



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:

«ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»



Διδακτορική Διατριβή

**ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ
ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΖΩΗΣ ΚΑΙ Η ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ
ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΜΠΡΙΣΕΝΙΟΥ

Κοινωνιολόγος, MSc Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των

απαιτήσεων για την απόκτηση του

Διδακτορικού Διπλώματος

Λάρισα, 2022

© 2022 Ευαγγελία Μπρισένιου

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα (Ν. 5343/32 αρ. 202 παρ. 2).

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δρ. Νικόλαος **Σκεντέρης**, Επιβλέπων
Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής – Κοινωνικής & Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Δρ. Χρυσή **Χατζόγλου**, Μέλος Συμβουλευτικής Επιτροπής
Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Δρ. Μαίρη **Γκούβα**, Μέλος Συμβουλευτικής Επιτροπής
Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών, Οικογενειών & Επαγγελματιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δρ. Νικόλαος **Σκεντέρης**, Επιβλέπων
Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής – Κοινωνικής & Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Δρ. Χρυσή **Χατζόγλου**, Μέλος Συμβουλευτικής Επιτροπής
Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Δρ. Μαίρη **Γκούβα**, Μέλος Συμβουλευτικής Επιτροπής
Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών, Οικογενειών & Επαγγελματιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Δρ. Κωνσταντίνος **Γουργουλιάνης**, Μέλος Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής
Καθηγητής Πνευμονολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Δρ. Ιωάννα **Γριβέα**, Μέλος Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής
Καθηγήτρια Παιδιατρικής και Νεογνολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Δρ. Σωτήρης **Ζαρογιάννης**, Μέλος Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής
Αναπληρωτής Καθηγητής Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Δρ. Νικόλαος **Χριστοδούλου**, Μέλος Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής
Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας



**UNIVERSITY OF THESSALY
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
FACULTY OF MEDICINE**

A THESIS SUBMITTED FOR THE DEGREE OF

DOCTOR OF PHILOSOPHY

***"THE SOCIAL REPRESENTATIONS OF THE AGGRESSIVE FACTORS OF LIVING
CONDITIONS AND THEIR INTERCONNECTION WITH THEIR PSYCHOLOGICAL
PROFILE AND THE PRIMARY HEALTH CARE"***

EVANGELIA G. BRISENIU

Sociologist, MSc Primary Health Care

Larisa, 2022

ADVISOR COMMITTEE

Skenteris Nikolaos, (Supervisor), Associate Professor of Pediatrics – Social & Developmental Pediatrics, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly

Hatzoglou Chryssi, Professor of Physiology, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly

Gouva Mary, Professor of Psychology, Research Laboratory Psychology of Patients, Families & Health Professionals, Department of Nursing, School of Health Sciences, University of Ioannina

EXAMINATION BOARD

Skenteris Nikolaos, P.h.D Associate Professor of Pediatrics – Social & Developmental Pediatrics, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly

Hatzoglou Chryssi, P.h.D Professor of Physiology, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly

Gouva Mary, P.h.D Professor of Psychology, Research Laboratory Psychology of Patients, Families & Health Professionals, Department of Nursing, School of Health Sciences, University of Ioannina

Gourgoulialis Konstantinos, P.h.D Professor of Pneumology, Medical school, University of Thessaly

Grivea Ioanna, P.h.D Professor of Pediatrics and Neonatology, Medical school, University of Thessaly

Zarogiannis Sotiris, P.h.D Associate Professor of Physiology, Medical school, University of Thessaly

Christidoulou Nikolaos, P.h.D Associate Professor of Psychiatry, Medical school, University of Thessaly

Announcements and Publications associated with the present thesis

- Briseniou, E., Skenteris, N., Hatzoglou, C., Dragioti, E., Diamantopoulos, E., Tsitsas, G. D., & Gouva, M. (2021). The effects of psychopathology and shame on social representations of health and lifestyle behaviours via free association: A graph analysis approach. *BMC psychology*, 9(1), 1-11.
- Briseniou, E., Skenteris, N., Hatzoglou, C., Dragioti, E., Diamantopoulos, E., Tsitsas, G. D., & Gouva, M. (2020). The Social Representations of Health: A Common Symbolic Place. *Creative Education*, 11(10), 2176.
- Kotrotsiou, E., Gouva, M., Briseniou, E., Dragioti, E., & Skenteris, N. (2016). The social representations of aggravating factors living conditions and their connection to their psychological profile. *European Psychiatry*, 33(S1), S482-S482.
- Μπρισένιου Ε., Γκούβα Μ., Χατζόγλου Χ. & Σκεντέρης Ν. (2017). Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις των ηλικιωμένων για τις χρόνιες νόσους, *7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημόνων Φροντίδας Χρονίων Πασχόντων*, Αρχαία Ολυμπία, 22-24 Οκτωβρίου.
- Μπρισένιου Ε, Σκεντέρης Ν, Χατζόγλου Χ, Κοτρώτσιου Ε & Γκούβα Μ. (2015). Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις των χρόνιων νόσων και η διασύνδεσή τους με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, *6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημόνων Φροντίδας Χρονίων Πασχόντων*, Λίμνη Πλαστήρα, 22-24 Οκτωβρίου.
- Briseniou, E., Dragioti, E., Kotrotsiou, E., & Gouva, M. (2014). EPA-1316-New insights on studying of social representations towards illness. *European Psychiatry*, 29(S1), 1-1.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για όσους ήταν μαζί μου ...

Στη ζωή μας κάνουμε διαρκώς επιλογές σε πολλά επίπεδα και σε πολλούς τομείς. Κάποιες αποδεικνύονται επιτυχημένες και άλλες λιγότερο, κάποιες δύσκολες και άλλες απλά ευχάριστες, μερικές φορές επίπονες και κάποιες άλλες πάλι μια άνετη διαδρομή. Όλες όμως είναι παρενθέσεις που γεμίζουν με εμπειρίες το ταξίδι της ζωής μας. Και ο αλεξανδρινός ποιητής δεν προτρέπει μόνο να είναι μεγάλες σε διάρκεια οι διαδρομές, αλλά επισημαίνει και τη σημασία των συναντήσεων που θα έχεις σε αυτούς τους δρόμους. Πόσο μάλλον όταν πρόκειται για ανθρώπους που ο καθένας τους με τον τρόπο του γίνεται σημαντικός για τη διαδρομή σου.

Ένα ταξίδι στην επιστήμη και την έρευνα ήταν και τα τελευταία χρόνια η εκπόνηση της διδακτορικής μου διατριβής, σίγουρα όχι από τα εύκολα, κάπως πολύπλοκο σε σημεία του και κουραστικό ίσως αλλά, καταληκτικά, μοναδικά ενδιαφέρον και απολαυστικό. Από τα σημαντικότερα σημεία της ερευνητικής μου διαδρομής ήταν οι συνεργασίες που προέκυψαν από την πρώτη στιγμή της απόφασης να ξεκινήσω την έρευνα και στην πορεία προστίθονταν και νέα πρόσωπα.

Γράφω, λοιπόν, με βαθιά συγκίνηση, το ευχαριστήριο σημείωμα, προς όλους όσους στάθηκαν στο πλάι μου όλα αυτά τα χρόνια και στους οποίους οφείλω πολλά. Στην πραγματικότητα, η σελίδα των ευχαριστιών προς όλους εκείνους που στήριξαν την προσπάθειά μου επί σειρά ετών έχει γραφτεί δεκάδες φορές στο μυαλό μου ως το αποτύπωμα μιας νοερής άσκησης ολοκλήρωσης αυτής της μακράς, επίπονης, δοκιμασίας εκπόνησης μιας διδακτορικής διατριβής. Χωρίς τη συνδρομή των ανθρώπων που στάθηκαν στωικά πλάι μου όλα αυτά τα χρόνια, θα ήταν εξαιρετικά δύσκολο να φτάσω ως εδώ. Το ευχαριστήριο αυτό σημείωμα εκφράζει ένα ελάχιστο μέρος της ευγνωμοσύνης που αισθάνομαι για εκείνους.

Το πρώτο ευχαριστώ δικαιωματικά το οφείλω στον επιβλέποντά μου, αναπληρωτή καθηγητή Νικόλαο Σκεντέρη, για την αμέριστη στήριξή του σε κάθε στάδιο αυτού του εγχειρήματος. Τον ευχαριστώ θερμά για τη διαρκή επιστημονική καθοδήγηση και για την ακέραια εμπιστοσύνη που μου έδειξε σε κάθε πτυχή της πολυετούς συνεργασίας μας, για τις πολύτιμες ευκαιρίες που μου πρόσφερε στους τομείς της έρευνας, για την ελευθερία και το σεβασμό που επέδειξε στις ερευνητικές επιλογές μου και κυρίως για όλες τις φορές που, υπό τη διακριτική εποπτεία του, με πέταξε μεσοπέλαγα για να μου μάθει να κολυμπάω.

Οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στη συνεπιβλέπουσα καθηγήτρια Χρύσα Χατζόγλου, για την επιστημονική και ηθική στήριξη που αφειδώς μου παρείχε κάθε φορά που τη χρειαζόμουν για τον πολύτιμο χρόνο που μου αφιέρωσε, για την υπομονή και την κατανόηση με την οποία διαχειρίστηκε κάθε μου απορία ή σκέψη, για τη σχολαστικότητα και την επιμέλεια με την οποία έσκυψε πάνω από την ερευνητική μου εργασία. Το παρόν εγχείρημα δεν θα ήταν εφικτό χωρίς τις προτάσεις της και τη συνεχόμενη καθοδήγησή της.

Βαθιά είναι η ευγνωμοσύνη μου για το έτερο μέλος της επιτροπής, την καθηγήτρια Μαίρη Γκούβα, η οποία «βούτηξε» μαζί μου σε αυτήν την περιπέτεια. Την ευχαριστώ για τη διαρκή συμπαράσταση κάθε είδους που μου πρόσφερε από την αρχή ως το τέλος, για την υπομονή της. Την ευχαριστώ, επίσης, θερμά για τη μοναδική ικανότητα που έχει να μου νοηματοδοτεί αυτό που έκανα ακόμη κι όταν εγώ έχανα το νόημα, αλλά και για την ακλόνητη πίστη της ότι «θα τα καταφέρουμε». Η ολοκλήρωση της διδακτορικής μου διατριβής, βεβαίως, θα ήταν κυριολεκτικά αδύνατη χωρίς την υλική, ηθική και έμπρακτη συμπαράστασή της.

Ήταν για μένα μεγάλη τιμή να υπάρξω στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», ένα μεταπτυχιακό πρόγραμμα το οποίο κυριαρχείται από πολυδιάστατη επιστημονική σκέψη και στο οποίο διδάχθηκα τόσο τη σπουδαιότητα της μεθοδικότητας όσο και τη

σημαντικότητα της ανθρώπινης προληπτικής φροντίδας. Από την καρδιά μου ευχαριστώ τον Κωνσταντίνο Γουργουλιάνη, Καθηγητή Πνευμονολογίας του Πανεπιστημίου της Θεσσαλίας, εμπνευστή και δημιουργό του Μεταπτυχιακού και νοιώθω μεγάλη τιμή για το γεγονός ότι ανήκει στην επιτροπή κρίσης του παρόντος διδακτορικού.

Θερμές ευχαριστίες στην Καθηγήτρια Παιδιατρικής και Νεογνολογίας του Πανεπιστημίου της Θεσσαλίας, Ιωάννα Γριβέα, στον Αναπληρωτή Καθηγητή Φυσιολογίας του Πανεπιστημίου της Θεσσαλίας Σωτήρη Ζαρογιάννη και στον Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας Νικόλαο Χριστοδούλου για το χρόνο τους να μελετήσουν την παρούσα ερευνητική μελέτη και να συμμετέχουν στην επταμελή επιτροπή κρίσης.

«Αν σε στηρίξω σε αυτό που είσαι ικανός να γίνεις, θα σε βοηθήσω να το πετύχεις»

Βόλφγκανγκ Γκαίτε

ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ

Η Ευαγγελία Μπρισένιου είναι κοινωνιολόγος και ειδικεύτηκε στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Το θέμα της διπλωματικής της μελέτης στο πλαίσιο των μεταπτυχιακών της σπουδών αφορούσε στις Κοινωνικές Αναπαραστάσεις των Επιβαρυντικών Παραγόντων Συνθηκών Ζωής και τη Διασύνδεσή τους με το Ψυχολογικό Προφίλ τους και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Οι μελέτες της και το ερευνητικό της ενδιαφέρον αφορούν τη διερεύνηση των κοινωνικών αναπαραστάσεων στις σωματικές ασθένειες και στους επιβαρυντικούς ψυχοσωματικούς παράγοντες ζωής. Το δημοσιευμένο της έργο αφορά σε επιστημονικά συγγράμματα, άρθρα και ανακοινώσεις σχετικά με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις στο χώρο της υγείας.

1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ :	Ευαγγελία Μπρισένιου
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ :	Γεώργιος
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ :	Βασιλεία
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ :	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ :	
EMAIL :	

2. ΣΠΟΥΔΕΣ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

- Φοίτηση στο Παν/μιο Θεσσαλίας, στο τμήμα Ιατρικής, στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα "Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας" : 2011 - 2013
- Φοίτηση στο ΤΕΙ Θεσσαλίας, στο Πρόγραμμα Εξειδίκευσης στην «Ψυχική Υγεία- Ειδική Αγωγή» 410 ωρών, στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα "Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας" : 2010
- Φοίτηση στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, στο Πρόγραμμα Κατάρτισης του, με τίτλο «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στην Εκπαίδευση»: 2017
- Φοίτηση στη Σχολή ΠΑΤΕΣ-ΣΕΛΕΤΕ (6μηνη εκπαίδευση) : 1997 - 1997
- Φοίτηση στο Πάντειο Πανεπιστήμιο, στο τμήμα Κοινωνιολογίας : 1982 - 1987

3. ΓΛΩΣΣΕΣ

- Αγγλικά, Επίπεδο Γ2 (Proficiency)
- Γαλλικά, Επίπεδο Β2 (ΚΤΓ Β διαβαθμ.)

4. ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ

4.1. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

A. ΔΙΔΑΚΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

- 1-9-1997 έως σήμερα: Καθηγήτρια Κοινωνιολογίας στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

5. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

- 1/9/2012 - 30/5/2013: Στο πλαίσιο των μεταπτυχιακών σπουδών ερευνητική δραστηριότητα - συλλογή δεδομένων, στατιστική επεξεργασία στο πρόγραμμα SPSS & Excel, συγγραφή της επιστημονικής μελέτης.
- 1/9/2015 - 30/5/2021: Στα πλαίσια των διδακτορικών σπουδών ερευνητική δραστηριότητα - συλλογή δεδομένων, στατιστική επεξεργασία στο πρόγραμμα SPSS & Excel, συγγραφή της επιστημονικής μελέτης.

6. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΕΡΓΟ

ΟΡΙΣΜΟΣ ΩΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

- 1-7-2015 έως σήμερα: Ορισμός ως Διευθύντρια του 3^{ου} Γενικού Λυκείου Άρτας
- 1-1-2016 έως 31-8-2020: Διορισμένο Μέλος στα Π.Υ.Σ.Δ.Ε.

7. ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ

- 2015: Στο 6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημόνων Φροντίδας Χρονίων Πασχόντων βραβεύτηκε με το πρώτο βραβείο η ερευνητική εργασία «Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις των χρόνιων νόσων και η διασύνδεσή τους με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας». Επικεφαλής της ερευνητικής ομάδας και του σχεδιασμού του ερευνητικού πρωτοκόλλου ήταν η κ. Μαίρη Γκούβα, Αν. Καθηγήτρια Ψυχολογίας του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου. Η ερευνητική ομάδα αποτελούνταν από τους Ευαγγελία Μπρισένιου, Κοινωνιολόγο MSc, Νίκο Σκεντέρη, Επίκουρο Καθηγητή Παιδιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας, Χρυσή Χατζόγλου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Φυσιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας, και Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Καθηγήτρια του Τ.Ε.Ι. Λάρισας και Διευθύντρια του ΠΤΜΣ «Ψυχική Υγεία». Η συγκεκριμένη μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 280 ενηλίκων από διάφορες περιοχές της Ελλάδας, ηλικίας 19-65 χρονών. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας είναι ιδιαίτερα σημαντικά μια και διαπιστώθηκε ότι οι κοινωνικές αναπαραστάσεις επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά το ψυχολογικό προφίλ των Ελλήνων, καθώς και το επίπεδο των διαπροσωπικών τους σχέσεων.

8. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΟ

8.1 ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ (σε περιοδικά με κριτές και αποδελτίωση σε διεθνείς βάσεις)

1. **Briseniou E.**, Skenteris, N., Hatzoglou, C., Dragioti, E., Diamantopoulos, E., Tsitsas, G. D., & Gouva, M. (2021). The effects of psychopathology and shame on social representations of health and lifestyle behaviours via free association: A graph analysis approach., *BMC psychology*, 9(1), 1-11.
2. **Briseniou, E.**, Skenteris, N., Hatzoglou, C., Dragioti, E., Diamantopoulos, E., Tsitsas, G. D., & Gouva, M. (2020). The Social Representations of Health: A Common Symbolic Place. *Creative Education*, 11(10), 2176.

8.2. ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΣΕ ΤΟΜΟΥΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ (σε Συνέδρια με κριτές)

1. Kotrotsiou, E., Gouva, M., **Briseniou, E.**, Dragioti, E., & Skenteris, N. (2016). The social representations of aggravating factors living conditions and their connection to their psychological profile. *European Psychiatry*, 33(S1), S482-S482.
2. **Μπρισένιου Ε.**, Γκούβα Μ., Χατζόγλου Χ. & Σκεντέρης Ν. (2017). Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις των ηλικιωμένων για τις χρόνιες νόσους, 7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημόνων Φροντίδας Χρονίων Πασχόντων, Αρχαία Ολυμπία, 22-24 Οκτωβρίου.
3. **Μπρισένιου Ε.**, Σκεντέρης Ν, Χατζόγλου Χ, Κοτρώτσιου Ε & Γκούβα Μ. (2015). Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις των χρόνιων νόσων και η διασύνδεσή τους με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημόνων Φροντίδας Χρονίων Πασχόντων, Λίμνη Πλαστήρα, 22-24 Οκτωβρίου.
4. **Briseniou, E.**, Dragioti, E., Kotrotsiou, E., & Gouva, M. (2014). EPA-1316-New insights on studying of social representations towards illness. *European Psychiatry*, 29(S1), 1-1.

8.3. ΣΥΓΓΡΑΦΙΚΟ ΕΡΓΟ - ΜΟΝΟΓΡΑΦΙΕΣ

Μπρισένιου Ευαγγελία (2013). Οι Κοινωνικές Αναπαραστάσεις των Επιβαρυντικών Παραγόντων Συνθηκών Ζωής και η Διασύνδεσή τους με το Ψυχολογικό Προφίλ τους και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Διπλωματική Εργασία στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» - Παν/μιο Θεσσαλίας.

9. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

1. Ιδρυτικό μέλος και Πρόεδρος του συλλόγου «Πολιτών Παρέμβαση»
2. Ιδρυτικό μέλος του Συλλόγου «Φίλοι του Βιβλίου»
3. Αρθρογράφηση σε εφημερίδες και σε περιοδικά
4. Διαλέξεις ως προσκεκλημένη ομιλήτρια σε θέματα Ιστορίας, Παράδοσης, Πολιτισμού και Ποιότητας Ζωής.

Η συσχέτιση της γλώσσας που χρησιμοποιείται για την περιγραφή των κοινωνικών αναπαραστάσεων και της ψυχοπαθολογίας έχει από καιρό παρατηρηθεί σε σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια (Bleuler, 1950). Αντιθέτως υπάρχει μικρότερη σύνδεση της κατάθλιψης και παρόμοιων διαταραχών συμπεριφοράς σε μη παθολογικά άτομα.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του ελεύθερου συνειρμού για τη διερεύνηση των διασυνδέσεων της γλώσσας και της διανοητικής κατάστασης. Η ελεύθερη συσχέτιση έχει αξιοποιηθεί στο παρελθόν για να ανιχνευθεί ο τρόπος με τον οποίο οι λέξεις συνδέονται στο γλωσσικό σημασιολογικό δίκτυο (Nelson et al, 2000, Nelson et al, 2004). Μια τέτοια διαδικασία δεν ενδείκνυται σε επίπεδο ομάδας, καθώς το εσωτερικό δίκτυο των νοηματικών σχέσεων για κάθε θέμα δημιουργείται μέσω της αυστηρά προσωπικής αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον, αποκτώντας έτσι μια μοναδική ταυτότητα. Ωστόσο, μεταξύ των ατόμων της ίδιας κοινότητας, αναμένεται ότι δημιουργούνται κοινές γλωσσικές περιγραφές, για να εκφράσουν σημαντικές κοινωνικές αναπαραστάσεις που σχετίζονται με τις εμπειρίες ζωής, κοινές σε όλα τα μέλη της κοινότητας. Επιπλέον, είναι φυσικό να υποθέσουμε ότι ο βαθμός στον οποίο υιοθετούνται αυτές οι κοινές περιγραφές αποτελεί ένδειξη της κοινωνικής συμμόρφωσης του ατόμου και ως εκ τούτου αναμένεται να σχετίζεται με τη γενική ψυχολογική του κατάσταση.

Στόχος αυτής της διατριβής είναι η διασύνδεση ορισμένων ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων (ηλικία, φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, εξωτερική ντροπή, εσωτερική ντροπή, ψυχοπαθολογία) στον γλωσσικό

τρόπο με τον οποίο επιλέγεται η περιγραφή οκτώ κοινών εμπειριών ζωής που σχετίζονται με επιβαρυντικούς παράγοντες. Η προσέγγιση που ακολουθείται είναι βιβλιογραφικά πρωτότυπη, καθώς επιλέχθηκε η αναπαράσταση των λέξεων σε ένα γράφημα βάσει της συχνότητας εμφάνισης αλλά και του πλήθους των συνδυασμών που παρουσιάζονται μεταξύ τους. Η ποσοτικοποίηση της θέσης τους στο γράφημα επέτρεψε τη συμμετοχή τους σε περαιτέρω αναλυτικές διαδικασίες και τη συσχέτισή τους με τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά των υποκειμένων.

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε την άνοιξη και το καλοκαίρι του 2019. Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν ενήλικα άτομα που διαμένουν στην ευρύτερη περιοχή των Ιωαννίνων. Συνολικά δόθηκαν ερωτηματολόγια σε 500 άτομα από τα οποία συμπληρώθηκαν πλήρως τα 498, 193 άνδρες (38,8%) και 305 γυναίκες (61,2%) ηλικίας 19 έως 91 ετών, ($M = 56,7$, $SD = 18,1$). Το δείγμα συλλέχθηκε σε δύο χρονικές στιγμές. Στο πρώτο μέρος που αποτελείται από 204 ερωτώμενους συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο ψυχοπαθολογίας (SCL – 90R), η κλίμακα άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ), η κλίμακα για το φόβο του πόνου (FPQ) και ένα ερωτηματολόγιο που αποσκοπούσε στην καταγραφή των αποφυγών και των καλών πρακτικών και που ανιχνεύτηκε ως προς τη δομή του στην παρούσα έρευνα. Στο δεύτερο μέρος του δείγματος καταγράφηκαν επιπλέον τρεις συνειρμικές λέξεις που δήλωνε ο ερωτώμενος σχετικά με οχτώ διαφορετικές λέξεις - ερεθίσματα που του έθετε η ερευνήτρια.

Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: α) η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (Symptom Checklist 90-R - SCL-90), β) η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale-OAS) γ) Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale-ESS) δ) η κλίμακα του φόβου για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) ε) η κλίμακα για το φόβο του

πόνου (FPQ) και ακόμη ένα ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους. Για την αναπαράστασή τους και σχετικά με τους οχτώ επιβαρυντικούς παράγοντες της υγείας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του ελεύθερου συνειρμού, όπου κάθε συμμετέχων κλήθηκε να δηλώσει τρεις λέξεις για τις οκτώ κατηγορίες διατροφής, άσκησης, καπνίσματος, αλκοολούχων ποτών, νυχτερινής ζωής, τρόπου ζωής, ασθενειών και υγείας.

Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση εφαρμόσθηκε για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, από την οποία προέκυψε ότι: (α) η κεντρικότητα των λέξεων μειώνεται από την πρώτη στη δεύτερη και από τη δεύτερη στην τρίτη λέξη, επιβεβαιώνοντας την άποψη της γλώσσας ως συμβολικού συστήματος δομημένου ως μια σημαίνουσα αλυσίδα που αναπόφευκτα αποκτά όλο και περισσότερο προσωπικό χαρακτήρα, καθώς βαθαίνει από το επίπεδο των γενικών κοινωνικών αναπαραστάσεων σε ασυνείδητες προσωπικές εικόνες, (β) οι κατηγορίες λέξεων οι σχετιζόμενες με την άσκηση, το κάπνισμα και την ασθένεια ήταν οι λιγότερο επηρεασμένες από τις ψυχοδημογραφικές μεταβλητές, εύρημα που δείχνει πως αυτές οι εμπειρίες έχουν μια περισσότερο ομοιόμορφη σημασιολογική κατανομή στη γλώσσα, (γ) οι κατηγορίες που αφορούσαν στη διατροφή, την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, τη νυχτερινή ζωή και στον τρόπο ζωής, βρέθηκαν να αποτελούν ομάδα με κοινά χαρακτηριστικά, καθώς βρέθηκε να υφίστανται ανάλογες επιδράσεις της ηλικίας, του φύλου και της ψυχοπαθολογίας στην κεντρικότητα των λέξεων που επιλέγονται για την περιγραφή τους, (δ) η ντροπή (εσωτερική και εξωτερική) επηρεάζει τις λέξεις που αφορούν τον τρόπο ζωής και την υγεία, (ε) η ηλικία και το φύλο συσχετίζεται με διαφορετικό τρόπο έκφρασης στην κατηγορία της νυχτερινής ζωής και της διατροφής.

Τα ευρήματα της μελέτης υπογραμμίζουν τη διασύνδεση της γλώσσας με την ψυχική κατάσταση, υποδεικνύοντας ωστόσο διαφορές στο βαθμό στον οποίο μια αναπάρσταση είναι κοινώς αποδεκτή.

Λέξεις Κλειδιά: Κοινωνικές Αναπαραστάσεις, Ψυχοπαθολογία, Ντροπή, Άγχος για την καρδιακή λειτουργία, Φόβος του Πόνου, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

The association of language used to describe social representations and psychopathology has long been observed in severe mental disorders such as schizophrenia (Bleuler, 1950). In contrast, there is a lower link between depression and similar behavioral disorders in non-pathological individuals.

In the present study, the free association method was used to investigate the interrelationships of language and mental state. Free association has been used in the past to detect how words are connected to the linguistic semantic network (Nelson et al., 2000; Nelson et al., 2004). Such a process is not appropriate at the group level, as the internal network of semantic relationships for each issue is created through the strictly personal interaction with the environment, thus acquiring a unique identity. However, among the members of the same community, it is expected that common language descriptions will be created to express important social representations related to life experiences, common to all members of the community. In addition, it is natural to assume that the degree to which these Common descriptions are embraced, is an indication of a person's social compliance and are therefore expected to be related to his or her general psychological state.

The aim of this dissertation is to link certain psychological and social parameters (age, gender, educational level, marital status, external shame, internal shame, internal psychopathology) to the linguistic way in which the description of eight common life experiences related to aggravating factors is chosen. The approach followed is bibliographically original as the representation of the words in a graph was chosen based on the frequency of occurrence and the number of combinations presented between

them. The quantification of their position in the graph allowed their participation in further analytical processes and their correlation with the psychometric characteristics of the subjects.

The present research was carried out in the spring and summer of 2019. The sample of the present study was determined to be adult individuals residing in the wider area of Ioannina. A total of 500 people were interviewed, 498 of which were filled in, 193 men (38.8%) and 305 women (61.2%) aged 19 to 91, ($M = 56.7$, $SD = 18.1$) were fully eligible. The sample was collected at two times. The first part, consisting of 204 respondents, answered the Psychopathology Questionnaire (SCL - 90R), the Cardiac Stress Scale (CAQ), the Fear of Pain Scale (FPQ) and a questionnaire aimed at recording avoidances and good practices and detected in terms of its structure in the present study. In the second part of the sample, three associative words were recorded by the respondent regarding eight different words - stimuli given to him by the researcher.

The research tools used were: a) the Psychopathology Scale (Symptom Checklist 90-R - SCL-90), b) the Other As Shamer Scale - OAS Scale c) Scale for the Experience of Shame dSSS (Experience of Shame)) the scale of fear of cardiac function (CAQ) e) the scale of fear of pain (FPQ) and another questionnaire which included questions about their socio-demographic data. For their representation and on the eight aggravating factors of health, the method of free association was used, where each participant was asked to state three words for the eight categories of diet, exercise, smoking, alcoholic beverages, nightlife, lifestyle, diseases and health.

A single-factor and multi-factor analysis was applied to the statistical processing of the data, which showed that: (a) the centrality of words decreases from the first to

the second and from the second to the third word confirming the view of language as a symbolic system structured as a significant chain that inevitably acquires an increasingly personal character as it deepens from the level of general social representations to unconscious personal images, (b) the word categories related to exercise, smoking, and disease were the least affected by psycho-demographics. variables, a finding that shows that these experiences have a more uniform semantic distribution in language. (c) the categories related to diet, alcohol consumption, nightlife and lifestyle were found to be a group with common characteristics as they were found to have similar effects on age, gender and psychopathology on the centrality of the words chosen. for their description (d) shame (internal and external) affects the words concerning lifestyle and health (e) age and gender are associated with a different way of expression in the category of nightlife and diet.

The study's findings highlight the link between language and mental health, but suggest differences in the extent to which a representation is commonly accepted.

Keywords: Social representations, psychopathology, shame, Cardiac Anxiety, Fear of Pain, Primary Health Care

Πίνακας Περιεχομένων

Εισαγωγή	24
ΜΕΡΟΣ Ι	27
Κεφάλαιο 1^ο.....	28
1.1 Κοινωνικές διασυνδέσεις.....	28
1.2 Κοινωνικές αναπαραστάσεις και πολιτισμός	28
1.3 Η μίμηση ως ένδειξη κοινωνικής συμμόρφωσης.....	29
1.4 Κοινωνική γνώση.....	30
1.5 Κοινωνικές αναπαραστάσεις και ευεξία	31
Κεφάλαιο 2^ο.....	34
2.1 Κοινωνικές αναπαραστάσεις	34
2.1.1 Υγεία	34
2.1.2 Αλκοόλ	35
2.1.3 Κάπνισμα	36
2.1.4 Διατροφή	37
2.1.5 Άσκηση	37
2.1.6 Ξενύχτι.....	38
2.1.7 Ασθένεια.....	38

Κεφάλαιο 3^ο	39
3.1 Γλώσσα και ψυχοπαθολογία.....	39
ΜΕΡΟΣ II	41
Κεφάλαιο 4^ο	42
4.1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης.....	42
4.2. Υλικό και Μέθοδος.....	43
4.2.1 Δείγμα	44
4.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία	45
4.3.1 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων	45
4.3.2 Ερωτηματολόγιο προσοχής και αποφυγών	45
4.3.3 Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R	46
4.3.4 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002)	46
4.3.5 Η Κλίμακα για το φόβο του πόνου – Fear of Pain scale (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998)	48
4.3.6 Η Κλίμακα φόβου για την καρδιακή λειτουργία (CAQ; Eifert et al.,2000)	49
4.4 Στατιστική επεξεργασία	52
4.5. Περιγραφή και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων	56
4.6 Ψυχοπαθολογικό προφίλ των ερωτώμενων.....	59
4.7 Προσοχή και αποφυγή	60
4.8 Ομαδοποίηση των απόψεων	62
4.9 Επιβεβαίωση της δομής της κλίμακας προσοχής και αποφυγής	67

4.10 Παράγοντες που επηρεάζουν τις τιμές της προσοχής και των αποφυγών	73
4.10.1 Κλίμακα «Υιοθέτηση καλών πρακτικών »	73
4.10.2 Κλίμακα «Αποφυγή ψυχοσωματικών επιβαρύνσεων»	76
4.10.3 Κλίμακα «Αποφυγή καπνίσματος»	78
4.10.4 Κλίμακα «Αποφυγή του πόνου και του θανάτου»	79
4.11 Η επιρροή της ψυχοπαθολογίας στις στάσεις αποφυγής	81
4.12 Εξέλιξη της κεντρικότητας των συνειρμικών λέξεων	86
4.12.1 Κεντρικότητα των λέξεων	86
4.12.2 Εξέλιξη της κεντρικότητας των τριών λέξεων	87
4.13 Εξέλιξη της κεντρικότητας των τριών λέξεων	94
Κεφάλαιο 5^ο.....	105
5.1. Συζήτηση	105
5.1.1 Άγχος, ντροπή και ψυχοπαθολογία	105
5.1.2 Αποφυγή και καλές πρακτικές	106
5.1.3 Σχέση μεταξύ ψυχικής έντασης και αποφυγών	107
5.1.4 Εξέλιξη της κεντρικότητας μεταξύ της 1 ^{ης} και της 3 ^{ης} λέξης.	109
5.1.5 Συσχέτιση της κεντρικότητας με τα ψυχοδημογραφικά δεδομένα	110
5.2 Περιορισμοί και περαιτέρω παρατηρήσεις.....	114
Βιβλιογραφία.....	116
Παράρτημα	136

Εισαγωγή

Η σύνδεση της γλώσσας και της ψυχοπαθολογίας έχει από καιρό παρατηρηθεί σε σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια (Bleuler, 1950). Αντιθέτως υπάρχει μικρότερη σύνδεση στην κατάθλιψη και σε παρόμοιες διαταραχές συμπεριφοράς σε μη παθολογικά άτομα (Clegg et al, 2005, Klumpp & Deldin, 2009, Kehyayan et al, 2013, Andersen et al, 2014).

Οι αντανάκλασεις της ψυχοπαθολογίας στη γλώσσα εκδηλώνονται με μεγαλύτερη σαφήνεια σε μελέτες μεγάλης κλίμακας, όπου οι ομοιότητες των επιλεγμένων λέξεων εντοπίζονται πιο εύκολα χρησιμοποιώντας την τεχνική επεξεργασίας της φυσικής γλώσσας. Μια υψηλότερη συχνότητα απόλυτης χρήσης λέξεων συνδέθηκε με το άγχος και την κατάθλιψη (Al-Mosaiwi & Johnstone, 2018). Όσον αφορά την κατάθλιψη, ένα συγκεκριμένο λεξιλόγιο βρέθηκε να είναι πιο συνηθισμένο μεταξύ των καταθλιπτικών χρηστών Twitter (De Choudhury et al, 2013), ενώ σημαντικές διαφορές στη γλώσσα που χρησιμοποιούν τα καταθλιπτικά άτομα αναφέρθηκαν επίσης σε μια μελέτη σχετικά με τους χρήστες Reddit (Wolohan et al, 2018).

Στην παρούσα μελέτη, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του ελεύθερου συνειρμού για τη διερεύνηση των διασυνδέσεων της γλώσσας και της διανοητικής κατάστασης. Η ελεύθερη συσχέτιση εξελίχθηκε σε τέσσερις ιστορικές περιόδους των μελετών του Φρόνιτ για να αποτελέσει σήμερα το κύριο εργαλείο της ψυχαναλυτικής μεθόδου (Henry Zvi Lothane, 2018). Αυτή η μέθοδος θεωρείται μια θεραπευτική διαδικασία στην

ψυχανάλυση και την ψυχοθεραπεία έχοντας ως στόχο να επιτρέψει στο άτομο να εκθέσει και να περιγράψει τις εσωτερικές εντάσεις του (Freud, 1915, Barratt, 2017).

Η ελεύθερη συσχέτιση έχει προηγουμένως αξιοποιηθεί για να παρέχει πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι λέξεις συνδέονται στο γλωσσικό σημασιολογικό δίκτυο (Nelson et al, 2000, Nelson et al, 2004). Μια τέτοια διαδικασία δεν ενδείκνυται σε επίπεδο ομάδας, καθώς το εσωτερικό δίκτυο των νοηματικών σχέσεων για κάθε θέμα δημιουργείται μέσω της αυστηρά προσωπικής αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον, αποκτώντας έτσι μια μοναδική ταυτότητα. Ωστόσο, μεταξύ των ατόμων της ίδιας κοινότητας, αναμένεται η δημιουργία κοινών γλωσσικών περιγραφών με τις οποίες εκφράζονται κοινωνικές αναπαραστάσεις που σχετίζονται με εμπειρίες ζωής κοινές σε όλα τα μέλη της κοινότητας. Επιπλέον, είναι φυσικό να υποθέσουμε ότι ο βαθμός στον οποίο υιοθετούνται αυτές οι κοινές περιγραφές αποτελεί ένδειξη της κοινωνικής συμμόρφωσης του ατόμου και ως εκ τούτου πρέπει να σχετίζεται με τη γενική ψυχολογική του κατάσταση (Ruff, 2018).

Ο σκοπός αυτής της διατριβής είναι η συμβολή στη διαφώτιση της σχέσης μεταξύ των ψυχικών φαινομένων και της χρήσης της γλώσσας παρουσιάζοντας τα αποτελέσματα μιας έρευνας σχετικά με την επίδραση της ψυχοπαθολογίας και της ντροπής στις λέξεις που περιγράφουν οκτώ κοινές εμπειρίες ζωής. Οι λέξεις που συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας τη μέθοδο ελεύθερου συνειρμού παρουσιάζονται σε ένα γράφημα και υπολογίζεται η συχνότητά τους. Η ποσοτικοποίηση της θέσης γραφήματος κάθε λέξης επέτρεψε τη συμμετοχή τους σε περαιτέρω αναλυτικές διαδικασίες με στόχο τον εντοπισμό στατιστικά σημαντικών σχέσεων με τα

ψυχομετρικά χαρακτηριστικά των υποκειμένων, όπως αντικατοπτρίζονται στις εννέα υποκατηγορίες της λίστας ελέγχου συμπτωμάτων και των κλιμάκων ντροπής.

Η διδακτορική διατριβή, αποτελείται από : το γενικό και το ειδικό μέρος.

