωδ ικός	Τίτλος Κωδικ ού	DS1 4
T14	2	Κάποιες φορές ένιωθα και πιεσμένος, ας πούμε έλεγα, ένιωθα πιεσμένος. Έλεγε “κοίταξε να δεις τώρα” (εμφατικά), σε προκαλεί ο άλλος, αλλά λες πρέπει να κρατήσεις τα προσχήματα, κράτα λίγο τα προσχήματα παραπάνω. Τώρα έχεις την ελευθερία, μπορείς να πεις ό,τι θέλεις... και έτσι καμιά φορά σου βγαίνει	"Κρατώ τα προσχήματα" για να μην εκφράσω θυμό Ανοχύρωτος Αδυναμία Απροστάτευστος στην επιθετικότητα του άλλου Αναφορές στην σωματική βία που μπορεί να εξασκήσει ο άλλος επάνω του Ανασφάλεια στις σχέσεις τους ότι ανά πάσα στιγμή μπορεί να παρεκτραπούν σε μάχη	*Ανυπόφορη συμπίεση να κρατήσει τα προσχήματα σε επαγγελματικές και κοινωνικές σχέσεις (σχετικό με κωδικό C21-Συμπίεση) *Αίσθημα αδυναμίας: αν μιλήσει θα τσακωθεί (συνδ. "τσιροπούλι") *Διεκδικητικότητα και συνέπειες	C20	Αδυναμία	
T111	19	Πώς να το αντιμετωπίσω το τζάμι, άμα σπάσει, θα με κόψει, δεν ξέρω πως θα οχυρωθώ					
T120	20	Για φαντάσου, σου λέω άμα με πιάσει από το σβέρκο έτσι θα είμαι, θα με κουνάει στον αέρα έτσι σαν τσιροπούλι					
T17	19	Η επιστήμη σηκώνει και τα πόδια, όχι τα χέρια μόνο. [γέλια] Το τσιροπούλι πώς το άκουσες, γιατρέ μου, την προηγούμενη φορά; Καλό, ε; Το ‘χες ξανακούσει το τσιροπούλι, τη λέξη «τσιροπούλι»; Είναι το πολύ αδύνατο πουλάκι, έτσι αυτό το...					
T116	19	Όχι να φτάσουμε τα πράγματα στα όρια τους, να έρθει μια κόντρα, άνθρωποι είμαστε ζωντανοί με νεύρα, έχω και γω νεύρα, έχουν και τα παιδιά νεύρα και όλοι, μπορούμε να φτάσουμε σε μια ακρότητα και μέσα από αυτή την ακρότητα να συμβεί το ο,τιδήποτε. Μπορεί να συμβεί, δεν το ξέρω. Δεν μπορώ να υπογράψω εγώ χαρτί ότι ο Ν. ο δικός μου, για παράδειγμα, επειδή είναι καλό παιδί, τον χρεώνω καλό παιδί ή όποιος, ή ο Γ. ή εσείς τον χρεώνεται “καλό παιδί” ότι σημαίνει αυτό το καλό παιδί ποτέ δεν θα αντιδράσει, δεν το ξέρω, το ξέρω; Και γω λέω, αν με πιάσει ο Ν. είναι 1,92 ο Ν., είναι 100 κιλά... θα με πιάσει από το σβέρκο και θα με πάει χραπ από το μπαλκόνι... και τι ο άλλος ο Π. δήλωσε ότι την πέταξε από 10 μέτρα την κοπέλα, την βούτηξε και την πέταξε, γιατί να μην με βουτήξει και εμένα λέω παράδειγμα, ο Ν. ή ο γιός του Γ., άμα είναι πιο δυνατός ο γιός του και τον πετάζει από το μπαλκόνι, ή από τις σκάλες, και γω μετά τσίτα λιάρος (γέλιο). “Όχι”, λέω στον εαυτό μου, “κάτσε παραπίσω όπα!”. Ψιτ, κοίτα, πίσωφωω, όσοπααα... έτσι το νιώθω... εγώ λέω όπα και μπορεί να μην με σφάζει, και εάν μου ρίξει μια στην καρδιά για παράδειγμα; Και μου κάνει «άντε από κει ρε πατέρα» κραπ και με ρίξει κάτω, σακατεμένος ο Τ. μετά, όχι εγώ δεν θέλω να σακατευτώ...					
A103	19	Όχι ότι πιο πριν παίζαμε μπουνιές, ας πούμε					

ΘΕΜΑ “Διεκδίκηση”, ΚΩΔΙΚΟΣ: Έκθεση

Στοιχεία Ασθενή - Συνεδρίας		Κείμενο Απομαγνητοφώνησης	Επεξεργασία Κωδικού				
Ασθ ενής Α/α	Συνεδ ρία	Παράδειγμα Αποσπάσματος Συνεδρίας	Περιεχόμενο	Προ- κωδικοί	Κωδ ικός	Τίτλος Κωδικ ού	DS1 4
T18	2	(Θ14): Γιατί δηλαδή, τι φοβόσουν; Την απόλυση ας πούμε; (T18): Όχι, εάν τσακωνόσουν θα σου έκανε ο άλλος την αναφορά στην υπηρεσία, αν ξέρανε, πολλές φορές έχουν εκμεταλλευτεί τέτοιες καταστάσεις και έχουν κάνει αναφορά στις υπηρεσίες. Και λες, γιατί να δώσω δικαίωμα στην υπηρεσία μου για τον βρωμιάρη και λες «ας το διάολο και πήγαινε παραπέρα» του 'λεγες...		*Αναφορά στην υπηρεσία από τρίτο=>δίνω δικαίωμα *Αποσύρση-μαζεμα για να μη δώσει δικαίωμα *Η έκθεση ως προς τρίτους με αρνητικό τρόπο είναι ζωτικής σημασίας	C22	Έκθεση	
		Ακάλυπτος-εκτεθειμένος σε συγγενείς,(T,A) στρατό (Α, Φ) και πολιτιστικό σύλλογο του χωριού (T), γειτονιά (Α,T)					

ΘΕΜΑ “Διεκδίκηση”, ΚΩΔΙΚΟΣ: Απόσταση

Στοιχεία Ασθενή - Συνεδρίας		Κείμενο Απομαγνητοφώνησης	Επεξεργασία Κωδικού				
Ασθενής Α/α	Συνεδρία	Παράδειγμα Αποσπάσματος Συνεδρίας	Περιεχόμενο	Προ-κωδικοί	Κωδικός	Τίτλος Κωδικού	DS14
Φ8	2	Σε σχετική συζήτηση, για θέματα που αφορούν τα όρια, και αφού πριν δείχνει να συμφωνεί για την αναγκαιότητα τους και την χρησιμότητα τους (βλ. Παθητική Συμφωνία) αναφωνεί “Αα! Ωστε δεν υπάρχουν τα όρια;(!)”	*Δυσκολία να ενταχθεί στον ειρμό σκέψης και να προσέξει την συναισθηματική ροή των μελών της ομάδας: ως εάν να "αφαιρείται *Θολότητα μηνυμάτων προς και από τον ίδιο	Αποστασιοποιημένος και αφηρημένος. Δυσκολεύεται να ενταχθεί	C32	Απόσταση	KA 10, 6

