



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ
ΤΗΣ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕ ΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ, ΤΗ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ, ΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

Μαρία Τσιρώζη

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Μαίρη Γκούβα

Επίκουρος Καθηγήτρια Τ.Ε.Ι. Ηπείρου

ΛΑΡΙΣΣΑ - Σεπτέμβριος 2010



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ- ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΤΗΣ
ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕ ΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ, ΤΗ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ, ΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

Μαρία Τσιρώζη

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

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

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ
Καθηγήτρια, Τ.Ε.Ι Λάρισσας
Επιστημονικά Υπεύθυνη του Μεταπτυχιακού Προγράμματος
«Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»

ΜΑΡΙΑ ΣΑΜΑΚΟΥΡΗ
Επίκουρος Καθηγήτρια, Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η ψυχική ασθένεια μπορεί να συνεπάγεται το στιγματισμό του ατόμου, τη ντροπή και το φόβο του ίδιου ασθενούς αλλά και τη δυσκολία του με το οικογενειακό του περιβάλλον. Ωστόσο, η διερεύνηση συγκεκριμένων ψυχολογικών παραμέτρων σε ασθενείς με ψύχωση, όπως προκύπτει από αντίστοιχες μελέτες σε άλλου τύπου, παραμένει ιδιαίτερα περιορισμένη επί του παρόντος.

Η παρούσα μεταπτυχιακή ερευνητική εργασία σχεδιάστηκε, με σκοπό να διερευνήσει ορισμένα ψυχολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (εξωτερική και εσωτερική ντροπή, οικογενειακές σχέσεις και οικογενειακό περιβάλλον) και κλίμακες που εκτιμούν την ψυχιατρική κατάσταση του ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα, επιχειρήθηκε: α) η σύγκριση της ομάδας των ανδρών ασθενών και των γυναικών ασθενών ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, β) η συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής για το σύνολο του δείγματος.

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 45 ψυχιατρικοί ασθενείς (18 άνδρες – ποσοστό 40% και 27 γυναίκες – ποσοστό 60%) που παρακολουθούνταν στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης κατά το χρονικό διάστημα φθινόπωρο 2009 - άνοιξη 2010. Η συγκέντρωση των δεδομένων έγινε με συμπλήρωση γραπτού ερωτηματολογίου σε πλαίσιο και ώρα επιλογής των συμμετεχόντων.

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: α) Ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών, β) Η κλίμακα εξωτερικής ντροπής (Goss, Gilbert & Allan, 1994) γ) Η κλίμακα εσωτερικής ντροπής (Andrews, Qian & Valentine, 2002) δ) Η κλίμακα του οικογενειακού περιβάλλοντος των Moos and Moos (Moos, R. 1987; Moos, R. 1990), ε) η Κλίμακα Συνολικής Εκτίμησης Λειτουργικότητας (Global Assessment of Functioning- GAF) και στ) Βραχεία Κλίμακα Ψυχιατρικής Εκτιμήσεως (BPRS).

Από την στατιστική ανάλυση προέκυψε ότι οι η μέση τιμή της *εξωτερικής ντροπής* (OAS total) για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με ψύχωση ήταν αντίστοιχα $11,28 \pm 5,84$ και $11,00 \pm 4,87$, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,864$). Η μέση τιμή, δε, του συνολικού δείγματος των ψυχιατρικών ασθενών που έλαβαν μέρος στη μελέτη ήταν $11,11 \pm 5,22$, Η μέση τιμή της τάσης των ατόμων για ντροπή (*ESS total*) για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με ψύχωση ήταν αντίστοιχα $51,89 \pm 12,99$ και $52,59 \pm 12,84$, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ

των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,859$). Η μέση τιμή της τάσης των ατόμων για ντροπή, δε, του συνολικού δείγματος των ψυχιατρικών ασθενών που έλαβαν μέρος στη μελέτη ήταν $52,31 \pm 12,76$. Η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας BPRS για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με ψύχωση ήταν αντίστοιχα $44,33 \pm 13,39$ και $41,15 \pm 9,39$, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το Mann - Whitney Test ($P=0,391$). Η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας BPRS του συνολικού δείγματος των ψυχιατρικών ασθενών που έλαβαν μέρος στη μελέτη ήταν $42,42 \pm 11,13$. Η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας GAF για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με ψύχωση ήταν αντίστοιχα $55,17 \pm 14,25$ και $57,59 \pm 17,05$, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το Mann - Whitney Test ($P=0,728$). Η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας GAF του συνολικού δείγματος των ψυχιατρικών ασθενών που έλαβαν μέρος στη μελέτη ήταν $56,62 \pm 15,86$. Η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας του οικογενειακού περιβάλλοντος για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με ψύχωση ήταν αντίστοιχα $2,67 \pm 1,18$ και $3,48 \pm 1,22$, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το Mann - Whitney Test ($P=0,034$). Η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας του οικογενειακού περιβάλλοντος του συνολικού δείγματος των ψυχιατρικών ασθενών που έλαβαν μέρος στη μελέτη ήταν $3,16 \pm 1,26$.

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, σχετικά με το συναίσθημα της ντροπής των ψυχιατρικών ασθενών, είναι σχετικά, με την εσωτερική ντροπή τα επίπεδα στους ψυχιατρικούς ασθενείς διαπιστώθηκαν ιδιαίτερα υψηλά σε αντίθεση με την εξωτερική ντροπή όπου διαπιστώθηκαν χαμηλά. Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ως προς τα επίπεδα τόσο της εσωτερικής όσο και της εξωτερικής ντροπής. Η διαμόρφωση της εσωτερικής ντροπής στην ψύχωση δεν επηρεάζεται από την ηλικία. Οι έγγαμοι διαφέρουν με στατιστικά σημαντική διαφορά από τους χήρους ως προς τα επίπεδα εξωτερικής ντροπής, αλλά και οι διαζευγμένοι διαφέρουν σημαντικά από τους χήρους. Μάλιστα, οι χήροι ψυχιατρικοί ασθενείς παρουσιάζουν και τα μεγαλύτερα επίπεδα εξωτερικής ντροπής. Η επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στην εσωτερική ντροπή είναι σημαντική και οι άγαμοι διαφέρουν σημαντικά από τους διαζευγμένους ψυχιατρικούς ασθενείς, με τους τελευταίους να έχουν υψηλότερα επίπεδα εσωτερικής ντροπής. Το μορφωτικό επίπεδο, ο τόπος διαμονής και η διάγνωση δεν συσχετίζονται με τη διαμόρφωση της ντροπής (εσωτερικής και εξωτερικής) στην ψύχωση. Παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, σχετικά με το πόσο άρρωστοι νομίζουν οι ίδιοι ότι είναι και

τη συνολική βαθμολογία στην οικογένεια, Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στην κλίμακα GAF και στην κλίμακα BPRS. Όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της εκφραστικότητας που υπάρχει στο οικογενειακό περιβάλλον του ψυχωσικού ασθενούς τόσο λιγότερη είναι η εξωτερική ντροπή που αισθάνεται. Όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της συνοχής και των συγκρούσεων που υπάρχουν στο οικογενειακό περιβάλλον του ψυχωσικού ασθενούς τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της εξωτερικής ντροπής του ασθενούς. Όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της εξωτερικής ντροπής τόσο υψηλά εμφανίζονται τα επίπεδα της εχθρότητας όπως αυτή μετριέται με την κλίμακα BPRS. Όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της εσωτερικής ντροπής τόσο υψηλά εμφανίζονται τα επίπεδα της ψυχικής τάσης και της ενοχής όπως αυτές μετριοούνται με την κλίμακα BPRS. Όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της εσωτερικής ντροπής τόσο χαμηλότερα εμφανίζονται τα επίπεδα της ελλιπούς συνεργασίας, του συνηθισμένου περιεχομένου σκέψης, όπως αυτά μετριοούνται με την κλίμακα BPRS. Όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της συνολικής ψυχιατρικής εκτίμησης (GAF) τόσο χαμηλότερα εμφανίζονται τα επίπεδα του συνολικού βαθμού του BPRS. Όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της συνολικής ψυχιατρικής εκτίμησης (GAF) τόσο υψηλότερο είναι το score στη συνολική βαθμολογία του οικογενειακού περιβάλλοντος, όπως αυτή μετριέται με την κλίμακα των Moos & Moos.

Λέξεις-Κλειδιά: ψυχιατρικοί ασθενείς, ντροπή, GAF, BPRS, οικογενειακό περιβάλλον

Abstract

Although psychosocial issues (shame, family relationships) related to psychosis have been of central interest, little research has been conducted on psychological characteristics (shame, family relationships) of patients suffering from psychosis. The present study aimed to evaluate shame, family relations, personal growth, family system maintenance, GAF and BPRS in psychosis patients. It was carried out during the years 2009 and 2010 at the Department of Psychiatry, Universital Hospital of Alexandroupolis in co-ordination with the Department of Nursing, TEI of Epirus. 45 subjects participated voluntarily to the present study.

The instruments adopted were: a) The Family Environment Scale (Form R-FES), b) Other As Shame Scale- OAS, c) Experience of Shame Scale- ESS d) BPRS and e) Global Assessment of Functioning- GAF. Patients were asked to complete these self-report instruments and a demographic questionnaire, while being at wards.

The conclusions from the results of this study on the feeling of shame of psychiatric patients are:

In this respect, the internal shame levels in this group are very high in contrast to the external shame which revealed low levels. No differences were found between the sexes in levels of both the internal and external shame. The formation of internal shame of psychosis is not affected by age.

Married differ by a statistically significant difference from the widows of the levels of external shame, but also differ significantly from divorced widows. Indeed, the widowed and psychiatric patients have greater levels of external shame. The effect of marital status in the internal shame is important and differs significantly from unmarried divorced psychotic patients, with the latter to have higher levels of internal shame.

The educational level, place of residence and diagnosis are not associated with the type of shame (internal and external) in psychosis. Significant differences between the sexes, about how sick they think they are, were not revealed in the family neither in the GAF scale nor in the BPRS scale. The higher levels of expressiveness that is the family's psychotic patient, the less foreign feel shame. The higher levels of cohesion and conflict that exist within the family of the psychotic patient, the higher levels of shame are revealed outside of the patient. The higher levels of external shame both displayed high levels of hostility as measured by the scale of BPRS. The higher levels of internal shame

both displayed high levels of mental stress and guilt as measured by the scale of BPRS. The higher levels of overall psychiatric assessment (GAF) both displayed lower levels of total grade BPRS. The higher levels of overall psychiatric assessment (GAF) the higher the score on the overall rating of family environment as measured by the scale of Moos & Moos.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στις επιβλέπουσες καθηγήτριές μου Δρ. Μαίρη Γκούβα, επίκουρο καθηγήτρια Ψυχολογίας του ΤΕΙ Ηπείρου, στη Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, και στο ΠΜΣ «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», Δρ. Ευαγγελία Κοτρώτσιου, καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λάρισας και Μαρία Σαμακουρή επίκουρο καθηγήτρια της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θράκης.

Ιδιαίτερα, στην κ. Μαρία Σαμακουρή θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου για το θερμό ενδιαφέρον της καθ' όλη τη διάρκεια της συνεργασίας μας στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης, και την εμπιστοσύνη της να μου επιτρέψει να μελετήσω στα πλαίσια της παρούσας έρευνας τους ασθενείς της κλινικής.

.

.....για όλες τις μνήμες, στη μητέρα μου

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

| | |
|--|-----------|
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 3 |
| ΜΕΡΟΣ Ι | 5 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 | 6 |
| Η ΨΥΧΟΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ | 6 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 | 20 |
| Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ | 20 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 | 29 |
| ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΕΝΟΧΗ | 29 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 | 37 |
| Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ | 37 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 | 43 |
| ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΡΟΛΟ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΣΤΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ | 43 |
| ΜΕΡΟΣ ΙΙ | 56 |
| 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 57 |
| 2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ | 57 |
| 3. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ | 57 |
| 3.1 ΔΕΙΓΜΑ | 58 |
| 3.2 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ | 58 |
| 3.2.1. ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ (OTHER AS SHAMER SCALE- OAS) (GOSS, GILBERT & ALLAN, 1994) | 58 |
| 3.2.2. ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΒΙΩΜΑ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ (EXPERIENCE OF SHAME SCALE- ESS) (ANDREWS, QIAN & VALENTINE, 2002) | 59 |
| 3.2.3 ΚΛΙΜΑΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ (FAMILY ENVIRONMENT SCALE, FORM R-FES) ΤΩΝ MOOS AND MOOS | 60 |
| 3.2.4 ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ (GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING- GAF) | 61 |
| 3.2.5. ΒΡΑΧΕΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΕΩΣ (BPRS) | 61 |
| 3.2.6 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ | 62 |
| 3.2.7 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ | 62 |
| 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ | 64 |

| | |
|--|----------------|
| 4.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ - ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ | 64 |
| 4.2 Έλεγχος της κανονικότητας των κατανομών των ποσοτικών μεταβλητών του δείγματος | 65 |
| 4.3 Διαφορές ανάλογα με το φύλο και την ηλικία των ψυχωτικών ασθενών | 67 |
| 4.4 Κοινωνικο- δημογραφικοί παράγοντες που σχετίζονται με την εσωτερική και εξωτερική ντροπή των ψυχωτικών ασθενών | 68 |
| 4.4.1 Διαφορές ανάλογα με το φύλο των ψυχωτικών ασθενών σε σχέση με την Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής- Other As Shamer Scale – (OAS) | 68 |
| 4.4.2 Διαφορές ανάλογα με το φύλο των ψυχωτικών ασθενών σε σχέση με την Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής- Experience of Shame Scale (ESS) | 69 |
| 4.4.3 Άλλοι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες που σχετίζονται με την εσωτερική και εξωτερική ντροπή των ψυχωτικών ασθενών | 71 |
| 4.5 ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ | 73 |
| 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ | 77 |
| 5.1. ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΕΙΣ | 77 |
| 5.2 Η ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΝΤΡΟΠΗ ΣΤΟΥΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ (OAS) | 77 |
| 5.3 Η ΤΑΣΗ ΓΙΑ ΝΤΡΟΠΗ (ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΝΤΡΟΠΗ) ΣΤΟΥΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ (ESS) | 78 |
| 5.4. Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ, ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΤΟΥΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, ΤΗ ΔΙΑΜΟΝΗ, ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ | 80 |
| 5.5. Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ | 81 |
| 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | 83 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 85 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ | 95 |
| ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ | 96 |
| ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ | 117 |

Εισαγωγή

Στην ιστορία της Γέννησης για τη Δημιουργία, η ντροπή είναι το μόνο συναίσθημα που συζητιέται (Lewis, 2003). Ο Αδάμ και η Εύα αναγνωρίζουν τη γύμνια τους, το αίσθημα της έκθεσης μπροστά στο Θεό, και την κρύβουν εξαιτίας της ντροπής τους. Τρία είναι τα κριτικά σημεία σε αυτή την ιστορία. Ο Αδάμ και η Εύα δεν υπάκουσαν το Θεό εξαιτίας της περιέργειάς τους. Η περιέργειά τους τους οδηγεί στο να πάρουν το φρούτο από το δέντρο της γνώσης, με άλλα λόγια τους οδηγεί στη γνώση. Αυτή η γνώση στη συνέχεια τους οδηγεί στο αίσθημα της ντροπής. Η σειρά «περιέργεια- γνώση- ντροπή» αποτελεί την κεντρική ιδέα της ιστορίας (Lewis, 2003).

Ο Konstan (2003) κάνει μια ανάλυση της γλώσσας για την ντροπή (και την ενοχή) στην αρχαία Ελλάδα και, ταυτόχρονα παραλληλίζει το περιεχόμενο αυτών των εννοιών τότε και σήμερα. Ένα γενικό συμπέρασμα που πηγάζει από το άρθρο του είναι ότι, ο τρόπος με τον οποίο συλλαμβάνεται η έννοια της αρχαίας και της σύγχρονης ντροπής και ενοχής διαφέρουν.

Καταρχήν, οι δύο αρχαίες ελληνικές λέξεις για την «ντροπή» είναι η *αιδώς* και η *αισχύνη*. Ας δούμε τους ορισμούς της αιδούς και της αισχύνης που υπάρχουν στο Ελληνικό Λεξικό (Τεγόπουλος- Φυτράκης, 1993). Ο ορισμός για την αιδώ είναι «ντροπή, συστολή: χωρίς περίσκεψιν, χωρίς λύπη, χωρίς αιδώ μεγάλα κι υψηλά τριγύρω μου έκτισαν τείχη (Κ. Καβάφης). Αντίθ. αναίδεια // (νομ.) αιδούς προσβολή, ό, τι προσβάλλει το κοινό αίσθημα και τις κρατούσες κοινωνικές αντιλήψεις.», και για την αισχύνη «μεγάλη ντροπή. Συνών. Αίσχος, καταισχύνη, όνειδος».

Διαβάζουμε, λοιπόν, στο άρθρο του Konstan πως, όπως και πολλοί άλλοι πολιτισμοί, η Ελλάδα και η Ρώμη δε διέθεταν διακριτούς όρους για ό, τι ονομάζουμε ντροπή και ενοχή. Ο Konstan μας λέει πως, οι στωικοί τυπικά αντιπαραθέτανε την αιδώ με την αισχύνη, αντιμετωπίζοντας την πρώτη σαν ένα υγιές συναίσθημα, χαρακτηριστικό της σωφροσύνης, ενώ την αισχύνη την ενέτασσαν μεταξύ των πιο διεφθαρμένων συναισθημάτων, στα οποία υπόκεινται όλοι, εκτός των σώφρων. Οι Έλληνες φιλόσοφοι και ρήτορες, φαίνεται πως συχνά ενέτασσαν την αισχύνη σαν ένα συναίσθημα ή πάθος, ενώ η θέση της αιδούς ήταν περισσότερο ασαφής. Ο Θουκυδίδης αντιπαραθέτει τα αδικήματα απέναντι στο νόμο, τα οποία καταλήγουν σε τιμωρία, με αυτά απέναντι σε άγραφα έθιμα, τα οποία εμπεριέχουν την αισχύνη. Ο Αριστοτέλης επιλέγει να αναλύσει την αισχύνη

και όχι την αιδώ στη Ρητορική του (την πιο εκτεταμένη συζήτησή του για τα συναισθήματα).

Ο Konstan (2003) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι, η οριακή γραμμή μεταξύ της σύγχρονης ενοχής και της ντροπής, φαίνεται να είναι αρκετά θολή. Η ντροπή αποτελούσε μια σθεναρή συναισθηματική κατηγορία για τους αρχαίους Έλληνες. Παρόλο που τείνει να καταπιεστεί στη σύγχρονη κοινωνία, ή να αντιμετωπισθεί ως ένα ανεπαρκές ηθικά συναίσθημα (ντρεπόμαστε για την ντροπή), οι συγγραφείς στην κλασική Ελλάδα την έβλεπαν σα θεμελιώδη για την ηθική συμπεριφορά. Μας λέει ότι, ίσως είναι λογικό για τον Αριστοτέλη να βλέπει πως, τόσο οι ένοχες όσο και οι ηθικά άμεμπτες συμπεριφορές προκαλούν ένα συναίσθημα, και προτείνει πως, μελετώντας το περιεχόμενο και το νόημα των αρχαίων όρων, μπορούμε να διευρύνουμε την ενημερότητά μας σχετικά με το πώς λειτουργούν τα συναισθήματα, ακόμη και στο δικό μας κοινωνικό κόσμο.

ΜΕΡΟΣ Ι

Η ψυχοβιολογική διάσταση της ντροπής

Η ντροπή καταχωρείται στα «συνειδητά συναισθήματα» και διαφέρει από τα λεγόμενα «πρωταρχικά συναισθήματα», διότι εκδηλώνεται *μέσω της αντανάκλασης του εαυτού* (Lewis, 2003). Τα συνειδητά συναισθήματα απαιτούν ο εαυτός, τόσο να παράγει μια κατάσταση, όσο και να τη βιώσει. Για να βρεθεί κανείς σε κατάσταση ντροπής, θα πρέπει να συγκρίνει την πράξη του με κάποιο μέτρο, είτε δικό του είτε κάποιου άλλου. Η αποτυχία του σε σχέση με το μέτρο - την οποία το άτομο διαπιστώνει - οδηγεί στην κατάσταση ντροπής (Lewis, 2003).

Άλλοι έχουν προτείνει ότι η κατάσταση ντροπής μπορεί να παραχθεί με έναν πιο αυτόματο τρόπο, ο οποίος δεν απαιτεί ενημερότητα του εαυτού. Για παράδειγμα, ο Lewis (2003) παραθέτει τη θέση του Tomkin για την ντροπή. Αυτός, το 1963, υποστήριξε πως τα συνειδητά συναισθήματα διαχωρίζονται μεταξύ τους στο επίπεδο της συνειδητής ενημερότητας και βάσει του ερεθίσματος που τα προκαλεί. Το μοντέλο του αξιοποιεί την ιδέα ενός αυτόματου «ενεργοποιητή» που δεν απαιτεί σκέψη. Έτσι, υποθέτει πως τα βρέφη βιώνουν ντροπή. Λέει, επίσης, ότι, τα γεγονότα που μπορούν να προκαλέσουν ντροπή, είναι όλα όσα αναχαιτίζουν τη χαρά και το ενδιαφέρον. Ο όρος «μπλοκάρισμα της επιθυμίας», φαίνεται να περιγράφει ορθά τη θέση του Tomkin για την ντροπή. Η περιγραφή του για την ντροπή είναι: αποτυχία στη δουλειά, απώλεια φιλίας, απώλεια στενών σχέσεων λόγω θανάτου, και συναισθήματα για το σώμα. Συγκεκριμένα λέει πως «η μη-ελκυστικότητα θεωρείται πως παράγει ντροπή, επειδή προκαλεί απώλεια του ενδιαφέροντος για περηφάνια στα ίδια μας τα σώματα». Η θεωρία του Tomkin για την ντροπή είναι μοναδική, εξαιτίας της ιδέας του για τη διακοπή του ενδιαφέροντος, και της αιτιολογικής της φύσης. Κάθε γεγονός που οδηγεί στη μείωση του ενδιαφέροντος, θεωρείται από τον Tomkin ως πρωτότυπο γεγονός που προκαλεί ντροπή (Lewis, 2003).

Το πρόσφατο ενδιαφέρον για την ντροπή έχει κεντριστεί από τους εξελικτικούς ψυχολόγους που μελετούν την εμφάνισή της στην παιδική ηλικία (Shapiro, 2003). Οι ψυχολόγοι, είτε αγνοούσαν την ντροπή, είτε την αντιμετώπιζαν ως χαρακτηριστικό ενός πιο πρώιμου σταδίου στην κοινωνικοποίηση του παιδιού, ώσπου η Helen Block Lewis το 1971, επέμεινε για τη σπουδαιότητα της ντροπής στην ενήλικη ζωή (Konstan, 2003).

Παρόλο που πολλά ζώα διαθέτουν τους προδρόμους για την ντροπή (για παράδειγμα, πειθήνια συμπεριφορά) και την ενοχή (παροχή φροντίδας στους

άλλους), είναι αμφισβητήσιμο ότι νιώθουν ντροπή ή ενοχή, αφού στερούνται συγκεκριμένων γνωστικών ικανοτήτων (Gilbert, 2003). Οι ικανότητες για συμβολική γνώση του εαυτού και των άλλων, η θεωρία του νου (που αφορά στην ικανότητά μας να κατανοούμε τα συναισθήματα και τις προθέσεις των άλλων) και η μεταγνώση (η αντανάκλαση των δικών μας συναισθημάτων, σκέψεων και συμπεριφορών και η απόδοση νοήματος σε αυτά), είναι αυτές που αναμιγνύονται με πρώιμα κίνητρα και συναισθήματα, τα οποία συνιστούν την ανθρώπινη ικανότητα για ντροπή και ενοχή και τις καθιστούν ανοιχτές στις κοινωνικές κατασκευές (Gilbert, 2003).

Η συμβολική αναπαράσταση της ενημερότητας του εαυτού έρχεται με τη γλώσσα και την ικανότητα του ατόμου να αναπαριστά τον εαυτό, να φαντάζεται τον εαυτό σαν αντικείμενο και να κρίνει και να δίνει αξία στον εαυτό, να έχει αυτοπεποίθηση, να σκέφτεται για τη σημασία της εμφάνισης κάποιου στους άλλους, και να οδηγείται σε συμπεράσματα (Gilbert, 2003).

Προκειμένου να βιώσει κανείς την ντροπή και τα υπόλοιπα αυτο-συνειδητά συναισθήματα, χρειάζεται να γνωρίζει κάτι για 1) τα σταθμά, τους κανόνες, και τους στόχους, 2) τη συμπεριφορά του σε σχέση με αυτά τα σταθμά, και 3) τον εαυτό του. Μόνο όταν αναπτύσσονται αυτές οι γνώσεις μπορεί να προκύψει η ντροπή (Lewis, 2003).

Το μοντέλο της ντροπής αναπτύσσεται με την πάροδο της ηλικίας. Κατά την παιδική ηλικία, όταν το παιδί αποκτά συνείδηση του εαυτού του, προκύπτουν διάφορα συναισθήματα που σχετίζονται με τη γνωστική του ικανότητα. Τρία τέτοια συναισθήματα είναι η αμηχανία, η συναισθήση και ο φθόνος, αλλά μπορεί να υπάρχουν και άλλα. Αυτά τα συναισθήματα αποτελούν την πρώτη ομάδα των αυτοσυνειδητών συναισθημάτων (Lewis, 2003).

Για να εμφανιστεί η ντροπή και τα υπόλοιπα συναισθήματα, απαιτείται να διαθέτει το παιδί συγκεκριμένες γνωστικές δυνατότητες. Οι κανόνες, τα σταθμά και οι στόχοι χρειάζεται να υπάρχουν ώστε, συνδυαζόμενα με τη συνείδηση, να δημιουργούν το νέο «πακέτο» αυτοσυνειδητών συναισθημάτων, τα αξιολογητικά, ένα από τα οποία είναι η ντροπή (Lewis, 2003).

Τα συναισθήματα της ντροπής αρχίζουν να προκύπτουν στο δεύτερο έτος ζωής, λένε οι εξελικτικοί ψυχολόγοι. Τα βρέφη, μέχρι 16 ή 18 μηνών, αρχίζουν να γνωρίζουν εάν τα συναισθήματα κατευθύνονται από άλλους ή από τα ίδια. Τα νήπια καταλαβαίνουν ότι μπορούν να καθορίσουν εκείνα από μόνα τους τα συναισθήματά τους, που μπορούν να οδηγήσουν είτε στην υπερηφάνεια είτε στην ντροπή (Shapiro, 2003).

Καθώς το βρέφος μεγαλώνει, η μητέρα προσπαθεί να το κοινωνικοποιήσει, οπότε πρέπει να μειώσει τα αυξημένα επίπεδα ευχαρίστησης που αυτό λαμβάνει

μέσα από δραστηριότητες όπως τα ξεσπάσματα οργής, οι εντερικές λειτουργίες κτλ. (Schorer, 1998). Σιγά - σιγά, λοιπόν, αυτές οι αλληλεπιδράσεις μπορεί να είναι στρεσογόνες λόγω της αναχαίτισης της απόλαυσης. Η εμπειρία της ντροπής σχετίζεται με ανεκπλήρωτες προσδοκίες και προκύπτει από το «διάβασμα» μιας ενόχλησης στο πρόσωπο. Όλα αυτά βρίσκονται πίσω από την πρώτη εμπειρία ντροπής. Το αρνητικό συναίσθημα της ντροπής είναι η άμεση φυσιολογική-συναισθηματική αντίδραση του βρέφους στην αντιλαμβανόμενη διακοπή της ροής της ρυθμιστικής λειτουργίας της μητέρας (μέσα από το συντονισμό των δύο και την ενίσχυση της ευχαρίστησης) και της απόσχισης της από τη «συγχροδία» προκειμένου να προωθήσει τη διαδικασία της κοινωνικοποίησης του βρέφους (Schorer, 1998).

Ο Gilbert (1998) αναφέρει πως στην ντροπή «...αυτό που έχει σημασία είναι η αίσθηση της προσωπικής μη-ελκυστικότητας- το να βρίσκεσαι στον κοινωνικό κόσμο σαν ένας ανεπιθύμητος εαυτός, ένας εαυτός που δεν επιθυμεί κανείς να είναι. Η ντροπή είναι μια μη-εθελοντική απάντηση στη γνώση ότι κάποιος έχει χάσει το κύρος του και έχει μειωθεί η αξία του».

Σύμφωνα με την πρώιμη οπτική του Freud για την ντροπή, αυτή συνδεόταν 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).

Θεωρητικά, η ντροπή είναι πιο σχετική με το ναρκισσισμό από την ενοχή, λόγω της κοινής επικέντρωσης σε θέματα σχετικά με τον εαυτό. Επιπλέον, οι νάρκισσοι τυπικά αναπτύσσουν διάφορες μη-ρεαλιστικές προσδοκίες για τον εαυτό τους και για τους άλλους τις οποίες είναι δύσκολο να επιτύχουν, δημιουργώντας έτσι το υπόβαθρο για την ντροπή. Ουσιαστικά 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).

Ο Rosenberg (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. Ο συνήθης στόχος που αποδίδεται στο φθόνο, η καταστρεπτική δύναμη, συλλαμβάνεται σε μια άμυνα έναντι στην καννιβαλιστική πείνα του φθόνου, σε απάντηση προς το ρυθμιστικό συναίσθημα της ντροπής. Ο στόχος του φθόνου, όπως ορίζεται από τη φύση της επένδυσης που κάνει το υποκείμενο στα αντικείμενα που φθονεί, περιγράφεται σύμφωνα με την Klein με τον όρο «σαδισμός», και αναφέρεται στην επιθυμία του υποκειμένου να ενσωματώσει το αντικείμενο που φθονεί κάνοντας το στόχο του φθόνου ναρκισσιστικό, δηλαδή μια προσπάθεια να μεγαλώσει τον εαυτό καταναλώνοντας «ναρκισσιστικό φαγητό». Στο φθόνο αναφερόμαστε σε μια δυαδική σχέση όπου ο φθόνος, λένε ορισμένοι μελετητές, αφορά αυτό που κατέχει το άτομο που φθονούμε και όχι το ίδιο το άτομο. Λέγεται πως αφορά την προσπάθεια επιδιόρθωσης ενός ναρκισσιστικού τραύματος. 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 εξ αρχής ασυνείδητα ο σκοπός του ήταν κακός, αλλά το να βάλει ένα τέλος στον αβάσταχτο πόνο που τον συνοδεύει (Rosenberger, 2005).

Η λέξη «ντροπή» είναι από μόνη της σύνθετη και εμπεριέχει στοιχεία του εαυτού και του κοινωνικού συνόλου. Ο ρόλος της είναι διττός. 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 ακεραιότητας του κάθε ανθρώπου (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. 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 από τις σχέσεις, λένε, είναι παράγοντες που διαμορφώνουν κάποιες από τις εμφανείς διαφορές στην ευαισθησία του καθενός στην ντροπή, κάτι που ως τώρα κυρίως εξηγείται 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, αναφέρουν ορισμένους τρόπους με τους οποίους ένα συγκεκριμένο κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να οδηγήσει σε επαναλαμβανόμενες εμπειρίες ντροπής ή σε ένα διαρκές συναισθημα ντροπής: 1) η πλευρά του εαυτού που φέρει το στίγμα 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) υιοθέτηση κοινωνικών ρόλων όπου δε διατίθενται εύκολα στρατηγικές αποφυγής της ντροπής, και τέλος 5) ο πολιτισμικός λόγος για την «ντροπή της ντροπής», όλα οδηγούν σε αύξηση της ντροπής (Leeming & Boyle, 2004).

Ένας από τους διαχωρισμούς που μπορούμε να κάνουμε σχετικά με τους τύπους της ντροπής, είναι η αρχική ντροπή και η ηθική ντροπή (Cohen, 2003). Η ηθική ντροπή αφορά λιγότερο την κυριαρχία και περισσότερο την αρετή και τη σωστή διαχείριση των καταστάσεων.

Ο Gilbert (1998) διαχωρίζει επίσης την εσωτερική από την εξωτερική ντροπή. Η εξωτερική ντροπή απαιτεί την ικανότητα να προβλέψει 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). Γενικά, 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 εσωτερική και η εξωτερική ντροπή δε συσχετίζονται πάντα, αν και τις περισσότερες φορές έτσι συμβαίνει (για παράδειγμα 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 αναίσχυντος 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 συνεργατών (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.

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).

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. Αυτοί οι αρχέγονοι ψυχοβιολογικοί μηχανισμοί διαχέουν τον πόνο στην ντροπή. 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. Οι εκφράσεις του προσώπου αναδεικνύουν βιολογικά σημαντικές πληροφορίες. Καθώς η μητέρα και το βρέφος συντονίζουν τις εκφράσεις τους (από τις οποίες καθρεπτίζεται 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- επίπτωσης 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 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). Σε αντίθεση με την αυξημένη παρασυμπαθητική δραστηριότητα που συνοδεύει την ντροπή, η ταπείνωση συνοδεύεται από μια ιδιαίτερα απορυθμιστική κατάσταση όπου παρατηρείται αυξημένη παρασυμπαθητική και υψηλή συμπαθητική αντίδραση (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 CHS 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). Η παρουσία κοινού σχετίζονταν 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 κοιλιακο-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.

Η ντροπή μπορεί να επιδιορθωθεί μέσω της συγχώρεσης του εαυτού και της πεποίθησης ότι θα τον συγχωρέσουν και οι άλλοι. Η εκδίκηση ίσως είναι κάτι που επιζητούν οι ταπεινωμένοι άνθρωποι (Gilbert, 1998). Συχνά η ντροπή ακολουθείται από σιωπή ή απειλές σε αυτούς που μπορεί να αποκαλύψουν το «μυστικό». Ένα παράδειγμα είναι ο τρόπος με τον οποίο μια κοινωνία μεταχειρίζεται τις μειονότητες της ή τα ζητήματα για τα δύο φύλα. Όταν η κοινωνική ντροπή δε συζητιέται, δε γίνεται να την επεξεργαστούμε ή να τη διορθώσουμε (Gilbert, 1998).

Η κατευναστική λειτουργία της ντροπής σημαίνει ότι η μη- λεκτική έκφρασή της παραπέμπει στην υποταγή και την ελάττωση της επιθετικότητας (Keltner & Harker, 1998). Ποικίλες μελέτες πάνω στη συμπεριφορά ντροπής –παιδιών και ενηλίκων- αναδεικνύουν ένα μάζεμα και δίπλωμα του σώματος, αποστροφή του βλέμματος και αποφυγή της κίνησης, κοκκίνισμα, λίγη ή καθόλου λεκτική επικοινωνία και την τάση απολογίας. Πολλές μελέτες έχουν επισημάνει τον αυξημένο καρδιακό ρυθμό, το αίσθημα του μειωμένου μεγέθους και της αδυναμίας, την αυξημένη θερμοκρασία σώματος και την επιθυμία να κρυφτεί κανείς ή να δραπετεύσει από την κατάσταση. Όλα αυτά αποτελούν σήματα κατωτερότητας, υποταγής και απόσυρσης. Αυτές οι συμπεριφορές είναι διακριτές από τις σχετικές με τη στενοχώρια, την αμηχανία και την ενοχή, σε αντίθεση με κάποιες άλλες συμπεριφορές ντροπής, όπως το αμήχανό χαμόγελο, που τις συναντούμε και στη εκδήλωση άλλων συναισθημάτων. Ένας γενικός περιορισμός αυτών των μελετών για τη συμπεριφορά ντροπής είναι το αν έχουν οι μελετητές διαπιστώσει με εργαλεία αυτο-αναφοράς κατά πόσο το κυρίαρχο συναίσθημα στη συνθήκη που ερευνάται - π.χ. στην περίπτωση αποτυχίας- είναι η ντροπή (Keltner & Harker, 1998).

Σχετικά με το χαρακτηριστικό και πολύ συνηθισμένο κοκκίνισμα που συνοδεύει το συναίσθημα της ντροπής αναφέρεται (Shweder, 2003) ότι μπορεί να είναι ελκυστικό επειδή, το να κοκκινίζει κάποιος στην έκθεση της προσωπικής του αποτυχίας ή απρέπειας, σημαίνει πως αποδέχεται και τιμά τις αρετές, τα υψηλά στάνταρ και τα ιδανικά που ήταν η αιτία της προσωπικής του ήττας. Ο Freud συνδέει την ντροπή (και το κοκκίνισμα) με τη σκέψη ή την επιθυμία μιας

απαγορευμένης απόλαυσης (Lewis, 2003). Ο Δαρβίνος δεν έκανε διάκριση μεταξύ της αμηχανίας και της ντροπής, αλλά επεσήμανε πως η περηφάνια, ο θαυμασμός, ακόμη και η απόρριψη, μπορούν να προκαλέσουν κοκκίνισμα (Lewis, 2003).

Καθώς η ντροπή σχετίζεται με τη συμπεριφορά υποταγής και κατευνασμού, αποτελεί μια – ακούσια- στρατηγική περιορισμού της βλάβης η οποία υιοθετείται όταν η αντίθετη συμπεριφορά μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιθέσεις ή απορρίψεις από τους άλλους (Gilbert & McGuire, 1998). Οι άνθρωποι μπορεί να συμπεριφέρονται με κάποιον τρόπο (π.χ. ως υποτελείς), αλλά να μην εσωτερικοποιούν αυτή την άποψη και μπορεί στην πραγματικότητα να βλέπουν τον εαυτό τους ότι είναι ανώτερος. Τότε, η υποτακτική συμπεριφορά είναι τακτική άμυνας και όχι μια προσωπική κρίση (Gilbert et al., 2003).

