

# ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

---

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

2008-2010

Διπλωματική Εργασία

Αικατερίνη Πούλου

αριθμός μητρώου:142

Ο ΦΟΒΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

ΜΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΓΚΟΥΒΑ ΜΑΙΡΗ

Σεπτέμβριος 2010

Copyright © Αικατερίνη Πούλου, 2010

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος "Αντιμετώπιση του πόνου" της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τμήματος Ιατρικής (Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων). Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους της Ιατρικής Σχολής.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.



# Κατάλογος περιεχομένων

Πρόλογος.....	11
---------------	----

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1 Περί φόβου και λοιπών συναισθηματικών εμπειριών.....	15
-----------------------------------------------------------------	----

1.1 Φόβος και συμπεριφορά.....	17
--------------------------------	----

Κεφάλαιο 2 Ο ρόλος του φόβου στην υγεία.....	21
----------------------------------------------	----

Κεφάλαιο 3 Περί πόνου.....	25
----------------------------	----

3.1 Είδη Πόνου.....	25
---------------------	----

3.1.1 Προσαρμοστικός Πόνος.....	25
---------------------------------	----

3.1.2 Δυσπροσαρμοστικός Πόνος.....	26
------------------------------------	----

3.2 Αίσθηση Πόνου.....	27
------------------------	----

3.2.1 Ταχύς και Βραδύς Πόνος.....	27
-----------------------------------	----

3.2.2 Επιφανειακός και Εν τω βάθει Πόνος .....	27
------------------------------------------------	----

3.2.3 Οι Δυο Οδοί Μετάδοσης του Πόνου.....	27
--------------------------------------------	----

3.2.4 Η Θεωρία της Πύλης .....	28
--------------------------------	----

3.3 Αντιμετώπιση του Πόνου.....	28
---------------------------------	----

Κεφάλαιο 4 Ο φόβος του σωματικού πόνου.....	31
---------------------------------------------	----

4.1 Θεωρητικά και ερευνητικά δεδομένα.....	31
--------------------------------------------	----

Κεφάλαιο 5 Φόβος του πόνου και στενές διαπροσωπικές σχέσεις.....	39
------------------------------------------------------------------	----

Κεφάλαιο 6 Ψυχιατρική παθολογία : Αντίληψη πόνου και φόβου .....	43
------------------------------------------------------------------	----

6.1 Αντίληψη του πόνου στη ψύχωση.....	43
----------------------------------------	----

6.1.1 Στοιχεία από την βιβλιογραφία.....	43
------------------------------------------	----

6.2 Ερευνητικά δεδομένα φόβου του πόνου, άγχους και ψυχιατρικής παθολογίας.....	49
---------------------------------------------------------------------------------	----

Ο φόβος του πόνου σε ασθενείς με ψυχιατρική παθολογία	6
Κεφάλαιο 7 Στόχοι και σκεπτικό της έρευνας.....	55
7.1 Σκοπός και σπουδαιότητα της μελέτης.....	55
7.2 Ερευνητικές υποθέσεις.....	56

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 8 Μέθοδος.....	59
8.1 Εργαλεία μέτρησης.....	59
8.1.1 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998).....	59
8.1.2 Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20; McCracken et al., 1992; McCracken et al.,2002).....	60
8.1.3 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία -Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000).....	61
8.1.4 Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R (SCL-90; Derogatis, 1977).....	62
8.2 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων.....	62
8.3 Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης.....	64
8.3.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων.....	64
8.4 Περιγραφή των ερωτώμενων.....	65
8.4.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά των ερωτώμενων.....	65
8.4.2 Ιατρικό ιστορικό των ερωτώμενων.....	68
8.4.3 Ιατρικό ιστορικό των συγγενών των ερωτώμενων.....	72
8.4.4 Φόβος, πιθανά αίτια και συμπτώματα.....	74
Κεφάλαιο 9 Αποτελέσματα.....	79
9.1 Κλίμακες που μελετήθηκαν.....	79
9.2 Σύντομη περιγραφή των απαντήσεων.....	81
9.2.1 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).....	81
9.2.2 Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20).....	82
9.2.3 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000) .....	83
9.2.4 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL – 90).....	84
9.3 Συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων.....	87

9.3.1 Συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων και των υποκλιμάκων του FPQ-III.....	87
9.3.2 Συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων και των υποκλιμάκων του PASS – 20.....	88
9.3.3 Συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων και των υποκλιμάκων του CAQ.....	89
9.3.4 Συσχετίσεις μεταξύ των συνολικών αθροισμάτων / μέσω τιμών των κλιμάκων.....	90
<b>Κεφάλαιο 10 Στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις.....</b>	<b>91</b>
10.1 Συσχέτιση της διάγνωσης με άλλες παραμέτρους.....	91
10.2 Συσχέτιση μεταξύ του προσωπικού βιώματος στρεσογόνου γεγονότος και άλλων παραμέτρων.....	93
10.3 Κληρονομικότητα σωματικών ασθενειών από άλλα μέλη της οικογένειας.....	96
10.4 Κληρονομικότητα του φόβου για τον πόνο και την ασθένεια από άλλα μέλη της οικογένειας .....	97
10.5 Συσχέτιση του φόβου του πόνου με τα άλλα μέλη της οικογένειας.....	99
10.6 Άλλες συσχετίσεις των αποκρίσεων των ερωτώμενων με άλλα μέλη της οικογένειας του	102
10.7 Συσχέτιση της διάγνωσης και των τιμών των κλιμάκων.....	103
10.7.1 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).....	104
10.7.2 Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20).....	105
10.7.3 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) .....	105
10.7.4 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist- 90 (SCL 90 ).....	106
10.8 Σύγκριση των τιμών των κλιμάκων μεταξύ ανδρών και γυναικών.....	107
10.8.1 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).....	107
10.8.2 Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20).....	108
10.8.3 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) .....	108
10.8.4 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist- 90 (SCL 90 ).....	109
10.9 Διαφοροποιήσεις ανά επαγγελματική κατάσταση.....	110
10.9.1 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).....	111
10.9.2 Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20).....	111
10.9.3 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) .....	112
10.9.4 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist- 90 (SCL 90 ).....	112
10.10 Διαφοροποιήσεις ανά οικογενειακή κατάσταση.....	113
10.10.1 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III)....	114

10.10.2 Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20).....	114
10.10.3 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) .....	115
10.10.4 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist- 90 (SCL 90 ).....	115
10.11 Σύγκριση μεταξύ των κατοίκων μικρής και μεγάλης πόλης.....	116
10.11.1 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).....	117
10.11.2 Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20).....	117
10.11.3 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) .....	118
10.11.4 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist- 90 (SCL – 90 ).....	118
10.12 Σύγκριση των τιμών των κλιμάκων μεταξύ των ερωτώμενων που δήλωσαν πως βίωσαν στρεσογόνο γεγονός στην παιδική ηλικία και των υπολοίπων.....	119
10.12.1 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III)....	120
10.12.2 Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20).....	120
10.12.3 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) .....	121
10.12.4 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist- 90 (SCL 90 ).....	122
10.13 Σύγκριση των τιμών των κλιμάκων μεταξύ των ερωτώμενων που δήλωσαν πως βίωσαν στρεσογόνο γεγονός στην ενήλικη ζωή και των υπολοίπων.....	122
10.13.1 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III)....	123
10.13.2 Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20).....	124
10.13.3 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - (CAQ) .....	124
10.13.4 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist- 90 (SCL 90 ).....	125
10.14 Συσχέτιση της ηλικίας με τις τιμές των υποκλιμάκων.....	125
10.15 Σύγκριση της σχιζοφρένειας με τη διπολική διαταραχή.....	127
10.15.1 Εισαγωγή.....	127
10.15.2 Αποτελέσματα.....	128
10.16 Πρόβλεψη της ασθένειας .....	131
10.16.1 Εισαγωγή.....	131
10.16.2 Επιλογή των ανεξαρτήτων μεταβλητών.....	132
10.16.3 Αποτελέσματα.....	132



Κεφάλαιο 11 Αποτελέσματα.....	135
11.1 Συσχετίσεις με κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες.....	135
11.2 Τα αποτελέσματα ανά κλίμακα μελέτης.....	136
11.2.1 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).....	136
11.2.2 Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20).....	136
11.2.3 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) .....	137
11.2.4 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist- 90 (SCL 90 ).....	138
11.3 Διαφοροποιήσεις μεταξύ σχιζοφρένειας και διπολικής διαταραχής.....	139
11.4 Πρόβλεψη της ασθένειας από κατάλληλο σύνολο ανεξαρτήτων μεταβλητών.....	140
 Κεφάλαιο 12 Συζήτηση.....	 141
Περίληψη .....	143
Abstract.....	144
Βιβλιογραφία.....	145
Παράρτημα.....	151



## Πρόλογος

*Θεραπευτή των πάντων Ασκληπιέ, Δέσποτα Παιάνα, που ανακουφίζεις τους πολλούς πόνους που οι βασιανιστικές αρρώστιες προκαλούν στους ανθρώπους, ισχυρέ που χαρίζεις την ανακούφιση...*

**Ορφικός ύμνος για τον Ασκληπιό**

Η ανακούφιση από τον πόνο που προκαλεί η ασθένεια ήταν και παραμένει μέλημα και χρέος όσων ασχολούνται με τον άνθρωπο που πάσχει. Από την αρχαιότητα ακόμα, σε όλους τους πολιτισμούς, σε όλα τα μήκη και πλάτη της γης, ο άνθρωπος προσπαθούσε να βρει τρόπους, άλλοτε λαμβάνοντας δραστικά μέτρα και άλλοτε με στωικότητα, ώστε να αντιμετωπίσει το βίωμα του πόνου.

Φαίνεται πως ακόμα και σήμερα παρά την πρόοδο των θεραπειών, η εμπειρία του πόνου δεν έχει εξαλειφθεί. Από τη στιγμή ακόμα της γέννησης μας και για όσο παραμένουμε ζωντανοί, ο πόνος μοιάζει να είναι συνυφασμένος με αυτή καθ' αυτή την ύπαρξη μας. Δείχνοντας σύνεση και χωρίς να αρνούμαστε τον προστατευτικό ρόλο του πόνου για την διατήρηση της ζωτικότητας του ανθρώπινου οργανισμού, η καλύτερη προσέγγιση του θέματος, αφορά μάλλον την οπτική της αντιμετώπισής του, παρά την εκτόπισή του από το ανθρώπινο γίγνεσθαι. Έτσι, η φοίτησή μου στο εν λόγω μεταπτυχιακό πρόγραμμα, μου προσέφερε σημαντικές γνώσεις γύρω από τα θέματα του πόνου, ανοίγοντας μου νέες προοπτικές στην προσέγγιση του.

Ερχόμενη από ένα εργασιακό πλαίσιο στενά συνδεδεμένο με την ψυχική ασθένεια, το να παρακολουθήσω ένα μεταπτυχιακό πρόγραμμα που αφορούσε άλλο αντικείμενο μελέτης από αυτό της αναγνώρισης και αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου, φαινόταν αρχικά ως κάτι το ασυμβίβαστο. Ήταν σαν να βαδίζω σε δύο παράλληλους δρόμους χωρίς κανένα σημείο επαφής. Ωστόσο, η προσωπική μου πρόκληση ήταν να βρω έναν κοινό τόπο αναφοράς μεταξύ πόνου και ψυχικής ασθένειας. Η δυνατότητα αυτή μου δόθηκε μέσω της εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Στον χώρο του ψυχιατρείου όπου εργάζομαι, ενώ το βίωμα του πόνου δεν απουσιάζει, φαίνεται να λείπει η δυνατότητα έκφρασής του από τον ψυχιατρικό πληθυσμό, κυρίως σε ό, τι αφορά τον φυσικό πόνο. Αναλογιζόμενη την έννοια του βουβού πόνου και την αποτύπωσή της στην λαϊκή παροιμία όπου «*όποιος δεν λέει τον πόνο του, πάει μαζί με δαύτον...*», έκανα την πρώτη συσχέτιση μεταξύ αυτής και της εμπειρίας μου από τις ελάχιστες εκδηλώσεις πόνου των χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών. Έτσι, η ιδιαίτερη ομάδα των διαγνωσμένων με ψύχωση ατόμων, αποτέλεσε το πρόσφορο έδαφος προβληματισμού μου. Πάσχουν από χρόνια πόνο οι ψυχιατρικοί ασθενείς; Αντιλαμβάνονται τον πόνο; Μπορούν να αντιδράσουν σε αυτόν; Αν ναι, πως; Φοβούνται τον πόνο

οι έχοντες ψύχωση; Ήταν μερικά από τα αρχικά μου ερωτήματα. Η αποσαφήνιση αυτών και η κατάληξη στην αναζήτηση του φόβου του πόνου ως το κύριο ερευνητικό ερώτημα της παρούσας εργασίας, δόθηκε μέσω της πολύτιμης βοήθειας της επόπτριάς μου, κυρίας Μαίρης Γκούβα, η οποία με ενθάρρυνε και με συμβούλευε καθ' όλη τη διάρκεια της προσπάθειάς μου. Οι παροτρύνσεις, οι επεξηγήσεις και οι οδηγίες της μου έδειχναν τα επόμενα βήματα, το τελικό αποτέλεσμα των οποίων παρουσιάζεται στις τρέχουσες σελίδες.

Εξίσου πολύτιμη ήταν και η συμβολή του κυρίου Δαμίγου, υπεύθυνου του μεταπτυχιακού προγράμματος, ο οποίος διευκόλυνε την ικανοποίηση κάθε παρουσιαζόμενης ανάγκης.

Τέλος, δεν θα μπορούσα να μην ευχαριστήσω τους Αργύριο και Δημήτριο Σαμέλλα, διευθυντές της ψυχιατρικής κλινικής όπου εργάζομαι και από όπου έλαβα το δείγμα του πληθυσμού μου, οι οποίοι με στήριξαν σε όλη την έως τώρα πορεία μου, καθώς και τους συναδέλφους γιατρούς και εργοθεραπευτές ( Χ. Σκούτα, Ν. Φράγκο, Γ. Σαμιωτάκη, Π. Καλιακούδα, Κ. και Μ. Λαζίδου) των οποίων οι προτάσεις και συμβουλές εμπλούτιζαν τις σκέψεις μου ως προς την ανάπτυξη της εργασίας.

Βέβαια, τίποτα από τα παραπάνω δεν θα είχε πραγματοποιηθεί εάν δεν είχα πολύτιμη βοήθεια από τους ίδιους τους συμμετέχοντες στην έρευνα. Όχι μόνο δέχτηκαν χωρίς δισταγμό να συμπληρώσουν τα απαραίτητα ερωτηματολόγια για την εκπόνηση της εργασίας, αλλά μέχρι και σήμερα δείχνουν το ενδιαφέρον τους για το αποτέλεσμα της μελέτης μου, ρωτώντας με για την εξέλιξή της.

Το «ευχαριστώ» που οφείλω σε αυτή την ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα ψυχιατρικών ασθενών, είναι το λιγότερο που μπορώ να κάνω για να τους δείξω την ευγνωμοσύνη μου...



## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## Κεφάλαιο 1      Περί φόβου και λοιπών συναισθηματικών εμπειριών

Η έρευνα στην ψυχολογία μας έχει χαρίσει εντυπωσιακά αποτελέσματα για τα πρωτογενή και δευτερογενή συναισθήματα, για την αρνητική και θετική λειτουργία τους, καθώς επίσης και για το γεγονός ότι μπορούν να προκληθούν και να διαμοιραστούν στα μέλη μιας κοινωνίας (Jarymowicz & Bar-Tal, 2006). Επιπλέον έχει καταδειχθεί ότι τα ίδια φυσιολογικά σημάδια μπορούν να συνδεθούν με περισσότερα από ένα συναισθήματα και ότι ο ρόλος του πλαισίου μπορεί να επηρεάσει στο ποια συγκίνηση βιώνεται πραγματικά (Levine, 2007). Τα εμπειρικά στοιχεία σχετικά με τη σχέση των συναισθημάτων του φόβου συχνά αναμιγνύονται (Cooper et al., 2007). Ο Lazarus (1991) υποστήριξε ότι ο φόβος και ο θυμός πολλές φορές αποτελούν τις δύο όψεις του ίδιου νομίσματος και θεωρούσε ότι όταν ένα άτομο παρενοχλείται, είτε αποκρίνεται με το θυμό και την επίθεση είτε με το φόβο και την φυγή (Stemmler, et al., 2007). Άλλωστε και το κύκλωμα του φόβου και το κύκλωμα του θυμού βρίσκονται στο ίδιο σημείο στον εγκέφαλο, και συγκεκριμένα εδράζουν στην αμυγδαλή (amygdala). Οι Έρευνες έχουν δείξει ότι ζημία στην αμυγδαλή σχετίζεται με ελλείμματα στην αντίληψη των εκφράσεων του προσώπου στο φόβο. Τελευταία γίνονται έρευνες για τα ελλείμματα στην αντίληψη και άλλων συγκινήσεων ταυτόχρονα, όπως ο θυμός, αν και τα ελλείμματα στην αντίληψη των μικτών συναισθηματικών καταστάσεων δεν έχουν, ακόμα, καθιερωθεί οριστικά (Grahama et al., 2007).

Σύμφωνα με τους Jarymowicz & Bar-Tal, το συναίσθημα του φόβου οδηγεί σε διάφορα παρατηρηθέντα αποτελέσματα και συνδέεται με μια μεγάλη ποικιλία άλλων συναισθημάτων. Για παράδειγμα, μια παρατεταμένη εμπειρία φόβου ευαισθητοποιεί τον οργανισμό και το γνωστικό μας σύστημα με τέτοιο τρόπο που η έκφραση του αλληλεπιδρά στην παλέτα των άλλων συναισθημάτων και συμβάλλει στην ανάδυση του θυμού, της οργής, της ενοχής, της περιέργειας, αλλά και της ελπίδας (Jarymowicz & Bar-Tal, 2006). Η διασύνδεση του φόβου με το θυμό είναι πλέον ξεκάθαρη. Και οι δύο αυτές συναισθηματικές απαντήσεις αποσκοπούν στην ίδια κατεύθυνση, οδηγούν στην αποφυγή μιας αποτυχίας ή στην πρόκληση ζημίας (Stemmler, et al., 2007). Σε αιφνίδια ή έντονη εγρήγορση τόσο η αντίδραση του φόβου, όσο και η αντίδραση του θυμού μπορούν να ενεργοποιηθούν ταυτόχρονα (Le Doux et al., 1990). Συνδεδεμένος με την επιθετικότητα, ο θυμός παρακινεί μια κατηγορηματική απάντηση όταν απειλούνται σημαντικοί στόχοι (Kuppens, et al., 2003). Αν και έχουν την ίδια αρνητική βάση, η κινητήρια κατεύθυνση είναι τελείως διαφορετική. Ο θυμός και η οργή στοχεύουν στην προσέγγιση του στόχου με σκοπό την άρση του εμποδίου μέσω της επίθεσης, ενώ ο φόβος αποσκοπεί περισσότερο στη διαφυγή της απειλής (Stemmler, et al., 2007).

Ο φόβος, επίσης, συνδέεται άμεσα με το συναίσθημα της αποστροφής. Η αποστροφή μπορεί να λειτουργήσει ομοίως με το φόβο, επειδή η διαφυγή ή η αποφυγή του ερεθίσματος ολοκληρώνει το αρνητικό συναίσθημα του φόβου (Woody et al., 2005). Η αποστροφή συνδεδεμένη με την λειτουργία της αντίσπασης, παρακινεί την αποφυγή της μόλυνσης (Olatunji & Sawchuk, 2005), είτε τη φυσική (π.χ., λαμβάνοντας τα επιβλαβή τρόφιμα), είτε τη συμβολική (π.χ., ένα πρόσωπο, μια ιδέα, ή ένα αντικείμενο) (Rozin et al., 1999). Αν και η αποστροφή φαίνεται να αφορά περισσότερο τις αυτό-αναφορές γύρω από τα φοβικά αντικείμενα, οι Thorpe και Salkovskis υποστηρίζουν ότι η σχέση αυτή είναι περισσότερο συσχετιστική, παρά λειτουργική (Thorpe & Salkovskis 1998).

Η ντροπή είναι άλλη μια ιδιαίτερα απωθητική συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται ολοκληρωτικά με τις τάσεις αποφυγής και απόσυρσης (Mc Gregor & Elliot, 2005). Αλλά και ο φόβος συνδέεται με τη ντροπή και το «κρυφτούλι», μέσω των παραπάνω διαδικασιών. Κάποιος που διακατέχεται από το συναίσθημα του φόβου, ιδίως όταν αυτό είναι στην υπερβολή του, συχνά αισθάνεται συναισθήματα ντροπής και ενοχής, επειδή, προσπαθεί να κρύψει την ανάγκη του για τη συμπεριφορά αποφυγής (White, et al., 2006). Η ντροπή, για παράδειγμα, αποτελεί ένα από τα κεντρικά συστατικά της κοινωνικής φοβίας ως μεμονωμένη προσπάθεια να κρυφτούν τα συμπτώματα του άγχους από τους άλλους ανθρώπους (Leahy, 2007).

Καθαρότερες εννοιολογικές συνδέσεις ανάμεσα στον φόβο και στο συναίσθημα της ντροπής, αποκαλύπτονται ιδιαίτερα στο φόβο που συνδέεται με την αποτυχία εκτέλεσης ενός έργου και στη συνακόλουθη ντροπή. Και τα δύο κατασκευάσματα στρέφονται εγγενώς στην αποτυχία, και τα δύο στηρίζονται στις τάσεις αποφυγής, και περιλαμβάνουν την αυτό-αξιολόγηση, και τα δύο αυτά συναισθήματα συνδέονται με συναισθήματα απώλειας και εγκατάλειψης. Υπό αυτήν τη μορφή, η ντροπή εμφανίζεται καλά ταιριαγμένη για να χρησιμεύσει ως η πυρηνική συγκίνηση του φόβου της αποτυχίας. Βλέπουμε το φόβο της αποτυχίας ως ένα αυτο-αξιολογικό πλαίσιο στο οποίο η αποτυχία αναλύεται ως δείκτης της σφαιρικής ανικανότητας που βάζει το άτομο σε κίνδυνο απόρριψης και εγκατάλειψης από σημαντικούς άλλους (Mc Gregor & Elliot, 2005).

Επιπλέον, πολλοί ερευνητές αντιπαραβάλλουν το συναίσθημα του φόβου με αυτό της περιέργειας, επειδή θεωρούν και τα δύο ως αντιπασσόμενες και αντιμαχόμενες κινητήριες δυνάμεις. Σχετικά νωρίς στην ιστορία της ψυχολογίας, ο William James, τόνισε ότι η περιέργεια υπαγορεύει στους ανθρώπους να εξερευνήσουν το περιβάλλον τους, ενώ ο φόβος οδηγεί στην αποφυγή των κινδύνων που συνδέονται με αυτή την εξερεύνηση (James W., 1890/1981). Κατά συνέπεια, η περιέργεια και ο φόβος απεικονίζουν τους βασικούς κινητήριους προσανατολισμούς που συνδέονται με την προσέγγιση και την αποφυγή, αυτό που ο Mc Dougall χαρακτήρισε ως «αντιπαγμένες ωθήσεις της προσέγγισης και της υποχώρησης» (Mc Dougall, 1923). Υπάρχουν λόγοι, επομένως, υποστηρίζουν οι Maner & Gerend, ότι ο φόβος και η περιέργεια συνδέονται με διαδικασίες λήψης αποφάσεων που θα μπορούσαν να διευκολύνουν την αποφυγή του κινδύνου και



την επιδίωξη του κινδύνου, αντίστοιχα. Επιπλέον, η εκλεκτική υπόθεση κρίσης προβλέπει ότι ενώ η περιέργεια μπορεί να συνδεθεί εντονότερα με τις κρίσεις των θετικών εκβάσεων από τις κρίσεις των αρνητικών, ο φόβος μπορεί να συνδεθεί εντονότερα με τις κρίσεις των αρνητικών εκβάσεων από τις κρίσεις των θετικών (Maner & Gerend, 2007).

Ένα άλλο αντιπαραβαλλόμενο συναίσθημα που συσχετίζεται με το φόβο είναι αυτό της ελπίδας. Οι Jarymowicz & Bar-Tal, προσπαθούν να δώσουν μια απάντηση στο βασικό ερώτημα γιατί ο φόβος εξουσιάζει την ελπίδα στις καταστάσεις της απειλής και του κινδύνου. Οι παραπάνω συγγραφείς υποστηρίζουν ότι ο φόβος και η ελπίδα, στις συγκεκριμένες καταστάσεις, είναι συνήθως μέρος ενός πιο σύνθετου συνδρόμου, το οποίο εμπεριέχει βιολογικές γνωστικές και συμπεριφοριστικές πτυχές (Jarymowicz & Bar-Tal, 2006). Από μια βιολογική προοπτική, η απειλή οδηγεί στο φόβο με έναν σχετικά άμεσο τρόπο, μέσω των διαδικασιών που λειτουργούν στα χαμηλότερα επίπεδα του νευρικού συστήματος. Αντίθετα, η ελπίδα εξαρτάται από τις διαδικασίες που βασίζονται στους φλοιώδεις μηχανισμούς. Στο επίπεδο ψυχολογικών διαδικασιών, ο φόβος μπορεί να υποβληθεί σε επεξεργασία ασυναίσθητα και προκαλεί τα απλά συναισθήματα, ενώ η ελπίδα βασίζεται πάντα στη συνειδητή αποσπασματική γνωστική δραστηριότητα.

Επιπλέον, ενώ ο φόβος ενεργοποιείται αυτόματα, χωρίς την προσπάθεια και γνωστικό έλεγχο, η ελπίδα στηρίζεται πάντα στη σκέψη και απαιτεί τις διάφορες διανοητικές δεξιότητες. Στο συμπεριφοριστικό επίπεδο, ο φόβος οδηγεί στην εύκολη και γρήγορη ανάκληση των αμυντικών ή/και επιθετικών συμπεριφορών, που έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενο χρόνο, ενώ η ελπίδα απαιτεί την εξεύρεση και ανακάλυψη νέων συμπεριφορών για να επιτύχει τον επιθυμητό, θετικά πολύτιμο στόχο και προσπαθεί να τον πραγματοποιήσει. Κι αυτό είναι κάτι που δεν γίνεται εύκολα κάτω από συνθήκες πίεσης ( Jarymowicz & Bar-Tal, 2006).

## 1.1 Φόβος και συμπεριφορά

Ο Peter Lang (1970), πρωτοπόρος στην έρευνα του φόβου, είχε εκφράσει την άποψη ότι ο φόβος δεν είναι κάτι το φοβερό που φωλιάζει στις ψυχές των ανθρώπων, το οποίο μπορούμε να το διαχειριστούμε περισσότερο ή λιγότερο επιτυχώς. Πρότεινε, μάλιστα, μια διαφορετική κατασκευαστική δομή στο φόβο, υποστηρίζοντας ότι ο φόβος αποτελείται από τρία συστατικά: **1.** από μια φυσιολογική διέγερση, **2.** από μια υποκειμενική ικανότητα άμεσης αντιδράσεως, και **3.** από μια συμπεριφορά αποφυγής. Ο Rachman θεωρεί ότι αυτά τα συστατικά συνδέονται μεταξύ τους αόριστα και ότι δύναται να λειτουργήσουν το ένα ανεξάρτητα από το άλλο (Rachman, 2004).

Επίσης, πρόσφατα ο Armfield υποστηρίζει ότι ο φόβος δεν είναι μόνο μια αντίδραση στον κίνδυνο, αλλά ότι συνοδεύεται και από γνωστικές αντιλήψεις για τον έλεγχο, την προβλεψιμότητα, και την αποστροφή οι οποίες αποτελούν κρίσιμους καθοριστικούς παράγοντες της απάντησης φόβου ενός

ατόμου (Armfield, 2007). Με άλλα λόγια, στην περίπτωση του φόβου φαίνεται να υπάρχει ένα καλά καθιερωμένο φυσιολογικό σχέδιο της απάντησης (Tudor, 2003).

Παρόλα αυτά, πώς αντιδρούν οι άνθρωποι απέναντι στο συναίσθημα του φόβου και στα ερεθίσματα που τον προκαλούν; Για παράδειγμα ο ορειβάτης, ο κυνηγός, οι αθλητές επικίνδυνων σπορ, μαθαίνουν να διοχετεύουν τη φυσιολογική απάντηση του φόβου στην υπηρεσία της στόχο-κατευθυνόμενης δραστηριότητας (Tudor, 2003). Επίσης, οι ασθενείς με διαταραχή πανικού και κοινωνική φοβία επιδεικνύουν μια συμπεριφορά υψίστου θάρρους κάθε φορά που πραγματοποιούν μια από τις ασκήσεις τους δοκιμάζοντας τον ακραίο αυτό φόβο τους (Rachman, 2004). Διάφοροι ερευνητές και θεωρητικοί έχουν προσπαθήσει να σκιαγραφήσουν τη σχετιζόμενη με το φόβο συμπεριφορά. Σε περιπτώσεις, μάλιστα, φοβικής ιδιοσυγκρασίας, πολλαπλοί συμπεριφοριστικοί δείκτες έχουν μελετηθεί: κινητήριες πτυχές (π.χ., απόσυρση, αποφυγή, και παρεμπόδιση), διάφορες επικοινωνιακές συμπεριφορές (π.χ., οι εκφράσεις του προσώπου), αντιδραστικές απαντήσεις (π.χ., πάγωμα και ξάφνιασμα), και κοινωνικές εκδηλώσεις (π.χ., η συστολή) (Buss, et al, 2004).

Ωστόσο η πιο συνηθισμένη απέναντι στο φόβο συμπεριφορά είναι η αποκαλούμενη συμπεριφορά αποφυγής (avoidance behavior). Οι Foa & Kozak υποστηρίζουν ότι αν «δούμε» το φόβο ως ένα πρόγραμμα αποφυγής του κινδύνου, σύμφωνα με τις απόψεις του Lang, τότε η συνακόλουθη αναμενόμενη συμπεριφορά συνδέεται με προφανείς πράξεις όπως η αποφυγή ή η διαφυγή (Foa & Kozak 1986). Η συμπεριφορά αποφυγής αναφέρεται σε ένα σχέδιο της συμπεριφοράς όπου μέσω καθυστερήσεων ή αναβολών τα άτομα αποφεύγουν μια ανεπιθύμητη κατάσταση ή μια εμπειρία (Wall, 1978). Ο φόβος, δηλαδή, κινητοποιεί την επιθυμία της διατήρησης της ασφάλειας μέσω της διαφυγής ή της αποφυγής, οι οποίες μειώνουν στη συνέχεια το φόβο, ενισχύοντας όμως σε δεύτερο χρόνο την διαδικασία της αποφυγής (Woody, et al., 2005).

Ειδικότερα, η συμπεριφορά αποφυγής έχει αναγνωριστεί από καιρό ως αυθόρμητη και προσαρμοστική απάντηση στον οξύ τραυματισμό και στον πόνο (Wall, 1978). Στην πραγματικότητα, η συμπεριφορά αποφυγής αποτελεί μια δυναμική αμυντική συμπεριφορά με σκοπό την επιβίωση (Βαϊδάκης, 2008), και χαρακτηρίζεται από αυτό που είναι γνωστό ως «αμυντική απόσταση» (Corr & Perkins, 2006). Όπως τόνισαν και οι McNaughton και Corr, για ένα ιδιαίτερο άτομο σε μια ιδιαίτερη κατάσταση, η αμυντική απόσταση εξισώνεται με την πραγματική απόσταση αλλά, σε μια πιο επικίνδυνη κατάσταση, η αντιληπτή αμυντική απόσταση μικραίνει (McNaughton & Corr, 2004). Με άλλα λόγια, μια αμυντική συμπεριφορά (π.χ., ενεργός αποφυγή) θα αποσπαστεί σε μια μεγαλύτερη (αντικειμενική) απόσταση με ένα ιδιαίτερα επικίνδυνο ερέθισμα (που αντιστοιχεί στη σύντομη αντιληπτή απόσταση), σε σύγκριση με την ίδια συμπεριφορά με ένα λιγότερο επικίνδυνο ερέθισμα (Corr & Perkins, 2006).

Ο Rachman (2004), προτείνει ότι αν εκλάβουμε το φόβο ως μια κατασκευή ελλιπώς συνδεδεμένων συστημάτων αντίδρασης, μπορεί τελικά, να μας οδηγήσει σε μια νέα ιδέα σε σχέση με τις προκαλούμενες συμπεριφορές, που μπορεί να είναι η επίδειξη θάρρους (Courage) ή και η αφοβία (fearless). Η έννοια του θάρρους μπορεί να πάρει διαφορετικές μορφές με την έννοια ότι οι τύποι θάρρους<sup>1</sup> μπορούν να διαφοροποιηθούν ευρέως από την άποψη του είδους του φόβου που πρέπει να αντιμετωπιστεί και ο στόχος που πρέπει να επιτευχθεί (Putman, 1997). Με άλλα λόγια, ένα πρόσωπο μπορεί να είναι πρόθυμο να πλησιάσει ένα φοβόγνο αντικείμενο ή μια κατάσταση παρά το αίσθημα ενός υψηλού βαθμού υποκειμενικού φόβου και δυσάρεστων σωματικών αισθήσεων (Rachman, 2004).

Αυτό ο Rachman το χαρακτηρίζει ως «εμμονή μιας συμπεριφοράς προσέγγισης» και συνώνυμο του θάρρους. Υποστηρίζει επίσης, ότι υπάρχει μια ποικιλία παραγόντων που μπορεί να καθορίζουν αυτή τη θαρραλέα συμπεριφορά, όπως η αυτοπεποίθηση ή και η κατοχή ενός υψηλού επιπέδου κινήτρου εξαρτώμενο από την αποκαλούμενη "περιστασιακή απαίτηση" (π.χ. πόλεμος) (Rachman, 2004). Ο Hollander επίσης, θεωρεί ότι μια άλλη κατάλληλη λέξη που χαρακτηρίζει την συμπεριφορά στο φόβο, που προέρχεται από ένα είδος «έλλειψης» αυτού του αρχέγονου μηχανισμού, δεν είναι άλλη από τη λέξη «αφοβία». Η αφοβία και η τόλμη είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα των ηρωικών φιγούρων (Hollander, 2004), ενώ ο φόβος και ο πανικός ανευρίσκεται κυρίως στις γυναίκες στα παιδιά και τους γέροντες. Απότοκος του φόβου η δειλία θεωρείται γνώρισμα του αδύναμου ψυχικά ανθρώπου (Πολυμέρου- Καμηλάκη & Καραμανές 2006).

---

<sup>1</sup> Δύο μορφές θάρρους έχουν συζητηθεί, εν εκτάσει, στη διεθνή βιβλιογραφία. Το "φυσικό θάρρος" που χαρακτηρίζεται από την υπερνίκηση ενός φόβου του θανάτου ή της φυσικής ζημιάς. Οι στόχοι που επιτυγχάνονται με την άσκησή του καθορίζονται παραδοσιακά από την κοινωνία ή από τις απαιτήσεις της επιβίωσης. Η δεύτερη μορφή αφορά το "ηθικό θάρρος," έτσι όπως εμφανίζεται στην αρχαία ελληνική φιλοσοφία (Πλάτωνας, Αριστοτέλης). Το ηθικό θάρρος χαρακτηρίζεται από το φόβο της απώλειας της ηθικής ακεραιότητας ή της αυθεντικότητας, αλλά το ηθικό θάρρος, είναι επίσης συνδεδεμένο με την κοινωνική αποδοκimasία (Putman, 1997).



## Κεφάλαιο 2 Ο ρόλος του φόβου στην υγεία

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

Στο πλαίσιο της υγείας, ο φόβος και το άγχος, φαίνεται, να διαμεσολαβούν σε όλα τα επίπεδα. Ο φόβος κάνει τους ανθρώπους να αντιλαμβάνονται τον κόσμο ως απειλητικό και να βρίσκονται συνεχώς σε μια κατάσταση επαγρύπνησης για τις αρνητικές εκβάσεις της υγείας. Αυτού του είδους, οι φόβο-εξαρτώμενες αξιολογήσεις των υπηρεσιών υγείας, παράγουν και τα ανάλογα αποτελέσματα στην αντίληψη, την κρίση και στη λήψη απόφασης πάνω στα θέματα υγείας (Campos, et all., 2004). Πολλοί προσωπικοί και κοινωνικοί φόβοι έχουν τις ρίζες τους σε ένα διάχυτο συναίσθημα ανησυχίας σε σχέση με την υγεία. Μερικοί από αυτούς τους φόβους φαίνονται ασήμαντοι, όμως μπορούν να έχουν πολύ μεγαλύτερο αντίκτυπο. Παραδείγματος χάριν, πολλές γυναίκες φοβούνται την ταλαιπωρία της εξέτασης κατά Παπανικολάου (PAP-Test) (Kelsall, 2007). Έρευνες δείχνουν ότι ο σχετικός φόβος γύρω από την υγεία συνδέεται, επίσης, με τη συχνή χρησιμοποίηση πηγών τηλε-πληροφορίας (online information sources) ( Eastin & Guinsler, 2006). Ένα μεγάλο σώμα ερευνητικών μελετών είναι πεπεισμένο για την εμπλοκή του άγχους και του φόβου στις καρδιακές παθήσεις, καταδεικνύοντας τα ως αιτιακό παράγοντα στις βιολογικές απαντήσεις του άγχους στον ανθρώπινο οργανισμό (Kubzansky et all., 2006). Σύμφωνα με τον Cox, η σχετική ένταση του άγχους ενός ατόμου που αφορά ένα αντικείμενο φόβου μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας ατομικής διαφοροποίησης, με την έννοια ότι αυξημένα επίπεδα άγχους πρωταρχικά παράγονται, όταν πυροδοτούνται από συγκεκριμένα φοβικά ερεθίσματα, τα οποία είναι παρόμοια και πιο κοντά στους δικούς τους φόβους. Υπάρχουν μάλιστα ισχυρές ενδείξεις, για παράδειγμα, ότι η ειδικότητα του άγχους που σχετίζεται με αντικείμενα/καταστάσεις φόβου αποτελεί σημαντικό παράγοντα στον καθορισμό της συχνότητας και της έντασης του άγχους που εκλύεται κατά τη διάρκεια βιολογικών προκλήσεων (Cox, 1996). Ο Rainville και οι συνεργάτες του, σε μια πρόσφατη μελέτη, έδειξαν μάλιστα, ότι ο φόβος μπορεί να συνδεθεί και με αυξημένο ποσοστό καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας που απεικονίζεται μέσω των ποικίλων συνδυασμών των συμπαθητικών και παρασυμπαθητικών αλλαγών (Rainville et, all.,2006).

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

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

Το συναίσθημα του φόβου είναι δυνατό να αποδιοργανώσει, να «μπλοκάρει» δηλαδή τις αισθήσεις. Μια έρευνα υποστήριξε ότι τα άτομα με υψηλό άγχος υγείας, αναπτύσσουν ένα τέτοιο σχέδιο (pattern) γνωστικής επεξεργασίας της παρέμβασης που προδιαθέτει στην ερμηνεία των σωματικών αισθήσεων με καταστροφικούς όρους. Για παράδειγμα ενώ το άγχος για την κατάσταση υγείας συνδέεται με μεγαλύτερη ευαισθησία στον σωματικό πόνο, τα αγχώδη άτομα αποδεικνύονται πραγματικά ακατάλληλα στη ακριβή διάκριση των φυσικών συμπτωμάτων (Marcus et al., 2007). Σε αρκετές περιπτώσεις, μάλιστα, η ανησυχία και η επιθυμία να ρυθμιστούν τα φοβικά και αγχώδη συναισθήματα, συνδέονται τακτικά με επιβλαβείς συμπεριφορές για την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης των τσιγάρων (Patton, et al., 1996) του οινόπνευματος (Kushner et al., 1994) και ουσιών ( Pagano et al., 2007), των επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών (Crepaz & Marks, 2001), και είτε της αύξησης της όρεξης σε μορφή υπερφαγίας (Polivy et al., 1994), είτε καταστέλλοντας την όρεξη μέσω αυτόνομων απαντήσεων (Macht, 2008). Στις ψυχικές παθήσεις όπως οι ψυχώσεις, από την άλλη μεριά, ο φόβος δημιουργεί πολλαπλά κοινωνικά προβλήματα, αλλά εδώ «λάμπει» δια της απουσίας της δυνατότητας έκφρασης του. Ο Fowles (1980), πρότεινε το μοντέλο του «χαμηλού» φόβου (the low-fear model) και υπέθεσε ότι η φτωχή κοινωνικοποίηση των ψυχικά ασθενών (psychopaths) είναι το αποτέλεσμα της μειωμένης

ικανότητας τους να εκφράσουν το φόβο τους. Κατά συνέπεια, παρουσιάζουν μια έλλειψη αναμονής απωθητικών γεγονότων και μια μειωμένη δυνατότητα να ρυθμίσουν τη συμπεριφορά τους σε σχέση με τις αρνητικές συνέπειες των αντιδράσεων της παρελθοντικής συμπεριφορά τους (Birbaumer et al., 2005). Το συναίσθημα του φόβου επιπλέον, συνδέεται και με γενικότερες στάσεις απέναντι στην ψυχική υγεία. Από καιρό έχει αναγνωρισθεί ότι οι άνθρωποι με ψυχική διαταραχή αντιμετωπίζονται με αρνητικά στερεότυπα που συνδέονται με το φόβο της ασθένειας. Παραδείγματος χάριν ο Bucknill (1860) αναφέρεται στην αδικαιολόγητη αντιπάθεια «του ευρέως κοινού στον παράφρονα» και ο Rabkin (1975) συμπέρανε ότι «...οι ψυχασθενείς έχουν πάρει τη θέση των λεπρών ως στόχους της δημόσια αποστροφής, της απέχθειας και της απόρριψης»(p. 435)(Levey and Howells, 1994). Γίνεται φανερό πως ο κύριος μηχανισμός κάτω από αυτές τις συμπεριφορές, εντοπίζεται στο φόβο που υποβόσκει.

Εκτός αυτών, φόβοι για την αρρώστια γενικώς και ιδιαίτερα για τις επιδημικές ασθένειες, τις οποίες ο άνθρωπος τις προσωποποιούσε ως δυνάμεις γυναικείες μορφές, ιδιαίτερα, στις παραδοσιακές κοινωνίες, πάντα καταδίωκαν τους ανθρώπους. Η αρρώστια ανάγεται σε ισχυρή δύναμη με κοινωνικές αλλά και κοσμικές σχέσεις. Οι άνθρωποι δεν είναι απλώς φορείς μικροβίων αλλά άτομα που μπορούν να προκαλέσουν την ίδια την ασθένεια (Πολυμέρου- Καμηλάκη & Καραμανές 2006). Επίσης, ο φόβος που προέρχεται από τις φυσικές καταστροφές (π.χ τυφώνες και κυκλώνες) έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με επιπτώσεις στην υγεία και συγκεκριμένα με την ανάπτυξη της μετατραυματικής διαταραχής (post-traumatic stress disorder-PTSD)(Kar et al., 2007). Ο φόβος όμως, μπορεί να λειτουργήσει και προστατευτικά απέναντι στην υγεία. Μέσω του χειρισμού και της παραγωγής αυτού του συναισθήματος οι καμπάνιες γύρω από την υγεία προσπαθούν να αλλάξουν τις επιβλαβείς στάσεις και συμπεριφορές στον πληθυσμό. Αν και δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητό με πιο τρόπο ο φόβος λειτουργεί άμεσα (κλασικός) ή έμμεσα (σύγχρονος) στις διαδικασίες της πειθούς, ωστόσο, οι εκκλήσεις φόβου είναι αρκετά δημοφιλείς στις προκλήσεις και προσκλήσεις των ιθυνόντων για την προάσπιση της και θωράκιση της υγείας (Dillard & Anderson, 2004).

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

Ωστόσο κάτι που φαίνεται να κινεί το ενδιαφέρον για επιπλέον αναφορά και διερεύνηση είναι ο πόνος ως βίωμα καθώς και η σχέση του με το συναίσθημα του φόβου ως προς το αν και κατά πόσο το επηρεάζει, το προκαλεί ή το εκλύει σε έναν ζωντανό οργανισμό.



## Κεφάλαιο 3    Περὶ πόνου

***Όποιος δεν λέει τον πόνο του, πάει μαζί με δαύτον...***

*Λαϊκή παροιμία*

Ο πόνος είναι μια πολυδιάστατη αισθητική εμπειρία, εσωτερικά δυσάρεστη που προκαλεί αίσθημα λύπης και δυσφορίας. Τα χαρακτηριστικά του πόνου δηλαδή η ένταση, διάρκεια, εντόπιση, ποιότητα, ποικίλουν και παρά το ότι ο πόνος είναι ένα αισθητικό ερέθισμα, εν τούτοις, περιλαμβάνει συνειδησιακά ή/και συναισθηματικά στοιχεία.

Ο ορισμός του πόνου έτσι όπως έχει δοθεί από τον Merskey το 1979 και υιοθετήθηκε από τον Διεθνή Οργανισμό για την Μελέτη του Πόνου (IAPS, 1986), είναι ο ακόλουθος :

***‘Ο πόνος είναι μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή περιγράφεται με όρους μιας τέτοιας βλάβης’***(Meskey et al,1979).

Το άτομο που πονά, υποφέρει και αναπτύσσει αντανακλαστικά αποφυγής του επώδυνου αισθήματος και ταυτόχρονα υφίσταται μεταβολές της λειτουργίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος.(Σημειώσεις Καλφακάκου Β.,2009)

### 3.1 Είδη Πόνου

Παρά το ότι θεωρούμε τον πόνο ως μια ομοιογενή αισθητική οντότητα, υπάρχουν διάφορα είδη όπως ο βλαβοαντιληπτικός(nociceptive), ο φλεγμονώδης(inflammatory), ο νευροπαθητικός(neuropathic) και ο λειτουργικός(functional) πόνος. Τα παραπάνω είδη πόνου μπορούν να ενταχθούν σε δυο μεγάλες κατηγορίες: τον προσαρμοστικό(adaptive) και τον δυσπροσαρμοστικό(maladaptive).

#### 3.1.1 Προσαρμοστικός Πόνος

Συμβάλει στην επιβίωση και προστατεύει τον οργανισμό από βλάβες ή προωθεί την επούλωση, εάν έχει συμβεί βλάβη. Η αισθητική εμπειρία του οξέος πόνου που προκύπτει από βλαπτικά ερεθίσματα μεσολαβείται από το εξειδικευμένο αισθητικό σύστημα αντίληψης της βλάβης(βλαβοαντίληψης) ή αλγοαντίληψης(nociception). Το σύστημα αυτό εκτείνεται από την περιφέρεια και καταλήγει (μέσω του εγκεφαλικού στελέχους) στον εγκεφαλικό φλοιό όπου και

γίνεται αντιληπτή η αίσθηση. Αυτό το σύστημα αντίληψης της βλάβης είναι το κλειδί της πρώιμης προειδοποίησης, ένα σύστημα συναγερμού που αναγγέλλει την παρουσία ενός αρχικά βλαπτικού ερεθίσματος.

