

Συμπεριφορά τύπου Α και ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου

Μεσσήνης, Α, Ph.D.,¹ Μπίρης, Α, M.Sc.²

¹ΤΕΙ Πάτρας, ΣΕΥΠ, Τμήμα Λογοθεραπείας και Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας

²Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Λάρισας και Κέντρο Ψυχικής Υγείας Λάρισας

Περίληψη

The far-reaching consequences of Coronary Heart Disease (CHD) have necessitated investigations into methods of decreasing contact with the risk factors, particularly psychological ones. Following on from the original Recurrent Coronary Prevention Program (RCPP), Venter (1993) & Viljoen (1993) adapted it for the South African population. Although relatively successful, it did have several limitations. Thus the motivation for redesigning this intervention addressing its shortcomings, as well as testing the intervention cross culturally, by using Greek participants. The results indicated that although the revised intervention administered in Greece, produced larger changes in the Type A Behavior than either the original RCPP or the one utilized by Venter (1993) & Viljoen (1993) these were not statistically significant, but clinically significant differences. The revised version of the RCPP was also found to be more effective in the reduction of the hostility and anger components of the Behavior pattern than the other two versions. In conclusion it was found that before any further research in this area be conducted, the measures utilized should be modified and the mechanisms of treatment effect be explained

Key Terms: Coronary Heart Disease (CHD), Type A behavior, Recurrent Coronary Prevention Project (RCPP), Cognitive – Behavioral Therapy (CBT).

Εισαγωγή

Η στεφανιαία νόσος (ΣΝ) έχει γίνει μία επιδημία του σύγχρονου πολιτισμού και συγκαταλέγεται ανάμεσα στις κυριότερες αιτίες θανάτου στον κόσμο. Διάφοροι παράγοντες έχουν αναγνωριστεί που ενισχύουν ή συσχετίζονται με την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου αλλά η έκταση και ακριβής φύση της συμβολής τους στην εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου δεν έχει πλήρως κατανοηθεί. Παραδοσιακά αποδεκτούς παράγοντες κινδύνου που έχουν συσχετιστεί με την ανάπτυξη ή την πορεία της στεφανιαίας νόσου

αποτελούν τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης στον ορό του αίματος, η υψηλή αρτηριακή πίεση, η υπερένταση, το κάπνισμα, η ηλικία, το φύλο, η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η έλλειψη άσκησης και το οικογενειακό ιστορικό / γενετική προδιάθεση (Rosenman, 1991).

Ωστόσο, έρευνες έχουν δείξει ότι ακόμα και ο πιο δυσμενής συνδυασμός των παραπάνω βιοχημικών παραγόντων επικινδυνότητας, δεν έχει αποδειχθεί αρκετός για να εξηγήσει όλα τα περιστατικά της στεφανιαίας νόσου και δεν αρκεί για να προβλέψει την πλειοψηφία νέων περιπτώσεων ΣΝ (Dembroski και MacDougall, 1989). Επιπλέον, η αντιφατικότητα των ευρημάτων ορισμένων επιδημιολογικών μελετών μάς οδηγεί να διερευνήσουμε τον ψυχολογικό παράγοντα ή παράγοντες και την επίδρασή τους στην ανάπτυξη της ΣΝ. Στους διαχρονικά παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου για τη ΣΝ, έχει αναγνωριστεί πρωτίστως και η συμπεριφορά τύπου Α. Το 1981, το Επιτελείο Αναθεώρησης της Στεφανιαίας Συμπεριφοράς και το Εθνικό Ινστιτούτο Καρδιάς, Πνευμόνων και Αίματος των Η.Π.Α αναγνώρισε τη συμπεριφορά Τύπου Α ως έναν ανεξάρτητο αλλά εξίσου σημαντικό με τους κλασικούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ΣΝ (Nunes, Frank & Komfield, 1987 και Thoresen & Powell, 1992). Η Συμπεριφορά Τύπου Α είναι μια συγκεκριμένη ομάδα φανερών συμπεριφορών και υποκείμενων ψυχολογικών προδιαθέσεων που παρουσιάζουν άτομα που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη ΣΝ. Δεν πρόκειται για μια τυπολογία προσωπικότητας αλλά μια ομάδα συμπεριφορών που συσχετίζονται με επαυξημένη ανδρενεργική ανταπόκριση στο καθημερινό περιβάλλον. Το σχήμα συμπεριφοράς τύπου Α συναπαρτίζεται από πολλές τάσεις συμπεριφοράς όπως η φιλοδοξία, η επιθετικότητα και η ανταγωνιστικότητα και ειδικές συμπεριφορές όπως η μυϊκή τάση, η εγρήγορση, ο ταχύς και εμφατικός τόνος της φωνής. Αποτελείται επίσης από συναισθηματικές απαντήσεις όπως η ευερεθιστότητα, η αυξημένη τάση για θυμό και εχθρότητα. Η συμπεριφορά Τύπου Α είναι ένας χαρακτηριστικός τρόπος ανταπόκρισης στους περιβαλλοντικούς στρεσογόνους παράγοντες (Rosenman, 1988).