- 1) Στο γενικό μέρος επιχειρείται μια ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, καθώς παρουσιάζεται: α)το γενικότερο πλαίσιο, ιστορικό και θεωρητικό, στο οποίο γίνεται αναφορά στην υπάρχουσα γνώση σχετικά με τη συσχέτιση της γλώσσας με τα ψυχολογικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά
- 2) Στο ειδικό μέρος γίνεται αναλυτική παράθεση της μεθοδολογίας που χρησιμοποιήσαμε τόσο για τη συλλογή του υλικού όσο και για την επεξεργασία του, καθώς επίσης περιγράφονται τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν. Στην συνέχεια γίνεται αναλυτική παράθεση των αποτελεσμάτων με πίνακες και διαγράμματα.
- 3) Στη συζήτηση γίνεται σχολιασμός των αποτελεσμάτων και μια προσπάθεια να ερμηνευτούν αυτά σε σχέση με τα διαθέσιμα από τη βιβλιογραφία ερευνητικά δεδομένα. Οι περιορισμοί αυτής της έρευνας, οι μελλοντικές προοπτικές και τα συμπεράσματα αναφέρονται σε χωριστά υποκεφάλαια στο τέλος αυτής της ενότητας.
- 4) Στο παράρτημα περιλαμβάνονται τα κύρια εργαλεία καταγραφής, που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα.
- 5) Στο τέλος παρατίθεται η βιβλιογραφία.

ΜΕΡΟΣ Ι

Κεφάλαιο 1^ο

1.1 Κοινωνικές διασυνδέσεις

Οι άνθρωποι παρουσιάζουν μια μοναδική ικανότητα επεξεργασίας των πολύπλοκων πληροφοριών από πολλές πηγές. Η κοινωνική αντίληψη για το φυσικό περιβάλλον παρέχει ένα καλό παράδειγμα μιας τέτοιας ικανότητας, όμως συνήθως απαιτεί την ενσωμάτωση των πληροφοριών από διαφορετικά αισθητήρια συστήματα, αλλά και από διαφορετικά επίπεδα αισθητικής επεξεργασίας (Felipe & Pegado, 2018).

Οι κοινωνικές διασυνδέσεις είναι απαραίτητες για την επιβίωση ενός κοινωνικού είδους όπως ο άνθρωπος. Οι άνθρωποι διαφέρουν ως προς το βαθμό στον οποίο είναι ευαίσθητοι στα αντιληπτά ελλείμματα των κοινωνικών τους συνδέσεων, αλλά τα στοιχεία δείχνουν ότι, παρ'όλα αυτά, ερμηνεύουν τη φύση των κοινωνικών τους συνδέσεων παρομοίως.

1.2 Κοινωνικές αναπαραστάσεις και πολιτισμός

Μεταξύ των διαφόρων γεωγραφικών περιοχών έχουν καταδειχθεί διαφοροποιήσεις στις κοινωνικές αναπαραστάσεις, διαφοροποιήσεις που αποδίδονται στις γενικότερες πολιτισμικές διαφορές. Οι πολιτισμικές διαφορές περιγράφονται από τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι βλέπουν τον εαυτό τους σε σχέση με τους άλλους στα πλαίσια της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Ενώ η δυτική κουλτούρα δίνει έμφαση στην ανεξαρτησία, ο πολιτισμός της Ανατολικής Ασίας τονίζει την αλληλεξάρτηση. Παρά την εστίαση αυτή στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, παραμένει άγνωστος ο τρόπος με τον οποίο οι

άνθρωποι από διαφορετικούς πολιτισμούς προχωρούν σε ανατροφοδότηση της διαδικασίας σχετικά με τα χαρακτηριστικά γνωρίσματά τους. Στη μελέτη των Christoph & Korn(2014) αναζητήθηκαν διαφοροποιήσεις μεταξύ δύο ομάδων Γερμανικής και Κινεζικής εθνικότητας, όπου οι συμμετέχοντες αλληλεπίδρασαν πρόσωπο με πρόσωπο και καταγράφηκε τόσο η αυτοαξιολόγησή τους όσο και η αξιολόγηση των άλλων σχετικά με 80 χαρακτηριστικά (π.χ. ευγενικά, τυπολατρικά). Ελέχθησαν οι πολιτισμικές επιρροές στην κοινωνική συμμόρφωση, στις προκαταλήψεις και στην αυτοσυσχετιζόμενη νευρική δραστηριότητα η οποία μετρήθηκε με εξέταση MRI. Βρέθηκε ότι οι Κινέζοι ακολουθήσαν σε μεγαλύτερο βαθμό την κοινωνική ανατροφοδότηση από ότι οι Γερμανοί. Επιπλέον, ανεξάρτητα από την κουλτούρα, οι συμμετέχοντες επεξεργάστηκαν την ανατροφοδότηση που σχετίζεται με τον εαυτό τους και με άλλους με έναν προκατειλημμένο θετικό τρόπο (δηλ. προσανατολιζόταν περισσότερο προς την επιθυμητή σε σχέση με την ανεπιθύμητη ανάδραση). Τρίτον, οι αλλαγές στην μεσαία δραστηριότητα του προμετωπιαίου φλοιού ήταν μεγαλύτερες στους Γερμανούς από ό, τι στους Κινέζους κατά τη διάρκεια της επεξεργασίας. Τα ευρήματα αυτά αποτελούν ένα βήμα προς ένα ενοποιημένο πλαίσιο για την κατανόηση της ποικιλομορφίας του ανθρώπινου πολιτισμού, καταδεικνοντας ωστόσο πως μία μελέτη που αφορά κοινωνικές αναπαραστάσεις δεν μπορεί παρά να αναφέρεται στον πολιτισμό που μελετά.

1.3 Η μίμηση ως ένδειξη κοινωνικής συμμόρφωσης

Τα κοινωνικά ζώα, συμπεριλαμβανομένων των ανθρώπων, μοιράζονται μια σειρά από κοινωνικούς μηχανισμούς που είναι αυτόματοι και έμμεσοι και επιτρέπουν τη μάθηση με παρατήρηση. Η μάθηση από τους άλλους περιλαμβάνει απομίμηση πράξεων και

κατοπτρισμό συναισθημάτων. Η ιδιότητα του μέλους σε ομάδα και η φήμη, είναι καθοριστικής σημασίας για τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις που εξαρτώνται από την εμπιστοσύνη. Για την ακριβή πρόβλεψη των μεταβλητών διαθέσεων των άλλων, απαιτείται νοητικοποίηση, δηλαδή εντοπισμός των προθέσεων, των επιθυμιών και των πεποιθήσεων. Η έμμεση νοητικοποίηση υπάρχει σε βρέφη ηλικίας μικρότερης του ενός έτους καθώς και σε ορισμένα είδη που δεν ανήκουν στον άνθρωπο. Η ρητή νοητικοποίηση είναι μια μετα-γνωστική διαδικασία και ενισχύει την ικανότητα να μαθαίνουμε τον κόσμο μέσω της αυτο-παρακολούθησης και του προβληματισμού και μπορεί να είναι μοναδικά ανθρώπινη. Οι μετα-γνωστικές διαδικασίες μπορούν επίσης να ασκήσουν έλεγχο στην αυτόματη συμπεριφορά, για παράδειγμα, όταν τα βραχυπρόθεσμα κέρδη αντιτίθενται σε μακροπρόθεσμους στόχους ή όταν συγκρούονται εγωιστικά και θετικά κοινωνικά συμφέροντα (Frith, 2012).

1.4 Κοινωνική γνώση

Η κοινωνική γνώση αφορά στις διάφορες ψυχολογικές διεργασίες που επιτρέπουν στα άτομα να επωφεληθούν με το να είναι μέρος μιας κοινωνικής ομάδας. Μείζονος σημασίας για την κοινωνική γνώση είναι τα διάφορα κοινωνικά σήματα που μας δίνουν τη δυνατότητα να μάθουμε για τον κόσμο. Τέτοια σήματα περιλαμβάνουν εκφράσεις του προσώπου, όπως ο φόβος και η αηδία, που μας προειδοποιούν για τον κίνδυνο, και η κατεύθυνση βλέμματος, που δείχνουν πού μπορούν να βρεθούν ενδιαφέροντα πράγματα. Αυτά τα σήματα είναι ιδιαίτερα σημαντικά στην ανάπτυξη των βρεφών, όπως για παράδειγμα, η τάση ενός βρέφους να παρακολουθεί τις εκφράσεις προσώπου των μητέρων τους για να καθορίσουν εάν θα προσεγγίσουν ή όχι ένα νέο αντικείμενο. Οι άνθρωποι μαθαίνουν παρατηρώντας τα σήματα που εκπέμπουν οι άλλοι. Πολλά

από αυτά τα σήματα φαίνεται να συμβαίνουν αυτόματα και ασυνείδητα από την πλευρά τόσο του αποστολέα όσο και του δέκτη. Μπορούμε να μάθουμε να φοβόμαστε ένα κίνητρο, παρατηρώντας την ανταπόκριση ενός άλλου, ελλείψει της συνειδητοποίησης αυτού του ερεθίσματος. Αντίθετα, η μάθηση με διδασκαλία και όχι παρατήρηση φαίνεται να εξαρτάται από τη συνειδητοποίηση του ερεθίσματος, καθώς η μάθηση αυτή δεν γενικεύει σε καταστάσεις όπου το ερέθισμα παρουσιάζεται υποσυνείδητα. Η εκμάθηση με οδηγίες εξαρτάται από μια μετα-γνωστική διαδικασία μέσω της οποίας τόσο ο αποστολέας όσο και ο δέκτης αναγνωρίζουν ότι τα σήματα προορίζονται να είναι σήματα. Ένα παράδειγμα είναι τα «εκδηλωτικά» σήματα που δείχνουν ότι αυτά που ακολουθούν είναι σκόπιμες επικοινωνίες. Τα βρέφη μαθαίνουν περισσότερα από τα σήματα που αναγνωρίζουν ότι είναι διδακτικά. Η ικανότητα να αναγνωρίζουμε και να μαθαίνουμε από οδηγίες και όχι από απλή παρατήρηση, έδωσε την δυνατότητα της επωφελείας από την πολιτισμική μάθηση η οποία έχει διαπιστωθεί ότι είναι μοναδική για το ανθρώπινο είδος (Frith, 2008).

1.5 Κοινωνικές αναπαραστάσεις και ευεξία

Οι ανθρώπινες σχέσεις και οι σχέσεις φροντίδας συνδέονται αναμφισβήτητα με την υγεία και την ευημερία σε όλα τα στάδια της διάρκειας ζωής. Ωστόσο, οι συγκεκριμένες διαδρομές μέσω των οποίων οι στενές σχέσεις προάγουν τη βέλτιστη ευημερία δεν είναι καλά κατανοητές (Brooke & Feeney, 2014).

Η κοινωνική ευημερία είναι μία από τις σημαντικές πτυχές της υγείας. Στην πραγματικότητα, αυτό αντικατοπτρίζει την εμπειρία σε ένα κοινωνικό περιβάλλον, υποδεικνύοντας πώς καθορίζονται οι κοινωνικές προκλήσεις. Με άλλα λόγια, η κοινωνική ευημερία είναι μια εξήγηση της αντίληψης και της εμπειρίας των ανθρώπων

ότι βρίσκονται σε καλή κατάσταση, την ικανοποίηση από τη δομή και την κοινωνική αλληλεπίδραση.

Στο πλαίσιο των παραπάνω είναι σημαντική η κατανόηση των δημογραφικών δεδομένων στην προσαρμογή του ατόμου στο κοινωνικό του περιβάλλον. Σε πρόσφατες έρευνες (Naser & Mozaffari, 2015; Rachel & Koffer, 2016) βρέθηκε πως τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας έχουν μικρότερη μεταβλητότητα στο άγχος υποδεικνύοντας μία μεγαλύτερη κοινωνική προσαρμογή.

Σε άλλη έρευνα, σε δείγμα 204 αφροαμερικάνων γυναικών χαμηλής κοινωνικοοικονομικής θέσης, βρέθηκε πως η φυλετική διάκριση και η διάκριση λόγω φύλου αυξάνουν τον κίνδυνο για κακή υγεία και χαμηλή ευημερία, λειτουργώντας άμεσα και έμμεσα μέσω της αυξημένης ευπάθειας σε μεμονωμένους στρεσογόνους παράγοντες (Brea & Perry, 2013).

Ο ρόλος των μέσων μαζικής επικοινωνίας έχει καταδειχθεί ως το μέσο που διαδίδει τις αναπαραστάσεις στη σύγχρονη δυτική κοινωνία. Στη μελέτη των Heide&Weishaar (2016) πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση 61 μελετών σχετικά με τις αναπαραστάσεις των μέσων ενημέρωσης από τον καπνό, το αλκοόλ, τα επεξεργασμένα τρόφιμα και τα αναψυκτικά. Βρέθηκε πως (i) οι σχετικές αναφορές εστιάζουν στον καπνό, (ii) η συγκριτική έρευνα μεταξύ των παραγόντων κινδύνου παρουσιάζεται ιδιαίτερα ελλιπής και (iii) η κάλυψη τείνει να επικεντρώνεται είτε στις ατομικές ευθύνες, είτε στην ανάγκη για παρεμβάσεις σε επίπεδο πληθυσμού. Συμπεραίνεται πως η θέσπιση θεμελιωδών πλαισίων είναι ζωτικής σημασίας για τα μέσα ενημέρωσης, καθώς επηρεάζουν άμεσα τις δημόσιες συζητήσεις για τη δημόσια υγεία και την λήψη

αποφάσεων. Η καλύτερη κατανόηση των σημερινών συζητήσεων στα μέσα μαζικής ενημέρωσης έχει πρωταρχική σημασία για τη βελτίωση της παγκόσμιας υγείας.

Κεφάλαιο 2^ο

2.1 Κοινωνικές αναπαραστάσεις

Οι ερευνητές σε πολλούς επιστημονικούς κλάδους έχουν αναπτύξει τεχνικές για να μελετήσουν το λόγο -πώς ο κόσμος μιλάει, διατυπώνει μηνύματα και διαμορφώνει αφηγήσεις και πώς ο λόγος αντικατοπτρίζει στάσεις, πεποιθήσεις και αξίες. Οι λαογράφοι, οι ρήτορες, οι γλωσσολόγοι και οι ανθρωπολόγοι ήταν από τους πρώτους μελετητές που άκουγαν προσεκτικά και συστηματικά ό, τι λέγανε οι άνθρωποι, ακολουθούμενοι αργότερα από κοινωνικούς και γνωστικούς ψυχολόγους και κοινωνιολόγους. Μια απογραφή του εκτεταμένου θεωρητικού και μεθοδολογικού λεξιλογίου της ανάλυσης του λόγου μπορεί να ξεκινήσει με τον ίδιο τον λόγο (Foucault, 1971, 1972) και να συμπεριλάβει άλλους όρους, όπως αποδόμηση (Derrida, 1981), ερμηνευτική (Geertz, 2000), πλαίσια αναφοράς (Lakoff, 1990, 2002, 2004; Lakoff & Johnson, 2003; Lakoff & Turner, 1989), σενάρια (Steiner, 1974) και διαγράμματα (Casson, 1983). Καθώς έχει αναπτυχθεί το πεδίο της ανάλυσης λόγου, έχουν επινοηθεί προσεγγίσεις οι οποίες είναι ειδικές για διάφορα είδη αφηγήσεων (Alasuutari, 1995).

2.1.1 Υγεία

Το να γνωρίζουμε ποιοι είμαστε και πού είμαστε, είναι δύο βασικές πτυχές της σωματικής και ψυχικής μας εμπειρίας. Παρόλο που οι τομείς της χωρικής και κοινωνικής γνώσης συχνά μελετώνται ανεξάρτητα, μερικές πρόσφατες ακαδημαϊκές μελέτες έχουν διερευνήσει τις αλληλεπιδράσεις του τόπου και του εαυτού. Αυτό ταιριάζει με την αύξηση των στοιχείων για τις ενσωματωμένες θεωρίες της γνώσης, όπου οι ψυχικές διεργασίες βασίζονται στη δράση και την αντίληψη. Το ποιοι είμαστε

θα μπορούσε να συσχετιστεί με το πού βρισκόμαστε και να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο κινούμαστε μέσα από το διάστημα. Τα άτομα διαφέρουν ως προς την προσωπικότητα, τις στρατηγικές πλοήγησης και τις πολυάριθμες γνωστικές και κοινωνικές ικανότητες.

Στη μελέτη των Michael & Proulx (2016) εξετάστηκε η σχέση μεταξύ των κοινωνικών και χωρικών σφαιρών της ύπαρξης στα πεδία των φιλοσοφικών θεωρήσεων, των νευρωνικών και ψυχολογικών αναπαραστάσεων και του εξελικτικού πλαισίου και πώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί το δομημένο περιβάλλον για να ταιριάζει με το ποιοι είμαστε ή πώς δημιουργείται αυτό που είμαστε. Ειδικότερα ερευνήθηκε πώς δύο χωρικά πλαίσια αναφοράς, εγωκεντρικά και αλλοκεντρικά, θα μπορούσαν να μεταβούν στην κοινωνική σφαίρα. Διαπιστώθηκε πως τα περιβάλλοντα μπορεί να αλληλεπιδράσουν με τη χωρική γνώση και προτάθηκε ένα πλαίσιο που θα περιλαμβάνει τις χωρικές και κοινωνικές γνώσεις ως ένα σημείο αναφοράς που θα μπορούσε να ληφθεί υπόψη από τους αρχιτέκτονες και τους πολεοδόμους. Είναι, ωστόσο, άγνωστη η επιρροή αυτών των παραμέτρων στον τρόπο διαχείρισης της γλώσσας, όπως και η συσχέτισή τους με την ψυχοπαθολογία του ατόμου.

2.1.2 Αλκοόλ

Η γλώσσα αντανakλά τα διάφορα πάθη του ανθρώπου, και η κατανάλωση αλκοόλ δεν θα μπορούσε να αποτελεί εξαίρεση. Στη μελέτη των Lederman et al (2003) παρουσιάζονται παραδείγματα που απεικονίζουν τον τρόπο με τον οποίο καταγράφεται η χρήση αλκοόλ στη γλώσσα. Ένα παράδειγμα είναι η λέξη «*κραιπάλη*», η οποία βρέθηκε να αντιστοιχεί στην κατανάλωση πέντε ή περισσότερων ποτών σε μια έξοδο. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το ογδόντα τοις εκατό των φοιτητών που κατανάλωναν συνήθως πέντε ή περισσότερα ποτά σε μια περίσταση δεν απάντησαν

όταν τους ρωτούσαν αν θεωρούσαν τους εαυτούς τους υπερβολικούς πότες. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι στην κοινή γλώσσα η λέξη «*κραυπάλη*» μπορεί επίσης να σημαίνει την κατανάλωση μιας μεγάλης ποσότητας αλκοόλ σε μια πολυήμερη χρονική περίοδο, όπως στη φράση «*το 'ριξε στο ποτό για τρεις μέρες*».

Ωστόσο, σε κάθε περίπτωση απαιτείται προσοχή για τη συσχέτιση των λέξεων με άλλες όψεις της προσωπικότητας. Για παράδειγμα, η έκφραση «*επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ*». Πολλοί θέλουν να θεωρούν τους εαυτούς τους ως άτομα που παίρνουν κινδύνους, και έτσι η επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να θεωρηθεί ως υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ θετικά και όχι αρνητικά (Lederman, Stewart, Goodhart, & Laitman, 2003). Αυτά τα παραδείγματα δείχνουν πώς η έλλειψη προσοχής στη γλώσσα διακινδυνεύει την κακή επικοινωνία και ακόμη και την ακούσια ενίσχυση των λανθασμένων συμπεριφορών.

2.1.3 Κάπνισμα

Τις τελευταίες δεκαετίες, οι εκστρατείες για το κάπνισμα σε μέσα μαζικής ενημέρωσης προσεγγίζουν μεγάλο αριθμό ανθρώπων, με αποτέλεσμα να υπάρχει κοινή αποδοχή του γεγονότος πως το κάπνισμα είναι επιβλαβές για την υγεία του ανθρώπου. Επιπλέον, υπάρχουν ενδείξεις ότι τα ολοκληρωμένα προγράμματα ελέγχου καπνού που περιλαμβάνουν εκστρατείες μαζικών μέσων ενημέρωσης, μπορούν να είναι αποτελεσματικά στην αλλαγή της συμπεριφοράς καπνίσματος στους ενήλικες. Η ένταση και η διάρκεια των εκστρατειών μαζικών μέσων ενημέρωσης μπορεί να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα της επιρροής, αλλά η διάρκεια της εκστρατείας και οι γενικότερες τάσεις της κοινότητας το καθιστούν δύσκολο να ποσοτικοποιηθεί.

Ως προς τους παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα μίας εκστρατείας, δεν έχει παρατηρηθεί σημαντική σχέση μεταξύ της αποτελεσματικότητας

και της ηλικίας, της εκπαίδευσης, της εθνικότητας ή του φύλου (Bala, 2008). Τα παραπάνω υποδεικνύουν πως η κοινωνία είναι ομογενοποιημένη σε μεγάλο βαθμό ως προς τις αντιλήψεις σχετικά με το κάπνισμα. Δεν είναι, ωστόσο, γνωστό το κατά πόσο αυτό αντανακλάται στον τρόπο έκφρασης των μελών μίας ομάδας σχετικά με το κάπνισμα.

2.1.4 Διατροφή

Οι κοινωνικοοικονομικές διαφορές αποτελούν παράγοντα που συμβάλλει στις ανισότητες στον τομέα της διατροφής. Σε πρόσφατη έρευνα καταδείχθηκε πως το εισόδημα των νοικοκυριών, η επαγγελματική κοινωνική τάξη και το εκπαιδευτικό επίπεδο συσχετίζονται με το είδος και την ποιότητα της διατροφής (Maguire, 2015). Καθώς οι συμπεριφορές προσαρμογής του ανθρώπου είναι εν μέρει κοινωνικά μεταδιδόμενες (VictoriaReyes-García, 2016), συνάγεται πως η κατανόηση του προσαρμοστικού χαρακτήρα του πολιτισμού αναμένεται να αντανακλάται και στο λόγο που χρησιμοποιείται για να τοποθετηθεί κάποιο υποκείμενο απέναντι στη διατροφή, θέμα για το οποίο δεν υπάρχει σχετική βιβλιογραφική αναφορά.

2.1.5 Άσκηση

Η σωματική αδράνεια είναι ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα υγείας σήμερα. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι οι κοινωνικοπολιτιστικοί φραγμοί στη σωματική δραστηριότητα συνδέονται κυρίως με τον σύγχρονο τρόπο ζωής. Σε πρόσφατη έρευνα, βρέθηκε πως το ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο συσχετίζεται με χαμηλότερες πιθανότητες σωματικής αδράνειας (Piirtola, 2016), ενώ άλλες έρευνες έχουν υποδείξει το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της πατρικής οικογένειας ως σημαντικό παράγοντα επιρροής των συνηθειών άσκησης κατά την ενήλικη ζωή (Elhakeem, 2014).

Η κλινική ψυχολογία εξηγεί τις διατροφικές διαταραχές ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ γνωστικών, κοινωνικο-συναισθηματικών και διαπροσωπικών στοιχείων (Giuseppe Riva, 2014), οι οποίες συσχετίζονται και με αρνητικά φορτισμένες αναπαραστάσεις του σώματος, χωρίς ωστόσο να υπάρχουν σημαντικές αναφορές ως προς τη συσχέτιση των παραπάνω με την ψυχοπαθολογία του υποκειμένου.

2.1.6 Ξενύχτι

Η νυχτερινή ζωή δημιουργεί σε ένα μέρος του πληθυσμού αισθήματα φόβου, καθώς υποδαυλίζει φαντασιώσεις σχετικές με τη συνάντηση με κάποιον «ανεπιθύμητο άλλο», που φαντάζει κυρίαρχος σε τέτοιους χωροχρόνους (Hubbard, 2015). Δεν υπάρχουν ωστόσο στη βιβλιογραφία αναφορές που να συνδέουν διαφοροποιήσεις στις κοινωνικές αναπαραστάσεις τις σχετικές με το ξενύχτι και το λόγο, αναδεικνύοντας ένα σημαντικό ερευνητικό κενό.

2.1.7 Ασθένεια

Αν και το σώμα βιώνεται ως βιολογικά σταθερό στην πάροδο του χρόνου, ένας αναδυόμενος τομέας έρευνας αποδεικνύει ότι οι εξωτερικές κοινωνικές συνθήκες, ειδικά οι υποκειμενικές μας αντιλήψεις για τις συνθήκες αυτές, μπορούν να επηρεάσουν τις πιο βασικές εσωτερικές βιολογικές διαδικασίες μας -δηλαδή την έκφραση των γονιδίων μας (Slavich, 2013; Cole, 2013). Η έρευνα ως προς τις συσχετίσεις αυτών των βιολογικών διαδικασιών με τη γλώσσα δεν έχει μελετηθεί ως σήμερα στη βιβλιογραφία.

3.1 Γλώσσα και ψυχοπαθολογία

Η σύνδεση της γλώσσας και της ψυχοπαθολογίας έχει από καιρό παρατηρηθεί σε σοβαρές ψυχικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια (Bleuler, 1950). Αντιθέτως υπάρχει μικρότερη σύνδεση στην κατάθλιψη και σε παρόμοιες διαταραχές συμπεριφοράς σε μη παθολογικά άτομα (Clegg et al, 2005; Klumpp & Deldin, 2009; Kehyayan et al, 2013; Andersen et al, 2014).

Οι αντανakλάσεις της ψυχοπαθολογίας στη γλώσσα εκδηλώνονται με μεγαλύτερη σαφήνεια σε μελέτες μεγάλης κλίμακας, όπου οι ομοιότητες των επιλεγμένων λέξεων εντοπίζονται πιο εύκολα χρησιμοποιώντας την τεχνική επεξεργασίας της φυσικής γλώσσας. Μια υψηλότερη συχνότητα απόλυτης χρήσης λέξεων συνδέθηκε με το άγχος και την κατάθλιψη (Al-Mosaiwi & Johnstone, 2018). Όσον αφορά την κατάθλιψη, ένα συγκεκριμένο λεξιλόγιο βρέθηκε να είναι πιο συνηθισμένο μεταξύ των καταθλιπτικών χρηστών Twitter (De Choudhury et al, 2013), ενώ σημαντικές διαφορές στη γλώσσα που χρησιμοποιούν τα καταθλιπτικά άτομα αναφέρθηκαν επίσης σε μια μελέτη σχετικά με τους χρήστες Reddit (Wolohan et al, 2018).

Μία από τις μεθόδους που χρησιμοποιείται για τη μελέτη των γλωσσικών φαινομένων και τη σύνδεση με τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά είναι η μέθοδος του ελεύθερου συνειρμού. Ο ελεύθερος συνειρμός εξελίχθηκε σε τέσσερις ιστορικές

περιόδους των μελετών του Φρόιντ, για να αποτελέσει σήμερα το κύριο εργαλείο της ψυχαναλυτικής μεθόδου (Lothane, 2018). Αυτή η μέθοδος θεωρείται μια θεραπευτική διαδικασία με ψυχανάλυση και ψυχοθεραπεία, με στόχο να επιτρέψει στο άτομο να εκθέσει και να περιγράψει τις εσωτερικές εντάσεις του (Freud, 1915; Barratt, 2017).

Ο ελεύθερος συνειρμός έχει προηγουμένως αξιοποιηθεί για να παρέχει πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι λέξεις συνδέονται στο γλωσσικό σημασιολογικό δίκτυο (Nelson et al, 2000; Nelson et al, 2004). Μια τέτοια διαδικασία δεν ενδείκνυται σε επίπεδο ομάδας, καθώς το εσωτερικό δίκτυο των νοηματικών σχέσεων για κάθε θέμα δημιουργείται μέσω της αυστηρά προσωπικής αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον, αποκτώντας έτσι μια μοναδική ταυτότητα. Ωστόσο, στην ίδια κοινότητα αναμένεται ότι δημιουργούνται κοινές γλωσσικές περιγραφές για να εκφράσουν σημαντικές κοινωνικές αναπαραστάσεις που σχετίζονται με τις εμπειρίες ζωής, κοινές σε όλα τα μέλη της κοινότητας.

Επιπλέον, είναι φυσικό να υποθέσουμε ότι ο βαθμός στον οποίο υιοθετούνται αυτές οι κοινές περιγραφές αποτελεί ένδειξη της κοινωνικής συμμόρφωσης του ατόμου και ως εκ τούτου πρέπει να σχετίζεται με τη γενική ψυχολογική του κατάσταση (Ruff, 2018).

ΜΕΡΟΣ II

Κεφάλαιο 4^ο

4.1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η συμβολή στη διαφώτιση της σχέσης μεταξύ των ψυχικών φαινομένων και της χρήσης της γλώσσας, παρουσιάζοντας τα αποτελέσματα μιας έρευνας σχετικά με την επίδραση της ψυχοπαθολογίας και της ντροπής στις λέξεις που περιγράφουν οκτώ κοινές εμπειρίες ζωής. Οι λέξεις συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας τη μέθοδο ελεύθερου συνειρμού, αναπαραστήθηκαν σε ένα γράφημα. Η ποσοτικοποίηση της θέσης κάθε λέξης στο γράφημα με τον αντίστοιχο δείκτη κεντρικότητας επέτρεψε τη συμμετοχή τους σε περαιτέρω αναλυτικές διαδικασίες, με στόχο τον εντοπισμό στατιστικά σημαντικών σχέσεων με τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά των υποκειμένων, όπως αντικατοπτρίζονται στις εννέα υποκατηγορίες της λίστας ελέγχου συμπτωμάτων και των κλιμάκων ντροπής.

Επιμέρους στόχοι της έρευνας ήταν να διερευνηθεί:

- Αν υπάρχει διαφοροποίηση στον τρόπο με τον οποίο τα μέλη μίας κοινότητας υιοθετούν τις αναπαραστάσεις.
- Αν το φύλο, η ηλικία το εκπαιδευτικό επίπεδο συσχετίζονται με τον τρόπο με τον οποίο επιλέγουν να εκφραστούν τα μέλη της κοινότητας για την ίδια έννοια.
- Αν η ψυχοπαθολογία και η ντροπή των ατόμων αντανακλώνται στον τρόπο έκφρασης των ατόμων.

4.2. Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε ως συνέχεια των μεταπτυχιακών σπουδών στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας από την άνοιξη του 2019 έως και το καλοκαίρι του 2021.

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν ενήλικα άτομα μέλη υγιούς πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα προήλθαν από τρεις δεξαμενές: Η πρώτη ήταν πτυχιακοί και μεταπτυχιακοί φοιτητές Τμημάτων ΑΕΙ από Ανώτατα Ιδρύματα όλης της Ελλάδας (Τμήματα Νοσηλευτικής, Τμήματα Ιατρικής, Τμήματα Ψυχολογίας, Τμήματα Γεωπονίας, Τμήματα Πληροφορικής, Τμήματα Πρπσυχολικής Αγωγής και Τμήματα Λογοθεραπείας). Η δεύτερη δεξαμενή ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, εργαζόμενοι σε εκπαιδευτικά τριτοβάθμια ιδρύματα, διοικητικοί υπάλληλοι και επαγγελματίες υγείας σε νοσοκομεία (Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Ιωαννίνων, νοσοκομείο «Χατζηκώστα» Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Πατρών, Γενικό νοσοκομείο Πάτρας «Άγιος Ανδρέας», Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Λάρισας, Γενικό νοσοκομείο Λάρισας, Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης) και εργαζόμενοι στον ευρύτερο δημόσιο τομέα (Περιφέρειες και Αποκεντρωμένες Περιφερειακές Διοικήσεις, πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση). Η τρίτη δεξαμενή ήταν συγγενικά και φιλικά πρόσωπα των ατόμων από τις ανωτέρω δεξαμενές.

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

1. Να είναι Έλληνες υπήκοοι και να μιλούν καλά την Ελληνική γλώσσα.
2. Να διαμένουν στην Ελλάδα.

3. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
4. Την απόφαση για το αν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα την έπαιρνε η υποψήφια διδάκτορας με τον επιβλέποντα καθηγητή ή κάποιο από τα μέλη της τριμελούς επιτροπής της παρούσας εργασίας.

Τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη ενημερώνονταν για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιώνονταν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο δημιουργούσε έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπώνυμού του). Όλη τη διαδικασία τη διεκπεραίωσαν τα ίδια άτομα, οπότε μειώθηκαν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίστηκε πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα.

4.2.1 Δείγμα

Συνολικά δόθηκαν ερωτηματολόγια σε 500 από τα οποία συμπληρώθηκαν πλήρως τα 498. Από τους 498 ερωτώμενους οι 193 (38,8%) ήταν άνδρες και οι 305 (61,2%) ήταν γυναίκες, ηλικίας από 19 έως 91 ετών (μέση ηλικία 56,7 έτη, SD = 18,1 έτη). Το δείγμα συλλέχθηκε σε δύο χρονικές στιγμές. Στο πρώτο μέρος που αποτελείται από 204 ερωτώμενους συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο ψυχοπαθολογίας (SCL – 90R), η κλίμακα άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) και ένα ερωτηματολόγιο που αποσκοπούσε στην καταγραφή των αποφυγών και των καλών πρακτικών και που ανιχνεύτηκε ως προς τη δομή του στην παρούσα έρευνα. Στο δεύτερο μέρος του δείγματος καταγράφηκαν επιπλέον από τρεις συνειρμικές λέξεις που δήλωνε ο

ερωτώμενος σχετικά με οχτώ διαφορετικές λέξεις - ερεθίσματα που του έθετε η ερευνήτρια.

4.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία

4.3.1 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).

4.3.2 Ερωτηματολόγιο προσοχής - αποφυγών και κοινωνικών αναπαραστάσεων

Οι αποφυγές και η προσοχή ανιχνεύθηκε με αντίστοιχο αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο που αποτελούταν από 20 ερωτήσεις, από τις οποίες οι 6 αποσκοπούσαν στην ανίχνευση του μέτρου με το οποίο προσέχει ο ερωτώμενος την υγεία του, ενώ οι υπόλοιπες 14 αποσκοπούσαν στη μέτρηση των αποφυγών που εφαρμόζει στην καθημερινότητά του. Το ερωτηματολόγιο για τις κοινωνικές αναπαραστάσεις περιλάμβανε οκτώ (8) ερωτήσεις-φράσεις οι οποίες αναφέρονταν στις λέξεις «διατροφή», «άσκηση», «κάπνισμα», «ποτό», «ξενύχτι», στον «τρόπο ζωής τους» στην «ασθένεια» και στην «υγεία», διατυπωμένες με τέτοιο τρόπο ώστε να ενθαρρύνουν τον ελεύθερο συνειρμό. Η συγκεκριμένη μέθοδος επιτρέπει στα άτομα να εκφραστούν αβίαστα, χωρίς άμεση ή έμμεση καθοδήγηση, συνεπώς χωρίς να προσβληθεί η αξιοπιστία των απαντήσεων, ζητώντας τους να αναφέρουν τις τρεις (3) πρώτες λέξεις που τους έρχονται στο μυαλό για κάθε μία από τις οκτώ φράσεις (Χατζή, 1999).

4.3.3 Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1983), αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου, πρόσληψη τροφής, κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν, 1991).

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

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) κατασκευάστηκε το 2002 από τους Andrews, Qian και Valentine. Αφορμή για την κατασκευή του ήταν η αποτελεσματικότητα της δομημένης συνέντευξης των Andrews και Hunter για την αξιολόγηση του συναισθήματος της ντροπής, στην πρόβλεψη της ψυχοπαθολογίας. Το ESS, λοιπόν, κατασκευάστηκε σύμφωνα με τις ίδιες αρχές με την ανωτέρω μέθοδο αξιολόγησης της ντροπής, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η προβλεπτική ισχύς της

συνέντευξης για την αξιολόγηση της ντροπής έγκειται στη μέθοδο καθ' αυτή ή στην αντίληψη για την ντροπή και τις ευθείες ερωτήσεις που έχει αυτή η μέθοδος (Andrewsetal, 2002).

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

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) εντάσσεται στα ερωτηματολόγια που μετρούν αποκλειστικά την τάση για την ντροπή (και όχι ταυτόχρονα και την τάση για ενοχή) και εκτιμά την ντροπή ως έναν σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Tangney & Dearing, 2002). Ο δείκτης Cronbach's Alpha είναι 0,92

(Andrews et al., 2002), και στο ελληνικό δείγμα 0,93, (Gouna et al., 2016a). 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).

4.3.5 Η Κλίμακα για το φόβο του πόνου – Fear of Painscale (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998)

Το ερωτηματολόγιο του φόβου του πόνου (FPQ-III) δημιουργήθηκε από τους McNeil & Rainwater το 1998 και αντανακλά το βαθμό του φόβου που προκαλεί μια επίπονη κατάσταση. Η κατασκευή του βασίστηκε στο συμπεριφορικό-αναλυτικό μοντέλο των Goldfried & D’Zurilla’s (1969), με έμφαση στην ανάλυση μιας περιστασιακής κατάστασης (situation analysis) (McNeil & Rainwater, 1998). Πρόκειται για την τρίτη έκδοση μιας αυτο-συμπληρούμενης κλίμακας, η οποία αποτελείται από 30 προτάσεις που περιγράφουν επώδυνες καταστάσεις του τύπου φοβάμαι τον πόνο, που σχετίζεται με το... «να πάθω τροχαίο ατύχημα» ή ...«να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού» και κάθε πρόταση βαθμολογείται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (τύπου Likert) βασισμένη στο επίπεδο του φόβου του πόνου που κυμαίνεται από "καθόλου" (1) ως "υπερβολικά" (5). Το FPQ-III παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και αξιοπιστία. Οι McNeil and Rainwater (1998), βρήκαν, για παράδειγμα, ότι τα άτομα που αναφέρουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου, αποφεύγουν περισσότερο τα επώδυνα ερεθίσματα, από ό,τι τα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλότερο επίπεδο φόβου, όπως μετρήθηκαν με το FPQ-III (Williams et al., 2005).

Η βαθμολόγηση της κλίμακας γίνεται με το άθροισμα των εκτιμήσεων για κάθε επίπονη εμπειρία. Το συνολικό αποτέλεσμα παίρνει τιμές από 30 μέχρι 150. Όσο

υψηλότερη είναι η βαθμολογία, τόσο μεγαλύτερος κρίνεται ο φόβος. Η κλίμακα της μέτρησης του φόβου του πόνου απαρτίζεται και από τρεις υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα περιλαμβάνει το φόβο που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain subscale), η δεύτερη υποκλίμακα μετράει το επίπεδο του φόβου που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain subscale) και η τρίτη υποκλίμακα δηλώνει το βαθμό του φόβου σε σχέση με τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale). Κάθε υποκλίμακα περιέχει 10 προτάσεις. Επίσης, το συνολικό σκορ μπορεί να ληφθεί και με το άθροισμα των επιμέρους υποκλιμάκων. Ο δείκτης Cronbach's alpha του FPQ-III στο ελληνικό δείγμα είναι 0,845. Το FPQ-III έχει, διεθνώς, χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα του φόβου του πόνου, που καταδεικνύουν τη διαμεσολάβηση του φόβου στην ένταση και στην ποιότητα των επώδυνων ερεθισμάτων, τόσο σε άτομα με χρόνια πόνο, όσο και σε άτομα που δεν έχουν βιώσει άμεσα την εμπειρία του πόνου (Williams et al, 2005; Hirsh et al, 2007).

