



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ
(ΦΟΒΟΣ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ, ΝΤΡΟΠΗ, ΠΑΡΟΔΙΚΟ ΚΑΙ ΜΟΝΙΜΟ
ΑΓΧΟΣ) ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ

**Κωνσταντίνος Μπαλιώτης
ΑΜ: 06020733**

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

**Μαίρη Γκούβα
Ψυχολόγος Ψυχοσωματικής και Κοινωνικής Ψυχιατρικής
Επίκουρος Καθηγήτρια Τ.Ε.Ι. Ηπείρου**

ΛΑΡΙΣΑ - Ιούνιος 2010



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ (ΦΟΒΟΣ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ, ΝΤΡΟΠΗ, ΠΑΡΟΔΙΚΟ ΚΑΙ ΜΟΝΙΜΟ ΑΓΧΟΣ) ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ

Κωνσταντίνος Μπαλιώτης
Φυσικοθεραπευτής

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)
Επίκουρος Καθηγήτρια, Τ.Ε.Ι. Ηπείρου

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ
Καθηγήτρια Τ.Ε.Ι. Λάρισας

ΕΛΕΝΑ ΔΡΑΓΚΙΩΤΗ
Ψυχολόγος Msc Αντιμετώπιση Πόνου, Γενικό Νοσοκομείο «Σωτηρία»

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2010

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Η διερεύνηση κοινωνικών και ψυχολογικών παραμέτρων σε άτομα με οσφυαλγία όπως προκύπτει από την αναζήτηση της διεθνούς και Ελληνικής αρθρογραφίας παραμένει ιδιαίτερα περιορισμένη επί του παρόντος.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διασύνδεση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (εξωτερική ντροπή, εσωτερική ντροπή, φόβο και άγχος του πόνου καθώς και παροδικό-μόνιμο άγχος) των ατόμων με οσφυαλγία με την ποιότητα ζωής τους, αλλά και με την επίδρασή τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας τους. Πιο συγκεκριμένα, επιχειρήθηκε: α) η σύγκριση της ομάδας των ανδρών με οσφυαλγία και της ομάδας των γυναικών με οσφυαλγία ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, β) η συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 201 άτομα με οσφυαλγία, 53 άνδρες (ποσοστό 26,4%), και 148 γυναίκες (ποσοστό 73,6%). Η συγκέντρωση των δεδομένων έγινε με συμπλήρωση ερωτηματολογίου μετά από συνέντευξη.

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε: α) ερωτήσεις για την καταγραφή κοινωνικοδημογραφικών δεδομένων, καθώς και στάσεων των ατόμων σε θέματα Υγείας, β) την κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS, Goss, Gilbert & Allan, 1994), γ) την κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS, Andrews, Qian & Valentine, 2002), δ) Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20; McCracken et al., 1992; McCracken et al., 2002) ε) Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998) και στ) το Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger (State - Trait Anxiety Inventory - STAI).

Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση εφαρμόστηκε για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, από την οποία προέκυψε, ότι οι δύο ομάδες διέφεραν **πάρα πολύ σημαντικά** ως προς το άγχος του πόνου ($P=0,000$), και ως προς το φόβο του πόνου ($P=0,000$). Επίσης, διέφεραν **πολύ σημαντικά** ως προς την υποκλίμακα *bodily shame* του ESS ($P=0,002$), και τέλος διέφεραν **σημαντικά** ως προς την εξωτερική ντροπή ($P=0,045$) και το μόνιμο άγχος (*trait anxiety*) του STAI ($P=0,017$).

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, αναδεικνύουν ότι τα επίπεδα του άγχους του πόνου και του φόβου του πόνου στο γυναικείο φύλο είναι υψηλά. Επίσης, στις γυναίκες με οσφυαλγία παρατηρούνται αυξημένα επίπεδα εξωτερικής ντροπής και ειδικά το αίσθημα του κενού. Ιδιαίτερος, δε, παρατηρήθηκαν υψηλές τιμές στη σωματική ντροπή. Αναφορικά με το γενικότερο άγχος, δεν παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα παροδικού άγχους σε σχέση με τους άνδρες, παρά μόνο αυξημένη τάση

παραμονής του άγχους ως στοιχείο της προσωπικότητας τους. Επίσης, αναδεικνύεται η σχέση του συναισθήματος του φόβου του πόνου με την ψυχοπαθολογία του φόβου, διαπίστωση που έρχεται να ενισχύσει αποτελέσματα που έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου που διαδραματίζει ο φόβος, το άγχος και η σωματοποίηση του άγχους στην εμφάνιση και την πορεία διαφόρων τύπων ψυχοπαθολογίας στον πόνο

Θεωρούμε την προβληματική γύρω από το ρόλο των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών ατόμων με οσφυαλγία σαν έναν από τους πιο ενδιαφέροντες τομείς, ιδιαίτερα για την επιστήμη της Φυσικοθεραπείας, του οποίου η μελέτη θα συμβάλει ουσιαστικά στην ανάδειξη του ρόλου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Φυσικοθεραπεία ως καθοριστικό παράγοντα τόσο στην πρόληψη όσο και στην θεραπευτική της οσφυαλγίας.

Abstract

The investigation of social and psychological parameters in low back pain (LBP) patients in Greek and worldwide research is limited.

Aim of the present study is the interlink of specific psychological parameters (external – internal shame, fear, anxiety of pain and permanent – transient stress) in LBP patients with quality of life and the effect of First Contact Care Systems. More specifically it was attempted to a) to compare groups of male and female LBP patients according to specific characteristics, b) interrelationship of certain subscales for the whole sample or for each group. The research sample was 201 LBP patients, 53 male (26,4%), and 148 female (73,6). Data collection was conducted through questionnaires post interview.

The questionnaire included: a) question for the recording of social-demographic parameters and attitude of patients in aspects of health, b) scale of Other As Shamer Scale-OAS, Goss, Gilbert & Allan, 1994, c) Experience of Shame Scale-ESS, Andrews, Qian & Valentine, 2002, d) Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20; McCracken et al, 1992; McCracken et al, 2002) e) Fear of Pain questionnaire (FRQ-III; McNeil & Rainwater, 1998), and f) State-Trait Anxiety Inventory-STAI.

One factor and multifactor analysis was used for statistical analysis. Results showed that between groups there was statistical significance for pain anxiety ($P=0,000$) and in fear of pain ($P=0,000$). Additionally, there were statistically significant subscales with respect to bodily shame of ESS ($P=0,002$), and finally statistical significance was found for Other As Shame ($P=0,045$) and trait anxiety-STAI ($P=0,017$).

The results of the current study showed that stress and fear of pain levels were higher for female patients. Furthermore, in female LBP patients increased levels of Other As Shame and in specific feeling of emptiness were observed. Most specifically, increased rates of experienced shame were not observed. In reference to general **stress female didn't present with increased rates of trait anxiety** compare to male whoever only increased tendency of trait anxiety as part of their personality. More over the relationship between fear of pain and psychopathology of fear empowers the complexity of fear, anxiety and somatization of stress in the appearance and progress of different types of pain psychopathology.

The consideration of psychosocial characteristics of LBP patients is one of the most interesting sectors for Physiotherapy science that enhances the role of First Contact Care Systems as an important factor in the prevention and management of LBP.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	3
Τι είναι η οσφυαλγία;	3
Συνέπειες οσφυαλγίας	4
Αντιμετώπιση οσφυαλγίας	5
ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	8
Ψυχοπαθολογία και οσφυαλγία	8
Το συναίσθημα της ντροπής στην ασθένεια	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	12
Το συναίσθημα της ντροπής	12
Τύποι ντροπής	13
Ο ρόλος του κοινωνικού πλαισίου στην ντροπή	14
Η ντροπή και «το βλέμμα του άλλου»	15
Το συναίσθημα της ντροπής και το γυναικείο φύλο	17
Η βιολογία της ντροπής	18
Θυμός και επιθετικότητα	21
Το άγχος στα πλαίσια του εργασιακού περιβάλλοντος	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	24
Ο Ρόλος του φόβου στην υγεία και στον πόνο	24
Ο ρόλος του φόβου στην υγεία	24
Ο φόβος του πόνου	27
Ο σωματικός πόνος	28
Ο φόβος του πόνου του σώματος, ως μια κατάσταση κρίσης	30
Θεωρητικά και ερευνητικά δεδομένα για το φόβο του σωματικού πόνου	33
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης _____	41
1.1 Ερευνητικές υποθέσεις _____	41
2. Υλικό και Μέθοδος _____	42
2.1 Δείγμα _____	43
2.2 Διαδικασία _____	43
2.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία _____	44
2.3.6 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων _____	48
2.4 Στατιστική επεξεργασία _____	48
3. Αποτελέσματα της μελέτης _____	51
3.1 Κοινωνικό - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος _____	51
3.2 Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20) _____	55
3.3 Κλίμακα Μέτρησης του φόβου του πόνου- Fear of pain questionnaire _____	57
3.4 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής- Other As Shamer Scale - (OAS) _____	58
3.5 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής- Experience of Shame Scale (ESS) _____	60
3.6 Κλίμακα αυτό-αξιολόγησης του άγχους -State-Trait Anxiety Inventory (STAI) _____	61
3.7 Συσχετίσεις των ερωτηματολογίων _____	62
4. Συζήτηση _____	78
4.1. Οριοθετήσεις _____ Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.	78
4.2 Τα αγχώδη συμπτώματα πόνου στους άνδρες και στις γυναίκες (PASS-20)	79
4.3 Ο φόβος του πόνου στους άνδρες και στις γυναίκες (FPQ) _____	80
4.4 Η εξωτερική ντροπή στα δύο φύλα (OAS) _____	81
4.5 Η τάση για ντροπή (εσωτερική ντροπή) ανάμεσα στα δύο φύλα (ESS) _____	82
4.6 Παροδικό και μόνιμο άγχος στους άνδρες και στις γυναίκες (STAI) _____	83
5. Συμπεράσματα _____	84
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ _____	85

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946) η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Έτσι, μερίδιο στην επίτευξη ενός καλού επιπέδου υγείας, δεν έχει μόνο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αλλά και άλλες ειδικότητες και κοινωνικές ομάδες, καθώς και διάφοροι παράγοντες που σχετίζονται με την καθημερινότητα του ατόμου, όπως είναι οι εργασιακές συνθήκες, οι οικονομικές παράμετροι και άλλα. Σαφώς, οι πολιτισμικές διαφορές, οι διαφορετικές θρησκείες κτλ. οδηγούν και σε διαφορετικές αντιλήψεις για το τι σημαίνει υγεία και ασθένεια (www.BeStrong.org.gr).

Η *ψυχική υγεία* αναφέρεται στη γνωστική και συναισθηματική ευεξία και στην απουσία μιας ψυχικής διαταραχής. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, δεν υπάρχει ένας επίσημος ορισμός της ψυχικής υγείας. Και εδώ οι πολιτισμικές διαφορές επηρεάζουν μεταξύ άλλων το περιεχόμενο αυτού του όρου. Σε γενικές γραμμές, οι περισσότεροι ειδικοί συμφωνούν ότι η απουσία μιας διαγνωσμένης ψυχικής διαταραχής δεν είναι κατ' ανάγκην ένας δείκτης της ψυχικής υγείας (www.BeStrong.org.gr).

Τι είναι η οσφυαλγία;

Η οσφυαλγία δεν αποτελεί μια ξεχωριστή νοσολογική οντότητα, αλλά ένα σύμπτωμα που συναντιέται σε πολλές διαφορετικές παθήσεις, όπως είναι η κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου, οι αρθρίτιδες, τραυματισμοί, παθήσεις του πεπτικού (όπως η παγκρεατίτιδα) και του ουροποιογεννητικού (όπως η νεφρολιθίαση και ο προστάτης), ή είναι αίτιό τους (όπως στη χρόνια δυσκοιλιότητα, σύμφωνα με τον Ανδρομανάκο, 2006). Είναι συνήθως το αποτέλεσμα απλών, μηχανικών παραγόντων που προκαλούν μυοσκελετική τάση και κατ' ακολουθία μυϊκό σπασμό και στους πιο ηλικιωμένους μπορεί να αποτελεί συνέπεια οστεοαρθρίτιδας της σπονδυλικής στήλης και σχηματισμού οστεοφύτων (www.in.gr), με αποτέλεσμα να επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής και την υγεία τους, αφού συμβάλλουν στον περιορισμό της κινητικότητας και της αυτονομίας τους (Γιαννακόπουλος, 2009). Από μηχανικής πλευράς αποτελεί μια αναπόφευκτη "παρενέργεια" της εξέλιξής μας σε δίποδα, καθώς η όρθια στάση έχει μεγάλες εμβιομηχανικές απαιτήσεις από το μυοσκελετικό σύστημα (www.in.gr).

Η σχέση της οσφυαλγίας με τον σύγχρονο τρόπο ζωής και εργασίας, αναδεικνύεται από πολλές μελέτες, όπως είναι μια πρόσφατη ευρωπαϊκής έρευνα, σύμφωνα με την οποία το 30% των εργαζομένων παραπονιέται για πόνους στη

μέση (www.in.gr). Η έρευνα των Stranjalis et al. (2004) έδειξε ότι το 31,7% του γενικού πληθυσμού άνω των 15 ετών στην Ελλάδα ανέφερε τουλάχιστον ένα επεισόδιο πόνου χαμηλά στη μέση τον τελευταίο μήνα, εκ των οποίων το 28,1% συμβουλευτήκε κάποιον ειδικό για αυτό το πρόβλημα και το 36% πήρε και φαρμακευτική αγωγή. Σύμφωνα την Σολιδάκη (2006), η European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions στη «Second European Survey on Working Conditions», έδειξε ότι το 44% ελληνικού δείγματος εργαζόμενων ανέφερε ότι η εργασία τους έχει επηρεάσει το επίπεδο υγείας τους με αποτέλεσμα κυρίως την εμφάνιση οσφυαλγίας, ποσοστό που ήταν το μεγαλύτερο από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τέλος, μια έρευνα σε Έλληνες εργαζόμενους (νοσηλευτές, και ταχυδρομικούς υπάλληλους) έδειξε υψηλά ποσοστά αναφορών πόνων κυρίως στη μέση (73%), αλλά και στο λαιμό (52%), τον καρπό/χέρι (39%), το γόνατο (32%), τον αγκώνα (26%) και τον ώμο (22%) (Σολιδάκη, 2006).

Προκειμένου ο γιατρός να μπορέσει να κάνει μια σωστή διάγνωση (και διαφοροδιάγνωση) σχετικά με τα βασικά αίτια της οσφυαλγίας και τη βαρύτητά τους, είναι απαραίτητη η σωστή συνεργασία του με τον ασθενή. Για να βεβαιωθεί, θα χρειαστούν μια καλή κλινική εξέταση και πιθανόν παρακλινικός έλεγχος (εξετάσεις αίματος, ακτινογραφίες κ.λπ.), μια ολοκληρωμένη εικόνα της φύσης του πόνου και η πληροφόρηση για άλλα συνοδά συμπτώματα. Το καλό ιστορικό και η κλινική εξέταση εκ μέρους του γιατρού θα διαχωρίσει τους ασθενείς των οποίων η συμπτωματολογία είναι απλώς μυοσκελετικής αιτιολογίας, από αυτούς που υποκρύπτουν μία πιο σοβαρή πάθηση και οι οποίοι θα παραπεμφθούν για παρακλινικό έλεγχο ή και άμεση νοσοκομειακή αντιμετώπιση (www.in.gr).

Συνέπειες οσφυαλγίας

Τα μυοσκελετικά προβλήματα που σχετίζονται με το είδος και τον τρόπο εργασίας οδηγούν στην αίσθηση αδυναμίας του πάσχοντα, την απώλεια ημερών εργασίας και στην αύξηση αναζήτησης φροντίδας υγείας (Coggon, 2005). Μία από τις συνέπειες της συχνής εμφάνισης συμπτωμάτων οσφυαλγίας, είναι η είναι οικονομική επιβάρυνση του κράτους, αφού, για παράδειγμα στις ΗΠΑ, το κόστος από την απώλεια εργατοωρών, της φαρμακευτικής αγωγής, της φυσιοθεραπείας και της νοσηλείας, όταν είναι απαραίτητη, φτάνει τα 24 δισ. δολάρια ετησίως στις ΗΠΑ (www.in.gr). Σύμφωνα με τα ίδια δεδομένα, κάθε χρόνο το 14% των

Αμερικανών χάνει έστω και μια ημέρα εργασίας λόγω οσφυαλγίας, και το 2% παίρνει κάποιου είδους ασφαλιστική αποζημίωση για τον ίδιο λόγο.

Υπάρχουν ποικίλα ερευνητικά δεδομένα που δείχνουν ότι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στην εργασία επιδρούν στην εμφάνιση μυοσκελετικών συμπτωμάτων. Όπως επισημαίνεται στη μελέτη της Σολιδάκη (2006), οι μελετητές (όπως οι Bongers et al. 1993; Hoogendoorn, 2000; Theorell, 1996) προτείνουν τέσσερις προτεινόμενες εξηγήσεις για τη συσχέτιση μεταξύ των ψυχοκοινωνικών εργασιακών χαρακτηριστικών και των μυοσκελετικών συμπτωμάτων:

- 1) Τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά της εργασίας μπορεί άμεσα να επιδρούν στην εμφάνιση μυοσκελετικών προβλημάτων μέσω της στάσης σώματος, τις ασκούμενες πιέσεις και το είδος των κινήσεων.
- 2) Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να ενεργοποιούν φυσιολογικούς μηχανισμούς που με την πάροδο του χρόνου οδηγούν σε οργανικές αλλαγές που εντείνουν ή δημιουργούν τα μυοσκελετικά συμπτώματα, ή επηρεάζουν την αντίληψη του πόνου εντείνοντας τα συμπτώματα.
- 3) Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να διαχειρίζεται την πάθησή του, επηρεάζοντας και την ανάρρωση από τα μυοσκελετικά προβλήματα, και
- 4) Η σχέση μπορεί να εντείνεται από την επίδραση των φυσιολογικών παραγόντων στην εργασία, και επίσης οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στην ιδιωτική ζωή μπορεί να επηρεάζουν τα μυοσκελετικά συμπτώματα.

Ο ορθοπεδικός χειρουργός Αλέξανδρος Τζαβέας (www.alexandrostzaveas.gr) αναφέρει ότι, η παρατεταμένη διάρκεια της οσφυαλγίας μπορεί να ασθενήσει τους μύες της οσφύος, να μειώσει τις φυσικές δραστηριότητες του ατόμου και να καταστήσει το σώμα του σε κακή φυσική κατάσταση. Το γεγονός αυτό επηρεάζει την εργασία, την κοινωνικότητα και την προσωπική ζωή του ατόμου που πονάει, οδηγώντας συχνά σε άγχος, θυμό και κατάθλιψη. Η οικογένεια αλλά και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό μπορούν να βοηθήσουν τον πάσχοντα να διαχειριστεί την κατάστασή του πιο άμεσα και αποτελεσματικά, με λιγότερες απώλειες σε κάθε επίπεδο της λειτουργικότητας του.

Αντιμετώπιση οσφυαλγίας

Μια βασική μέριμνα για την αποφυγή πρόκλησης οσφυαλγίας, είναι η σωστή στάση με την οποία σηκώνουμε βάρη. Αυτή είναι να το κάνουμε με τα γόνατα σε κάμψη και τη μέση σε ευθεία θέση με τη λεκάνη και τον υπόλοιπο κορμό (www.in.gr). Πάντως, η οσφυαλγία είναι ένα σύμπτωμα που σχεδόν όλοι κάποια στιγμή στη ζωή τους παρουσιάζουν και οι περισσότεροι από αυτούς δεν παύουν να έχουν

τέτοιες ενοχλήσεις οι οποίες υποτροπιάζουν συχνά με διάφορες αφορμές (Σύλλογος Ελλήνων Χειροπρακτών (*Ευγενική χορηγία των κειμένων από το Βρετανικό Σύλλογο Χειροπρακτικής, BCA*).

Σε κάθε περίπτωση λοιπόν, εάν δεν αποφύγουμε την οσφυαλγία, η φυσιοθεραπεία (με διαθερμίες, υπέρηχους, διαδυναμικά ή/και χειρομαλάξεις) μπορεί να προσφέρει στον πάσχοντα μεγάλη ανακούφιση και ένα αίσθημα ευεξίας. Το τελευταίο είναι απαραίτητο για την καλύτερευση τη κατάστασης του ατόμου που πονάει, καθώς, ειδικά στα νέα άτομα, η αδυναμία άθλησης και εργασίας μπορούν να προκαλέσουν ψυχολογική κατάπτωση (www.in.gr). Επίσης, η χειροπρακτική αγωγή, σε συνδυασμό με κάποια μορφή άσκησης, μπορεί να αποδειχθεί ως μια από τις καλύτερες λύσεις στο πρόβλημα της οσφυαλγίας (Σύλλογος Ελλήνων Χειροπρακτών (*Ευγενική χορηγία των κειμένων από το Βρετανικό Σύλλογο Χειροπρακτικής, BCA*).

Συμπερασματικά, η οσφυαλγία ως σύμπτωμα εμποδίζει το άτομο να λειτουργεί στο επίπεδο που λειτουργούσε πριν την εμφάνισή της. Αυτό μπορεί να αφορά ένα ευρύ πλαίσιο δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής του πάσχοντα, από τη δυνατότητα εργασίας του (ειδικά αν αυτή απαιτεί μεγαλύτερη σωματική κόπωση) μέχρι την προσωπική του ζωή (αφού περιορίζει τη δυνατότητα κινητικότητάς του). Στην περίπτωση που συνδέεται με κάποια σοβαρή νοσολογική οντότητα (συχνότερα στις μεγαλύτερες ηλικίες), είναι ένας επιπλέον παράγοντας επιβάρυνσης της ποιότητας ζωής του ατόμου. Όταν εμφανίζεται ως ένα περιστασιακό σύμπτωμα, δεν αναμένεται να επιβαρύνει στον ίδιο βαθμό το άτομο, αν και σίγουρα το αποδιοργανώνει ως κάτι το ασυνήθιστο για το άτομο, ειδικά αν πρόκειται για κάποιο άτομο μικρότερης ηλικίας. Αφού παραπέμπει στην αδυναμία και την ασθένεια, η οσφυαλγία μπορεί να επηρεάζει την ψυχολογική του κατάσταση και τη διάθεσή του, με τις ανάλογες συνέπειες στις κοντινές του σχέσεις.

Η χρονική διάρκεια των συμπτωμάτων και η έντασή τους καθώς και η συχνότητα με την οποία εμφανίζονται στο άτομο είναι λογικό να επιδρούν με διαφορετική βαρύτητα στην ποιότητα της ζωής και στην καθημερινότητα του ατόμου. Επίσης, σημαντικό ρόλο στην ψυχολογική επιβάρυνση του πάσχοντα παίζουν ο αριθμός και το είδος των προφυλακτικών-θεραπευτικών μέτρων που αυτό καλείται να λάβει για την αντιμετώπιση του συμπτώματός του. Για παράδειγμα, πιθανά να πρέπει το άτομο να «χωρέσει» έναν σημαντικό αριθμό φυσιοθεραπευτικών ραντεβού στο εβδομαδιαίο του πρόγραμμα, ή να εξαρτάται καθημερινά από κάποιον κοντινό άνθρωπο για την επάλειψη μιας ειδικής αλοιφής στην περιοχή όπου πονάει.

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ψυχοπαθολογία και οσφυαλγία

Σύμφωνα με τον Coggon (2005), η απουσία συγκεκριμένης προϋπάρχουσας παθολογίας και φύσης των συμπτωμάτων της οσφυαλγίας συνηγορεί στην υπόθεση ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνισή της.

Η οσφυαλγία αναφέρεται στον πόνο της μέσης και αποτελεί ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα, αφού προβλέπεται ότι 4 στους 5 ανθρώπους θα εμφανίσουν παρόμοια συμπτώματα στη διάρκεια της ζωής τους. Ανάμεσα στους αναφερόμενους επιβαρυντικούς παράγοντες που εντοπίζει, βρίσκονται η κατάθλιψη και το άγχος (www.orthopedicsurgeon.gr).

Η κατάθλιψη μπορεί επίσης να επηρεάσει τη μυοσκελετική ανικανότητα (Σολιδάκη, 2006). Η κατάθλιψη, το άγχος, η αρθρίτιδα, ο διαβήτης, η υπέρταση και άλλες παθήσεις συνδέονται με το «κακό» stress. Το αυξανόμενο stress μπορεί να οδηγήσει σε άγχος και κατάθλιψη, μειώνοντας την ποιότητα ζωής του πάσχοντα και επιβαρύνοντας την ψυχική του υγεία. Έτσι, προτείνεται η υιοθέτηση τεχνικών μείωσης του stress, όπως είναι οι τεχνικές χαλάρωσης. Ένα από τα πρώιμα σημάδια του stress είναι και η οσφυαλγία (<http://www.sigmalive.com/lifestyle/health/249976>).

Η μετατραυματική ψυχοπαθολογία (όχι ως συγκεκριμένη παθολογική κατάσταση, αλλά ως μια γενικότερη ψυχολογική-ψυχιατρική επιβάρυνση) είναι αρκετά συχνή στις περιπτώσεις ορθοπεδικών επεμβάσεων και κάνει την ανάρρωση μετά από μυοσκελετικό τραυματισμό ακόμη πιο πολύπλοκο ζήτημα. Οι Sutherland et al. (2006) μελέτησαν τη σχέση μεταξύ της σωματικής και της ψυχολογικής ανάρρωσης σε άτομα με μυοσκελετικά τραύματα και βρήκαν ότι η προϋπάρχουσα ψυχοπαθολογία υπήρξε στο 11% των συμμετεχόντων και πως, η μετατραυματική ψυχιατρική συμπτωματολογία συσχετιζόταν ισχυρά με τη μειωμένη λειτουργικότητα του ατόμου σε κάθε επίπεδο που μελετήθηκε (ψυχολογικά και σωματικά) και με την ψυχοκοινωνική του «ανάρρωση». Η συσχέτιση της μετατραυματικής ψυχοπαθολογίας με τη μειωμένη λειτουργικότητα μετά από τον μυοσκελετικό τραυματισμό υποδηλώνει την ανάγκη περαιτέρω έρευνας για την αποσαφήνιση αναγκαιότητας ύπαρξης μιας προσέγγισης που να συνδυάζει τόσο τη σωματική όσο και την ψυχολογική θεραπευτική παρέμβαση, ώστε να επιτευχθεί ένα καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα, σε περιπτώσεις μυοσκελετικών τραυμάτων (Sutherland et al., 2006).

Το συναίσθημα της ντροπής στην ασθένεια

Εκτός από τα συναισθήματα του άγχους, της κατάθλιψης και της επιθετικότητας που έχουν εκτεταμένα μελετηθεί σε σχέση με τις ασθένειες, στο σημείο αυτό θα θέλαμε να επισημάνουμε τη σπουδαιότητα μελέτης ενός ακόμη συναισθήματος που συνδέεται με τις ψυχικές και σωματικές ασθένειες, το συναίσθημα της ντροπής. Οι πολιτισμικές ομάδες διαφέρουν ως προς τις αντιλήψεις τους για το τι είναι καλό, αληθινό, όμορφο, καθώς και ως προς τις εθιμικές, κοινωνικές, πολιτικές, οικονομικές και οικογενειακές πρακτικές που αξιολογούν ως σημαντικές μέσα από αυτές τις ιδέες (Shweder, 2003). Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι, η ντροπή βιώνεται από το άτομο όταν αυτό δεν πληρεί τα πρότυπα του «καλού» για την εκάστοτε κοινωνία. Οι Kurzban & Leary (2001) αναφέρουν πως η ντροπή, ο στιγματισμός και ο αποκλεισμός αποτελούν μέρος της διαδικασίας με την οποία μια ομάδα ατόμων αποφασίζει με ποιον θα σχετιστεί και θα συνεργαστεί και ποιον θα απορρίψει και θα αποφύγει. Οι άνθρωποι χρησιμοποιούμε το λεξιλόγιο του αγώνα και της ήττας για να περιγράψουμε πολλούς αγώνες στη ζωή μας, ένας από τους οποίους είναι αυτός απέναντι σε μία ασθένεια (Gilbert & Allan, 1998).

Όταν η ασθένεια θεωρούνταν μια μορφή τιμωρίας λόγω κακών πράξεων μπορούσε να οδηγήσει σε αυτοκατηγορία του ασθενούς και στην απόδοση κατηγορίας από τους άλλους. Από όταν διαπιστώθηκε ότι η ασθένεια οφείλεται σε διάφορα μικρόβια, η ευθύνη μετακινήθηκε από τον ασθενή (Lewis, 1998).

Εκτός από τις ψυχικές ασθένειες, και πολλές σωματικές ασθένειες συνοδεύονται από στίγμα (τρανταχτό παράδειγμα ανά τους αιώνες είναι η λέπρα). Μπορούμε, λοιπόν, να αναμένουμε πως η σωματική ασθένεια αφ' εαυτής εγείρει συχνά το συναίσθημα της ντροπής. Εκτός από αυτό, τόσο η ανάγκη εξάρτησης από κάποιον φροντιστή, όσο και οι απώλεια ελέγχου ορισμένων φυσικών λειτουργιών, η λήψη ιατρικής φροντίδας ακόμη και στα πιο ιδιωτικά μέρη του σώματος του πάσχοντα, καθώς και η «εξάρτηση» από αναλγητικά και άλλα φάρμακα, μπορούν να πυροδοτήσουν το συναίσθημα της ντροπής.

Το να αντιλαμβάνεται κανείς ότι το σώμα του έχει γίνει παράξενο, μυρίζει και αποτελεί πηγή μετάδοσης κάποιας ασθένειας, είναι στοιχεία που εμπλέκονται στην ντροπή, αφού μπορεί να προκαλέσουν την ανεπιθύμητη αντίδραση της αποστροφής των άλλων (Gilbert, 1998).

Ορισμένες ασθένειες και παθήσεις, λόγω της φύσης τους ή λόγω της κοινωνικής φόρτισής τους, οδηγούν συχνότερα σε συναισθήματα ντροπής, αμηχανίας, απόρριψης ή ενοχής. Τέτοιου είδους ασθένειες είναι, για παράδειγμα, αυτές που συνδέονται άμεσα με τη σεξουαλική ζωή του ατόμου. Αναφέρουμε

ενδεικτικά το AIDS, τη στυτική δυσλειτουργία, τις ποικίλες γυναικολογικές παθήσεις και τις αντίστοιχες ανδρικές. Η ντροπή που σχετίζεται με το σεξ γίνεται πιο σύνθετη μέσω του στίγματος της ασθένειας και πιο έντονη μέσω ανησυχιών μη μας χαρακτηρίσουν αμαρτωλούς, ανεύθυνους κτλ. (Tangney & Dearing, 2002).

Λαμβάνοντας υπόψη την ανάγκη συνεργασίας μεταξύ του πάσχοντα και της οικογένειάς του για το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα, δεν πρέπει να αγνοούμε ότι, το στίγμα και η ντροπή που αυτό προκαλεί, επηρεάζει και αυτούς που σχετίζονται με το στιγματισμένο άτομο (Lewis, 1998).

Η ντροπή μπορεί να πηγάζει από μια συνεχή ενημερότητα, ίσως μέσω διαρκών υπενθυμίσεων, ενός λάθους ή ελαττώματος για το οποίο ντρέπεται το άτομο, ή από τις πράξεις των άλλων που κάνουν το άτομο να ντρέπεται. Παραδείγματα διαρκούς έκθεσης στην πηγή της ντροπής, αποτελούν η εμπειρία ενός ατόμου που ντρέπεται για το σώμα του, για μια ουλή ή για την προφορά του (Tantam, 1998). Στην ίδια κατηγορία εντάσσονται και οι παθήσεις που έχουν άμεσες δερματολογικές επιπτώσεις, δηλαδή είναι εμφανείς στο δέρμα του ατόμου. Αυτές καθιστούν το άτομο περισσότερο εκτεθειμένο στο «βλέμμα του άλλου», κάτι που συνδέεται άμεσα με την (πραγματική ή αναμενόμενη) κοινωνική κριτική και απόρριψη και με το συναίσθημα της ντροπής. Τέτοια παραδείγματα είναι η ψωρίαση, τα εγκαύματα, ο έρπητας ζωστήρα, καθώς και διάφορα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως η σύφιλη. Ένα άλλο παρόμοιο παράδειγμα αποτελεί η ακμή (Kellelt & Gilbert, 2001), ένα φαινόμενο συνηθισμένο και αρκετά συχνό σε εφήβους και σε άλλες ηλικιακές ομάδες.