Λέγεται ότι η σχέση επίθεση - υποταγή, εκτός από το εξωτερικό περιβάλλον, μπορεί να διαδραματιστεί και εσωτερικά στο άτομο (Gilbert et al., 2001). Ο Gilbert και οι συνεργάτες του (2001), μελέτησαν τους μηχανισμούς που εμπλέκονται στην παραγωγή των επικριτικών σκέψεων σε καταθλιπτικά άτομα και των ακουστικών παραισθήσεων σε άτομα με σχιζοφρένεια. Αποδεικνύεται ότι τα άτομα με ψύχωση που έχουν ακουστικές παραισθήσεις και τα άτομα με κατάθλιψη που κριτικάρουν τον εαυτό τους, βιώνουν τις εχθρικές φωνές/σκέψεις τους ως παντοδύναμες, κυριαρχικές και ελεγκτικές. Αυτές οι φωνές/σκέψεις ενεργοποιούν άμυνες όπως η μάχη / φυγή. Στα άτομα με ακουστικές παραισθήσεις, όσο πιο ισχυρή ήταν η φωνή και πιο κατώτερο ένιωθε το άτομο σε σχέση με αυτή, τόσο πιο παγιδευμένο ένιωθε, και τόσο μεγαλύτερη ήταν η επιθυμία του να αποδράσει. Οι κακόβουλες φωνές τυπικά επισημαίνουν κοινωνικές παραβάσεις, ακυρώνουν τη σεξουαλική ελκυστικότητα και την προσωπική ικανότητα. Χαρακτηριστικά είναι μερικά από τα θέματα των επικριτικών σκέψεων των καταθλιπτικών. Αυτά ήταν η γενική ακύρωση (ότι δεν είναι άξιοι για τίποτα), ακύρωση του εαυτού σε ένα ρόλο (απόλυτη αποτυχία σαν πατέρα), σκέψεις πρόκλησης κακού στον εαυτό (θέλω να κάψω τον εαυτό μου). Οι περισσότερες σκέψεις ήταν ακυρωτικές και ντροπιαστικές.

Στους ανθρώπους, η απειλή που ενεργοποιεί στρατηγικές υποταγής και κατά συνέπεια οδηγεί σε κοινωνικό άγχος, δειλία, ντροπή και κατάθλιψη, σχετίζεται περισσότερο με την απώλεια της αποδοχής και της έγκρισης από τους άλλους (Gilbert, 2000), καθώς η αποδοχή και η έγκριση είναι τα μέσα για την επιλογή του κάθε ατόμου ως μέλος μιας ομάδας, ή μιας δυάδας, δηλαδή για τη δημιουργία σχέσεων.

Ο θυμός και η επιθετικότητα μπορούν να προκύψουν από τη ματαιώση, την αρνητική αξιολόγηση, την αίσθηση κάποιου ότι τον έχουν κοροϊδέψει, αδικήσει,

απογοητεύσει κτλ. 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. Είναι πιθανό τα συναισθήματα αυτά που συνδέονται με την ντροπή να επηρεάζουν το συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό σύστημα με διαφορετικούς τρόπους που είναι δύσκολο να ξεμπερδευτούν (Gilbert, 1998).

Είναι σημαντικό να διαχωρίζουμε 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 δυσαρέσκεια που προκαλεί το συναίσθημα της ντροπής, μπορεί να κυμαίνεται από έντονο φυσικό πόνο ως ελάχιστα παρατηρήσιμη. Ο επαρκής πόνος οδηγεί σε θυμό που απευθύνεται ή προς τρίτους ή προς τον εαυτό (Thomas, 1995). Εάν η δυσαρέσκεια είναι πολύ έντονη, η αντίδραση της ντροπής μπορεί να περιλαμβάνει σφίξιμο του λαιμού, ναυτία, στομαχόπονο και άλλα (Thomas, 1995). 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).

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 άδικα 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).

Γενικότερα, ένα άτομο που βιώνει ντροπή, μπορεί να αντιδράσει με δυο τρόπους: να αποσυρθεί και να κρύψει τον «απαίσιο εαυτό του» από τους άλλους, ή να ρίξει την κατηγορία προς τους άλλους. Η πρώτη αντίδραση δε γλιτώνει το άτομο από τον «επιβαρυντικό εαυτό του». Στη δεύτερη περίπτωση προστατεύει τον εαυτό του, και αυτός ο τρόπος ίσως είναι πιο αποτελεσματικός (Tangney & Dearing, 2002).

Το στυλ αποδόσεων του κάθε ατόμου, που αφορά τους παράγοντες στους οποίους το άτομο αποδίδει την επιτυχία ή την αποτυχία του και γενικά τα θετικά και τα αρνητικά γεγονότα της ζωής του, επηρεάζει την αντίληψή του για τον εαυτό και τον κόσμο. Μεταξύ των ανθρώπων, σαφώς υπάρχουν διαφορές στο στυλ αποδόσεων, οι οποίες σχετίζονται με τις εμπειρίες κάθε ατόμου, τις μαθημένες συμπεριφορές, αλλά και με παράγοντες όπως είναι το φύλο. Όπως αναφέρει και ο Lewis (2003), είναι πολλοί οι παράγοντες που εμπλέκονται στην παραγωγή ανακριβών ή μοναδικών εκτιμήσεων για την επιτυχία και την αποτυχία, όπως οι πρώιμες αποτυχίες στο σύστημα του εαυτού που οδηγούν σε ναρκισσιστικές διαταραχές, δύσκολες εμπειρίες κοινωνικοποίησης, και υψηλά επίπεδα αμοιβής σε περίπτωση επιτυχίας, ή υψηλά επίπεδα τιμωρίας για την αποτυχία. Τόσο στην αρνητική όσο και στη θετική αξιολόγηση της πράξης κάποιου, η συνέπεια της αξιολόγησης είναι η συναισθηματική εκφόρτιση.

Για παράδειγμα, η Dweck και η Leggett (1988) μελέτησαν τις αποδόσεις που έκαναν κορίτσια και αγόρια, σχετικά με την αποτυχία και την επιτυχία τους στα πλαίσια της εκπαίδευσής τους. Ερεύνησαν τις διαφορετικές επιδράσεις που έχει στη διαμόρφωση των στόχων του ατόμου, το στυλ αποδόσεων που αυτό υιοθετεί. Ο Lewis (2003) αναφέρει μια διαφορά φύλων στην ακαδημαϊκή επιτυχία, για την οποία φαίνεται πως τα αγόρια τείνουν περισσότερο να θεωρούν υπεύθυνο τον εαυτό τους, ενώ ταυτόχρονα τείνουν να κατηγορούν τους άλλους σε περίπτωση αποτυχίας. Αντίθετα, τα κορίτσια τείνουν να αποδίδουν την επιτυχία τους σε άλλους και να κατηγορούν τον εαυτό τους για την αποτυχία (Lewis, 2003).

Οι σφαιρικές και οι συγκεκριμένες - ειδικές αποδόσεις χρησιμοποιούνται για να προσδιορίσουν την τάση των ατόμων να κάνουν εκτιμήσεις για τον εαυτό. Οι σφαιρικές αποδόσεις αναφέρονται στην τάση των ατόμων να επικεντρώνονται στον εαυτό στο σύνολό του. Η ντροπή είναι συνέπεια της αξιολόγησης μιας αποτυχίας, όταν το άτομο κάνει σφαιρική αξιολόγηση του εαυτού (Lewis, 2003). Η ενοχή είναι επίσης συνέπεια μιας αποτυχίας, με τη διαφορά ότι εδώ το επίκεντρο είναι η πράξη του εαυτού και όχι ο εαυτός στο σύνολό του. Αντίστοιχα, όταν αξιολογείται μια επιτυχία, η σφαιρική απόδοση οδηγεί στην αλαζονεία, ενώ η ειδική απόδοση στην περηφάνια. Η αλαζονεία θεωρείται η εναρμόνιση της ντροπής (Lewis, 2003).

Στις περιπτώσεις ντροπής η επικέντρωση γίνεται πάνω στον εαυτό, και σαν υποκείμενο και σαν αντικείμενο. Δεν υπάρχει διέξοδος. Η επικέντρωση δεν είναι πάνω στη συμπεριφορά του υποκειμένου, αλλά στον εαυτό σαν σύνολο. Με την επικέντρωση προς τα μέσα, ένα τέτοιο άτομο αδυνατεί να δράσει, και οδηγείται από τη δράση στο να κρύβεται ή να εξαφανίζεται (Lewis, 2003).

Ο Lewis συνοψίζει τρεις άξονες που προσδιορίζουν το συναίσθημα της ντροπής, και τα αυτο-συνείδητα συναισθήματα στο σύνολό τους. Αυτοί, λέει, είναι 1) τα σταθμά, οι κανόνες, και οι στόχοι, 2) η ακόλουθη εκτίμηση της επιτυχίας ή της αποτυχίας της πράξης του ατόμου, και 3) η απόδοση του εαυτού. Οι ενεργοποιητές των αυτο-συνείδητων συναισθημάτων έχουν γνωστική φύση (Lewis, 2003).

Οι Lewis, Alessandri, και Sullivan (1992) μελέτησαν την αντιμετώπιση της επιτυχίας και της αποτυχίας στα τρίχρονα παιδιά. Βρήκαν ότι τα παιδιά εμφάνιζαν περισσότερη ντροπή όταν αποτύχαιναν σε μια εύκολη εργασία, και έδειχναν περισσότερη περηφάνια όταν πετύχαιναν σε μια δύσκολη εργασία. Όλα αυτά δείχνουν πως τα παιδιά στην ηλικία των τριών ετών, διαθέτουν τις απαραίτητες γνωστικές ικανότητες που βρίσκονται πίσω από τα αυτοσυνείδητα συναισθήματα. Το πιο ενδιαφέρον είναι ότι, από την ηλικία των τριών ετών, παρατηρούνται διαφορές μεταξύ των φύλων, με τα κορίτσια να εμφανίζουν περισσότερη ντροπή όταν αποτυχαίνουν από ότι τα αγόρια. Συγκεκριμένα, τα κορίτσια δείχνουν περισσότερη ντροπή όταν αποτυχαίνουν σε ένα δύσκολο έργο σε σχέση με τα αγόρια. Δεν παρατηρούνται διαφορές φύλου στην περίπτωση αποτυχίας σε κάτι εύκολο. Αυτές οι διαφορές διατηρούνται και ως τα 8 χρόνια (Lewis, 2003).

Ο Lewis (2003) (παραπέμποντάς μας σε δική του παλαιότερη μελέτη, του 1995) ισχυρίζεται πως, υπάρχουν λόγοι να πιστεύουμε ότι οι διαφορές μεταξύ φύλων εκτείνονται ως την ενήλικη ζωή, με τις γυναίκες να δείχνουν περισσότερη ντροπή από τους άνδρες. Άλλες διαφορές μεταξύ ατόμων σχετίζονται με το

ιστορικό κακοποίησης, και έτσι βλέπουμε πως τα κακοποιημένα παιδιά εμφανίζουν περισσότερη ντροπή (Lewis, 2003).

Η κοινωνική διάσταση της ντροπής

Το συναίσθημα της ντροπής πιθανά το συναντούμε παντού στον κόσμο, τουλάχιστον μεταξύ των «φυσιολογικών» μελών των διάφορων κοινωνικών ομάδων. Το συμπέρασμα πως «η ντροπή είναι ντροπή όπου και αν πάει κανείς» θα ήταν απογοητευτικό για έναν ανθρωπολόγο ή έναν κοινωνικό ψυχολόγο (Shweder, 2003). 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.

Τα κοινωνικά ιδανικά Εγώ, που μοιράζονται όλα τα μέλη μιας κοινωνίας και αξιολογούνται ως σημαντικά, καθώς και οι αντιλήψεις για έναν καλά ανεπτυγμένο εαυτό, ποικίλουν από τόπο σε τόπο και από χρόνο σε χρόνο. Κατά συνέπεια, η ουσία και το νόημα της ντροπής αναμένεται πως ποικίλουν επίσης αλλά όχι με αμέτρητους τρόπους. Έτσι, με τους διαφορετικούς όρους που χρησιμοποιούνται από πολιτισμό σε πολιτισμό για την ντροπή, δεν εννοείται πάντα το ίδιο πράγμα, απλά με άλλη λέξη. Διαφέρει και το περιεχόμενο της έννοιας, καθώς σχηματίζεται μέσα από τον πολιτισμό και την ιστορία, δημιουργώντας μια ξεχωριστή νοητική κατάσταση κάθε φορά (Shweder, 2003).

Τα ηθικά αγαθά (όπως είναι η δικαιοσύνη, η αφοσίωση, η ελευθερία) σχετίζονται με πολιτισμικά εκτιμημένες πλευρές του εαυτού, και δεν ποικίλουν τυχαία από πολιτισμό σε πολιτισμό, αλλά, αντίθετα, τείνουν να συγκλίνουν σε τρεις ηθικές αρχές, γνωστές ως τις αρχές της αυτονομίας, της κοινότητας, και της θεότητας (Shweder, 2003). Οι πολιτισμοί στηρίζονται σε αυτές τις τρεις αρχές σε διάφορους βαθμούς. Το σχετικό βάρος της κάθε αρχής στα πλαίσια κάθε κουλτούρας, επηρεάζει την εμπειρία και την έκφραση του συναισθήματος, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο αποδίδεται νόημα στο κάθε συναίσθημα (Shweder, 2003).

Η ντροπή έχει τη δύναμη να κατασκευάζει κοινωνικές αξίες και συμπεριφορές, κάτι που μπορεί να γίνει κατανοητό μέσα από τον τρόπο με τον οποίο η ντροπή επηρεάζει τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Για παράδειγμα, το διαζύγιο είναι ευκολότερο στη Δύση σήμερα σε σχέση με 50 χρόνια πριν, προκαλεί λιγότερη

ντροπή, και αναμένεται όλο και περισσότερο από τους άνδρες δια νόμου να φροντίζουν ποικιλοτρόπως για το παιδί τους (Gilbert, 2003). Ένα άλλο παράδειγμα αφορά στην ατομική υγιεινή. Κατά το μεγαλύτερο μέρος της εξέλιξής μας, δε μας απασχολούσε η οσμή του σώματος. Όμως, τον τελευταίο αιώνα, μετά την εργοστασιακή παραγωγή του σαπουνιού, στη Δύση επικράτησε έντονο ενδιαφέρον για την υγιεινή και την οσμή. Αυτή η τάση χαρακτηρίζεται από την άποψη πως «η καθαριότητα είναι μισή αρχοντιά». Η μυρωδιά του σώματος, λοιπόν, σταδιακά μετατράπηκε σε πηγή ντροπής (Gilbert, 2003).

Ένα άλλο παράδειγμα προέρχεται από την κινεζική παράδοση. Για χιλιάδες χρόνια στη Κίνα υπήρχε το έθιμο του δεσίματος των ποδιών των νεαρών κοριτσιών, μέχρι το σημείο όπου έσπαζαν τα κόκαλά τους και το πόδι τους διατηρούνταν μικρό, όπως ήταν επιθυμητό, για λόγους σεξουαλικότητας, ελέγχου και πιστοποίησης της κοινωνικής θέσης των γυναικών. Όταν το έθιμο, που καταδίκασε τις γυναίκες σε μια ζωή γεμάτη πόνο, κηρύχθηκε παράνομο, οι ίδιες γυναίκες- που πριν κάποια χρόνια θεωρούνταν ενάρετες και επιθυμητές- στιγματίστηκαν ως κοινωνικά παράσιτα. Όπως επισημαίνει ο Gilbert (2003), όλα αυτά αφορούν μια κοινωνική διαδικασία που ορίζει ένα σύστημα αξιών, και δεν πηγάζει από καμιά γενετική ή έμφυτη πηγή.

Μερικές κουλτούρες είναι πιο πιθανό να εντυπώνουν την ντροπή, οπότε στα πλαίσιά τους συναντούμε περισσότερες διαταραχές που σχετίζονται με την ντροπή. Η ντροπή αποτελεί ένα ισχυρό μέσο κοινωνικού ελέγχου, ακόμα και στις κοινωνίες που θεωρούνται ατομικιστικές όπου υποτίθεται πως επικρατεί η ενοχή (Tantam, 1998).

Στις κοινωνίες όπου δεν υπάρχει καλή νομοθεσία, η φήμη είναι αυτό που καλείται ο καθένας να διαφυλάξει, συνήθως με τη χρήση βίας. Ο αρχές της τιμής και της ντροπής ορίζουν τις πράξεις ηρωισμού, αλλά και ωμής βίας ακόμη και για «ασήμαντα» πράγματα (Cohen et al., 1998).

Οι Kurzban & Leary (2001) προτείνουν πως η ντροπή, ο στιγματισμός και ο αποκλεισμός αποτελούν μέρος της διαδικασίας με την οποία μια ομάδα ατόμων αποφασίζουν με ποιον θα σχετιστούν και θα συνεργαστούν και ποιον θα απορρίψουν και θα αποφύγουν. Υποστηρίζουν ότι, οι τομείς όπου αποφασίζεται κυρίως η απόρριψη, είναι αυτοί που είναι πιο σημαντικοί για την εξέλιξη και θεωρούνται απειλές για την κοινωνική ισορροπία. Έτσι, ο στιγματισμός συνδέεται στενά με τα σημάδια ασθένειας, φυσικής δυσμορφίας, και της φτώχειας.

Οι κοινωνίες διαφέρουν ως προς το τι θεωρούν πως αποτελεί στίγμα, καθώς αυτό εξαρτάται από το τι θεωρείται απειλή για την κοινωνική τάξη. Τέτοιου είδους διαφορές μπορούμε να εντοπίσουμε και στα πλαίσια μικρότερων ομάδων εντός μιας κοινωνίας. Για παράδειγμα, σε θρησκευτικές ομάδες μπορεί να στιγματιστεί

κανείς επειδή παραβιάζει θρησκευτικούς νόμους, σε μερικές ανδροκρατούμενες ομάδες μπορεί να στιγματιστεί εάν εκδηλώσει φόβο κτλ. Όλα αυτά αφορούν τις αξίες που κάθε ομάδα επιθυμεί να διαφυλάξει (Gilbert, 2003).

Η ιδέα της ευθύνης είναι κεντρική στο στίγμα και την ντροπή. Ο στιγματισμός είναι ο πιο ισχυρός απελευθερωτής της ντροπής και της ενοχής, επειδή απαιτεί μια διαπραγμάτευση ανάμεσα στον εαυτό και τις αποδόσεις κάποιου, και μεταξύ του εαυτού και των αποδόσεων των άλλων (Lewis, 1998). Το στίγμα προκύπτει από μια παρέκκλιση από τα σταθμά της κοινωνίας όπου ζει το άτομο. Αυτή αφορά τα χαρακτηριστικά του ατόμου (στην εμφάνισή του ή στη συμπεριφορά του) που δεν είναι σύμφωνα με τα αποδεκτά σταθμά. Ο βαθμός στον οποίο τα στιγματισμένα άτομα μπορούν να κατηγορούν τον εαυτό τους ή κατηγορούνται από τους άλλους, αντανakλά το βαθμό της ντροπής τους (Lewis, 1998).

Κατ' επέκταση, στη σημερινή εποχή της δύναμης, της τεχνολογικής και της ιατρικής προόδου, ποια είναι η θέση της ασθένειας και του πόνου; Μήπως, όσοι πονούν και ασθενούν, φέρουν το στίγμα του ανίσχυρου, αδύναμου ατόμου; Ίσως, όσο πιο ισχυρός υπήρξε - ή θεωρούνταν - κανείς, τόσο πιο πολύ να στιγματίζεται από την αρρώστια ή από τον πόνο, καθώς τότε έρχεται σε εντονότερη αντίθεση με τις αξίες του και με τις αξίες ολόκληρης της ομάδας όπου εντάσσεται κοινωνικά.

Ακριβώς επειδή οι κοινωνικές ομάδες και οι σχέσεις των ανθρώπων μπορεί να διαφέρουν στον καθορισμό των κοινωνικών ρόλων, προσδιορίζοντας το τι είναι άξιο, αποδεκτό, και τι ντροπή σε έναν ρόλο, αυτές οι ικανότητες υψηλότερου επιπέδου είναι προεξέχουσες στο βίωμα της ντροπής (Gilbert, 2003). Μαθαίνουμε τι μπορεί να φέρει τις αποτυχίες στα μάτια του άλλου και πώς να το αποφύγουμε. Αυτό μπορεί να μας κάνει αποτελεσματικούς, αλλά μπορεί και να μας οδηγήσει στο να νιώσουμε παγιδευμένοι στην ίδια μας τη συμπεριφορά και πως βρισκόμαστε διαρκώς υπό τη λεπτομερή εξέταση των άλλων (Gilbert, 2003).

Κάποια παραδείγματα δείχνουν πως σήμερα έχουμε κυριολεκτικά χάσει τη γλώσσα για την ντροπή από το λεξιλόγιό μας. Ο Cohen (2003) προτείνει πως, ένας τρόπος να το πιστοποιήσουμε αυτό, είναι να συγκρίνουμε την παρουσία της ντροπής σε διάφορα κείμενα μέσα στο χρόνο (π.χ. η Βίβλος, λεξικά κτλ.). Ακόμη πιο εντυπωσιακό στοιχείο αποτελεί ο τρόπος με τον οποίο οι λέξεις για την ενοχή γίνονται όλο και πιο κυρίαρχες σε σχέση με αυτές για την ντροπή. Από μια σκοπιά, η γλώσσα για την ντροπή γενικότερα έχει παραγκωνισθεί από τη γλώσσα για την ατομικότητα. Σε καθημερινές συζητήσεις οι άνθρωποι συνήθως αποφεύγουμε τον όρο «ντροπή». Αντίθετα, χρησιμοποιούμε περισσότερο τον όρο «ενοχή», όταν θέλουμε να πούμε ότι νιώσαμε ντροπή, ενοχή ή ένα συνδυασμό των δύο (Tangney & Dearing, 2002). Για να δώσουμε ένα ακόμη παράδειγμα, στο λεξιλόγιο των

νομικών και πάλι περιθωριοποιείται η γλώσσα για την ντροπή και την τιμή (Cohen, 2003).

Γενικά, η σύγχρονη αντίληψη για την ντροπή γίνεται εμφανής μέσα από εκφράσεις όπως «είναι ντροπή που...», τις οποίες χρησιμοποιούμε για πούμε «είναι κακό που...» ή «είναι άξιο για μετάνοια που...». Σήμερα επικρατεί η άποψη ότι «είναι ντροπή που υπάρχει η ντροπή» (Hollander, 2003).

Ο Δαρβίνος έκανε ένα διαχωρισμό μεταξύ των πολιτισμών ντροπής και των πολιτισμών συνείδησης. Η Ruth Benedict διαχώρισε τους πολιτισμούς ντροπής από τους πολιτισμούς ενοχής (Gilligan, 2003). Για παράδειγμα, η Ιαπωνία θεωρείται γνήσιο μοντέλο πολιτισμού ντροπής. Και οι ίδιοι οι Ιάπωνες παραδοσιακά αναφέρονται στον εαυτό τους σαν ένα «έθνος πολεμιστών». Η καταφυγή στην αυτοκτονία, όταν δεν υπήρχε κανένα άλλο μέσο για την αποφυγή ή την απόδραση από μια κατάσταση αναπόφευκτης ντροπής, αποτελούσε μια ευρέως αναγνωρισμένη μέθοδος καταπράυνσης της ντροπής (Gilligan, 2003).

Σε επίπεδο ολόκληρων κοινωνιών και ιστορικών γεγονότων, στην κλιμάκωση του πολέμου του Βιετνάμ, για παράδειγμα, το «να μη θιχτεί η υπόληψη κάποιου» έγινε μια κυρίαρχη ανησυχία. Στα πλαίσια των διεθνών σχέσεων είναι ξεκάθαρο ότι, πολλές χώρες ή ομάδες (για παράδειγμα στη Μέση Ανατολή) είναι πρόθυμες να παλέψουν στο όνομα της τιμής και της αποφυγής της ντροπής (Cohen, 2003).

Ο Cohen (2003) κάνει ορισμένες συγκρίσεις ανάμεσα σε σύγχρονους πολιτισμούς σχετικά με το συναίσθημα της ντροπής, ενώ παράλληλα διευκρινίζει πως είναι δύσκολο να χαρακτηρίσουμε μια ολόκληρη κουλτούρα ως κουλτούρα ντροπής ή μη-ντροπής, εξαιτίας των προφανών ερωτήσεων «Συγκριτικά με ποιον;» και «Σε ποια διάσταση;» (Cohen, 2003).

Αρχικά μας διευκρινίζει ότι, προκειμένου να κατανοήσουμε την έννοια της ντροπής, είναι απαραίτητο να καταλάβουμε δυο άλλες ιδέες, την τιμή και την αυτοεκτίμηση. Η τιμή και η ντροπή είναι αντίθετες στην ουσία τους. Σε μια «κοινωνία τιμής», λέει, το κύρος και η προτεραιότητα κάποιου θα πρέπει να διαφυλάσσονται απέναντι σε προσβολές και απειλές από άλλους. Η αποτυχία κάποιου να απαντήσει σε αυτές τις απειλές οδηγεί σε ντροπή. Ακόμη και τα θεωρούμενα ως μηδαμινά συμβάντα, δεν είναι ποτέ μηδαμινά εάν υπονοούν κάτι για την ιεραρχία και για το ποιος μπορεί να κάνει τι σε ποιον.

Ένα ζήτημα που σχετίζεται με την ντροπή, είναι το ποια κριτήρια χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να αξιολογήσουν τον εαυτό τους. Φαίνεται πως οι Αμερικάνοι, π.χ., πιο έντονα από τους Ιάπωνες προσπαθούν να «φτιάξουν» την αλήθεια προκειμένου να νιώθουν καλά για τον εαυτό τους. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι, στην Ιαπωνία, υπάρχει ένας υψηλός βαθμός συμφωνίας για το τι είναι καλό και κατάλληλο. Οι Αμερικάνοι - και μάλλον οι περισσότεροι

δυτικοί λαοί - είναι σχετικά ελεύθεροι να διαλέξουν τις ομάδες αναφοράς τους και, φυσικά συνήθως διαλέγουν ομάδες αναφοράς που τους επιβεβαιώνουν και σπάνια αυτούς που τους ντροπιάζουν ή αυτούς μπροστά στους οποίους νιώθουν ντροπή (Cohen, 2003). Οι Αμερικάνοι έχουν αρκετή ελευθερία ώστε να αγνοούν τι πιστεύουν οι άλλοι και να διαλέγουν το δικό τους ακροατήριο. Η ντροπή έχει γίνει λιγότερο προεξέχουσα σε εμάς σήμερα, διότι τη θέση της έχουν πάρει οι αυτο-αξιολογήσεις μας (Cohen, 2003).

Το ερώτημα παραμένει: για ποιο πράγμα θα πρέπει να ντρέπεται κάποιος και μπροστά σε ποιον; Στο σύγχρονο κόσμο η ντροπή είναι κάτι που αφήσαμε πίσω και που άλλοι πολιτισμοί θα αφήσουν πίσω όταν θα εκμοντερνιστούν και θα γίνουν σαν εμάς (Cohen, 2003). Η «αρχική ντροπή» και η «αρχική τιμή» σαν αιτίες της βίας, βρίσκονται επίσης απλά στο φόντο στον σύγχρονο πολιτισμό, καθώς ανήκουν σε ένα παράλογο σύνολο πεποιθήσεων που είναι δύσκολο να το υπερασπιστεί κανείς. Η άσκηση βίας προς υπεράσπιση της τιμής φτάνει πέρα από την υπεράσπιση του εαυτού με την αυστηρότερη έννοια, και απαιτεί από ένα άτομο να είναι σε επιφυλακή απέναντι σε μια ευρεία ποικιλία προσβολών που απειλούν τη φήμη (Cohen, 2003).

Σαν τελικό συμπέρασμα μπορούμε να αναφέρουμε μια επισήμανση που κάνει ο Cohen, σχετικά με την ανατροφή των παιδιών στην Κίνα και στην Αμερική. Τον τρόπο μιας μητέρας στην Κίνα να μην αναθρέψει ένα παιδί χωρίς ντροπή και η συχνή χρήση από τη μεριά της της ντροπής, δεν τον μοιράζεται εξίσου μια αμερικανίδα μητέρα, η οποία προσπαθεί να εγείρει την αυτο-εκτίμηση και την ασφάλεια του παιδιού (Cohen, 2003). Τα παιδιά στη μία και στην άλλη περίπτωση, γίνεται κατανοητό πως αναθρέφονται με εντελώς διαφορετική στάση απέναντι στην αξία της ντροπής. Έτσι, διαφέρουν και τα κριτήρια με τα οποία θα αξιολογηθούν από τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας όπου θα ζήσουν, και οι συνθήκες που θα εγείρουν την ντροπή στη μία και στην άλλη περίπτωση.

Κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες μπορεί να είναι δύσκολο ή αδύνατο για ένα άτομο να ζήσει σύμφωνα με τις δικές του δυνατότητες, να αποφύγει να αποτύχει στους στόχους που έχει θέσει και στις επιθυμίες του. Οι προσπάθειές του να ικανοποιήσει επιβεβλημένα δυσπροσαρμοστικά πρότυπα, ίσως αποδειχθούν αναποτελεσματικές, και οι δικοί του στόχοι ίσως να είναι κάποιες φορές άπιαστοι (Shapiro, 2003). Υπό τέτοιου είδους συνθήκες, ο αυτοσεβασμός του ατόμου θα πληγωθεί και το άτομο θα νιώσει ντροπή. Αυτό συμβαίνει στα άτομα στη διάρκεια της φυσιολογικής εφηβείας, σε διάφορους τύπους ψυχοπαθολογίας, καθώς και σε άτομα που έχουν υποστεί βία (Shapiro, 2003).

Σε κάθε περίπτωση, 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). Εδώ αξίζει, για λόγους διάκρισης, να αναφέρουμε ότι, στην περίπτωση της αυτο-εκτίμησης, ο εαυτός είναι, και αυτός που εκτιμάται, και αυτός που κάνει την αξιολόγηση. Οι «άλλοι» δεν εμπλέκονται (Cohen, 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).

Ένα ζήτημα που αναδύεται είναι το ποιους και πόσους ανθρώπους έχει κανείς σαν σημείο αναφοράς και σαν κριτές της συμπεριφοράς του και του εαυτού του. Εάν κάποιος ενδιαφέρεται για τη γνώμη πολλών και διαφορετικών ομάδων ατόμων, σε ποιο σημείο, τελικά, μπορεί να νιώθει ελεύθερος; Είναι αναγκαίο το άτομο να ιεραρχήσει τους «σημαντικούς άλλους» της ζωής του, καθώς και να τους περιορίσει, προκειμένου να ζει σε συνθήκες ελευθερίας. Όσο πιο αντίθετες μεταξύ τους είναι οι απόψεις όσων τον ενδιαφέρουν, τόσο πιο δύσκολο θα του είναι να διατηρήσει την υπόληψή του και να ζει «ηθικά», σύμφωνα με τα κριτήρια που οι άλλοι του θέτουν.

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).

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 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 περίγελο. 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, 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 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).

Μια άλλη διάσταση της κοινωνικής φύσης της ντροπής αφορά τη σχέση της με την αντιλαμβανόμενη κοινωνική θέση του ατόμου. Μερικοί άνθρωποι αγωνίζονται για τις πιο υψηλές βαθμίδες που μπορούν, αλλά για άλλους κάτι τέτοιο μπορεί να ενέχει κινδύνους- για παράδειγμα, απαιτεί πολύ χρόνο και αποσπά την ενέργεια μακριά από άλλους ρόλους ή δραστηριότητες (όπως η φροντίδα των παιδιών ή η διασκέδαση της ζωής), ή δημιουργεί το ρίσκο της αποξένωσης από πιθανούς φίλους (Gilbert, 2003).

Οι άνθρωποι προσπαθούμε να δημιουργήσουμε πλεονεκτικούς ρόλους, προσπαθώντας να εγείρουμε θετικά συναισθήματα στους άλλους για τον εαυτό μας (π.χ. να μας εγκρίνουν και να μας διαλέξουν ως φίλους, ως ερωτικούς συντρόφους, ως συνεργάτες κτλ). Η ντροπή αποτελεί ένα κοινό προειδοποιητικό σήμα ότι κάποιος δεν τα καταφέρνει, δηλαδή, είτε δεν κινητοποιεί αρκετά θετικά αισθήματα στο μυαλό των άλλων ώστε να τον διαλέξουν, είτε ενεργοποιεί αρνητικά αισθήματα στο μυαλό τους (θυμό, απέχθεια, περιφρόνηση) (Gilbert, 2003).

Ο Gilbert (2003) μας παραπέμπει σε μελέτη του (του 1992) όπου συζητά για το ότι οι άνθρωποι, μπορούμε να νιώσουμε ντροπή απλά και μόνο επειδή είμαστε κοντά σε άλλα άτομα που φαίνονται ανώτερα, και συγκρίνουμε κοινωνικά τον εαυτό μας μαζί τους. Μόνο και το να είμαστε γύρω τους, μπορεί να μας κάνει να νιώσουμε πως εισβάλλουν στη δική μας αντίληψη του εαυτού, μέσω της

ωραιότερης εμφάνισής τους, της περισσότερης αυτοπεποίθησής τους, ή λόγω του ότι λαμβάνουν περισσότερη προσοχή από εμάς. Αυτού του είδους η ντροπή μπορεί να σχετίζεται με το φθόνο.

Η κατηγορία προς τον εαυτό μπορεί να αυξάνεται σε καταστάσεις όπου αυτός που ασκεί κριτική θεωρείται ανώτερος, ή όπου το άτομο εξαρτάται κάπως από αυτόν (Gilbert & Miles, 2000). Γενικά στις ανθρώπινες σχέσεις είναι πιο δυνατό να ντροπιάσει ο ανώτερος τον κατώτερο, παρά το αντίστροφο (Gilbert & McGuire, 1998).

Οι θετικές σχέσεις - το να αγαπιέται κανείς, να τον εγκρίνουν και να τον αποδέχονται - έχουν ισχυρές δυνάμεις φυσιολογικής ρύθμισης (Cacioppo et al., 2000). Το να διαθέτει κανείς αίσθηση για την ελκυστικότητά του στους άλλους, ή να εκτιμά την ικανότητά του να διεγείρει θετικά συναισθήματα στους άλλους, απαιτεί να ελέγχει κανείς και να παρακολουθεί, όχι μόνο το πώς αντιδρούν οι άλλοι στον εαυτό, αλλά και ποιο είναι το τρέχον υποστηρικτικό σύστημα ή οι σύμμαχοί του, καθώς και τις ιδιότητες τις οποίες μια ομάδα αξιολογεί ως θετικές και ελκυστικές (Gilbert, 2003).

Η συμπεριφορά ή μια συνήθεια αφ' εαυτής, δεν οδηγεί απαραίτητα σε κακή προσωπική κριτική, και δεν αναχαιτίζει πάντα μια αρνητική πράξη. Ένα άτομο μπορεί να εκδηλώνει (κοινωνικά ορισμένη) παρεκκλίνουσα σεξουαλική δραστηριότητα, να κάνει χρήση ναρκωτικών, να έχει δυσμορφίες, να κάνει φορολογικές απάτες, και να γνωρίζει πως, αν τον πιάσουν, θα ντραπεί. Παρόλα αυτά, μπορεί να μη νιώθει πως αυτό τον καθιστά κακό σαν προσωπικότητα, και μπορεί να διαθέτει διάφορες δικαιολογίες για τη συμπεριφορά του (Gilbert, 2003).

Γενικά, ο φόβος της ντροπής και του ρεζίλεματος μπορεί να είναι τόσο δυνατός που οι άνθρωποι θα ρίσκαραν να πάθουν σοβαρή σωματική βλάβη, ακόμη και θάνατο, για να τα αποφύγουν (Heller, 2003). Ένας λόγος είναι γιατί, η ντροπή μπορεί να προκαλέσει σοβαρή πληγή στην κοινωνική αποδοχή και σε μια ποικιλία κοινωνικών σχέσεων. Το άγχος της σκηνής (stage fright) είναι μια εκδήλωση του φόβου της ντροπής (Heller, 2003).

Ντροπή και Ενοχή

Η ντροπή, η ενοχή, η αμηχανία και ο εξευτελισμός τοποθετούνται, χονδρικά, στην ίδια ομάδα συναισθηματικών καταστάσεων. Οι διαφορές τους δεν αφορούν μόνο το βαθμό έντασής τους. Η ντροπή διαχωρίζεται από τα υπόλοιπα διότι περιλαμβάνει την αίσθηση ότι οι ελλείψεις κάποιου (ειδικά οι ηθικές) ήδη αντιμετωπίζονται, ή πρόκειται να αντιμετωπισθούν, από τους άλλους με περιφρόνηση (Cohen, 2003). Η ντροπή διακινείται και στην περίπτωση ελλείψεων σε βασικές ανθρώπινες αρμοδιότητες. Στην ενοχή είμαστε εμείς ο κριτής του εαυτού μας, ο ένορκος και ο δήμιος για τις ηθικές μας ελλείψεις (Cohen, 2003).

Η ντροπή, λοιπόν, συμπεριλαμβάνει την επίπονη λεπτομερή εξέταση του εαυτού και συναισθήματα αναξιότητας και έλλειψης δύναμης (Tangney, 1990). Στα πλαίσια της ψυχοθεραπείας το συναισθημα της ντροπής είναι πιθανό να αντιμετωπισθεί ως μη- υγιής χαμηλή αυτοεκτίμηση, ή σα μια παράλογη αίσθηση ενοχής που καθοδηγείται από μια υποβόσκουσα κατάθλιψη ή κάποια άλλη διαταραχή, πιθανά και βιολογικής βάσης (Cohen, 2003).

Η ενοχή δεν περιγράφεται συνήθως σα φόβος για το τι σκέφτονται οι άλλοι ή σαν αυτο-απαξίωση, κάτι που αποτελεί χαρακτηριστικό της ντροπής και του κοινωνικού άγχους (Gilbert, 2000). Επικεντρώνεται τυπικά στο κακό που κάνει κανείς στους άλλους και, υπάρχουν πλέον αρκετά στοιχεία, ότι κινητοποιεί συμπεριφορές φροντίδας και αποζημίωσης προς τους άλλους, παρά στρατηγικές περιορισμού της βλάβης, όπως το κρύψιμο, η υποταγή, η απόκρυψη ή η επίθεση (Baumeister et al., 1994). Γενικά φαίνεται πως είναι λιγότερο παθογενετική από την ντροπή (Tangney et al, 1992).