Το πρότυπο συμπεριφοράς τύπου Α, σύμφωνα με σύγχρονες μελέτες, αποτελείται από πέντε συνιστώσες: Υπερβολική ανταγωνιστικότητα (competitiveness), εχθρότητα (hostility), επίτευξη συνεχώς ανανεούμενων στόχων (achievement striving), ανυπομονησία (impatience) και υπερβολικό θυμό (anger). Πρόσφατες μελέτες έδειξαν, ότι ενώ το πρότυπο συμπεριφοράς τύπου Α συνιστά πράγματι παράγοντα κινδύνου για τη ΣΝ, η υπερβολική ανταγωνιστικότητα και η εχθρότητα θεωρούνται οι πλέον επικίνδυνες από τις συνιστώσες για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου (Rosenman, 1991· Venter, 1993· Viljoen, 1993)

Οι Friedman και Rosenman (1974) όρισαν τον Τύπο Α ως «...ένα σύμπλεγμα δράσης-συναίσθηματος που μπορεί να παρατηρηθεί σε οποιοδήποτε πρόσωπο που εμπλέκεται επιθετικά σε έναν χρόνιο ασταμάτητο αγώνα να επιτύχει όλο και περισσότερα σε όλο και μικρότερο χρονικό διάστημα, και αν απαιτείται να το πράξει κατά των αντίθετων επιπτώσεων άλλων πραγμάτων ή ατόμων».

Υπάρχουν διάφορες εξηγήσεις για τη συμπεριφορά Τύπου Α. Σύμφωνα με τους Booth-Kewley και Friedman (1987), οι Συμπεριφορές Τύπου Α, γενικά θεωρούνται ως ενδεικτικές μίας συναισθηματικής κατάστασης που δεν είναι υγιής. Άλλες έννοιες που αφορούν τη Συμπεριφορά Τύπου Α υποδηλώνουν ότι μία σημαντικότερη πτυχή της συμπεριφοράς αυτής βρίσκεται στους τρόπους ψυχολογικής εμπλοκής ή αντιμετώπισης που παρουσιάζουν τα άτομα Τύπου Α. Αυτό σημαίνει ότι η Συμπεριφορά Τύπου Α αντιπροσωπεύει άτομα με υπερβολική επιθυμία να κερδίσουν και να διατηρήσουν τον έλεγχο των στρεσογόνων γεγονότων του περιβάλλοντος.

Σύμφωνα με μία άλλη θεώρηση, η συμπεριφορά Τύπου Α στηρίζεται σε μία ομάδα αξιών, σκέψεων και προσεγγίσεων στις διαπροσωπικές σχέσεις οι οποίες με τη σειρά τους εκδηλώνονται με χαρακτηριστικές χειρονομίες, εκφράσεις του προσώπου, τρόπους αναπνοής, κινητικής δραστηριότητας και ύψος βαδίσματος και ομιλίας (Rosenman, Swann, και Carmelli, 1988). Η Price (1982) ισχυρίστηκε ότι οι γνώσεις με τη μορφή των προσωπικών πεποιθήσεων σχηματίζουν τον κορμό της συμπεριφοράς Τύπου Α. Σύμφωνα με το μοντέλο της, αυτές οι προσωπικές πεποιθήσεις δημιουργούν διάφορους φόβους και άγχη που σχετίζονται με συγκεκριμένες πεποιθήσεις που υπάρχουν, σχετικά με το περιβάλλον του ατόμου (Burke, 1984). Ο Mathews (1986) θεωρεί ότι κάτω από τη συμπεριφορά Τύπου Α μπορεί να υπάρχει ένα γενικό ταμπεραμέντο που ανταποκρίνεται στις περιβαλλοντικές απαιτήσεις και στα στρεσογόνα γεγονότα ζωής. Προκειμένου ένα άτομο να ταξινομηθεί σαν άτομο τύπου Α, δεν χρειάζεται να παρουσιάσει όλες τις πτυχές αυτής της συμπεριφοράς. Μία άλλη άποψη είναι ότι αυτό το σχήμα συμπεριφορών δεν συνιστά στοιχείο προσωπικότητας, ούτε μια δεδομένη αντίδραση σε μία προκλητική κατάσταση, αλλά μια επίπτωση μιας προκλητικής κατάστασης σε ένα άτομο συμπεριφορικά προδιατεθειμένο (Jenkins, 1974).

Λόγω των αντιφωνιών γύρω από τον Τύπο Α, ο τρόπος σκέψης έχει περάσει από τη θεώρηση ενός γενικού Τύπου Α στην εξέταση των συστατικών της συμπεριφοράς αυτής. Αν και θεωρείται ότι τα βασικά στοιχεία που σχετίζονται με την ανάπτυξη ΣΝ είναι η εχθρότητα, ο θυμός και η ανταγωνιστικότητα (Powell κ.ά., 1984, Wolff, 1994), συνεχίζονται οι

μελέτες για την εύρεση των σημαντικότερων τοξικών συστατικών της συμπεριφοράς Τύπου Α (Venter, 1993· Viljoen, 1993· Wolff, 1994)