4.3.6 Η Κλίμακα φόβου για την καρδιακή λειτουργία (CAQ, Eifert et al., 2000)

Η Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ), η οποία αναπτύχθηκε από τον Eifert και τους συνεργάτες τους το 2000, αποτελεί τη διευρυμένη μορφή του ερωτηματολογίου, που στην αρχική του εκδοχή περιελάμβανε 16 προτάσεις (Zvolensky et al., 2003). Το CAQ σχεδιάστηκε με σκοπό να μετρήσει το άγχος των σωματικών αισθήσεων σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Eifert, Thompson et al., 2000) και θεωρητικά εκπορεύεται από το μοντέλο του Reiss (1986), για το φόβο του άγχους και της υπερευαισθησίας των σωματικών αισθήσεων, όπως το αίσθημα παλμών, της δυσφορίας και της ναυτίας, εξαιτίας των πεποιθήσεων που αναπτύσσουν τα άτομα, ότι αυτές οι αισθήσεις οδηγούν σε επιβλαβείς ή επικίνδυνες συνέπειες (Reiss, 1986).

Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από 18 προτάσεις, που περιγράφουν διαστάσεις σχετικές με τις σωματικές αισθήσεις της καρδιακής λειτουργίας σε μια πενταβάθμια κλίμακα – Likert που εκτείνεται από "ποτέ" (0) ως "πάντα" (5). Το CAQ παρέχει ένα συνολικό αποτέλεσμα, καθώς και τρία αποτελέσματα των υποκλιμάκων του σχετικά με (1) φόβο και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (8 προτάσεις), (2) αποφυγή δραστηριοτήτων (5 προτάσεις) και (3) επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (5 προτάσεις).

Ένα συνολικό αποτέλεσμα του CAQ υπολογίζεται ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας για κάθε ένα από τα 18 θέματα, (δηλ., με το άθροισμα όλων βαθμών που αντιστοιχούν σε κάθε πρόταση και που διαιρείται δια του 18, τον συνολικό αριθμό των θεμάτων της κλίμακας) (Eifert, Thompson et al., 2000, Zvolensky et al., 2003). Τα αποτελέσματα της κάθε υποκλίμακας υπολογίζονται, ομοίως, ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας, για κάθε μια από τις προτάσεις που αντιστοιχούν σε κάθε υποκλίμακα. Κατά συνέπεια το άθροισμα της υποκλίμακας του φόβου διαιρείται δια του 8 και το άθροισμα των υπόλοιπων δυο υποκλιμάκων διαιρείται δια του 5 (ο αριθμός των δηλώσεων σε αυτές τις υποκλίμακες).

Η χρησιμοποίηση των μέσων όρων εξασφαλίζει ότι το συνολικό αποτέλεσμα του CAQ καθώς και τα αποτελέσματα από τις υποκλίμακες, με τους διαφορετικούς αριθμούς των θεμάτων που αντιστοιχούν σε αυτές, μπορούν να είναι κατά αυτόν τον τρόπο αμεσότερα και ευκολότερα συγκρίσιμα, επειδή η σειρά του συνολικού σκορ αλλά και όλων των αποτελεσμάτων της κάθε υποκλίμακας είναι η ίδια, δηλαδή παίρνει τιμές από το 0 έως το 4. (0–4) (Eifert, Thompson et al., 2000). Το CAQ παρουσιάζει συνέπεια εσωτερικής κατασκευής (e.g., total score alpha coefficient: .83). Επίσης,

χαρακτηρίζεται από καλή συγκλίνουσα εγκυρότητα, όπως αποδεικνύεται από συσχετίσεις με καθορισμένα ψυχιατρικά εργαλεία (Eifertetal., 2000) και εμφανίζει να κατέχει μια παρόμοια γνωστική διαδικασία σε κλινικό και μη κλινικό δείγμα (Eifert, Thompsonetal., 2000). Όσο υψηλότερα είναι τα αποτελέσματα στο CAQ, τόσο μεγαλύτερο είναι και το άγχος σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Zvolensky et al., 2003). Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται στη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα τόσο σε ασθενείς με καρδιακές παθήσεις (Hoyer et al, 2008), όσο και σε υγιείς πληθυσμούς για τη διερεύνηση του φόβου της ασθένειας εν γένει (Eifert & Forsyth, 1996). Ο δείκτης Cronbach's alpha του CAQ, για την ελληνική πραγματικότητα στο δείγμα μας είναι 0,825.

4.3. 7 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 & Allan, 1994).

Οι Goss, Gilbert & 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 0,88 (Gouva et al., 2016b). Το OAS έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες ελληνικές μελέτες σχετικές με το συναίσθημα της ντροπής (όπως: Gouva et al., 2015; Paschou et al., 2010; Kotrotsiou et al., 2016; Gouva et al., 2012).

4.4 Στατιστική επεξεργασία

Για την ανάλυση και περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών υπολογίστηκε η συχνότητα και το ποσοστό των διαφορετικών αποκρίσεων για κάθε μία από τις ερωτήσεις, ενώ για τις συνεχείς μετρήσεις υπολογίστηκε η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση των τιμών.

Για την ομαδοποίηση των ερωτήσεων που προσδιορίζουν τις αποφυγές των ερωτώμενων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ιεραρχικής ταξινόμησης (*hierarchical cluster analysis*). Με αυτήν υπολογίστηκε η ευκλείδεια απόσταση μεταξύ των ερωτήσεων και τα αποτελέσματα απεικονίστηκαν στο αντίστοιχο διάγραμμα από το οποίο έγινε δυνατή μία πρώτη ταξινόμηση των ερωτήσεων σε υποομάδες βάσει της ομοιότητας των αποκρίσεων των ερωτώμενων σε αυτές. Ακολούθησε ανάλυση κύριων συνιστωσών με την οποία αναδείχθηκε περαιτέρω η ενδεδειγμένη ομαδοποίηση σε

κύριους παράγοντες. Για την επιβεβαίωση της δομής εφαρμόστηκε επιβεβαιωτική ανάλυση δομής (confirmatory factor analysis). Καθώς οι ερωτήσεις ήταν διακριτές, η υπόθεση της πολυμεταβλητής κανονικότητας δεν υποστηριζόταν και ως εκ τούτου η μέθοδος της μέγιστης πιθανοφάνειας (Maximum Likelihood – ML) δεν μπορούσε να προσφέρει αξιόπιστο υπολογισμό των συντελεστών του μοντέλου όπως και των δεικτών προσαρμογής. Για το λόγο αυτό οι αντίστοιχοι δείκτες υπολογίστηκαν με τη μέθοδο DWLS (diagonally weighted least squares), μέθοδο προσαρμογής περισσότερο κατάλληλη για την περίπτωση διατακτικών μεταβλητών όπως στην περίπτωση της παρούσης έρευνας (Míndril, 2010; DiStefano & Morgan, 2014). Η μέθοδος των δομικών εξισώσεων (SEM) χρησιμοποιήθηκε περαιτέρω για την ανίχνευση της επιρροής της ψυχοπαθολογίας και των κοινωνικοδημογραφικών δεδομένων στις αποφυγές και στις καλές πρακτικές της καθημερινότητας. Στο δεύτερο μέρος του δείγματος υλοποιήθηκε ανάλυση των λέξεων που καταγράφηκαν από τον ελεύθερο συνειρμό των ερωτώμενων σχετικά με θέματα όπως η διατροφή, η άσκηση, το κάπνισμα, το αλκοόλ, το ξενύχτι, τον τρόπο ζωής, η ασθένεια και η υγεία. Κάθε λέξη πληκτρολογήθηκε ξεχωριστά στο φύλλο δεδομένων. Οι λέξεις με μικρή εννοιολογική διαφορά και μεγάλες διαφορές συχνότητας ομαδοποιήθηκαν μαζί με μια παύλα μεταξύ τους (π.χ. οι λέξεις «Διασκέδαση» και «Ψυχαγωγία» ομαδοποιήθηκαν στη σύνθετη λέξη «Διασκέδαση - Ψυχαγωγία», καθώς θεωρήθηκε ότι εκφράζουν μια παρόμοια λανθάνουσα αντίληψη.

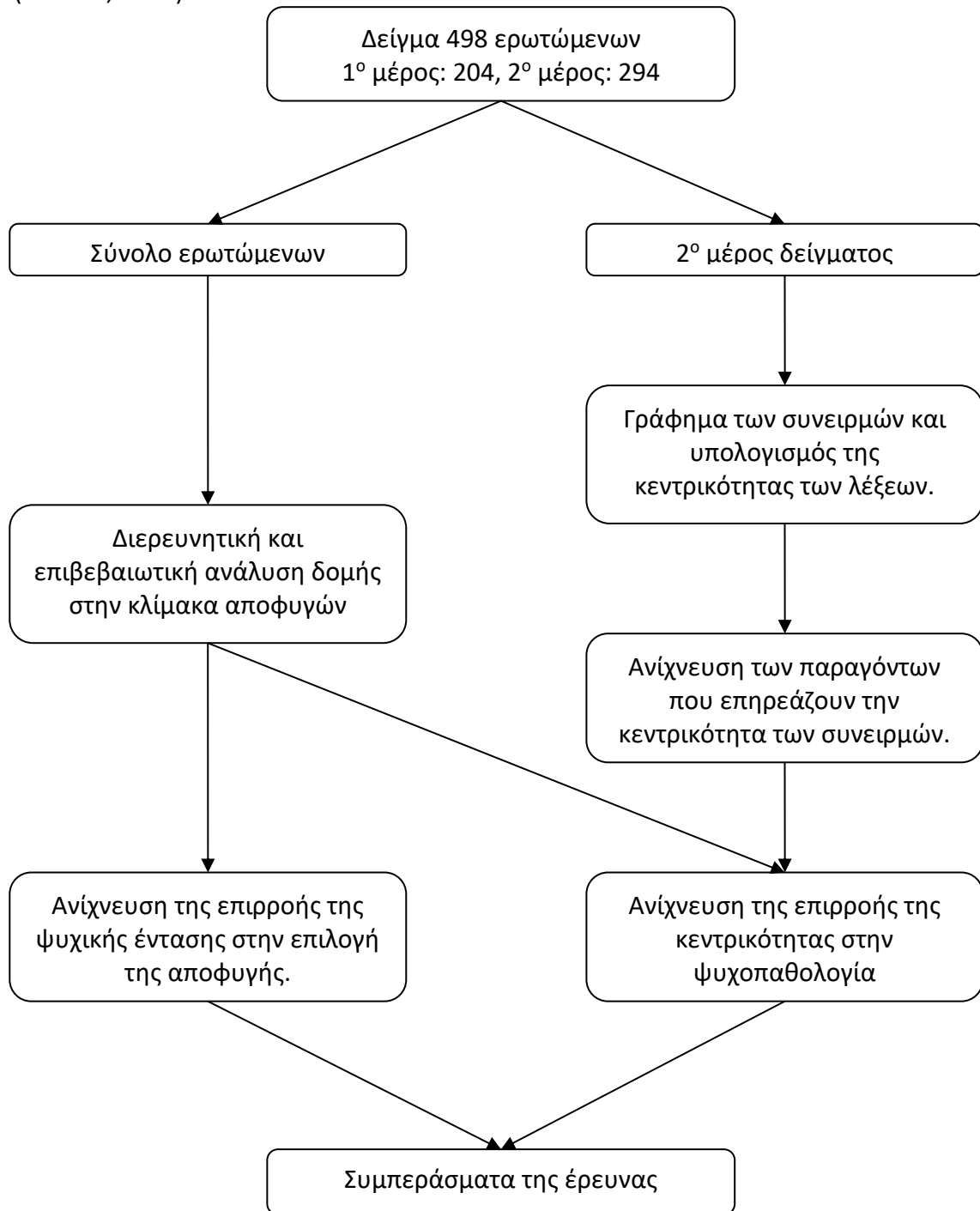
Η ομαδοποίηση των λέξεων πραγματοποιήθηκε πριν από την κύρια στατιστική ανάλυση από ένα μέλος της ερευνητικής ομάδας που δεν συμμετείχε στη στατιστική ανάλυση που ακολούθησε. Αυτή η διαδικασία, αν και υποκειμενική, ήταν απαραίτητη, καθώς η ανεξάρτητη συμμετοχή λέξεων με μικρή εννοιολογική διαφορά και μεγάλες

αποκλίσεις συχνότητας θα απέκρυπτε την επιρροή της κοινής έννοιας που περιγράφεται. Ο πλήρης κατάλογος των λέξεων που ομαδοποιήθηκαν παρουσιάζεται στον Πίνακα 1 του Παραρτήματος.

Για καθεμία από τις οκτώ κατηγορίες, μετρήθηκε η συχνότητα όλων των συνδυασμών μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης λέξης, καθώς και μεταξύ της δεύτερης και της τρίτης λέξης και χρησιμοποιήθηκε η συγκεντρωτική λίστα όλων των συνδυασμών λέξεων για τον καθορισμό του συμμετρικού πίνακα γειτνίασης από τον οποίο δημιουργήθηκε το μη κατευθυνόμενο γράφημα λέξεων. Για να ποσοτικοποιηθεί η σημασία της κάθε λέξης στο δίκτυο, υπολογίστηκαν οι δείκτες κεντρικότητας με τέσσερις μεθόδους: εγκυρότητας (Kleinberg, 1998), διασύνδεσης (Freeman, 1979; Brandes, 2001), βαθμονόμησης σελίδων (Brin & Page, 1998) και του ιδιοδιανύσματος (Bonacich, 1987). Οι τέσσερις δείκτες κεντρικότητας συσχετίζονται πολύ θετικά και ο δείκτης εγκυρότητας επιλέχθηκε για να συμμετάσχει στην επόμενη ανάλυση ως δείκτης με απλή άμεση ερμηνεία κλιμακούμενη εξ ορισμού στο διάστημα 0 - 1. Στη συνέχεια, για κάθε μία από τις οκτώ κατηγορίες, υπολογίστηκε ο μέσος όρος των τριών κεντρικών λέξεων και αντιστοιχήθηκε σε κάθε θέμα ως ένα μόνο μέτρο που υποδεικνύει τη συνολική κεντρικότητα του θέματος των παραγόμενων λέξεων. Η εγκυρότητα του μέσου ως ενιαίου μέτρου που πρέπει να χρησιμοποιείται για τη διερεύνηση των συσχετισμών των λέξεων με τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του υποκειμένου βασίζεται στην υπόθεση ότι, κατά τη σύντομη ελεύθερη περίοδο συσχέτισης, η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου δεν μεταβάλλεται σημαντικά.

Τα βήματα της στατιστικής ανάλυσης περιγράφονται στο Διάγραμμα 1. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS (v.21), ενώ η διερευνητική και η

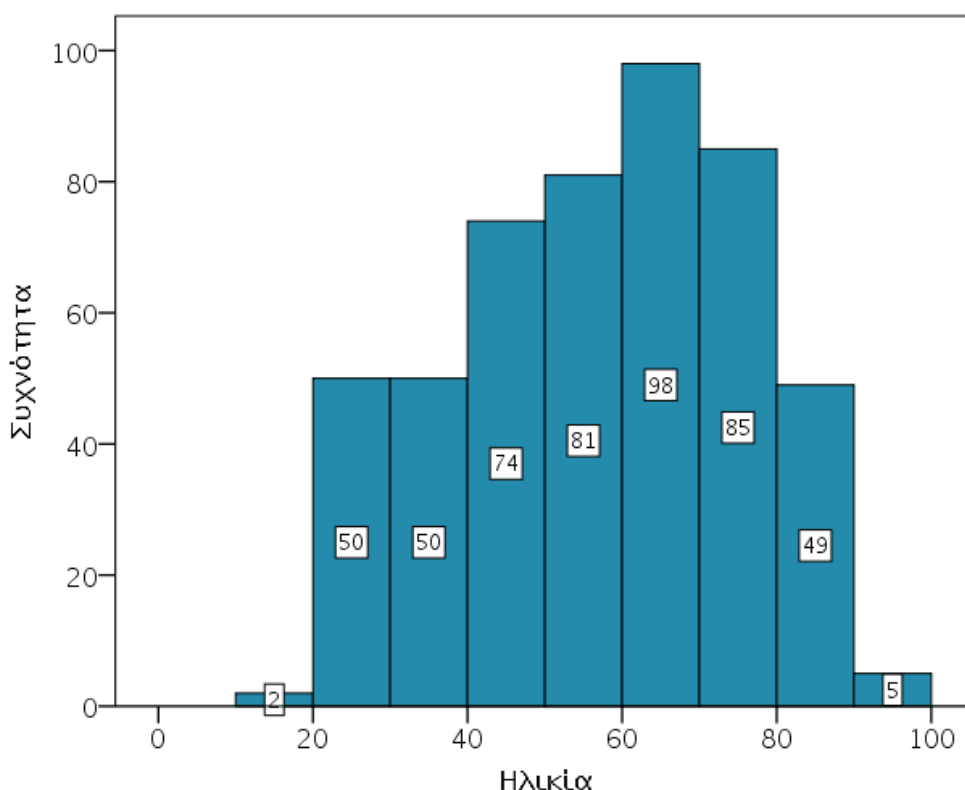
επιβεβαιωτική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με χρήση της στατιστικής γλώσσας προγραμματισμού R, εφοδιασμένης με τα πακέτα psych (Revelle, 2019) και lavaan (Rosseel, 2012).



Διάγραμμα 1: Δομή στατιστικής ανάλυσης

4.5. Περιγραφή και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων

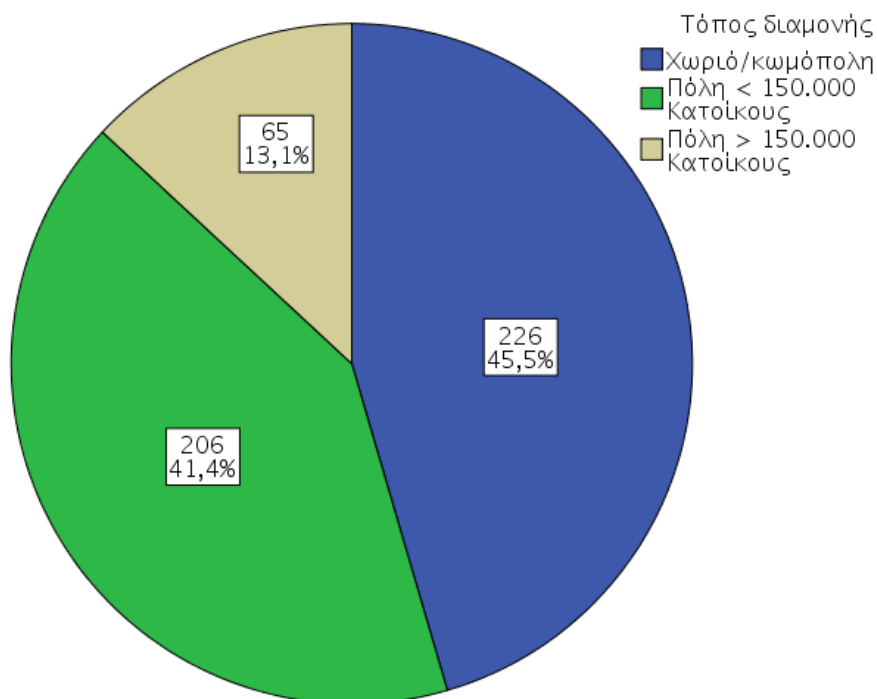
Από τους 498 ερωτώμενους οι 193 (38,8%) ήταν άνδρες και οι 305 (61,2%) ήταν γυναίκες, ηλικίας από 19 έως 91 ετών (μέση ηλικία 56,7 έτη, SD = 18,1 έτη). Η αναλυτική ηλικιακή κατανομή παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 1.



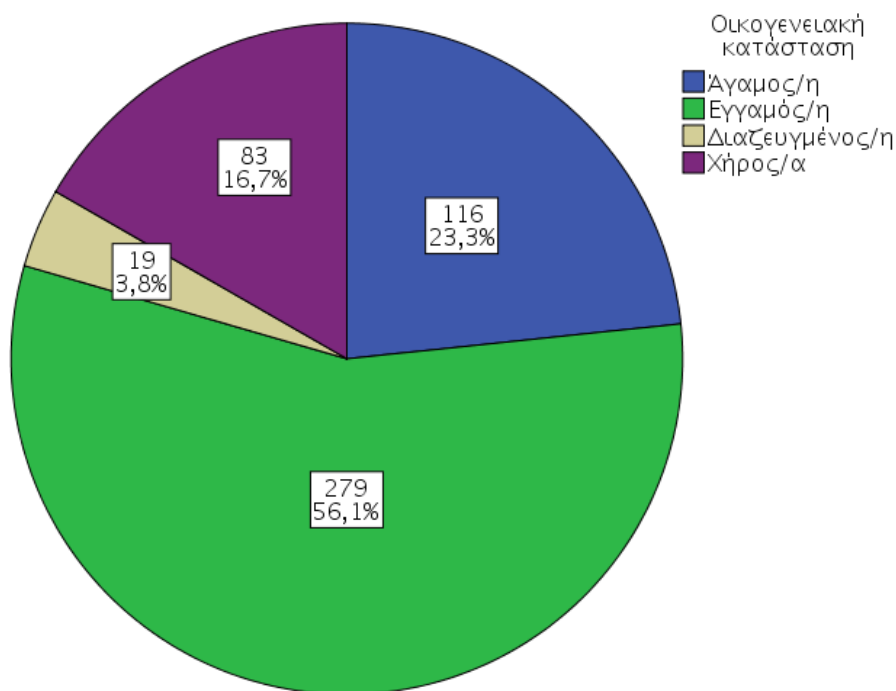
Διάγραμμα 2: Κατανομή ηλικιακής κατηγορίας (καταναλωτές)

Οι 226 από τους ερωτώμενους (45,4%) ζούσαν σε χωριό ή κωμόπολη και οι υπόλοιποι 271 σε πόλη (Διάγραμμα 3). Η πλειοψηφία από αυτούς (N = 279, 56%) ήταν έγγαμοι/ες, ενώ οι 116 (23,3%) άγαμοι/ες (Διάγραμμα 4). Λόγω της ιδιαίτερα μικρής συχνότητάς της, για τους σκοπούς της στατιστικής ανάλυσης, η κατηγορία των διαζευγμένων (N = 19, 3,8%) συνενώθηκε με την κατηγορία των χήρων (N = 83, 16,7%)

σε μία νέα κατηγορία με συχνότητα 102 (20,5%). Οι 356 από τους ερωτώμενους (71,5%) ήταν γονείς με μέσο πλήθος 1,5 παιδιά (SD = 1,2 παιδιά).

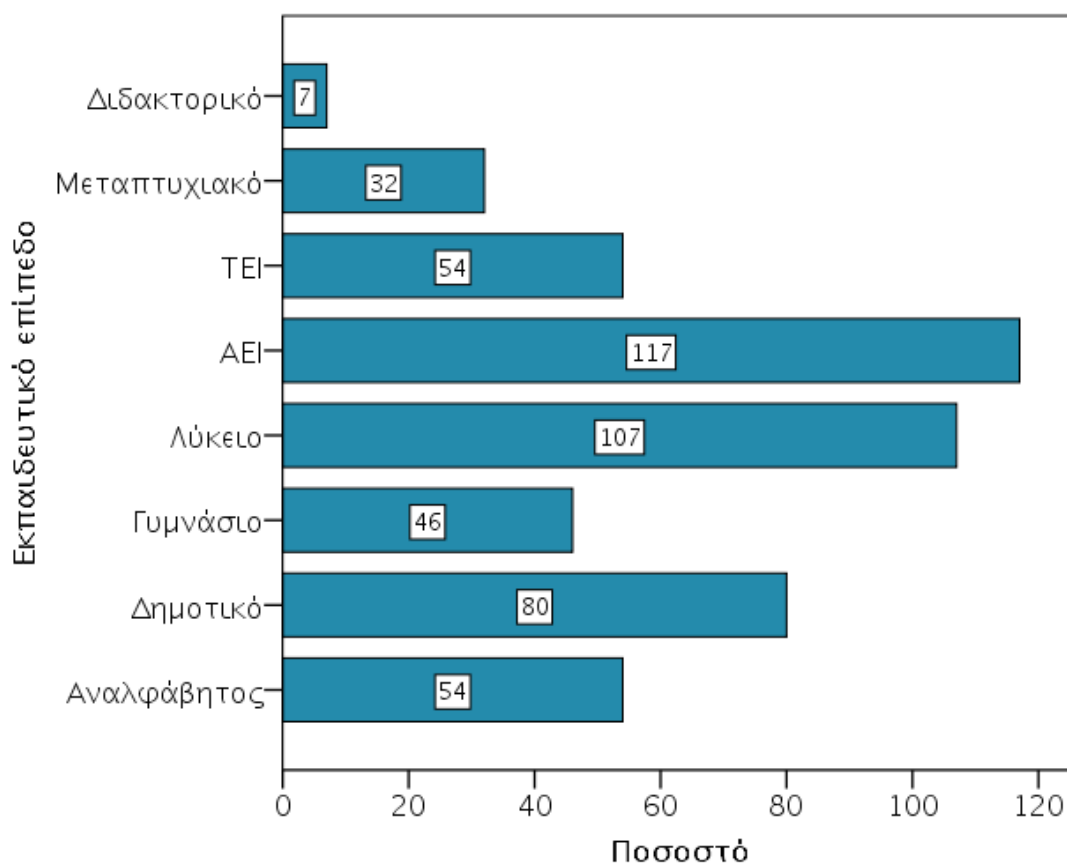


Διάγραμμα 3: Κατανομή τόπου διαμονής



Διάγραμμα 4: Κατανομή οικογενειακής κατάστασης

Οι 54 από τους ερωτώμενους (10,8%) ήταν αναλφάβητοι, ενώ οι 80 (16,1%) απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Στον αντίποδα, οι 39 (7,8%) ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου. Η αναλυτική κατανομή του εκπαιδευτικού επιπέδου παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 5. Για τις ανάγκες της στατιστικής ανάλυσης, οι απόφοιτοι Γυμνασίου και Λυκείου συγχωνευτήκαν σε μία κατηγορία «Δευτεροβάθμια εκπαίδευση» με συχνότητα 153 (30,7%), ενώ οι απόφοιτοι ΑΕΙ και ΤΕΙ σε μία κατηγορία «ΑΕΙ/ΤΕΙ» με συχνότητα 171 (34,3%).



Διάγραμμα 5: Κατανομή εκπαιδευτικού επιπέδου (καταναλωτές)

Δεν υπήρχε σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του φύλου και του τόπου κατοικίας ($\chi^2(2) = 2,069$, $p = 0,355$), όπως και μεταξύ του φύλου και του μορφωτικού επιπέδου ($\chi^2(4) = 8,968$, $p = 0,062$). Οι 458 από τους ερωτώμενους (96,4%) είχαν

αδέλφια με μέσο πλήθος αδελφιών τα 2,01 (SD = 1,5). Η ύπαρξη αδελφών ήταν ανεξάρτητη από το φύλο των ερωτώμενων ($\chi^2(1) = 0,525, p = 0,469$).

4.6 Ψυχοπαθολογικό προφίλ των ερωτώμενων

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται ορισμένα βασικά περιγραφικά στατιστικά για τις κλίμακες που μετρήθηκαν στην παρούσα έρευνα μαζί με ενδεικτικές αναφορές, ενώ στον Πίνακα 2 εμφανίζονται οι συντελεστές Pearson με τους οποίους ποσοτικοποιείται η γραμμική συσχέτιση των μεταβλητών.

Πίνακας 1: Ψυχοπαθολογικό προφίλ των συμμετεχόντων στην έρευνα

	Δείγμα		Ενδεικτικές τιμές
	M (SD)	M (SD)	Πηγή
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (GSI)	0,67 (0,51)	0,74 (0,56)	Ντώνιας κ.α., 1991
Φόβος για καρδιακή λειτουργία (CAQ)	0,97 (0,67)	0,90 (0,60)	Dragioti et al, 2011
Εξωτερική ντροπή (OAS)	13,9 (10,1)	13,9 (10,0)	Gouva et al, 2016b
Εσωτερική ντροπή (ESS)	45,2 (13,1)	45,3 (13,2)	Gouva et al, 2016a
Φόβος για τον πόνο (FPQ)	37,6 (22,3)	49,7 (10,1)	Vambheim et al, 2017

Οι ψυχομετρικές κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα, είχαν σημαντική γραμμική συσχέτιση μεταξύ τους. Ιδιαίτερα, ξεχωρίζει η ισχυρή γραμμική συσχέτιση του γενικού δείκτη ψυχοπαθολογίας (GSI) με την κλίμακα του φόβου για την καρδιακή λειτουργία ($r_{CAQ(496)} = 0,596, p < 0,001$), τις δύο κλίμακες της ντροπής ($r_{ESS(495)} = 0,532, p < 0,001$ και $r_{OAS(494)} = 0,612, p < 0,001$), όπως και η γραμμική συσχέτιση των δύο υποκλιμάκων της ντροπής ($r(493) = 0,520, p < 0,001$).

Πίνακας 2: Γραμμική συσχέτιση των κλιμάκων ψυχοπαθολογίας

	GSI	CAQ	OAS	ESS
CAQ	,596**			
OAS	,612**	,325**		
ESS	,532**	,393**	,520**	
FPQ	,365**	,372**	,297**	,360**

4.7 Προσοχή και αποφυγή

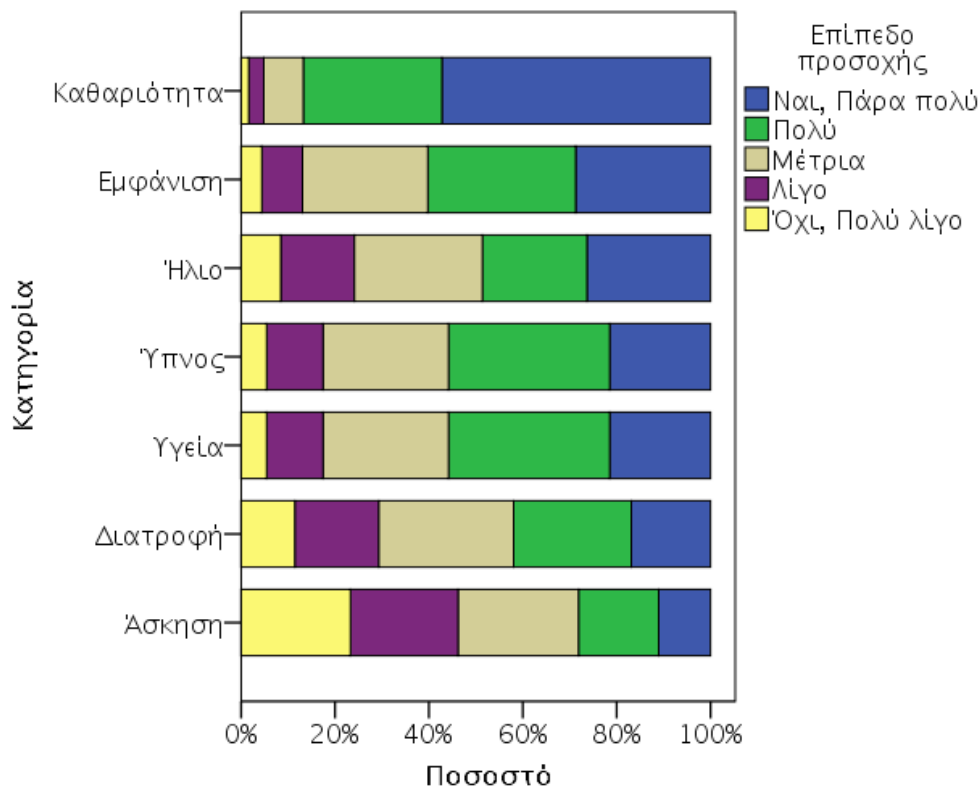
Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι αποκρίσεις των ερωτώμενων ως προς το επίπεδο προσοχής που αφιερώνουν σε 7 κατηγορίες, ενώ στο Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι αντίστοιχες αποκρίσεις στις ερωτήσεις σχετικά με τις αποφυγές.

Πίνακας 3: Επίπεδο προσοχής ανά κατηγορία (N (%))

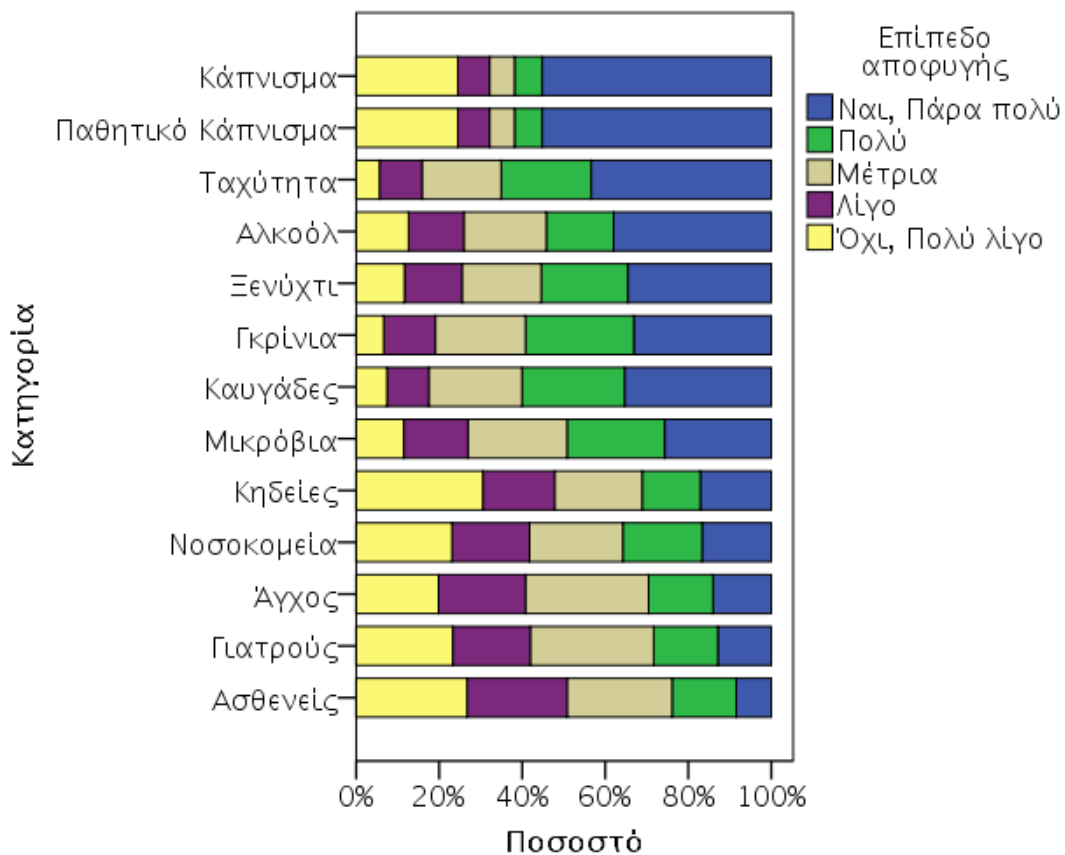
Κατηγορία	Επίπεδο προσοχής				
	Όχι, Πολύ λίγο	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Ναι, Πάρα πολύ
Άσκηση	116 (23,3%)	114 (22,9%)	128 (25,7%)	85 (17,1%)	55 (11%)
Υγεία	27 (5,4%)	60 (12%)	133 (26,7%)	171 (34,3%)	107 (21,5%)
Ύπνος	27 (5,4%)	60 (12%)	133 (26,7%)	171 (34,3%)	107 (21,5%)
Καθαριότητα	8 (1,6%)	16 (3,2%)	42 (8,4%)	147 (29,5%)	285 (57,2%)
Εμφάνιση	22 (4,4%)	43 (8,6%)	133 (26,7%)	157 (31,5%)	143 (28,7%)
Ήλιος	42 (8,4%)	78 (15,7%)	136 (27,3%)	111 (22,3%)	131 (26,3%)
Διατροφή	57 (11,4%)	89 (17,9%)	143 (28,7%)	125 (25,1%)	84 (16,9%)

Πίνακας 4: Επίπεδο αποφυγής ανά κατηγορία (N (%))

Κατηγορία	Επίπεδο αποφυγής				
	Όχι, Πολύ λίγο	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Ναι, Πάρα πολύ
Κάπνισμα	122 (24,5%)	38 (7,6%)	30 (6%)	33 (6,6%)	275 (55,2%)
Παθητικό Κάπνισμα	122 (24,5%)	38 (7,6%)	30 (6%)	33 (6,6%)	275 (55,2%)
Αλκοόλ	63 (12,7%)	66 (13,3%)	99 (19,9%)	81 (16,3%)	189 (38%)
Ξενύχτι	58 (11,6%)	69 (13,9%)	95 (19,1%)	104 (20,9%)	172 (34,5%)
Μικρόβια	57 (11,4%)	77 (15,5%)	119 (23,9%)	117 (23,5%)	128 (25,7%)
Άγχος	99 (19,9%)	104 (20,9%)	148 (29,7%)	77 (15,5%)	70 (14,1%)
Καυγάδες	37 (7,4%)	50 (10%)	112 (22,5%)	123 (24,7%)	176 (35,3%)
Ταχύτητα	28 (5,6%)	51 (10,2%)	95 (19,1%)	108 (21,7%)	216 (43,4%)
Γκρίνια	33 (6,6%)	62 (12,4%)	108 (21,7%)	130 (26,1%)	165 (33,1%)
Γιατρούς	116 (23,3%)	93 (18,7%)	148 (29,7%)	77 (15,5%)	64 (12,9%)
Ασθενείς	133 (26,7%)	120 (24,1%)	126 (25,3%)	77 (15,5%)	42 (8,4%)
Νοσοκομεία	115 (23,1%)	93 (18,7%)	112 (22,5%)	95 (19,1%)	83 (16,7%)
Κηδείες	152 (30,5%)	86 (17,3%)	105 (21,1%)	70 (14,1%)	85 (17,1%)



Διάγραμμα 6: Επίπεδο προσοχής ανά κατηγορία

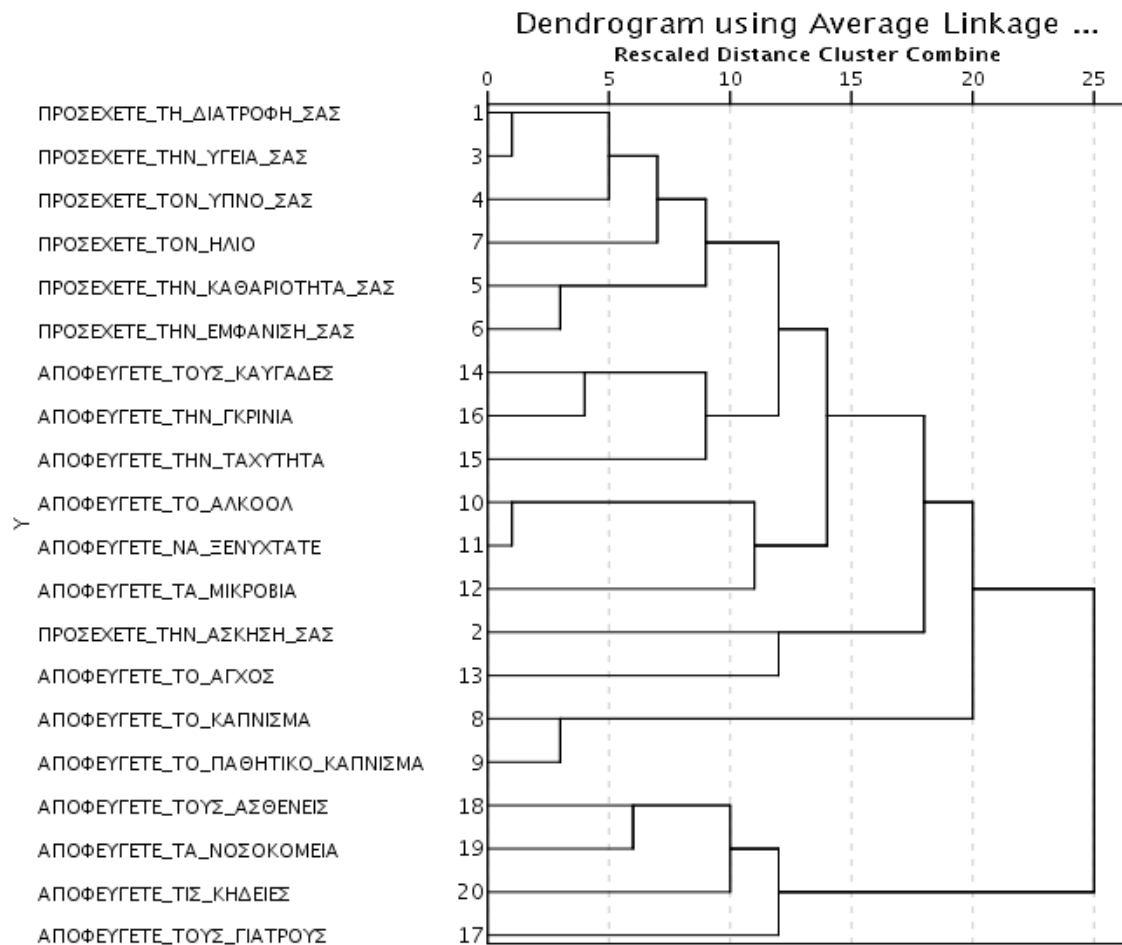


Διάγραμμα 7: Επίπεδο αποφυγής ανά κατηγορία

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων (N = 285, 57,2%) δήλωσε το μέγιστο επίπεδο προσοχής ως προς την καθαριότητα. Στον αντίποδα, το μικρότερο επίπεδο προσοχής δηλώθηκε στην κατηγορία της σωματικής άσκησης. Στο Διάγραμμα 6 και στο Διάγραμμα 7 αναπαριστώνται γραφικά οι αποκρίσεις των ερωτώμενων αντίστοιχα για τις δύο κατηγορίες ερωτήσεων.