Η περιγραφή του Δαρβίνου για την ντροπή και την ενοχή υποδεικνύει ότι τις αντιμετώπισε ξεχωριστά τη μία από την άλλη, μέσω των γεγονότων που τις προκαλούν, παρόλο που δεν μπορούσε να εντοπίσει τις συγκεκριμένες συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν τη διαφορά μεταξύ τους. Είδε την ενοχή σαν μετάνοια για κάποιο λάθος που έχει γίνει. Η σχέση ενός ατόμου με τους άλλους, μπορεί στη συνέχεια να μετατρέψει την ενοχή σε ντροπή (ντροπή στα πλαίσια μιας σχέσης). Οι απόψεις των άλλων για την εμφάνισή μας, ειδικά την εμφάνιση του προσώπου μας ή τη διαγωγή μας, είναι αυτές που προκαλούν την ντροπή, σύμφωνα με το Δαρβίνο (Lewis, 2003).

Η Helen Block Lewis είναι από τις σημαντικότερες θεωρητικούς που περιέγραψαν τη φαινομενολογία της ντροπής και διαφοροποίησαν την ντροπή από

την ενοχή. Όπως αναφέρουν ο Goss και οι συνεργάτες του (1994), υποστήριξε ότι η ντροπή εμπεριέχει μια έννοια λεπτομερούς εξέτασης και αρνητικής αξιολόγησης από πιο ισχυρά τρίτα πρόσωπα. Αυτό οδηγεί σε συναισθήματα κατωτερότητας, αβοηθησίας, θυμού και νευρικότητας. Στην ντροπή νιώθω άσχημα για τον εαυτό μου, ενώ στην ενοχή νιώθω άσχημα για μια συγκεκριμένη συμπεριφορά (Dearing et al., 2005).

Ο Gilligan (2003) εξηγεί τις διαφορές της ντροπής και της ενοχής από εξελικτική σκοπιά. Μας λέει πως, η ανάπτυξη της ικανότητας να βιώσουμε την ντροπή προηγείται αυτής του βιώματος της ενοχής. Η ντροπή αποκρίνεται σε μια πιο πρώιμη και αρχέγονη φάση κάθε σταδίου της ψυχικής εξέλιξης από ότι η ενοχή. Σε κάθε στάδιο της εξέλιξης, το πρώτο καθήκον είναι η απόκτηση της ικανότητας διαχείρισης των αναγκών αυτού του σταδίου. Η αποτυχία οδηγεί στην ντροπή, ενώ η επιτυχία αμείβεται με το αίσθημα της περηφάνιας. Παρόλα αυτά, όταν κάποιος έχει αποκτήσει μια νέα ικανότητα, γρήγορα μαθαίνει ότι έχει επίσης κερδίσει τη δύναμη να χρησιμοποιήσει αυτή τη νεοαποκτηθείσα ικανότητα για να πληγώσει τους άλλους (Gilligan, 2003). Σύμφωνα με τον ίδιο, τόσο η ντροπή όσο και η ενοχή πληρούν προσαρμοστικές λειτουργίες.

Καθώς ο θυμός κάποιου προς τους άλλους κανονικά είναι ανάμικτος και με την αγάπη προς αυτούς, δεν μπορεί κανείς παρά να νιώσει ένα αίσθημα τρόμου (που λέγεται ενοχή) για την ορμή του να τους πληγώσει. Έτσι, το δεύτερο καθήκον σε κάθε εξελικτικό στάδιο, είναι να κινητοποιηθεί κανείς να ανατρέψει την ορμή να χρησιμοποιήσει τη νέα ικανότητα με τρόπο που θα βλάψει κάποιον άλλο. Αυτή, σύμφωνα πάντα με τον Gilligan, είναι η λειτουργία των συναισθημάτων ενοχής. Η περηφάνια για τις νέες δυνάμεις συνοδεύεται από την ενοχή, εκτός από αυτούς που συνεχίζουν να θεωρούν τον εαυτό τους αδύναμο, οπότε δεν αναπτύσσουν την ικανότητα για συναισθήματα ενοχής. Όλα αυτά δε βρίσκουν εφαρμογή μόνο σε παιδιά, αλλά και στους ενήλικες. Ο συγγραφέας αναφέρει το παράδειγμα βίαιων εγκληματιών που συνέχιζαν να βρέχουν το στρώμα τους με τα ούρα τους, για παράδειγμα, κάτι για το οποίο βίωναν απεριόριστη ντροπή (Gilligan, 2003).

Η ενοχή μπορεί να μετατραπεί σε ένα γενικευμένο συναίσθημα ή ενοχικό σύμπλεγμα, μια ψυχική κατάσταση που έχει τραφεί στη δυτικό πολιτισμό μέσω της χριστιανικής έμφασης στην αμαρτία των πρωτόπλαστων. Ακόμη και έτσι, η ενοχή διατηρεί μια συγκεκριμένη αξιοπρέπεια σαν συναίσθημα, ενώ η ντροπή φαίνεται, στην καλύτερη περίπτωση, να είναι νηπιακή και κατευθυνόμενη από άλλους (Konstan, 2003). Η ενοχή, η οποία περιλαμβάνει την πεποίθηση ότι κάποιος έκανε κάτι «κακό» ή «λάθος» (Leskela et al., 2002), όπως μετριέται με το TOSCA, δε φαίνεται να έχει καμία σχέση με την εκτίμηση της θέσης του ατόμου, και αυτό μπορεί να εξηγεί και το γιατί δεν είναι παθογενής (Gilbert, 2000).

Κατά μία έννοια, η ενοχή αφορά περισσότερο τη σχέση των ανθρώπων με τους κανόνες, ενώ η ντροπή αφορά περισσότερο τις σχέσεις των ανθρώπων με άλλους ανθρώπους (Cohen, 2003). Η ενοχή μπορεί να αποτελεί μια αντικειμενική διαπίστωση ότι κάποιος παραβίασε συγκεκριμένους κανόνες (για παράδειγμα, «είναι ένοχος για απάτη»), ή να αποτελεί μια δήλωση για την αυτο-αξιολόγηση του ατόμου, αφού έχει παραβιάσει έναν εσωτερικευμένο κανόνα (για παράδειγμα, «ένιωσα ένοχος που έκλεψε»). Μπορεί να πάρει μια κοινωνική υπόσταση προσθέτοντας ένα ακροατήριο («ένιωσα ένοχος μπροστά στην οικογένειά του») ή κάνοντας τον κανόνα μια κοινωνική παραβίαση («ένιωσα ένοχος για το ότι είπε ψέματα στον φίλο του») (Cohen, 2003). Η ντροπή πάντα εμπλέκει ένα ακροατήριο που είναι είτε πραγματικό είτε υπονοείται (Cohen, 2003).

Γίνεται κατανοητό πως η ενοχή σχετίζεται με συγκεκριμένες πράξεις. Συχνά, βέβαια, χαρακτηρίζουμε συγκεκριμένες πράξεις ως «ντροπή», όμως, η ντροπή που συνδέεται με αυτές τις πράξεις, γενικά αντανακλά τη σπουδαιότητά τους για το τι είναι κάποιος. Μια πράξη ντροπής δείχνει ότι αυτός που την πραγματοποιεί είναι άνανδρος, αδύναμος, εγωιστής (Shapiro, 2003), άρα στιγματίζει το άτομο που την πραγματοποιεί και οδηγεί σε καθολικές κρίσεις για αυτό.

Από τη δυναμική σκοπιά, η ντροπή μπορεί να γίνει αντιληπτή σαν κίνητρο για άμυνα απέναντι σε επιθυμίες να αγαπηθεί το άτομο και να φροντιστεί από άλλους (κάτι που πολλοί άνθρωποι, και κυρίως άνδρες, βιώνουν ως παθητική και εξαρτητική στάση) (Gilligan, 2003). Όταν οι άνθρωποι που μπορούν να βιώσουν το συναίσθημα της ντροπής επιθυμούν να αγαπηθούν και να φροντιστούν από άλλους, βιώνουν έντονη ντροπή, η οποία τυπικά τα κινητοποιεί να μετακινηθούν στην αντίθετη κατεύθυνση και να γίνουν δραστήριοι και επιθετικοί, ανεξάρτητοι, και φιλόδοξοι (Gilligan, 2003). Εάν δεν έχουν μη-βίαια μέσα για να γίνουν ανεξάρτητοι (όπως ικανότητες, εκπαίδευση και εργασία), η δραστηριότητα που κινητοποιείται από την ντροπή μπορεί να φανερωθεί μέσα από βίαιη, σαδιστική, ακόμη και ανθρωποκτονική συμπεριφορά (Gilligan, 2003).

Η ενοχή, αντίθετα, μπορεί να γίνει αντιληπτή σαν κίνητρο για άμυνα απέναντι σε επιθετικές επιθυμίες να βλάψουμε άλλους, οι ίδιες επιθυμίες που προκαλούνται από την ντροπή. Όταν οι άνθρωποι που έχουν αναπτύξει την ικανότητα για συναισθήματα ενοχής (δηλαδή όχι οι ψυχοπαθείς ή άτομα με αντικοινωνική προσωπικότητα) βρίσκουν τον εαυτό τους να μισεί άλλους ανθρώπους και να επιθυμεί να τους τραυματίσει, ενεργοποιούν τα συναισθήματα ενοχής. Η ενοχή τους αποτρέπει από το να εκδραματίσουν ή να εκφράσουν αυτές τις επιθυμίες, και τους κινητοποιεί να ενδοβάλουν το θυμό τους και να τον στρέψουν ενάντια στον εαυτό τους. Σαν αποτέλεσμα, βιώνουν μια ανάγκη για τιμωρία, η οποία μπορεί να εκδηλωθεί σε μαζοχιστική ή και αυτοκτονική συμπεριφορά (Gilligan, 2003).

Η ντροπή και η ενοχή μπορούν να θεωρηθούν και σαν μορφές άγχους. Ο φόβος που βρίσκεται κάτω από την ενοχή είναι ότι το άτομο θα σκοτώσει κάποιον που, και μισεί και αγαπά (άρα, η ικανότητα να αγαπάμε κάποιον αποτελεί παράγοντα προδιάθεσης για την ικανότητα να νιώσουμε ενοχή) (Gilligan, 2003). Σχετικός με αυτό είναι και ο φόβος ότι το άτομο θα τιμωρηθεί από την ίδια του τη συνείδηση, εξαιτίας αυτής της ένοχης επιθυμίας. Ο φόβος που κινητοποιεί τα συναισθήματα ντροπής είναι ο φόβος ότι κάποιον θα τον εγκαταλείψουν ή θα τον απορρίψουν, με αποτέλεσμα να πεθάνει επειδή είναι τόσο αδύναμος και αβοήθητος που δεν μπορεί να φροντίσει μόνος του τον εαυτό του. Αυτό υπονοείται από το γεγονός ότι η αυτο-εικόνα που ενεργοποιεί την ντροπή είναι η εικόνα ενός εαυτού αβοήθητου, ενός εξαρτημένου βρέφους που θα πεθάνει από λιμοκτονία εάν εγκαταλειφθεί από μια πατρική φιγούρα. Σχετικός με αυτό είναι και ο φόβος ότι, όταν βλέπει κανείς πόσο κατώτερος είναι από τον ιδανικό εαυτό του, θα είναι ανίκανος να αγαπήσει, να θαυμάσει ή να σεβαστεί τον εαυτό του, και έτσι δε θα αγαπηθεί και από κανέναν άλλο (Gilligan, 2003).

Τα κοινωνικά αγχώδη άτομα και τα υποταγμένα άτομα μπορεί να κρύβουν την πιθανή πρόκληση των άλλων όταν τα πράγματα δεν πάνε καλά στις σχέσεις, με το να υποθέτουν πως έχουν αυτά την ευθύνη στις σχέσεις. Επί της ουσίας, τόσο η ντροπή όσο και το κοινωνικό άγχος, αφορούν στην υιοθέτηση υποτακτικών συμπεριφορών σε πλαίσια όπου τα άτομα νιώθουν εύθραυστα απέναντι σε πιθανή απώλεια κοινωνικής θέσης, της ελκυστικότητάς τους, και εκτεθειμένα στην απόρριψη ή την κριτική (Gilbert, 2000). Η ντροπή αποτελεί μια ευρύτερη ιδέα από το κοινωνικό άγχος και μπορεί να γίνει πολύ συγκεκριμένη ως προς κάποιο χαρακτηριστικό του ατόμου. Σε σχέση με την αυτό εκτίμηση, η Andrews (1995) διαχωρίζει τη χαμηλή αυτο-εκτίμηση από την ντροπή. Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι, η αρνητική αυτο-αξιολόγηση δεν περιλαμβάνει απαραίτητα την απόκρυψη υποτιθέμενων ελλείψεων ή ένα άμετρο ενδιαφέρον για το πώς φαίνεται κανείς στους άλλους- κάτι που συμβαίνει στην περίπτωση της ντροπής.

Τα συναισθήματα ντροπής τείνουν να συνοδεύονται από συναισθήματα αθωότητας, ενώ τα συναισθήματα της ενοχής από συναισθήματα περηφάνιας (Gilligan, 2003). Καθώς η ενοχή είναι ένα επίπονο συναίσθημα, οι άνθρωποι που νιώθουν ενοχή τυπικά τείνουν να ελαττώσουν αυτό το συναίσθημα ελαττώνοντας την περηφάνια τους, υιοθετώντας συμπεριφορές εξευτελισμού και άλλα μέσα που τους εκθέτουν σε συναισθήματα ντροπής, όπως η υιοθέτηση συμπεριφορών αυτο-ήττας. Αντίστροφα, οι άνθρωποι που νιώθουν ντροπή τυπικά τείνουν να ελαττώσουν αυτό το επίπονο συναίσθημα υιοθετώντας συμπεριφορές αλαζονείας και ελαττώνοντας την αθωότητά τους, όπως γινόμενοι δράστες πράξεων βίας ή σκληρότητας (Gilligan, 2003).

Τα συναισθήματα ενοχής κινούνται ανάλογα με τα συναισθήματα επιθετικότητας, ενώ τα συναισθήματα ντροπής με την επιθυμία να αγαπιέται κάποιος παθητικά και να τον φροντίζουν. Αυτό αληθεύει καθώς, όσο δυνατότερη είναι η ντροπή ή η ενοχή, τόσο περισσότερο ανατρέπουν τις επιθυμίες και τις συμπεριφορές ενάντια στις οποίες κινητοποιούν άμυνες. Αλλά, όσο περισσότερο ανατρέπονται αυτές οι επιθυμίες και οι συμπεριφορές, τόσο δυναμώνονται και προκαλούν περισσότερη ντροπή και ενοχή και ο φαύλος κύκλος ξεκινά ξανά. Ο Freud έχει πει πως, «κανένας δε νιώθει περισσότερο ένοχος από τους αγίους!». Στα πλαίσια της ψυχαναλυτικής θεωρίας για την ενοχή, κατανοεί κανείς πως, όσο πιο «άγιος» είναι, τόσο περισσότερο αναχαιτίζει την εχθρότητά του, και έτσι τόσο περισσότερο την ενδοβάλλει, κάτι που αυξάνει την ισχύ των συναισθημάτων ενοχής και την ανάγκη για την τιμωρία (Gilligan, 2003).

Η ντροπή και η ενοχή έχουν αντίστροφη σχέση μεταξύ τους. Οι συνθήκες που αυξάνουν την ντροπή (π.χ. η τιμωρία, ο εξευτελισμός), μειώνουν την ενοχή (δηλαδή αυξάνουν τα συναισθήματα αθωότητας). Αντίστροφα, οι συνθήκες που δυναμώνουν την ενοχή (επιτυχημένη επιθετικότητα και φιλοδοξία, νίκη σε έναν διαγωνισμό), μειώνουν την ντροπή (ή εντατικοποιούν συναισθήματα περηφάνιας). Η ντροπή κινητοποιεί τη συγκάλυψη αυτού για το οποίο ντρέπεται το άτομο και όχι την ομολογία (Gilligan, 2003). Αν και αυτό δεν έχει εξετασθεί ποτέ, η ενοχή, ίσως, απαιτεί την ικανότητα να αντέξει κανείς τη θλίψη. Η κλινική εμπειρία έχει δείξει ότι η ενοχή σχετίζεται συχνά με τη θλίψη (Gilbert, 2003).

Πολλοί ψυχαναλυτές, ψυχολόγοι και άλλοι επιστήμονες της συμπεριφοράς, έχουν επισημάνει τις επιπτώσεις της ντροπής και της ενοχής στη διαμόρφωση της προσωπικότητας τους ατόμου. Για παράδειγμα η Melanie Klein έκανε το διαχωρισμό μεταξύ αυτών που βρίσκονται στην παρανοϊκή θέση (και αναλώνονται στην ντροπή και τη ζήλια), και αυτών που βρίσκονται στην ωριμότερη καταθλιπτική θέση (και κινητοποιούνται από την ενοχή που ακολουθείται από την αυτο-τιμωρία). Ο Freud περιέγραψε δύο παραδείγματα προσωπικοτήτων που κινητοποιούνται από την ενοχή, τους ηθικούς μαζοχιστές, και «αυτούς που έχουν γίνει ερείπια από την επιτυχία» (Gilligan, 2003).

Οι ψυχαναλυτές αναφέρονται στην έννοια του «ναρκισσιστικού τραύματος», την οποία συνδέουν άμεσα με το συναίσθημα της ντροπής. Στο Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης (Laplanche & Pontalis, 1986), ο όρος *ναρκισσισμός* διαχωρίζεται σε πρωτογενή και σε δευτερογενή, και περιγράφεται ως «*ο πρωτογενής ναρκισσισμός υποδηλώνει μία πρώιμη κατάσταση, όπου το παιδί επενδύει όλη τη libido του στον εαυτό του. Ο δευτερογενής ναρκισσισμός υποδηλώνει μία επαναστροφή της libido προς τον εαυτό, εφ' όσον αυτή έχει αποσυρθεί από τις αντικειμενοτρόπους της επενδύσεις*». Ο όρος *τραύμα* στο ίδιο λεξικό περιγράφεται ως «*συμβάν της ζωής*

ενός ατόμου, το οποίο ορίζεται από την έντασή του, από την αδυναμία του ατόμου να το αντιμετωπίσει κατά τρόπο κατάλληλο, και από τον συγκλονισμό και τις παθογόνες επιπτώσεις διαρκείας που επιφέρει στην ψυχική του οργάνωση. Υπό οικονομικούς όρους, ο όρος «τραυματισμός» χαρακτηρίζεται από μια εισροή διεγέρσεων που θεωρείται υπερβολική σε σύγκριση με τον βαθμό ανοχής του ατόμου και με την ικανότητά του να τις ελέγξει και να τις επεξεργασθεί ψυχικά».

Γενικά, η λειτουργία της ενοχής και της ντροπής είναι να διακόπτουν οποιαδήποτε δράση παραβιάζει εξωτερικά ή εσωτερικά προερχόμενους κανόνες. Η διαφορά τους έγκειται στη φύση αυτής της διακοπής (Lewis, 2003). Στην ενοχή η διαταγή είναι «Σταμάτα. Αυτό που κάνεις παραβιάζει τον κανόνα. Πρόσεξε αυτό που έκανες και άλλαξε τη συμπεριφορά σου». Έτσι, η ενοχή κατευθύνει τη συμπεριφορά προς εναλλακτικά πρότυπα δράσης. Στην ντροπή, αντίθετα, η διαταγή είναι πολύ πιο αυστηρή «Σταμάτα. Είσαι άχρηστος». Πιο σημαντικό είναι να επισημανθεί ότι απευθύνεται στον εαυτό και όχι στη δράση. Το αποτέλεσμα είναι να σταματά τη δράση του εαυτού, και όχι να τον παρακινεί να οδηγηθεί προς μια (καινούρια) δράση (Lewis, 2003).

Τα βιώματα ενσυναίσθησης μας βοηθάνε να «διαβάσουμε» ή να ερμηνεύουμε τα διαπροσωπικά γεγονότα, επιτρέποντάς μας να αντιδρούμε με ευαισθησία στα συναισθήματα των άλλων. Κυρίως μας βοηθά να αναγνωρίζουμε πότε οι πράξεις μας επηρεάζουν αρνητικά τους άλλους και μας κινητοποιεί να κάνουμε διορθωτικά βήματα. Όπως η ενσυναίσθηση εξυπηρετεί στην επανορθωτική δράση, η ντροπή και η ενοχή θεωρείται πως περιθάλλουν την επιδιόρθωση-εξομολόγηση, απολογία, εξιλέωση. Καθώς η ντροπή αφορά αρνητικές αξιολογήσεις για τον εαυτό, συνοδεύεται από ανησυχία ότι και οι άλλοι έχουν την ίδια άποψη για το άτομο. Η ενασχόληση με τον εαυτό δεν επιτρέπει την αντίληψη της στενοχώριας κάποιου άλλου, δηλ εμποδίζει την εμπάθεια. Έτσι, όσοι ντρέπονται, δύσκολα ανησυχούν για τον πόνο που βιώνει κάποιο άλλος. Μέσα από διάφορες μελέτες της Tangney και της ομάδας της, παρατηρήθηκε ότι τα άτομα με τάση προς την ντροπή, δεν είναι άτομα με ενσυναίσθηση. Στην ενοχή επικεντρωνόμαστε σε μια κακή συμπεριφορά, άρα προσανατολιζόμαστε κυρίως στην επίδραση αυτής στους άλλους και όχι στις εκτιμήσεις των άλλων για τον εαυτό (Tangney & Dearing, 2002).

Το κύρος της ντροπής ως ένα ηθικό συναίσθημα έχει καταπολεμηθεί από θεολόγους και από ανθρωπολόγους, οι οποίοι τη θεωρούν έναν αρχέγονο πρόδρομο της ενοχής. Λένε πως, η ντροπή απαντά στις κρίσεις των άλλων και είναι αδιάφορη προς τις ηθικές αρχές, ενώ η ενοχή είναι μια εσωτερική ευαισθησία και ανταποκρίνεται στον ηθικά αυτόνομο εαυτό του σύγχρονου ανθρώπου (Konstan, 2003). Το πέρασμα από μια κοινωνία ντροπής σε μια κοινωνία ενοχής,

που έγινε γνωστό από τη Ruth Benedict, θεωρείται σημάδι ηθικής προόδου (Konstan, 2003).

Ο Gilligan (2003) επισημαίνει πως, μπορούμε να διακρίνουμε δύο αντίθετους τύπους συστημάτων αξιών που κινητοποιούνται από την ντροπή και την ενοχή. Ο ίδιος, το 1975, είχε κάνει τη διάκριση μεταξύ της *ηθικής της ντροπής* και της *ηθικής της ενοχής*. Ό, τι αξιολογείται θετικά σε ένα από τα δύο συστήματα αξιολογείται αρνητικά στο άλλο, και αντίστροφα. Στην ηθική της ντροπής το χειρότερο κακό είναι η ντροπή και ο εξευτελισμός, και το ανώτερο καλό η περηφάνια και ο εγωισμός. Η ηθική της ενοχής ορίζει ως το μεγαλύτερο κακό την περηφάνια, και ως το μεγαλύτερο καλό την ταπεινότητα (αυτο-ταπείνωση, αλτρουισμός). Η ηθική ντροπής αξιολογεί θετικά την αγάπη προς τον εαυτό και αρνητικά την αγάπη για τους άλλους (για να διατηρηθεί η αγάπη για τον εαυτό). Επίσης αξιολογεί αρνητικά το μίσος προς τον εαυτό και την αυτο-τιμωρία, καθώς η επιβολή πόνου αυξάνει την ντροπή, ενώ αξιολογεί θετικά το μίσος και την επιβολή πόνου προς τους άλλους, καθώς κάποιος ελαττώνει τη δική του ντροπή προκαλώντας ντροπή σε άλλους. Η ηθική της ενοχής αξιολογεί αρνητικά την περηφάνια καθώς αυτή συνεπάγεται την ενοχή, και θετικά στην αγάπη προς τους άλλους, κάτι που ελαττώνει την ενοχή του ατόμου επειδή τους μισεί. Επίσης αξιολογεί αρνητικά το μίσος προς τους άλλους, και θετικά την αυτο-τιμωρία (Gilligan, 2003).

Ο Gilbert (2003), αντίθετα, υποστηρίζει ότι η ενοχή, και όχι η ντροπή, θεωρείται ηθικό συναίσθημα, γιατί η ντροπή επικεντρώνεται στον εαυτό και συνδέεται άμεσα με το σύστημα αμυνών. Το να ντροπιάζεις ανθρώπους μπορεί να οδηγήσει σε διάφορα μη-βοηθητικά αμυντικά συναισθήματα, όπως είναι ο θυμός, το άγχος, η απόκρυψη, ή η καταστροφική συμφωνία. Επιπλέον, σε ένα σύστημα ντροπής, οι άνθρωποι μπορεί να συμπεριφέρονται ανήθικα προκειμένου να έχουν την εύνοια των ανωτέρων τους και να αποφύγουν να απορριφθούν λόγω μη-συμμόρφωσης με τα αιτήματα των άλλων. Η αναζήτηση της καλής εικόνας και της αποφυγής της ντροπής, μπορούν να οδηγήσουν σε κάποιες πολύ καταστροφικές συμπεριφορές (Gilbert, 2003).

Η ντροπή αφορά παραβάσεις κοινωνικών και ηθικών κανόνων που αναφέρονται σε συμπεριφορές και εμπειρίες σχετικές με την αρετή και το χαρακτήρα (Keltner & Harker, 1998), και συνδέεται με την απόδοση ευθύνης στον εαυτό για κάτι κακό (ανήθικο ή αηδιαστικό). Παρόλα αυτά, μπορεί να αφορά και καταστάσεις για τις οποίες δεν ευθύνεται το ίδιο το άτομο, όπως ένα ελάττωμα εκ γενετής ή ο βιασμός μιας γυναίκας (Gilbert, 1998).

Σύμφωνα με τις Tangney & Dearing (2002), η τάση για ενοχή διαφοροποιείται από τα ηθικά σταθμά. Αποτελεί μία τάση να αντιδρά κανείς με ενοχή, και όχι

κάπως αλλιώς, στις αποτυχίες και τις παραβάσεις που κάνει. Τα ηθικά σταθμά είναι το σύνολο των πεποιθήσεων με βάση τις οποίες κρίνουν οι άνθρωποι τη συμπεριφορά τους. Μπορεί ένα άτομο να έχει «μη-συμβατικά» ηθικά σταθμά, αλλά έχει τις ίδιες πιθανότητες να αξιολογήσει αρνητικά τις ηθικές παραβιάσεις του με κάποιον περισσότερο συμβατικό συνάνθρωπό του. Έτσι, καταλήγουν, ανάμεσα και στα άτομα με «υψηλά» ηθικά σταθμά, υπάρχουν κάποιοι που έχουν τάση για την ενοχή και άλλοι όχι.

Από σχετική έρευνα των Tangney & Dearing (2002) η ντροπή δε φάνηκε να εμποδίζει τους εφήβους από το να διαπράττουν εγκληματικές ενέργειες, ούτε από το να υιοθετούν μη-ασφαλείς πρακτικές σεξ. Ταυτόχρονα, φαίνεται να προωθεί τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (π.χ. χρήση ουσιών, αυτοκτονία) οι οποίες μπορούν να θεωρηθούν αποπροσανατολισμένες προσπάθειες δραπετεύσης από αυτό το τιμωρητικό ηθικό συναίσθημα. Αντίθετα, η ενοχή φαίνεται να αποτελεί ένα πιο ισχυρό ηθικό συναίσθημα (προσφορά στην κοινότητα, λιγότερο πιθανά διάπραξη εγκληματικών πράξεων κτλ.) (Tangney & Dearing, 2002).

Ο Ρόλος της Ντροπής και των Οικογενειακών Σχέσεων στην Ψυχοπαθολογία

Η ντροπή σχετίζεται με την εσωτερίκευση μιας αίσθησης χαμηλής αξίας του εαυτού, και για αυτό το λόγο εξετάζεται η σχέση της με την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας. Βρέθηκε να σχετίζεται με την υιοθέτηση μιας πιο ψυχρής συμπεριφοράς, μάλλον σαν άμυνα και προστασία του εαυτού. Το αποτέλεσμα από αυτό θα είναι μάλλον η αποτυχία να προκαλέσουν τα άτομα σήματα αξίας από τους άλλους και έτσι θα διατηρήσουν μια κατώτερη αίσθηση του εαυτού (Gilbert et al., 1996). Επίσης, δυσκολεύει τη σύναψη κοντινών σχέσεων. Ο Gilbert και οι συνεργάτες του (2005) επισημαίνουν πως, ένας βασικός λόγος για μακρόχρονες δυσκολίες μπορεί να είναι τα προβλήματα στην ανάπτυξη στενών σχέσεων, κάτι που κάνει τον κοινωνικό κόσμο να μοιάζει και να βιώνεται σαν απειλητικός. Προτείνουν ότι ακόμη και η παρανοϊκότητα μπορεί να αποτελεί μια άμυνα απέναντι σε πιθανά εχθρικούς άλλους, ειδικά στα πλαίσια δυσκολιών με τις κοντινές σχέσεις και την εμπιστοσύνη.

Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δυο δεκαετιών, οι ψυχολόγοι, οι ψυχίατροι και άλλοι ειδικοί της ψυχικής υγείας έχουν αναφέρει ότι, η αποτυχημένη διαχείριση της ντροπής διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στις κοινωνικές φοβίες, τις διατροφικές διαταραχές, τη βία στο σπίτι, τις σεξουαλικές ενοχλήσεις και ένα πλήθος άλλων προσωπικών και κοινωνικών προβλημάτων (Goss et al, 1994). Η ντροπή, λοιπόν, αποτελεί ένα αγνοημένο συναίσθημα, του οποίου ο αιτιολογικός ρόλος σε διάφορες διαταραχές πρέπει να ερευνηθεί και περαιτέρω (Andrews et al., 2002).

Ο Shapiro (2003) αναφέρει πως, η ντροπή παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των δυναμικών δύο τύπων ψυχοπαθολογίας, την ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή και την παρανοϊκή διαταραχή. Τα άτομα με τέτοιο αυστηρό χαρακτήρα, ζουν με ένα συγκεκριμένο είδος εσωτερικής διαμάχης - περισσότερο συνειδητής στην περίπτωση της ψυχαναγκαστικής διαταραχής και πολύ λιγότερο στην περίπτωση της παράνοιας. Στο βαθμό όπου καταφέρνουν τα άτομα αυτά να ικανοποιούν τους στόχους τους, η εικόνα του εαυτού τους διασώζεται και μπορούν να σέβονται τον εαυτό τους. Αυτή η αναγνώριση, όμως, δεν μπορεί ποτέ να είναι ολοκληρωτικά επιτυχημένη διότι αυτή η εικόνα του εαυτού δεν αποτελεί πραγματική αναπαράσταση του εαυτού τους, και αυτοί οι στόχοι και τα πρότυπα δεν είναι γνήσια και ολοκληρωτικά δικά τους. Στο βαθμό

όπου βρίσκουν τον εαυτό τους να αποτυγχάνει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις, νιώθουν πως δεν έχουν ισχυρή θέληση και ντρέπονται για τον εαυτό τους (Shapiro, 2003). Είναι προφανές ότι, η αυταπάτη πως οι αξίες κάποιου είναι περισσότερο υψηλές από ότι είναι στην πραγματικότητα, ή ότι γενικά είμαστε κοντύτερα σε αυτό που θαυμάζουμε από όσο είμαστε στην πραγματικότητα, δεν περιορίζεται στην ψυχοπαθολογία (Shapiro, 2003). Έχει βρεθεί (Gilbert & Miles, 2000) ότι, η κατηγορία του εαυτού αλλά όχι η κατηγορία προς τους άλλους, σχετίζεται με μια ποικιλία ψυχοπαθολογικών παραγόντων, όπως το κοινωνικό άγχος, η κατάθλιψη και η ντροπή, καθώς και με αυξημένη τάση για θυμό και εχθρικές συμπεριφορές (Gilbert & Miles, 2000).

Οι Tangney & Dearing (2002) αναφέρουν ότι, η ενοχή αφορά τη μετάνοια και σχετίζεται με μια συγκεκριμένη συμπεριφορά και όχι με όλον τον εαυτό, οπότε μοιάζει περισσότερο προσαρμοστική και λιγότερο παθογενής από την ντροπή. Αυτός ο διαχωρισμός εαυτού- συμπεριφοράς που γίνεται στην ενοχή, προστατεύει τον εαυτό από μείωση της αξίας του, ενώ αφήνει ανοιχτή την πόρτα για αλλαγή της αρνητικής συμπεριφοράς και επανόρθωση (Tangney & Dearing, 2002).

Η θεωρία της κοινωνικής βαθμίδας για την ψυχοπαθολογία προτείνει ότι τα υποτελή άτομα και όσοι έχουν χαμηλό κύρος- άμεσα συνδεδεμένα με την ντροπή- κινδυνεύουν περισσότερο να αναπτύξουν παθολογία από ότι οι νικητές και όσοι έχουν υψηλότερο κύρος (Gilbert & Allan, 1998). Επίσης, ο Baldwin (2006) αναφέρει σε μελέτη του πως, η αυξημένη ντροπή (μετρημένη με το TOSCA) έχει σχετίζεται με χαμηλή αυτο- αποτελεσματικότητα, δηλαδή μειωμένη αντίληψη του ατόμου για την ικανότητά του να επηρεάσει μια κατάσταση (Baldwin et al, 2006).

Με τον έναν ή τον άλλο τρόπο, τόσο η ντροπή όσο και η ενοχή, παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και την πορεία ποικίλων παθολογικών καταστάσεων. Για παράδειγμα, η μελέτη των Andrews και των συνεργατών της (2002), ανέδειξε το ρόλο της ντροπής τόσο στο ξεκίνημα όσο και στην πορεία της κατάθλιψης. Όσον αφορά την ενοχή, ο Leskela και οι συνεργάτες του (2002) διαπίστωσαν πως, η ενοχή για την επιβίωση ενός τραυματικού γεγονότος, φαίνεται να σχετίζεται με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Η Tantam (1998) κάνει ένα βασικό διαχωρισμό ως προς την παθολογική φύση της ντροπής. Αναφέρει, λοιπόν, ότι η ντροπή μπορεί να είναι ένα παροδικό συναίσθημα που σχετίζεται με συγκεκριμένες καταστάσεις και να μην είναι ενδεικτικό κάποιας συναισθηματικής διαταραχής. Αντιθέτως, η ανικανότητα να νιώσει κάποιος ντροπή συχνά λαμβάνεται σαν μια υπόδειξη ότι το άτομο είναι ανήθικο ή αναισθητό. Η μόνιμη ντροπή είναι αυτή που σχετίζεται με τις συναισθηματικές διαταραχές. Είναι πιο ρεαλιστικό να θεωρούμε την ντροπή σαν «συνδεδετικό συναίσθημα», παρά σαν ένα γεγονός στην αιτιολογική αλυσίδα που

οδηγεί τελικά σε μια διαταραχή. Η αντίληψη του προβλήματος ενός ατόμου σαν την προσπάθειά του να ξεπεράσει την ντροπή, μπορεί να είναι περισσότερο βοηθητική από την παθολογικοποίησή του. Αυτό μπορεί να ισχύει και για εδραιωμένες διαταραχές προσωπικότητας, όπως η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας και η βουλιμία (Tantam, 1998).

Ως τώρα τα εργαλεία για την ντροπή δεν περικλείουν τον πλούτο των εμπειριών ντροπής (Gilbert, 2000).

Στη μελέτη του Gilbert (2000) εξετάστηκε η σχέση ντροπής-ενοχής-κοινωνικού άγχους και κατάθλιψης σε δύο διαφορετικούς πληθυσμούς. Ο πρώτος ήταν μια ομάδα φοιτητών και ο δεύτερος μια ομάδα ατόμων με κατάθλιψη. Το πρώτο δείγμα αποτελούνταν από 109 φοιτητές ψυχολογίας- 96 γυναίκες και 13 άνδρες, μέσης ηλικίας 25 ετών. Το δεύτερο δείγμα αποτελούνταν από 50 ενδοноσοκομειακούς ασθενείς με βαριά κατάθλιψη - 26 γυναίκες και 24 άνδρες, μέσης ηλικίας 39 ετών.

Συνολικά χρησιμοποιήθηκαν δύο κλίμακες για τη μέτρηση του κοινωνικού άγχους, τρία εργαλεία για την αξιολόγηση της ντροπής και της ενοχής, δύο κλίμακες για της εκτίμηση της κοινωνικής θέσης, και δύο εργαλεία για την κατάθλιψη (για περιγραφή, δείτε Gilbert, 2000).

Όπως φάνηκε από τα αποτελέσματά του, στην ομάδα των φοιτητών το κοινωνικό άγχος συσχετίζεται υψηλά με την ντροπή του TOSCA, την ντροπή του PFO2 και την εξωτερική ντροπή του OAS (όλα αυτά τα εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της ντροπής και της ενοχής). Το ίδιο βρέθηκε και στους καταθλιπτικούς ασθενείς. Ο φόβος για την αρνητική αξιολόγηση επίσης συσχετίζεται με την ντροπή και στις δυο ομάδες, αλλά σε μικρότερη έκταση. Και τα τρία εργαλεία μέτρησης της ντροπής βρέθηκαν να συσχετίζονται σημαντικά με την κατάθλιψη (Gilbert, 2000).

Όταν ελέγχεται το κοινωνικό άγχος, και στις δύο ομάδες η ντροπή του TOSCA δε συνεχίζει να συσχετίζεται σημαντικά με την κατάθλιψη. Παρόλα αυτά, η ντροπή του TOSCA συνεχίζει να συσχετίζεται με το κοινωνικό άγχος, μετά τον έλεγχο της κατάθλιψης. Αυτό υποδεικνύει ότι, στους καταθλιπτικούς πληθυσμούς η ντροπή μπορεί πρωταρχικά να λειτουργεί μέσω του κοινωνικού άγχους (Gilbert, 2000).

Η ενοχή, όπως μετρήθηκε με το TOSCA, δε διέφερε στα δυο δείγματα και δεν αυξάνεται στην κατάθλιψη, αντίθετα με την ντροπή που καθαρά αυξάνεται. Η ντροπή και η ενοχή σαν έννοιες ίσως δε διαχωρίζονται τόσο στο μυαλό των ανθρώπων και έτσι θα πρέπει κανείς να είναι συγκεκριμένος για το νόημά τους όταν τα ερευνά (Gilbert, 2000).

Τέλος βρέθηκε πως, η υποτακτική συμπεριφορά, σχετίζεται υψηλά και με τα τρία μέτρα της ντροπής, ειδικά στην ομάδα των καταθλιπτικών (Gilbert, 2000).