Έτσι, ο βλαβοαντιληπτικός πόνος πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο σε ειδικές καταστάσεις(πχ. εγχείρηση) γιατί είναι πολύ σημαντικό το σύστημα να μην καταστεί ανάπηρο ή αναίσθητο κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε αξιοσημείωτη καταστροφή π.χ. αρθρώσεων, σε έλκη ή σε απώλεια άκρων των δακτύλων κλπ.

Ο φλεγμονώδης πόνος από την άλλη πλευρά, ικανοποιεί τον στόχο της προώθησης της διαδικασίας επούλωσης των προσβεβλημένων ιστών. Σε αυτή την κατάσταση η ευαισθησία στον πόνο έχει αυξηθεί ώστε να περιορίζεται η επαφή ή η μετακίνηση του προσβεβλημένου τμήματος μέχρι να αποκατασταθεί η βλάβη.

Ο φλεγμονώδης πόνος, όπως και ο βλαβοαντιληπτικός είναι προσαρμοστικοί και γι 'αυτό δεν πρέπει να τους καταστέλλουμε πλήρως. Στόχος είναι να φυσιολογικοποιηθεί η αίσθηση του πόνου και όχι να καταργηθεί.

### 3.1.2 Δυσπροσαρμοστικός Πόνος

Είναι αποσυνδεδεμένος από βλαπτικά ερεθίσματα ή επουλωμένο ιστό. Συμβαίνει όταν υπάρχει βλάβη στο νευρικό σύστημα ή είναι αποτέλεσμα μη φυσιολογικής λειτουργίας του νευρικού συστήματος. Είναι η έκφραση μιας ανώμαλης αισθητικής διαδικασίας που είναι συνήθως επίμονη ή υποτροπιάζουσα.

Ο νευροπαθητικός πόνος μπορεί να είναι αποτέλεσμα βλαβών του περιφερικού νευρικού συστήματος, όπως συμβαίνει σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, AIDS ή οσφυϊκή νευροπάθεια, αλλά και του ΚΝΣ όπως σε περιπτώσεις νωτιαίας βλάβης, πολλαπλής σκλήρυνσης ή εγκεφαλικού επεισοδίου.

Ο λειτουργικός πόνος είναι μια αναδυόμενη έννοια και στον πόνο αυτό δεν ανιχνεύεται ούτε νευρολογικό έλλειμμα ούτε περιφερική ανωμαλία. Ο πόνος οφείλεται σε ανώμαλη ανταπόκριση ή λειτουργία του νευρικού συστήματος στο οποίο η αυξημένη ευαισθησία του αισθητικού οργάνου ενισχύει τα συμπτώματα, π.χ. ινομυαλγία, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, μερικές μορφές καρδιακού θωρακικού άλγους και κεφαλαλγία τάσης.(Σημειώσεις Καλφακάκου Β.,2009)

## 3.2 Αίσθηση Πόνου

### 3.2.1 Ταχύς και Βραδύς Πόνος

Ο ταχύς πόνος γίνεται αντιληπτός 0,1 δευτερόλεπτο μετά τον ερεθισμό, ενώ ο βραδύς πόνος, ο οποίος αναφέρεται και ως καυστικός ή χρόνιος πόνος, σχετίζεται συνήθως με ιστική βλάβη και αρχίζει 1 δευτερόλεπτο ή και παραπάνω μετά το αλγογόνο ερέθισμα. Όλοι οι υποδοχείς του πόνου είναι ελεύθερες νευρικές απολήξεις και βρίσκονται σε μεγάλο αριθμό και πυκνότητα στο δέρμα, το περίοστεο, τα αρτηριακά τοιχώματα, τις αρθρικές επιφάνειες, την σκληρή μήνιγγα και την προς τα οστά επιφάνειά της. Τα μηχανικά και θερμικά ερεθίσματα τείνουν να εκλύουν ταχύ πόνου, ενώ τα χημικά ερεθίσματα τείνουν να παράγουν βραδύ πόνου, αν και όχι πάντα. Οι υποδοχείς πόνου προσαρμόζονται πολύ αργά ή και καθόλου. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο βαθμός ενεργοποίησης των υποδοχέων αυτών καθίσταται προοδευτικά μεγαλύτερος, ενόσω διαρκούν τα ερεθίσματα πόνου, οπότε έχουμε το φαινόμενο της *υπεραλγησίας*. (Σημειώσεις Καλφακάκου Β.,2009)

### 3.2.2 Επιφανειακός και Εν τω βάθει Πόνος

Ανάλογα με την περιοχή που γίνεται αντιληπτός ο πόνος, μπορεί να ταξινομηθεί σε Επιφανειακό και Εν τω βάθει.

Ο επιφανειακός πόνος προκαλείται από ιστική βλάβη στο δέρμα και στους βλεννογόνους του στόματος και του πρωκτού, είναι καλά εντοπισμένος και οξύς, ενώ ο Εν τω Βάθει Πόνος, μπορεί να γίνεται αντιληπτός από σωματικές δομές και συχνά περιγράφεται ως απροσδιόριστος. (Σημειώσεις Johnson E.,2009)

### 3.2.3 Οι Δυο Οδοί Μετάδοσης του Πόνου

Ο πόνος είναι κυρίως ένας προστατευτικός μηχανισμός, μιας και εντοπίζει τον ιστό που έχει υποστεί βλάβη και επιτρέπει την απόκριση σε αυτόν τον τραυματισμό. Το ερέθισμα του πόνου μεταδίδεται στον εγκέφαλο δια μέσου δύο οδών του νωτιαίου μυελού: Τη νεονωτιαιοθαλαμική οδό, η οποία χρησιμοποιείται κατά πρώτο λόγο για την χωρική εντόπιση ερεθισμάτων πόνου, μεταφέροντας τον διαξιφιστικό (ταχύ) πόνου και την παλαιονωτιαιοθαλαμική οδό, η οποία μπορεί να εκλύει την δυσάρεστη αίσθηση πόνου, μεταφέροντας τον αμβλύ και χρόνιο πόνου. (Σημειώσεις Καλφακάκου Β.,2009)

### 3.2.4 Η Θεωρία της Πύλης

Η θεωρία της πύλης ως προς την αντίληψη του πόνου υποστηρίζει ότι στη θέση εισόδου (πύλη) στο ΚΝΣ των ινών που άγουν τον πόνο, μπορεί να γίνεται αναστολή μέσω συνδετικών νευρώνων, οι οποίοι διεγείρονται από παχιές εμμύελες νευρικές ίνες που άγουν μη αλγινές πληροφορίες. Η υπερβολική διέγερση της αφής και πίεσης( π.χ. που γίνεται με την μάλαξη) κλείνει την πύλη για τον πόνο. Μόλις όμως παύσει το μη αλγινό ερέθισμα, τότε η πύλη ανοίγει για τον πόνο ξανά. (Σημειώσεις Johnson E.,2009)

Η τυχαία εμφάνιση και οι μεταβολές της έντασης του πόνου είναι χαρακτηριστικά της κλινικής εικόνας το πόνου. Η έλλειψη ενός αναγνωρίσιμου περιφερικού ερεθίσματος σε ασθενείς που πονούν, μπορεί εύκολα να οδηγήσει στο συμπέρασμα «υστερικής» προέλευσης του πόνου. Η αντιμετώπιση του πόνου συναντά δυο μεγάλες προκλήσεις: την αναγνώριση των υπεύθυνων μηχανισμών για την υπερευαισθησία στον πόνο και την ανεύρεση μέσων για την φυσιολογικοποίηση του και την αποφυγή εγκατάστασής του πόνου. (Σημειώσεις Johnson E.,2009)

## 3.3 Αντιμετώπιση του Πόνου

Πέραν της φαρμακευτικής αγωγής( η οποία περιλαμβάνει: *ναρκωτικά αναλγητικά* όπως μορφίνη, πεθιδίνη κ.α., *μη ναρκωτικά* όπως ασπιρίνη, παρακεταμόλη, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και *βοηθητικά φάρμακα* όπως κορτικοστεροειδή, αντικαταθλιπτικά, αντιεπιληπτικά και αναισθητικά) προκειμένου να αντιμετωπιστεί το βίωμα του πόνου, υπάρχουν στην διάθεσή μας και μη φαρμακολογικές τεχνικές αντιμετώπισής του. Χωρίζονται σε γενικές υποστηρικτικές οι οποίες αποβλέπουν στην ψυχοσωματική φροντίδα και σε ειδικές οι οποίες χωρίζονται σε φυσικές και ψυχολογικές. (Σημειώσεις Αναγνώστου Α., 2009)

Οι *φυσικές μέθοδοι* επηρεάζουν τα αισθητήρια όργανα. Χρησιμοποιούν την αφή, το άγγιγμα και τα διάφορα είδη ενέργειας και επηρεάζουν την οδό του άλγους μεταβάλλοντάς την. Στην κατηγορία αυτών των μεθόδων ανήκει η ακινητοποίηση, η κρυοθεραπεία, η θερμοθεραπεία, το massage, οι υπέρηχοι, η Διαδερμική ηλεκτρική διέγερση(tens),το Siatsu, το Rei-ki , ο βελονισμός και η ρεφλεξολογία.

Οι *ψυχολογικές μέθοδοι* διακρίνονται στις Γνωστικές και τις Συμπεριφορικές. Στις *γνωστικές* περιλαμβάνεται ο περισπασμός, η παιγνιοθεραπεία( κυρίως για αντιμετώπιση του πόνου στα παιδιά), η μουσικοθεραπεία και οι φανταστικές εικόνες(imagery). Στις *συμπεριφορικές* τεχνικές, έχουμε τις τεχνικές αναπνοής, την προοδευτική μυϊκή χαλάρωση, τον διαλογισμό- αυτοσυγκέντρωση, τον κατευθυνόμενο οραματισμό – Θετική σκέψη, την

συζήτηση/σύνοψη(debriefing), την ημερολογιακή αποτύπωση, την χρήση προτύπων, την αρωματοθεραπεία συνδυαζόμενη με massage, την βιοανάδραση, την υπνοθεραπεία με σκοπό να περιέλθει το άτομο σε κατάσταση trance(κατάληψη) με αποτέλεσμα οι αισθήσεις να μεγεθύνονται, να προσαρμόζονται ή να αλλάζουν και τέλος την θεραπεία δι' αφής( massage, χειρισμούς, κινητοποιήσεις και πιέσεις σε σημεία βελονισμού)(Σημειώσεις Αναγνώστου Α., 2009).



## Κεφάλαιο 4 Ο φόβος του σωματικού πόνου

### 4.1 Θεωρητικά και ερευνητικά δεδομένα

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

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

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

Ωστόσο, ο φόβος του πόνου, σαν κατασκευή, έχει αρχίσει να αναπτύσσεται εννοιολογικά μόνο. Οι όροι «αλγοφοβία» (algorhobia) και «οδυνοφοβία» (odynephobia) δημιουργήθηκαν για να περιγράψουν ακριβώς αυτό το φόβο του πόνου (McNeil & Rainwater, 1998). Ο φόβος και η

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

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

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

Ο φόβος του πόνου συνδέεται, επίσης, με πληροφορίες και σφάλματα γνωστικής επεξεργασίας που αναστατώνουν την προσοχή που απαιτείται για άλλους στόχους και συμβάλλουν στην συντήρηση του πόνου αλλά και των συμπεριφορών που σχετίζονται με αυτόν (Eccleston & Crombez, 2007). Συνεπώς, η αξιολόγηση του ρόλου που ο φόβος του πόνου διαδραματίζει στις σχετικές με τον πόνο συμπεριφορές και την ανικανότητα/ικανότητα αποφυγής βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος (Asmundson et al., 1999). Οι άνθρωποι φαίνεται ότι είναι «κατασκευασμένοι» ώστε να αποφεύγουν και να δραπέτεύουν από δυσάρεστες συνέπειες και να «μαθαίνουν» κατά κάποιο τρόπο ότι η αποφυγή των καταστάσεων και των δραστηριοτήτων που τους έχουν προκαλέσει οξεία επεισόδια πόνου, θα μειώσει την πιθανότητα του πόνου ή την



πρόκληση μιας περαιτέρω φυσικής ζημιάς. Μπορούν, με άλλα λόγια να αποκτήσουν μια υπερευαίσθησία απέναντι στο περιβάλλον τους ως συνέπεια του περιστατικό του πόνου τους (Gatchel, et all, 2007).

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

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

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

Οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε μια δοκιμασία με κρύα επιθέματα και μετρήθηκαν η ανοχή, η ένταση του πόνου και η ικανότητα άμεσου αντιδράσεως με την μέτρηση της πίεσης του αίματος (SBP reactivity). Το φύλο, το άγχος, ο φόβος του πόνου, και η καταστροφολογία εισήχθησαν ταυτόχρονα στην δοκιμασία της πολλαπλής ανάλυσης παλινδρόμησης με σκοπό να προβλέψουν τα διαφορετικά συστατικά της αντίληψης του πόνου. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η ανοχή στον πόνο δεν επηρεάστηκε από το φόβο του πόνου, την καταστροφολογία και το άγχος. Αντίθετα η ένταση του πόνου στο κατώτατο όριο και η ανοχή σε αυτόν επηρεάστηκαν σημαντικά μόνο από το φόβο του πόνου, ενώ η ικανότητα άμεσης αντίδρασης επηρεάστηκε σε σημαντικό

βαθμό, μόνο από το άγχος. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο φόβος του πόνου, μπορεί να αποτελεί έναν ισχυρό παράγοντα στην οξεία ένταση του πόνου σε σύγκριση με την καταστροφολογία, ενώ κανένας από τους παράγοντες δεν έδειξε να επηρεάζει την ανοχή ή την ικανότητα άμεσου αντιδράσεως (George, Dannecker & Robinson, 2006).

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

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

Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι ο φόβος του πόνου ήταν με συνέπεια ο ισχυρότερος προάγγελος του πειραματικού πόνου σε σύγκριση με την καταστροφολογία. Αυτά τα αποτελέσματα ήταν συνεπή ακόμα και στις χωριστές μετρήσεις (CSQ versus PCS) και στα διαφορετικά χρονικά σημεία (pre-task versus "in-vivo") έναντι της καταστροφολογίας. Τα συμπεράσματα της μελέτης τους προτείνουν ότι ο φόβος του πόνου αποτελεί τον ισχυρότερο παράγοντα στην πειραματική αντίληψη του πόνου σε σύγκριση με τις καταστροφικές γνώσεις (Hirsh, et, all., 2007).

Επίσης, οι ερευνητές θεωρούν ότι κατά ένα ενδιαφέροντα τρόπο ούτε η ειδική μέτρηση, ούτε το χρονικό σημείο του πόνου ή η αξιολόγηση της καταστροφολογίας επηρέασε τη φύση αυτών των σχέσεων. Αν και ο φόβος του πόνου έχει λάβει τη λιγότερο εμπειρική προσοχή από την καταστροφική σκέψη του πόνου, αυτά τα στοιχεία είναι υποδηλωτικά της άμεσης και ανάλογης

σπουδαιότητάς του στην πειραματική εμπειρία πόνου. Οι σχέσεις που εξετάζονται εν τω παρόντι, προτείνουν τελικά ότι πρέπει να εξεταστούν συγκριτικά στα πλαίσια των υγιών εναντίον των κλινικών δειγμάτων και των οξέων εναντίον των χρόνιων καταστάσεων πόνου (Hirsh, et, all., 2007).

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

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

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

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

αποτελούνταν από 573 άτομα (ηλικίας από 26-94 ετών) (Sastre, et al., 2006).

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

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

Όσον αφορά το φόβο του πόνου που σχετίζεται με τις ασθένειες βρέθηκε μια συλλογή οκτώ-παραγόντων: Δευτερεύουσες ασθένειες, κράμπες, μολύνσεις και αποστήματα, φλεγμονώδεις αρθρώσεις, κωλικοί, κατάγματα, τραυματισμός οργάνων, και καρκίνος τελικού σταδίου. Εν τω μεταξύ, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία φάνηκε ότι παρουσιάζουν σε υπερβολικό βαθμό φόβο του πόνου που συνδέεται με τις δευτερεύουσες ασθένειες, τις φλεγμονώδεις αρθρώσεις, τα κατάγματα, τους κωλικούς και τις κράμπες, από ότι οι νεότεροι. Η παρελθοντική εμπειρία των επώδυνων καταστάσεων σε καταστάσεις πόνου, επίσης, έδειξε μια σαφή μείωση του φόβου του πόνου, που σχετίζεται σχεδόν με όλες τις ιατρικές πράξεις και συγκεκριμένα με επεμβατικού τύπου τεχνικές (Sastre, et al., 2006).

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

Μπορούμε να υποστηρίξουμε, λοιπόν, ότι όσο ζούμε θα πονάμε και όσο πονάμε θα φοβόμαστε.

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

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



## Κεφάλαιο 5 Φόβος του πόνου και στενές διαπροσωπικές σχέσεις

Η θεωρία της ενήλικης προσκόλλησης (Hazan & Shaver, 1987) αποτελεί προέκταση της θεωρίας του Bowlby (1969) για το συναισθηματικό σύνδεσμο ανάμεσα στο βρέφος και στο κύριο πρόσωπο που το φροντίζει. Μια βασική αρχή της θεωρίας σύνδεσης είναι ότι οι πρόωρες σχέσεις σύνδεσης με τα πρόσωπα φροντίδας παρέχουν ένα πρότυπο για τις μετέπειτα κοινωνικές σχέσεις. Ουσιαστικά, μητέρα και βρέφος εξελίσσουν μια συντονισμένη σχέση όπου η μητέρα αναγνωρίζει τα σήματα φόβου και στεναχώριας του βρέφους και συνακολούθως παρέχει φροντίδα και προστασία, καθώς και μια ασφαλή βάση απ' όπου το βρέφος μπορεί να εξερευνησει το περιβάλλον (Shaver, Collins & Clark, 1996).

Βάση, της ποιότητας αυτής της σχέσης το άτομο δομεί εσωτερικά λειτουργικά μοντέλα ή νοητικές αναπαραστάσεις (*working models*) που καθορίζουν τις μελλοντικές διαπροσωπικές σχέσεις. Πρόκειται για διανοητικά σχήματα που αφορούν στον εαυτό, στους άλλους και στις μεταξύ τους σχέσεις (Παπανικολάου και Ρόβλια, 1995). Από την ίδια οπτική, οι τύποι δεσμού ενήλικων ενέχουν μοντέλα που συνδυάζουν πληροφορίες για τον εαυτό και τους άλλους. Λειτουργώντας μέσα σε ένα πλαίσιο σύνδεσης, προτείνεται από την Bartholomew, το 1990 ένα νέο πρότυπο 4-ομάδας των χαρακτηριστικών μορφών προσκόλλησης στην ενηλικίωση. Οι ασφαλείς τύποι έχουν ένα σχήμα διαπροσωπικών σχέσεων που είναι θετικό για τον εαυτό τους και τους άλλους. Ο τύπος της εμμονής χαρακτηρίζεται από μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό και μια θετική εικόνα για τους άλλους, γεγονός που τα καθιστά άτομα υποχωρητικά και εύκολα σε εκμετάλλευση συναισθηματικά (Bartholomew, 1990).

Ο τύπος αποφυγής ενέχει αρνητικά μοντέλα για τον εαυτό και τους άλλους, που διακρίνονται σε δύο ειδικότερους τύπους αποφυγής: τον *απορριπτικό* και τον *φοβικό*. α) Ο απορριπτικός τύπος αποφυγής χαρακτηρίζεται από μια εξιδανικευμένα θετική εικόνα για τον εαυτό (ιδεατό εγώ) και μια αρνητική εικόνα για τους άλλους. Είναι συνήθως άτομα που είχαν γονείς απόμακρους αλλά που γενικά φρόντιζαν για τις ανάγκες τους. β) Ο φοβικός τύπος αποφυγής έχει μια αρνητική εικόνα και για τον εαυτό και για τους άλλους. Είναι συνήθως άτομα με γονείς επιθετικούς απέναντί τους ή που έπασχαν από κατάθλιψη (Bartholomew, 1990).

Η θεωρία της ενήλικης προσκόλλησης (*adult attachment*) του Bowlby (1969) έχει προταθεί ως πλαίσιο για την ανάπτυξη του χρόνιου πόνου. Δεδομένου ότι η θεωρία του τρόπου πρόσδεσης προτείνει ότι ανασφαλής προσκόλληση σχετίζεται με τις υπερβάλλουσες αρνητικές αξιολογήσεις, εμφανίζεται ως μια πολλά υποσχόμενη αιτία για την προέλευση του αυξημένου φόβου του πόνου (McWilliams and Asmundson, 2007). Τα τελευταία χρόνια έχουν προκύψει ερευνητικά δεδομένα που

δείχνουν το πώς ακριβώς οι διάφοροι τύποι δεσμού συσχετίζονται με την ένταση και την ποιότητα του χρόνιου πόνου καθώς και με άλλες παραμέτρους (Mc Williams et al., 2000, Meredith et al., 2005).

Ο Bowlby (1969) αρχικά πρότεινε ότι ο φοβικός τύπος δεσμού συγγενεύει με την εκμαθημένη αδυναμία και ότι αυτά τα άτομα με αυτόν τον τύπο δεσμού έχουν μάθει σε αυτό το μοντέλο και θεωρούν ότι είναι ανίσχυρα να αλλάξουν τις συνθήκες της ζωής τους (Seligman, 1972). Διάφορες μελέτες έχουν βρει σημαντικές ενώσεις μεταξύ της φοβικής προσκόλλησης και των μέτρων της έντασης πόνου. Σε μια μελέτη τους οι MacDonald & Kingsbury υποστήριξαν ότι τα πιο υψηλά επίπεδα επιπτώσεων του πόνου σχετίζεται με τα υψηλότερα επίπεδα αγχώδους τύπου πρόσδεσης (Mac Donald & Kingsbury, 2006). Οι Schmidt, Strauss, & Braehler έδειξαν ότι τα άτομα με αγχώδη/φοβικό τύπο πρόσδεσης παρουσίασαν το υψηλότερο ποσοστό συμπτωμάτων πόνου, φόβου της ασθένειας και την πεποίθηση ότι υποφέρουν από κάποια σοβαρή ασθένεια (Schmidt, Strauss, & Braehler 2002).

Οι Meredith και οι συνεργάτες της, σε μια μελέτη τους σε ένα δείγμα ασθενών με χρόνια πόνου, βρήκαν ότι οι ασθενείς με φοβικό και απορριπτικό τύπο δεσμού παρουσίασαν στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα αυτό-αποτελεσματικότητας στον πόνο και είχαν τα πιο υψηλά επίπεδα άγχους (Meredith, et, all., 2006a). Μια άλλη μελέτη σε ένα κοινοτικό δείγμα των ατόμων με χρόνια αρθρίτιδα ή σχετικές νοσολογικές καταστάσεις, έδειξε ότι τα άτομα με ένα αγχώδη ύφος προσκόλλησης, ανέφεραν στατιστικώς σημαντικά, υψηλότερα επίπεδα πόνου (McWilliams et al., 2000). Η μελέτη, επίσης, των Ciechanowski et al. (2003) έδειξε ότι ο φοβικός τύπος δεσμού συνδέθηκε και με τα πιο υψηλά επίπεδα κατάθλιψης πριν τη θεραπεία της κατάθλιψης αλλά και με τα πιο υψηλά επίπεδα και μετά τη θεραπεία (12 month follow-up). Επικύρωση των ευρημάτων για τον φοβικό τύπο δεσμού, παρατηρήθηκαν, ακόμα και όταν μετρήθηκαν 5 έως 28 μήνες μετά τη θεραπεία. Αυτό το ύφος προσκόλλησης συνδέθηκε όχι μόνο με τα πιο υψηλά επίπεδα κατάθλιψης αλλά και τα πιο υψηλά επίπεδα καταστροφικής σκέψης ακόμα και 12 μήνες μετά την θεραπεία της κατάθλιψης (Ciechanowski et al., 2003).

Μια άλλη έρευνα, υποστηρίζει, ότι οι αγχώδεις διαπροσωπικές σχέσεις συνδέονται με τον χαμηλότερο ουδό του πόνου, με περισσότερες ψυχοπαιστικές καταστάσεις, με κατάθλιψη και έντονη καταστροφολογία. Επίσης, υπάρχει ισχυρή συσχέτιση του άγχωδους/ φοβικού ύφους δεσμού με μειωμένες αντιλήψεις για τον έλεγχο του πόνου, και μειωμένες αντιλήψεις για τη δυνατότητα να ελαττωθεί ο πόνος. Ενώ, η ασφαλής προσκόλληση σχετίζεται με μεγαλύτερη πίεση, με μεγαλύτερο έλεγχο του πόνου, αλλά εμφάνιζε χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και καταστροφολογίας. Επίσης, βρήκε ότι τα άτομα με ανασφαλή τύπο δεσμού, αρέσκονται στο να καταστροφολογούν, όταν αναφέρουν υψηλά επίπεδα πόνου (Meredith et al., 2006b).



Οι ασθενείς με ένα φοβικό ύφος προσκόλλησης είναι δυνατόν να αισθάνονται το δικαίωμα για να επιδιώξουν την προσοχή ή να είναι σε θέση να υπερνικήσουν την ανησυχία τους για την οικειότητα όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με μια αντιληπτή καταστροφική απειλή. Το γενικό συμπέρασμα, αυτών των μελετών, είναι το γεγονός, ότι έναντι των ατόμων που έχουν ασφαλείς δεσμούς, τα μη ασφαλή άτομα, που πάσχουν από χρόνια επώδυνα νοσήματα, έχουν μια αντιμετώπιση περισσότερο εστιασμένη στο συναισθηματικό κομμάτι του πόνου και λιγότερο στο οργανικό πρόβλημα (Mikulincer & Florian, 1998). Επιπλέον, τα άτομα ποικίλλουν στην απάντησή τους στον οξύ, ή στο χρόνια πόνο σύμφωνα με τους τρόπους προσκόλλησης. Μια γενική γραμμή σύγκλισης αποτελούν, όμως, τα άτομα με την ανασφαλή πρόσδεση που συνδέονται κυρίως με διάφορους παράγοντες ευπάθειας όπως: κατάθλιψη, μειωμένο έλεγχο του πόνου, φόβο του πόνου, καταστροφολογία, ανάγκη υπερπροστατευτικότητας στον πόνο, και περισσότερο αρνητικές συνέπειες (MacDonald and Kingsbury, 2006, McWilliams and Asmundson, 2007 and Meredith et al., 2006a).

Προκειμένου το βίωμα του πόνου να γίνει καλύτερα κατανοητό, όπως φαίνεται από τα παραπάνω, πραγματοποιήθηκαν διάφορες μελέτες τόσο σε χώρους εντός εργαστηρίου όσο και εκτός αυτού. Το δείγμα των μελετών αυτών αποτελούνταν τόσο από άτομα γενικού πληθυσμού όσο και από άτομα που είχαν κάποιες ιδιαιτερότητες, όπως ψυχική νόσο.

Μεταξύ των ερευνών που ασχολήθηκαν με το βίωμα του πόνου σε ψυχιατρικούς ασθενείς, υπήρξαν και κάποιες που εστίασαν το ενδιαφέρον τους στην σχιζοφρένεια και την μειωμένη αντίληψη του πόνου σε αυτό τον πληθυσμό. Παρακάτω γίνεται αναλυτικότερη παρουσίαση αυτών.



## Κεφάλαιο 6 Ψυχιατρική παθολογία : Αντίληψη πόνου και φόβου

### 6.1 Αντίληψη του πόνου στη ψύχωση

Οι εξασκούντες το ιατρικό επάγγελμα δεν έδιναν - για μεγάλο χρονικό διάστημα – ικανοποιητική σημασία στο βίωμα πόνου των ασθενών. Ο πόνος θεωρούνταν ένα ενδεχόμενο που έπρεπε να ανεχτεί κανείς όπως φαίνεται στην χριστιανική βίβλο ή στις αρχές του στωικισμού. Ωστόσο, προσπάθειες για αλλαγή της νοοτροπίας αυτής εμφανίζονται στον παρόντα χρόνο.

Ο Διεθνής Οργανισμός για την Μελέτη του Πόνου ( IAPS ), το 1986, όρισε τον πόνο ως «μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με πραγματική ή δυνητική βλάβη ή περιγράφεται με όρους μιας τέτοιας βλάβης» (Merskey et al, 1979). Η φροντίδα του πόνου στις ιατρικές και ψυχιατρικές διαταραχές αποτελεί πλέον ένα σημαντικό ζήτημα τόσο για κλινικούς όσο και για επιστημονικούς λόγους. (Bonnot O., Tordjman S., 2008). Για αυτό το λόγο άρχισαν να γίνονται διάφορες έρευνες γύρω από τον πόνο. Οι λίγες μελέτες, στο συγκεκριμένο φαινόμενο, οι οποίες διεξήχθησαν σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, δεν κατέληξαν σε ένα ομόφωνο συμπέρασμα. Κάποιες έδειξαν ότι αυτοί οι ασθενείς φαίνεται να έχουν υψηλότερο ουδό πόνου( υπο-αλγησία) σε σχέση με τα υγιή υποκείμενα, ενώ άλλες έδειξαν ότι ο ουδός πόνου είναι ο ίδιος, αλλά η απουσία έκφρασης του πόνου μπορεί να οφείλεται στην παθολογία της ασθένειας αυτής καθ' αυτής ( μη έκφραση του πόνου, άρνηση )(Autie A, Montreuil M, Moulier V, Braha S, Wojakiewicz A,Januel D, 2009 ).

Από τις αρχές του 20ού αιώνα, οι κλινικοί παρατηρούσαν τους ασθενείς με σχιζοφρένεια να αποτυγχάνουν να ανταποκριθούν στον πόνο ενός εμφράγματος του μυοκαρδίου, μιας σκληροκοιλιδοειδούς ή μιας διάτρησης εντέρου. Παρόλο που αυτή η έλλειψη ευαισθησίας στον πόνο των ατόμων με ψύχωση, έχει περιγραφεί στην βιβλιογραφία εδώ και πολλά χρόνια, το φαινόμενο παραμένει ελάχιστα κατανοητό (Singh, Manpreet K. MD; Giles, Lisa L. MD; Nasrallah, Henry A. MD, 2006).

#### 6.1.1 Στοιχεία από την βιβλιογραφία

Ανασκοπώντας την αναφερόμενη στο εν λόγω θέμα βιβλιογραφία, φαίνεται ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια δείχνουν σχετική αναισθησία στον φυσικό πόνο. Ο Kreapelin (1919) παρατήρησε ότι ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι συχνά “ λιγότερο ευαίσθητοι στην σωματική ταλαιπωρία, υπομένουν άβολες στάσεις, τρυπήματα από αιχμηρά αντικείμενα, τραυματισμούς... καίγονται με τα τσιγάρα τους, αυτοτραυματίζονται”(σελ.34). Ο Bleuler (1911/1950) επεσήμανε ότι “ακόμα και σε καλά προσανατολισμένους πνευματικά ασθενείς, κάποιος μπορεί συχνά να παρατηρήσει την παρουσία

ολοκληρωτικής αναλγησίας η οποία περιλαμβάνει τα βαθύτερα τμήματα του σώματος καθώς και το δέρμα. Οι ασθενείς... προκαλούν αρκετά σοβαρούς τραυματισμούς, κάθονται πάνω σε καυτές θερμάστρες και αποκτούν σοβαρά εγκαύματα”(σελ.57). Φυσικά κάποια άτομα με σχιζοφρένεια αναφέρουν ότι υποφέρουν από πόνο, κυρίως πονοκεφάλους (Varsamis and Adamson 1976, Watson et al. 1981, Philips and Hunter 1982, Torrey 1989), όμως η συχνότητα των παραπόνων για πόνο στην σχιζοφρένεια εμφανίζεται να είναι χαμηλότερη σε σχέση με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές ( Merskey 1965, Spear 1976, Delaplaine et al. 1978, Watson et al. 1981), (Dworkin H. Robert, 1994). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η αναλγησία στην σχιζοφρένεια, έχει περιγραφεί από χειρουργούς και παθολόγους καθώς και από ψυχιάτρους, και μεγάλο μέρος της προσοχής που έχει δεχτεί αυτό το φαινόμενο, σχετίζεται με συζητήσεις αναφορικά με τις πολύ συχνά απειλητικές για την ζωή συνέπειες του (Dworkin H. Robert,1994).

Ως προς τις **γαστρικές ασθένειες**, ο Marchand και συνεργάτες (1959) αναφέρει ότι ο πόνος ήταν απών - ως παρουσιαζόμενο σύμπτωμα - στο 21% μιας σειράς ενδο-νοσοκομειακών ασθενών με σχιζοφρένεια, οι οποίοι έπασχαν από οξεία διάτρηση έλκους στομάχου και στο 37% αυτών που είχαν οξεία σκωληκοειδίτιδα (Dworkin H. Robert,1994).

Ως προς τις **καρδιοπάθειες**, πόνος αναφερόταν μόνο από το 18% μιας σειράς σχιζοφρενών ενδο-νοσοκομειακών ασθενών που έπασχαν από έμφραγμα του μυοκαρδίου αλλά αξιολογούνταν να βρίσκονται περίπου στο 90% των φυσιολογικών (Marchand 1955, Lieberman 1955, Hussar 1965, Vanderkamp 1970), ενώ προ- και μετά- εμφράγματος στηθάγχη επίσης εμφανιζόταν σπανιότερα στην σχιζοφρένεια (Hussar 1965). Μειωμένη ευαισθησία στον πόνο ατόμων με σχιζοφρένεια, έχει αναφερθεί σε μια πληθώρα άλλων ιατρικών καταστάσεων: Εμφράγματα δίχως πόνο (Marchand et al. 1959, Fishbain 1982), τρίτου βαθμού εγκαύματα (Shattock 1950), καρκίνος (Talbot and Linn 1978), “μεγακόλον” (ένα άτονο και τρομερά διογκωμένο έντερο) (Ehrentheil and Wells 1955), γαστρικό έλκος (West and Hecker 1952, Ehrentheil 1957, Hussar 1968), και αρθρίτιδα (Gowdy 1979).

Ως προς την **χειρουργική**, ο Arieti(1945) ανέφερε ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια σπάνια παραπονούνται κατά την συρραφή των πληγών και ο Marchand(1959) παρατήρησε ότι οι ψυχωτικοί ασθενείς σπάνια αναφέρουν μετεγχειρητικό πόνο (Dworkin H. Robert,1994). Ωστόσο, σε δειγματοληπτικές έρευνες, από τους ασθενείς που είχαν υποστεί γαστρεκτομή, εκείνοι που εξακολουθούσαν να παραπονιούνται για γαστρικό/κοιλιακό άλγος, παρά την απουσία της προφανούς οργανικής παθολογίας, βρέθηκαν να έχουν υψηλή επίπτωση σχιζοφρένειας(Helen Singer Kaplan M.D., Ph.D., Clifford J. Sager M.D., Saul Schwartz M.D., Alan Kaye M.D., and George B.J. Glass M.D., 1970). Αυτό οδήγησε στην ανάπτυξη δυο υποθέσεων: α). Ο μετα-γαστρεκτομικός πόνος είναι ένας ψυχοπαθολογικός αμυντικός μηχανισμός. Ένα αντιληπτικό σύμπτωμα, κατ’ ουσίαν ένα παραισθητικό φαινόμενο, το οποίο είναι συνήθως εμφανές στην

σχιζοφρένεια και β). Η αντίληψη αυτού του πόνου παραμένει ως παραίσθηση στους σχιζοφρενείς διότι μπορεί να ενισχύεται θετικά με το να απαλύνει την ανησυχία και να παρέχει ανταμοιβές (Helen Singer Kaplan M.D., Ph.D., Clifford J. Sager M.D., Saul Schwartz M.D., Alan Kaye M.D., and George B.J. Glass M.D., 1970).

Από την άλλη πλευρά, παρόλο που οι ασθενείς με **χρόνιο πόνο** ( πόνος που διαρκεί πάνω από 3 μήνες, Merskey 1986) υποφέρουν από ποικίλες ψυχιατρικές διαταραχές (Dworkin and Caligor 1988), η σχιζοφρένεια εμφανίζεται πολύ σπάνια σε αυτόν τον πληθυσμό. Επιπρόσθετα, η μειωμένη ευαισθησία στον πόνο, λόγω της σχιζοφρένειας, έχει μελετηθεί και **σε συνθήκες εργαστηρίου**.

Διαφορετικά είδη επίπινων ερεθισμάτων έχουν εξεταστεί, ενώ οι αντιδράσεις των ασθενών στον πόνο έχουν αποτιμηθεί και αναλυθεί χρησιμοποιώντας μια ποικιλία μεθόδων. Οι μελέτες έχουν εξετάσει τις απαντήσεις των ασθενών με σχιζοφρένεια στο θερμικό πόνο( Malmo et al. 1951, Hemphill et al. 1952, Hall and Stride 1954, Kane et al. 1971, Clark and Mehl 1976, Dworkin et al. 1993), τον πόνο λόγω ηλεκτρισμού ( Bender and Schilder 1930, Parson et al. 1949, Collins and Stone 1966, Watson and Jacobs 1977, Buchsbaum et al. 1986), τον πόνο λόγω αύξησης της πίεσης αίματος εξαιτίας του κρύου (Earle and Earle 1955, Maricq and Edelberg 1975, Albus et al. 1982), το τσίμπημα καρφίτσας και τον πόνο λόγω πίεσης (Stengel et al. 1955, Merskey et al. 1962), την επίπονη τσιμπιά (May 1948), και τις φανταστικές επίπονες καταστάσεις (Petrovich 1960). Στην βάση εκφραζόμενων με λέξεις, αποφυγών και/ή ψυχοφυσιολογικών μετρήσεων, έχει τυπικά αναφερθεί ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν μειωμένη ευαισθησία στον πόνο (Dworkin H. Robert, 1994).

Ωστόσο τα χαρακτηριστικά μεθοδολογικά προβλήματα αυτών των ερευνών, οι περισσότερες εκ των οποίων διεξήχθησαν προ του 1980, περιλαμβάνουν μικρό μέγεθος δείγματος, αμφισβητούμενη διαγνωστική αξιοπιστία, προβληματικές ομάδες ελέγχου(π.χ. φοιτητές), έλλειψη προσεκτικών εξετάσεων των φαρμακευτικών επακόλουθων, έλλειψη προσοχής στην διάκριση μεταξύ των αντιληπτικών μειονεκτημάτων και της έκφρασης του πόνου και περιορισμούς λόγω των ψυχοφυσιολογικών μετρήσεων που χρησιμοποιήθηκαν για την εκτίμηση της ευαισθησίας στον πόνο.

Ούτε οι αναφορές της αναλγησίας στον κλινικό πόνο αλλά ούτε και οι αντίστοιχες πειραματικές μελέτες παρέχουν μια ικανοποιητική εξήγηση ως προς την μειωμένη ευαισθησία της σχιζοφρένειας στον πόνο. Η αναλγησία μπορεί να είναι η συνέπεια μιας πολύπλοκης αντίδρασης μεταξύ μιας βιολογικής αισθητηριακής ανωμαλίας και της ψυχοπαθολογίας της ίδιας της σχιζοφρένειας (συμπεριλαμβανομένης και της συναισθηματικής επεξεργασίας). Για το λόγο αυτό, ποικίλες υποθέσεις αναφερόμενες σε βιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς μηχανισμούς έχουν προταθεί (Autie

A, Montreuil M, Moulier V, Braha S, Wojakiewicz A, Januel D, 2009).

### *Οι βιολογικές θεωρίες*

Πολλές υποθέσεις οι οποίες στηρίζονται σε βιολογικούς παράγοντες έχουν αναφερθεί. Οι κυριότερες είναι οι ακόλουθες:

1. Έχει προταθεί ότι η αναλγησία της σχιζοφρένειας μπορεί να είναι αποτέλεσμα της νευροληπτικής φαρμακευτικής αγωγής(e.g., Fishbain 1982). Όμως, πολλές από τις αναφορές οι οποίες περιέγραφαν το φαινόμενο της αναλγησίας, προχρονολογούσαν την εισαγωγή αυτών των φαρμάκων. Όπως έχει φανεί από έρευνες, η υποαλγησία στην σχιζοφρένεια δεν μπορεί μεμονωμένα να εξηγηθεί από την επίδραση των αντιψυχωσικών φαρμάκων ενώ ενδέχεται να μην πρόκειται για μια εστιασμένη στον πόνο άμεση απάντηση(S. Potvin, S. Marchand). Επιπλέον, η επιρροή των φαινοθειαζινών στο βίωμα του πόνου είναι αβέβαιη(GD Watson, PC Chandarana and H. Merskey,1981).
2. Μια ακόμη υπόθεση είναι ότι η αναλγησία στην σχιζοφρένεια αντανακλά μια μηχανική βλάβη στην αντίδραση σε επώδυνα ερεθίσματα( Malmo et al. 1951, Hall and Stride 1954), αλλά πολλές από αυτές τις κλινικές και πειραματικές αναφορές δεν εξαρτιόνταν από μηχανικές απαντήσεις για να τεκμηριώσουν την αναλγησία (Dworkin H.Robert,1994).
3. Έχει επίσης προταθεί, ότι μια περίσσεια ενδορφινών στην σχιζοφρένεια μπορεί να εξηγή τον κλινική και πειραματική αναλγησία καθώς και άλλα συμπτώματα της διαταραχής(Buchsbaum et al. 1980). Όμως τα αποτελέσματα των ερευνών που αναφέρονται σε αυτή την υπόθεση είναι αντιφατικά( Mueser and Dysken 1983, Meltzer 1987).
4. Τέλος, μια από τις ενδιαφέρουσες, βιολογικά-βασισόμενες υποθέσεις, αξιώνει ότι η έλλειψη ευαισθησίας οφείλεται σε απορύθμιση των N-methyl-d-aspartate (NMDA) υποδοχέων. Προτάθηκε, όταν μετά από πρόσφατη έρευνα, φάνηκε ότι λόγω της σχιζοφρένειας, παρουσιάζεται μια απορύθμιση του N- methyl-D- aspartate(NMDA) υποδοχέα- διαβιβαστή στην νευρωνική σύναψη(Javitt and Zukin 1991, Ulas and Cotman 1993). Επειδή οι NMDA ανταγωνιστές έχουν αναλγητικές ιδιότητες, και η διαχείριση του NMDA υποδοχέα μπορεί να προκαλέσει υπεραλγησία (e.g. Woolf and Thompson 1991), είναι δυνατόν να υποτεθεί ότι μείωση στην διαβίβαση του NMDA υποδοχέα εξηγεί την αναλγησία στην σχιζοφρένεια. Αυτή η υπόθεση δεν είναι αντιφατική με την πρόταση ότι το αραχιδονικό οξύ( ένας δεύτερος διαβιβαστής στον NMDA υποδοχέα) και τα παράγωγα προσταγλανδίνης μπορεί να διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στην παθογένεση των αρνητικών συμπτωμάτων της

σχιζοφρένειας, συμπεριλαμβανομένης της αναλγησίας (Dworkin H. Robert, 1994).

Όμως, οι βιολογικοί παράγοντες δεν έχουν πλήρως μελετηθεί και θα μπορούσαν να εξηγήσουν μόνο κατά μέρος την κατάσταση της φαινομενικής αναλγησίας των ατόμων με σχιζοφρένεια (Autie A, Montreuil M, Moulier V, Braha S, Wojakiewicz A, Januel D, 2009).

#### *Οι ψυχοκοινωνικές θεωρίες*

Επιχειρώντας να ερμηνευθεί η αναλγησία στην σχιζοφρένεια, θα ήταν επίσης σημαντικό να ληφθεί υπ' όψιν η μαρτυρία ότι οι ασθενείς με διαταραχές διάθεσης έχουν μειωμένη ευαισθησία στον πόνο( e.g. Hall and Stride 1954, Davis et al. 1979a, Ben-Tovim and Schwartz 1981, Dworkin et al. 1993a, υπό έκδοση). Έχει προταθεί ότι η αναλγησία στην σχιζοφρένεια και τις διαταραχές της διάθεσης μπορεί να προξενείται από διαφορετικούς μηχανισμούς( Davis et al. 1979a, 1980). Επειδή οι καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά αναφέρουν ότι υποφέρουν από πόνο, η συγγενής αναλγησία τους στον πειραματικό πόνο είναι εντυπωσιακά παρόμοια με την σχετική αναισθησία στο αντίστοιχο είδος πόνου που συχνά απαντάται σε ασθενείς με σύνδρομο χρόνιου πόνου (e.g. Clark and Yang 1983, Naliboff and Cohen 1989). Αυτό υπενθυμίζει το απόφθεγμα του Ιπποκράτη ότι: “ Μεταξύ 2 πόνων που προκύπτουν ταυτόχρονα, όχι στο ίδιο μέρος του σώματος, ο ισχυρότερος αποδυναμώνει τον άλλο”(Merskey and Evans 1975, p.77). Σε μια προκαταρκτική ανάλυση ενός μικρού δείγματος καταθλιπτικών ασθενών, φάνηκε ότι εκείνοι οι οποίοι ανέφεραν *υψηλότερη σωματική καταπόνηση* κατά τη διάρκεια των τριών ημερών πριν από μια δοκιμασία πειραματικού πόνου, είχαν *λιγότερη ευαισθησία στον πειραματικό πόνο* από εκείνους που είχαν χαμηλότερα επίπεδα σωματικής εξάντλησης(Davis et al. 1979a). Αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η αναλγησία στις διαταραχές της διάθεσης ( και στα σύνδρομα χρόνιου πόνου), ενδέχεται να αντανakλούν προσαρμογή ή άλλους αντισταθμιστικούς μηχανισμούς και γι' αυτό μπορεί να παράσχουν μια σημαντική αντιπαράβολή αναφορικά με την μειωμένη αντίληψη του πόνου στην σχιζοφρένεια (Davis et al. 1980).

Ο ουδός του πόνου και το υψηλότερο επίπεδο ανοχής θα μπορούσε να εξηγηθεί λόγω αδιαφορίας στα εξωτερικά ερεθίσματα και λόγω ακατάλληλων διανοητικών λειτουργιών για την ανταπόκριση σε αυτά τα τεστ. Το μειονέκτημα βρίσκεται, συνεπώς, τόσο στην αισθητηριακή διάκριση του ερεθίσματος( βιολογική λειτουργία ) όσο και στην ερμηνεία αυτού ( γνωστική και συναισθηματική λειτουργία ) (Autie A, Montreuil M, Moulier V, Braha S, Wojakiewicz, A, Januel D, 2009). Η ανασκόπηση κλινικών και πειραματικών δεδομένων υποδεικνύει ότι - στις περισσότερες περιπτώσεις- η συμπεριφορική αντίδραση στον πόνο (behavioral pain reactivity- BPR) και οι απαντήσεις αυτοαναφοράς σε αυτόν, είναι μειωμένες στην σχιζοφρένεια. Ωστόσο, υπάρχουν λίγα ή καθόλου στοιχεία φυσιολογίας που να υποστηρίζουν αυτή την αναλγησία. Η μόνη πειραματική μελέτη που χρησιμοποίησε μια νευροφυσιολογική δοκιμή της αντίδρασης στον πόνο( the

nociceptive RIII reflex) έδειξε έναν φυσιολογικό ουδό πόνου στην σχιζοφρένεια. Έτσι μπορεί να προταθεί ότι η ευρέως αποδεκτή δοξασία της μειωμένης ευαισθησίας στον πόνο, σχετίζεται περισσότερο με έναν διαφορετικό τρόπο έκφρασης του πόνου παρά με μια πραγματική ενδογενή αναλγησία (Bonnot, Olivier MD, PhD, Anderson, George M. PhD, Cohen, David MD, PhD, Willer, Jean Claude MD, DrSC, Tordjman, Sylvie MD, PhD, 2009).

