



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

***“ ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ:  
ΜΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ”***

ΠΑΠΑΔΟΓΙΑΝΝΑΚΗ ΧΡΥΣΑΥΓΗ, ΑΜ:2130

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Κος Ε. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ

ΡΕΘΥΜΝΟ, ΜΑΡΤΙΟΣ 2012

## **Περιεχόμενα**

<b>Περίληψη</b> .....	2
<b>1.Εισαγωγή</b> .....	3
1.1.Ατομικοί παράγοντες θανάτου .....	7
1.1.1.Άγχος θανάτου, φύλο και ηλικία.....	7
1.1.2.Άγχος θανάτου και οικογενειακή κατάσταση.....	8
1.1.3.Άγχος θανάτου και υγεία.....	8
1.1.4.Άγχος θανάτου και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.....	9
1.1.5.Άγχος θανάτου και νοητικές κατασκευές .....	10
1.2.Παράγοντες πλαισίου τους άγχους θανάτου.....	12
1.2.1.Άγχος θανάτου, εθνικότητα και πολιτισμικό πλαίσιο.....	12
1.2.2.Άγχος θανάτου και θρησκεία.....	13
1.3.Άγχος θανάτου και τραυματικά γεγονότα .....	15
<b>2.Προσωπικότητα και υγεία</b> .....	17
2.1.Νευρωτισμός.....	17
2.1.1.Νευρωτισμός και ψυχική υγεία .....	19
2.1.2.Νευρωτισμός και σωματική υγεία.....	22
<b>3.Σκοπός</b> .....	25
3.1.Υποθέσεις.....	25
3.2.Δείγμα .....	25
3.3.Εργαλεία .....	26
3.4.Διαδικασία-Μέθοδος.....	27
3.5.Σχέση Νευρωτισμού και Άγχος Θανάτου .....	28
3.6.Διαφορές μέσων όρων του άγχους θανάτου και του νευρωτισμού ως προς το φύλο .....	29
<b>4.Συζήτηση</b> .....	31
<b>5.Περιορισμοί</b> .....	33
<b>6.Προβληματισμοί</b> .....	34
<b>Βιβλιογραφία</b> .....	35

*Άγχος θανάτου και νευρωτισμός: συσχέτιση μεταξύ των δύο παραγόντων και διαφορές που παρουσιάζονται αναφορικά με το φύλο*

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Το άγχος θανάτου και ο νευρωτισμός αποτελούν παράγοντες που συσχετίζονται άμεσα η έμμεσα με την ψυχική και σωματική υγεία του ανθρώπου. Στην παρούσα μελέτη γίνεται μια προσπάθεια να διαπιστωθεί εάν και σε ποιο βαθμό συσχετίζονται αυτοί οι δυο παράγοντες καθώς και αν υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των επιπέδων που παρουσιάζονται ανάμεσα στα δυο φύλα.

Στην έρευνα που διεξήχθη έλαβαν μέρος 121 άτομα, φοιτητές και πολίτες, από την ευρύτερη περιοχή του Ρεθύμνου. Μέσος όρος της ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν τα 31,8 χρόνια ενώ αξίζει να σημειωθεί πως 38 άτομα ήταν άντρες και 83 γυναίκες. Το ερευνητικό κομμάτι πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια ειδικά σταθμισμένων για τον ελληνικό πληθυσμό ερωτηματολογίων που μετρούσαν το Άγχος θανάτου (Death Anxiety Scale) και τον νευρωτισμό (Eysenck Personality Questionnaire), τα οποία και συμπληρώθηκαν από τους συμμετέχοντες.

Όσον αφορά τις ερευνητικές υποθέσεις, αναμενόταν μια θετική η μετρίως θετική συσχέτιση μεταξύ νευρωτισμού και άγχους θανάτου καθώς και στατιστικά σημαντική διαφορά στον μέσο όρο του νευρωτισμού και του άγχους θανάτου ανά φύλο. Τα αποτελέσματα παρόλα αυτά έδειξαν μια μετρίως αρνητική συσχέτιση μεταξύ άγχους θανάτου και νευρωτισμού, θέτοντας ερωτήματα για το μέγεθος αλλά και την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Ενώ επαληθεύτηκε η υπόθεση για διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών στα επίπεδα άγχους θανάτου.

Συμπερασματικά, η συσχετική έρευνα που διεξήχθη άφησε ανοιχτά ερωτήματα για τη φύση του άγχους θανάτου και πως αυτή μεταλλάσσεται σε σχέση με την ηλικία αλλά και πως ίσως η σχέση μεταξύ άγχους θανάτου και νευρωτισμού χρήζει την προσθήκη μιας τρίτης μεταβλητής για την διασφάλιση ασφαλέστερων συμπερασμάτων .

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όλοι κάποια στιγμή της ζωής μας ερχόμαστε αντιμέτωποι με την ιδέα της βεβαιότητας του θανάτου, καθώς είναι το γεγονός απέναντι στο οποίο είμαστε όλοι όχι μόνο ίσοι αλλά και ίδιοι. Ο θάνατος αποτελεί τη φυσική κατάληξη της ζωής, ως αποτέλεσμα της λήξης των βιολογικών λειτουργιών του οργανισμού. Είναι ένα θέμα που έχει προκαλέσει φιλοσοφικές και θρησκευτικές συζητήσεις αιώνες τώρα και η αναφορά του προκαλεί φόβο και άγχος.

Το ερώτημα βέβαια, εάν ο φόβος του θανάτου είναι καθολικός, παραμένει αβέβαιο. Ο φιλόσοφος Walter Kaufmann (1976) υποστηρίζει ότι ο φόβος του θανάτου δεν είναι καθολικός και αναφέρει μερικά ιστορικά παραδείγματα ανθρώπων που αντιμετώπισαν το θάνατο κατάματα, όπως οι πρώτοι χριστιανοί που αναζήτησαν το μαρτύριο, ενώ θα μπορούσαν να το αποφύγουν μόνο και μόνο με την αποποίηση της χριστιανοσύνης. Επιπρόσθετα, προς ενίσχυση αυτής της άποψης θα μπορούσαμε να αναφέρουμε τους αρχαίους Σπαρτιάτες που κατά τη διάρκεια των Μηδικών πολέμων προτίμησαν να πεθάνουν πολεμώντας παρά να υποχωρήσουν, καθώς και τους δράστες τρομοκρατικών χτυπημάτων στη σύγχρονη εποχή, οι οποίοι ζώνονται με εκρηκτικά και χρησιμοποιούνε το σώμα τους ως κινούμενη βόμβα, αδιαφορώντας τόσο για τη ζωή τους όσο και για τη ζωή των άλλων που τους περιτριγυρίζουν.

Υποδεικνύεται δηλαδή, ότι κάποιες ομάδες ή άτομα με συγκεκριμένη ιδεολογία προτιμούν το θάνατο από το να ζήσουν με όρους που δεν επιθυμούν. Ως αντίλογο της άποψης ότι ο φόβος του θανάτου δεν είναι καθολικός, θα λέγαμε ότι στις προηγούμενες περιπτώσεις δεν μπορούμε να είμαστε σίγουροι ότι τα άτομα δεν φοβήθηκαν το θάνατο, αλλά μόνο για το τι έπραξαν. Συχνά, άλλωστε κάνουμε πράγματα αντίθετα από αυτά που σκεφτόμαστε ή επιθυμούμε για λόγους που άπτονται στα πολιτισμικά πρότυπα ή γιατί μακροπρόθεσμα θεωρούμε ότι θα έχουν καλύτερα αποτελέσματα.