4.8 Ομαδοποίηση των απόψεων

Η μέθοδος της ιεραρχικής ταξινόμησης όπως και η μέθοδος των κυρίων συνιστωσών εφαρμόστηκε στις αποκρίσεις των ερωτώμενων για την ανίχνευση της εγγύτητας μεταξύ τους και την ανίχνευση ομοιογενών κατηγοριών.



Διάγραμμα 8: Ομαδοποίηση απόψεων

Στο Διάγραμμα 8 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ιεραρχικής ταξινόμησης στο αντίστοιχο δενδρόγραμμα. Παρατηρείται ότι:

- Οι ερωτήσεις προσοχής σχετικά με τη διατροφή, την υγεία, τον ύπνο, τον ήλιο, την καθαριότητα και την εμφάνιση ομαδοποιούνται μεταξύ τους σε μία λογική δομή που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί «Υιοθέτηση καλών πρακτικών».
- Οι ερωτήσεις αποφυγής για τους καυγάδες, την γκρίνια, την ταχύτητα, το αλκοόλ, το ξενύχτι και τα μικρόβια ομαδοποιούνται μεταξύ τους σε μία λογική δομή που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί «Αποφυγή ψυχοσωματικών επιβαρύνσεων».

- Η ερώτηση προσοχής για την άσκηση και η ερώτηση αποφυγής για το άγχος ομαδοποιούνται μεταξύ τους σε μία λογική δομή που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί «Επιδίωξη καλής υγείας».
- Οι ερωτήσεις αποφυγής για το κάπνισμα και το παθητικό κάπνισμα ομαδοποιούνται μεταξύ τους σε μία λογική δομή που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί «Αποφυγή καπνίσματος».
- Οι ερωτήσεις αποφυγής για τους ιατρούς, τις κηδείες, τα νοσοκομεία και τους ασθενείς ομαδοποιούνται μεταξύ τους σε μία λογική δομή που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί «Αποφυγή του πόνου και του θανάτου».

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της διαδικασίας κυρίων συνιστωσών, παράλληλα με τα αποτελέσματα της ιεραρχικής ταξινόμησης. Από τον Πίνακα 5 συνάγεται πως η εγγύτητα των ερωτήσεων που παρατηρήθηκε από την ιεραρχική ταξινόμηση δεν διαφοροποιείται σημαντικά από τη δομή που προτείνεται από τη διερευνητική ανάλυση δομής. Η αξιοπιστία των 5 κλιμάκων ήταν αποδεκτή με την εξαίρεση της κλίμακας «Επιδίωξη καλής υγείας», η οποία ήταν ιδιαίτερα μικρή (Πίνακας 6). Ως εκ τούτου αποφασίστηκε η απαλοιφή της κλίμακας και ο διαμοιρασμός των δύο ερωτήσεων που την αποτελούν στις υπόλοιπες. Πιο συγκεκριμένα, η ερώτηση «Προσέχετε την άσκησή σας;» αποδόθηκε στην κλίμακα «Υιοθέτηση καλών πρακτικών», ενώ η ερώτηση «Αποφεύγετε το άγχος;» στην κλίμακα «Αποφυγή ψυχοσωματικών επιβαρύνσεων».

Πίνακας 5: Αποτελέσματα ανάλυσης κυρίων συνιστωσών (περιστροφή Varimax)

HCA ⁽¹⁾	Ερώτηση	Παράγοντας ⁽²⁾				
		1	2	3	4	5
1	Προσέχετε τη διατροφή σας;	,058	,802	-,031	,126	,177
1	Προσέχετε την υγεία σας;	,217	,741	-,007	,051	,293
1	Προσέχετε τον ύπνο σας;	,190	,435	,079	,227	,347
1	Προσέχετε την καθαριότητά σας;	,041	,110	-,065	,087	,791
1	Προσέχετε την εμφάνισή σας;	-,025	,396	,065	,011	,688
1	Προσέχετε τον ήλιο;	,123	,393	-,095	,273	,362
2	Αποφεύγετε το αλκοόλ;	,789	,011	-,030	,118	,126
2	Αποφεύγετε να ξενυχτάτε;	,737	,071	-,032	,162	,120
2	Αποφεύγετε τα μικρόβια;	,475	-,027	,098	-,008	,541
2	Αποφεύγετε τους καβγάδες;	,097	,038	-,067	,792	,104
2	Αποφεύγετε την ταχύτητα στο αυτοκίνητο;	,466	-,108	,012	,398	,249
2	Αποφεύγετε την γκρίνια;	,001	,120	,095	,787	,038
3	Προσέχετε την άσκησή σας;	,053	,802	-,004	,014	-,057
3	Αποφεύγετε το άγχος;	,217	,360	,105	,529	-,031
4	Αποφεύγετε το κάπνισμα;	,752	,263	-,002	-,053	-,061
4	Αποφεύγετε το παθητικό κάπνισμα;	,798	,236	,085	,035	-,018
5	Αποφεύγετε τους γιατρούς;	-,142	-,061	,574	,248	-,140
5	Αποφεύγετε τους ασθενείς;	,251	,036	,732	-,099	-,030
5	Αποφεύγετε τα νοσοκομεία;	,019	,029	,848	,035	,009
5	Αποφεύγετε τις κηδείες;	-,059	-,017	,717	-,031	,142
Ποσοστό μεταβλητότητας που εξηγείται από τον παράγοντα		23,3%	11,0%	10,2%	7,8%	6,4%

(1) Προτεινόμενη δομή από την ιεραρχική ταξινόμηση

(2) Τα φορτία που είναι μεγαλύτερα από 0,4 ή είναι τα μεγαλύτερα της αντίστοιχης γραμμής σημειώνονται με έντονη γραφή.

Όπως αναμενόταν, οι συντελεστές εσωτερικής αξιοπιστίας, στις κλίμακες αυτές, βελτιώθηκαν (Πίνακας 6). Ιδιαίτερα, πρέπει να σημειωθεί πως η κλίμακα των ψυχοσωματικών αποφυγών μπορεί να διαχωριστεί περαιτέρω σε δύο υποκλίμακες, μία εκ των οποίων θα είναι η κλίμακα σωματικών αποφυγών (Αποφυγή του αλκοόλ, του ξενυχτιού, των μικροβίων και της ταχύτητας με συντελεστή εσωτερικής αξιοπιστίας 0,724) και η άλλη θα είναι η κλίμακα ψυχολογικών αποφυγών (Αποφυγή των καβγάδων, του άγχους και της γρίνιας, με συντελεστή εσωτερικής αξιοπιστίας 0,642).

Πίνακας 6: Εσωτερική αξιοπιστία των κλιμάκων προσοχής και αποφυγής

Παράγοντας	Αρχική κατανομή		Τελική κατανομή	
	N	Cronbach's α	N	Cronbach's α
Υιοθέτηση καλών πρακτικών	6	0,773	7	0,788
Προσέχετε τη διατροφή σας (TCF)				
Προσέχετε την υγεία σας (TCH)				
Προσέχετε τον ύπνο σας (TCL)				
Προσέχετε την καθαριότητά σας (TCC)				
Προσέχετε την εμφάνισή σας (TCA)				
Προσέχετε τον ήλιο (TCS)				
Προσέχετε την άσκησή σας; (TCE)				
Αποφεύγετε το άγχος; (AVA)	2	0,390	7	0,715
Αποφυγή ψυχοσωματικών επιβαρύνσεων	6	0,694		
Αποφεύγετε το αλκοόλ (AVL)				
Αποφεύγετε να ξενυχτάτε (AVN)				
Αποφεύγετε τα μικρόβια (AVM)				
Αποφεύγετε τους καβγάδες (AVF)				
Αποφεύγετε την ταχύτητα στο αυτοκίνητο (AVS)				
Αποφεύγετε την γκρίνια (AVG)				
Αποφυγή καπνίσματος	2	0,859	2	0,859
Αποφεύγετε το κάπνισμα; (AVK)				
Αποφεύγετε το παθητικό κάπνισμα; (AVP)				
Αποφυγή του πόνου και του θανάτου	4	0,699	4	0,699
Αποφεύγετε τους γιατρούς; (AVD)				
Αποφεύγετε τους ασθενείς; (AVT)				
Αποφεύγετε τα νοσοκομεία; (AVH)				
Αποφεύγετε τις κηδείες; (AVR)				

4.9 Επιβεβαίωση της δομής της κλίμακας προσοχής και αποφυγής

Το μοντέλο που συμμετείχε στην επιβεβαιωτική ανάλυση δομής ήταν το ακόλουθο:

- Κλίμακα προσοχής και καλών πρακτικών (TC)
 $TC = TCF + TCE + TCH + TCL + TCC + TCA + TCS$
- Αποφυγή σωματικής επιβάρυνσης (VDB)
 $VDB = AVL + AVN + AVM + AVS$
- Αποφυγή ψυχολογικής επιβάρυνσης (VDP)
 $VDP = AVA + AVF + AVG$
- Αποφυγή ψυχοσωματικής επιβάρυνσης (VPB)
 $VPB = VDB + VDP$
- Αποφυγή καπνίσματος (VDS)
 $VDS = AVK + AVP$
- Αποφυγή πόνου, ασθένειας και θανάτου (VDD)
 $VDD = AVD + AVT + AVH + AVR$

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της επιβεβαιωτικής ανάλυσης δομής. Οι αντίστοιχοι τυποποιημένοι συντελεστές παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 9. Το σύνολο των ερωτήσεων συσχετιζόταν με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($p < 0,001$) με τον λανθάνοντα παράγοντα στον οποίο είχε αποδοθεί. Αναμενόμενα, λόγω της διατακτικής φύσης των μεταβλητών, τα αποτελέσματα της μεθόδου της μέγιστης πιθανοφάνειας (MLR) δεν είναι αποδεκτά, ωστόσο η μέθοδος DWLS καταδεικνύει την καλή προσαρμογή του παραγοντικού μοντέλου.

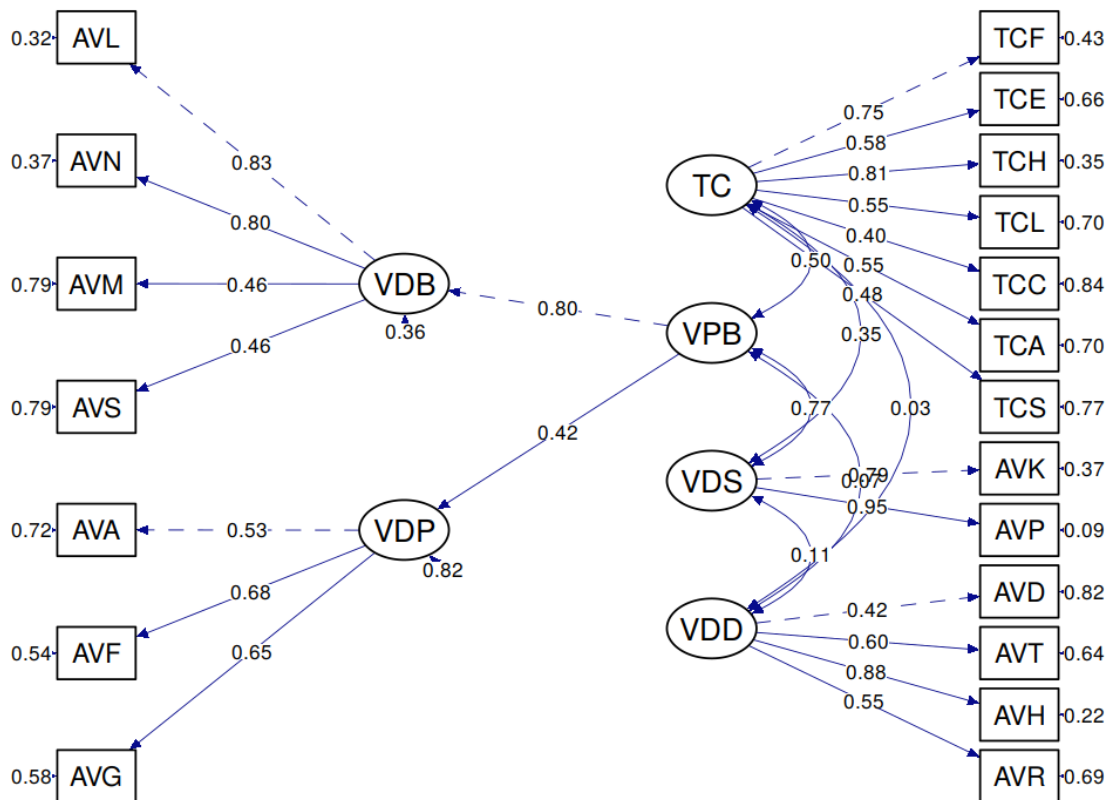
Πίνακας 7: Αποτελέσματα επιβεβαιωτικής ανάλυσης δομής

Δείκτες προσαρμογής	Μέθοδος	
	MLR	DWLS
Επαναλήψεις	54	65
χ^2	606,6	418,8
df	162	162
χ^2/df	3,7	2,6
NFI	0,810	0,908
CFI	0,852	0,941
GFI	0,889	0,971
AGFI	0,856	0,963
TLI	0,827	0,931
SRMR	0,075	0,068
RMSEA	0,074	0,056
95% Κάτω φράγμα	0,068	0,050
95% Άνω φράγμα	0,081	0,063
$p(RMSEA \leq 0,05)$	< 0,001	0,054

Οι παρατηρήσεις της ιεραρχικής ταξινόμησης και της διερευνητικής ανάλυσης δομής μαζί με τα αποτελέσματα της επιβεβαιωτικής ανάλυσης συνηγορούν στην εγκυρότητα του ορισμού των 4 παραγόντων προσοχής και αποφυγής ως αθροίσματα των επιμέρους ερωτήσεων, για τη μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν τις στάσεις των ερωτώμενων. Ιδιαίτερα, η κλίμακα των ψυχοσωματικών αποφυγών τεκμηριώνεται

πως μπορεί να διαχωριστεί περαιτέρω σε δύο υποκλίμακες αποφυγών των σωματικών και ψυχικών επιβαρύνσεων.

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται ορισμένα βασικά περιγραφικά στατιστικά των 4 κλιμάκων προσοχής και αποφυγής, ενώ στο Διάγραμμα 10 παρουσιάζεται η αναλυτική κατανομή των τιμών.



Διάγραμμα 9: Τυποποιημένοι συντελεστές κλίμακας αποφυγών (N = 498)

Πίνακας 8: Περιγραφικά στατιστικά κλιμάκων προσοχής και αποφυγής

	Ερωτήσεις	N	Min	Max	M	SD
Υιοθέτηση καλών πρακτικών	7	498	7	35	24,4	5,4
Αποφυγή ψυχοσωματικών επιβαρύνσεων	7	498	7	35	24,5	5,6
Αποφυγή σωματικών επιβαρύνσεων	4	498	4	20	14,3	4,0
Αποφυγή ψυχικών επιβαρύνσεων	3	498	3	15	10,2	2,9
Αποφυγή καπνίσματος	2	498	2	10	6,8	3,1
Αποφυγή του πόνου και του θανάτου	4	498	4	20	10,9	3,9

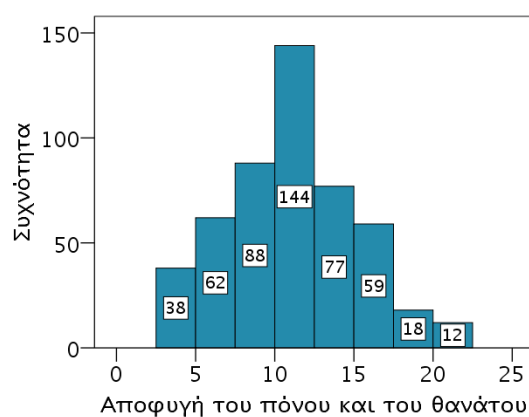
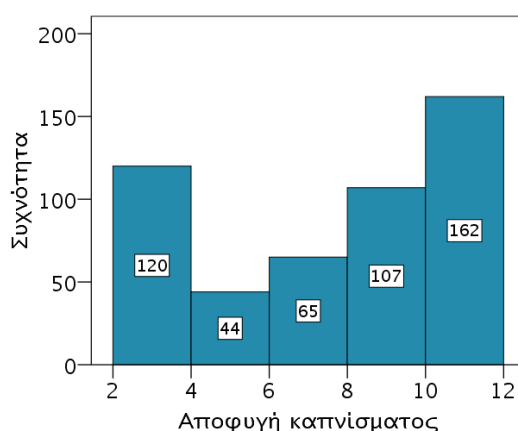
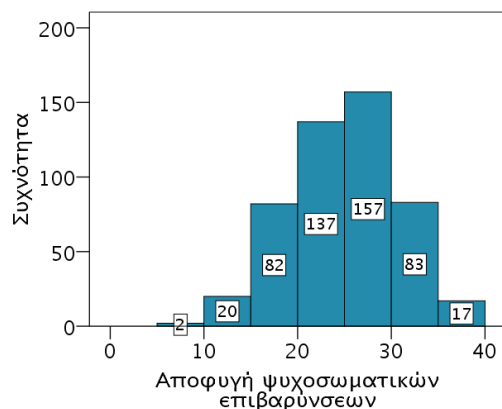
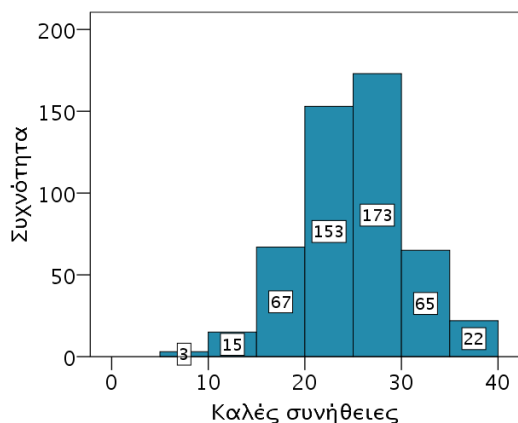
Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης των κλιμάκων προσοχής, αποφυγής και της ηλικίας.

Πίνακας 9: Γραμμική συσχέτιση των κλιμάκων προσοχής, αποφυγής και της ηλικίας

	Ηλικία	Αποφυγή				
		Υιοθέτηση καλών πρακτικών	επιβαρύνσεων σωματικών	επιβαρύνσεων ψυχικών	ψυχοσωματικών	Καπνίσματος
Υιοθέτηση καλών πρακτικών	-,032					
Σωματικών επιβαρύνσεων	,374**	,331**				
Ψυχικών επιβαρύνσεων	,157**	,361**	,299**			
Ψυχοσωματικών επιβαρύνσεων	,349**	,424**	,869**	,733**		
Καπνίσματος	,247**	,300**	,527**	,193**	,476**	
Πόνου και θανάτου	-,001	,003	,044	,089*	,077	,058

** . Συσχέτιση σημαντική σε επίπεδο 0,01.

* . Συσχέτιση σημαντική σε επίπεδο 0,05.



Διάγραμμα 10: Κατανομή τιμών κλιμάκων προσοχής και αποφυγής

Η κλίμακα «Υιοθέτηση καλών πρακτικών» ήταν θετικά συσχετισμένη με τις δύο κλίμακες των αποφυγών («Αποφυγή ψυχοσωματικών επιβαρύνσεων», «Αποφυγή καπνίσματος»), οι οποίες με τη σειρά τους ήταν θετικά συσχετισμένες μεταξύ τους.

Ένα ιδιαίτερο εύρημα είναι πως η κλίμακα «Αποφυγή του πόνου και του θανάτου» ήταν στατιστικά ασυσχέτιστη με τις άλλες τρεις κλίμακες προσοχής και αποφυγών, όπως και με την ηλικία των ερωτώμενων. Η ηλικία ήταν στατιστικά ασυσχέτιστη με την κλίμακα «Υιοθέτηση καλών πρακτικών», ενώ αύξηση της ηλικίας

βρέθηκε να συσχετίζεται με αυξημένες τιμές στις κλίμακες των αποφυγών «Αποφυγή ψυχοσωματικών επιβαρύνσεων» και «Αποφυγή καπνίσματος».

Πίνακας 10: Γραμμική συσχέτιση των κλιμάκων προσοχής, αποφυγής και της ψυχοπαθολογίας

	Γιοθέτηση καλών	Ψυχοσωματικών επιβαρύνσεων	Σωματικών επιβαρύνσεων	Αποφυγή ψυχικών επιβαρύνσεων	Καπνίσματος	Πόνου και θανάτου
Κλίμακα ψυχοπαθολογίας (SCL – 90)						
Σωματοποίηση (SOM)	,150**	,090*	,186**	-,081	,050	,054
Ιδιοψυχαναγκασμός (OC)	,122**	,040	,148**	-,125**	,082	,071
Διαπροσωπική ευαισθησία (IS)	,134**	-,020	,108*	-,187**	,078	,077
Κατάθλιψη (DEP)	,149**	,018	,146**	-,166**	,080	,067
Άγχος (ANX)	,128**	-,013	,117**	-,185**	,021	,067
Επιθετικότητα (HOS)	-,061	-,260**	-,106*	-,354**	-,048	,037
Φοβικό άγχος (PHOB)	-,088	,067	,147**	-,074	,118**	,166**
Παρανοειδή ιδεασμό (PAR)	-,099*	-,083	,049	-,227**	,025	,023
Ψυχωτισμός (PSY)	-,108*	-,033	,054	-,139**	,039	,107*
Γενικός δείκτης (GSI)	,148**	-,001	,139**	-,192**	,070	,083
Φόβος για καρδ. λειτουργία (CAQ)	,169**	,195**	,322**	-,067	,121**	,101*
Εξωτερική ντροπή (OAS)	,235**	,173**	-,072	-,236**	-,073	,008
Εσωτερική ντροπή (ESS)	-,114*	-,028	,060	-,138**	,052	,005
Φόβος για τον πόνο (FPQ)	-,045	,071	,163**	-,087	,045	,129**

** . Συσχέτιση σημαντική σε επίπεδο 0,01.

* . Συσχέτιση σημαντική σε επίπεδο 0,05.

Περαιτέρω, οι καλές συνήθειες ήταν ασθενώς αρνητικά συσχετισμένες με την ψυχοπαθολογία, ενώ η κλίμακα αποφυγής των ψυχοσωματικών επιβαρύνσεων

συσχετιζόταν ασθενώς αρνητικά με την επιθετικότητα και την εξωτερική ντροπή, ενώ είχε ασθενή θετική συσχέτιση με το φόβο για την καρδιακή λειτουργία (Πίνακας 10).

4.10 Παράγοντες που επηρεάζουν τις τιμές της προσοχής και των αποφυγών

Για την ανίχνευση των παραγόντων που επηρεάζουν τις τιμές της κλίμακας προσοχής και των κλιμάκων αποφυγών εφαρμόστηκε η μέθοδος της ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA). Σε κάθε επανάληψη της διαδικασίας, συμμετείχαν ως επεξηγηματικές μεταβλητές οι παράγοντες Φύλο, Οικογενειακή κατάσταση, Τόπος κατοικίας, Ιδιότητα Γονέα, Εκπαιδευτικό επίπεδο, Συχνοί πονοκέφαλοι, Άλλα προβλήματα υγείας, Πρόβλημα στο στομάχι και Υπέρταση. Η ηλικία δεν συμμετείχε, καθώς η αλληλεπίδραση της είχε ήδη ποσοτικοποιηθεί με το συντελεστή συσχέτισης του Pearson, ενώ η συμπερίληψή της ως συνεχής μεταβλητή θα αφαιρούσε τη δυνατότητα εκ των υστέρων (post hoc) συγκρίσεων.

4.10.1 Κλίμακα «Υιοθέτηση καλών πρακτικών»

Η υπόθεση της ομοσκεδαστικότητας υποστηρίζεται από τα δεδομένα σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 (Δοκιμασία Levene, $F(283, 212) = 1,264, p = 0,036$)

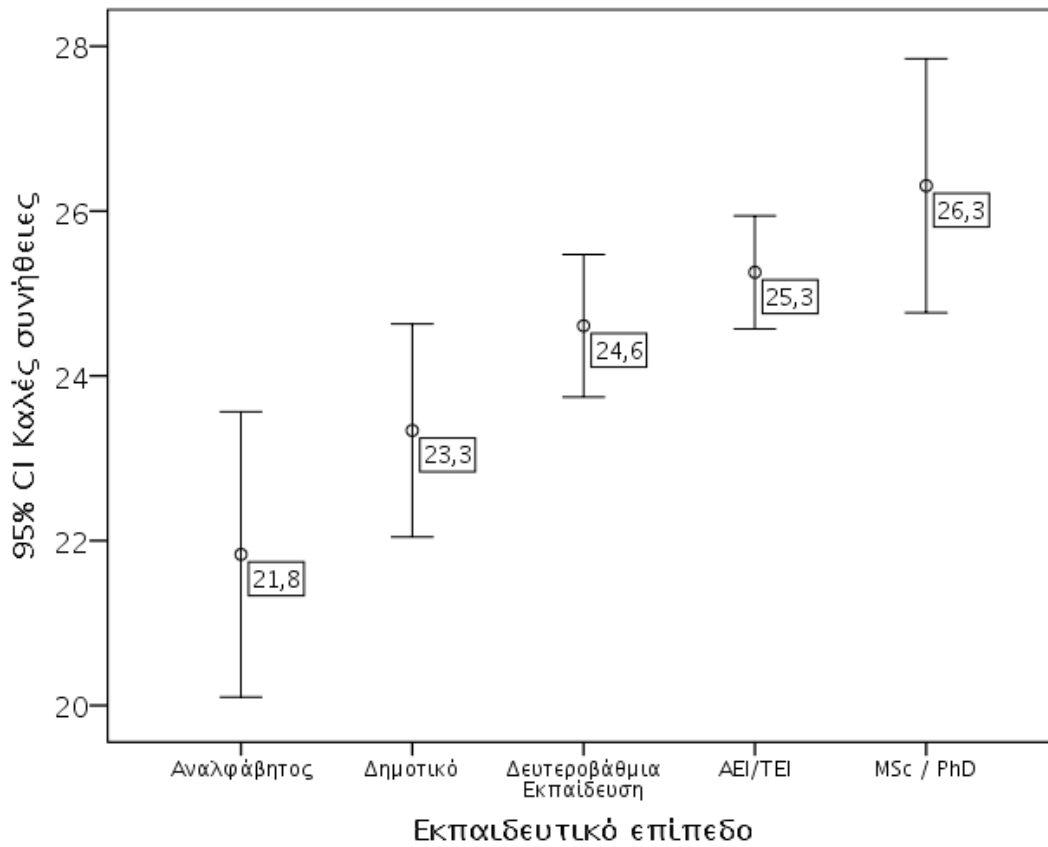
Οι παράγοντες Φύλο ($p = 0,698$), Οικογενειακή κατάσταση ($p = 0,77$), Τόπος κατοικίας ($p = 0,613$), Ιδιότητα Γονέα ($p = 0,95$), Συχνοί πονοκέφαλοι ($p = 0,070$), Άλλα προβλήματα υγείας ($p = 0,929$), καταδείχθηκαν ως στατιστικώς μη σημαντικοί. Αντίθετα, οι παράγοντες Εκπαιδευτικό επίπεδο ($F(4, 481) = 7,525, p < 0,001, \eta^2_p = 0,059$), Πρόβλημα στο στομάχι ($F(1, 481) = 5,034, p = 0,025, \eta^2_p = 0,010$), Υπέρταση ($F(1, 481) =$

5,863, $p = 0,016$, $\eta^2_p = 0,012$), καταδείχθηκαν ως παράγοντες με στατιστικά σημαντική επιρροή στις τιμές της κλίμακας «Υιοθέτηση καλών πρακτικών».

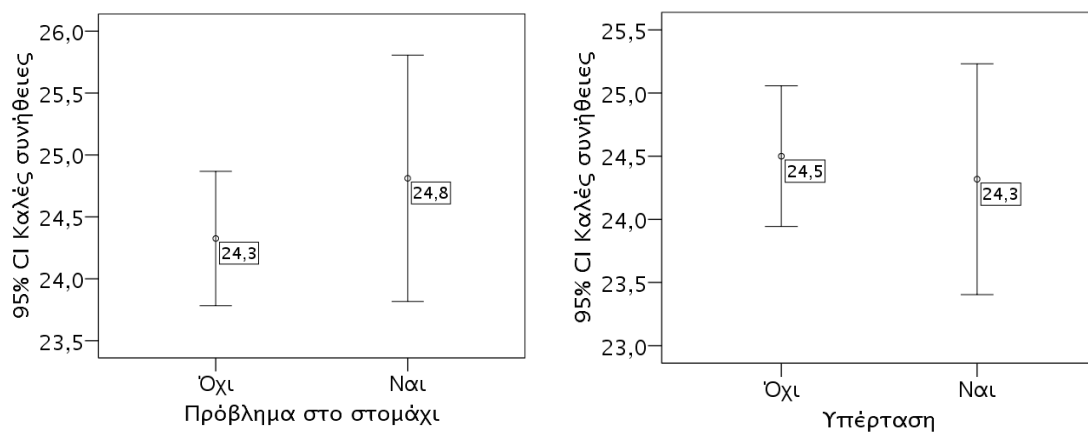
Πίνακας 11: Εκ των υστέρων δοκιμασία Tukey για τη σύγκριση των τιμών της κλίμακας «Υιοθέτηση καλών πρακτικών» ανάμεσα στα διαφορετικά εκπαιδευτικά επίπεδα.

Εκπαιδευτικό επίπεδο	N	Ομάδα		
		1	2	3
Αναλφάβητος	54	21,8		
Δημοτικό	80	23,3	23,3	
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	152		24,6	24,6
ΑΕΙ/ΤΕΙ	171		25,3	25,3
MSc / PhD	39			26,3

Η διαφοροποίηση μεταξύ των επιπέδων του εκπαιδευτικού τομέα παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 11. Η δοκιμασία Tukey's κατέδειξε ότι οι αναλφάβητοι και οι απόφοιτοι δημοτικού είχαν σημαντικά μικρότερη τιμή στην κλίμακα αυτή σε σχέση με τους απόφοιτους ανώτερης/ανώτατης εκπαίδευσης (Πίνακας 11).



Διάγραμμα 11: Επιρροή εκπαιδευτικού επιπέδου στην κλίμακα "Υιοθέτηση καλών πρακτικών"

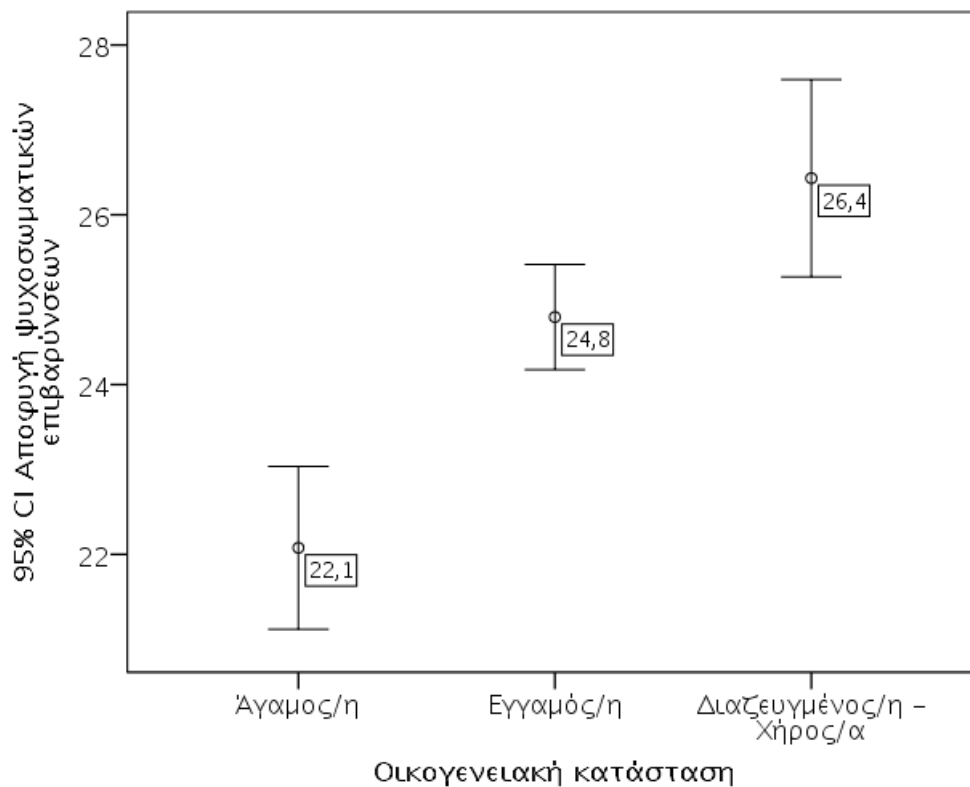


Διάγραμμα 12: Επιρροή σωματικών προβλημάτων στην κλίμακα "Καλές συνήθειες"

Ως προς την επιρροή των σωματικών προβλημάτων, η ύπαρξη προβλήματος στο στομάχι συσχετιζόταν με αυξημένες τιμές στη κλίμακα «Υιοθέτηση καλών πρακτικών», ενώ η υπέρταση συσχετιζόταν με μικρότερες τιμές στην κλίμακα αυτή (Διάγραμμα 12).

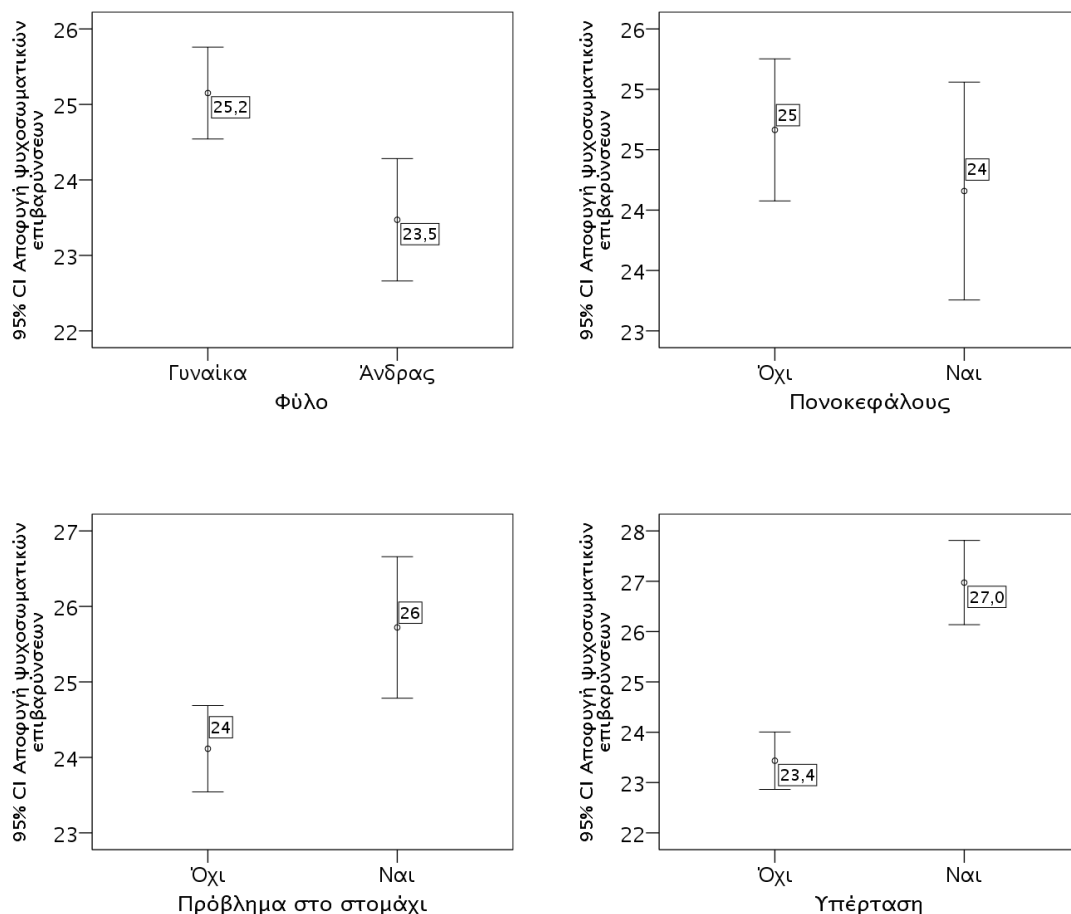
4.10.2 Κλίμακα «Αποφυγή ψυχοσωματικών επιβαρύνσεων»

Η υπόθεση της ομοσκεδαστικότητας υποστηρίζεται από τα δεδομένα (Δοκιμασία Levene, $F(283, 212) = 0,853$, $p = 0,893$). Οι παράγοντες Τόπος κατοικίας ($p = 0,743$), Ιδιότητα Γονέα ($p = 0,796$), Εκπαιδευτικό επίπεδο ($p = 0,486$), Άλλα προβλήματα υγείας ($p = 0,069$), καταδείχθηκαν ως στατιστικώς μη σημαντικοί. Αντίθετα, οι παράγοντες Φύλο ($F(1, 481) = 17,763$, $p < 0,001$, $\eta^2_p = 0,036$), Οικογενειακή κατάσταση ($F(2, 481) = 3,263$, $p = 0,039$, $\eta^2_p = 0,013$), Συχνοί πονοκέφαλοι ($F(1, 481) = 5,081$, $p = 0,025$, $\eta^2_p = 0,010$), Πρόβλημα στο στομάχι ($F(1, 481) = 8,71$, $p = 0,003$, $\eta^2_p = 0,018$), Υπέρταση ($F(1, 481) = 25,149$, $p < 0,001$, $\eta^2_p = 0,050$), καταδείχθηκαν ως παράγοντες με στατιστικά σημαντική επιρροή στις τιμές της κλίμακας «Αποφυγή ψυχοσωματικών επιβαρύνσεων».