Φαίνεται πως τα καταθλιπτικά άτομα που έχουν μια σχετικά ανώτερη, ή τουλάχιστον όχι κατώτερη, άποψη για τον εαυτό τους είναι αυτά που νιώθουν περηφάνια για τα επιτεύγματά τους. Μια εξήγηση είναι και το ότι, τα άτομα με κοινωνικό άγχος και κατάθλιψη μπορεί να αποδίδουν την επιτυχία τους σε εξωτερικά γεγονότα, όπως στην τύχη. Παρόλα αυτά, από τη σκοπιά της εξελικτικής θέσης, σε αυτούς που νιώθουν κατώτεροι μπορεί στην πραγματικότητα να υπάρχει ο φόβος της αναβάθμισης των αρνητικών τους πεποιθήσεων για τον εαυτό (π.χ. να νιώσουν περηφάνια). Αυτός ο φόβος θα σχετίζεται με ανησυχίες ότι μια αύξηση στο κύρος τους, θα τους έφερνε σε διαμάχη με τους άλλους, και ότι τα όποια κέρδη τους δε θα μπορούσαν να τα διατηρήσουν ή να τα υπερασπιστούν στο μέλλον (Gilbert, 2000).

Σε έρευνα του Lundback και των συνεργατών του (2006) βρέθηκε πως, τα άτομα που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας και είχαν χαμηλό CSF 5-HIAA, έτειναν να βιώνουν περισσότερη δυσaréσκεια και πόνο κατά την αυτο-επιθεώρηση, κάτι που εγείρει ερωτήματα σχετικά με το ρόλο της ντροπής στην ψυχοβιολογία της αυτοκτονίας. Αυτός ο σεροτονινικός μεταβολίτης (όταν είναι χαμηλός) έχει συσχετισθεί με περισσότερη επιθετικότητα και περισσότερες θανατηφόρες απόπειρες αυτοκτονίας. Η μελέτη έγινε σε 38 ψυχιατρικούς ασθενείς που μόλις είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν. Είχαν (οι 32) σοβαρά καταθλιπτικά επεισόδια σύμφωνα με το DSM-III-R. Είναι ασαφές εάν καθαυτή η εμπειρία ντροπής, μια τάση στην εμπειρία ντροπής ή και τα δύο μπορεί να εμπλέκονται στη σχέση της επίπονης αυτοαξιολόγησης με το σεροτονινικό σύστημα και την αυτοκτονική συμπεριφορά. Τα άτομα στην έρευνα αυτή βρέθηκαν (με το προβολικό test Rorschach) να βιώνουν έντονα συναισθήματα και έντονα επίπονες αυτοαξιολογήσεις, πιθανά και ντροπή. Άλλωστε, έχει βρεθεί η σχέση ντροπής-αρνητικής αξιολόγησης εαυτού και πρόκληση θυμού. Άρα, η ντροπή σε αυτοκτονικά άτομα με χαμηλό CSF 5-HIAA ίσως εμπλέκεται στην ανατροπή της σεροτονίνης και στην αυτοκτονική συμπεριφορά τους (Lundback et al., 2006).

Η έρευνα του Leskela και των συνεργατών του (2002) αφορά τη διαταραχή μετατραυματικού στρες και τη σχέση της με την ντροπή. Σε αυτήν την έρευνα, το δείγμα αποτελούνταν από 107 άνδρες που είχαν επιβιώσει μετά από πόλεμο, μέσης ηλικίας 75,4 ετών. Γενικά η μελέτη τους έχει αρκετούς περιορισμούς ως προς το δείγμα.

Όπως αναφέρουν στη μελέτη τους, για την αξιολόγηση της ντροπής χρησιμοποιήθηκε το TOSCA, ένα εργαλείο για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων της διαταραχής μετατραυματικού στρες, και μία κλίμακα για τους παράγοντες έντασης της μάχης.

Οι υποθέσεις που κάνουν οι συγγραφείς (Leskela et al., 2002) είναι οι εξής: Η ντροπή να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη της διαταραχής μετατραυματικού στρες, πιθανά, επίσης, τα πολλά χρόνια των συμπτωμάτων της διαταραχής να προκαλούν μια τάση προς την ντροπή, ή, τέλος, τα συγκεκριμένα στοιχεία της έκθεσης στο τραύμα που οδηγούν στη διαταραχή μετατραυματικού στρες να σχετίζονται επίσης με τις αντιδράσεις ντροπής.

Τα αποτελέσματά τους ανέδειξαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις ανάμεσα στο PCL (το εργαλείο για τα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες) και την ντροπή, αλλά όχι την ενοχή. Γενικά, όσοι είχαν διαταραχή μετατραυματικού στρες, εμφάνιζαν υψηλότερα σκορ στην ντροπή, από ότι όσοι δεν έπασχαν από τη διαταραχή.

Η αδυναμία κάποιου να αντέξει το τεράστιο πλήγμα που προκαλεί η ντροπή στον εαυτό, μπορεί να τον οδηγήσει σε επιβλαβείς συμπεριφορές, στην προσπάθειά του να «ανακουφιστεί». Ένα παράδειγμα τέτοιων συμπεριφορών, είναι η κατάχρηση ουσιών. Τα συναισθήματα της ντροπής μπορεί να αναδείξουν έναν αυτο-μειωτικό κύκλο αρνητικών συναισθημάτων και χρήσης ουσιών καθώς το άτομο παλεύει να πνίξει αυτά τα επίπονα συναισθήματα με τα ναρκωτικά ή το αλκοόλ (Dearing et al., 2005).

Στη μελέτη της Dearing και των συνεργατών του (2005) υπήρξαν 3 διαφορετικά δείγματα με προβλήματα χρήσης ουσιών και γενικότερων δυσκολιών στη ζωή τους. Το πρώτο δείγμα αποτελούνταν από 235 φοιτητές εκ των οποίων τα 3/4 ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία ήταν 20,18 χρονών, ενώ υπήρχε εθνική ποικιλομορφία.

Χρησιμοποιήθηκε μία κλίμακα για τα προβλήματα αλκοόλ και ναρκωτικών και το TOSCA για την αξιολόγηση της ντροπής και της ενοχής.

Η στατιστική επεξεργασία έδειξε ότι η ντροπή συσχετιζόταν θετικά με τα προβλήματα αλκοόλ, αλλά δε συσχετιζόταν με τα προβλήματα ναρκωτικών. Αντίθετα, η ενοχή συσχετιζόταν αρνητικά και με τα προβλήματα αλκοόλ και με τα προβλήματα ναρκωτικών. Βρέθηκε μια μετριοπαθής συσχέτιση ανάμεσα στην ντροπή και την ενοχή που μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι και η ντροπή και η ενοχή συμπεριλαμβάνουν αρνητικές εσωτερικές αποδόσεις και συχνά αναδύονται σε παρόμοιες συνθήκες (Dearing et al., 2005).

Το δεύτερο δείγμα αποτελούνταν από 249 φοιτητές, κατά το 81,9% γυναίκες, με εθνική ποικιλομορφία και μέση ηλικία 20,11 έτη.

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν, ένα για τα προβλήματα με ουσίες, και το TOSCA για την ντροπή και την ενοχή. Τα στατιστικά επεξεργασία έδειξε πως η ντροπή συσχετιζόταν θετικά με τα προβλήματα αλκοόλ και ναρκωτικών, ενώ η ενοχή σχετιζόταν αρνητικά και με τα δύο.

Το τρίτο δείγμα αποτελούνταν από 332 κρατούμενους εκ των οποίων κάποιοι είχαν δικαστεί και κάποιοι όχι ακόμη. Το κριτήριο ήταν να πρόκειται να εκτίσουν ποινή τουλάχιστον 4 μηνών. Η μέση ηλικία ήταν 31,4 χρόνια και κυρίως ήταν άνδρες. Υπήρξε και σε αυτό το δείγμα φυλετική ποικιλομορφία. Χρησιμοποιήθηκαν δύο εργαλεία για τα προβλήματα αλκοόλ και ναρκωτικών, και το TOSCA για την αξιολόγηση της ντροπής και της ενοχής, σε μια μορφή που προορίζεται για κοινωνικά προβληματικούς πληθυσμούς και οι ερωτήσεις του είναι διατυπωμένες σε αντίστοιχα προσαρμοσμένη γλώσσα, έχουν ανάλογο περιεχόμενο και αναφέρονται σε κατάλληλες αντίστοιχες καταστάσεις.

Η ντροπή εδώ σχετιζόταν θετικά με όλα τα μέτρα για τα προβλήματα αλκοόλ και ναρκωτικών, εκτός από τη συχνότητα της χρήσης αλκοόλ και τη συχνότητα της χρήσης μαριχουάνας. Τα ευρήματα για την ενοχή ήταν λιγότερο συνεπή, και συγκεκριμένα η συχνότητα της χρήσης μαριχουάνας, η εξάρτηση από μαριχουάνα και η χρήση πολλών ναρκωτικών, καθώς και η εξάρτηση από αλκοόλ σχετίζονταν αρνητικά με το συναίσθημα της ενοχής (Dearing et al., 2005).

Συνολικά, αυτές οι μελέτες των Dearing και συνεργατών, παρέχουν αποδείξεις ότι υπάρχει θετική σχέση ανάμεσα στην ντροπή και τα προβλήματα χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών, σε δύο διαφορετικούς πληθυσμούς (φοιτητές και κρατούμενους). Στο δείγμα των κρατουμένων, όπου έγινε διαχωρισμός ανάμεσα στη συχνότητα της χρήσης και της εξάρτησης, η ντροπή σχετιζόταν πιο ισχυρά με την εξάρτηση από το αλκοόλ και από τα ναρκωτικά. Η συχνότητα της χρήσης αλκοόλ και μαριχουάνας (λιγότερο ενδεικτικά παθολογίας) δε συσχετιζόταν με την ντροπή. Παρόλα αυτά η ντροπή φαίνεται περισσότερο πως σχετίζεται με τα προβλήματα χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών, παρά ότι προβλέπει τη συχνότητα της χρήσης (Dearing et al., 2005).

Η αναποτελεσματικότητα της συμπεριφοράς κατάχρησης ουσιών ως μέσο ανακούφισης της ντροπής εντοπίζεται στο ότι, τα προβλήματα ζωής που συνδέονται με την κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών, οδηγούν πολύ πιθανά σε επιπλέον επίπονα συναισθήματα ντροπής σε αυτά τα άτομα (Dearing et al., 2005).

Όσον αφορά τις προεκτάσεις αυτής της σχέσης ντροπής - κατάχρησης ουσιών που έχει βρεθεί, πιστεύεται πως οι παρεμβάσεις για τη μείωση της ντροπής στα πλαίσια της θεραπείας της κατάχρησης ουσιών, θα ενίσχυαν το θεραπευτικό αποτέλεσμα τέτοιων προγραμμάτων απεξάρτησης. Ακόμη και αν η ίδια η ντροπή δεν αποτελεί αιτία για την προβληματική χρήση ουσιών, τα προβλήματα θυμού, οι διαπροσωπικές δυσκολίες και άλλα προβλήματα που ακολουθούν την ντροπή, είναι επαρκή δικαιολογητικά στοιχεία για την ένταξη της διαχείρισης της ντροπής στα προγράμματα απεξάρτησης (Dearing et al., 2005).

Νέα Ερευνητικά Δεδομένα στο Ρόλο της Ντροπής και των Οικογενειακών Σχέσεων στις Ψυχικές Ασθένειες

Τα σωματικά ελαττώματα, η καταγωγή, το φύλο, η διανοητική ή κάποια άλλη ασθένεια, είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά που μπορούν να οδηγήσουν τα άτομα στο να φοβούνται μήπως τοποθετηθούν σε στιγματισμένη ομάδα και απορριφθούν ακόμη και πριν να έχουν την ευκαιρία να δράσουν ή να εκφράσουν τον εαυτό τους. Η γνώση ότι οι στιγματισμένες ομάδες υπάρχουν μέσα στην κοινωνία μπορεί να οδηγήσει τα άτομα να φοβούνται να τοποθετηθούν σε αυτές - αυτό που ονομάζεται συνείδηση του στίγματος (Pinel, 1999). Το αντιλαμβανόμενο στίγμα - που ακολουθεί συνήθως τις διανοητικές και άλλες διαταραχές - μπορεί να μη συμφωνεί πάντα με το «αντικειμενικό» στίγμα που υπάρχει σε ορισμένες κοινωνικές ομάδες (Birchwood et al., 2007).

Η διαταραχή κοινωνικού άγχους είναι μια συναισθηματική διαταραχή που εμφανίζεται μαζί με τη σχιζοφρένεια σε συχνότητα ενός στα τρία άτομα. Μια πιθανή αιτία είναι γιατί αποτελεί σημαντικό συστατικό του συνδρόμου της σχιζοφρένειας από μόνη της. Έτσι, καθώς εξελίσσεται η ασθένεια, το κοινωνικό άγχος θα αυξάνεται παράλληλα με τα θετικά και τα αρνητικά συμπτώματα. Μια δεύτερη περίπτωση είναι ότι το κοινωνικό άγχος είναι προ-νοσηρή, εξελικτική διαταραχή που αποτελεί δείκτη ευθραυστότητας για τη σχιζοφρένεια (Birchwood et al., 2007).

Οι Birchwood και συνεργάτες (2007) μας παραπέμπουν σε μελέτη τους (του 2003), όπου προτείνουν ότι, η απώλεια της κοινωνικής θέσης, η ντροπή, η εναντιωτική κοινωνική ταυτότητα, και ο φόβος του στίγματος (με τις συνέπειές τους για την κοινωνική απόρριψη) είναι αυτά που οδηγούν στη διαταραχή κοινωνικού άγχους στα άτομα με μετα-ψυχωτική κατάθλιψη.

Στην παρούσα έρευνα των Birchwood και των συνεργατών του, τα άτομα με κοινωνικό άγχος βίωναν περισσότερη ντροπή που σχετιζόταν με τη διάγνωσή τους και ένιωθαν ότι η διάγνωση τους τούς τοποθετούσε μακριά από τους άλλους, δηλαδή ότι τους περιθωριοποιούσε κοινωνικά και τους απέδιδε χαμηλή κοινωνική θέση.

Οι πεποιθήσεις που βασίζονται στο κοινωνικό άγχος, μεγενθύνονται σε άτομα με προβλήματα που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια, από το ζήτημα του στίγματος (Birchwood et al., 2007). Το στίγμα τυπικά σχετίζεται με στοιχεία που θεωρούνται απειλητικά για την κοινωνική συνοχή μιας ομάδας, και μπορεί να χρησιμοποιηθούν

για να στερήσουν από το άτομο τη συμμετοχή του σε μια ποικιλία διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων (Kurzban & Leary, 2001).

Η μελέτη των Birchwood και των συνεργατών του (2007), αφορά άτομα με σχιζοφρένεια. Το δείγμα τους αποτελούνταν από άτομα που διένυσαν τους 6 μήνες, μετά το πρώτο επεισόδιο ψύχωσης. Ο ρυθμός και η σοβαρότητα του κοινωνικού άγχους καθορίζονται και συγκρίνονται με 1) προηγούμενες μελέτες για το κοινωνικό άγχος στην ψύχωση, και 2) μελέτες για το κοινωνικό άγχος σε πληθυσμούς χωρίς ψύχωση.

Τα κριτήρια για τη συμμετοχή στη μελέτη ήταν να πληρούν οι ασθενείς τα κριτήρια του ICD- 10 (WHO, 1992) για τη σχιζοφρένεια ή σχετικές διαταραχές, να είναι άτομα ηλικίας 16- 30 ετών, χωρίς προηγούμενη διάγνωση κατάχρησης ουσιών ή οργανικής διαταραχής. Το δείγμα αποτελούνταν από 79 άτομα (61 άνδρες και 18 γυναίκες).

Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε μία κλίμακα που ερευνά το άγχος στις διαπροσωπικές συναναστροφές, ένα εργαλείο για τα θετικά και αρνητικά συμπτώματα και τη γενική ψυχοπαθολογία, μία κλίμακα επίγνωσης για την επίγνωση της ψύχωσης, ένα εργαλείο για την κατάθλιψη προσαρμοσμένο για πληθυσμό με σχιζοφρένεια, μία κλίμακα για τις πεποιθήσεις των ασθενών για την ψύχωσή τους, ένα εργαλείο για την αξιολόγηση της ντροπής, μία κλίμακα για την εκτίμηση της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής θέσης, και ένα εργαλείο για την εκτίμηση επίτευξης διαφόρων εξελικτικών στόχων πριν την έναρξη της ψύχωσης (Birchwood et al., 2007).

Από το σύνολο των ατόμων, τα 23 βρέθηκαν να είναι κοινωνικά αγχώδη (μέσης ηλικίας 23,8 έτη). Από αυτά, οι 17 ήταν άνδρες και οι 6 γυναίκες. Η ομάδα με το κοινωνικό άγχος είχε σημαντικά υψηλότερη κατάθλιψη και ορίσθηκε ως σημαντικά πιο αγχώδης και κοινωνικά αποφευκτική στην κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το κοινωνικό άγχος ανυψώνεται ακολουθώντας το πρώτο επεισόδιο. Το άγχος μπορεί να είναι μη-συγκεκριμένο ή συγκεκριμένο. Η συγκεκριμένη ευθραυστότητα μπορεί να αποτελεί ένα προϋπάρχον διαπροσωπικό άγχος που στη συνέχεια επικεντρώνεται σε ανησυχίες για το κοινωνικό στίγμα (Birchwood et al., 2007).

Βρέθηκε ότι, ούτε οι παραληρητικές ιδέες ούτε η μανία καταδίωξης συσχετίζονταν με το κοινωνικό άγχος και την αποφυγή, παρέχοντας αποδείξεις ενάντια στην πιθανότητα το κοινωνικό άγχος να είναι απευθείας συνέπεια της ψύχωσης (Birchwood et al., 2007).

Επιβεβαιώθηκε ότι τα άτομα με κοινωνικό άγχος βίωναν περισσότερη ντροπή σε σχέση με τη διάγνωσή τους και ένιωθαν ότι η διάγνωση τους περιθωριοποιούσε

κοινωνικά. Τα άτομα με κοινωνικό άγχος βρέθηκε επίσης πως θεωρούσαν δύσκολο να ελέγξουν την ασθένειά τους και να δραπετεύσουν από αυτή. Οι αμυντικές στάσεις που υιοθετούνται είναι η άρνηση ή χαμηλή αποδοχή της ασθένειας (συχνότερη σε αυτούς που δεν έχουν κοινωνικό άγχος), η ενεργή κοινωνική αποφυγή, η αποδοχή και εσωτερίκευση μιας νέας κοινωνικής ταυτότητας («σχιζοφρενικός ασθενής») που ορίζει τον εαυτό στις κοινωνικές συναναστροφές και αποδίδει υποδεέστερη κοινωνική θέση (Birchwood et al., 2007).

Στην έρευνα βρέθηκε και η πιθανότητα υψηλότερης ευαισθησίας στο στίγμα σε ομάδες εθνικής μειονότητας και ακόλουθης άρνησης (Birchwood et al., 2007).

Συνοπτικά, αυτά τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι, τα άτομα με κοινωνικό άγχος υποκρύπτουν πολλές ανησυχίες για τη διάγνωσή τους και τις συνέπειές της. Μετά τον έλεγχο της κατάθλιψης, αναφέρουν μεγαλύτερη επίγνωση της ασθένειας, αρκετά μεγαλύτερη ντροπή για τη διάγνωση και πιστεύουν ότι οι άλλοι τους υποτιμούν και τους περιθωριοποιούν, και νιώθουν ότι η διάγνωσή τους είναι ανεξίτηλο πρόβλημα από το οποίο η απόδραση είναι δύσκολη (Birchwood et al., 2007).

Είναι πιθανό η καταθλιπτική διάθεση να οδηγεί σε εκτιμήσεις που κάνουν τα άτομα να βλέπουν την ψύχωσή τους σαν ντροπιαστική και ανεξέλεγκτη. Μια άλλη πιθανότητα είναι ότι η παρουσία της κοινωνικής φοβίας από μόνη της οδηγεί σε τέτοιες εκτιμήσεις. Τα άτομα με κοινωνική φοβία θα επανδρώσουν αποδείξεις για να υποστηρίξουν ή να εκλογικεύσουν την κοινωνική απαλλαγή τους, συμπεριλαμβανόμενης για παράδειγμα, την αντιλαμβανόμενη ντροπή που ακολουθεί τη διανοητική τους ασθένεια (Birchwood et al. 2007).

Το ερώτημα παραμένει: Ο εκτιμήσεις ντροπής είναι η αιτία, ο παράγοντας συντήρησης, ή το αποτέλεσμα του κοινωνικού άγχους; (Birchwood et al., 2007).

Το μοντέλο που προτείνεται από τους συγγραφείς για το στίγμα και το κοινωνικό άγχος στην ψύχωση έχει ως εξής: Όταν το άτομο βιώνει ένα επεισόδιο ψύχωσης, ευαισθητοποιείται στο συναίσθημα της μειωμένης αξίας γιατί νιώθει πως τώρα είναι μέλος μιας στιγματισμένης ομάδας. Κατά συνέπεια, μπορεί να φοβάται πως οι άλλοι τον βλέπουν και τον κρίνουν μέσα από το πρίσμα του στιγματισμένου στερεοτύπου και μπορεί να πιστεύει ότι η απόρριψη είναι πάντα πολύ κοντά (Birchwood et al., 2007).

Από τη στιγμή που κάποιος πιστεύει ότι ένας άλλος τον θεωρεί κατώτερο, με βάση τα στερεότυπα του στίγματος, μπορεί να υιοθετήσει διάφορες αμυντικές θέσεις. Μία αντίδραση είναι αυτή του θυμού, της επιθετικότητας, ή η αποφυγή (π.χ., Gilbert, 2000). Η περίπτωση που αφορά το άρθρο είναι η αντίδραση του φόβου και του άγχους, όπου εντάσσονται συμπεριφορές ασφάλειας όπως υποτακτική συμπεριφορά και αποφυγή/ απόσυρση (Birchwood et al., 2007).

Στον αρχαίο κόσμο η λέπρα είχε ως αποτέλεσμα την απομόνωση του ατόμου από το οικογενειακό του περιβάλλον και την κοινωνία και συνακόλουθα, κατέληγε σε μεγάλο κοινωνικό στιγματισμό. Ομοίως, η ψυχική ασθένεια σήμερα μπορεί ακόμη να συνεπάγεται το χωρισμό από αγαπημένα πρόσωπα ή τα μέλη μιας ομάδας, την έλλειψη δυναμικού για την αντιμετώπιση της, το στιγματισμό του ατόμου και της οικογένειάς του, τη ντροπή και το φόβο του ίδιου του ασθενούς. Όπως και με τη λέπρα, οι περισσότεροι άνθρωποι παρερμηνεύουν την αιτιολογία, τη θεραπεία και την πρόγνωση στις ψυχικές ασθένειες. Όλη η θεραπευτική ομάδα πια είναι σε θέση-κλειδί για να εκπαιδεύσει δραστικά τους ασθενείς και τους οικείους τους, να παρέμβει αποτελεσματικά στη θεραπευτική διαδικασία και να βελτιώσει αισθητά την γενικότερη κατάσταση της υγείας των ατόμων με ψυχικά διαταραχή, ακόμη και να εξαλείψει ριζικά το αίσθημα του στίγματος και της ντροπής τους (Amerongen & Cook, 2010).

Μια επισκόπηση της βιβλιογραφίας για τα κριτήρια έρευνας της ψυχικής ασθένειας, που διεξήχθη την περίοδο 1999-2009 αποκλειστικά σε ιατρικές βάσεις δεδομένων, κατέδειξε σημαντική αύξηση στον τομέα αυτό και αποκάλυψε 14 κριτήρια στιγματισμού εξαιτίας αυτής. Όλα τα κριτήρια παρουσίασαν ορισμένες πληροφορίες σχετικά με ψυχομετρικές ιδιότητες. Η μελέτη αυτή έχει ως στόχο να επανεξετάσει την ισχύουσα πρακτική της μέτρησης των προκαταλήψεων και των διακρίσεων που αντιμετωπίζουν τα άτομα που έχουν προσωπική εμπειρία της νόσου τους. Τα περισσότερα από τα κριτήρια που εντοπίστηκαν, αφορούν κυρίως εμπειρικά κι αντιληπτικά ευρήματα των αισθημάτων των ίδιων των ασθενών και δίνουν σημαντικές πληροφορίες για την προσωπική αυτογνωσία, τα οποία θα βοηθούσαν και τους ίδιους τους ερευνητές, κατά την επιλογή των κριτηρίων, που είναι πιο κατάλληλα για τους σκοπούς τους (Brohan et al., 2010).

Στον αντίποδα αυτών των καθαρά κλινικών ερευνών, υπάρχουν πολλά άρθρα που εξετάζουν την ψυχαναλυτική θεωρία της ντροπής και τη σημασία των αναπτυξιακών πτυχών της επιρροής της ντροπής στη γενικότερη κατάσταση του ψυχικά ασθενούς. Σε ένα κλινικό περιβάλλον, η ανακάλυψη της επίδρασης της ντροπής, που απορρέει ασυναισθητες και πρώιμες τραυματικές καταστάσεις, είναι μια σημαντική και χρήσιμη προσέγγιση στο να βοηθηθεί η πρόσβαση των ασθενών σε επώδυνες μνήμες και οι άμυνες ενάντια σ' αυτές. Οι άμυνες συγκαλύπτουν την επίδραση της υποκείμενης ντροπής. Επιπλέον, το όραμα συνδέεται με την επώδυνη επίδραση της ντροπής. Ο προβλεπόμενος τρόμος για το περιφρονητικό βλέμμα του άλλου προσώπου, παρόμοιο με στόχο την αυτογνωσία, μπορεί να προκαλέσει ταπείνωση. Ο φόβος για την ταπείνωση και την έκθεση αναδύεται παντού αλλά κυρίως στο θεραπευτικό πλαίσιο. Μέσω της αναγνώρισης της

νομοθεσίας αλλά και των συνθηκών που ρυθμίζουν την μεταβίβαση και την ανταλλαγή, ο αναλυτής βοηθά τον ασθενή να εργαστεί μέσω αυτών για την αντιστροφή των αρνητικών επιρροών. Διάφορα χρονογραφήματα αποδεικνύουν τις σημαντικές αυτές έννοιες μακροπρόθεσμα. Επίσης αποδεικνύεται πώς η ντροπή, σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να είναι ένα ισχυρό, θετικό κίνητρο για τις ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις, ακόμη και σ' επίπεδο στήριξης κι αποκατάστασης μιας ψυχικής ασθένειας (Mann, 2010).

Η υπερεκτίμηση της απειλής (OET), από την άλλη, είναι ένας παθογενετικός παράγοντας που έχει άμεσες και δραστικές επιπτώσεις στην ψυχαναγκαστική διαταραχή(OCD) και γενικότερα στις ψυχώσεις. Με γνώμονα την υπόθεση ότι, οι ιδεοψυχαναγκαστικά διαταραγμένοι ασθενείς υπερεκτιμούν τα γεγονότα που σχετίζονται με προσωπικά τους θέματα αλλά όχι τα γενικότερα γεγονότα, που σχετίζονται με την ασθένεια τους, οδηγηθήκαμε σε νέα ερευνητικά δεδομένα. Συγκεκριμένα, η εξασθένηση της προκατάληψης της κοινής " αδικαιολόγητης αισιοδοξίας " ήταν αναμενόμενη για τους ιδεοψυχαναγκαστικούς ασθενείς, κυρίως. Ο όρος «αδικαιολόγητη αισιοδοξία» αντικατοπτρίζει το εξής φαινόμενο: ότι η υποκειμενική πιθανότητα που έχει να βιώσει το άτομο ένα θετικό γεγονός είναι ενισχυμένη σε σχέση με άλλα άτομα, ενώ αντιστρόφως η πιθανότητα αυτή μειώνεται αναφορικά με τα αρνητικά γεγονότα της ζωής και της ασθένειας του. Στα πλαίσια της έρευνας, που διεξήχθηκε μέσω διαδικτύου, τους τέθηκε ικανός αριθμός ερωτήσεων σχετικά με διάφορες κατηγορίες γεγονότων (θετικά, αρνητικά, ψυχαναγκαστικά, εσωτερικά και εξωτερικά). Δεν προέκυψαν ερευνητικά αποδεικτικά στοιχεία που παράγονται στην ΙΨΔ όπου να υπερεκτιμάται η συνολική πιθανότητα αρνητικών επιπτώσεων, που σχετίζονται με τα γεγονότα. Ωστόσο, ενώ οι υγιείς συμμετέχοντες επέδειξαν μια προκατάληψη σχετικά με την αδικαιολόγητη αισιοδοξία, οι ασθενείς συμμετέχοντες θεώρησαν τον εαυτό τους περισσότερο ευάλωτο στην εμπειρία αυτή που σχετίζεται με τα γεγονότα. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι, οι ψυχωσικές διαταραχές σχετίζονται με υψηλή προσωπική ευαισθησία και ότι, αυτή η προκατάληψη δεν είναι πλήρως διαθέσιμη για τη συνείδηση των συμμετεχόντων (Moritz and Jelinek, 2009).

Οι ερευνητές εξάλλου, έχουν αναγνωρίσει μια στενή σχέση μεταξύ της ανάρρωσης που είναι προσανατολισμένη στον ασθενή και της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία του (Ποιότητα Ζωής Σχετιζόμενη με την Υγεία). Η σχέση μεταξύ των συνιστωσών της ανάρρωσης και των ασθενών, όσον αφορά τις αντιληπτικές-λεκτικές αναφορές για την ΠΖΣΥ τους, είναι ακόμα άγνωστη. Η SAMHSA (Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας και Κατάχρησης Ουσιών) πρότεινε 10

συνιστώσες αποκατάστασης της ποιότητας ζωής των ασθενών, ως κατευθυντήριες αρχές για την προώθηση της βελτίωσης των ατόμων με σοβαρές ψυχικές ασθένειες και κυρίως των σχιζοφρενών. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να χρησιμοποιήσει τη διαρθρωτική εξίσωση μοντέλων με προβλεψιμότητα για την σχιζοφρένεια. Εφαρμόστηκε ανάλυση κανονικής συσχέτισης, για να προβάλλει μεταβλητές που είχαν υψηλό βαθμό συσχέτισης με ΠΖΣΥ. Έπειτα χρησιμοποιήθηκαν έγκυρες μεταβλητές, για να οικοδομηθεί ένα διαρθρωτικό μοντέλο που θα προέβλεπε άτομα με ΠΖΣΥ. Τα στοιχεία ανάρρωσης που πρότεινε, παρείχαν ένα χρήσιμο πλαίσιο για να εξηγηθεί η ΠΖΣΥ σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Το μοντέλο που ταίριαζε καλύτερα κι ήταν σε θέση να εξηγήσει τις διακυμάνσεις στο αποτέλεσμα WHOQOL-BREF, ήταν αυτό που πρότεινε η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας Μέτρησης Ποιότητας Ζωής. Το παρόν μοντέλο υπέδειξε ένα μέτριο έως μεγάλο αντίκτυπο των πέντε βασικών συστατικών για την ανάκτηση της ΠΖΣΥ. Κατέγραψε ότι οι αντιλήψεις των ασθενών για υποστήριξη και για αισιοδοξία, επηρεάστηκαν κυρίως από τον κοινωνικό στιγματισμό και την εσωτερική ντροπή αλλά και από άλλα ψυχοκοινωνικά συμπτώματα. Αυτή η εμπειρική μελέτη, θεωρεί πολύ σημαντική επίσης την προσαρμοστικότητα των ασθενών για την ποιότητα ζωής τους στην κοινότητα και επιβάλλει μια παρέμβαση στηριζόμενη στην εκ νέου οικοδόμηση ενός διορθωτικού μοντέλου αντιδράσεων, που σχετίζεται κυρίως με την ανάρρωση και την αντιμετώπιση (Ho et al., 2010).

Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει η μελέτη που συσχετίζει τους διάφορους δείκτες ποιότητας ζωής με πολλές από τις ψυχωσικές διαταραχές, όσον αφορά τα συναισθήματα διάθεσης κι αυτογνωσίας των ασθενών. Ταυτόχρονα ελέγχθηκε η επιρροή των κοινωνικό-δημογραφικών παραγόντων και στη σωματική υγεία. Αποτελεί και την πρώτη μελέτη της σχέσης μεταξύ της ποιότητας ζωής και των επιμέρους συνθηκών, σε όλο το εύρος των ψυχικών διαταραχών. Μελετήθηκαν πάνω από 2000 άτομα, 18-65 ετών και αξιολογήθηκαν από τη δομημένη συνέντευξη CIDI (Composite International Diagnostic Interview), ως προς τις επτά πτυχές ποιότητας ζωής: αυτογνωσία, επαφή, ευημερία, υποστήριξη, επικοινωνία, ποιότητα, γειτνίαση και απουσία αρνητικών γεγονότων ζωής. Παρατηρήθηκε ότι μεταξύ των ατόμων με όλα τα είδη ψυχικών διαταραχών, υπάρχει μειωμένη ποιότητα ζωής. Αυτό συνέβη και για προηγούμενες συναισθηματικές διαταραχές. Κι επίσης ότι η υποκειμενική ευημερία, η αυτογνωσία, η επικοινωνία, η επαφή με φίλους και οι οικογενειακές σχέσεις, είναι από τις υποκατηγορίες που έχουν πληγεί περισσότερο. Δεν γνωρίζουμε, αν τα αποτελέσματα μπορούν να είναι πλήρως γενικευμένα σε σοβαρές περιπτώσεις ασθενών και στην ολική ποιότητα ζωής τους (Cramer, Torgersen & Kringlen, 2010).

Η γνωστική εκτίμηση του άγχους, σύμφωνα με άρθρο των Nicolas Rüsch, et al. (2009), που συνδέεται με τη ντροπή και τις συναισθηματικές αντιδράσεις στρες καθώς και τις γνωστικές απαντήσεις αντιμετώπισης του, μπορούν να συμβάλλουν στο να κατανοήσουμε πώς το στίγμα επηρεάζει τα άτομα με ψυχική ασθένεια και την πορεία της νόσου τους. Όλα αυτά μπορούν να είναι σημαντικοί στρεσογόνοι παράγοντες για τα άτομα με σχιζοφρένεια και άλλες ψυχικές παθήσεις. Είναι ασαφές όμως ακόμη, πώς ακριβώς αντιδρούν τα άτομα με ψυχικές ασθένειες στο άγχος του στίγματος και πώς αυτά επηρεάζουν αποτελέσματα όπως την αυτοεκτίμηση, την κοινωνική επίδοση, την απελπισία και την απαισιοδοξία. Όλοι οι παράγοντες αξιολογήθηκαν από τις ανεξάρτητες αναφορές των εξεταζομένων και εκτός από τα αυτό-κατευθυνόμενα αποτελέσματα, όλη η ομάδα αξιολογήθηκε ξανά, σε δεύτερο χρόνο, μέσα από ένα τυποποιημένο τεστ-παιχνίδι ρόλων και μετά από ένα αποστασιοποιημένο κριτήριο. Έτσι το κοινωνικό άγχος και η ντροπή έδειξαν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και περισσότερη απελπισία, αλλά όχι κοινωνική επίδοση ή αποστασιοποίηση. Φτωχότερες και λίγες κοινωνικές επιδόσεις, οδηγούν σε μεγαλύτερη και συχνή προσωπική αποστασιοποίηση. Η υψηλή εσωτερική πίεση δεν συσχετίστηκε αντίθετα με αντιληπτικογνωστικές αντιδράσεις, ως απάντηση στην ασθένεια. Ομοιότητες μεταξύ των διάφορων μορφών του άγχους μπορούν να εξηγήσουν τον μεγάλο βαθμό των αρνητικών συναισθημάτων των ασθενών. Επίσης η απελπισία συνδέθηκε με μηχανισμούς αντιμετώπισης των σφαλμάτων για τις αποτυχίες. Αυτό θα μπορούσε να είναι μια χρήσιμη ένδειξη για παρέμβαση της μείωσης των αρνητικών επιπτώσεων της ντροπής στα άτομα με ψυχική ασθένεια, γενικότερα. Άλλες συγκρίσεις μας δίνουν ειδικότερες πληροφορίες για τις επιπτώσεις του συναισθηματικού άγχους στη ντροπή και την απόγνωση.

Ένα άρθρο της Bonnie Dunn (2008), εξετάζει τα ενδοψυχικά και διαψυχικά φαινόμενα που συμβάλλουν στα αισθήματα ντροπής και ενοχής και προσφέρει προτάσεις στους κλινικούς για το πώς να εργαστούν ώστε να κατευνάσουν την ένταση και την ισχύ των συναισθημάτων αυτών. Συνήθως στα πρώτα πέντε έτη από την ασθένεια, υπάρχει μια δύσκολη περίοδο αποδοχής και προσαρμογής για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Στις περιγραφές επεξεργασίας των δεδομένων και των παραδειγμάτων, πολλοί παρουσιάζουν έντονα συναισθήματα αναξιοσύνης που εκφράζεται στα λόγια τους, όχι όμως και ντροπή ή ενοχή να χαρακτηρίζει αποκλειστικά την συμπεριφορά και τις πράξεις τους. Οι περιγραφές επεξεργασίας και τα παραδείγματα λήφθηκαν από εργασία με ασθενείς σε οξεία φάση στο πρώτο επεισόδιο της σχιζοφρένειας. Τα δεδομένα είναι κοινά και πρέπει να λαμβάνονται το όψιν με ευαισθησία από τους κλινικούς και με τρόπο συμβατό, ως προς τα βαθιά ριζωμένα αισθήματα των ασθενών.