Η ιδέα του θανάτου μεταβάλλεται ανάλογα με την ηλικία του ατόμου. Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας βλέπουν το θάνατο ως κάτι προσωρινό και αναστρέψιμο. Κάπου μεταξύ 5 και 9 ετών, αρχίζουν να αντιλαμβάνονται το θάνατο όπως οι ενήλικες, αλλά ακόμα δεν πιστεύουν ότι αφορά τα ίδια ή κάποιον που γνωρίζουν (Sarafino, 1999). Μπαίνοντας στην περίοδο της εφηβείας, η ανάπτυξη της αφαιρετικής σκέψης επιτρέπει την ολοκλήρωση του προβληματισμού και την υιοθέτηση ολοκληρωμένων αντιλήψεων και συμπεριφορών για το θέμα, παρότι φαντάζει ως μακρινό ενδεχόμενο. Τέλος, στα βαθιά γεράματα θεωρείται αναμενόμενο και επακόλουθο της φθοράς και της αδυναμίας της ηλικίας.

Η οπτική του θανάτου, αν και διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο φαίνεται σύμφωνα με τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφία (Aries, 1999. Kastenbaum & Aisenberg, 1972. Morgan, 1995) να μεταβάλλεται από εποχή σε εποχή και να επηρεάζεται από ένα δίκτυο παραγόντων όπως:

α) Η έκθεση στο θάνατο, δηλαδή η προσωπική εμπειρία που έχουμε για το θάνατο ενός σημαντικού προσώπου, δικού μας ή του περιγύρου μας,

β) Η προσδοκώμενη διάρκεια της ζωής. Καθώς η διάρκεια της ζωής μεγαλώνει λόγω της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης και των ιατρικών επιτευγμάτων, μειώνονται οι πιθανότητες να εκτεθούμε σε μικρή ηλικία στο θάνατο,

γ) Ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος πάνω στις δυνάμεις της φύσης, όσο περισσότερο πιστεύουμε ότι ο έλεγχος μας αυξάνεται απέναντι στις δυνάμεις της φύσης τόσο λιγότερο μαθαίνουμε να αποδεχόμαστε το θάνατο,

δ) Η θρησκεία, η οποία νοηματοδοτεί σε μεγάλο βαθμό τη ζωή και τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε το θάνατο, ε) Η αντίληψη του τι σημαίνει να είσαι άνθρωπος, σε μία ατομοκεντρική κοινωνία, η στάση απέναντι στο θάνατο είναι διαφορετική από ότι σε μια ομαδική κοινωνία, όπου το άτομο δεν έχει την ίδια βαρύτητα ως μοναδικό και αυτοδύναμο πρόσωπό.

Ορισμένες κοινωνίες για την αντιμετώπιση του προκρίνουν δοξασίες και θρησκευτικά τελετουργικά, ενώ άλλες στρέφονται στην ανακούφιση και τη μείωση της επίπτωσης του.

Αναμφισβήτητα όμως η σημασία του καθορίζεται από θρησκευτικές αντιλήψεις. Για τους Χριστιανούς αποτελεί απλώς την προσωρινή αποχώρηση της ψυχής από το σώμα, ενώ για τους Βουδιστές το τέλος του πόνου από τη παρουσία στη ζωή. Πέρα όμως από θρησκευτικές διδαχές παραμένει κάτι το αβέβαιο και το μη οικείο αφού υπάρχει μία πληθώρα αλληλοσυγκρουόμενων και αντιφατικών θρησκευτικών θέσεων τόσο μεταξύ διαφορετικών θρησκειών όσο και μεταξύ αιρέσεων της ίδιας θρησκείας. Ο άνθρωπος έχοντας τη τάση να θέλει να αποκτήσει έναν υψηλό βαθμό ελέγχου όλων των γεγονότων της ζωής του, είτε προβαίνει σε ενέργειες που τον κάνουν να αισθανθεί ασφάλεια, είτε προσπαθεί να κατασκευάσει προβλεπτικά σενάρια ερμηνείας των φαινομένων σε γεγονότα που δεν μπορεί να παρέμβει ο ίδιος. Ένα τέτοιο γεγονός είναι αυτό του θανάτου, όπου επικρατεί μία πληθώρα σεναρίων για τη μεταθανάτια έκβαση της ψυχής από τη στιγμή του βιολογικού θανάτου. Ενδεικτικά, αναφέρουμε τη πλήρη ανυπαρξία, την τιμωρία των ψυχών των αμαρτωλών στη κόλαση, την ανταμοιβή των ενάρετων στο παράδεισο ή την ένωση της ψυχής μας με το θεϊκό στοιχείο από όπου αρχικά προήρθε.

Όλες αυτές οι αντιλήψεις μπερδεύουν αναμφίβολα το άτομο, αυξάνοντας το βαθμό αβεβαιότητας και του δημιουργούν αμφιβολίες, ανησυχίες και πολλές φορές άγχος απέναντι στο ενδεχόμενο του θανάτου. Ο Kelly όρισε το άγχος ως την αναγνώριση ότι τα γεγονότα που αντιμετωπίζει κανείς βρίσκονται έξω από το πεδίο καταλληλότητας του συστήματος νοητικών κατασκευών, δηλαδή του τρόπου που αντιλαμβανόμαστε και ερμηνεύουμε τα γεγονότα (Pervin & John, 1999). Ο Lazarus (1999) κατατάσσει το άγχος και το φόβο στα υπαρξιακά συναισθήματα γιατί πρόκειται για συναισθήματα που απειλούν τη ταυτότητα μας ως άτομα σε μια κοινωνία, αφορούν το τι είμαστε, τι υπερασπιζόμαστε, ποια είναι η τύχη μας. Συνδυάζοντας τις ανωτέρω απόψεις, θα λέγαμε ότι ο θάνατος είναι περισσότερο από κάθε τι άλλο ένα άγνωστο γεγονός, πέρα από τις νοητικές μας κατασκευές και αποτελεί το μεγαλύτερο κίνδυνο για το εγώ και την ταυτότητα μας, όπως τη γνωρίζουμε τουλάχιστον από τη παρούσα κατάσταση. Ο τρόπος που θα υπάρχουμε ή αν θα υπάρχουμε μετά το βιολογικό μας θάνατο αποτελούν κάποια από τα κρισιμότερα υπαρξιακά

ερωτήματα.