Επίσης, πολλές παθήσεις μπορεί να είναι συνέπειες σεξουαλικής και/ή σωματικής κακοποίησης. Ένα άτομο, συνήθως γυναίκα, που απευθύνεται σε ειδικούς για φροντίδα μετά από μια ή περισσότερες τέτοιες εμπειρίες, φέρει ήδη το συναισθηματικό βάρος του βιώματος της κακοποίησης, πέρα από τον πόνο που σχετίζεται άμεσα με μια πιθανή κάκωση ή με άλλου είδους τραύματα. Η κοινωνία μας εξακολουθεί να είναι καχύποπτη απέναντι στο βίωμα της κακοποίησης, οδηγώντας τα θύματά της σε συναισθήματα ενοχής, ντροπής και τελικά σε μια «συμφωνία σιγής». Όλα αυτά επιτείνουν τον πόνο του θύματος, εμποδίζοντας την αναζήτηση και τη λήψη βοήθειας και ανακούφισης.

Ο ρόλος της ντροπής και της σπουδαιότητας της διαχείρισής της σε περιπτώσεις ασθένειας αναδεικνύεται μέσα από τη μελέτη της Gustafsson και των συνεργατών της (2004). Αυτοί περιγράφουν πως σε άτομα με μυοσκελετικό πόνο εφαρμόστηκε ένα πρόγραμμα για την αποκατάστασή τους. Βασικός άξονας στο πρόγραμμα ήταν η διαδικασία αλλαγής από το συναίσθημα της ντροπής στον αυτοσεβασμό. Τα άτομα διδάχθηκαν και νέες στρατηγικές διαχείρισης του πόνου και άλλων

συμπτωμάτων τους. Το αποτέλεσμα ήταν η βελτίωση της αυτοεικόνας τους και της επικοινωνίας στο κοινωνικό τους περιβάλλον (Gustafsson et al., 2004).

Τέλος, θα επισημάνουμε πως, κυρίως για τους άνδρες, η αναζήτηση φροντίδας μπορεί να από μόνη της να είναι ντροπιαστική. Γενικότερα, η αναζήτηση βοήθειας όταν δε θεωρείται κανείς άξιος για αυτή, μπορεί να είναι ντροπιαστική (Gilbert & McGuire, 1998). Η ντροπή, εκτός ότι μας αποτρέπει να ζητήσουμε βοήθεια, επηρεάζει αρνητικά και τη συμμόρφωσή μας με τη θεραπεία (Tangney & Dearing, 2002).

Η επίδραση της ντροπής στο θεραπευτικό πλαίσιο είναι αρνητική. Οι ασθενείς αντιδρούν στο ότι υποφέρουν από ντροπή και ταπείνωση απέναντι στο γιατρό τους, και στους ειδικούς υγείας γενικότερα, υποκρύπτοντας πληροφορίες και παραποιώντας μηνύματα. Ντροπή νιώθουν και οι γιατροί στις συναντήσεις τους με ασθενείς, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η ντροπή και να μειώνεται η ικανοποίηση από την ιατρική πρακτική (Lazare, 1987). Στη θεραπεία η ντροπή είναι θετικό να εμφανίζεται και να δουλεύεται, αλλά όχι βέβαια και να προκαλείται διαρκώς εκ νέου (Jacoby, 1993).

Αναλυτικότερα θα μιλήσουμε για το συναίσθημα της ντροπής, καθώς και για τα υπόλοιπα συναισθήματα που σχετίζονται με τις σωματικές ασθένειες, στο επόμενο κεφάλαιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Το συναίσθημα της ντροπής

Η ντροπή είναι ένα εγωκεντρικό βίωμα, καθώς η επικέντρωση του ατόμου βρίσκεται στον εαυτό του. Γενικά, μπορούμε να υποθέσουμε ότι τα άτομα που τείνουν να παρατηρούν στενότερα τον εαυτό τους και να τον ελέγχουν, είναι πιθανότερο να βιώσουν ντροπή (Tangney & Dearing, 2002). Το περιεχόμενο της έννοιας «ντροπή», αναδεικνύεται μέσα από τη μελέτη του Gilbert (1998) όπου αναφέρει πως στην ντροπή *«...αυτό που έχει σημασία είναι η αίσθηση της προσωπικής μη-εγκυκλοπότητας- το να βρίσκεσαι στον κοινωνικό κόσμο σαν ένας ανεπιθύμητος εαυτός, ένας εαυτός που δεν επιθυμεί κανείς να είναι. Είναι μια μη-εθελοντική απάντηση στη γνώση ότι κάποιος έχει χάσει το κύρος του και έχει μειωθεί η αξία του»*.

Σύμφωνα με τους Tangney & Dearing (2002), η πρώιμη οπτική του Freud για την ντροπή ορίζει ότι αυτή συνδέεται με την άμυνα απέναντι σε επιθυμίες να τραβήξει το άτομο τη δημόσια προσοχή σεξουαλικά. Αργότερα επικεντρώθηκε περισσότερο στην ενοχή, την οποία απέδωσε σε διαμάχες του Εγώ ή του Εκείνο με το Υπερεγώ. Οι νέο-φροϋδικοί θεωρητικοί βλέπουν την ενοχή σαν αποτέλεσμα της σύγκρουσης του Εγώ με το Υπερεγώ (με τις ρίζες στο φόβο του ευνουχισμού, κατά τον Freud), και την ντροπή σαν αποτέλεσμα της σύγκρουσης ανάμεσα στο Εγώ και το Ιδανικό Εγώ (με τις ρίζες σε συναισθήματα ανωτερότητας και ακόλουθους φόβους απώλειας της αγάπης και εγκατάλειψης) (Tangney & Dearing, 2002). Γενικά, στην παραδοσιακή φροϋδική θεωρία έχει χαθεί ο διαχωρισμός μεταξύ της ντροπής και της ενοχής. Στη γνωστική θεωρία, η ντροπή θεωρείται γενικά περισσότερο παθογενής, κυρίως σε σχέση με την κατάθλιψη. Τα συναισθήματα της «χωρίς ντροπή» ενοχής από την άλλη θεωρούνται αρκετά λειτουργικά (Tangney & Dearing, 2002).

Ο Rosenberger (2005) αναδεικνύει και μια άλλη πλευρά της ντροπής. Μας εξηγεί πως η ντροπή αποτελεί το απαγορευτικό συναίσθημα που σχετίζεται με το φθόνο. Αποτελεί άμυνα απέναντι στην καταστροφική ναρκισσιστική επιθυμία ενσωμάτωσης ενός επενδυμένου ναρκισσιστικά αντικειμένου- το οποίο πάντα είναι ένα άλλο άτομο. Η ντροπή στην ψυχανάλυση αφορά επίσης το ναρκισσισμό. Η καταστρεπτική πρόθεση είναι μια άμυνα απέναντι στον πόνο του φθόνου, ίσως απέναντι στον πόνο της ντροπής. Έτσι, όταν ο φθόνος καταλήγει στην καταστροφή, δεν είναι γιατί εξαρχής ασυνείδητα ο σκοπός του ήταν κακός, αλλά το να βάλει ένα τέλος στον αβάσταχτο πόνο που τον συνοδεύει (Rosenberger, 2005).

Τα άτομα διαφέρουν σημαντικά ως προς το είδος της ντροπής που εμφανίζουν συχνότερα και την ένταση με την οποία βιώνουν το συναίσθημα. Οι γενετικοί προδιαθεσικοί παράγοντες και οι προσωπικές ιστορίες οδηγούν σε αυτή τη διαφορετική ευαισθησία στην ντροπή (Greenwald & Harder, 1998).

Συνοπτικά θα μπορούσαμε να πούμε πως, η ντροπή αποτελεί μια ισχυρή εμπειρία του φόβου να κριθεί κανείς ελλιπής. Είναι η αγχωτική εμπειρία, είτε της πραγματικής είτε της αναμενόμενης απώλειας του κύρους, της τρυφερότητας ή του αυτο-σεβασμού, που πηγάζει από τη γνώση ότι κάποιος είναι εύθραυστος απέναντι στο βλέμμα απόρριψης ή στην αρνητική κρίση των άλλων. Στην πραγματικότητα, δεν μπορεί κανείς να κρυφθεί από το συναίσθημα της ντροπής ή το φόβο ότι «θα τον κρίνουν ως ελαττωματικό» (Shweder, 2003).

Τύποι ντροπής

Ο βασικός διαχωρισμός που γίνεται στην ντροπή, είναι μεταξύ της εσωτερικής και της εξωτερικής ντροπής (Gilbert, 1998). Η *εσωτερική ντροπή* αφορά αρνητικές αξιολογήσεις του εαυτού για τον εαυτό και συναισθήματα που απευθύνονται στον εαυτό (όπως αηδία για τον εαυτό) (Benn et al., 2005). Η *εξωτερική ντροπή* απαιτεί την ικανότητα να προβλέπει κάποιος το πώς θα κρίνουν οι άλλοι μια συμπεριφορά του ατόμου ή ένα προσωπικό στοιχείο. Σχετίζεται με εκτιμήσεις που επικεντρώνονται στις πλευρές μας τις οποίες πιστεύουμε ότι οι άλλοι θα απορρίψουν ή θα τους επιτεθούν, εάν τις μάθουν (Gilbert, 2000).

Η εσωτερική και η εξωτερική ντροπή τις περισσότερες φορές συσχετίζονται. Ο Goss και οι συνεργάτες του -1994- επισημαίνουν πως, εάν κάποιος θεωρεί τον εαυτό του ανεπαρκή, θα περιμένει και από τους άλλους να τον βλέπουν με τον ίδιο τρόπο. Για παράδειγμα, κάποιος μπορεί να ντρέπεται επειδή φαίνεται να είναι αναισχυντος χωρίς, όμως, να έχει την αίσθηση της εσωτερικής ντροπής. Η αναγνώριση ότι οι άλλοι βρίσκουν τη συμπεριφορά κάποιου ως άξια ντροπής, ενώ το ίδιο το άτομο δε συμφωνεί με αυτό, μπορεί να οδηγήσει σε αντικοινωνική συμπεριφορά. Όταν η συμπεριφορά ελέγχεται πλήρως από την εξωτερική ντροπή, οι άνθρωποι που πιστεύουν ότι μπορούν να μην ανακαλυφθούν μπορεί να οδηγηθούν σε κοινωνικά ντροπιαστικές συμπεριφορές (Gilbert, 1998). Στην έρευνα των Benn και των συνεργατών του (2005) η εξωτερική ντροπή βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με την κοινωνική ικανότητα, την κοινωνική εγγύτητα και σχετιζόταν θετικά με το φόβο της αποκάλυψης προσωπικών πληροφοριών.

Ο ρόλος του κοινωνικού πλαισίου στην ντροπή

Η λέξη «ντροπή» εμπεριέχει στοιχεία τόσο του εαυτού όσο και του κοινωνικού συνόλου, έτσι ο ρόλος της είναι διπτός: από τη μία πλευρά εξυπηρετεί στην κοινωνική προσαρμογή του ατόμου- αποτελώντας κοινωνικό φαινόμενο και απαντώντας σε κανόνες που διαμορφώνει η ίδια η κοινωνία- και από την άλλη συμβάλλει στην ανάπτυξη της προσωπικότητας και τη διατήρηση της ατομικής του ακεραιότητας (Shweder, 2003).

Οι Leeming & Boyle (2004) επισημαίνουν την ανάγκη να δίνεται περισσότερη βαρύτητα στο κοινωνικό πλαίσιο και τις εκάστοτε συγκεκριμένες συνθήκες όπου αντιδρούμε με ντροπή, και να μην επικεντρωνόμαστε μόνο στην εσωτερική απόδοση (αρνητική αυτοαξιολόγηση) και την προσωπικότητα με τάση για ντροπή. Οι ίδιοι μελετητές επισημαίνουν την τεχνητότητα της διάκρισης ανάμεσα σε προσωπικούς και κοινωνικούς παράγοντες της εμπειρίας της ντροπής. Ο κοινωνικός κόσμος, οι αλληλεπιδράσεις και οι διαπραγματεύσεις ρόλων μέσα στις σχέσεις, λένε, είναι παράγοντες που διαμορφώνουν διαφορετικά την ευαισθησία του καθενός στην ντροπή, κάτι που ως τώρα κυρίως εξηγείται κυρίως με αναφορές στη δομή της προσωπικότητας ή του γνωστικού τύπου του κάθε ατόμου. Η συμπεριφορά ντροπής επηρεάζεται από το ρόλο του κοινωνικού πλαισίου, τις επιταγές της κουλτούρας που μπορεί να οδηγεί σε στιγματισμούς, τις διαθέσιμες θέσεις για το υποκείμενο και άλλα. Όλα αυτά έχουν ξεχωριστή σημασία για την έγερση των συναισθημάτων, συμπεριλαμβανομένης και της ντροπής (Leeming & Boyle, 2004).

Αναλυτικότερα, οι Leeming & Boyle (2004) αναφέρουν ορισμένους τρόπους με τους οποίους ένα συγκεκριμένο κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να οδηγήσει σε επαναλαμβανόμενες εμπειρίες ντροπής ή σε ένα διαρκές συναίσθημα ντροπής:

- 1) η στιγματισμένη, και άρα ντροπιαστική, πλευρά του εαυτού είναι αρκετά ορατή,
- 2) η αποτυχία διατήρησης ενός ρόλου για μεγάλη διάρκεια με επιτυχία,
- 3) τα κέρδη άλλων από την ντροπή του υποκειμένου (σε κάποιες ομάδες, για να διατηρήσουμε τις σχέσεις μας, μπορεί να ωφελεί να διατηρούμε μια ταυτότητα ντροπής και να αποφεύγουμε να κατηγορήσουμε τους άλλους σε καταστάσεις όπου υπάρχει χαμηλή εμπιστοσύνη στη σταθερότητα της σχέσης ή φόβος βίας),
- 4) η υιοθέτηση κοινωνικών ρόλων όπου δε διατίθενται εύκολα στρατηγικές αποφυγής της ντροπής, και τέλος
- 5) ο πολιτισμικός λόγος για την «ντροπή της ντροπής» (Leeming & Boyle, 2004).

Ως κοινωνική αντίδραση, η ντροπή θεωρείται ουσιώδης και αποτελεί μια αίσθηση έκθεσης των αποτυχιών ενός ατόμου στους άλλους και μια αντίδραση στην εικόνα ή τη φανταστική εικόνα που δημιουργεί το άτομο στο μυαλό του άλλου (Shapiro, 2003). Παρόλα αυτά, η ντροπή αποτελεί κοινωνική αντίδραση μόνο με μια περιορισμένη έννοια. Αποτελεί μια αντίδραση άμυνας που προβλέπει την περιφρόνηση ή την κριτική από τους άλλους. Αλλά αυτή η περιφρόνηση και η κριτική από τους άλλους, προκύπτει όταν ο σεβασμός για τον εαυτό έχει ήδη ελαττωθεί, ίσως μέχρι το σημείο της περιφρόνησης (Shapiro, 2003). Σε αυτή τη συνειδητή κατάσταση του μυαλού, το άτομο που ντρέπεται νιώθει εύθραυστο στην έκθεση. Αυτός μπροστά στον οποίο το άτομο νιώθει εκτεθειμένο, δεν είναι καθόλου μια ξεκάθαρη και ξεχωριστή φιγούρα, αλλά εκείνη τη στιγμή βιώνεται όπως το τεράστιο αθέατο κοινό από έναν ανεπαρκή ηθοποιό στη σκηνή (Shapiro, 2003).

Η ντροπή και «το βλέμμα του άλλου»

Προκειμένου να αναδυθεί το κοινωνικό συναίσθημα της ντροπής, χρειάζεται να είναι παρόν αυτό (συνθήκη, άτομο, λόγια) που την πυροδοτεί. Ο κοινωνικός παράγοντας που πυροδοτεί το συναίσθημα της ντροπής είναι το «*βλέμμα του άλλου*», το βλέμμα της κοινότητας (Heller, 2003). Τα συναισθήματα από μόνα τους δε συνδέονται με ηθικούς κανόνες, αλλά συνδέονται οι πράξεις που πηγάζουν από αυτά. Το «*βλέμμα του άλλου*» ενεργεί σα μια ηθική εξουσία, και η Heller το αποκαλεί «*εξωτερική εξουσία της ηθικής κρίσης*» (Heller, 2003).

Η Heller, αναλύοντας την έννοια «*το βλέμμα του άλλου*» και την επίδρασή του στην ανάπτυξη του συναισθήματος της ντροπής, μας λέει ότι, το άτομο είναι ή υποτίθεται ότι είναι- συνεχώς σε θέα, οτιδήποτε και αν κάνει. Οποτεδήποτε το βλέμμα του άλλου δεν εγκρίνει το άτομο, ο «*ένοχος*» νιώθει εκμηδενισμένος: κοκκινίζει, σκύβει το κεφάλι ώστε να μην μπορεί να δει την κριτική του «*ματιού*», και νιώθει την ανάγκη να εξαφανιστεί ώστε να μην τον βλέπουν. Αφού η ντροπή είναι ένα επίπονο συναίσθημα, το άτομο θα προσπαθήσει να συμμορφωθεί με τους κανόνες, ώστε να αποφύγει να νιώσει ντροπή. Επίσης θα μάθει ότι μπορεί να κάνει τους άλλους να νιώθουν ντροπή (Heller, 2003).

Η ντροπή μπορεί να πυροδοτηθεί από την αποτυχία να ανταποκριθεί κανείς στις προσδοκίες των άλλων. Αυτές οι προσδοκίες είναι ανάλογες με την ομάδα αναφοράς. Για παράδειγμα, για έναν πλούσιο άνθρωπο, η φτώχεια είναι ντροπή διότι αυτός βλέπει τον εαυτό του εκτεθειμένο στους πλούσιους φίλους του (η δική του ομάδα αναφοράς) (Heller, 2003). Το να είναι ή να δείχνει κάποιος διαφορετικός, είναι επίσης μια περίπτωση όπου κινητοποιείται η ντροπή. Οι

άνθρωποι που είναι εκτεθειμένοι στην ντροπή εξαιτίας των διαφορών τους, είναι επίσης εκτεθειμένοι στο γέλιο (Heller, 2003).

Η Heller (2003) συσχετίζει το συναίσθημα της ντροπής με την αίσθηση του να είναι κανείς γυμνός. Αναφέρει ότι, μπροστά στο κριτικό βλέμμα του «άλλου», οι άνδρες και οι γυναίκες βιώνουν ένα συναίσθημα συγκρίσιμο με το να είναι γυμνοί. Οι τεχνικές αποφυγής της ντροπής, όπως το κρύψιμο του προσώπου, δε σκοπεύουν μόνο στο να εμποδίζουν τον πόνο ή την έκθεση στον περιγέλο. Έχουν σκοπό και την προστασία ενάντια στη διαφάνεια. Η απειλή του να είναι κανείς «γυμνός» απέναντι σε τρίτους, συνιστά απειλή για την απώλεια του εαυτού (Heller, 2003).

Επειδή η ντροπή είναι το συναίσθημα που χρησιμοποιείται περισσότερο στη διαδικασία της κοινωνικοποίησης προκειμένου να μειωθεί το κενό μεταξύ γενετικών και κοινωνικών παραγόντων, τα κορίτσια και τα αγόρια εκτίθενται στην ντροπή για «εκπαιδευτικούς» λόγους (Heller, 2003). Οποιαδήποτε στιγμή το να δείχνει κανείς το γυμνό σώμα του αποτελεί από μόνο του αμαρτία ή προσβολή, το άτομο το κρύβει, και κυρίως κρύβει τα γεννητικά του όργανα, ακόμη και στην ενήλικη ζωή. Το άτομο θα ντραπεί μόνο εάν κάποιος άλλος το δει. Είναι γνωστό ότι η γύμνια δε θεωρείται ντροπή στα πλαίσια διάφορων φυλών ή μεταξύ των οικολόγων, για παράδειγμα. Σε αυτές τις περιπτώσεις το βλέμμα του άλλου δεν κατακρίνει τη γύμνια δημοσίως, και μπορεί ακόμη και να την εγκρίνει (Heller, 2003).

Ο Δαρβίνος δε διαχώριζε συμπεριφορικά τη δειλία, την ντροπή, την ενοχή και την αμηχανία, και προσέφερε μια ποικιλία ερεθισμάτων, πιθανών διεγερτών αυτών των συναισθημάτων. Ανέφερε ότι η πράξη από μόνη της δεν αποτελεί αιτία της κατάστασης ντροπής: η ντροπή προκύπτει από το πώς μας βλέπουν οι άλλοι (Lewis, 2003).

Υπάρχει η πιθανότητα, ορισμένα γεγονότα να οδηγούν στην κατάσταση ντροπής πιο άμεσα από άλλα, ίσως επειδή είναι πιθανότερο να προκαλέσουν συγκεκριμένες σκέψεις από ότι τα υπόλοιπα. Για παράδειγμα, σύμφωνα με τον Lewis (2003), τα ατυχήματα στην τουαλέτα είναι πιθανότερο αν οδηγήσουν στην απόρριψη των άλλων από ότι τα κενά γνώσης. Έχει φανεί μέσα από ποικίλες μελέτες πως, τελικά, η ντροπή συνδέεται με δύο βασικές κατηγορίες γεγονότων: αυτά που σχετίζονται με συγκεκριμένα φυσικά γεγονότα, όπως η έκθεση των γεννητικών οργάνων, και αυτά που σχετίζονται με σκέψεις για τον εαυτό (Lewis, 2003).

Ο φόβος του *παντοδύναμου εισβάλλοντος άλλου* (Gilbert, 2003) που μπορεί να μας προκαλέσει ντροπή και πρέπει να κρατηθεί μακριά γιατί μπορεί να μας κάνει να νιώσουμε άσχημα για τον εαυτό μας, είναι ένα ζήτημα που συναντιέται

συχνά στην ψυχοθεραπεία. Οι άνθρωποι μπορεί να μην αποκαλύπτουν πράγματα για τον εαυτό τους σε άτομα που τους ορίζουν αρνητικά και, μπροστά στα οποία, νιώθουν άσχημα. Το μότο εδώ είναι «μην αφήσεις τους ανθρώπους να έρθουν πολύ κοντά σου ή να σε μάθουν». Οι άλλοι αντιμετωπίζονται ως παντοδύναμοι, ότι έχουν την ικανότητα να εισβάλλουν στον εαυτό του ατόμου και να το ορίσουν όπως κρίνουν εκείνοι (Gilbert, 2003).

Το συναίσθημα της ντροπής και το γυναικείο φύλο

Η αγνότητα που αποδίδεται στις γυναίκες βρίσκεται στην καρδιά του τρόπου με τον οποίο σκέφτεται, και πάντα σκεφτόταν, το μεγάλο μέρος του κόσμου για την ντροπή. Η γυναικεία σεξουαλικότητα είναι κεντρική στο πως έχει οριστεί η ντροπή σε πολλές περιπτώσεις (Cohen, 2003). Έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες τείνουν περισσότερο προς την ενοχή και την ντροπή, άρα είναι ικανές και για το χειρότερο και για το καλύτερο των υπερεγωτικών συναισθημάτων (Tangney & Dearing, 2002).

Σε γενικές γραμμές φαίνεται πως οι γυναίκες είναι περισσότερο ευάλωτες στα συναισθήματα της ντροπής σε σχέση με τους άνδρες. Ο Gilbert και οι συνεργάτες του (2005) εντόπισαν σε μελέτη τους πως οι γυναίκες έχουν περισσότερο άγχος κοινωνικής αλληλεπίδρασης, υψηλότερη αίσθηση κατωτερότητας, αντίληψη χαμηλότερης κοινωνικής δύναμης και την τάση να συγκρίνουν τον εαυτό τους λιγότερο ευνοϊκά σε σχέση με τους άλλους, από ότι κάνουν οι άνδρες. Όλοι αυτοί είναι παράγοντες που συνδέονται και ενισχύουν το συναίσθημα της ντροπής.

Στη σύγχρονη εποχή οι γυναίκες (και οι άνδρες) μπορεί να συμβάλλουν στον να καταπνίγουν τη σεξουαλική δραστηριότητα άλλων γυναικών μέσω της ντροπής, σαν μια μη-συνειδητή ανταγωνιστική τακτική για να διατηρήσουν την αξία του σεξ υψηλά (και τη διαθεσιμότητα χαμηλά), ειδικά σε ανδρικά περιβάλλοντα ελέγχου των πόρων (Gilbert, 2003).

Ο Lindisfarne (1998) αναφέρει παραδείγματα όπου διαφαίνεται η σύνδεση μεταξύ γυναικείας σεξουαλικότητας, ανδρικής τιμής και του συναισθήματος της ντροπής. Επισημαίνει, για παράδειγμα, ότι υπάρχουν πολλές εθνογραφίες στη Μεσόγειο και τη Μέση Ανατολή οι οποίες αναφέρουν μια εμμονή με τη θηλυκή παρθενία. Σε περιοχές του Αφγανιστάν, η αποπλάνηση μιας παρθένας αποτελεί σχεδόν ηρωική πράξη και η επανάληψή της μερικές φορές ορίζει την ουσία της αρρενωπότητας και της τιμής. Στην κεντρική Μέση Ανατολή τα νεαρά ανύπανδρα κορίτσια μπορεί να «επισκευάζουν» τον παρθενικό υμένα τους πριν

να βγουν με κάθε νέο φίλο τους. Υπάρχει πάντα η περίπτωση να διερευνηθεί η κατάσταση του παρθενικού υμένα από την οικογένεια του κοριτσιού ή του γαμπρού. Τέλος, στην Τουρκία έχουν αναφερθεί περιπτώσεις όπου η νύφη σκοτώνεται επειδή ήταν μάρτυρας της ανικανότητας του γαμπρού για συνουσία, οπότε μάρτυρας της ντροπής του.

Η απουσία κοινωνικής τιμής, αναγνώρισης ή κύρους ονομάζεται ή βιώνεται συχνά σαν ντροπή. Γενικότερα, πολλές αποχρώσεις της αρρενωπότητας και της θηλυκότητας και πολλοί βαθμοί και είδη ηθικών και ντροπιαστικών συμπεριφορών διακινούνται στις καθημερινές διαπραγματεύσεις (Lindisfarne, 1998).

Η βιολογία της ντροπής

Όπως αναφέρουν οι Gilbert & McGuire (1998), η ντροπή στηρίζεται σε αρχέγονους ψυχοβιολογικούς μηχανισμούς που αναπτύχθηκαν για να καταστήσουν τα ζώα ικανά να αντιλαμβάνονται τις κοινωνικές απειλές και να υιοθετούν αμυντικές δράσεις. Οι παράγοντες που προκαλούν τόσο την υποτακτική συμπεριφορά όσο και την ντροπή σχετίζονται με επιθετικά και απορριπτικά κοινωνικά σήματα (Gilbert & McGuire, 1998). Ο Lundback και οι συνεργάτες του (2006) αναφέρουν τη θέση του Zahn- Waxter και των συνεργατών του που διατυπώθηκε το 1995, ότι η ντροπή ίσως έχει πιο ξεκάθαρα βιολογικό υπόβαθρο από την ενοχή, καθώς φαίνεται να βρίσκεται υπό μερικό γενετικό έλεγχο.

Γενικά, η υποτέλεια και οι απειλές από τους ανώτερους σχετίζονται ισχυρά με πολλές φυσιολογικές επιδράσεις (Gilbert et al., 2003). Επίσης, έχει διαπιστωθεί πως η αμφεταμίνη οδηγεί τα άτομα που τοποθετούνται σε χαμηλή κοινωνική βαθμίδα να αυξάνουν την επίφοβη επαγρύπνησή τους και τη συμπεριφορά κρυψίματος- χαρακτηριστικά στοιχεία της αντίδρασης της ντροπής (Gilbert et al., 2005).

Υπάρχουν στενοί δεσμοί μεταξύ των ψυχοβιολογικών διαδικασιών που βρίσκονται πίσω από τα δυναμικά της προσκόλλησης και τα δυναμικά της ντροπής, κατά τον πρώτο χρόνο ζωής. Καθώς η μητέρα και το βρέφος συντονίζουν τις εκφράσεις τους (από τις οποίες καθρεπίζεται η συναισθηματική τους κατάσταση), ο καθένας αναδιαμορφώνει μια εσωτερική ψυχοφυσιολογική κατάσταση παρόμοια με του άλλου. Ο συγχρονισμός του βρέφους με το φροντιστή (συνήθως με τη μητέρα) διευρύνει τις ευκαιρίες για θετικά συναισθήματα και μειώνει το αρνητικό συναίσθημα. Αυτές οι αλληλεπιδράσεις και η προσκόλληση επηρεάζουν ευθέως την αποτύπωση (Schore, 1998). Ο Schore αναφέρει επίσης πως ο Hofer το 1990 απέδειξε ότι η μητέρα επηρεάζει το συναίσθημα του βρέφους, ρυθμίζοντας

απευθείας τα επίπεδα κατεχολαμινών, ντοπαμίνης και νοραδρεναλίνης στον εγκέφαλο του βρέφους.

Η βιολογική κατάσταση των μελών μιας κοινωνίας με χαμηλότερο κύρος υποδεικνύει μια ιδιαίτερη ετοιμότητα έκφρασης υποτελών συμπεριφορών και αποφυγής πιθανά επικίνδυνων προκλήσεων (Gilbert & Allan, 1998). Στα ζώα, αυτό που συμπεριφέρεται υποτακτικά, μπορεί να στείλει σήματα που επηρεάζουν τη νοητική κατάσταση του επιτιθέμενου, έτσι ώστε αυτός να υποχωρήσει τελικά αποκλιμακώνοντας την ένταση. Όσα ζώα εμφανίζουν υποτακτικές συμπεριφορές συνήθως είναι τεταμένα, άγρυπνα για επιθέσεις από ανώτερα κοινωνικά μέλη, έχουν χαμηλό 5-HT και υψηλές ορμόνες στρες, και δεν είναι τόσο σίγουρα για τον εαυτό τους όσο τα ανώτερα μέλη (Gilbert & Allan, 1998).

Σε μια προσπάθεια «φωτογράφισης» της βιολογικής δράσης της ντροπής, θα αναφερθούν κάποιες σχετικές μελέτες. Ξεκινώντας με τη μελέτη του Schore (1998), επισημαίνεται ότι η ντροπή είναι ένα επίπονο στρεσογόνο συναίσθημα που οδηγεί το βρέφος σε μια «απενεργοποίηση», κατά τη διάρκειά της οποίας προσπαθεί να αποσυρθεί και να εξαφανιστεί από το οπτικό πεδίο των σημαντικών αντικειμένων. Αυτή η κατάσταση ρυθμίζεται από ένα διαφορετικό ψυχοβιολογικό πρότυπο από ό, τι συμβαίνει στις θετικές καταστάσεις.

Ο ίδιος (Schore, 1998) αναφέρει πως, τα κορτικοστεροειδή που παράγονται κατά την αντίδραση στρες, μειώνουν τον παράγοντα απελευθέρωσης οπιοειδών και κορτικοτροπίνης στον εγκέφαλο. Η πρόκληση της ντροπής αναπαριστά μια ξαφνική αλλαγή από την κινητοποιητική ενεργειακά δραστηριότητα του συμπαθητικού στην διατήρηση ενέργειας από το παρασυμπαθητικό, μια μετάβαση από την υπερδιέγερση στην υποδιέγερση και από την egotropic διέγερση (από το συμπαθητικό) στην trophotropic διέγερση (από το παρασυμπαθητικό) (Schore, 1998).

Η ικανότητα ρύθμισης της ντροπής εσωτερικά, επιτρέπει την ικανότητα βιώματος ενός μεγάλου εύρους θετικών και αρνητικών συναισθημάτων (Schore, 1998). Αναφέρονται διάφορες μελέτες που δείχνουν ότι τα αρνητικά συναισθήματα ενεργοποιούνται και ρυθμίζονται από το δεξί ημισφαίριο. Έτσι, πιθανά και η ντροπή, που αποτελεί το πιο επίπονο αρνητικό συναίσθημα, να είναι φαινόμενο του δεξιού ημισφαιρίου (Schore, 1998). Η έκφραση των συναισθημάτων, σε επίπεδο φυσιολογίας, βασίζεται στις συντονισμένες αντιδράσεις τόσο του συμπαθητικού όσο και του παρασυμπαθητικού συστήματος, κάτι που επιτρέπει στην ντροπή (παρασυμπαθητικό) να συνυπάρχει με καταστάσεις που κινητοποιούνται από το συμπαθητικό, όπως είναι η χαρά, ο θυμός και ο φόβος (Schore, 1998).