Κίνητρο για τη μελέτη

Η συμπεριφορά Τύπου Α θεωρείται ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ΣΝ (Kelly και Stone, 1987 και Wolff, 1994). Τέτοια ευρήματα οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι οι μειώσεις αποκρίσεων συμπεριφοράς Τύπου Α θα οδηγούσαν στη μείωση κινδύνου για την ανάπτυξη ΣΝ. Η ουσιαστική επιτυχία του Προγράμματος Πρόληψης Υποτροπών Στεφανιαίας Νόσου (Recurrent Coronary Prevention Project - RCPP), σε συνδυασμό με τα πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα από άλλες ερευνητικές παρεμβάσεις, υποδεικνύουν ότι η αλλαγή συμπεριφοράς τύπου Α είναι ένας πολύ σημαντικός στόχος στη δευτερεύουσα πρόληψη της ΣΝ (Powell κ.ά. 1984· Venter, 1993· Viljoen, 1993 και Wolff, 1994).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, μία από τις πιο επιτυχείς παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της συμπεριφοράς Τύπου Α ήταν το RCPP, που αναπτύχθηκε από τους Rosenman κ.ά. στη δεκαετία του 1980 (Friedman κ.α 1986). Οι Venter και Viljoen, το 1993, τροποποίησαν αυτό το πρόγραμμα με σκοπό να το καταστήσουν διαθέσιμο και εφαρμοστέο στη Νότια Αφρική.

Αν και τα αποτελέσματα της τροποποίησης των Venter (1993) και Viljoen (1993) ήταν επιτυχή, υπήρχαν διάφοροι περιορισμοί. Επίσης, κατέστη απαραίτητη η ανάπτυξη και εξέταση συμπληρωματικών μεθόδων και τεχνικών για τη βελτίωση της παρέμβασης αυτής, προκειμένου και να μπορεί να αποκομιστεί το μέγιστο όφελος. Μία τροποποιημένη και αναθεωρημένη μορφή της παρέμβασης αναπτύχθηκε στην Ελλάδα, λαμβάνοντας υπ' όψιν της πολιτισμικές διαφορές μεταξύ Αμερικανών, Νοτιοαφρικανών και Ελλήνων ασθενών με ΣΝ. Επίσης, η επιτυχία της αναθεωρημένης παρέμβασης χρειαζόταν να δοκιμασθεί χρησιμοποιώντας Έλληνες ασθενείς με ΣΝ. Εξ' άλλου «...η επιτυχής τροποποίηση της συμπεριφοράς Τύπου Α θα μετρηθεί τελικά σε σχέση με τις ζωές που σώθηκαν μέσω τέτοιων προληπτικών / θεραπευτικών παρεμβάσεων» (Newlin, 1981, σελ. 171).

Μέθοδος

Συμμετέχοντες - Δείγμα

Οι συμμετέχοντες επελέγησαν από ένα μεγάλο σύνολο ασθενών που έπασχαν από ΣΝ που νοσηλεύονταν (στα Εξωτερικά Ιατρεία) ή είχαν νοσηλευτεί σε τρία δημόσια, Γενικά Νοσοκομεία (Καρδιολογικά Τμήματα), το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Πάτρας, το Γενικό Νοσοκομείο και το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Λάρισας. Τα τρία αυτά νοσοκομεία κρίθηκε ότι ήταν αντιπροσωπευτικά του γενικού πληθυσμού.

Το δείγμα αποτελείτο από ένα σύνολο εξήντα δύο (62) συμμετεχόντων ηλικίας από 40 έως 65 ετών. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν έγγαμοι και περίπου το 90% ήταν άρρενες. Οι συμμετέχοντες επελέγησαν από ένα σύνολο ασθενών που είχαν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου, ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε εγχείρηση bypass και ασθενείς που είχαν παροδικά ισχαιμικά επεισόδια, οπότε και εντάσσονταν στην ομάδα κινδύνου ΣΝ. Οι συμμετέχοντες είχαν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου ή είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση bypass στη στεφανιαία αρτηρία, ένα περίπου έτος πριν την εκπόνηση αυτής της μελέτης. Άτομα που έπασχαν από διαβήτη αποκλείστηκαν από το δείγμα.

Μέσα Αξιολόγησης

Τα μέσα αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα και που χορηγήθηκαν πριν και μετά την εκπόνηση της θεραπευτικής παρέμβασης στους συμμετέχοντες και των τριών ομάδων, ήταν η Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory) και η Κλίμακα Άγχους του Spielberger (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory) (μεταφρασμένη στην Ελληνική και σταθμισμένη στην Ελλάδα). Χορηγήθηκε επίσης η κλίμακα Εχθρότητας – Έκφρασης θυμού του Cook-Medley (Cook-Medley Hostility and Anger Expression Scale- μεταφρασμένη στην Ελληνική). Επιπρόσθετα, από τον κάθε συμμετέχοντα ζητήθηκε να συμπληρώσει ένα ερωτηματολόγιο με την περιγραφή του ιστορικού. Οι σύζυγοι των συμμετεχόντων συμπλήρωσαν ένα ανεξάρτητο ερωτηματολόγιο παρατηρητή (independent observer questionnaire).

Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck (BDI)

Η Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck, όπως αναπτύχθηκε από τους Beck et al., το 1961, χρησιμοποιείται για να καταγράψει την ύπαρξη και την ένταση της

κατάθλιψης. Αποτελείται από 21 κατηγορίες συμπτωμάτων και στάσεων που επελέγησαν με βάση τη σχέση τους με τη φανερή κλινική εκδήλωση της κατάθλιψης (Venter, 1993). Η εγκυρότητα του BDI έχει επιβεβαιωθεί με τη σύγκριση ψυχιατρικών ταξινομήσεων της βαρύτητας κατάθλιψης σε κλινικούς πληθυσμούς ($r=0.79$, $n=226$ και $r=0$, $n=183$) (Beck, Steer, και Garbin, 1988).