Επειδή η σχιζοφρένεια είναι μια σοβαρή ασθένεια με βλάβες στην επικοινωνία και στις κοινωνικές δεξιότητες, μπορεί να είναι πολύ δύσκολο να επιβεβαιωθεί ότι η αναλγησία όντως υπάρχει σε αυτούς τους ασθενείς. Θα μπορούσε να υποτεθεί ότι η μείωση της συμπεριφορικής αντίδρασης στον πόνο είναι λιγότερο μια συνέπεια της αναλγησίας, και περισσότερο ένας διαφορετικός τρόπος να εκφράσει συναίσθημα γενικά και πόνο πιο συγκεκριμένα( Bonnot O., Tordjman S., 2008). Είναι πασίγνωστο ότι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν επικοινωνιακή και νοητική εξασθένηση, έλλειψη προσαρμοστικότητας στις κοινωνικές δεξιότητες και επίσης έλλειψη σωματικής αναπαράστασης. Ωστόσο, αυτή η μείωση των συμπεριφορικών αντιδράσεων φαίνεται να είναι συχνή και θα μπορούσε να διερευνηθεί με πρωτόκολλο αντικειμενικής έρευνας ώστε να κατανοήσουμε εάν οι ασθενείς δεν νιώθουν πόνο ή πιθανώς δεν εκφράζουν πόνο με προσαρμοσμένες κοινωνικές συμπεριφορές (Bonnot O., Tordjman S., 2008). Επιπλέον, η μείωση της συμπεριφορικής αντίδρασης μπορεί να διαδραματίσει ρόλο σε μια πολυσήμαντη θεωρία της σχιζοφρένειας, στο πλαίσιο του μοντέλου της ευαλωτότητας στο στρες. Βλάβη ή έλλειψη συμπεριφορικής αντιδραστικότητας στον πόνο θα μπορούσε να επιφέρει ένα αυξανόμενο επίπεδο άγχους για τον ασθενή με ευαλωτότητα στην σχιζοφρένεια και υψηλότερο κίνδυνο πυροδότησης της παθολογίας(Bonnot O., Tordjman S., 2008).

Μπορεί να ισχυριστεί κανείς ότι το ερέθισμα του πόνου ενδέχεται να οδηγήσει σε βλαβοαντιληπτικό στρες το οποίο δεν θα είναι δυνατό να αποφορτιστεί με τους συνήθεις τρόπους ρύθμισης και συμπεριφορικής έκφρασης του πόνου. Όμως, διερεύνηση και συνομιλία γύρω από την αντιδραστικότητα στον πόνο υποκειμένων ευάλωτων στην σχιζοφρένεια, θα είχε ενδιαφέρον ώστε να αυξήσει το πλήθος των πληροφοριών σε έναν έλεγχο της ευαλωτότητας. Επιπλέον έρευνες σε αυτό τον άξονα θα ήταν χρήσιμες ως προς τον έλεγχο της εν λόγω υπόθεσης(Bonnot O., Tordjman S., 2008).

Αυτές οι διαφορετικές υποθέσεις (βιολογική και ψυχολογική) θα μπορούσαν να εξηγήσουν το φαινόμενο της μη ευαισθητοποίησης στον πόνο των ασθενών με σχιζοφρένεια. Παρά το ότι έχουν μια ευαισθησία στον πόνο η οποία είναι πανομοιότυπη με αυτή των υγιών ατόμων, η φαινομενική αναλγησία των ατόμων με ψύχωση, θα μπορούσε να είναι το επακόλουθο μιας “νοοτροπίας(attitude)” άρνησης, ενός διαφορετικού τρόπου συμπεριφοράς στην έκφραση του πόνου σε συνδυασμό με τις δυσκολίες στην μη- λεκτική επικοινωνία και όχι μια διαφοροποίηση στις εγκεφαλικές λειτουργίες ούτε μια βιολογική ανωμαλία. Διάφορα μεθοδολογικά συστηματικά



σφάλματα προκύπτουν από τις μελέτες στον πόνο σε αυτό τον πληθυσμό( Autie A, Montreuil M, Moulrier V, Braha S, Wojakiewicz A,Januel D, 2009 ), επομένως μελλοντικές έρευνες χρειάζονται, προκειμένου να αποσαφηνιστεί περεταίρω η νευροβιολογία, η παθοφυσιολογία και οι πρακτικές κλινικές συνέπειες αυτού του φαινομένου (Singh, Manpreet K. MD; Giles, Lisa L. MD; Nasrallah, Henry A. MD, 2006).

## 6.2 Ερευνητικά δεδομένα φόβου του πόνου, άγχους και ψυχιατρικής παθολογίας.

Αναμφισβήτητα, μια συναρπαστική περίοδος στην έρευνα της ψυχικής και σωματικής υγείας έχει αρχίσει, όπως δείχνουν τα αποτελέσματα της παραδειγματικής μεταστροφής από μια απαρχαιωμένη βιο-ιατρική προσέγγιση υπεραπλούστευσης σε ένα πιο κατανοητό βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο το οποίο εξαίρει τις μοναδικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων επιβάλλοντας την καλύτερη κατανόηση υγείας και ασθένειας.(Gatchel, Robert J., 2004)

Αυτή η βιο-ψυχοκοινωνική οπτική είναι σημαντική στην αποτίμηση της συνοσηρότητας των ψυχικών και σωματικών προβλημάτων υγείας.(Gatchel, Robert J., 2004). Έχουν παρουσιαστεί σημαντικά θέματα στην βιο-ψυχοκοινωνική προσέγγιση της συνοσηρότητας των χρόνιων ψυχικών και σωματικών διαταραχών, εστιάζοντας κυρίως στον πόνο,(Gatchel, Robert J., 2004) ενώ ψυχίατροι και παθολόγοι αλληλεπιδρούν καταφανώς στον κοινό τόπο των διαταραχών πόνου. (Gatchel, Robert J., 2004). Όμως, παρά το γεγονός ότι το βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο έχει επιφέρει δραματική πρόοδο στην ψυχολογία της υγείας τις τελευταίες 2 δεκαετίες, παραμένουν ακόμα σημαντικές προκλήσεις στην περαιτέρω ανάπτυξη του πεδίου.(Gatchel, Robert J., 2004) Ιδιαίτερη μέριμνα έχει δοθεί στην έρευνα γύρω από τον χρόνιο πόνο και την συνοσηρότητα με διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές.

Σε όλο τον κόσμο και σε διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες, τα σωματικά συμπτώματα αποτελούν τις πιο κοινές εκφράσεις των κοινωνικών προβλημάτων και της εξάντλησης(Hocaoglu C., Gulec MY., Durmus I., 2008). Σε μελέτη των Castro M., Kraychete D. και συνεργατών στην πανεπιστημιακή κλινική πόνου της Βραζιλίας βρέθηκε ότι οι πιο συχνή ιατρική διάγνωση ήταν η μετατόπιση δίσκου (24.5%) ενώ η συνοσηρότητα ψυχικών διαταραχών αφορούσε καταθλιπτικά επεισόδια (42%), δυσθυμία (54%), κοινωνική φοβία (36.5%), αγοραφοβία (8.5%) και διαταραχή πανικού (7.3%), διαπίστωση η οποία οδήγησε στο συμπέρασμα ότι επικρατεί η παρουσία των ψυχιατρικών διαταραχών σε ασθενείς οι οποίοι υποφέρουν από χρόνιο πόνο. (Castro M., Kraychete D., Daltro C., Lopes J., Menezes R., Oliveira I., 2009)

Ένα ακόμα είδος πόνου το οποίο αποτελεί το πλέον διαδεδομένο ανεξήγητο σωματικό σύμπτωμα είναι ο θωρακικός πόνος (Hocaoglu C., Gulec MY., Durmus I., 2008 ). Τις περισσότερες φορές, οι

περιπτώσεις θωρακικού πόνου στις οποίες δεν δύναται να καθοριστεί μια οργανική αιτιολογία και όσες παρουσιάζονται με άτυπα χαρακτηριστικά πρέπει να αποτιμούνται ως συνιστώσα ή συνοδευτικό σύμπτωμα πλήθους ιδιαίτερων ψυχιατρικών διαταραχών κυρίως όπως η διαταραχή πανικού και η κατάθλιψη.(Hocaoglu C., Gulec MY., Durmus I., 2008). Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν την σημαντικότητα της ψυχιατρικής αποτίμησης σε ασθενείς με μη καρδιακό θωρακικό πόνο ή ανεξήγητο θωρακικό πόνο(UCP), καθώς κατανοώντας το ψυχιατρικό προφίλ του συμπτώματος αυτών των ασθενών θα συνεισφέρουμε σημαντικά στην θεραπεία του εν λόγω πόνου.(Hocaoglu C., Gulec MY., Durmus I., 2008).

Ο Beitman και συνεργάτες, γνωστοποίησε ότι το 32% έως 41% των ασθενών με διαταραχή πανικού οι οποίοι αναζητούν θεραπεία για θωρακικό πόνο έχουν διαταραχή πανικού εν τη απουσία φόβου[NON-FEARFUL PANIC DISORDER (NFPD)]. Η εν λόγω διάγνωση θα πρέπει να αναγνωρίζεται ως παραλλαγή της διαταραχής πανικού, τόσο εξαιτίας του υψηλού επιπολασμού της στο ιατρικό περιβάλλον όσο και λόγω της ανεπαρκούς της πρόγνωσης (Fleet RP, Martel JP, Lavoie KL, Dupuis G, Beitman BD., 2000).

Σε έρευνα του 1984, των Kane FJ. Jr., Harper RG., Wittels E., στο Methodist Hospital του Houston, μελετήθηκαν όλοι οι ασθενείς που είχαν φυσιολογικά στεφανιαία αγγειογραφήματα. Από αυτό το σύνολο των 216 ατόμων, το 63% των γυναικών και το 50% των ανδρών πληρούσαν τα κριτήρια γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και 20% αυτών ικανοποιούσαν τα κριτήρια για προσβολή επεισοδίου πανικού. Στην δε κλίμακα μέτρησης σωματοποίησης του Brief Symptom Inventory (BSI), το 64% του πληθυσμού είχε άθροισμα άνω του μέσου όρου των εξωτερικών ψυχιατρικών ασθενών. Το 81% αυτών έλαβαν μόνο επαναβεβαίωση για απουσία καρδιοπάθειας και στο 25% δόθηκε συνεχόμενη θεραπεία με νιτροειδή εν τη απουσία καρδιοπάθειας. Η πλειοψηφία αυτών των ασθενών παραμένει αθεράπευτη ως λειτουργικά «καρδιακά νευρωτικοί» με επίσης αθεράπευτα συμπτώματα άγχους.(Kane FJ. Jr., Harper RG., Wittels E., 1988). Λαμβάνοντας υπ' όψιν το εν λόγω κλινικό προφίλ, προτείνεται η αναγνώριση αυτών των ασθενών ώστε να ληφθούν κατάλληλα μέτρα για την αποφυγή της διαιώνισης της αναπηρίας (Kane FJ. Jr., Harper RG., Wittels E., 1988).

Από την άλλη πλευρά σε ασθενείς που βρίσκονταν σε λίστα αναμονής για στεφανιαία επανααγγειοβρίθεια, μια πληθώρα ψυχολογικών συμπτωμάτων συμπεριλαμβανομένων του άγχους και της κατάθλιψης ήταν στενά συνδεδεμένα με την δριμύτητα του θωρακικού πόνου, όπως επίσης και οι διαταραχές ύπνου, η δύσπνοια και λοιπά ψυχοσωματικά συμπτώματα (Bengtson A., Herlitz J., Karlsson T. & Hjalmarson A., 1996).

Επιπλέον αναφορές υποδεικνύουν ότι το αίσθημα του πόνου διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία του πάσχοντος. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με πόνο, αποτελούν μια ξεχωριστή ομάδα καθώς παρουσιάζονται να έχουν περισσότερα σωματικά προβλήματα(σύμφωνα με τα παράπονά τους), αλλά λιγότερους ψυχολογικούς παράγοντες να συμβάλλουν στην αναπηρία τους σε σχέση με τους

νεώτερους ασθενείς (Mailis-Gagnon A., Nicholson K., Yegneswaran B., Zurowski M., 2008).

Σημαντικό είναι να λάβουμε υπ' όψιν μας, ότι ο φόβος του πόνου αντιπροσωπεύει έναν ακόμα γνωστικό παράγοντα ο οποίος μπορεί να επηρεάσει την λειτουργικότητα (Lethem J., Slade PD., Troup JDG., Bentley G., 1983 και McCracken LM., Zayfert C., Gross RT., 1992). Για παράδειγμα ο φόβος του πόνου περισσότερο από την αντίληψη του πόνου μπορεί να κινητοποιήσει ορισμένους τύπους συμπεριφοράς οι οποίοι αποφεύγουν τον προβλεφθέντα πόνο( π.χ. τέντωμα των μυών –muscle guarding). Αυτό το φαινόμενο αν και συχνά παρατηρείται από τους φυσικοθεραπευτές, μπορεί να είναι το αποτέλεσμα ενός μηχανισμού αποφυγής του φόβου, παρά της αίσθησης του πόνου, ερεθίζοντας την τάση ελάττωσης ή περιορισμού της λειτουργικότητας. Αναγνώριση των γνωστικών, συμπεριφοριστικών και σωματικών συνιστωσών αυτού του μηχανισμού είναι χρήσιμη στην κλινική πρακτική. Οι προσπάθειες θεραπείας θα μπορούσαν με αυτό τον τρόπο να στοχεύσουν στην έκδηλη αποτίμηση των συστατικών του φόβου( όπως π.χ. σκέψεις, συμπεριφορές, αντιδράσεις φυσιολογίας). (Feuerstein M., Beattie P., 1995). Οι ψυχοφυσιολογικοί παράγοντες τυπικά σχετίζονται με τις φυσιολογικές απαντήσεις ενός ατόμου στα ερεθίσματα άγχους είτε εξωτερικά σε καταστάσεις όπως επαγγελματικού ή οικογενειακού στρες ή εσωτερικά όπως αντίδραση στον πόνο ή σε κάποιο άλλο αποστρεφόμενο σωματικό ερέθισμα (Feuerstein M., Parciak A., Hoon P., 1987).

Τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι το συμπαθητικό νευρικό σύστημα είναι πολύπλοκα συνδεδεμένο αναφορικά με τους ψυχοκοινωνικούς αγωγόνους παράγοντες (Feuerstein M., Labbe F., Kuczmierczyk AR, 1986). Αυξανόμενη αυτόματη αντίδραση σε ψυχοκοινωνικά ερεθίσματα ή ερεθίσματα πόνου μπορεί να συνδράμει σε μια μειούμενη ικανότητα να ανεχθεί τον πόνο και συνακόλουθα να οδηγήσει σε λειτουργική περιστολή και ανικανότητα. (Feuerstein M., Beattie P., 1995). Η ένταση που σχετίζεται με αντιληπτό χάσιμο ελέγχου πάνω στον πόνο συμβάλλει επίσης στην αυξανόμενη αυτόνομη και μυοσκελετική δραστηριότητα που μπορεί να συνεχίσει σε μια ανατροφοδοτούμενη κατάσταση φαύλου κύκλου, συντηρώντας επιπλέον πόνο και αναπηρία (Flor H., Turk DC., Birbaumer N., 1985).

Ο ιδιάζων ρόλος του πονο-εξαρτώμενου φόβου σε εμπειρίες που αφορούν τον πόνο, έχει λάβει αυξανόμενης προσοχής (Turk DC., Wilson HD., 2010). Το αρνητικό συναίσθημα έχει μια ευμετάβλητη επενέργεια στην αντίληψη του πόνου. Αυτή η μεταβλητότητα έχει εξηγηθεί από την υπόθεση του υποκινούντος κινήτρου η οποία προβλέπει ότι το συναισθηματικό ερέθισμα που παράγει χαμηλά επίπεδα εγρήγορσης θα διευκολύνει τον πόνο, ενώ το ερέθισμα που παράγει υψηλά επίπεδα εγρήγορσης θα αναστέλλει τον πόνο (Hollin GJ., Derbyshire SW., 2009). Ωστόσο μια έρευνα των Sneddon και συνεργατών σε πείραμα, ανακάλυψε μια συσχέτιση που δε φαινόταν στην ανθρώπινη βιβλιογραφία, ότι η φοβικά εξαρτώμενη συμπεριφορά μειωνόταν στην παρουσία ενός οδοντικού ερεθίσματος πόνου. Σε αντίστοιχο πείραμα σε ανθρώπινο πληθυσμό, 30

υγιείς γυναίκες με τουλάχιστον ήπια αποστροφή προς τις αράχνες συμμετείχαν σε 3 δοκιμές. Στην πρώτη, υπό την παρουσία μιας ταραντούλας, στην δεύτερη, είχαν το δεξί τους χέρι βυθισμένο σε παγωμένο νερό (ώστε να προκληθεί αύξηση της πίεσης του αίματος λόγω του κρύου ερεθίσματος) και στην τρίτη, υπήρχε τόσο το φοβικό ερέθισμα (η ταραντούλα) όσο και το ερέθισμα του πόνου (παγωμένο νερό). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η παρουσία της αράχνης δεν είχε κάποιο αντίκτυπο πάνω στην αντίληψη του πόνου, αλλά ο φόβος για τις αράχνες μειώθηκε από το ερέθισμα του παγωμένου νερού (Hollin GJ., Derbyshire SW., 2009). Οι συγγραφείς πρότειναν να υιοθετηθεί ένα σαφώς εξελικτικό πλαίσιο εργασίας, και υπέθεσαν ότι ο φόβος για την αράχνη μειώθηκε προκειμένου να διευκολύνει την διαφυγή του υποκειμένου από την πιο απειλητική εμπειρία του παγωμένου νερού (Hollin GJ., Derbyshire SW., 2009).

Όπως φαίνεται, η εμπειρία του πόνου επηρεάζεται από ένα ευρύ πεδίο ψυχολογικών παραγόντων. Πρώτον, η απάντηση στην πρόκληση του πόνου, είτε κατανοείται είτε επάγεται από βιο-μηχανικό στρες, μπορεί να επηρεαστεί από τον φόβο ενός ενάντιου αποτελέσματος και από τον φόβο τραυματισμού. Δεύτερον, η συνολική αποτίμηση πόνου ενός ασθενούς μπορεί να επηρεαστεί ευρέως από παράγοντες επιπρόσθετους του βλαπτικού, όπως η σύγχυση (distress), ο φόβος και οι εσφαλμένες πεποιθήσεις/ γνώσεις γύρω από την φύση του πόνου (Main CJ., Watson PJ., 1999). Επιπρόσθετα, η αυτό-αποτελεσματικότητα στον πόνο και το άγχος, έχει φανεί ότι συμβάλλουν ουσιαδώς στην ένταση του πόνου και στην σχετιζόμενη με τον πόνο αναπηρία (Meredith P., Strong J., Feeney JA., 2006). Στα πλαίσια έρευνας του χρόνιου πόνου, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι φοβικές και αγχώδεις κατηγορίες προσκόλλησης σχετιζόνταν με χαμηλή αυτό-αποτελεσματικότητα στον πόνο, ενώ υψηλά σκορ στις διαστάσεις της άνετης με την κοντινότητα προσκόλλησης, συνδέονταν με υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα στον πόνο, ιδιαίτερος στους άντρες (Meredith P., Strong J., Feeney JA., 2006). Η ανασφαλής προσκόλληση (είτε ορίζεται ως κατηγορία είτε ως διάσταση) σχετιζόνταν με υψηλότερα επίπεδα άγχους/ ανησυχίας. Η αυτό-αποτελεσματικότητα στον πόνο αποδείχτηκε ισχυρότερος προβλεπτικός παράγοντας έντασης πόνου από ότι το άγχος και πιο ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας αναπηρίας από ότι η σφοδρότητα του πόνου ή το άγχος. Επιπρόσθετα, η άνεση με την κοντινότητα μετρίαζε τις συσχετίσεις μεταξύ αυτό-αποτελεσματικότητας στον πόνο και αναπηρίας, αυτό-αποτελεσματικότητας και έντασης πόνου και άγχους και αναπηρίας. Συνολικά, αυτά τα αποτελέσματα υποστηρίζουν την αξία υιοθέτησης μιας θεωρητικής προσέγγισης για την προσκόλληση στο πλαίσιο του χρόνιου πόνου (Meredith P., Strong J., Feeney JA., 2006).

Πέραν αυτού, σε έρευνα που έγινε μελετώντας την σχετική συμβολή της μαθημένης αδυναμίας, του φόβου του πόνου και της παθητικής στρατηγικής αντιμετώπισης του πόνου ως προς το επίπεδο του πόνου, της αναπηρίας και της κατάθλιψης σε ασθενείς με χρόνια πόνο που παρακολουθούνταν σε διεπιστημονικό κέντρο πόνου, φάνηκε ότι και οι τρεις αυτές μεταβλητές σχετιζόνταν με το επίπεδο πόνου, την αναπηρία και την κατάθλιψη (Samwel Han J.A., Evers Andrea W.M., Crul Ben

J.P., Kraaimaat Floris W., 2006). Το αίσθημα αδυναμίας και οι παθητικές συμπεριφορικές στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου όπως η ξεκούραση, ήταν προγνωστικοί παράγοντες αναπηρίας, ενώ η παθητική γνωσιακή στρατηγική της ανησυχίας οδηγούσε σε σημαντικό ποσοστό, στην κατάθλιψη. (Samwel Han J.A., Evers Andrea W.M., Crul Ben J.P., Kraaimaat Floris W., 2006). Συνεχίζοντας με τις έρευνες στο πεδίο του πόνου, έχει φανεί ότι τα δείγματα πληθυσμού που ικανοποιούν τα κριτήρια για τον χρόνια διάχυτο πόνο έχουν περιγραφεί ως έχοντα μεγαλύτερη ψυχολογική θλίψη και περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα (Croft P., Rigby AS., Boswell R., Schollum J., Silman AJ., 1993) και ψυχικές διαταραχές(κυρίως καταθλιπτικές διαταραχές και σωματοποιητικές διαταραχές)(Wolfe F., 1995 και Bennet RM., Burckhanrdt CS, Clark SR., O'Reilly CA., Wiens AN., Campbell SM., 1996) σε σχέση με το αναμενόμενο ποσοστό στον γενικό πληθυσμό( Benjamin S., Morris S., McBeth J., Macfarlane G., Silman A., 2000).

Επιπλέον, ο πόνος, το άγχος και η κατάθλιψη απαντώνται συχνά σε ασθενείς πρωτοβάθμιας φροντίδας (Means-Christensen AJ., Roy-Byrne PP., Sherbourne CD., Craske MG., Stein MB., 2008). Τα αποτελέσματα ερευνών έχουν δείξει ότι οι ασθενείς που επιβαρύνονται με συμπτώματα όπως μυϊκός πόνος, πονοκέφαλοι ή στομαχικός πόνος είναι περίπου 2.5-10 φορές πιθανότερο να διαγνωστούν θετικοί για διαταραχή πανικού, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή ή μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Οι ασθενείς με αγχώδη ή καταθλιπτική διαταραχή επίσης αναφέρθηκαν με μεγαλύτερες παρεμβολές (INTERFERENCE) από πόνο (Means-Christensen AJ., Roy-Byrne PP., Sherbourne CD., Craske MG., Stein MB., 2008). Παρόμοια, ασθενείς που διαγνώστηκαν με συμπτώματα πόνου αναφέρονταν με χαμηλότερη λειτουργικότητα ψυχικής υγείας και υψηλότερα σκορ σοβαρής κατάθλιψης, κοινωνικού άγχους και μετατραυματικής διαταραχής στρες.(Means-Christensen AJ., Roy-Byrne PP., Sherbourne CD., Craske MG., Stein MB., 2008).

Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι ο πόνος έχει αρχίσει να κινεί το επιστημονικό ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια, πράγμα που αποδεικνύεται από το πλήθος μελετών αναφορικά με αυτό το ζήτημα, οι περισσότερες έρευνες γύρω από τον πόνο αφορούν κυρίως τον γενικό πληθυσμό, ο οποίος -αρχικά τουλάχιστον- δεν είναι διαγνωσμένος με κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα.

Λίγη φαίνεται να είναι η ενασχόληση των ερευνητών αναφορικά με το εν λόγω θέμα αλλά και με τον φόβο του πόνου σε ιδιαίτερες πληθυσμιακές ομάδες όπως αυτή των ατόμων με ψύχωση. Ωστόσο ενδιαφέρον θα είχε η στροφή της έρευνας και προς τον διαγνωσμένα ψυχιατρικό πληθυσμό. Πάσχουν από χρόνια πόνο οι ψυχιατρικοί ασθενείς; Αντιλαμβάνονται τον πόνο; Αντιδρούν σε αυτόν; Αν ναι, πως; Αισθάνονται φόβο του πόνου οι έχοντες ψύχωση; Είναι ίσως μερικά από τα ερωτήματα τα οποία χρήζουν περαιτέρω μελέτης.

Η γενική επικρατούσα αντίληψη, έτσι όπως είχε διαμορφωθεί από μελέτες αναφορικά με την αίσθηση του πόνου σε ψυχιατρικούς ασθενείς, κατέληγε στο συμπέρασμα ότι οι έχοντες ψύχωση

δεν αντιλαμβάνονται τον πόνο (Earle and Earle 1955, Maricq and Edelberg 1975, Albus et al. 1982).

Ωστόσο σε πρόσφατη έρευνα αναφορικά με το αίσθημα του χρόνιου πόνου σε σχιζοφρενείς ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονταν σε δημόσιο νοσοκομείο της Βραζιλίας, βρέθηκε ότι ο επιπολασμός του πόνου ήταν 36.6% και τα πιο συχνά αναφερόμενα σημεία ήταν: σπλάχνα (30.7%), κεφάλι, πρόσωπο και στόμα (24%) και μέση (14.7%). Εικοσιτέσσερα τοις εκατό των ασθενών ανέφεραν ότι ένοιωθαν πόνο κάθε μέρα και ο μέσος όρος διάρκειας του πόνου ήταν οι 41 μήνες με μέτρια ένταση. Ο επιπολασμός του χρόνιου πόνου στους σχιζοφρενείς ασθενείς ήταν παρόμοιος με αυτόν στον γενικό πληθυσμό και η κλινική πορεία ήταν σημαντική σε διάρκεια, ένταση και συχνότητα (Almeida JG., Kurita GP., Pimenta CA., 2010).

Λόγω λοιπόν της περιορισμένης έρευνας του πεδίου του πόνου και του συναισθήματος του φόβου που αυτός εγείρει ή όχι στους ψυχωσικούς ασθενείς, η παρακάτω εργασία εκπονήθηκε σε ψυχιατρικό πληθυσμό ιδιωτικής κλινικής, έχοντας σκοπό να μελετήσει το κατά πόσο υπάρχουν ή όχι ιδιαιτερότητες αναφορικά με τον φόβο του πόνου σε αυτή την ξεχωριστή ομάδα των διαγνωσμένων ψυχιατρικών ασθενών.

## Κεφάλαιο 7 Στόχοι και σκεπτικό της έρευνας

### 7.1 Σκοπός και σπουδαιότητα της μελέτης

Ο φόβος του πόνου, μπορούμε να υποστηρίξουμε, ότι αποτελεί ένα πυρηνικό θέμα, στο πλαίσιο της έρευνας για τον πόνο και τις επιπτώσεις του. Ωστόσο, η αξιολόγηση των ασθενών σε σχέση με την επίδραση του φόβου και του άγχους, στην ένταση και στην αντιμετώπιση της επώδυνης εμπειρίας (McNeil & Rainwater, 1998; Mc Cracken et al., 1992), καθώς και την ανάπτυξη ή συντήρηση της ψυχοπαθολογίας (Asmundson, et al., 2004), μπορεί να είναι ιδιαίτερα προκλητική, λόγω της ευρείας ποικιλίας των πληροφοριών που απαιτείται για μια γενική αξιολόγηση του πόνου. Μελέτες καταγράφουν, ότι η αντιμετώπιση, η συναισθηματική διάθεση και η αυτό-αποτελεσματικότητα στον πόνο, διαμεσολαβείται από στοιχεία της προσωπικότητας (Newth & DeLongis, 2004; Goubert et al., 2004), αλλά και από άλλες παραμέτρους όπως, εύρος της ανικανότητας, στρατηγικές διαχείρισης (Vervoort, et al., 2006), οικογενειακή οργάνωση (Liakoroulou-Kairis et al., 2002), κατάθλιψη (Hassett, et al., 2000). Επίσης, θετικές συσχετίσεις έχουν βρεθεί ανάμεσα στην επίδραση των τραυματικών εμπειριών και στη δυνατότητα ενός ασθενή να διαχειριστεί τον πόνο του (Spertus et al., 1999).

Γενικός στόχος, λοιπόν, της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης του συναισθήματος του φόβου του πόνου με την βιωμένη εμπειρία μιας ψυχιατρικής παθολογίας. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (φόβος και άγχος του πόνου, σωματική ευαισθησία στο άγχος με επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία, ψυχοπαθολογία) στα άτομα που νοσηλεύονται από κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα. Πιο συγκεκριμένα:

- Σύγκριση της ομάδας των ανδρών ασθενών με ψυχιατρική παθολογία και της ομάδας των γυναικών ασθενών με ψυχιατρική παθολογία ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
- Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.
- Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο, την ηλικία και λοιπά κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά (οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική-οικονομική κατάσταση, στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας και ποιο στρεσογόνο γεγονός,) τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά

Στην παρούσα έρευνα, η ανίχνευση και η διερεύνηση της υπάρχουσας συνάφειας των φόβων που

ο πόνος προκαλεί σε σχέση με τις ανωτέρω ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους, συμβάλλει στην ανάδειξη, επιβεβαίωση της ετερογένειας και αντιμετώπιση της «αλγοφοβίας» ως ένα βιοψυχοκοινωνιολογικό φαινόμενο της ανθρώπινης φύσης και ιδιαιτερότητας, με εσωτερικές διεργασίες, στα πλαίσια ενός ευρύτερου συστήματος διαμόρφωσης του φόβου, σε συνάρτηση με το βίωμα της ψυχιατρικής νόσου. Τα αποτελέσματα φαίνεται να έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς αφορούν μια ιδιαίτερη ομάδα ασθενών στον Ελληνικό πληθυσμό, όπου κάτι ανάλογο δεν έχει πραγματοποιηθεί μέχρι τώρα.

## 7.2 Ερευνητικές υποθέσεις

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

1. Η εμπειρία του πόνου δύναται να «ξυπνήσει» ένα σύνολο εξαιρετικά αρνητικών σκέψεων, αλλά και να ενεργοποιήσει, επίσης, καλά κρυμμένους φόβους άλλων τραυματικών καταστάσεων (Gatchel, et al., 2007). Η ιδιαίτερη συναισθηματική εμπειρία, που συνακολουθεί στρεσογόνες καταστάσεις προωθεί την αποτύπωση του γεγονότος (Ledoux, 1998) και η έκθεση σε ψυχοπιεστικά γεγονότα μπορεί μόνιμα να αλλάξει τις νευροβιολογικές διαδικασίες ή τις δομές, με τέτοιο τρόπο που να οδηγήσει σε δυσμενείς επιπτώσεις στην ουδό διέγερσης και τη δυνατότητα αντιμετώπισης μιας μετέπειτα επώδυνης εμπειρίας (van der Kolk, 2003). Στοιχεία και από μη-αναδρομικές μελέτες, ωστόσο καταλήγουν στην συμβολή του ψυχικού και σωματικού τραύματος στην διαμόρφωση του συναισθήματος του φόβου. Η έρευνα, επιπλέον στη νευρολογία έχει καταδείξει ότι το ψυχικό τραύμα στενεύει τον ιππόκαμπο και ενεργοποιεί την αμυγδαλή για τις αυτόματες αντιδράσεις άγχους, πανικού και φόβου (van der Kolk, 2003). Σε σχέση με τον πόνο, αν και η έρευνα είναι λιγοστή, διατομικές μελέτες έχουν βρει θετικές αφενός, συσχετίσεις μεταξύ τραυματικών ή αγχωτικών γεγονότων ζωής και του χρόνιου πόνου (Boisset-Piolo et al., 1995; Spertus et al., 1999; Raphael et al., 2001) και αφετέρου ότι άτομα με ομο-εμφανιζόμενες τραυματικές εμπειρίες, που σχετίζονται με συμπτώματα κοινωνικής φοβίας, έχουν μεγαλύτερα επίπεδα φόβου του πόνου και εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο στην ανάπτυξη χρονιότητας του πόνου τους, σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν βιώσει ανάλογες καταστάσεις (Asmundson & Carleton, 2005). Ως προς το φόβο του πόνου, λοιπόν, η υπόθεσή μας είναι ότι τα άτομα που νοσούν από κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου και υψηλότερα από αυτά που διαπιστώθηκαν σε δείγμα υγιούς πληθυσμού.
2. Ως προς το άγχος του πόνου και την σωματική ευαισθησία στο άγχος για την λειτουργία της καρδιάς η υπόθεσή μας είναι ότι τα άτομα που νοσούν από κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα άγχους του πόνου και υψηλότερα από αυτά που



διαπιστώθηκαν σε δείγμα υγιούς πληθυσμού, καθώς αφενός, υπάρχει γραμμική συσχέτιση ανάμεσα στο φόβο, στο άγχος του πόνου και στο άγχος των σωματικών αισθήσεων (Reiss et al., 1986; Asmundson & Taylor, 1996; Asmundson, et al., 2004; Norton & Asmundson, 2004) και αφετέρου, μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι μια πλειοψηφία φοβικών ατόμων, εστιάζει στην βιωμένη εμπειρία ως κεντρική δομή στην απόκτηση φόβου τους (Di Nardo et al., 1988) και έχουν αναδείξει μια θετική διασύνδεση μεταξύ των τραυματικών ή αγχωτικών γεγονότων ζωής και της σωματικής ευαισθησίας στο άγχος (Ehlers & Clark 2000; Leen-Feldner et al., 2008)

3. Αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση του συναισθήματος του φόβου με την ψυχοπαθολογία, και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου που διαδραματίζει ο φόβος, το άγχος και η σωματοποίηση του άγχους στην εμφάνιση και την πορεία διαφόρων τύπων ψυχοπαθολογίας (Goodwin, 1986; Menzies & Clarke, 1994; McNeil & Rainwater, 1998; Barlow, 2000; Vlaeyen & Linton, 2000; Asmundson, et al., 2004; Kim & Gorman, 2005; Taylor, 2006; Taylor, Asmundson & Wald, 2007; Leahy, 2007; Macht, 2008). Επίσης, αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι, οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες, αναλαμβάνουν το ρόλο του σημαντικότερου παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη και την διατήρηση ψυχιατρικών διαταραχών, διαταραχών της προσωπικότητας και ψυχοπαθολογίας (Leserman et al., 1998; Carlier et al., 2000; Johnson et al., 2000; Bandelow et al, 2002). Τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, μετα-τραυματικής διαταραχής άγχους (PTSD), διαταραχών ελλωμωματικής προσοχής/υπερκινικιτικότητας, καθώς και άλλων συμπεριφορικών διαταραχών, έχουν παρατηρηθεί, άλλωστε, σε παιδιά με ιστορικό κακοποίησης σε όλες τις μορφές της (Famularo et al., 1992; Pelcovitz, et al., 1994). Κατά συνέπεια, και σύμφωνα με τις προαναφερθείσες μελέτες, ως προς την ψυχοπαθολογία, η υπόθεσή μας είναι ότι οι απαντήσεις των ατόμων που νοσούν από κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα ως προς την ψυχοπαθολογία θα συσχετίζονται θετικά με τις απαντήσεις τους τόσο ως προς το φόβο όσο και ως προς το άγχος του πόνου.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## Κεφάλαιο 8 Μέθοδος

### 8.1 Εργαλεία μέτρησης

Για την επίτευξη των στόχων της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν πέντε ερωτηματολόγια. Το πρώτο είχε ως στόχο την καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών του ερωτώμενου. Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή) την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία), καθώς και ερωτήσεις που σκοπό έχουν να διερευνήσουν την αναπαράστασή τους ως προς την σωματική και ψυχική νόσο.

Επιπλέον, του ερωτηματολογίου κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων χρησιμοποιήθηκαν και τα παρακάτω ερωτηματολόγια.

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

Το ερωτηματολόγιο του φόβου του πόνου (FPQ-III) δημιουργήθηκε από τους McNeil & Rainwater το 1998, και αντανακλά το βαθμό του φόβου που προκαλεί μια επίπονη κατάσταση. Η κατασκευή του βασίστηκε στο συμπεριφορικό-αναλυτικό μοντέλο των Goldfried & D'Zurilla's (1969), με έμφαση στην ανάλυση μιας περιστασιακής κατάστασης (situational analysis)( McNeil & Rainwater,1998). Πρόκειται για την τρίτη έκδοση μιας αυτό-συμπληρούμενης κλίμακας, η οποία αποτελείται από 30 προτάσεις που περιγράφουν επώδυνες καταστάσεις του τύπου φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το... «να πάθω τροχαίο ατύχημα» ή ...«να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού» και κάθε πρόταση βαθμολογείται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (τύπου Likert) βασισμένη στο επίπεδο του φόβου του πόνου που κυμαίνεται από "καθόλου" (0) ως " υπερβολικά" (4). Το FPQ-III παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και αξιοπιστία. Οι McNeil and Rainwater (1998), βρήκαν, για παράδειγμα ότι τα άτομα που αναφέρουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου, αποφεύγουν περισσότερο τα επώδυνα ερεθίσματα, από ότι τα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλότερο επίπεδο φόβου όπως μετρήθηκαν με το FPQ-III (Williams et al., 2005).

Η βαθμολόγηση της κλίμακας γίνεται με το άθροισμα των εκτιμήσεων για κάθε επίπονη εμπειρία. Το συνολικό αποτέλεσμα παίρνει τιμές από 0 μέχρι 120. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερος κρίνεται ο φόβος. Η κλίμακα της μέτρησης του φόβου του πόνου απαρτίζεται και από τρεις υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα περιλαμβάνει το φόβο που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain subscale), η δεύτερη υποκλίμακα μετράει το επίπεδο του φόβου που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain subscale) και η τρίτη υποκλίμακα δηλώνει το βαθμό του φόβου σε σχέση με τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale). Κάθε υποκλίμακα περιέχει 10 προτάσεις. Επίσης, το συνολικό σκόρ μπορεί να ληφθεί και με το άθροισμα των

επιμέρους υποκλιμάκων. Ο δείκτης Cronbach's alpha του FPQ-III στο ελληνικό δείγμα είναι 0,845. Το FPQ-III έχει, διεθνώς, χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα του φόβου του πόνου, που καταδεικνύουν την διαμεσολάβηση του φόβου στην ένταση και στην ποιότητα των επώδυνων ερεθισμάτων, τόσο σε άτομα με χρόνιο πόνο, όσο και σε άτομα που δεν έχουν βιώσει άμεσα την εμπειρία του πόνου (Williams et al, 2005; Hirsh et al, 2007; Lightsey et al., in press).

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

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

Το ερωτηματολόγιο αυτό μετρά δηλώσεις που αφορούν περισσότερο γενικευμένες καταστάσεις που σχετίζονται με τον πόνο, (όπως π.χ. όταν πονάω νομίζω ότι μπορεί να είμαι σοβαρά άρρωστος) παρά που συνδέονται άμεσα με την επώδυνη περιστασιακή εμπειρία (όπως, π.χ. να σπάσω το πόδι μου) (Carleton & Asmundson, in Press). Πρόκειται για ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο διεθνώς εργαλείο (eg., Vlaeyen & Linton, 2000; Coons, et al., 2004; Williams, et al., 2005), το οποίο μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά χρήσιμο όπου εμφανίζεται ανησυχία για τον χρόνο και την ποσότητα της απαιτούμενης ατομικής σωματικής προσπάθειας (Roelofs et al., 2003).

Η συνολική βαθμολογία εξάγεται με την άθροιση των βαθμών όλων των προτάσεων. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερο άγχος παρουσιάζουν τα άτομα. Το εύρος του συνολικού αποτελέσματος του τεστ λαμβάνει τιμές από 0-80. Η κλίμακα μέτρησης των συμπτωμάτων άγχους του πόνου περιλαμβάνει, επίσης τέσσερις, ευδιάκριτους και ειδικούς παράγοντες που σχετίζονται με το άγχος του πόνου, που απαρτίζουν και αντιστοίχως, τις τέσσερις υποκλίμακες του εργαλείου : (1) φοβικές σκέψεις, (2) γνωστικό άγχος, (3) συμπεριφορά αποφυγής και (4) σωματικές αντιδράσεις άγχους (Mc Cracken et al., 1992). Κάθε υποκλίμακα περιλαμβάνει 5 διαπιστώσεις- προτάσεις. Οι μετρήσεις των διαστάσεων αυτών είναι πολύ σημαντικές, επειδή το άγχος του πόνου έχει προβλεπτική αξία στον προσδιορισμό της κατάθλιψης και της ανικανότητας

στους ασθενείς με χρόνιο πόνο (Mc Cracken et al., 1992) και αποτελεί, επίσης ένα εργαλείο, κεντρικής σπουδαιότητας, για την διερεύνηση της αποφυγής του πόνου (e.g., Asmundson et al., 2004; Coons, et al., 2004; Vlaeyen and Linton, 2000).

Το PASS-20 παρουσιάζει ισχυρή εσωτερική συνέπεια, αξιοπιστία και καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και προβλεπτικής ικανότητας (Roelofs et al., 2003). Εν παραδείγματι, η έρευνα των Burns et al., το 2000, έδειξε ότι οι ασθενείς με υψηλή βαθμολογία στο PASS είναι πιθανό να αποφεύγουν, ενδεχομένως την επίπονη φυσική άσκηση, για να μειώσουν το φόβο τους απέναντι στον πόνο που αυτή προκαλεί (Burns et al., 2000). Ο δείκτης Cronbach's alpha του PASS-20 για το ελληνικό δείγμα είναι 0,833.

### 8.1.3 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία -Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al., 2000)

Η Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) η οποία, αναπτύχθηκε από τον Eifert και τους συνεργάτες τους το 2000, αποτελεί τη διευρυμένη μορφή του ερωτηματολογίου, που στην αρχική του εκδοχή περιελάμβανε 16 προτάσεις (Zvolensky et al., 2003). Το CAQ σχεδιάστηκε με σκοπό να μετρήσει το άγχος των σωματικών αισθήσεων σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Eifert, Thompson et al., 2000) και θεωρητικά εκπορεύεται από το μοντέλο του Reiss (1986), για το φόβο του άγχους και της υπερευαισθησίας των σωματικών αισθήσεων, όπως το αίσθημα παλμών, της δυσφορίας και της ναυτίας, εξαιτίας των πεπιοθήσεων που αναπτύσσουν τα άτομα, ότι αυτές οι αισθήσεις οδηγούν σε επιβλαβείς ή επικίνδυνες συνέπειες (Reiss, 1986). Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από 18 προτάσεις, που περιγράφουν διαστάσεις σχετικές με τις σωματικές αισθήσεις της καρδιακής λειτουργίας σε μια πενταβάθμια κλίμακα – Likert που εκτείνεται από "ποτέ" (0) ως " πάντα" (4). Το CAQ παρέχει ένα συνολικό αποτέλεσμα καθώς και τρία αποτελέσματα των υποκλιμάκων του σχετικά με (1) φόβο και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (8 προτάσεις), (2) αποφυγή δραστηριοτήτων (5 προτάσεις) και (3) επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (5 προτάσεις).

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

ότι το συνολικό αποτέλεσμα του CAQ καθώς και τα αποτελέσματα από τις υποκλίμακες, με τους διαφορετικούς αριθμούς των θεμάτων που αντιστοιχούν σε αυτές, μπορούν να είναι κατά αυτόν τον τρόπο αμεσότερα και ευκολότερα συγκρίσιμα, επειδή η σειρά του συνολικού σκορ αλλά και όλων των αποτελεσμάτων της κάθε υποκλίμακας είναι η ίδια, δηλαδή παίρνει τιμές από το 0 έως το 4. (0–4) (Eifert, Thompson et al., 2000). Το CAQ παρουσιάζει συνέπεια εσωτερικής κατασκευής (e.g., total score alpha coefficient: .83). Επίσης, χαρακτηρίζεται από καλή συγκλίνουσα εγκυρότητα, όπως αποδεικνύεται από συσχετίσεις με καθορισμένα ψυχιατρικά εργαλεία (Eifert et al., 2000) και εμφανίζει να κατέχει μια παρόμοια γνωστική διαδικασία σε κλινικό και μη κλινικό δείγμα (Eifert, Thompson et al., 2000). Όσο υψηλότερα είναι τα αποτελέσματα στο CAQ, τόσο μεγαλύτερο είναι και το άγχος σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Zvolensky et al., 2003). Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται στη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα τόσο σε ασθενείς με καρδιακές παθήσεις (Hoyer, et al, 2008), όσο και σε υγιείς πληθυσμούς για τη διερεύνηση του φόβου της ασθένειας εν γένει (Eifert & Forsyth, 1996). Ο δείκτης Cronbach's alpha του CAQ, για την ελληνική πραγματικότητα στο δείγμα μας είναι 0,825.

#### 8.1.4 Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R (SCL-90; Derogatis, 1977)

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977), αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν, 1991).

## 8.2 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Αντιμετώπισης του πόνου» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Ιωαννίνων, από τον Δεκέμβριο του 2010 έως τον Σεπτέμβριο του 2010.

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν άτομα με ψυχιατρικό πρόβλημα που νοσηλεύονται σε ψυχιατρική κλινική.

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

- Τα άτομα να είναι ενήλικα (άνω των 18 ετών), και να παρακολουθούνται στην ίδια Ψυχιατρική Κλινική
- Μορφωτικό επίπεδο τέτοιου επιπέδου, έτσι ώστε να γίνονται αντιληπτές οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων.
- Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
- Την απόφαση για το αν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα την λάμβανε η μεταπτυχιακή φοιτήτρια – ερευνήτρια με την επιβλέπουσα καθηγήτρια της παρούσας εργασίας και τον Υπεύθυνο της Ψυχιατρικής Κλινικής.

