



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

**Ψυχικός πόνος και αυτοκτονικός κίνδυνος: Εφαρμογή των
κλιμάκων Ψυχικού πόνου και Ανοχής στον Ψυχικό πόνο
σε μη κλινικό δείγμα**

Σπουδάστρια:

Σουμάνη Αγγελική, Ψυχολόγος (Α.Μ. 143)

Επιβλέπων καθηγητής:

Πλουμπίδης Δημήτριος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2011

Copyright © Αγγελική Σουμάνη 2011

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης στην «Αντιμετώπιση του πόνου» του τομέα Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας της Ιατρικής σχολής του Παν/μίου Ιωαννίνων. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους της Ιατρικής Σχολής.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επόπτη μου, κ. Δημήτρη Πλουμπίδη, Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής για την εμπιστοσύνη, την υποστήριξη και τη συνεργασία του όλα αυτά τα χρόνια αλλά και κατά την περαίωση αυτής της εργασίας. Ιδιαίτερα θέλω να ευχαριστήσω και το συνεργάτη και φίλο κ. Γιώργο Κωνσταντακόπουλο, ψυχίατρο, για την υποστήριξη αλλά και την ανεκτίμητη συμβολή του κατά το σχεδιασμό και πραγματοποίηση της μελέτης αλλά και κατά την τελική συγγραφή της εργασίας.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τον καθηγητή I. Orbach για την ευγενή παραχώρηση των κλιμάκων για τον ψυχικό πόνο, αλλά και τον δρα Αλέξανδρο Μπότση για την παραχώρηση της ελληνικής έκδοσης της κλίμακας για τον αυτοκτονικό κίνδυνο.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω το σύντροφό μου, την οικογένεια μου και τους φίλους μου που στέκονται πάντα με εμπιστοσύνη και κατανόηση δίπλα μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο ψυχικός πόνος είναι μια εσωτερική επώδυνη ψυχολογική εμπειρία και αναφέρεται στη βίωση υπερβολικά έντονα αρνητικών συναισθημάτων που ματαιώνουν τις ζωτικές ανάγκες του ανθρώπου. Σύμφωνα με τη θεωρία του Schneiderman για τη φαινομενολογία της αυτοκτονίας, ο ψυχικός πόνος αποτελεί όχι μόνο τον πιο σημαντικό από τους ψυχολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονία αλλά συνιστά την προϋπόθεση σε ψυχολογικό επίπεδο για να επιχειρηθεί η αυτοκτονία. Οι σχετικές μελέτες επιβεβαιώνουν το ρόλο του ψυχικού πόνου ως ανεξάρτητου προβλεπτικού παράγοντα στην αυτοκτονία και μάλιστα πιο ισχυρού από την κατάθλιψη. Στην παρούσα μελέτη εκτιμήσαμε τις ψυχομετρικές ιδιότητες της ελληνικής εκδοχής της Κλίμακας Ψυχικού Πόνου (ΚΨΠ) καθώς και της Κλίμακας Ανοχής στον Ψυχικό Πόνο (ΚΑΨΠ) χορηγώντας τις σε μη κλινικό δείγμα αποτελούμενο από 112 συμμετέχοντες (73 γυναίκες και 39 άνδρες). Επιπλέον εξετάσαμε τη συσχέτιση του ψυχικού πόνου, της ανοχής στον ψυχικό πόνο και της κατάθλιψης και του σωματικού πόνου με τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Υποθέσαμε ότι τόσο το επίπεδο του ψυχικού πόνου, όσο και της ανοχής στον ψυχικό πόνο θα λειτουργούν προβλεπτικά για την αυτοκτονικότητα, ανεξάρτητα από την κατάθλιψη. Αμφότερες οι κλίμακες έδειξαν από ικανοποιητικά ως υψηλά επίπεδα αξιοπιστίας κι εγκυρότητας, σε συμφωνία και με την αρχική μελέτη για τις ψυχομετρικές ιδιότητες τους, με εξαίρεση ενός από τους παράγοντες της ΚΨΠ. Ο ψυχικός πόνος συσχετίστηκε σημαντικά με τον αυτοκτονικό κίνδυνο, αλλά και με την κατάθλιψη, επιβεβαιώνοντας ευρήματα προηγούμενων μελετών. Ο ψυχικός πόνος και η καταθλιπτική συμπτωματολογία βρέθηκε ότι έχουν ανεξάρτητη συμβολή στον αυτοκτονικό κίνδυνο. Επιπλέον η ανοχή του ψυχικού πόνου βρέθηκε επίσης να συμβάλει στον αυτοκτονικό κίνδυνο, ανεξάρτητα από την κατάθλιψη και τον ψυχικό πόνο, παρότι σχετίζεται με τις μεταβλητές αυτές. Ο σωματικός πόνος συσχετίστηκε σημαντικά τόσο με την κατάθλιψη, όσο και με τον ψυχικό πόνο, αλλά όχι με τον αυτοκτονικό κίνδυνο. Εξετάσαμε ακόμη την ξεχωριστή συνεισφορά στον αυτοκτονικό κίνδυνο των επιμέρους παραγόντων του ψυχικού πόνου και της ανοχής σε αυτόν. Η απώλεια του ελέγχου κατά τη βίωση του ψυχικού πόνου καθώς και η δυνατότητα να εμπεριέχει κανείς τον πόνο ως παράγοντας ανοχής στον ψυχικό πόνο βρέθηκε ότι έχουν τη μεγαλύτερη επίδραση στον αυτοκτονικό κίνδυνο. Προκύπτουν συνεπώς στοιχεία υπέρ της υπόθεσης του Schneiderman ότι η έννοια της ανοχής στον ψυχικό πόνο αποτελεί κλειδί στην κατανόηση της εμπειρίας αυτής και στην σχέση της με τον αυτοκτονικό κίνδυνο. Τα ευρήματά μας επιβεβαιώνουν επίσης την αρχική μας υπόθεση σχετικά με το σημαντικό ρόλο του ψυχικού πόνου στην αυτοκτονία, καθώς και το ότι αποτελεί ξεχωριστή κατασκευή από την κατάθλιψη. Κατά προέκταση αναδεικνύεται και η σημασία του ψυχικού πόνου ως θεραπευτικού στόχου, πέρα από την καταθλιπτική συμπτωματολογία, για την πρόληψη της αυτοκτονίας. Τόσο η ΚΨΠ, όσο και η ΚΑΨΠ αποτελούν έγκυρα κι αξιόπιστα εργαλεία εκτίμησης της εμπειρίας του ψυχικού πόνου και της ανοχής σε αυτόν, χρήσιμα στην κλινική πράξη.

Λέξεις ευρετηρίου: ψυχικός πόνος, κίνδυνος αυτοκτονίας, ανοχή στον ψυχικό πόνο, κατάθλιψη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....σελ.1	
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....σελ.2	
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....σελ.4	
ΠΙΝΑΚΕΣ.....σελ.6	
1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία για την αυτοκτονία.....σελ.9	
1.2 Παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονία.....σελ.11	
1.2.1 Πληθυσμοί υψηλού κινδύνου.....σελ.11	
1.2.2 Ψυχιατρικές διαταραχές.....σελ.11	
1.3 Βασικά κλινικά στοιχεία για τη Μείζονα κατάθλιψη.....σελ.12	
1.3.1 Επιδημιολογικά στοιχεία για την κατάθλιψη.....σελ.13	
1.3.2 Θεωρίες για την κατάθλιψη.....σελ.13	
1.3.2.1 Η γνωσιακή θεωρία του Beck.....σελ.14	
1.3.2.2 Η διαπροσωπική- οικογενειακή θεωρία για την κατάθλιψη.....σελ.14	
1.3.3 Μείζων κατάθλιψη και αυτοκτονικότητα.....σελ.15	
1.4 Ο πόνος ως παράγοντας αυτοκτονικού κινδύνου. Χρόνιος μη καρκινικός πόνος και αυτοκτονικότητα.....σελ.15	
1.4.1 Πόνος και κατάθλιψη.....σελ.18	
1.5 Ο ψυχικός πόνος ως παράγοντας αυτοκτονικού κινδύνου.	

1.5.1 Ορισμός του ψυχικού πόνου.....	σελ.21
1.5.2 Διερεύνηση του ψυχικού πόνου και της σημασίας του.....	σελ.23
1.5.3 Βιολογικές παράμετροι του ψυχικού πόνου-ψυχικός και σωματικός πόνος.....	σελ.25
1.7 Ανοχή στον ψυχικό πόνο.....	σελ.27
1.7 Υποθέσεις.....	σελ.27
2.ΜΕΘΟΔΟΣ	
1.8 Δείγμα.....	σελ.29
1.9 Εργαλεία και διαδικασία χορήγησης.....	σελ.29
2.2.1. Κλίμακα Ψυχικού Πόνου των Orbach & Mikulincer.....	σελ.29
2.2.2. Κλίμακα Ανοχής του Ψυχικού Πόνου.....	σελ.30
2.2.3 Ερωτηματολόγιο του Beck για την Κατάθλιψη.....	σελ.31
2.2.4 Κλίμακα αυτοκτονικού κινδύνου.....	σελ.31
2.2.5 Ερωτηματολόγιο του McGill για τον πόνο - σύντομη εκδοχή.....	σελ.31
2.3 Στατιστική ανάλυση.....	σελ.32
2.4 Αποτελέσματα.....	σελ.33
2.4.1 Χαρακτηριστικά του δείγματος.....	σελ.33

2.4.2	Ψυχομετρικές ιδιότητες της ΚΨΠ και της ΚΑΨΠ.....σελ.36
2.4.2.1	Εσωτερική αξιοπιστία.....σελ.36
2.4.2.2	Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων.....σελ.37
2.4.2.3	Εγκυρότητα ΚΨΠ και ΚΑΨΠ.....σελ.38
2.4.3	Συσχετίσεις μεταξύ ψυχικού πόνου, κατάθλιψης, σωματικού πόνου και κινδύνου αυτοκτονίας.....σελ.38
2.4.4	Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης.....σελ.40
2.4.5	Ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης.....σελ.41
3.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ
3.1	Ψυχομετρικές ιδιότητες των ΚΨΠ και ΚΑΨΠ.....σελ.43
3.2	Ο ψυχικός πόνος ως προβλεπτικός παράγοντας της αυτοκτονικότητας.....σελ.45
3.3	Ο ρόλος της ανοχής του ψυχικού πόνου και των συνιστωσών της επώδυνης εμπειρίας σχετικά με τον αυτοκτονικό κίνδυνο.....σελ.51
3.4	Η σχέση του σωματικού πόνου με τον ψυχικό πόνο και την αυτοκτονικότητα.....σελ.53
3.5	Μεθοδολογικοί περιορισμοί.....σελ.54
4.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....σελ.55
5.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ.58
	ΠΑΡΑΘΕΜΑΤΑ.....σελ.67

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος..... ΣΕΛ.34

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Συσχετίσεις μεταξύ της βαθμολογίας στην κλίμακα srs και στις κλινικές και δημογραφικές μεταβλητές επί του συνολικού δείγματος.....ΣΕΛ.39

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Υπολογισμός της επίδρασης του ψυχικού πόνου, της ανοχής στον ψυχικό πόνο, της κατάθλιψης και του σωματικού πόνου στον αυτοκτονικό κίνδυνο με ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με «βήμα προς βήμα» μέθοδο.....ΣΕΛ.40

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τον καθορισμό του ρόλου των διαστάσεων του ψυχικού πόνου, των πλευρών της ανοχής του ψυχικού πόνου και της κατάθλιψης στον αυτοκτονικό κίνδυνο.....ΣΕΛ.42

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία για την αυτοκτονία

Παρά το γεγονός ότι η αυτοκτονία θεωρείται ένα σπάνιο γεγονός, η επιδημιολογία της έχει μεγάλο κλινικό ενδιαφέρον γιατί αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου από τραυματισμό. Σύμφωνα με την έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ένα εκατομμύριο άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους αυτοκτονώντας, που αντιστοιχεί σε έναν θάνατο κάθε 40 δευτερόλεπτα, ενώ 10-20 εκατομμύρια άνθρωποι αποπειράθηκαν ν αυτοκτονήσουν (WHO,1999). Σύμφωνα με την ίδια έκθεση οι αντίστοιχοι κατ' έτος αριθμοί προβλέπεται να αυξηθούν μέχρι το 2020.

Τα διαφορετικά ποσοστά αυτοκτονίας σε κάθε χώρα ή ευρύτερη γεωγραφική περιοχή θεωρείται ότι πιθανόν διαμορφώνονται υπό την επίδραση διαφορετικών κοινωνικών, πολιτισμικών, αλλά ακόμα και καθαρά περιβαλλοντικών παραγόντων. Η ακριβής καταγραφή των θανάτων από αυτοκτονία όμως επηρεάζεται και από τις γραφειοκρατικές προϋποθέσεις της εκάστοτε χώρας, το κατά πόσο δηλαδή καταγράφεται η αυτοκτονία ως αιτία θανάτου , καθώς και από το πόσο αποδεκτή είναι κοινωνικά η αυτοκτονία στη χώρα αυτή (Chishti et al, 2003). Τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών σημειώνονται στις χώρες της ανατολικής Ευρώπης, όπως η Εσθονία και η Λιθουανία, αλλά και η Φιλανδία, η Ουγγαρία και η Ρωσία, αλλά και σε νησιωτικές περιοχές, όπως ο Αγ. Μαυρίκιος, η Κούβα και η Ιαπωνία, χώρες που διαφέρουν πολύ και ως προς τη γεωγραφική θέση, αλλά και ως προς κοινωνικοπολιτισμικά στοιχεία (Bertolote &Fleischmann, 2002).

Σύμφωνα με τον Durkheim (1951), κοινωνιολόγο του οποίου το όνομα έχει συνδεθεί με τη μελέτη του φαινομένου της αυτοκτονίας, κάθε κοινωνία έχει δικούς τρόπους να βλέπει, αλλά και να αντιμετωπίζει την αυτοκτονία και οι τρόποι αυτοί αντανakλώνται στα ποσοστά των αυτοκτονιών κάθε χώρας. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της κοινωνίας της Ν. Κορέας, όπου αντίθετα με ότι συμβαίνει στις

δυτικές κοινωνίες που βρίσκονται υπό την επιρροή της χριστιανικής θρησκείας, η αυτοκτονία θεωρείται αποδεκτό μέσο αντιμετώπισης της ντροπής και της αποτυχίας (Kim, 2005). Ακόμη, η αυτοκτονία σχετίζεται με την ισχύ και τη σταθερότητα των κοινωνικών δεσμών. Ο Durkheim θεωρεί την αύξηση των περιστατικών αυτοκτονίας ως δείκτη εις βάθους αλλαγών στον κοινωνικό οργανισμό και τις συνδέει με την τεχνολογική ανάπτυξη που έχει ως αποτέλεσμα το μεγαλύτερο καταμερισμό της εργασίας και τη χαλάρωση των δεσμών του ατόμου με το σύνολο, άρα, σύμφωνα με τον Durkheim και την αύξηση των ποσοστών αυτοκτονίας. Η θεωρία αυτή έχει επηρεάσει σημαντικά τους μετέπειτα μελετητές και έχει επιβεβαιωθεί εμπειρικά (Miley, 1972).

Η Ελλάδα έχει σταθερά ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών στην Ευρώπη και τον κόσμο. Παρά ταύτα κατά την περίοδο 1978-1984 σημειώθηκε σημαντική αύξηση στα ποσοστά αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Madianos et al, 1993). Σύμφωνα με τη σχετική έρευνα των Μαδιανού και συνεργατών, ο αριθμός των γυναικών με αυτοκτονικό ιδεασμό και απόπειρες αυτοκτονίας στην Ελλάδα την περίοδο αυτή ήταν διπλάσιος από τους άνδρες. Η αύξηση αυτή αποδόθηκε από τους συγγραφείς σε παράγοντες όπως η αύξηση των περιστατικών κατάθλιψης και αγχώδων διαταραχών αλλά και σε κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, όπως η οικονομική ύφεση και συνεπακόλουθα η αύξηση της ανεργίας, παράλληλα με την κρίση των κοινωνικών αξιών. Σε σχετικά πιο πρόσφατη έρευνα των ίδιων επισημαίνεται επιπλέον αύξηση των αυτοκτονιών στην Ελλάδα - παρότι εξακολουθούν να βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα - μέχρι και το 1995 (Madianos et al, 1998).

Αναφορικά με την Ελλάδα έχουν ενδιαφέρον επίσης τα ευρήματα προσφάτων ερευνών που συνδέουν την έκθεση στον ήλιο με την αυτοκτονική συμπεριφορά (Petridou et al, 2002, Papadopoulos et al, 2005). Η θετική αυτή σχέση φαντάζει εκ πρώτης όψεως παράδοξη, καθώς είναι γνωστή η ευεργετική επίδραση του ήλιου στη διάθεση και στη συμπεριφορά. Παρά ταύτα ο υψηλότερος σχετικός κίνδυνος αυτοκτονικής συμπεριφοράς σημειώνεται τους μήνες με τον περισσότερο

ήλιο, στην Ελλάδα δε η αύξηση αυτή είναι της τάξης του 50% κατά το μήνα Ιούνιο, που είναι και ο μήνας με τη διαρκέστερη «λιακάδα» (Petridou et al, 2002). Σύμφωνα με τους συγγραφείς, δε βρέθηκε συσχέτιση με την έκθεση στον έντονο ήλιο την ημέρα κατά την οποία πραγματοποιείται η απόπειρα, αλλά κάποιες μέρες πριν. Το διάστημα αυτό δε βρέθηκε να είναι μικρότερο για τις γυναίκες.

1.2 Παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονία.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι το φαινόμενο της αυτοκτονίας έχει σύνθετες ψυχοκοινωνικές αιτίες και γι' αυτό ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών συνθηκών και ψυχοβιολογικών παραγόντων ερευνάται για τον εντοπισμό πιθανών παραγόντων κινδύνου και παθογενετικών μηχανισμών.

1.2.1 Πληθυσμοί υψηλού κινδύνου

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν σταθερά ευρήματα σχετικά με τους πληθυσμούς υψηλότερου κινδύνου για την αυτοκτονία. Σε πληθυσμό υψηλού κινδύνου ανήκουν όσοι έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν στο παρελθόν, όσοι έχουν οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας, ανεξάρτητα από την ύπαρξη συγκεκριμένης ψυχικής διαταραχής, αλλά και κοινωνικές ομάδες με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, όπως οι ομοφυλόφιλοι (Mc Daniel et al, 2001). Επιπλέον σε υψηλό κίνδυνο βρίσκονται επίσης όσοι είναι κοινωνικά απομονωμένοι αλλά και οι φυλακισμένοι.

1.2.2 Ψυχιατρικές διαταραχές

Παράγοντες κινδύνου για την πυροδότηση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς εξακολουθούν να θεωρούνται κατά κύριο λόγο οι ψυχιατρικές διαταραχές (Harris & Barraclough, 1997, Cavanagh et al, 2003) και γενικά οι

παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχική υγεία. Τον κύριο ρόλο στη σχέση αυτή έχουν **οι διαταραχές διάθεσης**, κυρίως η μείζων κατάθλιψη αλλά και η δυσθυμία και η διπολική διαταραχή, (Beautrais et al, 1996). Παράλληλα, ο κίνδυνος αυτοκτονικής συμπεριφοράς αυξάνει ευθέως ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης (Beautrais et al, 2005). Η κατάθλιψη φαίνεται να παρεμβάλλεται και στη σχέση της αυτοκτονίας με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Σταθερό εύρημα σχετικών μελετών είναι πως η συννοσηρότητα με την κατάθλιψη αυξάνει την πιθανότητα για αυτοκτονία στις αγχώδεις διαταραχές όπου φαίνεται να την καθορίζει, (Beautrais et al, 1998) αλλά και στις διαταραχές κατάχρησης ουσιών (Kessler et al, 1999), τις διαταραχές πρόσληψης τροφής (Stein et al, 2003), ακόμη και την σχιζοφρένεια (Beautrais et al, 2005).