Άλλοι ερευνητές υποθέτουν επίσης, ότι και η ντροπή και η ενοχή είναι συναισθήματα σημαντικά και στις αγχώδεις διαταραχές. Υπάρχοντα στοιχεία, ωστόσο, αναφέρουν ότι, η ροπή προς την ενοχή έχει μη σημαντικές σχέσεις με συμπτώματα ψυχοπαθολογίας μετά τον έλεγχο για τη ροπή προς τη ντροπή. Για να διερευνήσει περαιτέρω τη σχέση της ντροπής και της ενοχής στον τομέα της ψυχικής διαταραχής, η τρέχουσα μελέτη εξέτασε τους συσχετισμούς μεταξύ της ροπής προς τη ντροπή και την ενοχή και τα συμπτώματα της αγχώδους διαταραχής, χρησιμοποιώντας δεδομένα από τους ασθενείς με πρωτογενή διάγνωση κάποια αγχώδη διαταραχή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μόνο τα συμπτώματα της κοινωνικής αγχώδους διαταραχής και της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής είχαν σημαντική σχέση με την κλίση προς τη ντροπή μετά τον έλεγχο για άλλους τύπους συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης και ενοχής. Περαιτέρω, οι αλλαγές στην κλίση για ντροπή, κατά τη διάρκεια της θεραπείας, βρέθηκαν να έχουν σημαντικές σχέσεις με τις αλλαγές στην ψυχαναγκαστική διαταραχή. Τα τρέχοντα αποτελέσματα δείχνουν ότι η ντροπή σχετίζεται περισσότερο με τα συμπτώματα του τομέα της αγχώδους διαταραχής, από ότι η ενοχή. Οι συνέπειες αυτών των αποτελεσμάτων για την σύλληψη της έννοιας της ενοχής και την αντιμετώπιση της ντροπής στις διαταραχές άγχους, βρίσκονται ακόμη υπό συζήτηση και πως αυτό διευρύνεται κι εξηγείται και στις υπόλοιπες ψυχικές διαταραχές (Fergus, Valentiner, McGrath & Jencius, 2010).

Ταυτόχρονα με όλη αυτή την προσπάθεια για συσχέτιση των πεποιθήσεων με τις αντικειμενικές συνθήκες που ισχύουν και επικρατούν σε κοινωνικό και προσωπικό επίπεδο, μια ευρωπαϊκή έρευνα και κυρίως δείγματος του ιταλικού πληθυσμού μας έδωσε καθοριστικά στοιχεία για την αυτογνωσία και τη συνείδηση των ασθενών, όσον αφορά τις προεκτάσεις και τις συνέπειες των συνθηκών που βιώνουν και αντιμετωπίζουν. Η μελέτη αυτή διερεύνησε τις απόψεις σχιζοφρενών για τη δική τους διαταραχή. Εξετάστηκε επίσης και η άποψη τους για τους περιορισμούς στην καθημερινότητα τους. Ως μεθοδολογικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε η γνώση των ασθενών για τη διάγνωσή τους και η αντίληψη των περιορισμών της στη δική τους ζωή. Η ύπαρξη ή όχι του αισθήματος εμπιστοσύνης, πως θα γίνουν καλά και θα είναι υγιείς στο μέλλον, ως αποτέλεσμα της διαταραχής, διερευνήθηκε σε σχέση με τις γνώμες των ασθενών για τις κοινωνικές συνέπειες της ασθένειάς τους. Αποδείχθηκε ότι, οι ερωτηθέντες που είχαν μικρής διάρκειας επαφή και όχι συχνή με ψυχιατρικές υπηρεσίες, ήταν βέβαιοι ότι θα γίνουν ξανά καλά και δεν αισθανόταν περιορισμένοι στη ζωή τους από την ασθένειά τους· ανέφεραν επίσης, περισσότερη αισιοδοξία για τη χρησιμότητα των θεραπειών και λιγότερη κοινωνική απομόνωση. Παρατηρήθηκε ταυτόχρονα φτωχή αντιληπτικότητα των κοινωνικών και συναισθηματικών δυσκολιών της

αντικειμενικής τους κατάστασης. Τα αποτελέσματα της μελέτης παρουσιάστηκαν στους συμμετέχοντες, για να διερευνηθούν περαιτέρω αντιδράσεις και πεποιθήσεις τους καθώς και προτάσεις που συλλέχθηκαν, σχετικά με το πώς αυτά τα αποτελέσματα της μελέτης πρέπει και θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν από τους κλινικούς και τους ερευνητές (Magliano et al., 2008).

Κλινικές αναφορές, αναφορές του ασθενούς, καθώς και συνεντεύξεις με μέλη της οικογένειας που κατανεμήθηκαν τυχαία στην ατομική ή οικογενειακή διαχείριση συνθηκών και συναισθημάτων, έδειξαν μια συνεχή και συνεπή υπεροχή της οικογένειας στη διαχείριση όλων των αισθημάτων και των καταστάσεων των ασθενών-μελών της. Η αποτελεσματικότητα μιας προσέγγισης της οικογένειας συνδυάζεται με μια ιδιαίτερη διαχείριση της έντασης των συνθηκών που προκύπτουν, όσον αφορά τον αντίκτυπο στην κοινωνική προσαρμογή του ασθενούς. Μετά από ένα ψυχωτικό επεισόδιο, χρειάζεται μια ιδιαίτερη προσέγγιση του ασθενούς-μέλους της. Με αυτόν τον τρόπο, επιτυγχάνεται και η αποτελεσματική κοινοτική θεραπεία των ψυχώσεων, η οποία δεν περιλαμβάνει απλώς την άρση των συμπτωμάτων που παρουσιάζονται στην παρούσα φάση αλλά κυρίως την αποκατάσταση της αποτελεσματικής λειτουργίας του κοινωνικού ρόλου του σχιζοφρενούς. Τα ευρήματα αυτά είχαν υποτιμηθεί τα προηγούμενα χρόνια. Οι δυνατότητες των μηχανισμών, μέσω των οποίων μπορεί να επιτευχθεί η προσέγγιση της οικογένειας στη μεγαλύτερη και καλύτερη δυνατή αποτελεσματικότητα της, αξιολογήθηκαν εκ νέου (Falloon et al., 2009).

Η έννοια της ψύχωσης και της συνολικότερης ψυχωτικής εμπειρίας, η έννοια της ανάρρωσης, το στίγμα και η ύπαρξη μιας αισιόδοξης στάσης ως προς την ασθένεια, έχουν διερευνηθεί από μια μελέτη για το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, από τη σκοπιά των ίδιων των ασθενών και τις σημασίες που αποδίδουν στα συναισθήματα τους, στην ασθένεια τους και στην ανάρρωσή τους. Χρησιμοποιήθηκε μια ποιοτική μεθοδολογία που βασίστηκε σε μια ομάδα εστίασης, αρχικά. Κασέτες απομαγνητοφωνήθηκαν κατά λέξη και τρεις ερευνητές συμμετείχαν σε μια ανάλυση περιεχομένου, η οποία εντόπισε τα θετικά στοιχεία που η εμπειρία της ασθένειας τους επέφερε. Η άποψη των συμμετεχόντων σχετικά με την ανάρρωση και την καλύτερη έκβαση, ήταν ευρύτερη από εκείνη που συχνά έχουν οι κλινικοί. Οι ανησυχίες τους συμπεριλαμβάνουν, εκτός από τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, το φόβο και τη ντροπή μήπως η ασθένειά τους αποκαλυφθεί. Αυτό αποτελεί ιδέα για το τι είναι ανάγκη στο να λαμβάνεται υπόψιν κατά τη θεραπεία από τους ειδικούς, προκειμένου να τονιστεί η θεραπευτική αισιόδοξία παρά απαισιοδοξία και να ενημερώνονται με αυτόν τον

τρόπο ο ασθενείς στο πλαίσιο της θεραπείας τους, για την υποκειμενικότητα των εμπειριών τους (Lam et all., 2010).

Σχολιάστηκε επίσης από τους Rüsche et al. (2010) η αντιληπτική γνησιότητα των διακρίσεων στις αντιδράσεις για το στίγμα εξ αιτίας της ψυχικής ασθένειας και της ντροπής που απορρέει από αυτήν, μεταξύ στιγματισμένων ατόμων. Αποτιμήθηκαν οι εσκεμμένες αντιδράσεις έναντι των αυτόματων αντιδράσεων, που σχετίζονται με τη ντροπή σε ψυχικές διαταραχές, ως δείκτες αλλαγής στην αντίληψη της γνησιότητας των διακρίσεων των ατόμων με ψυχική ασθένεια. Οι σύνδεσμοι που συσχετίζονται με τη ντροπή και που ενεργοποιούνται αυτόματα με την ψυχική ασθένεια έχουν υπολογιστεί με βάση το Brief Implicit Association Test, που εσκεμμένα υιοθέτησε πεποιθήσεις μέσω της αυτο-έκθεσης. Ο έλεγχος για την κατάθλιψη και το αντιληπτό στίγμα, η ενίσχυση των συνδέσμων που συσχετίζονται με τη ντροπή και που ενεργοποιούνται αυτόματα θεώρησαν πιο έγκυρη την αντιληπτική γνησιότητα των διακρίσεων που προκύπτουν μετά από καιρό. Αντιδράσεις ντροπής που ενεργοποιούνται αυτόματα μπορεί να αυξήσουν την ευαισθησία στο στίγμα λόγω ψυχικής ασθένειας.

Μιά άλλη παραγωγική έρευνα, πυροδότησε πολλές υποθέσεις που σχετίζονται με την αύξηση της νοσηρότητας στους σχιζοφρενείς στην αρχή της ασθένειας τους από τις επιπτώσεις του στίγματος και κατ'επέκταση των συναισθημάτων ντροπής που προκύπτουν από αυτό. Η εποικοδομητική υπόθεση απέδειξε ότι έτσι έχουμε μια μεγαλύτερη διάρκεια της ανίατης ψύχωσης (DUP). Πρόκειται για ποιοτικές συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν με μέλη αфро-αμερικανών οικογενειών που εμπλέκονται άμεσα στην έναρξη της θεραπείας μετά το πρώτο επεισόδιο και κατέδειξαν τον μηχανισμό δημιουργίας και ύπαρξης συναισθημάτων ντροπής για την ασθένεια τους κάτω από το πρίσμα μιας υποκειμενικής αντιληπτικότητας. Η ανάλυση των δεδομένων στηρίχθηκε σε μια βασική θεωρητική προσέγγιση. Τα περαιτέρω ευρήματα υποδεικνύουν ότι, λόγω του φόβου για οποιαδήποτε μορφή απομόνωσης ορισμένες τεχνικές αντιμετώπισης των προβλημάτων τους και διαχείρισης των συναισθημάτων τους θεσπίζονται από τις ίδιες τις οικογένειες με αποτέλεσμα, να έχουμε αυξημένα όρια για την έναρξη της θεραπείας και τελικά καθυστέρηση και κακή έκβαση αυτής. Μεταξύ άλλων εντοπίστηκαν οι πεποιθήσεις της κοινωνίας αλλά και της οικογένειας για την ψυχική ασθένεια των μελών της. Ένα μοντέλο βασικής θεωρίας αναπτύχθηκε, ως μια σχηματική αναπαράσταση των θεμάτων αυτών και υποθέματα εκτυλίχθηκαν σε αφηγήσεις των μελών της οικογένειας. Ποιοτικές και ποσοτικές αναλύσεις θα μπορούσαν ν' αναπτυχθούν, με στόχο την εκπόνηση καλύτερων και διεξοδικότερων εκπαιδευτικών προγραμμάτων

που αφορούν χειρισμούς για μείωση του ορίου αυτού και ίσως εξάλειψη της DUP (Franz et al., 2010).

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα μιας έρευνας, που αφορούσε τα μέλη οικογενειών ασθενών με σχιζοφρένεια αλλά και τους ίδιους τους ασθενείς, η οποία προχώρησε στη μέτρηση του εξής συσχετισμού: μεταξύ, αφενός των ενσυνείδητων συναισθημάτων, δηλαδή της ντροπής και της ενοχής και αφετέρου της γενικότερης κατάθλιψης και της έκφρασης των συναισθημάτων, στα μέλη των οικογενειών αυτών σε συνάρτηση πάντα με την παροχή φροντίδας προς το σχιζοφρενές άτομο αλλά και με τις επιμέρους πτυχές που χαρακτηρίζουν τη δομή μιας οικογένειας και τις σχέσεις όλων των μελών της στο πλαίσιο αυτής. Όλοι οι συγγενείς πέρασαν το τεστ Tagney et al.(1989), ώστε να εκτιμηθεί το μέγεθος αυτής της ροπής. Ως μεταβλητή διχοτόμος (υψηλά ή χαμηλά ποσοστά) θεωρήθηκε η εκφραστικότητα και η αποκαλυπτικότητα των συναισθημάτων. Οι αναλύσεις έδειξαν και σύμφωνα πάντα κα με τη θεωρία του Tagney ότι, όσο μεγαλύτερη ήταν η συναισθηματική εμπλοκή των μελών με τον ασθενή και την ασθένεια τόσο τα ποσοστά ροπής προς την ενοχή ήταν μικρότερα κι αντίθετα τα ποσοστά ντροπής μεγαλύτερα, γεγονός που δικαιολογείται σε σχέση με τα χαμηλά ποσοστά συναισθηματικής εμπλοκής. Ταυτόχρονες αναλύσεις παλινδρόμησης το αποδεικνύουν και αυτό (Mamani, 2010).

Άλλες έρευνες αντιθέτως επαναλαμβανόμενες και διεξοδικές, εμπλέκουν μόνο σ' ένα μικρό ποσοστό των περιπτώσεων τη συμμετοχή των οικογενειών και κατ' επέκτασιν των σχέσεων των μελών της, στην ψύχωση. Συχνά διατυπώνεται ως έκθεση υπόθεσης αλλά δεν αποδεικνύεται επαρκώς. Οι εμπλεκόμενοι ασθενείς έχουν μια ασυνήθιστα στενή σχέση μεταξύ τους και είναι απομονωμένοι από τους άλλους αλλά ο προσωρινός διαχωρισμός τους, καταδεικνύει την μείωση της έντασης των επινεμομένων αυταπατών και συμπτωμάτων στα άλλα μέλη της οικογένειας (Srivastava & Borkar, 2010).

Ως μέρος μιας μακροχρόνιας μελέτης στη σχιζοφρένεια, έχει αναπτυχθεί ένα μοντέλο παρέμβασης της οικογένειας το οποίο προσπαθεί να μειώσει τα ποσοστά υποτροπής των σχιζοφρενών ασθενών, ως αποτέλεσμα των μεταξύ τους σχέσεων. Το μοντέλο αυτό αντανakλά τα θεωρητικά και τα μετερευνητικά αποτελέσματα που δείχνουν ότι ορισμένοι ασθενείς έχουν ένα «εκ του πυρήνα ψυχολογικό έλλειμμα», που θα μπορούσε να αυξήσει την ευαισθησία τους σε εξωτερικά ερεθίσματα και το οποίο, σχετίζεται με τ' αρνητικά τους συναισθήματα. Μια σειρά από ιδιαίτερα δομημένες, υποστηρικτικές, ψυχο- εκπαιδευτικές οικογενειακές παρεμβάσεις έχουν ως στόχο την εντατικοποίηση του οικογενειακού

περιβάλλοντος όπου ζει ο ασθενής και την εξάλειψη των εντάσεων και της σύγκρουσης που οδηγούν σε υποτροπή εξαιτίας της απαισιοδοξίας και της απομόνωσης τους (Anderson et al., 2009). Κι αυτό γιατί αυτοκτονική συμπεριφορά παραμένει σημαντική πηγή νοσηρότητας και θνησιμότητας μεταξύ των σχιζοφρενών. Το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας διαπίστωσε ότι, ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με μέσο όρο τα πέντε έτη, έχει τουλάχιστον μια απόπειρα αυτοκτονίας ενώ οι υπόλοιποι διαγνώστηκαν με έντονο αυτοκτονικό ιδεασμό. Η διαχείριση των ασθενών με σχιζοφρένεια με κίνδυνο αυτοκτονίας παραμένει κάτι δύσκολο, όχι μόνο στην κλινική πρακτική αλλά και στους κόλπους της οικογένειας. Αυτό το άρθρο ασχολείται με τη συχνότητα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς στη σχιζοφρένεια, παρέχει ένα μοντέλο για την κατανόηση του, και εξετάζει διάφορες πτυχές της διαχείρισης του κινδύνου για τη ζωή, στον σχιζοφρενικό ασθενή (Roy & Pompili, 2009).

Σε μια προσπάθεια εξάλλου να μελετηθεί και η κατηγορία των εξαρτημένων ατόμων με τις έννοιες «ντροπή», «σχέσεις», «στρες», «αποκατάσταση», πραγματοποιήθηκαν διάφορες μελέτες. Διαχρονική έρευνα θεωρείται και αυτή που εξέτασε τη συμβολή του άγχους και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των εξαρτημένων ατόμων κατά τη διάρκεια της ζωής τους αλλά και την πρόσφατη έκθεση τους στο τραύμα από χρήση ουσιών, μετά από θεραπεία αλλά και που είχαν ταυτόχρονα και κάποια συνεμφανιζόμενη ψυχική διαταραχή. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από ενήλικες κατά την έναρξη της θεραπείας και μήνες αργότερα. Όλοι ανεξαιρέτως πληρούσαν τα κριτήρια για εμφάνιση μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής (PTSD) και ανέφεραν στην αρχή της θεραπείας έκθεση σε στρεσογόνους και καταθλιπτικούς παράγοντες. Κατά την διάρκεια της έρευνας, το 1/3 ήταν μόνο των συμμετεχόντων ήταν εκτεθειμένοι σε τραύμα. Η μακροχρόνια έκθεση σε αυτές τις συνθήκες έδειξε αυξημένο κίνδυνο για χρήση ουσιών και πάλι, ακόμη και στη φάση της επανένταξης και της αποθεραπείας. Η συνεχή έκθεση και η αίσθηση του τραύματος συνδέθηκε με την ταυτόχρονη χρήση ουσιών. Το φύλο δεν έπαιξε ρόλο στη σύνδεση μεταξύ της έκθεσης στο τραύμα και τα αγχώδη ή καταθλιπτικά συμπτώματα με χρήση ουσιών και την πορεία της ασθένειας. Τα ευρήματα αυτά τονίζουν τη σημασία των αποτελεσματικότερων παρεμβάσεων που στοχεύουν στην εξάλειψη των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, ώστε να μειωθεί η πιθανότητα χρήσης ουσιών μεταθεραπευτικά σε αυτόν τον πληθυσμό (Gil-Rivas, Prause, and Grella, 2009).

Θα μπορούσε να πει κανείς επίσης ότι, η ανθεκτικότητα και στρατηγικές αντιμετώπισης των συμμετεχόντων εξετάζονται συνεχώς και οι συνέπειες για θεραπευτικές παρεμβάσεις με τέτοιες οικογένειες συζητούνται ακόμη. Αναδρομική

μελέτη ενηλίκων, που ανατράφηκαν από ψυχωτικές μητέρες και αναφέρονται στις παιδικές τους εμπειρίες, αποκάλυψε 5 κοινά ψυχομετρικά θέματα: κακοποίηση, παραμέληση, απομόνωση, ενοχή, απαισιοδοξία. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις σε τέτοιες οικογένειες αμφισβητούνται ακόμη και σήμερα (Dunn, 2008).

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

1. Εισαγωγή

Οι ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

- Η ποιότητα ζωής και η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας συνδέεται με συνθήκες που οδηγούν στο στιγματισμό και τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου (π.χ. ασθένεια, ελλειμματικότητα, εξαρτήσεις), παράγοντες που οδηγούν στην κοινωνική απόρριψη και την ντροπή (Gilbert 1998, Gilbert 2003).
- Ως προς την εσωτερική ντροπή, η υπόθεσή μας είναι ότι τα άτομα με ψύχωση θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα εσωτερικής ντροπής και υψηλότερα σε σχέση με το δείγμα του Ελληνικού πληθυσμού, καθώς αφενός η εξωτερική και η εσωτερική ντροπή σχετίζονται (Goss et al 1994), και αφετέρου το «βλέμμα του άλλου» εσωτερικοποιείται δημιουργώντας μια μόνιμη αίσθηση κατωτερότητας και το φόβο ότι το άτομο δεν είναι επιθυμητό (Gilbert 1998).
- Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση του συναισθήματος της ντροπής στις δύσκολες οικογενειακές σχέσεις, και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου της ντροπής στην εμφάνιση και την πορεία διαφόρων τύπων ψυχοπαθολογίας (Goss et al 1994, Gilbert et al. 1996, Gilbert & Miles 2000, Andrews et al. 2002).

2. Σκοπός της ερευνητικής μελέτης

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση ψυχολογικών χαρακτηριστικών των ατόμων που παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα, θα μελετηθεί η συσχέτιση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (εξωτερική ντροπή, εσωτερική ντροπή) των ατόμων με ψυχικές διαταραχές με δημογραφικά τους χαρακτηριστικά και τις σχέσεις τους εντός της οικογένειας.

3. Σκοπός της ερευνητικής μελέτης

Η παρούσα έρευνα θα πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας σε συνεργασία με το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου.

3.1 Δείγμα

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 45 (18 άνδρες (ποσοστό 40%) και 27 γυναίκες (ποσοστό 60%)) άτομα με ψυχικές διαταραχές που παρακολουθούνται από τον τομέα Ψυχικής Υγείας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης.

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

1. Τα άτομα να είναι ενήλικα (άνω των 18 ετών).
2. Οι συμμετέχοντες να έχουν μορφωτικό επίπεδο τέτοιο, που να τους επιτρέπει να αντιλαμβάνονται πλήρως τις ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων.
3. Οι συμμετέχοντες να συμφωνούν να πάρουν μέρος στη μελέτη.

Ο σχεδιασμός της μελέτης περιλάμβανε την αξιολόγηση ψυχολογικών χαρακτηριστικών που θα αφορούν το συναίσθημα της ντροπής και των οικογενειακών σχέσεων.

Τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιώθηκαν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Για το κάθε άτομο δημιουργήθηκε ένας απόρρητος, ατομικός κωδικός, με τον οποίο συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπώνυμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία τη διεκπεραίωσε η μεταπτυχιακή φοιτήτρια, οπότε διασφαλίστηκαν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και ακόμη διασφαλίστηκε πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ της ερευνήτριας και των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα.

3.2 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά Εργαλεία

3.2.1. 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 συναισθηματικό ντροπή (όπως: Gilbert et al. 1996; Gilbert & Miles, 2000; Gilbert et al., 2003b; Benn et al., 2005).

3.2.2. 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 χαρακτηρισμολογική (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 (χαρακτηρισμολογική ντροπή), οι λανθασμένες πράξεις του (συμπεριφορική ντροπή) ή η εικόνα του σώματός του (σωματική ντροπή). Συνολικά καλύπτονται 8 θέματα που αφορούν το συναισθηματικό 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).

3.2.3 Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES) των Moos and Moos

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος των Moos and Moos (1987) μετρά την οικογενειακή ατμόσφαιρα, διερευνώντας τρεις διαστάσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος σε όλους τους τύπους των οικογενειών. Συγκεκριμένα μετρά τις διαστάσεις των διαπροσωπικών σχέσεων, το βαθμό ενθάρρυνσης της προσωπικής ανάπτυξης και τη βασική οργανωτική δομή της οικογένειας. Είναι μια έγκυρη και αξιόπιστη Κλίμακα με ευρεία εφαρμογή κι ο ίδιος ο Moos έχει παρουσιάσει λεπτομερείς περιγραφές της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και των αλληλοσυσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων της. Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς σε πολλές μελέτες που αφορούσαν ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος αποτελείται από 90 ερωτήσεις, και είναι οργανωμένη σε τρεις τομείς, καθένας από τους οποίους περιλαμβάνει 3, 5 και 2 αντίστοιχα υποκλίμακες ως εξής:

- *Σχέσεις (Relationship Dimensions)*
 - Συνοχή (Cohesion)
 - Εκφραστικότητα (Expressiveness)
 - Σύγκρουση (Conflict)
- *Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)*
 - Ανεξαρτησία (Independence)
 - Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)
 - Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)

- Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)
- Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)
- *Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)*
 - Οργάνωση (Organization)
 - Έλεγχος (Control)

Η βαθμολόγηση της Κλίμακας γίνεται με βάση τον πίνακα που παρέχεται από τους κατασκευαστές της. Σε κάθε στήλη του πίνακα αθροίζεται ο αριθμός των κύκλων, που περιέχουν ένα (X). Το άθροισμα κάθε στήλης γράφεται στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο στο κάτω μέρος της Κλίμακας.

Η κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει μεταφραστεί στην Ελληνική γλώσσα και προσαρμοστεί από την Κ. Μάτσα. Χρησιμοποιήθηκε στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό, σε τοξικομανείς, ασθενείς με οξεία λευχαιμία και σε μέλη της οικογένειάς τους.

3.2.4 Κλίμακα Συνολικής Εκτίμησης Λειτουργικότητας (Global Assessment of Functioning- GAF)

Πρόκειται για μια αριθμητική Κλίμακα αντικειμενικής αξιολόγησης της κοινωνικής, επαγγελματικής και ψυχολογικής λειτουργικότητας των ψυχικά ασθενών. Αξιολογείται από τον εξεταστή και έχει διαβαθμίσεις από: [1] = ελάχιστη λειτουργικότητα του εξεταζομένου έως [100] = μέγιστη λειτουργικότητα του εξεταζομένου (Piersma & Boes, 1997, American Psychiatric Association, 1994).

3.2.5. Βραχεία Κλίμακα Ψυχιατρικής Εκτιμήσεως (BPRS)

Η Βραχεία Κλίμακα Ψυχιατρικής Εκτίμησης είναι μια κλίμακα με διαβάθμιση η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο κατά την ψυχιατρική κλινική εξέταση όσο και κατά την ερευνητική διαδικασία, μια και με την χρήση της μπορούν να μετρηθούν ψυχιατρικά συμπτώματα, όπως κατάθλιψη, άγχος, ψευδαισθήσεις κ.α. Με την Κλίμακα αυτή αξιολογείται από τον εξεταστή συνοπτικά η τρέχουσα ψυχική κατάσταση των ψυχικά ασθενών μέσω της βαθμολόγησης 16 θεμάτων που αφορούν συμπτώματα διάστασης της ψυχοπαθολογίας (σωματική ενασχόληση, ψευδαισθήσεις, άγχος, ιδεακή αποργάνωση, ψυχική τάση κ.λ.π). Κάθε διάσταση βαθμολογείται με μια κλίμακα τύπου Lykert, όπου: [1] = το σύμπτωμα δεν

υφίσταται και [7] = το σύμπτωμα υφίσταται σε πολύ μεγάλο βαθμό (Overall & Gorlam, 1963, Ventura et al., 1993, American Psychiatric Association, 1994).

3.2.6 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 κλειστές ερωτήσεις που διερευνούσαν τις ταυτίσεις τους με το οικογενειακό περιβάλλον.

3.2.7 Στατιστική επεξεργασία

Κατά την ανάλυση για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, σταθερή απόκλιση (SD), τυπικό σφάλμα μέσης τιμής) των ασθενών του δείγματος, τόσο για τους άνδρες ασθενείς όσο και για τις γυναίκες ασθενείς.

Για τις συγκρίσεις των ποσοτικών μεταβλητών και A-NOVA χρησιμοποιήθηκαν οι διακυμάνσεις t-test (όπου επρόκειτο για κανονικές κατανομές) και οι δοκιμασίες των Mann-Whitney (όπου οι κατανομές δεν ήταν κανονικές (Γναρδέλης, 2006)).

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) και ο δείκτης Likelihood

Ratio (LR). Οι υπολογιστικοί τύποι αυτών των δοκιμασιών είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασίες είναι εύκολες να εφαρμοστούν σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού (Ιωαννίδης, 2000; Γναρδέλλης, 2006).

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbom & Norell, 1992) μεταξύ της ομάδας των ανδρών ασθενών και των γυναικών ασθενών χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson, (Ιωαννίδης, 2000; Παρασκευόπουλος, 1993). Συγκεκριμένα, με το συντελεστή συσχέτισης κατά Kendall προσδιορίστηκε:

- η στατιστική συσχέτιση όλων των ποσοτικών μεταβλητών ανά δύο τόσο για την ομάδα των ανδρών ασθενών, την ομάδα των γυναικών ασθενών όσο και για το σύνολο του δείγματος.

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

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούσαν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών έγιναν στα προγράμματα Excel και SPSS (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 (Γναρδέλλης, 2006).

4. Αποτελέσματα της μελέτης

4.1 Κοινωνικο - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος

Το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των ατόμων και των δύο ομάδων παρουσιάζεται αναλυτικά στους πίνακες 1 και 2.

Η μέση ηλικία των ασθενών του δείγματος ήταν $44,09 \pm 11,55$, με εύρος 19-75. Η μέση ηλικία των ανδρών ασθενών του δείγματος ήταν $43,50 \pm 7,80$, με εύρος 31-58. και δε διέφερε στατιστικά σημαντικά από τη μέση ηλικία των γυναικών ασθενών του δείγματος, η οποία ήταν $44,48 \pm 13,62$, με εύρος 19-75, στη σύγκρισή τους (T-Test = -0,276, P = 0,784).

Σχεδόν οι 6 από τους 10 ασθενείς του δείγματος (ποσοστό 60,0%) ήταν γυναίκες και οι 4 στους 10 άνδρες (ποσοστό 40,0%).

| | | | | |
|--|---|------------------|----------------|--------------------------------------|
| Πίνακας 1 | Κατανομή 45 ψυχιατρικών ασθενών, κατά ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια και παιδιά. | | | |
| | Άνδρες N(%) | Γυναίκες N(%) | Σύνολο N(%) | Διαφορά |
| Σύνολο | 18 (40,0) | 27 (60,0) | 45 (100,0) | |
| Ηλικία | | | | |
| Ελαχίστη - μεγίστη | 31-58 | 19-75 | 19-75 | |
| Μέση τιμή (x ± SD) | 43,50 ± 7,80 | 44,48 ± 13,62 | 44,09 ± 11,55 | t = -0,276 P= 0,784 |
| Οικογενειακή κατάσταση | | | | |
| Άγαμος | 11 (61,1) | 10 (37,0) | 21 (46,7) | Fisher's ExactTest=4,028 P= 0,278 |
| Έγγαμος | 5 (27,8) | 7 (25,9) | 12 (26,7) | |
| Διαζευγμένος | 2 (11,1) | 7 (25,9) | 9 (20,0) | |
| Χήρος | 0 (0,0) | 3 (11,2) | 3 (6,6) | |
| Αδέρφια | | | | |
| Ναι | 17 (94,4) | 25 (92,6) | 42(93,3) | LR=0,061 P= 0,805 |
| Όχι | 1 (5,6) | 2 (7,4) | 3 (6,7) | |
| Παιδιά | | | | |
| Ναι | 9 (50,0) | 14 (51,9) | 23 (51,1) | LR=0,015 P= 0,903 |
| Όχι | 9 (50,0) | 13 (48,1) | 22 (48,9) | |
| x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), Fisher's ExactTest και LR= Likelihood Ratio, όπως δίδονται από το SPSS. | | | | |

Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν άγαμοι (ποσοστό 46,67). Η σύγκριση με το Fisher Exact Test δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά (P = 0,278) μεταξύ της ομάδας των ανδρών

ασθενών με αυτής των γυναικών. Το 93,3% των ασθενών του δείγματος είχαν αδέρφια χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ($P=0,805$) μεταξύ της ομάδας των ανδρών ασθενών με αυτής των γυναικών, στη σύγκρισή τους με τον δείκτη Likelihood Ratio (LR), ενώ ο 1 στους 2 περίπου είχε παιδιά (ποσοστό 51,1), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ($P=0,903$) μεταξύ της ομάδας των ανδρών ασθενών με αυτής των γυναικών, στη σύγκρισή τους με τον δείκτη Likelihood Ratio (LR).

Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά το *εκπαιδευτικό επίπεδο* των δύο ομάδων, όπως παρατηρήθηκε με τη σύγκριση με το Fisher Exact Test ($P=0,599$). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών του δείγματος (ποσοστό 31,1%) ήταν απόφοιτοι του Λυκείου.

Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν και ως προς τη *διαμονή* τους. Η σύγκριση με το Fisher Exact Test δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P=0,880$) μεταξύ τους. Τα μεγαλύτερα ποσοστά των ατόμων και στις δύο ομάδες κατοικούσαν σε πόλη <150.000 κατοίκων (ποσοστό 55,6% και 48,1% αντίστοιχα). Από τους υπόλοιπους, το 38,9% των ανδρών ασθενών και το 48,1% των γυναικών ασθενών κατοικούσαν σε χωριό ή κωμόπολη, ενώ οι υπόλοιποι διέμεναν σε πόλη >150.000, ποσοστό 5,6% για τους άνδρες ασθενείς και 3,7% για τις γυναίκες ασθενείς.

| Πίνακας 2 Κατανομή 45 ψυχιατρικών ασθενών, κατά επίπεδο εκπαίδευσης, και διαμονή. | | | | |
|---|----------------|------------------|----------------|--|
| | Άνδρες N(%) | Γυναίκες N(%) | Σύνολο N(%) | Διαφορά |
| Σύνολο | 18 (40,0) | 27 (60,0) | 45 (100,0) | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης (Μορφωτική κατάσταση) | | | | |
| Αναλφάβητος | 0 (0,0) | 1 (3,7) | 1 (2,2) | Fisher's Exact Test=3,876 P= 0,599 |
| Απόφοιτος Δημοτικού | 4 (22,2) | 5 (18,5) | 9 (20,0) | |
| Απόφοιτος Γυμνασίου | 6 (33,3) | 6 (22,2) | 12 (26,7) | |
| Απόφοιτος Λυκείου | 4 (22,2) | 10 (37,0) | 14 (31,1) | |
| Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ | 4 (22,2) | 3 (11,1) | 7 (15,6) | |
| Φοιτητής ΑΕΙ/ΤΕΙ | 0 (0,0) | 2 (7,4) | 2 (4,4) | |
| Διαμονή | | | | |
| Χωριό- Κωμόπολη | 7 (38,9) | 13 (48,1) | 20 (44,4) | Fisher's Exact Test =0,700 P= 0,880 |
| Πόλη< 150.000 κατοίκους | 10 (55,6) | 13 (48,1) | 23 (51,1) | |
| Πόλη> 150.000 κατοίκους | 1 (5,6) | 1 (3,7) | 2 (4,4) | |
| Fisher's ExactTest, όπως δίδεται από το SPSS. | | | | |

4.2 Έλεγχος της κανονικότητας των κατανομών των ποσοτικών μεταβλητών του δείγματος

Υπολογίστηκαν ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση για τις ποσοτικές μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων των ασθενών του δείγματος μας αλλά και για τα συνολικά αποτελέσματα των ερευνητικών εργαλείων (πίνακας 3).

Πίνακας 3: Χαρακτηριστικά των ποσοτικών μεταβλητών του δείγματος

| | N | x | SD | Std error | Shapiro-Wilk (Sig.) |
|--|----------|----------|-----------|------------------|----------------------------|
| Ηλικία | 45 | 44,09 | ± (11,5) | 1,721 | 0,978 |
| Πόσο άρρωστος νομίζετε ότι είστε | 45 | 3,87 | ± (1,19) | 0,179 | 0,000 |
| Συνολική ψυχιατρική εκτίμηση (BPRS-Total) | 45 | 42,42 | ± (11,13) | 1,660 | 0,041 |
| Συνολική Εκτίμηση Λειτουργικότητας (GAF) | 45 | 56,62 | ± (15,86) | 0,241 | 0,002 |
| Συνολική βαθμολογία της οικογένειας (FIS) | 45 | 3,16 | ± (1,26) | 0,188 | 0,001 |
| Συνολική Εξωτερική Ντροπή (OAS-Total) | 45 | 11,11 | ± (5,22) | 0,779 | 0,176 |
| Συνολική Εσωτερική Ντροπή (ESS- Total) | 45 | 52,31 | ± (12,76) | 1,903 | 0,644 |
| Πόσο άρρωστος νομίζετε ότι είναι | 45 | 2,76 | ± (0,90) | 0,135 | 0,000 |

N= αριθμός ατόμων. x= μέσος όρος. SD= τυπική απόκλιση. Std error= σφάλμα μέσης τιμής

Το στατιστικό κριτήριο Shapiro-Wilk αναφέρεται, αφενός γιατί το δείγμα μας είναι μικρότερο του 50 ($n \leq 50$) και αφετέρου είναι κατάλληλο να δείξει την κατεύθυνση της κατανομής των μεταβλητών και γιατί από το επίπεδο σημαντικότητας του κριτηρίου αυτού, ελέγχθηκε η κανονικότητα των ποσοτικών μεταβλητών η οποία βρέθηκε να μην ξεπερνά κατά πολύ την κανονική (καθώς το επίπεδο σημαντικότητας βρέθηκε $> 5\%$, πιθανοθεωρητικό όριο όπου κρίνουμε τη μηδενική υπόθεση), με αποτέλεσμα να επιλεγεί η χρήση παραμετρικών κριτηρίων για την συνέχεια της μελέτης (Δαφέρμος Β. , 2005), για όλες τις υπόλοιπες μεταβλητές, εκτός από το πόσο άρρωστος νομίζετε ότι είστε, τη συνολική ψυχιατρική εκτίμηση, τη συνολική εκτίμηση λειτουργικότητας, τη συνολική βαθμολογία της οικογένειας και το πόσο άρρωστος νομίζετε ότι είναι στις οποίες εφαρμόστηκαν μη παραμετρικά κριτήρια.