ΘΕΜΑ “Διεκδίκηση”, ΚΩΔΙΚΟΣ: Θολότητα ορίων

Στοιχεία Ασθενή - Συνεδρίας		Κείμενο Απομαγνητοφώνησης	Επεξεργασία Κωδικού				
Ασθενής Α/α	Συνεδρία	Παράδειγμα Αποσπάσματος Συνεδρίας	Περιεχόμενο	Προ-κωδικοί	Κωδικός	Τίτλος Κωδικού	DS14
Φ9	2	Εντάξει και τα όρια είναι σχετικά, εξαρτάται που τα βάζει ο καθένας, έτσι; Και γω σαν τον Α. οξύθυμος είμαι, πολύ και στον δρόμο και στη προσωπική μου ζωή, στην οικογένεια, τώρα έχουμε κάνει κάποια βήματα, και αυτό, είναι αναλόγως που βάζω τα όρια		*Βίωση θολότητας ορίων *Βίωση σχετικότητας ορίων	C34	Θολότητα ορίων	

ΘΕΜΑ “Διεκδίκηση”, ΚΩΔΙΚΟΣ: Εξευτελισμός

Στοιχεία Ασθενή - Συνεδρίας		Κείμενο Απομαγνητοφώνησης	Επεξεργασία Κωδικού				
Ασθενής Α/α	Συνεδρία	Παράδειγμα Αποσπάσματος Συνεδρίας	Περιεχόμενο	Προ-κωδικοί	Κωδικός	Τίτλος Κωδικού	DS14
T13	2	... εγώ έχω φτιάξει το σπίτι μου, με σχέδια, με τοπογραφικά με όλα, και λες και παράνομος είσαι και θα έρθεις να με βρίσεις κιόλας; Ήμαρτον, και απλά βγαίνει ο θυμός, και τελικά δεν ξέρω εάν αξίζει να θυμώνουμε και πόσο πρέπει να θυμώνουμε, δηλαδή ως πού η παρεξήγηση με τον ταξιτζή, με προβλημάτισε πάρα πολύ, λέω εάν αυτός ο αλήτης, είχε ένα μαχαίρι, είχε κάτι, τι θα γινόταν; Και λέω «Γιώργο, πρέπει να μπαίνουμε σε αυτή την διαδικασία;» αλλά καμιά φορά σε πνίγει το δίκιο	*Διερώτηση της αποτελεσματικότητας της στάσης του απέναντι στα επίμαχα γεγονότα *Αδυναμία καθορισμού συναισθηματικών ορίων και επίλυση πρακτικών θεμάτων *Διερώτηση-ανάγκη επαναπροσδιορισμού της στάσης του σε καταστάσεις που διεγείρουν την υπερβολική εκτόνωση θυμού. Σε ποιο βαθμό είναι επιτρεπτό να θυμώσει; (Αναζήτηση μεζούρας θυμού) *Σχετική ταύτιση του "τσακώνομαι" με "εγκληματικό" και τη συνεπαγόμενη ενοχή και απόσυρση *"Τσακώνομαι + διεκδικώ + θέτω όρια + γνωστοποιώ τη θέση μου" ισούται με "εγκληματικό + παιδαριώδες + ποταπό + κατάντια"	Κατάντια	C19	Εξευτελισμός	
T15	2	Στις 9 με 9:30, πρωί-πρωί να τσακωθούμε λεκτικά; Για να φτάσουμε να βριζόμαστε ως πούμε, σαν παιδιά; Ένωσα σαν τα δεκαπεντάχρονα που βρίσκονται ο ένας με τον άλλο. Πράγμα το οποίο κορόιδευα. Παλιά δεν θα το σκεπτόμουν να το κάνω (εννοώντας να τσακωθεί). Και λες “κοίταξε να δεις πώς μπορεί να φτάσει ένας άνθρωπος”					

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VII

Κωδικός	Τίτλος Κωδικού	Περιγραφή Κωδικού	Ενδεικτική Παραπομπή
C1	Αδικία	*Αίσθημα αδικίας *Διάχυτη αίσθηση "αδικούμενου" και δεχόμενου επιθετικότητας *Αίσθημα αδικίας από την υπηρεσία, από την διοίκηση *Αίσθημα αδικίας για την μη αναγνώριση της προσφοράς του *Υδραυλικό πιεστήριο *Αίσθημα αδικίας για τις υπερβολικές πιέσεις που αναγκάζεται να σηκώσει μια ορισμένη μερίδα ανθρώπων	T06/05 T08/05 T11/05 Φ38/05 T19/05 T51/05 T21/05 T22/05
C2	Αγανάκτηση	*Αγανάκτηση *Αγανάκτηση με ομολόγους *Αγανάκτηση με διοίκηση *Αγανάκτηση με οικογένεια	A11/05 T07/05 T11/05 T19/05 Φ38/05 A37/19 T127/19
C3	Παραχωρητικότητα	*Παραχωρητικότητα *Ανοριοθέτητο και παραχώρηση στις σχέσεις του με άλλους	T14/05 A73/05 A04/24 T153/24
C4	Υποχωρητικότητα	*Υποχωρητικότητα *Ανοριοθέτητο και υποχώρηση στις σχέσεις του με άλλους *Ανοριοθέτητο και παραχώρηση στις σχέσεις του με άλλους	T1/2 T23/05
C5	Προσπάθεια	*Συνεχής προσπάθεια *Συνεχής προσπάθεια αποφυγή εκδήλωσης ακραίων συμπεριφορών τις οποίες βιώνει *Ατέρμονη προσπάθεια "να αποδείξω ότι είμαι σημαντικός" *"Δεν μίλαγα, δεν τσακωνόμουν...προσπαθούσα"	T02/02 T72/27 T06/05 T103/19 T127/19 T119/24
C6	Τυπικότητα	*Τυπικότητα *Αποφυγή να αντιπαρατεθεί-διεκδικήσει και προτιμά μια τυπική συμπεριφορά *Από την τυπικότητα στην επαφή (αρχική και ώριμη φάση στην ομάδα) "στην αρχή δεν δεχόταν να τον ακουμπήσω, ήρθε πιο κοντά, έγινε η επαφή, τον άγγιξα που λένε με τον τρόπο μου ίσως"	Φ16/05 T101/24
C7	Έκρηξη	*Έκρηξη - "βράσιμο" *Βουβαμάρα=λανθάνουσα εκρηκτικότητα *Εκτόνωση	A37/19