Οι Gilbert & McGuire (1998) στη μελέτη τους αναφέρουν πως οι διαπροσωπικές ακολουθίες εξυπηρετούν στην επαναρύθμιση βιολογικών καταστάσεων και σχέσεων. Για παράδειγμα, το να ντρέπεται κανείς μπορεί να είναι απορυθμιστικό και η αναγνώριση της απορύθμισης μπορεί να είναι ακόμη πιο ντροπιαστική. Στην ίδια μελέτη δίνεται έμφαση στο πόσο ευαίσθητες είναι οι φυσιολογικές μεταβλητές (όσον αφορά τη ρύθμιση- απορύθμιση) στα κοινωνικά σήματα. Όταν η ευαισθησία του CNS 5- HT είναι υψηλή, η συχνότητα της επιθετικής συμπεριφοράς είναι χαμηλή. Τα επίπεδα του 5- HT στα κυρίαρχα αρσενικά είναι πολύ ευαίσθητα στα υποτακτικά σήματα που εκδηλώνουν οι υποτελείς. Καθώς αλλάζει η κοινωνική θέση του μέλους, αλλάζουν αντίστοιχα και τα φυσιολογικά μέτρα (επίπεδα 5- HT, ευαισθησία στο CNS 5- HT), αλλά και η κοινωνική συμπεριφορά. Εκτός από την απορύθμιση των υποτελών μελών, παρατηρείται πως απορυθμίζονται και τα ανώτερα μέλη από τις απειλές των υποτελών. Στους ανθρώπους, η διαθεσιμότητα, η ευαισθησία και ο μεταβολισμός CNS 5- HT διαφέρουν στα άτομα. Το κοινωνικό κύρος, και περισσότερο τα κοινωνικά σήματα, πιθανά επηρεάζουν σημαντικά την ευαισθησία του CNS 5- HT (Gilbert & McGuire, 1998).

Η τελευταία μελέτη που θα αναφέρουμε είναι των Finger και συνεργατών (2006). Αυτοί, με fMRI, εντόπισαν περισσότερες bold αντιδράσεις σε περιοχές του μετωπιαίου φλοιού, όταν τα άτομα διάβαζαν αποσπάσματα για ηθικές παραβάσεις με τα ίδια σαν πρωταγωνιστές, ανεξάρτητα από το αν υπήρχαν παρατηρητές ή όχι στην ιστορία τους. Το ίδιο βρέθηκε και στα αποσπάσματα που περιείχαν κοινωνικές παραβάσεις με την παρουσία παρατηρητών (σε σχέση με τις ουδέτερες καταστάσεις). Αυτά τα ευρήματα συμφωνούν με τη θέση ότι περιοχές του προμετωπιαίου φλοιού ρυθμίζουν συμπεριφορές ως αντιδράσεις σε κοινωνικά στοιχεία. Στις ηθικές παραβάσεις, και λιγότερο στις κοινωνικές, παρατηρήθηκε αυξημένη δραστηριότητα στην αριστερή βρεγματική συμβολή, στο μέσο προμετωπιαίο φλοιό και στους βρεγματικούς πόλους, σε σχέση με τις ουδέτερες καταστάσεις με ή χωρίς κοινό. Αυτές οι περιοχές εμπλέκονται στην αναπαράσταση της νοητικής κατάστασης των άλλων (θεωρία του νου). Στην ίδια μελέτη, η παρουσία κοινού σχετιζόταν με αυξημένη δραστηριότητα της αμυγδαλής σε όλες τις συνθήκες. Στις ηθικές παραβάσεις τα άτομα ανέφεραν περισσότερη ενοχή, μετά ντροπή και τέλος αμηχανία. Στις κοινωνικές παραβάσεις η σειρά ήταν αμηχανία, ντροπή, ενοχή. Στις ηθικές παραβάσεις η παρουσία κοινού δεν επηρέαζε την ενοχή, αλλά επηρέαζε ελαφρώς την ντροπή και την αμηχανία. Στις κοινωνικές παραβάσεις το κοινό οδηγούσε σε περισσότερη αμηχανία και ντροπή και σε ελάχιστα μεγαλύτερη ενοχή. Ίσως τα λειτουργικά ελαττώματα στην αμυγδαλή και στον κοιλιακό-πλευρικό και πλαγιο-μέσο προμετωπιαίο φλοιό να συμβάλλουν στην διενέργεια ακατάλληλων κοινωνικών συμπεριφορών, μειώνοντας την εκτίμηση της

καταλληλότητας του περιεχομένου και την ικανότητα να ρυθμίσει το άτομο της οργάνωση μιας κατάλληλης δράσης (Finger et al., 2006).

Αξίζει να αναφέρουμε και μια επισήμανση των Gilbert και των συνεργατών του (1996), ότι ο Schore το 1994 παρατήρησε πως οι πρώιμες εμπειρίες ντροπής και μειωμένης αξίας μπορούν να επιδράσουν σημαντικά στην ωρίμανση του εγκεφάλου.

Θυμός και επιθετικότητα

Σύμφωνα με τον Gilbert (1998), ο θυμός και η επιθετικότητα μπορούν να προκύψουν από τη ματαιώση, την αρνητική αξιολόγηση, την αίσθηση κάποιου ότι τον έχουν κοροϊδέσει, αδικήσει ή απογοητεύσει. Στην καθημερινότητα, ο θυμός, η ανησυχία και η αηδία μπορεί να αποτελούν στοιχεία της εμπειρίας της ντροπής, και έτσι να είναι μέρη της μη-λεκτικής συμπεριφοράς της (Gilbert, 1998). Τα αισθήματα θυμού για την κριτική των άλλων έχουν βρεθεί να σχετίζονται με την κατάθλιψη, την ντροπή και το φόβο της αρνητικής αξιολόγησης. Η κατηγορία προς τον εαυτό συνδέεται με το γενικευμένο θυμό (Gilbert & Miles, 2000).

Είναι σημαντικό να διαχωρίσουμε το θυμό από την επιθετικότητα. Όπως αναφέρουν οι Tangney & Dearing (2002), ο θυμός αφορά μια αρνητική συναισθηματική κατάσταση και αποτελεί ένα συναίσθημα που περιλαμβάνει την απόδοση μομφής. Η επιθετικότητα (λεκτική ή σωματική) αποτελεί μια συμπεριφορική αντίδραση που σκοπεύει να προκαλέσει κακό ή στενοχώρια σε κάποιον άλλο. Παρά το αναμενόμενο, η ντροπή προκαλεί θυμό που κατευθύνεται προς τους άλλους, παρά αναχαιτίζει το θυμό και την επιθετικότητα. Γίνεται γενικά κατανοητό ότι η ενοχή συμβάλλει περισσότερο θετικά στις διαπροσωπικές μας σχέσεις από ότι η ντροπή (ενσυναίσθηση, διαχείριση θυμού) (Tangney & Dearing, 2002).

Η έκφραση της επιθετικής συμπεριφοράς μπορεί να οδηγήσει στην ντροπή. Μια άλλη περίπτωση είναι ότι η τάση για την ντροπή, η διεγερσιμότητα του θυμού και η τάση να δρα κάποιος επιθετικά σε δύσκολες καταστάσεις, σχετίζονται όλα με μια ευρύτερη διάσταση ψυχοπαθολογίας ή δυσπροσαρμοστικότητας (Keltner & Harker, 1998).

Τα βασικά χαρακτηριστικά, σύμφωνα με τον Retzinger (1998), της οργής λόγω ντροπής είναι τα εξής:

- Ο δεσμός παραβιάζεται ή θεωρείται πως παραβιάζεται
- Η ντροπή σηματοδοτεί διακοπή στο σύστημα δεσμού
- Άρνηση της ντροπής. Ο εαυτός νιώθει αποξενωμένος και βιώνει τον άλλον ως την πηγή επίθεσης.

- Ο θυμός ακολουθεί σαν άμυνα ή διαμαρτυρία ενάντια στην απειλή. Όταν αγνοείται ο δεσμός, ο θυμός χρησιμεύει σαν ένας μηχανισμός για τη διάσωση της φήμης κάποιου.

Η ενοχή δεν οδηγεί στο θυμό με τον ίδιο τρόπο που οδηγεί η ντροπή. Οι άνθρωποι που νιώθουν ενοχή είναι λιγότερο πιθανό να θεωρούν τους άλλους υπεύθυνους για τη στενοχώρια τους, ότι τους κρίνουν άδιστα και ότι τους κατακρίνουν. Έτσι είναι λιγότερο πιθανό να καταλήξουν σε ανταποδοτικό θυμό απέναντι στους «παρατηρητές άλλους» (Tangney & Dearing, 2002).

Χωρίς αμφιβολία ο θυμός που ξεκινά από την ντροπή μπορεί να θέσει πολλά προβλήματα στις διαπροσωπικές μας σχέσεις. Η αμυντική κατηγορία προς άλλους που βασίζεται στην ντροπή μπορεί να οδηγήσει και τα δύο μέλη στην απόσυρση ή στην αύξηση του ανταγωνισμού, της κατηγορίας και της αλληλοκατηγορίας (Tangney & Dearing, 2002).

Το άγχος στα πλαίσια του εργασιακού περιβάλλοντος

Το άγχος που συνδέεται με την εργασία προκύπτει στα πλαίσια της συναλλαγής του ατόμου με το εργασιακό του περιβάλλον και αποτελεί συνάρτηση των δεξιοτήτων αντιμετώπισής του (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984). Αυτό σημαίνει πως, ανάλογα με τη δυνατότητα που έχει το κάθε άτομο να προσαρμόζεται και να διαχειρίζεται τις δυσκολίες που προκύπτουν στο εργασιακό του περιβάλλον, καταφέρνει περισσότερο ή λιγότερο επιτυχημένα να διαχειρίζεται το άγχος που βιώνει στα πλαίσια της δουλειάς του, τα επίπεδα του οποίου ποικίλουν.

Οι ανεπιθύμητες δράσεις του άγχους επηρεάζουν ένα ευρύ φάσμα της ζωής του ατόμου, θέτοντας σε κίνδυνο την ψυχική και σωματική του υγεία, τις σχέσεις του καθώς και την απόδοσή του στην εργασία. Επίσης επισημαίνεται η εμπλοκή του άγχους στην παραγωγικότητα του ατόμου και τη συστηματική αποχή από τα επαγγελματικά καθήκοντα (Hurrell, Nelson, & Simmons, 1998; Kasl, 1983 & 1998; Sauter, 1989), κάτι που επίσης έχει επισημανθεί ως βασική συνέπεια της οσφραλγίας (Coggon, 2005).

Σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση από την εργασία παίζει η θέση που κατέχει το άτομο σε αυτή. Πολλοί μελετητές (Kasl, 1978; Marmot, 1994; Vahtera et al., 1996; Long, 1998) επισημαίνουν ότι οι εργαζόμενοι που εντάσσονται σε χαμηλή βαθμίδα με αντικείμενο περιορισμένων απαιτήσεων τείνουν να παρουσιάζουν μεγαλύτερη αποξένωση από το περιβάλλον εργασίας, να απουσιάζουν συχνότερα, να αναφέρουν μικρότερη ικανοποίηση από τη δουλειά και περισσότερο άγχος, να

έχουν καταγεγραμμένη μεγαλύτερη σε διάρκεια άδεια λόγω ασθενείας και να παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης καρδιαγγειακών παθήσεων.

Το εργασιακό στρες, ενώ αποτελεί κίνδυνο για πολλούς εργαζόμενους, δεν εμφανίζεται με την ίδια ένταση ή μορφή σε όλους και δεν προκαλεί της ίδιας έκτασης ή όμοιου τύπου σωματικό πρόβλημα σε όλους τους εργαζόμενους. Σύμφωνα με ερευνητές (Van Onციoul J., 1996), η αντίδραση στο στρες θα εξαρτηθεί από το ποιες στρατηγικές αντιμετώπισης είναι διαθέσιμες στο άτομο, όπως, για παράδειγμα, οι τεχνικές χαλάρωσης και η εύρεση ισορροπίας. Ταυτόχρονα, η κληρονομικότητα παίζει κεντρικό ρόλο στον καθορισμό του τύπου της αυτόνομης αντίδρασης καθώς και στο πιο οργανικό σύστημα θα προσβληθεί από το στρες.

Επαγγελματική εξουθένωση

Σύμφωνα με τη Maslach (1982) ο όρος αυτός αναφέρεται σε ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον του και παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά και την απόδοσή του, ενώ ταυτόχρονα αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό. Το σύνδρομο αυτό διακρίνεται από συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (μείωση απόδοσης, παραίτηση από προσπάθεια) (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Αναλυτικότερα, η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται αποτέλεσμα χρόνιου συσσωρευμένου στρες που κατακλύζει τον επαγγελματία και τον κάνει να αισθάνεται πως τα ψυχικά του αποθέματα δεν επαρκούν για να ανταπεξέλθει στην πίεση του εργασιακού χώρου.

Όταν αυτά που ζητά ο επαγγελματίας δε συμπίπτουν με όσα προσφέρει και απαιτεί το εργασιακό περιβάλλον, τότε εμφανίζεται μια ανισορροπία και αυξάνονται οι στρεσογόνοι παράγοντες που συμβάλλουν σε ένα χρόνιο στρες το οποίο σταδιακά οδηγεί σε επαγγελματική εξουθένωση (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Μερικοί εργασιακοί παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση είναι: ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η έλλειψη προσωπικού, το εξαντλητικό ωράριο, η ασάφεια του ρόλου του εργαζόμενου, η άκαμπτη και αυταρχική διοίκηση και η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από τους συναδέλφους και τον προϊστάμενο. Στους ανωτέρω παράγοντες συμβάλλουν βεβαίως τα ατομικά χαρακτηριστικά, όπως η ερμηνεία που δίνεται και η αντιμετώπιση στρεσογόνων συνθηκών εργασίας, τα κίνητρα του ατόμου και οι προσδοκίες του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ

Ο ρόλος του φόβου στην υγεία

Ο φόβος, όπως έχει αναφερθεί, αποτελεί ένα από τα πιο βασικά ανθρώπινα συναισθήματα, που η λειτουργία του συνίσταται, κατά κύριο λόγο, στην προφύλαξη/ επιβίωση του οργανισμού από τα απειλητικά ερεθίσματα (Jones, 2005, Armfield, 2006, Hamm, 2005). Εκτός, από αυτή τη λειτουργική διάσταση του φόβου, φόβος φαίνεται να διαμεσολαβεί σε πλείστες άλλες καταστάσεις και πέρα της προστασίας. Οι φόβοι μπορεί να είναι πολύ προσωπικοί -όπως φόβος της αρρώστιας, φόβος της ανεργίας, φόβος του καρκίνου, φόβος της ανικανότητας, φόβος της μοναξιάς, φόβος του θανάτου. Οι φόβοι μπορεί να είναι κοινωνικοί όπως φόβος της παγκόσμιας αύξησης της θερμοκρασίας λόγω του φαινομένου του θερμοκηπίου, της καταστροφής του περιβάλλοντος, της τρομοκρατίας, ή του πολέμου (Kelsall, 2007).

Στο πλαίσιο της υγείας, ο φόβος και το άγχος, φαίνεται, να διαμεσολαβούν σε όλα τα επίπεδα. Ο φόβος κάνει τους ανθρώπους να αντιλαμβάνονται τον κόσμο ως απειλητικό και να βρίσκονται συνεχώς σε μια κατάσταση επαγρύπνησης για τις αρνητικές εκβάσεις της υγείας. Αυτού του είδους, οι φόβο-εξαρτώμενες αξιολογήσεις των υπηρεσιών υγείας, παράγουν και τα ανάλογα αποτελέσματα στην αντίληψη, την κρίση και στη λήψη απόφασης πάνω στα θέματα υγείας (Campos, et all., 2004). Πολλοί προσωπικοί και κοινωνικοί φόβοι έχουν τις ρίζες τους σε ένα διάχυτο συναίσθημα ανησυχίας σε σχέση με την υγεία. Μερικοί από αυτούς τους φόβους φαίνονται ασήμαντοι, όμως μπορούν να έχουν πολύ μεγαλύτερο αντίκτυπο. Παραδείγματος χάριν, πολλές γυναίκες φοβούνται την ταλαιπωρία της εξέτασης κατά Παπανικολάου (PAP-Test) (Kelsall, 2007). Έρευνες δείχνουν ότι ο σχετικός φόβος γύρω από την υγεία συνδέεται, επίσης, με τη συχνή χρησιμοποίηση πηγών τηλε-πληροφορίας (online information sources) (Eastin & Guinsler, 2006).

Ένα μεγάλο σώμα ερευνητικών μελετών είναι πεπεισμένο για την εμπλοκή του άγχους και του φόβου στις καρδιακές παθήσεις, καταδεικνύοντας τα ως αιτιακό παράγοντα τις βιολογικές απαντήσεις του άγχους στον ανθρώπινο οργανισμό (Kubzansky et all., 2006). Σύμφωνα με τον Cox, η σχετική ένταση του άγχους ενός ατόμου που αφορά ένα αντικείμενο φόβου μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας ατομικής διαφοροποίησης, με την έννοια ότι αυξημένα επίπεδα άγχους πρωταρχικά παράγονται, όταν πυροδοτούνται από συγκεκριμένα

φοβικά ερεθίσματα, τα οποία είναι παρόμοια και πιο κοντά στους δικούς τους φόβους. Υπάρχουν μάλιστα ισχυρές ενδείξεις, για παράδειγμα, ότι η ειδικότητα του άγχους που σχετίζεται με αντικείμενα/καταστάσεις φόβου αποτελεί σημαντικό παράγοντα στον καθορισμό της συχνότητας και της έντασης του άγχους που εκλύεται κατά τη διάρκεια βιολογικών προκλήσεων (Cox, 1996). Ο Rainville και οι συνεργάτες του, σε μια πρόσφατη μελέτη, έδειξαν μάλιστα, ότι ο φόβος μπορεί να συνδεθεί και με αυξημένο ποσοστό καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας που απεικονίζεται μέσω των ποικίλων συνδυασμών των συμπαθητικών και παρασυμπαθητικών αλλαγών (Rainville et al., 2006).

Επίσης, ο οδοντικός φόβος συσχετίζεται με μακροπρόθεσμες επιπτώσεις σε σχέση με την υγεία (Armfield et al., 2007). Διάφορες μελέτες έχουν αποκαλύψει μια διασύνδεση του οδοντικού φόβου και των ιατρικών επισκέψεων και της προηγούμενης εμπειρίας των ασθενειών. Για παράδειγμα, οι Schuller και οι συνεργάτες του το 2003, σε μια έρευνα τους έδειξαν ότι τα άτομα με πολύ φόβο πρώτον έκαναν τις λιγότερο συχνά επισκέψεις στον οδοντίατρο και δεύτερον είχαν τα περισσότερα αποσυντεθειμένα και ελλείποντα δόντια. Και άλλοι ερευνητές επιβεβαίωσαν τη διασύνδεση μεταξύ του οδοντικού φόβου και της λιγότερο συχνής οδοντικής επίσκεψης, που συσχετίστηκε επιπλέον με αυξανόμενη επίσκεψη για ένα μικρό πρόβλημα και αυξανόμενη κοινωνική και λειτουργική εξασθένιση (Armfield et al., 2007).

Αντιλαμβανόμαστε ότι ο φόβος συνδέεται με την υγεία ποικιλοτρόπως. Μια άλλη σχέση του φόβου συναντάμε σε περιπτώσεις όπου ασθενείς, μετά το πέρας της θεραπείας περνούν μια μακρά περίοδο φόβου και αγωνίας, νιώθουν απροστάτευτοι, επειδή ελλοχεύει ο κίνδυνος της επανεμφάνισης της αρρώστιας. Αυτός ο φόβος είναι κατανοητός και δικαιολογήσιμος λαμβάνοντας υπόψη τον επίμονο κίνδυνο της επανάληψης για ορισμένες ασθένειες όπως ο καρκίνος (Harbeck & Haidinger, 2007). Μια πρόσφατη ανάλυση κατέδειξε τον αυξανόμενο κίνδυνο επανάληψης της ασθένειας κατά τη διάρκεια του χρόνου που οι ασθενείς αντιμετώπιζονταν με ψευδοφάρμακο (placebo), μετά τη διακοπή της θεραπείας τους. Όπως ήταν αναμενόμενο, επομένως, οι ασθενείς μπορούν να είναι πρόθυμοι να λάβουν μια μακροπρόθεσμη θεραπεία, για να αποτρέψουν την επανάληψη υπό τον όρο ότι τα οφέλη ξεπερνούν τους κινδύνους σε βάρος τους και η ποιότητα ζωής τους διατηρείται (Harbeck & Haidinger, 2007).

Το συναίσθημα του φόβου είναι δυνατό να αποδιοργανώσει, να «μπλοκάρει» δηλαδή τις αισθήσεις. Μια έρευνα υποστήριξε ότι τα άτομα με υψηλό άγχος υγείας, αναπτύσσουν ένα τέτοιο σχέδιο (pattern) γνωστικής επεξεργασίας της παρέμβασης που προδιαθέτει στην ερμηνεία των σωματικών αισθήσεων με καταστροφικούς όρους. Για παράδειγμα ενώ το άγχος για την κατάσταση υγείας συνδέεται με

μεγαλύτερη ευαισθησία στον σωματικό πόνο, τα αγχώδη άτομα αποδεικνύονται πραγματικά ακατάλληλα στη ακριβή διάκριση των φυσικών συμπτωμάτων (Marcus et al., 2007). Σε αρκετές περιπτώσεις, μάλιστα, η ανησυχία και η επιθυμία να ρυθμιστούν τα φοβικά και αγχώδη συναισθήματα, συνδέονται τακτικά με επιβλαβείς συμπεριφορές για την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης των τσιγάρων (Patton, et al., 1996) του οινόπνευματος (Kushner et al., 1994) και ουσιών (Pagano et al., 2007), οι επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές (Crepaz & Marks, 2001), και είτε αυξάνοντας την όρεξη σε μορφή υπερφαγίας (Polivy et al., 1994), είτε καταστέλλοντας την όρεξη μέσω αυτόνομων απαντήσεων (Macht, 2008).

Στις ψυχικές παθήσεις όπως οι ψυχώσεις, από την άλλη μεριά, ο φόβος δημιουργεί πολλαπλά κοινωνικά προβλήματα, αλλά εδώ «λάμπει» δια της απουσίας της δυνατότητας έκφρασης του. Ο Fowles (1980), πρότεινε το μοντέλο του «χαμηλού» φόβου (the low-fear model) και υπέθεσε ότι η φτωχή κοινωνικοποίηση των ψυχικά ασθενών (psychopaths) είναι το αποτέλεσμα της μειωμένης ικανότητας τους να εκφράσουν το φόβο τους. Κατά συνέπεια, παρουσιάζουν μια έλλειψη αναμονής απωθητικών γεγονότων και μια μειωμένη δυνατότητα να ρυθμίσουν τη συμπεριφορά τους σε σχέση με τις αρνητικές συνέπειες των αντιδράσεων της παρελθοντικής συμπεριφορά τους (Birbaumer et al., 2005). Το συναίσθημα του φόβου επιπλέον, συνδέεται και με γενικότερες στάσεις απέναντι στην ψυχική υγεία. Από καιρό έχει αναγνωριστεί ότι οι άνθρωποι με ψυχική διαταραχή αντιμετωπίζονται με αρνητικά στερεότυπα που συνδέονται με το φόβο της ασθένειας. Παραδείγματος χάριν ο Bucknill (1860) αναφέρεται στην αδικαιολόγητη αντιπάθεια «του ευρέως κοινού στον παράφρονα» και ο Rabkin (1975) συμπέρανε ότι «...οι ψυχασθενείς έχουν πάρει τη θέση των λεπρών ως στόχους της δημόσια αποστροφής, της απέχθειας και της απόρριψης» (p. 435) (Levey and Howells, 1994). Γίνεται φανερό πως ο κύριος μηχανισμός κάτω από αυτές τις συμπεριφορές, εντοπίζεται στο φόβο που υποβόσκει.

Εκτός αυτών, φόβοι για την αρρώστια γενικώς και ιδιαίτερα για τις επιδημικές ασθένειες, τις οποίες ο άνθρωπος τις προσωποποιούσε ως δυσύδεις γυναικείες μορφές, ιδιαίτερα, στις παραδοσιακές κοινωνίες, πάντα καταδίωκαν τους ανθρώπους. Η αρρώστια ανάγεται σε ισχυρή δύναμη με κοινωνικές αλλά και κοσμικές σχέσεις. Οι άνθρωποι δεν είναι απλώς φορείς μικροβίων αλλά άτομα που μπορούν να προκαλέσουν την ίδια την ασθένεια (Πολυμέρου- Καμηλάκη & Καραμανές 2006). Επίσης, ο φόβος που προέρχεται από τις φυσικές καταστροφές (π.χ τυφώνες και κυκλώνες) έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με επιπτώσεις στην υγεία και συγκεκριμένα με την ανάπτυξη της μετατραυματικής διαταραχής (post-traumatic stress disorder-PTSD) (Kar et al., 2007). Ο φόβος όμως, μπορεί να

λειτουργήσει και προστατευτικά απέναντι στην υγεία. Μέσω του χειρισμού και της παραγωγής αυτού του συναισθήματος οι καμπάνιες γύρω από την υγεία προσπαθούν να αλλάξουν τις επιβλαβείς στάσεις και συμπεριφορές στον πληθυσμό. Αν και δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητό με πιο τρόπο ο φόβος λειτουργεί άμεσα (κλασικός) ή έμμεσα (σύγχρονος) στις διαδικασίες της πειθούς πειθώ, ωστόσο, οι εκκλήσεις φόβου είναι αρκετά δημοφιλείς στις προκλήσεις και προσκλήσεις των ιθυνόντων για την προάσπιση της και θωράκιση της υγείας (Dillard & Anderson, 2004).

Ο φόβος και η αγωνία, κατά συνέπεια, είναι άλλη μια σημαντική κατηγορία συναισθημάτων, που έχουν συσχετισθεί στα πλαίσια της υγείας, και που επεξηγεί κατά κάποιο τρόπο και το εύρος του αντίκτυπου των συναισθηματικών καταστάσεων στις διαδικασίες υγείας (Consedine & Moskowitz, 2007). Σε αυτό το πλαίσιο μάλιστα, η αέναη διαμάχη ανάμεσα στο φόβο και το άγχος δείχνει να εκμηδενίζεται. Ο φόβος και η ανησυχία φαίνεται να λειτουργούν με τον ίδιο τρόπο, ανεξάρτητα εάν η απειλή περιλαμβάνει τα ύψη, ζώα, σκοτάδι, δημόσιες θέσεις, χωρισμό, ή αν οι απειλές σχετίζονται με την υγεία και τον ιατρικό χώρο. Όπως και να έχει όταν «χτυπάει» την πόρτα μας μια απειλή το μόνο συναίσθημα που εμφανίζεται αυτόματα είναι ο φόβος που οδηγεί σε μια μετατόπιση των γνωστικών μας διεργασιών προς την αξιολόγηση της απειλής και την αποφυγή της (Consedine & Moskowitz, 2007).

Ο φόβος του πόνου

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1979 όρισε τον πόνο όπως θα μπορούσε να τον ορίσει και ένας ψυχολόγος :πρόκειται για ένα υποκειμενικό φαινόμενο, μια αίσθηση και μια δυσάρεστη συγκίνηση, είναι μια εμπειρία που βιώνουμε, η οποία συνδέεται με τραύματα των ιστών, παρόντα ή εν δυνάμει ή που παρουσιάζονται με αυτούς τους όρους (Κανελλοπούλου, 2000).Ο πόνος διακρίνεται σε σωματικό και ψυχικό. Ο σωματικός Πόνος είναι το αποτέλεσμα μιας εισβολής στο εσωτερικό του ψυχικού συστήματος, μιας ώθησης που ήρθε απ' έξω, όπως τονίζει ο Aubert (1996), είναι ένα συναίσθημα, μια αίσθηση που προκαλείται από μαζική είσοδος ενέργειας η οποία εισβάλλει και καταλαμβάνει το ασυνείδητο, το κέντρο του ψυχισμού (Κανελλοπούλου, 2000).

Ο πόνος αποτελεί μια υποκειμενική εμπειρία που επηρεάζεται από ένα σύνολο ψυχολογικών παραγόντων. Την ερμηνεία που δίνει το άτομο στον πόνο του, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει την ανοχή και τον τρόπο που αντιδρά σ' αυτόν. Το άγχος και την αίσθηση ελέγχου που πιστεύει ότι μπορεί να ασκήσει επάνω στον πόνο. Τους πολιτιστικούς και κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την

αντίληψη, την ερμηνεία και την αντοχή στον πόνο. Την προσοχή που επικεντρώνει στον πόνο του ή στην υπόσταση της προσοχής με την ενασχόληση με δραστηριότητες και ενδιαφέροντα που μειώνουν την αίσθηση του πόνου. Τη στάση και τις αντιδράσεις των γονιών, συγγενών, ιατρονοσηλευτικό προσωπικού, ευρύτερου κοινωνικού περιγύρου. Όμως κανένας από τους προαναφερθέντες παράγοντες δεν καθορίζει από μόνος του την αντίληψη του πόνου υπάρχει μια δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ όλων των παραγόντων και η οποία προσδιορίζει τον τρόπο που το άτομο θα βιώσει τον πόνο σε μια δεδομένη στιγμή (Χατήρα, 2002).

Ο σωματικός πόνος

Ιστορικά, ο πόνος είχε αντιμετωπισθεί ως δευτεροβάθμιο σύμπτωμα στην παρουσία μια παθολογίας ιστού και, επομένως, αποτελούσε και παράγοντα δευτεροβάθμιας σπουδαιότητας (Gatchel, et all, 2007). Ο πόνος αναφέρεται "σε μια δυσάρεστη αισθητήρια και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με την πραγματική ή πιθανή ζημία ιστού, ή που περιγράφεται από την άποψη τέτοιας ζημίας" (Merskey & Bogduk, 1994). Η έννοια, λοιπόν του 'πόνου' κατά καιρούς έχει χρησιμοποιηθεί για να εκφραστεί το αρνητικό συναισθημα που προκαλείται από κάποιο φυσικό ερέθισμα. Ο πόνος ως σύμπτωμα εμφανίζεται συχνότερα σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας με νευρωτική δομή προσωπικότητας, που προέρχονται από πολυμελείς εργατικές οικογένειες και έχουν ήδη βιώσει στο παρελθόν μια σειρά από εμπειρίες πόνου. Η έκφραση του πόνου είναι πιο έντονη σε κάποιες εθνικότητες απ' ότι σε άλλες (Χατήρα, 2002). Ο πόνος δεν καθορίζεται απλά από την ένταση ή το ποσό του επιβλαβούς ερεθίσματος που ενεργοποιεί το βλαβο-αντιληπτικό μας σύστημα. Πράγματι, το ίδιο ερέθισμα μπορεί να βιωθεί ως επώδυνο μια στιγμή και συγχρόνως αβλαβή σε μια άλλη (Rhudy & Williams, 2005).

Ο σωματικός πόνος διακρίνεται στον οξύ και το χρόνιο. Ο χρόνιος πόνος καθορίζεται από την IASP (1986) ως ο πόνος, «ο οποίος εμμένει πέρα από τον κανονικό χρόνο της θεραπείας (...)», για περισσότερο από έξι μήνες (με ή χωρίς προφανή παθολογία) (Zasler, Martelli, & Nicholson, 2005). Αλλά τι ακριβώς σημαίνει ο όρος μέχρι τον κανονικό χρόνο"; Εκτιμώντας ότι ο οξύς πόνος είναι λειτουργικός και μπορεί να θεωρηθεί κυρίως η φυσιολογική απάντηση στη ζημία ιστού, ο χρόνιος πόνος περιλαμβάνει ψυχολογικούς και συμπεριφοριστικούς μηχανισμούς εκτός από τους φυσιολογικούς μηχανισμούς (Verhaaka, et all., 1998). Οι ασθενείς, εν παραδείγματι που πάσχουν από χρόνιο καλοήγη πόνο αντιλαμβάνονται την εμπειρία του πόνου με τέτοιο τρόπο που δεν μπορεί να εξηγηθεί με τις έννοιες του φυσικού τραυματισμού ή της φυσιολογικής δυσλειτουργίας (Verhaaka, et all., 1998).

Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας έχει υπάρξει μια έκρηξη της γνώσης σχετικά με τις ελλοχεύουσες νευροανατομικές διαβάσεις και τους νευροφυσιολογικούς μηχανισμούς που περιλαμβάνονται στη σύνθετη εμπειρία του πόνου και τις συνεισφορές των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην εμπειρία πόνου (Turk & Okifuji, 2002). Πιο πρόσφατα, το ψυχοβιολογικό πρότυπο του χρόνιου πόνου (Flor & Hermann, 2004) έχει απαριθμήσει μια σειρά από παράγοντες όπως : (α) προδιάθεση παραγόντων, (β) απόσπαση/ εξαγωγή των ερεθισμάτων και των απαντήσεων, και (γ) διατήρηση των διαδικασιών, οι οποίες συμβάλλουν ενεργά στις ψυχοσωματικές και απαντήσεις πόνου. Η ανικανότητα επίσης που συνδέεται με την εμπειρία του χρόνιου πόνου, κυρίως, έχει ως αποτέλεσμα αυτό που ο Fordyce χαρακτήρισε ως «συμπεριφορές του πόνου». Οι συμπεριφορές που συνακολουθούν τον πόνο, όπως χωλότητα, αποφυγή ορισμένων δραστηριοτήτων και διατύπωση παραπόνων για τον πόνο, έχουν περιγραφεί ως προφανείς εκφράσεις ή επικοινωνίες του πόνου (Fordyce et al., 1982).