4.3 Διαφορές ανάλογα με το φύλο και την ηλικία των ψυχωτικών ασθενών

Το t-test για ανεξάρτητα δείγματα και το μη παραμετρικό τεστ Mann Whitney χρησιμοποιήθηκαν για την διερεύνηση διαφορών στο φύλο και την ηλικία, το πόσο άρρωστος νομίζετε ότι είστε, τη συνολική ψυχιατρική εκτίμηση, τη συνολική εκτίμηση της λειτουργικότητας, τη συνολική βαθμολογία της οικογένειας, και το πόσο άρρωστο το περιβάλλον του τον θεωρεί (πίνακας 4).

| Πίνακας 4. Οι μεταβλητές κατά φύλο: μέσοι όροι και διαφορά των μέσων όρων | | | | | | | | |
|---|--------|-------|-----------|----------|-------|-----------|---------------------|-------|
| ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ | ΑΝΤΡΕΣ | | | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | | | test | p= |
| | N | x | (SD) | N | x | (SD) | | |
| Ηλικία | 18 | 43,50 | ± (7,801) | 27 | 44,48 | ± (13,61) | -0,307 | 0,761 |
| Πόσο άρρωστος νομίζετε ότι είστε | 18 | 3,44 | ± (1,14) | 27 | 4,15 | ± (1,16) | -2131 [#] | 0,033 |
| Συνολική ψυχιατρική εκτίμηση (BPRS-Total) | 18 | 44,33 | ± (13,39) | 27 | 41,15 | ± (9,39) | -0,859 [#] | 0,391 |
| Συνολική Εκτίμηση Λειτουργικότητας (GAF) | 18 | 55,17 | ± (14,25) | 27 | 57,59 | ± (17,05) | -0,348 [#] | 0,728 |
| Συνολική βαθμολογία της οικογένειας (FES) | 18 | 2,67 | ± (1,18) | 27 | 3,48 | ± (1,22) | -2116 [#] | 0,034 |
| Πόσο άρρωστος νομίζετε ότι είναι | 18 | 2,56 | ± (0,70) | 27 | 2,89 | ± (1,01) | -0,983 [#] | 0,326 |

N= αριθμός ατόμων. x= μέσος όρος. SD= τυπική απόκλιση. test= πρόκειται για την τιμή Z του τεστ Mann-Whitney U, όπως δίδεται από το SPSS αν σημαίνεται με [#], t-test αλλιώς. p= p-value (αμφίπλευρη).

Παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, σχετικά με το πόσο άρρωστοι νομίζουν οι ίδιοι ότι είναι και τη συνολική βαθμολογία στην οικογένεια, ενώ δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υπόλοιπες κλίμακες μεταξύ των δύο φύλων, όπως φαίνεται και στον πίνακα 4, καθώς το μέγεθος των διαφορών στους μέσους όρους ήταν πολύ μικρό. Συγκεκριμένα παρατηρούμε ότι, στο πόσο άρρωστοι θεωρούν οι ίδιοι ότι είναι ο μέσος όρος της κλίμακας του πόσο άρρωστοι νομίζουν ότι είναι, ο μέσος όρος για τους ψυχωτικούς άνδρες, ήταν $3,44 \pm (1,14)$, ενώ για τις ψυχωτικές γυναίκες, ο μέσος όρος ήταν $4,15 \pm (1,16)$, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το Mann - Whitney Test ($P=0,033$).

Στη συνολική βαθμολογία της οικογένειας, όπως αυτή παρουσιάζεται στον πίνακα 4, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι, ο μέσος όρος της συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος για τους ψυχωτικούς άνδρες, ήταν $2,67 \pm (1,18)$, ενώ για τις ψυχωτικές γυναίκες, ο μέσος όρος ήταν $3,48 \pm (1,22)$, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το Mann - Whitney Test ($P=0,034$).

4.4 Κοινωνικό- δημογραφικοί παράγοντες που σχετίζονται με την εσωτερική και εξωτερική ντροπή των ψυχωτικών ασθενών

4.4.1 Διαφορές ανάλογα με το φύλο των ψυχωτικών ασθενών σε σχέση με την Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής- Other As Shamer Scale – (OAS)

Στον πίνακα 5, 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 ψυχωτική συνδρομή ήταν αντίστοιχα $30,44 \pm 13,49$, με εύρος 0-48 και $27,26 \pm 11,45$, με εύρος 9-46, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,400$).

Στην υποκλίμακα *empty* του OAS των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με ψυχωτική συνδρομή ήταν αντίστοιχα $11,72 \pm 5,57$, με εύρος 0-20 και $11,72 \pm 5,57$, με εύρος 0-23, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,132$).

Στην υποκλίμακα *mistakes* του OAS των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με ψυχωτική συνδρομή ήταν αντίστοιχα, $5,72 \pm 3,73$, με εύρος 0-14 και $5,63 \pm 3,29$, με εύρος 0-12, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,931$).

Πίνακας 5. Σύγκριση μεταξύ των 18 ψυχωτικών ανδρών και των 27 ψυχωτικών γυναικών ως προς τις υποκλίμακες και ως προς το συνολικό βαθμό του OAS.

| | Ψυχιατρικοί ασθενείς | | | |
|--------------------|----------------------|------------------|----------------|------------------------|
| | Άνδρες N(%) | Γυναίκες N(%) | Σύνολο N(%) | Διαφορά |
| Σύνολο | 18 (100,0) | 27(100,00) | 45 (100,0) | |
| Inferior | | | | |
| Ελαχίστη - μεγίστη | 0-48 | 9-46 | 0-48 | |
| Μέση τιμή (x ± SD) | 30,44 ± 13,49 | 27,26 ± 11,45 | 28,53 ± 12,26 | t = 0,851 P = 0,400 |
| Empty | | | | |
| Ελαχίστη - μεγίστη | 0-20 | 0-23 | 0-23 | |
| Μέση τιμή (x ± SD) | 11,72 ± 5,57 | 8,89 ± 6,37 | 10,02 ± 6,16 | t = 1,534 P = 0,132 |
| Mistakes | | | | |
| Ελαχίστη - μεγίστη | 0-14 | 0-12 | 0-14 | |
| Μέση τιμή (x ± SD) | 5,72 ± 3,73 | 5,63 ± 3,29 | 5,67 ± 3,43 | t = 0,088 P = 0,931 |
| OAS TOTAL | | | | |
| Ελαχίστη - μεγίστη | 0-20 | 2-20 | 0-20 | |
| Μέση τιμή (x ± SD) | 11,28 ± 5,84 | 11,00 ± 4,87 | 11,11 ± 5,22 | t = 0,173 P = 0,864 |

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 5, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με ψύχωση ήταν αντίστοιχα 11,28 ± 5,84, με εύρος 0-20 και 11,00 ± 4,87, με εύρος 2-20, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,864).

4.4.2 Διαφορές ανάλογα με το φύλο των ψυχωτικών ασθενών σε σχέση με την Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής- Experience of Shame Scale (ESS)

Στον πίνακα 6, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της τάσης των ψυχωτικών ασθενών 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 ψυχωτική συνδρομή ήταν

αντίστοιχα $26,22 \pm 7,86$, με εύρος 12-39 και $25,00 \pm 6,85$, με εύρος 13-38, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,584$).

Στην υποκλίμακα *behavioral shame* του ESS των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ψυχωτικών ανδρών και των ψυχωτικών γυναικών ήταν αντίστοιχα $19,06 \pm 3,88$, με εύρος 10-24 και $19,89 \pm 5,24$, με εύρος 10-30, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,568$).

Στην υποκλίμακα *bodily shame* του ESS των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με ψύχωση ήταν αντίστοιχα $6,61 \pm 3,05$, με εύρος 4-13 και $7,70 \pm 3,19$, με εύρος 4-16, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,259$).

Πίνακας 6. Σύγκριση μεταξύ των 18 ψυχωτικών ανδρών και των 27 ψυχωτικών γυναικών ως προς τις υποκλίμακες και ως προς το συνολικό βαθμό του ESS

| | Ανδρες N(%) | Ψυχιατρικοί Ασθενείς Γυναίκες N(%) | Σύνολο N(%) | Διαφορά |
|--------------------------------|-------------------|--|-------------------|-----------------------------|
| Σύνολο | 18 (100,0) | 27 (100,0) | 45 (100,0) | |
| Characterological shame | | | | |
| Ελαχίστη - μεγίστη | 12-39 | 13-38 | 12-39 | |
| Μέση τιμή ($x \pm SD$) | $26,22 \pm 7,86$ | $25,00 \pm 6,85$ | $25,49 \pm 7,21$ | $t = 0,552$ $P = 0,584$ |
| Behavioral shame | | | | |
| Ελαχίστη - μεγίστη | 10-24 | 10-30 | 10-30 | |
| Μέση τιμή ($x \pm SD$) | $19,06 \pm 3,88$ | $19,89 \pm 5,24$ | $19,56 \pm 4,71$ | $t = -0,576$ $P = 0,568$ |
| Bodily shame | | | | |
| Ελαχίστη - μεγίστη | 4-13 | 4-16 | 4-16 | |
| Μέση τιμή ($x \pm SD$) | $6,61 \pm 3,05$ | $7,70 \pm 3,19$ | $7,27 \pm 3,15$ | $t = -1,144$ $P = 0,259$ |
| ESS TOTAL | | | | |
| Ελαχίστη - μεγίστη | 26-75 | 28-77 | 26-77 | |
| Μέση τιμή ($x \pm SD$) | $51,89 \pm 12,99$ | $52,59 \pm 12,84$ | $52,31 \pm 12,76$ | $t = -0,179$ $P = 0,859$ |

=====

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 6, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών

και των γυναικών με ψυχωτική συνδρομή ήταν αντίστοιχα $51,89 \pm 12,99$, με εύρος 26-75 και $52,59 \pm 12,84$, με εύρος 28-77, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,859$).

4.4.3 Άλλοι κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες που σχετίζονται με την εσωτερική και εξωτερική ντροπή των ψυχωτικών ασθενών

Για την σύγκριση ανάμεσα σε τρεις ηλικιακές ομάδες (19-39, 40-59, 60 +), καθώς και στις υπόλοιπες κατηγορικές κοινωνικοδημογραφικές και κλινικές παραμέτρους χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς κατά ένα παράγοντα (One way Anova) για τα τελικά αποτελέσματα των ερωτηματολογίων της εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής. Όπως φαίνεται στον πίνακα 7, στο επίπεδο της εξωτερικής ντροπής δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων.

Πίνακας 7 Ανάλυση διασποράς κατά ένα παράγοντα για τις τρεις ηλικιακές ομάδες

| ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ | ΗΛΙΚΙΑ 1 19-39 | | ΗΛΙΚΙΑ 2 40-59 | | ΗΛΙΚΙΑ 3 60+ | |
|---|-------------------|-------|-------------------|--------|-----------------|--------|
| | F | p | M | ±SD | M | ±SD |
| Συνολική Εσωτερική Ντροπή (ESS- Total) | 0,583 | 0,562 | 50,67 | ±16,74 | 52,31 | ±10,91 |
| Συνολική Εξωτερική Ντροπή (OAS-Total) | 0,451 | 0,640 | 10,7 | ±5,82 | 11,69 | ±4,99 |

Οι τρεις ηλικιακές ομάδες που συγκρίναμε έχουν ίσες διακυμάνσεις, διότι ο έλεγχος Levene έχει επίπεδο σημαντικότητας $\text{Sig}=0,700>0,05\%$. Η ανάλυση διακύμανσης μεταξύ των ομάδων ($F(2) = 0,451$ για $p=0,640>0,05\%$) έδειξε ότι η ηλικία δεν επηρεάζει την εκδήλωση εξωτερικής ντροπής στους ψυχωτικούς ασθενείς. Στο επίπεδο της εσωτερικής ντροπής επίσης, δεν ανευρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων. Οι τρεις ηλικιακές ομάδες που συγκρίναμε δεν έχουν ίσες διακυμάνσεις, διότι ο έλεγχος Levene έχει επίπεδο σημαντικότητας $\text{Sig}=0,013<0,05\%$. Η ανάλυση διακύμανσης μεταξύ των ομάδων ($F(2) = 0,583$ για $p=0,562>0,05\%$) έδειξε ότι η διαμόρφωση της εσωτερικής ντροπής στην ψύχωση δεν επηρεάζεται από την ηλικία.

Στη σύγκριση των ομάδων ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση και την εξωτερική ντροπή ο έλεγχος Levene έχει επίπεδο σημαντικότητας $\text{Sig}=0,196>0,05\%$, επομένως οι διακυμάνσεις δεν διαφέρουν. Ο λόγος F για επίδραση μεταξύ των ομάδων είναι $F(3) = 4,978$ για $p=0,006 <0,05\%$ που καταδεικνύει την πολύ σημαντική επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στην

εξωτερική ντροπή των ψυχωτικών ασθενών όπου με την εφαρμογή του κριτηρίου *Bonferonni* βρίσκουμε ότι α) οι έγγαμοι εμφανίζουν στατιστικώς σημαντική διαφορά από τους χήρους ($p=,030$) και β) οι διαζευγμένοι διαφέρουν σημαντικά από τους χήρους ($p=,011$). Μάλιστα οι χήροι ψυχιατρικοί ασθενείς παρουσιάζουν και τα μεγαλύτερα επίπεδα εξωτερικής ντροπής. Σχετικά με την εσωτερική ντροπή ο έλεγχος *Levene* έχει επίπεδο σημαντικότητας $Sig=0,952>0,05\%$, επομένως οι διακυμάνσεις δεν διαφέρουν. Ο λόγος *F* για επίδραση μεταξύ των ομάδων είναι $F(3)=4,088$ για $p=0,013<0,05\%$, το οποίο σημαίνει ότι η επίδραση της οικογενειακής κατάστασης και στην εσωτερική ντροπή είναι σημαντική, όπου με την εφαρμογή του κριτηρίου *Bonferonni* βρίσκουμε ότι οι άγαμοι διαφέρουν σημαντικά από τους διαζευγμένους ψυχωτικούς ασθενείς ($p=,020$), με τους τελευταίους να έχουν υψηλότερα επίπεδα εσωτερικής ντροπής (βλ. παράρτημα).

Στη σύγκριση των ομάδων ανάλογα με τον τόπο διαμονής τόσο για την εσωτερική, όσο και την εξωτερική ντροπή η ανάλυση της διακύμανσης έδειξε ότι η επίδραση μεταξύ των ομάδων δεν είναι στατιστικώς σημαντική. Ο λόγος *F* για επίδραση μεταξύ των ομάδων ήταν $F(2)=0,120$ για $p=0,887>0,05\%$ και $F(2)=1,295$ για $p=0,285>0,05\%$, αντίστοιχα για την εξωτερική και εσωτερική ντροπή, χωρίς να υπάρχουν διακυμάνσεις μεταξύ των ομάδων. Ο τόπος διαμονής δεν φαίνεται να συσχετίζεται με την ντροπή (βλ. παράρτημα).

Παρόμοια εικόνα παρατηρείται και στη σύγκριση των ομάδων ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο. Ο έλεγχος *Levene* έχει επίπεδο σημαντικότητας $Sig=0,233>0,05\%$ για την εξωτερική ντροπή και $Sig=0,342>0,05\%$ για την εσωτερική ντροπή, δηλαδή οι διακυμάνσεις δεν διαφέρουν (βλ. παράρτημα). Ο λόγος *F* για επίδραση μεταξύ των ομάδων ήταν $F(5)=0,330$ για $p=0,892>0,05\%$ και $F(5)=0,533$ για $p=0,750>0,05\%$, αντίστοιχα για την εξωτερική και εσωτερική ντροπή. Επομένως το μορφωτικό επίπεδο δεν συσχετίζεται με τη διαμόρφωση της ντροπής (εσωτερικής και εξωτερικής) στην ψύχωση (βλ. παράρτημα).

Στη σύγκριση των ομάδων ανάλογα με τη διάγνωση η ανάλυση διακύμανσης το επίπεδο σημαντικότητας ήταν $Sig=0,097>5\%$ για την εξωτερική ντροπή με ενδεικτικής σημασίας σπουδαιότητα για το ρόλο της ψυχικής νόσου στην ντροπή, ενώ για την εσωτερική ντροπή το επίπεδο σημαντικότητας ήταν $Sig=0,238>5\%$, άρα και η επίδραση των ομάδων στην εσωτερική ντροπή δεν είναι στατιστικά σημαντική. Η πιθανότητα ελέγχου του *Levene* δεν είναι σημαντική (OAS $p=0,259$ και ESS $p=0,180$). Άρα σε επίπεδο πληθυσμού δεχόμαστε ότι η διάγνωση δεν συσχετίζεται με τα συναισθήματα της ντροπής (βλ. παράρτημα).

4.5 Ανάλυση συσχέτισης

Για να εξεταστούν, στη συνέχεια, η πρώτη και η τρίτη από τις υποθέσεις της παρούσας έρευνας και να μελετηθούν οι σχέσεις που αναπτύσσουν οι παράγοντες των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα και συγκεκριμένα για να δούμε την σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στην εξωτερική και εσωτερική ντροπή και τις παραμέτρους της ποιότητας της υγείας, της ψυχιατρικής εκτίμησης και του οικογενειακού περιβάλλοντος εφαρμόστηκε η μέθοδος της ανάλυσης συσχέτισης (Pearson Correlation Coefficient). Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την χρήση της μεθόδου παρουσιάζονται πίνακα 8.

Πίνακας 8: Ανάλυση συσχέτισης μεταξύ των συνολικών αποτελεσμάτων της ποιότητας της υγείας, της ψυχιατρικής εκτίμησης, του οικογενειακού περιβάλλοντος και της ντροπής

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 1 2 |
|--|---------------|--------------|--------------|----------------|--------|----------------|----------------|-----------------|---------------|---------------|--------------|--------|
| 1. Ηλικία | 1 | | | | | | | | | | | |
| 2. Φύλο | ,042 | 1 | | | | | | | | | | |
| 3. Εκπαίδευση | -,295 | ,047 | 1 | | | | | | | | | |
| 4. Οικογ. Κατάσταση | ,418** | ,313* | ,001 | 1 | | | | | | | | |
| 5. Πόσο άρρωστος νομίζετε ότι είστε | ,011 | ,291 | ,345* | ,270 | 1 | | | | | | | |
| 6. Πόσο άρρωστος νομίζετε ότι είναι | ,409** | ,182 | -,175 | ,510*** | ,159 | 1 | | | | | | |
| 7. Διάγνωση | -,094 | ,037 | ,028 | ,028 | ,116 | ,142 | 1 | | | | | |
| 8. Συνολική ψυχιατρική εκτίμηση (BPRS-Total) | ,139 | -,142 | -,018 | -,185 | -,163 | -,404** | -,283ms | 1 | | | | |
| 9. Συνολική Εκτίμηση Λειτουργικότητας (GAF) | ,191 | ,076 | -,011 | -,328* | -,053 | ,623*** | ,031 | -,511*** | 1 | | | |
| 10. Συνολική βαθμολογία της οικογένειας (FES) | ,044 | ,320* | ,195 | ,275 | ,254ms | ,288 | ,106 | -,097 | ,404** | 1 | | |
| 11. # Εξωτερική Ντροπή (OAS-total) | 0,65 | -,026 | -,147 | -,097 | -,168 | -,295* | -,204 | ,065 | -,145 | -,336* | 1 | |
| 12. # Εσωτερική Ντροπή (ESS-total) | ,106 | ,027 | -,190 | -,247 | -,128 | -,067 | ,303* | -,197 | ,020 | -,197 | ,373* | 1 |

N=45 *p<0,05 **p<0,01 ***p≤0,001 MS (Mat. b. ginally significant) (0,05<P<0,10)
 # η διερεύνηση της συσχέτισης έγινε με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson, όπως δίδεται από το SPSS αν σημαίνεται με #, αλλιώς με τον μη παραμετρικό συντελεστή Spearman Rho

- **Συσχετίσεις των δημογραφικών δεδομένων**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *ηλικίας* και των άλλων μεταβλητών, όπως φαίνεται και στον πίνακα 8, προέκυψε στατιστικά πολύ σημαντική ($P<0,01$) θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της οικογενειακής κατάστασης και μεταξύ της ηλικίας και του πόσο άρρωστο τον θεωρούν οι άλλοι.

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του *φύλου* και των άλλων μεταβλητών, παρατηρήθηκε σημαντική θετική συσχέτιση ($P<0,05$) μεταξύ του φύλου και της οικογενειακής κατάστασης και μεταξύ του φύλου και του συνολικού βαθμού της κλίμακας του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του *εκπαιδευτικού επιπέδου* και των άλλων μεταβλητών όπως φαίνεται και στον πίνακα 6, προέκυψε σημαντική θετική συσχέτιση ($P<0,05$) μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και του πόσο άρρωστο θεωρεί ο ίδιος τον εαυτό του.

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *οικογενειακής κατάστασης* και των άλλων μεταβλητών, προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P\leq 0,001$) θετική συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και του πόσο άρρωστο τον θεωρούν οι άλλοι και σημαντική αρνητική συσχέτιση ($P<0,05$) μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της συνολικής ψυχιατρικής εκτίμησης.

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του *πόσο άρρωστο θεωρεί ο ίδιος τον εαυτό του* και των άλλων μεταβλητών, προέκυψε σημαντική θετική συσχέτιση ($P<0,05$) μεταξύ του πόσο άρρωστο θεωρεί ο ίδιος τον εαυτό του και του φύλου και μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου.

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του *πόσο άρρωστο τον θεωρούν οι άλλοι* και των άλλων μεταβλητών, πάρα πολύ σημαντική ($P\leq 0,001$) θετική συσχέτιση, προέκυψε μεταξύ του πόσο άρρωστο τον θεωρούν οι άλλοι και της οικογενειακής κατάστασης και πάρα πολύ σημαντική ($P\leq 0,001$) αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ του πόσο άρρωστο τον θεωρούν οι άλλοι και της συνολικής εκτίμησης της λειτουργικότητας, καθώς και πάρα πολύ σημαντική ($P\leq 0,001$) θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ του πόσο άρρωστο τον θεωρούν οι άλλοι και της συνολικής ψυχιατρικής εκτίμησης. Τέλος, σημαντική θετική συσχέτιση ($P<0,05$) παρατηρήθηκε μεταξύ του πόσο άρρωστο τον θεωρούν οι άλλοι και της ηλικίας, ενώ προέκυψε σημαντική αρνητική συσχέτιση ($P<0,05$) μεταξύ του πόσο άρρωστο τον θεωρούν οι άλλοι και της εξωτερικής ντροπής.

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *διάγνωσης* και των άλλων μεταβλητών, προέκυψε στατιστικά πολύ σημαντική ($P<0,01$) θετική συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης και της εσωτερικής ντροπής. Τέλος, ενδεικτικά

αρνητική σημαντική συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της διάγνωσης και της συνολικής ψυχιατρικής εκτίμησης (πίνακας 8).

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

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων, με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson, μεταξύ του *συνολικού βαθμού του OAS* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε στατιστικά πολύ σημαντική ($P < 0,01$) συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του OAS και των: εκφραστικότητα στην οικογένεια ($r = -0,410$ και $P = 0,005$) και οργάνωση του οικογενειακού περιβάλλοντος ($r = -0,454$ και $P = 0,002$). Τέλος, σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) παρατηρήθηκε μεταξύ του συνολικού βαθμού του OAS και των: εχθρότητα BPRS ($r = 0,322$ και $P = 0,031$), συνοχή στην οικογένεια ($r = -0,376$ και $P = 0,011$), σύγκρουση στην οικογένεια ($r = 0,362$ και $P = 0,014$) και συνολικού βαθμού του οικογενειακού περιβάλλοντος ($r = -0,344$ και $P = 0,021$).

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

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων, με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson, μεταξύ του *συνολικού βαθμού του ESS* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές, παρατηρήθηκε πολύ σημαντική ($P < 0,01$) συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του ESS και της ψυχικής τάσης του BPRS ($r = -0,418$ και $P = 0,004$). Σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) προέκυψε μεταξύ του συνολικού βαθμού του ESS και των: BPRS ενοχή ($r = 0,379$ και $P = 0,010$), BPRS ελλιπής συνεργασία ($r = -0,379$ και $P = 0,010$) και συνηθισμένο περιεχόμενο σκέψης ($r = -0,311$ και $P = 0,038$). Τέλος, ενδεικτικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,10$), παρατηρήθηκε μεταξύ του συνολικού βαθμού του ESS και της συγκίνησης του BPRS ($r = -0,256$ και $P = 0,089$).

- **Συσχετίσεις του ερωτηματολογίου BPRS (BPRS total)**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων, με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson, μεταξύ του *συνολικού βαθμού του BPRS* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές, παρατηρήθηκε πάρα πολύ σημαντική ($P \leq 0,001$) αρνητική συσχέτιση, προέκυψε μεταξύ του συνολικού βαθμού του BPRS και της συνολικής ψυχιατρικής εκτίμησης ($r = -0,511$ και $P = 0,000$), πολύ σημαντική ($P < 0,01$) αρνητική συσχέτιση μεταξύ του πόσο

άρρωστο τον θεωρούν οι άλλοι και του συνολικού βαθμού του BPRS της συνολικής ψυχιατρικής εκτίμησης ($r. = -0,404$ και $P = 0,006$). Τέλος, ενδεικτικά σημαντική αρνητική συσχέτιση ($P < 0,10$), παρατηρήθηκε μεταξύ του συνολικού βαθμού του BPRS και της διάγνωσης ($r. = -0,283$ και $P = 0,089$).

- **Συσχετίσεις του ερωτηματολογίου συνολικής ψυχιατρικής εκτίμησης (GAF)**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων, με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson, μεταξύ της συνολικής ψυχιατρικής εκτίμησης (GAF) και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές, παρατηρήθηκε πάρα πολύ σημαντική ($P \leq 0,001$) θετική συσχέτιση, προέκυψε μεταξύ της συνολικής ψυχιατρικής εκτίμησης (GAF) και του πόσο άρρωστο τον θεωρούν οι άλλοι ($r. = 0,623$ και $P = 0,000$), πάρα πολύ σημαντική ($P \leq 0,001$) αρνητική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής ψυχιατρικής εκτίμησης (GAF) και του συνολικού βαθμού του BPRS ($r. = -0,511$ και $P = 0,000$), πολύ σημαντική ($P < 0,01$) θετική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής ψυχιατρικής εκτίμησης (GAF) και της συνολικής βαθμολογίας του οικογενειακού περιβάλλοντος ($r. = 0,404$ και $P = 0,006$). Τέλος, σημαντική αρνητική συσχέτιση ($P < 0,05$) προέκυψε μεταξύ της συνολικής ψυχιατρικής εκτίμησης (GAF) και της οικογενειακής κατάστασης ($r. = -0,328$ και $P = 0,028$).

5. 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.

5.1. Οριοθετήσεις

Η ομάδα των ασθενών που έλαβε μέρος στην παρούσα μελέτη ήταν μόνο 45 άτομα, συνιστώντας ένα σχετικά μικρό δείγμα πληθυσμού. Για να οριστεί μια ξεκάθαρη σχέση μεταξύ του συναισθήματος ντροπής, της ψυχοπαθολογίας και των οικογενειακών σχέσεων, θα απαιτείτο ένα μεγαλύτερο δείγμα πληθυσμού. Το γεγονός αυτό δεν μας επιτρέπει να μιλήσουμε για αιτιώδη σχέση μεταξύ των ψυχολογικών χαρακτηριστικών που διερευνήθηκαν στην παρούσα μελέτη και της ψυχοπαθολογίας.

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 της ντροπής, της ψυχοπαθολογίας και των οικογενειακών σχέσεων.

5.2 Η εξωτερική ντροπή στους ψυχιατρικούς ασθενείς (OAS)

Η μέση τιμή της *εξωτερικής ντροπής* (OAS total) για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με ψύχωση ήταν αντίστοιχα $11,28 \pm 5,84$, με εύρος 0-20 και $11,00 \pm 4,87$, με εύρος 2-20, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,864$). Η μέση τιμή, δε, του συνολικού δείγματος των ψυχιατρικών ασθενών που έλαβαν μέρος στη μελέτη ήταν $11,11 \pm 5,22$, πολύ μικρότερη της μέσης φυσιολογικής τιμής της εξωτερικής ντροπής στον ελληνικό πληθυσμό που είναι $17,74 \pm 9,02$ (Πάσχου και συν, 2007). Τα αποτελέσματα αυτά δεν στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι ψυχιατρικοί ασθενείς θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα εξωτερικής ντροπής και υψηλότερα σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της εξωτερικής ντροπής στους ψυχιατρικούς ασθενείς ήταν κατά 6,5 μονάδες περίπου μικρότερη από τη μέση φυσιολογική τιμή στην Ελλάδα (Πάσχου και συν, 2007). Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, αναδεικνύονται τα χαμηλά επίπεδα της εξωτερικής ντροπής, όπως μετράται με το OAS (των Goss, Gilbert και Allan, 1994) των ψυχιατρικών ασθενών. Αν και η εξωτερική ντροπή είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ασθένεια και την ελλειμματικότητα του ατόμου, συνθήκες που συνδέονται με το στιγματισμό καθώς και με τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και

του κύρους του ατόμου (Gilbert, 1998; Kurzban & Leary, 2001), στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι ψυχιατρικοί ασθενείς εμφανίζουν ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα εξωτερικής ντροπής. Το ανωτέρω εύρημα, λοιπόν, δεν είναι σύμφωνο με αποτελέσματα προηγούμενων μελετών, οι οποίες συνδέουν την εξωτερική ντροπή με το «βλέμμα του άλλου», δηλαδή την εικόνα των άλλων για το άτομο και την κρίση τους για τα ελαττώματά του και τις απορριπτικές πλευρές του εαυτού του (Gilbert, 1998; Heller, 2003), συμφωνούν, όμως με τα αποτελέσματα του Mann (2010), ο οποίος διαπίστωσε ότι σε ένα κλινικό περιβάλλον, οι άμυνες συγκαλύπτουν την ντροπή και την επίδραση της υποκείμενης ντροπής και ακόμη ότι το παραλήρημα συνδέεται με την επώδυνη επίδραση της ντροπής. Ακόμη, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με αποτελέσματα άλλων μελετητών που δείχνουν ότι, οι ψυχωσικές διαταραχές σχετίζονται με υψηλή προσωπική ευαισθησία και ότι, αυτή η προκατάληψη δεν είναι πλήρως διαθέσιμη για τη συνείδηση των συμμετεχόντων (Moritz S. and Jelinek L., Mar.2009).

Τέλος, το παρόν αποτέλεσμα της μελέτης μας συμφωνεί και με τα αποτελέσματα της μελέτης της Bonnie Dunn (2008), όπου εξετάστηκαν τα ενδοψυχικά φαινόμενα που συμβάλλουν στα αισθήματα ντροπής και ενοχής και διαπιστώθηκαν στους ασθενείς με πρώτο επεισόδιο σχιζοφρένειας σε οξεία φάση έντονα συναισθήματα αναξιότητας που εκφράζονταν λεκτικά, όχι όμως και ντροπή ή ενοχή να χαρακτηρίζει αποκλειστικά την συμπεριφορά και τις πράξεις τους.

5.3 Η τάση για ντροπή (εσωτερική ντροπή) στους ψυχιατρικούς ασθενείς (ESS)

Η μέση τιμή της τάσης των ατόμων για ντροπή (*ESS total*) για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών με ψύχωση ήταν αντίστοιχα $51,89 \pm 12,99$, με εύρος 26-75 και $52,59 \pm 12,84$, με εύρος 28-77, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,859$). Η μέση τιμή της τάσης των ατόμων για ντροπή, δε, του συνολικού δείγματος των ψυχιατρικών ασθενών που έλαβαν μέρος στη μελέτη ήταν $52,31 \pm 12,76$, πολύ μεγαλύτερη της μέσης φυσιολογικής τιμής της τάσης των ατόμων για ντροπή στον ελληνικό πληθυσμό είναι $47,09 \pm 13,69$ (Πάσχου και συν, 2007). Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι ψυχιατρικοί ασθενείς θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα εσωτερικής ντροπής και υψηλότερα σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της εσωτερικής ντροπής στους ψυχιατρικούς ασθενείς ήταν κατά 5 μονάδες περίπου μεγαλύτερη από τη μέση φυσιολογική τιμή στην Ελλάδα (Πάσχου και συν, 2007).

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύονται τα υψηλά επίπεδα εσωτερικής ντροπής, όπως αυτή μετράται με το ESS (των Andrews, Qian και

Valentine, 2002), στους ψυχιατρικούς ασθενείς. Η ντροπή, όπως επισημάνθηκε, συνδέεται με συνθήκες όπως είναι η ελλειμματικότητα του ατόμου και η ασθένεια (Gilbert, 1998; Kurzban & Leary, 2001). Η αποστροφή, λόγω εμφανών ή λιγότερο εμφανών ελλειμμάτων, είναι ένα συναίσθημα που οι άνθρωποι φοβόμαστε μήπως προκαλούμε στους άλλους, καθώς αυτό θα μας καθιστούσε μη-ελκυστικούς και ανεπιθύμητους (Gilbert, 1998). Χωρίς την έγκριση και την αναγνώριση των άλλων, μπορεί να νιώθουμε χωρίς αξία, και εδώ, όπως επισημαίνει ο Gilbert (2003), λειτουργούν οι παθολογίες της ντροπής και του στίγματος. Η γνώση ότι οι στιγματισμένες ομάδες υπάρχουν μέσα στην κοινωνία, μπορεί να οδηγήσει τα άτομα να φοβούνται να τοποθετηθούν σε αυτές- «συνείδηση του στίγματος» (Pinel, 1999). Καθώς το «βλέμμα του άλλου», δηλαδή η κρίση της κοινότητας, συχνά εσωτερικοποιείται, ακόμη και όταν το άτομο δεν κρίνεται από κάποιον εξωτερικό κριτή, το «βλέμμα του άλλου» και οι συνέπειές του είναι παρόντα (Heller, 2003). Το ανωτέρω εύρημα, λοιπόν, επιβεβαιώνει τη θέση αυτή, και ακόμη είναι σύμφωνο με τα ευρήματα κι άλλων μελετητών που έχουν διαπιστώσει ότι, η αξιολόγηση του εαυτού από τον εαυτό και η αξιολόγησή του από τους άλλους συνδέονται (Goss et al, 1994). Τα τρέχοντα αποτελέσματα επίσης, δείχνουν ότι η ντροπή σχετίζεται περισσότερο με τα συμπτώματα του τομέα της αγχώδους διαταραχής, από ότι η ενοχή. (Fergus et al., 2010). Ακόμη, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με αυτά των Lam et al., 2010, που διαπίστωσαν ότι οι ψυχωσικοί ασθενείς ανησυχούν ιδιαίτερα, εκτός από τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, για το φόβο και τη ντροπή μήπως η ασθένειά τους αποκαλυφθεί στους άλλους, και οι αντιδράσεις από τη ντροπή που ενεργοποιούνται αυτόματα στους ασθενείς μπορεί να αυξήσουν την ευαισθησία στο στίγμα λόγω ψυχικής ασθένειας (Mar, 2010).

Αξίζει να επισημανθεί ότι η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) εντάσσεται στα ερωτηματολόγια που μετρούν αποκλειστικά την τάση των ατόμων για ντροπή (και όχι ταυτόχρονα και την τάση για ενοχή, όπως συμβαίνει με άλλα εργαλεία μέτρησης της ντροπής), και υπολογίζει την ντροπή ως έναν σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Tangney & Dearing, 2002).

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύεται ότι, οι ψυχιατρικοί ασθενείς παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα εσωτερικής ντροπής και χαμηλά επίπεδα εξωτερικής ντροπής. Αυτοί οι δύο τύποι ντροπής δε συνυπάρχουν απαραίτητα πάντα, αν και συνήθως όταν κάποιος εκτιμά πως είναι ανεπαρκής, θα περιμένει και από τους άλλους να τον βλέπουν με τον ίδιο τρόπο (Goss et al., 1994).

5.4. Η σχέση της ντροπής με την ηλικία των ασθενών, την οικογενειακή τους κατάσταση, τη διαμονή, και τη διάγνωση

Η ανάλυση διακύμανσης μεταξύ των ηλικιακών ομάδων έδειξε ότι η ηλικία δεν επηρεάζει την εκδήλωση εξωτερικής ντροπής στους ψυχωτικούς ασθενείς. Στο επίπεδο της εσωτερικής ντροπής επίσης, δεν ανευρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων. Η ανάλυση διακύμανσης μεταξύ των ομάδων έδειξε ότι η διαμόρφωση της εσωτερικής ντροπής στην ψύχωση δεν επηρεάζεται από την ηλικία. Το παρόν αποτέλεσμα της μελέτης μας συμφωνεί με τα αποτελέσματα της μελέτης της Bonnie Dunn (2008), όπου εξετάστηκαν τα ενδοψυχικά φαινόμενα που συμβάλλουν στα αισθήματα ντροπής και ενοχής και διαπιστώθηκαν στους ασθενείς με πρώτο επεισόδιο σχιζοφρένειας σε οξεία φάση έντονα συναισθήματα αναξιότητας που εκφράζονταν λεκτικά, όχι όμως και ντροπή ή ενοχή να χαρακτηρίζει αποκλειστικά την συμπεριφορά και τις πράξεις τους.

Στη σύγκριση των ομάδων ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση και την εξωτερική ντροπή οι διακυμάνσεις δεν διέφεραν. Διαπιστώθηκε πολύ σημαντική επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στην εξωτερική ντροπή των ψυχωτικών ασθενών όπου με την εφαρμογή του κριτηρίου *Bonferonni* διαπιστώσαμε ότι α) οι έγγαμοι εμφανίζουν στατιστικώς σημαντική διαφορά από τους χήρους ($p=,030$) και β) οι διαζευγμένοι διαφέρουν σημαντικά από τους χήρους ($p=,011$). Μάλιστα οι χήροι ψυχιατρικοί ασθενείς παρουσιάζουν και τα μεγαλύτερα επίπεδα εξωτερικής ντροπής. Σχετικά με την εσωτερική ντροπή διαπιστώθηκε ότι η επίδραση της οικογενειακής κατάστασης και στην εσωτερική ντροπή είναι σημαντική, όπου με την εφαρμογή του κριτηρίου *Bonferonni* διαπιστώθηκε ότι οι άγαμοι διαφέρουν σημαντικά από τους διαζευγμένους ψυχωτικούς ασθενείς ($p=,020$), με τους τελευταίους να έχουν υψηλότερα επίπεδα εσωτερικής ντροπής (βλ. παράρτημα). Τα συγκεκριμένα αποτελέσματά μας συμφωνούν με τις μελέτες του Gilbert (1998) και των Kurzban & Leary (2001), οι οποίοι συνέδεσαν τη ντροπή με συνθήκες όπως είναι η ελλειμματικότητα του ατόμου. Η αποστροφή, λόγω εμφανών ή λιγότερο εμφανών ελλειμμάτων, είναι ένα συναισθήμα που οι άνθρωποι φοβόμαστε μήπως προκαλούμε στους άλλους, καθώς αυτό θα μας καθιστούσε μη-ελκυστικούς και ανεπιθύμητους (Gilbert, 1998). Χωρίς την έγκριση και την αναγνώριση των άλλων, μπορεί να νιώθουμε χωρίς αξία, και εδώ, όπως επισημαίνει ο Gilbert (2003), λειτουργούν οι παθολογίες της ντροπής και του στίγματος. Η γνώση ότι οι στιγματισμένες ομάδες υπάρχουν μέσα στην κοινωνία, μπορεί να οδηγήσει τα άτομα να φοβούνται να τοποθετηθούν σε αυτές- «συνείδηση του στίγματος» (Pinel, 1999).