C8	Μη-επαφή Άρνηση πραγματικότητας	*Σημείο μη-επαφής *Ενσυνείδητη άρνηση *Αποφυγή της πραγματικότητας	A07/27
C9	Διακοπή επαφής	*Διακοπή επικοινωνίας *Αδιαφορία *Παραίτηση *“κλείδωσα, κόψτε τον λαιμό σας”	Φ20/05 Φ31/19
C10	Σχέση με εξουσία	*Εξ αποστάσεως *Απόμακρες και ψυχρές διαταγές από ανωτέρους *Η πίεση προς τα κάτω, τον "κατώτερο" *Υδραυλικό πιεστήριο *Οι "ανώτεροι" επιδιώκουν κυρίως να διώξουν την ευθύνη από πάνω τους, να τη μεταβιβάσουν στους κατωτέρους * Χάσμα μεταξύ διοικούντων-διοικούμενων, κενό συνεννόησης	T05/05 T11/05 T12/05 A30/05 T86/05 T32/19 Φ18/19 T127/19
C11	Εκδραμάτιση	*Αδυναμία διαχείρισης συναισθηματικής έντασης με εκτροπή σε συμπεριφορικές αντιδράσεις *Αδιαφορία για τις ανάγκες της Υπηρεσίας λόγω συσσωρευμένης φόρτισης	A23/19
C12	Εικόνα αρνητική	*Εικόνα του προς τον άλλο ως αφελής *Αίσθηση ότι οι άλλοι μπορούν “να τον καταφέρουν”	
C13	Αμφιθυμία	*Διαχείριση επιθετικότητας: η εκρηκτικότητα και οργή μετατρέπονται συνήθως σε αμφιθυμία (“να σιωπήσει ή να χτυπήσω;”) με αποτέλεσμα την απόσυρση-παραίτηση από την επίμαχη φάση	T19/5 A46/5
C14	Εκλογίκευση	*Διαχείριση επιθετικότητας: η εκρηκτικότητα και οργή εκλογικεύεται με αποτέλεσμα την απόσυρση- παραίτηση από την επίμαχη φάση	
C15	Υποτίμηση	*Διαχείριση επιθετικότητας: η εκρηκτικότητα και οργή μετατρέπεται σε υποτίμηση της κατάστασης και των συμμετεχόντων προσώπων με αποτέλεσμα την απόσυρση-παραίτηση από την επίμαχη φάση	A24/19
C16	Παγίδευση	*Η οργή όχι μόνον δεν εκφράζεται ή δεν επιτρέπεται αλλά σε κρίσιμες περιστάσεις χρειάζεται να "παγιδευτεί" και εν τέλει να αποσιωπηθεί *"Χειροπόδαρα" δεμένος, αβοήθητα δεμένος στην αναμονή	A73/5
C17	Επανάληψη	*Αναλογία των μοτίβων απαντητικότητας σε δύσκολες φάσεις (ομοιότητα των αντιδράσεων του) *Επαναληπτικότητα προτύπου αντίδρασης *Παύση επαναληπτικότητας κατόπιν σκέψης	A06/05 T87/19 Φ01/27 T15/27

C18	Μέτρο θυμού	*Διερώτηση-ανάγκη επαναπροσδιορισμού της στάσης του σε καταστάσεις που διεγείρουν την υπερβολική εκτόνωση θυμού. Σε ποιο βαθμό είναι επιτρεπτό να θυμώσει; (Αναζήτηση μεζούρας θυμού)	
C19	Εξευτελισμός	*"Τσακώνομαι + διεκδικώ + θέτω όρια + γνωστοποιώ τη θέση μου" ισούται με "εγκληματικό + παιδαριώδες + ποταπό + κατάντια"	T13/2
C20	Αδυναμία	*Αίσθημα αδυναμίας: αν χρειαστεί να μιλήσει φοβάται ότι θα τσακωθεί και κατά βεβαιότητα θα "ηττηθεί" *"Θα με πιάσει από το σβέρκο και με πάει χραπ σαν το τσιροπούλι χραπ από το μπαλκόνι" (αναφερόμενος στον γιό του) *Αδυναμία να ορίσει κάποιο πλαίσιο *Αίσθηση, εκ των προτέρων, ότι δεν έχει κάποιο έλεγχο στο περιβάλλον του	A09/05 T112/19 T115/19 T116/19 T120/19
C21	Συμπίεση	*Ανυπόφορη συμπίεση να κρατήσει τα προσχήματα σε επαγγελματικές και κοινωνικές σχέσεις. Συμπίεση να "δένει με το περιβάλλον, να ταιριάζει"	T14/05 A61/27 A04/24 T116/24
C22	Έκθεση σε τρίτους	*Η έκθεση ως προς τρίτους με αρνητικό τρόπο είναι ζωτικής σημασίας *Έκθεση μέσω έκφρασης σχολίων ή κρίσεων *Έκθεση συναισθηματικής κατάστασης *Έκθεση συνεπάγεται τιμωρητική διάθεση των άλλων *Αποφυγή έκθεσης σε τρίτους οδηγεί σε απόσυρση	T19/05 Φ14/05 A54/05 A55/20
C23	Εξοικείωση-Συμφιλίωση	*Εξοικείωση-συμφιλίωση με εαυτό απέναντι στις δικές του εχθρικές ανταπαντήσεις *Καθησυχασμός και ανακούφιση ότι δεν φταίει για όλα (υποστήριξη από ομάδα)	A62/27
C24	Παρόρμηση	*Ενστικτώδης "μαζική" αντίδραση επίθεσης αδιαφορώντας για τις συνέπειες *Αναγνώριση συσχετισμού μεταξύ ασφάλειας και παρορμητικότητας: έλλειψη ασφάλειας τον οδηγεί σε παρορμητική και προκλητική συμπεριφορά *Παρόρμηση και Σκέψη: "να μην φύγει η πέτρα, γιατί δεν γυρίζει πίσω", "λόγια παρορμητικά" τα οποία δεν επιστρέφουν	A11/05 A38/19 T77/27 T16/27 T82/27
C25	Χιούμορ	*Το χιούμορ-διακωμώδηση της επίμαχης φάσης είναι η βέλτιστη απάντηση *Αστεϊευόμενος μπορεί να γελάσει με τον εαυτό του και να προχωρήσει σε παραδοχές για την κατάστασή του *Αυτοσαρκασμός *"Άντρο χοντρών" (για την ομάδα) *"Είμαστε σαν τους Εσκιμώους που έχουν πέντε αποχρώσεις του άσπρου" (για τις λευκές στολές του ΠΝ)	T50/19 A45/19 T54/27 A28/27 T33/27