Γίνεται προφανές ότι ο πόνος, σήμερα, γίνεται ευρέως αποδεκτός ως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, στο οποίο βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες, φαίνονται να εμπλέκονται στη δυναμική του (Nicassio et al., 1997, Truchon, 2001). Για παράδειγμα, η έννοια της αυτό- αποτελεσματικότητας έχει συνδεθεί με την διαχείριση του πόνου, με σκοπό να προβλέπει επιτυχώς τη χρονιότητα του πόνου αλλά και τη δριμύτητα της σχέσης του πόνου με τη σχετική ανικανότητα, ώστε να γίνεται αποτελεσματικότερα ο έλεγχος της ανικανότητας, που ο πόνος προκαλεί (Arnstein, 2000). Οι Goubert και οι συνεργάτες της, σε μια πρόσφατη έρευνα, έδειξαν ότι ο νευρωτισμός διαμεσολαβεί ανάμεσα στην ένταση του πόνου και στις καταστροφικές σκέψεις γύρω από τον πόνο. Κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι η νεύρωση συλλαμβάνεται ως παράγοντας ευπάθειας απέναντι στον πόνο, ο οποίος φαίνεται να χαμηλώνει το κατώτατο όριο στην αντίληψη του πόνου και στην ανάπτυξη της επικείμενης καταστροφολογίας (Goubert, 2004). Αντιλαμβανόμαστε, επομένως την έκταση του πεδίου του πόνου, το οποίο ξεπερνά κατά πολύ μια στενά νευροφυσιολογική αντίληψη, και καταλαβαίνουμε γιατί είναι απαραίτητο να ανοίξουμε δρόμους καινούργιους στην έρευνα ώστε να καθορίσουμε το μερίδιο του ψυχισμού μέσα στο οδυνηρό γεγονός (Nasio, 1996).

Ο φόβος του πόνου του σώματος, ως μια κατάσταση κρίσης

Ο παραδοσιακός άνθρωπος για να αντιμετωπίσει το φόβο και για να προστατέψει την εσωτερική του ηρεμία θρυμμάτισε την αγωνία του – ουσιαστικά, αγωνία θανάτου- σε εξειδικευμένους φόβους για πράγματα πρόσωπα και καταστάσεις

(Πολυμέρου- Καμηλάκη & Καραμανές 2006). Ο Hollander (2004) υποστηρίζει ότι ο φόβος του πόνου δεν είναι τίποτα άλλο παρά ο φόβος της απώλειας του «είναι» του ανθρώπου. Επίσης οι πρώιμες εμπειρίες πόνου που έχουν συνδεθεί με τιμωρία και απώλεια της γονεϊκής αγάπης επηρεάζουν τις μεταγενέστερες αντιδράσεις στον πόνο, οι οποίες συχνά, σ' αυτή την περίπτωση εκφράζουν φόβο και ενοχή και μοιάζουν με τη συμπεριφορά τιμωρημένου παιδιού. Και, αντίστροφα, η στενοχώρια για κάποια απώλεια ή κάποιο συναίσθημα ενοχής μπορούν να προκαλέσουν αίσθηση πόνου (Χατήρα, 2002).

Η κάθε μία από αυτές τις απώλειες συνοδεύονται από ένα φαύλο κύκλο του φόβου, ώσπου να τελειώσουν (Frank, 2007). Όσο μακριά και να το δούμε όλος ο αισθητήριος κόσμος κυβερνάται από αυτό που καλείται η αρχή του πόνου και η αρχή της ευχαρίστησης. Κάθε έμβιος οργανισμός επιδιώκει αυτό που του δίνει την ευχαρίστηση και αποφεύγει αυτού που επιβάλλει τον πόνο. Αυτό είναι ένας θεμελιώδης νόμος που η ζωή, δυστυχώς δεν μπορεί να δραπετεύσει (Roafle, 1929). Για αυτό και η διαχείριση των επώδυνων συναισθηματικών καταστάσεων είναι θεμελιώδης στον ανθρώπινο βίο. Ο Brenner το 1982, προσδιόρισε τη διαχείριση των «μη ευχάριστων γεγονότων» ως ακέραιο συστατικό μιας πορείας σχηματικού συμβιβασμού (Miller, 2003). Άλλωστε στις κρίσιμες και διαβατήριες στιγμές του κύκλου ζωής η παρουσία του φόβου είναι που υπαγορεύει και συγκεκριμένες πρακτικές (Πολυμέρου-Καμηλάκη & Καραμανές 2006). Μια τέτοια στιγμή κρίσης θα λέγαμε ότι αποτελεί και ο πόνος. Ο May υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι μπορεί να διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό σε σχέση με την ικανότητα τους να χειρίζονται τις καταστάσεις κρίσεις και ότι κάθε άνθρωπο ον έχει το σημείο καμψής του, πέρα από το οποίο πρόσθετο stress κάνει την «κατάσταση καταστροφική» (May, 1999). Δεν είναι απλά η απειλή του πόνου, σύμφωνα με τον Goldstein, που έχει σαν αποτέλεσμα την κατάσταση καταστροφής και το συνεπαγόμενο αίσθημα ανησυχίας και φόβου. Είναι ο ιδιαίτερος κίνδυνος που απειλεί την ύπαρξη του οργανισμού- η ύπαρξη σημαίνει εδώ όχι μόνο τη φυσική ζωή αλλά επίσης και την ψυχολογική (May, 1999). Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί η διαφορά και η ομοιότητα μεταξύ πόνου και φόβου. Ο πόνος προειδοποιεί τον οργανισμό για τραυματισμούς και λειτουργικά προβλήματα και αποτελεί ως εκ τούτου ένα εσωτερικό προειδοποιητικό σήμα –σε αντίθεση με τον φόβο, ο οποίος προειδοποιεί κυρίως για κινδύνους του εξωτερικού περιβάλλοντος. Ο πόνος, όπως εξάλλου και ο φόβος, στοχεύουν στην αναζήτηση βοήθειας και στη θεραπεία. Ο πόνος διαπερνά όλους τους ψυχικούς βιωματικούς τομείς. Ο Albert Schweitzer έλεγε πως, «ο πόνος είναι χειρότερος κύριος απ' το θάνατο» (Χατήρα, 2002).

Ο Stolorow (2006) μας αποκαλύπτει ότι στη φιλοσοφία του Heidegger

βλέπουμε ότι μια κρίσιμη κατάσταση είναι μια συγκεκριμένη στιγμή από το γενικό υπαρξιακό τρόπο του «είναι - μέσα - στον κόσμο» (being-in-the-world). Κατά συνέπεια, αντί μιας ζωώδους κατάστασης, οφείλουμε να μιλήσουμε για μια κατάσταση του «είναι- μέσα -σε -για κατάσταση» (being-in-a-situation), όπως έγραφε ο Dreyfus, το 1991. Ομοίως, από μια Χαιντεγκεριανή προοπτική η έννοια της φροϋδικής κατάστασης κινδύνου μετατρέπεται στο «είναι - μέσα -στον κίνδυνο (being-in-danger), όπου το είμαι -μέσα και η απειλή του κινδύνου γίνονται αντιληπτές ως αδιάσπαστες διαστάσεις μιας μεγαλύτερης ενότητας (Stolorow, 2006). Η έννοια του κινδύνου, φυσικά, στηρίζεται πάντα στην αντίληψη ότι κάποιος αντιμετωπίζει μια κατάσταση, που δεν μπορεί ούτε να ρυθμιστεί ούτε να ελεγχθεί. Αυτή η αντίληψη καταστρέφει τα θύματά της και παραλύει τον κανονισμό επιρροής (Naso, 2008)

Κατά κάποιο τρόπο ο φόβος και η ανησυχία είναι συναισθηματικές καταστάσεις που επηρεάζονται πολύ με τις διαδικασίες αξιολόγησης για να αναφέρουμε και το στωϊκό φιλόσοφο Επίκτητο, που τόνιζε ότι, δεν υπάρχει τίποτα είτε κακό είτε καλό, αλλά η σκέψη μας τα κάνει να μοιάζουν έτσι. Κατά συνέπεια, υπάρχει μια αμοιβαία σχέση μεταξύ του συναισθήματος του φόβου και των γνωστικών-ερμηνευτικών διαδικασιών στον πόνο (Gatchel, et all, 2007). Η γνωστική επεξεργασία των συναισθημάτων, υποστηρίζει ο Langs (2004), εμπεριέχει δύο σχετικά ανεξάρτητα λειτουργικά συστήματα: το συνειδητό σύστημα, που είναι συνδεδεμένο με τη συνειδητοποίηση, και το βαθύ ασυναίσθητο σύστημα, το οποίο λειτουργεί χωρίς συνειδητή γνώση των δραστηριοτήτων μας και δεν συνδέεται άμεσα με τη συνειδητοποίηση. Τέλος, υπάρχει ένα κέντρο παραγωγής, το οποίο λαμβάνει μια επιλογή των πληροφοριών και των εννοιών που έχουν βιωθεί και έχουν υποβληθεί σε μια επεξεργασία είτε συνειδητή, είτε ασυναίσθητη ως απάντηση σε μια δεδομένη περιβαλλοντική πρόκληση. Αυτό είναι που καθορίζει έπειτα τη φύση των προσαρμοστικών ή των δυσπροσαρμοστικών σωματικών, συμπεριφοριστικών, και των συναισθηματικών απαντήσεων. Αυτό το κέντρο περιέχει τόσο ασυναίσθητα, όσο και συνειδητά συστατικά, και λειτουργεί βάσει των ιδιαίτερα σύνθετων κανόνων και του κανονισμού (Langs, 2004).

Από την άλλη πλευρά, η απειλή του έντονου πόνου «αγκιστρώνει» την προσοχή κατά τέτοιο τρόπο, που τα άτομα δύσκολα αποτραβούν την προσοχή τους από αυτή την απειλή (Gatchel, et all, 2007). Οι πεποιθήσεις γύρω από την έννοια των συμπτωμάτων, της δυνατότητας του ασθενή να ελέγξει τον πόνο και τον αντίκτυπο του πόνου στη ζωή του/της, του φόβου και του άγχους για το μέλλον είναι ακριβώς μερικές πεποιθήσεις που αποδεικνύονται ως πυρηνικές στην νοσηματοδότηση του πόνου για τον άνθρωπο (Turk & Okifuji, 2002). Οι ιδιαίτεροι κινητήριοι προσανατολισμοί μπορούν να συνδεθούν με μια αυξανόμενη

ψυχολογική δυνατότητα πρόσβασης στους στόχους των συνακόλουθων εννοιών και των πεποιθήσεων. Παραδείγματος χάριν, ο φόβος μπορεί να συνδεθεί με μια διογκωμένη δυνατότητα πρόσβασης της πιθανής απειλής και με αυτόν τον τρόπο κατά κάποιο τρόπο διευκολύνει, θα λέγαμε, τις απαισιόδοξες κρίσεις έκβασης (Maner & Gerend, 2007). Τέτοιες πεποιθήσεις έχουν βρεθεί ότι συνδέονται με μια ψυχολογική λειτουργία απέναντι στον πόνο και στο φόβο που αυτός προκαλεί (Turk & Okifuji, 2002). Η ασθένεια, άλλωστε, εγείρει μια διαδοχή των απωλειών: η απώλεια σωματικής ικανότητας και, για μερικούς, η απώλεια μιας ζωής ελεύθερης από πόνο, η απώλεια μερικής ή πλήρους ικανότητας για εργασία, η απώλεια φίλων που είτε λόγω του φόβου στέκονται μακριά, είτε των οποίων η ημερήσια διάταξη δεν περιλαμβάνει την επίσκεψη στον άρρωστο και τη συμμετοχή στα ζητήματα της ασθένειας, η απώλεια της ζωής όπως προγραμματίστηκε και η μεγαλύτερη απώλεια μιας ικανότητας για τον προγραμματισμό —της απώλειας του αξιόπιστου μέλλοντος και τελικά, η απώλεια της ίδιας της ζωής (Frank, 2007).

Η εμπειρία του πόνου μπορεί να «ξυπνήσει» ένα σύνολο εξαιρετικά αρνητικών σκέψεων, όπως σημειώνεται προηγουμένως, αλλά και να ενεργοποιήσει, επίσης, καλά κρυμμένους φόβους άλλων τραυματικών καταστάσεων (Gatchel, et all, 2007). Αυτοί οι φόβοι, για παράδειγμα, μπορεί να περιλαμβάνουν: φόβοι ορισμένων διαγνώσεων, φόβοι της χειρουργικής επέμβασης και άλλων διαδικασιών θεραπείας, ή παρενέργειες της θεραπείας, φόβοι του πόνου του ίδιου, φόβοι των αλλαγών του σωματικού ειδώλου και φόβοι της επανάληψης (Frank, 2007). Αυτό μας οδηγεί στη σκέψη ότι ο πόνος εμπεριέχει την έννοια του φροϋδικού τραύματος και του λακανικού σημαίνοντος (Κανελλοπούλου, 2000). Τα άτομα αυτά ζουν καταστάσεις οι οποίες αντανακλούν έντονα παρελθούσες εμπειρίες. Ένα σημαίνον, λέει ο Lacan, είναι η επανάληψη ενός άλλου σημαίνοντος. Το να αποδεχτούμε ότι το συναίσθημα είναι ένα σημαίνον αντιστοιχεί με το να υποστηρίζουμε ότι δεν υπάρχει συναίσθημα παρά μόνο επαναλαμβανόμενο (Nasio, 1996). Στο κλασικό έργο της η Krystal (1988) υποστηρίζει ότι η έννοια του τραύματος αντιπροσωπεύει μια απάντηση στον κίνδυνο που συνοδεύεται από την οπισθοδρόμηση, τη συμβιβαστική λειτουργία του εγώ και την υποχρεωτική ψυχοπαθολογία (σελ. 145). Ο σφαιρικός κίνδυνος είναι που οδηγεί αναπόφευκτα στην κυρίαρχη αίσθηση της ανικανότητας, που σηματοδοτεί αυτή την ανικανότητα ως ουσιαστικό χαρακτηριστικό γνώρισμα του τραύματος. Αυτή η διανοητική κατάσταση του κινδύνου, σπάνια παρατηρείται, μέσα σε «χωρίς ζωή» απειλητικές καταστάσεις (Naso, 2008).

Θεωρητικά και ερευνητικά δεδομένα για το φόβο του σωματικού πόνου

Διάφοροι ερευνητές έχουν προσπαθήσει να αξιολογήσουν πώς ο πόνος και ο φόβος συσχετίζονται (Vowles et al., 2006). Οι Rhudy και Williams υποστηρίζουν, ότι ο τρόπος με τον οποίο, τα συναισθήματα, γενικότερα, και ο πόνος μπορούν να συνδεθούν, μπορεί να γίνει κατανοητός μόνο μέσα από μια ευρύτερη οπτική ως κινητήριες δυνάμεις της ανθρώπινης ύπαρξης (Rhudy & Williams, 2005). Οι Yerkes και Donson επινόησαν ένα μοντέλο (το γράφημα του φόβου) σχήματος ανεστραμμένης καμπύλης U, που δείχνει τη σχέση μεταξύ φόβου και δράσης. Σε απουσία φόβου η ενεργοποίηση είναι σχετικά μικρή, σε κάποιο βαθμό φόβου η ενεργοποίηση αυξάνεται, ενώ σε έντονο φόβο η ενεργοποίηση γίνεται πάλι μικρή (Yerkes & Donson, 1908).

Αυτό εξηγείται με το γεγονός του ότι, το νευρικό μας κύκλωμα που συνδέεται με τα κίνητρα της συμπεριφοράς μας, θεωρείται ότι περιλαμβάνει τα προσαρμοστικά, σύνθετα συστήματα, που προωθούν την επιβίωση του οργανισμού με την παροχή της ανατροφοδότησης για τα επιβλαβή ερεθίσματα ή τα ερεθίσματα ενίσχυσης της υγείας (Konorski, 1967). Για παράδειγμα, οι άνθρωποι και τα ζώα δεν εστιάζουν στον σωματικό τραυματισμό τους όταν είναι τρομαγμένα και παρουσιάζουν εν μέρει αναλγησία, από τον έντονο φόβο, μέσω της διέγερσης ανασταλτικών νευρωνικών οδών (Panksssepp, 1998). Ο Ulmer θέλοντας να καταδείξει τη σχέση των συναισθημάτων με τον πόνο, τόνισε ότι τα αρνητικά συναισθήματα έχουν την τάση να εντείνουν τον πόνο, ενώ τα θετικά να τον μειώνουν, ακόμη και σε περιπτώσεις εγκαυμάτων (Ulmer, 1997).

Ο φόβος του πόνου, ο οποίος είναι εμπειρικά ευδιαχώριστος από τις έννοιες του άγχους και της αρνητικής επιρροής, αναφέρεται στο φόβο του φυσικού πόνου που ακολουθεί μια ποικιλία γεγονότων εκτάσεως π.χ. από το δάγκωμα της γλώσσας τρώγοντας έως το σπάσιμο του λαιμού κάποιου (Lightsey, et al., in press). Επειδή, ο φόβος είναι μια φυσική συνέπεια του πόνου, η αποφυγή ενός φοβικού γεγονότος είναι λογική για τον οξύ πόνο, αλλά μπορεί να λειτουργήσει ως εμπόδιο στην αποκατάσταση από το χρόνιο πόνο. Στο χρόνιο πόνο η σχετική με τον πόνο ανησυχία και ο φόβος μπορούν, πραγματικά να τονίσουν την εμπειρία του πόνου (Crombez, et al., 1999). Το συναίσθημα του φόβου του πόνου, ειδικότερα, εμπλέκεται ενεργά με τον πόνο, διαδραματίζοντας έναν σημαντικό ρόλο τόσο στην επώδυνη εμπειρία των ατόμων, όσο και στην απάντηση τους στον πόνο (Vowles, et al., 2006).

Ωστόσο, ο φόβος του πόνου, σαν κατασκευή, έχει αρχίσει να αναπτύσσεται εννοιολογικά μόνο. Οι όροι «αλγοφοβία» (algophobia) και «οδυνοφοβία» (odynesphobia) δημιουργήθηκαν για να περιγράψουν ακριβώς αυτό το φόβο του

πόνου (McNeil & Rainwater, 1998). Ο φόβος και η αναμονή του πόνου, περιλαμβάνουν γνωστικές-αντιληπτικές διαδικασίες, που δεν καθοδηγούνται αποκλειστικά από την πραγματική αισθητήρια εμπειρία του πόνου και μπορούν να ασκήσουν έναν σημαντικό αντίκτυπο στο επίπεδο ανοχής στον πόνο (Vlaeyen & Linton, 2000). Ειδικότερα, η απάντηση στον πόνο αυξάνεται μόνο όταν εμφανίζεται ο φόβος λόγω του πόνου ή της δυνατότητας του πόνου (Weisenberg et al., 1984).

Οι McCracken και οι συνάδελφοι έχουν δημοσιεύσει αρκετές μελέτες, που συμβάλλουν στην κατανόησή του τρόπου, με τον οποίο ο φόβος του πόνου διαδραματίζει έναν ενεργό ρόλο στην εμμονή και την ανικανότητα του πόνου σε ασθενείς με μυοσκελετικό πόνο (Mc Cracken et al., 1992). Αυτή η γραμμική σχέση, όπως υποστηρίζει ο Asmundson, ανάμεσα στον φόβο και τον πόνο προήλθε από τις έρευνες που έδειξαν μια υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στον χρόνιο πόνο και στη ανάπτυξη ενός μόνιμου άγχους σαν αποτέλεσμα του «εμμένοντος» του πόνου (Asmundson, et al., 2004). Αν και μερικές μελέτες έχουν καταλήξει σε αρνητικά συμπεράσματα (e.g. Dehghani, Sharpe, & Nicholas, 2003; Roelofs et al., 2003), υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ασθενείς με χρόνιο πόνο στρέφονται, επιλεκτικά, σε σχετιζόμενα με τον πόνο λανθασμένα συμπεράσματα και ότι αυτά γνωστικά σφάλματα οφείλονται στο φόβο του πόνου (Williams, et al., 2005).

Υπάρχουν, εξάλλου, διάφορες θεωρητικές διατυπώσεις για τον πόνο έχουν συμπεριλάβει και το συναίσθημα του φόβου σαν συστατικό τους το φόβο σαν συστατικό τους (Williams, et al., 2005) και μας βοηθούν να αντιληφθούμε κάπως την αλληλεπίδραση του φόβου και του πόνου (Vowles et al., 2006). Για παράδειγμα, η θεωρία της πύλης ελέγχου του πόνου, του Melzack υποθέτει, εν μέρει, ότι η δραστηριότητα των κεντρικών νευρικών συστημάτων που προκύπτει από (τα αρνητικά) συναισθήματα, όπως ο φόβος, εντείνει την εμπειρία του πόνου (Melzack & Wall, 1965). Οι Bolles και Fanselow's (1980) προτείνουν ότι ο φόβος και ο πόνος αποτελούν ανταγωνιστικά κινητήρια συστήματα, τα οποία μπορεί να εμποδίσουν την έκφραση του ενός συναισθήματος έναντι του άλλου. Τέλος, η θεωρία της βιο-πληροφορίας (bioinformatinal theory) των συναισθημάτων, αντιμετωπίζει τον πόνο και τον φόβο από κοινού σαν ένα ενιαίο συναίσθημα (McNeil and Brunetti, 1992).

Ο φόβος του πόνου συνδέεται, επίσης, με πληροφορίες και σφάλματα γνωστικής επεξεργασίας που αναστατώνουν την προσοχή που απαιτείται για άλλους στόχους και συμβάλλουν στην συντήρηση του πόνου αλλά και των συμπεριφορών που σχετίζονται με αυτόν (Eccleston & Crombez, 2007). Συνεπώς, η αξιολόγηση του ρόλου που ο φόβος του πόνου διαδραματίζει στις σχετικές με τον πόνο συμπεριφορές και την ανικανότητα/ικανότητα αποφυγής

βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος (Asmundson et al., 1999). Οι άνθρωποι φαίνεται ότι είναι «κατασκευασμένοι» ώστε να αποφεύγουν και δραπετεύουν από δυσάρεστες συνέπειες και να «μαθαίνουν» κατά κάποιο τρόπο ότι η αποφυγή των καταστάσεων και των δραστηριοτήτων που τους έχουν προκαλέσει οξεία επεισόδια πόνου, θα μειώσει την πιθανότητα του πόνου ή την πρόκληση μιας περαιτέρω φυσικής ζημιάς. Μπορούν, με άλλα λόγια να αποκτήσουν μια υπερευαίσθησία απέναντι στο περιβάλλον τους ως συνέπεια του περιστατικό του πόνου τους (Gatchel, et al, 2007).

Ωστόσο, δεν είναι σαφές, γιατί ο φόβος του πόνου, κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης εξαφανίζεται για μερικούς, αλλά μετατρέπεται σε χρόνιο παράγοντα για άλλους. Μια εύλογη υπόθεση είναι ότι οι προνοσηρές μεμονωμένες διαφορές μπορούν να διαμορφώσουν αυτήν την διαδικασία (Turk & Okifuji, 2002). Ίσως να σχετίζεται με την πιθανή προδιάθεση μιας γενικότερης, αρνητικής ευαισθησίας απέναντι στο φόβο, συσχετιζόμενος με τα συμπτώματα του πόνου (Turk & Okifuji, 2002, Asmundson, 2004). Μια άλλη εξήγηση για την ανικανότητα απομάκρυνσης του συναισθήματος του φόβου, από μερικούς ασθενείς, πιθανώς, να σχετίζεται με διαφορές σε μια προγενέστερη ιστορία εκμάθησης και σε μια κανονική διοχέτευση της ευαισθησίας απέναντι στα επιβλαβή ερεθίσματα. Τα αποτελέσματα των μελλοντικών μελετών, θα μπορέσουν να μας βοηθήσουν, να καταλάβουμε καλύτερα τη μεμονωμένη παρατηρηθείσα μεταβλητότητα (Turk & Okifuji, 2002)..

Αλλά, ας δούμε αναλυτικότερα, κάποιες πρόσφατες έρευνες για τη διασύνδεση του φόβου του πόνου και την εμπλοκή του σε μια ευρεία γκάμα καταστάσεων που αφορούν τον ανθρώπινο πόνο. Αν και υπάρχουν αρκετες μελετές, εμείς διαλέξαμε τις πιο πρόσφατες για να παρουσιάσουμε.

Πιο συγκεκριμένα, οι George, Dannecker & Robinson (2006), εξέτασαν την εγκυρότητα του μοντέλου της αποφυγής του φόβου στον πόνο (Vlaeyen & Linton, 2000), με την διερεύνηση της επιρροής του φόβου του πόνου και της καταστροφολογίας του πόνου στην οξεία αντίληψη του πόνου, μέσω της σχέσης των ανωτέρων μεταβλητών με το γένος και το άγχος. Για αυτό το σκοπό, χρησιμοποίησαν ως δείγμα της μελέτης του 32 άνδρες και 34 γυναίκες, που συμπλήρωσαν τα κάτωθι ερωτηματολόγια: Το State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1980), το Fear of Pain Questionnaire, (McNeil and Rainwater, 1998), και το Coping Strategies Questionnaire (Rosenstiel and Keefe, 1983), που μετρά πεπιθήσεις καταστροφολογίας στον πόνο (George, Dannecker & Robinson, 2006).

Οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε μια δοκιμασία με κρύα επιθέματα και μετρήθηκαν η ανοχή, η ένταση του πόνου και η ικανότητα αμέσου αντιδράσεως με την μέτρηση της πίεσης του αίματος (SBP reactivity). Το φύλο, το άγχος, ο φόβος

του πόνου, και η καταστροφολογία εισήχθησαν ταυτόχρονα στην δοκιμασία της πολλαπλής ανάλυσης παλινδρόμησης με σκοπό να προβλέψουν τα διαφορετικά συστατικά της αντίληψης του πόνου. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η ανοχή στον πόνο δεν επηρεάστηκε από το φόβο του πόνου, την καταστροφολογία και το άγχος. Αντίθετα η ένταση του πόνου στο κατώτατο όριο και η ανοχή σε αυτόν επηρεάστηκαν σημαντικά μόνο από το φόβο του πόνου, ενώ η ικανότητα άμεσης αντίδρασης επηρεάστηκε σε σημαντικό βαθμό, μόνο από το άγχος. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο φόβος του πόνου, μπορεί να αποτελεί έναν ισχυρό παράγοντα στην οξεία ένταση του πόνου σε σύγκριση με την καταστροφολογία, ενώ κανένας από τους παράγοντες δεν έδειξε να επηρεάζει την ανοχή ή την ικανότητα άμεσου αντιδράσεως (George, Dannecker & Robinson, 2006).

Ένα χρόνο, αργότερα, ο Hirsh και οι συνεργάτες του (2007), θέλησαν να εξετάσουν τη σχέση ανάμεσα στο φόβο του πόνου συγκριτικά με την καταστροφολογία ως σημαντικούς διαμεσολαβητικούς παράγοντες στην εκτίμηση της εμπειρίας του πόνου, με στόχο να προσπελάσουν τους μεθοδολογικούς περιορισμούς των προηγούμενων μελετών, σχετικά με αυτές τις σχέσεις. Για τους σκοπούς της έρευνάς τους, πραγματοποίησαν μια follow-up μελέτη σε μια προηγούμενη έρευνα (e.g., George, Dannecker & Robinson, 2006), που εξετάζει τις σχέσεις μεταξύ του φόβου του πόνου, της καταστροφολογίας του πόνου, και της πειραματικής αντίληψης πόνου (Hirsh, et, all., 2007)..

Το δείγμα τους αποτέλεσαν 100 υγιείς εθελοντές (34 άνδρες και 66 γυναίκες), που συμπλήρωσαν τα εξής ερωτηματολόγια το Fear of Pain Questionnaire (FPQ-III [McNeil and Rainwater,1998]), την Pain Catastrophizing Scale (PCS) [Sullivan, et all., 1995], και το Coping Strategies Questionnaire (CSQ, [Rosenstiel and Keefe, 1983]), πριν να υποβληθούν σε προκλητό πόνο με τη χρήση ψυχρών επιθέματων (cold pressor test). Εν συνέχεια, έγινε επανα-συμπλήρωση του Pain Catastrophizing Scale (PCS) και του Coping Strategies Questionnaire (CSQ), μετά από την πρόκληση του πόνου, με τους συμμετέχοντες να καθοδηγούνται για την ολοκλήρωση των ερωτηματολογίων, βασισμένα στην εμπειρία που βίωσαν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας. Η μέτρηση του κατώτατου ορίου της ανοχής και της έντασης του πόνου έγινε κατά τη διάρκεια της πειραματικής πρόκλησης του πόνου, και χρησιμοποιήθηκε ως εξαρτημένες μεταβλητές ενώ το φύλο, η καταστροφολογία στον πόνο και ο φόβος του πόνου συμπεριλήφθηκαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές της έρευνας (Hirsh, et, all., 2007).

Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι ο φόβος του πόνου ήταν με συνέπεια ο ισχυρότερος προάγγελος του πειραματικού πόνου σε σύγκριση με την καταστροφολογία. Αυτά τα αποτελέσματα ήταν συνεπή ακόμα και στις χωριστές

μετρήσεις (CSQ versus PCS) και στα διαφορετικά χρονικά σημεία (pre-task versus "in-vivo") έναντι της καταστροφολογίας. Τα συμπεράσματα της μελέτης τους προτείνουν ότι ο φόβος του πόνου αποτελεί τον ισχυρότερο παράγοντα στην πειραματική αντίληψη του πόνου σε σύγκριση με τις καταστροφικές γνώσεις (Hirsh, et, all., 2007).

Επίσης, οι ερευνητές θεωρούν ότι κατά ένα ενδιαφέροντα τρόπο ούτε η ειδική μέτρηση, ούτε χρονικό σημείο του πόνου η αξιολόγηση της καταστροφολογίας επηρέασε τη φύση αυτών των σχέσεων. Αν και ο φόβος του πόνου έχει λάβει τη λιγότερο εμπειρική προσοχή από την καταστροφική σκέψη του πόνου, αυτά τα στοιχεία είναι υποδηλωτικά της άμεσης και ανάλογης σπουδαιότητάς του στην πειραματική εμπειρία πόνου. Οι σχέσεις που εξετάζονται εν τω παρόντι, προτείνουν τελικά ότι πρέπει να εξεταστούν συγκριτικά στα πλαίσια των υγιών εναντίον των κλινικών δειγμάτων και των οξέων εναντίον των χρόνιων καταστάσεων πόνου (Hirsh, et, all., 2007).

Μια άλλη έρευνα των Woby, Urmston & Watson το 2007, έθεσε ως αίτημα να καθορίσει εάν οι πεποιθήσεις της αυτό-αποτελεσματικότητας διαμεσολαβούν στη σχέση μεταξύ του φόβου του πόνου και του πόνου, και μεταξύ του φόβου του πόνου και της ανικανότητας σε μια ομάδα σθενών με χρόνια οσφυαλγία (CLBP) που παρουσίαζαν υψηλό ποσοστό φόβου σχετικά με τον πόνο τους (Woby, et all., 2007). Ως δείγμα τους καθορίστηκε να αποτελέσουν 102 ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, σε μια συγχρονική έρευνα (cross-sectional), οι οποίοι συμπλήρωσαν μια σειρά από ερωτηματολόγια που μετρούν πεποιθήσεις για την ανικανότητα (The Roland Disability Questionnaire, RDO; Roland and Morris, 1983), την αυτό-αποτελεσματικότητα (The Chronic Pain Self-Efficacy Scale, CPSS-PF; Anderson et al., 1995), το φόβο του πόνου και ειδικότερα το φόβο της μετακίνησης και την καταστροφολογία (The Tampa Scale for Kinesiophobia, TSK; [Woby et all, 2005, Miller et al., 1991]), The Coping Strategies Questionnaire, CSQ; [Rosenstiel and Keefe, 1983]) και την ένταση του πόνου (A100 mm horizontal pain, VAS [Ogon et al., 1996]) (Woby, et all., 2007).

Με την στατιστική δοκιμασία της πολλαπλής ανάλυσης παλινδρόμησης, οι ερευνητές θέλησαν να καθορίσουν εάν η αυτο-αποτελεσματικότητα διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ των σχετικών με φόβους πόνο και της έκβασης (πόνος ή/και ανικανότητα). Η αυτό-αποτελεσματικότητα βρέθηκε ότι μεσολαβεί όχι μόνο στη σχέση μεταξύ του φόβου του πόνου και της έντασης του πόνου, αλλά και μεταξύ του φόβου του πόνου και της ανικανότητας. Επομένως, αυτή η μελέτη προτείνει ότι όταν η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι υψηλή, ακόμα και ένας μέγιστος φόβος του πόνου δύναται να μην οδηγήσει σε υψηλά ποσοστά έντασης πόνου και ανικανότητας (Woby, et all., 2007).