Διάγραμμα 13: Επιρροή οικογενειακής κατάστασης στις τιμές της αποφυγής ψυχοσωματικών επιβαρύνσεων

Ως προς την επιρροή της οικογενειακής κατάστασης, αυτή οφειλόταν στη σαφή διάταξη των τιμών μεταξύ των τριών κατηγοριών, με τους άγαμους να δηλώνουν τη μικρότερη διάθεση αποφυγής ψυχοσωματικών επιβαρύνσεων ενώ στον αντίποδα οι διαζευγμένοι τη μεγαλύτερη (Διάγραμμα 13). Περαιτέρω, οι γυναίκες βρέθηκε να έχουν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα αυτή, ενώ ομοίως αυξημένες είχαν αυτοί που δήλωσαν πως έχουν πρόβλημα στο στομάχι ή υπέρταση. Τέλος, η αναφορά πονοκεφάλων συνδέθηκε με μικρότερες τιμές στην κλίμακα αυτή (Διάγραμμα 14).



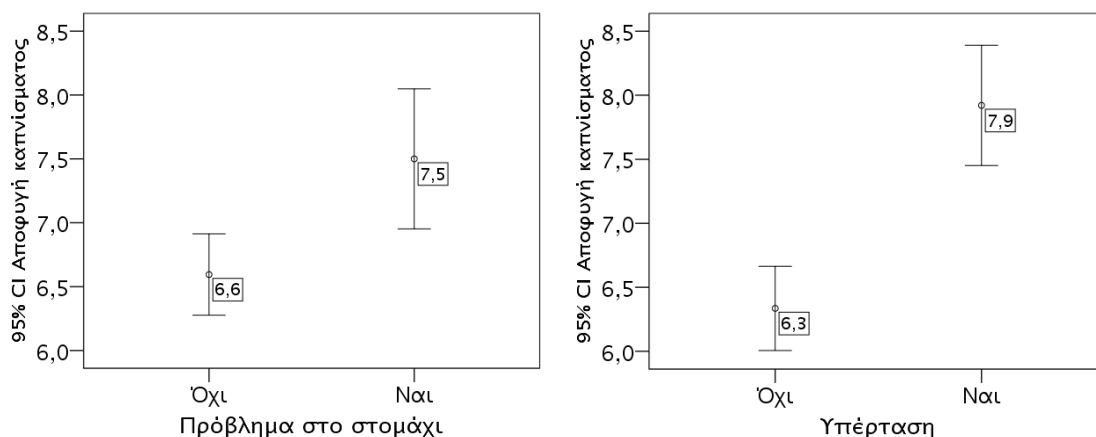
Διάγραμμα 14: Επιρροή φύλου και ψυχσωματικών προβλημάτων στην κλίμακα αποφυγής ψυχσωματικών επιβαρύνσεων

4.10.3 Κλίμακα «Αποφυγή καπνίσματος»

Η υπόθεση της ομοσκεδαστικότητας υποστηρίζεται από τα δεδομένα (Δοκιμασία Levene, $F(283, 212) = 1,173, p = 0,109$). Οι παράγοντες Φύλο ($p = 0,503$), Οικογενειακή κατάσταση ($p = 0,107$), Τόπος κατοικίας ($p = 0,478$), Ιδιότητα Γονέα ($p = 0,16$), Εκπαιδευτικό επίπεδο ($p = 0,147$), Συχνοί πονοκέφαλοι ($p = 0,461$), Άλλα προβλήματα υγείας ($p = 0,144$), καταδείχθηκαν ως στατιστικώς μη σημαντικοί.

Αντίθετα, οι παράγοντες Πρόβλημα στο στομάχι ($F(1, 481) = 6,998, p = 0,008, \eta^2_p = 0,014$), Υπέρταση ($F(1, 481) = 12,281, p = 0,001, \eta^2_p = 0,025$), καταδείχθηκαν ως

παράγοντες με στατιστικά σημαντική επιρροή, διαφοροποίηση που οφείλεται στην αυξημένη τιμή της κλίμακας αποφυγής καπνίσματος σε όσους είχαν πρόβλημα στο στομάχι ή υπέρταση (Διάγραμμα 15).



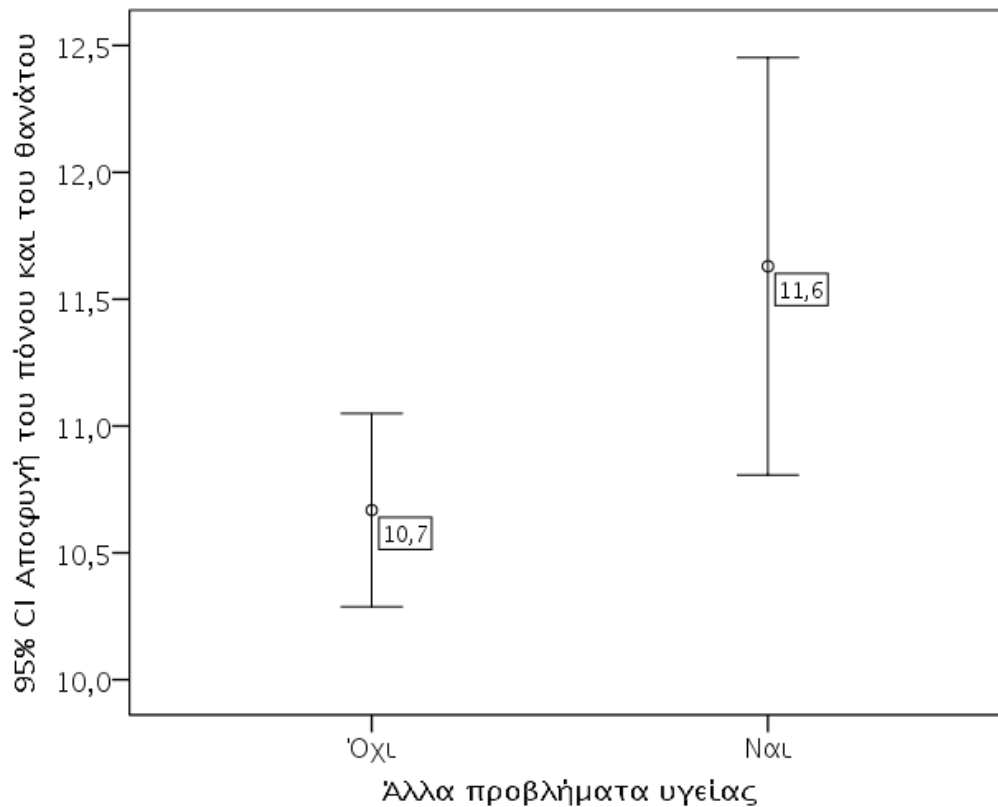
Διάγραμμα 15: Επιρροή σωματικών προβλημάτων στην κλίμακα αποφυγής του καπνίσματος

4.10.4 Κλίμακα «Αποφυγή του πόνου και του θανάτου»

Η υπόθεση της ομοσκεδαστικότητας υποστηρίζεται από τα δεδομένα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01 (Δοκιμασία Levene, $F(283, 212) = 1,285$, $p = 0,027$). Οι παράγοντες Φύλο ($p = 0,273$), Οικογενειακή κατάσταση ($p = 0,377$), Τόπος κατοικίας ($p = 0,564$), Ιδιότητα Γονέα ($p = 0,915$), Εκπαιδευτικό επίπεδο ($p = 0,323$), Συχνοί πονοκέφαλοι ($p = 0,84$), Πρόβλημα στο στομάχι ($p = 0,716$), Υπέρταση ($p = 0,051$), καταδείχθηκαν ως στατιστικώς μη σημαντικοί.

Αντίθετα, ο παράγοντας «Άλλα προβλήματα υγείας» ($F(1, 481) = 4,969$, $p = 0,026$, $\eta^2_p = 0,010$) βρέθηκε να επηρεάζει τις τιμές της/του Αποφυγή του πόνου και του θανάτου με στατιστικά σημαντικό τρόπο.

Η διαφοροποίηση αυτή διευκρινίζεται από το Διάγραμμα 16 από το οποίο είναι εμφανής η αυξημένη τιμή στην κλίμακα αποφυγής του πόνου και του θανάτου σε όσους αποκρίθηκαν πως έχουν χρόνια σωματικά προβλήματα υγείας.



Διάγραμμα 16: Επιρροή άλλων προβλημάτων υγείας στην κλίμακα αποφυγής του πόνου και του θανάτου

Στον Πίνακα 12 συνοψίζονται τα αποτελέσματα των τελευταίων παραγράφων.

Πίνακας 12: Σημαντικότητα της επιρροής των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων στην κλίμακα προσοχής και τις κλίμακες αποφυγών

Παράγοντας	Υιοθέτηση καλών πρακτικών	ψυχοσωματικών επιβαρύνσεων	Αποφυγή	Αποφυγή	Αποφυγή του πόνου και του θανάτου	Αποφυγή του
Ηλικία	NS ⁽¹⁾	NS	NS	NS	NS	NS
Φύλο	NS	< 0,001	NS	NS	NS	NS
Έγγαμος/η	NS	0,039	NS	NS	NS	NS
Τόπος διαμονής	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Αδέλφια	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Ιδιότητα Γονέα	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Εκπαιδευτικό επίπεδο	< 0,001	NS	NS	NS	NS	NS
Πονοκεφάλους	NS	0,025	NS	NS	NS	NS
Πρόβλημα στο στομάχι	0,025	0,003	0,008	0,008	NS	NS
Υπέρταση	0,016	<0,001	0,001	0,001	NS	NS
Άλλα προβλήματα υγείας	NS	NS	NS	NS	NS	0,026

(1) NS: Μη σημαντικό

4.11 Η επιρροή της ψυχοπαθολογίας στις στάσεις αποφυγής

Ένα ερώτημα που έχει αναδειχθεί στη βιβλιογραφία είναι το εύρος της επιρροής των ψυχικών εντάσεων στην τάση του υποκειμένου να επιλέγει στρατηγική αποφυγής. Στο πλαίσιο της παρούσης και ως εφαρμογή της κλίμακας αποφυγών που αναπτύχθηκε στην προηγούμενη ενότητα, ελέγχθηκε η υπόθεση πως η ψυχική ένταση επηρεάζει τις υποκλίμακες των αποφυγών, όπως και την κλίμακα των καλών συνηθειών. Η ψυχική ένταση εκφράστηκε με τη λανθάνουσα μεταβλητή που αντανάκλασε στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων (GSI), το φόβο για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) και το φόβο για

τον πόνο (FPQ). Επικουρικά, ελέγχθηκε η άμεση και έμμεση επιρροή στις αποφυγές των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια στην πατρική οικογένεια, διαμονή σε μικρή πόλη και γενικό πρόβλημα υγείας.

Το μοντέλο που ελέγχθηκε ως προς την προσαρμογή στα δεδομένα ήταν το ακόλουθο:

- Η ψυχική ένταση συμμετέχει ως λανθάνουσα μεταβλητή που αντανακλάται στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων (GSI), στο φόβο για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) και το φόβο για τον πόνο (FPQ).

$$PSY \approx GSI + CAQ + FPQ$$

- Η ψυχική ένταση (PSY) προσδιορίζεται από τα δημογραφικά δεδομένα (AGE, GND, EDS, MRD, BRO, LSC) και το γενικό πρόβλημα υγείας (GHP).

$$PSY \sim AGE + GND + EDS + MRD + BRO + LSC + GHP$$

- Η κλίμακα καλών πρακτικών (GHB) και οι κλίμακες αποφυγών (VDB, VDP, VDS, VDD) προσδιορίζονται από την ψυχική ένταση, από τα δημογραφικά δεδομένα και την ύπαρξη σωματικής ασθένειας.

$$GHB \sim PSY + AGE + GND + EDS + MRD + BRO + LSC + GHP$$

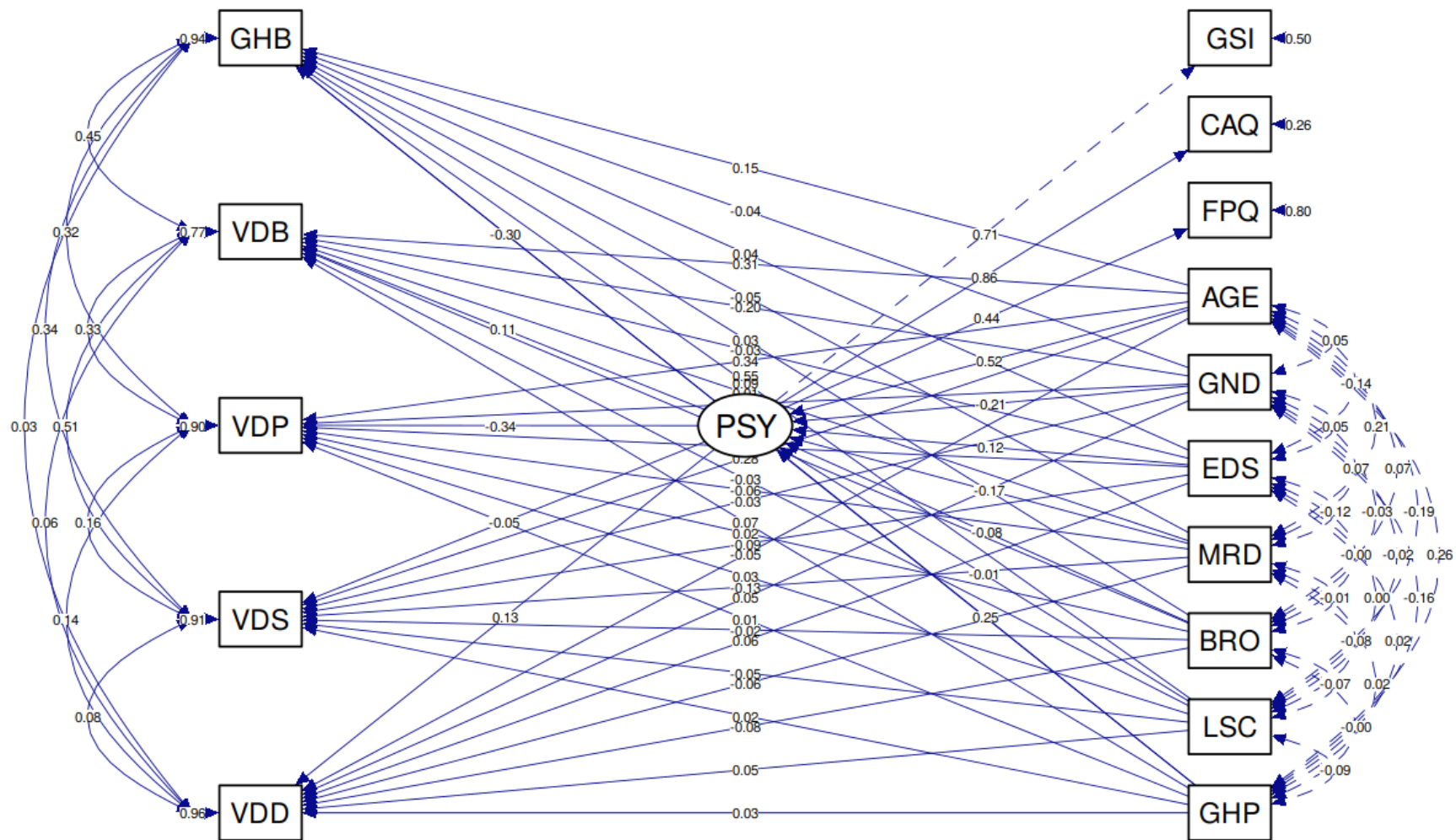
$$VDB \sim PSY + AGE + GND + EDS + MRD + BRO + LSC + GHP$$

$$VDP \sim PSY + AGE + GND + EDS + MRD + BRO + LSC + GHP$$

$$VDS \sim PSY + AGE + GND + EDS + MRD + BRO + LSC + GHP$$

$$VDD \sim PSY + AGE + GND + EDS + MRD + BRO + LSC + GHP$$

Για τον υπολογισμό των συντελεστών χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της μέγιστης πιθανοφάνειας. Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται οι δείκτες προσαρμογής του μοντέλου, ενώ οι αντίστοιχοι τυποποιημένοι συντελεστές παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 17. Στον Πίνακα 1 του Παραρτήματος παρουσιάζονται αναλυτικά οι μη τυποποιημένοι συντελεστές, όπως και τα αντίστοιχα διαστήματα εμπιστοσύνης.



Διάγραμμα 17: Τυποποιημένοι συντελεστές μοντέλου δομικών εξισώσεων (N = 475)

Πίνακας 13: Προσαρμογή θεωρητικού μοντέλου στα δεδομένα (μέθοδος μέγιστης πιθανοφάνειας)

Πλήθος παρατηρήσεων	475
Επαναλήψεις	203
χ^2	1.163
df	84
χ^2/df	13,8
NFI	0,940
CFI	0,957
GFI	0,968
AGFI	0,838
TLI	0,851
SRMR	0,025
RMSEA	0,064
95% Κάτω φράγμα	0,047
95% Άνω φράγμα	0,081
p(RMSEA <= 0,05)	0,092

Από το μοντέλο δομικών εξισώσεων, επιβεβαιώνεται η σημαντικότητα της επιρροής της ψυχοπαθολογίας στις αποφυγές, ενώ παράλληλα ποσοτικοποιείται η επίδραση αυτή σε κάθε μία από τις επιμέρους αποφυγές της κλίμακας. Πιο συγκεκριμένα, στον λανθάνοντα παράγοντα της ψυχικής έντασης, συμμετείχαν με στατιστικά σημαντικό τρόπο ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων (GSI), ο φόβος για την καρδιακή λειτουργία (CAQ), ($b = 1,721$, $p < 0,001$,

95% C.I. 1,488 - 1,954) και ο φόβος για τον πόνο (FPQ) ($b = 2,351$, $p < 0,001$, 95% C.I. 1,821 - 2,881).

Οι άντρες βρέθηκε να έχουν σημαντικά μικρότερη τιμή στην κλίμακα της ψυχικής έντασης σε σχέση με τις γυναίκες ($b = -0,179$, $p < 0,001$, 95% C.I. -0,251 - -0,107) και μικρότερη μέση τιμή στην κλίμακα αποφυγών σωματικών επιβαρύνσεων (VDB) ($b = -1,643$, $p < 0,001$, 95% C.I. -2,342 - -0,944). Επιπλέον, οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (EDS) ($b = 0,103$, $p = 0,006$, 95% C.I. 0,03 - 0,176) και όσοι είχαν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας (GHP) ($b = 0,225$, $p < 0,001$, 95% C.I. 0,147 - 0,303), είχαν μεγαλύτερη τιμή στην κλίμακα ψυχικής έντασης σε σχέση με τους υπόλοιπους. Οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης χαρακτηρίζονταν από μικρότερη τιμή στην κλίμακα αποφυγής του καπνίσματος ($b = -0,62$, $p = 0,044$, 95% C.I. -1,225 - -0,016), ενώ οι κάτοικοι μικρής πόλης είχαν μεγαλύτερες τιμές στην κλίμακα καλών πρακτικών ($b = 1,027$, $p = 0,04$, 95% C.I. 0,046 - 2,009).

Η ψυχική ένταση βρέθηκε να επηρεάζει με στατιστικά σημαντικό τρόπο την κλίμακα καλών πρακτικών (GHB) ($b = -3,947$, $p < 0,001$, 95% C.I. -5,863 - -2,031) και την κλίμακα ψυχικών αποφυγών (VDP) ($b = -2,417$, $p < 0,001$, 95% C.I. -3,438 - -1,396). Πιο συγκεκριμένα, αυξημένες τιμές της ψυχικής έντασης συνδυάζονταν με μικρότερες τιμές τόσο στην κλίμακα ψυχικών αποφυγών όσο και στην τήρηση καλών πρακτικών στην προσωπική ζωή. Αύξηση της ηλικίας (AGE) βρέθηκε να συνδυάζεται με στατιστικά σημαντική αύξηση στην ψυχική ένταση ($b = 0,119$, $p < 0,001$, 95% C.I. 0,095 - 0,142), στην κλίμακα καλών πρακτικών (GHB) ($b = 0,436$, $p = 0,019$, 95% C.I. 0,072 - 0,8) και στις αποφυγές τις σωματικές (VDB) ($b = 0,680$, $p < 0,001$, 95% C.I. 0,44 - 0,92) τις ψυχολογικές ($b = 0,548$, $p < 0,001$, 95% C.I. 0,356 - 0,741) και τις σχετικές με το κάπνισμα VDS ($b = 0,484$, $p < 0,001$, 95% C.I. 0,278 - 0,689). Οι έγγαμοι μεταξύ των ερωτώμενων βρέθηκε να έχουν μικρότερη τιμή στην κλίμακα ψυχικής έντασης (PSY) ($b =$

-0,138, $p < 0,001$, 95% C.I. -0,208 - -0,068) και την αποφυγή του καπνίσματος ($b = -0,827$, $p = 0,005$, 95% C.I. -1,407 - -0,246)

4.12 Εξέλιξη της κεντρικότητας των συνειρμικών λέξεων

4.12.1 Κεντρικότητα των λέξεων

Η κατηγορία των λέξεων που σχετίζονται με τη νυχτερινή ζωή είχε τη μεγαλύτερη ποικιλία λέξεων (93), ενώ οι λέξεις που αφορούσαν το κάπνισμα είχαν τη μικρότερη ποικιλία (64). Και στις οκτώ κατηγορίες λέξεων παρατηρήθηκε μια φθίνουσα σειρά κεντρικότητας. Οι πέντε λέξεις με τις μεγαλύτερες συγκεντρώσεις για κάθε κατηγορία και η αντίστοιχη αθροιστική συχνότητα εμφάνισης στην πρώτη, δεύτερη και τρίτη θέση παρουσιάζονται στον Πίνακα 2 του Παραρτήματος.

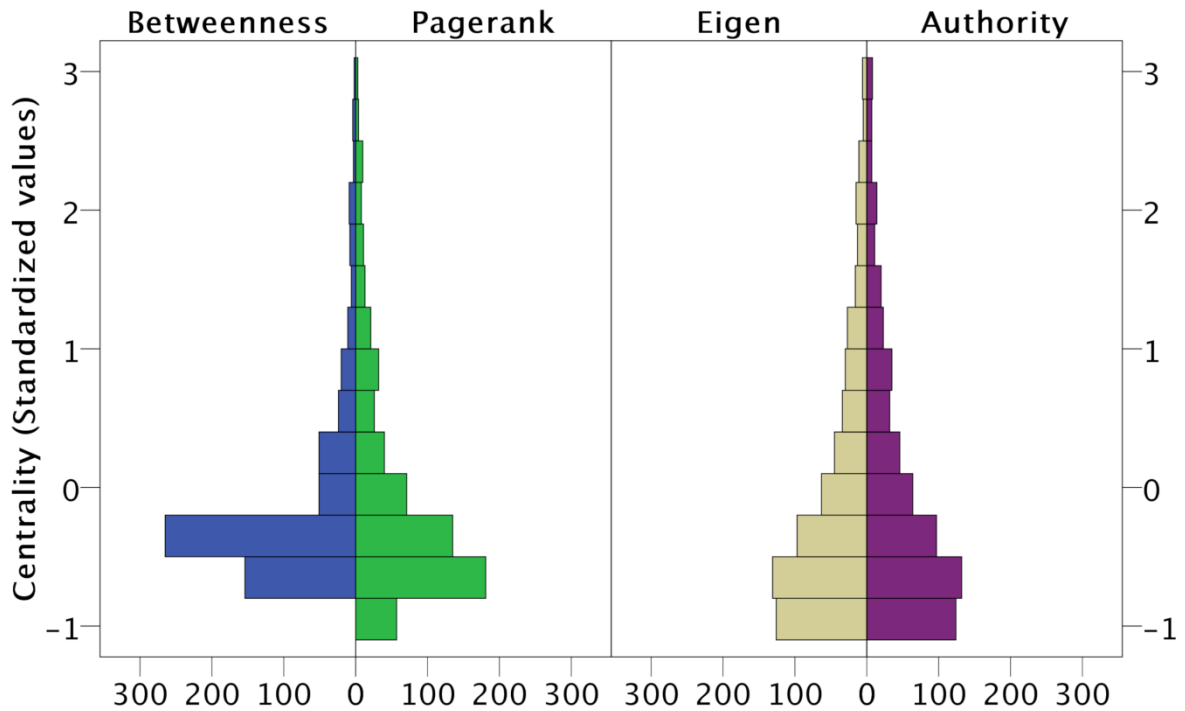
Πίνακας 14: Περιγραφικά στατιστικά και γραμμική συσχέτιση μεταξύ των τεσσάρων δεικτών κεντρικότητας στο σύνολο των 626 λέξεων όλων των κατηγοριών

Δείκτης	M (SD) (N = 626)	Λοξότητα Κυρτότητα		Συντελεστής συσχέτισης		
				Pearson's	Authority	Betweenness
Authority	0,23 (0,23)	1,5	1,7			
Betweenness	59,0 (119,7)	3,6	15,8	,759**		
Pagerank	0,013 (0,011)	2,2	5,4	,926**	,865**	
Eigenvector	0,23 (0,23)	1,4	1,4	,998**	,752**	,927**

** . Συσχέτιση σημαντική σε επίπεδο 0,01.

Οι τέσσερις δείκτες κεντρικότητας ήταν ισχυρά θετικά συσχετισμένοι (Πίνακας 14). Οι κατανομές των τιμών των δεικτών betweenness και pagerank ήταν διαφορετικές μεταξύ τους ($K - Stest$, $D_{\text{between} - \text{rank}} = 0,722$, $p < 0,001$), όπως και με τις κατανομές των eigenvector και

authority ($K - \text{Stest}$, $D_{\text{between} - \text{auth}} = 0,655$, $p < 0,001$), ενώ οι τελευταίοι δύο είχαν κατανομές με μικρή διαφοροποίηση ($K - \text{Stest}$, $D_{\text{eigenvector} - \text{auth}} = 0,028$, $p = 0,958$). Στο διάγραμμα 18 παρουσιάζεται η κατανομή των τυποποιημένων τιμών.



Διάγραμμα18: Κατανομή των κανονικοποιημένων τιμών των κεντρικότητων (626 λέξεις)

4.12.2Εξέλιξη της κεντρικότητας των τριών λέξεων

Η μέση κεντρικότητα των τριών λέξεων παρουσιάζεται στον Πίνακα 5. Σε κάθε μία από τις οχτώ κατηγορίες και για κάθε έναν από τους τέσσερις δείκτες, παρατηρήθηκε φθίνουσα διάταξη των τιμών μεταξύ της 1^{ης} και της 3^{ης} λέξης. Ο έλεγχος διακύμανσης πολλαπλών παρατηρήσεων (repeated analysis of variance) κατέδειξε πως για το σύνολο των τεσσάρων δεικτών δεν υπήρχε σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ της θέσης και της κατηγορίας ($p_{\text{auth}} = 0,552$, $p_{\text{between}} = 0,740$, $p_{\text{pagerank}} = 0,525$, $p_{\text{eigenvector}} = 0,583$), ένα εύρημα που υποδεικνύει πως

η ανέλιξη των τιμών μεταξύ της 1^{ης} και της 3^{ης} λέξης δεν διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ των οχτώ κατηγοριών.

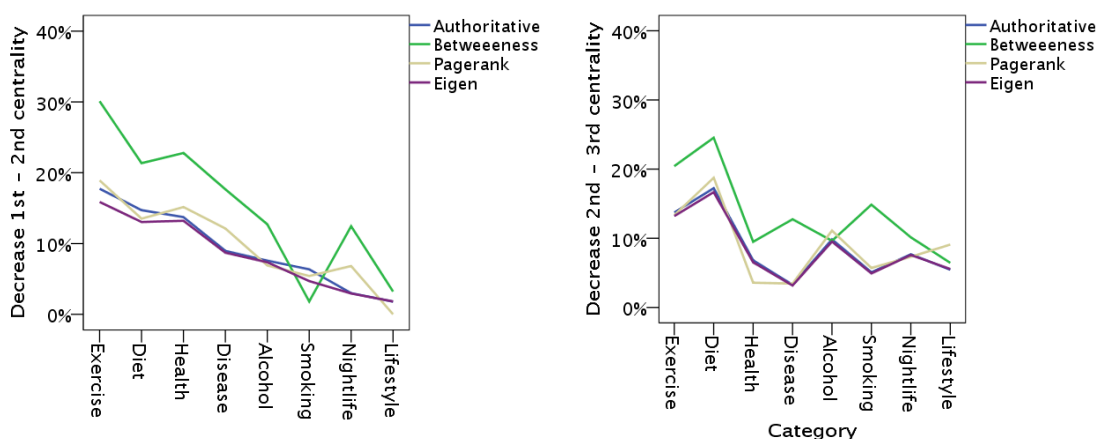
Αντίθετα, για το σύνολο των δεικτών ανιχνεύθηκε σημαντική επιρροή της θέσης της λέξης ($p_{auth} = 0,005$, $p_{between} = 0,022$, $p_{pagerank} = 0,006$, $p_{eigenvector} = 0,005$), όπως επίσης και της κατηγορίας ($p_{auth} = 0,001$, $p_{between} < 0,001$, $p_{pagerank} < 0,001$, $p_{eigenvector} = 0,001$), εύρημα που υποδεικνύει σημαντική διαφοροποίηση στην κεντρικότητα μεταξύ των τριών μετρήσεων κεντρικότητας, όπως και μεταξύ των οχτώ κατηγοριών. Όσον αφορά τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες, δεν υπήρχε σημαντική αλληλεπίδραση φύλου, ηλικίας, εκπαιδευτικού επιπέδου και οικογενειακής κατάστασης στην εξέλιξη της κεντρικότητας από την 1^η έως τη 2^η και από τη 2^η έως την 3^η λέξη, καθώς και μεταξύ των οκτώ κατηγοριών λέξεων, ένα εύρημα που δείχνει ότι η κεντρικότητα των λέξεων που επέλεξαν οι συμμετέχοντες για να περιγράψουν αυτές τις 8 έννοιες δεν σχετίζονται με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά (Πίνακας 15).

Πίνακας 15: Ταξινόμηση των οχτώ κατηγοριών ως προς την μέση κεντρικότητα της 1^{ης} λέξης

Δείκτης	Χαμηλή κεντρικότητα	Μέση κεντρικότητα	Υψηλή κεντρικότητα
Authoritative & Eigenvector	Lifestyle Health	Smoking Exercise	Diet Disease Nightlife Alcohol consumption
Betweenness	Lifestyle Disease Alcohol consumption Smoking	Health Nightlife	Exercise Diet
Pagerank	Lifestyle	Disease Health Alcohol consumption	Nightlife Diet Exercise Smoking

Μεταξύ των οχτώ κατηγοριών, η κατηγορία της διατροφής είχε τη μεγαλύτερη κεντρικότητα στην 1^η λέξη ως προς τους δείκτες authoritative και eigenvector και τη δεύτερη μεγαλύτερη για τους δείκτες betweenness και pagerank, εύρημα που υποδεικνύει πως στην κατηγορία της διατροφής και για την 1^η λέξη παρατηρήθηκε η μεγαλύτερη συμφωνία μεταξύ των ερωτώμενων. Στον αντίποδα, η κατηγορία της υγείας ταξινομήθηκε στην 6^η θέση για τους δείκτες pagerank και όγδοη για τους authoritative και eigenvector, εύρημα που υποδεικνύει πως οι ερωτώμενοι χρησιμοποίησαν μεγαλύτερη ποικιλία λέξεων στην 1^η τους επιλογή για να περιγράψουν την κατηγορία αυτή. Μία ενδεικτική ταξινόμηση των οχτώ κατηγοριών ως προς την κεντρικότητα της 1^η λέξης παρουσιάζεται στον Πίνακα 2.

Η φθίνουσα σειρά των κεντρικότητων υποδεικνύει μία ομοιόμορφη τάση των ερωτώμενων να επιλέγουν περισσότερο προσωπικές αποκρίσεις στη δεύτερη και την τρίτη λέξη που εκφέρουν (Διάγραμμα 19).



Διάγραμμα19: Ποσοστό μείωσης της κεντρικότητας μεταξύ 1^{ης} – 2^{ης} και 3^{ης} λέξης

Οι εκ των υστέρων έλεγχοι t-test κατέδειξαν ότι οι λέξεις που αφορούν τη Διατροφή και την Άσκηση είχαν σημαντικά μειωμένη κεντρικότητα μεταξύ των τριών λέξεων,

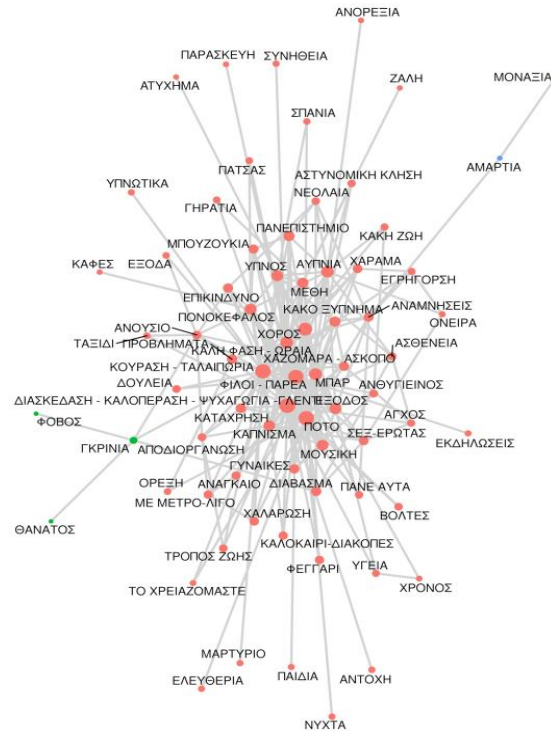
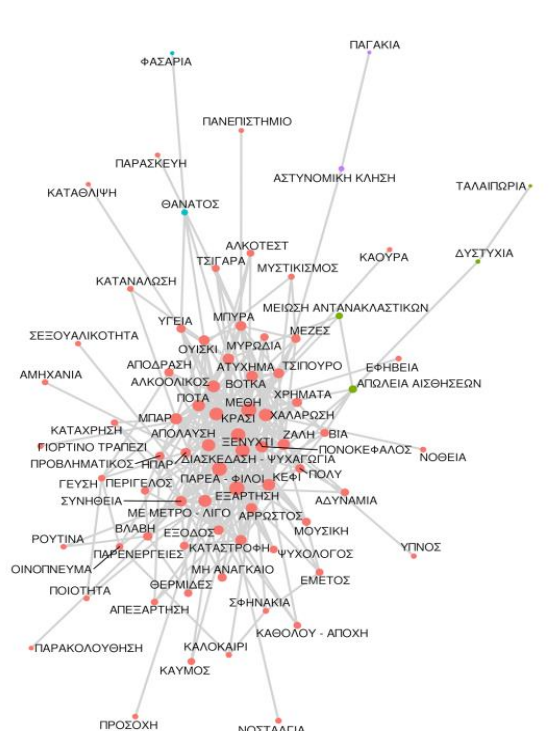
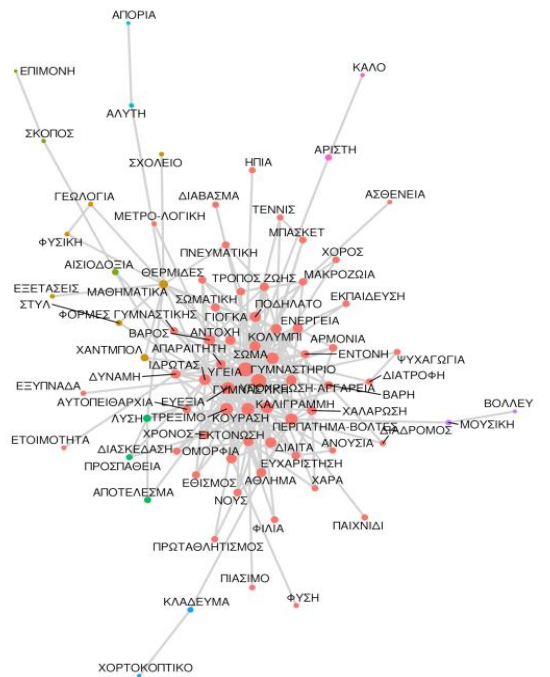
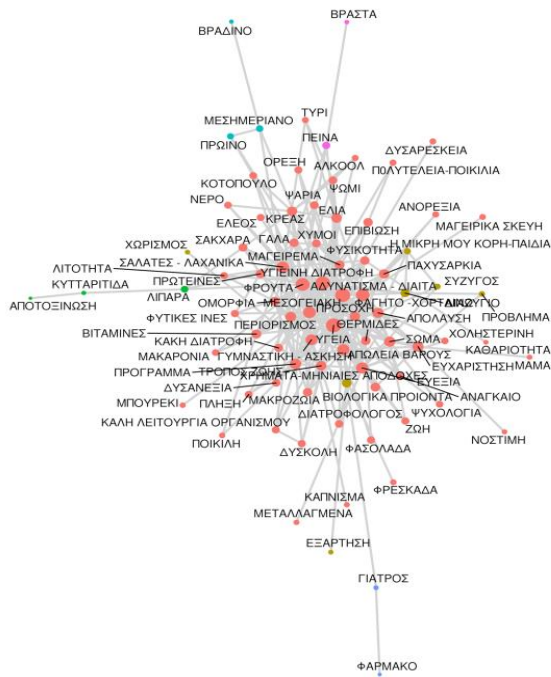
υποδηλώνοντας έτσι μια σταδιακή αύξηση της ατομικότητας των χαρακτηρισμών. Όσον αφορά τις κατηγορίες Υγεία και Ασθένεια, διαπιστώθηκε ότι η 2^η και η 3^η λέξη αποκεντρώθηκαν σημαντικά από την 1^η λέξη που επιλέχθηκε, αλλά χωρίς σημαντική διαφορά μεταξύ τους, ένα εύρημα που δείχνει ένα μικρότερο εύρος εξατομικευμένων αντιλήψεων για τις δύο αυτές κατηγορίες. Οι απαντήσεις σχετικά με τα αλκοολούχα ποτά δεν είχαν σημαντική διαφορά στην κεντρικότητά τους μεταξύ της 1^{ης} και της 2^{ης} λέξης, αλλά η τρίτη λέξη ήταν σημαντικά αποκεντρωμένη. Τέλος, δεν εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές στις κατηγορίες καπνίσματος, νυχτερινής ζωής και τρόπου ζωής, εύρημα που σημαίνει πως οι συμμετέχοντες χρησιμοποίησαν ένα ευρύτερο φάσμα λέξεων χωρίς να αναδεικνύονται γενικά αποδεκτές λέξεις (Πίνακας 16).