1.3 Βασικά κλινικά στοιχεία για τη Μείζονα κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη διαγιγνώσκεται σύμφωνα με ένα από τα χρησιμοποιούμενα ταξινομητικά συστήματα στην Ψυχιατρική, το DSM-IV και το ICD-10. Τα διαγνωστικά κριτήρια και στα δύο αυτά συστήματα για τη διάγνωση ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου περιλαμβάνουν συμπτώματα ανηδονίας, μειωμένης διάθεσης, διαταραχής στην όρεξη και τον ύπνο, ψυχοκινητικής επιβράδυνσης ή ανησυχίας, δυσκολίας στη σκέψη και τη συγκέντρωση, αισθήματος κόπωσης, ενοχών, ιδεών αυτοκαταστροφής. Μπορεί να παρουσιαστεί ένα μεμονωμένο επεισόδιο, ή να υπάρχουν υποτροπές – υποτροπιάζουσα μείζων κατάθλιψη ανάμεσα στις οποίες μεσολαβούν 2 τουλάχιστον μήνες όπου το άτομο έχει επανέλθει στην πρότερη λειτουργικότητά του. Το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να συνοδεύεται από ψυχωσικά συμπτώματα ή όχι, ενώ η σοβαρότητά του έχει διαβαθμίσεις: ήπιο, μέσης βαρύτητας και βαρύ. Υπάρχουν στοιχεία για το γενετικό υπόβαθρο της κατάθλιψης, καθώς είναι «οικογενειακή υπόθεση». Ωστόσο η αιτιολογία της δεν μπορεί να θεωρηθεί αμιγώς γενετική, αλλά πρέπει να αναζητηθεί στην αλληλεπίδραση μεταξύ γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Sullivan et al, 2000)

1.3.1 Επιδημιολογικά στοιχεία για την κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη θεωρείται η τέταρτη αιτία αναπηρίας στον κόσμο (Murray & Lopez, 1997). Στα τέλη του 20^{ου} αιώνα, ο δια βίου επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης κυμαινόταν από 16 έως 20% (Angst, 1992). Ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι σημαντικά υψηλότερος στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες, όχι μόνον όσον αφορά τη μείζονα κατάθλιψη, αλλά και τις πιο ήπιες μορφές της διαταραχής (Kessler, 2003), και μάλιστα έχει βρεθεί το ποσοστό να είναι διπλάσιο στις γυναίκες (Kessler, 1993), θεωρείται δε η κυριότερη αιτία ανικανότητας σχετιζόμενης με την ασθένεια στις γυναίκες (Noble, 2005). Έχει επίσης βρεθεί ότι είναι πιο συχνό όταν μια γυναίκα έχει κατάθλιψη, να είναι έγγαμη, παρά άγαμη (Kessler, 2003). Η κατάθλιψη είναι η πιο δαπανηρή από τις ψυχιατρικές και νευρολογικές διαταραχές, καθώς φτάνει το 33% του συνολικού κόστους τους, ενώ καλύπτει το 1% του συνολικού προϋπολογισμού της Ευρώπης (Sobocki et al, 2006).

Στην Ελλάδα, τα ποσοστά της κατάθλιψης βρέθηκε ότι κυμαίνονται γύρω στο 17% σε έρευνα των Μαδιανού και συνεργατών, ενώ είχε σημειωθεί αύξηση στα ποσοστά αυτά μέχρι και κατά 10% περίπου μέχρι το 1984, η οποία όμως αποδόθηκε στις ιδιάζουσες τότε κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες της χώρας (Madianos et al, 1992).

1.3.2 Θεωρίες για την κατάθλιψη.

Οι θεωρίες για την κατάθλιψη διακρίνονται σε βιολογικές, ενδοπροσωπικές (ψυχαναλυτική και γνωστική-συμπεριφοριστική) και διαπροσωπικές (συστημική-οικογενειακή). Παρακάτω παρουσιάζονται πολύ συνοπτικά δύο αντιπροσωπευτικές θεωρίες, οι οποίες υποστηρίζουν αντίστοιχες μορφές ψυχοθεραπείας που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στην κατάθλιψη.

1.3.2.1 Η γνωσιακή θεωρία του Beck.

Ο A. Beck είναι ο ιδρυτής της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής σχολής στην ψυχοθεραπεία και διατύπωσε τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεωρία για την κατάθλιψη. Σύμφωνα με τον ίδιο οι ψυχολογικές δυσκολίες σχετίζονται με τις αυτόματες σκέψεις αλλά και τις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις που έχει κανείς για τον εαυτό του και για τον κόσμο. Ο άνθρωπος που πάσχει ή που είναι ευάλωτος στην κατάθλιψη βλέπει τον εαυτό του αποτυχημένο, τον κόσμο απογοητευτικό και το μέλλον ζοφερό. Ακόμη, ο άνθρωπος αυτός δεν επεξεργάζεται σωστά τις πληροφορίες από το περιβάλλον με αποτέλεσμα να μεγαλοποιεί τις καθημερινές δυσκολίες και να υπεργενικεύει – αυτά είναι τα γνωστικά «σφάλματα» που κατά τον Beck οδηγούν στην κατάθλιψη, καθώς δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος: οι σκέψεις αυτές προκαλούν συναισθήματα θλίψης, απογοήτευσης, απελπισίας-τα συναισθήματα αυτά με τη σειρά τους οδηγούν στο σχηματισμό νέων καταθλιπτικών γνωσιών οι οποίες ενισχύουν εκ νέου την περαιτέρω ανάπτυξη τέτοιων συναισθημάτων (Pervin & John, 1997)

Η γνωσιακή θεραπεία για την κατάθλιψη συνίσταται στον εντοπισμό και την αλλαγή αυτών των δυσλειτουργικών σκέψεων και πεποιθήσεων. Πρόκειται στην τυπική της μορφή για βραχεία παρέμβαση και πραγματοποιείται σε 15-20 συνεδρίες.

1.3.2.2 Η διαπροσωπική-οικογενειακή θεωρία για την κατάθλιψη.

Στην οικογενειακή θεωρία για την κατάθλιψη, αυτή θεωρείται περισσότερο παράγωγο της σχέσης παρά ενδοψυχική διαδικασία. Σύμφωνα με τους Keitner & Miller (1990) η οικογένεια διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση και εξέλιξη της μείζονος κατάθλιψης. Υποστήριξαν ότι η πορεία της κατάθλιψης, τα ποσοστά υποτροπών και η αυτοκτονική συμπεριφορά επηρεάζονται σημαντικά από τη λειτουργικότητα της οικογένειας και την αλληλεπίδραση του ζευγαριού. Ακόμη, ο Feldman (1976) βασιζόμενος στη θεωρία του Beck υποστήριξε ότι τα

γνωστικά σχήματα που αναφέρονται στην κατάθλιψη ενεργοποιούνται αμοιβαία κι ενισχύονται και από τους δύο συζύγους στην περίπτωση που ο ένας ορίζεται ως καταθλιπτικός, παρότι μπορεί να εκφράζονται με διαφορετικές συμπεριφορές. Η κατάθλιψη συνδέεται με την έλλειψη ικανοποίησης από τη ζωή, αλλά και από την έλλειψη ικανοποίησης από τη σχέση του ζευγαριού, που γεννά ματαιώσεις και θυμό απέναντι στον άλλο και απέναντι στον εαυτό. Η συστημική οικογενειακή θεραπεία ακόμη κι όταν γίνεται σε ατομικό επίπεδο, στοχεύει στην ανάδειξη των δυσλειτουργικών σχέσεων και στην προσαρμοστικότητα και κατανόηση μεταξύ των συζύγων καθώς και στην κατανόηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μέσα στο πλαίσιο της σχέσης και τη σύνδεσή τους με αυτό (Mead, 2002)

1.3.3 Μείζων κατάθλιψη και αυτοκτονικότητα.

Η σχέση της κατάθλιψης με την αυτοκτονία υποστηρίζεται από πληθώρα ερευνητικών δεδομένων (Robins, Schmidt, & O'Neil, 1959). Σύμφωνα με έρευνα, οι άνθρωποι με μείζονα κατάθλιψη είναι 20 φορές πιο πιθανό να χάσουν τη ζωή τους από αυτοκτονία σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό (Cheng, Chen, Chen, & Jenkins, 2000). Ακόμη, το 80% όσων επιχειρούν να αυτοκτονήσουν έχουν κατάθλιψη, ενώ το 15% από αυτούς τελικά αυτοκτονεί (Sadock et al, 2007). Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι οι άνθρωποι με βαριά κατάθλιψη ήταν περίπου 3 φορές πιο πιθανό να αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν σε σχέση με εκείνους με ήπια κατάθλιψη. Η βαρύτητα της κατάθλιψης αποτελεί προβλεπτικό δείκτη για την αυτοκτονία, αυτό όμως δε σημαίνει ότι όλοι οι άνθρωποι με κατάθλιψη έχουν αυτοκαταστροφικές τάσεις, ούτε ότι όσοι αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν βρίσκονται σε μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.

1.4. Ο πόνος ως παράγοντας αυτοκτονικού κινδύνου. Χρόνιος μη καρκινικός πόνος και αυτοκτονικότητα.

Σε καταστάσεις χρόνιου πόνου ο πόνος εγκαθίσταται μετά το πέρας μιας οξείας ασθένειας και πέρα από το αναμενόμενο διάστημα ανάρρωσης. Ο χρόνιος πόνος συνδέεται με μια χρόνια παθολογική κατάσταση που προκαλεί συνεχώς πόνο ή υποτροπιάζει σε διαστήματα μηνών ή ετών. Χαρακτηριστικό του χρόνιου πόνου είναι η παρουσία επίμονου πόνου για διάστημα άνω των 6 μηνών, ενώ για κάποιους ερευνητές το διάστημα αυτό είναι τρεις μήνες (Benzon, 2005). Ο χρόνιος μη καρκινικός πόνος διαφοροποιείται από τον καρκινικό ως προς την αιτία που τον προκαλεί - στον καρκινικό πόνο πρόκειται πάντα για μια νεοπλασματική ασθένεια, ενώ στον μη καρκινικό πόνο η αιτιολογία ποικίλλει. Ο χρόνιος μη καρκινικός πόνος είναι μια κατάσταση που συχνά δεν είναι ιάσιμη και αντιμετωπίζεται μόνο με διάφορα ανακουφιστικά μέσα. Στην Ευρώπη, ο επιπολασμός του χρόνιου πόνου φτάνει το 19% (Breivik et al, 2005), ενώ σε επίσης επιδημιολογική μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει βρεθεί ότι το ποσοστό αυτό φτάνει το 46,5%, εφόσον συμπεριληφθούν οι διάφορες βαθμίδες του πόνου (ήπια-μέτρια-σοβαρή) (Elliot et al, 1999). Το 40-50% των ασθενών με χρόνια πόνο δηλώνουν ότι δεν έχουν επαρκή ανακούφιση από τον πόνο τους, (Breivik et al, 2005, Hitchkok et al, 1994). Στη μελέτη της Hitchkok και συνεργατών (1994) που εξέτασε ασθενείς με χρόνια πόνο - μέλη μη κυβερνητικού οργανισμού αυτοβοήθειας - 50% εξ αυτών ανέφεραν ότι έχουν κάνει σκέψεις αυτοκτονίας ή έχουν βρεθεί σε απελπισία εξαιτίας της ελλιπούς ανακούφισης από τον πόνο τους. Για όλα τα παραπάνω, ο χρόνιος πόνος θεωρείται ένα ιδιαίτερα σημαντικό θέμα για τη Δημόσια Υγεία.

Η σχέση του πόνου με την αυτοκτονικότητα μελετάται επισταμένα τα τελευταία χρόνια. Σταθερό εύρημα των σχετικών ερευνών είναι ο αυξημένος αυτοκτονικός κίνδυνος σε ασθενείς με χρόνια μη καρκινικό πόνο, (Fishbain et al, 2009). Ο δια βίου επιπολασμός της απόπειρας αυτοκτονίας σε ασθενείς με χρόνια πόνο κυμαίνεται από το 5-14% και ο επιπολασμός αυτοκτονικού ιδεασμού φτάνει το 20% (Tang & Crane, 2006). Ο δια βίου επιπολασμός του αυτοκτονικού ιδεασμού σε ασθενείς με χρόνια κοιλιακό πόνο έχει βρεθεί δύο με τρεις φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με μάρτυρες που δεν είχαν συμπτώματα πόνου (Magni et al, 1998). Η

σχέση αυτή μάλιστα συχνά εξακολουθεί να υφίσταται ακόμη και μετά από έλεγχο των δημογραφικών και ψυχολογικών μεταβλητών σε επιδημιολογικού τύπου μελέτη σε αυτο-αναφερόμενες όμως καταστάσεις χρόνιου πόνου (Braden & Sullivan, 2008).

Όσον αφορά στις διαφυλικές διαφορές, φαίνεται πως σε ασθενείς με χρόνια πόνο οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να κάνουν επιτυχημένη απόπειρα αυτοκτονίας από τους άνδρες, εύρημα αντίστροφο απ' ότι σε άλλους πληθυσμούς (Tang & Crane, 2006). Το είδος του πόνου φαίνεται να παίζει ρόλο στη σχέση με την αυτοκτονικότητα – ο χρόνιος κοιλιακός πόνος (Magni et al, 1998, Smith et al, 2004b) ή η οσφυαλγία (Smith et al, 2004) η ημικρανία με αύρα (Breslau, 1992) φαίνεται να είναι παράγοντες κινδύνου για την αυτοκτονικότητα, ενώ ο νευροπαθητικός πόνος όχι (Smith et al, 2004b). Εξαίρεση αποτελεί η ινομυαλγία, καθώς βρέθηκε ότι οι ασθενείς με αυτό το σύνδρομο έχουν υψηλά ποσοστά θανάτων από αυτοκτονία, χωρίς όμως να είναι ξεκάθαρο ποιοι από τους παράγοντες που σχετίζονται με τη νόσο (πόνος, ψυχιατρική συννοσηρότητα, γεγονότα ζωής) σχετίζονται επίσης άμεσα με την αυτοκτονικότητα (Dreyer et al, 2010).

Σημαντική για την σχέση χρόνιου πόνου και αυτοκτονικότητας –είτε αυτοκτονικού ιδεασμού είτε απόπειρας αυτοκτονίας– βρέθηκε να είναι η συνύπαρξη περισσότερων της μιας καταστάσεων χρόνιου πόνου σε επιδημιολογικού τύπου μελέτη ((Ratcliffe et al, 2008). Πολύ σημαντικός σε αυτή τη σχέση είναι ο ρόλος της κατάθλιψης, καθώς παρατηρείται υψηλή συννοσηρότητα με το χρόνια πόνο, επιπλέον δε αποτελεί σταθερό προβλεπτικό δείκτη για την αυτοκτονία. Γι αυτό έχει υποστηριχθεί πως ο αυτοκτονικός ιδεασμός σε ανθρώπους με χρόνια πόνο εξαρτάται αποκλειστικά από την παρουσία κατάθλιπτικών συμπτωμάτων και όχι από το σωματικό πόνο καθαυτό (Fisher et al, 2001). Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι η συνύπαρξη μιας κατάστασης χρόνιου πόνου σε ασθενείς με ψυχιατρική διαταραχή σχετίζεται με αυξημένο αυτοκτονικό ιδεασμό και συχνότερες απόπειρες αυτοκτονίας (Ratcliffe et al, 2008). Παρά ταύτα από

άλλους ερευνητές επισημαίνεται ότι από τη σχετική βιβλιογραφία δεν είναι ξεκάθαρο αν η εμπειρία του πόνου αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα για την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ή τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Tang & Crane, 2006)

1.4.1 Πόνος και κατάθλιψη.

Στη σχετική βιβλιογραφία η σχέση πόνου και κατάθλιψης εμφανίζεται αμφίδρομη. Υπάρχει πλήθος ερευνών στις οποίες ο χρόνιος πόνος έχει βρεθεί να είναι προβλεπτικός παράγοντας για την εμφάνιση κατάθλιψης (Magni et al, 1994, Fishbain et al, 1997,1999, Patten et al, 2001) αλλά βρήκαν επίσης ότι η κατάθλιψη αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για την εγκαθίδρυση του χρόνιου πόνου (Fishbain et al, 1997, Magni et al, 1994). Συγκεκριμένα, σε διαχρονική μελέτη έχει βρεθεί ότι άνθρωποι που εμφάνιζαν καταθλιπτικά συμπτώματα, είχαν 2 φορές περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν ακολούθως μυοσκελετικό πόνο σε σχέση με όσους δεν είχαν καταθλιπτικά συμπτώματα (Magni et al, 1994).

Η σχέση αυτή είναι σημαντική και όσον αφορά στη θεραπεία τόσο της κατάθλιψης όσο και του χρόνιου πόνου, καθώς, ειδικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, άνθρωποι με κατάθλιψη, που φτάνουν το 5-10% των ασθενών της βαθμίδας αυτής (Katon & Schulberg, 1992), αιτιώνται καταρχήν σωματικά συμπτώματα και μάλιστα επώδυνα. Η μη αναγνώριση και αντιμετώπιση της υποβόσκουσας κατάθλιψης από τον ειδικό οδηγεί σε επανειλημμένη και άστοχη χρήση των υπηρεσιών υγείας και συνεπώς υψηλότερο κόστος. Από την άλλη πλευρά τα συμπτώματα σωματικού πόνου σε ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη είναι πάρα πολύ συχνά – περίπου το 65% ανθρώπων με κατάθλιψη παραπονούνται για σωματικά συμπτώματα, από τα οποία το 60% είναι επώδυνα συμπτώματα (Bair et al, 2003). Τα κυριότερα συμπτώματα πόνου σε ασθενείς με κατάθλιψη είναι αρθραλγίες, κεφαλαλγίες, κοιλιακά άλγη, θωρακικό άλγος, μυοσκελετικός πόνος, διάχυτος γενικός πόνος. Το 50% των συμπτωμάτων αυτών δεν αποδίδονται σε γνωστή συνυπάρχουσα σωματική νόσο. Δεδομένης της αξιοσημείωτης αυτής συχνότητας έχει γίνει λόγος για «σύνδρομο πόνου-κατάθλιψης» (Lyndsay &

Wyckoff, 1981) αλλά έχει διατυπωθεί και η άποψη ότι ο πόνος θα πρέπει με κάποιον τρόπο να συμπεριληφθεί στα διαγνωστικά κριτήρια της μείζονος κατάθλιψης (Stahl, 2002).

Στη σχέση πόνου και κατάθλιψης όπως παρουσιάζεται στη βιβλιογραφία, ανακλύπτει ένα παράδοξο: ενώ σε επίπεδο κλινικής παρατήρησης τα επώδυνα συμπτώματα για τα οποία ζητούν βοήθεια οι ασθενείς είναι πολλαπλά, σε εργαστηριακό περιβάλλον σε πολλές μελέτες οι ασθενείς φαίνεται να έχουν υψηλότερο ουδό πόνου σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (Lautenbacher et al, 1994). Σχετικά με τη διαπίστωση αυτή έχει επισημανθεί ότι χρειάζεται μεγάλη προσοχή στη σύγκριση μελετών για τον πειραματικό και τον κλινικό πόνο, επειδή αφενός το εργαστηριακό περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει την αντίληψη του πόνου προς κάποια κατεύθυνση, αλλά και δευτερεύοντες μηχανισμοί, ψυχοφυσιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί, που αποκλείονται από την πειραματική διαδικασία, μπορεί να λειτουργήσουν με αντίστοιχο τρόπο (Dickens et al, 2003). Στο παράδοξο αυτό ρίχνει φως η μελέτη των Bair και συνεργατών (2005), σύμφωνα με την οποία οι καταθλιπτικοί ασθενείς έχουν υψηλότερο ουδό στα πειραματικά εφαρμοζόμενα ηλεκτρικά και θερμικά ερεθίσματα, όχι όμως και στον ισχαιμικό πόνο, στον οποίο μάλιστα είχαν σημαντικά χαμηλότερο ουδό από την ομάδα ελέγχου. Στον πειραματικό πόνο, δηλαδή, η ευαισθησία των ανθρώπων με κατάθλιψη εξαρτάται από τον τύπο του αλγεινού ερεθίσματος και πιθανώς τη διαφορετική επεξεργασία που γίνεται από τους καταθλιπτικούς ασθενείς. Σε πρόσφατη μελέτη ασθενείς σε μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο βρέθηκε να έχουν υψηλότερο ουδό στα εφαρμοζόμενα στο δέρμα ψυχρά ερεθίσματα σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες (Schwier et al, 2010) – σε αντίθεση με τα αποτελέσματα προγενέστερης παρόμοιας μελέτης (Klauenberg et al, 2008). Η διαφορά στα αποτελέσματα των δύο μελετών αποδόθηκε στην επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής, καθώς στη μεταγενέστερη οι ασθενείς δεν λάμβαναν καθόλου φάρμακα, ενώ στην παλαιότερη οι ασθενείς βρίσκονταν υπό φαρμακευτική αγωγή.