C26	Εφαρμογή	*Δυσκολία υλοποίησης "βέλτιστης απάντησης" όταν τελεί υπό κυριαρχία θυμού	
C27	Παρατυπίες	*Ενόχληση ή συμφιλίωση από μικρές παρατυπίες που κάνει ο ίδιος στην καθημερινότητά του ή παρατηρεί στους άλλους (διαρκώς και κατ' εξακολούθηση παρατηρεί και αξιολογεί τους γύρω του)	
C28	Κριτής εσωτερικός	*Διαρκής επιτήρηση ενός εσωτερικού κριτή.	
C29	Κριτής εξωτερικός	*Διαρκής επιτήρηση ενός εξωτερικού κριτή = ό,τι και να πω κρίνεται	Φ21/05 T41/05 A44/05
C30	Οξύθυμη καρδιά	*Σύνδεση εκρηκτικότητας - οργής - οξύθυμου στοιχείου προσωπικότητας με καρδιακό επεισόδιο *Σύνδεση άγχους με καρδιακό επεισόδιο	A06/05 A09/05 A40/05
C31	Παθητική συμφωνία	*Παθητική συμφωνία *Αλλαγή αρχικής θέσης ή γνώμης *Παθητική συρρίκνωση *Μιμητική γλώσσα *“Προσπαθώ να μην τσακωθώ με τον Ν. για να μην φτάσει να με γκρεμίσει”	T12/05 T135/19
C32	Απόσταση	*Αποστασιοποιημένος και αφηρημένος. *Δυσκολεύεται να ενταχθεί σε σχέσεις, συζητήσεις *Απόμακρος *Κλεισμένος “σαν λιοντάρι στο καμαράκι, το κλουβί” *“Δεν το πήρα χαμπάρι γιατί και κατά 99% ήμουν στην κοσμάρα μου... ας πούμε ασχολιόμουν με την πάρτη μου”	Φ33/05 Φ20/05 T87/27 A44/27 A86/24
C33	Οξύθυμος	*Οξύθυμος και εκρηκτικός *Διαρκώς “έψαχνε το σπύρτο κάθε φορά που τού ‘ναβε τη φωτιά να έρθει σε ρήξη”	T87/27
C34	Θολότητα ορίων	*Θολότητα ορίων *Βίωση σχετικότητας ορίων *Ασαφές πλαίσιο	A46/05 A66/20
C35	Απολογητικός	*Απολογητική στάση *Απολογητική-παθητική στάση (τάση να διαλάθει)	T127/19

C36	Κρίση	*Μη αυτοπεποίθηση στην κρίση του *Μη εμπιστοσύνη στην ανάγνωση της πραγματικότητας	A54/05
C37	Επισφάλεια	*Επισφάλεια μιας ήρεμης φάσης *Αίσθηση απειλής και φόβου στο πώς εξελίσσονται οι σχέσεις που συνάπτει (θα είναι σταθερές ή θα διαλυθούν;)	T29/05 A40/05 T66/19 T116/19
C38	Αβοηθητότητα	*Γνώση και φόβος ότι υφίσταται κάτι δυσλειτουργικό το οποίο κάποια στιγμή, άμεσα ή μελλοντικά, θα εκδηλωθεί με δυσμενείς συνέπειες για το ίδιο, και το περιμένει και παραμένει αβοήθητος (ως προς το βαθμό που θα μπορούσε να τον επηρεάσει)	T19/05 T27/05 Φ33/05 T69/19
C39	Φόβος καταστροφής	*Επιθετικές και καταστροφικές παρορμήσεις *Φόβος πρόκλησης κακού *Φοβία	T69/19 T116/19 T139/19
C40	Μεταμέλεια	*Μεταμέλεια για πράξεις ή σκέψεις με επιθετικό ή καταστροφικό χαρακτήρα/περιεχόμενο	A54/05
C41	Σαγήνη	*Ανάγκη σαγήνης *Ανάγκη να γοητευτεί από κάτι για να δραστηριοποιηθεί (έστω και προσωρινά)	A24/19 A58/24
C42	Σύγκριση	*Σύγκριση ιδεατού με το πραγματικό *Τι πρέπει ιδεατά να γίνει και τι πραγματικά γίνεται *Σύγκριση εαυτού με άλλους	T15/19 T12/05 A30/19
C43	Ηλικία	*“Ως μεγαλύτερος μιλώ...” παραθέτει την άποψη του *Τεκμήριο ηλικίας *Μεγαλύτερος ισούται “έμπειρος και σοφότερος” *“Τα άσπρα μου μαλλιά”	T34/05 T42/05 T16/19 T104/24
C44	Σωματική επαφή	*Σωματική ανάγκη του άλλου *Σωματική επαφή με τον άλλον	
C45	Σύγκρουση επιθυμιών	*Σεξουαλικότητα: αμφιθυμία και σύγκρουση επιθυμιών *Εξαναγκασμός επιλογής *Αμφιθυμία: εξωσυζυγικές σχέσεις ως ενοχή και επιθυμία, ανάγκη και εκτόνωση	
C46	Ανεπάρκεια	*Μη επάρκεια γενικώς *Μη επάρκεια ως άτομο *Μη επάρκεια ως σύζυγος *Μη επάρκεια ως συνεργάτης	Φ26/05 Φ58/05
C47	Αβεβαιότητα	*Αίσθηση αβέβαιου	T27/05