Ο φόβος του θανάτου σύμφωνα με μία επισκόπηση σχετικών ερευνών ( Hoelter, 1979. Neimeyer & Moore, 1994. Raphael, 1984) φαίνεται να σχετίζεται με μία σειρά από παράγοντες όπως: α)ο φόβος για τους νεκρούς , β) ο φόβος για τη διαδικασία του θανάτου γ) ο φόβος για το θάνατο σημαντικών άλλων, δ) ο φόβος για το τέλος της ύπαρξης, ε) ο φόβος για το άγνωστό, στ) Ο φόβος για την αίσθηση της στιγμής του θανάτου, ζ) ο φόβος για τα τύχη του σώματος μετά το θάνατο η) ο φόβος για τον πρόωρο θάνατο. Ενώ, ο Abdel-Khalek (2002) κατηγοριοποίησε το φόβο του θανάτου σε τέσσερις παράγοντες: α) Το φόβο του πόνου και της τιμωρίας, β) το φόβο για την εγκατάλειψη των εγκόσμιων πραγμάτων και σχεδίων, γ) το φόβο για θρησκευτικά αμαρτήματα και παραλείψεις και δ) το φόβο για τον αποχωρισμό από τα αγαπημένα πρόσωπα. Το κατά πόσο όλοι αυτοί οι επιμέρους φόβοι και ανησυχίες είναι συνειδητοί ή όχι και σε ποιο βαθμό δεν είναι βέβαιο, αλλά φαίνεται ότι το άγχος θανάτου σχετίζεται με καταστάσεις που έχουν να κάνουν με τις απώλειες από τη παρούσα ζωή (π.χ. χάσιμο αγαπημένων, σταμάτημα σχεδίων), καθώς και θέματα που αφορούν τη μεταθανάτια έκβαση.

## 1.Ατομικοί παράγοντες άγχους θανάτου

### 1.1.1 Άγχος θανάτου φύλο και ηλικία

Το φύλο έχει υποστηριχτεί ότι επηρεάζει το άγχος θανάτου και συγκεκριμένα οι γυναίκες φαίνεται να ανησυχούν περισσότερο για το θάνατο σε σχέση με τους άντρες. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε κινέζους φοιτητές, οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου (Tang et al., 2002), ενώ το ίδιο αποτέλεσμα παρουσιάστηκε και σε μουσουλμάνες στο Πακιστάν (Suhail & Akram, 2002) και σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Abdel- Khalek (2004) σε τρεις αραβικές χώρες (Αίγυπτος, Κουβέιτ, Συρία), καθώς και σε έρευνα μεταξύ Αυστραλών και Μαλαισιανών φοιτητών στην Αυστραλία (Schumaker, Barraclough, & Vagg, 1987).

Αντιθέτως, το φύλο δεν παρουσίασε προβλεπτική συνέπεια σε σχέση με το άγχος θανάτου σε ηλικιωμένα άτομα (Fortner & Neimeyer, 1999), ενώ και σε μία έρευνα μεταξύ Αυστραλών και Ιαπώνων οι άντρες και οι γυναίκες της Ιαπωνίας δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές στο άγχος θανάτου, ενώ οι Αυστραλές εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου σε σχέση με τους άντρες (Schumaker, Warren, & Groth-Marnat, 1990). Φαίνεται επομένως μία σαφή υπεροχή της ανησυχίας θανάτου στις γυναίκες, αν και δεν επιβεβαιώνεται σε όλα τα πλαίσια και τις ηλικίες. Αν και δεν είναι ξεκάθαρο, αν οι γυναίκες ανησυχούν περισσότερο για το θάνατο ή απλώς έχουν την τάση να αναφέρουν ευκολότερα αρνητικά συναισθήματα και φόβους.

Στην ηλικία τώρα έχει αποδοθεί καθοριστικός ρόλος για την επιθανάτια ανησυχία. Στις περισσότερες έρευνες ανεξαρτήτως πολιτισμικού πλαισίου φαίνεται ότι με την αύξηση της ηλικίας μειώνονται τα επίπεδα του άγχους θανάτου (Suhail & Akram, 2002. Tang, Wu, & Yan, 2002). Αντιθέτως, αν και τα επίπεδα άγχους θανάτου φαίνεται να μειώνονται με την ηλικία, συγκρίνοντας μεσήλικες με ηλικιωμένους, δεν φαίνεται ότι με τη περαιτέρω γήρανση των ηλικιωμένων να συνεχίζεται η μείωση (Duff & Hong, 1995. Fortner & Neimeyer, 1999).



### 1.1.2 Άγχος θανάτου και οικογενειακή κατάσταση

Επίσης, η οικογενειακή κατάσταση ηλικιωμένων ατόμων σύμφωνα με τους Wagner και Lorion (1984) φαίνεται να επηρεάζει το άγχος θανάτου. Οι παντρεμένοι παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου σε σύγκριση με παντρεμένους που είχαν χάσει το/την σύντροφο τους και ήταν χήροι/ες. Μία πιθανή εξήγηση που δόθηκε είναι ότι οι παντρεμένοι ανησυχούν περισσότερο, επειδή με το θάνατο τους αφήνουν πίσω τους το/τη σύζυγο. Επίσης, το χαμηλό ηθικό και η κατάθλιψη ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της ανησυχίας θανάτου. Οι Fortner και Neimeyer (1999) σε μία ανασκόπηση ποσοτικών ερευνών σχετικά με το άγχος θανάτου σε ηλικιωμένους έδειξαν ότι ο παράγοντας του ιδρυματισμού, δηλαδή ηλικιωμένοι που ζούσαν σε ιδρύματα και νοσοκομειακές δομές φάνηκε να αυξάνει τα επίπεδα του άγχους θανάτου αν και με τη χρήση συντηρητικότερων στατιστικών μεθόδων η σχέση δεν είναι απόλυτα συνεπής.

### 1.1.3 Άγχος θανάτου και υγεία

Οι Elkins και Frank Fee (1980) σε έρευνα σε φοιτητές έδειξαν ότι η ανησυχία για σωματική κατάσταση, δηλαδή για την εμφάνιση του σώματος και την σωματική υγεία συσχετίζεται θετικά με την ανησυχία θανάτου.

Το άγχος θανάτου έχει μελετηθεί ιδιαίτερα σε άτομα της τρίτης ηλικίας, επειδή είναι εγγύτερα στο θάνατο. Οι Fortner και Neimeyer (1999) σε μία ανασκόπηση ποσοτικών ερευνών σχετικά με το άγχος θανάτου σε ηλικιωμένους έδειξαν ότι τα χαμηλά επίπεδα ολοκλήρωσης του εγώ, τα πολλά προβλήματα υγείας και τα ψυχολογικά προβλήματα είναι προγνωστικοί παράγοντες υψηλών επιπέδων άγχους θανάτου.

#### 1.1.4 Άγχος θανάτου και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας

Ένας παράγοντας που φαίνεται να παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με το άγχος θανάτου είναι η ψυχοκοινωνική ωριμότητα (Rasmussen & Brems, 1996). Η ψυχοκοινωνική ωριμότητα φάνηκε να είναι σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση άγχους θανάτου από την ηλικία, αν και όσο αυξανόταν η ηλικία τα επίπεδα του άγχους θανάτου μειωνόταν. Πιθανότατα, η σημαντική σχέση που έχει αποδοθεί στην ηλικία ως καθοριστικός παράγοντας εμφάνισης άγχους θανάτου να μην είναι η μόνη, καθώς όσο αυξάνεται η ηλικία η ψυχοκοινωνική ωριμότητα αυξάνεται και αυτή. Παράλληλα με τη αύξηση της ηλικίας συντελούνται αλλαγές που σχετίζονται και με την αυτοπραγμάτωση, δηλαδή την υποκειμενική ικανοποίηση του ατόμου για τα όσα σημαντικά έχει πετύχει στη ζωή του, είτε αφορούν επαγγελματικά ή προσωπικά θέματα. Σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Ebersole και Persi (1992) έδειξαν ότι άτομα που είχαν υψηλότερα επίπεδα στη κλίμακα αυτοπραγμάτωσης παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου. Ο Yalom (2003) μέσα από πλούσια κλινική εμπειρία αναφέρει ότι άγχος του θανάτου είναι ελάχιστο εκεί που είναι μέγιστη η αυτοπραγμάτωση. Η αίσθηση της πραγμάτωσης, της ολοκλήρωσης όλων όσων επιθυμείς στη ζωή φαίνεται να μειώνει το άγχος θανάτου. Πιθανότατα, το άτομο αισθάνεται ότι ακόμη και αν φύγει αυτή τη στιγμή έχει υλοποιήσει το σενάριο της ζωής του και τις προσδοκίες του. Επίσης, η αυτοαποτελεσματικότητα φαίνεται να σχετίζεται με το άγχος θανάτου, άτομα με ένα υψηλό επίπεδο αυτοαποτελεσματικότητας τείνουν να παρουσιάζουν ένα χαμηλότερο επίπεδο ανησυχίας θανάτου (Tang et al., 2002).