Κλίμακα Έκφρασης Θυμού

Η Κλίμακα Έκφρασης Θυμού αναπτύχθηκε από τους Spielgerger, Johnston, και Jacobs το 1982 για την εκτίμηση του πώς συμπεριφέρονται οι άνθρωποι όταν αισθάνονται θυμωμένοι ή εξαγριωμένοι. Αποτελείται από 24 δηλώσεις, οι οποίες σχετίζονται με την έκφραση θυμού σε διάφορες καταστάσεις. Η βαθμολογία στην Κλίμακα Έκφρασης Θυμού, παρέχει ένα γενικό δείκτη για το πόσο συχνά ο θυμός εγείρεται και εκφράζεται ή καταπιέζεται. Η κλίμακα έχει τρεις υποκλίμακες, οι οποίες ονομαστικά είναι: (1) Εξωτερίκευση θυμού, που μετρά το θυμό που βιώθηκε και εκφράστηκε, (2) Εσωτερίκευση θυμού, που αναφέρεται στο θυμό που βιώθηκε αλλά δεν εκφράστηκε, και (3) Έλεγχος θυμού, που αναφέρεται στο θυμό που βιώθηκε και εκφράστηκε με ελεγχόμενο τρόπο (Venter, 1993). Η Κλίμακα Έκφρασης Θυμού έχει αποδειχθεί ότι έχει ικανοποιητική εγκυρότητα κατασκευής και αξιοπιστία (Venter, 1993).

Κλίμακα Εχθρότητας Cook-Medley

Η Κλίμακα Εχθρότητας Cook-Medley αποτελείται από μια υποομάδα αντικειμένων που έχουν παρθεί από το Πολυφασικό Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας της Μινεσότα (MMPI). Η κλίμακα αυτή έχει αποδειχθεί ότι είναι στενά συνδεδεμένη με την παρουσία ΣΝ και τη θνησιμότητα σε έναν αριθμό ετεροχρονισμένων μελετών (Barefoot, Danistorm, και Williams, 1983). Το μέτρο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί εξίσου επιτυχώς στην πρόβλεψη περιπτώσεων ΣΝ και συνολικής θνησιμότητας σε αρκετές αναδρομικές μελέτες (Barefoot, κ.α 1983). Σύμφωνα με τους Smith και Frohm (1985) αυτή η κλίμακα μετρά την κυνική εχθρότητα με τις υψηλές βαθμολογίες να υποδεικνύουν άτομα που θεωρούν τους άλλους ανέντιμους, μη έμπιστους, ανήθικους και κακούς (Barefoot, 1992).

Διαδικασία

Η πειραματική διαδικασία είχε δύο πτυχές: Πρώτον, περιελάμβανε την ανάπτυξη ενός αναθεωρημένου προγράμματος παρέμβασης, όπου έγινε προσπάθεια να απαλειφθούν τα προβλήματα και περιορισμοί του RCPP που δημιουργήθηκε από τους Venter (1993) και Viljoen (1993) και το πρωτότυπο RCPP, και δεύτερον περιελάμβανε την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας αυτής της αναθεωρημένης παρέμβασης σε σύγκριση με το πρωτότυπο RCPP. Οι συμμετέχοντες εισήχθησαν στο πρόγραμμα από καρδιολόγους που εργάζονται στα τρία δημόσια νοσοκομεία της έρευνας. Έτσι, μπορεί να θεωρηθεί ότι οι συμμετέχοντες αποτελούν ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα των ατόμων που πάσχουν από ΣΝ. Οι συμμετέχοντες, αρχικά, έλαβαν ένα τηλεφώνημα, όπου τους δόθηκε μία συνοπτική περιγραφή του προγράμματος, τι θα απαιτείτο από αυτούς και ποιο θα ήταν το όφελός τους και προσκλήθηκαν να παρακολουθήσουν μία συνάντηση και να μάθουν περισσότερα για το πρόγραμμα. Η αρχική συνέντευξη είχε ως στόχο να παρέχει στους υποψήφιους συμμετέχοντες μία πιο λεπτομερή περιγραφή του προγράμματος. Σε αυτή την αρχική συνέντευξη, οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν στις δοκιμασίες που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Οι συμμετέχοντες αυτοί χωρίστηκαν τυχαία (χρησιμοποιώντας αυστηρά κριτήρια συμπερίληψης και διαστρωμάτωσης) σε δύο πειραματικές ομάδες και μια ομάδα ελέγχου (αναμονής θεραπείας). Η μία θεραπευτική ομάδα αποτελείτο από 22 συμμετέχοντες που έλαβαν μέρος σε μια παρέμβαση ομαδικής Γνωστικής - Συμπεριφορικής θεραπείας, διάρκειας οκτώ εβδομάδων όπως και στην περίπτωση των Venter (1993) και Viljoen (1993). Αυτή η ομάδα συμμετεχόντων ήταν μία από τις πειραματικές ομάδες (E1) αλλά αποτελούσε ομάδα ελέγχου στη μελέτη αυτή, για τον καλύτερο καθορισμό της αποτελεσματικότητας της αναθεωρημένης έκδοσης του RCPP που δημιουργήθηκε στην Ελλάδα. Η δεύτερη πειραματική ομάδα (E2) αποτελείτο από 21 συμμετέχοντες που έλαβαν μέρος στην αναθεωρημένη, διάρκειας δέκα εβδομάδων, Ομαδική Γνωστική - Συμπεριφορική παρέμβαση του RCPP στην Ελλάδα. Οι υπόλοιποι συμμετέχοντες, 19 συνολικά, αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου (αναμονής θεραπείας) (C). Οι συμμετέχοντες αυτοί βεβαιώθηκαν ότι θα συγκαταλεχτούν στην ενεργή φάση θεραπείας της παρέμβασης μετά το πέρας των πρώτων δέκα εβδομάδων. Όλες οι θεραπευτικές συνεδρίες έγιναν από δύο κλινικούς ψυχολόγους, εξίσου εκπαιδευμένους στις διαδικασίες που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτή τη μελέτη. Οι θεραπευτικές συνεδρίες έλαβαν