C48	Απειλή	*Αίσθηση απειλητικού *Το “ζαφνικό της στιγμής” όπου ανά πάσα στιγμή μπορεί να διαταράξει την κανονικότητα της ζωής του	T105/24
C49	Πρόκληση	*Προκλητικότητα *Φόβος ότι το παρακάνει και προκαλεί αρκετές φορές (γεγονός το οποίο δεν υφίσταται πάντα ρεαλιστικά –τουλάχιστον στο βαθμό που έχει αποκαλυφθεί στις συνεδρίες) *Σεξουαλικότητα: φόβος ότι είναι προκλητικός απέναντι στη σύντροφό του	T20/24
C50	Περιορισμός συζυγικός	*Μονογαμικότητα ως επιλογή συνθήκης *Συζυγία ως περιορισμός και παθητικός συμβιβασμός;	Φ46/05
C51	Αρμονία συζυγική	*Αρμονία σχέσης *Ζητούμενο στη σχέση η αρμονία και το ταίριασμα-ταύτιση	T08/05
C52	Ενοχικότητα συζυγική	*Ενοχική στάση ως προς τη σύζυγό του	Φ58/05
C53	Αυτολύπηση συζυγική	*Αυτολύπηση για αφοσίωση στην σύζυγό του	
C54	Όλα ή τίποτα	*All or none στάση ως προς το σχετίζεσθαι *Απόλυτες τιμές-απόλυτη ταύτιση ή αντιταύτιση (όρα “ίδιο είμαστε”) *Απόλυτος φταίχτης για όσα του έχουν συμβεί” *Σχέση πατέρα-γιού: “όλα ή τίποτα” *Απόλυτα ματαιωτική Υπηρεσία	A37/19 A62/27 A44/27
C55	Ετεροκαθορισμός	*Εξωτερικές προκλήσεις που καθορίζουν τις σχέσεις (επαγγελματικά και κοινωνικά) *Καθορισμός σχέσης από τον άλλον *Καθοριστική σημασία για την σχέση: η προσέγγιση της συζύγου *Αλλαγή συμπεριφοράς οικείου προσώπου από επιρροή τρίτου *Εξωγενείς επιρροές, φαινόμενα (ακόμη και αλλαγές καιρού) *Αστάθμητοι παράγοντες (ξαφνική εμφάνιση κάποιου που αναταράσσει τα σχέδια) *«μπορεί να είναι ένας περαστικός, ένας άσχετος, ο οποίος απλά, έχει κάνει τα μαλλιά του ράστα εκείνη την ώρα, και εμένα μου την σπάνε ας πούμε»	Φ14/05 T98/19 A22/27

C56	Στήριξη Ανταπόδοση	*Ενδιαφέρον και υποστήριξη *Ανάγκη συντροφικότητας και ζεστασιάς από τη σύζυγο *Απαίτηση άνευ όρων αγάπης του πατέρα προς το παιδί και το αντίστροφο, σε απόλυτες τιμές *Σκιαγράφηση της συντροφικότητας κατά την δύσκολη φάση μετά το καρδιακό επεισόδιο σχέση *Πατρική ανάγκη των όσων έχει προσφέρει στο παιδί του ως ανταπόδοση *Αναγνώριση και συμμόρφωση στην πατρική εικόνα *Εμπρακτική θυσιαστική διαθεσιμότητα *Ανάγκη του να είναι σημαντικός για το γιό του, να τον θέλει δίπλα του, να τον έχει ανάγκη *Ο άλλος ως συμβαλλόμενο μέλος (μηχανιστικά και υποχρεωτικά να του σταθεί ως οφείλει) *Σκέψη κάποιου στον οποίο πραγματικά μπορεί να βασιστεί, να υπολογίζει ότι είναι μαζί του	T13/05 T34/05 T36/05 A38/19 T97/19 T98/19 T17/27
C57	Ταύτιση	*Ανάγκη ταύτισης μεταξύ των συντρόφων *Ανάγκη ταύτισης στόχων *“Φανατικοί οπαδοί” *Ανάγκη του να είναι σημαντικός για το γιό του *Ανάγκη να “δένει με όλους από το περιβάλλον του” και να “ταιριάζει” *«Ότι πρέπει όλοι να μοιάζουν μαζί μου»	T35/5 A79/5 A61/27 T53/27 A35/27
C58	Πλήγμα	*Δίδεται προτεραιότητα σε άλλους και όχι στον ασθενή *Ναρκισσιστικό πλήγμα: δεν είμαι η προτεραιότητα του γιού μου ή κάποιου έτερου σημαντικού άλλου ή του ιατρικού προσωπικού *Απαίτηση και ανάγκη προγραμματισμού προτεραιοτήτων-στόχων και σαφών κριτηρίων για το ποιοι είναι μαζί μου *Προγραμματισμένη πορεία και ναρκισσιστική ματαίωση από οικείο πρόσωπο	T12/05 A38/19 T97/19 T82/24 T104/24
C59	Αναγνώριση	*Ανάγκη να αναγνωρίζεται *Ανάγκη να ακολουθείται ως πρότυπο *Ανάγκη αποδοχής από το παιδί του: το παιδί “αποδέχεται βαθύτερα τον πατέρα του” *Ατέρμονη προσπάθεια να δείχθει * “Ελλειψη αναγνώρισης σε τέτοιο βαθμό δεν είναι τυχαία” *Γαυότητα “ότι είμαι κάτι διαφορετικό” από τους υπόλοιπους (ως προς κάποιο στοιχείο του status του, πχ ως επαγγελματίας ή λόγω περιουσίας) * “Εγώ πιστεύω ότι αξίζω μεγαλοσταυρό του Γεωργίου που το έδιναν σε περιόδους πολέμου”	A11/05 T06/05 T15/05 T43/05 A37/19 A72/19 T97/19 A08/24 T104/24 T119/24 T154/24 T71/27
C60	Άρση σχεδίου	*Ανατροπή του πλάνου που σχεδίαζε για τον ίδιο και πρόσωπα του περιβάλλοντος του	A34/05 A40/05 A37/24
C61	Διπλός δεσμός	*Κλείδωμα double-bind της απάντησης που θα μπορούσε να δώσει σε μια ερώτηση. Δηλαδή, από την μία πλευρά “εκφράζομαι” σημαίνει έκρηξη, θυμός, διάλυση και “δεν εκφράζομαι” σημαίνει	A66/20 A92/20