Ο σχεδιασμός της μελέτης περιελάμβανε την αξιολόγηση ψυχολογικών χαρακτηριστικών που θα αφορούν το συναίσθημα του φόβου και του άγχους του πόνου.

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

### 8.3 Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης

#### 8.3.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων

**Πίνακας 8.1 : Αξιοπιστία ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα.**

Ερωτηματολόγιο / Υποκλίμακα	Συντελεστής $\alpha$ του Cronbach
Cardiac anxiety questionnaire (CAQ)	0,844
Φόβος (Fear)	0,813
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	0,712
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία	0,668
Fear of Pain Questionnaire (FPQ - III)	0,903
Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain)	0,811
Φόβος που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain)	0,844
Φόβος για τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale)	0,844
Symptom Checklist- 90 (SCL 90 )	0,958
Σωματοποίηση	0,820
Ιδεοψυχαναγκασμός	0,672
Διαπροσωπική ευαισθησία	0,738
Κατάθλιψη	0,834
Άγχος	0,815
Επιθετικότητα	0,794
Φοβικό άγχος	0,723
Παρανοειδή ιδεασμό	0,765
Ψυχωτισμό	0,746
Διάφορες αιτιάσεις	0,542
Pain anxiety symptoms (PASS - 20)	0,898
Γνωστικό άγχος (Cognitive factor)	0,771
Συμπεριφορά αποφυγής (Escape/avoidance factor)	0,691
Φοβικές σκέψεις (Fear factor)	0,566
Σωματικές αντιδράσεις άγχους (Physiological anxiety)	0,712

Η αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνά μας επαληθεύτηκε με τον υπολογισμό του  $\alpha$  του Cronbach.

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 8.1, σελίδα 64, όλα τα ερωτηματολόγια μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστα, γεγονός που συμφωνεί και με προηγούμενες μελέτες. Πιο συγκεκριμένα, ο δείκτης αξιοπιστίας του CAQ υπολογίστηκε στη δική μας εργασία ίσως με 0,84, πολύ κοντά στην τιμή 0,83



που αναφέρθηκε στην πρωταρχική εργασία (Eifert et al, 1999). Το ίδιο παρατηρήθηκε και για το ερωτηματολόγιο PASS-20 όπου ο συντελεστής που υπολογίσαμε βρέθηκε πολύ κοντά στην τιμή 0,83 που αναφέρεται στη βιβλιογραφία (Coons et al, 2003). Τέλος, η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου FPQ-III είναι συγκρίσιμη με την αντίστοιχη που είχε παρατηρηθεί στην εργασία (McNeil et al, 1998) (Πίνακας 8.2, σελίδα 65). Ανάλογες παρατηρήσεις ισχύουν για τις υποκλίμακες κάθε ερωτηματολογίου.

**Table III.** Alpha Coefficients and Test-Retest Correlations for FPQ-III Subscales and Total Scale

	Coefficient $\alpha$	Test-retest
Subscale		
Severe Pain	.88	.69
Minor Pain	.87	.73
Medical Pain	.87	.76
Total scale	.92	.74

Πίνακας 8.2: Συντελεστής αξιοπιστίας του FPQ-III (McNeil et al, 1998)

## 8.4 Περιγραφή των ερωτώμενων

### 8.4.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά των ερωτώμενων

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 8.3, σελίδα 66, οι περισσότεροι των συμμετεχόντων στην έρευνα μας είναι άνδρες (65,7%), συνταξιούχοι (47,1%) και διαμένουν σε πόλη με περισσότερους από 150 χιλιάδες κατοίκους (84,3%). Οι περισσότεροι έχουν ηλικία μεταξύ 41 και 60 (72,8%) ενώ το σύνολο του δείγματος έχει μέση ηλικία 53 έτη και 11 μήνες.

Περαιτέρω, από τον πίνακα 8.4, σελίδα 66, παρατηρούμε πως η πλειοψηφία των ερωτώμενων είναι απόφοιτοι Δημοτικού ή Γυμνασίου (52,9%) και άγαμοι (61,4%). Έχουν αδέρφια σε ποσοστό 90% και δεν έχουν απογόνους σε ποσοστό 64,3%. Επιπλέον, οι περισσότεροι (28,6%) δήλωσαν πως πήραν το όνομα τους από τον παππού τους από τη μεριά του πατέρα τους,

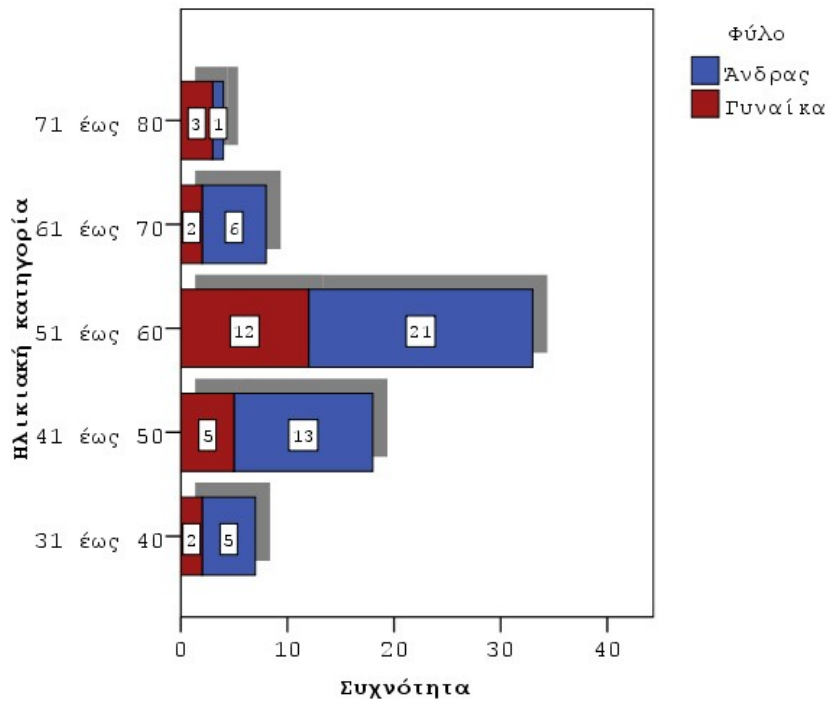
Στο διάγραμμα 1, σελίδα 67, παρουσιάζεται η κατανομή της ηλικιακής κατηγορίας ανά φύλο. Όπως παρατηρούμε υπάρχει αναλογική εκπροσώπηση κάθε φύλου σε κάθε ηλικιακή κατηγορία. Τέλος, στο διάγραμμα 2, σελίδα 67, παρατηρούμε πως η εκπαίδευση των γυναικών του δείγματος μας σταμάτησε στο Λύκειο καθώς όλοι οι ερωτώμενοι με εκπαιδευτικό επίπεδο ΑΕΙ ή μεταπτυχιακό είναι ανδρικού φύλου.

**Πίνακας 8.3: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του δείγματος**

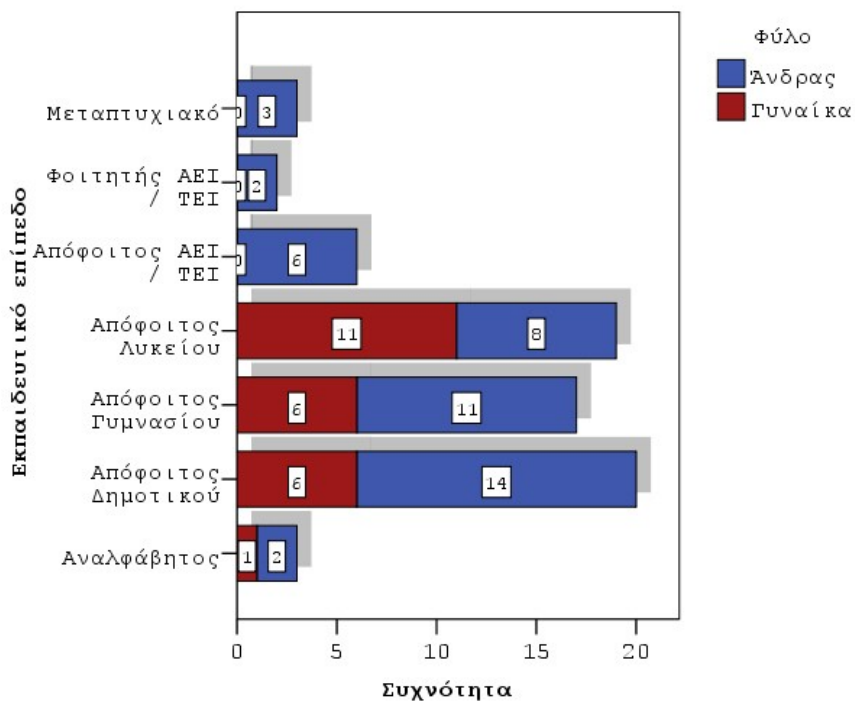
Μεταβλητή	Συχνότητα	Ποσοστό	Μεταβλητή	Συχνότητα	Ποσοστό
<b>Φύλο</b>			<b>Ηλικία</b>		
Ανδρας	46	65,7%	31 έως 40	7	10,0%
Γυναίκα	24	34,3%	41 έως 50	18	25,7%
Σύνολο	70	100%	51 έως 60	33	47,1%
<b>Απασχόληση</b>			61 έως 70	8	11,4%
Άνεργος	12	17,1%	71 έως 80	4	5,7%
Οικιακά	13	18,6%	Σύνολο	70	100%
Αυτοαπασχολούμενος	7	10,0%	Μέση ηλικία ± Τυπ. Απόκλιση	53,9 ± 9,9	
Ιδιωτικός Υπάλληλος	5	7,1%	<b>Τόπος διαμονής</b>		
Συνταξιούχος	33	47,1%	Πόλη < 150.000 κατ.	11	15,7%
Σύνολο	70	100%	Πόλη > 150.000 κατ.	59	84,3%
			Σύνολο	70	100%

**Πίνακας 8.4: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του δείγματος**

Μεταβλητή	Συχνότητα	Ποσοστό	Μεταβλητή	Συχνότητα	Ποσοστό
<b>Οικογενιακή κατάσταση</b>			<b>Συγγενής με ίδιο όνομα</b>		
Άγαμος-η	43	61,4%	Πατρικό Παππού	20	28,6%
Έγγαμος-η	11	15,7%	Μητρικό Παππού	9	12,9%
Διαζευγμένος-η	10	14,3%	Πατρικής Γιαγιάς	12	17,1%
Χήρος-α	6	8,6%	Μητρικής Γιαγιάς	6	8,6%
Σύνολο	70	100%	Νονός - Νονά	10	14,3%
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>			Θείου - Θείας	7	10,0%
Αναλόγως	3	4,3%	Επιθυμίας Γονέων	6	8,6%
Απόφοιτος Δημοτικού	20	28,6%	Σύνολο	70	100%
Απόφοιτος Γυμνασίου	17	24,3%	<b>Αδέλφια</b>		
Απόφοιτος Λυκείου	19	27,1%	Ναι	63	90,0%
Απόφοιτος ΑΕΙ / ΤΕΙ	6	8,6%	Όχι	7	10,0%
Φοιτητής ΑΕΙ / ΤΕΙ	2	2,9%	Σύνολο	70	100%
Μεταπτυχιακό	3	4,3%	<b>Παιδιά</b>		
Σύνολο	70	100%	Ναι	25	35,7%
			Όχι	45	64,3%
			Σύνολο	70	100%



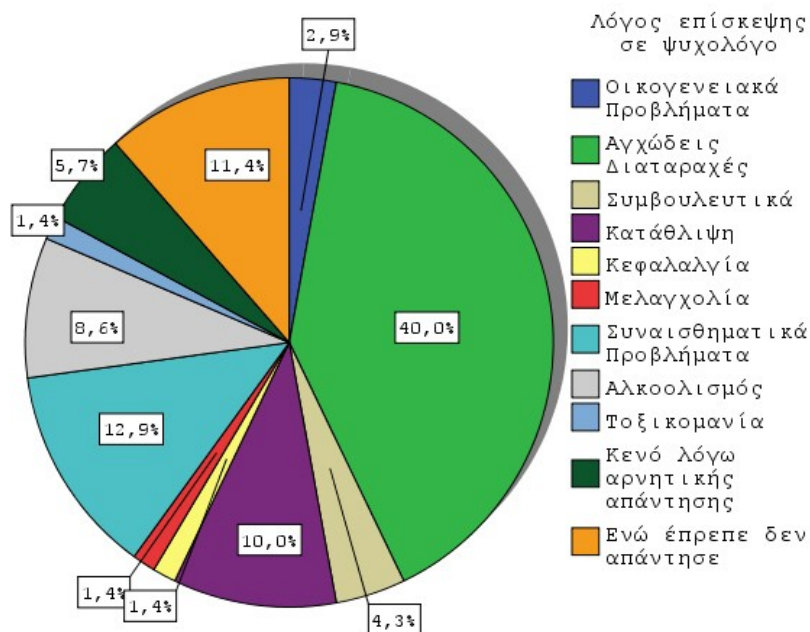
Διάγραμμα 1: Κατανομή ανδρών - γυναικών ανά ηλικιακή κατηγορία



Διάγραμμα 2: Κατανομή ανδρών - γυναικών ανά εκπαιδευτικό επίπεδο

8.4.2 Ιατρικό ιστορικό των ερωτώμενων

Ερώτηση	Συχνότητα	Ποσοστό	Ερώτηση	Συχνότητα	Ποσοστό
<b>Επίσκεψη σε ψυχολόγο</b>			<b>Λήψη φαρμάκων γενικά</b>		
Ναι	66	94,3%	Ναι	70	100%
Όχι	4	5,7%	<b>Χρόνια σωματική νόσος</b>		
Σύνολο	70	100%	Ναι	25	35,7%
<b>Λήψη φαρμάκων για τη σωματική νόσο</b>			Όχι	45	64,3%
Ναι	13	18,6%	Σύνολο	70	100%
Όχι	57	81,4%			
Σύνολο	70	100%			



Διάγραμμα 3: Λόγος επίσκεψης σε ψυχολόγο

Σχεδόν το σύνολο των ερωτώμενων (94,3%) δήλωσαν πως επισκέφθηκαν ψυχολόγο, ενώ στο διάγραμμα 3 παρουσιάζεται το σύνολο των λόγων που οδήγησε τους ασθενείς του δείγματος μας στον ψυχολόγο.

Το σύνολο των ερωτώμενων λαμβάνει φάρμακα. Οι 25 από αυτούς (35,7%) δήλωσαν πως πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο. Στον πίνακα 8.6, σελίδα 69, εμφανίζονται οι χρόνιες

ασθενείς που δηλώθηκαν από τους ασθενείς. Οι 13 από αυτούς (18,6%) δήλωσε ειδικότερα πως λαμβάνει φάρμακα για αυτήν τη σωματική νόσο.

**Πίνακας 8.6: Χρόνια σωματική νόσος**

	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαβήτης	6	8,6
Έλκος	3	4,3
Ενώ έπρεπε δεν απάντησε	3	4,3
Καρδιαγγειακά	2	2,9
Μυοσκελετικά, Υπέρταση, Ενδοκρινολογικά προβλήματα, Αλλεργίες, Αυτοάνοσα, Παχυσαρκία, Συγγενή αιματολογικά προβλήματα, Παθήσεις ήπατος, Λιπιδαιμίες, Βροχικά	από 1	1,4
Χωρίς απόκριση	1	5,7

Εννέα από τους ερωτώμενους (12,9%) δήλωσαν πως έχουν καρδιολογικό πρόβλημα και δώδεκα (17,1%) πως πάσχουν από υπέρταση. Το είδος της καρδιολογικής ασθένειας εμφανίζεται στον πίνακα 8.7. Σημειώνουμε επίσης πως ως μοναδικός λόγος της υπέρτασης αναφέρθηκε το άγχος.

**Πίνακας 8.7: Ιατρικό Ιστορικό των ασθενών του δείγματος**

Ασθένεια	Συχνότητα	Ποσοστό	Ασθένεια	Συχνότητα	Ποσοστό
<b>Καρδιολογικό πρόβλημα</b>			<b>Υπέρταση</b>		
Ναι	9	12,9%	Ναι	12	17,1%
Όχι	61	87,1%	Όχι	58	82,9%
Σύνολο	70	100%	Σύνολο	70	100%
<b>Αν ναι ποιο</b>			<b>Λόγος υπέρτασης</b>		
Δεν χρειάζεται να απαντήσει	61	87,1%	Δεν χρειάζεται να απαντήσει	58	82,9%
Αρρυθμίες	3	4,3%	Από άγχος	7	10,0%
Ενώ έπρεπε δεν απάντησε	3	4,3%	Ενώ έπρεπε δεν απάντησε	5	7,1%
Υπέρταση	1	1,4%	Σύνολο	70	100%
Κολπική μαρμαρυγή	1	1,4%			
Φύσημα	1	1,4%			
Σύνολο	70	100%			

**Πίνακας 8.8: Ιατρικό Ιστορικό των ασθενών του δείγματος**

Ασθένεια	Συχνότητα	Ποσοστό	Ασθένεια	Συχνότητα	Ποσοστό
<b>Ταχυκαρδίες</b>			<b>Κρίσεις πανικού</b>		
Ναι	38	54,3%	Ναι	18	25,7%
Όχι	32	45,7%	Όχι	52	74,3%
Σύνολο	70	100%	Σύνολο	70	100%

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων πάσχει από ταχυκαρδίες αλλά όχι από κρίσεις πανικού (πίνακας 8.8, σελίδα 70). Ως κυριότερη αιτία και για τις δύο παθολογικές καταστάσεις αναφέρεται το άγχος (πίνακας 8.9, σελίδα 70).

**Πίνακας 8.9: Αίτια κρίσεων πανικού και ταχυκαρδιών**

Αιτία κρίσης πανικού	Συχνότητα	Ποσοστό	Αιτία ταχυκαρδίας	Συχνότητα	Ποσοστό
Δεν χρειάζεται να απαντήσει	52	74,3%	Δεν χρειάζεται να απαντήσει	32	45,7%
Από άγχος	12	17,1%	Από άγχος	22	31,4%
Από προσωπικά προβλήματα	2	2,9%	Ενώ έπρεπε δεν απάντησε	9	12,9%
Από στενοχώρια	1	1,4%	Λήψη φαρμάκων	3	4,3%
Σε κλειστούς χώρους	1	1,4%	Απο σωματική κόπωση	2	2,9%
Από φυσικές καταστροφές	1	1,4%	Απο στενοχώρια	1	1,4%
Ενώ έπρεπε δεν απάντησε	1	1,4%	Θυρεοειδής	1	1,4%
Σύνολο	70	100%	Σύνολο	70	100%

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων δήλωσε πως βίωσε ψυχικό (88,6%) και σωματικό (82,9%) πόνο κατά το παρελθόν (πίνακας 8.10).

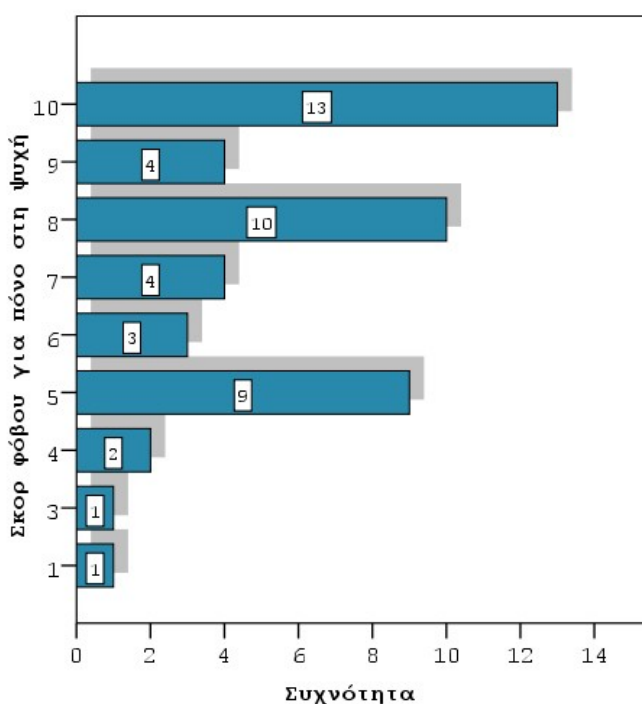
**Πίνακας 8.10: Πόνος κατά το παρελθόν**

<b>Ψυχικός πόνος κατά το παρελθόν</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό</b>
Ναι	62	88,6%
Όχι	8	11,4%
Σύνολο	70	100%

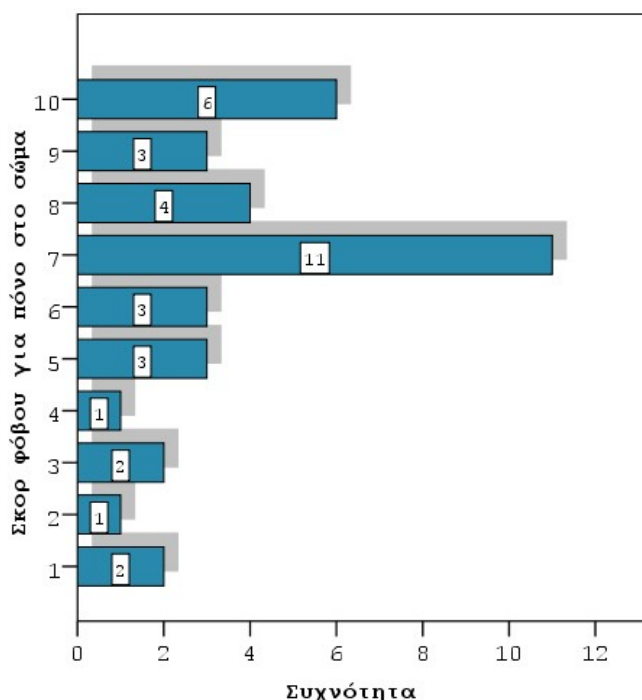
  

<b>Σωματικός πόνος κατά το παρελθόν</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό</b>
Ναι	58	82,9%
Όχι	12	17,1%
Σύνολο	70	100%

Στα διαγράμματα 4 και 5, σελίδα 72, παρουσιάζεται η κατανομή των αποκρίσεων στις ερωτήσεις αξιολόγησης της έντασης του ψυχικού και σωματικού πόνου αντίστοιχα. Οι βαθμολογίες κρίνονται υψηλές. Η μέση τιμή της έντασης του ψυχικού πόνου είναι 7,4 (τυπική απόκλιση 2,3) ενώ η αντίστοιχη μέση τιμή της έντασης του σωματικού πόνου είναι 6,9 (τυπική απόκλιση 2,4).



Διάγραμμα 4: Ένταση του πόνου στη ψυχή



Διάγραμμα 5: Ένταση του πόνου στο σώμα

#### 8.4.3 Ιατρικό ιστορικό των συγγενών των ερωτώμενων

<b>Πίνακας 8.11: Ιατρικό Ιστορικό των συγγενών των ασθενών</b>					
<b>Ασθένεια</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό</b>	<b>Ασθένεια</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό</b>
<b>Καρδιολογικό πρόβλημα στην οικογένεια</b>			<b>Κρίσεις πανικού στην οικογένεια;</b>		
Ναι	42	60,0%	Ναι	8	11,4%
Όχι	28	40,0%	Όχι	62	88,6%
Σύνολο	70	100%	Σύνολο	70	100%
<b>Πρόβλημα υπέρτασης στην οικογένεια;</b>					
Ναι	37	52,9%			
Όχι	33	47,1%			
Σύνολο	70	100%			

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων (60%) δήλωσε πως υπάρχει κάποιο μέλος της οικογένειας τους με καρδιολογικό πρόβλημα αλλά και με πρόβλημα υπέρτασης (52,9%) (πίνακας 8.11). Ιδιαίτερη κρίνεται η παρατήρηση πως η μητέρα αναφέρθηκε πως πάσχει από την ασθένεια αυτή στις περισσότερες των θετικών απαντήσεων (πίνακας 8.12).

Οι οχτώ από αυτούς (11,4%) δήλωσαν πως κάποιο μέλος της οικογένειας τους αντιμετωπίζει



κρίσεις πανικού με τις απαντήσεις να είναι μοιρασμένες σχετικά με το μέλος της οικογένειας που πάσχει από την ασθένεια αυτή (πίνακας 8.12)

**Πίνακας 8.12: Συγκεκριμένη αναφορά στο μέλος της οικογένειας με την ασθένεια**

Ποιος έχει καρδιολογικό πρόβλημα στην οικογένεια;	Συχν.	Ποσ.	Ποιος υποφέρει από υπέρταση στην οικογένεια;	Συχν.	Ποσ.	Ποιος υποφέρει από κρίσεις πανικού στην οικογένεια;	Συχν.	Ποσ.
Δεν χρειάζεται να απαντήσει	28	48,6%	Δεν χρειάζεται να απαντήσει	33	47,1%	Δεν χρειάζεται να απαντήσει	62	88,6%
Μητέρα	17	18,6%	Μητέρα	19	27,1%	Μητέρα	2	2,9%
Πατέρας	11	8,6%	Πατέρας	7	10,0%	Γιος / κόρη	2	2,9%
Αδελφός / η	5	7,1%	Ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον	7	10,0%	Αδελφός / η	2	2,9%
Ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον	5	5,7%	Ο άνδρας μου	1	1,4%	Πατέρας	1	1,4%
Γιαγιά	1	5,7%	Αδελφός / η	1	1,4%	Ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον	1	1,4%
Πεθερός	1	2,9%	Πατριός	1	1,4%	Σύνολο	70	100%
Ο άνδρας μου	1	1,4%	Ενω έπρεπε δεν απάντησε	1	1,4%			
Γιος / κόρη	1	1,4%	Σύνολο	70	100%			
Σύνολο	70	100%						

**Πίνακας 8.13: Ιατρικό Ιστορικό των συγγενών των ασθενών**

Ασθένεια	Συχνότητα	Ποσοστό	Ασθένεια	Συχνότητα	Ποσοστό
<b>Φοβίες στην οικογένεια</b>			<b>Φοβία για πόνο στην οικογένεια</b>		
Ναι	19	27,1%	Ναι	28	40,0%
Όχι	51	72,9%	Όχι	42	60,0%
Σύνολο	70	100%	Σύνολο	70	100%
<b>Φόβος ασθένειας στην οικογένεια</b>					
Ναι	28	40,0%			
Όχι	42	60,0%			
Σύνολο	70	100%			

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων δήλωσε πως δεν υπάρχει φοβία στην οικογένεια τόσο γενικά (72,9%) όσο και περισσότερο συγκεκριμένα, φοβία για πόνο (60%) ή ασθένεια (60%) (πίνακας 8.13). Στις υπόλοιπες περιπτώσεις όπου δίνεται θετική απάντηση, η μητέρα του ερωτώμενου εμφανίζεται να έχει τη φοβία γενικά με τον πατέρα να ακολουθεί ενώ υπάρχει μεγαλύτερη κατανομή στα μέλη της οικογένειας όταν η ερώτηση γίνεται περισσότερο συγκεκριμένη για τη φοβία για τον πόνο ή το φόβο για την ασθένεια (πίνακας 8.14)

**Πίνακας 8.14: Συγκεκριμένη αναφορά στο μέλος της οικογένειας με την φοβία**

Ποιος έχει φοβία στην οικογένεια;	Συχν.		Ποιος έχει φοβία για πόνο στην οικογένεια;	Συχν.		Ποιος έχει φόβο για ασθένεια στην οικογένεια;	Συχν.	
	Συχν.	Ποσ.		Ποσ.	Ποσ.		Ποσ.	Ποσ.
Δεν χρειάζεται να απαντήσει	51	72,9%	Δεν χρειάζεται να απαντήσει	42	60,0%	Δεν χρειάζεται να απαντήσει	42	60,0%
Μητέρα	7	10,0%	Μητέρα	10	14,3%	Αδελφός / η	8	11,4%
Πατέρας	4	5,7%	Όλοι	9	12,9%	Μητέρα	6	8,6%
Γιος / κόρη	3	4,3%	Πατέρας	4	5,7%	Πατέρας	5	7,1%
Αδελφός / η	3	4,3%	Αδελφός / η	3	4,3%	Όλοι	5	7,1%
Ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον	2	2,9%	Ο άνδρας μου	1	1,4%	Ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον	2	2,9%
Σύνολο	70	100%	Γιος / κόρη	1	1,4%	Ο άνδρας μου	1	1,4%
			Σύνολο	70	100%	Ενώ έπρεπε δεν απάντησε	1	1,4%
						Σύνολο	70	100%

#### 8.4.4 Φόβος, πιθανά αίτια και συμπτώματα

**Πίνακας 8.15: Αναφορά στρεσογόνων γεγονότων**

Ερώτηση	Συχνότητα	Ποσοστό	Ερώτηση	Συχνότητα	Ποσοστό
<b>Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας</b>			<b>Στρεσογόνο γεγονός ενήλικης ζωής</b>		
Ναι	46	65,7%	Ναι	55	78,6%
Όχι	27	34,3%	Όχι	15	21,4%
Σύνολο	70	100%	Σύνολο	70	100%

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων δήλωσε πως βίωσε στρεσογόνο γεγονός τόσο κατά την ενήλικη ζωή (78,6%) όσο και κατά την παιδική ηλικία (65,6%), ενώ στον πίνακα 8.16 παρουσιάζονται τα

γεγονότα που αναφέρθηκαν από τους ερωτώμενους ως στρεσογόνα.

<b>Πίνακας 8.16: Αναφορά στο στρεσογόνο γεγονός ...</b>					
<b>... κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας</b>			<b>... κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής</b>		
<b>Γεγονός</b>	<b>Συχν.</b>	<b>Ποσ.</b>	<b>Γεγονός</b>	<b>Συχν.</b>	<b>Ποσ.</b>
Κενό λόγω αρνητικής απάντησης	16	22,9%	Ασθένεια ιδίου	14	20,0%
Αγχωτικό γεγονός - άγχος	10	14,3%	Κενό λόγω αρνητικής απάντησης	12	17,1%
Ενώ έπρεπε δεν απάντησε	9	12,9%	Καυγάδες στην οικογένεια	7	10,0%
Αποχωρισμός από αγαπημένους - τσακωμοί με φίλους	7	10,0%	Ενώ έπρεπε δεν απάντησε	7	10,0%
Απώλεια γονιών	6	8,6%	Απώλεια συγγενών και αγαπημένων προσώπων	6	8,6%
Απώλεια αγαπημένου προσώπου - συγγενικού προσώπου	4	5,7%	Αποχωρισμός από αγαπημένα πρόσωπα	5	7,1%
Σχολικά	4	5,7%	Απώλεια γονιών	4	5,7%
Αλλαγή περιβάλλοντος	2	2,9%	Ασθένεια γονιών	2	2,9%
Καυγάδες στην οικογένεια	2	2,9%	Αλλαγή περιβάλλοντος	2	2,9%
Ασθένεια ιδίου	2	2,9%	Χωρισμός από ερωτική σχέση	2	2,9%
Απώλεια κατοικίδιου	2	2,9%	Ασθένεια παιδιών	2	2,9%
Κακοποίηση ιδίου	2	2,9%	Οικονομικά προβλήματα	1	1,4%
Πανελλήνιες	1	1,4%	Εργασιακά	1	1,4%
Οικονομικά προβλήματα οικογένειας	1	1,4%	Απουσία ερωτικής σχέσης	1	1,4%
Ασθένεια αδελφού - ης	1	1,4%	Ναρκισσιστικά τραύματα επαγγελματικά	1	1,4%
Γονεϊκή συμπεριφορά διάκρισης	1	1,4%	Υπαρξιακά προβλήματα	1	1,4%
Σύνολο	70	100%	Ασθένεια συγγενή πρώτου βαθμού - φίλων	1	1,4%
			Απαγορευμένη έλξη με το άλλο φύλο	1	1,4%
			Σύνολο	70	100%

<b>Πίνακας 8.17: Φόβος για τον πόνο</b>					
<b>Φόβος για το σωματικό πόνο</b>			<b>Φόβος για το ψυχικό πόνο</b>		
Ερώτηση	Συχνότητα	Ποσοστό	Ερώτηση	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	35	50,0%	Ναι	47	67,1%
Όχι	22	31,4%	Όχι	16	22,9%
Κενό λόγω αρνητικής απάντησης	12	17,1%	Κενό λόγω αρνητικής απάντησης	5	7,1%
Ενώ έπρεπε δεν απάντησε	1	1,4%	Ενώ έπρεπε δεν απάντησε	2	2,9%
Σύνολο	70	100%	Σύνολο	70	100%

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων δήλωσε πως έχει φόβο για τον ψυχικό (67,1%) και τον σωματικό πόνο (50%) (πίνακας 8.17). Στο ίδιο μοτίβο η απόκριση γενικά για τον φόβο για τον πόνο (64,3% θετικές απαντήσεις) και το φόβο για την ασθένεια (51,4% θετικές απαντήσεις), (πίνακας 8.18). Επιπλέον, αν και οι συμμετέχοντες στην έρευνα μας ήταν ασθενείς με ψυχιατρικό ιστορικό, δήλωσαν σε ποσοστό 67,1% πως δεν έχουν πολλές φοβίες.

<b>Πίνακας 8.18: Φοβίες γενικές και σχετικές με τον πόνο</b>					
<b>Έχετε πολλές φοβίες;</b>			<b>Φοβάστε τον πόνο;</b>		
Ερώτηση	Συχνότητα	Ποσοστό	Ερώτηση	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	23	32,9%	Ναι	45	64,3%
Όχι	47	67,1%	Όχι	25	35,7%
Σύνολο	70	100%	Σύνολο	70	100%
<b>Φοβάστε την ασθένεια;</b>					
Ναι	36	51,4%			
Όχι	34	48,6%			
Σύνολο	70	100%			

Τέλος, στον πίνακα 8.19, σελίδα 77, παρουσιάζονται οι συγκεκριμένες αποκρίσεις στις παραπάνω ερωτήσεις.

Πίνακας 8.19: Συγκεκριμένη αναφορά στις φοβίες

Φοβίες που αναφέρθηκαν πιο συγκεκριμένα	Γεγονότα για τα οποία εκφράζεται φόβος για τον πόνο που επιφέρουν		Ασθένειες για τις οποίες εκφράζεται φόβος για τον πόνο που επιφέρουν					
	Συχν.	Ποσ.	Συχν.	Ποσ.				
Δεν χρειάζεται να απαντήσει	47	67,1%	Δεν χρειάζεται να απαντήσει	25	35,7%	Δεν χρειάζεται να απαντήσει	34	48,6%
Μοναξιά - ασθένειες - θάνατο	7	10,0%	Από οτιδήποτε προκαλεί έντονο πόνο	24	34,3%	Οτιδήποτε επιφέρει το θάνατο	13	18,6%
Από άγχος	3	4,3%	Από κατάγματα - ατυχήματα	9	12,9%	Ενώ έπρεπε δεν απάντησε	6	8,6%
Ταξίδια - Συνωστισμός - Έκθεση σε κοινό	3	4,3%	Ενώ έπρεπε δεν απάντησε	5	7,1%	Από υποτροπή της νόσου	5	7,1%
Ζώα ερπετά - έντομα - πουλιά	3	4,3%	Από απώλεια αγαπημένων / συγγενικών προσώπων	3	4,3%	Από χρόνια ανίατη ασθένεια	4	5,7%
Μεταφυσικά	2	2,9%	Από στομαχικούς πόνους	2	2,9%	Λόγω αδυναμίας πραγματοποίησης στόχων	4	5,7%
Σε κλειστούς χώρους - Σκοτάδι	2	2,9%	Από επεμβατικές τεχνικές	1	1,4%	Από καρδιολογικά οργανικά προβλήματα	2	2,9%
Από φυσικές καταστροφές	2	2,9%	Από ημικρανία	1	1,4%	Από ίωση	1	1,4%
Ενώ έπρεπε δεν απάντησε	1	1,4%	Σύνολο	70	100%	Στομάχι	1	1,4%
Σύνολο	70	100%				Σύνολο	70	100%



## Κεφάλαιο 9 Αποτελέσματα

### 9.1 Κλίμακες που μελετήθηκαν

Κάθε ένας ερωτώμενος συμπλήρωσε 212 ερωτήσεις ταξινομημένες σε πέντε ερωτηματολόγια. Από αυτές τις ερωτήσεις υπολογίστηκαν 26 κλίμακες και υποκλίμακες οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνάς μας. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζεται το σύνολο των κλιμάκων που υπολογίστηκαν για κάθε ένα ερωτηματολόγιο. Για κάθε μία κλίμακα περιγράφεται το σύνολο των ερωτήσεων από τις οποίες προήλθε και ο τρόπος με τον οποίον βαθμολογήθηκε κάθε μία απάντηση του ερωτώμενου.

---

**Πίνακας 9.1 : Υποκλίμακες κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).**

---

- 1 Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain subscale) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 4, 7, 12, 19, 22, 23, 24, 28 και 30.
  - 2 Φόβος που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain subscale) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 3, 5, 6, 9, 10, 13, 18, 25 και 27.
  - 3 Φόβος για τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 11, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 26 και 29.
  - 4 Συνολικός φόβος από το άθροισμα των απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις.
- 

---

**Πίνακας 9.2 : Υποκλίμακες κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20)**

---

- 1 Γνωστικό άγχος (Cognitive factor) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 6, 11, 12 και 16.
  - 2 Συμπεριφορά αποφυγής (Escape/avoidance factor) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 7, 8, 13 και 17.
  - 3 Φοβικές σκέψεις (Fear factor) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 9, 14, 18 και 19.
  - 4 Σωματικές αντιδράσεις άγχους (Physiological anxiety) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 4, 5, 10, 15 και 20.
-

---

**Πίνακας 9.3 : Υποκλίμακες κλίμακας μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000)**

---

- Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear or When I have chest
- 1 discomfort, or when my heart is beating) από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17 και 18.
  - 2 Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance) από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 5, 7, 9 και 12.
  - 3 Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 3, 4, 6 και 8.
  - 4 Συνολική μέση τιμή από τη μέση τιμή των απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις της κλίμακας.
- 

---

**Πίνακας 9.4 : Υποκλίμακες Ερωτηματολογίου Ψυχοπαθολογίας (SCL- 90)**

---

- 1 Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων το οποίο ορίζεται να είναι το άθροισμα όλων των αποκρίσεων του ερωτώμενου οι οποίες έχουν θετικό πρόσημο.
- 2 Σωματοποίηση η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 και 58.
- 3 Ιδεοψυχαναγκασμός η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 και 65.
- 4 Διαπροσωπική ευαισθησία η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 και 73.
- 5 Κατάθλιψη η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 και 79.
- 6 Άγχος η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 και 86.
- 7 Επιθετικότητα η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 11, 24, 63, 67, 74 και 81.
- 8 Φοβικό άγχος η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 13, 25, 47, 50, 70, 75 και 82.
- 9 Παρανοειδή ιδεασμό η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 8, 18, 43, 68, 76 και 83.
- 10 Ψυχωτισμό η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 και 90.
- 11 Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.) η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 44, 64, 66, 19, 60, 59 και 89.
- 12 Άθροισμα όλων των δεικτών η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των δεικτών σωματοποίησης, ιδεοψυχαναγκασμού, διαπροσωπικής ευαισθησίας, κατάθλιψης, άγχους, φοβικού άγχους, παρανοειδή ιδεασμού, ψυχωτισμού και διαφόρων αιτιάσεων.



- 13 Γενικός δείκτης συμπτωμάτων ο οποίος ορίζεται να είναι το άθροισμα όλων των δεικτών προς το 90 που είναι το πλήθος όλων των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.  
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων ο οποίος ορίζεται να είναι η επόμενη
- 14 ακέραια μονάδα του λόγου του αθροίσματος όλων των δεικτών προς το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων.

## 9.2 Σύντομη περιγραφή των απαντήσεων

Στους παρακάτω πίνακες εμφανίζονται οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις του συνόλου των ερωτώμενων ομαδοποιημένα ανά ερωτηματολόγιο. Πρέπει να αναφέρουμε πως δεν υπήρχαν στα δεδομένα της έρευνας μη συμπληρωμένες καταχωρήσεις. Συνεπώς, το σύνολο των στατιστικών που αναφέρονται στους πίνακες που παρουσιάζονται, υπολογίστηκαν από το σύνολο των 70 ερωτηματολογίων που συλλέχθηκαν. Επιπλέον, για κάθε ένα ερωτηματολόγιο παρουσιάζεται ένα συγκριτικό διάγραμμα στο οποίο γίνεται συγκριτική παρουσίαση των μέσων τιμών και των τυπικών αποκλίσεων των κλιμάκων του εκάστοτε ερωτηματολογίου.

### 9.2.1 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).

Στον πίνακα 9.5 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις των υποκλιμάκων που ορίζονται από την κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου

**Πίνακας 9.5 : Περιγραφικά Στατιστικά για τις υποκλίμακες της κλίμακας μέτρησης φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).**

Κλίμακα ή Υποκλίμακα	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain)	13,0	7,5
Φόβος που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain)	22,3	8,9
Φόβος για τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain)	14,3	8,6
Συνολικός φόβος	49,7	20,3

Είναι ιδιαίτερη η παρατήρηση πως οι μέσες τιμές των υποκλιμάκων που παρατηρήθηκαν στο δείγμα μας είναι σημαντικά μικρότερες από τις αντίστοιχες τιμές που έχουν παρατηρηθεί σε άλλες μελέτες. Ενδεικτικά, ο αναγνώστης μπορεί να παρατηρήσει τον πίνακα 9.6 που ακολουθεί και στον οποίο παρουσιάζονται οι μέσες τιμές για ένα δείγμα φοιτητών, ένα δείγμα ασθενών και ένα δείγμα ασθενών με χρόνια πόνο.

**Table V.** Nonadjusted Means (and Standard Deviations) for FPQ-III Subscales and Total Scale Scores by Sample and Gender

Scale	Sample								
	Undergraduates			Medical patients			Chronic pain patients		
	Males	Females	Both	Males	Females	Both	Males	Females	Both
Severe Pain	30.7 (8.7)	35.8 (8.0)	33.5 (8.7)	31.4 (10.4)	35.0 (11.3)	33.8 (11.0)	34.1 (7.1)	38.5 (7.3)	37.1 (7.4)
Minor Pain	17.5 (5.6)	19.1 (6.2)	18.4 (6.0)	16.5 (8.4)	21.1 (8.0)	19.6 (8.3)	16.8 (5.5)	20.3 (6.1)	19.2 (6.1)
Medical Pain	23.9 (7.6)	29.5 (8.4)	27.0 (8.5)	20.2 (8.5)	26.8 (9.0)	24.7 (9.3)	20.0 (5.3)	25.1 (6.2)	23.4 (6.3)
Total score	72.1 (18.0)	84.4 (18.1)	79.0 (19.0)	68.2 (24.7)	82.9 (24.2)	78.1 (25.1)	70.9 (15.2)	83.9 (15.2)	79.7 (16.2)

*Note.* For the undergraduates,  $n = 660$  (293 males and 367 females); for the general medical outpatients,  $n = 40$  (13 males and 27 females); and for the chronic pain patients,  $n = 40$  (13 males and 27 females).

Πίνακας 9.6: Ενδεικτικές τιμές της κλίμακας FPQ σε τρία διαφορετικά δείγματα (McNeil et al, 1998)

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

Στον πίνακα 9.7 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των υποκλιμάκων της κλίμακας PASS-20 όπως υπολογίστηκαν από τα ερωτηματολόγια του δείγματος μας. Η απόπειρα σύγκρισης των μέσων τιμών που προκύπτουν στο δείγμα μας είναι ενδιαφέρουσα καθώς το δείγμα μας προκύπτει να έχει μικρότερες μέσες τιμές από αυτές που εμφανίστηκαν στην εργασία ορισμού της κλίμακας (McCracken et al, 2002) σε δείγμα που αποτελούνταν από ασθενείς με χρόνια πόνο ενώ είναι μεγαλύτερες από τον υγιή πληθυσμό (Abrams et al, 2007), (πίνακας 9.9, σελίδα 83).

**Πίνακας 9.7 :** Περιγραφικά Στατιστικά για τις υποκλίμακες της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20)

Κλίμακα ή Υποκλίμακα	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Γνωστικό άγχος (Cognitive factor).	8,6	4,7
Συμπεριφορά αποφυγής (Escape/avoidance factor).	8,8	4,5
Φοβικές σκέψεις (Fear factor).	9,2	5,1
Σωματικές αντιδράσεις άγχους (Physiological anxiety).	7,7	4,4
Συνολικό σκορ	34,3	16,5

**TABLE 4**  
**Means, standard deviations and internal consistency (alpha, reliability) values for the revised, shortened Pain Anxiety Symptoms Scale subscales and the total score (n=282)**

Subscale	Mean	(SD)	Alpha
Cognitive	12.27	(6.73)	0.86
Escape/avoidance	12.84	(6.11)	0.75
Fear	7.37	(6.38)	0.82
Physiological anxiety	6.15	(5.69)	0.81
Total	38.62	(20.38)	0.91

*Subscale scores range from 0 to 25, and the total scores range from 0 to 100*

*Πίνακας 9.8: Ενδεικτικές τιμές της κλίμακας PASS-20 (McCracken et al, 2002)*

**Table 2. PASS-20 Nonclinical–Clinical Comparisons**

	NONCLINICAL			CLINICAL*		
	MEAN	SD	$\alpha$	MEAN	SD	$\alpha$
Cognitive	9.04	5.22	.91	12.27	6.73	.86
Escape/avoidance	6.37	3.82	.67	12.84	6.11	.75
Fear	4.05	3.67	.83	7.37	6.38	.82
Physiological anxiety	4.59	4.04	.82	6.15	5.69	.81
Total	24.04	13.45	.91	38.62	20.38	.91

N = 155.

$\alpha$  = Scale alpha if item deleted.

\*As reported in McCracken and Dhingra.<sup>23</sup> P values indicate one-tailed tests.

*Πίνακας 9.9: Τιμές των υποκλιμάκων του PASS-20 (Abrams et al, 2007)*

### 9.2.3 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000)

Στον πίνακα 9.10 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες τιμές του ερωτηματολογίου CAQ του δείγματος μας. Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε από τον πίνακα 9.11, σελίδα 84, οι τιμές είναι συγκρίσιμες με αυτές της εργασίας (Eifert et al., 2000) οι οποίες υπολογίστηκαν από δείγμα 188 καρδιολογικών ασθενών.

**Πίνακας 9.10 : Περιγραφικά Στατιστικά για τις υποκλίμακες της κλίμακας μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)**

Κλίμακα ή Υποκλίμακα	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	1,80	0,91
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance).	2,04	1,00
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία.	1,03	0,74
Συνολική μέση τιμή.	1,65	0,70

Measure	Mean (SD)
CAQ	
Total	1.67 (0.81)
Fear	1.68 (0.92)
Avoidance	1.83 (1.13)
Attention	1.54 (0.96)

*Πίνακας 9.11: Ενδεικτικές τιμές των υποκλιμάκων του CAQ (Eifert et al., 2000)*

#### 9.2.4 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL – 90)

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις των κλιμάκων και υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου SCL – 90 για το σύνολο των ερωτώμενων της έρευνας μας.