Εντούτοις, στις περιπτώσεις όπου η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι χαμηλή, ο μέγιστος φόβος του πόνου είναι πιθανό να οδηγήσει σε υψηλά ποσοστά έντασης πόνου και ανικανότητας. Λαμβάνοντας υπόψη αυτά τα συμπεράσματα, οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι, αποτελεί επιτακτική ανάγκη η αξιολόγηση του φόβου του πόνου και των σχετικών παραμέτρων του σε σχέση με την ικανότητα για αυτό-αποτελεσματικότητα, κατά την θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με οσφυαλγία με υψηλές προδιαθέσεις σχετικά με τους φόβους που εγείρει ο πόνος τους (Woby, et al., 2007)

Η Muñoz Sastre και οι συνεργάτες της (2006), ασχολήθηκαν, επίσης με το θέμα του φόβου του πόνου. Σε αυτή την περίπτωση, οι συγκεκριμένοι ερευνητές είχαν ως στόχο να καθορίσουν τις διαστάσεις του φόβου του πόνου που σχετίζονται με τις ιατρικές διαδικασίες, και τις διαστάσεις του φόβου του πόνου που συνδέονται με τις ασθένειες και τα ατυχήματα, σε ένα δείγμα που περιελάμβανε άτομα νεαρής, μέσης και γεροντικής ηλικίας. Ειδικότερα οι συμμετέχοντες αποτελούνταν από 573 άτομα (ηλικίας από 26-94 ετών) (Sastre, et al., 2006).

Η διαδικασία που ακολουθήθηκε αφορούσε την συμπλήρωση του Fear of Pain Questionnaire των McNeil and Rainwater (1998), σε δύο διαφορετικές εκδοχές : (α) τη γαλλική προσαρμογή των 10 ιατρικών περιστατικών φόβου επώδυνων εμπειριών από το αρχικό FPQ συν 19 πρόσθετα στοιχεία, (β) τη γαλλική προσαρμογή των 6 στοιχείων ασθένειας από το αρχικό FPQ συν 49 πρόσθετα στοιχεία, και τη συμπλήρωση ενός τρίτου ερωτηματολογίου (αυτοσχέδιου) που μετρά την έκθεση ενός ατόμου σε επώδυνες καταστάσεις (Exposure to Painful Situations Questionnaire, Sastre, et al., 2006) (Sastre, et al., 2006).

Τα αποτελέσματα, της έρευνας των Sastre, et al., (2006) έδειξαν ότι όσον αφορά το φόβο του πόνου από τις ιατρικές διαδικασίες, προσδιορίστηκε μια δομή τεσσάρων παραγόντων: ιατρική εξέταση και ιατρική φροντίδα, ενέσεις, οδοντιατρική περίθαλψη και επεμβατικές τεχνικές. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία, συμμετέχοντες, και οι λιγότερο μορφωμένοι, μάλιστα, εμφάνισαν μεγαλύτερη τάση να φοβούνται τον πόνο που προέρχεται από τις επεμβατικές τεχνικές, από ότι παρουσίαζαν οι νεώτεροι και οι πιο μορφωμένοι.

Όσον αφορά το φόβο του πόνου που σχετίζεται με τις ασθένειες βρέθηκε μια συλλογή οκτώ-παραγόντων: Δευτερεύουσες ασθένειες, κράμπες, μολύνσεις και αποστήματα, φλεγμονώδεις αρθρώσεις, κωλικοί, κατάγματα, τραυματισμός οργάνων, και καρκίνος τελικού σταδίου. Εν τω μεταξύ, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία φάνηκε ότι παρουσιάζουν σε υπερβολικό βαθμό φόβο του πόνου που συνδέεται με τις δευτερεύουσες ασθένειες, τις φλεγμονώδεις αρθρώσεις, τα κατάγματα, τους κωλικούς και τις κράμπες, από ότι οι νεότεροι. Η παρελθοντική εμπειρία των

επώδυνων καταστάσεων σε καταστάσεις πόνου, επίσης, έδειξε μια σαφή μείωση του φόβου του πόνου, που σχετίζεται σχεδόν με όλες τις ιατρικές πράξεις και συγκεκριμένα με επεμβατικού τύπου τεχνικές (Sastre, et al., 2006).

Εν κατακλείδι, διαφαίνεται ο κεντρικός ρόλος του συναισθήματος του φόβου σε διαφορετικές μορφές και εκφάνσεις των ανθρωπίνων σχέσεων, σε σχέση με επώδυνη εμπειρία, από τις αμιγώς ιατροκεντρικές έως τις ευρύτερες οικογενειακές. Ο πόνος ως συναίσθημα δεν κατανοείται μόνο δύσκολα, αλλά και δύσκολα εκτιμάται αντικειμενικά. Και αυτό, γιατί βρίσκεται περισσότερο από όλα τα συναισθήματα στα όρια της φυσιολογικής, συστηματικής λειτουργίας του εγώ (Κανελλοπούλου, 2000). Όμως, σαν ένα τέτοιο οριακό συναίσθημα εύλογα απορεί κανείς για τη σχέση του πόνου με τα άλλα συναισθήματα και ιδιαίτερα για τη σχέση του φόβου με τον πόνο. Ο φόβος του πόνου, εξάλλου, αποτελεί μια «βασική μορφή» και έκφραση του συναισθήματος του φόβου (Hollander, 2004).

Μπορούμε να υποστηρίξουμε, λοιπόν, ότι όσο ζούμε θα πονάμε και όσο πονάμε θα φοβόμαστε. Διότι ο πόνος λειτουργεί σαν ένα απειλητικό ερέθισμα και φαίνεται να προκαλεί μια αντίδραση αποφυγής ως βελτιωτική απάντηση του φοβογόνου και επώδυνου ερεθίσματος. Αυτή η απειλή του πόνου δεν είναι μόνο μια προσθήκη στο αισθητηριακό μας σύστημα, ούτε προκύπτει μόνο από τις αισθητήριες λειτουργίες μας. Αντ' αυτού, αποτελεί ένα αρχικό και κεντρικό συστατικό της αναλγητικής συμπεριφοράς μας (Eccleston, 2001). Εντούτοις, μια γενικότερη στάση, πέρα από την πληθώρα των φόβων του πόνου, μπορεί να μετουσιωθεί σε ένα είδος «μετα-φόβου» (meta-fear), που δεν είναι τίποτα άλλο παρά ο φόβος του κάθε ατόμου σε σχέση με την επιδείνωση της φυσικής και ψυχικής του κατάστασης ή αυτό που ορίζει ο Frank ως ο «φόβος του κατώτατου, οριακού σημείου αντοχής» στον πόνο (Frank, 2007).

Ως μια τέτοια, οριακή κατάσταση εξασθένισης και οπωσδήποτε και αποδιοργανωτική, η αντικειμενική φυσική εξάντληση του πόνου, μπορεί να οδηγήσει στην υποκειμενική συναισθηματική απάντηση κάποιου απέναντι στον πόνο και δύναται εν τέλει να διαδραματίσει έναν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της ποσότητας της έντασης και της διάρκειας του πόνου (Crombez et al., 1999).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διασύνδεση της σχέσης του συναισθήματος του φόβου και της ντροπής στον χρόνιο μυο-σκελετικό πόνο, συγκριτικά με το φύλο. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (αγχώδη συμπτώματα πόνου, φόβος του πόνου, εξωτερική ντροπή, εσωτερική ντροπή, μόνιμο και παροδικό άγχος) στους άνδρες και στις γυναίκες, σε άτομα με χρόνια οσφυαλγία. Πιο συγκεκριμένα:

- Σύγκριση της ομάδας των ανδρών και της ομάδας των γυναικών με χρόνια οσφυαλγία ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
- Συσχέτιση των ερωτηματολογίων του φόβου του πόνου και της ντροπής, τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

1.1 Ερευνητικές υποθέσεις

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

- ◆ Έρευνες καταδεικνύουν, ότι το συναίσθημα του φόβου και το άγχος που σχετίζονται με τον πόνο, αποτελούν σημαντικά φαινόμενα, καθώς διαφαίνεται να κατέχουν μοναδικές ιδιότητες (McNeil & Rainwater, 1998). Ως προς τον φόβο του πόνου, η υπόθεσή μας είναι ότι οι γυναίκες, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου και υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες καθώς, μια εν δυνάμει μεταβλητή, που σχετίζεται με τις μεμονωμένες διαφορές στις συναισθηματικές απαντήσεις απέναντι στις επώδυνες απειλές είναι και το φύλο (Heft et al. 2007; McNeil & Rainwater, 1998). Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι γυναίκες, εν γένει αναφέρουν υψηλότερο επίπεδο φόβου από ότι οι άνδρες (Ollendick, King, & Frary 1989; McNeil & Rainwater, 1998).
- ◆ Ως προς το άγχος του πόνου, η υπόθεσή μας είναι ότι οι γυναίκες, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα αγχωδών συμπτωμάτων πόνου και υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες, καθώς οι έρευνες δείχνουν μια μεγαλύτερη συσχέτιση μεταξύ του γυναικείου φύλου και του άγχους στον πόνο (McCracken et al. 1992).
- Ο πόνος, σε γενικές γραμμές, συνδέεται με καταστάσεις που οδηγούν στο στιγματισμό και τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου (π.χ. ασθένεια, ελλειμματικότητα), παράγοντες που οδηγούν στην κοινωνική απόρριψη και την ντροπή και για τα δύο φύλα (Cohen, 2003; Gilbert, 2003; Heller, 2003; Shweder, 2003). Εντούτοις, οι γυναίκες

φαίνεται να είναι περισσότερο ευάλωτες στα συναισθήματα της ντροπή σε σχέση με τους άνδρες (Gilbert et al. 2005). Ως προς την εξωτερική ντροπή, λοιπόν, η υπόθεσή μας είναι ότι οι γυναίκες, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα εξωτερικής ντροπής και υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες.

- Ως προς την εσωτερική ντροπή, η υπόθεσή μας είναι ότι οι γυναίκες, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα εσωτερικής ντροπής και υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες, καθώς αφενός η εξωτερική και η εσωτερική ντροπή σχετίζονται (Goss et al, 1994), και αφετέρου, πολλές αποχρώσεις της αρρενωπότητας και της θηλυκότητας και πολλοί βαθμοί και είδη ηθικών και ντροπιαστικών συμπεριφορών διακινούνται στις καθημερινές διαπραγματεύσεις (Lindisfarne, 1998).
- Το άγχος είναι γενικά μια διαδικασία που οργανώνεται και προκύπτει από τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος. Η αντίληψη για το άγχος εξαρτάται από το αντιλαμβανόμενο νόημα που έχει αυτή η «συναλλαγή» για το κάθε άτομο (Robson, 1999). Ως προς το μόνιμο και παροδικό άγχος η υπόθεσή μας είναι ότι οι γυναίκες, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου και υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες καθώς, προηγούμενες έρευνες έχουν υποστηρίξει ότι οι γυναίκες έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman, Wittchen, & Kendler, 1994; Schmidt & Koselka, 2000).

2. Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας από τον Ιανουάριο του 2010 έως τον Μάιο του 2010.

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν άτομα με χρόνια μυοσκελετικό πόνο και συγκεκριμένα με χρόνια οσφυαλγία. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα προήλθαν από κοινοτικό δείγμα ασθενών με χρόνια προβλήματα πόνου από την οσφυϊκή χώρα, που βρίσκονται υπό φυσιοθεραπεία, σε ιδιωτικά κέντρα με την μέθοδο της «χιονομπαλιάς» (Σαχίνη -Καρδάση, 2000).

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη ήταν οι παρακάτω:

1. Τα άτομα να είναι ενήλικα (άνω των 18 ετών) με χρόνια οσφυαλγία.
2. Μορφωτικό επίπεδο τουλάχιστον αποφοίτου δημοτικού σχολείου, έτσι ώστε να γίνονται αντιληπτές οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων. Έτσι, θα γινόταν δυνατό να αποφύγουμε τη διαδικασία μέτρησης του δείκτη νοητικής

ικανότητας (IQ) των εξεταζόμενων, κάτι που θα επιβάρυνε ακόμη περισσότερο την διαδικασία μελέτης των εξεταζόμενων, η οποία θα ήταν ήδη σημαντικά επιβαρυνόμενη λόγω της μεγάλης έκτασης των ερωτηματολογίων.

3. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
4. Την απόφαση για το αν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα θα την έπαιρναν οι ερευνητές της παρούσας εργασίας.

Από την μελέτη αποκλείστηκαν άτομα με άλλα μυοσκελετικά προβλήματα (όπως αρθρίτιδες-τενοντίτιδες) και άτομα με διαγνώσεις ψυχικών διαταραχών ή άλλα σωματικά νοσήματα.

Ο σχεδιασμός της μελέτης περιλάμβανε την αξιολόγηση ψυχολογικών χαρακτηριστικών που θα αφορούσαν το συναίσθημα του φόβου του πόνου, της ντροπής, και το μόνιμο και παροδικό άγχος.

Τα ερωτηματολόγια θα συμπληρώνονταν από τα ίδια τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, σε πλαίσιο επιλογής τους. Ταυτόχρονα, θα κατέγραφαν και τα δημογραφικά τους στοιχεία.

Τα άτομα που θα συμμετείχαν στη μελέτη θα είχαν ενημερωθεί για το σκοπό της και θα είχαν διαβεβαιωθεί για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο θα δημιουργούσε έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν θα συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία θα τη διεκπεραίωνε το ίδιο άτομο, οπότε μειώνονταν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλιζόταν πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που θα έπαιρναν μέρος στην έρευνα.

2.1 Δείγμα

Συνολικά τα άτομα που πληρούσαν τις προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν 201. Αυτά τα 201 άτομα, χωρίστηκαν σε δύο ομάδες με βάση το φύλο των συμμετεχόντων, όπως καταγράφηκε στο ερωτηματολόγιο των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών τους. Η πρώτη αποτελούνταν από 53 άνδρες (ποσοστό 26,4%), και η δεύτερη αποτελούνταν από 148 γυναίκες (ποσοστό 73,6%).

2.2 Διαδικασία

Οι ερευνητές χορήγησαν σε άτομα ενήλικα, με χρόνια οσφυαλγία, τα αυτο-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια της μελέτης εντός φακέλου, τον οποίο το άτομο παρέδιδε κλειστό (αυτοπροσώπως ή ταχυδρομικά) μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, προκειμένου να διαφυλαχτεί το απόρρητο.

Οι ερευνητές βρίσκονταν στη διάθεση των ατόμων για διευκρινιστικές ερωτήσεις, όπου χρειάστηκε.

Μετά την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων γινόταν από τους ίδιους τους ερευνητές η διαδικασία αξιολόγησης των ψυχομετρικών ερωτηματολογίων, και σε ειδικούς πίνακες καταγράφονταν και προσδιορίζονταν τα αποτελέσματα του κάθε ψυχομετρικού εργαλείου ξεχωριστά για το κάθε άτομο.

Αναλυτικότερα, για την πραγματοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία:

2.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία

2.3.1 Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20; McCracken et al., 1992; McCracken et al., 2002)

Η κλίμακα μέτρησης των συμπτωμάτων άγχους του πόνου (PASS-20) κατασκευάστηκε από τους McCracken & Dhingra το 2002, και αποτελεί τη σύντομη μορφή του αρχικού ερωτηματολογίου, το οποίο περιελάμβανε στην κανονική εκδοχή του 40 ερωτήσεις (McCracken et al., 1992; McCracken & Dhingra, 2002). Όπως και στην αρχική του μορφή το PASS-20 αφορά το φόβο και τις αγχώδεις αντιδράσεις που αναπτύσσουν τα άτομα απέναντι στον πόνο (McCracken et al., 1996). Το PASS-20 πρόκειται για ένα αυτό-χορηγούμενο ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς, το οποίο αποτελείται από 20 διαπιστώσεις, όπου περιγράφουν την υποκειμενική εμπειρία αντίδρασης απέναντι στον πόνο, όπου τα άτομα χρησιμοποιώντας μια πενταβάθμια κλίμακα Likert (από το 0= ποτέ έως 4= πάντα) δηλώνουν το βαθμό στον οποίο οι προτάσεις τους αντιπροσωπεύουν (McCracken & Dhingra, 2002).

Το ερωτηματολόγιο αυτό μετρά δηλώσεις που αφορούν περισσότερο γενικευμένες καταστάσεις που σχετίζονται με τον πόνο, (όπως π.χ. όταν πονάω νομίζω ότι μπορεί να είμαι σοβαρά άρρωστος) παρά που συνδέονται άμεσα με την επώδυνη περιστασιακή εμπειρία (όπως, π.χ. να σπάσω το πόδι μου) (Δραγκιώτη, 2008). Πρόκειται για ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο διεθνώς εργαλείο, το οποίο μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά χρήσιμο όπου εμφανίζεται ανησυχία για τον χρόνο και την ποσότητα της απαιτούμενης ατομικής σωματικής προσπάθειας (Roelofs et al., 2003).

Η συνολική βαθμολογία εξάγεται με την άθροιση των βαθμών όλων των προτάσεων. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερο άγχος παρουσιάζουν τα άτομα. Το εύρος του συνολικού αποτελέσματος του τεστ λαμβάνει τιμές από 0-80. Η κλίμακα μέτρησης των συμπτωμάτων άγχους του

πόνου περιλαμβάνει , επίσης τέσσερις, ευδιάκριτους και ειδικούς παράγοντες που σχετίζονται με το άγχος του πόνου, που απαρτίζουν και αντιστοίχως, τις τέσσερις υποκλίμακες του εργαλείου :(1) φοβικές σκέψεις, (2) γνωστικό άγχος, (3) συμπεριφορά αποφυγής και (4) σωματικές αντιδράσεις άγχους (Mc Cracken et al., 1992; McCracken & Dhingra, 2002). Κάθε υποκλίμακα περιλαμβάνει 5 διαπιστώσεις- προτάσεις. Οι μετρήσεις των διαστάσεων αυτών είναι πολύ σημαντικές, επειδή το άγχος του πόνου έχει προβλεπτική αξία στον προσδιορισμό της κατάθλιψης και της ανικανότητας στους ασθενείς με χρόνιο πόνο και αποτελεί, επίσης ένα μέτρο κεντρικής σπουδαιότητας για την διερεύνηση της αποφυγής του πόνου (Mc Cracken et al., 1992; McCracken & Dhingra, 2002). Ο δείκτης Cronbach's alpha του PASS-20 για το ελληνικό δείγμα είναι 0,833 (Δραγκιώτη, 2008).

2.3.2 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998)

Το ερωτηματολόγιο του φόβου του πόνου (FPQ-III) δημιουργήθηκε από τους McNeil & Rainwater το 1998, και αντανακλά στο βαθμό του φόβου που προκαλεί μια επίπονη κατάσταση. Η κατασκευή του βασίστηκε στο συμπεριφορικό-αναλυτικό μοντέλο των Goldfried και D'Zurilla's το 1969, με έμφαση στην ανάλυση μιας περιστασιακής κατάστασης (situational analysis) (McNeil & Rainwater, 1998). Πρόκειται για την τρίτη έκδοση μιας αυτό-συμπληρούμενης κλίμακας, η οποία αποτελείται από 30 προτάσεις που περιγράφουν επώδυνες καταστάσεις του τύπου φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το... «να πάθω τροχαίο ατύχημα» ή ...«να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού» και κάθε πρόταση βαθμολογείται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (τύπου Likert) βασισμένη στο επίπεδο του φόβου του πόνου που κυμαίνεται από "καθόλου" (1) ως " υπερβολικά" (5) (McNeil & Rainwater, 1998).

Το FPQ-III παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και αξιοπιστία. Οι McNeil and Rainwater (1998), βρήκαν, για παράδειγμα ότι τα άτομα που αναφέρουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου, αποφεύγουν περισσότερο τα επώδυνα ερεθίσματα, από ότι τα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλότερο επίπεδο φόβου όπως μετρήθηκαν με το FPQ-III. Η βαθμολόγηση της κλίμακας γίνεται με το άθροισμα των εκτιμήσεων για κάθε επίπονη εμπειρία. Το συνολικό αποτέλεσμα παίρνει τιμές από 30 μέχρι 150. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερος κρίνεται ο φόβος. Η κλίμακα της μέτρησης του φόβου του πόνου απαρτίζεται και από τρεις υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα περιλαμβάνει το φόβο που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain subscale), η δεύτερη υποκλίμακα μετράει το επίπεδο του φόβου που προέρχεται

από δριμύ πόνο (Severe Pain subscale) και η τρίτη υποκλίμακα δηλώνει το βαθμό του φόβου σε σχέση με τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale). Κάθε υποκλίμακα περιέχει 10 προτάσεις. Επίσης, το συνολικό σκόρ μπορεί να ληφθεί και με το άθροισμα των επιμέρους υποκλιμάκων)(McNeil & Rainwater,1998).Ο δείκτης Cronbach's alpha του FPQ-III στο ελληνικό δείγμα είναι 0,845 (Δραγκιώτη, 2008).

2.3.3 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994)

Η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) προέρχεται από ένα προϋπάρχον εργαλείο αξιολόγησης της ντροπής, το ISS (Internalized Shame Scale). Το ISS κατασκευάστηκε το 1993 από τον Cook. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιλαμβάνει 30 δηλώσεις, εκ των οποίων οι 24 μετρούν την ντροπή και οι υπόλοιπες 6 την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Αφορά την εσωτερική ντροπή και οι προτάσεις που περιλαμβάνει αναφέρονται σε γενικές αρνητικές αξιολογήσεις του εαυτού (Goss, Gilbert και Allan, 1994).

Οι Goss, Gilbert και Allan (1994) τροποποίησαν αυτό το ερωτηματολόγιο και κατασκεύασαν το OAS (Other As Shamer scale). Αυτό το εργαλείο δημιουργήθηκε για να διερευνήσει τις αντιλήψεις του ατόμου για το πώς το βλέπουν και πώς το κρίνουν οι άλλοι. Οι προτάσεις της κλίμακας ντροπής από το ISS (Cronbach's alpha= 0,96) πήραν τη μορφή «οι άλλοι με θεωρούν...», και έτσι το OAS περιλαμβάνει 18 τέτοιες προτάσεις (οι υπόλοιπες 6 δεν ήταν εφικτό να τροποποιηθούν κατά αυτόν τον τρόπο), οι οποίες απαντώνται σε μια πεντάβαθμη κλίμακα συχνότητας (όπου 0= ποτέ, 1=σπάνια, 2=μερικές φορές, 3=συχνά και 4= πάντα). Οι προτάσεις του OAS κατανέμονται σε τρεις υποκλίμακες, το αίσθημα κατωτερότητας (inferior), το αίσθημα κενού (empty) και την αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes). Ο τελικός βαθμός του OAS προκύπτει από την άθροιση των βαθμών κάθε ερώτησης.

Ο δείκτης Cronbach's alpha του OAS στο ελληνικό δείγμα είναι 0,87. Το OAS έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα της ντροπής (όπως: Gilbert et al. 1996; Gilbert & Miles, 2000; Gilbert et al., 2003; Benn et al., 2005).

2.3.4 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002)

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) κατασκευάστηκε το 2002 από τους Andrews, Qian και Valentine. Αφορμή για την κατασκευή του ήταν η αποτελεσματικότητα της δομημένης συνέντευξης των

Andrews και Hunter για την αξιολόγηση του συναισθήματος της ντροπής, στην πρόβλεψη της ψυχοπαθολογίας. Το ESS, λοιπόν, κατασκευάστηκε σύμφωνα με τις ίδιες αρχές με την ανωτέρω μέθοδο αξιολόγησης της ντροπής, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η προβλεπτική ισχύς της συνέντευξης για την αξιολόγηση της ντροπής έγκειται στη μέθοδο καθ' αυτή, ή στην αντίληψη για την ντροπή και τις ευθείς ερωτήσεις που έχει αυτή η μέθοδος (Andrews et al., 2002).

Το ESS εκτιμά τρεις διαφορετικούς τύπους ντροπής, τη χαρακτηρισολογική (characterological shame) ντροπή, τη συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame), και τη σωματική ντροπή (bodily shame). Κάθε μία από αυτές αναφέρεται σε συγκεκριμένους τομείς, όπως οι συνήθειες του ατόμου (χαρακτηρολογική ντροπή), οι λανθασμένες πράξεις του (συμπεριφορική ντροπή) ή η εικόνα του σώματός του (σωματική ντροπή). Συνολικά καλύπτονται 8 θέματα που αφορούν το συναίσθημα της ντροπής, καθένα από τα οποία έχει ένα βιωματικό, ένα γνωστικό και ένα συμπεριφορικό στοιχείο. Για παράδειγμα, το άτομο ρωτάται αν ένιωσε ντροπή για τις προσωπικές του συνήθειες, εάν τον έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτές και εάν έχει προσπαθήσει να τις κρύψει ή να τις συγκαλύψει (Andrews et al., 2002). Περιλαμβάνει συνολικά 25 ερωτήσεις-για τη σωματική ντροπή υπάρχει μία επιπλέον πρόταση που αναφέρεται στην αποφυγή των καθρεπτών- που απαντώνται σε μια τετράβαθμη κλίμακα η οποία υποδηλώνει τη συχνότητα με την οποία το άτομο έχει βιώσει αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση, εντός του περασμένου έτους (όπου 1= καθόλου, 2=λίγο, 3= συγκρατημένα και 4= πάρα πολύ).

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) εντάσσεται στα ερωτηματολόγια που μετρούν αποκλειστικά την τάση για την ντροπή (και όχι ταυτόχρονα και την τάση για ενοχή), και εκτιμά την ντροπή ως έναν σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Tangney & Dearing, 2002). Ο δείκτης Cronbach's Alpha είναι 0,92 (Andrews et al., 2002), και στο ελληνικό δείγμα 0,93. Έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς μελετητές, και έχει ερευνηθεί η ικανότητά του να αναδεικνύει τη σχέση της ντροπής με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Andrews et al., 2002).

2.3.5 Κλίμακα αυτοαξιολόγησης του άγχους (*State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Spielberger, 1970*)

Για την αξιολόγηση του άγχους, θα χρησιμοποιηθεί η κλίμακα *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) που κατασκευάστηκε από τον Spielberger το 1970. Αποτελείται από 40 διαπιστώσεις, οι οποίες αναφέρονται σε 2 υποκλίμακες: α) τη συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή

συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (δηλ. παροδικό άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσης κατάστασης), και β) τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα (δηλ. μόνιμο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για τον εξεταζόμενο, στη βάση μιας τετράβαθμης κλίμακας τύπου Likert (1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτει ένας γενικός δείκτης εκτίμησης του άγχους με την άθροιση όλων των προτάσεων. Η μέση τιμή για την πρώτη υποκλίμακα ήταν 43,21, για τη δεύτερη υποκλίμακα 42,79 και για τη συνολική κλίμακα 86,01. Οι μέσοι όροι που αναφέρονται και θα χρησιμοποιηθούν στην παρούσα μελέτη προέρχονται από τη δεύτερη στάθμιση της κλίμακας (Αναγνωστοπούλου, 2002), η οποία παρουσιάζει μικρότερη χρονική απόσταση από τον καιρό διεξαγωγής της παρούσας μελέτης. Κάτι τέτοιο κρίθηκε αναγκαίο, δεδομένων των ταχύτατων ρυθμών αύξησης του άγχους κατά τα τελευταία χρόνια στον φυσιολογικό πληθυσμό. Το ερωτηματολόγιο έχει ήδη προσαρμοστεί στον Ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Λιάκος & Γιαννίτση, 1984;Αναγνωστοπούλου, 2002).

2.3.6 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος δόθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή) και την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία). Επίσης, τους ζητήθηκε να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικές με την διάρκεια του πόνου τους και την χρήση φαρμάκων καθώς και να βαθμολογήσουν την ένταση του πόνου τους σε μια κλίμακα από το 0 έως το 10 και την συμμόρφωση τους με την προτεινόμενη θεραπεία σε μια κλίμακα από το 1 έως το 7.

2.4. Στατιστική επεξεργασία

Μια σειρά από διεργασίες στατιστικής ανάλυσης εφαρμόστηκαν για την επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων της έρευνας. Χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πρόγραμμα για τις Κοινωνικές Επιστήμες SPSS for Windows 14.0 (SPSS, 2005) Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούσαν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών έγιναν στα προγράμματα Excel και SPSS (SPSS, 2005;Γναρδέλλης, 2006), ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούσαν τις

συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και τις συσχετίσεις των μεταβλητών εφαρμόστηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS,14.0 (SPSS, 2005;Γναρδέλλης, 2006). Συγκεκριμένα:

- A) Κατά την ανάλυση για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση (SD), τυπικό σφάλμα μέσης τιμής) των ανδρών και των γυναικών, ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε Κλίμακα καθώς και σε κάθε υποκλίμακα.
- B) Κατόπιν έγινε σύγκριση των διαμέσων των αποτελεσμάτων των εξής παραμέτρων: του ερωτηματολογίου του φόβου του πόνου του FPQ-III, της Κλίμακας των αγχωδών συμπτωμάτων πόνου του PASS-20, της εξωτερικής ντροπής του OAS, της Κλίμακας για τη βιωμένη ντροπή του ESS (εσωτερική ντροπή), και του μόνιμου και παροδικού άγχους του STAI ανάμεσα στις δύο ομάδες. Για τη σύγκριση των δύο κατανομών (απάντησεις ανδρών και γυναικών) που αφορούσαν τις ποσοτικές μεταβλητές, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test, για ανεξάρτητα δείγματα διότι οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών (επειδή $n > 50$) με τον έλεγχο Kolmogorov-Smirnov (sign. $>5\%$) και με τον έλεγχο Normal Q-Q pplots πιστοποίησαν ότι υπόθεση της κανονικότητας των μεταβλητών γίνεται δεκτή. Δηλαδή οι κατανομές ήταν κανονικές (Δαφέρμος, 2005).
- Γ) Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 . Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε (Κατσουγιαννόπουλος, 1990; Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000; Ιωαννίδης, 2000).
- το χ^2 του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών ήταν <5 , καμία από τις αναμενόμενες τιμές ήταν <1 και το σύνολο των παρατηρήσεων ήταν >24 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
 - το χ^2 του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές ήταν >10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
 - το χ^2 του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές ήταν μεταξύ του 5 και 10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
 - Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές ήταν <1 ή δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του χ^2 χρησιμοποιήθηκε η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού (Ιωαννίδης, 2000; Γναρδέλλης, 2006).

Δ) Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbom & Norell, 1992) μεταξύ της ομάδας των ανδρών και των γυναικών, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης r του Pearson, (Ρούσσος-Τσαούσης, 2006; Παρασκευόπουλος, 1993) μια και η κατανομή συχνότητων των τιμών τους ήταν κανονική (μόνο και σε ελάχιστες μεταβλητές υπήρχε απόκλιση). Συγκεκριμένα, με το συντελεστή συσχέτισης r του Pearson προσδιορίστηκε:

- η στατιστική συσχέτιση των συνολικών βαθμών των ερωτηματολογίων της του φόβου του πόνου και της ντροπής για την ομάδα των ανδρών, την ομάδα των γυναικών και για το σύνολο του δείγματος.

Οι διαφορές (P) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ($p < 0,05$).

3. Αποτελέσματα της μελέτης

3.1 Κοινωνικό - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος

Το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των ατόμων και των δύο ομάδων (ανδρών και γυναικών), καθώς και οι απαντήσεις τους στις ερωτήσεις που τους τέθηκαν στο Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων, παρουσιάζεται αναλυτικά στους πίνακες 1 και 2.

Πίνακας 1. Κατανομή 201 ατόμων με οσφουαλγία των ανδρών και των γυναικών, κατά ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, και παιδιά.