		βουβαμάρα, συμπίεση. Οι δύο ανωτέρω επιλογές οδηγούν σε αίσθημα αδιεξόδου	
C62	Υπερβολικές απαιτήσεις	*Τρόπος αντίδρασης έναντι των υπερβολικών απαιτήσεων των άλλων (οικογένειας, εργασίας, κοινωνικής εικόνας)	A08/05 T84/05 T85/05
C63	Αδυναμία κατανόησης	*Αδυναμία κατανόησης και ενσυναίσθησης της θέσης του άλλου και των προτεραιοτήτων που αυτός/ή θέτει στα προσωπικά του θέματα	T19/05 T22/05 T82/24
C64	Απαξίωση	*Επιθετική και απαξιώτική στάση για τη διαφορετική θέση του άλλου και των προτεραιοτήτων που αυτός/ή θέτει καθώς επίσης και του τρόπο που επιλύει/βιώνει προσωπικά του θέματα *“Παίζει τα καραγκιοζάκια στο κομπιούτερ” (για τον γιο του κατά την διάρκεια εξεταστικής περιόδου)	A10/05 A35/05 T08/05 T12/05 T82/24 T120/24 T67/27
C65	Ανέλιξη	*Προσωπική και κοινωνική ανέλιξη μέσω της προόδου των παιδιών (επιτυχίες στις σπουδές, κοινωνικά επιτεύγματα) *Επαγγελματικό status	T49/05 Φ17/05 A33/19 T82/24 T105/24 A127/24
C66	Κοινωνική απομόνωση	*Θεραπευτική επίδραση και άρση της κοινωνικής απομόνωσης του μέσω της συνοχής της ομάδας	A44/27
C67	Αγωνία	*Επιφόρτιση και αγωνία προς/για τους οικείους	A08/05 T90/24 T128/24
C68	Συνταγές	*Αδυναμία παρακολούθησης από του άλλους των δικών του "σωτήριων" παρεμβάσεων. Κατά την κρίση του οι άλλοι θα έπρεπε να ακολουθήσουν τις "συνταγές-προτάσεις" που έχει σκεφθεί.	A37/05 T32/05 T43/05 T104/24
C69	Χαλάρωση απαιτήσεων	*Θεραπευτική παύση των υψηλών απαιτήσεων μέσω της αλληλεπίδρασης στην ομάδα	A62/27 A88/24 A101/24
C70	Επικοινωνία ομάδας	*Ουσιαστική επικοινωνία και ειλικρινές ενδιαφέρον για τον άλλον μέσω της αλληλεπίδρασης στην ομάδα *“στην αρχή δεν δεχόταν να τον ακουμπήσω, ήρθε πιο κοντά, έγινε η επαφή, τον άγγιξα που λένε με τον τρόπο μου ίσως (αναφερόμενος σε μέλος της ομάδας)” *Δυνατότητα που έδωσε στον εαυτό του να “βιώσει την σχέση” και να επικοινωνεί ουσιαστικά, και όχι να σκέπτεται αποστασιοποιημένος για τη “σχέση”	T102/24 T104/24

		*“Με προβλημάτισες πολύ, με έβαλες να σκεφτώ, και θεωρώ ότι κέρδισα από αυτή την κουβέντα που έκανα, με έκανες να νιώσω καλά” *Συνολική εκτίμηση “και πιστεύω ότι κερδίσαμε την επικοινωνία μεταξύ μας, και νομίζω ότι και εκείνος ένοιωσε σιγουριά στο προσώπό μου και εγώ”	
C71	Timing	*Η σημαντικότητα της κατάλληλης στιγμής (timing) για να μπορέσει να ακούσει και να αφομοιώσει ουσιαστικά την θέση/γνώμη/στάση του άλλου *Ανάγκη σεβασμού του προσωπικού βηματισμού του, ως προς τον χρόνο (“είτε πάω γρήγορα είτε αργά”) *“Απλά ίσως ο τρόπος που το είπαμε, που ανταλλάξαμε τις απόψεις εκείνη την ώρα άγγιξε το κλικ”	T84/05 T92/24
C72	Δυσκολία timing	*Αδυναμία δημιουργίας κατάλληλων στιγμών συντονισμού (timing), από την πλευρά του, για ένα ουσιαστικώς σχετιζέσθαι στις οικογενειακές-επαγγελματικές-φιλικές αλληλεπιδράσεις	T77/27
C73	Ασφάλεια	*Ανάγκη πλαισίου ασφάλειας στη σχέση με τον άλλον ως προϋπόθεση για μια εν δυνάμει ουσιαστική αλληλεπίδραση	T97/24
C74	Προθέρμανση	*Προϋπόθεση ανάπτυξης μιας σχέσης είναι η σταδιακή αποδοχή και σταθερότητα (δοκιμασία της στο χρόνο) *Το “σιγά-σιγά” στο να κτιστεί κάτι σταθερό	Φ34/27 A108/24 T100/24
C75	Έτοιμος	*Αναγνώριση ότι χρειάζεται να είναι έτοιμος, ευεπίφορος ώστε να μπορέσει για να αφήσει τον εαυτό του να εμπλακεί σε μία ουσιαστική και παραγωγική σχέση *“Θέλει χρόνο, πόσο χρόνο θέλει; Γιατί θέλει τόσο χρόνο” (αναφέρεται στην θεραπεία και στις αλλαγές που προκύπτουν από αυτή)	T100/24 A17/27
C76	Άρση καχυποψίας	*Αναγνώριση της "εσωτερικής" του καχυποψίας, αμυντικότητας και παρανοειδούς σχηματισμού	A110/24
C77	Θετική εμπειρία ομάδας	*Πλαίσιο της ομάδας ως θετική και θεραπευτική αναπλαισίωση της εμπιστοσύνης του προς τους άλλους * Καθησυχασμός και ανακούφιση από την ομάδα ότι δεν είναι ο “απόλυτος φταίχτης” για όλα * Άνοιγμα-διαφορετική οπτική: “μας δόθηκε η δυνατότητα να δούμε τα πράγματα διαφορετικά από ότι τα σκεπτόμασταν, τα αισθανόμασταν, τα βλέπαμε, τα αντιμετωπίζαμε” *Το σχετιζέσθαι “μπορεί να σου προσφέρει”, να είναι κάτι θετικό-κερδοφόρο για τον ασθενή *Η ομάδα ως μη επικριτικός χώρος *Η ομάδα ως θετική επένδυση χρόνου “βγαίνω κερδισμένος, πήρα πολλά	Φ58/5 T102/24 T103/24 T104/24 T53/27 A62/27 T60/27 T66/27 A17/27 T91/27 A75/27 T86/27 Φ30/27