Ενισχυτική για την σχέση πόνου και κατάθλιψης είναι και η υπόθεση για το κοινό υπόβαθρο τους στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και τις κατιούσες νευρικές οδούς (π.χ. Ward et al, 1979). Εδώ αναδεικνύεται ο καθοριστικός ρόλος των νευροδιαβιβαστών της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης, που είναι σημαντικοί για το ενδογενές σύστημα αναλγησίας. Οι ουσίες αυτές μπορούν να απαλύνουν ή να εντείνουν τα αλγεϊνά ερεθίσματα από την περιφέρεια – ως εκ τούτου η δυσλειτουργία τους στην κατάθλιψη μπορεί να συνδέεται με την παρουσία συμπτωμάτων πόνου σε καταθλιπτικούς ασθενείς, καθώς δεν επιτυγχάνεται η αναλγησία και η προσοχή στρέφεται περισσότερο στο ερέθισμα. Παρά ταύτα, η δράση των αντικαταθλιπτικών φάρμακων –εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης – δεν είναι σίγουρο ότι ανακουφίζει τους ασθενείς από τα επώδυνα συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως θα αναμενόταν εφόσον βοηθούν στην αποκατάσταση της λειτουργίας του νευροδιαβιβαστή αυτού (Bair et al, 2003). Ακόμη και σήμερα τα παλιότερα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά θεωρούνται θεραπεία πρώτης γραμμής για επώδυνα σύνδρομα για τα οποία έχουμε περιορισμένες γνώσεις, όπως η ινομυαλγία, υπερτερόντας σαφώς σε αποτελεσματικότητα σε σύγκριση με τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (Sindrup et al, 2005, Chiu et al, 2005).

Οι έρευνες που αφορούν τόσο το πεδίο του πόνου, όσο και το πεδίο της κατάθλιψης, καταλήγουν σταθερά στο συμπέρασμα ότι είναι σημαντική η αντιμετώπιση και των δύο καταστάσεων, όταν συνυπάρχουν, για τη θεραπευτική πορεία και έκβαση (Dworkin et al, 1991). Οι καταθλιπτικοί ασθενείς που δεν βιώνουν πόνο, είναι πιο πιθανό να έχουν καλύτερη πορεία στη νόσο και το ίδιο ισχύει και για τους ασθενείς με χρόνιο πόνο χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα (Bair et al, 2004).

1.5 Ο ψυχικός πόνος ως παράγοντας αυτοκτονικού κινδύνου .

1.5.1 Ορισμός του ψυχικού πόνου.

Ο ψυχικός πόνος, μια έννοια ευρέως χρησιμοποιούμενη στην καθομιλουμένη, έχει περιγραφεί ως πυρηνικό χαρακτηριστικό, «η καρδιά» της ανθρώπινης ψυχοπαθολογίας (Frankl, 1963). Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα ο Freud (1917) όρισε τον ψυχικό πόνο ως τα συναισθήματα πένθους και λαχτάρας από την τραυματική απώλεια του αγαπημένου. Η Bolger (1999) περιγράφει τον ψυχικό πόνο περισσότερο ως μια διαδικασία, παρά ως μεμονωμένο γεγονός. Ο ψυχικός πόνος πηγάζει κι εξελίσσεται από ένα τραύμα που απειλεί την ενότητα του εαυτού και την ενότητα του ανθρώπου με την κοινωνία εν ολίγοις την ταυτότητά του. Ο πόνος τότε ορίζεται ως η «διάρρηξη του εαυτού» («brokenness of self») με παράλληλη ενημερότητα αυτού του ρήγματος. Σύμφωνα με τον Baumeister (1990), όταν η ενημερότητα του εαυτού γίνεται επώδυνη τότε μπορεί να επιχειρηθεί η αυτοκτονία, ως απόδραση από τον εαυτό, καθώς μεσολαβεί ο φόβος του ανθρώπου ότι δε θα επιβιώσει από την επώδυνη αντίληψη του εαυτού του. Για τον I. Orbach, σύγχρονο μελετητή της αυτοκτονίας, τον ψυχικό πόνο συνιστά ένα «εύρος υποκειμενικών εμπειριών που χαρακτηρίζουν την επίγνωση αρνητικών αλλαγών για τον εαυτό και τις λειτουργίες του, η οποία συνοδεύεται από αρνητικά συναισθήματα» (Orbach 2003).

Ο E. Shneidman, ένας από τους πρωτοπόρους θεωρητικούς κι ερευνητές της αυτοκτονίας, όρισε τον ψυχικό πόνο (“psychache”) ως «την οδύνη, το μαρτύριο, την αλγεινότητα της ψυχής» και είναι ουσιαστικά ο εισηγητής του ψυχικού πόνου ως λειτουργικού όρου στη βιβλιογραφία (Shneidman, 1993). Σύμφωνα με τον Shneidman, ο ψυχικός πόνος αναφέρεται στο «υπερβολικό αίσθημα ντροπής, ταπείνωσης, μοναξιάς, ή ακόμα και του φόβου ότι κανείς θα γεράσει και θα πεθάνει μόνος». Ο ψυχικός πόνος, δηλαδή, αναφέρεται σε μια έντονη εσωτερική αναστάτωση από αρνητικά συναισθήματα, μια εσωτερική επώδυνη εμπειρία. που είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την αυτοκτονία. Ο ίδιος διατύπωσε την άποψη ότι «η αυτοκτονία προκαλείται από τον ψυχικό πόνο», όταν ο πόνος αυτός

θεωρείται αβάσταχτος από τον άνθρωπο, εννοώντας πως παράλληλα με το σωματικό πόνο, οι άνθρωποι έχουν διαφορετικά επίπεδα ανοχής και για τον ψυχικό πόνο. Σ' αυτήν του τη θεώρηση δεν αρνείται φυσικά την πολυπλοκότητα και τις πολλαπλές διαστάσεις του φαινομένου της αυτοκτονίας, αλλά εστιάζει στον «εκ των ων ουκ άνευ», κατά τη γνώμη του, ψυχολογικό παράγοντα που προκαλεί την αυτοκτονία.

Έτσι, ο Shneidman διαφοροποιεί σαφώς την έννοια του ψυχικού πόνου από αυτήν της κατάθλιψης λέγοντας χαρακτηριστικά πως «κανείς μπορεί να ζήσει μια μακρά δυστυχή ζωή με κατάθλιψη... θεωρητικά κανείς δεν έχει πεθάνει ποτέ από κατάθλιψη αλλά πολλοί άνθρωποι έχουν πεθάνει αυτοκτονώντας».

Στη θεωρία του για τον ψυχικό πόνο και την αυτοκτονία, βλέπει την αυτοκτονία από τη φαινομενολογική σκοπιά κι όχι ως ψυχιατρική διαταραχή – έτσι το ουσιαστικό στοιχείο της ενδοψυχικά είναι ο ψυχικός πόνος, η ψυχική οδύνη. Επηρεασμένος από το έργο του Murray για την προσωπικότητα, ο Shneidman θεωρεί πως ο ψυχικός πόνος εδρεύει στη ματαίωση των ζωτικών αναγκών του ανθρώπου («vital needs»), οι οποίες είναι απαραίτητες για την επιβίωσή του. Ο Shneidman (2001) κατέληξε σε 7 πολύ σημαντικές τέτοιες ανάγκες:

- 1) την ανάγκη για επιτεύγματα, την ανάγκη δηλαδή να πετύχει κανείς κάτι δύσκολο ή να ανταπεξέλθει σε μια πρόκληση
- 2) την ανάγκη για αυτονομία, δηλαδή για ανεξαρτησία
- 3) την ανάγκη για ένταξη, δηλαδή την ανάγκη για εγγύτητα με αγαπημένους ανθρώπους
- 4) την ανάγκη για αντίδραση, δηλαδή την ανάγκη να επανορθώνει κανείς για την αποτυχία προσπαθώντας ξανά
- 5) την ανάγκη να αποφύγει κανείς την ταπείνωση ή τον εξευτελισμό
- 6) την ανάγκη για τάξη, δηλαδή την ανάγκη να βάζει κανείς τις σκέψεις του σε τάξη, να έχει δομημένη σκέψη
- 7) την ανάγκη να έχει κανείς υποστήριξη, αγάπη και φροντίδα.

Η ματαίωση αυτών των αναγκών προκαλούν τον ψυχικό πόνο και τελικά τη ματαίωση της ίδιας της επιβίωσης. Η αναγνώριση του ανικανοποίητου αυτών των αναγκών από τον άνθρωπο και η επιδίωξή της πραγμάτωσής τους θεωρείται από το Shneidman ότι συνιστά την ανακούφιση του ψυχικού πόνου, άρα και την αποτροπή από την αυτοκαταστροφική πράξη.

Σύμφωνα με τον ίδιο η πορεία προς την αυτοκτονία περνά από τα εξής στάδια:

- i. παρουσία κοινωνικών ή ψυχολογικών πιεστικών καταστάσεων, αποτυχιών και απορρίψεων
- ii. επίδραση άλλων παραγόντων ευαλωτότητας, όπως γενετικοί και κοινωνικοί παράγοντες
- iii. οι πιέσεις γίνονται αντιληπτές ως αρνητικές και επώδυνες
- iv. ο ψυχικός πόνος γίνεται αβάσταχτος
- v. σκέψη ότι ο μόνος τρόπος να ξεφύγει κανείς από τον πόνο είναι η παύση της συνειδητότητάς του
- vi. ο ψυχικός πόνος ξεπερνά το όριο ανοχής του ανθρώπου.

Η αυτοκτονία σ' αυτήν την περίπτωση είναι μια λογική συνέπεια για τον Shneidman.

1.5.2 Διερεύνηση του ψυχικού πόνου και της σημασίας του

Για τον Shneidman (1993,1999) ήταν απαραίτητη η δυνατότητα μετρήσιμης εκτίμησης του ψυχικού πόνου για την περαιτέρω μελέτη του πέρα από το θεωρητικο-εννοιολογικό επίπεδο. Ο ίδιος πρότεινε ένα εργαλείο μέτρησης, την κλίμακα Psychological Pain Assessment Scale (PPAS), βασισμένη στη λογική των προβολικών δοκιμασιών, αλλά και στην εκτίμηση του σωματικού πόνου. Σκοπός της δοκιμασίας, όπως και σε ένα προβολικό τεστ, είναι η αξιολόγηση της λεκτικής απάντησης μέσω της οποίας θεωρείται ότι επικοινωνείται ο ψυχικός πόνος. Η κλίμακα αυτή βρέθηκε ότι είναι ευαίσθητη στον αυτοκτονικό ιδεασμό στο παρόν,

αλλά δεν βρέθηκε συσχέτιση της με το ιστορικό αυτοκτονικότητας (Pompilli et al, 2008).

Επιπλέον, πάντα με βάση τη θεωρία του Shneidman, ο Holden και οι συνεργάτες του κατασκεύασαν ένα σύντομο ερωτηματολόγιο με 13 λήμματα, ενώ ο Orbach και συνεργάτες ένα μακροσκελέστερο ερωτηματολόγιο με 45 λήμματα.

Σταθερό εύρημα στις σχετικά ολιγάριθμες μελέτες για τον ψυχικό πόνο είναι η συσχέτισή του με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και το ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, που επιβεβαιώνει τη θεωρητική υπόθεση που ελέγχουν. Επίσης, είναι σημαντικές οι ενδείξεις πως ο ψυχικός πόνος συνιστά προβλεπτικό δείκτη για την αυτοκτονικότητα και μάλιστα δείκτη πιο ισχυρό από την κατάθλιψη και την απελπισία, καθώς και ανεξάρτητο από αυτές (De Lisle & Holden, 2009, Troister & Holden, 2010). Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί η ψυχολογική συνιστώσα της ποιότητας ζωής, σε ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής – έννοια παρεμφερής με τον ψυχικό πόνο, καθώς περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με συναισθήματα απελπισίας και απώλειας νοήματος της ζωής – συμβάλλει σημαντικά στην αυτοκτονικότητα, ανεξάρτητα από την κατάθλιψη, την απελπισία και τις άλλες όψεις της ποιότητας ζωής (Berlim et al, 2003). Ακόμη, η ένταση του ψυχικού πόνου, όταν εκτιμήθηκε με αριθμητική κλίμακα μέτρησης, ανάλογη με αυτήν που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση του σωματικού πόνου, συσχετίστηκε με την ένταση του αυτοκτονικού ιδεασμού σε ασθενείς με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (Olie et al, 2010). Στην ίδια έρευνα βρέθηκε ότι ο ψυχικός πόνος είναι πιο έντονος σε ασθενείς που είχαν κάνει πρόσφατη απόπειρα, αλλά και σε αυτούς που είχαν αποπειραθεί στο παρελθόν. Άλλες μελέτες με την χρήση ειδικής κλινικής αυτό-συμπληρούμενης κλίμακας έδειξαν ότι σε μη κλινικούς πληθυσμούς ο ψυχικός πόνος, παρότι συσχετίζεται με την κατάθλιψη και το άγχος, εξακολουθεί να έχει ανεξάρτητη σχέση με την αυτοκτονικότητα και να αποτελεί ξεχωριστή κλινική οντότητα, που αντιστοιχεί σε μια επίσης ξεχωριστή υποκειμενική εμπειρία, η οποία δεν περιγράφεται επαρκώς από τις υπάρχουσες έννοιες (Orbach, 2003a & 2003b). Σε άλλη μελέτη με την χρήση της ίδιας κλίμακας, η «κενότητα» ως

συνιστώσα του ψυχικού πόνου βρέθηκε να διακρίνει σταθερά τους αυτοκτονικούς από τους μη αυτοκτονικούς ασθενείς ανεξάρτητα από την κατάθλιψη, το άγχος και την απελπισία (Orbach, 2003β). Οι Levi και συνεργάτες (2008) βρήκαν επίσης σε ασθενείς μετά από απόπειρα αυτοκτονίας ότι ο ψυχικός πόνος συσχετίζεται σημαντικά με την αυτοκτονικότητα, όχι όμως με τη σοβαρότητα των αποπειρών. Εύρημα πρόσφατης μελέτης σε μη κλινικό δείγμα αποτελούμενο από σπουδαστές υποδεικνύει πώς ο ψυχικός πόνος παραμένει ο πιο ισχυρός προβλεπτικός δείκτης της αυτοκτονικότητας σε σχέση με την απελπισία και την κατάθλιψη. Παρά ταύτα, η συνεισφορά τόσο της κατάθλιψης όσο και της απελπισίας στην πρόβλεψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς παραμένει (Troister & Holden, 2010). Στη μελέτη αυτή για την εκτίμηση της αυτοκτονικότητας χρησιμοποιήθηκε κλίμακα αυτοκτονικού ιδεασμού αλλά και ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Αντίθετα όσον αφορά στη σχέση ψυχικού πόνου κατάθλιψης και αυτοκτονικότητας αποτελεί μία μόνο μελέτη, στην οποία βρέθηκε ότι η κατάθλιψη συσχετίστηκε ισχυρότερα με το ιστορικό αυτοκτονικότητας απ' ότι ο ψυχικός πόνος, (Mills et al, 2005).

1.5.3 .Βιολογικές παράμετροι του ψυχικού πόνου - Ψυχικός και σωματικός πόνος.

Ο ψυχικός πόνος έχει χαρακτηριστεί και ως χειρότερη εμπειρία από το σωματικό (Osmond, 1984). Το νευροβιολογικό υπόβαθρο του φαίνεται ότι σχετίζεται με αυτό του σωματικού πόνου. Στην ανασκόπηση των Mee και συνεργατών (2006), φάνηκε ότι ο ψυχικός πόνος ενεργοποιεί πολλές από τις αλγοϋποδεκτικές δομές στον εγκέφαλο που συμμετέχουν και στο σωματικό πόνο, όπως τον προμετωπιαίο φλοιό, τη νήσο του Reil και το θάλαμο, με την εξαίρεση του σωματισθητικού φλοιού, που φαίνεται να συμμετέχει μόνο στο σωματικό πόνο. Η συγκεκριμένη ανασκόπηση συμπεριέλαβε έρευνες που χρησιμοποίησαν απεικονιστικές μελέτες εγκεφάλου, οι οποίες αναφέρονταν σε καταστάσεις ψυχικού πόνου, όπως το πένθος, η προκαλούμενη θλίψη και ο κοινωνικός αποκλεισμός. Οι συγγραφείς δίνουν έμφαση στη σημασία του ψυχολογικού πόνου

και στη μελέτη του ως ξεχωριστό σύμπτωμα σε διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές, με έμφαση στην κατάθλιψη, αλλά και στη μελέτη του ψυχικού πόνου σε σχέση με το χρόνιο σωματικό πόνο. Επιπλέον, έχει βρεθεί σε μελέτη με λειτουργική μαγνητική τομογραφία ότι η κοινωνική απόρριψη ενεργοποιεί το φλοιό της πρόσθιας έλικας και τον δεξιό κοιλιακό προμετωπιαίο φλοιό, εγκεφαλικές δομές σημαντικές και για την αντίληψη του σωματικού πόνου (Eisenberger et al, 2003). Ακόμη, υπάρχουν ενδείξεις ότι η χρήση οπιοειδών δεν στοχεύει μόνο στην ανακούφιση από το σωματικό πόνο, αλλά και τον “κοινωνικό”, καθώς μπορεί επίσης να βοηθούν στην εξασθένηση των σημάτων από την πρόσθια έλικα (Vastag, 2003).

Μέχρι στιγμής στην σχετική βιβλιογραφία δεν υπάρχει κλινική μελέτη που να διερευνά τη σχέση ψυχικού και σωματικού πόνου, με εξαίρεση αυτή των Olie και συνεργατών, όπου όμως χρησιμοποιήθηκαν αριθμητικές κλίμακες για τη μέτρηση τόσο του σωματικού όσο και του ψυχικού πόνου κι όχι κάποιο εξειδικευμένο εργαλείο. Επιπλέον, στη μελέτη αυτή διερευνήθηκε η σχέση του σωματικού πόνου με την αυτοκτονικότητα και όχι με τον ψυχικό πόνο.

Σε μια πρόσφατη μελέτη ο ψυχικός πόνος συσχετίστηκε με την αυτοκτονία με βάση τις εγκεφαλικές περιοχές που ενεργοποιούνται (Reich et al, 2010). Στη μελέτη αυτή χρησιμοποιήθηκε απεικονιστική μέθοδος. Καθένας από τους συμμετέχοντες είχε κάνει πρόσφατη φαρμακευτική απόπειρα και κλήθηκε να ανακαλέσει και να αφηγηθεί καταστάσεις «ψυχικού πόνου» - υποκειμενικές «αβάσταχτες» συναισθηματικά καταστάσεις και καταστάσεις «αυτοκτονίας», δηλαδή τη διαδικασία προετοιμασίας της απόπειρας, αλλά και καταστάσεις «ελέγχου», δηλαδή απλές καθημερινές δραστηριότητες. Παρατηρήθηκε μειωμένη ενεργοποίηση περιοχών του μετωπιαίου φλοιού τόσο στις καταστάσεις ψυχικού πόνου, όσο και στις καταστάσεις «αυτοκτονίας». Οι συγγραφείς καταλήγουν στην υπόθεση ότι η ανάκληση επώδυνων εμπειριών είναι πιθανό να πυροδοτεί την παρόρμηση για αυτοκτονική συμπεριφορά.

1.6 Ανοχή στον ψυχικό πόνο.

Τα ερευνητικά δεδομένα μελετών για την ανοχή στον ψυχικό πόνο είναι πολύ περιορισμένα. Παρά ταύτα ο Shneidman υποστήριξε πως «η αυτοκτονία συμβαίνει, όταν υπάρχει χαμηλή ανοχή στον ψυχικό πόνο». Τη θέση αυτή φαίνεται να υποστηρίζει η έρευνα των Ο' Connor και Leenars (2004) οι οποίοι μελέτησαν συγκριτικά τα σημειώματα αυτοχειρών σε δύο διαφορετικές χώρες και βρήκαν πως ο κοινός και πιο σημαντικός ενδοψυχικός παράγοντας που σχετιζόταν με την αυτοκτονία είναι ο «αβάσταχτος ψυχικός πόνος». Ακόμη, μια σχετική έρευνα με προκαταρκτικά δεδομένα έδειξε ότι χαμηλά επίπεδα ανοχής του ψυχικού πόνου σχετίζονται με την αυτοκτονική συμπεριφορά (Orbach et al, 2004).

1.7 Υποθέσεις

Στην παρούσα εργασία εξετάσαμε τις ψυχομετρικές ιδιότητες (αξιοπιστία και εγκυρότητα) της κλίμακας για τον Ψυχικό Πόνο και της κλίμακας για την Ανοχή στον Ψυχικό Πόνο. Επιπλέον εξετάσαμε τις τη σχέση μεταξύ ψυχικού πόνου, ανοχής του ψυχικού πόνου, σωματικού πόνου κατάθλιψης και κινδύνου αυτοκτονίας. Με βάση τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών υποθέσαμε ότι τόσο το επίπεδο του ψυχικού πόνου, όσο και το επίπεδο της ανοχής στον ψυχικό πόνο αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες για τον αυτοκτονικό κίνδυνο, ανεξάρτητα από την κατάθλιψη.

2. ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1 Δείγμα.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 112 συμμετέχοντες (73 γυναίκες και 39 άνδρες), ηλικίας 18 έως 65 ετών. Οι ομάδες των ανδρών και των γυναικών αντιστοιχήθηκαν μεταξύ τους ως προς την ηλικία και τα έτη εκπαίδευσης. Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν ως μητρική γλώσσα την ελληνική. Τα βασικά δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, έτη εκπαίδευσης) και οι πληροφορίες για το ατομικό και οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό καθώς και για την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος ελήφθησαν την ημέρα της συνέντευξης. Κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσαν η νοητική υστέρηση, ο αναλφαβητισμός (λιγότερα από τέσσερα έτη εκπαίδευσης), το ιστορικό ψύχωσης και η λήψη ψυχιατρικών φαρμάκων ή εθιστικών ουσιών κατά το τελευταίο εξάμηνο. Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τη διαδικασία και τους σκοπούς της μελέτης και υπέγραψαν γραπτή συγκατάθεση.

2.2 Εργαλεία και διαδικασία χορήγησης.

Όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα ακόλουθα ερωτηματολόγια:

2.2.1. Κλίμακα Ψυχικού Πόνου των Orbach & Mikulincer (Orbach et al, 2003a)

Η Κλίμακα Ψυχικού Πόνου (ΚΨΠ) είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 45 λήμματα και δημιουργήθηκε για την ποσοτική αξιολόγηση του ψυχικού πόνου τόσο στην παρούσα στιγμή, όσο και στη χειρότερη στιγμή στο παρελθόν. Υπολογίζονται γι' αυτό δύο ξεχωριστές συνολικές βαθμολογίες: για τον ψυχικό πόνο στο παρόν και για τον ψυχικό πόνο «στη χειρότερη στιγμή». Κάθε λήμμα βαθμολογείται σε πενταβάθμια κλίμακα, με τους μεγαλύτερους βαθμούς να αντιστοιχούν σε πιο έντονο ψυχικό πόνο. Η κλίμακα αποτελείται από εννέα υποκλίμακες που εκτιμούν αντίστοιχες όψεις της εμπειρίας του ψυχικού πόνου: (1) μη αναστρεψιμότητα (ο ψυχικός πόνος βιώνεται ως μη αναστρέψιμος και συνεχής, (2) απώλεια ελέγχου (αίσθηση έλλειψης ελέγχου του

ψυχικού πόνου, αβοήθητου και αμφιθυμίας), (3) ναρκισσιστικά πλήγματα (επώδυνα συναισθήματα, όπως ευαλωτότητα και απόρριψη), (4) υπερχειλίση συναισθημάτων (έντονες και κατακυριεύουσες το άτομο συναισθηματικές καταστάσεις), (5) πάγωμα (ανικανότητα αντίδρασης στην κατάσταση), (6) αυτο-αποξένωση (δυσκολία ενσωμάτωσης των αλλαγών στην ταυτότητα του εαυτού), (7) σύγχυση (γνωστική δυσλειτουργία που σχετίζεται με την ψυχικά επώδυνη εμπειρία), (8) κενότητα (απώλεια προσωπικού νοήματος που σχετίζεται με την ψυχικά επώδυνη εμπειρία) και (9) κοινωνική αποστασιοποίηση (κοινωνικός προσανατολισμός προσέγγισης – αποφυγής κατά τη βίωση του ψυχικού πόνου). Η ΚΨΠ βρέθηκε να έχει υψηλή εσωτερική συνοχή (internal consistency) και αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (test-retest reliability) (Orbach et al, 2003a). Επιπλέον βρέθηκε ότι συσχετίζεται σημαντικά με την αυτοκτονικότητα (Orbach et al, 2003b).

2.2.2 Κλίμακα Ανοχής του Ψυχικού Πόνου (ΚΑΨΠ) (Orbach et al, 2004)

Πρόκειται για αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 20 λήμματα, που εκτιμά την ικανότητα ανοχής του ψυχικού πόνου. Βαθμολογείται και αυτό βάση πενταβάθμιας κλίμακας ανάλογα με το βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας με την πρόταση από το 1= καθόλου αλήθεια έως το 5 =πολύ αλήθεια. Σε ορισμένα λήμματα υπάρχει και αντίστροφη βαθμολόγηση. Η υψηλότερη βαθμολογία δείχνει και μεγαλύτερη ανοχή στον ψυχικό πόνο. Η κλίμακα βρέθηκε να έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες. Τρεις υποκλίμακες προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση: (1) υπερνίκηση του πόνου, (2) πεποίθηση στην ικανότητα αντιμετώπισης του πόνου και (3) εμπειρία του πόνου. Σύμφωνα με τους δημιουργούς της κλίμακας, χαμηλά επίπεδα ανοχής του ψυχικού πόνου εκτιμώνται με την ΚΑΨΠ συνιστούν προβλεπτικό παράγοντα της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

2.2.3. Ερωτηματολόγιο του Beck για την Κατάθλιψη (*Beck Depression Inventory, BDI*) (*Beck et al, 1961*).

Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι ευρέως χρησιμοποιούμενο για την εκτίμηση της κατάθλιψης, τόσο σε κλινικούς όσο και σε μη κλινικούς πληθυσμούς (Beck, 1988). Αποτελείται από 21 λήμματα, καθένα από τα οποία έχει τέσσερις πιθανές απαντήσεις, που αντιστοιχούν σε βαθμολογία από 0 έως 3. Τα λήμματα εκτιμούν τα κλινικά συμπτώματα και τα διαγνωστικά κριτήρια του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου (Jemos, 1984) που έχει επίσης ευρέως εφαρμοστεί σε ελληνικό πληθυσμό.

2.2.4. Κλίμακα αυτοκτονικού κινδύνου (*Suicide Risk Scale, SRS*) (*Plutchik et al, 1989*)

Πρόκειται για μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα που αποτελείται από 15 λήμματα με απαντήσεις τύπου ΝΑΙ-ΟΧΙ. Η ελληνική έκδοση της κλίμακας αυτής έχει χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενη μελέτη με σκοπό την εκτίμηση της αυτοκτονικότητας σε ψυχιατρικούς ασθενείς (Botsis et al, 1994).

2.2.5. Ερωτηματολόγιο του McGill για τον πόνο – σύντομη έκδοχή (*SF-MPQ*) (*Melzack, 1987*)

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί τη σύντομη και πιο εύχρηστη έκδοση ενός από τα ευρύτερα χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια για την εκτίμηση τόσο αισθητηριακών, όσο και συναισθηματικών παραμέτρων του σωματικού πόνου (Melzack, 1987). Το SF-MPQ αποτελείται από 15 περιγραφικά επίθετα της εμπειρίας του πόνου. Έντεκα από αυτά αναφέρονται στην αισθητηριακή και τέσσερα στη συναισθηματική διάσταση. Το ερωτηματολόγιο είναι αυτοσυμπληρούμενο- η ένταση του πόνου βαθμολογείται από το 0 έως το 3, όπου 0= καθόλου πόνος και 3=έντονος πόνος. Το ερωτηματολόγιο επίσης περιλαμβάνει και μια οπτική αναλογική κλίμακα για την εκτίμηση της έντασης του πόνου κατά την τελευταία εβδομάδα, καθώς και ένα δείκτη εκτίμησης του πόνου την παρούσα στιγμή σε πενταβάθμια κλίμακα. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η

ελληνική έκδοσή του ερωτηματολογίου, που βρέθηκε να έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες (Georgoudis et al, 2000, 2001). Μόνο η βαθμολογία της έντασης του πόνου – αισθητηριακή και συναισθηματική διάσταση – χρησιμοποιήθηκε στην στατιστική ανάλυση.

Τόσο η κλίμακα για τον Ψυχικό πόνο (ΚΨΠ), όσο και η κλίμακα για την Ανοχή στον Ψυχικό πόνο (ΚΑΨΠ) μεταφράστηκαν από τα αγγλικά στα ελληνικά. Κατόπιν, τα ελληνικά κείμενα δόθηκαν σε διγλωσσο ψυχολόγο που με τυφλή διαδικασία τα μετέφρασε εκ νέου στα αγγλικά. Τέλος, ένας τρίτος διγλωσσο ψυχολόγος εξέτασε εάν η τελική μετάφραση ανταποκρινόταν επιτυχώς στις αρχικές κλίμακες στα αγγλικά.

Για την εξέταση της εγκυρότητας με εξωτερικό κριτήριο των παραπάνω κλιμάκων την ημέρα της εξέτασης όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν επίσης τρεις αριθμητικές κλίμακες από το 0=καθόλου έως το 10=μέγιστο δυνατό, οι οποίες εκτιμούσαν τον ψυχικό πόνο στην παρούσα και τη χειρότερη στιγμή καθώς και την ανοχή στον ψυχικό πόνο. Επιπλέον, για την εξέταση της αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων η κλίμακα για τον Ψυχικό πόνο αλλά και η κλίμακα Ανοχής στον Ψυχικό πόνο συμπληρώθηκαν εκ νέου από τους μισούς από τους συμμετέχοντες στην έρευνα (36 γυναίκες και 20 άνδρες), μια εβδομάδα μετά την αρχική χορήγηση.

2.3 Στατιστική ανάλυση

Για να εξεταστεί η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων των κλιμάκων για τον Ψυχικό Πόνο καθώς και των υποκλιμάκων τους υπολογίστηκαν οι εσωτερικές συσχετίσεις (intraclass correlations, ICC). Για την εξέταση της συσχέτισης μεταξύ των λημμάτων και της συσχέτισης ανάμεσα στο κάθε λήμμα ξεχωριστά και της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας με την εξαίρεση του υπό εξέταση λήμματος χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson product-moment r . Η εσωτερική συνοχή των κλιμάκων και των υποκλιμάκων τους υπολογίστηκε με το

συντελεστή Cronbach α . Η εγκυρότητα εξωτερικού κριτηρίου εξετάστηκε υπολογίζοντας το συντελεστή Pearson r ανάμεσα στις συνολικές βαθμολογίες της ΚΨΠ και της ΚΑΨΠ και τις βαθμολογίες στις αντίστοιχες αριθμητικές κλίμακες.

Οι συγκρίσεις ανάμεσα στις ομάδες ανδρών και γυναικών έγιναν χρησιμοποιώντας το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα. Για τις συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson r . Πραγματοποιήθηκε ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με βήμα-προς-βήμα μέθοδο (step up criteria) για να εξεταστεί η ανεξάρτητη συμβολή της κατάθλιψης, του ψυχικού πόνου, της ανοχής στον ψυχικό πόνο και του σωματικού πόνου στον κίνδυνο αυτοκτονίας. Επιπλέον, προκειμένου να διερευνηθεί η επίδραση συγκεκριμένων συνιστωσών του ψυχικού πόνου και της ανοχής στον ψυχικό πόνο (υποκλίμακες της ΚΨΠ και της ΚΑΨΠ) έγινε μια δεύτερη ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με ιεραρχική μέθοδο. Για όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο λογισμικού SPSS 15.0.

2.4 Αποτελέσματα.

2.4.1 Χαρακτηριστικά του δείγματος

Ο μέσος όρος της ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 42,5 χρόνια ($\pm 12,1$). Αναλυτικότερα, ο μέσος όρος της ηλικίας των γυναικών ήταν 42 έτη ($\pm 11,9$) και των ανδρών 43,4 έτη ($\pm 12,5$). Τα έτη εκπαίδευσης ήταν κατά μέσο όρο 13,3 ($\pm 2,7$) και 13,2 ($\pm 2,9$) έτη για γυναίκες και άνδρες αντίστοιχα. Οι δύο ομάδες δε διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους τόσο ως προς την ηλικία όσο και ως προς τα έτη εκπαίδευσης. Δώδεκα από τους συμμετέχοντες (10,8%) ανέφεραν ατομικό ψυχιατρικό ιστορικό και 19 (17,1%) ανέφεραν οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό. Το ψυχιατρικό ιστορικό αναφερόταν σχεδόν αποκλειστικά σε διαταραχές διάθεσης και άγχους. Επιπλέον, τριάντα συμμετέχοντες (27%) ανέφεραν ιστορικό σωματικής νόσου που συνδέεται με χρόνιο πόνο. Οι συγκρίσεις μεταξύ ανδρών

και γυναικών σε κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία από τους άνδρες στην υποκλίμακα της μη αναστρεψιμότητας καθώς και στην υποκλίμακα της ΚΨΠ για τη «χειρότερη στιγμή». Επιπλέον, οι γυναίκες υπερείχαν σημαντικά στη βαθμολογία της συναισθηματικής συνιστώσας του SF-MPQ, όχι όμως στη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου. Ακόμη, η ηλικία συσχετίστηκε θετικά με τη βαθμολογία της ΚΨΠ-«χειρότερη στιγμή» ($r = 0,29$, $p = 0,003$) και αρνητικά με την υποκλίμακα «συναισθηματική υπερχειλίση» της ΚΨΠ ($r = -0,22$, $p = 0,021$). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση της ηλικίας με άλλη κλινική μεταβλητή. Το μορφωτικό επίπεδο δεν βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά με καμία κλινική μεταβλητή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος ($n = 112$)

	Γυναίκες ($n=73$)	Άνδρες ($n=39$)	t	p
	M.O (τ. α.)	M.O. (τ. α.)		
Ηλικία (έτη)	42.0 (11.9)	43.4 (12.5)	-0.57	0.566
Εκπαίδευση (έτη)	13.3 (2.7)	13.2 (2.9)	0.18	0.855
BDI	8.7 (6.8)	6.4 (5.4)	1.76	0.081
ΚΨΠ – σύνολο	77.5 (25.2)	70.1 (20.6)	1.53	0.129
1. Μη αναστρεψιμότητα	16.7 (7.8)	13.6 (5.6)	2.20	0.030

2. Απώλεια ελέγχου	16.9 (5.9)	14.8 (5.4)	1.83	0.070
3. Ναρκισσιστικά πλήγματα	6.4 (2.2)	6.2 (2.5)	0.44	0.661
4. Υπερχείλιση συναισθημάτων	9.4 (3.8)	8.6 (6.3)	0.91	0.365
5. Πάγωμα	4.0 (1.8)	3.7 (1.1)	0.91	0.364
6. Αυτό-αποξένωση	4.9 (1.8)	4.5 (1.6)	1.17	0.243
7. Σύγχυση	5.5 (2.3)	4.7 (2.3)	1.64	0.105
8. Κενότητα	4.2 (1.8)	3.8 (1.8)	0.97	0.333
9. Κοινωνική αποστασιοποίηση	8.6 (2.5)	8.6 (2.0)	-0.00	0.999
ΚΨΠ – χειρότερη στιγμή	107.2 (44.8)	87.6 (33.6)	2.34	0.021
ΚΑΨΠ – σύνολο	68.0 (13.1)	70.4 (13.3)	-0.90	0.370
1. Υπερνίκηση του πόνου	31.7 (8.7)	33.8 (9.5)	-1.16	0.248
2. Πεποίθηση στην ικανότητα αντιμετώπισης του πόνου	22.8 (4.5)	22.2 (5.1)	0.66	0.507
3. Εμπειρία του πόνου	13.6 (3.5)	14.5 (3.0)	-1.38	0.170
MGPQ – σύνολο	11.1 (10.4)	8.1 (9.1)	1.52	0.132
1. Αισθητηριακή	8.1 (7.4)	6.5 (6.9)	1.15	0.251
2. Συναισθηματική	2.9 (3.4)	1.4 (2.3)	2.52	0.013
SRS	3.0 (2.5)	2.2 (1.8)	1.75	0.082

2.4.2 Ψυχομετρικές ιδιότητες της ΚΨΠ και της ΚΑΨΠ

2.4.2.1 Εσωτερική Αξιοπιστία

Ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής Cronbach α της συνολικής ΚΨΠ βρέθηκε ότι είναι 0,96 και κατά συνέπεια ενδεικτικός της υψηλής εσωτερικής συνοχής του ερωτηματολογίου. Οι συντελεστές συσχέτισης r των λημμάτων μεταξύ τους κυμάνθηκαν μεταξύ 0,27 και 0,86 και μεταξύ κάθε λήμματος και της συνολικής βαθμολογίας εκτός του συγκεκριμένου λήμματος κυμάνθηκαν μεταξύ 0,19 και 0,74. Κατά συνέπεια παρατηρήθηκε γενικά υψηλός βαθμός εσωτερικής συσχέτισης της ΚΨΠ, τόσο μεταξύ των λημμάτων όσο και μεταξύ λημμάτων και αθροίσματος. Αντίστοιχα, ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής Cronbach α της ΚΨΠ-χειρότερη στιγμή βρέθηκε 0,98 και οι συντελεστές συσχέτισης r μεταξύ των λημμάτων κυμάνθηκαν μεταξύ 0,29 και 0,88 και μεταξύ κάθε λήμματος και της συνολικής βαθμολογίας εκτός του συγκεκριμένου λήμματος κυμάνθηκαν μεταξύ 0,19 και 0,82.

Όσον αφορά τις υποκλίμακες της ΚΨΠ οι συντελεστές εσωτερικής συνοχής Cronbach α κυμάνθηκαν για τις 8 από αυτές σε ικανοποιητικά έως υψηλά επίπεδα. Βρέθηκε ωστόσο ότι ο συντελεστής α για τον παράγοντα «κοινωνική αποστασιοποίηση» ήταν χαμηλός (0,39) κι ως εκ τούτου η συγκεκριμένη υποκλίμακα παραλείφθηκε από την περαιτέρω ανάλυση. Σημειώνεται ότι και προηγούμενες αναλύσεις έχουν επίσης δείξει χαμηλά ποσοστά εσωτερικής αξιοπιστίας για τη συγκεκριμένη υποκλίμακα (Levi et al, 2008, Orbach, προσωπική επικοινωνία). Πιο αναλυτικά, οι συντελεστές α για τις υπόλοιπες υποκλίμακα ήταν: για τη «μη αναστρεψιμότητα» 0,91, για την «απώλεια ελέγχου» 0,87, για τα «ναρκισσιστικά πλήγματα» 0,82 για την «υπερχείλιση συναισθημάτων» 0,74, για το «πάγωμα» 0,83, για την «αυτοαποξένωση» 0,79, για τη «σύγχυση» 0,80 και για την «κενότητα» 0,76.

Παρομοίως, τα επίπεδα εσωτερικής αξιοπιστίας της ΚΑΨΠ βρέθηκαν ικανοποιητικά. Οι συντελεστές εσωτερικής συνοχής Cronbach α ήταν 0,84 για το συνολικό άθροισμα και 0,87, 0,76 και 0,72 για τις υποκλίμακες «υπερνίκηση του

πόνου» «πεποίθηση στην ικανότητα αντιμετώπισης του πόνου» και «εμπερίεξη του πόνου» αντίστοιχα. Οι συντελεστές συσχέτισης r μεταξύ των λημμάτων κυμάνθηκαν μεταξύ 0,28 και 0,67 και μεταξύ κάθε λήμματος και του συνολικού αθροίσματος εκτός του λήμματος αυτού κυμάνθηκαν μεταξύ 0,18 και 0,73.

2.4.2.2 Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων

Ο συνολικός συντελεστής εσωτερικής συσχέτισης για τις επαναληπτικές μετρήσεις της ΚΨΠ ήταν 0,92 και οι συντελεστές για τις 8 επιμέρους υποκλίμακες κυμάνθηκαν από 0,83 έως το 0,95, δείχνοντας καλή αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων για την κλίμακα. Αναλυτικά, οι αντίστοιχοι συντελεστές για τις επιμέρους υποκλίμακες ήταν για τη «μη αναστρεψιμότητα» 0,88, για την «απώλεια ελέγχου» 0,95, για τα «ναρκισσιστικά πλήγματα» 0,93 για την «υπερχείλιση συναισθημάτων» 0,94, για το «πάγωμα» 0,90, για την «αυτοαποξένωση» 0,93, για τη «σύγχυση» 0,91 και για την «κενότητα» 0,83. Η υποκλίμακα της «κοινωνικής αποστασιοποίησης» είχε χαμηλή αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων ($ICC = 0,41$), γεγονός που συνηγορεί υπέρ της μη συμπερίληψής της στις περαιτέρω αναλύσεις. Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων της ΚΨΠ-χειρότερη στιγμή βρέθηκε επίσης υψηλή ($ICC = 0,96$).