**Πίνακας 9.12 : Περιγραφικά Στατιστικά για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου Ψυχοπαθολογίας (SCL-90)**

Κλίμακα ή Υποκλίμακα	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Σωματοποίηση (Somatization)	7,9	7,2
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive compulsive)	11,1	6,2
Διαπροσωπική ευαισθησία (Interpersonal sensitivity)	10,0	6,3
Κατάθλιψη (Depression)	16,1	9,6
Άγχος (Anxiety)	7,6	6,6
Επιθετικότητα (Hostility)	3,4	4,0
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	3,7	4,0
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	9,1	5,6
Ψυχωτισμό (Psychoticism)	7,7	6,3

Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)	5,6	4,1
Άθροισμα όλων των δεικτών	76,5	44,9
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	0,85	0,5
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	82,1	47,6
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	1,1	0,3

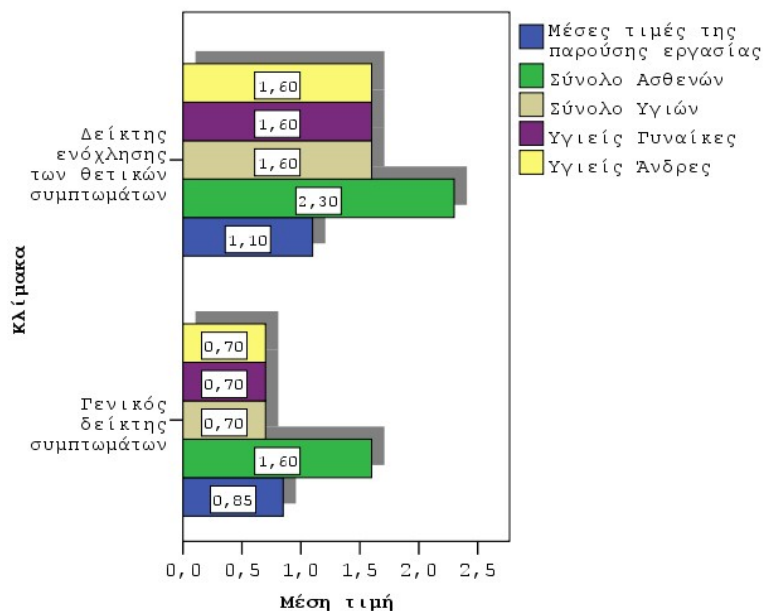
Στον πίνακα 9.13, σελίδα 85, παρουσιάζονται οι τιμές των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου Ψυχοπαθολογίας για ένα σύνολο ασθενών και ένα σύνολο υγιών τόσο επί του συνόλου όσο και ανά φύλο ξεχωριστά, όπως υπολογίστηκαν και παρουσιάστηκαν στην εργασία (Ντώνιας κ.α., 1991). Η συγκριτική παρουσίαση των τιμών του δείγματος μας με αυτές της έρευνας αυτής πραγματοποιείται στα διαγράμματα 6, 7 και 8, σελίδες 86 και 86 αντίστοιχα.

Παρατηρούμε πως στο δείγμα μας, οι τιμές των περισσότερων από τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ψυχοπαθολογίας είναι συγκρίσιμες με τις ανάλογες τιμές που έχουν παρατηρηθεί σε υγιή πληθυσμό.

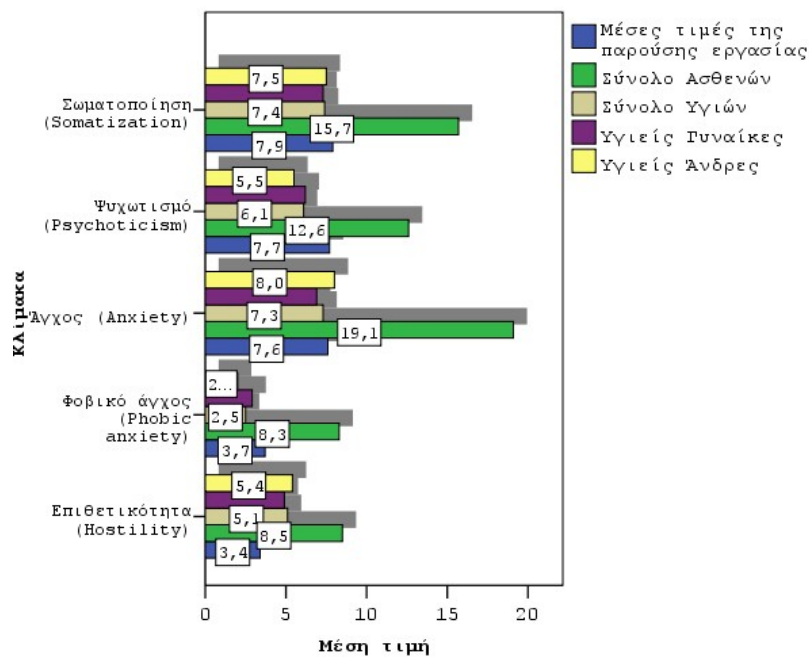
**Πίνακας 9.13: Τυπικές τιμές των υποκλιμάκων του SCL – 90 σε ελληνικό πληθυσμό**

Υποκλίμακες & Δείκτες	Σύνολο Ασθενών (n=248)		Σύνολο Υγιών (n=53)		Υγιείς Γυναίκες (n=32)		Υγιείς Άνδρες (n=21)	
	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλ	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλ	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλ	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλ
Σωματοποίηση	15,7	10,4	7,4	7,1	7,3	7,6	7,5	6,4
Ιδεοψυχαναγκασμός	19,2	9,4	9,5	6,5	8,9	6,9	10,4	5,9
Διαπροσωπική ευαισθησία	14,3	7,9	8,4	6,2	8,7	6,4	7,8	6,0
Κατάθλιψη	27,3	11,5	11,3	8,8	11,7	9,7	10,9	7,4
Άγχος	19,1	8,8	7,3	6,7	6,9	7,2	8,0	5,9
Επιθετικότητα	8,5	6,1	5,1	5,1	4,9	5,3	5,4	4,9
Φοβικό Άγχος	8,3	6,7	2,5	3,7	2,9	4,3	2,0	2,3
Παρανοειδής Ιδεασμός	9,1	5,7	6,1	4,4	6,3	4,9	5,8	3,6
Ψυχωτισμός	12,6	8,1	6,1	6,8	6,2	7,5	5,5	5,6
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	1,6	0,7	0,7	0,6	0,7	0,6	0,7	0,5
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτωνΣ	59,6	17,7	38,1	20,2	36,5	19,7	40,3	21,3
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	2,3	0,6	1,6	0,5	1,6	0,6	1,6	0,6

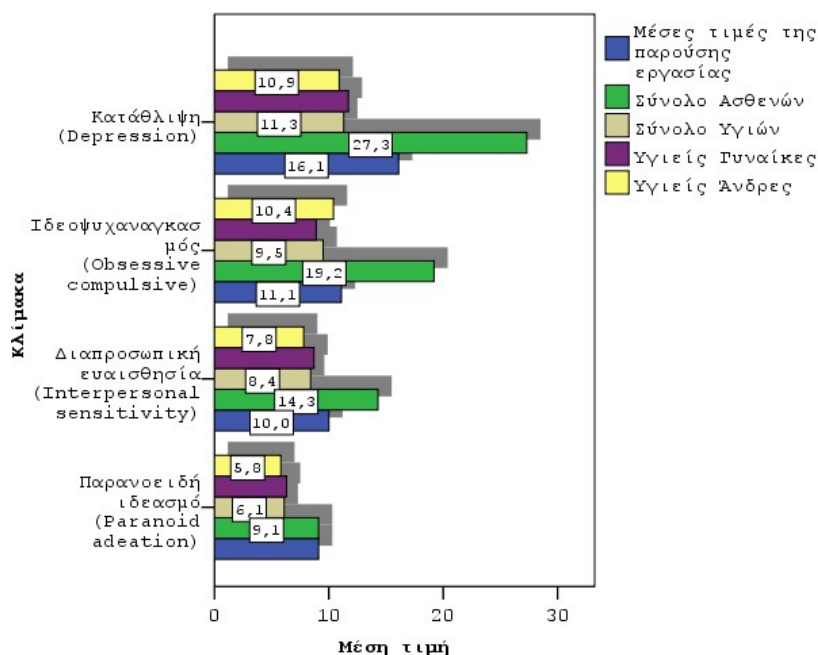
Ντώνιας Σ, Καραστεργίου Α, Μάνος Ν. Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist -90- R σε Ελληνικό πληθυσμό. Ψυχιατρική 1991, 2:42-48.



Διάγραμμα 6: Συγκριτικό διάγραμμα των τιμών των υποκλιμάκων του SCL - 90 (1°)



Διάγραμμα 7: Συγκριτικό διάγραμμα των τιμών των υποκλιμάκων του SCL - 90 (2°)



Διάγραμμα 8: Συγκριτικό διάγραμμα των τιμών των υποκλιμάκων του SCL - 90 (3<sup>ο</sup>)

### 9.3 Συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων

#### 9.3.1 Συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων και των υποκλιμάκων του FPQ-III

Στην παράγραφο αυτή καταγράφουμε τις γραμμικές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου FPQ - III. Στον πίνακα 9.14 παρουσιάζονται οι υπολογισμοί για τις υποκλίμακες αυτού του ερωτηματολογίου.

**Πίνακας 9.14: Συντελεστής συσχέτισης Pearson μεταξύ των υποκλιμάκων του FPQ-III**

	Ελαφρύς πόνος (Minor Pain subscale)	Δριμύς πόνος (Severe Pain subscale)	Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale)
Δριμύς πόνος (Severe Pain subscale)	,533(**)		
Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale)	,580(**)	,347(**)	
Συνολικός πόνος	,852(**)	,787(**)	,793(**)

(\*) Συσχέτιση σημαντική σε επίπεδο 0.05. (\*\*) Συσχέτιση σημαντική σε επίπεδο 0.01.

Οι συντελεστές είναι συγκρίσιμοι με αυτούς που έχουν παρατηρηθεί σε δημοσιεύσεις που αφορούν

την αγγλική πρωτότυπη εκδοχή του ερωτηματολογίου. Ενδεικτικά παραθέτουμε τον πίνακα 9.15 που προέρχεται από την εργασία (McNeil et al, 1998).

**Table IV.** Pearson Correlation Coefficients for FPQ-III Subscale Scores and Total Score

Subscale	Minor Pain subscale	Medical Pain subscale	Total score
Severe Pain	.37	.44	.78
Minor Pain		.49	.75
Medical Pain			.83

*Note.*  $n = 186$ . All these  $r$  values are significant at or beyond the .0001 level.

*Πίνακας 9.15: Συσχέτιση υποκλιμάκων FPQ-III (McNeil et al, 1998)*

### 9.3.2 Συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων και των υποκλιμάκων του PASS – 20

Στην παράγραφο αυτή καταγράφουμε τις γραμμικές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου PASS - 20 που χρησιμοποιήσαμε στην εργασία μας. Στον πίνακα 9.16 παρουσιάζονται οι υπολογισμοί για τις υποκλίμακες αυτού του ερωτηματολογίου.

**Πίνακας 9.16: Συντελεστής συσχέτισης Pearson μεταξύ των υποκλιμάκων του PASS - 20**

	Γνωστικό άγχος (Cognitive factor)	Συμπεριφορά αποφυγής (Escape/avoidance factor)	Φοβικές σκέψεις (Fear factor)	Σωματικές αντιδράσεις άγχους (Physiological anxiety)
Συμπεριφορά αποφυγής (Escape/avoidance factor)	.723(**)			
Φοβικές σκέψεις (Fear factor)	.647(**)	.732(**)		
Σωματικές αντιδράσεις άγχους (Physiological anxiety)	.744(**)	.788(**)	.626(**)	
Συνολικό σκορ PASS-20	.879(**)	.914(**)	.859(**)	.886(**)

(\*) Συσχέτιση σημαντική σε επίπεδο 0.05. (\*\*) Συσχέτιση σημαντική σε επίπεδο 0.01.

Οι συντελεστές κρίνονται μεγαλύτεροι από τους αντίστοιχους που έχουν παρατηρηθεί σε δημοσιεύσεις που αφορούν την αγγλική πρωτότυπη εκδοχή του ερωτηματολογίου. Ενδεικτικά παραθέτουμε τον πίνακα 9.17 που προέρχεται από την εργασία (M.J. Coons et al., 2004)



Table 3  
PASS-20 and ASI correlation table

	PASS20- fear	PASS20- escape	PASS20- physiological	PASS20- cognitive	ASI- cognitive	ASI- physiological	ASI- public
PASS20-fear	1.00						
PASS20-escape	0.38**	1.00					
PASS20-physiological	0.52**	0.32**	1.00				
PASS20-cognitive	0.60**	0.51**	0.46**	1.00			
ASI-cognitive	0.37**	0.28**	0.34**	0.31**	1.00		
ASI-physiological	0.35**	0.23**	0.33**	0.32**	0.55**	1.00	
ASI-public	0.31**	0.26**	0.26**	0.25**	0.50**	0.45**	1.00

\* $p < 0.05$ .

\*\* $p < 0.01$ .

Πίνακας 9.17: Συσχέτιση μεταξύ υποκλιμάκων PASS-20 (M.J. Coons et al., 2004)

### 9.3.3 Συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων και των υποκλιμάκων του CAQ

Στην παράγραφο αυτή καταγράφουμε τις γραμμικές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου CAQ που χρησιμοποιήσαμε στην εργασία μας. Στον πίνακα 9.18 παρουσιάζονται οι υπολογισμοί για τις υποκλίμακες αυτού του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 9.18: Συντελεστής συσχέτισης Pearson μεταξύ των υποκλιμάκων του CAQ

	Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear or When I have chest discomfort, or when my heart is beating)	Αποφυγή δραστηρι οτήτων (Avoidan ce)	Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart - focused attention)
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	,525(**)		
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart - focused attention)	,344(**)	,317(**)	
Συνολική μέση τιμή	,883(**)	,790(**)	,616(**)

(\*) Συσχέτιση σημαντική σε επίπεδο 0.05. (\*\*) Συσχέτιση σημαντική σε επίπεδο 0.01.

Οι συντελεστές είναι συγκρίσιμοι με αυτούς που έχουν παρατηρηθεί σε δημοσιεύσεις που αφορούν την αγγλική πρωτότυπη εκδοχή του ερωτηματολογίου. Ενδεικτικά παραθέτουμε τον πίνακα 9.19 που προέρχεται από την εργασία (Eifert et al., 2000).

CAQ			
Total	Fear	Avoidance	Attention
–	0.90**	0.72**	0.77**
–	–	0.45**	0.69**
–	–	–	0.31*
–	–	–	–

Πίνακας 9.19: Συσχέτιση μεταξύ υποκλιμάκων CAQ (Eifert et al., 2000)

#### 9.3.4 Συσχετίσεις μεταξύ των συνολικών αθροισμάτων / μέσω τιμών των κλιμάκων

Στην παράγραφο αυτή καταγράφουμε τις γραμμικές συσχετίσεις μεταξύ των αθροισμάτων των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν στην εργασία αυτή. Στον πίνακα 9.20 παρουσιάζονται οι αντίστοιχοι υπολογισμοί. Παρατηρούμε πως αναμενόμενα υπάρχουν θετικές γραμμικές συσχετίσεις μεταξύ των επιμέρους αθροισμάτων, ενώ ιδιαίτερα ισχυρή κρίνεται η συσχέτιση της συνολικής μέσης τιμής του ερωτηματολογίου του φόβου για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) και του ερωτηματολογίου φόβου για τον πόνο PASS – 20.

Πίνακας 9.20: Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των ανεξάρτητων συνεχών μεταβλητών

	Συνολικός πόνος (FPQ)	Συνολικό σκορ PASS-20	Συνολική μέση τιμή
Συνολικός πόνος (FPQ)	1		
Συνολικό σκορ PASS-20	,512(**)	1	
Συνολική μέση τιμή	,586(**)	,711(**)	1

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

## Κεφάλαιο 10 Στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τα στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα της εργασίας μας. Ωστόσο, πριν προχωρήσουμε στον έλεγχο των ερευνητικών υποθέσεων που τέθηκαν στην εργασία μας, θα παρουσιάσουμε ορισμένα αξιοσημείωτα γεγονότα τα οποία κατέδειξε η έρευνά μας.

### 10.1 Συσχέτιση της διάγνωσης με άλλες παραμέτρους

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη στατιστική σημαντικότητα της σχέσης μεταξύ της ασθένειας των συμμετεχόντων στην έρευνα μας (Σχιζοφρένεια και Συναισθηματική Διαταραχή) με τις αποκρίσεις στις υπόλοιπες ερωτήσεις που καταγράφηκαν στην έρευνα μας.

**Πίνακας 10.1 : Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης και άλλων παραμέτρων**

Μεταβλητή	Δοκιμασία $\chi^2$			Fischer's Exact Test ή Cramer's V
	$\chi^2$	df	p	
Φύλο	3,572	1	,059	
Οικογενειακή κατάσταση				Cramer's V = 0,442, <b>p= 0,003</b>
Τόπος διαμονής				Fischer's Exact Test, p = 0,331
Αδέρφια				Fischer's Exact Test, p = 0,452
Παιδιά	13,487	1	<b>,000</b>	
Εκπαιδευτικό επίπεδο				Cramer's V = 0,299, p= 0,395
Επαγγελματική κατάσταση				Cramer's V = 0,238, p= 0,410
Επίσκεψη σε ψυχολόγο				Fischer's Exact Test, p = 0,630
Χρόνια σωματική νόσος	,021	1	,885	
Λήψη φαρμάκων για τη σωματική νόσο	,787	1	,375	
Σωματικός πόνος κατά το παρελθόν	,302	1	,583	
Φόβος για τον σωματικό πόνο				Cramer's V = 0,146, p= 0,683
Ψυχικός πόνος κατά το παρελθόν				Fischer's Exact Test, p = 0,717
Φόβος για τον ψυχικό πόνο				Cramer's V = 0,173, p= 0,551
Καρδιολογικό πρόβλημα				Fischer's Exact Test, p = 0,483
Υπέρταση	,008	1	,927	
Κρίσεις πανικού	,156	1	,693	
Ταχυκαρδίες	,389	1	,533	
Έχετε πολλές φοβίες	,912	1	,340	
Φοβάστε τον πόνο;	4,667	1	<b>,031</b>	
Φοβάστε την ασθένεια;	,043	1	,836	

Σημειώνουμε πως το φύλο, προκύπτει οριακά μη εξαρτημένο με τη διάγνωση. Προσπαθώντας να ερμηνεύσουμε αυτή την εν δυνάμει συσχέτιση, αναφέρουμε πως επί του δείγματος μας η σχιζοφρένεια εμφανίστηκε περισσότερο από το αναμενόμενο στους άνδρες ενώ η συναισθηματική διαταραχή στις γυναίκες (πίνακας 10.2). Δεν γνωρίζουμε κατά πόσο αυτό οφείλεται στο τυχαίο σφάλμα της δειγματοληψίας ή σε μία τάση κάθε φύλου προς μία από τις ασθένειες που καταγράφηκαν.

**Πίνακας 10.2: Πίνακας συμπτώσεων μεταξύ διάγνωσης και φύλου**

			Φύλο		Σύνολο
			Άνδρας	Γυναίκα	
Διάγνωση	Σχιζοφρένεια	Συχνότητα	30	10	40
		Αναμενόμενη Συχνότητα	26,3	13,7	40
	Συναισθηματική Διαταραχή	Συχνότητα	16	14	30
		Αναμενόμενη Συχνότητα	19,7	10,3	30
Σύνολο	Συχνότητα	46	24	70	

**Πίνακας 10.3: Πίνακας συμπτώσεων μεταξύ διάγνωσης και οικογενειακής κατάστασης**

			Οικογενειακή κατάσταση				Σύνολο
			Άγαμος-η	Έγγαμος-η	Διαζευγμένος-η	Χήρος-α	
Διάγνωση	Σχιζοφρένεια	Συχνότητα	32	3	3	2	40
		Αναμενόμενη Συχνότητα	24,6	6,3	5,7	3,4	40
	Συναισθηματική Διαταραχή	Συχνότητα	11	8	7	4	30
		Αναμενόμενη Συχνότητα	18,4	4,7	4,3	2,6	30
Σύνολο	Συχνότητα	43	11	10	6	70	

**Πίνακας 10.4: Πίνακας συμπτώσεων μεταξύ διάγνωσης και παιδιών**

			Παιδιά		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Διάγνωση	Σχιζοφρένεια	Συχνότητα	7	33	40
		Αναμενόμενη Συχνότητα	14,3	25,7	40
	Συναισθηματική Διαταραχή	Συχνότητα	18	12	30
		Αναμενόμενη Συχνότητα	10,7	19,3	30
	Σύνολο	Συχνότητα	25	45	70

**Πίνακας 10.5: Πίνακας συμπτώσεων μεταξύ διάγνωσης και φόβου για τον πόνο**

			Φοβάστε τον πόνο;		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Διάγνωση	Σχιζοφρένεια	Συχνότητα	30	10	40
		Αναμενόμενη Συχνότητα	25,7	14,3	40
	Συναισθηματική Διαταραχή	Συχνότητα	15	15	30
		Αναμενόμενη Συχνότητα	19,3	10,7	30
	Σύνολο	Συχνότητα	45	25	70

## 10.2 Συσχέτιση μεταξύ του προσωπικού βιώματος στρεσογόνου γεγονότος και άλλων παραμέτρων

**Πίνακας 10.6 : Συσχέτιση μεταξύ του βιώματος στρεσογόνου γεγονότος κατά την παιδική ηλικία και άλλων παραμέτρων**

Μεταβλητή	Δοκιμασία Χ <sup>2</sup>			Fischer's Exact Test ή Cramer's V
	Χ <sup>2</sup>	df	p	
Φύλο	,735	1	,391	
Οικογενειακή κατάσταση				Cramer's V = 0,107, p= 0,850
Τόπος διαμονής	,000	1	,992	Fischer's Exact Test, p = 1,000
Αδέλφια				Fischer's Exact Test, p = 0,379
Παιδιά	,014	1	,904	
Εκπαιδευτικό επίπεδο				Cramer's V = 0,231, p= 0,713
Επαγγελματική κατάσταση				Cramer's V = 0,223, p= 0,479
Επίσκεψη σε ψυχολόγο				Fischer's Exact Test, p = 1,000

Χρόνια σωματική νόσος	2,442	1	,118	
Λήψη φαρμάκων για τη σωματική νόσο				Fischer's Exact Test, $p = 0,097$
Σωματικός πόνος κατά το παρελθόν				Fischer's Exact Test, $p < 0,001$
Φόβος για τον σωματικό πόνο				Fischer's Exact Test, $p = 0,086$
Ψυχικός πόνος κατά το παρελθόν				Fischer's Exact Test, $p = 0,674$
Φόβος για τον ψυχικό πόνο				Fischer's Exact Test, $p = 0,525$
Καρδιολογικό πρόβλημα				Fischer's Exact Test, $p = 1,000$
Υπέρταση				Fischer's Exact Test, $p = 1,000$
Κρίσεις πανικού				Fischer's Exact Test, $p = 0,360$
Ταχυκαρδίες	,029	1	,865	
Έχετε πολλές φοβίες	1,647	1	,199	
Φοβάστε τον πόνο;	,014	1	,904	
Φοβάστε την ασθένεια;	4,113	1	<b>,043</b>	

Στην παράγραφο αυτή θα ελέγξουμε τη στατιστική σημαντικότητα της σχέσης μεταξύ της απόκρισης στην ερώτηση τη σχετική με το βίωμα ενός στρεσογόνου γεγονότος τόσο στην παιδική ηλικία όσο και στην ενήλικη ζωή με την απόκριση σε άλλες ερωτήσεις ανίχνευσης φόβου ή φόβο για τον πόνο. Θα χρησιμοποιήσουμε τη στατιστική δοκιμασία  $\chi^2$  όπου τηρούνται οι απαραίτητες προϋποθέσεις (αναμενόμενη συχνότητα μικρότερη ή ίση του 5 σε όλα τα κελιά) Εναλλακτικά, θα χρησιμοποιήσουμε την ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test) για πίνακες 2x2 και ο συντελεστής V του Cramer για μεγαλύτερους πίνακες.

Από τον πίνακα 10.6, σελίδα 93, παρατηρούμε πως το βίωμα ενός στρεσογόνου γεγονότος κατά την παιδική ηλικία εξαρτάται με τις αποκρίσεις στις ερωτήσεις σχετικά με τον σωματικό πόνο κατά το παρελθόν αλλά και τον φόβο για την ασθένεια. Για να διευκρινίσουμε την εξάρτηση παραθέτουμε παρακάτω τους αντίστοιχους διμεταβλητούς πίνακες συχνότητας.

**Πίνακας 10.7: Πίνακας συμπτώσεων στις αποκρίσεις μεταξύ του στρεσογόνου γεγονότος στην παιδική ηλικία και του σωματικού πόνου κατά το παρελθόν**

		Σωματικός πόνος κατά το παρελθόν		Σύνολο	
		Ναι	Όχι		
Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας	Ναι	Συχνότητα	48	3	51
		Αναμενόμενη Συχνότητα	42,3	8,7	51
	Όχι	Συχνότητα	10	9	19
		Αναμενόμενη Συχνότητα	15,7	3,3	19
Σύνολο		Συχνότητα	58	12	70

Από τον πίνακα 10.7, γίνεται φανερό πως (αναμενόμενα) υπάρχει “θετική” εξάρτηση στις αποκρίσεις των δύο ερωτήσεων υπό την έννοια πως κάποιος που έχει βιώσει στρεσογόνο γεγονός κατά το παρελθόν τείνει να δηλώνει επίσης πως έχει βιώσει σωματικό πόνο κατά το παρελθόν.

**Πίνακας 10.8: Πίνακας συμπτώσεων στις αποκρίσεις μεταξύ του στρεσογόνου γεγονότος στην παιδική ηλικία και του φόβου για την ασθένεια**

			Φοβάστε την ασθένεια;		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας	Ναι	Συχνότητα	30	21	51
		Αναμενόμενη Συχνότητα	26,2	24,8	51,0
	Όχι	Συχνότητα	6	13	19
		Αναμενόμενη Συχνότητα	9,8	9,2	19,0
Σύνολο		Συχνότητα	36	34	70

Ανάλογη θετική συσχέτιση παρατηρείται και από τον πίνακα 10.8 όπου ο ερωτώμενος που έχει βιώσει κάποιο στρεσογόνο γεγονός κατά την παιδική ηλικία τείνει να δηλώνει πως φοβάται και την ασθένεια.

Ενδιαφέρουσα και ίσως απροσδόκητη είναι η παρατήρηση πως δεν προκύπτει ανάλογη συσχέτιση με το βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά την ενήλικη ζωή. Πράγματι, όπως φαίνεται από τον πίνακα 10.9, σελίδα 95, καμία από τις στατιστικές δοκιμασίες που εφαρμόσαμε δεν προέκυψε με στατιστική σημαντικότητα μικρότερη του 0,05. Προσπαθώντας να ερμηνεύσουμε την απουσία διαφοροποιήσεων, σημειώνουμε πως τα στρεσογόνα γεγονότα της ενήλικης ζωής διαφέρουν ποιοτικά από τα αντίστοιχο της παιδικής ηλικίας (πίνακα 8.16, σελίδα 75).

**Πίνακας 10.9 : Συσχέτιση μεταξύ του βιώματος στρεσογόνου γεγονότος κατά την ενήλικη ζωή και άλλων παραμέτρων**

Μεταβλητή	Δοκιμασία Χ <sup>2</sup>			Fischer's Exact Test ή Cramer's V
	χ <sup>2</sup>	df	p	
Φύλο	,492	1	,483	
Οικογενειακή κατάσταση				Cramer's V = 0,147, p= 0,472
Τόπος διαμονής				Fischer's Exact Test, p = 1,000
Αδέλφια				Fischer's Exact Test, p = 0,637
Παιδιά	,681	1	,409	
Εκπαιδευτικό επίπεδο				Cramer's V = 0,403 p= 0,078
Επαγγελματική κατάσταση				Cramer's V = 0,161 p= 0,770

Επίσκεψη σε ψυχολόγο				Fischer's Exact Test, p = 0,571
Χρόνια σωματική νόσος	,047	1	,828	
Λήψη φαρμάκων για τη σωματική νόσο				Fischer's Exact Test, p = 0,272
Σωματικός πόνος κατά το παρελθόν				Fischer's Exact Test, p = 0,271
Φόβος για τον σωματικό πόνο				Fischer's Exact Test, p = 0,086
Ψυχικός πόνος κατά το παρελθόν				Fischer's Exact Test, p = 0,058
Φόβος για τον ψυχικό πόνο				Fischer's Exact Test, p = 1,000
Καρδιολογικό πρόβλημα				Fischer's Exact Test, p = 1,000
Υπέρταση				Fischer's Exact Test, p = 0,711
Κρίσεις πανικού				Fischer's Exact Test, p = 0,093
Ταχυκαρδίες	1,570	1	,210	
Έχετε πολλές φοβίες				Fischer's Exact Test, p = 0,119
Φοβάστε τον πόνο;	,153	1	,696	
Φοβάστε την ασθένεια;	2,502	1	,114	

### 10.3 Κληρονομικότητα σωματικών ασθενειών από άλλα μέλη της οικογένειας

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη συσχέτιση των αποκρίσεων στις ερωτήσεις σχετικά με τις σωματικές ασθένειες των ερωτώμενων, με τις αποκρίσεις στις αντίστοιχες ερωτήσεις για άλλα μέλη της οικογένειας τους. Θα χρησιμοποιήσουμε τη στατιστική δοκιμασία  $\chi^2$  όπου τηρούνται οι απαραίτητες προϋποθέσεις (αναμενόμενη συχνότητα μικρότερη ή ίση του 5 σε όλα τα κελιά) Εναλλακτικά, θα χρησιμοποιήσουμε την ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test) για πίνακες 2x2 και ο συντελεστής V του Cramer για μεγαλύτερους πίνακες.

Τα αποτελέσματα παραθέτονται στον πίνακα 10.10. Τόσο το πρόβλημα στην καρδιά όσο και το πρόβλημα υπέρτασης στους ερωτώμενους του δείγματος μας δεν προκύπτει να σχετίζεται με ανάλογο πρόβλημα των συγγενών στην οικογένειά τους.

**Πίνακας 10.10 : Συσχέτιση μεταξύ του βιώματος στρεσογόνου γεγονότος κατά την ενήλικη ζωή και άλλων παραμέτρων**

Συσχέτιση	Δοκιμασία $\chi^2$			Fischer's Exact Test ή Cramer's V
	$\chi^2$	df	p	
Καρδιολογικό πρόβλημα * Καρδιολογικό πρόβλημα στην οικογένεια				Fischer's Exact Test, p = 1,000
Υπέρταση * Πρόβλημα υπέρτασης στην οικογένεια;	,174	1	,676	



#### 10.4 Κληρονομικότητα του φόβου για τον πόνο και την ασθένεια από άλλα μέλη της οικογένειας

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη συσχέτιση των αποκρίσεων στις ερωτήσεις σχετικά με τον φόβο για τον πόνο και την ασθένεια των ερωτώμενων, με τις αποκρίσεις στις αντίστοιχες ερωτήσεις για άλλα μέλη της οικογένειας τους. Θα χρησιμοποιήσουμε τη στατιστική δοκιμασία  $\chi^2$  όπου τηρούνται οι απαραίτητες προϋποθέσεις (αναμενόμενη συχνότητα μικρότερη ή ίση του 5 σε όλα τα κελιά) Εναλλακτικά, θα χρησιμοποιήσουμε την ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test) για πίνακες 2x2 και ο συντελεστής V του Cramer για μεγαλύτερους πίνακες.

**Πίνακας 10.11 : Συσχέτιση μεταξύ του βιώματος στρεσογόνου γεγονότος κατά την ενήλικη ζωή και άλλων παραμέτρων**

Συσχέτιση	Δοκιμασία $\chi^2$			Fischer's Exact Test ή Cramer's V
	$\chi^2$	df	p	
Κρίσεις πανικού * Κρίσεις πανικού στην οικογένεια;				Fischer's Exact Test, p = 0,415
Έχετε πολλές φοβίες; * Φοβίες στην οικογένεια	7,410	1	<b>,006</b>	
Φοβάστε τον πόνο; * Φοβία για πόνο στην οικογένεια;	6,481	1	<b>,011</b>	
Φοβάστε τον πόνο; * Φόβος ασθένειας στην οικογένεια	4,148	1	<b>,042</b>	
Φοβάστε την ασθένεια; * Φόβος ασθένειας στην οικογένεια	17,624	1	<b>,000</b>	, 0

Από τον πίνακα 10.11 παρατηρούμε πως υπάρχει στατιστική εξάρτηση μεταξύ των ερωτήσεων των σχετικών με τον φόβο για τον πόνο και τις αντίστοιχες ερωτήσεις για τα μέλη της οικογένειας του ερωτώμενου. Για την ερμηνεία των συσχετίσεων αρκεί να παρατηρήσουμε τους αντίστοιχους διμεταβλητούς πίνακες συχνοτήτων 10.12, σελίδα 98, έως 10.15, σελίδα 99, από τους οποίους είναι φανερό πως υπάρχει θετική σχέση μεταξύ των αποκρίσεων στα εκάστοτε ζευγάρια ερωτήσεων. Απλά, μπορούμε να καταλήξουμε στο αναμενόμενο ίσως συμπέρασμα πως ο φόβος για τον πόνο και την ασθένεια “κληρονομείται” από τα μέλη της οικογένειας στον ερωτώμενο.

**Πίνακας 10.12: Πίνακας συμπτώσεων στις αποκρίσεις μεταξύ της αναγνώρισης φοβιών στον ερωτώμενο και σε μέλη της οικογένειας του.**

			Φοβίες στην οικογένεια		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Έχετε πολλές φοβίες;	Ναι	Συχνότητα	11	12	23
		Αναμενόμενη Συχνότητα	6,2	16,8	23
	Όχι	Συχνότητα	8	39	47
		Αναμενόμενη Συχνότητα	12,8	34,2	47
Σύνολο	Συχνότητα	19	51	70	

**Πίνακας 10.13: Πίνακας συμπτώσεων στις αποκρίσεις μεταξύ της αναγνώρισης φόβου για τον πόνο στον ερωτώμενο και σε μέλη της οικογένειας του.**

			Φοβία για πόνο στην οικογένεια;		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Φοβάστε τον πόνο;	Ναι	Συχνότητα	23	22	45
		Αναμενόμενη Συχνότητα	18	27	45
	Όχι	Συχνότητα	5	20	25
		Αναμενόμενη Συχνότητα	10	15	25
Σύνολο	Συχνότητα	28	42	70	

**Πίνακας 10.14: Πίνακας συμπτώσεων στις αποκρίσεις μεταξύ της αναγνώρισης φόβου για τον πόνο στον ερωτώμενο και στον φόβο για ασθένεια σε μέλη της οικογένειας του.**

			Φόβος ασθένειας στην οικογένεια		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Φοβάστε τον πόνο;	Ναι	Συχνότητα	22	23	45
		Αναμενόμενη Συχνότητα	18	27	45
	Όχι	Συχνότητα	6	19	25
		Αναμενόμενη Συχνότητα	10	15	25
Σύνολο	Συχνότητα	28	42	70	

**Πίνακας 10.15: Πίνακας συμπτώσεων στις αποκρίσεις μεταξύ της αναγνώρισης φόβου για την ασθένεια στον ερωτώμενο και σε μέλη της οικογένειάς του.**

		Φόβος ασθένειας στην οικογένεια		Σύνολο	
		Ναι	Όχι		
Φοβάστε την ασθένεια;	Ναι	Συχνότητα	23	13	36
		Αναμενόμενη Συχνότητα	14,4	21,6	36
	Όχι	Συχνότητα	5	29	34
		Αναμενόμενη Συχνότητα	13,6	20,4	34
Σύνολο	Συχνότητα	28	42	70	

## 10.5 Συσχέτιση του φόβου του πόνου με τα άλλα μέλη της οικογένειας

Στην παράγραφο αυτή θα ανιχνεύσουμε το ενδεχόμενο συσχέτισης του φόβου του σωματικού και του ψυχικού πόνου με άλλες παραμέτρους που αφορούν άλλα μέλη της οικογένειας του ερωτώμενου. Πρώτα περιοριστήκαμε στους 57 ερωτώμενους οι οποίοι αποκριθήκαν θετικά ή αρνητικά στην ερώτηση σχετικά με το φόβο για το σωματικό πόνο ενώ μετά περιοριστήκαμε στους 63 ερωτώμενους οι οποίοι αποκριθήκαν θετικά ή αρνητικά στην ερώτηση σχετικά με το φόβο για το ψυχικό πόνο και ελέγξαμε την εξάρτηση της απάντησης στην ερώτηση αυτή με την απάντηση στις σχετικές ερωτήσεις που αφορούσαν τα άλλα μέλη της οικογένειάς τους. Θα χρησιμοποιήσουμε τη στατιστική δοκιμασία  $\chi^2$  όπου τηρούνται οι απαραίτητες προϋποθέσεις (αναμενόμενη συχνότητα μικρότερη ή ίση του 5 σε όλα τα κελιά) Εναλλακτικά, χρησιμοποιήθηκε η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test) για πίνακες 2x2 και ο συντελεστής V του Cramer για μεγαλύτερους πίνακες.

**Πίνακας 10.16 : Συσχέτιση μεταξύ του φόβου του πόνου και των σχετικών παραμέτρων στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας του ερωτώμενου.**

Μεταβλητή	Δοκιμασία Χ <sup>2</sup>			Fiscer's Exact Test ή Cramer's V
	χ <sup>2</sup>	df	p	
<b>Φόβος για τον σωματικό πόνο</b>				
Καρδιολογικό πρόβλημα στην οικογένεια	,711	1	,399	
Πρόβλημα υπέρτασης στην οικογένεια	,278	1	,598	
Κρίσεις πανικού στην οικογένεια				Fischer's Exact Test, p = 0,134
Φοβίες στην οικογένεια	8,386	1	<b>,004</b>	
Φοβία για πόνο στην οικογένεια	2,334	1	,127	
Φόβος ασθένειας στην οικογένεια	4,003	1	<b>,045</b>	
<b>Φόβος για τον ψυχικό πόνο</b>				
Καρδιολογικό πρόβλημα στην οικογένεια	,426	1	,514	
Πρόβλημα υπέρτασης στην οικογένεια	,419	1	,517	
Κρίσεις πανικού στην οικογένεια				Fischer's Exact Test, p = 0,102
Φοβίες στην οικογένεια				Fischer's Exact Test, <b>p = 0,025</b>
Φοβία για πόνο στην οικογένεια	2,793	1	,095	
Φόβος ασθένειας στην οικογένεια	,126	1	,723	

Από την παρατήρηση του πίνακα 10.16 μπορούμε να καταγράψουμε τα εξής συμπεράσματα :

1. Δεν παρατηρείται κάποια εξάρτηση μεταξύ του φόβου για τον σωματικό και τον ψυχικό πόνο με την εμφάνιση καρδιολογικού προβλήματος ή προβλήματος υπέρτασης στην οικογένεια.
2. Ο φόβος για τον σωματικό πόνο εξαρτάται από το φόβο ασθένειας στην οικογένεια αλλά και από την ύπαρξη γενικής φοβίας σε μέλη της.
3. Ο φόβος για τον ψυχικό πόνο εξαρτάται από την ύπαρξη φοβιών σε μέλη της οικογένειας.

Για την ερμηνεία των εξαρτήσεων που βρήκαμε αρκεί η παρατήρηση των αντίστοιχων διμεταβλητών πινάκων συχνοτήτων οι οποίοι παραθέτονται παρακάτω (πίνακας 10.17, σελίδα 101 έως πίνακας 10.19, σελίδα 101). Είναι φανερό πως υπάρχει θετική σχέση μεταξύ των αποκρίσεων

στα εκάστοτε ζευγάρια ερωτήσεων. Σε συνέχεια των συμπερασμάτων της προηγούμενης παραγράφου 10.4 επιβεβαιώνουμε πως ο φόβος για τον πόνο (σωματικός ή ψυχικός) “κληρονομείται” από τα μέλη της οικογένειας στον ερωτώμενο.

**Πίνακας 10.17: Πίνακας συμπτώσεων στις αποκρίσεις μεταξύ των φοβιών στην οικογένεια και του φόβου για τον σωματικό πόνο**

			Φοβίες στην οικογένεια		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Φόβος για το σωματικό πόνο	Ναι	Συχνότητα	16	19	35
		Αναμενόμενη Συχνότητα	11,1	23,9	35
	Όχι	Συχνότητα	2	20	22
		Αναμενόμενη Συχνότητα	6,9	15,1	22
Σύνολο	Συχνότητα	18	39	57	

**Πίνακας 10.18: Πίνακας συμπτώσεων στις αποκρίσεις μεταξύ του φόβου ασθενείας στην οικογένεια και του φόβου για τον σωματικό πόνο**

			Φόβος ασθένειας στην οικογένεια		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Φόβος για το σωματικό πόνο	Ναι	Συχνότητα	19	16	35
		Αναμενόμενη Συχνότητα	15,4	19,6	35
	Όχι	Συχνότητα	6	16	22
		Αναμενόμενη Συχνότητα	9,6	12,4	22
Σύνολο	Συχνότητα	25	32	57	

**Πίνακας 10.19: Πίνακας συμπτώσεων στις αποκρίσεις μεταξύ των φοβιών στην οικογένεια και του φόβου για τον ψυχικό πόνο**

			Φοβίες στην οικογένεια		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Φόβος για το ψυχικό πόνο	Ναι	Συχνότητα	18	29	47
		Αναμενόμενη Συχνότητα	14,2	32,8	47
	Όχι	Συχνότητα	1	15	16
		Αναμενόμενη Συχνότητα	4,8	11,2	16
Σύνολο	Συχνότητα	19	44	63	

## 10.6 Άλλες συσχετίσεις των αποκρίσεων των ερωτώμενων με άλλα μέλη της οικογένειας του

Στην παράγραφο αυτή θα ανιχνεύσουμε το ενδεχόμενο συσχέτισης κάποιων ερωτήσεων που αφορούν τη συνολική ψυχική και σωματική υγεία του ερωτώμενου με τις αποκρίσεις στις σχετικές ερωτήσεις που αφορούν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας του. Θα χρησιμοποιήσουμε τη στατιστική δοκιμασία  $\chi^2$  όπου τηρούνται οι απαραίτητες προϋποθέσεις (αναμενόμενη συχνότητα μικρότερη ή ίση του 5 σε όλα τα κελιά) Εναλλακτικά, χρησιμοποιήθηκε η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test) για πίνακες 2x2 και ο συντελεστής V του Cramer για μεγαλύτερους πίνακες.

Για οικονομία χώρου δεν παρουσιάζουμε τις συσχετίσεις οι οποίες δεν είχαν καμία στατιστική εξάρτηση με άλλες ερωτήσεις. Ωστόσο, αναφέρουμε πως τόσο για την επίσκεψη σε ψυχολόγο όσο και με την εμφάνιση ψυχικού πόνου στο παρελθόν δεν προέκυψε στατιστική εξάρτηση με τις ερωτήσεις που αφορούν την οικογένεια όπως και της απόκρισης

**Πίνακας 10.20 :** Συσχέτιση μεταξύ των αποκρίσεων στις υπόλοιπες ερωτήσεις σωματική και ψυχικής κατάστασης με τις αποκρίσεις σε ανάλογες ερωτήσεις που αφορούν τα μέλη της οικογένειας του ερωτώμενου.

Μεταβλητή	Δοκιμασία $\chi^2$			Fischer's Exact Test ή Cramer's V
	$\chi^2$	df	p	
<b>Χρόνια σωματική νόσος</b>				
Καρδιολογικό πρόβλημα στην οικογένεια	,000	1	1,000	
Πρόβλημα υπέρτασης στην οικογένεια	5,719	1	<b>,017</b>	
Κρίσεις πανικού στην οικογένεια				Fischer's Exact Test, p = 1,000
Φοβίες στην οικογένεια	5,588	1	<b>,018</b>	
Φοβία για πόνο στην οικογένεια	1,037	1	,309	
Φόβος ασθένειας στην οικογένεια	1,037	1	,309	

**Πίνακας 10.21: Πίνακας συμπτώσεων στις αποκρίσεις μεταξύ των χρόνιας σωματικής νόσου και του προβλήματος υπέρτασης στην οικογένεια.**

			Πρόβλημα υπέρτασης στην οικογένεια;		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Χρόνια σωματική νόσος	Ναι	Συχνότητα	18	7	25
		Αναμενόμενη Συχνότητα	13,2	11,8	25
	Όχι	Συχνότητα	19	26	45
		Αναμενόμενη Συχνότητα	23,8	21,2	45
Σύνολο		Συχνότητα	37	33	70

**Πίνακας 10.22: Πίνακας συμπτώσεων στις αποκρίσεις μεταξύ των χρόνιας σωματικής νόσου και ύπαρξης φοβιών στην οικογένεια.**

			Φοβίες στην οικογένεια		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Χρόνια σωματική νόσος	Ναι	Συχνότητα	11	14	25
		Αναμενόμενη Συχνότητα	6,8	18,2	25
	Όχι	Συχνότητα	8	37	45
		Αναμενόμενη Συχνότητα	12,2	32,8	45
Σύνολο		Συχνότητα	19	51	70

## 10.7 Συσχέτιση της διάγνωσης και των τιμών των κλιμάκων.

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις αποκρίσεις των ασθενών διαχωρίζοντας τους βάσει της ασθένειάς τους. Οι ομάδες ανάμεσα στις οποίες θα ανιχνεύσουμε διαφοροποιήσεις είναι η ομάδα των 40 ασθενών με Σχιζοφρένεια και των 30 ασθενών με Συναισθηματική Διαταραχή. Για την ανίχνευση τυχόν διαφοροποιήσεων χρησιμοποιούμε τη στατιστική δοκιμασία ελέγχου δύο ανεξαρτήτων δειγμάτων (Independent Samples T-Test). Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις εικοσιέξι κλίμακες και υποκλίμακες είναι

**Στατιστική Υπόθεση :** Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων (ασθενείς με Σχιζοφρένεια και ασθενείς με Συναισθηματική Διαταραχή).