χώρα στις αίθουσες που παρέχονται από τα αντίστοιχα Νοσοκομεία για ομαδική θεραπεία. Η διαδικασία για κάθε ομάδα θα αναλυθεί ξεχωριστά.

Ομάδα Ελέγχου (C) (αναμονής θεραπείας)

Η ομάδα ελέγχου εκτιμήθηκε αρχικά με τα ψυχομετρικά μέσα αξιολόγησης, αλλά δεν έλαβε καμία από τις δύο θεραπευτικές παρεμβάσεις που περιγράφονται παρακάτω. Μετά το πέρας της περιόδου των δέκα εβδομάδων, τα άτομα της ομάδας αυτής επανεκτιμήθηκαν και κλήθηκαν να ενταχθούν στην επόμενη ομάδα που θα ελάμβανε μία από τις δύο θεραπευτικές επεμβάσεις. Η ομάδα αυτή δεν ήταν αυστηρά ομάδα μη-θεραπείας, καθώς στους συμμετέχοντες δόθηκαν συμβουλές βασικής διατροφής αλλά και στοιχεία σχετικά με την ΣΝ.

Πειραματική Ομάδα 1 (E1)

Αυτή η ομάδα συμμετεχόντων υποβλήθηκε σε μία παρέμβαση στην Ελλάδα με βάση το αρχικό πρόγραμμα RCPP. Η παρέμβαση αποτελείτο από ομαδικές Γνωστικές-Συμπεριφοριστικές θεραπευτικές συνεδρίες διάρκειας 8 εβδομάδων, οι οποίες γίνονταν μία φορά την εβδομάδα και διαρκούσαν περίπου μία ώρα. Το πρόγραμμα στόχευε στην αλλαγή των οφελών και των στάσεων που διαμορφώνουν τη βάση της συμπεριφοράς Τύπου Α προς ένα περισσότερο «Τύπου Β» τρόπο αντιμετώπισης του περιβάλλοντος. Σύμφωνα με τους Powell, Friedman, Thoresen, Gill, και Ulmer (1984), αυτός ο τύπος παρέμβασης έχει ως στόχο «...μια πλήρη κατανόηση των φανερών της εκδηλώσεων, τις καλυμμένες γνωστικές διεργασίες, τις οργανικές επιπλοκές και τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα που είναι χαρακτηριστικά».

Για να πραγματοποιηθούν οι παραπάνω στόχοι, ήταν απαραίτητο πρώτα να αναγνωριστεί η Συμπεριφορά τύπου Α από όσα άτομα ήταν δυνατό, και μετά να ενθαρρυνθεί η αναγνώριση αυτή στα υπόλοιπα άτομα της ομάδας. Όταν αναγνωρίστηκαν οι φανερές εκδηλώσεις της συμπεριφοράς Τύπου Α, οι συμμετέχοντες παροτρύνθηκαν να αναγνωρίσουν τις γνωστικές βάσεις των συμπεριφορών τους που τελικά οδηγούν στην οριστική αλλαγή αυτών των συμπεριφορών. Έγινε εκτενής χρήση της ομαδικής διαδικασίας για να δοθεί κίνητρο και να ενισχυθεί η αλλαγή (Viljoen, 1993).

Πειραματική ομάδα 2 (E2)

Αυτή η ομάδα συμμετεχόντων υποβλήθηκε στην τροποποιημένη έκδοση του RCPP. Λειτουργήσε σε ένα αυστηρά ομαδικό Γνωστικό – Συμπεριφορικό