		πράγματα” *Η ομάδα ως πρότυπο σχέσεων ασφάλειας το οποίο πλαισίωσε την έκφραση κρυμμένων και δύσκολων συναισθημάτων/σκέψεων *“Θεωρώ ότι κέρδισα από αυτή την κουβέντα που έκανα, με έκανες να νιώσω καλά” *Η ομάδα ως υποστηρικτής και βοηθός αλλαγών “ήπιων αλλαγών, όχι μαγικών λύσεων” *Αναγνωρίζεις θετικών αλλαγών που έχει επιτύχει, κυρίως μέσω της ομάδας, με συνακόλουθη αύξηση του αισθήματος της αυτο-αποτελεσματικότητάς του *“Απλά ίσως ο τρόπος που το είπαμε, που ανταλλάξαμε τις απόψεις εκείνη την ώρα άγγιξε το κλικ” *Αλλαγή στο πώς αντιμετωπίζει το περιβάλλον του, γενικά “μεγάλη τρομερή διαφορά” *Αλλαγή στη θέση του ως σύζυγος και επαγγελματίας συνεργάτης *Επίτευξη αλλαγών “πραγματοποιήθηκαν αλλαγές” *“Μ’ αρέσει να με εμπιστεύονται... την επόμενη φορά ήρθα μεταλλαγμένος, είπαμε έτσι κάποιες κουβέντες πραγματικά” *Μέτρο και ισορροπία στην συνδιαλλαγή με τους άλλους και ισοτιμία στο σχετίζεσθαι “δεν τους δίνω όλη μου την ενέργεια” *Ανοχή στην ήπια επιθετικότητα που παρουσιάζεται αναπόφευκτα στις σχέσεις και συνδυασμός της με ανεκτικότητα και χιούμορ *Ανοικτή εκφορά θετικών συναισθημάτων φροντίδας, αγάπης, ενδιαφέροντος και ζεστασιάς *“Πιστεύω ότι κερδίσαμε την επικοινωνία μεταξύ μας και νομίζω ότι και εκείνος ένοιωσε σιγουριά στο πρόσωπο μου και εγώ (αναφερόμενος σε άλλο μέλος)” *“για αυτό είπα ότι η προηγούμενη συνεδρία μου έλειψε... είχα σκεφτεί 2 πραγματάκια που ήθελα να τα πω, όπως αυτό με την Ν.”	T77/27 A76/27 Φ24/27 T76/27 Φ39/27 T98/27 A84/27
C78	Εμπιστοσύνη άλλων	*Αναγνώριση της δυσκολίας του να αποδεχτεί την εμπιστοσύνη που του δείχνουν οι άλλοι	
C79	Αποδοχή άλλων	*Αναγνώριση της δυσκολίας του να αποδεχτεί τη θετική αποδοχή των άλλων *“Δεν θέλει, δεν θέλει το κακό μου, μου πήρε καιρό... (να το καταλάβει)”	A114/24
C80	Εμπιστοσύνη	*Η εμπιστοσύνη ως θετική πρόθεση *Εμπιστοσύνη ως δύναμη "μετάλλαξης" των σχέσεων που συνάπτει ο καρδιοπαθής *“Μ’ αρέσει να με εμπιστεύονται γιατί δεν έχω πρόθεση κακού... την επόμενη φορά ήρθα μεταλλαγμένος, είπαμε έτσι κάποιες κουβέντες πραγματικά” *Εμπιστοσύνη στο σώμα του και τις φυσιολογικές λειτουργίες του *Εμπιστοσύνη στο περιβάλλον της ομάδας “δεν φοβάμαι ότι θα με κατακρίνει” ή ότι “θα δεχθώ μια επικριτική ματιά” *Εμπιστοσύνη στην ομάδα “δεν διαρρέει τίποτα” ή “εμείς είμαστε ομερτά” ή “θα σας πω κάτι αλλά κρατήστε το για εσάς... ακόμα είναι μυστικό”	A42/5 A20/19 T100/24 T102/24 T103/24 Φ34/27 T76/27

C81	Συμβολή	*Ανάγκη να αναγνωρίζεται η συμβολή του και η προσφορά του *Ανάγκη να αναγνωρίζεται η γνώμη του από τους άλλους *Ανάγκη να έχει κάποια επίδραση η γνώμη του στις ζωές των άλλων	A11/05 T07/05 T12/05 A34/05 T37/05 T16/19 A22/19 T104/24
C82	Ευθραστότητα	*Ευθραστότητα και ευαλωτότητα στην ενδεχόμενη, πραγματική ή κατά δική του εκτίμηση, μη αποδοχή της δικής του οπτικής της πραγματικότητας *Ευθραστότητα λόγω άγχους “σπάω πρώτος από το άγχος”	A06/05 A09/05
C83	Εξάντληση σωματική	*Εξάντληση σωματική: καταπόνηση σώματος από εργασία ή άλλη σωματική δραστηριότητα *Εξάντληση από συσσωρευμένη κόπωση *Διάχυτο, διαρκές και ασαφές άγχος	A06/05 A08/05 T10/05 A34/05 A22/19 A52/24 T139/24 T151/24
C84	Σωματικός πόνος	*Σωματικός πόνος: αίσθημα κόπωσης και σωματικής δυσφορίας *Εντοπισμένοι σωματικοί πόνοι *“Κάνω κουβέντα με τους πόνους μου, τους μιλάω”	A73/24 A76/24
C85	Εξάντληση οικογενειακή	*Εξάντληση από οικογενειακές ανάγκες, υποχρεώσεις και δραστηριότητες	Φ37/05 T139/24
C86	Εξάντληση οικονομική	*Εξάντληση από οικονομικές ανάγκες *Εξάντληση από παροχές που, κατά την κρίση του, οφείλει να δώσει	Φ37/05 T139/24
C87	Πόνος-Εκτόνωση	*Αίσθημα πόνου και εξάντλησης το οποίο μεταφράζει ως εκτόνωση *Αίσθημα πόνου και εξάντλησης το οποίο μεταφράζει ως παροδική ανακούφιση	A41/24
C88	Δαπάνη εξισορρόπησης	*Η σωματική εξάντληση ως “δαπάνη εξισορρόπησης”, δηλαδή προκαλεί, μέσω της υπερβολικής σωματικής του καταπόνησης, να κερδίσει-επιφέρει μια σχετική ηρεμία. Πρόκειται για μία αυτορρύθμιση, κατά την κρίση του. Πρόκειται για μηχανισμό τον οποίο ενσυνείδητα προκαλεί, και κατά την κρίση του, φέρνει σχετική ανακούφιση	A42/24 A52/24 T82/24
C89	Επείγον πρόβλημα	*Η ανυπαρξία “επειγόντων προβλημάτων” συνεπάγεται αίσθημα “σπαρίλας” και γενικής έλλειψης ενδιαφερόντων *Υπερδιέγερση με θετικό πρόσημο: όταν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος στόχος για ορισμένο χρόνο, σε αντίθεση με την	A07/05 A58/24