Αντιστοίχως, ο συνολικός συντελεστής εσωτερικής συσχέτισης για τις επαναληπτικές μετρήσεις της ΚΑΨΠ ήταν υψηλός (0,95). Οι αντίστοιχοι συντελεστές για τις βαθμολογίες στις επιμέρους υποκλίμακές της, «υπερνίκηση του πόνου» «πεποίθηση στην ικανότητα αντιμετώπισης του πόνου» και «εμπερίεξη του πόνου» ήταν 0,95, 0,92 και 0,92 αντίστοιχα.

2.4.2.3 Εγκυρότητα ΚΨΠ και ΚΑΨΠ

Όσον αφορά στην εγκυρότητα εξωτερικού κριτηρίου, τόσο η ΚΨΠ όσο και η ΚΑΨΠ συσχετίστηκαν σημαντικά με τις αντίστοιχες αριθμητικές τους κλίμακες. Οι συντελεστές συσχέτισης r ήταν 0,44 ($p < 0,001$), 0,52 ($p < 0,001$) και 0,43 ($p < 0,001$) μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις αριθμητικές κλίμακες και στη συνολική βαθμολογία στην ΚΨΠ, ΚΨΠ- χειρότερη στιγμή και ΚΑΨΠ αντίστοιχα.

2.4.3 Συσχετίσεις μεταξύ ψυχικού πόνου, κατάθλιψης, σωματικού πόνου και κινδύνου αυτοκτονίας.

Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 2, η βαθμολογία στην κλίμακα κινδύνου αυτοκτονίας SRS βρέθηκε ότι συσχετίστηκε σημαντικά με τα συνολικές βαθμολογίες των ΚΨΠ και ΚΑΨΠ καθώς και με τις επιμέρους βαθμολογίες σε όλες τις υποκλίμακες. Επίσης σημαντικές συσχετίσεις της SRS βρέθηκαν και με τη συνολική βαθμολογία στο BDI καθώς και με τη συνολική ή τις επιμέρους βαθμολογίες του SF-MPQ.

Η συνολική βαθμολογία στην ΚΨΠ συσχετίστηκε σημαντικά με τη συνολική βαθμολογία στο BDI ($r = 0,71$, $p < 0,001$) και με τη βαθμολογία στην ΚΑΨΠ ($r = 0,42$, $p < 0,001$). Οι βαθμολογίες όλων των επιμέρους υποκλιμάκων επίσης συσχετίστηκαν σημαντικά με τη βαθμολογία στο BDI (r από 0,23 έως 0,71) και την ΚΑΨΠ (r από 0,20 έως -0,47). Η συνολική βαθμολογία στην ΚΨΠ-χειρότερη στιγμή συσχετίστηκε σημαντικά με τη συνολική βαθμολογία της ΚΨΠ στην παρούσα στιγμή ($r = 0,79$, $p < 0,001$), με τη βαθμολογία στο BDI ($r = 0,65$, $p < 0,001$) και με τη βαθμολογία στην ΚΑΨΠ ($r = 0,51$, $p < 0,001$).

Οι βαθμολογίες όλων των επιμέρους υποκλιμάκων της ΚΑΨΠ συσχετίστηκαν σημαντικά με τη συνολική βαθμολογία στο BDI (r από -0,27 έως -0,44) και της ΚΨΠ (r από -0,26 έως -0,36). Η συνολική βαθμολογία στο SF-MPQ συσχετίστηκε σημαντικά με τη συνολική βαθμολογία στην ΚΨΠ ($r = 0,28$, $p = 0,004$) και με τη συνολική βαθμολογία στο BDI ($r = 0,26$, $p = 0,005$). Παρομοίως,

σημαντικές ήταν οι συσχετίσεις και των δύο υποκλιμάκων του SF-MPQ, που αντιστοιχούν στην αισθητηριακή και συναισθηματική διάσταση του πόνου, με την ΚΨΠ και το BDI. Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του SF-MPQ ή κάποιας από τις υποκλίμακές του με την ΚΑΨΠ.

Πίνακας 2

Συσχετίσεις μεταξύ της βαθμολογίας στην κλίμακα srs και στις κλινικές και δημογραφικές μεταβλητές επί του συνολικού δείγματος (n = 112)

	SRS	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Ηλικία (έτη)	-0.09	0.330
Εκπαίδευση(έτη)	0.10	0.277
BDI	0.61	0.000
ΚΨΠ – σύνολο	0.69	0.000
1. Μη αναστρεψιμότητα	0.60	0.000
2. Απώλεια ελέγχου	0.71	0.000
3. Ναρκισσιστικά πλήγματα	0.54	0.000
4. Υπερχείλιση συναισθημάτων	0.43	0.000
5. Πάγωμα	0.53	0.000
6. Αυτό-αποξένωση	0.55	0.000
7. Σύγχυση	0.52	0.000
8. Κενότητα	0.43	0.000
9. Κοινωνική αποστασιοποίηση	0.69	0.000
ΚΑΨΠ – σύνολο	-0.54	0.000
1. Υπερνίκηση του πόνου	-0.43	0.000
2. Πεποίθηση στην ικανότητα αντιμετώπισης του πόνου	-0.31	0.001

3. Εμπερίεξη του πόνου	-0.52	0.000
MGPQ – σύνολο	0.26	0.005
1. Αισθητηριακή	0.26	0.005
2. Συναισθηματική	0.26	0.005

2.4.4 Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης

Στο μοντέλο ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμησης στο οποίο χρησιμοποιήθηκε η βήμα-προς-βήμα μέθοδος, ορίστηκε ως εξαρτημένη μεταβλητή η βαθμολογία στην κλίμακα αυτοκτονικού κινδύνου SRS και ως προβλεπτικοί παράγοντες οι συνολικές βαθμολογίες των κλιμάκων BDI, ΚΨΠ, ΚΑΨΠ και SF-MPQ. Στο τελικό μοντέλο, που εξηγεί το 57% της διασποράς του αυτοκτονικού κινδύνου, οι τρεις προβλεπτικοί παράγοντες, όλοι εκτός του SF MPQ βρέθηκε να έχουν σημαντική επίδραση (βλ. Πινάκα 3).

Πίνακας 3

Υπολογισμός της επίδρασης του ψυχικού πόνου, της ανοχής στον ψυχικό πόνο, της κατάθλιψης και του σωματικού πόνου στον αυτοκτονικό κίνδυνο με ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με «βήμα προς βήμα» μέθοδο.

Συνεισφορά κάθε μεταβλητής στο τελευταίο βήμα ^a					
Μεταβλητή	B	T.Σ.	B	t-value	p
ΚΨΠ-σύνολο	0.04	0.01	0.40	4.19	0.000
ΚΑΨΠ-σύνολο	- 0.05	0.01	-0.28	-3.76	0.000
BDI	0.08	0.03	0.22	2.37	0.020
MGPQ – σύνολο	0.02	0.02	0.07	1.06	0.292

$$^a R^2 = 0.57, F = 34.35, p = 0.000$$

B = δείκτης παλινδρόμησης; $T. \Sigma.$ = τυπικό σφάλμα του B ; β = σταθεροποιημένος δείκτης παλινδρόμησης

Εξαρτημένη μεταβλητή: συνολική βαθμολογία SRS

2.4.5 Ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης.

Χρησιμοποιήθηκε ένα δεύτερο μοντέλο ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμησης με σκοπό να εξετάσουμε την ανεξάρτητη επίδραση στον κίνδυνο αυτοκτονίας των επιμέρους όψεων του ψυχικού πόνου και των συνιστωσών της ανοχής στον ψυχικό πόνο. Στο μοντέλο αυτό οι ανεξάρτητες μεταβλητές εισήχθησαν ιεραρχικά, ανάλογα με την ισχύ της συσχέτισής τους με τη βαθμολογία στην SRS (πρβ. Πίνακα 2). Έτσι, οι υποκλίμακες της ΚΨΠ και της ΚΑΨΠ εισήχθησαν στο πρώτο και στο τελευταίο βήμα αντίστοιχα της ανάλυσης παλινδρόμησης. Η βαθμολογία στο SF-MPQ δεν εισήχθηκε ως ανεξάρτητη μεταβλητή σε αυτό το μοντέλο, εφόσον έδειξε μη σημαντική επίδραση στο προηγούμενο (Πίνακας 3). Όπως φαίνεται στον Πίνακα 4, στο τελευταίο βήμα που εξηγεί το 60% της διασποράς, οι επιδράσεις στη διασπορά από την υποκλίμακα «απώλεια ελέγχου» της ΚΨΠ και την υποκλίμακα «εμπερίεξη του πόνου» της ΚΑΨΠ παρέμειναν σημαντικές.

Πίνακας 4

Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τον καθορισμό του ρόλου των διαστάσεων του ψυχικού πόνου, των πλευρών της ανοχής του ψυχικού πόνου και της κατάθλιψης στον αυτοκτονικό κίνδυνο

Μεταβλητή ^β	Συνεισφορά κάθε μεταβλητής στο τελευταίο βήμα ^α				
	<i>B</i>	<i>T. Σ.</i>	<i>β</i>	<i>t-value</i>	<i>p</i>
Βήμα 1: ΚΨΠ-υποκλίμακες					
- Απώλεια Ελέγχου	0.19	0.03	0.49	5.77	0.000
Βήμα 2: BDI					
	0.07	0.03	0.20	2.22	0.028
Βήμα 3: ΚΑΨΠ – υποκλίμακες					
- Εμπερίεξη του πόνου	-0.18	0.05	-0.26	-3.61	0.000

^α $R^2 = 0.60, F = 13.07, p = 0.000$

^β παρουσιάζονται μόνο οι μεταβλητές του περιλαμβάνονται στο τελευταίο βήμα.

B = the regression coefficient; *T. Σ.* = τυπικό σφάλμα του *B*; *β* = σταθεροποιημένος δείκτης παλινδρόμησης

Εξαρτημένη μεταβλητή: συνολική βαθμολογία SRS

3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη εξετάσαμε την σχέση μεταξύ ψυχικού πόνου, ανοχής του ψυχικού πόνου, κατάθλιψης και σωματικού πόνου με τον αυτοκτονικό κίνδυνο. Επιπλέον, εξετάσαμε τις ψυχομετρικές ιδιότητες της ελληνικής εκδοχής δύο κλιμάκων των Orbach και συν., της Κλίμακας Ψυχικού Πόνου (ΚΨΠ) (Orbach et al, 2003a) και της Κλίμακας για την Ανοχή του Ψυχικού Πόνου (ΚΑΨΠ) (Orbach et al, 2004).

3.1 Ψυχομετρικές ιδιότητες των ΚΨΠ και ΚΑΨΠ

Η ΚΨΠ βρέθηκε να έχει υψηλή εσωτερική αξιοπιστία και αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων. Παρομοίως υψηλά επίπεδα αξιοπιστίας βρέθηκαν και όσον αφορά την πλειονότητα των παραγόντων της κλίμακας, που είχαν προκύψει από την αρχική ανάλυσή της (Orbach et al, 2003a). Παρά ταύτα, ο παράγοντας «κοινωνική αποστασιοποίηση» βρέθηκε να έχει μη ικανοποιητικά επίπεδα αξιοπιστίας, τόσο εσωτερικής όσο και επαναληπτικών μετρήσεων, και ως εκ τούτου δεν συμπεριλήφθηκε στις περαιτέρω αναλύσεις της παρούσας μελέτης. Παρόμοια ευρήματα για τον εν λόγω παράγοντα προέκυψαν και από προηγούμενη μελέτη (Levi et al, 2008). Στη μελέτη αυτή εξετάστηκε ο ρόλος του ψυχικού πόνου στις σοβαρές φαρμακευτικές απόπειρες. Στο συνολικό δείγμα της μελέτης που αποτέλεσαν 173 άνδρες και γυναίκες οι δείκτες αξιοπιστίας Cronbach's α κυμάνθηκαν για τους 8 παράγοντες από 0,72 έως 0,89, ενώ ο παράγοντας της «κοινωνικής αποστασιοποίησης» παραλείφθηκε από την περαιτέρω στατιστική επεξεργασία λόγω του ότι ο αντίστοιχος δείκτης αξιοπιστίας βρέθηκε χαμηλός (Cronbach's α = 0,42). Πέρα από αυτήν την εξαίρεση, τα ευρήματά μας είναι σύμφωνα με τις αντίστοιχες εκτιμήσεις για την αρχική κλίμακα, στην οποία βρέθηκαν για κάθε παράγοντα ξεχωριστά υψηλά επίπεδα τόσο αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων (Pearson's r από 0,79 έως 0,94) όσο και εσωτερικής συνοχής (Cronbach's α από 0,75 έως 0,95) (Orbach et al, 2003a).

Επιπλέον εξετάσαμε την αξιοπιστία της ΚΑΨΠ, για πρώτη φορά μετά την αρχική μελέτη της κλίμακας από τους συγγραφείς της (Orbach et al, 2003) και βρήκαμε υψηλά επίπεδα αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων και ικανοποιητική εσωτερική συνοχή. Παρόμοια επίπεδα αξιοπιστίας επέδειξαν και οι παράγοντες της κλίμακας, που είχαν προκύψει από την παραγοντική ανάλυση της αρχικής μελέτης. Πιο συγκεκριμένα, στη μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Orbach και συνεργάτες οι δείκτες αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων για τους 9 παράγοντες βρέθηκαν από 0,79 έως 0,94. Είναι αξιοσημείωτο ότι στην αρχική μελέτη δεν είχε βρεθεί χαμηλή αξιοπιστία για τον παράγοντα της «κοινωνικής αποστασιοποίησης» (Orbach et al, 2003a). Η εγκυρότητα εξωτερικού κριτηρίου βρέθηκε επίσης ικανοποιητική τόσο για τη ΚΨΠ όσο και για την ΚΑΨΠ, καθώς και οι δύο κλίμακες συσχετίστηκαν σημαντικά με τις αντίστοιχες τους αριθμητικές κλίμακες.

Ο παράγοντας της «συναισθηματικής υπερχειλίσσης» συσχετίστηκε αρνητικά με την ηλικία, εύρημα επίσης σύμφωνο με αντίστοιχο της αρχικής μελέτης (Orbach et al, 2003b). Αντίθετα, στη δική μας μελέτη δεν προέκυψε αρνητική συσχέτιση με τον παράγοντα «μη αναστρεψιμότητα» και «σύγχυση» με την ηλικία, που βρέθηκαν στην αρχική μελέτη. Είναι πιθανό ότι με την ηλικία δε μειώνεται η ένταση της βίωσης των συναισθημάτων αυτών, αλλά ο αντίκτυπος που έχουν στη συνειδητότητα. Έτσι ίσως είναι πλέον πιο δύσκολο όσον αφορά στους ηλικιωμένους τα αρνητικά αυτά συναισθήματα να κατακλύσουν τη συνειδητότητα με τέτοιο τρόπο ώστε να γίνονται αντιληπτά ως «αρνητικές αλλαγές στον εαυτό», σύμφωνα με τον Orbach, (2003b) δηλαδή ως ψυχικός πόνος. Στην παρούσα μελέτη η ηλικία συσχετίστηκε σημαντικά με τη βαθμολογία στην ΚΨΠ στη «χειρότερη στιγμή». Παρότι δεν υπάρχουν μέχρι σήμερα δεδομένα για τη συσχέτιση της πλέον επώδυνης εμπειρίας με άλλες παραμέτρους σε μελέτες με ποσοτική εκτίμηση του ψυχικού πόνου, φαίνεται εύλογο να αυξάνει ο βιωμένος ψυχικός πόνος με την ηλικία, καθώς είναι πιθανότερο να υπάρχουν περισσότερες επώδυνες εμπειρίες με την πάροδο του χρόνου. Αντίθετα, δεν υπήρξε συσχέτιση της ηλικίας με τον ψυχικό πόνο «στην παρούσα στιγμή», παρότι οι ηλικιωμένοι αναμένεται να

έχουν βιώσει περισσότερες απώλειες και να έχουν ζήσει πιο τραυματικές καταστάσεις ή ακόμη και να έχουν περισσότερα προβλήματα σωματικής υγείας. Επιπλέον σε σχετική μελέτη της Bolger (1999), επισημάνθηκε η δυσκολία να αντιμετωπιστεί ο ψυχικός πόνος στην περίπτωση που οι επώδυνες εμπειρίες είχαν πλέον αθροιστεί στο πέρασμα των χρόνων. Η Bolger χρησιμοποίησε ποιοτική μεθοδολογία και εξέτασε παιδιά αλκοολικών γονέων με στόχο την ύπαρξη ενός ψυχοθεραπευτικού μοντέλου για την επώδυνη-τραυματική εμπειρία.

Αναφορικά με τις συγκρίσεις ανάμεσα στα δύο φύλα, οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία από τους άνδρες στον παράγοντα της «μη αναστρεψιμότητας». Το εύρημα αυτό είναι πρωτότυπο, παρά ταύτα σε προηγούμενη μελέτη έχει σημειωθεί σημαντική επίδραση του φύλου στο σύνολο των υποκλιμάκων της ΚΨΠ – χωρίς ωστόσο να εξειδικεύονται οι διαφορές (Orbach et al, 2003a). Οι γυναίκες στο δείγμα μας δε βρέθηκε να έχουν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία από τους άνδρες στις υποκλίμακες της ΚΨΠ συνολικά, όμως η διαφορά αυτή ήταν οριακά ασήμαντη. Το εύρημα αυτό φαίνεται να είναι σε συμφωνία με τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και τις συχνότερες απόπειρες αυτοκτονίας που εμφανίζουν οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες (Beck et al, 1988, Fergusson et al, 2000). Αντιστοίχως και στην παρούσα μελέτη οι γυναίκες είχαν υψηλότερες βαθμολογίες τόσο στο BDI όσο και στην κλίμακα αυτοκτονικού κινδύνου SRS, παρόλο που οι διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές.

3.2 Ο ψυχικός πόνος ως προβλεπτικός παράγοντας της αυτοκτονικότητας

Τα μέχρι τώρα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν τη σημαντική σχέση μεταξύ του ψυχικού πόνου και της αυτοκτονικότητας, αλλά και τη σημαντική σχέση ανάμεσα στον ψυχικό πόνο και την κατάθλιψη καθώς και την ανεξάρτητη σημαντική συνεισφορά των δύο ως προβλεπτικών δεικτών για την αυτοκτονία. (Holden et al, 2001, Berlim et al 2005, Troister & Holden 2010, De Lisle & Holden 2010, Orbach et al 2003a&b, Levi et al 2008, Olie et al 2010, Van Heeringen et al, 2010, Reich et al, 2010).

Στη μελέτη των Holden και συνεργατών (2001) εξετάστηκε σε 294 φοιτητές η σχέση του ψυχικού πόνου με τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Στη μελέτη αυτή βρέθηκε ότι ο ψυχικός πόνος συσχετίζεται ανεξάρτητα από την κατάθλιψη και την απελπισία με τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Ο Berlim και οι συνεργάτες του (2005) εξέτασαν τη σχέση της ψυχολογικής ποιότητας ζωής, ως έννοιας συγγενούς με τον ψυχικό πόνο με την αυτοκτονικότητα. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 60 άνδρες και γυναίκες που είχαν πρόσφατα διαγνωστεί με κατάθλιψη. Η ψυχολογική συνιστώσα της ποιότητας ζωής θεωρήθηκε συγγενής με τον ψυχικό πόνο καθώς στα λήμματα του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη (Εργαλείο Εκτίμησης Ποιότητας της ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας- WHO-QOL) αναφέρονται τόσο στον ψυχικό πόνο, όσο και στις ματαιωμένες ψυχολογικές ανάγκες, οι οποίες αποτελούν σημαντική προϋπόθεση για τον ψυχικό πόνο σύμφωνα με τη θεωρία του Shneidman. Η σχέση της ψυχολογικής συνιστώσας της ποιότητας ζωής με την αυτοκτονικότητα παρέμεινε σημαντική ακόμη και μετά τον έλεγχο της κατάθλιψης, της απελπισίας και άλλων συνιστωσών της ποιότητας ζωής. Στη μελέτη αυτή χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της αυτοκτονικότητας το αντίστοιχο λήμμα του ερωτηματολογίου του Beck για την κατάθλιψη, αλλά και της Νευροψυχιατρικής Συνέντευξης-MINI.

Ακόμη, οι Troister και Holden (2010) μελέτησαν τη σχέση του ψυχικού πόνου ως προβλεπτικού δείκτη της αυτοκτονικότητας σε 1475 φοιτητές. Χρησιμοποιήθηκαν για το σκοπό αυτό οι κλίμακες του Beck για τον αυτοκτονικό ιδεασμό, την απελπισία και την κατάθλιψη και η κλίμακα του Holden για τον ψυχικό πόνο. Ο ψυχικός πόνος βρέθηκε ο ισχυρότερος προβλεπτικός δείκτης για τον αυτοκτονικό ιδεασμό, όμως η κατάθλιψη και η απελπισία εξακολουθούσαν να συμμετέχουν στατιστικά στην πρόβλεψη της αυτοκτονίας.