Πίνακας16: ταξινόμηση των κατηγοριών ως προς την ικανότητα έκφρασης των ερωτώμενων με εξατομικευμένο τρόπο

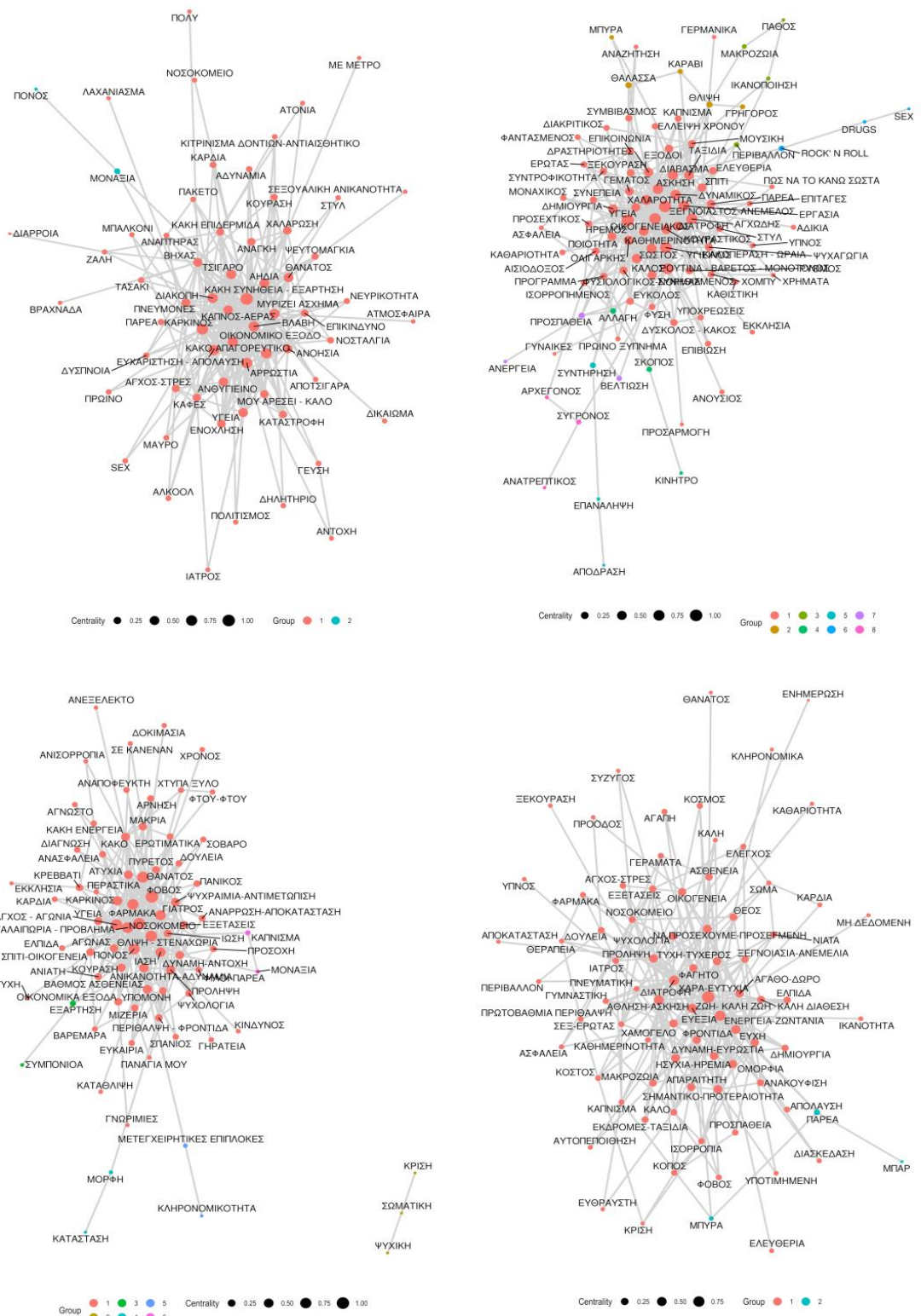
Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή
Οι τρεις λέξεις δε διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς την κεντρικότητά τους.	Η πρώτη λέξη είναι κεντρικά τοποθετημένη, ενώ η 2 ^η και η 3 ^η σημαντικά αποκεντρωμένες, χωρίς ωστόσο να διαφοροποιούνται μεταξύ τους	μεταξύ των τριών λέξεων
Smoking	Alcohol	Diet
Nightlife	Disease	Exercise
Lifestyle	Health	

Έτσι, οι οκτώ κατηγορίες χωρίζονται φυσικά σε τέσσερις ομάδες, από τις οποίες η πρώτη περιέχει τις κοινωνικές δομές της Διατροφής και της Άσκησης, που εμφανίζουν ισχυρές κοινωνικές αναπαραστάσεις, οι οποίες αντικατοπτρίζονται στη μεγάλη κεντρικότητα της πρώτης λέξης, ενώ προσφέρουν μεγαλύτερο βαθμό εξατομίκευσης, για να διαφοροποιηθούν περαιτέρω στη δεύτερη και στην τρίτη προφορική λέξη. Το αλκοολούχο ποτό είναι η δεύτερη ομάδα όπου οι δύο πρώτες λέξεις δεν διαφέρουν σημαντικά, προσφέροντας την απαραίτητη εξατομίκευση

στην τρίτη λέξη. Η τρίτη ομάδα που περιέχει τις κοινωνικές δομές της Υγείας και της Ασθένειας δείχνει μια συγκεκριμένη κοινωνική ταυτότητα στην πρώτη λέξη, αλλά χωρίς περαιτέρω ικανότητα εξατομικευμένης περιγραφής στην 3^η λέξη. Τέλος, η τέταρτη ομάδα περιέχει τις κοινωνικές δομές του καπνίσματος, της νυχτερινής ζωής και του τρόπου ζωής που δεν εκφράζονται χρησιμοποιώντας λέξεις κοινής αποδοχής, ένα εύρημα που δείχνει την αδύναμη φύση της αντίστοιχης κοινωνικής εκπροσώπησης.



Διάγραμμα 20: Γραφήματα λέξεων για τη διατροφή, την άσκηση, το αλκοόλ και το ξενύχτι (πάνω προς κάτω και αριστερά προς τα δεξιά)



Διάγραμμα 21: Γραφήματα λέξεων για το κάπνισμα, τον τρόπο ζωής, την ασθένεια και την υγεία (πάνω προς κάτω και αριστερά προς τα δεξιά)

4.13 Εξέλιξη της κεντρικότητας των τριών λέξεων

Για τον εντοπισμό των πλέον σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ των οκτώ κατηγοριών και των ψυχο-δημογραφικών μεταβλητών των συμμετεχόντων, εφαρμόστηκε ανάλυση κανονικοποιημένης συσχέτισης. Τα ψυχο-δημογραφικά χαρακτηριστικά αναπαραστάθηκαν από την ηλικία, το φύλο, τις εννέα υποκατηγορίες της κλίμακας ψυχοπαθολογίας SCL – 90 και τις δύο υποκατηγορίες ντροπής. Ως προς την κεντρικότητα επιλέχθηκε ο δείκτης authoritative ως ο δείκτης μεταξύ των τεσσάρων που παρουσίαζε εξαιρετικά ισχυρή συσχέτιση με τους δείκτες κεντρικότητας Pagerank και Eigenvalue, έχοντας επίσης σημαντικά θετική συσχέτιση με τον εναπομείναντα δείκτη Betweenness και παράλληλα το πλεονέκτημα να ερμηνεύεται εύκολα, δεδομένου ότι το εύρος του είναι εξ ορισμού από 0 έως 1 (Πίνακας 17).

Η κατανομή των τιμών του δείκτη κεντρικότητας authoritative παρουσιάζεται στον Πίνακα 2.

Η ανάλυση των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων της διακύμανσης έδειξε ότι δεν υπήρχε σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ της θέσης της λέξης και του παράγοντα κατηγορίας που ελέγχει την ηλικία και το φύλο των ερωτηθέντων ($F(14, 3458) = 0,711, p = 0,765$, δοκιμή σφαιρικότητας του Mauchly $c^2(104) = 119,6, p = 0,141$). Έτσι, ο μέσος όρος των κεντρικών τριών λέξεων για κάθε κατηγορία αναδεικνύεται ως έγκυρο μέτρο για τον χαρακτηρισμό της συνολικής κεντρικότητας για κάθε έναν ερωτώμενο, ώστε να χρησιμοποιηθεί προκειμένου να διερευνηθούν οι διαφορές μεταξύ των οκτώ κατηγοριών λέξεων.

Πίνακας 17: Κατανομή της κεντρικότητας των λέξεων (δείκτης authoritative)

Κεντρικότητα	Diet	Exercise	Smoking	Alcohol	Nightlife	Lifestyle	Disease	Health	Σύνολο
0,00 – 0,05	15	19	8	19	10	18	18	17	124
0,05 – 0,10	14	16	18	8	15	15	9	12	107
0,10 – 0,15	14	9	6	8	10	14	10	15	86
0,15 – 0,20	7	9	4	9	9	7	8	8	61
0,20 – 0,25	8	4	1	5	4	5	6	5	38
0,25 – 0,30	5	5	4	3	7	5	4	3	36
0,30 – 0,35	5	3	3	2	1	3	5	8	30
0,35 – 0,40	2	3	2	3	3	6	2	6	27
0,40 – 0,45	3	3	2	2	4	0	3	1	18
0,45 – 0,50	1	1	3	3	1	2	1	1	13
0,50 – 0,55	2	0	3	2	1	5	1	1	15
0,55 – 0,60	2	3	3	2	2	4	1	1	18
0,60 – 0,65	0	3	1	2	0	2	0	0	8
0,65 – 0,70	0	0	1	2	0	0	1	1	5
0,70 – 0,75	1	0	3	0	1	2	1	0	8
0,75 – 0,80	1	0	1	2	0	0	3	0	7
0,80 – 0,85	0	0	0	2	0	2	1	0	5
0,85 – 0,90	1	0	0	0	1	1	1	0	4
0,90 – 0,95	1	1	0	0	2	0	1	0	5
0,95 – 1,00	1	1	1	3	1	2	1	1	11
Σύνολο λέξεων	83	80	64	77	72	93	77	80	626
Μέση τιμή	0,22	0,20	0,26	0,27	0,23	0,25	0,24	0,19	0,23

Ο Πίνακας 18 συνοψίζει τα αποτελέσματα των ψυχομετρικών εργαλείων και τα μέτρα κεντρικότητας του δείγματος που συμμετείχε στην ανάλυση κανονικής συσχέτισης. Οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών των δύο συνόλων παρουσιάζονται στον Πίνακα 3 του Παραρτήματος.

Πίνακας 18: Περιγραφικά στατιστικά των ψυχομετρικών και των κεντρικότητων

	M (SD)	Λοξότητα	Κυρτότητα
Ψυχοπαθολογία			
Somatization (SOM)	7,7 (6,9)	1,26	1,72
Obsessive Compulsive (OC)	9,0 (6,7)	0,68	-0,22
Interpersonal Sensitivity (IS)	6,4 (5,4)	1,35	2,28
Depression (DEP)	10,2 (8,6)	1,17	1,28
Anxiety (ANX)	5,3 (5,9)	1,76	3,91
Hostility (HOS)	3,7 (4,2)	1,85	4,13
Phobic Anxiety (PHB)	2,2 (3,6)	2,73	8,24
Paranoid Ideation (PAR)	5,3 (4,3)	0,95	0,8
Psychotism (PSY)	4,9 (4,6)	1,63	3,41
General Symptom Index (GSI)	0,67 (0,5)	1,30	2,11
Ντροπή			
External Shame (OAS)	13,9 (10,0)	0,84	0,41
Internal Shame (ESS)	45,3 (13,1)	0,74	0,26
Κεντρικότητα των λέξεων που αντιστοιχήθηκαν από τους συμμετέχοντες στην έρευνα			
Diet (CTF)	0,58 (0,19)	-0,46	-0,12
Exercise (CTE)	0,52 (0,17)	-0,60	0,62
Smoking (CTS)	0,58 (0,16)	-0,43	-0,08
Alcohol (CTA)	0,59 (0,19)	-0,48	-0,28
Nightlife (CTN)	0,63 (0,20)	-0,66	-0,05
Lifestyle (CTL)	0,53 (0,19)	-0,49	0,09
Disease (CTD)	0,61 (0,21)	-0,70	-0,08

Health (CTH)	0,44 (0,19)	0,28	0,00
--------------	-------------	------	------

Από την ανάλυση κανονικής συσχέτισης καταδείχθηκαν τρεις στατιστικώς σημαντικές κανονικές διαστάσεις στο επίπεδο 0,05, οι οποίες εξηγούσαν το 40,4% της συνολικής διακύμανσης μεταξύ των δύο συνόλων μεταβλητών (Πίνακας 19). Συγκεκριμένα, η διάσταση 1 είχε κανονική συσχέτιση 0,406, εξηγώντας το 16,5% της διακύμανσης μεταξύ των δύο συνόλων μεταβλητών, ενώ για τις διαστάσεις 2 και 3 οι κανονικοί συσχετισμοί ήταν 0,368 και 0,323, αντιστοιχούσαν στο 13,5% και 10,4 % της επεξηγηματικής διακύμανσης μεταξύ των δύο συνόλων μεταβλητών αντίστοιχα.

Πίνακας19: Κανονικοποιημένη συσχέτιση και σημαντικότητα των διαστάσεων

Διάσταση	Συσχέτιση	Ποσοστό επεξηγούμενης				
		συσχέτισης μεταξύ των δύο ομάδων μεταβλητών	Wilk's	χ^2	df	p
1	0,406	16,5%	0,510	169,850	104	0,000
2	0,368	13,5%	0,610	124,468	84	0,003
3	0,323	10,4%	0,706	87,857	66	0,037
4	0,287	8,2%	0,788	60,117	50	0,155
5	0,258	6,7%	0,859	38,412	36	0,361
6	0,217	4,7%	0,920	20,985	24	0,640
7	0,161	2,6%	0,966	8,823	14	0,842
8	0,093	0,9%	0,991	2,204	6	0,900

Οι τυποποιημένοι κανονικοί συντελεστές για τις τρεις πρώτες διαστάσεις και στα δύο σύνολα μεταβλητών παρουσιάζονται στον Πίνακα 20. Επισημαίνονται οι τρεις μεγαλύτεροι τυποποιημένοι συντελεστές που αφορούν τις λέξεις κόμβους και τους ψυχο-δημογραφικούς

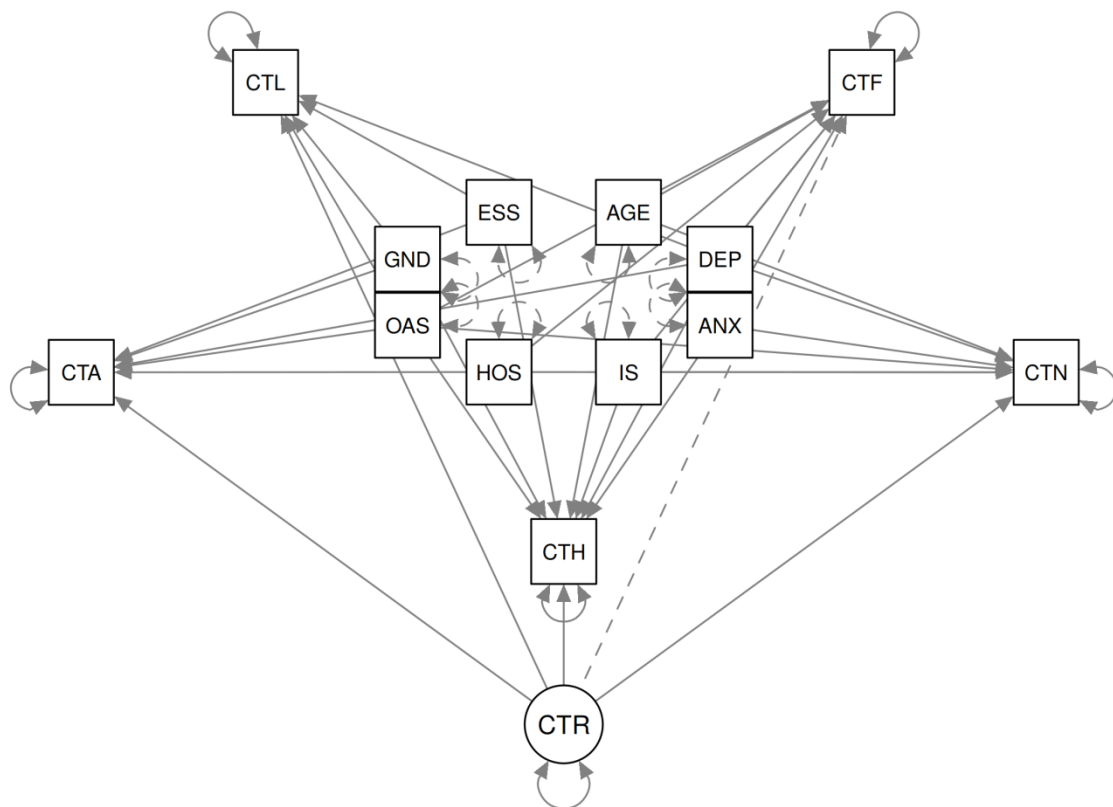
συντελεστές μεγαλύτερους από 0,4. Ο κεντρικός γραμμικός συνδυασμός που αντιστοιχεί στην πρώτη κανονική διάσταση επηρεάστηκε έντονα από λέξεις που αφορούσαν τη νυχτερινή ζωή (-0,685), την υγεία (0,443) και τη διατροφή (-0,495), η δεύτερη επηρεάστηκε από τις λέξεις σχετικά με τον τρόπο ζωής (0,630), την κατανάλωση αλκοόλ (-0,440) και την υγεία (0,415) και η τρίτη από τις λέξεις στις κατηγορίες κατανάλωση αλκοόλ (-0,771), διατροφή (-0,422) και νυχτερινή ζωή (0,381). Όσον αφορά τις ψυχο-δημογραφικές μεταβλητές, η πρώτη διάσταση κυριαρχούνταν από την διαπροσωπική ευαισθησία (1.086), την ηλικία (0,723), την κατάθλιψη (-0,713) και το άγχος (0,413). Για τη δεύτερη διάσταση η κατάθλιψη (-0,652), το φύλο (-0,629) και η εσωτερική και η εξωτερική ντροπή (0,571 και 0,621 αντίστοιχα) ήταν οι κυρίαρχες μεταβλητές, ενώ η εχθρότητα (0,687), η κατάθλιψη (-0,555) και η εξωτερική ντροπή (0,412) καθόρισαν την τρίτη διάσταση.

Πίνακας 20: Φορτία και τυποποιημένοι συντελεστές των τριών σημαντικών διαστάσεων

Word category	Dimension 1		Dimension 2		Dimension 3	
	Loadings	Std. Coeff.	Loadings	Std. Coeff.	Loadings	Std. Coeff.
Diet (CTF)	-0,495	-0,380	0,148	-0,054	-0,474	-0,422
Exercise (CTE)	-0,219	-0,241	0,288	0,191	-0,359	-0,059
Smoking (CTS)	0,039	0,172	0,001	-0,094	-0,303	-0,090
Alcohol (CTA)	-0,113	-0,062	-0,157	-0,440	-0,798	-0,771
Nightlife (CTN)	-0,639	-0,685	0,416	0,359	0,023	0,381
Lifestyle (CTL)	-0,037	0,054	0,743	0,630	-0,326	-0,172
Disease (CTD)	0,288	0,360	0,295	0,132	-0,350	-0,180
Health (CTH)	0,443	0,464	0,547	0,415	-0,226	-0,035
Psycho - demographics						
Age (AGE)	0,578	0,723	-0,151	-0,052	-0,531	-0,373
Gender (GND)	0,152	0,039	-0,717	-0,629	0,077	0,074
Somatization (SOM)	0,178	-0,315	0,374	0,313	0,199	-0,028
Obs. Compulsive (OC)	0,200	-0,152	,351	0,223	0,210	-0,016

Inter. Sensitivity (IS)	0,498	1,086	0,301	0,505	0,223	-0,384
Depression (DEP)	0,239	-0,713	0,234	-0,652	0,156	-0,555
Anxiety (ANX)	0,316	0,413	0,318	0,178	0,394	0,087
Hostility (HOS)	0,353	0,369	0,245	0,221	0,749	0,687
Phobic Anxiety (PHB)	0,403	-0,108	0,118	0,040	0,382	0,256
Par. Ideation (PAR)	0,345	-0,067	0,187	-0,013	0,341	0,219
Psychotism (PSY)	0,418	0,311	0,117	-0,433	0,434	0,108
External Shame (OAS)	0,102	-0,211	-0,064	-0,612	0,500	0,412
Internal Shame (ESS)	0,048	-0,229	0,430	0,571	0,260	0,013

Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης κανονικής συσχέτισης διαμορφώθηκε το μοντέλο διαδρομής του Διαγράμματος 22, με στόχο την περαιτέρω διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ της ψυχοπαθολογίας και της κεντρικότητας των λέξεων. Η βασική υπόθεση του μοντέλου είναι ότι οι πέντε κατηγορίες λέξεων αποτελούν μια λανθάνουσα μεταβλητή που αντικατοπτρίζει τη συνολική κεντρικότητα των λέξεων ενός ερωτώμενου. Περαιτέρω, το μοντέλο έχει σκοπό να διαφωτίσει τη σημαντικότητα των άμεσων επιδράσεων των ψυχο-δημογραφικών μεταβλητών στην κεντρικότητα των λέξεων, όπως αυτή ανιχνεύθηκε από την ανάλυση κανονικής συσχέτισης.



Διάγραμμα22: Μοντέλο μέτρησης (measurement model)

($CTF \sim AGE + DEP + ANX + IS + HOS + OAS$, $CTN \sim AGE + DEP + ANX + IS + HOS + OAS + ESS$, $CTH \sim AGE + DEP + ANX + IS + GND + OAS + ESS$, $CTA \sim GND + DEP + OAS + HOS + ESS$, $CTL \sim GND + DEP + OAS + ESS$, $CTR \sim CTF + CTN + CTH + CTA + CTL$)

Η προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα ήταν αποδεκτή (συγκριτικός δείκτης προσαρμογής (CFI) 0,992, δείκτης Tucker Lewis (TLI) 0,975, ευρετήριο ευελιξίας (GFI) 0,976, δείκτης κανονικής προσαρμογής (NFI) 0,887, τυποποιημένο υπόλοιπο τετραγωνικής μέσης ρίζας (SRMR) 0,022, και τετραγωνικό σφάλμα μέσης ρίζας της προσέγγισης (RMSEA) 0,015 (95% C.I. 0 - 0,060)). Οι τυποποιημένοι συντελεστές παλινδρόμησης παρουσιάζονται στον Πίνακα 21.

Πίνακας21: Συντελεστές του μοντέλου μονοπατιού

	Estimate	95% C.I.		Std. Err	z-value	p	Std. Iv*	Std. all**	R ²
		Lower	Upper						
CTR									
CTF	1,000	1,000	1,000				0,043	0,228	

CTN	2,332	0,342	4,322	1,015	2,297	0,022	0,101	0,513	
CTH	0,986	-0,026	1,998	0,516	1,910	0,056	0,043	0,233	
CTA	1,925	0,282	3,567	0,838	2,297	0,022	0,084	0,424	
CTL	1,67	0,219	3,121	0,740	2,256	0,024	0,072	0,382	
<hr/>									
CTF									0.116
AGE	-0,015	-0,033	0,003	0,009	-1,657	0,097	-0,015	-0,101	
DEP	0,008	0,002	0,013	0,003	2,802	0,005	0,008	0,345	
ANX	-0,001	-0,007	0,006	0,003	-0,234	0,815	-0,001	-0,024	
IS	-0,010	-0,017	-0,002	0,004	-2,479	0,013	-0,010	-0,268	
HOS	-0,009	-0,016	-0,002	0,003	-2,571	0,010	-0,009	-0,196	
OAS	-0,006	-0,034	0,022	0,014	-0,421	0,674	-0,006	-0,032	
<hr/>									
CTN									0.255
AGE	-0,038	-0,056	-0,021	0,009	-4,266	<0,001	-0,038	-0,247	
DEP	0,004	-0,001	0,01	0,003	1,612	0,107	0,004	0,191	
ANX	-0,002	-0,008	0,005	0,003	-0,535	0,593	-0,002	-0,053	
IS	-0,007	-0,015	0	0,004	-1,963	0,050	-0,007	-0,203	
HOS	-0,005	-0,011	0,002	0,003	-1,391	0,164	-0,005	-0,102	
OAS	-0,012	-0,042	0,019	0,016	-0,739	0,460	-0,012	-0,06	
ESS	0,028	0,007	0,05	0,011	2,601	0,009	0,028	0,194	
<hr/>									
CTH									0.136
AGE	0,014	-0,003	0,031	0,009	1,644	0,100	0,014	0,098	
DEP	-0,007	-0,013	-0,002	0,003	-2,777	0,005	-0,007	-0,346	
ANX	0,005	-0,001	0,011	0,003	1,56	0,119	0,005	0,154	
IS	0,011	0,004	0,019	0,004	3,09	0,002	0,011	0,334	
GND	-0,039	-0,085	0,007	0,024	-1,653	0,098	-0,039	-0,103	
OAS	-0,046	-0,075	-0,017	0,015	-3,113	0,002	-0,046	-0,255	
ESS	0,014	-0,007	0,034	0,01	1,305	0,192	0,014	0,099	
<hr/>									
CTA									0.247
GND	0,026	-0,022	0,075	0,025	1,064	0,287	0,026	0,065	

DEP	0,003	-0,001	0,006	0,002	1,401	0,161	0,003	0,117
OAS	-0,021	-0,052	0,009	0,015	-1,392	0,164	-0,021	-0,112
HOS	-0,011	-0,018	-0,005	0,003	-3,469	0,001	-0,011	-0,245
ESS	-0,001	-0,022	0,021	0,011	-0,057	0,955	-0,001	-0,004
CTL								0,207
GND	-0,065	-0,112	-0,019	0,024	-2,734	0,006	-0,065	-0,168
DEP	0,002	-0,001	0,005	0,002	1,175	0,240	0,002	0,09
OAS	-0,035	-0,064	-0,006	0,015	-2,338	0,019	-0,035	-0,187
ESS	0,016	-0,005	0,037	0,011	1,492	0,136	0,016	0,113

Σημείωση: $c^2(50) = 164,1$, $p < .001$; RMSEA = 0.015, CFI = 0.992, TLI = 0.975.

(*) Τυποίηση των εξαρτημένων μεταβλητών.

(**) Πλήρως τυποποιημένη λύση

Το μοντέλο εξήγησε το 11,6% της μεταβλητότητας από την κεντρικότητα των λέξεων των σχετικών με τη διατροφή, το 25,5% των λέξεων σχετικά με τη νυχτερινή ζωή, το 13,6% των λέξεων σχετικά με την υγεία, το 24,7% των λέξεων σχετικά με τα αλκοολούχα ποτά και το 20,7% των λέξεων στην κατηγορία του τρόπου ζωής. Η κεντρικότητα των λέξεων που αφορούν την υγεία δεν συσχετίστηκε σημαντικά με τη μεταβλητή της λανθάνουσας κεντρικότητας ($p = 0,056$), έχοντας ωστόσο απορριφθεί οριακά. Από την άλλη πλευρά, οι άλλες τέσσερις κατηγορίες είχαν στατιστικά σημαντική σχέση με τη λανθάνουσα μεταβλητή της κεντρικότητας.

Όταν η λέξη ερέθισμα ήταν η «Νυχτερινή ζωή», οι ηλικιωμένοι ερωτηθέντες απέδωσαν περισσότερο αποκεντρωμένες λέξεις ($bstd = -0,247$, $b = -0,038$, 95% CI = $-0,056 - -0,021$, $p = <0,001$), ενώ οι γυναίκες παρείχαν πιο κεντρικές λέξεις από τους άνδρες στο γράφημα λέξεων του τρόπου ζωής ($bstd = -0,168$, $b = -0,065$, 95% CI $-0,112 - -0,019$, $p = 0,006$).

Η κατάθλιψη (DEP) είχε σημαντικά θετική επίδραση στην κεντρικότητα των λέξεων σχετικά με τη διατροφή ($bstd = 0,345$, $b = 0,008$, 95% CI $0,002 - 0,013$, $p = 0,005$) και μια σημαντικά αρνητική επίδραση στην κεντρικότητα των λέξεων για την υγεία ($bstd = -0,346$, $b = -0,007$, 95% CI $-0,013 - -0,002$, $p = 0,005$), ένα εύρημα που δείχνει ότι τα άτομα με αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης τείνουν να επιλέγουν πιο κεντρικά τοποθετημένες λέξεις όταν η λέξη ερέθισμα είναι διατροφή και δίνουν πιο αποκεντρωμένες απαντήσεις όταν η λέξη ερέθισμα είναι η υγεία.

Η εξωτερική ντροπή (OAS) είχε σημαντική αρνητική επίδραση στην κεντρικότητα της λέξης όταν η λέξη ερέθισμα ήταν η «Υγεία» ($bstd = -0,255$, $b = -0,046$, 95% CI $-0,075 - -0,017$, $p = 0,002$) ή «Τρόπος ζωής» ($bstd = -0,187$, $b = -0,035$, 95% CI $-0,064 - -0,006$, $p = 0,019$), ένα εύρημα που αντανάκλα το γεγονός ότι υψηλότερη εξωτερική ντροπή αντιστοιχεί σε πιο αποκεντρωμένες λέξεις στα αντίστοιχα γραφήματα γι' αυτές τις δύο κατηγορίες. Από την άλλη πλευρά, η υψηλότερη εσωτερική ντροπή (ESS) βρέθηκε να σχετίζεται με την τάση να επιλέγονται λέξεις με μεγαλύτερη κεντρικότητα όταν η νυχτερινή ζωή ήταν η λέξη ερέθισμα ($bstd = 0,194$, $b = 0,028$, 95% C.I. $0,007 - 0,05$, $p = 0,009$).

Η κλίμακα της εχθρότητας βρέθηκε να έχει σημαντική αρνητική επίδραση στην κεντρικότητα των λέξεων σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ ($bstd = -0,245$, $b = -0,011$, 95% CI $-0,018 - -0,005$, $p = 0,001$) και στις κατηγορίες των λέξεων για τη διατροφή ($bstd = -0,196$, $b = -0,009$, 95% CI $-0,016 - -0,002$, $p = 0,01$), ένα εύρημα που αντανάκλα την τάση των υποκειμένων με υψηλότερη βαθμολογία στην εχθρότητα να παρέχει λέξεις τοποθετημένες λιγότερο κεντρικά στο αντίστοιχο γράφημα λέξεων. Τέλος, τα άτομα με υψηλότερη διαπροσωπική ευαισθησία βρέθηκαν να επιλέγουν πιο αποκεντρωμένες λέξεις όταν η λέξη ερέθισμα ήταν διατροφή ($bstd = -0,268$, $b = -0,010$, 95% CI $-0,017 - -0,002$, $p = 0,013$) και πιο

κεντρικά τοποθετημένες λέξεις όταν αφορούσε την υγεία ($b_{std} = 0,334$, $b = 0,011$, 95% CI 0,004 - 0,019, $p = 0,002$).

5.1. Συζήτηση

5.1.1 Άγχος, ντροπή και ψυχοπαθολογία

Το άγχος το σχετιζόμενο με την καρδιακή λειτουργία (CAQ) οφείλεται στις ανησυχίες του υποκειμένου για την επιδείνωση της φυσικής του υγείας ύστερα από μία μη αναστρέψιμη βλάβη της καρδιάς. Ωστόσο, το άγχος αυτό έχει καταδειχθεί πως επηρεάζει τόσο άτομα με αντικειμενικά προβλήματα καρδιακής λειτουργίας, όσο και άτομα χωρίς οποιοδήποτε κλινικό εύρημα ή εμπειρία πόνων στο στήθος (Israel et al, 2017), υποδεικνύοντας τη συσχέτιση της ανησυχίας αυτής με τη γενικότερη ψυχοπαθολογική σταθερότητα του υποκειμένου. Το εύρημα πως ο γενικός δείκτης ψυχοπαθολογίας είναι ισχυρά γραμμικά συσχετισμένος με την κλίμακα του φόβου για την καρδιακή λειτουργία ($r_{CAQ(496)} = 0,596, p < 0,001$) τεκμηριώνει την αλήθεια αυτού του ισχυρισμού για το δείγμα της παρούσης έρευνας.

Στο ίδιο πλαίσιο, η ισχυρή γραμμική συσχέτιση του γενικού δείκτη συμπτωμάτων και της υποκλίμακας της κατάθλιψης με τις δύο κλίμακες της ντροπής ($r_{ESS(495)} = 0,532, p < 0,001$ και $r_{OAS(494)} = 0,612, p < 0,001$), όπως και η γραμμική συσχέτιση των δύο υποκλιμάκων της ντροπής ($r(493) = 0,520, p < 0,001$), επιβεβαιώνει την αξία της ντροπής ως ένα ικανό μέτρο πρόβλεψης της ψυχοπαθολογικής εικόνας του υποκειμένου (Andrews et al, 2002; De Rubeis & Hollenstein, 2009).

5.1.2 Αποφυγή και καλές πρακτικές

Ως μέσο αντιμετώπισης, η στρατηγική της αποφυγής περιλαμβάνει όλες τις σκέψεις και τις προσπάθειες του υποκειμένου για την πρόληψη μελλοντικών δυσάρεστων εμπειριών και γεγονότων. Η στάση της αποφυγής συχνά συνυπάρχει με το αίσθημα του φόβου, ωστόσο η βιβλιογραφία συνηγορεί στην άποψη πως αποτελούν διακριτές διαδικασίες τόσο σε ψυχολογικό επίπεδο (Bolles, 1970) όσο και σε νευρολογικό επίπεδο (Steinmetz et al, 1993; Bravo-Rivera et al, 2014). Ως εκ τούτου, είναι σημαντική η ανεξάρτητη μελέτη των αποφυγών και η συσχέτισή της με την ψυχοπαθολογία. Η παρούσα έρευνα συνεισφέρει στην κατεύθυνση αυτή, με τη διερεύνηση και την επιβεβαίωση της δομής μίας σύντομης κλίμακας καλών πρακτικών και αποφυγών.

Με εφαρμογή της μεθόδου της ιεραρχικής ταξινόμησης, τη διερευνητική και την επιβεβαιωτική ανάλυση δομής καταδείχθηκαν κλίμακες που αναπαριστούν την αποφυγή για τη σωματική και την ψυχική επιβάρυνση, το κάπνισμα και τον πόνο/θάνατο, όπως και μία κλίμακα με την οποία ποσοτικοποιείται η υιοθέτηση καλών πρακτικών. Η κλίμακα «Υιοθέτηση καλών πρακτικών» ήταν θετικά συσχετισμένη με τις κλίμακες των αποφυγών, οι οποίες με τη σειρά τους ήταν θετικά συσχετισμένες μεταξύ τους.

Ένα ιδιαίτερο εύρημα είναι πως η κλίμακα «Αποφυγή του πόνου και του θανάτου» ήταν στατιστικά ασυσχέτιστη με τις άλλες τρεις κλίμακες προσοχής και αποφυγών, όπως και με την ηλικία των ερωτώμενων. Το εύρημα αυτό αποτελεί ένδειξη πως η αποφυγή εμπειριών που σχετίζονται με το βιολογικό τέλος του οργανισμού νοηματοδοτείται σε πρώιμο στάδιο της ανάπτυξης και παραμένει μη προσβάσιμο από το υποκείμενο στη διάρκεια της ζωής του,

πιθανώς γιατί δεν έχει τη δυνατότητα να συνδέσει κανενός είδους νόημα με αυτό το ενδεχόμενο, σε αντίθεση με τις αποφυγές τις σχετικές με τις σωματικές και ψυχικές επιβαρύνσεις, οι οποίες αποκτούν νόημα και συγκεκριμένο ψυχολογικό αποτύπωμα κατά τη διαδικασία ανάπτυξης του υποκειμένου.

Οι αναλφάβητοι και οι απόφοιτοι δημοτικού είχαν σημαντικά μικρότερη τιμή στην κλίμακα «Υιοθέτηση καλών πρακτικών» σε σχέση με τους απόφοιτους ανώτερης/ανώτατης εκπαίδευσης, εύρημα που ενδεχομένως να οφείλεται στο δυσμενέστερο βιοτικό επίπεδο των αποφοίτων δημοτικού.

Το αντικειμενικό βίωμα δυσάρεστων καταστάσεων που συνοδεύει ένα διαζύγιο αντανακλάστηκε και στις στάσεις των διαζευγμένων ατόμων του δείγματος, οι οποίοι είχαν τη μεγαλύτερη διάθεση αποφυγής ψυχοσωματικών επιβαρύνσεων, σε αντίθεση με τους άγαμους οι οποίοι εμφάνιζαν τη μικρότερη διάθεση αποφυγής. Υψηλότερη διάθεση αποφυγής ψυχοσωματικών εντάσεων είχαν και όσοι υπέφεραν από κάποιο συγκεκριμένο σωματικό πρόβλημα, όπως το πρόβλημα στο στομάχι ή η αυξημένη αρτηριακή πίεση. Ιδιαίτερα, όσοι ανέφεραν πως υπέφεραν από πρόβλημα στο στομάχι, είχαν και αυξημένη τιμή στην κλίμακα υιοθέτησης καλών πρακτικών.