Στη σύγκριση των ομάδων ανάλογα με τον τόπο διαμονής τόσο για την εσωτερική, όσο και την εξωτερική ντροπή η ανάλυση της διακύμανσης έδειξε ότι η

επίδραση μεταξύ των ομάδων δεν είναι στατιστικώς σημαντική. Ο τόπος διαμονής δεν διαπιστώθηκε να συσχετίζεται με την ντροπή (βλ. παράρτημα). Παρόμοια εικόνα παρατηρείται και στη σύγκριση των ομάδων ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο. Το μορφωτικό επίπεδο δεν συσχετίζεται με τη διαμόρφωση της ντροπής (εσωτερικής και εξωτερικής) στην ψύχωση (βλ. παράρτημα).

Στη σύγκριση των ομάδων ανάλογα με τη διάγνωση η ανάλυση διακύμανσης το επίπεδο σημαντικότητας ήταν $Sig=0,097>5\%$ για την εξωτερική ντροπή με ενδεικτικής σημασίας σπουδαιότητα για το ρόλο της ψυχικής νόσου στην ντροπή, ενώ για την εσωτερική ντροπή το επίπεδο σημαντικότητας ήταν $Sig=0,238>5\%$, άρα και η επίδραση των ομάδων στην εσωτερική ντροπή δεν είναι στατιστικά σημαντική. Η πιθανότητα ελέγχου του Levene δεν είναι σημαντική (OAS $p=0,259$ και ESS $p=0,180$). Άρα σε επίπεδο πληθυσμού δεχόμαστε ότι η διάγνωση δεν συσχετίζεται με τα συναισθήματα της ντροπής (βλ. παράρτημα).

5.5. Η σχέση της ντροπής με την ψυχοπαθολογία και τις οικογενειακές σχέσεις

Τόσο οι συσχετίσεις της εσωτερικής ντροπής, όσο και της εξωτερικής ντροπής με τους παράγοντες των άλλων ερωτηματολογίων παρουσίασαν ισχυρές συσχετίσεις (πίνακας 8). Τα κυριότερα σημεία των συσχετίσεων ήταν τα εξής:

- στατιστικά πολύ σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού της εξωτερικής ντροπής και της εκφραστικότητας που υπάρχει στην οικογένειά τους καθώς και της οργάνωσης του οικογενειακού περιβάλλοντος. Στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού της εξωτερικής ντροπής και της εχθρότητας του BPRS, και της συνοχής στην οικογένεια, της σύγκρουσης στην οικογένεια και του συνολικού βαθμού του οικογενειακού περιβάλλοντος.
- στατιστικά πολύ σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού της εσωτερικής ντροπής και της ψυχικής τάσης του BPRS. Στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού της εσωτερικής ντροπής και της ενοχής του BPRS, σημαντική αρνητική συσχέτιση της ελλιπούς συνεργασίας του BPRS και του συνηθισμένου περιεχομένου σκέψης. Ενδεικτικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού της εσωτερικής ντροπής και της συγκίνησης του BPRS.
- στατιστικά πάρα πολύ σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του *συνολικού βαθμού του* BPRS και της συνολικής ψυχιατρικής εκτίμησης. Στατιστικά πάρα

πολύ σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του *συνολικού βαθμού του* BPRS και του πόσο άρρωστο τον θεωρούν οι άλλοι. Ενδεικτικά σημαντική αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ του συνολικού βαθμού του BPRS και της διάγνωσης.

- στατιστικά πάρα πολύ σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής ψυχιατρικής εκτίμησης (GAF) και του πόσο άρρωστο τον θεωρούν οι άλλοι, πάρα πολύ σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής ψυχιατρικής εκτίμησης (GAF) και του συνολικού βαθμού του BPRS. Πολύ σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής ψυχιατρικής εκτίμησης (GAF) και της συνολικής βαθμολογίας του οικογενειακού περιβάλλοντος. Σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής ψυχιατρικής εκτίμησης (GAF) και της οικογενειακής κατάστασης.

Τα ανωτέρω αποτελέσματά μας συμφωνούν με τα αποτελέσματα διεθνών μελετών που διαπιστώνουν ότι, όσο μεγαλύτερη ήταν η συναισθηματική εμπλοκή των μελών μιας οικογένειας με τον ασθενή και την ασθένεια τόσο τα ποσοστά ροπής προς την ενοχή ήταν μικρότερα κι αντίθετα τα ποσοστά ντροπής μεγαλύτερα (Mamani, 2010).

Επίσης, συμφωνούν με τα αποτελέσματα της μελέτης των Cramer, Torgersen, Kringlen, (2010), ότι οι οικογενειακές σχέσεις, είναι από τις υποκατηγορίες που έχουν πληγεί περισσότερο σ' έναν ψυχιατρικό ασθενή, αλλά κα με κείνα των Anderson et al., (2009), οι οποίοι διαπιστώνοντας στη σχέση μεταξύ των συγκρούσεων στην οικογένεια και της υποτροπής των ασθενών προτείνουν μια σειρά από ιδιαίτερα δομημένες, υποστηρικτικές, ψυχο-εκπαιδευτικές οικογενειακές παρεμβάσεις με στόχο την εντατικοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος όπου ζει ο ασθενής και την εξάλειψη των εντάσεων κα της σύγκρουσης που οδηγούν σε υποτροπή εξαιτίας της απαισιοδοξίας και της απομόνωσής τους.

Τα ανωτέρω δεδομένα στηρίζονται και από τις μελέτες των Goss et al, 1994; Gilbert et al., 1996; Tantam, 1998; Gilbert & Miles, 2000; Andrews et al., 2002; Shapiro, 2003, οι οποίοι αναδεικνύουν τη σχέση του συναισθήματος της ντροπής με διάφορες μορφές ψυχοπαθολογίας.

6. Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, σχετικά με το συναίσθημα της ντροπής των ψυχιατρικών ασθενών, είναι τα εξής:

- Σχετικά, με την εσωτερική ντροπή τα επίπεδα σε αυτή την ομάδα είναι ιδιαίτερα υψηλά σε αντίθεση με την εξωτερική ντροπή όπου διαπιστώθηκαν χαμηλά επίπεδα.
- Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ως προς τα επίπεδα τόσο της εσωτερικής όσο και της εξωτερικής ντροπής.
- Η διαμόρφωση της εσωτερικής ντροπής στην ψύχωση δεν επηρεάζεται από την ηλικία.
- Οι έγγαμοι διαφέρουν με στατιστικά σημαντική διαφορά από τους χήρους ως προς τα επίπεδα εξωτερικής ντροπής, αλλά και οι διαζευγμένοι διαφέρουν σημαντικά από τους χήρους. Μάλιστα, οι χήροι ψυχιατρικοί ασθενείς παρουσιάζουν και τα μεγαλύτερα επίπεδα εξωτερικής ντροπής.
- Η επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στην εσωτερική ντροπή είναι σημαντική και οι άγαμοι διαφέρουν σημαντικά από τους διαζευγμένους ψυχωτικούς ασθενείς, με τους τελευταίους να έχουν υψηλότερα επίπεδα εσωτερικής ντροπής.
- Το μορφωτικό επίπεδο, ο τόπος διαμονής και η διάγνωση δεν συσχετίζονται με τη διαμόρφωση της ντροπής (εσωτερικής και εξωτερικής) στην ψύχωση.
- Παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, σχετικά με το πόσο άρρωστοι νομίζουν οι ίδιοι ότι είναι και τη συνολική βαθμολογία στην οικογένεια, Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στην κλίμακα GAF και στην κλίμακα BPRS.
- Όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της εκφραστικότητας που υπάρχει στο οικογενειακό περιβάλλον του ψυχωσικού ασθενούς τόσο λιγότερη είναι η εξωτερική ντροπή που αισθάνεται.

- Όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της συνοχής και των συγκρούσεων που υπάρχουν στο οικογενειακό περιβάλλον του ψυχωσικού ασθενούς τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της εξωτερικής ντροπής του ασθενούς.
- Όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της εξωτερικής ντροπής τόσο υψηλά εμφανίζονται τα επίπεδα της εχθρότητας όπως αυτή μετριέται με την κλίμακα BPRS.
- Όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της εσωτερικής ντροπής τόσο υψηλά εμφανίζονται τα επίπεδα της ψυχικής τάσης και της ενοχής όπως αυτές μετριοούνται με την κλίμακα BPRS.
- Όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της εσωτερικής ντροπής τόσο χαμηλότερα εμφανίζονται τα επίπεδα της ελλιπούς συνεργασίας, του συνηθισμένου περιεχομένου σκέψης, όπως αυτά μετριοούνται με την κλίμακα BPRS.
- Όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της συνολικής ψυχιατρικής εκτίμησης (GAF) τόσο χαμηλότερα εμφανίζονται τα επίπεδα του συνολικού βαθμού του BPRS.
- Όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της συνολικής ψυχιατρικής εκτίμησης (GAF) τόσο υψηλότερο είναι το score στη συνολική βαθμολογία του οικογενειακού περιβάλλοντος, όπως αυτή μετριέται με την κλίμακα των Moos & Moos.

- **Ahlbom, A. & Norell S.** (1992). *Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία*. (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρη, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- **Allan, S., Gilbert, P., Goss, K.** (1994). An exploration of shame measures- II: psychopathology. *Person. Individ. Diff.* , vol. 17, p. 719-722.
- **Amerongen, D.I., Cook, L.H.** (2010). Mental illness: a modern-day leprosy? *Journal of Christian Nursing*, 27(2):86-90.
- **Anderson, C.M. Hogarty, G.E. and Reiss, D.J.** (2009). *Family Treatment of Adult Schizophrenic Patients: A Psycho-educational Approach*, Oxford University Press.
- **Andrews, B** (1998β). Shame and Childhood Abuse. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 176- 190.
- **Andrews, B.** (1995). Bodily Shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 104, p. 277- 285.
- **Andrews, B.** (1998α). Methodological and Definitional Issues in Shame Research. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 39- 54.
- **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, p. 29- 42.
- **Baldwin, KM., Baldwin, JR, Ewald, T.** (2006). The relationship among shame, guilt and self- efficacy. *Am. J. Psychother.*, vol. 60, p. 1- 21.
- **Baumeister, R.F., Stillwell, A., Heatherton, T.F.** (1994). Guilt: An interpersonal approach. *Psychological Bulletin*, vol. 115, p. 243- 267.
- **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.
- **Birchwood, M., Trower, P., Brunet, K., Gilbert, P., Iqbal, Z., & Jackson, C.** (2007). Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first episode psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, vol. 45 (5), p. 1025- 1037.

- **Blackburn, I.M., Lyketsos, G. & Tsiantis, J.** (1979). The temporal relationship between hostility and depressed mood. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 18, p.227-235.
- **Bowles, S. & Gintis, H.** (2002). The Origins of Human Cooperation. Στο: *The Genetic and cultural evolution of cooperation*. Peter Hammerstein (eds). Cambridge: MIT Press, 2003.
- **Brennan, K.A., Clark, C.L. & Shaver, P.R.** (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. Στο: *Attachment, Theory and Close Relationships*. J.A. Simpson & W.S. Rholes (eds). USA, NY: Guilford Press, (p. 46-76).
- **Brohan, E., Slade, M., Clement, S. & Thornicroft, G.** (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures, *BMC Health Service Research*. 25;10:80.
- **Cacioppo, J. T, Berntson, G.G., Sheridan, J.F., McClintock, M.K.** (2000). Multilevel Integrative Analysis of Human Behavior: Social Neuroscience and the Complementing Nature of Social and Biological Approaches. *Psychological Bulletin*, vol. 126, p. 829- 843.
- **Cahn, J.Y., Labopin, M., Mandelli, F. et al.** (1995). Autologous Bone Marrow Transplantation for First Remission Acute Myeloblastic Leukemia in Patients Older Than 50 Years: A Retrospective Analysis of the European Bone Marrow Transplant Group. *Blood*, vol. 85(2), p. 575-579.
- **Caine, T.M., Foulds, G.A., Hope, K.** (1967). *Manual of Hostility and Direction of Hostility Questionnaire*. London: University of London Press.
- **Cohen, D, Vandello, J. & Rantilla, A.K.** (1998). The Sacred and the Social; Cultures of Honor and Violence. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 261- 282.
- **Cohen, D.** (2003). The American National Conversation about (Everything but) Shame. *Social Research*, vol. 70, p. 1075- 1108.
- **Cramer, V., Torgersen, S., Kringlen, E.** (2010). Mood disorders and quality of life. A community study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 64(1):58-62.
- **Dearing, R.L., Stuewing, J., Tangney, J.P.** (2005). On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use. *Addictive Behaviors*, vol. 30, p. 1392- 1404.
- **Drosos, A., Angelopoulos, N.V., Liakos, A. & Moutsopoulos, H.** (1989). Personality structure disturbances and psychiatric manifestations in primary Sjogren's syndrome. *J. Autoimmunity*, vol. 2, p. 489-493.

- **Dunn, B.** (2008). A Retrospective Study: Growing up with a psychotic mother, *American Journal of Orthopsychiatry*, Volume 63, Issue 2, pages 177–189.
- **Dweck, C.S. & Leggett, E. L.** (1988). A Social- Cognitive Approach to Motivation and Personality. *Psychological Review*, vol. 95, p. 256- 273.
- **Economou, M. & Angelopoulos, N.V.** (1989). Dysthymic symptom, hostility and scholastic achievement in a group of high school students. *Educ. Psychol.*, vol. 9(4), p. 331-337.
- **Edwards, P.W., O' Neil, G.W., Zeichner, A., & Kuczmierczyk, A.R.** (1985). Effects of familial pain models on pain complaints and coping strategies. *Percept. Mot. Skills*, vol., 61, p.355- 362.
- **Falloon, I.R.H., McGill, C.W., Boyd, J.L. and Pederson J.** (2009). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: social outcome of a two-year longitudinal study, *Psychological Medicine*, 17:59-66.
- **Feiring, C., Taska, L., Chen, K.** (2002). Trying to understand why horrible things happen: attribution, shame and symptom development following sexual abuse. *Child Maltreat.*, vol. 7, p. 26- 41.
- **Fergus, T.A., Valentiner, D.P., McGrath, P.B. & Jencius, S.** (2010). Shame- and guilt-proneness: Relationships with anxiety disorder symptoms in a clinical sample, *Journal Anxiety Disorder*.
- **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.
- **Franz, L., Carter, T., Leiner, A.S., Bergner, E., Thompson, N.J. & Compton M.T.** (2010). Stigma and treatment delay in first-episode psychosis: a grounded theory study, *Issue Early Intervention in Psychiatry*, Volume 4, Issue 1, pages 47–56.
- **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. & Andrews, B.** (1998). *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press.
- **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.** (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, p. 1205- 1230.
- **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., 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., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., Meaden A., Olsen K., Miles, J.N.V.** (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine*, vol. 31, p. 1117- 1127.
- **Gilbert, P., Boxall, M., Cheung, M., & Irons, C.** (2005). The Relation of Paranoid Ideation and Social Anxiety in a Mixed Clinical Population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 12, p. 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, p. 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, p. 757- 774.
- **Gilligan, J.** (2003). Shame, Guilt, and Violence. *Social Research*, vol. 70, p. 1149- 1180.
- **Gil-Rivas, V., Prause, J. and Grella, C.E.** (2009). The Role of Anxiety/Depressive Symptoms and Trauma Exposure, *Psychology Addict Behavior*, 23(2): 303-314.
- **Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S.** (1994). An exploration of shame measures- I: The Other As Shamer scale. *Person. Individ. Diff.*, vol. 17 (5), p. 713- 717.

- **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.
- **Gustafsson, M., Ekholm, J., Ohman, A.** (2004). From shame to respect: musculoskeletal pain patients' experience of a rehabilitation programme, a qualitative study. *J. Rehabil. Med.*, vol. 36, p; 97- 103.
- **Heller, A.** (2003). Five approaches to the phenomenon of shame. *Social Research*, vol 70, p. 1016- 1030.
- **Ho, W.W., Chiu, M.Y., Lo, W.T. & Yiu, M.G.** (2010). Recovery components as determinants of the health-related quality of life among patients with schizophrenia: structural equation modelling analysis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 44(1):71-84.
- **Hollander, J.** (2003). Honor Dishonorable: Shameful Shame. *Social Research*, vol. 70, p. 1061- 1074.
- **Irons, C., Gilbert, P.** (2005). Evolved mechanisms in adolescent anxiety and depression symptoms: the role of the attachment and social rank systems. *Journal of Adolescence*, vol. 28, p. 325- 341.
- **Jacoby, M.** (1993). Is the analytic situation shame- producing? *J. Anal. Psychol.*, vol. 38, p. 419- 436.
- **Kafetsios, K.** (2002). Emotional intelligence abilities across the life-span: Attachment, age and gender effects. Paper presented at the 12th Conference of the International Society for Research on Emotions, Cuenca, Spain.
- **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.
- **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.
- **Klaassen, J.A.** (2001). The Taint of Shame: Failure, Self-Distress and Moral Growth. *Journal of social philosophy*, vol. 32, p. 174- 196.
- **Knox SS, Stiegmund KD, Weidner G, Ellison RC, Adelman A, Paton C.** Hostility, social support, and coronary heart disease in the National Heart, Lung, and Blood Institute Family Heart Study. *Am J Cardiol*, vol. 199;82, p. 1192-1196.

- **Konstan, D.** (2003). Shame in Ancient Greece. *Social Research*, vol.70, p. 1032- 1060.
- **Kurzban, R., Leary, M.** (2001). Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, vol. 127, p. 187-208.
- **Lam, M.M., Pearson, V., Ng, R.M., Chiu, C.P., Law, C.W. & Chen, E.Y.** (2010). What does recovery from psychosis mean? Perceptions of young first-episode patients. *The International Journal of Social Psychiatry*.
- **Laplanche, J., Pontalis, J.- B.** (1986). *Λεξιλόγιο της ψυχανάλυσης*. Εκδ. Κέδρος.
- **Lazare, A.** (1987). Shame and humiliation in the medical encounter. *Arch. Intern. Med.*, vol. 147, p. 1653- 1658.
- **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.
- **Leskela, J., Dieperink, M., & Thuras, P.** (2002). Shame and Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, vol. 15, p. 223- 226.
- **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.
- **Lewis, M., Alessandri, S. M. & Sullivan, M.W.** (1992). Differences in Shame and Pride as a Function of Children's Gender and Task Difficulty. *Child Development*, vol. 63, p. 630- 658.
- **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.
- **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.
- **Lyketsos, G., Blackburn, I.M., Tsiantis, J.** (1978). The movement of hostility during recoveryfrom depression. *Psychol. Med.*, vol. 8, p. 145- 149.

- **Lyrakos, G., Damigos, D., Mavreas, V., Kostopanagiotou, G., Dimoliatis, I.** (2010). A Translation and Validation Study of the Life Orientation Test Revised in the Greek Speaking Population of Nurses among Three Hospitals in Athens and Ioannina, *Social Indicators Research*, Volume 95, Number 1, pp. 129-142(14).
- **Macdonald, J.** (1998). Disclosing Shame. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 141- 157.
- **Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., Del Vecchio, H. & Maj, M.** (2008). Views of persons with schizophrenia on their own disorder: an Italian participatory study, *Psychiatric Services*, 59(7): 795-9.
- **Mamani, A.G.** (2010). Self-conscious emotions, general emotional distress, and expressed emotion in family members of patients with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(4): 305-8.
- **Mann, M.** (2010). Shame veiled and unveiled: the shame affect and its re-emergence in the clinical setting. *Am J Psychoanal*, 70(3): 270-81.
- **Masheb, R.M., Grilo, C.M., Brondola, E.** (1999). Shame and its psychopathologic correlates in two women's health problems: binge eating disorder and vulvodynia. *Eat. Weight Disord.*, vol. 4, p. 187- 193.
- **McPherson, F.M.** (1988). A note on the female norms of the HDHQ. *Br. J. Clin. Psychol.*, vol. 27, p. 263-264.
- **Mohr, S., Huguelet, P.** (2007). The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care, *Swiss Med Wkly*, 26;134(25-26): 369-76.
- **Moos, R.** (1990). Conceptual and Empirical Approaches to developing Family - based Assessment Procedures: Resolving the case of the family environment scale. *Fam. Proc.* 29:199-208
- **Moos, R.** (1987). *Family Social Scales. A User's Guide*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.
- **Moos, R. & Moos, B.** (1986). *Family environment scale - manual*. Second Edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.
- **Overall, J.E. & Gorlam, D.R.** (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, vol. 10, p. 799-812.
- **Piersma, H.L., Boes, J.L.** (1997). The GAF and psychiatric outcome: a descriptive report. *Comm Ment Health J*, 33: 35-41.
- **Pinel, E.** (1999). Stigma consciousness: The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 76, p. 114-128.

- **Pulakos, J.** (1996). Family environment and shame: is there a relationship? *J. Clinic. Psychol.*, vol. 52, p. 617- 623.
- **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.
- **Rizzuto, A.M.** (1991). Shame in psychoanalysis: the function of unconscious fantasies. *Int. J. Psychoanal.*, vol. 72, p. 297- 312.
- **Rosenberger, J.W.** (2005). Envy, Shame, and Sadism. *J. of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, vol. 33, p. 465- 489.
- **Roy, A., Pompili, M.** (2009). Management of schizophrenia with suicide risk, *Department of Veterans Affairs*, 32(4):863-83.
- **Rüsch, N. et al.** (2009). Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use, *The British Journal of Psychiatry*, 195: 551-552.
- **Moritz, S. & Jelinek, L.** (2009). Inversion of the "unrealistic optimism" bias contributes to overestimation of threat in obsessive-compulsive disorder, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(2):179-93.
- **Rüsch, N., Todd, A.R., Bodenhausen, G.V., Olschewski, M. & Corrigan, P.W.** (2010). Automatically activated shame reactions and perceived legitimacy of discrimination: A longitudinal study among people with mental illness. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(1):60-3.
- **Scarry, E.** (2004). Το σώμα που πονά · Η οικοδόμηση και η διάλυση του κόσμου. Στο: *Τα όρια του σώματος- διεπιστημονικές προσεγγίσεις*. Μακρυγιάννη Δήμητρα, Αθήνα, νήσος, σελ. 361- 374.
- **Scheff, T. J.** (1998). Shame in the Labeling of Mental Illness. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 191- 205.
- **Scheier, M.F., Carver, C.S., & Bridges, M.W.** (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- **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.
- **Sifneos, P.E.** (1986). The Schalling - Sifneos Personality Scale - Revised. *Psychother. Psychosom.*, vol. 48. p. 161-165.
- **Smith T.** (1994). Concepts and methods in the study of anger, hostility, and health. Στο: *Anger, hostility, and the heart*. Siegman A, Smith T (editors), Hills-dale, NJ, Lawrence Earlbaum Associates.
- **Srivastava, A. & Borkar, H.A.** (2010). Folie a famille, *Indian Journal of Psychiatry*, 52(1): 69–70.
- **Street, A.E. & Arias, I.** (2001). Psychological abuse and PTSD in battered women: examining the roles of shame and guilt. *Violence Vict.*, vol. 16, p. 65- 78.
- **Tangney, J. P., Wagner, P., Gramzow, R.** (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 101, p. 469- 478.
- **Tangney, J.P.** (1990). Assessing individual differences in shame proneness and guilt: The self- conscious affect and attribution inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 59, p. 102- 111.
- **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.
- **Turk, D.C., Flor, H., & Rudy, T.E.** (1987). Review Article: Pain and families. I. Etiology, maintenance, and psychosocial impact. *Pain*, vol. 30, p. 3- 27.
- **Ventura, Green, Shaner & Liberman** (1993) Training and quality assurance with the brief psychiatric rating scale: "The drift buster" *International Journal of Methods in Psychiatric Research*.
- **Violon, A.** (1985). Family etiology of chronic pain. *Int. J. Fam. Ther.*, vol.7, p. 235- 246.
- **Williams RB, Williams VP.** (1993). *Anger kills*. Times Books, New York.
- **American Psychiatric Association.** (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) -4th Edition. Washington, DC, 32.

- **Αγγελόπουλος, Ν.** (1984). Το επίπεδο και η δομή της επιθετικότητας δύο νεανικών πληθυσμών. *Εγκέφαλος*, vol. 21, p. 118-123.
- **Αγγελόπουλος, Ν., Οικονόμου, Μ., Απέργης, Ν. & Δαρδελάκου Ν.** (1987). Άγχος και κατάθλιψη σε μια ομάδα μαθητών του Λυκείου. *Εγκέφαλος*, vol. 24, p. 16-20.
- **Γναρδέλλης, Χ.** (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.
- **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.
- **Καφέτσιος, Κ. & Ιωαννίδου, Μ.** Διαπροσωπικές σχέσεις και ψυχική υγεία σε δείγμα ιατρών. *Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών*, τεύχος 38.
- **Καφέτσιος, Κ.** (2003). Ενεργά μοντέλα δεσμού ενηλίκων και ψυχική υγεία:Επισκόπηση της περιοχής και προτάσεις για κλινική εφαρμογή και έρευνα. *ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ*, τόμος 40 (1).
- **Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν.** (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, vol. 2, p. 42-48.
- **Παπαδάτου, Δ.** (1999). Στρες και παρέμβαση στην κρίση. Στο: *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Παπαδάτου Δανάη & Αναγνωστόπουλος Φώτιος, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, σελ. 91-108.
- **Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ.** (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών*. Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", σελ., 275.
- **Παρασκευόπουλος, Ι.Ν.** (1993). *Στατιστική - Επαγωγική Στατιστική*. Τόμος Β'. Αθήνα.
- **Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π.** (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- **Τεγόπουλος- Φυτράκης.** (1993). *Ελληνικό λεξικό*. Ελευθεροτυπία.
- **Χουντουμάδη, Α., Πατεράκη, Λ.,** (1989). *Σύντομο ερμηνευτικό λεξικό Ψυχολογικών Όρων*. Εκδόσεις «Δωδώνη».

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Descriptives

| | | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|---------------|-------|----|-------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| OAS_SCOR | 19-39 | 15 | 10,07 | 5,824 | 1,504 | 6,84 | 13,29 | 0 | 18 |
| | 40-59 | 26 | 11,69 | 4,994 | ,979 | 9,68 | 13,71 | 4 | 20 |
| | 60+ | 4 | 11,25 | 5,058 | 2,529 | 3,20 | 19,30 | 5 | 17 |
| | Total | 45 | 11,11 | 5,223 | ,779 | 9,54 | 12,68 | 0 | 20 |
| TOTAL_ANDREWS | 19-39 | 15 | 50,67 | 16,749 | 4,325 | 41,39 | 59,94 | 26 | 76 |
| | 40-59 | 26 | 52,31 | 10,917 | 2,141 | 47,90 | 56,72 | 29 | 77 |
| | 60+ | 4 | 58,50 | 4,796 | 2,398 | 50,87 | 66,13 | 53 | 63 |
| | Total | 45 | 52,31 | 12,765 | 1,903 | 48,48 | 56,15 | 26 | 77 |

Test of Homogeneity of Variances

| | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|---------------|------------------|-----|-----|------|
| OAS_SCOR | ,360 | 2 | 42 | ,700 |
| TOTAL_ANDREWS | 4,828 | 2 | 42 | ,013 |

ANOVA

| | | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|---------------|----------------|-----------------|----------------|----|-------------|-------|------|
| OAS_SCOR | Between Groups | (Combined) | 25,223 | 2 | 12,611 | ,451 | ,640 |
| | | Line Unweighted | 4,422 | 1 | 4,422 | ,158 | ,693 |
| | | ar Weighted | 16,134 | 1 | 16,134 | ,577 | ,452 |
| | | Ter Deviation | 9,089 | 1 | 9,089 | ,325 | ,572 |
| | Within Groups | | 1175,222 | 42 | 27,981 | | |
| | Total | | 1200,444 | 44 | | | |
| TOTAL_ANDREWS | Between Groups | (Combined) | 193,773 | 2 | 96,886 | ,583 | ,562 |
| | | Line Unweighted | 193,772 | 1 | 193,772 | 1,167 | ,286 |
| | | ar Weighted | 149,748 | 1 | 149,748 | ,902 | ,348 |
| | | Ter Deviation | 44,025 | 1 | 44,025 | ,265 | ,609 |
| | Within Groups | | 6975,872 | 42 | 166,092 | | |
| | Total | | 7169,644 | 44 | | | |

Multiple Comparisons

| Dependent Variable | | (I) | (J) | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. | 95% Confidence Interval | |
|--------------------|------------|-----------------|-----------------|--------------------------|------------|-------|-------------------------|-------------|
| | | hlikiaGro up | hlikiaGro up | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| OAS_SCOR | Bonferroni | 19-39 | 40-59 | -1,626 | 1,715 | 1,000 | -5,90 | 2,65 |
| | | | 60+ | -1,183 | 2,977 | 1,000 | -8,61 | 6,24 |
| | | 40-59 | 19-39 | 1,626 | 1,715 | 1,000 | -2,65 | 5,90 |
| | | | 60+ | ,442 | 2,841 | 1,000 | -6,64 | 7,53 |
| | | 60+ | 19-39 | 1,183 | 2,977 | 1,000 | -6,24 | 8,61 |
| | | | 40-59 | -,442 | 2,841 | 1,000 | -7,53 | 6,64 |
| | Dunnett T3 | 19-39 | 40-59 | -1,626 | 1,795 | ,746 | -6,19 | 2,94 |
| | | | 60+ | -1,183 | 2,942 | ,967 | -10,94 | 8,57 |
| | | 40-59 | 19-39 | 1,626 | 1,795 | ,746 | -2,94 | 6,19 |
| | | | 60+ | ,442 | 2,712 | ,997 | -9,77 | 10,65 |
| | | 60+ | 19-39 | 1,183 | 2,942 | ,967 | -8,57 | 10,94 |
| | | | 40-59 | -,442 | 2,712 | ,997 | -10,65 | 9,77 |
| TOTAL_ANDREWS | Bonferroni | 19-39 | 40-59 | -1,641 | 4,179 | 1,000 | -12,06 | 8,78 |
| | | | 60+ | -7,833 | 7,252 | ,859 | -25,92 | 10,25 |
| | | 40-59 | 19-39 | 1,641 | 4,179 | 1,000 | -8,78 | 12,06 |
| | | | 60+ | -6,192 | 6,922 | 1,000 | -23,45 | 11,07 |

| | | | | | | | |
|------------|-------|-------|--------|-------|-------|--------|-------|
| Dunnett T3 | 60+ | 19-39 | 7,833 | 7,252 | ,859 | -10,25 | 25,92 |
| | | 40-59 | 6,192 | 6,922 | 1,000 | -11,07 | 23,45 |
| | 19-39 | 40-59 | -1,641 | 4,826 | ,981 | -14,11 | 10,83 |
| | | 60+ | -7,833 | 4,945 | ,334 | -20,89 | 5,22 |
| | 40-59 | 19-39 | 1,641 | 4,826 | ,981 | -10,83 | 14,11 |
| | | 60+ | -6,192 | 3,215 | ,221 | -15,47 | 3,08 |
| | 60+ | 19-39 | 7,833 | 4,945 | ,334 | -5,22 | 20,89 |
| | | 40-59 | 6,192 | 3,215 | ,221 | -3,08 | 15,47 |

Descriptives

| | | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|---------------|--------------|----|-------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| | | | | | | | | | |
| OAS_SCOR | ΑΓΑΜΟΣ-Η | 21 | 12,38 | 4,272 | ,932 | 10,44 | 14,33 | 5 | 20 |
| | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | 12 | 9,42 | 5,195 | 1,500 | 6,12 | 12,72 | 2 | 17 |
| | ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ | 9 | 8,00 | 5,268 | 1,756 | 3,95 | 12,05 | 0 | 16 |
| | ΧΗΡΟΣ/Α | 3 | 18,33 | 1,528 | ,882 | 14,54 | 22,13 | 17 | 20 |
| | Total | 45 | 11,11 | 5,223 | ,779 | 9,54 | 12,68 | 0 | 20 |
| TOTAL_ANDREWS | ΑΓΑΜΟΣ-Η | 21 | 55,95 | 11,918 | 2,601 | 50,53 | 61,38 | 31 | 76 |
| | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | 12 | 51,42 | 10,570 | 3,051 | 44,70 | 58,13 | 28 | 64 |
| | ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ | 9 | 41,56 | 11,938 | 3,979 | 32,38 | 50,73 | 26 | 64 |
| | ΧΗΡΟΣ/Α | 3 | 62,67 | 12,423 | 7,172 | 31,81 | 93,53 | 55 | 77 |
| | Total | 45 | 52,31 | 12,765 | 1,903 | 48,48 | 56,15 | 26 | 77 |

Test of Homogeneity of Variances

| | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|---------------|------------------|-----|-----|------|
| OAS_SCOR | 1,637 | 3 | 41 | ,196 |
| TOTAL_ANDREWS | ,113 | 3 | 41 | ,952 |

ANOVA

| | | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|---------------|----------------|-----------------|----------------|----|-------------|-------|------|
| OAS_SCOR | Between Groups | (Combined) | 311,909 | 3 | 103,970 | 4,798 | ,006 |
| | | Line Unweighted | 74,603 | 1 | 74,603 | 3,442 | ,071 |
| | | ar Weighted | 3,118 | 1 | 3,118 | ,144 | ,706 |
| | | Ter Deviation | 308,791 | 2 | 154,396 | 7,124 | ,002 |
| | Within Groups | | 888,536 | 41 | 21,672 | | |
| | Total | | 1200,444 | 44 | | | |
| TOTAL_ANDREWS | Between Groups | (Combined) | 1650,887 | 3 | 550,296 | 4,088 | ,013 |
| | | Line Unweighted | 29,179 | 1 | 29,179 | ,217 | ,644 |
| | | ar Weighted | 299,772 | 1 | 299,772 | 2,227 | ,143 |
| | | Ter Deviation | 1351,114 | 2 | 675,557 | 5,019 | ,011 |
| | Within Groups | | 5518,758 | 41 | 134,604 | | |
| | Total | | 7169,644 | 44 | | | |

Multiple Comparisons

| Dependent Variable | | (I) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ | (J) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. | 95% Confidence Interval | |
|--------------------|------------|----------------|----------------|--------------------------|------------|-------|-------------------------|-------------|
| | | | | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| OAS_SCOR | Bonferroni | ΑΓΑΜΟΣ-Η | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | 2,964 | 1,685 | ,516 | -1,71 | 7,63 |
| | | | ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ | 4,381 | 1,855 | ,138 | -,76 | 9,52 |
| | | | ΧΗΡΟΣ/Α | -5,952 | 2,873 | ,268 | -13,92 | 2,01 |
| | | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | ΑΓΑΜΟΣ-Η | -2,964 | 1,685 | ,516 | -7,63 | 1,71 |
| | | | ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ | 1,417 | 2,053 | 1,000 | -4,27 | 7,11 |
| | | | ΧΗΡΟΣ/Α | -8,917 [*] | 3,005 | ,030 | -17,25 | -,59 |
| | | ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ | ΑΓΑΜΟΣ-Η | -4,381 | 1,855 | ,138 | -9,52 | ,76 |
| | | | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | -1,417 | 2,053 | 1,000 | -7,11 | 4,27 |
| | | | ΧΗΡΟΣ/Α | -10,333 [*] | 3,104 | ,011 | -18,94 | -1,73 |
| | Dunnett T3 | ΧΗΡΟΣ/Α | ΑΓΑΜΟΣ-Η | 5,952 | 2,873 | ,268 | -2,01 | 13,92 |
| | | | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | 8,917 [*] | 3,005 | ,030 | ,59 | 17,25 |
| | | | ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ | 10,333 [*] | 3,104 | ,011 | 1,73 | 18,94 |
| | | ΑΓΑΜΟΣ-Η | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | 2,964 | 1,766 | ,471 | -2,16 | 8,09 |
| | | | ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ | 4,381 | 1,988 | ,225 | -1,71 | 10,47 |
| | | | ΧΗΡΟΣ/Α | -5,952 [*] | 1,283 | ,009 | -10,27 | -1,63 |
| | | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | ΑΓΑΜΟΣ-Η | -2,964 | 1,766 | ,471 | -8,09 | 2,16 |

| | | | | | | | | | |
|--------------|--------------|---------|---------------|------------|----------|-----------|--------|--------|-------|
| | | | ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ | 1,417 | 2,309 | ,988 | -5,38 | 8,21 | |
| | | | ΧΗΡΟΣ/Α | -8,917* | 1,740 | ,001 | -14,30 | -3,53 | |
| | | | ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ | ΑΓΑΜΟΣ-Η | -4,381 | 1,988 | ,225 | -10,47 | 1,71 |
| | | | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | | -1,417 | 2,309 | ,988 | -8,21 | 5,38 |
| | | | ΧΗΡΟΣ/Α | | -10,333* | 1,965 | ,002 | -16,62 | -4,05 |
| | | | ΧΗΡΟΣ/Α | ΑΓΑΜΟΣ-Η | 5,952* | 1,283 | ,009 | 1,63 | 10,27 |
| | | | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | | 8,917* | 1,740 | ,001 | 3,53 | 14,30 |
| | | | ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ | | 10,333* | 1,965 | ,002 | 4,05 | 16,62 |
| | | | TOTAL_ANDREWS | Bonferroni | ΑΓΑΜΟΣ-Η | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | | 4,536 | 4,198 |
| ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ | | 14,397* | | | | 4,622 | ,020 | 1,58 | 27,21 |
| ΧΗΡΟΣ/Α | | -6,714 | | | | 7,161 | 1,000 | -26,57 | 13,14 |
| ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | ΑΓΑΜΟΣ-Η | | | | -4,536 | 4,198 | 1,000 | -16,18 | 7,10 |
| | ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ | | | | 9,861 | 5,116 | ,365 | -4,32 | 24,04 |
| | ΧΗΡΟΣ/Α | | | | -11,250 | 7,489 | ,844 | -32,01 | 9,51 |
| ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ | ΑΓΑΜΟΣ-Η | | | | -14,397* | 4,622 | ,020 | -27,21 | -1,58 |
| | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | | | | -9,861 | 5,116 | ,365 | -24,04 | 4,32 |
| | ΧΗΡΟΣ/Α | | | | -21,111 | 7,735 | ,056 | -42,55 | ,33 |
| ΧΗΡΟΣ/Α | ΑΓΑΜΟΣ-Η | | | | 6,714 | 7,161 | 1,000 | -13,14 | 26,57 |
| | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | | | | 11,250 | 7,489 | ,844 | -9,51 | 32,01 |
| | ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ | | | | 21,111 | 7,735 | ,056 | -,33 | 42,55 |

| | | | | | | | |
|------------|--------------|--------------|----------|-------|------|--------|-------|
| Dunnett T3 | ΑΓΑΜΟΣ-Η | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | 4,536 | 4,009 | ,828 | -6,84 | 15,91 |
| | | ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ | 14,397* | 4,754 | ,046 | ,19 | 28,61 |
| | | ΧΗΡΟΣ/Α | -6,714 | 7,629 | ,910 | -52,15 | 38,72 |
| | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | ΑΓΑΜΟΣ-Η | -4,536 | 4,009 | ,828 | -15,91 | 6,84 |
| | | ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ | 9,861 | 5,015 | ,314 | -5,02 | 24,74 |
| | | ΧΗΡΟΣ/Α | -11,250 | 7,795 | ,666 | -54,59 | 32,09 |
| | ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ | ΑΓΑΜΟΣ-Η | -14,397* | 4,754 | ,046 | -28,61 | -,19 |
| | | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | -9,861 | 5,015 | ,314 | -24,74 | 5,02 |
| | | ΧΗΡΟΣ/Α | -21,111 | 8,202 | ,258 | -60,94 | 18,72 |
| | ΧΗΡΟΣ/Α | ΑΓΑΜΟΣ-Η | 6,714 | 7,629 | ,910 | -38,72 | 52,15 |
| | | ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | 11,250 | 7,795 | ,666 | -32,09 | 54,59 |
| | | ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ | 21,111 | 8,202 | ,258 | -18,72 | 60,94 |