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού  $p$  το οποίο

παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Σε κάθε μία στατιστική δοκιμασία πραγματοποιήθηκε πρώτα η δοκιμασία Levene με την οποία ελέγχθηκε η ισότητα των διακυμάνσεων των δύο ανεξαρτήτων ομάδων και ανάλογα με το αποτέλεσμα χρησιμοποιήθηκε και ο κατάλληλος τύπος για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής της δοκιμασίας Independent Samples T-Test δίνεται στις επόμενες παραγράφους ταξινομημένο ανά κάθε ερωτηματολόγιο με την ίδια σειρά που παρουσιάστηκαν και στο προηγούμενο κεφάλαιο. Με κίτρινο χρώμα και έντονα γράμματα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν  $p < 0,05$ .

#### 10.7.1 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).

**Πίνακας 10.23 : Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).**

Κλίμακα	Ασθενείς με Σχιζοφρένεια	Ασθενείς με Συναισθηματική Διαταραχή	Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας		
			t	df	p
Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain)	14,2	11,5	1,483	67	,143
Φόβος που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain)	21,9	22,8	-,404	67	,687
Φόβος για τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain)	16,4	11,6	2,399	67	<b>,019</b>
Συνολικός φόβος	52,5	45,9	1,358	67	,179

Στον πίνακα 10.23 παρουσιάζονται συγκριτικά, οι μέσες τιμές στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου FPQ – III για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια και για τους ασθενείς με συναισθηματική διαταραχή. Παρατηρούμε πως με την εξαίρεση της υποκλίμακας του φόβου για το δριμύ πόνο, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές από τους ασθενείς με συναισθηματική διαταραχή. Ιδιαίτερα, στην υποκλίμακα του φόβου για τον πόνο που προκαλείται από τις ιατρικές επεμβάσεις (Medical Pain) οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν 16,4 μονάδες μέση τιμή, μεγαλύτερη κατά 41,4% από την μέση τιμή 11,6 μονάδες των ασθενών με συναισθηματική διαταραχή, διαφορά που προκύπτει στατιστικώς σημαντική ( $p=0,019$ ).



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

**Πίνακας 10.24 : Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20)**

Κλίμακα	Ασθενείς με Σχιζοφρένεια	Ασθενείς με Συναισθηματική Διαταραχή	Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας		
			t	df	p
Γνωστικό άγχος (Cognitive factor).	9,4	7,6	1,556	68	,124
Συμπεριφορά αποφυγής (Escape/avoidance factor).	9,5	7,9	1,437	68	,155
Φοβικές σκέψεις (Fear factor).	10,4	7,7	2,203	68	<b>,031</b>
Σωματικές αντιδράσεις άγχους (Physiological anxiety).	7,9	7,4	,473	68	,638
Συνολικό Σκορ	37,1	30,6	1,633	68	,107

Στον πίνακα 10.24 παρουσιάζονται συγκριτικά, οι μέσες τιμές στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου PASS - 20 για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια και για τους ασθενείς με συναισθηματική διαταραχή. Παρατηρούμε πως σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές από τους ασθενείς με συναισθηματική διαταραχή. Ιδιαίτερα, στην υποκλίμακα των φοβικών σκέψεων (Fear Factor) οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν 10,4 μονάδες μέση τιμή, μεγαλύτερη κατά 35,1% από την μέση τιμή 7,7 μονάδες των ασθενών με συναισθηματική διαταραχή, διαφορά που προκύπτει στατιστικώς σημαντική ( $p=0,031$ ).

### 10.7.3 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)

Στον πίνακα 10.25 παρουσιάζονται συγκριτικά, οι μέσες τιμές στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου CAQ για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια και για τους ασθενείς με συναισθηματική διαταραχή. Παρατηρούμε πως σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές από τους ασθενείς με συναισθηματική διαταραχή, χωρίς ωστόσο να είναι τόσο μεγαλύτερες ώστε να προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές.

**Πίνακας 10.25 : Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)**

Κλίμακα	Ασθενείς με Σχιζοφρένεια	Ασθενείς με Συναισθηματική Διαταραχή	Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας		
			t	df	p
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	1,9	1,7	,735	68	,465
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance).	2,1	2,0	,558	68	,579
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία.	1,1	1,0	,240	68	,811
Συνολική μέση τιμή.	1,7	1,6	,714	68	,478

#### 10.7.4 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist- 90 (SCL 90 )

Στον πίνακα 10.26 παρουσιάζονται συγκριτικά, οι μέσες τιμές στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SCL - 90 για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια και για τους ασθενείς με συναισθηματική διαταραχή. Παρατηρούμε πως σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, με την εξαίρεση του δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές από τους ασθενείς με συναισθηματική διαταραχή. Ιδιαίτερα, στην υποκλίμακα του παρανοειδή ιδεασμού οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν 10,5 μονάδες μέση τιμή, μεγαλύτερη κατά 45,8% από την μέση τιμή 7,2 μονάδες των ασθενών με συναισθηματική διαταραχή, διαφορά που προκύπτει στατιστικώς σημαντική ( $p=0,013$ ).

**Πίνακας 10.26 : Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL - 90)**

Κλίμακα	Ασθενείς με Σχιζοφρένεια	Ασθενείς με Συναισθηματική Διαταραχή	Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας		
			t	df	p
Σωματοποίηση	8,6	7,0	,874	67	,385
Ιδεοψυχαναγκασμός	12,0	9,9	1,456	67	,150
Διαπροσωπική ευαισθησία	10,8	8,9	1,244	67	,218
Κατάθλιψη	17,3	14,6	1,170	67	,246
Άγχος	8,5	6,4	1,283	67	,204
Επιθετικότητα	3,8	2,9	,884	67	,380
Φοβικό άγχος	3,9	3,4	,561	67	,576
Παρανοειδή ιδεασμό	10,5	7,2	2,552	67	<b>,013</b>
Ψυχωτισμό	8,8	6,1	1,815	67	,074
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης	6,1	5,0	1,114	67	,269

τροφής, κ.α.)

Άθροισμα όλων των δεικτών	84,3	66,4	1,657	67	,102
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	,94	,74	1,657	67	,102
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	90,3	71,4	1,657	67	,102
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	1,05	1,13	-1,105	47,6	,275

## 10.8 Σύγκριση των τιμών των κλιμάκων μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις αποκρίσεις των ασθενών διαχωρίζοντας τους βάσει του φύλου τους. Οι ομάδες ανάμεσα στις οποίες θα ανιχνεύσουμε διαφοροποιήσεις είναι η ομάδα των 46 ανδρών και των 24 γυναικών. Για την ανίχνευση τυχόν διαφοροποιήσεων χρησιμοποιούμε τη στατιστική δοκιμασία ελέγχου δύο ανεξαρτήτων δειγμάτων (Independent Samples T-Test). Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις εικοσιέξι κλίμακες και υποκλίμακες είναι

**Στατιστική Υπόθεση :** Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού  $p$  το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Σε κάθε μία στατιστική δοκιμασία πραγματοποιήθηκε πρώτα η δοκιμασία Levene με την οποία ελέγχθηκε η ισότητα των διακυμάνσεων των δύο ανεξαρτήτων ομάδων και ανάλογα με το αποτέλεσμα χρησιμοποιήθηκε και ο κατάλληλος τύπος για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής της δοκιμασίας Independent Samples T-Test δίνεται στις επόμενες παραγράφους ταξινομημένο ανά κάθε ερωτηματολόγιο με την ίδια σειρά που παρουσιάστηκαν και στο προηγούμενο κεφάλαιο. Με κίτρινο χρώμα και έντονα γράμματα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν  $p < 0,05$ .

### 10.8.1 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).

Στον πίνακα 10.27 παρουσιάζονται συγκριτικά, οι μέσες τιμές στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου FPQ - III μεταξύ ανδρών και γυναικών. Παρατηρούμε πως σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές από τους άνδρες, χωρίς ωστόσο να είναι τόσο μεγαλύτερες ώστε να προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές.

**Πίνακας 10.27 : Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).**

Κλίμακα	Άνδρας	Γυναίκα	Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας		
			t	df	p
Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain)	12,8	13,4	-,289	67	,773
Φόβος που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain)	20,8	25,2	-1,990	67	,051
Φόβος για τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain)	13,6	15,6	-,901	67	,371
Συνολικός φόβος	47,2	54,2	-1,360	67	,178

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

Στον πίνακα 10.28 παρουσιάζονται συγκριτικά, οι μέσες τιμές στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου PASS - 20 μεταξύ ανδρών και γυναικών. Παρατηρούμε πως σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές από τους άνδρες, χωρίς ωστόσο να είναι τόσο μεγαλύτερες ώστε να προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές.

**Πίνακας 10.28 : Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20)**

Κλίμακα	Άνδρας	Γυναίκα	Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας		
			t	df	p
Γνωστικό άγχος (Cognitive factor).	8,2	9,5	-1,182	68	,241
Συμπεριφορά αποφυγής (Escape/avoidance factor).	8,5	9,4	-,845	68	,401
Φοβικές σκέψεις (Fear factor).	8,7	10,2	-1,177	68	,243
Σωματικές αντιδράσεις άγχους (Physiological anxiety).	7,3	8,4	-,980	68	,331
Συνολικό Σκορ	32,6	37,5	-1,193	68	,237

### 10.8.3 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)

Στον πίνακα 10.29 παρουσιάζονται συγκριτικά, οι μέσες τιμές στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου CAQ μεταξύ ανδρών και γυναικών. Παρατηρούμε πως σε όλες τις υποκλίμακες

του ερωτηματολογίου, οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές από τους άνδρες, χωρίς ωστόσο να είναι τόσο μεγαλύτερες ώστε να προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές.

**Πίνακας 10.29 : Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)**

Κλίμακα	Άνδρας	Γυναίκα	Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας		
			t	df	p
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	1,8	1,9	-,521	68	,604
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance).	1,9	2,4	-1,988	68	,051
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία.	1,0	1,2	-1,035	68	,304
Συνολική μέση τιμή.	1,6	1,8	-1,383	68	,171

#### 10.8.4 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist- 90 (SCL 90 )

**Πίνακας 10.30 : Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL - 90)**

Κλίμακα	Άνδρας	Γυναίκα	Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας		
			t	df	p
Σωματοποίηση	7,1	9,3	-1,213	67	,229
Ιδεοψυχαναγκασμός	10,5	12,2	-1,107	67	,272
Διαπροσωπική ευαισθησία	8,8	12,2	-2,195	67	<b>,032</b>
Κατάθλιψη	15,0	18,1	-1,260	67	,212
Άγχος	7,0	8,7	-1,044	67	,300
Επιθετικότητα	3,7	2,9	,760	67	,450
Φοβικό άγχος	2,9	5,2	-2,344	67	<b>,022</b>
Παρανοειδή ιδεασμό	8,3	10,5	-1,575	67	,120
Ψυχωτισμό	7,7	7,5	,105	67	,917
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)	5,4	6,0	-,658	67	,513
Άθροισμα όλων των δεικτών	71,1	86,7	-1,389	67	,169
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	,8	1,0	-1,389	67	,169
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	76,4	92,8	-1,364	67	,177
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	1,1	1,0	2,606	43	<b>,013</b>

Στον πίνακα 10.30 παρουσιάζονται συγκριτικά, οι μέσες τιμές στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SCL - 90 μεταξύ ανδρών και γυναικών. Παρατηρούμε πως υπάρχει ανάμεικτη

σχέση στις τιμές καθώς υπάρχουν 11 υποκλίμακες όπου υπερτερούν οι γυναίκες και τρεις όπου υπερτερούν οι άνδρες. Ιδιαίτερα, στις υποκλίμακες της διαπροσωπικής ευαισθησίας, του φοβικού άγχους και του δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων η διαφορά των μέσων τιμών μεταξύ ανδρών και γυναικών προκύπτει στατιστικώς σημαντική.

## 10.9 Διαφοροποιήσεις ανά επαγγελματική κατάσταση

Στην παράγραφο αυτή υπολογίζουμε τη στατιστική σημαντικότητα των διαφορών που προέκυψαν στις μέσες τιμές των κλιμάκων ανάμεσα στις υποομάδες των ερωτώμενων που ορίζονται από την διαφορετική επαγγελματική κατάσταση. Καθώς το πλήθος ορισμένων κατηγοριών ήταν μικρό και δεν εξασφάλιζε την αναγκαία στατιστική διαφοροποίηση για την εγκυρότητα του ελέγχου, προχωρήσαμε σε νέα ομαδοποίηση των ερωτώμενων σε τρεις ομάδες. Πιο συγκεκριμένα, οι άνεργοι (12 ερωτώμενοι) και οι ερωτώμενες που δήλωσαν οικιακά (13 αποκρίσεις) τοποθετήθηκαν σε μία ομάδα όπως το ίδιο έγινε και για τους αυτοαπασχολούμενους (7 αποκρίσεις) με τους ιδιωτικούς υπαλλήλους (5 αποκρίσεις). Έτσι, ελέγξαμε τις διαφοροποιήσεις μεταξύ των ομάδων “Άνεργος – Οικιακά” (25 ερωτώμενοι, 35,7% επί του συνόλου), “Εργαζόμενος” (12 ερωτώμενοι, 17,1%) και “Συνταξιούχος” (33 ερωτώμενοι, 47,1%).

Για κάθε μία σύγκριση εφαρμόστηκε πρώτα η στατιστική δοκιμασία ομοιογένειας των ανεξαρτήτων δειγμάτων με την οποία ελέγχθηκε η ισότητα των διακυμάνσεων των τριών κατηγοριών. Αν οι διακυμάνσεις προέκυπταν στατιστικώς ίσες τότε προχωρούσαμε σε εφαρμογή της ανάλυσης διακύμανσης ANOVA. Στην αντίθετη περίπτωση όπου η αναγκαία αυτή συνθήκη δεν επαληθευόταν, εφαρμόστηκε η αντίστοιχη μη παραμετρική δοκιμασία Kruskal-Wallis.

Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις εικοσιέξι υποκλίμακες είναι

**Στατιστική Υπόθεση :** Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των τριών κατηγοριών επαγγελματικής κατάστασης, “Άνεργος – Οικιακά”, “Εργαζόμενος” και “Συνταξιούχος”.

Η αποδοχή ή απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού  $p$  το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής των δοκιμασιών ANOVA ή Kruskal - Wallis δίνεται στον παρακάτω πίνακα. Με κίτρινο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν  $p < 0,05$ .

### 10.9.1 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).

Στον πίνακα 10.31 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής διαδικασίας ANOVA για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου FPQ – III. Παρατηρούμε πως σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, δεν προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις.

**Πίνακας 10.31 : Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).**

Κλίμακα	Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας Παραμετρικό Τεστ (ANOVA)	
	F	p
Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain)	,503	,607
Φόβος που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain)	,196	,822
Φόβος για τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain)	1,310	,277
Συνολικός φόβος	,483	,619

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

Στον πίνακα 10.32 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής διαδικασίας ANOVA για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου PASS – 20. Παρατηρούμε πως σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, δεν προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις.

**Πίνακας 10.32 : Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20)**

Κλίμακα	Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας Παραμετρικό Τεστ (ANOVA)	
	F	p
Γνωστικό άγχος (Cognitive factor).	,030	,970
Συμπεριφορά αποφυγής (Escape/avoidance factor).	,408	,667
Φοβικές σκέψεις (Fear factor).	,750	,476
Σωματικές αντιδράσεις άγχους (Physiological anxiety).	1,249	,293
Συνολικό Σκορ	,051	,950

### 10.9.3 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)

Στον πίνακα 10.33 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής διαδικασίας ANOVA για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου CAQ. Παρατηρούμε πως σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, δεν προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις.

**Πίνακας 10.33 : Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)**

Κλίμακα	Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας	
	Παραμετρικό Τεστ (ANOVA)	
	F	p
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	,081	,923
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance).	,243	,785
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία.	,654	,523
Συνολική μέση τιμή.	,112	,894

### 10.9.4 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist- 90 (SCL 90 )

Στον πίνακα 10.34 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής διαδικασίας ANOVA ή Kruskal – Wallis για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SCL - 90. Παρατηρούμε πως σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, δεν προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις.

**Πίνακας 10.34 : Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL - 90)**

Κλίμακα	Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας					
	Παραμετρικό Τεστ (ANOVA)		Μη Παραμετρικό Τεστ (Kruskal - Wallis)			
	F	p	χ <sup>2</sup>	df	p	
Σωματοποίηση	,244	,784				
Ιδεοψυχαναγκασμός			,724	2	,696	
Διαπροσωπική ευαισθησία	1,419	,249				
Κατάθλιψη	2,314	,107				
Άγχος	1,364	,263				
Επιθετικότητα	,377	,687				
Φοβικό άγχος			2,312	2	,315	



Ο φόβος του πόνου σε ασθενείς με ψυχιατρική παθολογία					113
Παρανοειδή ιδεασμό			1,125	2	,570
Ψυχωτισμό	1,218	,302			
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)			2,459	2	,292
Άθροισμα όλων των δεικτών	,894	,414			
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	,894	,414			
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	,951	,392			
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων			4,772	2	,092

## 10.10 Διαφοροποιήσεις ανά οικογενειακή κατάσταση

Στην παράγραφο αυτή υπολογίζουμε τη στατιστική σημαντικότητα των διαφορών που προέκυψαν στις μέσες τιμές των κλιμάκων ανάμεσα στις υποομάδες των ερωτώμενων που ορίζονται από την οικογενειακή κατάσταση τους. (43 άγαμοι-ες, 11, έγγαμοι-ες, 10 διαζευγμένοι-ες και 6 χήροι-ες). Λόγω του μικρού πλήθους των χήρων προχωρήσαμε σε συγχώνευση της κατηγορίας αυτής με του διαζευγμένους και η ανάλυση έγινε μεταξύ των υποομάδων : “Άγαμος-η” (43 ερωτώμενοι), “Έγγαμος-η”, 11 ερωτώμενοι και “Διαζευγμένοι-ες / Χήροι-ες”, 16 ερωτώμενοι.

Για κάθε μία σύγκριση εφαρμόστηκε η δοκιμασία ANOVA όταν συνέτρεχαν οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την ομοιογένεια των ομάδων και την κανονικότητα των δειγματικών κατανομών. Αντίθετα όταν οι αναγκαίες αυτές συνθήκες δεν επαληθευόταν, εφαρμόστηκε η αντίστοιχη μη παραμετρική δοκιμασία Kruskal-Wallis.

Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις εικοσιέξι κλίμακες και υποκλίμακες είναι

**Στατιστική Υπόθεση :** Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των τριών κατηγοριών οικογενειακής κατάστασης

Η αποδοχή ή απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού  $p$  το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής των δοκιμασιών ANOVA ή Kruskal - Wallis δίνεται στους παρακάτω πίνακες. Με κίτρινο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν  $p < 0,05$ .

### 10.10.1 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).

Στον πίνακα 10.35 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής διαδικασίας ANOVA για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου FPQ – III. Παρατηρούμε πως σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, δεν προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις.

**Πίνακας 10.35 : Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).**

Κλίμακα	Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας Παραμετρικό Τεστ (ANOVA)	
	F	p
Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain)	1,532	,224
Φόβος που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain)	,671	,515
Φόβος για τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain)	,912	,407
Συνολικός φόβος	,344	,710

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

Στον πίνακα 10.36 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής διαδικασίας ANOVA για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου PASS – 20. Παρατηρούμε πως σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, δεν προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις.

**Πίνακας 10.36 : Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20)**

Κλίμακα	Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας Παραμετρικό Τεστ (ANOVA)	
	F	p
Γνωστικό άγχος (Cognitive factor).	,297	,744
Συμπεριφορά αποφυγής (Escape/avoidance factor).	,035	,966
Φοβικές σκέψεις (Fear factor).	,031	,969
Σωματικές αντιδράσεις άγχους (Physiological anxiety).	,265	,768
Συνολικό Σκορ	,049	,953

### 10.10.3 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)

Στον πίνακα 10.37 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής διαδικασίας ANOVA για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου CAQ. Παρατηρούμε πως σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, δεν προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις.

**Πίνακας 10.37 : Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)**

Κλίμακα	Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας Παραμετρικό Τεστ (ANOVA)	
	F	p
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	,538	,587
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance).	,797	,455
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία.	,990	,377
Συνολική μέση τιμή.	1,092	,342

### 10.10.4 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist- 90 (SCL 90 )

**Πίνακας 10.38 : Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL - 90)**

Κλίμακα	Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας				
	Παραμετρικό Τεστ (ANOVA)		Μη Παραμετρικό Τεστ (Kruskal - Wallis)		
	F	p	X <sup>2</sup>	df	p
Σωματοποίηση	,394	,676			
Ιδεοψυχαναγκασμός	,115	,892			
Διαπροσωπική ευαισθησία	,319	,728			
Κατάθλιψη	1,523	,226			
Άγχος	,229	,796			
Επιθετικότητα	,252	,778			
Φοβικό άγχος	,882	,419			
Παρανοειδή ιδεασμό	,102	,903			
Ψυχωτισμό	,021	,979			
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)	1,467	,238			
Άθροισμα όλων των δεικτών	,362	,697			

Ο φόβος του πόνου σε ασθενείς με ψυχιατρική παθολογία					116
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	,362	,697			
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	,436	,648			
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων			4,270	2	,118

Στον πίνακα 10.38, σελίδα 115, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής διαδικασίας ANOVA ή Kruskal – Wallis για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SCL - 90. Παρατηρούμε πως σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, δεν προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις.

## 10.11 Σύγκριση μεταξύ των κατοίκων μικρής και μεγάλης πόλης.

Στην παράγραφο αυτή υπολογίζουμε τη στατιστική σημαντικότητα των διαφορών που προέκυψαν στις μέσες τιμές των κλιμάκων ανάμεσα στους διαφορετικούς τόπους διαμονής. Πιο συγκεκριμένα, η σύγκριση γίνεται μεταξύ των 11 ερωτώμενων που διέμεναν σε μικρή πόλη (λιγότεροι από 150.000 κάτοικοι) και των 59 ερωτώμενων που διέμεναν σε μεγάλη πόλη (περισσότεροι από 150.000 κάτοικοι). Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις εικοσιέξι υποκλίμακες είναι

**Στατιστική Υπόθεση :** Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των κατοίκων μικρής και μεγάλης πόλης.

Σε κάθε μία στατιστική δοκιμασία πραγματοποιήθηκε πρώτα η δοκιμασία Levene με την οποία ελέγχθηκε η ισότητα των διακυμάνσεων των δύο ανεξαρτήτων ομάδων και ανάλογα με το αποτέλεσμα χρησιμοποιήθηκε και ο κατάλληλος τύπος για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής της δοκιμασίας Independent Samples T-Test δίνεται στις επόμενες παραγράφους ταξινομημένο ανά κάθε ερωτηματολόγιο με την ίδια σειρά που παρουσιάστηκαν και στο προηγούμενο κεφάλαιο. Με κίτρινο χρώμα και έντονα γράμματα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν  $p < 0,05$ .

### 10.11.1 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).

**Πίνακας 10.39 : Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).**

Κλίμακα	Μέγεθος πόλης		Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας		
	Μικρή	Μεγάλη	t	df	p
Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain)	13,0	13,0	-,007	67	,994
Φόβος που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain)	23,3	22,2	,377	67	,707
Φόβος για τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain)	13,9	14,4	-,165	67	,869
Συνολικός φόβος	50,2	49,6	,094	67	,925

Στον πίνακα 10.39 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής διαδικασίας Independent Samples T - Test για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου FPQ - III. Παρατηρούμε πως υπάρχουν μικρές διαφορές στις μέσες τιμές των υποκλιμάκων μεταξύ των κατοίκων μικρής και μεγάλης πόλης, διαφορές που αναμενόμενα δεν προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές.

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

Στον πίνακα 10.40 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής διαδικασίας Independent Samples T - Test για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου PASS - 20. Παρατηρούμε πως οι κάτοικοι μικρής πόλης εμφανίζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές στις κλίμακες από ότι οι κάτοικοι μεγάλης πόλης, χωρίς ωστόσο οι διαφορές αυτές να είναι τόσο μεγάλες ώστε να προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές.

**Πίνακας 10.40 : Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20)**

Κλίμακα	Μέγεθος πόλης		Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας		
	Μικρή	Μεγάλη	t	df	p
Γνωστικό άγχος (Cognitive factor).	9,5	8,5	,635	68	,528
Συμπεριφορά αποφυγής (Escape/avoidance factor).	10,9	8,4	1,729	68	,088
Φοβικές σκέψεις (Fear factor).	10,0	9,1	,552	68	,583
Σωματικές αντιδράσεις άγχους (Physiological anxiety).	9,5	7,3	1,557	68	,124
Συνολικό Σκορ	39,9	33,2	1,232	68	,222

### 10.11.3 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)

**Πίνακας 10.41 : Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)**

Κλίμακα	Μέγεθος πόλης		Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας		
	Μικρή	Μεγάλη	t	df	p
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	2,3	1,7	1,936	68	,057
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance).	2,7	1,9	2,603	68	<b>,011</b>
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία.	1,1	1,0	,465	68	,644
Συνολική μέση τιμή.	2,1	1,6	2,282	68	<b>,026</b>

Στον πίνακα 10.41 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής διαδικασίας Independent Samples T - Test για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου CAQ. Παρατηρούμε πως οι κάτοικοι μικρής πόλης εμφανίζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές στις κλίμακες από ότι οι κάτοικοι μεγάλης πόλης. Επιπλέον, οι διαφορές στις υποκλίμακες αποφυγής δραστηριοτήτων (avoidance) και στη συνολική μέση τιμή προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές.

### 10.11.4 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist- 90 (SCL – 90 )

**Πίνακας 10.42 : Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL - 90)**

Κλίμακα	Μέγεθος πόλης		Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας		
	Μικρή	Μεγάλη	t	df	p
Σωματοποίηση	11,5	7,2	1,866	67	,066
Ιδεοψυχαναγκασμός	13,8	10,6	1,624	67	,109
Διαπροσωπική ευαισθησία	12,9	9,4	1,701	67	,094
Κατάθλιψη	22,6	14,9	2,566	67	<b>,013</b>
Άγχος	10,6	7,0	1,694	67	,095
Επιθετικότητα	5,4	3,1	1,783	67	,079
Φοβικό άγχος	5,8	3,3	1,943	67	,056
Παρανοειδή ιδεασμό	11,5	8,6	1,567	67	,122
Ψυχωτισμό	11,5	6,9	2,292	67	<b>,025</b>
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)	7,9	5,2	2,087	67	<b>,041</b>
Άθροισμα όλων των δεικτών	105,7	71,0	2,441	67	<b>,017</b>
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	1,2	,8	2,441	67	<b>,017</b>

Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	113,6	76,1	2,483	67	<b>,016</b>
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	1,0	1,1	-1,121	66	,266

Στον πίνακα 10.42, σελίδα 118, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής διαδικασίας Independent Samples T - Test για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SCL – 90. Παρατηρούμε πως σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, εκτός από τον δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων, οι ερωτώμενοι που κατοικούν σε μικρή πόλη εμφανίζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές. Η διαφορά μεταξύ των δύο κατηγοριών είναι τόσο μεγάλη ώστε να προκύψει στατιστικώς σημαντική στις υποκλίμακες της Κατάθλιψης, του Ψυχωτισμού, στις διάφορες αιτιάσεις, στο άθροισμα όλων των δεικτών, στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων και στο σύνολο των θετικών συμπτωμάτων.

### 10.12 Σύγκριση των τιμών των κλιμάκων μεταξύ των ερωτώμενων που δήλωσαν πως βίωσαν στρεσογόνο γεγονός στην παιδική ηλικία και των υπολοίπων.

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις αποκρίσεις των ασθενών διαχωρίζοντας τους σε δύο ομάδες ανάλογα με το αν δήλωσαν πως βίωσαν ή όχι κάποιο στρεσογόνο γεγονός στην παιδική τους ηλικία. Οι ομάδες ανάμεσα στις οποίες θα ανιχνεύσουμε διαφοροποιήσεις είναι η ομάδα των 51 ερωτώμενων που δήλωσαν πως βίωσαν κάποιο στρεσογόνο γεγονός και των 19 ερωτώμενων που δήλωσαν το αντίθετο. Για την ανίχνευση τυχόν διαφοροποιήσεων χρησιμοποιούμε τη στατιστική δοκιμασία ελέγχου δύο ανεξαρτήτων δειγμάτων (Independent Samples T-Test). Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις εικοσιέξι κλίμακες και υποκλίμακες είναι

**Στατιστική Υπόθεση :** Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού  $p$  το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Σε κάθε μία στατιστική δοκιμασία πραγματοποιήθηκε πρώτα η δοκιμασία Levene με την οποία ελέγχθηκε η ισότητα των διακυμάνσεων των δύο ανεξαρτήτων ομάδων και ανάλογα με το αποτέλεσμα χρησιμοποιήθηκε και ο κατάλληλος τύπος για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής της δοκιμασίας Independent Samples T-Test δίνεται στις επόμενες παραγράφους ταξινομημένο ανά κάθε ερωτηματολόγιο με την ίδια σειρά που παρουσιάστηκαν και

στο προηγούμενο κεφάλαιο. Με κίτρινο χρώμα και έντονα γράμματα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν  $p < 0,05$ .

#### 10.12.1 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).

**Πίνακας 10.43 : Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).**

Κλίμακα	Μέγεθος πόλης		Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας		
	Μικρή	Μεγάλη	t	df	p
Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain)	13,1	12,8	,154	67	,878
Φόβος που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain)	23,0	20,4	1,073	67	,287
Φόβος για τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain)	15,1	12,1	1,264	67	,211
Συνολικός φόβος	51,2	45,3	1,067	67	,290

Στον πίνακα 10.43 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής διαδικασίας Independent Samples T - Test για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου FPQ - III. Παρατηρούμε πως σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, οι ερωτώμενοι που δήλωσαν πως βίωσαν κάποιο στρεσογόνο γεγονός στην παιδική τους ηλικία εμφανίζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές ωστόσο σε καμία από τις υποκλίμακες η διαφορά δεν είναι τόσο μεγάλη ώστε να προκύπτει στατιστικώς σημαντική.

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

Στον πίνακα 10.44 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής διαδικασίας Independent Samples T - Test για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου PASS - 20. Είναι ιδιαίτερη η παρατήρηση πως σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις, με τους ερωτώμενους που δήλωσαν πως βίωσαν στρεσογόνο γεγονός κατά τη παιδική τους ηλικία να εμφανίζουν μεγαλύτερες τιμές από τους υπολοίπους.



**Πίνακας 10.44 : Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20)**

Κλίμακα	Στρεσογόνο Γεγονός		Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας		
	Ναι	Όχι	t	df	p
Γνωστικό άγχος (Cognitive factor).	9,4	6,5	2,433	68	<b>,018</b>
Συμπεριφορά αποφυγής (Escape/avoidance factor).	9,7	6,2	3,099	68	<b>,003</b>
Φοβικές σκέψεις (Fear factor).	10,1	6,9	2,333	68	<b>,023</b>
Σωματικές αντιδράσεις άγχους (Physiological anxiety).	8,6	5,1	3,126	68	<b>,003</b>
Συνολικό Σκορ	37,8	24,7	3,129	68	<b>,003</b>

### 10.12.3 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)

**Πίνακας 10.45 : Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)**

Κλίμακα	Στρεσογόνο Γεγονός		Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας		
	Ναι	Όχι	t	df	p
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	1,9	1,6	1,383	68	,171
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance).	2,0	2,1	-,454	68	,651
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία.	1,1	,7	2,582	48,5	<b>,013</b>
Συνολική μέση τιμή.	1,7	1,5	1,231	68	,223

Στον πίνακα 10.45 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής διαδικασίας Independent Samples T - Test για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου PASS - 20. Παρατηρούμε πως οι ερωτώμενοι που δήλωσαν πως βίωσαν κάποιο στρεσογόνο γεγονός στην παιδική τους ηλικία εμφανίζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές σε όλες τις υποκλίμακες ωστόσο η διαφορά προκύπτει στατιστικώς σημαντική μόνο στην υποκλίμακα "Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία".

### 10.12.4 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist- 90 (SCL 90 )

Στον πίνακα 10.46, σελίδα 122, παρουσιάζονται συγκριτικά, οι μέσες τιμές στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SCL - 90 μεταξύ ανδρών και γυναικών. Παρατηρούμε πως σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, οι ερωτώμενοι που δήλωσαν πως βίωσαν κάποιο στρεσογόνο γεγονός στην παιδική τους ηλικία εμφανίζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές, ωστόσο μόνο στην υποκλίμακα του Ψυχωτισμού η διαφορά είναι τόσο μεγάλη ώστε να προκύπτει στατιστικώς

σημαντική.

**Πίνακας 10.46 : Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL - 90)**

Κλίμακα	Στρεσογόνο Γεγονός		Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας		
	Ναι	Όχι	t	df	p
Σωματοποίηση	8,5	6,3	1,113	67	,270
Ιδεοψυχαναγκασμός	11,5	9,8	1,005	67	,319
Διαπροσωπική ευαισθησία	10,4	8,9	,873	67	,386
Κατάθλιψη	16,5	14,9	,622	67	,536
Άγχος	8,1	6,1	1,470	55,2	,147
Επιθετικότητα	3,7	2,7	,928	67	,357
Φοβικό άγχος	4,0	2,9	1,012	67	,315
Παρανοειδή ιδεασμό	9,5	7,9	1,052	67	,297
Ψυχωτισμό	8,5	5,2	2,302	43,6	<b>,026</b>
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)	5,9	4,7	1,048	67	,299
Άθροισμα όλων των δεικτών	80,7	64,6	1,316	67	,193
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	,9	,7	1,316	67	,193
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	86,6	69,3	1,330	67	,188
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	1,1	1,1	-,487	66	,628

### 10.13 Σύγκριση των τιμών των κλιμάκων μεταξύ των ερωτώμενων που δήλωσαν πως βίωσαν στρεσογόνο γεγονός στην ενήλικη ζωή και των υπολοίπων.

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις αποκρίσεις των ασθενών διαχωρίζοντας τους σε δύο ομάδες ανάλογα με το αν δήλωσαν πως βίωσαν ή όχι κάποιο στρεσογόνο γεγονός στην ενήλική τους ζωή. Πιο συγκεκριμένα, οι ομάδες ανάμεσα στις οποίες θα ανιχνεύσουμε στατιστικές διαφοροποιήσεις είναι η ομάδα των 55 ερωτώμενων που δήλωσαν πως βίωσαν κάποιο στρεσογόνο γεγονός και των 15 ερωτώμενων που δήλωσαν το αντίθετο. Για την ανίχνευση τυχόν διαφοροποιήσεων χρησιμοποιούμε τη στατιστική δοκιμασία ελέγχου δύο ανεξαρτήτων δειγμάτων (Independent Samples T-Test). Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις εικοσιέξι κλίμακες και υποκλίμακες είναι

**Στατιστική Υπόθεση :** Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού  $p$  το οποίο

παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Σε κάθε μία στατιστική δοκιμασία πραγματοποιήθηκε πρώτα η δοκιμασία Levene με την οποία ελέγχθηκε η ισότητα των διακυμάνσεων των δύο ανεξαρτήτων ομάδων και ανάλογα με το αποτέλεσμα χρησιμοποιήθηκε και ο κατάλληλος τύπος για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής της δοκιμασίας Independent Samples T-Test δίνεται στις επόμενες παραγράφους ταξινομημένο ανά κάθε ερωτηματολόγιο. Με κίτρινο χρώμα και έντονα γράμματα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν  $p < 0,05$ .

#### 10.13.1 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).

Στον πίνακα 10.47, σελίδα 123, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής διαδικασίας Independent Samples T - Test για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου FPQ - III. Παρατηρούμε πως σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, οι ερωτώμενοι που δήλωσαν πως βίωσαν κάποιο στρεσογόνο γεγονός στην ενήλική τους ζωή εμφανίζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές ωστόσο σε καμία από τις υποκλίμακες η διαφορά δεν είναι τόσο μεγάλη ώστε να προκύπτει στατιστικώς σημαντική.

**Πίνακας 10.47 : Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).**

Κλίμακα	Στρεσογόνο Γεγονός		Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας		
	Ναι	Όχι	t	df	p
Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain)	13,5	11,3	,980	67	,331
Φόβος που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain)	23,0	20,0	1,144	67	,257
Φόβος για τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain)	14,7	12,9	,695	67	,489
Συνολικός φόβος	51,1	44,3	1,167	67	,247

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

**Πίνακας 10.48 : Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20)**

Κλίμακα	Στρεσογόνο Γεγονός		Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας		
	Ναι	Όχι	t	df	p
Γνωστικό άγχος (Cognitive factor).	8,9	7,5	1,086	68	,281
Συμπεριφορά αποφυγής (Escape/avoidance factor).	9,0	8,1	,695	68	,489
Φοβικές σκέψεις (Fear factor).	9,6	7,9	1,095	68	,277
Σωματικές αντιδράσεις άγχους (Physiological anxiety).	7,5	8,1	-,402	68	,689
Συνολικό Σκορ	35,0	31,5	,724	68	,471

Στον πίνακα 10.48 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής διαδικασίας Independent Samples T - Test για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου PASS - 20. Παρατηρούμε πως με την εξαίρεση της υποκλίμακας των σωματικών αντιδράσεων άγχους, οι ερωτώμενοι που δήλωσαν πως βίωσαν κάποιο στρεσογόνο γεγονός στην ενήλική τους ζωή εμφανίζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές ωστόσο σε καμία από τις υποκλίμακες η διαφορά δεν είναι τόσο μεγάλη ώστε να προκύπτει στατιστικώς σημαντική.

### 10.13.3 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - (CAQ)

Στον πίνακα 10.49, σελίδα 124, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής διαδικασίας Independent Samples T - Test για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου CAQ. Παρατηρούμε πως οι ερωτώμενοι που δήλωσαν πως βίωσαν κάποιο στρεσογόνο γεγονός στην ενήλική τους ζωή εμφανίζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές σε όλες τις υποκλίμακες ωστόσο σε καμία από τις υποκλίμακες η διαφορά δεν είναι τόσο μεγάλη ώστε να προκύπτει στατιστικώς σημαντική.

**Πίνακας 10.49 : Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)**

Κλίμακα	Στρεσογόνο Γεγονός		Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας		
	Ναι	Όχι	t	df	p
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	1,8	1,6	,865	68	,390
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance).	2,1	1,8	1,040	68	,302
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία.	1,1	,8	1,455	68	,150
Συνολική μέση τιμή.	1,7	1,4	1,340	68	,185

### 10.13.4 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist- 90 (SCL 90 )

Στον πίνακα 10.50, σελίδα 125, παρουσιάζονται συγκριτικά, οι μέσες τιμές στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SCL - 90 μεταξύ ανδρών και γυναικών. Παρατηρούμε πως με την εξαίρεση του δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων, οι ερωτώμενοι που δήλωσαν πως βίωσαν κάποιο στρεσογόνο γεγονός κατά την ενήλική τους ζωή εμφανίζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές, ωστόσο μόνο στην υποκλίμακα του Άγχους η διαφορά είναι τόσο μεγάλη ώστε να προκύπτει στατιστικώς σημαντική.

**Πίνακας 10.50 : Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL - 90)**

Κλίμακα	Στρεσογόνο Γεγονός		Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας		
	Ναι	Όχι	t	df	p
Σωματοποίηση	8,5	5,7	1,366	67	,177
Ιδεοψυχαναγκασμός	11,6	9,2	1,350	67	,182
Διαπροσωπική ευαισθησία	10,6	7,7	1,649	67	,104
Κατάθλιψη	17,1	12,5	1,683	67	,097
Άγχος	8,5	4,3	2,187	67	<b>,032</b>
Επιθετικότητα	3,6	2,9	,529	67	,598
Φοβικό άγχος	3,9	2,9	,848	67	,400
Παρανοειδή ιδεασμό	9,7	6,9	1,764	67	,082
Ψυχωτισμό	8,3	5,4	1,934	32,2	,062
Διάφορες αιπίσεις (π.χ., διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)	6,1	3,9	1,874	67	,065
Άθροισμα όλων των δεικτών	81,8	57,5	1,894	67	,063
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	,9	,6	1,894	67	,063
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	87,9	61,3	1,947	67	,056
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	1,0	1,3	-1,890	15,4	,078

### 10.14 Συσχέτιση της ηλικίας με τις τιμές των υποκλιμάκων

Στην παράγραφο αυτή παρουσιάζουμε την συσχέτιση της ηλικίας με τις τιμές των κλιμάκων και υποκλιμάκων που καταγράφηκαν στην εργασία αυτή. Καθώς τόσο η ηλικία όσο και οι υποκλίμακες είναι συνεχείς αριθμητικές μεταβλητές, ο περισσότερο ενδεδειγμένος τρόπος για την ανίχνευση κάποιας γραμμικής σχέσης είναι ο υπολογισμός του συντελεστή συσχέτισης  $r$  του Pearson.

Τα αποτελέσματα εμφανίζονται στον πίνακα 10.51, σελίδα 126. Παρατηρούμε πως όλες οι υποκλίμακες μπορούν να θεωρηθούν γραμμικά ασυσχέτιστες με την ηλικία. Ενδεχομένως, η μόνη αξιοσημείωτη εξαίρεση είναι η υποκλίμακα της επιθετικότητας του ερωτηματολογίου ψυχοπαθολογίας SCL – 90 η οποία είναι ασθενώς αρνητικά γραμμικά συσχετισμένη με την ηλικία, δηλαδή μία αύξηση της ηλικίας επιφέρει ανάλογη μείωση στην τιμή της επιθετικότητας χωρίς ωστόσο το φαινόμενο αυτό να είναι τόσο ισχυρό. Ο αστερίσκος πάνω από τον αριθμό σημαίνει πως ο υπολογισμός του συντελεστή είναι στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05.

**Πίνακας 10.51: Συσχέτιση της ηλικίας με τις λοιπές υποκλίμακες**

<b>Κλίμακα/Υποκλίμακα</b>	<b>r</b>
<b>Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).</b>	
Ελαφρύς πόνος (Minor Pain subscale)	-,094
Δριμύς πόνος (Severe Pain subscale)	,178
Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale)	-,042
Συνολικός πόνος	,026
<b>Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20)</b>	
Γνωστικό άγχος (Cognitive factor)	-,017
Συμπεριφορά αποφυγής (Escape/avoidance factor)	,025
Φοβικές σκέψεις (Fear factor)	,159
Σωματικές αντιδράσεις άγχους (Physiological anxiety)	-,051
Συνολικό σκορ PASS-20	,038
<b>Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)</b>	
Φόβος και ... (Fear or ...)	-,012
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	,138
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart - focused attention)	,031
Συνολική μέση τιμή	,057
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL - 90)</b>	
Σωματοποίηση	-,098
Ιδεοψυχαναγκασμός	-,092
Διαπροσωπική ευαισθησία	,034
Κατάθλιψη	,043
Άγχος	-,137

Επιθετικότητα	-,259(*)
Φοβικό άγχος	-,150
Παρανοειδή ιδεασμό	-,016
Ψυχωτισμό	-,128
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)	-,188
Άθροισμα όλων των δεικτών	-,091
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	-,091
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	-,102
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	-,141

## 10.15 Σύγκριση της σχιζοφρένειας με τη διπολική διαταραχή.

Στην παράγραφο αυτή χρησιμοποιώντας τη στατιστική μέθοδο της Διωνυμικής Λογιστικής Παλινδρόμησης (Binomial Logistic Regression) προχωρούμε στην πρόβλεψη της διάγνωσης ενός ασθενή.

### 10.15.1 Εισαγωγή

Υπενθυμίζουμε πως κατά τη μέθοδο της Διωνυμικής Λογιστικής Παλινδρόμησης προσεγγίζουμε με τη μέθοδο της γραμμικής παλινδρόμησης το λογάριθμο του λόγου των πιθανοτήτων (odd ratio) να εμφανιστεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας έναντι της συναισθηματικής διαταραχής,

$$z_i = \log ( \pi_i / (1-\pi_i) ),$$

όπου  $\pi_i$  η πιθανότητα ένας ασθενής να έχει σχιζοφρένεια, από τις ανεξάρτητες μεταβλητές  $X_1, X_2, \dots, X_k$  που επιλέξαμε. Το γραμμικό μοντέλο,

$$z_i = \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + c,$$

που προκύπτει, αξιοποιείται με δύο τρόπους. Ο πρώτος τρόπος είναι η πρόβλεψη της διάγνωσης της σχιζοφρένειας για έναν ασθενή για τον οποίο γνωρίζουμε τις τιμές στις ανεξάρτητες μεταβλητές που χρησιμοποιήσαμε. Ο δεύτερος είναι η ανίχνευση της σχέσης που έχει η διάγνωση από κάθε μία ανεξάρτητη μεταβλητή, μέσω της ερμηνείας των συντελεστών του παραπάνω μοντέλου.

Ως ανεξάρτητες μεταβλητές αρχικά χρησιμοποιήσαμε αυτές για τις οποίες προέκυψε εξάρτηση από τη διάγνωση του ασθενούς, σύμφωνα με την ανάλυση των προηγούμενων παραγράφων. Πιο συγκεκριμένα, ως αρχικό σύνολο ανεξαρτήτων μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το παρακάτω :

1. Το φύλο του ερωτώμενου (παράγραφος 10.1, σελίδα 91)
2. Το αν έχει απογόνους ή όχι (παράγραφος 10.1, σελίδα 91)
3. Η απόκριση του στην ερώτηση “Θα λέγατε, ότι φοβάστε τον πόνο;” (παράγραφος 10.1, σελίδα 91)
4. Τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές επεμβάσεις (Medical pain) από το ερωτηματολόγιο FPQ (παράγραφος 10.7.1, σελίδα 104)
5. Τις φοβικές σκέψεις (Fear Factor) από το ερωτηματολόγιο PASS-20 (παράγραφος 10.7.2, σελίδα 105)
6. Το σκορ στην υποκλίμακα “Παρανοειδή ιδεασμός” από το ερωτηματολόγιο SCL-90 (παράγραφος 10.7.4, σελίδα 106)

Το αποτέλεσμα δεν ήταν απολύτως ικανοποιητικό καθώς οι συντελεστές στις μεταβλητές της ερώτησης σχετικά με τον φόβο για τον πόνο αλλά και το φύλο δεν είχαν αποδεκτή στατιστική σημαντικότητα. Σημειώνουμε επιπλέον, πως η ακρίβεια στην πρόγνωση του μοντέλου ήταν 79,7%. Στην επόμενη εφαρμογή προχωρήσαμε στην διορθωτική ενέργεια της αντικατάστασης της ερώτησης “Θα λέγατε, ότι φοβάστε τον πόνο;” από τις αποκρίσεις στις ερωτήσεις :

1. “Έχετε φοβηθεί για το σωματικό πόνο που νιώσατε κάποτε;”
2. Έχετε φοβηθεί για το ψυχικό πόνο που νιώσατε κάποτε;”

Το μοντέλο που προέκυψε είχε απόδοση στην πρόγνωση του 90,6% ενώ εμφανίστηκε μη στατιστική σημαντικότητα στους συντελεστές των μεταβλητών Medical Pain και Fear Factor κάτι που μας οδήγησε να εξάγουμε τις μεταβλητές αυτές από το μοντέλο και να επαναλάβουμε τη διαδικασία. Με ικανοποίηση βρήκαμε πως εξάγοντας τις παραπάνω δύο μεταβλητές δεν μειώθηκε η δυνατότητα πρόγνωσης του μοντέλου.