5.1.3 Σχέση μεταξύ ψυχικής έντασης και αποφυγών

Στο πλαίσιο του μοντέλου με το οποίο αναζητήθηκε η επιρροή της ψυχικής έντασης στις αποφυγές, η ψυχική ένταση αντανακλάστηκε στο γενικό δείκτη ψυχοπαθολογίας, στο φόβο για την καρδιακή λειτουργία και στο φόβο για τον πόνο, στη βάση της υπόθεσης πως οι τελευταίες δύο δομές εδράζονται σε μεγάλο μέρος τους σε ασυνείδητες μη λογικές δομές και ως εκ τούτου συσχετίζονται άμεσα με την ψυχοπαθολογική θέση του υποκειμένου. Στον

λανθάνοντα παράγοντα της ψυχικής έντασης, το σύνολο των τριών ψυχομετρικών κλιμάκων συμμετείχαν με στατιστικά σημαντικό τρόπο.

Οι άντρες βρέθηκε να έχουν σημαντικά μικρότερη τιμή στην κλίμακα της ψυχικής έντασης σε σχέση με τις γυναίκες ($b = -0,179$, $p < 0,001$, 95% C.I. $-0,251 - -0,107$) και μικρότερη μέση τιμή στην κλίμακα αποφυγών σωματικών επιβαρύνσεων (VDB) ($b = -1,643$, $p < 0,001$, 95% C.I. $-2,342 - -0,944$). Περαιτέρω, αυξημένες τιμές της ψυχικής έντασης συνδυάζονταν με μικρότερες τιμές τόσο στην κλίμακα ψυχικών αποφυγών ($b = -2,417$, $p < 0,001$, 95% C.I. $-3,438 - -1,396$) όσο και στην τήρηση καλών πρακτικών στην προσωπική ζωή ($b = -3,947$, $p < 0,001$, 95% C.I. $-5,863 - -2,031$).

Επιπλέον, οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (EDS) ($b = 0,103$, $p = 0,006$, 95% C.I. $0,03 - 0,176$) και όσοι είχαν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας (GHP) ($b = 0,225$, $p < 0,001$, 95% C.I. $0,147 - 0,303$) είχαν μεγαλύτερη τιμή στην κλίμακα ψυχικής έντασης σε σχέση με τους υπόλοιπους. Ο απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης χαρακτηρίζονταν από μικρότερη τιμή στην κλίμακα αποφυγής του καπνίσματος ($b = -0,62$, $p = 0,044$, 95% C.I. $-1,225 - -0,016$).

Αύξηση της ηλικίας (AGE) βρέθηκε να συνδυάζεται με στατιστικά σημαντική αύξηση στην ψυχική ένταση ($b = 0,119$, $p < 0,001$, 95% C.I. $0,095 - 0,142$), στην κλίμακα καλών πρακτικών (GHB) ($b = 0,436$, $p = 0,019$, 95% C.I. $0,072 - 0,8$) και στις αποφυγές τις σωματικές (VDB) ($b = 0,680$, $p < 0,001$, 95% C.I. $0,44 - 0,92$) τις ψυχολογικές ($b = 0,548$, $p < 0,001$, 95% C.I. $0,356 - 0,741$) και τις σχετικές με το κάπνισμα VDS ($b = 0,484$, $p < 0,001$, 95% C.I. $0,278 - 0,689$). Οι έγγαμοι μεταξύ των ερωτώμενων βρέθηκε να έχουν μικρότερη τιμή στην κλίμακα ψυχικής έντασης (PSY) ($b = -0,138$, $p < 0,001$, 95% C.I. $-0,208 - -0,068$) και την αποφυγή του καπνίσματος ($b = -0,827$, $p = 0,005$, 95% C.I. $-1,407 - -0,246$).

5.1.4 Εξέλιξη της κεντρικότητας μεταξύ της 1^{ης} και της 3^{ης} λέξης.

Η γλώσσα είναι ο τόπος όπου οι κοινότητες συναντιούνται για να μοιραστούν τις σημαντικές τους έννοιες και να περιγράψουν κοινές εμπειρίες ζωής. Αλλά πώς θα μπορούσε κάποιος να καταδείξει την ύπαρξη και την έκταση της κυριαρχίας τέτοιων κοινών γλωσσικών αναπαραστάσεων;

Οποιαδήποτε προσπάθεια προσέγγισης των προαναφερθέντων ερωτημάτων προϋποθέτει την αποδοχή μιας υπόθεσης σχετικά με τη δομή της γλώσσας. Η άποψη που υιοθετείται στο παρόν άρθρο είναι αυτή που ξεκίνησε από τους Ferdinandde Saussure και Jacques Derrida, με αποκορύφωμα το έργο του Jacques Lacan στο οποίο υποστηρίζει ότι η γλώσσα είναι ένα σύστημα που ζει στο συμβολικό σύμπαν του υποκειμένου, όπου κάθε λέξη έχει τη διπλή φύση του σημαίνοντος και του σημαινόμενου. Κατά συνέπεια, κάθε λέξη μπορεί να αντιπροσωπεύει ένα αντικείμενο του φυσικού ή διανοητικού κόσμου, που έχει επίσης την ικανότητα να προκαλεί τη γέννηση μιας άλλης λέξης σύμφωνα με την εσωτερική σημασιολογική δομή του υποκειμένου.

Το εύρημα ότι η κεντρικότητα των λέξεων μειώνεται από την πρώτη στη δεύτερη και από τη δεύτερη στη τρίτη λέξη επιβεβαιώνει την άποψη της γλώσσας ως συμβολικού συστήματος δομημένου ως μιας σημαντικής αλυσίδας που αναπόφευκτα γίνεται όλο και πιο προσωπικό, καθώς βαθαίνει από το επίπεδο συνειδητών αναπαραστάσεων σε ασυνείδητες προσωπικές εικόνες.

Ωστόσο, δεν υπήρχε ομοιόμορφη ένταση αναπαραστάσεων και για τις οκτώ εμπειρίες που ζητήθηκαν από τους ερωτηθέντες. Για τις αναπαραστάσεις που σχετίζονται με τη "Νυχτερινή ζωή" και τον "Τρόπο ζωής" δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην κεντρικότητα των τριών λέξεων, ένα εύρημα που τις χαρακτηρίζει ως τις λιγότερο

ομοιόμορφες έννοιες όσον αφορά τις προσωπικές αντιλήψεις. Το συμπέρασμα που απορρέει είναι ότι οι κοινωνικές αναπαραστάσεις σχετικά με τη βιολογική ανθρώπινη κατάσταση, όπως η υγεία, η ασθένεια και ο θάνατος, έχουν μεγαλύτερη ομοιογένεια μεταξύ των μελών της κοινότητας, ενώ έννοιες που έχουν τη βάση τους στην επίτευξη απόλαυσης όπως ο τρόπος ζωής, η νυχτερινή ζωή και η κατανάλωση αλκοόλ δείχνουν μεγαλύτερη διαφοροποίηση.

Η μη σημαντική επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών και η κεντρικότητα των λέξεων είναι πιθανόν να δείχνει ότι η γλώσσα ως κατασκευή, που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι σε ένα γενικότερο επίπεδο, καλύπτει τις δομές ευχαρίστησης, ένα εύρημα που συνάδει με την ψυχαναλυτική προσέγγιση που προσδιορίζει τη γλώσσα και το ασυνείδητο.

Η έλλειψη επιρροής μεταξύ των φύλων υποδηλώνει ότι η δομή της γλώσσας είναι ομοιόμορφη σε όλους τους ανθρώπους και είναι ένα υπεर्सύνολο του συμβολικού συστήματος ευχαρίστησης. Η στατιστικά ασήμαντη επίδραση της εκπαίδευσης, της οικογενειακής κατάστασης και της ηλικίας δείχνει ότι οι κοινές γλωσσικές αναπαραστάσεις ανήκουν σε ένα κοινωνικό σύμβολο που υιοθετείται από όλα τα μέλη της κοινωνίας, ανεξάρτητα από την εκπαίδευση και τη διάρκεια της χρήσης της γλώσσας. Η γλώσσα ιδιαίτερα αναδύεται ως στοιχείο διαμεσολάβησης, που επιτρέπει στο άτομο να αποκτήσει αναγνώριση από το άλλον (Lacan, 1977).

5.1.5 Συσχέτιση της κεντρικότητας με τα ψυχοδημογραφικά δεδομένα

Εντοπίστηκε μια μη ομοιογενής επίδραση της ψυχο-δημογραφικής μεταβλητής στην κεντρικότητα των λέξεων μεταξύ των οκτώ κατηγοριών λέξεων, υποδεικνύοντας έναν διαφορετικό βαθμό κοινωνικής συμφωνίας σχετικά με τις έννοιες που τις περιβάλλουν.

Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι λέξεις-κατηγορίες άσκηση, κάπνισμα και ασθένεια ήταν οι λιγότερο επηρεασμένες κατηγορίες από τις ψυχο-δημογραφικές μεταβλητές που δείχνουν ότι αυτές οι εμπειρίες στη ζωή έχουν μια πιο ομοιόμορφη σημασιολογική κατανομή στη γλώσσα. Δηλαδή, η ελληνική κοινωνία ως ενδεικτική κοινωνία του δυτικού κόσμου φαίνεται να ομογενοποιείται όσον αφορά τις αντιλήψεις που σχετίζονται με την άσκηση, το κάπνισμα και τον αντίκτυπο της νόσου στην ανθρώπινη ζωή, ένα εύρημα που μπορεί να αποδοθεί στην έκθεση της κοινωνίας σε μια ευρεία και μακρά - αδιαμφισβήτητη περιγραφή αυτών των εννοιών, μια πρακτική που οδήγησε αναπόφευκτα την κοινωνία στην αποδοχή ενός κοινού νοήματος γι' αυτές τις αναπαραστάσεις.

Στο πλαίσιο του εξερευνητικού δομικού μοντέλου που δοκιμάστηκε, οι κεντρικές κατηγορίες που αφορούσαν στη διατροφή, στην κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, στη νυχτερινή ζωή και στον τρόπο ζωής, βρέθηκαν να αποτελούν την ίδια λανθάνουσα μεταβλητή, υποδηλώνοντας ότι υπάρχουν ανάλογες επιδράσεις της ηλικίας, του φύλου και της ψυχοπαθολογίας στην κεντρικότητα των λέξεων. Έτσι, προτείνεται ότι αυτές οι κοινωνικές αναπαραστάσεις έχουν ανάλογο επίπεδο γλωσσικής ομογενοποίησης, παρέχοντας ωστόσο τη δυνατότητα της εξατομικευμένης έκφρασης. Η κεντρικότητα των λέξεων σχετικά με την υγεία βρέθηκε ότι ήταν οριακά μη σημαντικά φορτισμένη σε αυτόν τον λανθάνοντα παράγοντα, που δείχνει ότι οι αντιλήψεις για την υγεία επηρεάζονται από τις ψυχο-δημογραφικές μεταβλητές με διαφορετικό τρόπο από τις άλλες τέσσερις ομάδες λέξεων.

Έχουν αναφερθεί ποικίλες διαφοροποιήσεις σχετικά με την επίδραση της ηλικίας, του φύλου, της ψυχοπαθολογίας και της ντροπής στις κεντρικές ομάδες των πέντε κατηγοριών λέξεων, παρέχοντας γνώση του τρόπου με τον οποίο οι παράγοντες αυτοί αντικατοπτρίζονται

στη γλώσσα. Οι ηλικιωμένοι ερωτηθέντες επέλεξαν πιο αποκεντρωμένες λέξεις όταν η «Νυχτερινή ζωή» ήταν η λέξη ερέθισμα, ένα εύρημα που αντικατοπτρίζει τον διαφορετικό ρυθμό με τον οποίο οι άνθρωποι απομακρύνονται από τις εμπειρίες της νυχτερινής ζωής καθώς μεγαλώνουν. Το εύρημα ότι οι γυναίκες επέλεξαν πιο κεντρικά τοποθετημένες λέξεις από τους άνδρες στο γράφημα λέξεων τρόπου ζωής είναι μια αντανάκλαση στη γλώσσα του γνωστού γεγονότος ότι οι γυναίκες έχουν πιο υγιεινές διατροφικές συνήθειες, υψηλότερο ποσοστό σωματικής δραστηριότητας και χαμηλότερο ποσοστό καπνίσματος και παχυσαρκίας από τους άνδρες (Yang et al, 2018).

Ένα υγιές διατροφικό πρότυπο που αναφέρθηκε προηγουμένως σχετίζεται με το μειωμένο κίνδυνο κατάθλιψης (Ye et al, 2017), επομένως θα μπορούσε κανείς να υποθέσει ότι ένα ανάλογο αποτέλεσμα θα εμφανιζόταν μεταξύ της κατάθλιψης και της κεντρικότητας των λέξεων που επιλέχθηκαν για να περιγράψουν τη διατροφή. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης παρέχουν υποδείξεις για τη διαφορετική κατεύθυνση, καθώς τα άτομα με αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης βρέθηκαν να επιλέγουν πιο κεντρικά τοποθετημένες λέξεις στο γράφημα διατροφής, δίνοντας ωστόσο πιο αποκεντρωμένες απαντήσεις όταν η λέξη-ερέθισμα ήταν υγεία. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ένα υψηλότερο μοτίβο πολυπλοκότητας των αντιλήψεων σχετικά με τη διατροφή και την υγεία και τη σχέση με τη διαταραχή της κατάθλιψης, καθώς και μια πιθανή αλληλεπίδραση με άλλους παράγοντες που απομένουν να φωτιστούν σε μια μελλοντική μελέτη.

Υψηλότερα συναισθήματα κατωτερότητας, όπως αντικατοπτρίζονται στη βαθμολογία εξωτερικών ντροπών, βρέθηκαν να αντιστοιχούν σε πιο αποκεντρωμένες λέξεις στο γράφημα της κατηγορίας-λέξης τρόπος ζωής, υποδηλώνοντας τη μεγάλη επιθυμία του ατόμου να εκδηλώσει μια ταυτότητα με ισχυρά προσωπικά χαρακτηριστικά. Η ανάλογη επίδραση της

εξωτερικής ντροπής στην κεντρικότητα των λέξεων που αφορούν την υγεία, δεν είναι δυνατόν να ερμηνευθεί με σαφήνεια, υποδηλώνοντας μια πιθανή αλληλεπίδραση με σωματικά προβλήματα υγείας, έναν παράγοντα που δεν συναντήσαμε στη μελέτη μας.

Τα αρνητικά συναισθήματα που σχετίζονται με αυτό που σκέφτεται και αισθάνεται κάποιος για τον εαυτό του αντικατοπτρίζονται στη βαθμολογία εσωτερική ντροπής. Η βαθμολογία εσωτερικής ντροπής βρέθηκε να έχει σημαντική επίδραση στην κεντρική θέση των λέξεων σχετικά με τη νυχτερινή ζωή, υποδηλώνοντας την ανασφάλεια του ηλικιωμένου ατόμου για την απομάκρυνσή του από τους κοινωνικούς κανόνες που περιγράφουν ανθρώπινες δραστηριότητες ψυχαγωγίας αυτού του είδους.

Η σχέση μεταξύ της εκτεταμένης κατανάλωσης αλκοόλ και της εχθρότητας έχει τεκμηριωθεί καλά στη βιβλιογραφία (Leonard, 2008), ενώ ανάλογα αποτελέσματα δείχνουν τη σχέση εχθρότητας και διατροφικών διαταραχών (Miotto et al, 2008). Οι προαναφερθείσες σχέσεις επιβεβαιώνονται όσον αφορά τον τρόπο έκφρασης, δεδομένου ότι η βαθμολογία εχθρότητας έχει σημαντική αρνητική επίδραση στην κατανάλωση αλκοόλ και στις κατηγορίες λέξεων διατροφή, ένα εύρημα που αντικατοπτρίζει την τάση ενός ατόμου με υψηλότερη βαθμολογία εχθρότητας να μένει μακριά από τους κοινωνικούς κανόνες και να αποφεύγει τη χρήση γενικών λέξεων για να περιγράψει αυτές τις αναπαραστάσεις που αποδίδουν λέξεις τοποθετημένες λιγότερο κεντρικά στα γραφήματα των λέξεων αλκοόλ και διατροφή.

Η διαπροσωπική ευαισθησία έχει προηγουμένως αναφερθεί ότι σχετίζεται με συμπτώματα διαταραχής της διατροφής (Atlas, 2004), καθώς επίσης σχετίζεται με υψηλότερη γενική νοσηρότητα και θνησιμότητα (Marin & Miller, 2013). Τα άτομα με υψηλότερη διαπροσωπική ευαισθησία βρέθηκαν να επιλέγουν πιο αποκεντρωμένες λέξεις, όταν η λέξη ερέθισμα ήταν δίαιτα που υποδηλώνει μια μεγαλύτερη απόσταση από τους

κοινωνικούς κανόνες. Ταυτόχρονα, η μεγαλύτερη διαπροσωπική ευαισθησία συνδέθηκε με πιο κεντρικά τοποθετημένες λέξεις σχετικά με την υγεία που υποδηλώνουν μια κοινή λογική συμφωνία για την αναπαράσταση της υγείας.

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει εάν οι ψυχολογικές αποκλίσεις αντιστοιχούν σε αποκλίσεις στην κεντρική θέση των σχετικών λέξεων που επιλέχθηκαν για να περιγράψουν οκτώ κοινωνικές αναπαραστάσεις. Τα ευρήματα της μελέτης υπογραμμίζουν τη διασύνδεση της γλώσσας με την ψυχική κατάσταση, δείχνοντας ωστόσο ότι υπάρχουν διαφορές στο βαθμό στον οποίο μια αναπαράσταση είναι κοινώς αποδεκτή και έχει τις ρίζες της στη γλώσσα. Συγκεκριμένα, η γραφική παράσταση των λέξεων ελεύθερου συνειρμού εμφανίζεται ως μια μέθοδος που επιτρέπει την ανίχνευση γλωσσικών παραλλαγών.

5.2 Περιορισμοί και περαιτέρω παρατηρήσεις

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δεν κατέδειξε προηγούμενη έρευνα που να έχει ακολουθήσει ανάλογη μεθοδολογία όπως αυτή που επιλέχθηκε στην παρούσα έρευνα. Για το λόγο αυτό, είναι σημαντικό να περιγραφούν όλες οι πηγές ασάφειας στη μέθοδο ανάλυσης που ακολουθήθηκε, προκειμένου να επιτραπεί στον αναγνώστη η σωστή αξιολόγηση των ευρημάτων της μελέτης.

Πρώτον, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η έννοια της σημασίας ενός κόμβου σε ένα γράφημα είναι ασαφής, και αυτή είναι η αιτία για την οποία έχουν προταθεί πολλά μέτρα κεντρικότητας στη θεωρία γραφημάτων. Οι τέσσερις δείκτες κεντρικότητας που υπολογίστηκαν στην παρούσα έρευνα βρέθηκαν να συσχετίζονταν σε μεγάλο βαθμό, γεγονός που δείχνει την αξιοπιστία του χαρακτηρισμού της σημασίας της λέξης στο αντίστοιχο γράφημα. Από τους τέσσερις επιλεγμένους δείκτες κεντρικότητας, ο δείκτης authoritative επιλέχθηκε για χρήση στη στατιστική ανάλυση που συσχέτισε την κεντρικότητα με την

ψυχοπαθολογία λόγω της ευκολίας ερμηνείας των τιμών της. Δεν είναι γνωστό εάν θα υπάρξουν σημαντικές διαφορές στα αναφερόμενα ευρήματα κάτω από μια διαφορετική επιλογή δείκτη κεντρικότητας μεταξύ των άλλων θεωρητικά διαθέσιμων δεικτών.

Όσον αφορά το αντίστοιχο μοντέλο δομικής εξίσωσης, ο δείκτης προσαρμογής RMSEA του βασικού μοντέλου ήταν ίσος με 0,093, μικρότερος από 0,158, ένα όριο κάτω από το οποίο οι δείκτες προσαρμογής αναφέρονται ότι δεν είναι πολύ ενημερωτικοί (Kenny, Kaniskan, & McCoach, 2015), εύρημα που πιθανώς αντανακλά τη συνολική μικρή συσχέτιση μεταξύ των οκτώ κεντρικότητων και των ψυχομετρικών μεταβλητών (Παράρτημα - Πίνακας 3). Επιπλέον, επιλέχθηκε ένα απλό μοντέλο άμεσου αποτελέσματος για τη δοκιμή των επιδράσεων των ψυχο-δημογραφικών μεταβλητών στις κεντρικές λέξεις, μια μη βέλτιστη επιλογή, δεδομένου ότι υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις στη βιβλιογραφία ότι σε διάφορες κοινωνικές ομάδες υπάρχουν σημαντικές επιπτώσεις της ηλικίας και του φύλου στην ψυχοπαθολογία (π.χ. APA, 2000). Επιπλέον, έχουν αναφερθεί διάφορες αλληλεπιδράσεις μεταξύ φύλου, ψυχοπαθολογίας (π.χ. Chang et al, 2016). Τα παραπάνω στοιχεία υποδεικνύουν ότι ένα εμπλουτισμένο μοντέλο μονοπατιών όπου η ψυχοπαθολογία και η ντροπή θα συσχετιζόνταν με την ηλικία και το φύλο, θα μπορούσε να είναι πιο ρεαλιστικό. Ωστόσο, ένα μοντέλο μεγαλύτερης πολυπλοκότητας δεν ήταν αποδεκτό από τα δεδομένα μας, γεγονός που υποδηλώνει τη σημαντικότητα μιας μελλοντικής ανάλογης έρευνας σε ένα μεγαλύτερο δείγμα.

Βιβλιογραφία

1. Abric, J.-C.(2003). L'analyse structurale des représentations sociales. In: Moscovici, S., Buschini, F. (eds.) *Les méthodes des sciences humaines*, pp. 375–392. Presses Universitaires de France, Paris.
2. Abric, J.-C. (1994). Méthodologie de recueil des représentations sociales. In: Abric, J.-C. (ed.) *Pratiques sociales et représentations*, pp. 59–82. Presses Universitaires de France, Paris.
3. 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*, 41(1), 29-42.
4. Akintayo, T., Hämäläinen, J., & Rissanen, S. (2014). Multiculturalism in social agencies for the aged. *SpringerPlus*, 3(1), 429.
5. Al-Mosaiwi, M., & Johnstone, T. (2018). In an Absolute State: Elevated Use of Absolutist Words Is a Marker Specific to Anxiety, Depression, and Suicidal Ideation. *Clinical Psychological Science*, 6(4), 529–542. <https://doi.org/10.1177/2167702617747074>
6. Alasuutari, P. (1995). *Researching culture: Qualitative method and cultural studies*. Sage.
7. Andermann, A. (2016). Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. *Canadian Medical Association Journal*, 188(17-18), E474-E483.
8. Andersen Helland Wenche, Astri J. Lundervold, Mikael Heimann, Maj-Britt Posserud, Stable associations between behavioral problems and language impairments across childhood – The importance of pragmatic language problems, *Research in Developmental Disabilities*, 35 (5), 2014, 943-951, <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.02.016>.
9. Anderson, K. G., Tomlinson, K., Robinson, J. M., & Brown, S. A. (2011). Friends or foes: Social anxiety, peer affiliation, and drinking in middle school. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(1), 61-69.

10. Andrews B, Qian M, Valentine JD. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *Br J Clin Psychol.* 41(Pt 1):29-42. doi:10.1348/014466502163778
11. APA, T. (2000). Gender and Its Effects on Psychopathology. *American Psychopathological Association, ISBN-13: 978-0880487986*
12. Astudillo, M., Connor, J., Roiblatt, R. E., Ibanga, A. K., & Gmel, G. (2013). Influence from friends to drink more or drink less: A cross-national comparison. *Addictive behaviors, 38*(11), 2675-2682.
13. Atlas, J.G. (2004). Interpersonal sensitivity, eating disorder symptoms, and eating/thinness expectancies. *Curr Psychol 22, 368.*
14. Attwell, K., Meyer, S. B., & Ward, P. R. (2018). The Social Basis of Vaccine Questioning and Refusal: A Qualitative Study Employing Bourdieu's Concepts of 'Capitals' and 'Habitus'. *International journal of environmental research and public health, 15*(5), 1044.
15. Bachmann S, Resch F, Mundt C. (2003). Psychological treatment for psychosis: history and overview. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry.*31:155–176.
16. Bader, O. (2016). Attending to emotions is sharing of emotions—A multidisciplinary perspective to social attention and emotional sharing. Comment on Zahavi and Rochat (2015). *Consciousness and cognition, 42,* 382-395.
17. Bala, M. M., Strzeszynski, L., Topor-Madry, R., & Cahill, K. (2013). Mass media interventions for smoking cessation in adults. *The Cochrane database of systematic reviews, (6),* CD004704-CD004704.
18. Barratt, B. B. (2017). Opening to the otherwise: the discipline of listening and the necessity of free-association for psychoanalytic praxis. *Int. J. Psychoanal.* 98, 39–53. doi: 10.1111/1745-8315.12563.
19. Belon, A. P., Nieuwendyk, L. M., Vallianatos, H., & Nykiforuk, C. I. (2016). Perceived community environmental influences on eating behaviors: A Photovoice analysis. *Social Science & Medicine, 171,* 18-29.
20. Benzeval, M., Green, M. J., & Macintyre, S. (2013). Does perceived physical attractiveness in adolescence predict better socioeconomic position in adulthood?

- Evidence from 20 years of follow up in a population cohort study. *PloS one*, 8(5), e63975.
21. Bicks, L. K., Koike, H., Akbarian, S., & Morishita, H. (2015). Prefrontal cortex and social cognition in mouse and man. *Frontiers in psychology*, 6, 1805.
 22. Birkhäuser, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C., & Gerger, H. (2017). Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PloSone*, 12(2), e0170988.
 23. Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. International Universities Press.
 24. Bolles, R. C. (1970). Species-specific defense reactions and avoidance learning. *Psychological review*, 77(1), 32.
 25. Bonacich, P. (1987). Power and Centrality: A Family of Measures. *American Journal of Sociology*, 92, 1170-1182.
 26. Bonacich, P. and Paulette, L. (2001). Eigenvector-like measures of centrality for asymmetric relations. *Social Networks*, 23, 191-201.
 27. Boniface, S., Scannell, J. W., & Marlow, S. (2017). Evidence for the effectiveness of minimum pricing of alcohol: a systematic review and assessment using the Bradford Hill criteria for causality. *BMJ open*, 7(5), e013497.
 28. Bottorff, J. L., Haines-Saah, R., Kelly, M. T., Oliffe, J. L., Torchalla, I., Poole, N. & Phillips, J. C. (2014). Gender, smoking and tobacco reduction and cessation: a scoping review. *International journal for equity in health*, 13(1), 114.
 29. Boushey, C. J., Spoden, M., Zhu, F. M., Delp, E. J., & Kerr, D. A. (2017). New mobile methods for dietary assessment: review of image-assisted and image-based dietary assessment methods. *Proceedings of the Nutrition Society*, 76(3), 283-294.
 30. Brandes U., A Faster Algorithm for Betweenness Centrality. *Journal of Mathematical Sociology*, 25(2):163-177, 2001.
 31. Brin, S. & Page, L. (1998). The anatomy of a large-scale hypertextual web search engine. *Computer networks and ISDN systems*, 30(1-7), 107-117.
 32. Cade, J. E. (2017). Measuring diet in the 21st century: Use of new technologies. *Proceedings of the Nutrition Society*, 76(3), 276-282.

33. Cash, S. W., Beresford, S. A., Henderson, J. A., McTiernan, A., Xiao, L., Wang, C. Y., & Patrick, D. L. (2012). Dietary and physical activity behaviours related to obesity-specific quality of life and work productivity: baseline results from a worksite trial. *British Journal of Nutrition*, *108*(6), 1134-1142.
34. Casson, R. W. (1983). Schemata in cognitive anthropology. *Annual review of anthropology*, *12*(1), 429-462.
35. Chang S.H., Chen M.C., Chien N.H., Lin T.Y., Chang Y.Y. (2016). Gender differences in the relationship of lifestyle and depressive symptoms among Taiwanese older people, *Collegian*, *23* (3), 249-255.
36. Chang S.H., Chang Y.Y., Wu L.Y. (2019). Gender differences in lifestyle and risk factors of metabolic syndrome: Do women have better health habits than men?. *J Clin Nurs*, *28*(11-12):2225-2234.
37. Clegg, J., Hollis, C., Mawhood, L. and Rutter, M. (2005), Developmental language disorders – a follow-up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*: 128-149.
38. Cobb, N. K., Graham, A. L., Byron, M. J., Niaura, R. S., Abrams, D. B., & Participants, W. (2011). Online social networks and smoking cessation: a scientific research agenda. *Journal of Medical Internet Research*, *13*(4).
39. Cole, S. W. (2013). Social regulation of human gene expression: mechanisms and implications for public health. *American journal of public health*, *103*(S1), S84-S92.
40. Cole, S. W. (2014). Human social genomics. *PLoS genetics*, *10*(8), e1004601.
41. Comas-Diaz, L. (2012). Humanism and multiculturalism: An evolutionary alliance. *Psychotherapy*, *49*(4), 437.
42. Conty, L., George, N., & Hietanen, J. K. (2016). Watching Eyes effects: When others meet the self. *Consciousness and cognition*, *45*, 184-197.
43. Costa, T. L. D., Oliveira, D. C. D., Gomes, A. M. T., & Formozo, G. A. (2014). Quality of life and people living with AIDS: relationship with sociodemographic and health aspects. *Revista latino-americana de enfermagem*, *22*(4), 582-590.
44. Dal Cin, S., Stoolmiller, M., & Sargent, J. D. (2012). When movies matter: exposure to smoking in movies and changes in smoking behavior. *Journal of health communication*, *17*(1), 76-89.

45. Dany, L., Urdapilleta, I. & Lo Monaco, G. (2015). Free associations and social representations: some reflections on rank-frequency and importance-frequency methods. *Qual Quant*49,489–507.
46. Dauner, K. N., Wilmot, N. A., & Schultz, J. F. (2015). Investigating the temporal relationship between individual-level social capital and health in fragile families. *BMC publichealth*, 15(1), 1130.
47. De Choudhury, M., Counts, S., and Horvitz, E. (2013). *Social Media As a Measurement Tool of Depression in Populations*. In Proceedings of the 5th Annual ACM Web Science
48. De Graft Aikins, A., Anum, A., Agyemang, C., Addo, J., & Ogedegbe, O. (2012). Lay representations of chronic diseases in Ghana: implications for primary prevention. *Ghana medical journal*, 46(2), 59-68.
49. de Melo, C. M., Carnevale, P. J., Read, S. J., & Gratch, J. (2014). Reading people’s minds from emotion expressions in interdependent decision making. *Journal of personality and social psychology*, 106(1), 73.
50. De Rubeis, S., & Hollenstein, T. (2009). Individual differences in shame and depressive symptoms during early adolescence. *Personality and individual differences*, 46(4), 477-482.
51. de Toro-Martín, J., Arsenault, B. J., Després, J. P., & Vohl, M. C. (2017). Precision nutrition: A review of personalized nutritional approaches for the prevention and management of metabolic syndrome. *Nutrients*, 9(8), 913.
52. deQuiros, F. G. B., Dawidowski, A. R., & Figar, S. (2017). Representation of People’s Decisions in Health Information Systems. *Methods of information in medicine*, 56(S 01), e13-e19.
53. Derida, J. (1981). *Positions, translated and annotated by Alan Bass*. Chicago: Chicago UP.
54. Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures*. Manual II for the R (evised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series.
55. Deutsch, A. R., Steinley, D., & Slutske, W. S. (2014). The role of gender and friends’ gender on peer socialization of adolescent drinking: A prospective multilevel social network analysis. *Journal of youth and adolescence*, 43(9), 1421-1435.

56. Devaine, M., & Daunizeau, J. (2017). Learning about and from others' prudence, impatience or laziness: The computational bases of attitude alignment. *PLoS computational biology*, *13*(3), e1005422.
57. DiStefano, C., & Morgan, G. B. (2014). A comparison of diagonal weighted least squares robust estimation techniques for ordinal data. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *21*(3), 425-438.
58. Drabble, L., & Trocki, K. (2014). Alcohol in the life narratives of women: Commonalities and differences by sexual orientation. *Addiction research & theory*, *22*(3), 186-194.
59. Drabble, L., Trocki, K. F., & Klinger, J. L. (2016). Religiosity as a protective factor for hazardous drinking and drug use among sexual minority and heterosexual women: Findings from the National Alcohol Survey. *Drug and alcohol dependence*, *161*, 127-134.
60. Dragioti, E., Vitoratou, S., Kaltsouda, A., Tsartsalis, D., & Gouva, M. (2011). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ). *Psychological reports*, *109*(1), 77-92.
61. Dumbili, E. W. (2016). Gendered sexual uses of alcohol and associated risks: a qualitative study of Nigerian University students. *BMC public health*, *16*(1), 474.
62. Duncan, M. J., Vandelanotte, C., Trost, S. G., Rebar, A. L., Rogers, N., Burton, N. W., ... & Brown, W. J. (2016). Balanced: a randomised trial examining the efficacy of two self-monitoring methods for an app-based multi-behaviour intervention to improve physical activity, sitting and sleep in adults. *BMC public health*, *16*(1), 670.
63. Eifert, G. H., Thompson, R. N., Zvolensky, M. J., Edwards, K., Frazer, N. L., Haddad, J. W., & Davig, J. (2000). The cardiac anxiety questionnaire: development and preliminary validity. *Behaviour research and therapy*, *38*(10), 1039-1053.
64. Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (1996). Heart-focused and general illness fears in relation to parental medical history and separation experiences. *Behaviour research and therapy*, *34*(9), 735-739.
65. Elhakeem, A., Cooper, R., Bann, D., & Hardy, R. (2014). Childhood socioeconomic position and adult leisure-time physical activity: a systematic review protocol. *Systematic reviews*, *3*(1), 141.

66. Falk, E., Way, B., & Jasinska, A. (2012). An imaging genetics approach to understanding social influence. *Frontiers in human neuroscience*, *6*, 168.
67. Falkenberg, M. B., Shimizu, H. E., & Bermudez, X. P. D. (2017). Social representations of the health care of the Mbyá-Guarani indigenous population by health workers. *Revistalatino-americana de enfermagem*, *25*.
68. Fang, J., Wang, J. W., Li, J., Li, H., & Shao, C. (2017). The correlates of social capital and adherence to healthy lifestyle in patients with coronary heart disease. *Patient preference and adherence*, *11*, 1701.
69. Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2015). A new look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review*, *19*(2), 113-147.
70. Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2015). A new look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review*, *19*(2), 113-147.
71. Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2015). Thriving through relationships. *Current opinion in psychology*, *1*, 22-28.
72. Feng, C., Li, Z., Feng, X., Wang, L., Tian, T., & Luo, Y. J. (2015). Social hierarchy modulates neural responses of empathy for pain. *Social cognitive and affective neuroscience*, *11*(3), 485-495.
73. Ferguson, L. R., De Caterina, R., Görman, U., Allayee, H., Kohlmeier, M., Prasad, C., ... & Kang, J. X. (2016). Guide and position of the international society of nutrigenetics/nutrigenomics on personalised nutrition: part 1-fields of precision nutrition. *Lifestyle Genomics*, *9*(1), 12-27.
74. Foucault, M. (1972). *The Archaeology of Knowledge*. London: Tavistock.
75. Foucault, M. (1971). Orders of discourse. *Social science information*, *10*(2), 7-30.
76. Freeman, L.C. (1979). Centrality in Social Networks I: Conceptual Clarification. *Social Networks*, *1*, 215-239.
77. Freud, S. (1915). *The Unconscious*. *Standard Edition of Complete Works*, Vol.XIV. London: Hogarth Press.
78. Frith, C. D. (2008). Social cognition. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences*, *363*(1499), 2033-2039.

79. Frith, C. D., & Frith, U. (2012). Mechanisms of social cognition. *Annual review of psychology, 63*, 287-313.
80. Fumanelli, L., Ajelli, M., Manfredi, P., Vespignani, A., & Merler, S. (2012). Inferring the structure of social contacts from demographic data in the analysis of infectious diseases spread. *PLoS computational biology, 8*(9), e1002673.
81. Garcia, D., Al Nima, A., & Kjell, O. N. (2014). The affective profiles, psychological well-being, and harmony: environmental mastery and self-acceptance predict the sense of a harmonious life. *PeerJ, 2*, e259.
82. Geertz, C. (2000). Deep play: Notes on the Balinese cockfight. In *Culture and politics* (pp. 175-201). Palgrave Macmillan, New York.
83. Geronimus, A. T., James, S. A., Destin, M., Graham, L. F., Hatzenbuehler, M. L., Murphy, M. C., ... & Thompson, J. P. (2016). Jedi public health: Co-creating an identity-safe culture to promote health equity. *SSM-population health, 2*, 105-116.
84. Gerstorf, D., Hoppmann, C. A., Löckenhoff, C. E., Infurna, F. J., Schupp, J., Wagner, G. G., & Ram, N. (2016). Terminal decline in well-being: The role of social orientation. *Psychology and aging, 31*(2), 149.
85. Geusens, F., & Beullens, K. (2016). Strategic self-presentation or authentic communication? Predicting adolescents' alcohol references on social media. *Journal of studies on alcohol and drugs, 78*(1), 124-133.
86. Gil, A., Ruiz-Lopez, M. D., Fernandez-Gonzalez, M., & Martinez de Victoria, E. (2014). The FINUT Healthy Lifestyles Guide: Beyond the Food Pyramid-. *Advances in Nutrition, 5*(3), 358S-367S.
87. Gilboa-Schechtman, E., & Shachar-Lavie, I. (2013). More than a face: a unified theoretical perspective on nonverbal social cue processing in social anxiety. *Frontiers in human neuroscience, 7*, 904.
88. Giordano, G. N., & Lindström, M. (2016). Trust and health: testing the reverse causality hypothesis. *J Epidemiol Community Health, 70*(1), 10-16.
89. Giordano, G. N., Merlo, J., Ohlsson, H., Rosvall, M., & Lindström, M. (2013). Testing the association between social capital and health over time: a family-based design. *BMC Public Health, 13*(1), 665.