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Descriptives

| | | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|---------------|-----------------------|----|-------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| OAS_SCOR | XORIO/KOMOPOLH | 20 | 11,50 | 5,226 | 1,169 | 9,05 | 13,95 | 2 | 18 |
| | POLH<150000KATOIKOYS | 23 | 10,87 | 5,463 | 1,139 | 8,51 | 13,23 | 0 | 20 |
| | POLH>150000 KATOIKOYS | 2 | 10,00 | 4,243 | 3,000 | -28,12 | 48,12 | 7 | 13 |
| | Total | 45 | 11,11 | 5,223 | ,779 | 9,54 | 12,68 | 0 | 20 |
| TOTAL_ANDREWS | XORIO/KOMOPOLH | 20 | 55,55 | 11,971 | 2,677 | 49,95 | 61,15 | 28 | 76 |
| | POLH<150000KATOIKOYS | 23 | 50,09 | 13,392 | 2,793 | 44,30 | 55,88 | 26 | 77 |
| | POLH>150000 KATOIKOYS | 2 | 45,50 | 9,192 | 6,500 | -37,09 | 128,09 | 39 | 52 |
| | Total | 45 | 52,31 | 12,765 | 1,903 | 48,48 | 56,15 | 26 | 77 |

Test of Homogeneity of Variances

| | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|---------------|------------------|-----|-----|------|
| OAS_SCOR | ,325 | 2 | 42 | ,725 |
| TOTAL_ANDREWS | ,288 | 2 | 42 | ,752 |

ANOVA

| | | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|---------------|----------------|-------------------|----------------|----|-------------|-------|------|
| OAS_SCOR | Between Groups | (Combined) | 6,836 | 2 | 3,418 | ,120 | ,887 |
| | | Linear Unweighted | 4,091 | 1 | 4,091 | ,144 | ,706 |
| | | Term Weighted | 6,757 | 1 | 6,757 | ,238 | ,628 |
| | | Deviation | ,079 | 1 | ,079 | ,003 | ,958 |
| | Within Groups | | 1193,609 | 42 | 28,419 | | |
| | Total | | 1200,444 | 44 | | | |
| TOTAL_ANDREWS | Between Groups | (Combined) | 416,368 | 2 | 208,184 | 1,295 | ,285 |
| | | Linear Unweighted | 183,641 | 1 | 183,641 | 1,142 | ,291 |
| | | Term Weighted | 415,308 | 1 | 415,308 | 2,583 | ,116 |
| | | Deviation | 1,060 | 1 | 1,060 | ,007 | ,936 |
| | Within Groups | | 6753,276 | 42 | 160,792 | | |
| | Total | | 7169,644 | 44 | | | |

Multiple Comparisons

| | | | | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. | 95% Confidence Interval | |
|--------------------|------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|------------|-------|-------------------------|-------------|
| Dependent Variable | | (I) DIAMONH | (J) DIAMONH | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| OAS_SCOR | Bonferroni | XORIO/KOMOPOLH | POLH<150000KATOIKOYS | ,630 | 1,630 | 1,000 | -3,43 | 4,69 |
| | | | POLH>150000 KATOIKOYS | 1,500 | 3,954 | 1,000 | -8,36 | 11,36 |
| | | POLH<150000KATOIKOYS | XORIO/KOMOPOLH | -,630 | 1,630 | 1,000 | -4,69 | 3,43 |
| | | | POLH>150000 KATOIKOYS | ,870 | 3,930 | 1,000 | -8,93 | 10,67 |
| | | POLH>150000 KATOIKOYS | XORIO/KOMOPOLH | -1,500 | 3,954 | 1,000 | -11,36 | 8,36 |
| | | | POLH<150000KATOIKOYS | -,870 | 3,930 | 1,000 | -10,67 | 8,93 |
| | Dunnett T3 | XORIO/KOMOPOLH | POLH<150000KATOIKOYS | ,630 | 1,632 | ,972 | -3,43 | 4,69 |
| | | | POLH>150000 KATOIKOYS | 1,500 | 3,220 | ,945 | -35,49 | 38,49 |
| | | POLH<150000KATOIKOYS | XORIO/KOMOPOLH | -,630 | 1,632 | ,972 | -4,69 | 3,43 |
| | | | POLH>150000 KATOIKOYS | ,870 | 3,209 | ,987 | -36,89 | 38,63 |
| | | POLH>150000 KATOIKOYS | XORIO/KOMOPOLH | -1,500 | 3,220 | ,945 | -38,49 | 35,49 |
| | | | POLH<150000KATOIKOYS | -,870 | 3,209 | ,987 | -38,63 | 36,89 |
| TOTAL_ ANDREWS | Bonferroni | XORIO/KOMOPOLH | POLH<150000KATOIKOYS | 5,463 | 3,877 | ,498 | -4,20 | 15,13 |
| | | | POLH>150000 KATOIKOYS | 10,050 | 9,404 | ,874 | -13,40 | 33,50 |
| | | POLH<150000KATOIKOYS | XORIO/KOMOPOLH | -5,463 | 3,877 | ,498 | -15,13 | 4,20 |
| | | | POLH>150000 KATOIKOYS | 4,587 | 9,348 | 1,000 | -18,72 | 27,90 |
| | | POLH>150000 KATOIKOYS | XORIO/KOMOPOLH | -10,050 | 9,404 | ,874 | -33,50 | 13,40 |

| | | | | | | | |
|------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------|-------|-------|--------|-------|
| | | POLH<150000KATOIKOYS | -4,587 | 9,348 | 1,000 | -27,90 | 18,72 |
| Dunnett T3 | XORIO/KOMOPOLH | POLH<150000KATOIKOYS | 5,463 | 3,868 | ,413 | -4,15 | 15,08 |
| | | POLH>150000 KATOIKOYS | 10,050 | 7,030 | ,574 | -66,42 | 86,52 |
| | | POLH<150000KATOIKOYS XORIO/KOMOPOLH | -5,463 | 3,868 | ,413 | -15,08 | 4,15 |
| | POLH>150000 KATOIKOYS XORIO/KOMOPOLH | POLH>150000 KATOIKOYS | 4,587 | 7,074 | ,882 | -69,05 | 78,23 |
| | | POLH>150000 KATOIKOYS XORIO/KOMOPOLH | -10,050 | 7,030 | ,574 | -86,52 | 66,42 |
| | | POLH<150000KATOIKOYS | -4,587 | 7,074 | ,882 | -78,23 | 69,05 |

Descriptives

| | | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|---------------|---------------------|----|-------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| OAS_SCOR | ANALFABHTOS | 1 | 17,00 | . | . | . | . | 17 | 17 |
| | APOFOITOS DHMOTIKOY | 9 | 11,67 | 5,590 | 1,863 | 7,37 | 15,96 | 2 | 20 |
| | APOFOITOS GYMNASIOY | 12 | 11,00 | 6,000 | 1,732 | 7,19 | 14,81 | 0 | 18 |
| | APOFOITOS LYKEIOY | 14 | 11,07 | 5,595 | 1,495 | 7,84 | 14,30 | 2 | 20 |
| | APOFOITOS AEI/TEI | 7 | 9,86 | 4,018 | 1,519 | 6,14 | 13,57 | 5 | 15 |
| | FOITHTHS AEI/TEI | 2 | 11,00 | 1,414 | 1,000 | -1,71 | 23,71 | 10 | 12 |
| | Total | 45 | 11,11 | 5,223 | ,779 | 9,54 | 12,68 | 0 | 20 |
| TOTAL_ANDREWS | ANALFABHTOS | 1 | 56,00 | . | . | . | . | 56 | 56 |
| | APOFOITOS DHMOTIKOY | 9 | 51,78 | 11,421 | 3,807 | 43,00 | 60,56 | 29 | 64 |
| | APOFOITOS GYMNASIOY | 12 | 56,17 | 16,140 | 4,659 | 45,91 | 66,42 | 26 | 77 |
| | APOFOITOS LYKEIOY | 14 | 52,21 | 12,129 | 3,242 | 45,21 | 59,22 | 28 | 76 |
| | APOFOITOS AEI/TEI | 7 | 48,71 | 12,120 | 4,581 | 37,50 | 59,92 | 33 | 64 |
| | FOITHTHS AEI/TEI | 2 | 43,00 | 2,828 | 2,000 | 17,59 | 68,41 | 41 | 45 |
| | Total | 45 | 52,31 | 12,765 | 1,903 | 48,48 | 56,15 | 26 | 77 |

Test of Homogeneity of Variances

| | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|---------------|--------------------|-----|-----|------|
| OAS_SCOR | 1,461 ^a | 4 | 39 | ,233 |
| TOTAL_ANDREWS | 1,163 ^b | 4 | 39 | ,342 |

a. Groups with only one case are ignored in computing the test of homogeneity of variance for OAS_SCOR.

b. Groups with only one case are ignored in computing the test of homogeneity of variance for TOTAL_ANDREWS.

ANOVA

| | | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|---------------|----------------|-------------------|----------------|----|-------------|-------|------|
| OAS_SCOR | Between Groups | (Combined) | 48,659 | 5 | 9,732 | ,330 | ,892 |
| | | Linear Unweighted | 31,300 | 1 | 31,300 | 1,060 | ,310 |
| | | Term Weighted | 20,642 | 1 | 20,642 | ,699 | ,408 |
| | | Deviation | 28,017 | 4 | 7,004 | ,237 | ,916 |
| | Within Groups | | 1151,786 | 39 | 29,533 | | |
| | Total | | 1200,444 | 44 | | | |
| TOTAL_ANDREWS | Between Groups | (Combined) | 458,637 | 5 | 91,727 | ,533 | ,750 |
| | | Linear Unweighted | 152,885 | 1 | 152,885 | ,888 | ,352 |
| | | Term Weighted | 198,128 | 1 | 198,128 | 1,151 | ,290 |
| | | Deviation | 260,508 | 4 | 65,127 | ,378 | ,823 |
| | Within Groups | | 6711,008 | 39 | 172,077 | | |
| | Total | | 7169,644 | 44 | | | |

Descriptives

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|----------------------------------|---|-------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ | 7 | 15,14 | 4,100 | 1,550 | 11,35 | 18,93 | 8 | 20 |
| ΕΚΑΤΑΤΟΝΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ | 1 | 6,00 | . | . | . | . | 6 | 6 |
| ΕΨΥΧΩΣΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 5 | 11,80 | 4,207 | 1,881 | 6,58 | 17,02 | 7 | 17 |
| ΕΨΥΧΩΣΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ | 7 | 9,71 | 5,057 | 1,911 | 5,04 | 14,39 | 2 | 16 |
| ΕΞΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ | 2 | 12,00 | 2,828 | 2,000 | -13,41 | 37,41 | 10 | 14 |
| ΕΒΗΦΡΕΝΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ | 2 | 15,50 | ,707 | ,500 | 9,15 | 21,85 | 15 | 16 |
| ΕΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ | 2 | 3,50 | 4,950 | 3,500 | -40,97 | 47,97 | 0 | 7 |
| ΕΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ | 5 | 10,00 | 6,442 | 2,881 | 2,00 | 18,00 | 4 | 20 |
| ΕΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ | 2 | 12,00 | 7,071 | 5,000 | -51,53 | 75,53 | 7 | 17 |

| | | | | | | | | |
|---|----|-------|--------|-------|-------|-------|----|----|
| ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ | 1 | 10,00 | . | . | . | . | 10 | 10 |
| ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ | 2 | 6,00 | 1,414 | 1,000 | -6,71 | 18,71 | 5 | 7 |
| ΟΞΥ ΨΥΧΩΣΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ | 3 | 10,00 | 3,464 | 2,000 | 1,39 | 18,61 | 6 | 12 |
| ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ | 2 | 15,00 | 1,414 | 1,000 | 2,29 | 27,71 | 14 | 16 |
| ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ | 1 | 17,00 | . | . | . | . | 17 | 17 |
| ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ | 1 | 6,00 | . | . | . | . | 6 | 6 |
| ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ | 1 | 18,00 | . | . | . | . | 18 | 18 |
| ΕΜΜΕΝΟΥΣΕΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ | 1 | 2,00 | . | . | . | . | 2 | 2 |
| Total | 45 | 11,11 | 5,223 | ,779 | 9,54 | 12,68 | 0 | 20 |
| ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗ (ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ | 7 | 46,14 | 9,873 | 3,732 | 37,01 | 55,27 | 31 | 58 |
| ΚΑΤΑΤΟΝΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ | 1 | 28,00 | . | . | . | . | 28 | 28 |
| ΨΥΧΩΣΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 5 | 54,20 | 12,377 | 5,535 | 38,83 | 69,57 | 33 | 64 |
| ΨΥΧΩΣΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ | 7 | 50,71 | 12,298 | 4,648 | 39,34 | 62,09 | 29 | 64 |

| | | | | | | | | |
|----------------------|---|-------|--------|--------|---------|--------|----|----|
| ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ | 2 | 43,00 | 2,828 | 2,000 | 17,59 | 68,41 | 41 | 45 |
| ΨΗΒΗΦΡΕΝΙΚΗ | 2 | 56,00 | 21,213 | 15,000 | -134,59 | 246,59 | 41 | 71 |
| ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ | | | | | | | | |
| ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ | 2 | 42,50 | 23,335 | 16,500 | -167,15 | 252,15 | 26 | 59 |
| ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ | | | | | | | | |
| ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ | 5 | 56,20 | 9,176 | 4,104 | 44,81 | 67,59 | 45 | 66 |
| ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ | 2 | 51,00 | 1,414 | 1,000 | 38,29 | 63,71 | 50 | 52 |
| ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ | | | | | | | | |
| ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ | 1 | 76,00 | . | . | . | . | 76 | 76 |
| ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ | 2 | 56,00 | 9,899 | 7,000 | -32,94 | 144,94 | 49 | 63 |
| ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ | | | | | | | | |
| ΟΞΥ ΨΥΧΩΣΙΚΟ | 3 | 58,00 | 15,395 | 8,888 | 19,76 | 96,24 | 45 | 75 |
| ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ | | | | | | | | |
| ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ | 2 | 60,00 | 5,657 | 4,000 | 9,18 | 110,82 | 56 | 64 |
| ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ | | | | | | | | |
| ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΣ | 1 | 65,00 | . | . | . | . | 65 | 65 |
| ΙΔΕΑΣΜΟΣ | | | | | | | | |
| ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ | 1 | 47,00 | . | . | . | . | 47 | 47 |
| ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ | 1 | 77,00 | . | . | . | . | 77 | 77 |
| ΕΜΜΕΝΟΥΣΕΣ | 1 | 40,00 | . | . | . | . | 40 | 40 |
| ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ | | | | | | | | |
| ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-------|----|-------|--------|-------|-------|-------|----|----|
| Total | 45 | 52,31 | 12,765 | 1,903 | 48,48 | 56,15 | 26 | 77 |
|-------|----|-------|--------|-------|-------|-------|----|----|

Test of Homogeneity of Variances

| | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|---------------|--------------------|-----|-----|------|
| OAS_SCOR | 1,338 ^a | 10 | 28 | ,259 |
| TOTAL_ANDREWS | 1,533 ^b | 10 | 28 | ,180 |

a. Groups with only one case are ignored in computing the test of homogeneity of variance for OAS_SCOR.

b. Groups with only one case are ignored in computing the test of homogeneity of variance for TOTAL_ANDREWS.

ANOVA

| | | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|---------------|----------------|-----------------|----------------|----|-------------|-------|------|
| OAS_SCOR | Between Groups | (Combined) | 598,359 | 16 | 37,397 | 1,739 | ,097 |
| | | Linear Weighted | 45,351 | 1 | 45,351 | 2,109 | ,158 |
| | | Term Deviation | 553,007 | 15 | 36,867 | 1,715 | ,106 |
| | Within Groups | | 602,086 | 28 | 21,503 | | |
| | Total | | 1200,444 | 44 | | | |
| TOTAL_ANDREWS | Between Groups | (Combined) | 3119,259 | 16 | 194,954 | 1,348 | ,238 |
| | | Linear Weighted | 733,664 | 1 | 733,664 | 5,072 | ,032 |
| | | Term Deviation | 2385,595 | 15 | 159,040 | 1,099 | ,400 |
| | Within Groups | | 4050,386 | 28 | 144,657 | | |
| | Total | | 7169,644 | 44 | | | |

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τις σχέσεις μας με τους συγγενείς και τον εαυτό μας. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αυτούς τους παράγοντες και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.**

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2010

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / / 19.....

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ ☐

ΓΥΝΑΙΚΑ ☐

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η ☐

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η ☐

ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η ☐

ΧΗΡΟΣ/Α ☐

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ ☐

ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ☐

ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ☐

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:

ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ ☐

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ☐

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ☐

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ ☐

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ ☐

ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ ☐

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ:

ΝΑΙ ☐

ΟΧΙ ☐

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ;

ΝΑΙ ☐

ΟΧΙ ☐

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΧΡΟΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΟΥΣ;

1. 2.

3. 4.

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΦΥΣΙΟΓΝΩΜΙΚΑ;.....

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ;

ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΧΡΟΝΙΑ

ΝΑΙ ☐

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ;

ΟΧΙ ☐

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ;

ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙ' ΑΥΤΗ;.....

ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΧΡΟΝΙΑ

ΝΑΙ ☐

ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ;

ΟΧΙ ☐

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ;

ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙ' ΑΥΤΗ;.....

ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΝΑΚΑΛΕΣΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΓΕΓΟΝΟΣ, ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΣΑΣ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕ ΕΝΤΟΝΟ ΑΓΧΟΣ Ή ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ ΩΣ ΠΑΙΔΙ (π.χ. αποχωρισμός από αγαπημένο πρόσωπο, ασθένεια ή απώλεια αγαπημένου προσώπου, αλλαγή τόπου κατοικίας, κ.α.); **ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΤΕ ΣΥΝΕΒΗ;**

ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΝΑΚΑΛΕΣΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΓΕΓΟΝΟΣ, ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΣΥΝΕΒΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΧΡΟΝΩΝ ΚΑΙ ΣΑΣ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕ ΕΝΤΟΝΟ ΑΓΧΟΣ Ή ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ; ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΤΕ ΑΚΡΙΒΩΣ ΣΥΝΕΒΗ;

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΕΧΕΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ; ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΦΥΣΙΟΓΝΩΜΙΚΑ;.....

ΓΙΑΤΙ ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΑΡΡΩΣΤΗΣΑΤΕ;.....

| Πόσο άρρωστος νομίζετε ότι είστε; (κυκλώστε το νούμερο που ταιριάζει περισσότερο στο στάδιο της νόσου) | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|--------------------------|
| Πολύ βαριά | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Σε αρχικά στάδια η νόσος |

(OAS)

Ενδιαφερόμαστε για το πώς οι άνθρωποι θεωρούν ότι οι άλλοι τους βλέπουν. Ακολουθεί ένας κατάλογος δηλώσεων που περιγράφει τα συναισθήματα ή τις εμπειρίες σχετικά με το πώς μπορεί να νοιώθετε για το πώς σας βλέπουν οι άλλοι άνθρωποι. Διαβάστε κάθε δήλωση και βάλτε σε κύκλο τον αριθμό δεξιά που δείχνει τη συχνότητα με την οποία βρίσκεται τον εαυτό σας να νιώθει ή να βιώνει αυτό που περιγράφεται στη δήλωση.

| | ΠΟΤΕ | ΣΠΑΝΙΑ | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | ΣΥΧΝΑ | ΠΑΝΤΑ |
|---|------|--------|------------------|-------|-------|
| 1. Νιώθω ότι οι άλλοι με βλέπουν ως όχι αρκετά καλό. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Νομίζω ότι οι άλλοι με βλέπουν υποτιμητικά. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Οι άλλοι με ταπεινώνουν πολύ. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Νιώθω ανασφαλής σε σχέση με τη γνώμη των άλλων για μένα. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Οι άλλοι με βλέπουν σα να μην είμαι του ίδιου επιπέδου με εκείνους. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Οι άλλοι με βλέπουν σα μηδαμινό και ασήμαντο. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Οι άλλοι με βλέπουν σαν κάπως ελαττωματικό. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Οι άνθρωποι με βλέπουν ασήμαντο συγκριτικά με τους άλλους. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Οι άλλοι αναζητούν τα λάθη μου. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Οι άνθρωποι με βλέπουν σα να παλεύω για την τελειότητα, δίχως, όμως, να είμαι ικανός να φθάσω τα δικά μου σταθμά. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Νομίζω ότι οι άλλοι μπορούν να δουν τα μειονεκτήματά μου. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Οι άλλοι είναι επικριτικοί ή τιμωρητικοί, όταν κάνω ένα λάθος. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Οι άνθρωποι απομακρύνονται από εμένα, όταν κάνω λάθη. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Οι άλλοι πάντα θυμούνται τα λάθη μου. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Οι άλλοι με θεωρούν εύθραυστο. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Οι άλλοι με βλέπουν κενό και ανεκπλήρωτο. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Οι άλλοι νομίζουν ότι κάτι μου λείπει. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Οι άλλοι νομίζουν ότι έχω χάσει τον έλεγχο του σώματος και των συναισθημάτων μου. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

ΟΔΗΓΙΕΣ

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, οι οποίες χαρακτηρίζουν λιγότερο ή περισσότερο τη λειτουργία της οικογένειας. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση. Αν κάποιες προτάσεις αντιπροσωπεύουν τη δική σας οικογένεια, παρακαλούμε σημειώσετε **X** κάτω από το κουτάκι με την ένδειξη «**Σωστό**». Αν κάποιες άλλες θεωρήσετε ότι είναι εσφαλμένες, παρακαλώ σημειώσετε **X** κάτω από το κουτάκι με την ένδειξη «**Λάθος**».

Παρακαλούμε έχετε υπόψη σας, ότι ενδιαφερόμαστε για τον τρόπο που εσείς οι ίδιοι βλέπετε την οικογένειά σας και όχι για τον τρόπο που τη βλέπουν τα άλλα μέλη.

| | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
|--|-------|-------|
| 1. Τα μέλη της οικογένειάς μας πραγματικά αλληλοϋποστηρίζονται. | | |
| 2. Τα μέλη της οικογένειάς μας συχνά κρατούν τα συναισθήματά τους για τον εαυτό τους. | | |
| 3. Στην οικογένειά μας γίνονται πολλοί καυγάδες. | | |
| 4. Στην οικογένειά μας δεν παίρνουμε συχνά πρωτοβουλίες. | | |
| 5. Αισθανόμαστε ότι έχει σημασία να είσαι ο καλύτερος σε οτιδήποτε επιχειρείς. | | |
| 6. Συχνά συζητάμε για πολιτικά και κοινωνικά ζητήματα. | | |
| 7. Πολλά βράδια και πολλά Σαββατοκύριακα μένουμε στο σπίτι. | | |
| 8. Τα μέλη της οικογένειάς μας πηγαίνουν συχνά στην εκκλησία ή στο κατηχητικό. | | |
| 9. Στην οικογένειά μας οι δραστηριότητες σχεδιάζονται πολύ προσεκτικά. | | |
| 10. Τα μέλη της οικογένειάς μας σπάνια μπαίνουν σε τάξη. | | |
| 11. Φαίνεται πως συχνά σκοτώνουμε την ώρα μας στο σπίτι. | | |
| 12. Στο σπίτι μιλάμε ελεύθερα. | | |
| 13. Τα μέλη της οικογένειάς μας σπάνια θυμώνουν πολύ. | | |
| 14. Στην οικογένειά μας ενθαρρυνόμαστε πολύ να είμαστε ανεξάρτητοι. | | |
| 15. Για την οικογένειά μας είναι πολύ σημαντικό να προχωρείς μπροστά στη ζωή. | | |
| 16. Πηγαίνουμε σπάνια σε διαλέξεις, θεατρικά έργα ή συναυλίες. | | |
| 17. Έρχονται συχνά φίλοι για φαγητό ή για μια επίσκεψη. | | |
| 18. Στην οικογένειά μας δε λέμε προσευχές. | | |
| 19. Είμαστε γενικά πολύ καθαροί και τακτικοί. | | |
| 20. Στην οικογένειά μας υπάρχουν πολύ λίγοι κανόνες, τους οποίους ακολουθούμε. | | |
| 21. Καταναλώνουμε σημαντική ενέργεια σε αυτά που κάνουμε στο σπίτι. | | |
| 22. Είναι δύσκολο να ξεσπάσεις στο σπίτι, χωρίς να αναστατώσεις κάποιον. | | |
| 23. Τα μέλη της οικογένειάς μας μερικές φορές θυμώνουν τόσο πολύ που πετούν πράγματα. | | |
| 24. Στην οικογένειά μας ό,τι σκεφτόμαστε το εκφράζουμε με λόγια. | | |
| 25. Δεν έχει μεγάλη σημασία για μας πόσα χρήματα κερδίζεις. | | |
| 26. Έχει μεγάλη σημασία για την οικογένειά μας να μαθαίνεις καινούργια και διαφορετικά πράγματα. | | |
| 27. Κανείς στην οικογένειά μας δεν ασχολείται με τα σπορ, με ομάδες, με μπόουλινγκ κ.λ.π. | | |
| 28. Συζητάμε συχνά για το θρησκευτικό νόημα των Χριστουγέννων, του Πάσχα | | |

| | | |
|--|-------|-------|
| ή άλλων γιορτών. | | |
| 29. Στο σπίτι μας είναι συχνά δύσκολο να βρούμε κάποια πράγματα τη στιγμή που τα χρειαζόμαστε. | | |
| | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
| 30. Υπάρχει ένα μέλος της οικογένειάς μας που παίρνει τις περισσότερες αποφάσεις. | | |
| 31. Στην οικογένειά μας υπάρχει ένα αίσθημα συντροφικότητας. | | |
| 32. Συζητάμε μεταξύ μας για τα προσωπικά μας προβλήματα. | | |
| 33. Τα μέλη της οικογένειάς μας δύσκολα χάνουν την ψυχραιμία τους. | | |
| 34. Στην οικογένειά μας ερχόμαστε και φεύγουμε όποτε θέλουμε. | | |
| 35. Πιστεύουμε στο συναγωνισμό και στην αρχή «ο καλός ποτέ δεν χάνει». | | |
| 36. Δεν μας ενδιαφέρουν οι πολιτιστικές δραστηριότητες. | | |
| 37. Πηγαίνουμε συχνά στο σινεμά, σε αθλητικές δραστηριότητες, σε κατασκηνώσεις, κ.λ.π. | | |
| 38. Δεν πιστεύουμε ότι υπάρχει παράδεισος ή κόλαση. | | |
| 39. Στην οικογένειά μας έχει μεγάλη σημασία να είναι κανείς στην ώρα του. | | |
| 40. Υπάρχουν συγκεκριμένοι τρόποι για να κάνεις τα πράγματα στο σπίτι. | | |
| 41. Όταν κάτι πρέπει να γίνει στο σπίτι, σπάνια προσφέρεται κανείς. | | |
| 42. Όταν μας έρχεται να κάνουμε κάτι αυθόρμητα, το κάνουμε χωρίς δεύτερη κουβέντα. | | |
| 43. Τα μέλη της οικογένειάς μας κριτικάρουν συχνά το ένα το άλλο. | | |
| 44. Στην οικογένειά μας υπάρχει περιορισμένος ιδιωτικός βίος. | | |
| 45. Πάντα προσπαθούμε να κάνουμε τα πράγματα λίγο καλύτερα την επόμενη φορά. | | |
| 46. Σπάνια κάνουμε πνευματικές συζητήσεις. | | |
| 47. Ο καθένας στην οικογένειά μας έχει ένα ή δύο χόμπι. | | |
| 48. Τα μέλη της οικογένειάς μας έχουν αυστηρές απόψεις για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος. | | |
| 49. Αλλάζουμε συχνά γνώμη. | | |
| 50. Στην οικογένειά μας δίνουμε έμφαση στο να ακολουθούνται οι κανόνες. | | |
| 51. Τα μέλη της οικογένειάς μας αλληλοϋποστηρίζονται πραγματικά. | | |
| 52. Όταν κάποιος μέσα στην οικογένεια παραπονιέται, συνήθως δημιουργείται εκνευρισμός. | | |
| 53. Μερικές φορές ένα μέλος της οικογένειας χτυπά κάποιο άλλο. | | |
| 54. Όταν παρουσιάζεται κάποιο πρόβλημα, τα μέλη της οικογένειας σχεδόν πάντα στηρίζονται στον εαυτό τους. | | |
| 55. Τα μέλη της οικογένειας σπάνια έχουν ανησυχίες για προαγωγή στη δουλειά, τους βαθμούς στο σχολείο κ.λ.π. | | |
| 56. Μέσα στην οικογένειά μας κάποιος παίζει μουσικό όργανο. | | |
| 57. Τα μέλη της οικογένειας δεν πολυανακατεύονται σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες πέρα από τη δουλειά ή το σχολείο. | | |
| 58. Πιστεύουμε ότι υπάρχουν κάποια πράγματα, για τα οποία το μόνο που χρειάζεται είναι να τα αντιμετωπίσεις με πίστη. | | |
| 59. Τα μέλη της οικογένειάς μας βεβαιώνονται ότι τα δωμάτιά τους είναι καθαρά. | | |
| 60. Στις αποφάσεις που παίρνει η οικογένεια, μετρά εξίσου ο λόγος του καθενός. | | |
| 61. Στην οικογένειά μας, υπάρχει περιορισμένο πνεύμα ομαδικότητας. | | |
| 62. Στην οικογένειά μας, συζητάμε ανοιχτά για οικονομικά ζητήματα και λογαριασμούς. | | |
| 63. Αν υπάρχει κάποια διαφωνία στην οικογένειά μας, καταβάλουμε μεγάλες προσπάθειες για να μαλακώσουμε τα πράγματα και να διατηρήσουμε την ηρεμία στο σπίτι. | | |

| | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
|--|-------|-------|
| 64. Το κάθε μέλος της οικογένειας ενθαρρύνει το άλλο να διεκδικήσει τα δικαιώματά του. | | |
| 65. Στην οικογένειά μας δεν μας ενδιαφέρει τόσο πολύ η επιτυχία. | | |
| 66. Τα μέλη της οικογένειάς μας πηγαίνουν συχνά στη βιβλιοθήκη. | | |
| 67. Μερικές φορές, τα μέλη της οικογένειας παρακολουθούν μαθήματα για κάποιο χόμπι ή κάποιο ενδιαφέρον που έχουν (έξω από το σχολείο). | | |
| 68. Στην οικογένειά μας, ο καθένας έχει διαφορετική άποψη για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος. | | |
| 69. Στην οικογένειά μας, είναι ξεκάθαρα προσδιορισμένα τα καθήκοντα του καθενός. | | |
| 70. Στην οικογένειά μας, ο καθένας κάνει ό,τι θέλει. | | |
| 71. Στ' αλήθεια, τα πάμε πολύ καλά μεταξύ μας. | | |
| 72. Συνήθως προσέχουμε πολύ τι λέμε ο ένας στον άλλο. | | |
| 73. Κάθε μέλος της οικογένειας προσπαθεί συχνά να υπερτερήσει έναντι του άλλου. | | |
| 74. Στο σπίτι μας είναι δύσκολο να απομονώνεσαι χωρίς να πληγώνεις κάποιον. | | |
| 75. Ο κανόνας στην οικογένειά μας είναι « <i>πρώτα η δουλειά και μετά το παιχνίδι</i> ». | | |
| 76. Στην οικογένειά μας αξίζει περισσότερο το να παρακολουθείς τηλεόραση παρά το να διαβάζεις ένα βιβλίο. | | |
| 77. Τα μέλη της οικογένειάς μας βγαίνουν πολύ συχνά έξω. | | |
| 78. Στην οικογένειά μας, η Αγία Γραφή θεωρείται πολύ σημαντικό βιβλίο. | | |
| 79. Στην οικογένειά μας, είμαστε πολύ προσεχτικοί με τη διαχείριση των χρημάτων. | | |
| 80. Ακολουθούμε αυστηρούς κανόνες στο σπίτι μας. | | |
| 81. Στην οικογένειά μας, αφιερώνουμε πολύ χρόνο και προσοχή ο ένας στον άλλο. | | |
| 82. Γίνονται πολλές αυθόρμητες συζητήσεις στην οικογένειά μας. | | |
| 83. Στην οικογένειά μας, πιστεύουμε ότι δεν οδηγεί πουθενά να υψώνεις τον τόνο της φωνής σου. | | |
| 84. Στην οικογένειά μας δεν ενθαρρυνόμαστε πραγματικά να εκφράζουμε την άποψή μας. | | |
| 85. Τα μέλη της οικογένειας κάνουν συχνά συγκρίσεις με άλλους σχετικά με την απόδοσή μας στην δουλειά ή στο σχολείο. | | |
| 86. Τα μέλη της οικογένειας αγαπούν στα αλήθεια τη μουσική, την τέχνη, τη λογοτεχνία. | | |
| 87. Ο κύριος τρόπος της ψυχαγωγίας μας είναι να παρακολουθούμε τηλεόραση ή να ακούμε ραδιόφωνο. | | |
| 88. Τα μέλη της οικογένειας πιστεύουν ότι, αν αμαρτήσεις, πρέπει να τιμωρηθείς. | | |
| 89. Συνήθως τα πιάτα πλένονται αμέσως μετά το φαγητό. | | |
| 90. Δε μπορεί να σου δώσει πολλά πράγματα η οικογένειά μας. | | |

ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Experience of Shame Scale (ESS)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Όλοι, κατά περιόδους, μπορεί να έρθουν σε δύσκολη θέση, να νιώσουν συνεσταλμένοι ή να ντροπιαστούν. Αυτές οι ερωτήσεις αφορούν τέτοια συναισθήματα, εάν έχουν εμφανιστεί **οποιαδήποτε στιγμή στο προηγούμενο έτος**. Δεν υπάρχει καμία «σωστή» ή «λανθασμένη» απάντηση. Παρακαλούμε, διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

| | ΚΑΘΟΛΟΥ | ΛΙΓΟ | ΣΥΓΚΡΑΤΗΜΕΝΑ | ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ |
|---|---------|------|--------------|-----------|
| 1. Έχετε νιώσει ντροπή για κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις προσωπικές σας συνήθειες; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Έχετε νιώσει ντροπή για τη συμπεριφορά σας απέναντι στους άλλους; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τη συμπεριφορά σας απέναντί τους; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Έχετε αποφύγει ποτέ ανθρώπους εξαιτίας της συμπεριφοράς σας; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Έχετε νιώσει ντροπή για αυτό που είστε; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτό που είστε; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε από τους άλλους αυτό που είστε; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Έχετε νιώσει ντροπή για τις ικανότητές σας; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις ικανότητές σας; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Έχετε αποφύγει ανθρώπους, εξαιτίας της αδυναμίας σας να κάνετε κάποια πράγματα; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν κάνετε κάτι λάθος; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για εσάς, όταν κάνετε κάτι λάθος; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε πράγματα, τα οποία ντρέπεστε που έχετε κάνει; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Έχετε νιώσει ντροπή για κάτι ανόητο που είπατε; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι για εσάς, όταν είπατε κάτι ανόητο; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Έχετε αποφύγει την επαφή με οποιονδήποτε γνώριζε ότι είπατε κάτι ανόητο; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν αποτύχατε σε κάτι που ήταν σημαντικό για εσάς; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι, όταν αποτύχατε; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Έχετε αποφύγει ανθρώπους που σας είδαν να αποτυχαίνετε; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Έχετε νιώσει ντροπή για το σώμα σας ή κάποιο σημείο του; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για την εμφάνισή σας; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Έχετε αποφύγει να κοιτάξετε τον εαυτό σας στον καθρέπτη; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Έχετε την επιθυμία να κρύψετε ή να συγκαλύψετε το σώμα | 1 | 2 | 3 | 4 |

3. ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΝΑΙ ☐ ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ;

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ; ΟΧΙ ☐ ΠΑΙΡΝΕΙ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙ' ΑΥΤΗ;

| | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|--------------------------|
| Πολύ βαριά | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Σε αρχικά στάδια η νόσος |
|------------|---|---|---|---|---|--------------------------|

8. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΧΕΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ; ΝΑΙ _____ ☐ ΟΧΙ _____ ☐