Ένας ακόμη παράγοντας που φαίνεται να σχετίζεται με το άγχος θανάτου είναι το χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που είναι γνωστό ως κέντρο ελέγχου. Η έννοια του κέντρου ελέγχου είναι μέρος της θεωρίας της κοινωνικής μάθησης του Rotter (1982) για τη προσωπικότητα και παριστάνει μια γενικευμένη προσδοκία του ατόμου για τους παράγοντες που καθορίζουν τις επιβραβεύσεις και τις τιμωρίες στη ζωή του. Στη μία πλευρά ανήκουν οι άνθρωποι που πιστεύουν στην ικανότητα τους να ελέγξουν τα γεγονότα και τις καταστάσεις της ζωής τους, δηλαδή έχουν

εσωτερικό κέντρο ελέγχου. Ενώ στην άλλη πλευρά είναι τα άτομα που πιστεύουν ότι τα γεγονότα της ζωής είναι αποτέλεσμα εξωτερικών παραγόντων, όπως οι συμπτώσεις, η τύχη και η μοίρα, δηλαδή έχουν εξωτερικό κέντρο ελέγχου (Pervin & John, 1999). Άτομα με εσωτερικό κέντρο ελέγχου παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου σε σχέση με άτομα που είχαν εξωτερικό κέντρο ελέγχου (Hyams, Domino, & Spencer, 1982. Patton & Freitag, 1977). Επίσης, άτομα με εξωτερικό έλεγχο υγείας παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου (Tang et al., 2002).

#### 1.1.5 Άγχος θανάτου και νοητικές κατασκευές

Οι στάσεις απέναντι στο θάνατο, οι τρόποι οι οποίοι ερμηνεύουμε το θάνατο όσο και το μέγεθος της απειλής του θανάτου φαίνεται να εξαρτάται από ένα σύστημα ατομικών νοητικών κατασκευών (Moore & Neimeyer, 1991. Neimeyer, 1994). Σχετικά με την ερμηνεία του θανάτου, η έρευνα δείχνει ότι οι άνθρωποι χρησιμοποιούν νοητικές κατασκευές, όπως σκόπιμος – άσκοπος, θετικός – αρνητικός, αποδοχή – απόρριψη, αναμενόμενος – αναπάντεχος, τέλος – μεταθανάτια ζωή. Σχετικά με το μέγεθος της απειλής του θανάτου, η έρευνα μέτρησε τη διαφορά ανάμεσα στις ερμηνείες που δίνουν τα άτομα για τον εαυτό τους και στις ερμηνείες που δίνουν για το θάνατο. Με άλλα λόγια, στο πλαίσιο της θεωρίας των νοητικών κατασκευών, η απειλή του θανάτου είναι ιδιαίτερη ισχυρή όταν το άτομο δεν είναι σε θέση να ερμηνεύσει το θάνατο ως σχετικό με τον εαυτό του. Σύμφωνα με τις μετρήσεις του δείκτη απειλής, τα άτομα αξιολογούν τον εαυτό τους και το θάνατο τους σε νοητικές κατασκευές όπως υγιής – άρρωστος, δυνατός – αδύναμος, προβλέψιμος – τυχαίος και χρήσιμος – άχρηστος. Ο βαθμός απειλής ενός ατόμου αντιπροσωπεύει τη διαφορά ανάμεσα στις δύο βαθμολογικές ομάδες. Πιθανότατα, στη περίπτωση μεγάλης διαφοράς ανάμεσα στην εικόνα για τον εαυτό και το θάνατο, η ερμηνεία της νοητικής κατασκευής του θανάτου ως σχετική με τον εαυτό του θα περιελάμβανε ολοκληρωτική αλλαγή του νοητικού συστήματος του

ατόμου. Σύμφωνα λοιπόν με τα ανωτέρω, ένας νέος που πιστεύει ότι είναι υγιής και δυνατός αισθάνεται να απειλείται περισσότερο με το ενδεχόμενο του θανάτου σε σχέση με έναν ηλικιωμένο που αισθάνεται άρρωστος και αδύναμος, καθώς ο θάνατος για τον νέο στο σύστημα των νοητικών του κατασκευών είναι κάτι το αναπάντεχο, σε σχέση με τον ηλικιωμένο που είναι αναμενόμενο. Η απειλή του θανάτου, όπως ορίζεται κατ' αυτόν τον τρόπο, διαπιστώθηκε ότι είναι μικρότερη στους ασθενείς των ασύλων ανιάτων σε σχέση με τους ασθενείς γενικών νοσοκομείων και μικρότερη στα άτομα που ενδιαφέρονται για την αυτοπραγμάτωση σε αντίθεση με τα άτομα που προσανατολίζονται λιγότερο προς την πρόοδο και την αυτοπραγμάτωση (Moore et al., 1991. Neimeyer, 1994).

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι τα άτομα αποζητούν πάντα να διατηρούν και να ενισχύουν το προβλεπτικό τους σύστημα, όταν όμως γεγονότα ή συμβάντα ανατρέπουν το υπάρχον σύστημα τότε το άτομο αισθάνεται άγχος, καθότι απειλείται το σύστημα των νοητικών του κατασκευών. Τα άτομα έχουν δύο επιλογές, ή να προσκολληθούν με έμμονο τρόπο σε ένα περιορισμένο σύστημα αγνοώντας συνειδητά ή ασυνείδητα τη νέα κατάσταση ή να διευρύνουν το σύστημα, ώστε να ανταποκρίνεται στις νέες διαστάσεις του προβλήματος.