	Άτομα με οσφουαλγία		Σύνολο N(%)	Διαφορά
	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)		
Σύνολο	53 (26,4)	148 (73,6)	201 (100,0)	
Ηλικία				
Ελαχίστη - μέγιστη	19-70	18-78	18-78	
10-19 ετών	2 (3,8)	3 (2,0)	5 (2,5)	
20-29 ετών	18 (34,0)	45 (30,4)	63 (31,3)	
30-39 ετών	20 (37,7)	54 (36,5)	74 (36,8)	Fisher's Exact Test=1,950
40-49 ετών	6 (11,3)	17(11,5)	23(11,4)	P= 0,942
50-59 ετών	3 (5,7)	10 (6,8)	13 (6,5)	
60-69 ετών	2 (3,8)	12 (8,1)	14 (7,0)	
70-79 ετών	6 (2,0)	7(4,7)	9 (4,5)	
10-39 ετών	40 (75,5)	102 (68,9)	142 (70,6)	
40-79 ετών	13 (24,5)	46 (31,1)	59 (29,4)	
	$\chi^2_p=0,808$			
P=0,369				
Μέση τιμή ($\bar{x} \pm SD$)	35,91 \pm 12,17 t =-0,940	37,97 \pm 14,25	37,43 \pm 13,73	
	P= 0,348			
Οικογενειακή κατάσταση				
Άγαμος	35 (66,0)	75 (50,7)	110 (54,7)	
Έγγαμος	18 (34,0)	47(31,8)	65(32,3)	Fisher's Exact Test=12,318
Διαζευγμένος	0 (0,0)	17 (11,5)	17 (8,5)	P= 0,005
Χήρος	0 (0,0)	9 (6,1)	9 (4,5)	
Παιδιά				
Ναι	14 (26,4)	57 (38,5)	71(35,3)	
Όχι	39(73,6)	91 (61,5)	130 (64,7)	P=
0,130	$\chi^2_p=2,298$			

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), $\chi^2_p= \chi^2$ του Pearson, t=T -Test

Η μέση ηλικία των ανδρών του δείγματος ήταν $35,91 \pm 12,17$, με εύρος 19-70, και δε διέφερε στατιστικά σημαντικά από τη μέση ηλικία των γυναικών, η οποία ήταν $37,97 \pm 14,25$, με εύρος 18-78, και σε καμία από τις συγκρίσεις που έγιναν δεν διαπιστώθηκε στατιστική διαφορά (χ^2 του Pearson στη σύμπτυξη κλάσεων, $P=0,369$, T-Test, $P=0,348$), αλλά ούτε και στη σύγκριση των ποσοστών της κατανομής πριν τη σύμπτυξη (Fisher Exact Test, $P=0,942$).

Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, τα μεγαλύτερα ποσοστά τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, ήταν άγαμοι (ποσοστό 66,0% και 50,7%). Η σύγκριση με το Fisher Exact Test ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P=0,005$), ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό και των δύο ομάδων δεν είχε παιδιά (ποσοστό 73,6% και 61,5% αντίστοιχα, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ($P=0,130$) μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το χ^2 του Pearson.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών (ποσοστό 37,9%) και των γυναικών με οσφυαλγία (ποσοστό 56,1%) ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το δείκτη L.R. (Likelihood Ratio) ($P=0,276$).

Τέλος, ως προς την επαγγελματική κατάσταση των δύο ομάδων παρατηρήθηκε στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας διαφορά με τη σύγκριση με το Fisher Exact Test ($P=0,076$). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών (ποσοστό 60,4%), αλλά και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι (ποσοστό 47,3%).

Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν και ως προς τη διαμονή τους. Η σύγκριση με Fisher Exact Test δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P=0,402$) μεταξύ τους. Τα μεγαλύτερα ποσοστά των ατόμων και στις δύο ομάδες (ανδρών και γυναικών) κατοικούσαν σε πόλη >150.000 κατοίκων (ποσοστό 86,8% και 87,8% αντίστοιχα). Από τους υπόλοιπους, το 9,4% των ανδρών με οσφυαλγία κατοικούσαν σε πόλη <150.000 κατοίκων, ενώ ποσοστό 3,8% της ίδιας ομάδας κατοικούν σε χωριό/ κωμόπολη.

Πίνακας 2. Κατανομή 201 ατόμων με οσφυαλγία των ανδρών και των γυναικών, κατά επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή.

	Άτομα με οσφυαλγία		Σύνολο N(%)	Διαφορά
	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)		
Σύνολο	53 (26,4)	148 (73,6)	201 (100,0)	

Επίπεδο εκπαίδευσης

Αναλφάβητος	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (0,5)	
Απόφοιτος Δημοτικού	2 (3,8)	12 (8,1)	14 (7,0)	
Απόφοιτος Γυμνασίου	1 (1,9)	7 (4,7)	8 (4,0)	
	L.R. =6,321			
Απόφοιτος Λυκείου	11 (20,8)	40 (27,0)	51 (25,4)	P=
0,276				
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	36 (37,9)	83 (56,1)	119 (59,2)	
Μεταπτυχιακά	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Διδακτορικό	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Φοιτητής ΑΕΙ/ΤΕΙ	2 (3,8)	6 (4,1)	8 (4,0)	

Επαγγελματική κατάσταση

Άνεργος/Φοιτητής	5 (9,4)	13 (8,8)	18 (9,0)	
Οικιακά	1 (1,9)	18 (12,2)	19 (9,5)	
Αυτοαπασχολούμενος	9 (17,0)	8 (12,2)	27 (13,4)	
Ιδιωτικός Υπάλληλος	32 (60,4)	70 (47,3)	102 (50,7)	Fisher's Exact Test=8,309
Δημόσιος Υπάλληλος	6 (11,3)	29 (19,6)	35 (17,4)	P= 0,076

Διαμονή

Χωριό- Κωμόπολη	2 (3,8)	3 (2,0)	5 (2,5)	
Πόλη < 150.000 κατοίκους	5 (9,4)	15 (10,1)	20 (10,0)	Fisher's Exact Test=3,266
Πόλη > 150.000 κατοίκους	46 (86,8)	130 (87,8)	176 (87,6)	
P=0,402				

=====
x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), $\chi^2_p = \chi^2$ του Pearson, L.R.= δείκτης Likelihood Ratio
=====

Διάρκεια πόνου

Από τους 53 άνδρες με οσφυαλγία, το μεγαλύτερο ποσοστό (28,3%), ανέφεραν ως διάρκεια πόνου λιγότερο από χρόνο και από τις 148 γυναίκες του δείγματός μας, το μεγαλύτερο ποσοστό (27,0%) ανέφερε ως διάρκεια πόνου έως τρεις μήνες. Η σύγκριση με Fisher Exact Test δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά (P= 0,204) μεταξύ τους (πίνακας 3).

Λήψη φαρμάκων

Από τους 53 άνδρες με οσφυαλγία, το μεγαλύτερο ποσοστό (79,2%), δήλωσαν δεν κάνουν χρήση φαρμάκων, και από τις 148 γυναίκες του δείγματός μας, το μεγαλύτερο ποσοστό (73,0%), επίσης δεν παίρνουν φάρμακα. Η σύγκριση τους με το χ^2 του Pearson δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά (P= 0,204) μεταξύ τους (πίνακας 3).

=====
Πίνακας 3. Κατανομή, 201 ατόμων με οσφυαλγία των 53 ανδρών και των 148 γυναικών ως προς την διάρκεια του πόνου και την λήψη φαρμάκων.
=====

	Άτομα με οσφυαλγία		Σύνολο N(%)	Διαφορά
	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)		
Σύνολο	53 (26, 4)	148 (73,6)	201 (100,0)	

Διάρκεια πόνου

Τρεις μήνες	15 (28,3)	40 (27,0)	55 (27,4)	
Λιγότερο από χρόνο	15 (28,3)	30 (20,3)	45 (22,4)	
2- 4 χρόνια	10 (18,9)	37 (25,0)	47 (23,4)	
5 χρόνια	5 (9,4)	6 (4,1)	11 (5,5)	
6-9 χρόνια	2 (3,8)	14 (9,5)	16 (8,0)	Fisher's Exact Test=8,303 P=0,204
10 χρόνια	6 (13,2)	8 (5,4)	8 (4,0)	
πάνω από 10 χρόνια	3 (11,3)	13 (8,8)	19 (9,5)	

Λήψη φαρμάκων

ΝΑΙ	11 (20,8)	40 (27,0)	51 (25,4)	$\chi^2_p=,811$
ΟΧΙ	42 (79,2)	108(73,0)	150 (74,6)	P=0,368

=====
 $\chi^2_p=$ χ^2 του Pearson
=====

Ένταση πόνου

Από τους 53 άνδρες με οσφυαλγία, το μεγαλύτερο ποσοστό (22,6%) βαθμολόγησαν την ένταση του πόνου τους με 4, από τις 148 γυναίκες του δείγματός μας, το μεγαλύτερο ποσοστό (15,5%) έδωσε βαθμολογία ίση με 3 (πίνακας 4).

Συμμόρφωση με την θεραπεία

Από τους 53 άνδρες με οσφυαλγία, το μεγαλύτερο ποσοστό (22,6%) βαθμολόγησαν την συμμόρφωση τους με την θεραπεία με 6. Δηλαδή δηλώνουν πάρα πολύ συμμορφωμένοι, ενώ από τις 148 γυναίκες το μεγαλύτερο ποσοστό (19,6%) δήλωσε ότι συμμορφώνεται λίγο με την θεραπευτική αγωγή (πίνακας 4).

=====
Πίνακας 4. Κατανομή, 201 ατόμων με οσφυαλγία των 53 ανδρών και των 148 γυναικών κατά την ένταση του πόνου και το σκορ συμμόρφωσης με την θεραπεία.

	Άτομα με οσφυαλγία		Σύνολο N(%)
	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	
Σύνολο	53 (26, 4)	148 (73,6)	201 (100,0)

Ένταση του πόνου

0	2 (3,8)	15(10,1)	17(8,5)
1	3(5,7)	17 (11,5)	20 (10,0)
2	11 (20,8)	18 (12,2)	29 (14,4)
3	4 (7,5)	23 (15,5)	27 (13,4)
4	12 (22,6)	20 (13,5)	32 (15,9)
5	5 (9,4)	18 (12,2)	23 (11,4)
6	7 (13,2)	2 (1,4)	9 (4,5)
7	3(5,7)	21(14,2)	24 (11,9)

8	5 (9,4)	3 (2,0)	8 (4,0)
9	0 (0,0)	4 (2,7)	4 (2,0)
10	1(1,9)	7 (4,7)	8 (4,0)
Μέση τιμή (x ± SD)	4,21 ± 2,33	3,93 ± 2,74	4,00 ± 2,63

Score συμμόρφωσης με την θεραπεία

1	3(5,7)	20 (13,5)	23 (11,4)
2	7 (13,2)	29 (19,6)	36 (17,9)
3	11(20,8)	9 (6,1)	20 (10,0)
4	11 (20,8)	27 (18,2)	38 (18,9)
5	7 (13,2)	25 (16,9)	32 (15,9)
6	12 (22,6)	18 (12,2)	30 (14,9)
7	2(3,8)	20 (13,5)	22 (10,9)
Μέση τιμή (x ± SD)	4,06 ± 1,63	3,96 ± 1,99	3,99 ± 1,89

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation).

3.2 Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20)

Στον πίνακα 5, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου (Pain Anxiety Symptoms Scale, PASS-20), στις δύο ομάδες του δείγματος (ανδρών και γυναικών), και στο σύνολο του δείγματος, όπως αυτή μετράται από το ερωτηματολόγιο των McCracken et al. (1992).

Στην υποκλίμακα *avoidance Pass* του PASS-20 των δύο ομάδων, όπως φαίνεται στον πίνακα 4, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα 8,15 ±3,02, με εύρος 0-16 και 9,65 ± 4,46, με εύρος 0-18, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,025).

Στην υποκλίμακα *fearfull thinking* του PASS-20 των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα 3,98 ±2,72, με εύρος 0-12 και 5,90 ± 4,20, με εύρος 0-20, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,002).

Στην υποκλίμακα *cognitive anxiety* του PASS-20 των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα 6,64 ±2,99, με εύρος 1-15 και 8,33 ± 3,91, με εύρος 1-19, με στατιστικά

σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,005).

Στην υποκλίμακα *Physiological Responses* του PASS-20 των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα 3,42 ±2,53, με εύρος 0-11 και 6,21 ± 3,67, με εύρος 0-19, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,000).

Πίνακας 5. Σύγκριση των υποκλιμάκων και του συνολικού βαθμού του PASS -20, των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία.

	Άνδρες N(%)	Άτομα με οσφυαλγία Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά
Σύνολο	53 (26,4)	148 (73,6)	201 (100,0)	
Avoidance				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-16	0-18	0-18	
Μέση τιμή (x ± SD)	8,15 ±3,02 t =-2,257 P= 0,025	9,65 ± 4,46	9,25 ±4,20	
Fearfull Thinking				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-12	0-20	0-20	
Μέση τιμή (x ± SD)	3,98 ±2,72 t =-3,102 P = 0,002	5,90 ± 4,20	5,40 ±3,95	
Cognitive Anxiety				
Ελαχίστη - μεγίστη	1-15	1-19	1-19	
Μέση τιμή (x ± SD)	6,64 ±2,99 t=-2,859 P= 0,005	8,33 ± 3,91	7,89 ±3,76	
Physiological Responses				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-11	0-19	0-19	
Μέση τιμή (x ± SD)	3,42 ±2,53 t=-5,115 P= 0,000	6,21 ± 3,67	5,47 ±3,62	
Total PASS				

Ελαχίστη - μεγίστη	1-43	3-69	1-69
Μέση τιμή (x ± SD)	22,19 ± 9,09 t = -3,797	30,11 ± 14,15	28,00 ± 13,44
	P= 0,000		

=====

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t=T -Test

=====

Στη συνολική τιμή (Total PASS-20) των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα, 22,19 ± 9,09 με εύρος 1-43 και 30,11 ± 14,15, με εύρος 1-69, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,000).

3.3 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998)

Στον πίνακα 6, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα του φόβου του πόνου, όπως αυτή μετράται από το ερωτηματολόγιο των McNeil & Rainwater (1998)- (FPQ-III), τόσο για το σύνολο του δείγματος, όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

Στην υποκλίμακα *minor pain* του FPQ-III των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα 16,06 ± 5,02, με εύρος 10-33 και 19,56 ± 6,19, με εύρος 10-47, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,000).

Στην υποκλίμακα *severe pain* του FPQ-III των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα 30,74 ± 8,42, με εύρος 10-45 και 34,82 ± 7,57, με εύρος 10-50, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,001).

Στην υποκλίμακα *medical pain* του FPQ-III των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα, 21,13 ± 7,66, με εύρος 10-49 και, 23,91 ± 8,54, με εύρος 10-47, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,038).

=====

Πίνακας 6. Σύγκριση μεταξύ των 53 ανδρών και των 148 γυναικών ως προς τις υποκλίμακες και ως προς το συνολικό βαθμό του FPQ-III.

	Άτομα με οσφυαλγία		Σύνολο N(%)	Διαφορά
	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)		
Σύνολο	53 (26,4)	148 (73,6)	201 (100,0)	

Minor Pain

Ελαχίστη - μεγίστη	10-33	10-47	10-47
Μέση τιμή (x ± SD)	16,06 ± 5,02 t = -3,700	19,56 ± 6,19	18,63 ± 6,09
	P = 0,000		

Severe Pain

Ελαχίστη - μεγίστη	10-45	10-50	10-50
Μέση τιμή (x ± SD)	30,74 ± 8,42 t = -3,262	34,82 ± 7,57	33,73 ± 8,00
	P = 0,001		

Medical Pain

Ελαχίστη - μεγίστη	10-49	10-47	10-49
Μέση τιμή (x ± SD)	21,13 ± 7,66 t = -2,086	23,91 ± 8,54	23,18 ± 8,39
	P = 0,038		

Total FPQ-III

Ελαχίστη - μεγίστη	30-125	30-144	30-144
Μέση τιμή (x ± SD)	67,92 ± 17,46 t = -3,548	78,48 ± 18,88	75,64 ± 19,05
	P = 0,000		

=====

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t=T-Test.

=====

Στην συνολική τιμή (Total FPQ-III) των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα $67,92 \pm 17,46$, με εύρος 30-125 και $78,48 \pm 18,88$, με εύρος 30-144, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,000).

3.4 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής- Other As Shamer Scale – (OAS)

Στον πίνακα 7, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της εξωτερικής ντροπής στις δύο ομάδες του δείγματος (ανδρών και γυναικών), αλλά και στο σύνολο του δείγματος, όπως αυτή μετράται από το ερωτηματολόγιο των Goss, Gilbert και Allan (1994), Other As Shamer Scale.

Στην υποκλίμακα *inferior* του OAS των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα $4,26 \pm 3,29$,

με εύρος 0-16 και $5,39 \pm 4,14$, με εύρος 0-19, με στατιστικά ενδεικτικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,075$).

Στην υποκλίμακα *empty* του OAS των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα $2,09 \pm 2,54$, με εύρος 0-11 και $3,03 \pm 2,37$, με εύρος 0-10, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,017$).

Στην υποκλίμακα *mistakes* του OAS των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα, $6,60 \pm 2,93$, με εύρος 0-12 και, $7,34 \pm 3,67$, με εύρος 0-17, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,187$).

Πίνακας 7. Σύγκριση μεταξύ των 53 ανδρών και των 148 γυναικών ως προς τις υποκλίμακες και ως προς το συνολικό βαθμό του OAS.

	Άνδρες N(%)	Άτομα με οσφυαλγία Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά
Σύνολο	53 (26,4)	148 (73,6)	201 (100,0)	
Inferior				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-16	0-19	0-19	
Μέση τιμή ($x \pm SD$)	$4,26 \pm 3,29$ $t = -1,778$ $P = 0,075$	$5,39 \pm 4,14$	$5,09 \pm 4,14$	
Empty				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-11	0-10	0-11	
Μέση τιμή ($x \pm SD$)	$2,09 \pm 2,54$ $t = -2,403$ $P = 0,017$	$3,03 \pm 2,37$	$2,78 \pm 2,45$	
Mistakes				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-12	0-17	0-17	
Μέση τιμή ($x \pm SD$)	$6,60 \pm 2,93$ $t = -1,325$ $P = 0,187$	$7,34 \pm 3,67$	$7,15 \pm 3,49$	
OAS TOTAL				

Ελαχίστη - μέγιστη	0-35	0-39	0-39
Μέση τιμή (x ± SD) t = -2,021	12,96 ± 7,06	15,68 ± 8,82	14,96 ± 8,45
	P = 0,045		

=====

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t=T-Test.

=====

Τέλος, στην συνολική τιμή της *εξωτερικής ντροπής* (OAS total) των δύο ομάδων, όπως φαίνεται στον πίνακα 7, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα 12,96 ± 7,06, με εύρος 0-35 και 15,68 ± 8,82, με εύρος 0-39, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,045).

3.5 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής- Experience of Shame Scale (ESS)

Στον πίνακα 8, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της τάσης των ατόμων για ντροπή, όπως αυτή μετράται από το ερωτηματολόγιο των Andrews, Qian και Valentine (2002), Experience of Shame Scale.

Στην υποκλίμακα *Characterological shame* του ESS των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα 22,77 ± 4,43, με εύρος 15-33 και 21,60 ± 6,36, με εύρος 12-42, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,148).

Στην υποκλίμακα *behavioral shame* του ESS των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα 18,64 ± 4,72, με εύρος 11-33 και 19,99 ± 5,72, με εύρος 9-32, με στατιστικά ενδεικτική σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,097).

Στην υποκλίμακα *bodily shame* του ESS των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα, 7,36 ± 2,48, με εύρος 4-13 και 8,70 ± 3,14, με εύρος 4-16, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,002).

=====

Πίνακας 8. Σύγκριση μεταξύ των 53 ανδρών και των 148 γυναικών ως προς τις υποκλίμακες και ως προς το συνολικό βαθμό του ESS

=====

	Άνδρες N(%)	Άτομα με οσφυαλγία Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά
Σύνολο	53 (26,4)	148 (73,6)	201 (100,0)	

Characterological shame

Ελαχίστη - μεγίστη	15-33	12-42	12-42
Μέση τιμή (x ± SD)	22,77 ± 4,43 t = 1,454	21,60 ± 6,36	21,91 ± 5,92
	P = 0,148		

Behavioral shame

Ελαχίστη - μεγίστη	11-33	9-32	9-33
Μέση τιμή (x ± SD)	18,64 ± 4,72 t = -1,674	19,99 ± 5,72	19,63 ± 5,49
	P = 0,097		

Bodily shame

Ελαχίστη - μεγίστη	4-13	4-16	4-16
Μέση τιμή (x ± SD)	7,36 ± 2,48 t = -3,142	8,70 ± 3,14	8,35 ± 3,03
	P = 0,002		

ESS TOTAL

Ελαχίστη - μεγίστη	34-73	25-90	25-90
Μέση τιμή (x ± SD)	48,77 ± 9,69 t = -0,908	50,33 ± 13,01	49,91 ± 12,20
	P = 0,366		

=====

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t=T-Test.

=====

Τέλος, στην συνολική *τάση του ατόμου για ντροπή* (ESS total) των δύο ομάδων, όπως φαίνεται στον πίνακα 8, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα 48,77 ± 9,69, με εύρος 34-73 και 50,33 ± 13,01, με εύρος 25-90, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,366).

3.6 Κλίμακα αυτό-αξιολόγησης του άγχους -State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

Στον πίνακα 9, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα του παροδικού και του μόνιμου άγχους, όπως αυτές οι διαστάσεις του άγχους, μετρώνται από το ερωτηματολόγιο του Spielberger (1970), State-Trait Anxiety Inventory.

Στην υποκλίμακα *state anxiety* του STAI των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα $43,00 \pm 9,53$, με εύρος 25-68 και $43,58 \pm 11,15$, με εύρος 20-69, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,736$).

Στην υποκλίμακα *trait anxiety* του STAI των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα, $41,38 \pm 5,98$, με εύρος 31-59 και, $44,10 \pm 9,26$, με εύρος 25-26, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,017$).

Πίνακας 9. Σύγκριση μεταξύ των 53 ανδρών και των 148 γυναικών με οσφυαλγία ως προς το μόνιμο και παροδικό άγχος του STAI

	Άνδρες N(%)	Άτομα με οσφυαλγία Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά
Σύνολο	53 (26,4)	148 (73,6)	201 (100,0)	

State Anxiety

Ελαχίστη - μεγίστη	25-68	20-69	20-69
Μέση τιμή ($x \pm SD$)	$43,00 \pm 9,53$ $t = -0,338$	$43,58 \pm 11,15$	$43,43 \pm 6,37$
	$P = 0,736$		

Trait Anxiety

Ελαχίστη - μεγίστη	31-59	25-66	25-66
Μέση τιμή ($x \pm SD$)	$41,38 \pm 5,98$ $t = -2,408$	$44,10 \pm 9,26$	$43,36 \pm 8,57$
	$P = 0,017$		

x = μέση τιμή (Mean), SD =σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t =T-Test.

3.7 Συσχετίσεις των ερωτηματολογίων

Κατά πρώτον έγινε έλεγχος για την ύπαρξη συσχετίσεων των δημογραφικών δεδομένων με τα ερωτηματολόγια για τα συναισθήματα του φόβου και της ντροπής στον πόνο στο σύνολο του δείγματος και σε κάθε ομάδα χωριστά, καθώς

και των ερωτηματολογίων για τα συναισθήματα του φόβου και της ντροπής στον πόνο, τόσο για το σύνολο του δείγματος (πίνακας, 10) όσο και για τις δύο ομάδες ξεχωριστά, δηλαδή την ομάδα των ανδρών (πίνακας, 11) και την ομάδα των γυναικών (πίνακας, 12).

3.7.1 Συσχέτιση με το συντελεστή συσχέτισης r του Pearson του συνόλου του δείγματος

3.7.1.1 Συσχετίσεις των δημογραφικών δεδομένων με τα ερωτηματολόγια

- **Συσχετίσεις της ηλικίας**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της ηλικίας και των ερωτηματολογίων, προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P \leq 0,001$) συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και των παρακάτω μεταβλητών: συνολικός βαθμός του OAS ($r = -0,326$ και $P = 0,000$), και συνολικός βαθμός του ESS ($r = -0,280$ και $P = 0,000$). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) παρατηρήθηκε μεταξύ της ηλικίας και του μόνιμου άγχους ($r = -0,165$ και $P = 0,021$). Επίσης, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική ($P < 0,10$), προέκυψε μεταξύ της ηλικίας και των: συνολικός βαθμός του FPQ-III ($r = -0,128$ και $P = 0,074$) και παροδικό άγχος ($r = -0,124$ και $P = 0,081$).

- **Συσχετίσεις του φύλου**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του φύλου και των ερωτηματολογίων, προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P \leq 0,001$) συσχέτιση μεταξύ του φύλου και των παρακάτω μεταβλητών: συνολικός βαθμός του FPQ-III ($r = 0,226$ και $P = 0,000$) και συνολικός βαθμός του PASS ($r = 0,261$ και $P = 0,000$). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) παρατηρήθηκε μεταξύ του φύλου και του συνολικού βαθμού του OAS ($r = 0,142$ και $P = 0,045$) και του μόνιμου άγχους ($r = 0,141$ και $P = 0,045$).

- **Συσχετίσεις της οικογενειακής κατάστασης και των παιδιών**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και των ερωτηματολογίων προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P \leq 0,001$) συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και των παρακάτω μεταβλητών: συνολικός βαθμός του OAS ($r = -0,247$ και $P = 0,000$), και συνολικός βαθμός του ESS ($r = -0,292$ και $P = 0,000$). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$)

παρατηρήθηκε μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και του μόνιμου άγχους ($r. = -0,147$ και $P = 0,039$). Επίσης, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική ($P < 0,10$), προέκυψε μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και του συνολικού βαθμού του FPQ-III ($r. = -0,122$ και $P = 0,088$).

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των *παιδιών* και των ερωτηματολογίων προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < = 0,001$) συσχέτιση μεταξύ των παιδιών και των: συνολικός βαθμός του OAS ($r. = 0,262$ και $P = 0,000$). Πολύ σημαντική στατιστικά συσχέτιση προέκυψε ($P < 0,01$) μεταξύ των παιδιών και του συνολικού βαθμού του ESS ($r. = 0,157$ και $P = 0,027$).

- **Συσχετίσεις του εκπαιδευτικού επιπέδου**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του *εκπαιδευτικού επιπέδου* και των άλλων μεταβλητών των ερωτηματολογίων, προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < = 0,001$) συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης και του συνολικού βαθμού του ESS ($r. = 0,260$ και $P = 0,000$). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) παρατηρήθηκε μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και των: συνολικός βαθμός του OAS ($r. = 0,142$ και $P = 0,045$) και του μόνιμου άγχους ($r. = -0,148$ και $P = 0,038$).

- **Συσχετίσεις της επαγγελματικής κατάστασης**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *επαγγελματικής κατάστασης* και των άλλων μεταβλητών των ερωτηματολογίων, προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < = 0,001$) συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής κατάστασης και του συνολικού βαθμού του ESS ($r. = 0,310$ και $P = 0,000$). Στατιστικά πολύ σημαντική ($P < 0,01$) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην επαγγελματική κατάσταση και του συνολικού βαθμού PASS ($r. = -0,185$ και $P = 0,009$). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) παρατηρήθηκε μεταξύ της επαγγελματικής κατάστασης και των: συνολικός βαθμός του FPQ-III ($r. = -0,160$ και $P = 0,025$) και παροδικό άγχος ($r. = 0,153$ και $P = 0,032$).

- **Συσχετίσεις της διαμονής**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *διαμονής* και των άλλων μεταβλητών των ερωτηματολογίων, δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική

($P \leq 0,001$ ή $P < 0,01$ ή $P < 0,05$ ή $P < 0,10$) συσχέτιση μεταξύ της διαμονής και των παραγόντων των ερωτηματολογίων.

3.7.1.2 Συσχετίσεις των κλινικών χαρακτηριστικών με τα ερωτηματολόγια

- **Συσχετίσεις έντασης πόνου**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *έντασης του πόνου* και των άλλων μεταβλητών των ερωτηματολογίων, δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική σε κανένα από τα αποδεκτά επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας ($P \leq 0,001$ ή $P < 0,01$ ή $P < 0,05$ ή $P < 0,10$) συσχέτιση μεταξύ της έντασης του πόνου και των παραγόντων των ερωτηματολογίων.

- **Συσχετίσεις λήψης φαρμάκων**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *λήψης φαρμάκων* και των άλλων μεταβλητών των ερωτηματολογίων, στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) παρατηρήθηκε μεταξύ της λήψης φαρμάκων και μόνιμου άγχους ($r = 0,158$ και $P = 0,027$).

- **Συσχετίσεις διάρκειας πόνου**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *διάρκειας του πόνου* και των άλλων μεταβλητών των ερωτηματολογίων, δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική σε κανένα από τα αποδεκτά επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας ($P \leq 0,001$ ή $P < 0,01$ ή $P < 0,05$ ή $P < 0,10$) συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας του πόνου και των παραγόντων των ερωτηματολογίων.

- **Συσχετίσεις συμμόρφωσης με την θεραπεία**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *βαθμού συμμόρφωσης με την θεραπεία* και των άλλων μεταβλητών των ερωτηματολογίων, δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική σε κανένα από τα αποδεκτά επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας ($P \leq 0,001$ ή $P < 0,01$ ή $P < 0,05$ ή $P < 0,10$) συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου συμμόρφωσης και των παραγόντων των ερωτηματολογίων.

3.7.1.3 Συσχετίσεις των ερωτηματολογίων

- **Συσχετίσεις των αγχωδών συμπτωμάτων του πόνου του PASS (PASS-20 total)**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του *συνολικού βαθμού του PASS-20* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές των ερωτηματολογίων, όπως φαίνεται στον πίνακα 10, προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) συσχέτιση ανάμεσα στο συνολικό βαθμό του *PASS-20* και των: συνολικός βαθμός του *FPQ-III* ($r = 0,481$ και $P = 0,000$), συνολικός βαθμός του *OAS* ($r = 0,376$ και $P = 0,000$), συνολικός βαθμός του *ESS* ($r = 0,259$ και $P = 0,000$) και μόνιμο άγχος (trait) ($r = 0,371$ και $P = 0,000$).

- **Συσχετίσεις του φόβου του πόνου του FPQ-III (FPQ-III total)**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του *συνολικού βαθμού του FPQ-III* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές των ερωτηματολογίων προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του *FPQ-III* και των: συνολικός βαθμός του *PASS* ($r = 0,481$ και $P = 0,000$), συνολικός βαθμός του *OAS* ($r = 0,446$ και $P = 0,000$), συνολικός βαθμός του *ESS* ($r = 0,255$ και $P = 0,000$) και μόνιμο άγχος (trait) ($r = 0,270$ και $P = 0,000$).

- **Συσχετίσεις της εξωτερικής ντροπής του OAS (OAS total).**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του *συνολικού βαθμού του OAS* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές των ερωτηματολογίων, προέκυψε πάρα πολύ στατιστικά σημαντική ($P < 0,001$) συσχέτιση ανάμεσα στο συνολικό βαθμό του *OAS* και των: συνολικός βαθμός του *PASS* ($r = 0,376$ και $P = 0,000$), συνολικός βαθμός του *FPQ-III* ($r = 0,446$ και $P = 0,000$), συνολικός βαθμός του *ESS* ($r = 0,600$ και $P = 0,000$), μόνιμο άγχος (trait) ($r = 0,527$ και $P = 0,000$) και παροδικό άγχος (state) ($r = 0,241$ και $P = 0,000$).

- **Συσχετίσεις της τάσης του ατόμου για ντροπή του ESS (ESS total).**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του ESS και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές των ερωτηματολογίων προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του ESS και των: συνολικός βαθμός του PASS ($r = 0,259$ και $P = 0,000$), συνολικός βαθμός του FPQ-III ($r = 0,255$ και $P = 0,000$), συνολικός βαθμός του OAS ($r = 0,600$ και $P = 0,000$), μόνιμο άγχος (trait) ($r = 0,597$ και $P = 0,000$) και παροδικό άγχος (state) ($r = 0,353$ και $P = 0,000$).

- **Συσχετίσεις του παροδικού και του μόνιμου άγχους (State-Trait Anxiety)**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του State Anxiety και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές των ερωτηματολογίων προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του State Anxiety και των: συνολικός βαθμός του OAS ($r = 0,241$ και $P = 0,000$), συνολικός βαθμός του ESS ($r = 0,353$ και $P = 0,000$) και μόνιμο άγχος (trait) ($r = 0,631$ και $P = 0,000$).

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του Trait Anxiety και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές των ερωτηματολογίων προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του Trait Anxiety και των: συνολικός βαθμός του PASS ($r = 0,259$ και $P = 0,000$), συνολικός βαθμός του FPQ-III ($r = 0,270$ και $P = 0,000$), συνολικός βαθμός του OAS ($r = 0,527$ και $P = 0,000$) και συνολικός βαθμός του ESS ($r = 0,597$ και $P = 0,000$) και παροδικό άγχος (state) ($r = 0,631$ και $P = 0,000$).