πλαίσιο. Εφαρμόστηκαν επίσης διάφορες επιπρόσθετες τεχνικές χαλάρωσης (π.χ. ΗΜΓ βιοανάδραση - ατομικά) και έγινε χρήση του γνωστικού εργαλείου «monitor» με σκοπό να ξεπεραστούν οι περιορισμοί της προηγούμενης εκδοχής. Αυξήθηκε επίσης ο χρόνος των συνεδριών και η παρέμβαση έλαβε υπόψη τις πολιτιστικές διαφορές μεταξύ της έκδοσης που εφαρμόστηκε στη Νότιο Αφρική και αυτής που αναπτύχθηκε στην Ελλάδα. Αυτές οι συνεδρίες γίνονταν μία φορά εβδομαδιαίως για περίπου μιάμιση ώρα κάθε φορά, για ένα διάστημα δέκα εβδομάδων. Το πρόγραμμα περιελάμβανε θεραπευτικό εγχειρίδιο με οδηγίες και τηλεφωνικές συνεδρίες παρακολούθησης. Το εγχειρίδιο σχεδιάστηκε για να δράσει ως πηγή αναφοράς και οδηγός κατά τη διάρκεια του προγράμματος. Κατά την πορεία του προγράμματος, το έντυπο αυτό υλικό βοήθησε στο να τοποθετηθεί η παρούσα εργασία στο πλαίσιο της μάθησης που είχε λάβει χώρα στο παρελθόν και των μελλοντικών στόχων. Μετά το πρόγραμμα το εγχειρίδιο μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για επαναλήψεις των ασκήσεων. Επιπροσθέτως, αν ένας συμμετέχοντας έκανε μια συνεδρία μπορούσε να την αναπληρώσει διαβάζοντας το εγχειρίδιο. Οι τηλεφωνικές συνεδρίες επέτρεψαν την απρόσκοπτη συνέχιση του προγράμματος. Αν ένας συμμετέχοντας έκανε μια συνεδρία, γινόταν τηλεφωνική επικοινωνία και διεξαγόταν μία περιληπτική έκδοση της συνεδρίας από τηλέφону. Με σκοπό την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που χρησιμοποιήθηκαν, όλοι οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν εκ νέου με την ίδια συστοιχία των μέσων αξιολόγησης που είχε χρησιμοποιηθεί πριν την παρέμβαση.

Οι περιοχές στις οποίες απευθύνθηκε η παρέμβαση ήταν:

- Η αναγνώριση των σημείων και συμπτωμάτων Τύπου Α στον ίδιο και σε άλλους. Συγκεκριμένες συμπεριφορές και συμπτώματα - στόχοι συμπεριλάμβαναν την έκφραση εχθρότητας και θυμού, την ανυπομονησία, τον εγωκεντρισμό και την ευαισθησία.
- Η ενθάρρυνση για την υιοθέτηση και χρήση ενός γνωστικού εργαλείου, «του monitor», το οποίο χρησιμεύει στην παρότρυνση της αυτογνωσίας και την ενθάρρυνση της ικανότητας αναγνώρισης και διόρθωσης των σκέψεων και συμπεριφορών Τύπου Α όπως αυτές παρουσιάζονται.
- Ενθάρρυνση της πρακτικής νέων Συμπεριφορών, πρώτα στο ασφαλές πλαίσιο της ομάδας και τελικά στον εξωτερικό κόσμο, με σκοπό τη μείωση και αντικατάσταση των συνηθειών του Τύπου Α με πιο κατάλληλες διαπροσωπικές συμπεριφορές
- Εξάσκηση σε τεχνικές χαλάρωσης (Π.χ. ΗΜΓ βιοανάδραση).

- Η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης μέσω της ενθάρρυνσης της εξερεύνησης και κατανόησης του εαυτού

Σχέδιο της Έρευνας

Για το σκοπό της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκε σχέδιο έρευνας τυχαιοποιημένων ανεξάρτητων δειγμάτων το οποίο περιελάμβανε μετρήσεις πριν την εφαρμογή της θεραπευτικής παρέμβασης και μετά τη θεραπευτική παρέμβαση. Σε αυτό τον τύπο ερευνητικού σχεδίου, οι συμμετέχοντες χωρίζονται τυχαία σε δύο ομάδες και ακολουθούν οι αρχικές (baseline) μετρήσεις των δύο ομάδων. Έπειτα, μία ομάδα λαμβάνει τη θεραπεία και μετά από μία ίση περίοδο χρόνου οι δύο ομάδες επανεξετάζονται. Αυτή η μορφή πειράματος χρησιμεύει στον έλεγχο των εξής αστάθμιστων παραγόντων ή μεταβλητών: Ιστορικό και ωρίμανση λόγω του γεγονότος ότι είναι εξίσου πιθανόν να είναι παρόντα τόσο στις πειραματικές ομάδες όσο και στις ομάδες ελέγχου, επιδράσεις αναδρομικές, επιδράσεις λόγω της επιλογής του δείγματος, καθώς οι ομάδες ορίζονται τυχαία (Nelea και Liebert, 1986). Η ανεξάρτητη μεταβλητή αντιπροσωπεύει τη συνθήκη ή το ερέθισμα που ήταν υπό τον έλεγχο της μελέτης και αποτελεί την ίδια την παρέμβαση. Η εξαρτημένη μεταβλητή λέγεται ότι είναι εκείνη η πλευρά της συμπεριφοράς των συμμετεχόντων, η οποία μετράται μετά από την επίδραση της ανεξάρτητης μεταβλητής. Σε αυτή την περίπτωση, είναι η συμπεριφορά Τύπου Α και όλες οι συνιστώσες της όπως μετρήθηκαν από το πλήθος των μέσων αξιολόγησης.