Οι De Lisle & Holden (2010) μελέτησαν σε 587 προπτυχιακούς φοιτητές ψυχολογίας την επικάλυψη μεταξύ κατάθλιψης, απελπισίας και ψυχικού πόνου ως θεωρητικών εννοιών. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Ερωτηματολόγιο του Beck για την κατάθλιψη, για την απελπισία και για τον

αυτοκτονικό ιδεασμό , η κλίμακα του Holden για τον ψυχικό πόνο και το «Ερωτηματολόγιο για τους λόγους αυτοκτονίας» του ίδιου. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής έδειξαν ότι ο ψυχικός πόνος, η κατάθλιψη και η απελπισία είναι τρεις έννοιες που διαχωρίζονται σαφώς μεταξύ τους, οι οποίες όμως επίσης συσχετίζονται σημαντικά μεταξύ τους, ειδικότερα δε η κατάθλιψη με τον ψυχικό πόνο.

Ο Orbach και οι συνεργάτες του (2003a & b) πραγματοποίησαν δύο μελέτες για τον ψυχικό πόνο, χρησιμοποιώντας την κλίμακα για την εκτίμηση του ψυχικού πόνου που χρησιμοποιήσαμε και την παρούσα μελέτη. Στην πρώτη μελέτη (2003b) έγινε παραγοντική ανάλυση των λημμάτων του ερωτηματολογίου για να αναδειχθούν οι επιμέρους όψεις της εμπειρίας του ψυχικού πόνου. Κατόπιν , μελετήθηκε η σχέση του ψυχικού πόνου, της κατάθλιψης και του άγχους σε φυσιολογικό πληθυσμό. Το δείγμα αποτέλεσαν ξανά 255 προπτυχιακοί φοιτητές στους οποίους χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο για τον ψυχικό πόνο OMMMP και η κλίμακα για το άγχος και την κατάθλιψη CCL. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο ψυχικός πόνος, η κατάθλιψη και το άγχος παρότι συσχετίζονται μεταξύ τους δεν αλληλεπικαλύπτονται πλήρως και είναι διακριτές συναισθηματικές καταστάσεις. Στο τρίτο μέρος της μελέτης αυτής οι συγγραφείς διερεύνησαν τη σχέση του ψυχικού πόνου με τις στρατηγικές διαχείρισης και ρύθμισης συναισθηματικών καταστάσεων. Βρέθηκε στη μελέτη αυτή ότι ο ψυχικός πόνος συσχετίζεται με τις στρατηγικές αντιμετώπισης που βασίζονται στο συναίσθημα και μάλιστα όσο πιο δυσπροσαρμοστικές είναι τόσο πιο αυξημένος είναι και ο ψυχικός πόνος.

Στη δεύτερη μελέτη των ίδιων για τον ψυχικό πόνο (Orbach et al, 2003a) μελετήθηκε καταρχήν η σχέση του ψυχικού πόνου με το άγχος, την κατάθλιψη, την απελπισία, την έκφραση συναισθήματος και τις αυτοκαταστροφικές τάσεις. Το δείγμα αυτήν τη φορά ήταν κλινικό και αποτελούνταν από 32 άνδρες και γυναίκες με διαγνώσεις διαταραχής διάθεσης (μείζων κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, κατάθλιψη με ψυχωσικά στοιχεία). Όλοι οι συμμετέχοντες σ αυτήν την ομάδα είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν αμέσως πριν τη νοσηλεία τους.

Επιπλέον, υπήρξε μια ακόμη ομάδα από ασθενείς με τις ίδιες διαγνώσεις, αλλά χωρίς ιστορικό αυτοκτονικότητας και τέλος μια ισάριθμη ομάδα ελέγχου. Βρέθηκε σημαντική διαφορά στη βαθμολογία των αυτοκτονικών και των μη αυτοκτονικών ψυχιατρικών ασθενών στο ερωτηματολόγιο του ψυχικού πόνου. Επιπλέον, ο παράγοντας της «κενότητας» βρέθηκε να διαχωρίζει σταθερά τους αυτοκτονικούς από τους μη αυτοκτονικούς ασθενείς. Αναφορικά με την έκφραση συναισθήματος, οι πλευρές της συναισθηματικής έκφρασης όπως η αρνητική και η θετική έκφραση, η απόκρυψη συναισθήματος, η έκφραση αυτοπεποίθησης συσχετίστηκαν αντίστροφα ή ευθέως με τους παράγοντες του ΟΜΜΡ-παρά ταύτα, οι παράγοντες της κενότητας, της «μη αναστρεψιμότητας» και της «απώλειας ελέγχου» εξακολούθησαν να έχουν ξεχωριστή συνεισφορά στους παράγοντες της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Στην ίδια μελέτη εξετάστηκε η σχέση του ψυχικού πόνου με την αισιοδοξία, σε μη κλινικό δείγμα που συγκροτήθηκε από 98 φοιτητές. Ο ψυχικός πόνος συσχετίστηκε αντίστροφα με την αισιοδοξία, δηλαδή υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της αισιοδοξίας συσχετιζόταν με χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα για τον ψυχικό πόνο. Η αισιοδοξία ως στρατηγική αντιμετώπισης φαίνεται να ελαχιστοποιεί τον ψυχικό πόνο.

Στη μελέτη των Levi και συνεργατών (2008) εξετάστηκε ο ψυχικός πόνος και μάλιστα ο τρόπος που επικοινωνείται ως προβλεπτικός δείκτης ειδικά για τις ιατρικά σοβαρές απόπειρες. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 173 άνδρες και γυναίκες σε τρεις ομάδες: την πρώτη ομάδα αποτέλεσαν 35 ασθενείς που είχαν νοσηλευτεί για σοβαρή απόπειρα, τη δεύτερη ομάδα αποτέλεσαν ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για μη σοβαρή απόπειρα ενώ η τρίτη ομάδα ήταν η ομάδα ελέγχου. Χρησιμοποιήθηκαν εργαλεία για την εκτίμηση του ψυχικού πόνου, της επικινδυνότητας της απόπειρας για τη ζωή, τα γεγονότα ζωής, την κατάθλιψη, την απελπισία, αλλά και παραμέτρους της επικοινωνίας, όπως η αλεξιθυμία, η μοναξιά, η αυτό-αποκάλυψη αλλά και για τα στοιχεία προσωπικότητας και για τη διάγνωση. Ο ψυχικός πόνος προέβλεπε τόσο τις σοβαρές όσο και τις μη σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας, όμως δεν ήταν επαρκής για να διακρίνει μεταξύ

των δύο ομάδων. Προτείνεται από τους συγγραφείς πως η δυνατότητα επικοινωνίας του ψυχικού πόνου είναι που καθορίζει τη διάκριση αυτή, ώστε να αποτραπεί η σοβαρή απόπειρα.

Στη μελέτη των Olie και συνεργατών εξετάστηκε ο ρόλος του ψυχικού πόνου σε σχέση με την αυτοκτονική συμπεριφορά κατά την εξέλιξη ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Το δείγμα αποτέλεσαν 210 ασθενείς σε τρεις ομάδες- με πρόσφατη απόπειρα, με ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και χωρίς ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Για την εκτίμηση του ψυχικού πόνου χρησιμοποιήθηκε αριθμητική κλίμακα. Ο ψυχικός πόνος ήταν υψηλότερος στις δύο ομάδες με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά σε σχέση με την ομάδα σύγκρισης. Η ένταση του ψυχικού πόνου επίσης συσχετίστηκε με την ένταση και τη συχνότητα του αυτοκτονικού ιδεασμού.

Δύο πρόσφατες μελέτες εξετάζουν με απεικονιστικές μεθόδους τον ψυχικό πόνο. Στη μελέτη των Heeringen και συνεργατών εξετάστηκε η λειτουργική νευροανατομία του ψυχικού πόνου, για την οποία χρησιμοποιήθηκε η υπολογιστική τομογραφία εκπομπής φωτονίων. Για την εκτίμηση του ψυχικού πόνου χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα OMMP ενώ μετρήθηκαν επίσης η κατάθλιψη και ο αυτοκτονικός ιδεασμός. Εξετάστηκαν 39 ασθενείς με καταθλιπτική διαταραχή. Στη μελέτη αυτή διαχωρίστηκαν τα επίπεδα του ψυχικού πόνου σε υψηλό και χαμηλό, ανάλογα με τη βαθμολογία στην κλίμακα για τον ψυχικό πόνο. Δε βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία του BDI και του OMMP αλλά η βαθμολογία στην OMMP συσχετίστηκε σημαντικά με τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Βρέθηκε επίσης αυξημένη αιματική ροή στον φλοιό του δεξιού ινιακού λοβού, στην αριστερή κάτω κροταφική έλικα, στον δεξιό πλαγιοπίσθιο προμετωπιαίο φλοιό και στη δεξιά πρόσθια κάτω έλικα στους ασθενείς με υψηλά επίπεδα ψυχικού πόνου σε σύγκριση με τους ασθενείς με χαμηλά επίπεδα ψυχικού πόνου. Σύμφωνα με τους συγγραφείς ο ψυχικός πόνος δε συσχετίζεται με την κατάθλιψη, αλλά με τον αυτοκτονικό ιδεασμό, ενώ τα νευροανατομικά ευρήματα για την πλαγιοπίσθια υπερδραστηριότητα στον

προμετωπιαίο φλοιό που παρατηρείται σε καταθλιπτικούς ασθενείς, η οποία σχετίζεται με την επεξεργασία των συναισθημάτων- πιθανόν εξηγούν εν μέρει την αντίληψη του ψυχικού πόνου ως αβάσταχτου που σχετίζεται με την αυτοκτονική συμπεριφορά. Η δεύτερη μελέτη, του Reich και συνεργατών (2010) εξέτασε τη σχέση του ψυχικού πόνου με την αυτοκτονική συμπεριφορά χρησιμοποιώντας τη μαγνητική τομογραφία. Για την εκτίμηση του ψυχικού πόνου χρησιμοποίησαν αφηγηματική τεχνική-συγκεκριμένα πήραν συνεντεύξεις από 8 ανθρώπους που είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν με φάρμακα μια με τέσσερις εβδομάδες πριν την συνέντευξη. Επιπλέον χρησιμοποίησαν την κλίμακα OMMR για τον ψυχικό πόνο και την κλίμακα του Beck για την κατάθλιψη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης στις υποκειμενικές καταστάσεις που βιώνονται ως αβάσταχτες (ψυχικός πόνος) και στην προετοιμασία για την αυτοκτονία ενεργοποιούνται -ή απενεργοποιούνται- οι ίδιες εγκεφαλικές περιοχές και τελικά ακόμη και η ανάμνηση του ψυχικού πόνου μπορεί να ενεργοποιήσει την αυτοκτονική την αυτοκτονική συμπεριφορά.

Τα ευρήματα της παρούσας εργασίας επιβεβαίωσαν πλήρως τα προαναφερόμενα, χρησιμοποιώντας την κλίμακα SRS για την εκτίμηση του αυτοκτονικού κινδύνου.

Η θεωρία του Shneidman αναφορικά με την προβλεπτική ισχύ του ψυχικού πόνου σε σχέση με την αυτοκτονικότητα επιβεβαιώθηκε από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, καθώς ο ψυχικός πόνος βρέθηκε ισχυρότερος προβλεπτικός δείκτης από την κατάθλιψη για την αυτοκτονικότητα. Παρά ταύτα, η θέση του Shneidman ότι η σχέση κατάθλιψης και αυτοκτονίας μεσολαβείται από τον ψυχικό πόνο δεν υποστηρίζεται πλήρως από τα ευρήματά μας, καθώς η συνεισφορά της κατάθλιψης στην πρόβλεψη του αυτοκτονικού κινδύνου παρέμεινε σημαντική αφού ανεξαρτητοποιήθηκε από τον ψυχικό πόνο. Το εύρημα αυτό όμως είναι σύμφωνο με αντίστοιχα άλλων μελετών για τη σχέση ψυχικού πόνου και αυτοκτονίας, όπου η κατάθλιψη παραμένει σημαντικός προβλεπτικός δείκτης μεν, λιγότερο σημαντικός από τον ψυχικό πόνο δε (Troister & Holden

2010). Επιπλέον, στην παρούσα μελέτη επιβεβαιώνονται τα ευρήματα προηγούμενων μελετών που υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη και ο ψυχικός πόνος είναι δύο διαφορετικές κλινικές οντότητες, παρότι αλληλοσυνδεόμενες και ότι ο ψυχικός πόνος δεν αποτελεί απλώς μια καταθλιπτική συνιστώσα (Holden et al, 2001, Troister & Holden 2010, De Lisle & Holden 2010, Orbach et al 2003a&b)

3.3 Ο ρόλος της ανοχής του ψυχικού πόνου και των συνιστωσών της επώδυνης εμπειρίας σχετικά με τον αυτοκτονικό κίνδυνο

Στην παρούσα εργασία εισήχθη η επιπλέον παράμετρος της ανοχής του ψυχικού πόνου, για την επίδρασή της οποίας στην αυτοκτονικότητα οποία δεν υπήρχαν προηγούμενες μελέτες, παρά τις θεωρητικές υποθέσεις για το ιδιαίτερο ρόλο της (Orbach, 2004, Shneidman 1993). Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν την ανεξάρτητη συνεισφορά της ανοχής του ψυχικού πόνου στην πρόβλεψη του αυτοκτονικού κινδύνου. Κατά συνέπεια, η ανοχή του ψυχικού πόνου, παρόλο που σχετίζεται τόσο με την ένταση του ψυχικού πόνου όσο και με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης, φαίνεται ότι αποτελεί ξεχωριστή οντότητα.

Εξετάσαμε ακόμη την επίδραση των επιμέρους όψεων τόσο του ψυχικού πόνου, όσο και της ανοχής του ψυχικού πόνου αναφορικά με τον αυτοκτονικό κίνδυνο. Ο μόνος παράγοντας της εμπειρίας του ψυχικού πόνου που φάνηκε να έχει ξεχωριστή επίδραση στον αυτοκτονικό κίνδυνο ήταν η «απώλεια ελέγχου». Σύμφωνα με τον Orbach (1994) η «απώλεια ελέγχου» δεν αναφέρεται στην παρορμητικότητα αλλά στη δυσκολία του ανθρώπου να παρακολουθήσει και να αξιολογήσει τη συμπεριφορά του και θεωρεί πως είναι βασικό χαρακτηριστικό της διάστασης από την πραγματικότητα, της διάσχισης που βιώνει ένας άνθρωπος με σκέψεις αυτοκτονίας. Σε προηγούμενη μελέτη, στην οποία έγινε σύγκριση μεταξύ αυτοκτονικών και μη-αυτοκτονικών ψυχιατρικών ασθενών, είχε επιπλέον βρεθεί σημαντική η επίδραση στον αυτοκτονικό κίνδυνο των παραγόντων «μη αναστρεψιμότητα» και «κενότητα» (Orbach et al, 2003a). Αντικείμενο περαιτέρω μελέτης θα μπορούσε να αποτελέσει η διερεύνηση του κατά πόσο είναι ο τρόπος

που βιώνεται ο ψυχικός πόνος καθαυτός ή η απώλεια ελέγχου του που οδηγεί στην αυτοκτονία, καθώς θα μπορούσε η εμπειρία του ψυχικού πόνου πριν την απόπειρα να είναι διαφορετική από αυτήν που ανακαλούν μετά την απόπειρα. Όσον αφορά στις επιμέρους όψεις της ανοχής στον ψυχικό πόνο ο παράγοντας της «εμπερίεξης του πόνου» είχε σημαντική επίδραση στον αυτοκτονικό κίνδυνο. Ενδιαφέρον είναι ότι τόσο η άσκηση ελέγχου επί του επώδυνου βιώματος όσο και η εμπερίεξη του πόνου αποτελούν ψυχολογικές πλευρές του μηχανισμού αντοχής που το άτομο μπορεί να επιδείξει στην επώδυνη εμπειρία. Έτσι, σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, φαίνεται ότι η δυνατότητα του ατόμου να αντέχει τον ψυχικό πόνο και όχι η έντασή του πόνου είναι η έννοια-κλειδί για την κατανόηση της σχέσης του ψυχικού πόνου με την αυτοκτονικότητα. Η σχέση αυτή έχει θεωρητικά υποστηριχθεί από τον Shneidman, αλλά και από την σχετική εργασία των O'Connor & Leenars (2004). Στη μελέτη αυτή οι συγγραφείς χρησιμοποίησαν τη μέθοδο της μελέτης των σημειωμάτων αυτοχειρών από την Β. Ιρλανδία και τις ΗΠΑ. Συγκεκριμένα, συγκρίθηκαν μεταξύ τους 60 σημειώματα ταιριασμένα ως προς ηλικία και φύλο. Για την αξιολόγηση των σημειωμάτων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του Leenars, σύμφωνα με την οποία δύο ανεξάρτητοι βαθμολογητές-ψυχολόγοι αξιολόγησαν τα σημειώματα σύμφωνα με 8 βασικούς άξονες, ανάμεσα στους οποίους και ο «αβάσταχτος ψυχικός πόνος». Στο σύνολο, ο αβάσταχτος ψυχικός πόνος εμφανιζόταν με την υψηλότερη συχνότητα στα σημειώματα που αναλύθηκαν. Οι ομοιότητες που προέκυψαν από την ανάλυση των σημειωμάτων ήταν περισσότερες από τις διαφορές, έτσι οι συγγραφείς υποστηρίζουν πως το υπόβαθρο της αυτοκτονίας είναι περισσότερο ενδοψυχικό-ενδοπροσωπικό, χωρίς φυσικά να παραγνωρίζουν και τους επιμέρους κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες που δημιουργούν τις εξωτερικές συνθήκες για να συμβεί η αυτοκτονία.

3.4 Η σχέση του σωματικού πόνου με τον ψυχικό πόνο και την αυτοκτονικότητα

Στην παρούσα εργασία εξετάστηκε επίσης η σχέση του σωματικού πόνου με τον ψυχικό πόνο, την ανοχή στον ψυχικό πόνο, την κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό κίνδυνο. Η ένταση του σωματικού πόνου, καθώς επίσης και η αισθητηριακή και συναισθηματική του διάσταση συσχετίστηκαν με την κατάθλιψη και τον ψυχικό πόνο, όχι όμως με την ανοχή στον ψυχικό πόνο. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με τη βιβλιογραφία σχετικά με την συνύπαρξη κατάθλιψης και επώδυνων συμπτωμάτων (Bair et al, 2003). Ο σωματικός πόνος μπορεί να είναι πιο έντονος και δυσάρεστος, ανάλογα με τη βαρύτητα του καταθλιπτικού συναισθήματος (Berna et al, 2010). Παράλληλη φαίνεται να είναι και η σχέση του σωματικού με τον ψυχικό πόνο, γεγονός που πιθανόν επιβεβαιώνει την άποψη του Damasio (1999), ο οποίος υποστηρίζει ότι ο συναισθηματικός και ο σωματικός πόνος αποτελούν ένα συνεχές. Κάθε συναισθήμα έχει ένα νευροφυσιολογικό υπόβαθρο αλλά και κάθε σωματική αίσθηση, όπως και ο πόνος, βιώνεται παράλληλα με το συναισθήμα που τη συνοδεύει.

Από την ανάλυσή μας δεν προέκυψε ότι ο σωματικός πόνος αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα του αυτοκτονικού κινδύνου, ανεξάρτητα από την κατάθλιψη, τον ψυχικό πόνο και την ανοχή στον ψυχικό πόνο. Το εύρημα αυτό υποστηρίζεται μερικώς από τη σχετική βιβλιογραφία: υπάρχουν σχετικές μελέτες που υποστηρίζουν την ανεξάρτητη σχέση του χρόνιου πόνου με την αυτοκτονικότητα, αλλά και άλλες που υποστηρίζουν πως η σχέση του πόνου με την αυτοκτονία μεσολαβείται από τη συννοσηρότητα με την κατάθλιψη (Tang & Crane, 2006). Στην παρούσα εργασία περιοριστήκαμε στην αξιολόγηση του σωματικού πόνου μέσω της έντασης κι όχι της διάρκειας ή του πλήθους των σωματικών συμπτωμάτων με αποτέλεσμα να αξιολογούμε μια από τις πολλαπλές διαστάσεις του φαινομένου του πόνου – έτσι είναι πιθανό να περιορίστηκαν και τα αποτελέσματα για την σχέση του σωματικού πόνου με την αυτοκτονικότητα. Παρά ταύτα, ο Orbach (1994,2003) υποστηρίζει πως ο αυτόχειρας χαρακτηρίζεται από την αδιαφορία για το σωματικό πόνο αλλά και την αποσύνδεση του από το

σώμα του. Στηρίζει την άποψη του στις αρνητικές πρώιμες εμπειρίες ανθρώπων που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν και την έλλειψη ασφαλούς προσκόλλησης με τη μητέρα και τους γονείς, αλλά και σε εμπειρικά δεδομένα. Συγκεκριμένα, σε μελέτη του ίδιου, η ανοχή στον πόνο σε αυτοκτονικούς ανθρώπους συσχετίστηκε θετικά με το εσωτερικό στρες-αντίθετα ήταν τα αποτελέσματα σε ομάδα ελέγχου ανθρώπων που είχαν τραυματιστεί από κάποιο ατύχημα. Καθώς μετρήσαμε την ένταση του σωματικού πόνου, είναι πιθανό το εύρημά μας να στηρίζει αυτή τη θέση.