Πίνακας 10. Συσχετίσεις των παραγόντων των ερωτηματολογίων, με το συντελεστή r του Pearson στο σύνολο του δείγματος

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ	AVOID PASS	FEARFUL PASS	COGN. PASS	PSY.RESP ON. PASS	TOTAL PASS	FEAR MINOR PAIN	FEAR SEVERE PAIN	FEAR MED. PAIN	TOTAL FPQ
INFERIOR	.187**	.271***	.269***	.298***	.293** *	.375***	.295***	.320***	.391***
EMPTY	.273***	.431***	.355***	.305***	.397** *	.334***	.385***	.309***	.406***
MISTAKES		.252***	.274***	.238***	.301**	.267***	.351***	.282***	.367***

	.261***				*				
OAS TOTAL CHARACTEROLOGICAL SHAME	.270***	.365***	.337***	.326***	.376**	.375***	.390***	.353***	.446***
BEHAVIORAL SHAME	.066	.150*	.155*	.073	.123MS	.000	.174**	.097	.122MS
BODILY SHAME	.223***	.341***	.377***	.268***	.347**	.133MS	.317***	.230***	.289***
ESS TOTAL STATE TRAIT	.157*	.273***	.281***	.200**	.259**	.093	.292***	.215**	.255***
	-.107	.120	.087	.051	.042	.002	.069	.235***	.135MS
	.163**	.397***	.407***	.331***	.371**	.121MS	.291***	.257***	.270***

3.7.2 Συσχέτιση με το συντελεστή συσχέτισης r του Pearson των ανδρών

3.7.2.1 Συσχετίσεις των δημογραφικών δεδομένων με τα ερωτηματολόγια

- Συσχετίσεις της ηλικίας

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της ηλικίας και των ερωτηματολογίων, προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) μεταξύ της ηλικίας και του συνολικού βαθμού του PASS ($r = 0,323$ και $P = 0,018$). Επίσης, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική ($P < 0,10$), προέκυψε μεταξύ της ηλικίας και του συνολικού βαθμού του FPQ-III ($r = -0,258$ και $P = 0,062$).

- Συσχετίσεις της οικογενειακής κατάστασης και των παιδιών

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και των ερωτηματολογίων προέκυψε στατιστικά ενδεικτικά σημαντική ($P < 0,10$) μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και των: συνολικός βαθμός του OAS ($r = -0,270$ και $P = 0,051$), συνολικός βαθμός του παροδικού άγχους ($r = -0,262$ και $P = 0,059$) (state) και του μόνιμου άγχους (trait) ($r = -0,234$ και $P = 0,099$).

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των παιδιών και των ερωτηματολογίων προέκυψε στατιστικά σημαντική ($P < 0,05$) συσχέτιση μεταξύ των παιδιών και των: συνολικός βαθμός του OAS ($r = 0,343$ και $P = 0,012$). Επίσης, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική ($P < 0,10$), προέκυψε μεταξύ των παιδιών και του συνολικού βαθμού του FPQ-III ($r = 0,239$ και $P = 0,085$).

- **Συσχετίσεις του εκπαιδευτικού επιπέδου**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του *εκπαιδευτικού επιπέδου* και των άλλων μεταβλητών των ερωτηματολογίων, στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) παρατηρήθηκε μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και του συνολικού βαθμού του OAS ($r = 0,318$ και $P = 0,020$).

- **Συσχετίσεις της επαγγελματικής κατάστασης**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *επαγγελματικής κατάστασης* και των άλλων μεταβλητών των ερωτηματολογίων, δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική ($P < = 0,001$ ή $P < 0,01$ ή $P < 0,05$ ή $P < 0,10$) συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής κατάστασης και των παραγόντων των ερωτηματολογίων

- **Συσχετίσεις της διαμονής**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *διαμονής* και των άλλων μεταβλητών των ερωτηματολογίων, δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική ($P < = 0,001$ ή $P < 0,01$ ή $P < 0,05$ ή $P < 0,10$) συσχέτιση μεταξύ της διαμονής και των παραγόντων ερωτηματολογίων.

3.7.2.2 Συσχετίσεις των κλινικών χαρακτηριστικών με τα ερωτηματολόγια

- **Συσχετίσεις έντασης πόνου**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *έντασης του πόνου* και των άλλων μεταβλητών των ερωτηματολογίων, προέκυψε στατιστικά σημαντική ($P < 0,05$) συσχέτιση μεταξύ της έντασης του πόνου και του μόνιμου άγχους (trait) ($r = -0,271$ και $P = 0,050$).

- **Συσχετίσεις λήψης φαρμάκων**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *λήψης φαρμάκων* και των άλλων μεταβλητών των ερωτηματολογίων, δεν προέκυψε καμία στατιστικά

σημαντική σε κανένα από τα αποδεκτά επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας ($P \leq 0,001$ ή $P < 0,01$ ή $P < 0,05$ ή $P < 0,10$) συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας του πόνου και των παραγόντων των ερωτηματολογίων.

- **Συσχετίσεις διάρκειας πόνου**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *διάρκειας του πόνου* και των άλλων μεταβλητών των ερωτηματολογίων, προέκυψε στατιστικά σημαντική ($P < 0,05$) συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας του πόνου και του συνολικού βαθμού του PASS ($r = 0,314$ και $P = 0,022$). Επίσης, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική ($P < 0,10$), προέκυψε μεταξύ της διάρκειας του πόνου και των: παροδικό άγχος (state) ($r = -0,248$ και $P = 0,073$) και συνολικός βαθμός του OAS ($r = -0,241$ και $P = 0,082$).

- **Συσχετίσεις συμμόρφωσης με την θεραπεία**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *βαθμού συμμόρφωσης με την θεραπεία* και των άλλων μεταβλητών, δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική σε κανένα από τα αποδεκτά επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας ($P \leq 0,001$ ή $P < 0,01$ ή $P < 0,05$ ή $P < 0,10$) συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου συμμόρφωσης και των παραγόντων των ερωτηματολογίων.

3.7.2.3 Συσχετίσεις των ερωτηματολογίων

- **Συσχετίσεις των αγχωδών συμπτωμάτων του πόνου του PASS (PASS-20 total)**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του *συνολικού βαθμού του PASS-20* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές των ερωτηματολογίων, όπως φαίνεται από τον πίνακα 11, προέκυψε στατιστικά ενδεικτικά σημαντική ($P < 0,10$) συσχέτιση ανάμεσα στο συνολικό βαθμό του PASS-20 και του μόνιμου άγχους (trait) ($r = 0,257$ και $P = 0,064$).

- **Συσχετίσεις του φόβου του πόνου του FPQ-III (FPQ-III total).**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του *συνολικού βαθμού του FPQ-III* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές των

ερωτηματολογίων προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του *FPQ-III* και του συνολικού βαθμού του *OAS* ($r = 0,428$ και $P = 0,000$). Στατιστικά, επίσης, σημαντική ($P < 0,05$) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον συνολικό βαθμό του *FPQ-III* και στον συνολικό βαθμό του *ESS* ($r = 0,342$ και $P = 0,012$).

- **Συσχετίσεις της εξωτερικής ντροπής του *OAS* (*OAS total*).**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του *συνολικού βαθμού του OAS* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές των ερωτηματολογίων, προέκυψε πάρα πολύ στατιστικά σημαντική ($P < 0,001$) συσχέτιση ανάμεσα στο συνολικό βαθμό του *OAS* και των: συνολικός βαθμός του *FPQ-III* ($r = 0,428$ και $P = 0,001$) και συνολικός βαθμός του *ESS* ($r = 0,461$ και $P = 0,001$). Στατιστικά, επίσης, σημαντική ($P < 0,05$) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον συνολικό βαθμό του *OAS* και των: μόνιμο άγχος (*trait*) ($r = 0,323$ και $P = 0,018$) και παροδικό άγχος (*state*) ($r = 0,310$ και $P = 0,024$).

- **Συσχετίσεις της τάσης του ατόμου για ντροπή του *ESS* (*ESS total*).**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του *συνολικού βαθμού του ESS* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές των ερωτηματολογίων προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του *ESS* και των: συνολικός βαθμός του *OAS* ($r = 0,461$ και $P = 0,001$) και μόνιμο άγχος (*trait*) ($r = 0,494$ και $P = 0,000$) και παροδικό άγχος (*state*) ($r = 0,353$ και $P = 0,000$). Στατιστικά, επίσης, σημαντική ($P < 0,05$) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον συνολικό βαθμό του *ESS* και των: συνολικός βαθμός του *FPQ-III* ($r = 0,342$ και $P = 0,012$) και παροδικό άγχος (*state*) ($r = 0,273$ και $P = 0,048$).

- **Συσχετίσεις του παροδικού και του μόνιμου άγχους (*State-Trait Anxiety*)**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του *συνολικού βαθμού του State Anxiety* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές των ερωτηματολογίων προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του *State Anxiety* και του μόνιμου άγχους (*trait*) ($r = 0,666$ και $P = 0,000$). Στατιστικά, επίσης, σημαντική ($P < 0,05$) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον συνολικό βαθμό του *State Anxiety* και των:

συνολικός βαθμός του OAS ($r.=0,310$ και $P=0,024$) και συνολικός βαθμός του ESS ($r.=0,273$ και $P=0,048$).

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του *Trait Anxiety* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές των ερωτηματολογίων προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P<0,001$) συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του *Trait Anxiety* και των: συνολικός βαθμός του ESS ($r.=0,494$ και $P=0,000$) και παροδικό άγχος (state) ($r.=0,666$ και $P=0,000$). Στατιστικά, επίσης, σημαντική ($P<0,05$) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον συνολικό βαθμό του *Trait Anxiety* και του συνολικού βαθμού του OAS ($r.=0,323$ και $P=0,018$).

Τέλος, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική συσχέτιση ($P<0,10$) προέκυψε μεταξύ του συνολικού βαθμού του *Trait Anxiety* και του συνολικού βαθμού του PASS ($r.=0,257$ και $P=0,064$).

3.7.3 Συσχέτιση με το συντελεστή συσχέτισης r του Pearson των γυναικών

3.7.3.1 Συσχετίσεις των δημογραφικών δεδομένων με τα ερωτηματολόγια

- Συσχετίσεις της ηλικίας

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της ηλικίας και των ερωτηματολογίων, προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P<0,001$) συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και των παρακάτω μεταβλητών: συνολικός βαθμός του OAS ($r.= -0,367$ και $P=0,000$), και συνολικός βαθμός του ESS ($r.= -0,337$ και $P=0,000$). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P<0,05$) παρατηρήθηκε μεταξύ της ηλικίας και του μόνιμου άγχους (trait) ($r.= -0,179$ και $P=0,033$).

Πίνακας 11. Συσχετίσεις των παραγόντων των ερωτηματολογίων, με το συντελεστή r του Pearson στους άνδρες

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ	AVOID PASS	FEARFUL PASS	COGN. PASS	PSY.RES PON.	TOTAL PASS	FEAR MINOR	FEAR SEVER.	FEAR MED.	TOTAL F.P.Q.
-------------------------------	---------------	-----------------	---------------	-----------------	---------------	---------------	----------------	--------------	-----------------

				PASS		PAIN	PAIN	PAIN	
INFERIOR	-.047	.314**	.078	.109	.134	.376**	.238ms	.193	.308**
EMPTY	-.132	.311**	-.006	.155	.091	.403**	.264ms	.343**	.394**
MISTAKES	.000	.018	-.179	-.094	-.079	.280*	.369**	.194	.344**
OAS TOTAL CHARACTEROLOGICAL SHAME	-.069	.266MS	-.040	.068	.062	.437***	.360**	.294*	.428***
BEHAVIORAL SHAME	.030	.024	.039	.086	.034	.210	.126	.309*	.257ms
BODILY SHAME	.100	.137	.278*	.183	.217	.113	.294*	.383**	.343**
ESS TOTAL	-.030	.252MS	.098	.010	.100	.168	.226	.151	.224
STATE	.027	.142	.178	.131	.146	.194	.259ms	.367**	.342**
TRAIT	-.170	.350**	.090	-.038	.067	-.174	-.031	.147	.000
	.083	.310**	.307**	.127	.257MS	-.047	.171	.364**	.221

- **Συσχετίσεις της οικογενειακής κατάστασης και των παιδιών**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *οικογενειακής κατάστασης* και των ερωτηματολογίων προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P \leq 0,001$) συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και των παρακάτω μεταβλητών: συνολικός βαθμός του OAS ($r. = -0,292$ και $P = 0,000$), και συνολικός βαθμός του ESS ($r. = -0,333$ και $P = 0,000$). Στατιστικά πολύ σημαντική συσχέτιση ($P < 0,01$) παρατηρήθηκε μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και του συνολικού βαθμού του FPO-III ($r. = -0,217$ και $P = 0,009$). Επίσης, στατιστικά σημαντική ($P < 0,05$), προέκυψε μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και του μόνιμου άγχους (trait) ($r. = -0,175$ και $P = 0,036$).

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των *παιδιών* και των ερωτηματολογίων προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P \leq 0,001$) συσχέτιση μεταξύ των παιδιών και των: συνολικός βαθμός του OAS ($r. = 0,286$ και $P = 0,000$) και του συνολικού βαθμού του ESS ($r. = 0,281$ και $P = 0,001$).

- **Συσχετίσεις του εκπαιδευτικού επιπέδου**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του *εκπαιδευτικού επιπέδου* και των άλλων μεταβλητών των ερωτηματολογίων, προέκυψε στατιστικά πάρα

πολύ σημαντική ($P \leq 0,001$) συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης και των: συνολικός βαθμός του OAS ($r = 0,284$ και $P = 0,000$) και του συνολικού βαθμού του ESS ($r = 0,308$ και $P = 0,001$).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) παρατηρήθηκε μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και του μόνιμου άγχους (trait) ($r = 0,194$ και $P = 0,020$).

- **Συσχετίσεις της επαγγελματικής κατάστασης**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *επαγγελματικής κατάστασης* και των άλλων μεταβλητών των ερωτηματολογίων, προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P \leq 0,001$) συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής κατάστασης και του συνολικού βαθμού του ESS ($r = 0,350$ και $P = 0,000$). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) παρατηρήθηκε μεταξύ της επαγγελματικής κατάστασης και των: συνολικός βαθμός του PASS ($r = -0,186$ και $P = 0,024$), συνολικός βαθμός του FPQ-III ($r = -0,179$ και $P = 0,032$) και παροδικό άγχος (state) ($r = 0,176$ και $P = 0,035$).

- **Συσχετίσεις της διαμονής**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *διαμονής* και των άλλων μεταβλητών, δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική ($P \leq 0,001$ ή $P < 0,01$ ή $P < 0,05$ ή $P < 0,10$) συσχέτιση μεταξύ της διαμονής και των παραγόντων των ερωτηματολογίων.

3.7.3.2 Συσχετίσεις των κλινικών χαρακτηριστικών με τα ερωτηματολόγια

- **Συσχετίσεις έντασης πόνου**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *έντασης του πόνου* και των άλλων μεταβλητών, δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική σε κανένα από τα αποδεκτά επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας ($P \leq 0,001$ ή $P < 0,01$ ή $P < 0,05$ ή $P < 0,10$) συσχέτιση μεταξύ της έντασης του πόνου και των παραγόντων των ερωτηματολογίων.

- **Συσχετίσεις λήψης φαρμάκων**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *λήψης φαρμάκων* και των άλλων μεταβλητών, στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) παρατηρήθηκε

μεταξύ της λήψης φαρμάκων και μόνιμου άγχους ($r.=0,171$ και $P=0,041$). Επίσης, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική ($P<0,10$) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της λήψης φαρμάκων και των: συνολικός βαθμός του OAS ($r.=0,150$ και $P=0,070$) και του συνολικού βαθμού του ESS ($r.=0,138$ και $P=0,099$).

- **Συσχετίσεις διάρκειας πόνου**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *διάρκειας του πόνου* και των άλλων μεταβλητών, δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική σε κανένα από τα αποδεκτά επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας ($P<=0,001$ ή $P<0,01$ ή $P<0,05$ ή $P<0,10$) συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας του πόνου και των παραγόντων των ερωτηματολογίων.

- **Συσχετίσεις συμμόρφωσης με την θεραπεία**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *βαθμού συμμόρφωσης με την θεραπεία* και των άλλων μεταβλητών, δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική σε κανένα από τα αποδεκτά επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας ($P<=0,001$ ή $P<0,01$ ή $P<0,05$ ή $P<0,10$) συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου συμμόρφωσης και των παραγόντων των ερωτηματολογίων.

3.7.3.3 Συσχετίσεις των ερωτηματολογίων

- **Συσχετίσεις των αγχωδών συμπτωμάτων του πόνου του PASS (PASS-20 total)**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του *συνολικού βαθμού του PASS-20* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές των ερωτηματολογίων, όπως φαίνεται στον πίνακα 12, προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P<0,001$) συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του PASS-20 και των: συνολικός βαθμός του FPQ-III ($r.=0,502$ και $P=0,000$), συνολικός βαθμός του OAS ($r.=0,409$ και $P=0,000$), συνολικός βαθμός του ESS ($r.=0,272$ και $P=0,001$) και του μόνιμου άγχους (trait) ($r.=0,364$ και $P=0,000$).

- **Συσχετίσεις του φόβου του πόνου του FPQ-III (FPQ-III total).**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του FPQ-III και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές των ερωτηματολογίων προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του FPQ-III και των: συνολικός βαθμός του PASS ($r = 0,502$ και $P = 0,000$) και του συνολικού βαθμού του OAS ($r = 0,430$ και $P = 0,000$).

Επίσης, προέκυψε πολύ σημαντική ($P < 0,01$) στατιστικά συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του FPQ-III και των: συνολικός βαθμός του ESS ($r = 0,229$ και $P = 0,006$) και του μόνιμου άγχους (trait) ($r = 0,249$ και $P = 0,003$).

Στατιστικά, τέλος, σημαντική ($P < 0,05$) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον συνολικό βαθμό του FPQ-III και στο παροδικό άγχος (state) ($r = 0,170$ και $P = 0,044$).

- **Συσχετίσεις της εξωτερικής ντροπής του OAS (OAS total).**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του OAS και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές των ερωτηματολογίων, προέκυψε πάρα πολύ στατιστικά σημαντική ($P < 0,001$) συσχέτιση ανάμεσα στο συνολικό βαθμό του OAS και των: συνολικός βαθμός του PASS ($r = 0,409$ και $P = 0,000$), συνολικός βαθμός του FPQ-III ($r = 0,430$ και $P = 0,000$), συνολικός βαθμός του ESS ($r = 0,630$ και $P = 0,000$) και του μόνιμου άγχους (trait) ($r = 0,555$ και $P = 0,000$). Στατιστικά, επίσης, πολύ σημαντική ($P < 0,01$) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον συνολικό βαθμό του OAS και στο παροδικό άγχος (state) ($r = 0,223$ και $P = 0,006$).

- **Συσχετίσεις της τάσης του ατόμου για ντροπή του ESS (ESS total).**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του ESS και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές των ερωτηματολογίων προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του ESS και των: συνολικός βαθμός του PASS ($r = 0,272$ και $P = 0,001$), συνολικός βαθμός του OAS ($r = 0,630$ και $P = 0,000$), μόνιμο άγχος (trait) ($r = 0,615$ και $P = 0,000$) και παροδικό άγχος (state) ($r = 0,372$ και $P = 0,000$). Στατιστικά, επίσης, πολύ σημαντική ($P < 0,01$) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον συνολικό βαθμό του ESS και του συνολικού βαθμού του FPQ-III ($r = 0,229$ και $P = 0,006$).

- **Συσχετίσεις του παροδικού και του μόνιμου άγχους (State-Trait Anxiety)**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του *State Anxiety* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές των ερωτηματολογίων προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του *State Anxiety* και των: συνολικός βαθμός του *ESS* ($r = 0,372$ και $P = 0,000$) και μόνιμο άγχος (*trait*) ($r = 0,633$ και $P = 0,000$). Στατιστικά, επίσης, πολύ σημαντική ($P < 0,01$) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον συνολικό βαθμό του *State Anxiety* και του συνολικού βαθμού του *OAS* ($r = 0,223$ και $P = 0,007$). Τέλος, στατιστικά σημαντική ($P < 0,05$) συσχέτιση, παρατηρήθηκε μεταξύ του συνολικού βαθμού του *State Anxiety* και του συνολικού βαθμού του *FPQ III* ($r = 0,170$ και $P = 0,044$).

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του *Trait Anxiety* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές των ερωτηματολογίων προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του *Trait Anxiety* και των: συνολικός βαθμός του *PASS* ($r = 0,364$ και $P = 0,000$), συνολικός βαθμός του *OAS* ($r = 0,555$ και $P = 0,000$), συνολικός βαθμός του *ESS* ($r = 0,615$ και $P = 0,000$) και παροδικό άγχος (*state*) ($r = 0,633$ και $P = 0,000$). Στατιστικά, επίσης, πολύ σημαντική ($P < 0,01$) συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στον συνολικό βαθμό του *Trait Anxiety* και του συνολικού βαθμού του *FPQ III* ($r = 0,249$ και $P = 0,003$).

Πίνακας 12. Συσχετίσεις των παραγόντων των ερωτηματολογίων, με το συντελεστή r του Pearson στις γυναίκες

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ	AVOID PASS	FEARFUL PASS	COGN. PASS	PSY.RES PON. PASS	TOTAL PASS	FEAR MINOR PAIN	FEAR SEVER. PAIN	FEAR MED. PAIN	TOTAL F.P.Q.
INFERIOR	.212**	.240**	.288***	.305***	.296***	.354***	.293***	.337***	.395***
EMPTY	.359***	.444***	.437***	.302***	.449***	.278***	.402***	.276***	.377***
MISTAKES	.298***	.280***	.358***	.282***	.356***	.248***	.335***	.292***	.362***
OAS TOTAL CHARACTEROLOGICAL SHAME	.317***	.362***	.397***	.344***	.409***	.335***	.381***	.351***	.430***
BEHAVIORAL SHAME	.101	.197**	.203**	.115	.171*	-.013	.225**	.067	.126
	.233**	.365***	.385***	.261***	.355***	.110	.306***	.174**	.253**

BODILY SHAME	.070	.138ms	.121	.130	.127	.052	.262***	.293***	.263***
ESS TOTAL	.173*	.289***	.296***	.204**	.272***	.058	.302***	.171*	.229**
STATE	-.100	.071	.083	.064	.031	.038	.098	.258**	.170*
TRAIT	.154	.389***	.407***	.333***	.364***	.116	.300***	.219**	.249**

4. Συζήτηση

Πριν σχολιάσουμε τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης και τα σχετίσουμε με αποτελέσματα παρόμοιων μελετών, θεωρούμε σημαντικό να σημειώσουμε: α) σε τι δεν απαντάει η συγκεκριμένη μελέτη, και β) ποιοι είναι οι περιορισμοί της.

4.1 Οριοθετήσεις

Στην παρούσα ερευνητική προσπάθεια, εξετάστηκαν αποκλειστικά άτομα ηλικίας από 18- 78 ετών και αφορά μόνο άτομα με χρόνια οσφυαλγία σε κοινοτικό δείγμα ασθενών και ο διαχωρισμός των συμμετεχόντων στις ομάδες πραγματοποιήθηκε με βάση το γένος. Για τα αποτελέσματα που προέκυψαν συνολικά από τη στατιστική ανάλυση και την ερμηνεία τους οφείλουμε να διατυπώσουμε ορισμένες επιφυλάξεις που αφορούν στην πιθανή διαπλοκή του τύπου αίτιο - αιτιατό μεταξύ του φύλου και των μεταβλητών που μελετήθηκαν στην παρούσα μελέτη. Η ομάδα των ανδρών αποτελείτο από 53 άτομα και η ομάδα των γυναικών από 148 άτομα, συνιστώντας ανομοιογένεια στις ομάδες σύγκρισης. Για να οριστεί με σαφήνεια ο ρόλος του γένους στον φόβο και στην ντροπή στον πόνο θα απαιτείτο απόλυτα εξισωμένες ομάδες, ώστε να αποφανθούμε για αιτιότητα.

Σε καμία περίπτωση, λοιπόν, δεν μπορούμε να οδηγηθούμε στη διατύπωση μιας γραμμικής αιτιολογικής υπόθεσης που να υποστηρίζει ότι το φύλο είναι η αιτία του φόβου, του άγχους του πόνου και της ντροπής στον πόνο ή το αντίστροφο. Ωστόσο, από τα αποτελέσματα βγαίνουν κάποια συμπεράσματα για τις διαφορές των δύο φύλων στα συναισθήματα της ντροπής και του φόβου στον πόνο, τα οποία χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης μέσω πολύ παραγοντικών στατιστικών μοντέλων.

4.2 Τα αγχώδη συμπτώματα πόνου στους άνδρες και στις γυναίκες (PASS-20)

Η μέση τιμή των συμπτωμάτων άγχους του πόνου (*PASS-20 total*) για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα, $22,19 \pm 9,09$ και $30,11 \pm 14,15$. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι γυναίκες, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα αγχωδών συμπτωμάτων πόνου και υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή των συμπτωμάτων άγχους του πόνου των γυναικών ήταν κατά 3,8 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των ανδρών, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά στα επίπεδα των συμπτωμάτων άγχους του πόνου μεταξύ των δύο ομάδων κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το T-Test ($P=0,000$).

Στην υποκλίμακα *συμπεριφορά αποφυγής* (*avoidance Pass*) των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα $8,15 \pm 3,02$, και $9,65 \pm 4,46$. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι γυναίκες, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα συμπεριφοράς άγχους και αποφυγής του πόνου και υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή των γυναικών ήταν κατά 2,3 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των ανδρών, με στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα των συμπτωμάτων άγχους του πόνου μεταξύ των δύο ομάδων κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το T-Test ($P=0,025$).

Στην υποκλίμακα *φοβικές σκέψεις* (*fearfull thinking*) των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα $6,64 \pm 2,99$, και $8,33 \pm 3,91$. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι γυναίκες, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα συμπεριφοράς άγχους του πόνου και υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή των γυναικών ήταν κατά 3 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των ανδρών, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά στα επίπεδα των συμπτωμάτων άγχους του πόνου μεταξύ των δύο ομάδων κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το T-Test ($P=0,002$).

Στην υποκλίμακα *γνωστικό άγχος* (*cognitive anxiety*) των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα $3,98 \pm 2,72$, και $5,90 \pm 4,20$. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι γυναίκες, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα συμπεριφοράς άγχους του πόνου και υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή των γυναικών ήταν κατά 2,8 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των ανδρών, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά στα επίπεδα των συμπτωμάτων άγχους του πόνου μεταξύ των δύο ομάδων κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το T-Test ($P=0,005$).

Στην υποκλίμακα *σωματικές αντιδράσεις άγχους* (Physiological Responses) των δύο ομάδων οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα $3,42 \pm 2,53$, και $6,21 \pm 3,67$. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι γυναίκες, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα συμπεριφοράς άγχους του πόνου και υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή των γυναικών ήταν κατά 5 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των ανδρών, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά στα επίπεδα των συμπτωμάτων άγχους του πόνου μεταξύ των δύο ομάδων κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το T-Test ($P=0,000$).

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, αναδεικνύονται τα υψηλά επίπεδα των συμπτωμάτων άγχους του πόνου, όπως μετράται με το PASS-20 (των McCracken & Dhingra, 2002) σε σχέση με το φύλο και ειδικότερα οι γυναίκες με οσφυαλγία φαίνεται να εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους στον πόνο. Το ανωτέρω εύρημα, λοιπόν, είναι σύμφωνο με αποτελέσματα προηγούμενων μελετών, οι οποίες τονίζουν με σαφήνεια την μεγαλύτερη ευαλωτότητα του γυναικείου φύλου στα φαινόμενα άγχους (McCracken et al. 1992) καθώς και των συνοδών συμπεριφορών αποφυγής Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman, Wittchen, & Kendler, 1994; Schmidt & Koselka, 2000).

4.3 Ο φόβος του πόνου στους άνδρες και στις γυναίκες (FPQ)

Η μέση τιμή του φόβου του πόνου (Total FPQ-III) για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα, $67,92 \pm 17,46$ και $78,48 \pm 18,88$. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι γυναίκες, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου και υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή του φόβου του πόνου των γυναικών ήταν κατά 3,5 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των ανδρών, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά στα επίπεδα του φόβου του πόνου μεταξύ των δύο ομάδων κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το T-Test ($P=0,000$).

Στην υποκλίμακα *minor pain* του FPQ-III των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα $16,06 \pm 5,02$, και $19,56 \pm 6,19$. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι γυναίκες, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου και υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή των γυναικών ήταν κατά 3,7 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των ανδρών, με στατιστικά παρά πολύ σημαντική διαφορά στα επίπεδα του φόβου του πόνου

μεταξύ των δύο ομάδων κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το T-Test ($P=0,000$).

Στην υποκλίμακα *severe pain* του FPQ-III των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα $30,74 \pm 8,42$, και $34,82 \pm 7,57$. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι γυναίκες, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα συμπεριφοράς άγχους του πόνου και υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή των γυναικών ήταν κατά 3 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των ανδρών, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά στα επίπεδα του φόβου του πόνου μεταξύ των δύο ομάδων κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το T-Test ($P=0,001$).

Στην υποκλίμακα *medical pain* του FPQ-III των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα $21,13 \pm 7,66$, και $23,91 \pm 8,54$. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι γυναίκες, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου και υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή των γυναικών ήταν κατά 2 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των ανδρών, με στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα του φόβου του πόνου μεταξύ των δύο ομάδων κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το T-Test ($P=0,038$).

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, αναδεικνύονται τα υψηλά επίπεδα του φόβου του πόνου, όπως μετράται με το FPQ-III (των McNeil & Rainwater, 1998) ανάμεσα στα δύο φύλα. Το ανωτέρω εύρημα, λοιπόν, είναι σύμφωνο με αποτελέσματα προηγούμενων μελετών, οι οποίες ευθυγραμμίζονται στην άποψη ότι μια εν δυνάμει μεταβλητή, που σχετίζεται με τις μεμονωμένες διαφορές στις συναισθηματικές απαντήσεις απέναντι στον πόνο είναι και το φύλο (Heft et al. 2007; McNeil & Rainwater, 1998). Άλλωστε τα ερευνητικά δεδομένα, εν γένει αναφέρουν ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα σε μια διαφορετική γκάμα φόβων, από ότι οι άνδρες (Ollendick, King, & Frary 1989; McNeil & Rainwater, 1998).

4.4 Η εξωτερική ντροπή στα δύο φύλα (OAS)

Η μέση τιμή της εξωτερικής ντροπής (*OAS total*) για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα, $12,96 \pm 7,06$ και $15,68 \pm 8,82$. Η μέση φυσιολογική τιμή της εξωτερικής ντροπής στον ελληνικό πληθυσμό είναι $17,74 \pm 9,02$. Παρατηρούμε ότι και στα δύο φύλα με οσφυαλγία τα επίπεδα της ντροπής είναι χαμηλότερα από τη μέση φυσιολογική τιμή στην Ελλάδα (υπό

δημοσίευση), γεγονός που δεν δείχνει να αποτελεί η ντροπή από μόνη της ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του πόνου. Τα αποτελέσματα αυτά ωστόσο, στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι γυναίκες, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα ντροπής και υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της ντροπής των γυναικών ήταν κατά 2 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των ανδρών, με στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα της ντροπής μεταξύ των δύο ομάδων κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το T-Test ($P=0,045$).

Στην υποκλίμακα empty του OAS των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα $2,09 \pm 2,54$ και $3,03 \pm 2,37$. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι γυναίκες, θα παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα ντροπής στον πόνο και υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή των γυναικών ήταν κατά 2,4 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των ανδρών, με στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα της εξωτερικής ντροπής μεταξύ των δύο ομάδων κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το T-Test ($P=0,017$). Στις υπόλοιπες υποκλίμακες (αίσθημα κατωτερότητας και αντίληψη των άλλων για τα λάθη) δεν βρεθήκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα δύο φύλα, γεγονός που ίσως, να συνδέεται με την ιδιαίτερη δυναμική του ιδίου του πόνου, (Nicassio et al., 1997, Truchon, 2001).

Από τα αποτελέσματά της παρούσας μελέτης, αναδεικνύονται τα υψηλά επίπεδα της εξωτερικής ντροπής, όπως μετράται με το OAS (των Goss, Gilbert και Allan, 1994) ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες. Το ανωτέρω εύρημα, λοιπόν, είναι σύμφωνο με αποτελέσματα προηγούμενων μελετών, οι οποίες υποστηρίζουν την άποψη ότι οι γυναίκες τείνουν περισσότερο προς την ενοχή και την ντροπή, άρα είναι ικανές και για το χειρότερο και για το καλύτερο των υπερεγωτικών συναισθημάτων (Tangney & Dearing, 2002) και φαίνεται πως η ντροπή σαν συναίσθημα συνδέεται περισσότερο με την γυναικεία φύση (Lindisfarne, 1998).

4.5 Η τάση για ντροπή (εσωτερική ντροπή) ανάμεσα στα δύο φύλα (ESS)

Η μέση τιμή της τάσης των ατόμων για ντροπή (*ESS total*) για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα $48,77 \pm 9,69$ και $50,33 \pm 13,01$. Η μέση φυσιολογική τιμή της τάσης των ατόμων για ντροπή στον ελληνικό πληθυσμό είναι $47,09 \pm 13,69$. Τα αποτελέσματα αυτά δεν στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι γυναίκες, θα παρουσίαζαν υψηλά εσωτερικής ντροπής

και υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή των γυναικών ήταν κατά 0,9 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των ανδρών, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα της εσωτερικής ντροπής μεταξύ των δύο ομάδων κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το T-Test ($P=0,366$).