90. Goldfried, M. R., & D'Zurilla, T. J. (1969). A behavioral-analytic model for assessing competence. *In Current topics in clinical and community psychology* (Vol. 1, pp. 151-196). Elsevier.
91. Gordon, R. A., Crosnoe, R., & Wang, X. (2013). Physical attractiveness and the accumulation of social and human capital in adolescence and young adulthood: Assets and distractions. *Monographs of The Society for Research in Child Development, 78*(6), 1.
92. Goss K, Gilbert P, Allan S. (1994). An exploration of shame measures—I: The other as Shamer scale. *Personality and Individual Differences. 17*:713-7.
93. Gouva, M., Kaltsouda, A., Paschou, A., Dragioti, E., Kotrotsiou, S., Mantzoukas, S., & Kotrotsiou, E. (2016a). Reliability and validity of the Greek version of the experience of shame scale (ESS). *Interscientific health care, 8*(4), 151-158.
94. Gouva, M., Paschou, A., Kaltsouda, A., Dragioti, E., Paralikas, T., Mantzoukas, S., & Kotrotsiou, E. (2016b). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Other As Shamer Scale (OAS). *Interscientific health care, 8*(4).
95. Hadfield, P., Lister, S., & Traynor, P. (2009). 'This town's a different town today' Policing and regulating the night-time economy. *Criminology & Criminal Justice, 9*(4), 465-485.
96. Hämäläinen, R. M., Sandu, P., Syed, A. M., & Jakobsen, M. W. (2016). An evaluation of equity and equality in physical activity policies in four European countries. *International journal for equity in health, 15*(1), 191.
97. Hanandita, W., & Tampubolon, G. (2015). The double burden of malnutrition in Indonesia: Social determinants and geographical variations. *SSM-population health, 1*, 16-25.
98. Hawkey, L. C., Gu, Y., Luo, Y. J., & Cacioppo, J. T. (2012). The mental representation of social connections: Generalizability extended to Beijing adults. *PloS one, 7*(9), e44065.
99. Hazem, N., Bearenaud, M., George, N., & Conty, L. (2018). Social Contact Enhances Bodily Self-Awareness. *Scientific reports, 8*(1), 4195.
100. Hazem, N., George, N., Baltazar, M., & Conty, L. (2017). I know you can see me: Social attention influences bodily self-awareness. *Biological psychology, 124*, 21-29.

101. Helgesen, M. K., Fosse, E., & Hagen, S. (2017). Capacity to reduce inequities in health in Norwegian municipalities. *Scandinavian journal of public health, 45*(18_suppl), 77-82.
102. Hirsh, J. B., & Dolderman, D. (2007). Personality predictors of consumerism and environmentalism: A preliminary study. *Personality and individual differences, 43*(6), 1583-1593.
103. Lothane, H.Z. (2018). Free Association as the Foundation of the Psychoanalytic Method and Psychoanalysis as a Historical Science, *Psychoanalytic Inquiry, 38*:6, 416-434.
104. Hubbard, P. & Colosi, R. (2015). Respectability, morality and disgust in the night-time economy: exploring reactions to 'lap dance' clubs in England and Wales. *The sociological review, 63*(4), 782-800.
105. Husk, K., Lovell, R., Cooper, C., Stahl-Timmins, W., & Garside, R. (2016). Participation in environmental enhancement and conservation activities for health and well-being in adults: a review of quantitative and qualitative evidence. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (5)*.
106. Ibanga, A. K., Adetula, V. A., & Dagona, Z. K. (2009). Social pressures to drink or drink a little more: the Nigerian experience. *Contemporary drug problems, 36*(1-2), 111-135.
107. Johnson, D. B., Quinn, E., Sitaker, M., Ammerman, A., Byker, C., Dean, W., ... & Sharkey, J. (2014). Developing an agenda for research about policies to improve access to healthy foods in rural communities: a concept mapping study. *BMC public health, 14*(1), 592.
108. Kaput, J., Ommen, B., Kremer, B., Priami, C., Monteiro, J. P., Morine, M., & Albers, R. (2014). Consensus statement understanding health and malnutrition through a systems approach: the ENOUGH program for early life. *Genes & nutrition, 9*(1), 378.
109. Kehyayan Aram, Best Katrin, Schmeing Jo-Birger, Axmacher Nikolai, Kessler Henrik, (2013). Neural activity during free association to conflict-related sentences, *Frontiers in*
110. Leonard K.E. Understanding Patterns of Violence. Washington, DC: International Center for Alcohol Policies; 2008. The role of drinking patterns and acute alcohol use in violent interpersonal behaviors; pp. 29–55.

111. Human Neuroscience, 7, 705, <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fnhum.2013.00705>, DOI=10.3389/fnhum.2013.00705.
112. Kenny, D. A., Kaniskan, B., & McCoach, D. B. (2015). The Performance of RMSEA in Models With Small Degrees of Freedom. *Sociological Methods & Research*, 44(3), 486–507. <https://doi.org/10.1177/0049124114543236>
113. King, A. C., Hekler, E. B., Grieco, L. A., Winter, S. J., Sheats, J. L., Buman, M. P., ... & Cirimele, J. (2016). Effects of three motivationally targeted mobile device applications on initial physical activity and sedentary behavior change in midlife and older adults: a randomized trial. *PLoS One*, 11(6), e0156370.
114. Kleinberg J. Authoritative sources in a hyperlinked environment. Proc. 9th ACM-SIAM Symposium on Discrete Algorithms, 1998. Extended version in Journal of the ACM 46(1999). Also appears as IBM Research Report RJ 10076, May 1997.
115. Klumpp H, Deldin P. Review of brain functioning in depression for semantic processing and verbal fluency. *Int J Psychophysiol.* 2010;75(2):77-85. doi:10.1016/j.ijpsycho.2009.10.003.
116. Koffer, R. E., Ram, N., Conroy, D. E., Pincus, A. L., & Almeida, D. M. (2016). Stressor diversity: Introduction and empirical integration into the daily stress model. *Psychology and aging*, 31(4), 301.
117. Kohlmeier, M., De Caterina, R., Ferguson, L. R., Görman, U., Allayee, H., Prasad, C., & Martinez, J. A. (2016). Guide and position of the International Society of Nutrigenetics/Nutrigenomics on Personalized Nutrition: part 2-ethics, challenges and endeavors of precision nutrition. *Lifestyle Genomics*, 9(1), 28-46.
118. König, L. M., Sproesser, G., Schupp, H. T., & Renner, B. (2018). Describing the Process of Adopting Nutrition and Fitness Apps: Behavior Stage Model Approach. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(3).
119. Korn, C. W., Fan, Y., Zhang, K., Wang, C., Han, S., & Heekeren, H. R. (2014). Cultural influences on social feedback processing of character traits. *Frontiers in human neuroscience*, 8, 192.

120. Koski, J. E., Xie, H., & Olson, I. R. (2015). Understanding social hierarchies: The neural and psychological foundations of status perception. *Social neuroscience*, *10*(5), 527-550.
121. Kraus, M. W., & Park, J. W. (2014). The undervalued self: social class and self-evaluation. *Frontiers in psychology*, *5*, 1404.
122. Kumaran, D., Banino, A., Blundell, C., Hassabis, D., & Dayan, P. (2016). Computations underlying social hierarchy learning: distinct neural mechanisms for updating and representing self-relevant information. *Neuron*, *92*(5), 1135-1147.
123. Lacan, Jacques. *Écrits: A Selection*. Trans. Alan Sheridan. London: Tavistock Publications, 1977. p. 9
124. Lakon, C. M., Wang, C., Butts, C. T., Jose, R., & Hipp, J. R. (2017). Cascades of emotional support in friendship networks and adolescent smoking. *PLoS one*, *12*(6), e0180204.
125. Lehmann, U., Charles, V. R., Vlassopoulos, A., Masset, G., & Spieldenner, J. (2017). Nutrient profiling for product reformulation: public health impact and benefits for the consumer. *Proceedings of the Nutrition Society*, *76*(3), 255-264.
126. Loro, M. M., & Zeitoune, R. C. G. (2017). Collective strategy for facing occupational risks of a nursing team. *RevistadaEscola de Enfermagemda USP*, *51*.
127. Maguire, E. R., & Monsivais, P. (2015). Socio-economic dietary inequalities in UK adults: an updated picture of key food groups and nutrients from national surveillance data. *British Journal of Nutrition*, *113*(1), 181-189.
128. Margolis, R. (2013). Health shocks in the family: Gender differences in smoking changes. *Journal of aging and health*, *25*(5), 882-903.
129. Margolis, R., & Wright, L. (2015). Better off alone than with a smoker: the influence of partner's smoking behavior in later life. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *71*(4), 687-697.
130. Marin, T. J., & Miller, G. E. (2013, March 25). The Interpersonally Sensitive Disposition and Health: An Integrative Review. *Psychological Bulletin*. Advance online publication. doi:10.1037/a0030800
131. Mathers, J. C. (2017). Nutrigenomics in the modern era. *Proceedings of the Nutrition Society*, *76*(3), 265-275.

132. McNeill, L. H., Stoddard, A., Bennett, G. G., Wolin, K. Y., & Sorensen, G. G. (2012). Influence of individual and social contextual factors on changes in leisure-time physical activity in working-class populations: results of the Healthy Directions–Small Businesses Study. *Cancer Causes & Control*, *23*(9), 1475-1487.
133. Meijer, E., Gebhardt, W. A., Dijkstra, A., Willemsen, M. C., & Van Laar, C. (2015). Quitting smoking: The importance of non-smoker identity in predicting smoking behaviour and responses to a smoking ban. *Psychology & health*, *30*(12), 1387-1409.
134. Meijer, E., Gebhardt, W. A., Van Laar, C., Kawous, R., & Beijck, S. C. (2016). Socio-economic status in relation to smoking: The role of (expected and desired) social support and quitter identity. *Social Science & Medicine*, *162*, 41-49.
135. Meijer, E., van Laar, C., Gebhardt, W. A., Fokkema, M., van den Putte, B., Dijkstra, A., & Willemsen, M. C. (2017). Identity change among smokers and ex-smokers: Findings from the ITC Netherlands Survey. *Psychology of Addictive Behaviors*, *31*(4), 465.
136. Meyer, M. L., Williams, K. D., & Eisenberger, N. I. (2015). Why social pain can live on: Different neural mechanisms are associated with reliving social and physical pain. *PloS one*, *10*(6), e0128294.
137. Milivojevic, V., Ansell, E., Simpson, C., Siedlarz, K. M., Sinha, R., & Fox, H. C. (2017). Peripheral Immune System Adaptations and Motivation for Alcohol in Non-Dependent Problem Drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *41*(3), 585-595.
138. Miotto P, Pollini B, Restaneo A, Favaretto G, Preti A. Aggressiveness, anger, and hostility in eating disorders. *Compr Psychiatry*. 2008;49(4):364-373. doi:10.1016/j.comppsy.2008.01.004
139. Morgan, A. R., Rivera, F., Moreno, C., & Haglund, B. J. (2012). Does social capital travel? Influences on the life satisfaction of young people living in England and Spain. *BMC public health*, *12*(1), 138.
140. Mosdøl, A., Lidal, I. B., Straumann, G. H., & Vist, G. E. (2017). Targeted mass media interventions promoting healthy behaviours to reduce risk of non-communicable diseases in adult, ethnic minorities. *The Cochrane Library*.
141. Mozaffari, N., Peyrovi, H., & Nayeri, N. D. (2015). The social well-being of nurses shows a thirst for a holistic support: A qualitative study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, *10*(1), 27749.

142. MR, U. M., Perry, C. K., Sumrall, J. C., Patterson, M. S., Walsh, S. M., Clendennen, S. C., ... & O'Hara Tompkins, N. (2016). Physical Activity-Related Policy and Environmental Strategies to Prevent Obesity in Rural Communities: A Systematic Review of the Literature, 2002-2013. *Preventing chronic disease*, 13, E03-E03.
143. Nakahara, H., & Suzuki, S. (2013). Social decision-making and theoretical neuroscience: prospects for human sciences and computational psychiatry. *Brain and nerve= Shinkei kenkyu no shinpo*, 65(8), 973-982.
144. Nelson, D.L., McEvoy, C.L. & Schreiber, T.A. The University of South Florida free association, rhyme, and word fragment norms. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers* 36, 402–407 (2004). <https://doi.org/10.3758/BF03195588>
145. Nelson, D.L., McEvoy, C.L. & Dennis, S. What is free association and what does it measure?. *Memory & Cognition* 28, 887–899 (2000). <https://doi.org/10.3758/BF03209337>
146. Nesi, J., Rothenberg, W. A., Hussong, A. M., & Jackson, K. M. (2017). Friends' alcohol-related social networking site activity predicts escalations in adolescent drinking: mediation by peer norms. *Journal of Adolescent Health*, 60(6), 641-647.
147. Ng Tseung-Wong, C., & Verkuyten, M. (2013). Religious and national group identification in adolescence: A study among three religious groups in Mauritius. *International Journal of Psychology*, 48(5), 846-857.
148. Nieuwendyk, L. M., Belon, A. P., Vallianatos, H., Raine, K. D., Schopflocher, D., Spence, J. C., & Nykiforuk, C. I. (2016). How perceptions of community environment influence health behaviours: using the Analysis Grid for Environments Linked to Obesity Framework as a mechanism for exploration. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada: research, policy and practice*, 36(9), 175.
149. Nunn, C. L., Craft, M. E., Gillespie, T. R., Schaller, M., & Kappeler, P. M. (2015). The sociality–health–fitness nexus: synthesis, conclusions and future directions. *Phil. Trans. R. Soc. B*, 370(1669), 20140115.
150. O'Donnell, M. B., Falk, E. B., & Lieberman, M. D. (2015). Social in, social out: How the brain responds to social language with more social language. *Communication monographs*, 82(1), 31-63.

151. Panaino, E. F., Soares, C. B., & Campos, C. M. S. (2014). Context of the beginning of tobacco use in different social groups. *Revista latino-americana de enfermagem*, 22(3), 379-385.
152. Patterson, C., Katikireddi, S. V., Wood, K., & Hilton, S. (2014). Representations of minimum unit pricing for alcohol in UK newspapers: a case study of a public health policy debate. *Journal of public Health*, 37(1), 40-49.
153. Patterson, C., Katikireddi, S. V., Wood, K., & Hilton, S. (2014). Representations of minimum unit pricing for alcohol in UK newspapers: a case study of a public health policy debate. *Journal of public Health*, 37(1), 40-49.
154. Pegado, F., Hendriks, M. H., Amelynck, S., Daniels, N., Bulthé, J., Lee Masson, H., ... & Op de Beeck, H. (2018). A Multitude of Neural Representations Behind Multisensory 'Social Norm' Processing. *Frontiers in human neuroscience*, 12, 153.
155. Perchoux, C., Enaud, C., Oppert, J. M., Menai, M., Charreire, H., Salze, P., ... & Roda, C. (2017). Individual, social, and environmental correlates of active transportation patterns in French women. *BioMed research international*, 2017.
156. Perry, B. L., Harp, K. L., & Oser, C. B. (2013). Racial and gender discrimination in the stress process: Implications for African American women's health and well-being. *Sociological Perspectives*, 56(1), 25-48.
157. Pezzulo, G., Iodice, P., Ferraina, S., & Kessler, K. (2013). Shared action spaces: a basis function framework for social re-calibration of sensorimotor representations supporting joint action. *Frontiers in human neuroscience*, 7, 800.
158. Piirtola, M., Kaprio, J., Kujala, U. M., Heikkilä, K., Koskenvuo, M., Svedberg, P., ... & Ropponen, A. (2016). Association between education and future leisure-time physical inactivity: a study of Finnish twins over a 35-year follow-up. *BMC public health*, 16(1), 720.
159. Pila, E., Jovanov, K., Welsh, T. N., & Sabiston, C. M. (2017). Body-part compatibility effects are modulated by the tendency for women to experience negative social comparative emotions and the body-type of the model. *PLoS one*, 12(6), e0179552.
160. Prince, S. A., Reed, J. L., McFetridge, C., Tremblay, M. S., & Reid, R. D. (2017). Correlates of sedentary behaviour in adults: a systematic review. *Obesity Reviews*, 18(8), 915-935.

161. Proulx, M. J., Todorov, O. S., Taylor Aiken, A., & de Sousa, A. A. (2016). Where am I? Who am I? The relation between spatial cognition, social cognition and individual differences in the built environment. *Frontiers in psychology, 7*, 64.
162. Puskaric, M., von Helversen, B., & Rieskamp, J. (2017). How social and non-social information influence classification decisions: A computational modelling approach. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology, 70*(8), 1516-1534.
163. R Core Team (2017). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
164. Rehm, C. D., Peñalvo, J. L., Afshin, A., & Mozaffarian, D. (2016). Dietary intake among US adults, 1999-2012. *Jama, 315*(23), 2542-2553.
165. Reyes-García, V., Guèze, M., Díaz-Reviriego, I., Duda, R., Fernández-Llamazares, Á., Gallois, S., & Koster, J. (2016). The adaptive nature of culture: a cross-cultural analysis of the returns of local environmental knowledge in three indigenous societies. *Current anthropology, 57*(6), 000-000.
166. Riva, G. (2014). Out of my real body: cognitive neuroscience meets eating disorders. *Frontiers in human neuroscience, 8*, 236.
167. Romeike, K., Abidi, L., Lechner, L., Vries, H., & Oenema, A. (2016). Similarities and differences in underlying beliefs of socio-cognitive factors related to diet and physical activity in lower-educated Dutch, Turkish, and Moroccan adults in the Netherlands: a focus group study. *BMC public health, 16*(1), 813.
168. Ruff C, C: Brain Stimulation Studies of Social Norm Compliance: Implications for Personality Disorders? *Psychopathology* 2018;51:105-109. doi: 10.1159/000486898.
169. Sæbø, G. (2016). Tobacco denormalisation and representations of different tobacco users in Norway: a cross-sectional study. *Sociology of health & illness, 38*(3), 360-379.
170. Sergey Brin and Larry Page: The Anatomy of a Large-Scale Hypertextual Web Search Engine. Proceedings of the 7th World-Wide Web Conference, Brisbane, Australia, April 1998.
171. Schaller, M., Murray, D. R., & Bangerter, A. (2015). Implications of the behavioural immune system for social behaviour and human health in the modern world. *Phil. Trans. R. Soc. B, 370*(1669), 20140105.

172. Schoeppe, S., Alley, S., Van Lippevelde, W., Bray, N. A., Williams, S. L., Duncan, M. J., & Vandelanotte, C. (2016). Efficacy of interventions that use apps to improve diet, physical activity and sedentary behaviour: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *13*(1), 127.
173. Seehausen, M., Kazzer, P., Bajbouj, M., Heekeren, H. R., Jacobs, A. M., Klann-Delius, G., ... & Prehn, K. (2016). Effects of empathic social responses on the emotions of the recipient. *Brain and cognition*, *103*, 50-61.
174. Short, S. E., & Mollborn, S. (2015). Social determinants and health behaviors: conceptual frames and empirical advances. *Current opinion in psychology*, *5*, 78-84.
175. Si Hassen, W., Castetbon, K., Cardon, P., Eaux, C., Nicolaou, M., Lien, N., ... & Méjean, C. (2016). Socioeconomic indicators are independently associated with nutrient intake in French adults: a DEDIPAC study. *Nutrients*, *8*(3), 158.
176. Slavich, G. M., & Cole, S. W. (2013). The emerging field of human social genomics. *Clinical Psychological Science*, *1*(3), 331-348.
177. Soto-Icaza, P., Aboitiz, F., & Billeke, P. (2015). Development of social skills in children: neural and behavioral evidence for the elaboration of cognitive models. *Frontiers in neuroscience*, *9*, 333.
178. Teuscher, D., Bukman, A. J., van Baak, M. A., Feskens, E. J., Renes, R. J., & Meershoek, A. (2015). Challenges of a healthy lifestyle for socially disadvantaged people of Dutch, Moroccan and Turkish origin in the Netherlands: a focus group study. *Critical public health*, *25*(5), 615-626.
179. Thiel, A., Thedinga, H. K., Barkhoff, H., Giel, K., Schweizer, O., Thiel, S., & Zipfel, S. (2018). Why are some groups physically active and others not? A contrast group analysis in leisure settings. *BMC public health*, *18*(1), 377.
180. Thiel, A., Thedinga, H. K., Thomas, S. L., Barkhoff, H., Giel, K. E., Schweizer, O., ... & Zipfel, S. (2016). Have adults lost their sense of play? An observational study of the social dynamics of physical (in) activity in German and Hawaiian leisure settings. *BMC public health*, *16*(1), 689.
181. Tomás, C. C., Oliveira, E., Sousa, D., Uba-Chupel, M., Furtado, G., Rocha, C&Catarino, E. (2016, July). Proceedings of the 3rd IPLEiria's International Health Congress. In *BMC Health Services Research* (Vol. 16, No. 3, p. 200). BioMed Central.

182. Tombor, I., Shahab, L., Brown, J., Notley, C., & West, R. (2015). Does non-smoker identity following quitting predict long-term abstinence? Evidence from a population survey in England. *Addictive behaviors, 45*, 99-103.
183. Tombor, I., Shahab, L., Herbec, A., Neale, J., Michie, S., & West, R. (2015). Smoker identity and its potential role in young adults' smoking behavior: A meta-ethnography. *Health Psychology, 34*(10), 992-1003.
184. Trocki, K. F., Michalak, L. O., & Drabble, L. (2013). Lines in the sand: Social representations of substance use boundaries in life narratives. *Journal of drug issues, 43*(2), 198-215.
185. Trocki, K. F., Michalak, L. O., & Drabble, L. (2013). Lines in the sand: Social representations of substance use boundaries in life narratives. *Journal of drug issues, 43*(2), 198-215.
186. Turner-Zwinkels, F. M., Postmes, T., & van Zomeren, M. (2015). Achieving harmony among different social identities within the self-concept: The consequences of internalising a group-based philosophy of life. *PloS one, 10*(11), e0137879.
187. Van Dyke, N., & Fillmore, M. T. (2015). Operant responding for alcohol following alcohol cue exposure in social drinkers. *Addictive behaviors, 47*, 11-16.
188. van Ommen, B., van den Broek, T., de Hoogh, I., van Erk, M., van Someren, E., Rouhani-Rankouhi, T., ... & Wopereis, S. (2017). Systems biology of personalized nutrition. *Nutrition reviews, 75*(8), 579-599.
189. Vandeleest, J. J., Beisner, B. A., Hannibal, D. L., Nathman, A. C., Capitanio, J. P., Hsieh, F., & McCowan, B. (2016). Decoupling social status and status certainty effects on health in macaques: a network approach. *PeerJ, 4*, e2394.
190. Veenstra, G. (2018). Infusing fundamental cause theory with features of Pierre Bourdieu's theory of symbolic power. *Scandinavian journal of public health, 46*(1), 49-52.
191. Verweij, M., Senior, T. J., Domínguez, D., Juan, F., & Turner, R. (2015). Emotion, rationality, and decision-making: how to link affective and social neuroscience with social theory. *Frontiers in neuroscience, 9*, 332.

192. Vrtička, P., Sander, D., Anderson, B., Badoud, D., Eliez, S., & Debbané, M. (2014). Social feedback processing from early to late adolescence: influence of sex, age, and attachment style. *Brain and behavior*, 4(5), 703-720.
193. Weishaar, H., Dorfman, L., Freudenberg, N., Hawkins, B., Smith, K., Razum, O., & Hilton, S. (2016). Why media representations of corporations matter for public health policy: a scoping review. *BMC publichealth*, 16(1), 899.
194. Weiss, D., Lillefjell, M., & Magnus, E. (2016). Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs—a scoping review at the local community level. *BMC public health*, 16(1), 140.
195. Wickham et al., (2019). Welcome to the tidyverse. *Journal of OpenSource Software*, 4(43), 1686, <https://doi.org/10.21105/joss.01686>
196. Wolohan J. T., Misato Hiraga, Atreyee Mukherjee, Zeeshan Ali Sayyed, Matthew Millard, 2018. *Detecting Linguistic Traces of Depression in Topic-Restricted Text: Attending to Self-Stigmatized Depression with NLP, Proceedings of the First International Workshop on Language Cognition and Computational Models*, pages 11–21 Santa Fe, New Mexico, United States, August 20, 2018. doi: <https://doi.org/10.18653/v1/P17>
197. Wood, K., Patterson, C., Katikireddi, S. V., & Hilton, S. (2014). Harms to ‘others’ from alcohol consumption in the minimum unit pricing policy debate: a qualitative content analysis of UK newspapers (2005–12). *Addiction*, 109(4), 578-584.
198. Yang, S. Y., Lin, C. Y., Huang, Y. C., & Chang, J. H. (2018). Gender differences in the association of smartphone use with the vitality and mental health of adolescent students. *Journal of American college health*, 66(7), 693-701.
199. Yang, Y. C., Schorpp, K., & Harris, K. M. (2014). Social support, social strain and inflammation: Evidence from a national longitudinal study of US adults. *Social Science & Medicine*, 107, 124-135.
200. Ye Li, Mei-Rong Lv, Yan-Jin Wei, Ling Sun, Ji-Xiang Zhang, Huai-Guo Zhang, Bin Li, Dietary patterns and depression risk: A meta-analysis, *Psychiatry Research*, 253, 2017, 373-382, ISSN 0165-1781, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.020>.

201. Zamboanga, B. L., Tomaso, C. C., Cloutier, R. M., Blumenthal, H., Kenney, S. R., & Borsari, B. (2016). Drinking Game Participation Among High School and Incoming College Students: A Narrative Review. *Journal of Addictions Nursing*, 27(1), 24-31.
202. Αζίζη-Καλατζή, Α., & Ζώνιου-Σιδέρη, Α. (1996). *Προκαταλήψεις και στερεότυπα: Δημιουργία και αντιμετώπιση*. ΥΠΕΠΘ/ΓΓΛΕ.
203. Γεώργας, Δ. (1995). *Κοινωνική ψυχολογία* (Τόμ. Α & Β). Αθήνα: αυτοέκδοση.
204. Γναρδέλλης Χ. (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Εκδόσεις Παπαζήση.
205. Δαφέρμος Β. (2005). *Κοινωνική Στατιστική με το SPSS*. Εκδόσεις ΖΗΤΗ.
206. Ιωαννίδης Ι (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
207. Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ. (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική*. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.
208. Ντώνιας Σ, Καραστεργίου Α, Μάνος Ν. (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*;2:42-48.
209. Παπαϊωάννου Τ, Φερεντίνος Κ. (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών*. Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ".
210. Παπαστάμος Σ. (1989). *Εγχειρίδιο Κοινωνικής Ψυχολογίας*. Εκδόσεις: Οδυσσέας.
211. Παπαστάμος Σ. (1992). *Σύγχρονες έρευνες στην Κοινωνική Ψυχολογία – Διομαδικές Σχέσεις*. Εκδόσεις: Οδυσσέας.
212. Παπαστάμου, Σ. (1989). *Διομαδικές σχέσεις*. Αθήνα: Οδυσσέας.
213. Παπαστάμου, Σ. (1989). *Η κοινωνική επιρροή*. Αθήνα: Οδυσσέας.
214. Ρήγα Α.Β. (1996). «Πρόλογος στην ελληνική έκδοση», στο Zavalloni Μ. και Louis-Guèrin C., *Κοινωνική ταυτότητα και συνείδηση* (επιμ.-μτφ.-πρόλογος Α.Β. Ρήγα), Αθήνα, εκδ. Ελληνικά Γράμματα. 77
215. Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
216. Χατζή Α. (1999). *Κοινωνική ψυχολογία*. Στο Σ. Βοσνιάδου (Επιμ.) *Εισαγωγή στην ψυχολογία* (Τόμ. Β). Αθήνα: Gutenberg.

Παράρτημα

Παράρτημα Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Δομή στατιστικής ανάλυσης	55
Διάγραμμα 2: Κατανομή ηλικιακής κατηγορίας (καταναλωτές)	56
Διάγραμμα 3: Κατανομή τόπου διαμονής	57
Διάγραμμα 4: Κατανομή οικογενειακής κατάστασης.....	57
Διάγραμμα 5: Κατανομή εκπαιδευτικού επιπέδου (καταναλωτές)	58
Διάγραμμα 6: Επίπεδο προσοχής ανά κατηγορία	61
Διάγραμμα 7: Επίπεδο αποφυγής ανά κατηγορία	62
Διάγραμμα 8: Ομαδοποίηση απόψεων	63
Διάγραμμα 9: Τυποποιημένοι συντελεστές κλίμακας αποφυγών (N = 498)	69
Διάγραμμα 10: Κατανομή τιμών κλιμάκων προσοχής και αποφυγής.....	71
Διάγραμμα 11: Επιρροή εκπαιδευτικού επιπέδου στην κλίμακα "Υιοθέτηση καλών πρακτικών"	75
Διάγραμμα 12: Επιρροή σωματικών προβλημάτων στην κλίμακα "Καλές συνήθειες"	75
Διάγραμμα 13: Επιρροή οικογενειακής κατάστασης στις τιμές της αποφυγής ψυχοσωματικών επιβαρύνσεων	77
Διάγραμμα 14: Επιρροή φύλου και ψυχοσωματικών προβλημάτων στην κλίμακα αποφυγής ψυχοσωματικών επιβαρύνσεων	78
Διάγραμμα 15: Επιρροή σωματικών προβλημάτων στην κλίμακα αποφυγής του καπνίσματος... ..	79
Διάγραμμα 16: Επιρροή άλλων προβλημάτων υγείας στην κλίμακα αποφυγής του πόνου και του θανάτου	80
Διάγραμμα 17: Τυποποιημένοι συντελεστές μοντέλου δομικών εξισώσεων (N = 475)	83
Διάγραμμα 18: Κατανομή των κανονικοποιημένων τιμών των κεντρικότητων (626 λέξεις)	87
Διάγραμμα 19: Ποσοστό μείωσης της κεντρικότητας μεταξύ 1 ^{ης} – 2 ^{ης} και 3 ^{ης} λέξης	89
Διάγραμμα 20: Γραφήματα λέξεων για τη διατροφή, την άσκηση, το αλκοόλ και το ξενύχτι (πάνω προς κάτω και αριστερά προς τα δεξιά)	92
Διάγραμμα 21: Γραφήματα λέξεων για το κάπνισμα, τον τρόπο ζωής, την ασθένεια και την υγεία (πάνω προς κάτω και αριστερά προς τα δεξιά)	93
Διάγραμμα 22: Μοντέλο μέτρησης (measurement model)	100

Παράρτημα - Πίνακας 1: Λέξεις που ομαδοποιήθηκαν

Diet (Διατροφή)	Exercise (Άσκηση)	Smoking (Τσιγάρο)	Alcoholic beverage (Αλκοόλ)
Γυμναστική - Άσκηση	Περπάτημα - Βόλτες	Κακή συνήθεια - Εξάρτηση	Διασκέδαση - Ψυχαγωγία
Σαλάτες - Λαχανικά	Υποχρέωση - Αγγαρεία	Μου αρέσει - Καλό	Με μέτρο - Λίγο
Φαγητό -Χορταίνω	Μέτρο - Λογική	Κακό - Απαγορευτικό	Παρέα - Φίλοι
Χρήματα-Μηνιαίες Αποδοχές		Ευχαρίστηση - Απόλαυση	Καθόλου - Αποχή
Αδυνάτισμα - Δίαιτα		Καπνός - Αέρας	
Η μικρή μου κόρη-Παιδιά		Άγχος - Στρες	
Πολυτέλεια-Ποικιλία			
Nightlife (Ξενύχτι)	Lifestyle (Τρόπος Ζωής)	Disease (Ασθένεια)	Health (Υγεία)
Φίλοι - Παρέα	Ρουτίνα – Βαρετός - Μονότονος	Άγχος - Αγωνία	Να προσέχουμε - Προσεγμένη
Διασκέδαση - Καλοπέραση - Ψυχαγωγία - Γλέντι	Καλοπέραση - Ωραία	Θλίψη - Στεναχώρια	Σημαντικό - Προτεραιότητα
Καλή φάση - Ωραία	Δύσκολος - Κακός	Ταλαιπωρία - Πρόβλημα	Δύναμη - Ευρωστία
Χαζομάρα - Άσκοπο	Σωστός – Υγιεινός	Σπίτι - Οικογένεια	Ζωή – Καλή ζωή
Κούραση - Ταλαιπωρία	Ξέγνοιαστος - Ανέμελος	Περίθαλψη - Φροντίδα	Τύχη - Τυχερός
Σεξ-Έρωτας	Φυσιολογικός - Νορμάλ	Ψυχραιμία - Αντιμετώπιση	Ξεγνοιασιά - Ανεμελιά
Με μέτρο-Λίγο		Δύναμη - Αντοχή	Άθληση - Άσκηση
Καλοκαίρι-Διακοπές		Ανικανότητα - Αδυναμία	Ησυχία - Ηρεμία
		Ανάρρωση - Αποκατάσταση	Ενέργεια - Ευτυχία
		Φίλοι - Παρέα	Χαρά-Ευτυχία
			Αγαθό-Δώρο
			Σεξ - Έρωτας
			Εκδρομές - Ταξίδια
			Άγχος - Στρες

Appendix - Table 2: The 5 words with the largest centrality in each word category

Διατροφή (Diet)	Άσκηση (Exercise)
1 Υγεία (Health), N = 119, c = 1	Υγεία (Health), N = 104, c = 1
2 Αδυνάτισμα - Δίαιτα (Weakness - Diet), N = 78, c = 0,94	Γυμναστική (Gymnastics), N = 80, c = 0,93
3 Υγιεινή Διατροφή (Healthy Diet), N = 72, c = 0,86	Ευεξία (Wellness), N = 45, c = 0,65
4 Φρούτα (Fruit), N = 68, c = 0,78	Κούραση (Fatigue), N = 42, c = 0,65
5 Φαγητό -Χορταίνω (Food - Satisfy), N = 47, c = 0,72	Τρέξιμο (Running), N = 61, c = 0,64
Ξενύχτι (Nighlife)	Τρόπος Ζωής (Lifestyle)
1 Διασκέδαση - Καλοπέραση (Fun - Entertainment), N = 119, c = 1	Ήρεμος (Quiescent), N = 68, c = 1
2 Κούραση - Ταλαιπωρία (Fatigue - Suffering), N = 86, c = 0,94	Ξέγνοιαστος-Ανέμελος (Carefree), N = 27, c = 0,95
3 Πότο (Drink), N = 106, c = 0,93	Καλοπέραση - Ωραία (Have a good time - Nice), N = 29, c = 0,87
4 Φίλοι - Παρέα (Friends - Company), N = 96, c = 0,86	Οικογενειακός (Family), N = 43, c = 0,83
5 Χορός (Dance), N = 33, c = 0,71	Ρουτίνα – Βαρετός, N=44, c = 0,82
Τσιγάρο (Smoking)	Ποτό (Alcoholic Beverage)
1 Κακή συνήθεια - Εξάρτηση (Bad habit - Addiction), N = 121, c = 1	Εξάρτηση (Dependence), N = 58, c = 1
2 Καρκίνος (Cancer), N = 74, c = 0,80	Μέθη (Intoxication), N = 58, c = 0,97
3 Αρρώστια (Sickness), N = 51, c = 0,74	Παρέα - Φίλοι (Friends - Company), N = 60, c = 0,95
4 Ευχαρίστηση - Απόλαυση (Pleasure - Enjoyment), N = 51, c = 0,71	Ξενύχτι (Nightlife), N = 47, c = 0,84
5 Κακό - Απαγορευτικό (Bad - Prohibitive), N = 48, c = 0,70	Διασκέδαση - Ψυχαγωγία (Fun - Entertainment), N = 58, c = 0,81
Ασθένεια (Disease)	Υγεία (Health)
1 Φόβος (Fear), N = 69, c = 0,1	Χαρά - Ευτυχία (Joy - Happiness), N = 128, c = 1
2 Νοσοκομείο (Hospital), N = 87, c = 0,95	Ζωή - Καλήζωή (Life - Good life), N = 59, c = 0,66
3 Θάνατος (Death), N = 50, c = 0,86	Διατροφή (Diet), N = 44, c = 0,58
4 Θλίψη – Στενοχώρια (Sadness - Distress), N = 28, c = 0,81	Άθληση - Άσκηση (Exercise - Exercise), N = 41, c = 0,52
5 Άγχος – Αγωνία (Death), N = 31, c = 0,79	Ευεξία (Wellness), N = 38, c = 0,48

Appendix - Table 3: Pearson correlation among the eight centralities, the demographics and the psychopathology scales.

	CTF	CTE	CTS	CTA	CTN	CTL	CTD	CTH	AGE	GND	SOM	OC	IS	DEP	ANX	HOS	PHB	PAR	PSY	OAS
CTE	,263**																			
CTS	,183**	0,106																		
CTA	0,064	,161**	,134*																	
CTN	,170**	0,029	,139*	,250**																
CTL	,196**	,123*	,175**	,135*	,200**															
CTD	0,037	0,112	,157**	,208**	,197**	0,116														
CTH	0,032	,210**	-0,017	,158**	0,065	,184**	,202**													
AGE	-0,066	-0,04	0,064	0,095	-,155**	0,031	0,1	0,085												
GND	-,120*	-0,097	-0,016	0,03	-0,085	-,206**	-0,078	-0,085	0,064											
SOM	0,016	-0,094	-0,025	-0,101	-0,011	0,102	0,066	0,026	,384**	-,238**										
OC	0,008	-0,067	-0,019	-0,105	-0,005	0,076	0,101	0,045	,213**	-,237**	,702**									
IS	-0,084	-0,051	-0,008	-0,095	-0,07	0,046	,188**	0,062	,202**	-,162**	,653**	,767**								
DEP	-0,002	-0,085	0,025	-0,089	-0,022	0,073	,144*	-0,016	,263**	-,256**	,743**	,830**	,824**							
ANX	-0,034	-0,094	0,042	-,151**	-0,023	0,083	0,052	0,042	,237**	-,182**	,755**	,753**	,725**	,799**						
HOS	-,139*	-0,103	-0,09	-,226**	-0,069	-0,013	0,031	0,024	0,014	-0,032	,451**	,497**	,521**	,524**	,578**					
PHB	-0,098	-0,09	0,036	-,142*	-0,091	0,048	0,061	-0,006	,284**	-0,085	,611**	,641**	,698**	,681**	,740**	,399**				
PAR	-0,096	-0,068	-0,04	-,122*	-0,089	0,043	0,074	-0,004	,181**	-,146**	,573**	,660**	,757**	,721**	,639**	,560**	,504**			
PSY	-0,036	-,115*	0,074	-,176**	-0,081	-0,016	0,068	0,041	,174**	-,115**	,614**	,712**	,752**	,752**	,775**	,537**	,698**	,654**		
OAS	-0,069	-0,112	-0,028	-,139*	0,000	-0,059	0,053	-0,103	,120**	-0,042	,434**	,529**	,591**	,553**	,565**	,432**	,464**	,520**	,573**	
ESS	0,003	-0,048	0,032	-0,089	0,098	0,067	,132*	0,041	,101*	-,144**	,352**	,517**	,498**	,490**	,520**	,319**	,421**	,365**	,493**	,520**

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).