3.5 Μεθοδολογικοί περιορισμοί

Η παρούσα μελέτη έχει αρκετούς περιορισμούς. Κατ' αρχάς, ένας ιδιαίτερα σημαντικός περιορισμός είναι ότι δε συμπεριλάβαμε κάποιο εργαλείο για τη μέτρηση της απελπισίας, η οποία έχει αποδειχθεί ότι έχει ξεχωριστή συνεισφορά στην πρόβλεψη της αυτοκτονίας και μάλιστα ανεξάρτητα από την κατάθλιψη. Επιπλέον, παρότι το μέγεθος του δείγματος είναι επαρκές για την εκτίμηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων των κλιμάκων, δεν ήταν επαρκές για να πραγματοποιηθεί εκ νέου η παραγοντική ανάλυση, κι έτσι εξετάστηκαν οι παράγοντες που είχαν προκύψει από την ανάλυση της αρχικής κλίμακας. Ακόμη, χρησιμοποιήθηκε ένα εργαλείο για την εκτίμηση του αυτοκτονικού κινδύνου κι όχι κάποιο πιο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο ή στοιχεία όπως οι πληροφορίες για το ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, καθώς το δείγμα μας ήταν μη κλινικό. Τέλος, όπως προαναφέρθηκε, για την εκτίμηση του σωματικού πόνου χρησιμοποιήσαμε μόνο την παράμετρο της έντασης κι όχι τη συχνότητα ή το πλήθος των συμπτωμάτων. Οποσδήποτε, λόγω του σχεδιασμού της μελέτης γίνεται λόγος για συσχετίσεις, αλλά όχι για αιτιώδεις σχέσεις.

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αυτοκτονία και κυρίως οι παρα-αυτοκτονικές συμπεριφορές αποτελούν ένα σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία. Για έναν ειδικό ψυχικής υγείας είναι ιδιαίτερα δύσκολο να αναγνωρίσει και να καθορίσει ποιος άνθρωπος βρίσκεται σε κίνδυνο για ν' αποπειραθεί να αυτοκτονήσει. Αυτό συμβαίνει αφενός λόγω της πολυπλοκότητας του φαινομένου της αυτοκτονίας και των πολλών κοινωνικών, πολιτισμικών και ψυχολογικών παραγόντων που υπεισέρχονται σ' αυτήν αλλά και επειδή από τη φύση του το φαινόμενο αυτό είναι δύσκολο να μελετηθεί. Παρά ταύτα είναι σημαντική η μελέτη των επιμέρους παραγόντων που μπορούν να οδηγήσουν καταρχήν στην αξιολόγηση και εν συνεχεία στην αποτροπή του αυτοκτονικού ανθρώπου και την πρόληψη της αυτοκτονίας. Ο ψυχικός πόνος φαίνεται να είναι μια έννοια ξεχωριστή από την κατάθλιψη, μαζί με την οποία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αυτοκτονία. Η ΚΨΠ και η ΚΑΨΠ είναι έγκυρα κι αξιόπιστα εργαλεία για την αξιολόγηση του ψυχικού πόνου και της ανοχής σ' αυτόν και μπορούν να συνεισφέρουν στην αξιολόγηση του αυτοκτονικού ανθρώπου παράλληλα με εργαλεία για την αξιολόγηση της κατάθλιψης και της απελπισίας.

Η ανακούφιση από το ψυχικό πόνο μπορεί ν' αποτελέσει αυτοτελή θεραπευτικό στόχο. Ο ψυχικός πόνος βιώνεται καταρχήν ως απώλεια ελέγχου ενώ ο φόβος ότι κανείς μπορεί να μην επιβιώσει από τον πόνο μπορεί να είναι καταστροφικός (Bolger 1999). Ακόμη οι συναισθηματικές αντιδράσεις στην επώδυνη εμπειρία μπορεί να είναι κατακλυσμιαίες με αποτέλεσμα να μην μπορεί να εμπεριέξει τον πόνο και τότε ο φόβος ότι δε θα επιβιώσει είναι καταστροφικός. Για την Bolger, είναι σημαντική ακόμη και η εστίαση στην επώδυνη εμπειρία μέσα σε θεραπευτικό πλαίσιο και η αποκάλυψή της, ώστε ο άνθρωπος να μπορεί να αποκαταστήσει την ενότητα του εαυτού του, καθώς αυτό είναι που θα τον βοηθήσει να ανακτήσει τον έλεγχο.

Παράλληλα με την Bolger (1999) και ο Shneidman (1984) υποστήριζε την θεραπευτική αντιμετώπιση του ψυχικού πόνου με την ανάδειξη των ματαιωμένων

αναγκών στις οποίες αυτός εδράζει, ώστε ο άνθρωπος να μαθαίνει στρατηγικές να αντιμετωπίζει, αλλά και να ενσωματώνει την επώδυνη εμπειρία, ώστε να μπορεί να την χειρίζεται και να μην γίνεται αβάσταχτη. Στην περίπτωση που ο άνθρωπος αναγνωρίσει και υπερασπιστεί τις ανάγκες του, θα επιλέξει να ζήσει σύμφωνα με το Shneidman.

Η προσέγγιση του Shneidman είναι βασισμένη στη μακρόχρονη κλινική του εμπειρία, αλλά δεν έχει επαληθευτεί εμπειρικά. Από την άλλη πλευρά, η Bolger βασίζεται σε μια ποιοτική ανάλυση του ψυχικού πόνου, με τους συνεπαγόμενους περιορισμούς. Είναι λοιπόν ξεκάθαρο πως χρειάζεται χρόνος για να υπάρξουν μοντέλα θεραπευτικής αντιμετώπισης του ψυχικού πόνου, με αντίστοιχα ερευνητικά δεδομένα.

Σύμφωνα με το V. Frankl (1963) ο ψυχικός πόνος εδράζει στην απώλεια νοήματος της ζωής. Ο ίδιος υποστηρίζει ότι αυτό το νόημα μπορεί να βρεθεί για κάθε άνθρωπο μέσω της δημιουργικότητας(προσωπική ανάπτυξη κι αξιοποίηση των χαρισμάτων που κάθε άνθρωπος έχει), της εμπειρίας (της αλληλεπίδρασης με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον) και της αλλαγής της στάσης απέναντι στις συνθήκες (ακόμη και σε συνθήκες που δε μεταβάλλονται, έχει κανείς να επιλέξει τη στάση που θα κρατήσει απέναντι σε αυτές κι έτσι να επιλέξει πώς να νοηματοδοτήσει την εμπειρία του ο ίδιος). Όταν ο άνθρωπος νιώσει ότι η ζωή του στερείται νοήματος και δεν ανταποκρίνεται σε αυτού του είδους τις προκλήσεις, τότε οδηγείται σε αυτό που αποκαλεί «υπαρξιακό κενό», το οποίο δεν μπορεί να καλυφθεί παρά μόνο με τρόπους που μπορεί να οδηγήσουν και στην αυτοκτονία, εφόσον ο άνθρωπος βιώνει τραυματικά γεγονότα της ζωής όπως το θάνατο, την απώλεια, τις ενοχές. Στόχος της θεραπείας είναι να δει τον άνθρωπο πέρα από τη θυματοποίηση και την ψυχοπαθολογία, ώστε να μπορέσει να αναπτύξει τα τρία στοιχεία για την αποκατάσταση του νοήματος στην πορεία του στη ζωή, άρα και να μπορεί να αντιμετωπίσει ο ίδιος να έχει έλεγχο και να εμπεριέξει τα γεγονότα ή τις καταστάσεις που προκαλούν ψυχικό πόνο.

Η κατανόηση της εμπειρίας του ψυχικού πόνου και η γνώση της σχέσης του με το σωματικό πόνο τάσσεται στην σύγχρονη θεώρηση της Ιατρικής για τον άνθρωπο ως βιοψυχοκοινωνική ολότητα. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να εμβαθύνουν στην κατανόηση και ανάδειξη της σχέσης αυτής. Προς αυτήν την κατεύθυνση τα εργαλεία αξιολόγησής του ψυχικού πόνου μπορούν να είναι χρήσιμα επιπλέον για την διερεύνηση της σχέσης των επιμέρους πλευρών του με άλλες διαστάσεις του σωματικού πόνου. Ακόμη, θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν σε επιδημιολογικού τύπου μελέτη, για τη διερεύνηση του επιπολασμού του ψυχικού πόνου στην κοινότητα, αλλά και για την εκτίμηση συγκεκριμένων ορίων βαθμολόγησης.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Psychiatric Association. 1994.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn)*. American Psychiatric Association: Washington, DC.
- Angst, J. (1992).** The epidemiology of depression, *Psychopharmacology*, vol 106(1) 71-74
- Ba'r, J. K., Brehm, S., Boettger, M., Boettger, S., Wagner, G., Sauer, H. (2005)** Pain perception in major depression depends on pain modality, *Pain* 117 : 97-103
- Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. (2003).** Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine*;163:2433-45.
- Bair, J., M., Robinson, L., R., Eckert, J., G., Stang, E., P., Croghan, T., Kroenke, K., (2004)** Impact of Pain on Depression Treatment Response in Primary Care
Psychosomatic Medicine 66:17-22
- Baumeister, R. (1990).** Suicide as escape from self, *Psychological Review*, vol.97 (1) 90-113
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., Mulder, R. T., Fergusson, D. M., Deavoll, B. J., & Nightingale, S. K. (1996).** Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1009-1014.
- Beautrais, A. (2005).** National strategies for the reduction and prevention of suicide. *The Journal of crisis intervention and suicide prevention* 26(1) pp1-3.
- Beautrais, A. L., Joyce PR, Mulder RT. (1998).** Psychiatric illness in a New Zealand sample of young people making serious suicide attempts. *The New Zealand Medical Journal*, 111 (1060) pp44-48.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. 1961** An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*; 4: 561-571
- Beck, A., Steer, A., R, Garbin, M. (1988).** Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty five years of evaluation *Clinical Psychology Review*, Vol. 8, pp. 77-100.
- Berlim MT, Mattevi BS, Pavanello DP, Caldieraro MA, Fleck MP, Wingate LR, (2003).** Psychache and suicidality in adult mood disordered outpatients in Brazil. *Suicide and Life-threatening Behavior*;33:242-8.

- Berna,C., Leknes, S., Holmes, E., Edwards, R., Goodwin, M., G., Tracey, I. (2010).** Induction of depressed mood disrupts emotion regulation neurocircuitry and enhances pain unpleasantness. *Biological Psychiatry*, 67, pp.1083-1090.
- Bertolote, J., M., Fleischmann, A. (2002).** A global perspective in the epidemiology of suicide, *Suicidologi*, vol 7(2), pp.6-8
- Bolger, E., A. (1999).** Grounded theory analysis of emotional pain, *Psychotherapy Research*, 9, 342-362.
- Botsis AJ, Soldatos RD, Liosi A, Kokkevi A, Stefanis CN.(1994).** Suicide and violence risk I: relationship to coping styles. *Acta Psychiatr Scand*; 89: 92-96
- Braden, J., Sullivan M., D. (2008).** Suicidal Thoughts and Behavior Among Adults With Self-Reported Pain Conditions in the National Comorbidity Survey Replication, *The Journal of Pain*, Vol 9, No 12 : pp 1106-1115 .
- Breivik H., Collett B., Ventafridda, V.,Cohen R. Gallacher D. (2006)** Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment *European Journal of Pain* 10 287–333
- Breslau N. (1992)** Migraine, suicidal ideation, and suicide attempts. *Neurology* 42(2):392–5.
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J Sharpe M. Lawrie, S. M (2003).** Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review *Psychological Medicine* 33, 395–405
- Cheng, A. T. A., Chen, T. H. H., Chen, C.-C., & Jenkins, R. (2000).** Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case-control psychological autopsy. *British Journal of Psychiatry*, 177, 360-365.
- Chiu, Y.H. Silman, A.J. Macfarlane, G.J. Ray, D. Gupta, A., Dickens, C. Morriss, R. McBeth, J. (2005)** Poor sleep and depression are independently associated with a reduced pain threshold. Results of a population based study. *Pain* 115 316–321
- Chishti P, Stone DH, Corcoran P, Williamson, E, PetridouE, (2003)** EUROSAVE Working Group. Suicide mortality in the European Union. *Eur J Public Health* 13: 108–114
- Damasio, A. (1999).** *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. London: Heinemann.

- De Lisle, M., Holden, R.R. (2009).** Differentiating between depression, hopelessness and psychache in university undergraduates, *Measurement and evaluation in Counselling and Development*, 42: 46-63
- Dickens, C., McGowan, L ., Dale, S., (2003).** Impact of Depression on Experimental Pain Perception: A Systematic Review of the Literature with Meta-Analysis, *Psychosomatic Medicine* 65: 369– 375 .
- Dreyer, L., Kendall, Samsoe, B. D., Bartels, Biddal, H., (2010).** Mortality in a cohort of Danish patients with fibromyalgia. *Athritits and Rheumatism*, vol.62, (10), pp3101-3108
- Durkheim, E. 1951.** *Suicide*. New York: Free Press.
- Dworkin ,R.,H., Gitlin, M.,J. (1991).** Clinical aspects of depression in chronic pain patients. *Clinical Journal of Pain*, 7,79-94.
- Eisenberger NI, Lieberman MD, Williams KD. (2003).** Does rejection hurt?An FMRI study of social exclusion. *Science*; 302: 290–2.
- Eisenberger NI, Lieberman MD. (2004).** Why rejection hurts: a common neural alarm system for physical and social pain. *Trends in Cognitive Science*;8: 294–300.
- Elliot, A., Smith, H., B., Penny, I., K., Smith, C., Chambairs, A., (1999).** The epidemiology of chronic pain in the community, *the Lancet*, 354 (9186), pp1248-1252
- Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. (2000).** Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med*, 30: 23–39
- Fishbain DA. (1999).** The association of chronic pain and suicide. *Semin Clin Neuropsychiatry*; 4(3): 221–7.
- Fishbain, D. Bruns, D. Disorbio, J. Lewis, J.(2009).** Risk for Five Forms of Suicidality in Acute Pain Patients and Chronic Pain Patients vs Pain-Free Community Controls *Pain Medicine* Volume 10 (6) pp. 1095-1105
- Fisher, B. J., Haythornthwaite, J. A., Heinberg, L. J., Clark, M. & Reed, J. (2001).** Suicidal intent in patients with chronic pain. *Pain* 89, 199–206.
- Frankl, V. (1963).** *Man's search for meaning: an introduction to logotherapy*. New York: Washington Square press

- Georgoudis, G., Watson, P J., Oldham, J A. (2001).** Reliability and sensitivity measures of the Greek version of the short form of the McGill Pain Questionnaire *European Journal of Pain* 5: 109–118
- Georgoudis, G., Watson, P J., Oldham, J A. (2000).** The development and validation of a Greek version of the short-form McGill Pain Questionnaire, *European Journal of Pain* 4: 275–281
- Hamilton MA (1960):** A rating scale for depression. *Journal Neurol Neurosurg Psychiatr* 23:56-62
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997).** Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170(3), 205–228.
- Hitchcock, L., Ferrell, B., McCaffery, M. (1994).** The experience of chronic nonmalignant pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 9 (5) pp 312-318.
- Holden, R., Mehta, K., Cunningham, J., McLeod, (2001).** Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 33:4, 224-232
- Jemos J.** *Beck Depression Inventory; validation in a Greek sample.* Athens University Medical School, 1984
- Katon, W., Schulberg, H., (1992)** .Epidemiology of Depression in Primary Care *General Hospital Psychiatry* 14, pp 237-247
- Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, et al(1993).** Sex and depression in the National Comorbidity Survey. 1: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord*;29:85- 96.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K., Rush, J., Walters, E., Wang, P. (2003)** The Epidemiology of Major Depressive Disorder Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) *Re JAMA*. 289:3095-3105.
- Kim SW, Kim SY, Kim JM, Suh DW, Shin IS, Kim SJ, Na GW, Kim SH, Yoon JS (2008)** A survey on attitudes toward suicide and suicidal behavior in Korea. *J Korean Soc Biol Ther Psychiatry*. 14:43– 48.
- Klaunig S, Maier C, Assion HJ, Hoffmann A, Krumova E, Magerl W, Scherens A, Treede RD, Juckel G (2008).** Depression and changed pain perception: Hints for central disinhibition mechanism. *Pain* 140:332-343

- Lautenbacher, S., Roscher, S., Strian, D., Fassbender, K., Krumrey, K., Krieg, J., K. (1994).** Pain perception in depression: Relationships to symptomatology and Naloxone-sensitive mechanisms, *Psychosomatic Medicine*, 56: 345-352.
- Lepine, J.-P., Briley, M. (2004).** The epidemiology of pain in depression, *Human Psychopharmacology*, 19: S3-S7.
- Lindsay, P., Wyckoff, M., (1981)** The depression-pain syndrome and its response to antidepressants *Psychosomatics* 22: 571-577,
- Madianos, M., Madianou, D., Stefanis, C. (1993).** Changes in suicidal behavior among nation wide general population samples across Greece. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 243, pp171-178.
- Madianos, M., Stefanis, C., (1992).** Changes in the prevalence of symptoms of depression and depression across Greece. *Social Psychiatry and psychiatric Epidemiology*, 27:211-219
- Magni, G., Rigatti-Luchini, S., Fracca, F. & Merskey, H. (1998).** Suicidality in chronic abdominal pain: an analysis of the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey (HHANES). *Pain* 76,137-144.
- Magni G, Moreschi C, Rigatti-Luchini S, Merskey H. (1994).** Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain* 56: 289-297.
- McDaniel JS, Purcell D, D.Augelli AR. 2001.** The relationship between sexual orientation and risk for suicide: research findings and future directions for research and prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior* (31 Suppl): S84-105.
- Mead, E. (2002).** Marital distress, co-occurring depression and marital therapy; a review. *Journal of Marital and Family Therapy*, July, vol. 28 (3), pp299-314.
- Mee, S., Bunney, G., B., Reist, C., Potkin, G., S., Bunney, E., W. (2006).** Psychological pain: A review of evidence , *Journal of psychiatric research*, 40, pp680-690.
- Melzack,(1987).** The short form Mc Gill pain questionnaire. *Pain*, 30, 191-197.
- Miley, J., Micklin, M (1972).** Structural Change and the Durkheimian Legacy: A Macrosocial Analysis of Suicide Rates. *The American Journal of Sociology*, Vol. 78, No. 3 pp. 657-673

- Mills, F., J., Green, K., Reddon, R., J. (2005).** An Evaluation of the Psychache Scale on an Offender Population, *Suicide and Life-Threatening Behavior* 35(5) pp 570-580.
- Murray, C., Lopez A.(1997)** Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *the Lancet*, Volume 349, Issue 9063, pp. 1436-1442
- Noble, R.(2005).** Depression in women, *Metabolism Clinical and Experimental* 54 (Suppl 1) 49– 52
- O' Connor R, Leenars AA. 2004** A thematic comparison between suicide notes from Northern Ireland and the United States. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 22 (4): 339-347
- Olié, E., Guillaume, S., Jaussent, I., Courtet P., Jollant F. (2009)** Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act, *J. Affect. Disord.* doi:10.1016/j.jad.2009.03.013
- Orbach, I., Mikulincer, M. , Schechtman, E , Sirota, P. (2003)a.** Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol .33 (3) 231-240.
- Orbach, I., Palgi, Y., Stein, D., Har- Even, D., Lotem-peleg M., & Asherov, J (1996).** Pain tolerance in suicidal subjects. *Death Studies*, 20, 227–240.
- Orbach, I. (2003).** Suicide and the Suicidal Body. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 33(1) pp1-8
- Orbach, I., Mikulincer, M. , Sirota, P. Schechtman, E. (2003)b.** Mental pain: A Multidimensional operationalization and Definition, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol .33 (3) 219-230.
- Orbach I, (1994).** Dissociation, Physical Pain, and suicide. A Hypothesis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 24(1) pp 67-79
- Orbach I, Giboa-Schechtman E, Johan M, Mikulincer M. (2004)** *Tolerance for mental pain scale*. Ramat-Gan, Israel, Bar-Ilan University, Department of psychology,
- Osmond H, Mullaly R, Bisbee C. (1984).** The pain of depression compared with physical pain. *Practitioner*;228:849–53.