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν αναδεικνύονται τα υψηλά επίπεδα εσωτερικής ντροπής, όπως αυτή μετράται με το ESS (των Andrews, Qian και Valentine, 2002), ανάμεσα στα δύο φύλα, παρά μόνο στην υποκλίμακα της σωματικής ντροπής όπου οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα $7,36 \pm 2,48$ και $8,70 \pm 3,14$. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή των γυναικών ήταν κατά 3 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των ανδρών, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά στα επίπεδα της σωματικής εσωτερικής ντροπής μεταξύ των δύο ομάδων κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το T-Test ($P=0,002$). Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε συμφωνία, ωστόσο με το γεγονός πως οι γυναίκες έχουν μια αντίληψη χαμηλότερης κοινωνικής δύναμης και την τάση να συγκρίνουν τον εαυτό τους λιγότερο ευνοϊκά σε σχέση με τους άλλους, από ότι κάνουν οι άνδρες (Gilbert et al. 2005).

4.6 Παροδικό και μόνιμο άγχος στους άνδρες και στις γυναίκες (STAI)

Η μέση τιμή του παροδικού άγχους (state -anxiety) για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα, $43,00 \pm 9,53$ και $43,58 \pm 11,15$. Τα αποτελέσματα αυτά δεν στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι γυναίκες, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα παροδικού άγχους και υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή του παροδικού άγχους των γυναικών ήταν κατά 0,3 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των ανδρών, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα του παροδικού άγχους μεταξύ των δύο ομάδων με οσφυαλγία κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το T-Test ($P=0,736$). Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, αναδεικνύονται τα υψηλά επίπεδα του παροδικού άγχους, όπως μετράται με το STAI (Spielberger, 1970) ανάμεσα στα δύο φύλα. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενες έρευνες, οι οποίες, έχουν υποστηρίξει ότι οι γυναίκες έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman, Wittchen, & Kendler, 1994; Schmidt & Koselka, 2000) και σε συμφωνία με την αντίληψη ότι η ποιότητα του άγχους εξαρτάται από το αντιλαμβανόμενο νόημα που έχει αυτή η «συναλλαγή» για το κάθε άτομο (Robson, 1999).

Η μέση τιμή του μόνιμου άγχους (trait -anxiety) για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με οσφυαλγία ήταν αντίστοιχα $41,38 \pm 5,98$ και $44,10 \pm 9,26$. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι γυναίκες, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα μόνιμου άγχους και υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή του μόνιμου άγχους των γυναικών ήταν κατά 2,4 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των ανδρών, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά στα επίπεδα του μόνιμου άγχους μεταξύ των δύο ομάδων με οσφυαλγία κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το T-Test ($P=0,017$). Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, αναδεικνύονται τα υψηλά επίπεδα του μόνιμου άγχους, όπως μετράται με το STAI (Spielberger, 1970) ανάμεσα στα δύο φύλα. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με προηγούμενες έρευνες που τονίζουν την επικράτηση του άγχους στο γυναικείο φύλο σε αντίθεση με τους άνδρες (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman, Wittchen, & Kendler, 1994; Schmidt & Koselka, 2000).

5. Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, σχετικά με τα χαρακτηριστικά της ομάδας των γυναικών με οσφυαλγία, είναι τα εξής:

Σχετικά, τόσο με το άγχος του πόνου, όσο και με τον φόβο του πόνου τα επίπεδα στο γυναικείο φύλο είναι υψηλά. Επίσης, στις γυναίκες με οσφυαλγία παρατηρούνται αυξημένα επίπεδα εξωτερικής ντροπής και ειδικά το αίσθημα του κενού. Ιδιαίτερω, δε, παρατηρήθηκαν υψηλές τιμές στη σωματική ντροπή. Αναφορικά με το γενικότερο άγχος, δεν παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα παροδικού άγχους σε σχέση με τους άνδρες, παρά μόνο αυξημένη τάση παραμονής του άγχους ως στοιχείο της προσωπικότητάς τους.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη συσχέτιση των μεταβλητών ανά δύο της παρούσας μελέτης έρχονται να ενισχύσουν τα αποτελέσματα άλλων μελετών. Συγκεκριμένα, οι υψηλές συσχετίσεις της κλίμακας του φόβου του πόνου και του άγχους του πόνου, όπως μετράται με το όπως μετράται με το FPO-III (των McNeil & Rainwater, 1998) και με το με το PASS-20 (των McCracken & Dhingra, 2002) όσο και των συναισθημάτων της ντροπής όπως μετριοούνται με το OAS (των Goss, Gilbert και Allan, 1994) και το με το ESS (των Andrews, Qian και Valentine, 2002) φαίνεται να ενισχύουν την άποψη, πως ο πόνος κατέχει μοναδικές ιδιότητες και συνδέεται με καταστάσεις που οδηγούν στο στιγματισμό και τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου. Αυτό μας οδηγεί στην σκέψη πως ο

κίνδυνος του πόνου είναι που οδηγεί αναπόφευκτα στην κυρίαρχη αίσθηση της ανικανότητας και της κατωτερότητας.

Τέλος, από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύεται η σχέση του συναισθήματος του φόβου του πόνου με την ψυχοπαθολογία του φόβου, διαπίστωση που έρχεται να ενισχύσει αποτελέσματα που έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου που διαδραματίζει ο φόβος, το άγχος και η σωματοποίηση του άγχους στην εμφάνιση και την πορεία διαφόρων τύπων ψυχοπαθολογίας στον πόνο (Vlaeyen & Linton, 2000 ; Asmundson, 2004).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ahlbom, A. & Norell S. (1992). *Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία*. (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρη, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
- Anderson K.O., Dowds B.N., Pelletz R.E., Edwards W.T. and Peeters-Asdourian C., (1995). Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain, *Pain*, 63, pp. 77–84.
- Andrews, B. Qian, M. & Valentine, J.D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 41, pp. 29- 42.
- Armfield M J., (2007). Understanding animal fears: a comparison of the cognitive vulnerability and harm-looming models. *BMC Psychiatry*, 7, pp 68.
- Armfield M.J., (2006). Cognitive vulnerability: A model of the etiology of fear. *Clinical Psychology Review*, 26, (6), pp. 746-768.
- Armfield M.J., Stewart F.J & Spencer A.J., (2007). The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health*, 7, pp.1-15.
- Arnstein, P., (2000).The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disability and Rehabilitation*, 22, pp. 794–801.
- Asmundson G. J. G. & R. Carleton R., (2005). Fear of Pain is Elevated in Adults with Co-Occurring Trauma-Related Stress and Social Anxiety Symptoms. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34, (4), pp. 248 – 255.

- Asmundson G.J.G., Norton J.P., & Norton R.G., (1999). Beyond pain The role of fear and avoidance in chronicity. *Clinical Psychology Review*, 19, (1), pp.97-119.
- Asmundson, G. J. G. & Taylor, S. (1996). Role of anxiety sensitivity in pain-related fear and avoidance. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, pp.573–582.
- Asmundson,G.J.G., Vlaeyen, J.W. S. & Crombez,G., (2004). *Understanding and Treating Fear of Pain*, Oxford: Oxford University Press, pp. 3–24.
- Asmundson,G.J.G., Vlaeyen, J.W. S. & Crombez,G., (2004). *Understanding and Treating Fear of Pain*, Oxford: Oxford University Press, pp. 3–24.
- Benn, L., Harvey, J.E., Gilbert, P., Irons, C. (2005). Social rank, interpersonal trust and recall of parental rearing in relation to homesickness *Personality and Individual Differences*, vol. 38, p. 1813- 1822.
- Benn, L., Harvey, J.E., Gilbert, p., Irons, C. (2005). Social rank, interpersonal trust and recall of parental rearing in relation to homesickness *Personality and Individual Differences*, vol. 38, pp. 1813- 1822.
- Birbaumer N., Veit R., Lotze M., Erb M., et al., (2005). Deficient fear conditioning in psychopathy. *Arch Gen Psychiat*, 62, pp. 799–805.
- Bolles C., & Fanselow M. S., (1980). A perceptual-defensive-recuperative model of fear and pain. *Behavioral and Brain Sciences*, 3, (2), pp. 291-323.
- Βαϊδάκης Ν., (2008). Φόβος. Στο: «Αγχος; Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις» Αλεβίζος Β., Αθήνα, Βήτα Ιατρικές εκδ.,pp. 31-35,47.
- Campos B., Keltner D., and Parker Tapias M., (2004). Emotion. *Encyclopedia of Applied Psychology*,1, pp. 713- 723.
- Coggon, D. (2005). Occupational medicine at a turning point. *Occup. Environ. Med.*, 62, p. 281-283.
- Cohen, D. (2003). The American National Conversation about (Everything but) Shame. *Social Research*, vol. 70, p. 1075- 1108.
- Cohen, D. (2003). The American National Conversation about (Everything but) Shame. *Social Research*, vol. 70, pp. 1075- 1108.
- Consedine S.N., & Moskowitz J.T., (2007). The role of discrete emotions in health outcomes: A critical review. *Applied and Preventive Psychology*, 12(2), pp. 59-75.

- Cox B.J., (1996). The nature and assessment of catastrophic thoughts in panic disorder. *Behavior Research and Therapy* 34, pp. 363–374.
- Crepaz N. and Marks G., (2001). Are negative affective states associated with HIV sexual risk behaviors? A meta-analytic review. *Health Psychology*, 20, (4), pp. 291–299.
- Crombez G., Vlaeyen J. W., & Heuts P. H. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: Evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, 80, pp. 329- 339.
- Dehghani, M., Sharpe, L., Nicholas M.K., (2003). Selective attention to pain-related information in chronic musculoskeletal pain patients. *Pain*, 105, (1-2), pp.37-46.
- Dillard P.J. & Anderson W.J, (2004). The Role of Fear in Persuasion. *Psychology & Marketing*, 21, (11), pp. 909–926.
- Eastin M.S. and Guinsler N.M., (2006). Worried and wired: Effects of health anxiety on information-seeking and health care utilization behaviors, *Cyberpsychology and Behavior*, 9, (4), pp. 494–498.
- Eccleston C., & Crombez G., (2007). Worry and chronic pain: A misdirected problem solving model. *Pain*, 132, (3), pp. 233-236.
- ***Eccleston C., (2001). Role of psychology in pain management. British Journal of Anaesthesia, 87, (1), pp. 144-152.***
- Eifert, G. H. (1992). Cardiophobia: A paradigmatic behavioral model of heart-focused anxiety and non-anginal chest pain. *Behaviour Research and Therapy*, 30, pp.329-345.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. F. (1996). Heart-focused and general illness fears in relation to parental medical history and separation experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 34, pp,735-739.
- Eifert, G. H., Thompson, R. N., Zvolensky, M. J., Edwards, K., Frazer, N. L., Haddad, J. H., et al. (2000). The Cardiac Anxiety Questionnaire: Development and preliminary validity. *Behaviour Research and Therapy*, 38, pp.1039-1053.

- Finger, E.C., Marsh, AA, Kamel, N., Mitchell, D.G.V., Blair, J.R. (2006). Caught in the act: The impact of audience on the neural response to morally and socially inappropriate behavior. *NeuroImage*, vol.33, p. 414- 421.
- Flor H. and Hermann C., (2004). Biopsychosocial models of pain. In: R.H. Dworkin and W.S. Breitbart, Editors, Psychosocial aspects of pain: a handbook for health care providers, Progress in pain research and management, 27, IASP Press, Seattle, pp. 47–75.
- Fordyce W.E., Shelton J.L. and Dundore, D.E. (1982). The modification of avoidance learning in pain behaviors. *J Behav Med*, 5, pp. 405–414.
- Gatchel R. J., Yuan Bo P., Madelon L. P., Perry N. F., & Turk D. C., (2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. *Psychological Bulletin*, 133, (4), pp. 581-624.
- Gatchel R.J. and Turk D.C. (1999). In: R.J. Gatchel and D.C. Turk, Editors, Psychosocial factors in pain: Clinical implications, The Guilford Press, New York.
- Gatchel R.J., Peng Y.B., Peters M.L., Fuchs P.N., & Turk D. C., (2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. *Psychological Bulletin*, 133, (4), pp. 581-624.
- Gilbert P. (1998). Some Core Issues and Controversies. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 3- 38.
- Gilbert, P. & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, vol. 28, p. 585- 598.
- Gilbert, P. & McGuire M.T. (1998). Shame, Status, and Social Roles; Psychobiology and Evolution. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 99- 125.
- Gilbert, P. & Miles, J.N.V. (2000). Sensitivity to Social Put- Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, vol.29, p. 757- 774.
- Gilbert, P. (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 7, p. 174- 189.

- Gilbert, P. (2003). Evolution, Social Roles, and the Differences in Shame and Guilt. *Social Research, vol.70*, pp. 1205- 1230.
- Gilbert, P., Allan, S., Goss, K. (1996). Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy, vol. 3*, p. 23- 34.
- Gilbert, P., Allan, S., Goss, K. (1996). Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy, vol. 3*, p. 23- 34.
- Gilbert, P., Boxall, M., Cheung, M., and Irons, C. (2005). The Relation of Paranoid Ideation and Social Anxiety in a Mixed Clinical Population. *Clinical Psychology and Psychotherapy, vol. 12*, pp. 124- 133.
- Gilbert, P., Cheung, M. S-P., Grandfield, T., Campey, F., Irons, C. (2003). Recall of Threat and Submissiveness in Childhood: Development of a New Scale and its Relationship with Depression, Social Comparison and Shame. *Clin. Psychol. Psychotherapy, vol. 10*, pp. 108- 115.
- Gilbert, P., Miles, J.N.V. (2000). Sensitivity to Social Put- Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self- other blame. *Personality and Individual Differences, vol.29*, pp. 757- 774.
- Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures- I: The Other As Shamer scale. *Person. Individ. Diff., vol. 17 (5)*, pp. 713- 717.
- Goubert L., Crombez G., & Van Damme S., (2004) The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain -related fear in vigilance to pain: a structural equations approach, *Pain, 107, (3)*, pp. 234-241.
- Greenwald, D.F. & Harder, D.W. (1998). Domains of Shame; Evolutionary, Cultural, and Psychotherapeutic Aspects. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 225- 245.
- Hamm A. O., Weike A I. (2005). The neuropsychology of fear learning and fear regulation. *International Journal of Psychophysiology, 57(1)*, pp. 5-14.
- Harbeck N.,& Haidinger R., (2007). The patient experience. *Breast Cancer Res Treat, 105, (1)*, pp. 91-103.

- Heft M., Meng X., Bradley M. and Lang J.(2007). Gender differences in reported dental fear and fear of dental pain. *Community Dent Oral Epidemiol.*, 35 (6),pp. 421-8.
- Heller, A. (2003). Five approaches to the phenomenon of shame. *Social Research, vol 70*, p. 1016- 1030.
- Heller, A. (2003). Five approaches to the phenomenon of shame. *Social Research, vol 70*, pp. 1016- 1030.
- Hirsch C. R., & Holmes A. E., (2007). Mental imagery in anxiety disorders. *Psychiatry*, 6, (4), pp.161-165.
- Hirsh A., George S., Bialosky J. and Robinson M. (2007). Fear of pain, pain catastrophizing, and acute pain perception: Relative prediction and timing of assessment. *The Journal of Pain*, 8, (4), pp.56.
- Hollander J., (2004).Fear Itself. *Social Research*,71, (4),pp. 865-886.
- Jacoby, M. (1993). Is the analytic situation shame- producing? *J. Anal. Psychol., vol. 38*, p. 419- 436.
- Jones C. A., (2005).Doubt Fear. *Art Papers*, 29, (1), pp. 24-35.
- Jung C.G., (1939). *The integration of the personality*. New York, Farrar & Rinehart.
- Kar N, Mohapatra K.P., Nayak C.K., Pattanaik P., et all., (2007). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents one year after a super-cyclone in Orissa, India: exploring cross-cultural validity and vulnerability factors. *BMC Psychiatry*,7(1),pp.1-3.
- Kellett, S. & Gilbert, P. (2001). Acne: A biopsychosocial and evolutionary perspective with a focus on shame. *British Journal of Health Psychology, vol. 6*, p. 1-24.
- Kelsall D., (2007). Changing fear. *Can Fam Physician*. 53, (5),pp. 791.
- Keltner, D. & Harker, LA. (1998). The Forms and Functions of the Nonverbal Signal of Shame. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 78- 98.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C.B, Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U. and Kendler, K.S., (1994) Lifetime and 12-month prevalence of

DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, pp. 8 –19.

- Konorski J., (1967). *Integrative Activity of the Brain: An Interdisciplinary Approach*. Chicago, University of Chicago Press.
- Kubzansky L.D., Cole S.R., Kawachi, I. et al., (2006). Shared and unique contributions of anger, anxiety, and depression to coronary heart disease: A prospective study in the normative aging study. *Annals of Behavioral Medicine*, 31, (1), pp. 21–29.
- Kurzban, R. & Leary, M. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, vol. 127, p. 187- 208.
- Kushner M.G., Sher K.J., Wood M.D. and Wood P.K.. (1994). Anxiety and drinking behavior—Moderating effects of tension-reduction alcohol outcome expectancies. *Alcoholism—Clinical and Experimental Research*, 18, (4), pp. 852–860.
- Langs R., (2004). Death anxiety and the emotion-processing mind. *Psychoanalytic Psychology*, 21, (1), pp. 31-53.
- Lazare, A. (1987). Shame and humiliation in the medical encounter. *Arch. Intern. Med.*, vol. 147, p. 1653- 1658.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer Publ. Co.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and coping process*. New York: McGraw Hill
- Leeming, D. & Boyle, M. (2004). Shame as a social phenomenon: A critical analysis of the concept of dispositional shame. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, vol. 77, p. 375- 396.
- Levey S. and Howells K., (1994). Accounting for the Fear of Schizophrenia. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 4, pp. 313-328.
- Lewis, M. (1998). Shame and Stigma. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 126- 140.

- Lewis, M. (2003). The role of the Self in Shame. *Social Research*, vol. 70, p. 1182-1204.
- Lindisfarne, N. (1998). Gender, Shame, and Culture; An Antropological Perspective. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 246- 260.
- Lindisfarne, N. (1998). Gender, Shame, and Culture; An Antropological Perspective. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, pp. 246- 260.
- Lundback, E., Forslund, k., Rylander, G., Jokinen, J., Nordstrom, P., Nordstrom, A.L. & Asberg, M. (2006). CSF 5- HIAA and the Rorshach Test in Patients Who Have Attempted Suicide. *Archives of Suicide Research*, vol. 10, p. 339- 345.
- Macht M., (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50, (1),pp.1-11.
- Maner J., & Gerend M., (2007). Motivationally selective risk judgments: Do fear and curiosity boost the boons or the banes? *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 103, (2), pp. 256-267.
- Marcus D.K., Gurley J.R., Marchi M.M. and Bauer C., (2007).Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 27, (2), pp. 127–139.
- May R., (1999). The Meaning of Anxiety (μετρφρ. Γ.Βασιλάκος). Κοζάνη, Σπινιάρη, pp. 48-49, 78-82.
- McCracken L.M, & Dhingra L., (2002). A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): preliminary development and validity. *Pain research & management*, 7, (1), pp.45-50.
- McCracken L.M., Zayfert C. and Gross R.T., (1992). The pain anxiety symptoms scale: Development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*, 50, pp. 67–73.
- McCracken LM, & Dhingra L., (2002). A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): preliminary development and validity. *Pain research & management*, 7, (1), pp.45-50.

- McCracken, L.M., Gross, R.T., Aikens J. and Carnkike, J.C.L.M. (1996). The assessment of anxiety and fear in persons with chronic pain: a comparison of instruments. *Behaviour Research and Therapy*, 34, pp. 927–933.
- McNeil D.W., & Brunetti G.D., (1992). Pain and fear: A bioinformational perspective on responsivity to imagery, *Behaviour Research and Therapy*, 30, (5), pp. 513-520.
- McNeil W.D., & Rainwater J.A., (1998). Development of the Fear of Pain Questionnaire—III. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, (4), pp.389-410.
- Melzack R., & Wall P. D., (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, pp. 971-979.
- Merskey and Bogduk, (1994). Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms, (Merskey and N. Bogduk, Editors), (2nd Ed.), Seattle, US, IASP Press.
- Miller R.P., Kori S., Todd D.D., (1991). The Tampa Scale, Tampa, FL, unpublished report. In: Woby R.S., Urmston M. and Watson J.P., (2007). Self-efficacy mediates the relation between pain-related fear and outcome in chronic low back pain patients. *European Journal of Pain*, 11, (7), pp. 711-718.
- Miller S. J., (2003). Analytic gains and anxiety tolerance: Punishment Fantasies and the Analysis of Superego Resistance Revisited. *Psychoanalytic Psychology*, 20, (1), pp. 4-17.
- Nasio J.D., (1996). **Le livre de la douleur et de l'amour**, Paris, Payot, pp.37-100.
- Naso R., (2008). Rethinking Trauma: A Critical View Of Invalidation. *Psychoanalytic Psychology*, 25, (1), pp. 67-78.
- Nicassio P.M., Schuman C., Kim J., Cordova A. and Weisman M.H., (1997). Psychosocial factors associated with complementary treatment use in fibromyalgia, *Journal of Rheumatology*, 24, pp. 2008–2013.
- Nicassio P.M., Schuman C., Kim J., Cordova A. and Weisman M.H., (1997). Psychosocial factors associated with complementary treatment use in fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 24, pp. 2008–2013.

- Ogon M., Krismer M., Sollner W., Kantner-Rumplmair W. and Lampe A., (1996). Chronic low back pain measurement with visual analogue scales in different settings. *Pain*, 64, pp. 425–428.
- Öhman A. and Mineka S., (2001), **Fears**, phobias, and preparedness: toward an evolved module of fear and fear learning, *Psychol Rev*, 108, pp. 483–522.
- Ollendick, T.H., King, N.J., and Frary, R.B. (1989). Fears in children and adolescents: Ollendick, T. H., Yule, W., & Ollier, K. (1991). Fears in British children and their relationship to manifest anxiety and depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, pp. 321-331.
- Pagano E.M., Rende R., Rodriguez F.B., Hargraves L.E., et al., (2007). Impact of parental history of substance use disorders on the clinical course of anxiety disorders. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 2, pp. 1-18.
- Panksepp J., (2007). Criteria for basic emotions: Is DISGUST a primary "emotion"? *Cognition & Emotion*, 21, (8),pp. 1819-1828.
- Panksepp J., (1998). The sources of fear and anxiety in the brain. In: *Affective neuroscience: The foundations of human and animals emotions*. Oxford, Oxford University Press, pp. 206-222.
- Patton G.C., Hibbert M., Rosier M.J., Carlin J.B., et al., (1996). Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers? *American Journal of Public Health*, 86, (2), pp. 225–230.
- Polivy J., Herman C.P. and McFarlane T., (1994). Effects of anxiety on eating— Does palatability moderate distress-induced overeating in dieters. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, (3). pp. 505–510.
- Rainville P., Bechara A., Naqvi N., & Damasio R.A., (2006). Basic emotions are associated with distinct patterns of cardiorespiratory activity. *International Journal of Psychophysiology*, 61, (1), pp.5-18.
- Retzinger, S.M. (1998). Shame in the Therapeutic Relationship. Στο: ***Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture***. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 206- 222.
- Rhudy L.J. and Williams E.A., (2005). Gender Differences in Pain: Do Emotions Play a Role? *Gender Medicine*, 2, (4), pp. 208-226.

- Roalfe, W R. (1929).The psychology of fear. *Journal of Abnormal Psychology*, 24, (1),pp. 32-40.
- Robson, M. (1999). Stress and its perception in childhood. *Counseling Psychology Quarterly*, 12, pp. 217-232.
- Roelofs, J., Peters, M. L., & Vlaeyen, J. W. S. (2003). The modified Stroop paradigm as a measure of selective attention towards pain-related information in patients with chronic low back pain. *Psychological Reports*, 92, pp.707-715.
- Roland M. and Morris R., (1983).A study of the natural history of back pain. Part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain, *Spine*, 8, pp. 141–144.
- Rosenberger, J.W. (2005). Envy, Shame, and Sadism. *J. of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, vol. 33, p. 465- 489.
- Rosenstiel A.K. and Keefe F.J., (1983).The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment, *Pain*, 17, pp. 33–44.
- Sastre Munoz M.T., Albaret M.-C., Raich Escursell R.- M., Mullet E., (2006).Fear of pain associated with medical procedures and illnesses. *European Journal of Pain*, 10, pp. 57–66.
- Schmidt, N.B., and Koselka, M. (2000). Gender Differences in Patients with Panic Disorder: Evaluating Cognitive Mediation of Phobic Avoidance. *Cognitive Therapy and Research*, 24, pp. 533-550.
- Schore, A.N. (1998). Early Shame Experiences and Infant Brain Development. *Στο: Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 57- 78.
- Shapiro, D. (2003). The tortured, not the torturers, are ashamed. *Social Research*, vol. 70, p. 1131- 1148.
- Shweder, R.A. (2003). Toward a Deep Cultural Psychology of Shame. *Social Research*, vol. 70, p. 1109- 1130.
- Spielberger, C. D., Vagg, P. R., Barker, L. R., Donham, G. W.,& Westberry, L. G. (1980). The factor structure of the State-Trait Anxiety Inventory. In I. G. Sarason & C. D. Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety*, 7, Washington, DC:Hemisphere.

- Spielberger, C.D., Gorsuch R. & Lushene R. (1970). *Manual for the State - Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- SPSS Inc. (2005). *SPSS Base 14.0 User's Guide*. SPSS Inc.: USA. <http://www.spss.com>.
- Stolorow R D., (2006). The relevance of Freud's concept of danger-situation for an intersubjective-systems perspective. *Psychoanalytic Psychology*, 23, (2), pp.417-419.
- Stranjalis, G., Tsamandouraki, K., Sakas, D. & Alamanos, Y. (2004). Low Back Pain in a Representative Sample of the Greek Population. *Spine, vol. (29)12*, p. 1355-1361.
- Sullivan M.J.L., Bishop S., & Pivik J.. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychol Assess*,7, pp.524-532.
- Sutherland AG, Alexander DA. & Hutchison JD. (2006). The mind does matter: Psychological and physical recovery after musculoskeletal trauma. *J Trauma, vol. 61(6)*, p. 1408-1414.
- Tangney, J.P. & Dearing, R.L. (2002). *Shame and Guilt*. The Guilford Press, New York, London.
- Tantam, D. (1998). The Emotional Disorders of Shame. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 161- 175.
- Thomas, H.E. (1995). Experiencing a shame response as a precursor to violence. *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law*, vol. 23, p. 587- 593.
- Truchon, M., (2001). Determinants of chronic disability related to low back pain: Towards an integrative biopsychosocial model, *Disability and Rehabilitation*, 23, (17), pp. 758 –769.
- Turk C.D. & Okifuji A., (2002). Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, (3),pp. 678-690.
- Ulmer J.F., (1997). An exploratory study of pain, coping and depressed mood following burn injury. *Journal of Pain and Symptom Management*, 13, pp.148-157.

- Verhaaka F.M.P., Kerssens J.J., Dekkera J., Sorbib J.M., Bensinga M.J., (1998). Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain*, 77, pp. 231–239.
- Vlaeyen J. W. S., & Linton S. J., (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art review. *Pain*, 85, pp. 317-332.
- Vowles K.E., McNeil D. W., Sorrell J.T., Lawrence S.M., (2006). Fear and Pain: Investigating the Interaction Between Aversive States. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, (4), pp. 821-833.
- Weisenberg M., Aviram O., Wolf Y., & Raphaeli N., (1984). Relevant and irrelevant anxiety in the reaction to pain. *Pain*, 20, pp. 371-383.
- Williams J., Hadjistavropoulos T. & Asmundson G.J.G., (2005). The effects of age and fear of pain on attentional and memory biases relating to pain and falls. *Anxiety Stress and Coping*, 18, (1), pp. 53-69.
- Woby R.S., Urmston M. and Watson J.P., (2007). Self-efficacy mediates the relation between pain-related fear and outcome in chronic low back pain patients. *European Journal of Pain*, 11, (7), pp. 711-718.
- Woby S.R., Roach N.K., Urmston M. and Watson P.J., (2005). Psychometric properties of the TSK-11: a shortened version of the Tampa Scale for Kinesiophobia. *Pain*, 117, pp. 137–144.
- Yerkes R.M. & Donson J.D., (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit- formation. *Journal of Comparative and Neurological Psychology*, 18, PP.459-482.
- Zasler N.D., Martelli M.F. and Nicholson K. (2005). Chronic pain. In: J.M. Silver, T.W. McAllister, W. Thomas and S.C. Yudofsky, Editors, *Textbook of traumatic brain injury*, American Psychiatric Publishing, Inc, Washington DC, US, pp. 419–436.
- Αναγνωστοπούλου, Τ. (2002). Ερωτηματολόγιο άγχους του Spielberger. Σε Σταλίκας, Α. Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Ανδρομανάκος, Ν. (2006). Η δυσκοιλιότητα αντιμετωπίζεται χειρουργικά; *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(4), σελ. 359 - 364.

- Βιρβιδάκης Σ., (2006). Ο φόβος και οι Φιλόσοφοι. Πρακτικά συμποσίου «Ο Φόβος Στην Τέχνη Και Στην Ζωή». Μέτσοβο, 30 Ιουνίου-2 Ιουλίου, Ίδρυμα Αβέρωφ, pp. 24.
- Γναρδέλλης, Χ. (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, Εκδ. Παπαζήση.
- Δαφέρμος, Β., (2005). *Κοινωνική Στατιστική με το SPSS*. Θεσσαλονίκη, Εκδ. ΖΗΤΗ.
- Δραγκιώτη Ε. (2008). *Ο ΦΟΒΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ: Διερεύνηση της σχέσης του συναισθήματος του φόβου του σωματικού πόνου, σε συνάρτηση με τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας*. Διπλωματική Εργασία. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Αντιμετώπιση Του Πόνου» Παν/μιο Ιωαννίνων - Τμήμα Ιατρικής.
- Ιωαννίδης, Ι. Π.Α. (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ. (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική*. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.
- Λιάκος, Α. & Γιαννίτση, Σ. (1984). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος*, 21, pp. 71-76.
- Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ. (1999). *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαδόπουλος Ν.Γ., (1994). *Το Λεξικό της Ψυχολογίας*. Αθήνα, Ιδιωτικές Εκδόσεις, pp.613.
- Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ. (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών*. Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", σελ., 275.
- Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993). *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας*. Τόμος Α'. Αθήνα.
- Πολυμέρου- Καμηλάκη Αι., & Καραμανές Ε., (2006). Φόβος: Αντιλήψεις, πρακτικές και αντικείμενα. Πρακτικά συμποσίου «Ο Φόβος Στην Τέχνη Και Στην Ζωή». Μέτσοβο, 30 Ιουνίου-2 Ιουλίου, Ίδρυμα Αβέρωφ, pp. 41- 47.
- Ρούσσο, Π. & Τσαούσης, Γ. (2006). *Στατιστική εφαρμοσμένη στις κοινωνικές επιστήμες*, Β' εκδ., Αθήνα. Ελληνικά Γράμματα.

- Σαχίνη - Καρδάση Α. (2000). *Μεθοδολογία έρευνας: Εφαρμογές στο χώρο της υγείας*, Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση Π. (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, pp.93-94.
- Χατήρα Κ., (2002). *Πόνος: μια ψυχαναλυτική προσέγγιση*. Πανεπιστημιακές Σημειώσεις, τμήμα Ψυχολογίας, Παν. Κρήτης.
- Κανελλοπούλου, Β., (2000). *Ψυχαναλυτική Θεώρηση Του Πόνου*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, pp.24, 38-39.

Πηγές Internet

1. <http://www.sigmalive.com/lifestyle/health/249976>. Πώς θα αντιμετωπίσετε το άγχος και την κατάθλιψη. SigmaLive/ NewsIt, 2010.
2. www.BeStrong.org.gr
3. [www.in.gr / health](http://www.in.gr/health).
4. Γιαννακόπουλος, Ε.Ε. (2009). Επιδημιολογική διερεύνηση των αναγκών για φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα. Scientific Commons.
5. Ντούσιος, Α. www.orthopedicsurgeon.gr
6. Τζαβέας Α. *Οσφυαλγία (πόνος στη «μέση»)*. Πρακτικές συμβουλές για Ασθενείς. www.alexandrostzaveas.gr

Μεταπτυχιακές εργασίες

Σολιδάκη, Ε. (2006). Πιλοτική Μελέτη στην Κρήτη διεθνούς έρευνας για τα μυοσκελετικά προβλήματα. Μεταπτυχιακή εργασία, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών σπουδών «Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας». Ηράκλειο.