		φθοροποιό υπερδιέγερση της καθημερινότητας “εκεί (μία στρατιωτική αποστολή) υπήρχε μία υπερδιέγερση αλλά δεν ήταν φθοροποιά”	
C90	Σύνδεση σωματικού και ψυχολογικού	*Δυσκολία ή αδυναμία ή άρνηση σύνδεσης αισθήματος πόνου/εξάντλησης με ψυχολογικά αίτια * Δυσκολία κατανόησης της συσχέτισης του αισθήματος πόνου/εξάντλησης που νοιώθει με το γεγονός του καρδιακού επεισοδίου το οποίο δυναμικά μπορεί να εξηγήσει ή να προκαλέσει (οργανικά) τις εκδηλώσεις πόνου και εξάντλησης *“Όταν έμπαινα στην ψυχολογία να μετρήσω την πίεση πάντα ήμουν λίγο πιο τσιτωμένος”	A06/05 T38/24
C91	Έντονη στιγμή	*Περιγραφή “έντονης στιγμής”, μεμονωμένου περιστατικού, όπου το αίσθημα πανικού που βιώνει την συγκεκριμένη στιγμή μεταφράζεται ως απώλεια εαυτού και αφανισμού (με συνακόλουθο αίσθημα ταραχής και αβοηθητότητας) *“Το τζάμι άμα σπάσει... δεν ξέρω πώς θα σχυρωθώ” ως απροσδόκητο και βίαιο γεγονός	A07/05 Φ08/05 T16/19 T111/19 T116/19
C92	Αστεϊσμοί	Εκδηλώσεις “νηπιακών” αντιδράσεων πρόκλησης των ορίων των μελών και της ομάδας με σχεδόν ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική συμπεριφορά (μέσω αστεϊσμών, ατάκες οι οποίες εκδηλώνονται με μία «ήπια» μορφή επιθετικότητας	A04/05 A36/05
C93	Σκέψη πραγματική	*Ενεργή σκέψη *Σκέψη πιο ήρεμη και πιο καθαρή *Δυνατότητα μέσω μίας “πιο πραγματικής σκέψης” να επικοινωνεί ουσιαστικά *Σκέψη, ως αντίβαρο της παρόρμησης, της acting out συμπεριφοράς και της μετέπειτα μεταμέλειας των παρορμήσεων του *Πιο πραγματική και λειτουργική ανάγνωση της πραγματικότητάς του, της κατάστασής του (πού πραγματικά μπορεί να υπολογίζει και σε ποιούς ανθρώπους;) *Η ομάδα ως εργαστήριο σκέψης: πιο στοχευόμενη και στοχοκατευθυνόμενη σκέψη, πιο θετική και πιο νηφάλια	Φ11/05 T102/24 T160/24 T17/27 T19/27 Φ01/27
C94	Απεγκλωβισμός	*Αίσθημα απεγκλωβισμού από παλαιότερους καταναγκασμούς *Αίσθημα ανάγκης απεγκλωβισμού από την επιρροή του άλλου ή της εργασίας (“το ΠΙΝ ως LSD”) *Ελεύθερος να αφήσει τον εαυτό του να μιμηθεί, να δοκιμάσει κάτι καινούργιο (π.χ. την αλλαγή που πέτυχε ο Γ. στη διατροφή του) *Αίσθηση ότι είναι, γίνεται πιο ανεκτικός και απεγκλωβίζεται από την σχεδόν καταναγκαστική του πίεση “να διορθώνει” *Σκέπτεται πιο ελεύθερα *Ελεύθερη έκφραση *Απελευθέρωση από συμβάσεις (του ΠΙΝ)	T15/19 T53/19 Φ05/27 A35/27

C95	Συνειδητοποίηση	*Συνειδητοποίηση της οικογενειακής του κατάστασης, σχέσεις με σύζυγο - σχέσεις με παιδιά, και της ανταγωνιστικότητας που έχει μαζί τους *Συνειδητοποίηση της ιατρικής του κατάστασης *Συνειδητοποίηση των λαθών και των ελλειμμάτων του *Συνειδητοποίηση ότι εξαιτίας “μικρού και ασήμαντου” γεγονότος διαφοράς ή “κόντρας” αποσυρόταν πλήρως από κάθε σχετίζεσθαι υιοθετώντας αντιδράσεις του τύπου “όλα ή τίποτα” ή “καλύτερα μόνος μου” *Αναγνώριση της αναγκαίας ευελιξίας που οφείλει να δείξει στις σχέσεις του *Αναγνώριση “γκρίζων ζωνών” στις σχέσεις και όχι “απόλυτες τιμές” στο σχετίζεσθαι *Αναγνώριση και συνειδητοποίηση της ανάγκης του για πιο προσωπικές, ιδιωτικές και ζεστές σχέσεις με το άλλον, σχέσεις που μοιράζεται ουσιαστικά μαζί του με “την πόρτα κλειστή” *Συνειδητοποίηση ανάγκης αλλαγών που οφείλει να κάνει στην ζωή του *Ανάγκη αλλαγής στην μέχρι σήμερα πορεία του, όπου σχετικά αδιαφορούσε ή παραμελούσε προσωπικές του προτεραιότητες *Συνειδητοποίηση του πόσο έχει βοηθηθεί από την συμμετοχή του στην ομάδα αλλά και της σοβαρής δυσκολίας του να προχωρήσει “λόγω της κακοδαιμονίας” της επανάληψης παρελθουσών, ή ακόμα ενεργών, δυσλειτουργικών συμπεριφορών και σκέψεων *Συνειδητοποίηση της χρονιότητας των προβλημάτων του ότι “πάνε πολύ πίσω” *Αναγνώριση ότι είναι βαθύτατα ανταγωνιστικός με τον εαυτό του *Συνειδητοποίηση ανάγκης επιδιόρθωσης των σχέσεων του με τους άλλους *Συνειδητοποίηση ότι με κάποιες σχέσεις ή καταστάσεις δεν χρειάζεται αργiori να ταιριάζει απόλυτα και να προσπαθεί τόσο πολύ για να τις διατηρήσει *Συνειδητοποίηση ότι και άλλοι έχουν αντίστοιχα δύσκολα προβλήματα στις σχέσεις τους και ότι δεν είναι μοναδικός (universality) *Συνειδητοποίηση μιας επανέναρξης “έκανα και εγώ άπειρες μ... στην ζωή μου, άπειρες, γυρίστε σελίδα”	A88/24 T102/24 T42/27 A44/27 T76/27 A69/27 A50/27 A62/27 T13/27 Φ22/27
C96	Θετική εμπειρία ομάδα (σωματικά)	*Επίδραση της συμμετοχής του στην ομάδα ως προς παραμέτρους που σχετίζονται με την οργανική και σωματική του κατάσταση *Αίσθηση ότι “η ομάδα έκανε αισθητή την παρουσία της επάνω μου” *Μείωση των επιπέδων σακχάρου *Εναρξη περπατήματος *Σταθερότητα ως προς την εκφορά του λόγου *Απουσία τρεμουλιάσματος των άκρων και σώματος (χαλάρωση μυϊκού τόνου) *“Η ομάδα πέρασε στο πετσί μας” *Υφεση φόβου καρδιακού επεισοδίου *Ηπιότερη κατάσταση καρδιολογικών συμπτωμάτων κατά τους τρεις τελευταίους μήνες της ομάδας	A42/05 Φ38/27 T91/27 A16/27