Αποτελέσματα

Με σκοπό την εκτίμηση της ισότητας μεταξύ των συμμετεχόντων της θεραπευτικής ομάδας και των ομάδων ελέγχου πριν την εκπόνηση της θεραπευτικής παρέμβασης έγινε ανάλυση διασποράς (ANOVA) για τις εξής εξαρτημένες μεταβλητές μέτρησης της συμπεριφοράς τύπου Α: Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory), Κλίμακα Άγχους του Spielberger (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory) κλίμακα Εχθρότητας – Έκφρασης θυμού του Cook-Medley (Cook-Medley Hostility and Anger Expression Scale). Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν ότι δεν υπήρχε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων πριν την εκπόνηση της θεραπευτικής παρέμβασης για τις παραπάνω μεταβλητές [$F(2,59) = 1.17, p > .01$]. Ισότητα μεταξύ των ομάδων υπήρχε και στις ηλικίες, εθνικότητα και κοινωνικοοικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων. Για να βρεθεί η

διαφορά μεταξύ των μετρήσεων των αρχικών επιπέδων και των μετρήσεων μετά την εκπόνηση της θεραπευτικής παρέμβασης για τις παραπάνω μεταβλητές της συμπεριφοράς τύπου Α σε συμμετέχοντες της θεραπευτικής ομάδας και των ομάδων ελέγχου έγινε ανάλυση με t-test. Η σύγκριση έγινε μεταξύ των μέσων όρων των μετρήσεων των αρχικών επιπέδων και των μετρήσεων μετά την εκπόνηση της θεραπευτικής παρέμβασης στις παραπάνω μεταβλητές για όλες τις ομάδες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ομάδα (E₂) (ενδοομαδική διαφορά) που έλαβε την αναθεωρημένη παρέμβαση μεταξύ των μετρήσεων των αρχικών επιπέδων και των μετρήσεων μετά την εκπόνηση της αναθεωρημένης θεραπευτικής παρέμβασης στην κλίμακα εχθρότητας και θυμού ($t(28) = 3.67, p < .01$). Έγινε επίσης πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης (MANOVA) με σκοπό την εκτίμηση στατιστικά σημαντικών διαφορών μετά την εκπόνηση της θεραπευτικής παρέμβασης σε διάφορες μεταβλητές (συνιστώσες) της συμπεριφοράς τύπου Α. Διαφορές που βρέθηκαν στην κατάθλιψη, έκφραση θυμού και εχθρότητα δεν ήταν στατιστικά σημαντικές για την ομάδα ελέγχου (C) ($p > .01$). Διαφορές στην συνολική συμπεριφορά τύπου Α όπως μετρήθηκε με την συστοιχία των παραπάνω κλιμάκων δεν έδειξε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά για τις ομάδες E₁ και E₂ ($p > .01$). Υπήρξαν όμως κλινικά σημαντικές διαφορές σε κάποιες συνιστώσες της συμπεριφοράς τύπου Α για την ομάδα E₂ (μείωση της εχθρότητας και της κατάθλιψης) που έλαβε την αναθεωρημένη θεραπευτική παρέμβαση.

Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη παρείχε αποδείξεις για το ότι οι δυσκολίες στην αλλαγή της συμπεριφοράς Τύπου Α είναι ακόμα σημαντικές και υπαρκτές. Βασικά ερωτήματα παραμένουν όσον αφορά στην αναγνώριση των πλευρών αυτών της συμπεριφοράς τύπου Α οι οποίες πραγματικά αυξάνουν τον κίνδυνο για ανάπτυξη ΣΝ και τη δημιουργία αποτελεσματικότερων μεθόδων για την αλλαγή της συμπεριφοράς τύπου Α. Σύμφωνα με διάφορες μελέτες (Price, 1982, Powell κ.ά., 1984, Rosenman, 1988 και 1991, Venter, 1993 και Viljoen, 1993, Wolff κ.ά., 1994) η τροποποίηση της συμπεριφοράς Τύπου Α επιτυγχάνεται καλύτερα μέσω μίας στρατηγικής που συνδυάζει γνωστικές και συμπεριφορικές μεθόδους και τεχνικές χαλάρωσης. Η μελέτη αυτή υποστηρίζει και επιβεβαιώνει τα παραπάνω και αναγνωρίζει τη σημασία της ομαδικής Γνωστικής – Συμπεριφορικής θεραπείας σε συνδυασμό με

τεχνικές χαλάρωσης και ειδικότερα την ΗΜΓ βιοανάδραση για άτομα τύπου Α.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν επίσης ότι υπήρχαν σημαντικές ενδοομαδικές διαφορές στην ομάδα που έλαβε την αναθεωρημένη παρέμβαση των δέκα εβδομάδων, σε δύο σημαντικές συνιστώσες της συμπεριφοράς τύπου Α, δηλαδή την εχθρότητα και το θυμό. Οι συνιστώσες αυτές θεωρούνται ως τα πλέον τοξικά στοιχεία της συμπεριφοράς Τύπου Α. Αν και δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη συνολική συμπεριφορά τύπου Α, κλινικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν στην ομάδα που έλαβε την αναθεωρημένη παρέμβαση, δηλαδή παρουσιάστηκε μία τάση μείωσης της εχθρότητας και της κατάθλιψης. Η τάση αυτή δεν εμφανίστηκε στις ομάδες ελέγχου. Ένα μεγάλο πρόβλημα με τα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης είναι το ποσοστό ασθενών που τα εγκαταλείπουν. Σε αυτή τη μελέτη η παρακολούθηση ανά συνεδρία ήταν μεγαλύτερη από 90%. Με σκοπό την επιτυχία οποιουδήποτε προγράμματος αποκατάστασης οι συμμετέχοντες πρέπει να εμπλακούν δυναμικά και να είναι συνεπείς στη διατήρηση της υγείας τους, οπότε και να δεσμεύονται στη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα. Το πρόγραμμα αυτό κατάφερε να ξεπεράσει επιτυχώς αυτό το μεγάλο πρόβλημα.