## **1.2 Παράγοντες πλαισίου του άγχους θανάτου**

### **1.2.1 Άγχος θανάτου, εθνικότητα και πολιτισμικό πλαίσιο**

Το πολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ζει το άτομο φαίνεται να επηρεάζει το άγχος θανάτου. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε τρεις Αραβικές χώρες (Αίγυπτό, Συρία, Κουβέιτ) από τον Abdel-Khalek (2004) οι Κουβετιανοί εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου σε σχέση με τις υπόλοιπες εθνικές ομάδες, ενώ οι γυναίκες της Συρίας εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση τις γυναίκες των δύο άλλων χωρών. Οι Schumaker, Warren και Groth-Marnat (1990) έδειξαν ότι οι Ιάπωνες παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου σε σχέση με τους Αυστραλούς, ενώ και σε έρευνα που διεξήχθη ανάμεσα σε Αυστραλιανούς σπουδαστές και Μαλαισιανούς σπουδαστές που διέμεναν στην Αυστραλία, οι πρώτοι είχαν υψηλότερα ποσοστά άγχους θανάτου από τους δεύτερους (Schumaker et al., 1987). Οι διαφορές μεταξύ δυτικής και ανατολικής κουλτούρας φαίνεται να δημιουργούν μία διαφορετική νοηματοδότηση της ζωής και του θανάτου που έχει ως αποτέλεσμα στα επίπεδα ανησυχία θανάτου.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Neimeyer και τους συνεργάτες του (2003) φάνηκε ότι οι λευκοί Αμερικανοί ανησυχούσαν περισσότερο για τη διαδικασία του θανάτου σε σχέση με μαύρους Αμερικανούς, οι οποίοι παρουσίασαν υψηλότερες επίπεδα στις υποκλίμακες φόβος για το άγνωστο, φόβος για την αίσθηση κατά τη στιγμή του θανάτου και ανησυχία για τη τύχη του σώματος μετά το θάνατο. Φαίνεται δηλαδή πέρα από τις εθνικές να υπάρχουν και διαφυλετικές διαφορές ακόμη και ανάμεσα σε άτομα που ζουν στο ίδιο πολιτισμικό περιβάλλον.

### 1.2.2 Άγχος θανάτου και θρησκεία

Ο θάνατος και η ανησυχία μας γι' αυτόν θεωρείται πρόγονος και μητέρα τόσο της φιλοσοφίας όσο και της θρησκείας. Ο ρόλος της θρησκείας έχει θεωρηθεί ότι είναι αγχολυτικός, αφού με τις απαντήσεις της δίνει νόημα στους πιστούς και μετριάζει τα αισθήματα αβεβαιότητας και φόβου απέναντι στο τι θα επακολουθήσει με το θάνατο.

Οι Falkenhain και Handal (2003) έδειξαν ότι άτομα που είχαν υψηλά και μέτρια επίπεδα εγγενούς θρησκευτικότητας (πίστη και ενασχόληση με θρησκευτικά θέματα που πηγάζει εσωτερικά, δηλαδή το κατά πόσο το άτομο πιστεύει ενδόμυχα στο θεό και δρα σύμφωνα με τις επιταγές της θρησκείας) εμφάνιζαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου σε σύγκριση με άτομα που παρουσίαζαν χαμηλά επίπεδα εγγενούς θρησκευτικότητας. Επίσης, οι Roff, Butkeviciene και Klemmack (2002) έδειξαν σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε καθολικούς Λιθουανούς ότι άτομα με υψηλά επίπεδα εγγενούς θρησκευτικότητας παρουσίασαν σε μία κλίμακα μέτρησης του φόβου θανάτου χαμηλότερα επίπεδα φόβου για το άγνωστο, ενώ και οι Kraft, Litwin, & Barber (1987) έδειξαν ότι η ανησυχία θανάτου είναι χαμηλότερη στα άτομα με ισχυρές και ακέραιες θρησκευτικές πεποιθήσεις και μεγαλύτερη στα άτομα με περισσότερο πρόσφορες θρησκευτικές απόψεις. Αντιθέτως, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Duff και Hong (1995) σε απομονωμένες κοινότητες ηλικιωμένων φάνηκε ότι οι προσωπικές θρησκευτικές πρακτικές, η σημασία της θρησκείας για το άτομο και οι κοινωνικές δραστηριότητες δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το άγχος θανάτου και μόνο η συμμετοχή στην ιερή ακολουθία παρουσίασε μία αρνητική συσχέτιση με το άγχος θανάτου. Παρότι, η σχέση δεν είναι πάντα απολύτως ξεκάθαρη φαίνεται ότι η πίστη σε μία προσωπική σωτηρία μετά το θάνατο που αντανάκλα στα θρησκευτικά δόγματα επιφέρει μία θετική στάση και στο γεγονός του θανάτου. Οι Suhail και Akram (2002) σε έρευνα που πραγματοποίησαν σε μουσουλμανικό δείγμα στο Πακιστάν έδειξαν ότι οι λιγότερο θρησκευόμενοι άνθρωποι παρουσιάζουν υψηλότερη ανησυχία θανάτου σε σύγκριση με θρησκευόμενους συμμετέχοντες. Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι τα

περισσότερα δόγματα προσφέρουν στον πιστό ισχυρή παρηγοριά μέσα από την άρνηση της οριστικότητας του θανάτου, μέσα από το ξανασμίξιμο με τους αγαπημένους ή με το Θεό, μέσα από τη μετενσάρκωση, μέσα από την ένωση με τη παγκόσμια δύναμη της ζωής συμβάλλοντας στη μείωση της ανησυχίας γύρω από το θάνατο.

### **1.3 Άγχος θανάτου και τραυματικά γεγονότα**

Η σχέση άγχους θανάτου και τραυματικών γεγονότων ή απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων είναι αντιφατική. Οι Chung, Chung και Easthope (2000) έδειξαν ότι άτομα που εκτέθηκαν στη στρεσογόνο εμπειρία της πτώσης ενός αεροσκάφους δίπλα στη περιοχή κατοικίας τους παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου σε σχέση με φοιτητές ιατρικής και παρόμοια επίπεδα με άτομα που δεχόταν θεραπεία για μετατραυματικό στρες. Επίσης, φαίνεται να υπάρχει μία θετική σχέση μεταξύ του άγχους θανάτου και συμπτωμάτων μετατραυματικής διαταραχής σε ασθενείς που διαγνώστηκαν με HIV (Safren, Gershuny, & Hendriksen, 2003). Περίπου οι μισοί ασθενείς με HIV εμφάνισαν συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής και παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα άγχους θανάτου, πιθανότατα το άγχος θανάτου μαζί με άλλους παράγοντες, όπως η κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά την ευπάθεια του ατόμου για την εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικής διαταραχής. Μια μελέτη έδειξε ότι άρρωστοι που βρισκόταν στο τελικό στάδιο του καρκίνου έτεινε να έχουν υψηλότερη ανησυχία θανάτου σε σχέση με ορθοπεδικούς ασθενείς (Sinha & Nigan, 1993), ενώ και σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε επιβιώσαντες από καρκίνο φάνηκε ότι στα άτομα που ήταν εγγύτερα χρονικά από τη στιγμή της διάγνωσης παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου (Cella & Tross, 1987).

Αντιθέτως, άλλες έρευνες υποδεικνύουν ότι τα άτομα που αντιμετώπισαν εμπειρίες που τα έφεραν πολύ κοντά στο θάνατο, αργότερα παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα φόβου θανάτου (Noyes, 1980). Ασθενείς με καρκίνο στο τελικό στάδιο είχαν χαμηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου σε σχέση με μη πάσχοντες (Dougherty, Templer, & Brown, 1986. Gibbs & Achterberg-Lawlis, 1978). Επίσης, άτομα που είχαν υποστεί καρδιακή προσβολή παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου. Ο μηχανισμός αγχώλυσης παραμένει άγνωστός και μόνο υποθέσεις μπορούν να γίνουν. Μία υπόθεση είναι ότι η όλη διαδικασία που περιλαμβάνει το θάνατο, δηλαδή ο τρόπος του θανάτου εμπεριέχει από μόνος του αρκετά αγχογόνα χαρακτηριστικά, τα οποία μέσα από την αρρώστια ή το ατύχημα απομυθοποιούνται. Μία άλλη υπόθεση είναι ότι το άτομο στην προσπάθεια



του να αισθανθεί καλύτερα αλλάζει τη γνωστική επεξεργασία του θέματος κατά τρόπο που να του προκαλεί λιγότερο φόβο. Μπορεί να υπερτονίζεται η δυνατότητα μίας μεταθανάτιας ζωής ή η καθολικότητα του γεγονότος που απλά μετατίθεται η στιγμή του για τον κάθε άνθρωπό.