#### 10.15.2 Αποτελέσματα

Το μοντέλο που καταλήξαμε περιλαμβάνει τις μεταβλητές :

1. Το φύλο του ερωτώμενου
2. Το αν έχει απογόνους ή όχι
3. Την απόκριση στην ερώτηση “Έχετε φοβηθεί για το σωματικό πόνο που νιώσατε κάποτε;”
4. Την απόκριση στην ερώτηση “Έχετε φοβηθεί για το ψυχικό πόνο που νιώσατε κάποτε;”
5. Το σκορ στην υποκλίμακα “Παρανοειδής ιδεασμός” του ερωτηματολογίου SCL-90

Η κωδικοποίηση για την ερμηνεία των παρακάτω πινάκων είναι 0 = “Συναισθηματική διαταραχή” και 1=“Σχιζοφρένεια” (πίνακας 10.52)



**Πίνακας 10.52: Dependent Variable Encoding**

Original Value	Internal Value
Συναισθηματική Διαταραχή	0
Σχιζοφρένεια	1

**Πίνακας 10.53: Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	40,254	5	,000
	Block	40,254	5	,000
	Model	40,254	5	,000

Πρώτα, από τον πίνακα 10.53, σελίδα 129, συμπεραίνουμε πως το μοντέλο που θα αναπτύξουμε έχει απόδοση καλύτερη από την τυχαία επιλογή. Το γεγονός αυτό επικουρικά επιβεβαιώνεται από τον υπολογισμό του ψευδο  $R^2$  με τη μέθοδο Cox & Snell και Nagelkerke (Πίνακας 10.54)

**Πίνακας 10.54: Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	32,747	,532	,712

a Estimation terminated at iteration number 7 because parameter estimates changed by less than ,001.

Η συνολική απόδοση του μοντέλου είναι 90,6%, δηλαδή το μοντέλο που προτείνουμε έχει τη δυνατότητα να διαχωρίζει σωστά 9 στις 10 φορές εάν κάποιος ασθενής πάσχει από σχιζοφρένεια ή από συναισθηματική διαταραχή. Στον πίνακα 10.55 παρουσιάζεται αναλυτικά η δυνατότητα ορθής πρόβλεψης.

**Πίνακας 10.55 :Πρόβλεψη του μοντέλου**

Διάγνωση	Πρόβλεψη διάγνωσης		Ποσοστό επιτυχούς πρόβλεψης
	Συναισθηματική Διαταραχή	Σχιζοφρένεια	
Συναισθηματική Διαταραχή	22	2	91,7%
Σχιζοφρένεια	3	26	89,7%
Συνολικό ποσοστό επιτυχούς πρόβλεψης			90,6%

Ολοκληρώνουμε την παρουσίαση με τους συντελεστές του μοντέλου και τη σημαντικότητα αυτών που παρουσιάζονται στον πίνακα 10.56, σελίδα 130.

**Πίνακας 10.56: Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
FYLO(1)	2,424	1,108	4,781	1	,029	11,288
PAIDIA(1)	-4,889	1,575	9,637	1	,002	,008
Step 1(a) fovos_soma2(1)	-3,312	1,403	5,572	1	,018	,036
fovos_psixi2(1)	5,325	2,046	6,776	1	,009	205,433
scl_90_paranoidi_ideasmo	,466	,147	10,085	1	,001	1,594
Constant	-6,070	2,236	7,369	1	,007	,002

a Variable(s) entered on step 1: FYLO, PAIDIA, fovos\_soma2, fovos\_psixi2, scl\_90\_paranoidi\_ideasmo.

Αν  $\pi_i$  είναι η πιθανότητα μετάβασης από τη συναισθηματική διαταραχή στη σχιζοφρένεια τότε από τον παραπάνω πίνακα γράφουμε :

$$\log \left( \frac{\pi_i}{1-\pi_i} \right) = 2,4 * \text{Φύλο} - 4,9 * \text{Απογόνους} - 3,3 * \text{Φόβος για τον σωματικό πόνο} + 5,3 * \text{Φόβος για τον ψυχικό πόνο} + 0,5 * \text{Παρανοειδή ιδεασμό} - 6,1$$

Από την ερμηνεία των συντελεστών συμπεραίνουμε τα εξής :

1. Για κάθε μία μονάδα αύξηση στην υποκλίμακα “Παρανοειδής ιδεασμός” του ερωτηματολογίου SCL -90 αυξάνεται κατά 1,59 φορές ο λόγος odd ratio για την εμφάνιση σχιζοφρένειας σε κάποιον ασθενή. Καθώς η παραπάνω παρατήρηση δεν είναι εύκολα αντιληπτή από τον μέσο αναγνώστη δίνουμε ένα παράδειγμα :

Αν για δύο ασθενείς γνωρίζουμε πριν τη μέτρηση της τιμής της υποκλίμακας του παρανοειδικούς ιδεασμού πως η πιθανότητα να έχουν σχιζοφρένεια είναι 50%, τότε ο λόγος

odd ratio είναι

$$e^{z_i} = 0,5 / (1-0,5) = 1.$$

Αν ο ένας από αυτούς μετρηθεί να έχει μία μονάδα περισσότερο από τον άλλο στην υποκλίμακα παρανοειδούς ιδεασμού, τότε αυτός θα έχει μεγαλύτερο κατά 1,59 φορές odd ratio από τον άλλο ή ισοδύναμα θα έχει πιθανότητα 61,4% να έχει σχιζοφρένεια, δηλαδή 11,4% μεγαλύτερη πιθανότητα από τον πρώτο.

2. Οι άνδρες έχουν 11,3 φορές μεγαλύτερο odd ratio από ότι οι γυναίκες για την εμφάνιση σχιζοφρένειας.
3. Οι γονείς των παιδιών έχουν 0,008 φορές μικρότερο odd ratio από ότι οι ασθενείς δίχως απογόνου για την εμφάνιση σχιζοφρένειας.
4. Όσοι δηλώνουν πως έχουν φοβηθεί για τον σωματικό πόνο που ένιωσαν κάποια στιγμή στη ζωή τους έχουν 0,036 φορές μικρότερο odd ratio για την εμφάνιση σχιζοφρένειας από ότι οι ασθενείς που έχουν δηλώσει το αντίθετο.
5. Όσοι δηλώνουν πως έχουν φοβηθεί για τον ψυχικό πόνο που ένιωσαν κάποια στιγμή στη ζωή τους έχουν 205,4 φορές μεγαλύτερο odd ratio για την εμφάνιση σχιζοφρένειας από ότι οι ασθενείς που έχουν δηλώσει το αντίθετο.

## 10.16 Πρόβλεψη της ασθένειας

### 10.16.1 Εισαγωγή

Στην παράγραφο αυτή χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της διακριτικής ανάλυσης (Discriminant Analysis) δημιουργούμε μοντέλο πρόβλεψης της ασθένειας από σύνολο κατάλληλων ανεξαρτήτων μεταβλητών. Αναγνωρίζοντας και αξιολογώντας τις διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων, κρίνουμε σκόπιμο να αναζητήσουμε διαφορετικό μοντέλο πρόβλεψης για κάθε φύλο ξεχωριστά.

Υπενθυμίζεται πως η διαδικασία αυτή, χρησιμοποιώντας τα στοιχεία του δείγματος μας, παράγει εξισώσεις, μία για κάθε τιμή της εξαρτημένης μεταβλητής που προσπαθούμε να προβλέψουμε (στην περίπτωση μας δύο εξισώσεις, μία για κάθε ασθένεια) οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να προβλέψουμε την τιμή της εξαρτημένης μεταβλητής για μία νέα παρατήρηση που δεν ανήκει στο δείγμα μας.

### 10.16.2 Επιλογή των ανεξαρτήτων μεταβλητών

Ως αρχικό σύνολο ανεξαρτήτων μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το σύνολο των εικοσιέξι κλιμάκων και υποκλιμάκων της εργασίας αυτής. Ως κριτήριο εισόδου μίας μεταβλητής στο μοντέλο

χρησιμοποιήθηκε η τιμή του στατιστικού F που αντιστοιχεί στη μέθοδο λ του Wilks. Ειδικότερα μία μεταβλητή συμπεριλαμβανόταν στο μοντέλο όταν  $F > 3,84$ .

### 10.16.3 Αποτελέσματα

Δημιουργήθηκαν δύο μοντέλα, ένα για τους άνδρες και ένα για τις γυναίκες. Το μοντέλο για τους άνδρες είχε ως ανεξάρτητες μεταβλητές τις τιμές της υποκλιμάκας “Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις” του ερωτηματολογίου FPQ και “Επιθετικότητα” και “Παρανοειδή ιδεασμό” από το ερωτηματολόγιο ψυχοπαθολογίας SCL – 90. Αντίστοιχα, το μοντέλο για τις γυναίκες είχε ως μοναδική μεταβλητή την υποκλίμακα “Ψυχωτισμός” από το ερωτηματολόγιο ψυχοπαθολογίας SCL – 90.

Στους πίνακες 10.57 και 10.58, σελίδα 133, παρουσιάζονται οι επιδόσεις των δύο μοντέλων. Παρατηρούμε πως τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες είναι περισσότερο πιθανή η σωστή πρόβλεψη της συναισθηματικής διαταραχής από την σχιζοφρένεια. Ειδικότερα, στους άνδρες το ποσοστό σωστής ανίχνευσης της συναισθηματικής διαταραχής είναι 75% ενώ στις γυναίκες είναι 85,7%.

**Πίνακας 10.57 : Πρόβλεψη ασθένειας για τους άνδρες**

		Διάγνωση	Πρόβλεψη		Σύνολο
			Συναισθηματική Διαταραχή	Σχιζοφρένεια	
Α ν δ ρ α ς	Παρατήρηση	Συναισθηματική Διαταραχή	12	4	16
		Σχιζοφρένεια	5	24	29
	Ποσοστό	Συναισθηματική Διαταραχή	75%	25%	100%
		Σχιζοφρένεια	17,2%	82,8%	100%

(\*) 80,0% από τις παρατηρήσεις έχουν ταξινομηθεί ορθά

**Πίνακας 10.58 : Πρόβλεψη ασθένειας για τις γυναίκες**

		Διάγνωση	Πρόβλεψη		Σύνολο
			Συναισθηματική Διαταραχή	Σχιζοφρένεια	
Γ υ ν α ί κ α	Παρατήρηση	Συναισθηματική Διαταραχή	12	2	14
		Σχιζοφρένεια	5	5	10
	Ποσοστό	Συναισθηματική Διαταραχή	85,7%	14,3%	100%
		Σχιζοφρένεια	50%	50%	100%

(\*) 70,8% από τις παρατηρήσεις έχουν ταξινομηθεί ορθά

**Πίνακας 10.59 : Συντελεστές μοντέλου πρόβλεψης ασθένειας για τους άνδρες**

		Διάγνωση	
		Συναισθηματική Διαταραχή	Σχιζοφρένεια
Α ν δ ρ α ς	Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale)	,174	,305
	Επιθετικότητα	-,045	-,271
	Παρανοειδή ιδεασμό	,234	,491
	Σταθερά	-2,173	-5,088

**Πίνακας 10.60 : Συντελεστές μοντέλου πρόβλεψης ασθένειας για τις γυναίκες**

		Διάγνωση	
		Συναισθηματική Διαταραχή	Σχιζοφρένεια
Γυναίκα	Ψυχωτισμός	,166	,329
	Σταθερά	-1,138	-2,435

Περαιτέρω, στους πίνακες 10.59, σελίδα 133 και 10.60, σελίδα 133, παρουσιάζονται οι συντελεστές των εξισώσεων. Ιδιαίτερα, για τους άνδρες οι εξισώσεις είναι

$$\text{Συν. Διαταραχή} = 0,174 * \text{MedPain} - 0,045 * \text{Επιθετικότητα} + 0,234 * \text{Παρανοειδή} - 2,173$$

$$\text{Σχιζοφρένεια} = 0,305 * \text{MedPain} - 0,271 * \text{Επιθετικότητα} + 0,491 * \text{Παρανοειδή} - 5,088,$$

ενώ για τις γυναίκες οι αντίστοιχες εξισώσεις είναι

$$\text{Συναισθηματική Διαταραχή} = 0,166 * \text{Ψυχωτισμός} - 1,138,$$

$$\text{Σχιζοφρένεια} = 0,329 * \text{Ψυχωτισμός} - 2,435.$$

Τέλος, υπενθυμίζεται η χρήση των παραπάνω τύπων :Για μία νέα περίπτωση ασθενούς αρκεί να χρησιμοποιήσουμε το κατάλληλο σύνολο τύπων ανάλογα με το φύλο του και να υπολογίσουμε τις αντίστοιχες τιμές. Η μεγαλύτερη από τις δύο τιμές αντιστοιχεί και στην πρόβλεψη του μοντέλου για την ασθένεια.

## Κεφάλαιο 11 Αποτελέσματα

Όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή, ο γενικός στόχος της εργασίας αυτής είναι η διερεύνηση της σχέσης του συναισθήματος του φόβου του πόνου με την βιωμένη εμπειρία μιας ψυχιατρικής παθολογίας. Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζουμε όλα τα αποτελέσματα που βρήκαμε προς την κατεύθυνση αυτή ύστερα από τη μελέτη ενός δείγματος 70 ψυχιατρικών ασθενών.

### 11.1 Συσχετίσεις με κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες

Ένας από τους στόχους της εργασίας μας ήταν η ανίχνευση και αναφορά συσχετίσεων των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων με άλλες παραμέτρους. Προς την κατεύθυνση αυτή είναι αξιοσημείωτη η παρατήρηση πως το φύλο, βρέθηκε να είναι οριακά μη εξαρτημένο με τη διάγνωση του ασθενή. Ειδικότερα, καταγράφηκε η ένδειξη πως η σχιζοφρένεια συσχετίζεται περισσότερο με το ανδρικό φύλο ενώ η συναισθηματική διαταραχή με το γυναικείο φύλο (πίνακας 10.2).

Αναμενόμενα, βρέθηκε πως το βίωμα ενός στρεσογόνου γεγονότος κατά την παιδική ηλικία εξαρτάται με τις αποκρίσεις στις ερωτήσεις σχετικά με τον σωματικό πόνο κατά το παρελθόν αλλά και τον φόβο για την ασθένεια (πίνακας 10.6, σελίδα 93). Ειδικότερα, ανιχνεύθηκε θετική εξάρτηση στις αποκρίσεις των δύο ερωτήσεων υπό την έννοια πως κάποιος που έχει βιώσει στρεσογόνο γεγονός κατά το παρελθόν τείνει να δηλώνει επίσης πως έχει βιώσει σωματικό πόνο κατά το παρελθόν.

Ενδιαφέρουσα και ίσως απροσδόκητη είναι η παρατήρηση πως δεν προκύπτει ανάλογη συσχέτιση με το βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά την ενήλικη ζωή. Πράγματι, όπως φαίνεται από τον πίνακα 10.9, σελίδα 95, καμία από τις στατιστικές δοκιμασίες που εφαρμόσαμε δεν προέκυψε με στατιστική σημαντικότητα μικρότερη του 0,05. Επιπλέον, σημειώνουμε πως τα στρεσογόνα γεγονότα της ενήλικης ζωής διαφέρουν ποιοτικά από τα αντίστοιχο της παιδικής ηλικίας (πίνακας 8.16, σελίδα 75).

Τέλος, ένα ίσως επίσης απροσδόκητο αποτέλεσμα είναι πως η ηλικία είναι γραμμικά ασυσχέτιστη με τις τιμές των υποκλιμάκων (πίνακας 10.51, σελίδα 126). Ενδεχομένως, η μόνη αξιοσημείωτη εξαίρεση είναι η υποκλίμακα της επιθετικότητας του ερωτηματολογίου ψυχοπαθολογίας SCL – 90 η οποία είναι ασθενώς αρνητικά γραμμικά συσχετισμένη με την ηλικία, δηλαδή μία αύξηση της ηλικίας επιφέρει ανάλογη μείωση στην τιμή της επιθετικότητας χωρίς ωστόσο το φαινόμενο αυτό να είναι τόσο ισχυρό.

## 11.2 Τα αποτελέσματα ανά κλίμακα μελέτης

Η αξιοπιστία των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία μετρήθηκε με το συντελεστή  $\alpha$  του Cronbach. Όλα τα ερωτηματολόγια μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστα ενώ οι συντελεστές που υπολογίστηκαν είναι παρόμοιοι με αυτούς άλλων ερευνών (πίνακας 8.1, σελίδα 64).

### 11.2.1 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).

Οι μέσες τιμές των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου φόβου του πόνου FPQ – III που παρατηρήθηκαν στο δείγμα μας είναι σημαντικά μικρότερες από τις αντίστοιχες τιμές που έχουν παρατηρηθεί σε άλλες μελέτες (πίνακας 9.6, σελίδα 82).

Ο φόβος του πόνου όπως μετράται από το ερωτηματολόγιο αυτό δεν εξαρτάται από την οικογενειακή κατάσταση (παράγραφος 10.10.1, σελίδα 114), από την επαγγελματική κατάσταση (παράγραφος 10.9.1, σελίδα 111), αλλά ούτε από τον τόπο κατοικίας του ερωτώμενου (παράγραφος 10.11.1, σελίδα 117)

Με την εξαίρεση της υποκλίμακας του φόβου για το δριμύ πόνο, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές από τους ασθενείς με συναισθηματική διαταραχή. Ιδιαίτερα, στην υποκλίμακα του φόβου για τον πόνο που προκαλείται από τις ιατρικές επεμβάσεις (Medical Pain) οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν 16,4 μονάδες μέση τιμή, μεγαλύτερη κατά 41,4% από την μέση τιμή 11,6 μονάδες των ασθενών με συναισθηματική διαταραχή, διαφορά που προκύπτει στατιστικώς σημαντική ( $p=0,019$ ). (παράγραφος 10.7.1, σελίδα 104)

Επιπλέον, οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές από τους άνδρες, χωρίς ωστόσο να είναι τόσο μεγαλύτερες ώστε να προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές. (παράγραφος 10.8.1, σελίδα 107)

Σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, οι ερωτώμενοι που δήλωσαν πως βίωσαν κάποιο στρεσογόνο γεγονός τόσο στην παιδική τους ηλικία όσο και στην ενήλικη τους ζωή εμφανίζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές από τους υπολοίπους ωστόσο σε καμία από τις υποκλίμακες η διαφορά δεν είναι τόσο μεγάλη ώστε να προκύπτει στατιστικώς σημαντική. (παράγραφος 10.12.1, σελίδα 120 και (παράγραφος 10.13.1, σελίδα 123)

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

Οι τιμές των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου άγχους για τον πόνο PASS – 20 (πίνακας 9.7,



σελίδα 82) βρέθηκαν να είναι μικρότερες από αυτές που εμφανίστηκαν στην εργασία ορισμού της κλίμακας (McCracken et al, 2002) σε δείγμα που αποτελούνταν από ασθενείς με χρόνιο πόνο ενώ είναι μεγαλύτερες από τον υγιή πληθυσμό (Abrams et al, 2007), (πίνακας 9.9, σελίδα 83).

Το άγχος για τον πόνο όπως μετράται από το ερωτηματολόγιο αυτό δεν εξαρτάται από την οικογενειακή κατάσταση (παράγραφος 10.10.2, σελίδα 114) αλλά και από την επαγγελματική κατάσταση (παράγραφος 10.9.2, σελίδα 111).

Οι κάτοικοι μικρής πόλης εμφανίζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές στις κλίμακες άγχους για τον πόνο από ότι οι κάτοικοι μεγάλης πόλης, χωρίς ωστόσο οι διαφορές αυτές να είναι τόσο μεγάλες ώστε να προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές (παράγραφος 10.11.2, σελίδα 117).

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές από τους ασθενείς με συναισθηματική διαταραχή. Ιδιαίτερα, στην υποκλίμακα των φοβικών σκέψεων (Fear Factor) οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν 10,4 μονάδες μέση τιμή, μεγαλύτερη κατά 35,1% από την μέση τιμή 7,7 μονάδες των ασθενών με συναισθηματική διαταραχή, διαφορά που προκύπτει στατιστικώς σημαντική ( $p=0,031$ ). (παράγραφος 10.7.2, σελίδα 105)

Οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές από τους άνδρες, χωρίς ωστόσο να είναι τόσο μεγαλύτερες ώστε να προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές. (παράγραφος 10.8.2, σελίδα 108)

Είναι εντυπωσιακή η παρατήρηση πως σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις, με τους ερωτώμενους που δήλωσαν πως βίωσαν στρεσογόνο γεγονός κατά τη παιδική τους ηλικία να εμφανίζουν μεγαλύτερες τιμές από τους υπολοίπους. (παράγραφος 10.12.2, σελίδα 120)

Παρατηρούμε πως με την εξαίρεση της υποκλίμακας των σωματικών αντιδράσεων άγχους, οι ερωτώμενοι που δήλωσαν πως βίωσαν κάποιο στρεσογόνο γεγονός στην ενήλική τους ζωή εμφανίζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές ωστόσο σε καμία από τις υποκλίμακες η διαφορά δεν είναι τόσο μεγάλη ώστε να προκύπτει στατιστικώς σημαντική. (παράγραφος 10.13.2, σελίδα 124)

### 11.2.3 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)

Οι τιμές των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου άγχους για την λειτουργία της καρδιάς είναι συγκρίσιμες με αυτές της εργασίας (Eifert et al., 2000) οι οποίες υπολογίστηκαν από δείγμα 188 καρδιολογικών ασθενών (πίνακα 9.11, σελίδα 84).

Το άγχος για την καρδιακή λειτουργία όπως μετράται από το ερωτηματολόγιο αυτό δεν εξαρτάται από την οικογενειακή κατάσταση (παράγραφος 10.10.3, σελίδα 115) αλλά και από την επαγγελματική κατάσταση (παράγραφος 10.9.3, σελίδα 112).

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές από τους ασθενείς με συναισθηματική διαταραχή, χωρίς ωστόσο να είναι τόσο μεγαλύτερες ώστε να προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές. (παράγραφος 10.7.3, σελίδα 105)

Οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές από τους άνδρες, χωρίς ωστόσο να είναι τόσο μεγαλύτερες ώστε να προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές. (παράγραφος 10.8.3, σελίδα 108)

Οι ερωτώμενοι που δήλωσαν πως βίωσαν κάποιο στρεσογόνο γεγονός στην παιδική τους ηλικία εμφανίζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές σε όλες τις υποκλίμακες ωστόσο η διαφορά προκύπτει στατιστικώς σημαντική μόνο στην υποκλίμακα “Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία”. (παράγραφος 10.12.3, σελίδα 121)

Οι ερωτώμενοι που δήλωσαν πως βίωσαν κάποιο στρεσογόνο γεγονός στην ενήλική τους ζωή εμφανίζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές σε όλες τις υποκλίμακες ωστόσο σε καμία από τις υποκλίμακες η διαφορά δεν είναι τόσο μεγάλη ώστε να προκύπτει στατιστικώς σημαντική. (παράγραφος 10.13.3, σελίδα 124)

Αξιομνημόνευτη είναι η παρατήρηση πως οι κάτοικοι μικρής πόλης εμφανίζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές στις κλίμακες από ότι οι κάτοικοι μεγάλης πόλης. Επιπλέον, οι διαφορές στις υποκλίμακες αποφυγής δραστηριοτήτων (avoidance) και στη συνολική μέση τιμή προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές. (παράγραφος 10.11.3, σελίδα 118).

#### 11.2.4 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist- 90 (SCL 90 )

Οι τιμές των περισσότερων από τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ψυχοπαθολογίας είναι συγκρίσιμες με τις ανάλογες τιμές που έχουν παρατηρηθεί σε υγιά πληθυσμό (διαγράμματα 6, 7 και 8, σελίδες 86 και 86 αντίστοιχα).

Οι τιμές των υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας δεν εξαρτάται από την οικογενειακή κατάσταση (παράγραφος 10.10.4, σελίδα 115) αλλά και από την επαγγελματική κατάσταση (παράγραφος 10.9.4, σελίδα 112).

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές από τους ασθενείς με συναισθηματική διαταραχή. Ιδιαίτερα, στην υποκλίμακα του παρανοειδή ιδεασμού οι ασθενείς με

σχιζοφρένεια έχουν 10,5 μονάδες μέση τιμή, μεγαλύτερη κατά 45,8% από την μέση τιμή 7,2 μονάδες των ασθενών με συναισθηματική διαταραχή, διαφορά που προκύπτει στατιστικώς σημαντική ( $p=0,013$ ). (παράγραφος 10.7.4, σελίδα 106)

Από το σύνολο των 14 υποκλιμάκων που μετρήθηκαν στις 11 από αυτές οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές από τους άνδρες ενώ στις υπόλοιπες τρεις υπερτερούν οι άνδρες. Ιδιαίτερα, στις υποκλίμακες της διαπροσωπικής ευαισθησίας, του φοβικού άγχους και του δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων η διαφορά των μέσων τιμών μεταξύ ανδρών και γυναικών προκύπτει στατιστικώς σημαντική. (παράγραφος 10.8.4, σελίδα 109)

Οι ερωτώμενοι που δήλωσαν πως βίωσαν κάποιο στρεσογόνο γεγονός στην παιδική τους ηλικία εμφανίζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές, ωστόσο μόνο στην υποκλίμακα του Ψυχωτισμού η διαφορά είναι τόσο μεγάλη ώστε να προκύπτει στατιστικώς σημαντική. (παράγραφος 10.12.4, σελίδα 121)

Με την εξαίρεση του δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων, οι ερωτώμενοι που δήλωσαν πως βίωσαν κάποιο στρεσογόνο γεγονός κατά την ενήλική τους ζωή εμφανίζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές, ωστόσο μόνο στην υποκλίμακα του Άγχους η διαφορά είναι τόσο μεγάλη ώστε να προκύπτει στατιστικώς σημαντική. (παράγραφος 10.13.4, σελίδα 125)

Σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, εκτός από τον δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων, οι ερωτώμενοι που κατοικούν σε μικρή πόλη εμφανίζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές. Η διαφορά μεταξύ των δύο κατηγοριών είναι τόσο μεγάλη ώστε να προκύψει στατιστικώς σημαντική στις υποκλίμακες της Κατάθλιψης, του Ψυχωτισμού, στις διάφορες αιτιάσεις, στο άθροισμα όλων των δεικτών, στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων και στο σύνολο των θετικών συμπτωμάτων. (παράγραφος 10.11.4, σελίδα 118)

### 11.3 Διαφοροποιήσεις μεταξύ σχιζοφρένειας και διπολικής διαταραχής

Στην παράγραφο 10.15, σελίδα 127, χρησιμοποιώντας τη στατιστική διαδικασία της διωνυμικής λογιστικής παλινδρόμησης (binomial logistic regression) εντοπίσαμε στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο ασθενειών. Λόγω της φύσης της διαδικασίας τα αποτελέσματα δίνονται χρησιμοποιώντας το λόγο των πιθανοτήτων μετάβασης από τη διπολική διαταραχή στη σχιζοφρένεια, γνωστότερος και ως odd ratio. Βρήκαμε πως :

1. Για κάθε μία μονάδα αύξηση στην υποκλίμακα “Παρανοειδής ιδεασμός” του ερωτηματολογίου SCL -90 αυξάνεται κατά 1,59 φορές ο λόγος odd ratio για την εμφάνιση σχιζοφρένειας σε κάποιον ασθενή.

2. Οι άνδρες έχουν 11,3 φορές μεγαλύτερο odd ratio από ότι οι γυναίκες για την εμφάνιση σχιζοφρένειας.
3. Οι γονείς των παιδιών έχουν 0,008 φορές μικρότερο odd ratio από ότι οι ασθενείς δίχως απογόνους για την εμφάνιση σχιζοφρένειας.
4. Όσοι δηλώνουν πως έχουν φοβηθεί για τον σωματικό πόνο που ένιωσαν κάποια στιγμή στη ζωή τους έχουν 0,036 φορές μικρότερο odd ratio για την εμφάνιση σχιζοφρένειας από ότι οι ασθενείς που έχουν δηλώσει το αντίθετο.
5. Όσοι δηλώνουν πως έχουν φοβηθεί για τον ψυχικό πόνο που ένιωσαν κάποια στιγμή στη ζωή τους έχουν 205,4 φορές μεγαλύτερο odd ratio για την εμφάνιση σχιζοφρένειας από ότι οι ασθενείς που έχουν δηλώσει το αντίθετο.

#### 11.4 Πρόβλεψη της ασθένειας από κατάλληλο σύνολο ανεξαρτήτων μεταβλητών

Χρησιμοποιώντας τη διαδικασία της διακριτικής ανάλυσης δημιουργήσαμε μοντέλο πρόβλεψης για την ασθένεια για τους άνδρες και τις γυναίκες ξεχωριστά. Χρησιμοποιώντας κατάλληλο στατιστικό τρόπο επιλέχθηκαν οι ανεξάρτητες μεταβλητές για κάθε ένα μοντέλο. Ειδικότερα, το μοντέλο για τους άνδρες είχε ως ανεξάρτητες μεταβλητές τις τιμές της υποκλιμάκας “Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις” του ερωτηματολογίου FPQ και “Επιθετικότητα” και “Παρανοειδή ιδεασμό” από το ερωτηματολόγιο ψυχοπαθολογίας SCL – 90. Αντίστοιχα, το μοντέλο για τις γυναίκες είχε ως μοναδική μεταβλητή την υποκλίμακα “Ψυχωτισμός” από το ερωτηματολόγιο ψυχοπαθολογίας SCL – 90.

Στους πίνακες 10.57 και 10.58, σελίδα 133, παρουσιάζονται οι επιδόσεις των δύο μοντέλων. Παρατηρούμε πως τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες είναι περισσότερο πιθανή η σωστή πρόβλεψη της συναισθηματικής διαταραχής από την σχιζοφρένεια. Ειδικότερα, στους άνδρες το ποσοστό σωστής ανίχνευσης της συναισθηματικής διαταραχής είναι 75% ενώ στις γυναίκες είναι 85,7%.

## Κεφάλαιο 12 Συζήτηση

Η εμπειρία του πόνου δύνανται να «ξυπνήσει» ένα σύνολο εξαιρετικά αρνητικών σκέψεων, αλλά και να ενεργοποιήσει, επίσης, καλά κρυμμένους φόβους άλλων τραυματικών καταστάσεων (Ledoux, 1998, Gatchel, et al., 2007). Η εργασία μας συνεισφέρει στην διευκρίνιση αυτής της σχέσης με τη διαπίστωση πως το βίωμα ενός στρεσογόνου γεγονότος κατά την παιδική ηλικία σχετίζεται στατιστικά με την απόκριση στην ερώτηση σχετικά με τον σωματικό πόνο κατά το παρελθόν αλλά και τον φόβο για την ασθένεια (πίνακας 10.6, σελίδα 93). Συνάγεται πως το βίωμα ενός στρεσογόνου γεγονότος κατά την παιδική ηλικία οδηγεί στην αποτύπωση αυτού, αλλά και μεγαλώνει τις πιθανότητες για ανάπτυξη φόβου για την ασθένεια. Οι παρατηρήσεις αυτές επαληθεύουν προγενέστερες έρευνες (Ledoux, 1998).

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με πόνο έχουν περισσότερα σωματικά προβλήματα, αλλά λιγότερους ψυχολογικούς παράγοντες να συμβάλλουν στην αναπηρία τους σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς (Mailis-Gagnon A., Nicholson K., Yegneswaran B., Zurowski M., 2008). Στο πλαίσιο των παραπάνω παρατηρήσεων αρμόζει να αναφερθεί το εύρημα της παρούσης πως το βίωμα ενός στρεσογόνου γεγονότος κατά την ενήλικη ζωή δεν εξαρτάται στατιστικά με τις αποκρίσεις στις ερωτήσεις σχετικά με τον σωματικό πόνο κατά το παρελθόν αλλά και τον φόβο για την ασθένεια (πίνακα 10.9, σελίδα 95), αν και η ηλικία προκύπτει γραμμικά ασυσχέτιστη με τις τιμές των υποκλιμάκων (πίνακας 10.51, σελίδα 126). Δηλαδή, καταδεικνύεται πως το πέρασμα του ανθρώπου στην ενήλικη ζωή συνοδεύεται και με μία μεγαλύτερη ψυχολογική αντοχή στα συμβάντα πόνου, χωρίς όμως να είναι δυνατός ο εντοπισμός του μέτρου μίας τέτοιας σχέσης. Σημειώνουμε επιπλέον πως τα στρεσογόνα γεγονότα της ενήλικης ζωής διαφέρουν ποιοτικά από τα αντίστοιχα της παιδικής ηλικίας (πίνακας 8.16, σελίδα 75).

Ένας βασικός ερευνητικός στόχος της εργασίας μας ήταν η υπόθεσή μας είναι ότι τα άτομα που νοσούν από κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου και υψηλότερα από αυτά που διαπιστώθηκαν σε δείγμα υγιούς πληθυσμού. Η εργασία μας συνεισφέρει προς την κατεύθυνση αυτή δείχνοντας πως οι ασθενείς με σχιζοφρένεια διαφοροποιούνται από τους ασθενείς με διπολική διαταραχή. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, σχεδόν στο σύνολο των κλιμάκων που μελετήθηκαν, παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές από τους ασθενείς με συναισθηματική διαταραχή, διαφορά που σε πολλές από τις περιπτώσεις προκύπτει στατιστικώς σημαντική (παράγραφος 10.7.1, σελίδα 104).

Περαιτέρω, είναι γνωστό και καταγεγραμμένο στη σχετική βιβλιογραφία πως τα άτομα με σχιζοφρένεια δείχνουν σχετική αναισθησία στον φυσικό πόνο (Kreapelin, 1919, Bleuler, 1911/1950) ενώ η συχνότητα των παραπόνων για πόνο στην σχιζοφρένεια εμφανίζεται να είναι χαμηλότερη σε

σχέση με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (Merskey 1965, Spear 1976, Delaplaine et al. 1978, Watson et al. 1981), (Dworkin H. Robert, 1994). Στο πλαίσιο των παραπάνω παρατηρήσεων τοποθετείται το αποτέλεσμα της παρούσης εργασίας πως μεταξύ των ασθενών με διπολική διαταραχή και των ασθενών με σχιζοφρένεια υπάρχει σαφής διάκριση των αποκρίσεων σχετικά με το φόβο για το σωματικό πόνο, όπως καταδεικνύεται από τα αποτελέσματα της λογιστικής παλινδρόμησης (παράγραφος 10.15, σελίδα 127). Αντίθετα, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια εμφανίζουν ιδιαίτερη ευαισθησία στον ψυχικό πόνο, πόνος που τους προκαλεί ιδιαίτερο φόβο και τους διαχωρίζει από τους ασθενείς διπολικής διαταραχής.

Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι, οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες, αναλαμβάνουν το ρόλο του σημαντικότερου παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη και την διατήρηση ψυχιατρικών διαταραχών, διαταραχών της προσωπικότητας και ψυχοπαθολογίας (Leserman et al., 1998; Carlier et al., 2000; Johnson et al., 2000; Bandelow et al, 2002). Η εργασία μας συμβάλει στην κατεύθυνση αυτή δείχνοντας πως οι ασθένειες της σχιζοφρένειας και της διπολικής διαταραχής δεν διαφοροποιούνται ως προς τη βαρύτητα της αιτιακής σχέση που ενδεχομένως να υπάρχει μεταξύ της ύπαρξης της ασθένειας και στρεσογόνων σωματικών ή ψυχικών γεγονότων κατά την παιδική ηλικία. (παράγραφος 10.1, σελίδα 91)

Τέλος, είναι αξιοσημείωτη η ανίχνευση της υψηλής θετικής γραμμικής συσχέτισης μεταξύ των υποκλιμάκων του φόβου και του άγχους του πόνου (παράγραφος 9.3, σελίδα 87) παρατηρήσεις που συμφωνούν με άλλες που έχουν αναφερθεί στο παρελθόν στη διεθνή βιβλιογραφία (Reiss et al., 1986; Asmundson & Taylor, 1996; Asmundson, et al., 2004; Norton & Asmundson, 2004)

## Περίληψη

Ο φόβος του πόνου αποτελεί ένα πυρηνικό θέμα, στο πλαίσιο της έρευνας για τον πόνο και τις επιπτώσεις του. Η αξιολόγηση των ασθενών σε σχέση με την επίδραση του φόβου και του άγχους, στην ένταση και στην αντιμετώπιση της επώδυνης εμπειρίας, είναι ένας στόχος προκλητικός, λόγω της ευρείας ποικιλίας των πληροφοριών που απαιτείται για μια γενική αξιολόγηση του πόνου.

Σκοπός: Ο στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης του συναισθήματος του φόβου του πόνου με την βιωμένη εμπειρία μιας ψυχιατρικής παθολογίας στα άτομα που νοσηλεύονται με κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για περιγραφική μελέτη συσχέτισης με συγχρονικές συγκρίσεις. Το δείγμα αποτέλεσαν εβδομήντα ασθενείς που νοσηλεύονταν σε ψυχιατρική κλινική. Η μέτρηση των απαραίτητων παραμέτρων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση τεσσάρων κλιμάκων. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε κατάλληλα διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο καταγραφής ψυχοκοινωνικών δεδομένων.

Αποτελέσματα: Το στρεσογόνο γεγονός στην παιδική ηλικία είναι παράγοντας γένεσης φόβου για τον σωματικό πόνο. Επιπλέον, υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια από τους ασθενείς που πάσχουν από συναισθηματική διαταραχή. Ενδεικτικά, αναφέρεται πως οι ασθενείς με σχιζοφρένεια εμφανίζουν ιδιαίτερη ευαισθησία στον ψυχικό πόνο, πόνος που τους προκαλεί ιδιαίτερο φόβο και τους διαχωρίζει από τους ασθενείς διπολικής διαταραχής.

Συμπεράσματα: Η γένεση και η εξέλιξη του συναισθήματος του φόβου του πόνου εξαρτάται από τα βιώματα του κατά την παιδική ηλικία αλλά και την ευρύτερη ψυχοκοινωνική του κατάσταση. Προτείνεται η ενημέρωση και εκπαίδευση του ειδικού προσωπικού με στόχο τη βελτίωση της ικανότητας διάγνωσης του ιδιαίτερου αυτού φόβου στους ασθενείς κάθε κατηγορίας.

Λέξεις κλειδιά: φόβος του πόνου, σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή.

### **Abstract**

Fear of pain and its consequences is a central issue in the research on pain. The evaluation of patients with respect to the influence of the fear of the pain and anxiety as well as the tension and the possible relation with the painful experience it is a challenging goal, given the wide variety of information needed for an overall assessment of pain.

**Aim:** The aim of this study is to investigate the potential relationship of the fear of pain with the experience of psychiatric pathology in persons hospitalized with a psychiatric problem.

**Methodology:** A correlational, cross – sectional design was designed. The study sample consisted of seventy patients hospitalized in a psychiatric clinic. Well known scale were used in order to measure the necessary parameters.

**Results:** The stressful event in childhood is a factor influencing the appearance of the fear of physical pain in the adulthood. Moreover, differentiation was appeared between patients with schizophrenia and patients suffering from bipolar disorder. An indicative result is that patients with schizophrenia are particularly sensitive to psychic pain.

**Conclusions:** The genesis and evolution of the emotion of the fear of the pain depends on the experiences of childhood and the wider psycho-social situation. We propose the establishment of educational programs for the health care staff in order to improve the diagnostic ability of the fear of the pain.