Πιθανοί περιορισμοί της μελέτης περιελάμβαναν τα μέσα αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκαν, το μέγεθος του δείγματος και τη φύση των ίδιων των ομάδων, που πιθανόν ήταν ο λόγος που η συνολική συμπεριφορά τύπου Α δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ομάδα που έλαβε την τροποποιημένη παρέμβαση. Συμπερασματικά, η μελέτη αυτή επιβεβαίωσε ότι πριν από τη διεξαγωγή οποιασδήποτε περαιτέρω έρευνας στον τομέα αυτό, τα μέσα αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται πρέπει να τροποποιηθούν και οι μηχανισμοί που επηρεάζουν τη θεραπεία να κατανοηθούν.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Barefoot, J.C., Dahlstrom, W.G., & Williams, R.B. (1983). Hostility, CHD incidence and total mortality: A 25-year follow-up study of 255 physicians. *Psychosomatic Medicine*, 45, 559-563.
- Barefoot, J.C. (1992). Developments in the measurement of hostility. In H.S. Friedman (Ed.), *Hostility, coping, and health* (pp. 13-31). Washington, DC: American Psychological Association.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J & Erbaugh, J. (1961). *Archives of General Psychiatry*, 4.

- Beck, A.T., Steer, R.A & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology Review, 8 (1)*, 77-100.
- Booth-Kewley, S., & Friedman, H.S. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin, 101*, 343-362.
- Burke, R.J. (1984). Beliefs and Fears underlying Type A Behavior. *Psychological Report, 54*, 655-662.
- Dembroski, T.M., & MacDougall, J.M., Costa, P.T., Jr., & Grandits, G.A. (1989). Components of hostility as predictors of sudden death and myocardial infarction in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Psychosomatic Medicine, 51(5)*, 514-522.
- Friedman, M., Thoresen, C.E., Gill, J.J., Powell, L.H., Ulmer, D., Thompson, L., Price, V.A., Rabin, D.D., Breall, W.S., Dixon, T., Levy, R., & Bourg, E. (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.
- Friedman, M., & Rosenman, R.H (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.
- Jenkins, C.D., Rosenman, R.H, Zyanski, S.J. (1974). Prediction of clinical coronary heart disease by a test for the coronary prone behavior pattern. *New England Journal of Medicine, 290*, 1271.
- Kelly, K.R & Stone, G.L (1987). Effects of three psychological treatments and self-monitoring on the reduction of Type A behavior. *Journal of Counseling Psychology, 34(1)*, 46-54.
- Matthews, K.A. (1986). Summary, conclusions, and implications. In K.A Mathews, S. M. Weiss, T. Detre, T.M. Dembroski, B. Falkner, S.B. Manuck, & RB. Williams (Eds)., *Handbook of stress, reactivity, and cardiovascular disease*. New York: Wiley.
- Neale, J.M., & Liebert, R.M. (1986). *Science and behavior: An introduction to methods of research (3rd ed.)*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Newlin. D.B (1981). Modifying the Type A Behavior Pattern. In Golden C.J., Alcaparras S.S. et al (1981). Applied techniques in Behavioral Medicine. Grune & Stratton, N.Y.
- Nunes, E.V., Frank, K.A., & Kornfield, S.D. (1987). Psychologic treatment for Type A behavior pattern and for coronary heart disease: A meta-analysis of the literature, *Psychosomatic Medicine*, 48, 159-173.
- Price, V.A. (1982). *Type A behavior pattern*. New York: Academic Press.
- Powell, L. H., Friedman, M., Thoresen, C.E., Gill. J.J., & Ulmer, D.K. (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.
- Rosenman, R.H., Swann, G.E & Carmelli, D. (1988). Definition, assessment and evolution of the Type A behavior pattern. In B.K. Houston & C.R. Snyder (Eds.). *Type A behavior pattern: Research, theory, and intervention*. New York: Wiley.
- Rosenman R.H. (1991). Type A Behavior Pattern : A Personal Overview. In Strube M (1991). Type A Behavior. Sage Publications, USA.
- Smith, T.W., & Frohm, K.D. (1985). What's so unhealthy about hostility? Construct validity and psychosocial correlates of the Cook and Medley HO scale. *Health Psychology*, 4, 503-520.
- Thoresen C.E. & Powell L.H. (1992). Type A Behavior Pattern : New Perspectives on Theory, Assessment and Intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4), 595-604.
- Venter A.J.E.(1993). The effect of a Behavioral Medicine Intervention on Coronary Risk Factors in Patients Following a Coronary Artery Bypass Graft Procedure. *Doctoral Thesis presented at the Rand Afrikaans University*.
- Viljoen H. (1993). The Effect of a coronary Prone Lifestyle Change Program on Cardiac Risk Factors in Post- Myocardial Infarction Patients. *Doctoral Thesis presented at the Rand Afrikaans University*.
- Wolff, E., Thoresen, C.E., Venter, E., & Viljoen, H. (1994). The Recurrent coronary prevention project: Some initial findings in the South African Replication. *Annals of Behavioral Medicine*, 16,137.