Πιθανότατα, το άτομο κατά τη στρεσογόνα κατάσταση αναπτύσσει κάποιο μηχανισμό διαχείρισης του φόβου του για να μπορέσει να αντιμετωπίσει την ιδέα ότι πρόκειται να πεθάνει, ο οποίος μηχανισμός παραμένει μετά το ατύχημα ή την ασθένεια συμβάλλοντας γενικά στα χαμηλά επίπεδα άγχους θανάτου. Σίγουρά όμως το γεγονός σχετίζεται με το είδος, τη διάρκεια της απειλής, τη χρονική απόσταση από το συμβάν και το κίνδυνό που διατρέχει το άτομο στη παρούσα στιγμή.

Επίσης, βλέπουμε συχνά άτομα που μετά από μία αντιπαράθεση με το θάνατο κάνουν δραματικές αλλαγές στη ζωή τους, θέμα που απασχόλησε και τη κλασική λογοτεχνία στο χριστουγεννιάτικο παραμύθι με το Σκρούτζ, του Τσάρλς Ντίκενς, ο οποίος από τσιγκούνης και γκρινιάρης μετατρέπεται σε γενναιόδωρο και πρόσχαρο. Η απειλή του θανάτου είναι μία οριακή εμπειρία και πιθανότατα υπό το φάσμα της επαναξιολογείται η μέχρι τώρα πορεία του ατόμου συμβάλλοντας στην αυτογνωσία και των επανακαθορισμό των προτεραιοτήτων.

## 2.Προσωπικότητα και υγεία

Η ψυχοσωματική ιατρική δίνει έμφαση στην ενότητα ψυχής και σώματος και στην μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Οι Smith & Gallo (2001) αναφέρουν τρεις τρόπους μέσα από τους οποίους η προσωπικότητα επηρεάζει την υγεία: I η προσωπικότητα επιδρά σε συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, όπως είναι ο υγιεινός τρόπος ζωής, II ασκείται μια άμεση επίδραση μέσα από την βιοφυσιολογική βάση του στρες και των αρνητικών συναισθημάτων και III η προσωπικότητα επιδρά στον τρόπο που αντιλαμβάνεται το άτομο την ασθένεια και καθορίζει την αντίδραση του σε αυτήν.

Η θεωρία των Friedman & Rosenman (1974) που αναφέρεται σε διαφορετικούς τύπους προσωπικότητας και πως αυτοί οι τύποι σχετίζονται σε την ανάπτυξη καρδιακών νοσημάτων, προσέλκυσε μεγάλο ενδιαφέρον. Συγκεκριμένα, οι παραπάνω ερευνητές συνέδεσαν την στεφανιαία νόσο με την επονομαζόμενη συμπεριφορά τύπου A , κυρίως βέβαια στο χαρακτηριστικό της εχθρικότητας. Αντίθετα, τα άτομα που ανήκουν στην προσωπικότητα τύπου B παρουσιάζονται λιγότερο εχθρικά και επιθετικά και ως αποτέλεσμα περισσότερο ήρεμα και χαλαρωμένα.

(Καραδήμας, 2005. Kaplan & Sadock, 2000).

### 2.1Νευρωτισμός

Ο νευρωτισμός θεωρείται ως ένα από τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά της ανθρώπινης προσωπικότητας. Σύμφωνα με τον Watson (2004), η διάσταση του νευρωτισμού έχει περιληφθεί σε όλα τα μοντέλα χαρακτηριστικών του 20ου αιώνα, πράγμα που υποδεικνύει και την μεγάλη σημασία αυτού του γνωρίσματος στην προσωπικότητα των ατόμων. Το χαρακτηριστικό του νευρωτισμού αναφέρεται στο βαθμό που ένα άτομο αντιλαμβάνεται τον κόσμο ως απειλητικό, προβληματικό και στρεσογόνο.

Παρόλο, όμως, που ο νευρωτισμός περιλαμβάνεται σε πολλά μοντέλα, οι διάφοροι ερευνητές της προσωπικότητας χρησιμοποιούσαν διαφορετική ορολογία για να περιγράψουν αυτό το χαρακτηριστικό και μερικές φορές τόνιζαν την θετική πλευρά του, όταν δηλαδή υπήρχαν χαμηλά επίπεδα νευρωτισμού. Για παράδειγμα, ο Catell χρησιμοποιούσε την διάσταση Προσαρμογή – Άγχος στο μοντέλο του, ενώ έχουν χρησιμοποιηθεί και οι όροι Συναισθηματικός Έλεγχος και Συναισθηματική Σταθερότητα. Ο όρος νευρωτισμός έγινε δημοφιλής την δεκαετία του `50 μέσα από την δουλειά του Eysenk. Αυτή η ποικιλία στην χρησιμοποιούμενη ορολογία προκαλούσε σύγχυση για χρόνια στο χώρο της ψυχολογίας της προσωπικότητας, καθώς δεν ήταν σαφές αν όλοι αυτοί οι διαφορετικοί όροι αναφέρονταν στο ίδιο χαρακτηριστικό. Η έρευνα, όμως, κατά την δεκαετία του `80 υπέδειξε ότι όλες αυτές οι διαφορετικές έννοιες που χρησιμοποιούνταν στα διάφορα μοντέλα ανακλούσαν τελικά το ίδιο χαρακτηριστικό, που ονομάζουμε νευρωτισμό (Watson, 2004).

Όπως είδαμε και παραπάνω, ο νευρωτισμός αποτελεί ένα από τους παράγοντες του μοντέλου των πέντε παραγόντων. Σύμφωνα με τους Costa & McGrae (1992), ο παράγοντας του νευρωτισμού περιλαμβάνει τα εξής χαρακτηριστικά: άγχος, έκρυθμη εχθρικήτητα, κατάθλιψη, ατολμία, παρορμητικότητα, ευαισθησία.

Ο Costa (1987) τονίζει επίσης ότι θα ήταν λάθος να ταυτιστεί η διάσταση του νευρωτισμού με την ψυχοπαθολογία. Αφενός, επειδή υπάρχουν πολλές ψυχικές διαταραχές των οποίων τα συμπτώματα δεν σχετίζονται με το νευρωτισμό και αφετέρου επειδή οι ψυχικές διαταραχές αφορούν σε ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού, ενώ ο νευρωτισμός αποτελεί μια από τις πέντε βασικές διαστάσεις της φυσιολογικής προσωπικότητας.