**Key Words:** fear of pain, schizophrenia, bipolar disorder.



## Βιβλιογραφία

1. Albus, M. et al.(1982). Situational reactivity of autonomic functions in schizophrenic patients. *Psychiatry Research*, 6:361-370
2. Almeida JG., Kurita GP., Pimenta CA. (2010). Chronic pain in schizophrenic patients: prevalence and characteristics. *Cad. Saude Publica*. March, Vol 26(3): 591-602.
3. Ασημάκης, Π. Ph.D., Υπερβατικός Διαλογισμός. Aquarius
4. Arieti, S. (1945). Primitive habits and perceptual alternations in the terminal stage of schizophrenia. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 53:378-384
5. Autie A., Montreuil M., Moulhier V., Braha S., Wojakiewicz A., Januel D. (2009). Pain and schizophrenia: myth and reality. *Encephale*. Sep;35(4):297-303. Epub 2008 Oct 23.
6. Bateson, GD, Jackson, J, Haley, J, and Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science* 1,251-264.
7. Bender, L., and Schilder, P. (1930). Unconditioned and conditioned reactions to pain in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 138:37-39 Bengtson A., Herlitz J., Karlsson T. & Hjalmarson A., 1996, Distress correlates with the degree of chest pain: a description of patients awaiting revascularization. *Heart*. March, Vol. 75(3): 257-260.
8. Benjamin S., Morris S., McBeth J., Macfarlane G., Silman A. (2000). The association between chronic widespread pain and mental disorder. *Arthritis & Rheumatism*, March, Vol. 43(3),pp 561-567.
9. Bennet RM., Burckhanrdt CS, Clark SR., O'Reilly CA., Wiens AN., Campbell SM. (1996). Group treatment of fibromyalgia. *J. Rheumatol.*, Vol. 23: 521-8.
10. Ben-Tovim, D.I. and Schwartz, M.S.(1981). Hypoalgesia in depressive illness. *British Journal of Psychiatry*, 138:37-39
11. Bleuler, E. *Dementia Praecox, or the Group of Schizophrenias*. (1911).Translated by J. Zinkin. New York, NY: International Universities Press, 1950
12. Bonnot, O. MD, PhD; Anderson, G. M. PhD; Cohen, D. MD, PhD; Willer, Jean Claude MD, DrSC; Tordjman, S. MD, PhD. (2009). Are patients with Schizophrenia insensitive to pain? A reconsideration of the question. *The Clinical Journal of Pain*, March/April:25(3):244-252
13. Bonnot O., Tordjman S. (2008). Schizophrenia and pain reactivity. *Presse Med*. Nov;37(11):1561-8
14. Bowen, MA (1960). A family concept of schizophrenia In DD Jackson, ed. *The etiology of schizophrenia*. New York: Basic Books
15. Brecheton K.(1997). Non pharmacological pain management. *Manual of acute pain management in children*. Pp.101-108
16. Buchsbaum, M.S. et al.(1980). Diagnostic classification and the endorphin hypothesis of schizophrenia: Individual differences and psychopharmacological strategies. New York, N.Y.: Raven Press, pp. 177-181
17. Buchsbaum, M.S.; et al.(1986). Topographic differences between normals andschizophrenics: The N120 evoked potential component. *Biological Psychiatry*, 15:1-6

18. Gabriel M. (1997). Manual acute pain management in children. *Oncology*. Pp.129-139 Castro M., Kraychete D., Daltro C., Lopes J., Menezes R., Oliveira I., 2009, Comorbid anxiety and depression disorders in patients with chronic pain. *Arq. Neuropsiquiatr.*, Dec., Vol. 67(4): 982-5.
19. Clark, W.C., and Mehl, L.(1976). Thermal pain: Sensory (d') and Criterion(Lx) Differences Between Psychiatric Patients and Normals. Presented on the 21<sup>st</sup> International Congress of Psychology, Paris, France, July 1976
20. Clark, W.C. and Yang, J. C.(1983). Applications of sensory decision theory to problems in laboratory and clinical pain. In Melzack, R. ed. *Pain Measurement and Assessment*. New York, N.Y.: Raven Press
21. Collins, L.G., and stone, L.A.(1966). Pain sensitivity, age, and activity level in chronic schizophrenics and in normals. *British Journal of Psychiatry*, 112:33-35
22. Croft P., Rigpy AS., Boswell R., Schollum J., Silman AJ. (1993). The prevalence of chronic widespread pain in the general population. *J. Rheumatol.*, Vol. 20: 710-3.
23. Davis, G.C. et al. (1979a). Analgesia to painful stimuli in affective illness. *American Journal of Psychiatry*, 136:1148-1151
24. Davis G.C. et al. (1980). Pain and psychiatric illness. Eds. *Pain, Discomfort, and Humanitarian Care*. Pp.221-231
25. Delaplaine, R.; Ifabumuyi, O.I.; Merskey, H.; and Zarfes, J.(1978). Significance of pain in psychiatric hospital patients. *Pain*, 4:361-366
26. Despopoulos A., Silbernagl S., (1984). *Colors Atlas of Physiology*. 2<sup>nd</sup> ed, Verlag
27. Dian Stein, *Essential energy balancing*. The crossing press.
28. Dworkin H.R. et al(1993a). Affective deficits and pain insensitivity in schizophrenia. *Motivation and Emotion*, 17:245-276
29. Dworkin H. Robert,(1994). Pain Insensitivity in Schizophrenia: A Neglected Phenomenon and Some Implications. *Schizophrenia Bulletin* 20(2): 235-248
30. Earle,A. and Earle, B.V.(1955). The blood pressure response to pain and emotion in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 121:132-139.
31. Feuerstein M., Beattie P. (1995). Biobehavioral factors affecting pain and disability in low back pain: mechanisms and assessment. *Phys. Ther.*, Vol. 75: 267-280.
32. Feuerstein M., Labbe F., Kuczmierczyk AR. (1986). *Health Psychology: A psychobiological Perspective*. New York, NY: Plenum Press.
33. Feuerstein M., Papciak A., Hoon P. (1987). Biobehavioral mechanisms of chronic low back pain. *Clin. Psych. Rev.*, Vol. 7:243-273.
34. Fishbain, D.A.(1982). Pain insensitivity in psychosis. *Annals of Emergency Medicine*, 11:630-632
35. Fleet RP, Martel JP, Lavoie KL, Dupuis G, Beitman BD. (2000). Non- fearful panic disorder: a variant of panic in medical patients?. *Psychosomatics*, Jul.- Aug., Vol. 41(4): 311-20.
36. Flor H., Turk DC., Birbaumer N. (1985). Assessment of stress- related psychophysiological reactions in chronic back pain patients. *J. Consult Clin. Psychol.* Vol. 53:354-364.
37. Freud, S (1911). *On Psychopathology*. London: Peuguin Freud Library

38. Friedman, C & Friedman, A (1970). Characteristics of Schizophrenic families during a joint story-telling task. *Family process* 9, 333- 354.
39. Gatchel, Robert J. (2004). Comorbidity of Chronic Pain and Mental Health Disorders: The Biopsychosocial Perspective. *American Psychologist*. Vol. 59(8), Nov., pp. 795-805.
40. Golden, C.J., Moses, J.A. & Zelazowski. Cerebral ventricular size and neurophysiological impairment in young chronic schizophrenics. *Archives of General Psychiatry* 37, 619- 626.
41. Gowdy, J.M. (1979). Headaches after lumbar puncture and insensitivity to pain in psychiatric patients[ Letter] *New England Journal of Medicine*, 301:110-111
42. Hall, K.R.L., and Stride, E. (1954). The varying response to pain in psychiatric disorders: A study in abnormal psychology. *British journal in Medical Psychology*, 27:48-60
43. Helen Singer Kaplan MD., PhD; Clifford J. Sager MD., Saul Schwartz MD., Alan Kaye MD and George B.J. Glass MD. (1970). Post-Gastrectomy Pain and Schizophrenia. *Psychosomatics* 11: 157-163
44. Hemphill, R.E.; Hall, K.R.L.; and Crookes, T.G.(1952). A preliminary report on fatigue and pain tolerance in depressive and psychoneurotic patients. *Journal of Mental Science*, 98:433-440
45. Hocaoglu C., Gulec MY., Durmus I. (2008). Psychiatric comorbidity in patients with chest pain without a cardiac etiology. *Isr. Psychiatry Relat. Sci.*, Vol. 45(1): 49-54.
46. Hollin GJ., Derbyshire SW. (2009). Cold pressor pain reduces phobic fear but fear does not reduce pain. *J. Pain*, Oct., Vol.10(10): 1058-64.
47. Hussar, A.E. (1965). Coronary heart disease in chronic schizophrenic patients: A clinicopathologic study. *Circulation*, 31:919-929
48. Javitt, D.C. and Zukin, S.R.(1991). Recent advances in the phencyclidine model of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 148: 1301-1308
49. Johnson E.,(2009). Σημειώσεις στην Ανατομία του πόνου., Αναπλ.Καθ. Ανατομίας. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
50. Johnstone, EC, Crow, TJ, and Frith, TJ. Cerebral ventricular size and cognitive impairment in chronic schizophrenia. *Lancet* 2, 925- 926.
51. Καλφακάκου Β.,(2009). Σημειώσεις Φυσιολογίας του Νευρικού Συστήματος και του Πόνου., Αν.Καθ. Φυσιολογίας. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
52. Kane E.M.,et al.(1971). Response to cutaneous pain in mental hospital patients. *Journal of Abnormal Psychology* ,77:52-60
53. Kane FJ. Jr., Harper RG., Wittels E. (1988). Angina as a symptom of psychiatric illness. *South Med. J.*, Nov., Vol. 81(11): 1412-6.
54. Kraepelin, E.(1919). *Dementia Praecox and Paraphrenia*. Edinburgh, Scotland: E. and S. Livingstone
55. Lethem J., Slade PD., Troup JDG., Bentley G. (1983). Outline of a fear-avoidance model of exaggerating pain perception. *I. Behav. Res. Ther.*, Vol. 21: 401-408.
56. Lewis, JM, Rodmick EH & Goldstein, MJ. Intrafamilial interactive behavior, parental communication deviance and risk for schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 95, 60-66
57. Lidz, T. (1973). *The origin and treatment of schizophrenic disorders*. New York: Basic Books
58. Lieberman, A.L.(1955). Painless myocardial infarction in psychotic patients. *Geriatrics*, 10:579-580

59. Mailis-Gagnon A., Nicholson K., Yegneswaran B., Zurowski M. (2008). Pain characteristics of adults 65 years of age and older referred to a tertiary care pain clinic. *Pain Res. Manag.*, Sep- Oct., Vol. 13(5): 389-394.
60. Main CJ., Watson PJ.(1999). Psychological aspects of pain. *Man. Ther.*, Nov., Vol. 4(4): 203-15.
61. Malmö, R.B.; Shagass, C; and Smith, A.A.(1951). Responsiveness in chronic schizophrenia. *Journal of Personality*, 19:359-375
62. Marchand, W.E. (1955). Occurrence of painless myocardial infarction in psychotic patients. *New England Journal of Medicine*, 253:51-55
63. Marchand, W.E.; Satoro,B.; Marble, H.C.; Leary, T.M.; Burbank, C.B.; and Bellinger, M.j. (1959). Occurrence of painless acute surgical disorders in psychotic patients. *New England Journal of Medicine*, 260:580-585
64. Maricq, H.R., and Edelberg, R. (1975). Electrodermal recovery rate in a schizophrenic population. *Psychophysiology*, 12:630-633
65. May, P.R.A. (1948). Pupillary abnormalities in schizophrenia and during muscular effort. *Journal of Mental Science*, 94:89-98
66. McCracken LM., Zayfert C., Gross RT. (1992). The pain anxiety symptoms scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*, Vol. 50: 67-73
67. Means-Christensen AJ., Roy-Byrne PP., Sherbourne CD., Craske MG., Stein MB. (2008). Relationships among pain, anxiety, and depression in primary care. *Depress Anxiety*, Vol 25(7): 593-600.
68. Meltzer, H.Y.(1987). Biological Studies in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13:77-111
69. Meredith P., Strong J., Feeney JA. (2006). Adult attachment, anxiety, and pain self- efficacy as predictors of pain intensity and disability. *Pain*, July, Vol. 123(1-2): 146-54.
70. Merskey, H. (1965). The characteristics of persistent pain in psychological illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 9:291-298
71. Merskey, H. et al. (1962). A clinical investigation of reactions to pain. *Journal of Mental Science*, 108:347-355
72. Merskey, H. and Evans, P.R.(1975). Variations in pain complaint threshold in psychiatric and neurological patients with pain. *Pain*, 1: 73-79
73. Mueser, K.T. and Dysken, M.W.(1983). Narcotic antagonists in schizophrenia: A methodological review. *Schizophrenia Bulletin*, 9:213-225
74. Naliboff, B.D. and Cohen, M.J. (1989). Psychophysical laboratory methods applied to clinical pain problems. In: Chapman, C.R., and Loeser, J.D., eds *Issues in Pain Measurement*. New York, NY: Raven Press, pp.365-386
75. Parsons, E.H.; et al.(1949). Comparative lymphocytic and biochemical responses of patients with schizophrenia and affective disorders to electroshock, insulin shock, and epinephrine. *American Journal of Psychiatry*, 105:573-580
76. Petrovich, D.V. (1960). Pain apperception in chronic schizophrenics. *Journal of Projective Techniques*, 24:21-27

77. Philips, C. and Hunter, M. (1982). Headache in a psychiatric population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170:34-40
78. Potvin S., Marchand S. (2009). Hypoalgesia in schizophrenia is independent of antipsychotic drugs: A systematic quantitative review of experimental studies. *Pain* 138(1): 70-78
79. Reinville P., (2002). Brain mechanisms of pain effect and pain modulation. *Curr. Opin. Neurobiol.*, 12(2):195-204
80. Samwel Han J.A., Evers Andrea W.M., Crul Ben J.P., Kraaimaat Floris W. (2006). The role of helplessness, Fear of Pain and Passive Pain- Coping in Chronic Pain Patients.
81. Shattock, F.M. (1950). The somatic manifestations of schizophrenia: A clinical study of their significance. *Journal of Mental Science*, 96:32-142
82. Singh, Manpreet K. MD; Giles, Lisa L. MD; Nasrallah, Henry A. MD, (2006). Pain Insensitivity in Schizophrenia: Trait or State Marker?. *Journal of Psychiatric Practice*. Mar;12(2):90-102
83. Spear, F.G. (1967). Pain in psychiatric patients. *Journal of psychosomatic Research*, 11:187-193
84. Stengel, E. et al.(1955). Reactions to pain in various abnormal mental states. *Journal of Mental Science*, 101:52-69
85. Sullivan, H.S. (1962). *Schizophrenia as a human process*. New York: Basic Books
86. Talbott, J.A., and Linn, L. (1978). Reactions of schizophrenics to life threatening disease. *Psychiatric Quarterly*, 50:218-227
87. Torrey, E.F.(1989). Headache in schizophrenia and seasonality of births. *Biological Psychiatry*, 26:847-858
88. Turk DC., Wilson HD. (2010). Fear of pain and prognostic factor in chronic pain: conceptual models, assessment, and treatment implications. *Curr Pain Headache Rep*. April, Vol. 14(2): 88-95.
89. Ulas, J. and Cotman, C.W.(1993). Excitatory amino acid receptors in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19:105-117
90. Ullman, LP. And Krasner, L. (1975). *A psychological approach to abnormal behavior* . Englewood Cliffs, N.J. Prentice- Hall
91. Vanderkamp, H. (1970). Clinical anomalies in patients with schizophrenia. *Experimental Medicine and Surgery*, 28: 291-293
92. Varsamis, J. and Adamson, J.D.(1976). Somatic symptoms in schizophrenia. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 21:1-6
93. Watson, C.G., and Jacobs, L.(1977). Pain adaptation and emotional deficit. *Journal of Clinical Psychology*, 33:55-557
94. Watson GD, Chandarana PC and Merskey H. (1981) Relationships between pain and schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry* 138: 33-36
95. Wolfe F. (1995). Fibromyalgia. In: Sessle BJ, Bryant PS, Dionne RA, editors. *Temporomandibular disorders and related pain conditions*. Seattle: IASP Press, p. 31-46.
96. Woolf, C.J. and Thompson, W.N. (1991). The induction and maintenance of central sensitization is dependent on N-methyl-D-aspartic acid receptor activation: Implications for the treatment of post-injury pain hypersensitivity states. *Pain*, 44:293-299
97. Wynne, L.C., Singer, J.J., Bastko J.J. & Toohey, M.L. *Schizophrenics and their families: Recent*

research on parental communication in J.M. Tanner, ed Psychiatric research, the widening perspective. New York: International Universities Press

# Παράρτημα

## Ευρετήριο πινάκων

Πίνακας 8.1 : Αξιοπιστία ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα.....	64
Πίνακας 8.2: Συντελεστής αξιοπιστίας του FPQ-III (McNeil et al, 1998).....	65
Πίνακας 8.3: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του δείγματος.....	66
Πίνακας 8.4: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του δείγματος.....	66
Πίνακας 8.5: Ιατρικό Ιστορικό των ασθενών του δείγματος.....	68
Πίνακας 8.6: Χρόνια σωματική νόσος.....	69
Πίνακας 8.7: Ιατρικό Ιστορικό των ασθενών του δείγματος.....	69
Πίνακας 8.8: Ιατρικό Ιστορικό των ασθενών του δείγματος.....	70
Πίνακας 8.9: Αίτια κρίσεων πανικού και ταχυκαρδιών.....	70
Πίνακας 8.10: Πόνος κατά το παρελθόν.....	71
Πίνακας 8.11: Ιατρικό Ιστορικό των συγγενών των ασθενών.....	72
Πίνακας 8.12: Συγκεκριμένη αναφορά στο μέλος της οικογένειας με την ασθένεια.....	73
Πίνακας 8.13: Ιατρικό Ιστορικό των συγγενών των ασθενών.....	73
Πίνακας 8.14: Συγκεκριμένη αναφορά στο μέλος της οικογένειας με την φοβία.....	74
Πίνακας 8.15: Αναφορά στρεσογόνων γεγονότων.....	74
Πίνακας 8.16: Αναφορά στο στρεσογόνο γεγονός.....	75
Πίνακας 8.17: Φόβος για τον πόνο.....	76
Πίνακας 8.18: Φοβίες γενικές και σχετικές με τον πόνο.....	76
Πίνακας 8.19: Συγκεκριμένη αναφορά στις φοβίες.....	77
Πίνακας 9.1 : Υποκλίμακες κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III). .....	79
Πίνακας 9.2 : Υποκλίμακες κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20).....	79
Πίνακας 9.3 : Υποκλίμακες κλίμακας μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000) .....	80
Πίνακας 9.4 : Υποκλίμακες Ερωτηματολογίου Ψυχοπαθολογίας (SCL- 90).....	80
Πίνακας 9.5 : Περιγραφικά Στατιστικά για τις υποκλίμακες της κλίμακας μέτρησης φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).....	81
Πίνακας 9.6: Ενδεικτικές τιμές της κλίμακας FPQ σε τρία διαφορετικά δείγματα (McNeil et al, 1998).....	82
Πίνακας 9.7 : Περιγραφικά Στατιστικά για τις υποκλίμακες της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20).....	82
Πίνακας 9.8: Ενδεικτικές τιμές της κλίμακας PASS-20 (McCracken et al, 2002).....	83
Πίνακας 9.9: Τιμές των υποκλιμάκων του PASS-20 (Abrams et al, 2007).....	83
Πίνακας 9.10 : Περιγραφικά Στατιστικά για τις υποκλίμακες της κλίμακας μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) .....	84
Πίνακας 9.11: Ενδεικτικές τιμές των υποκλιμάκων του CAQ (Eifert et al., 2000).....	84

Πίνακας 9.12 : Περιγραφικά Στατιστικά για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου Ψυχοπαθολογίας (SCL-90).....	84
Πίνακας 9.13: Τυπικές τιμές των υποκλιμάκων του SCL – 90 σε ελληνικό πληθυσμό.....	85
Πίνακας 9.14: Συντελεστής συσχέτισης Pearson μεταξύ των υποκλιμάκων του FPQ-III.....	87
Πίνακας 9.15: Συσχέτιση υποκλιμάκων FPQ-III (McNeil et al, 1998).....	88
Πίνακας 9.16: Συντελεστής συσχέτισης Pearson μεταξύ των υποκλιμάκων του PASS - 20.....	88
Πίνακας 9.17: Συσχέτιση μεταξύ υποκλιμάκων PASS-20 (M.J. Coops et al., 2004).....	89
Πίνακας 9.18: Συντελεστής συσχέτισης Pearson μεταξύ των υποκλιμάκων του CAQ.....	89
Πίνακας 9.19: Συσχέτιση μεταξύ υποκλιμάκων CAQ (Eifert et al., 2000).....	90
Πίνακας 9.20: Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των ανεξάρτητων συνεχών μεταβλητών.....	90
Πίνακας 10.1 : Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης και άλλων παραμέτρων.....	91
Πίνακας 10.2: Πίνακας συμπτώσεων μεταξύ διάγνωσης και φύλου.....	92
Πίνακας 10.3: Πίνακας συμπτώσεων μεταξύ διάγνωσης και οικογενειακής κατάστασης.....	92
Πίνακας 10.4: Πίνακας συμπτώσεων μεταξύ διάγνωσης και παιδιών.....	93
Πίνακας 10.5: Πίνακας συμπτώσεων μεταξύ διάγνωσης και φόβου για τον πόνο.....	93
Πίνακας 10.6 : Συσχέτιση μεταξύ του βιώματος στρεσογόνου γεγονότος κατά την παιδική ηλικία και άλλων παραμέτρων.....	93
Πίνακας 10.7: Πίνακας συμπτώσεων στις αποκρίσεις μεταξύ του στρεσογόνου γεγονότος στην παιδική ηλικία και του σωματικού πόνου κατά το παρελθόν.....	94
Πίνακας 10.8: Πίνακας συμπτώσεων στις αποκρίσεις μεταξύ του στρεσογόνου γεγονότος στην παιδική ηλικία και του φόβου για την ασθένεια.....	95
Πίνακας 10.9 : Συσχέτιση μεταξύ του βιώματος στρεσογόνου γεγονότος κατά την ενήλικη ζωή και άλλων παραμέτρων.....	95
Πίνακας 10.10 : Συσχέτιση μεταξύ του βιώματος στρεσογόνου γεγονότος κατά την ενήλικη ζωή και άλλων παραμέτρων.....	96
Πίνακας 10.11 : Συσχέτιση μεταξύ του βιώματος στρεσογόνου γεγονότος κατά την ενήλικη ζωή και άλλων παραμέτρων.....	97
Πίνακας 10.12: Πίνακας συμπτώσεων στις αποκρίσεις μεταξύ της αναγνώρισης φοβιών στον ερωτώμενο και σε μέλη της οικογένειάς του.....	98
Πίνακας 10.13: Πίνακας συμπτώσεων στις αποκρίσεις μεταξύ της αναγνώρισης φόβου για τον πόνο στον ερωτώμενο και σε μέλη της οικογένειάς του.....	98
Πίνακας 10.14: Πίνακας συμπτώσεων στις αποκρίσεις μεταξύ της αναγνώρισης φόβου για τον πόνο στον ερωτώμενο και στον φόβο για ασθένεια σε μέλη της οικογένειάς του.....	98
Πίνακας 10.15: Πίνακας συμπτώσεων στις αποκρίσεις μεταξύ της αναγνώρισης φόβου για την ασθένεια στον ερωτώμενο και σε μέλη της οικογένειάς του.....	99
Πίνακας 10.16 : Συσχέτιση μεταξύ του φόβου του πόνου και των σχετικών παραμέτρων στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς του ερωτώμενου.....	100
Πίνακας 10.17: Πίνακας συμπτώσεων στις αποκρίσεις μεταξύ των φοβιών στην οικογένεια και του φόβου για τον σωματικό πόνο.....	101
Πίνακας 10.18: Πίνακας συμπτώσεων στις αποκρίσεις μεταξύ του φόβου ασθένειας στην οικογένεια και του	



Ο Φόβος του Πόνου σε Ασθενείς με Ψυχιατρική Παθολογία	153
φόβου για τον σωματικό πόνο.....	101
Πίνακας 10.19: Πίνακας συμπτώσεων στις αποκρίσεις μεταξύ των φοβιών στην οικογένεια και του φόβου για τον ψυχικό πόνο.....	101
Πίνακας 10.20 : Συσχέτιση μεταξύ των αποκρίσεων στις υπόλοιπες ερωτήσεις σωματική και ψυχικής κατάστασης με τις αποκρίσεις σε ανάλογες ερωτήσεις που αφορούν τα μέλη της οικογένειας του ερωτώμενου.....	102
Πίνακας 10.21: Πίνακας συμπτώσεων στις αποκρίσεις μεταξύ των χρόνιας σωματικής νόσου και του προβλήματος υπέρτασης στην οικογένεια.....	103
Πίνακας 10.22: Πίνακας συμπτώσεων στις αποκρίσεις μεταξύ των χρόνιας σωματικής νόσου και ύπαρξης φοβιών στην οικογένεια.....	103
Πίνακας 10.23 : Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).....	104
Πίνακας 10.24 : Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20).....	105
Πίνακας 10.25 : Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) .....	106
Πίνακας 10.26 : Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL - 90).....	106
Πίνακας 10.27 : Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).....	108
Πίνακας 10.28 : Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20).....	108
Πίνακας 10.29 : Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) .....	109
Πίνακας 10.30 : Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL - 90).....	109
Πίνακας 10.31 : Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).....	111
Πίνακας 10.32 : Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20).....	111
Πίνακας 10.33 : Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) .....	112
Πίνακας 10.34 : Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL - 90).....	112
Πίνακας 10.35 : Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).....	114
Πίνακας 10.36 : Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20).....	114
Πίνακας 10.37 : Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) .....	115
Πίνακας 10.38 : Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL - 90).....	115
Πίνακας 10.39 : Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).....	117
Πίνακας 10.40 : Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20).....	117
Πίνακας 10.41 : Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) .....	118
Πίνακας 10.42 : Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL - 90).....	118

Πίνακας 10.43 : Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).....	120
Πίνακας 10.44 : Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20).....	121
Πίνακας 10.45 : Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) .....	121
Πίνακας 10.46 : Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL - 90).....	122
Πίνακας 10.47 : Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).....	123
Πίνακας 10.48 : Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20).....	124
Πίνακας 10.49 : Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) .....	124
Πίνακας 10.50 : Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL - 90).....	125
Πίνακας 10.51: Συσχέτιση της ηλικίας με τις λοιπές υποκλίμακες.....	126
Πίνακας 10.52: Dependent Variable Encoding.....	129
Πίνακας 10.53: Omnibus Tests of Model Coefficients.....	129
Πίνακας 10.54: Model Summary.....	129
Πίνακας 10.55 :Πρόβλεψη του μοντέλου.....	130
Πίνακας 10.56: Variables in the Equation.....	130
Πίνακας 10.57 : Πρόβλεψη ασθένειας για τους άνδρες.....	132
Πίνακας 10.58 : Πρόβλεψη ασθένειας για τις γυναίκες.....	133
Πίνακας 10.59 : Συντελεστές μοντέλου πρόβλεψης ασθένειας για τους άνδρες .....	133
Πίνακας 10.60 : Συντελεστές μοντέλου πρόβλεψης ασθένειας για τις γυναίκες .....	133

## Ερωτηματολόγιο

**Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ- ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**  
**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες έχουν δημιουργηθεί από ξένους επιστήμονες, μετά από πολύχρονες μελέτες. Προκειμένου να έχουμε τη δυνατότητα να μελετήσουμε την αναπαράσταση του πόνου (σωματικού και ψυχικού) στη ζωή μας και με σκοπό να μελετήσουμε το φόβο και το άγχος του πόνου, παρακαλούμε, συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.** Για το σκοπό αυτό, παρακαλούμε μην αναγράψετε το όνομά σας αλλά δημιουργείστε το δικό σας κωδικό, όπως περιγράφεται στη συνέχεια (σε περίπτωση που θα επιθυμούσατε να μάθετε τα δικά σας αποτελέσματα, διαφορετικά δεν χρειάζεται να δημιουργήσετε τον κωδικό σας):

**Το αρχικό του μικρού ονόματος του παππού μου από την πλευρά του πατέρα**

**Το αρχικό του μικρού ονόματος της γιαγιάς μου από την πλευρά του πατέρα**

**Το αρχικό του μικρού ονόματος του παππού μου από την πλευρά της μητέρας**

**Το αρχικό του μικρού ονόματος της γιαγιάς μου από την πλευρά της μητέρας**

Οι συνεργάτες που θα σας χορηγήσουν τα ερωτηματολόγια θα είναι στη διάθεσή σας για κάθε βοήθεια ή διευκρίνιση.

Ευχαριστούμε.

### ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

**ΗΜ/ΝΙΑ:** ..... / ..... / 2009

**ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:** ..... / ..... / 19.....

**ΦΥΛΟ:** ΑΝΔΡΑΣ \_\_\_\_\_

ΓΥΝΑΙΚΑ \_\_\_\_\_

	Του πατρικού παππού	Του μητρικού παππού	Της πατρικής γιαγιάς	Της μητρικής γιαγιάς	Τίνος άλλου;
Ποιου το όνομα πήρατε;					

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:** ΑΓΑΜΟΣ/Η \_\_\_\_\_

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η \_\_\_\_\_

ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η \_\_\_\_\_

ΧΗΡΟΣ/Α \_\_\_\_\_

**ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:** ΧΩΡΙΟ/ΚΩΜΟΠΟΛΗ \_\_\_\_\_

ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ \_\_\_\_\_

ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ \_\_\_\_\_

**ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ;** ΝΑΙ \_\_\_\_\_

ΟΧΙ \_\_\_\_\_

**ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ;** ΝΑΙ \_\_\_\_\_

ΟΧΙ \_\_\_\_\_

**ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:** ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ \_\_\_\_\_

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ \_\_\_\_\_

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ \_\_\_\_\_

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ \_\_\_\_\_

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ \_\_\_\_\_

ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ \_\_\_\_\_

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ \_\_\_\_\_

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ \_\_\_\_\_

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ** ΑΝΕΡΓΟΣ \_\_\_\_\_

**ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:** ΟΙΚΙΑΚΑ \_\_\_\_\_

ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ \_\_\_\_\_

ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ \_\_\_\_\_

ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ \_\_\_\_\_

ΦΟΙΤΗΤΗΣ \_\_\_\_\_

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕ: .....

**ΕΠΙΣΚΕΦΤΗΚΑΤΕ ΠΟΤΕ ΨΥΧΟΛΟΓΟ** ΝΑΙ \_\_\_\_\_  ΑΝ ΝΑΙ, ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ; .....

**Ή ΨΥΧΙΑΤΡΟ;** ΟΧΙ \_\_\_\_\_  ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΥΤΟΝ ΤΟΝ ΚΑΙΡΟ; .....

**ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ;**    ΝΑΙ \_\_\_\_\_     ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ; .....  
 ΟΧΙ \_\_\_\_\_     ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙ' ΑΥΤΗ;.....

**ΠΟΝΕΣΑΤΕ ΚΑΠΟΤΕ ΣΤΗ ΖΩΗ ΣΑΣ ΣΩΜΑΤΙΚΑ;**    ΝΑΙ \_\_\_\_\_     ΑΝ ΝΑΙ, ΦΟΒΗΘΗΚΑΤΕ ΓΙΑ ΑΥΤΟ; .....  
 ΟΧΙ \_\_\_\_\_     ΑΝ ΝΑΙ ΤΙ ΒΑΘΜΟ ΘΑ ΒΑΖΑΤΕ ΣΤΟ ΦΟΒΟ ΣΑΣ, ΜΕ ΑΡΙΣΤΑ ΤΟ 10; \_\_\_\_\_

**ΠΟΝΕΣΑΤΕ ΚΑΠΟΤΕ ΣΤΗ ΖΩΗ ΣΑΣ ΨΥΧΙΚΑ;**    ΝΑΙ \_\_\_\_\_     ΑΝ ΝΑΙ, ΦΟΒΗΘΗΚΑΤΕ ΓΙΑ ΑΥΤΟ; .....  
 ΟΧΙ \_\_\_\_\_     ΑΝ ΝΑΙ ΤΙ ΒΑΘΜΟ ΘΑ ΒΑΖΑΤΕ ΣΤΟ ΦΟΒΟ ΣΑΣ, ΜΕ ΑΡΙΣΤΑ ΤΟ 10; \_\_\_\_\_

Εσείς:	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΝ ΝΑΙ, ΑΝΑΦΕΡΤΕ ΠΙΟ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ
Πάσχετε από κάποιο καρδιολογικό πρόβλημα;			
Έχετε υπέρταση (υψηλή πίεση);			
Έχετε περάσει κρίσεις πανικού;			
Έχετε περάσει περιόδους με ταχυκαρδίες;			
Γενικά θα λέγατε, ότι έχετε πολλές φοβίες;			
Πιο ειδικά, θα λέγατε, ότι φοβάστε τον πόνο;			
Επίσης, θα λέγατε, ότι φοβάστε μήπως αρρωστήσετε;			

Στην οικογένειά σας	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΟΣ;
Υπάρχει κάποιος με καρδιολογικό πρόβλημα;			
Υπάρχει κάποιος με υπέρταση;			
Υπάρχει κάποιος που είχε κρίσεις πανικού;			
Υπάρχει κάποιος, που γενικά θα λέγατε, ότι έχει πολλές φοβίες;			
Πιο ειδικά, θα λέγατε, ότι υπάρχει κάποιος που φοβάται τον πόνο;			
Επίσης, θα λέγατε, ότι υπάρχει κάποιος που φοβάται μήπως αρρωστήσει;			

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

.....  
 .....

**ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΝΑΚΑΛΕΣΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΓΕΓΟΝΟΣ, ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΣΥΝΕΒΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ 5 ΧΡΟΝΩΝ ΚΑΙ ΣΑΣ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕ ΕΝΤΟΝΟ ΑΓΧΟΣ Ή ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ; ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΟ ΗΤΑΝ ΚΑΙ ΠΟΤΕ ΑΚΡΙΒΩΣ ΣΥΝΕΒΗ;**

.....

### Pain anxiety symptoms (PASS)

#### ΟΔΗΓΙΕΣ

Τα άτομα που βιώνουν πόνο δεν αντιδρούν όλα με τον ίδιο τρόπο σε αυτόν. Θα επιθυμούσαμε να μάθουμε τι κάνετε και τι σκέφτεστε όταν πονάτε. Παρακαλούμε, σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα πόσο συχνά σκέφτεστε ή κάνετε αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση. Κυκλώστε έναν αριθμό από το 0 (ποτέ) έως το 4 (πάντα) σε κάθε ερώτηση.

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
1. Νομίζω ότι αν ο πόνος μου γίνει πολύ δυνατός, δεν θα μειωθεί ποτέ	0	1	2	3	4
2. Όταν πονάω φοβάμαι ότι κάτι πολύ κακό θα συμβεί	0	1	2	3	4
3. Όταν αισθάνομαι δυνατό πόνο πηγαίνω αμέσως στο κρεβάτι μου	0	1	2	3	4
4. Αρχίζω να τρέμω όταν κάνω μια δραστηριότητα που αυξάνει τον πόνο	0	1	2	3	4
5. Δεν μπορώ να σκεφτώ λογικά όταν πονάω	0	1	2	3	4
6. Θα σταματήσω κάθε δραστηριότητα με το που θα αισθανθώ τον πόνο να έρχεται	0	1	2	3	4
7. Ο πόνος φαίνεται να κάνει την καρδιά μου να σταματά ή να χτυπάει δυνατά και γρήγορα	0	1	2	3	4
8. Μόλις αρχίσω να πονάω παίρνω φάρμακο για να μειωθεί ο πόνος μου	0	1	2	3	4
9. Όταν πονάω νομίζω ότι μπορεί να είμαι σοβαρά άρρωστος	0	1	2	3	4
10. Κατά την διάρκεια επεισοδίων έντονου πόνου δυσκολεύομαι να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο παρά μόνο τον πόνο	0	1	2	3	4
11. Αποφεύγω σημαντικές δραστηριότητες όταν πονάω	0	1	2	3	4
12. Όταν πονάω νοιώθω αδύναμος και ζαλισμένος	0	1	2	3	4
13. Η αίσθηση του πόνου με τρομάζει πολύ	0	1	2	3	4
14. Όταν τραυματίζομαι σκέφτομαι διαρκώς τον πόνο μου	0	1	2	3	4
15. Ο πόνος μου προκαλεί ναυτία	0	1	2	3	4
16. Όταν ο πόνος γίνεται πολύ έντονος νομίζω ότι μπορεί να παραλύσω ή να γίνω εντελώς ανήμπορος	0	1	2	3	4
17. Δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ όταν πονάω	0	1	2	3	4
18. Δυσκολεύομαι να χαλαρώσω το σώμα μου μετά από περιόδους πόνου	0	1	2	3	4
19. Ανησυχώ όταν πονάω	0	1	2	3	4
20. Προσπαθώ να αποφύγω δραστηριότητες που μου προκαλούν πόνο	0	1	2	3	4

**CARDIAC ANXIETY QUESTIONNAIRE (CAQ)****ΟΔΗΓΙΕΣ**

Δεν βιώνουν όλοι οι άνθρωποι με τον ίδιο τρόπο την καρδιακή τους λειτουργία και τη «σχέση» που έχουν με την καρδιά τους. Θα επιθυμούσαμε να μάθουμε τι κάνετε και τι σκέφτεστε εσείς για την καρδιακή σας λειτουργία. Παρακαλούμε, σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα πόσο συχνά σκέφτεστε ή κάνετε αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση. Κυκλώστε έναν αριθμό από το 0 (ποτέ) έως το 4 (πάντα) σε κάθε ερώτηση.

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
1. Ακούω προσεκτικά τους κτύπους της καρδιάς μου	0	1	2	3	4
2. Αποφεύγω τη φυσική άσκηση	0	1	2	3	4
3. Ταχυπαλμίες με ξυπνούν τη νύχτα	0	1	2	3	4
4. Πόνοι στο στήθος / αίσθημα δυσφορίας με ξυπνούν τη νύχτα	0	1	2	3	4
5. Παραμένω ήρεμος/η όσο περισσότερο γίνεται	0	1	2	3	4
6. Ελέγχω τακτικά το σφυγμό μου	0	1	2	3	4
7. Αποφεύγω την άσκηση ή άλλου είδους σωματική εργασία	0	1	2	3	4
8. Μπορώ να αισθανθώ την καρδιά μου στο στήθος μου	0	1	2	3	4
9. Αποφεύγω τις δραστηριότητες που κάνουν την καρδιά μου να κτυπήσει γρηγορότερα	0	1	2	3	4
10. Ανησυχώ για τη καρδιά μου ακόμα και αν οι εξετάσεις μου είναι φυσιολογικές	0	1	2	3	4
11. Αισθάνομαι ασφάλεια όταν βρίσκομαι κοντά σε νοσοκομείο ή σε γιατρό	0	1	2	3	4
12. Αποφεύγω τις δραστηριότητες που με κάνουν να ιδρώνω	0	1	2	3	4
13. Ανησυχώ για το ότι οι γιατροί δεν πιστεύουν ότι ο πόνος στο στήθος μου ή η δυσφορία που νιώθω είναι πραγματικά	0	1	2	3	4
<b>Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας , ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου:</b>					
14. ...ανησυχώ ότι μπορεί να πάθω καρδιακό επεισόδιο	0	1	2	3	4
15. ....έχω δυσκολία να συγκεντρωθώ σε οτιδήποτε άλλο	0	1	2	3	4
16. .... φοβάμαι πάρα πολύ	0	1	2	3	4
17. .... επιθυμώ να εξεταστώ από έναν γιατρό	0	1	2	3	4
18. .... το λέω στην οικογένεια μου ή στους φίλους μου	0	1	2	3	4

## FEAR OF PAIN QUESTIONNAIRE (III)

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Ο παρακάτω πίνακας, περιέχει φράσεις, που περιγράφουν καταστάσεις επώδυνων εμπειριών. Παρακαλώ διαβάστε κάθε φράση ξεχωριστά και σκεφτείτε πόσο **ΠΟΛΥ ΦΟΒΗΘΗΚΑΤΕ** για τον **ΠΟΝΟ** που σας προκάλεσε κάθε κατάσταση. **Αν δεν έχετε βιώσει** ποτέ τον **ΠΟΝΟ** από κάποια από τις καταστάσεις που περιγράφονται, παρακαλώ απαντήστε με το σκεπτικό του πόσο **ΠΟΛΥ ΘΑ ΦΟΒΟΣΑΣΤΑΝ** για τον **ΠΟΝΟ** που θα νιώθατε **αν θα βιώνατε** κάποια τέτοια εμπειρία. **Κυκλώστε** έναν αριθμό για το κάθε ένα από τα παρακάτω πεδία, για να βαθμολογήσετε τον δικό σας **ΦΟΒΟ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ** σχετικά με την κάθε μία κατάσταση.

Φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το:	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΡΑΠΟΛΥ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ	ΑΝ ΣΑΣ ΣΥΝΕΒΗ; ΒΑΛΤΕ ΕΝΑ √
1. Να πάθω τροχαίο ατύχημα	0	1	2	3	4	
2. Να δαγκώσω τη γλώσσα μου καθώς τρώω	0	1	2	3	4	
3. Να σπάσω το χέρι μου	0	1	2	3	4	
4. Να κόψω τη γλώσσα μου καθώς σαλιώνω ένα φάκελο	0	1	2	3	4	
5. Να με χτυπήσει ένα βαρύ αντικείμενο στο κεφάλι	0	1	2	3	4	
6. Να σπάσω το πόδι μου	0	1	2	3	4	
7. Να χτυπήσω δυνατά κάπου τον αγκώνα μου, ώστε να μου «ξεραθεί» το χέρι	0	1	2	3	4	
8. Να μου πάρουν αίμα με βελόνα για εξετάσεις	0	1	2	3	4	
9. Να μαγκώσει το χέρι μου σε μια βαριά πόρτα αυτοκινήτου την ώρα που κλείνει με δύναμη	0	1	2	3	4	
10. Να πέσω από τσιμεντένια σκάλα	0	1	2	3	4	
11. Να μου κάνουν μια ένεση στο μπράτσο	0	1	2	3	4	
12. Να κάψω τα δάκτυλά μου με ένα σπέρτο	0	1	2	3	4	
13. Να σπάσω το λαιμό μου	0	1	2	3	4	
14. Να μου κάνουν μια ένεση στους γλουτούς μου (οπίσθια)	0	1	2	3	4	
15. Να καρφωθεί στο πέλμα του ποδιού μου ένα αγκάθι και να μου το αφαιρέσουν με τσιμπιδάκι	0	1	2	3	4	
16. Να μου αφαιρέσει ένας οφθαλμίατρος ένα ξένο σώμα που έχει μπει στο μάτι μου	0	1	2	3	4	
17. Να μου κάνουν μια ένεση μέσα στο στόμα	0	1	2	3	4	
18. Να καώ στο πρόσωπο από αναμμένο τσιγάρο	0	1	2	3	4	
19. Να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού	0	1	2	3	4	
20. Να μου κάνουν ράμματα στα χείλη	0	1	2	3	4	
21. Να μου αφαιρέσουν με ένα αιχμηρό εργαλείο μια κρεατοελιά από το πόδι μου	0	1	2	3	4	
22. Να κοπώ καθώς ξυρίζομαι με ένα κοφτερό ξυραφάκι	0	1	2	3	4	
23. Να καταπιώ ένα καυτό ρόφημα πριν κρυώσει	0	1	2	3	4	
24. Να μου μπει σαπουνάδα στα μάτια μου καθώς λούζομαι ή κάνω μπάνιο	0	1	2	3	4	
25. Να αρρωστήσω από μια ανίατη ασθένεια που προκαλεί καθημερινό πόνο	0	1	2	3	4	
26. Να μου βγάλουν ένα δόντι	0	1	2	3	4	
27. Να κάνω συνεχώς εμετό λόγω τροφικής δηλητηρίασης	0	1	2	3	4	
28. Να μου μπει άμμος ή σκόνη στα μάτια μου	0	1	2	3	4	
29. Να μου τροχίζουν ένα δόντι	0	1	2	3	4	
30. Να πάθω μια μυϊκή κράμπα	0	1	2	3	4	

## SCL-90

## ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω θα συναντήσετε έναν κατάλογο με προβλήματα και ενοχλήσεις που, ορισμένες φορές, αντιμετωπίζουμε οι άνθρωποι. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στη δεξιά πλευρά, ο οποίος δείχνει το βαθμό της ενόχλησης που σας έχει προκαλέσει το συγκεκριμένο πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρικότητα ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή στημένητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4

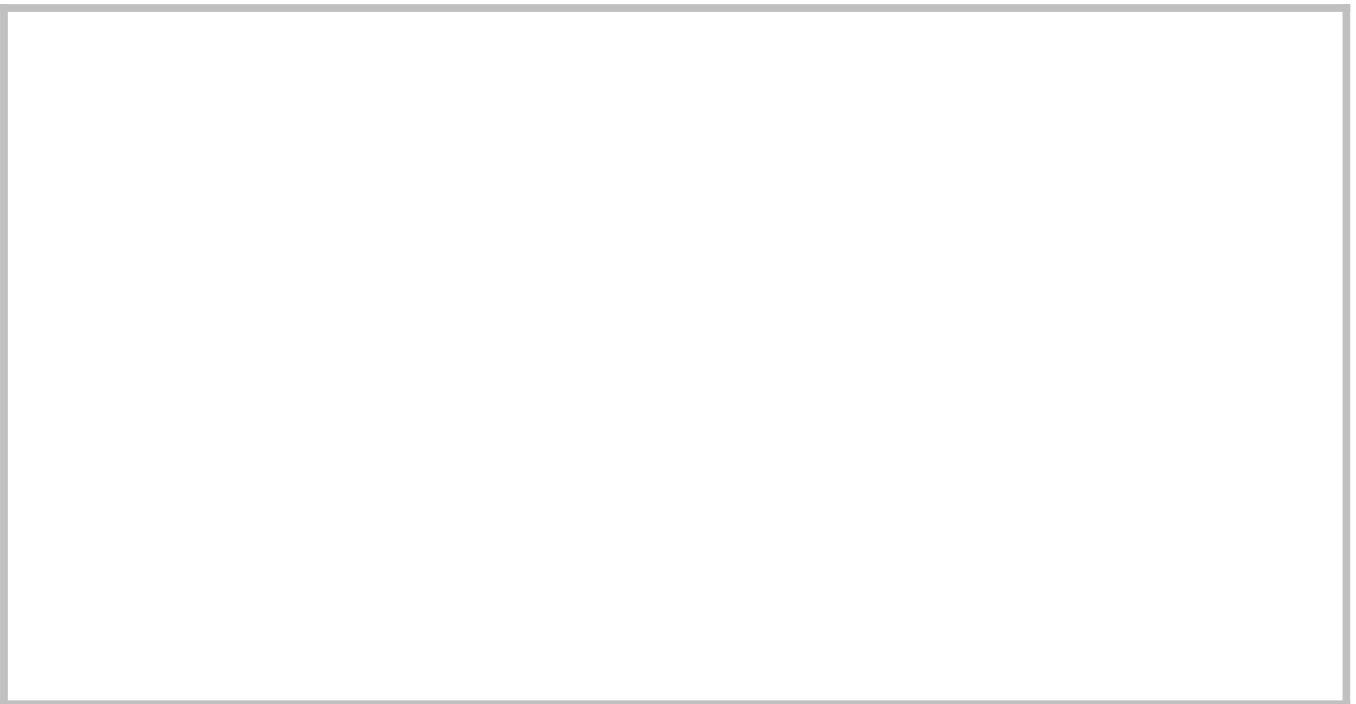


23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4
	<b>ΚΑΘΟΛΟΥ</b>	<b>ΛΙΓΟ</b>	<b>ΜΕΤΡΙΑ</b>	<b>ΑΡΚΕΤΑ</b>	<b>ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ</b>
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είσθε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τρένο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4

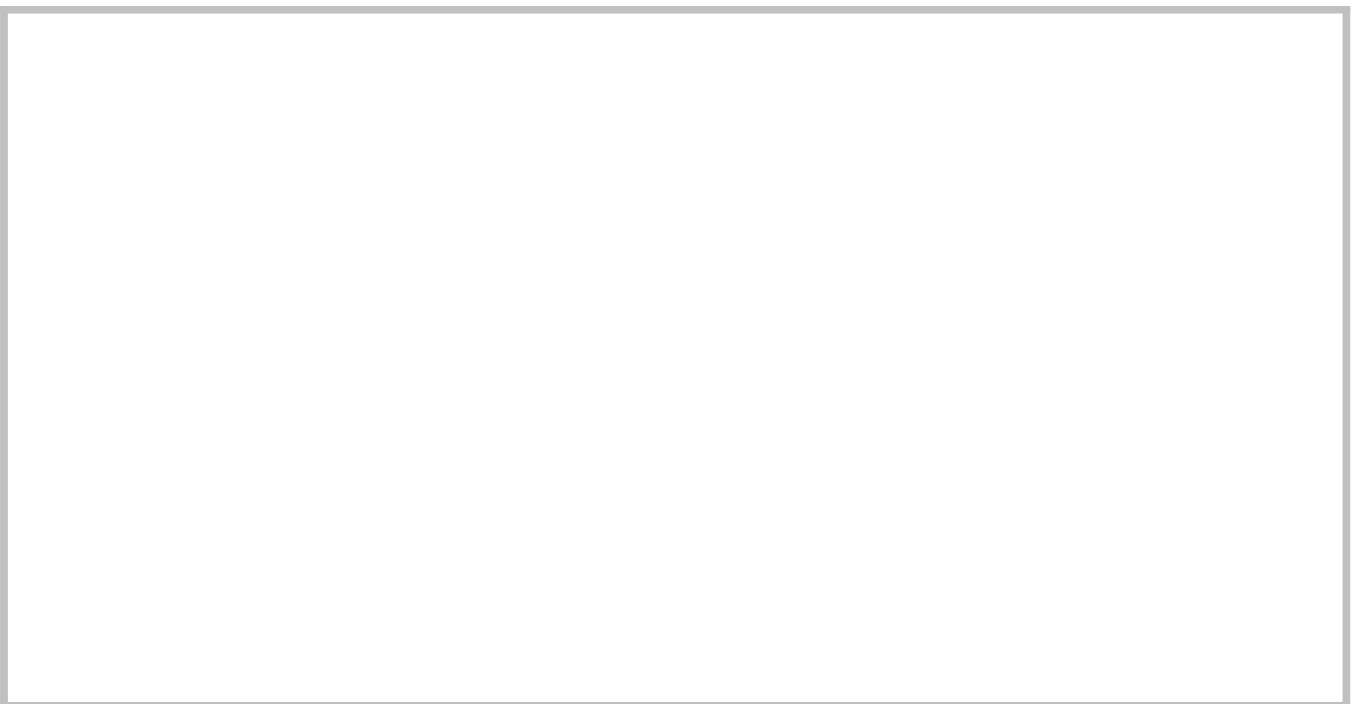
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
	<b>ΚΑΘΟΛΟΥ</b>	<b>ΛΙΓΟ</b>	<b>ΜΕΤΡΙΑ</b>	<b>ΑΡΚΕΤΑ</b>	<b>ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ</b>
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεσθε νευρικότητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν	0	1	2	3	4

βρίσκεσθε με κόσμο;					
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είστε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4

1. Αν ο **πόνος στο σώμα μας** ήταν ένα σχήμα, ένα σχέδιο, μια εικόνα, μια ζωγραφιά για σας τι θα ήταν; Θα μπορούσατε να το σχηματίσετε στο παρακάτω κενό;



2. Αν ο **πόνος στην ψυχή μας** ήταν ένα σχήμα, ένα σχέδιο, μια εικόνα, μια ζωγραφιά για σας τι θα ήταν; Θα μπορούσατε να το σχηματίσετε στο παρακάτω κενό;



3. Αν ο πόνος γενικά ήταν ζώο ποιο ζώο φαντάζεστε ότι θα ήταν για σας;

.....

4. Αν ο πόνος γενικά ήταν χρώμα ποιο χρώμα φαντάζεστε ότι θα ήταν για σας;

.....

5. Αν ο πόνος γενικά ήταν φύλο (άνδρας ή γυναίκα) ποιο φύλο θα ήταν για σας;

ΑΝΔΡΑΣ \_\_\_\_\_

ΓΥΝΑΙΚΑ \_\_\_\_\_

6. Αν ο πόνος γενικά ήταν ένας μήνας του χρόνου ποιος μήνας θα ήταν για σας;

.....

7. Αν ο πόνος ήταν μία από τις μέρες της εβδομάδας ποια ημέρα θα ήταν για σας;

.....

8. Αν ο πόνος ήταν φύση (βουνό ή θάλασσα) τι θα ήταν για σας;

ΒΟΥΝΟ \_\_\_\_\_

ΘΑΛΑΣΣΑ \_\_\_\_\_

9. Αν ο πόνος ήταν καιρικό φαινόμενο ποιο από τα παρακάτω θα ήταν για σας;

ΒΡΟΧΗ \_\_\_\_\_  ΧΑΛΑΖΙ \_\_\_\_\_  ΧΙΟΝΙ \_\_\_\_\_  ΚΑΤΑΙΓΙΔΑ \_\_\_\_\_  ΚΑΥΣΩΝΑΣ \_\_\_\_\_

10. Αν ο πόνος ήταν άνθρωπος ποιας ηλικίας θα ήταν για σας;

ΒΡΕΦΟΣ \_\_\_\_\_  ΠΑΙΔΙ \_\_\_\_\_  ΕΦΗΒΟΣ \_\_\_\_\_  20-30 \_\_\_\_\_  30-50 \_\_\_\_\_

50-60 \_\_\_\_\_  60-70 \_\_\_\_\_  ΠΑΝΩ ΑΠΟ 70 \_\_\_\_\_

**ευχαριστούμε πολύ**