- Papadopoulos, F., Frangakis, C. E., Skalkidou, A., Petridou, E., Stevens, R.G., Trichopoulos, D. (2005)** Exploring lag and duration effect of sunshine in triggering suicide. *Journal of Affective Disorders* 88 pp 287–297
- Patten, B., S. (2001)** Long-term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2. *Journal of Affective Disorders* 63, 35–41
- Petridou, E., Papadopoulos, F.C., Frangakis, C.E., Skalkidou, A., Trichopoulos, D., (2002).** A role of sunshine in the triggering of suicide. *Epidemiology* 13, 106– 109
- Pervin, L. & John, O. (1997).** *Personality: Theory and Research*. John Wiley and sons Inc
- Plutchik R, van Praag HM, Conte HR, Picard S 1989.** Correlates of suicide and violence risk I: the Suicide Risk measure. *Compr Psychiatry*; 30: 296-302
- Pompili, M., Lester, D., Leenaars, A., Tatarelli, R., Girardi, P. (2008)** Psychache and Suicide: A Preliminary Investigation. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 38(1) February 2008
- Ratcliffe GE, Enns MW, Belik SL, Sareen J. (2008).** Chronic pain conditions and suicidal ideation and suicide attempts: An epidemiologic perspective. *Clin. J Pain*; 24(3):204–10.
- Reisch, T. Seifritz E., Esposito, F., Wiest, R (2010)** An fMRI study on mental pain and suicidal behavior *Journal of Affective Disorders* doi:10.1016/j.jad.2010.03.005
- Robins, E., Schmidt, E. H., & O’Neil, P. (1959).** Some intercorrelations of social factors and clinical diagnosis in attempted suicide: A study of 109 patients. *American Journal of Psychiatry*, 114, 221-231.
- Sadock, B., Kaplan, H., I., Sadock, V.A. (2007).** *Kaplan’s and Sadock’s Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences*, pp897-907, 10th edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schwier, C., Kliem, A., Boettger, M., Bar, J. K. (2010).** Increased cold-pain thresholds in major depression, *The journal of pain*, vol.11 (3) pp287-290
- Sindrup, S., Otto, M., Finnerup, B., N., Jensen, T., (2005).** Antidepressants in the treatment of neuropathic pain. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology* Vol. 96, (6), pages 399–409

- Smith, M. T., Edwards, R. R., Robinson, R. C. & Dworkin, R. H.(2004b).** Suicidal ideation, plans, and attempts in chronic pain patients : factors associated with increased risk. *Pain* 111, 201–208.
- Smith, M. T., Perlis, M. L. & Haythornthwaite, J. A. (2004a).** Suicidal ideation in outpatients with chronic musculoskeletal pain: an exploratory study of the role of sleep onset insomnia and pain intensity. *Clinical Journal of Pain* 20, 111–118.
- Shneidman, E. S. (1984).** Aphorisms of suicide and some implications for psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 38, 319-328.
- Shneidman ES.(1993).** Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*;181:145–7.
- Shneidman ES. (1999).** The psychological pain assessment scale. *Suicide and Life-threatening Behavior*;29:287–94
- Shneidman ES. (2001).** Suicidology and the university; a founder s reflection at 80. *Suicide and Life-threatening Behavior*; 31, 1-8.
- Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C (2006).** Cost of depression in Europe. *Journal of Mental Health Policy Ecoomy*. Jun;9(2):87-98.
- Stahl SM. (2002).** Does depression hurt? *JClinPsychiatry* 63: 273–274.
- Stein, D., Orbach, I., Shani-Sela, M., Har-Even, D., Yaruslasky, A., Roth, D., Meged, S., Apter, A.,(2003).** Suicidal Tendencies and Body Image and Experience in Anorexia nervosa and Suicidal Female Adolescent Inpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*,72 (1)
- Sullivan, F., P., Neale, M., Kendler, K. (2000)** Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis, *The American Journal of Psychiatry*, 157:1552-1562
- Tang NKY, Crane C. (2006).** Suicidality in chronic pain: A review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological Medicine*;36:575–86.
- Troister, T., Holden, R. R. (2010).** Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman’s theory of suicide. *Personality and Individual Differences*, doi:10.1016/j.paid.2010.06.006

- van Heeringen K, van den Abbeele D, Vervaeke M, Soenen L, Audenaert K. 2010** The functional neuroanatomy of mental pain in depression. *Psychiatry Res*, 181: 141-144
- Vastag, B. (2003).** Scientists find connections in the brain between physical and emotional pain, *JAMA*, 290,: 2389-2390.
- Ward, N., Bloom, V., Friedel, O., R. (1979).** The effectiveness of tricyclic antidepressants in the treatment of coexisting pain and depression. *Pain*, vol. 7 (3), pp 331-341
- World Health Organization,** Figures and facts about suicide. Geneva, WHO,1999
- Zacharakis, C., Madianos, M., Papadimitriou, G., Stefanis, C., (1998).** Suicide in Greece 1980-1995: patterns and social factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* Volume 33, Number 10, 471-476,

ΠΑΡΑΘΕΜΑ 1^ο

Ανάλυση Αξιοπιστίας

ΚΨΠ – παρούσα στιγμή

Cronbach's α για την κλίμακα συνολικά = 0.96

r μεταξύ λημμάτων = από .27 έως .86

r λημματος-συνόλου = από .19 έως .74

F1: $\alpha = 0.91$, $r = .37-.85$

F2: $\alpha = 0.87$, $r = .19-.59$

F3: $\alpha = 0.82$, $r = .38-.61$

F4: $\alpha = 0.74$, $r = .24-.69$

F5: $\alpha = 0.83$, $r = .57-.65$

F6: $\alpha = 0.79$, $r = .29-.35$

F7: $\alpha = 0.80$, $r = .44-.65$

F8: $\alpha = 0.39$, $r = -.21-.53$

F9: $\alpha = 0.76$, $r = .41-.65$

r μεταξύ παραγόντων = από .07 έως .82

r μεταξύ παραγόντων-συνόλου διορθωμένο:

F1 = .81, F2 = .89, F3 = .73, F4 = .49, F5 = .71, F6 = .71, F7 = .77, F8 = .38, F9 = .56

ΚΨΠ – χειρότερη στιγμή

Cronbach's α για την κλίμακα συνολικά = 0.98

r μεταξύ λημμάτων = από .29 έως .88

r μεταξύ λήμματος-συνόλου = από .19 έως .82

ΚΑΨΠ

Cronbach's α για την κλίμακα συνολικά = 0.84

r μεταξύ λημμάτων = από .28 έως .67

r μεταξύ λήμματος-συνόλου = από .18 έως .73

FA: α = 0.87, r = .14-.68

FB: α = 0.76, r = .07-.41

FC: α = 0.72, r = .23-.58

r μεταξύ παραγόντων = από .11 έως .67

r διορθωμένο μεταξύ παράγοντα-συνόλου:

FA = .42, FB = .27, FC = .69

Αξιοπιστία Επαναληπτικών μετρήσεων

ΚΨΠ-παρούσα στιγμή

ICC για το σύνολο = 0.92

ICC για τους παράγοντες:

F1 = .88, F2 = .95, F3 = .93, F4 = .94, F5 = .90, F6 = .93, F7 = .91, F8 = .41, F9 = .83

ΚΨΠ-χειρότερη στιγμή

ICC για το σύνολο = 0.96

ΚΑΨΠ

ICC για το σύνολο = 0.95

ICC για τους παράγοντες:

FA = .95, FB = .92, FB = .92

Εγκυρότητα με εξωτερικό κριτήριο

ΚΨΠ-παρούσα στιγμή – Αναλογικό: $r = 0.44$, $p = 0.000$

ΚΨΠ-χειρότερη στιγμή – Αναλογικό: $r = 0.52$, $p = 0.000$

ΚΑΨΠ – Αναλογικό: $r = 0.43$, $p = 0.000$

Συσχετίσεις μεταξύ άλλων μεταβλητών (μόνο οι σημαντικές)

ΚΨΠ-σύνολο

BDI > .71, .000

ΚΨΠ-χειρότερη στιγμή > .79, .000

ΚΑΨΠ > .42, .000

ΚΨΠ-χειρότερη στιγμή

Ηλικία > .29, .003

BDI > .65, .000

ΚΑΨΠ> .51, .000

ΚΑΨΠ

BDI > .40, .000

MGRPQ - σύνολο

ΚΨΠ-σύνολο > .28, .004

ΚΨΠ-χειρότερη στιγμή > .31, .001

BDI > .26, .005

MGRPQ - Αισθητηριακή

ΚΨΠ-σύνολο > .28, .004

ΚΨΠ-χειρότερη στιγμή > .31, .001

BDI > .26, .001

MGRPQ - Συναισθηματική

ΚΨΠ-σύνολο > .26, .007

ΚΨΠ-χειρότερη στιγμή > .32, .001

BDI > .24, .010

ΚΨΠ-παράγοντες

Ηλικία – F4 > -.22, .021 – F8 > -.21, .025

BDI – ΟΛΟΙ > από .23, .014 έως .71, .000

ΚΨΠ-χειρότερη στιγμή– ΟΛΟΙ > από .39, .000 έως .77, .000

ΚΑΨΠ – ΟΛΟΙ > από -.20, .037 έως -.47, .000

ΚΑΨΠ – Παράγοντες

BDI – FA > -.27, .004 – FB > -.28, .003 – FC > -.44, .000

ΚΨΠ-σύνολο – FA > -.35, .000 – FB > -.26, .009 – FC > -.36, .000

ΚΨΠ-χειρότερη στιγμή – FA > -.44, .000 – FB > -.29, .004 – FC > -.43, .000

ΠΑΡΑΘΕΜΑ 2^ο

Greek version of the Orbach & Mikulincer Mental Pain Scale (OMMP)

Κλίμακα Ψυχικού Πόνου

Ο ψυχικός πόνος είναι μια εμπειρία οικεία στον καθένα. Περιγράφει πώς είναι το βίωμα του ανθρώπου όταν αγωνιά και υποφέρει. Θα θέλαμε να μας βοηθήσετε να κατανοήσουμε τι περνούν οι άνθρωποι όταν βιώνουν ψυχικό πόνο. Οι ακόλουθες προτάσεις περιγράφουν διαφορετικές όψεις του ψυχικού πόνου. Θα θέλαμε να μάθουμε ποιες από τις προτάσεις περιγράφουν τη δική σας εμπειρία για τον ψυχικό πόνο στην παρούσα φάση. Να θυμάστε ότι δεν υπάρχει σωστή ή λάθος απάντηση. Το σημαντικό για μας είναι να μάθουμε για την πραγματική προσωπική σας εμπειρία. Κάθε πρόταση πρέπει να βαθμολογηθεί σε μια κλίμακα από το 1 έως το 5.

Αν διαφωνείτε έντονα με την πρόταση, κυκλώστε το 1.

Αν διαφωνείτε με την πρόταση, κυκλώστε το 2.

Αν συμφωνείτε μέχρι ενός σημείου με την πρόταση, κυκλώστε το 3.

Αν συμφωνείτε με την πρόταση, κυκλώστε το 4.

Αν συμφωνείτε έντονα με την πρόταση, τότε κυκλώστε το 5.

	<i>Στην παρούσα στιγμή</i>	<i>Στη χειρότερη στιγμή</i>
1. Κανείς δεν ενδιαφέρεται για μένα.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2. Είμαι εντελώς αβοήθητος.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3. Νιώθω συναισθηματική αναταραχή	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4. Δεν μπορώ να κάνω τίποτα	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5. Θα καταρρεύσω.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6. Φοβάμαι το μέλλον.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7. Όλοι με απορρίπτουν.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8. Με πλημμυρίζουν πολλά	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9. Νιώθω εντελώς ηττημένος.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10. Νιώθω ότι έχω χάσει κάτι	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11. Νιώθω μονδιασμένος και χωρίς	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

12. Νιώθω εγκαταλελειμμένος και	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13. Δεν ασκώ κανέναν έλεγχο στη ζωή	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14. Τα συναισθήματά μου αλλάζουν	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Είμαι ένας ξένος για τον εαυτό	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. Οι άλλοι με μισούν.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17. Νιώθω ότι δεν είμαι πια ο παλιός	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Είμαι ανάξιος.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Νιώθω ότι έχω παραλύσει.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20. Δεν μπορώ να συγκεντρωθώ.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21. Δεν έχω εμπιστοσύνη στον εαυτό	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22. Η δύσκολη κατάσταση δεν θ'	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23. Νιώθω σαν να μην είμαι	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
24. Δυσκολεύομαι να σκεφτώ.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
25. Χρειάζομαι την υποστήριξη των	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
26. Η ζωή μου έχει αλλάξει για πάντα.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
27. Νιώθω μπερδεμένος.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
28. Δεν ελέγχω τι συμβαίνει μέσα μου.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
29. Ο πόνος μου δε θα φύγει ποτέ.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
30. Νιώθω σα να έχει τελειώσει η ζωή	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
31. Δεν έχω ιδέα τι να περιμένω από	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
32. Κάτι στη ζωή μου έχει	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
33. Νιώθω άβεβαιότητα για τη ζωή	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
34. Δε θα είμαι ποτέ ξανά ο ίδιος	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
35. Έχω έντονα συναισθηματικά	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
36. Δεν ελέγχω καθόλου την	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
37. Θέλω να με αφήσουν μόνο.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
38. Δεν έχω μελλοντικούς στόχους.	1	2	3	4	5					
39. Δεν έχω επιθυμίες.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
40. Δεν έχω διάθεση να μιλάω σε	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
41. Δε βρίσκω νόημα στη ζωή μου.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

42. Νιώθω ότι δεν μπορώ να είμαι	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
43. Δεν μπορώ ν' αλλάξω αυτό που	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
44. Ο πόνος δε θα φύγει ποτέ.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
45. Νιώθω κενός μέσα μου.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Greek version of the Tolerance for Mental Pain Scale (TMPS)

Κλίμακα Ανοχής του Ψυχικού Πόνου

Οι παρακάτω προτάσεις σχετίζονται με το βαθμό που μπορείτε να ανεχθείτε τον ψυχικό πόνο. Παρακαλούμε διαβάστε τες και απαντήστε σε ποιο βαθμό σας εκφράζουν κυκλώνοντας τον αντίστοιχο αριθμό, π.χ. από το 1 = δεν είναι αλήθεια μέχρι το 5 = είναι πολύ αλήθεια. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Όταν νιώθω ψυχικό πόνο...

1. Πιστεύω ότι ο πόνος μου θα περάσει.	1	2	3	4	5
2. Πιστεύω ότι δεν μπορώ να κάνω τίποτα για να μειώσω τον πόνο μου.	1	2	3	4	5
3. Νιώθω ότι ο πόνος μου διακόπτει ό,τι κάνω.	1	2	3	4	5
4. Δεν μπορώ να συγκεντρωθώ εξαιτίας του πόνου.	1	2	3	4	5
5. Ο πόνος με κατακλύζει τελείως.	1	2	3	4	5
6. Αντιμετωπίζω τον πόνο παρότι είναι δύσκολο να τον αντέξω.	1	2	3	4	5
7. Υποφέρω πάρα πολύ.	1	2	3	4	5
8. Πιστεύω ότι με το χρόνο ο πόνος θα εξαφανιστεί.	1	2	3	4	5
9. Δεν μπορώ να συγκρατήσω τον πόνο μέσα μου.	1	2	3	4	5
10. Όταν νιώθω πόνο δυσκολεύομαι να κάνω πράγματα που συνήθως ευχαριστιέμαι.	1	2	3	4	5
11. Πιστεύω πως αν κάνω το σωστό, ο πόνος θα εξαφανιστεί.	1	2	3	4	5
12. Δεν μπορώ να βγάλω τον πόνο απ' το μυαλό μου.	1	2	3	4	5

13. Νιώθω ότι πρέπει να ξεφορτωθώ τον πόνο αμέσως. 1 2 3 4 5
14. Ο ψυχικός πόνος που αισθάνομαι μοιάζει καμιά φορά με τον έντονο σωματικό πόνο. 1 2 3 4 5
15. Ο πόνος είναι πολύ έντονος. 1 2 3 4 5
16. Παρότι είναι δύσκολο ν' αντέξω τον πόνο, ξέρω ότι θα μου περάσει. 1 2 3 4 5
17. Πιστεύω ότι θα βρω έναν τρόπο να μειώσω τον πόνο. 1 2 3 4 5
18. Ο χρόνος περνάει πολύ αργά όταν νιώθω πόνο. 1 2 3 4 5
19. Ο πόνος είναι υπερβολικός για μένα. 1 2 3 4 5
20. Σκέφτομαι τον πόνο όλη την ώρα. 1 2 3 4 5

The SR scale

Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις επιλέγοντας «ΝΑΙ» ή «ΟΧΙ». Οι απαντήσεις σας είναι προσωπικές-δεν υπάρχει σωστό και λάθος- τα αποτελέσματα όμως είναι ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για στατιστική επεξεργασία.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία και το χρόνο σας.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Παίρνεις χάπια, όπως ασπιρίνη ή ηρεμιστικά σε τακτική βάση;			
Δυσκολεύεσαι να κοιμηθείς;			
Αισθάνεσαι κάποιες φορές ότι θα χάσεις τον έλεγχο του εαυτού σου;			
Έχεις μικρό ενδιαφέρον για τη συναναστροφή με τους άλλους;			

Αισθάνεσαι πως το μέλλον σου θα είναι περισσότερο δυσάρεστο παρά ευχάριστο;			
Έχεις αισθανθεί ποτέ ανάξιος;			
Αισθάνεσαι απελπισία για το μέλλον;			
Έχεις αισθανθεί ποτέ τόσο απογοητευμένος ώστε να θέλεις μόνο να παραιτηθείς και να πάψεις εντελώς να αγωνίζεσαι;			
Είσαι θλιμμένος τώρα;			
Είσαι σε διάσταση, διαζευγμένος ή χήρος;			
Έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας κάποιος από την οικογένειά σου;			
Ήσουν ποτέ τόσο θυμωμένος που ένιωσες ότι μπορεί να σκοτώσεις κάποιον;			
Έχεις σκεφτεί ποτέ ν αυτοκτονήσεις;			
Έχεις μιλήσει ποτέ σε κάποιον για την επιθυμία σου ν αυτοκτονήσεις;			
Έχεις αποπειραθεί ποτέ ν αυτοκτονήσεις;			

SHORT FORM MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE and PAIN DIAGRAM

(Reproduced with permission of author Dr Ron Melzack, for publication and distribution)

Date:

Name:

Σημειώστε τη στήλη για να δείξετε το επίπεδο του πόνου σας για κάθε λέξη.

Κατόπιν σημειώστε την αντίστοιχη περιοχή που νιώθετε τον πόνο στο σχέδιο.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ				
	Καθόλου Πόνος	Ήπιος	Μέτριος	Έντονος
Παλμικός - ρυθμικός	0)	1)	2)	3)
Σαν να "περπατάει"	0)	1)	2)	3)
Σαν "μαχαιριά"	0)	1)	2)	3)
Οξύς	0)	1)	2)	3)
Σαν "κράμπα"	0)	1)	2)	3)
Σαν να "δαγκώνει"	0)	1)	2)	3)
Καυστικός - ζεστός	0)	1)	2)	3)
Γενικός - διαρκής	0)	1)	2)	3)
Αίσθημα βάρους	0)	1)	2)	3)
Ευαίσθητος	0)	1)	2)	3)
Διαμελιστικός - σαν να σε "σκίζει"	0)	1)	2)	3)
Κουραστικός	0)	1)	2)	3)
Αηδιαστικός - νοσηρός	0)	1)	2)	3)
Τρομακτικός	0)	1)	2)	3)
Βασανιστικός - σκληρός	0)	1)	2)	3)

Σημειώστε στη γραμμή πόσο πολύ νιώσατε πόνο κατά την τελευταία εβδομάδα – το αριστερό άκρο σημαίνει καθόλου πόνο, το δεξί άκρο σημαίνει το χειρότερο δυνατό πόνο.

ΚΑΘΟΛΟΥ ΠΟΝΟΣ	Ο ΧΕΙΡΟΤΕΡΟΣ ΠΟΝΟΣ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΝΙΩΣΕΙ ΠΟΤΕ
------------------	---

Εδώ σημειώστε πόσο πόνο αισθάνεστε τώρα.

Ε.Π.Π.	
0. Καθόλου Πόνος	_____
1. Ήπιος	_____
2. Ενοχλητικός	_____
3. Οδυνηρός	_____
4. Φρικτός	_____
5. Αφόρητος	_____