Ο Costa (1987) επιπρόσθετα αναφερόμενος στον παράγοντα του νευρωτισμού περιγράφει εκτενέστερα κάποια χαρακτηριστικά του. Σύμφωνα με αυτόν, ο νευρωτισμός αποτελεί μια ευρεία διάσταση ατομικών διαφορών και τα άτομα με υψηλό νευρωτισμό τείνουν να βιώνουν αρνητικά, αγχογόνα συναισθήματα και να έχουν ανάλογα γνωστικά και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά. Τα γνωρίσματα που χαρακτηρίζουν αυτή τη διάσταση είναι ο φόβος, ο εκνευρισμός, η χαμηλή

αυτοεκτίμηση, το κοινωνικό άγχος, χαμηλός έλεγχος παρορμήσεων και αισθήματα ανημπόριας. Επομένως, τα άτομα με υψηλά επίπεδα νευρωτισμού έχουν την τάση να βιώνουν φόβο, θυμό, λύπη και αμηχανία, ενώ δυσκολεύονται να διαχειριστούν το στρες. Ενώ, θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι γυναίκες έχουν ελαφρώς αυξημένα επίπεδα νευρωτισμού σε σχέση με τους άνδρες (Watson, 2004).

### 2.1.1 Νευρωτισμός και ψυχική υγεία

Ο νευρωτισμός έχει πιο δυνατές, σαφείς και ευρείες συσχετίσεις με την ψυχοπαθολογία συγκριτικά με τα άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Τα αυξημένα επίπεδα νευρωτισμού συνδέονται με ένα ευρύ φάσμα κλινικών συνδρόμων, όπως οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές της διάθεσης, η κατάχρηση ουσιών, οι σωματόμορφες διαταραχές, οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, οι διαταραχές προσωπικότητας και η σχιζοφρένεια. Η συσχέτιση του νευρωτισμού με τις παραπάνω διαταραχές δεν αποτελεί έκπληξη, καθώς η συναισθηματική δυσφορία αποτελεί κοινό χαρακτηριστικό, τόσο του νευρωτισμού, όσο και των προαναφερθέντων διαταραχών (Costa, 1987.Watson, 2004).

Ιδιαίτερα δυνατές είναι οι συσχετίσεις ανάμεσα στο νευρωτισμό και τις διαταραχές των οποίων εξέχον χαρακτηριστικό αποτελεί η υποκειμενική συναισθηματική δυσφορία, όπως η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας. Αυτή η θέση ενισχύεται από έρευνες σε διδύμους, οι οποίες υποδεικνύουν ότι ο νευρωτισμός, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και η κατάθλιψη μοιράζονται το ίδιο γενετικό υπόβαθρο. Αντίθετα, οι συσχετίσεις δεν είναι τόσο ισχυρές στην σχέση μεταξύ του νευρωτισμού και διαταραχών των οποίων τα βασικά χαρακτηριστικά δεν εστιάζονται στην υποκειμενική συναισθηματική δυσφορία, όπως συμβαίνει στις ειδικές φοβίες (Mineka ,Watson & Clark., 1998).

Ακόμη και στην περίπτωση της σχιζοφρένειας υπάρχουν ενδείξεις ότι ο νευρωτισμός διαδραματίζει κάποιο ρόλο. Οι ερευνητές και οι θεωρητικοί έχουν προτείνει ότι η σοβαρότητα των παραληρητικών ιδεών μπορεί να είναι αποτέλεσμα μιας ασταθούς συναισθηματικής κατάστασης.

Επομένως, ο νευρωτισμός έχει θεωρηθεί ότι ίσως αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της σχιζοφρένειας, καθώς έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται με περισσότερο σοβαρά θετικά ψυχωσικά συμπτώματα. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά στην ανάπτυξη των παραληρητικών ιδεών έχει προταθεί ότι η σοβαρότητα τους ίσως προκύπτει από τις προσπάθειες που κάνει το άτομο για να κατανοήσει ένα κόσμο που για εκείνο φαντάζει αγχωτικός και έτσι το περιβάλλον του μοιάζει παράξενο και μη οικείο (Lysaker , Lancaster., Nees & Davis.,2003).

Υπάρχει ένας πολύ μεγάλος αριθμός μελετών που έχει ασχοληθεί με τον νευρωτισμό σε σχέση με την κατάθλιψη και το άγχος (Claridge & Davis, 2001). Έχει βρεθεί μάλιστα ότι ο νευρωτισμός είναι ιδιαίτερα υψηλός σε άτομα που πάσχουν από συννοσηρότητα άγχους και κατάθλιψης (Weinstock & Whisman, 2006), ενώ τα ευρήματα των Yang et al. (2008) υποδεικνύουν ότι το υψηλό επίπεδο νευρωτισμού αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης για την έναρξη ενός πρώτου καταθλιπτικού επεισοδίου στην εφηβεία.

Μια άλλη σειρά ερευνών έχει εστιάσει την προσοχή της στην μελέτη των γνωστικών λειτουργιών και πως αυτές σχετίζονται και επηρεάζονται από το νευρωτισμό. Μερικοί συγγραφείς υποστηρίζουν ότι το αναμάσημα σκέψεων (rumination) αποτελεί την εκδήλωση του νευρωτισμού σε γνωστικό επίπεδο. Οι Roelofs et al (2008) βρήκαν ότι ακριβώς αυτό το αναμάσημα αρνητικών σκέψεων συνδέεται άμεσα με την ανάπτυξη της κατάθλιψης και του άγχους και διαδραματίζει διαμεσολαβητικό ρόλο στη σχέση του νευρωτισμού με τα συμπτώματα κατάθλιψης G και άγχους.

Σε άλλες μελέτες έχει υποδειχθεί ότι ο νευρωτισμός επηρεάζει τον τρόπο επεξεργασίας των πληροφοριών σε επίπεδο άσκησης της κρίσης, της ανάκλησης και της ερμηνείας θετικών και αρνητικών συναισθηματικών πληροφοριών. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι τα άτομα με υψηλά επίπεδα νευρωτισμού τείνουν να επεξεργάζονται περισσότερο τις αρνητικές συναισθηματικές πληροφορίες. Πιο συγκεκριμένα, έχει φανεί ότι ο νευρωτισμός συσχετίζεται θετικά με την αρνητική κρίση και την αρνητική ερμηνεία των πληροφοριών, ενώ έχει αρνητική συσχέτιση με την θετική κρίση και τις θετικές ερμηνείες (Rafienia et al., 2008). Επιπροσθέτως, υπάρχουν

ευρήματα που υποστηρίζουν ότι ο νευρωτισμός συσχετίζεται με τα δίκτυα της σημασιολογικής μνήμης που ευνοούν το αρνητικό συναίσθημα (Robinson Ode, Moeller & Goetz., 2007).

Τέλος, μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι μελέτες που διερευνούν την σχέση του νευρωτισμού με ψυχοπαθολογικά συμπτώματα σε παιδιά ή νεαρούς εφήβους. Οι περισσότερες έρευνες έχουν εστιαστεί σε δύο τύπους προβλημάτων, τις συναισθηματικές διαταραχές (άγχος, κατάθλιψη, διαταραχές στην πρόσληψη τροφής) και τα προβλήματα συμπεριφοράς (διαταραχές της αγωγής, χρήση ουσιών). Αρκετές από αυτές υποδεικνύουν ότι ο νευρωτισμός εμπλέκεται στην αιτιολογία αυτών των ψυχοπαθολογικών καταστάσεων σε νεαρούς εφήβους (Muris, 2006).

Ένα σημαντικό ερώτημα που τίθεται είναι κατά πόσο οι υψηλές συσχετίσεις του νευρωτισμού με ψυχοπαθολογικές οντότητες, όπως η κατάθλιψη ή οι αγχώδεις διαταραχές, οφείλονται στο ότι υπάρχει μεγάλη αλληλοεπικάλυψη στο περιεχόμενο τους. Δηλαδή, κατά πόσο τα συμπτώματα γενικότερης συναισθηματικής δυσφορίας που προεξάρχουν σε διάφορες αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές του συναισθήματος είναι επίσης τα ίδια προεξάρχοντα χαρακτηριστικά του νευρωτισμού, ο οποίος θεωρείται ότι αποτελεί προδιάθεση για αυτές τις διαταραχές (Engelhart, Van den Hout & KIndt., 2003).

Οι Claridge και Davis (2001) στο πολύ ενδιαφέρον άρθρο τους με τίτλο «Ποια είναι η χρησιμότητα του νευρωτισμού;» θέτουν ανάλογους προβληματισμούς. Αρχικά αναφέρονται στο γεγονός ότι ο νευρωτισμός συσχετίζεται με μια μεγάλη γκάμα διαταραχών σε βαθμό που το να μη βρει κανείς συσχετίσεις μεταξύ μιας ψυχοπαθολογικής κατάστασης και του νευρωτισμού αποτελεί την εξαίρεση στον κανόνα. Αυτό τους οδηγεί στην διερεύνηση της χρησιμότητας αυτής της διάστασης με την έννοια ότι αφού αυτό το χαρακτηριστικό είναι «πανταχού παρόν», τι μας προσφέρει ουσιαστικά στην μελέτη αυτών των διαταραχών; Σίγουρα, μπορεί να πει κανείς ότι αποτελεί δείκτη προβλεψιμότητας ενδεχόμενης ψυχοπαθολογίας, αλλά ποιών ακριβώς τύπων ψυχοπαθολογίας; Με λίγα λόγια αποτελεί μια πολύ γενική δομή. Μόνο όταν ένας συγκεκριμένος πληθυσμός (π.χ. σχιζοφρενείς) έχει καθοριστεί εκ των προτέρων, ο νευρωτισμός χρησιμεύει είτε ως

στατιστικός δείκτης προβλεψιμότητας ή ως οδηγός για την κατανόηση των αιτιωδών επιδράσεων. Παρόλα αυτά, ο ρόλος του νευρωτισμού ως μέρος των αιτιάσεων που οδηγούν σε ψυχοπαθολογικές διαταραχές είναι αμφιλεγόμενος.

Οι ίδιοι συγγραφείς (Claridge & Davis, 2001) θεωρούν ότι ο νευρωτισμός, αν χρησιμοποιούνταν με διαφορετικό τρόπο (συνήθως γίνονται απλές στατιστικές συσχετίσεις με άλλες μεταβλητές) μέσα σε ένα μεθοδολογικό σχεδιασμό θα μπορούσε να προσφέρει πολύ περισσότερα πράγματα στην κλινική έρευνα. Η άποψη τους είναι ότι θα πρέπει κανείς να επικεντρωθεί στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τα οποία, αν και περικλείονται από το νευρωτισμό, είναι σχετικά και απορρέουν εννοιολογικά από το είδος της διαταραχής που διερευνάται κάθε φορά.

### 2.1.2 Νευρωτισμός και σωματική υγεία

Ο νευρωτισμός έχει συσχετιστεί με κακή σωματική υγεία, τόσο σε σχέση με συννόσηρες ψυχικές διαταραχές που σχετίζονται με προβλήματα υγείας, όσο και ανεξάρτητα από αυτές. Έχουν διατυπωθεί τρεις βασικές υποθέσεις με σκοπό την ερμηνεία της συσχέτισης ανάμεσα στο νευρωτισμό και την σωματική ασθένεια. Αυτές είναι: η υπόθεση της αντίληψης των συμπτωμάτων, η ψυχοσωματική υπόθεση και η υπόθεση της αναπηρίας (Rosmalen, Neeleman, Gans & De Jonge, 2007).

Η υπόθεση της αντίληψης των συμπτωμάτων αναφέρει ότι δεν υπάρχουν διαφορές στην σωματική υγεία των ατόμων με υψηλά και χαμηλά επίπεδα νευρωτισμού. Αυτό που συμβαίνει στην πραγματικότητα είναι ότι τα άτομα με υψηλό επίπεδο νευρωτισμού είναι περισσότερο πιθανό να αντιληφθούν πιο γρήγορα κάποια σωματικά συμπτώματα και να έχουν μια υπερβολική αντίδραση αναλογικά με το μέγεθος της ενόχλησης που βιώνουν (Rosmalen et al., 2007).

Σύμφωνα με την ψυχοσωματική υπόθεση, ο νευρωτισμός μπορεί να προκαλέσει προβλήματα υγείας, καθώς τα άτομα που έχουν αυτό το χαρακτηριστικό παρουσιάζουν κοινά γνωρίσματα που τα καθιστούν ευάλωτα σε πραγματικά προβλήματα υγείας. Για παράδειγμα, τα

άτομα με υψηλό επίπεδο νευρωτισμού μπορεί να παρουσιάζουν δυσλειτουργία στον άξονα υποθάλαμος – υπόφυση – επινεφρίδια ή στο αυτόνομο νευρικό σύστημα (Rosmalen et al., 2007). Έχει βρεθεί ότι, αν και ο νευρωτισμός δεν φαίνεται να συσχετίζεται με την ανάπτυξη ανοιών, φαίνεται, όμως, να συσχετίζεται με την ανάπτυξη γνωστικών δυσλειτουργιών και με αυξημένη θνησιμότητα σε άτομα που πάσχουν από άνοιες (Yang, 2003).

Τέλος, η υπόθεση της αναπηρίας υποστηρίζει ότι ο νευρωτισμός είναι το αποτέλεσμα και όχι το αίτιο των προβλημάτων υγείας. Σύμφωνα με αυτή την υπόθεση, οι δυσχέρειες που προκύπτουν από ένα πρόβλημα υγείας αυξάνουν τα επίπεδα του νευρωτισμού και όχι το αντίστροφο (Rosmalen et al., 2007).

Ακόμη, ο νευρωτισμός έχει συσχετιστεί με συμπεριφορές που θεωρούνται επικίνδυνες για την υγεία. Αλλά και σε αυτό το επίπεδο μελετών τα αποτελέσματα είναι συχνά αντιφατικά και αντικρουόμενα. Πιο συγκεκριμένα, κάποιες μελέτες αναφέρουν ότι τα άτομα που παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα νευρωτισμού είναι περισσότερο πιθανό να εμπλακούν σε συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα, η κατάχρηση αλκοόλ και η χρήση ναρκωτικών με σκοπό να εκτονώσουν τα δυσάρεστα αισθήματα έντασης και στρες που βιώνουν. Από αυτή την προοπτική, ο νευρωτισμός μπορεί να οδηγήσει σε μια πρόβλεψη για προβλήματα υγείας (Vollrath & Torgersen, 2002).

Υπάρχει, όμως, και η άποψη που επιβεβαιώνεται από πολλές μελέτες, ότι τα άτομα που έχουν ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους το νευρωτισμό ασχολούνται πολύ με την υγεία τους και προσέχουν να μην την θέσουν σε κίνδυνο. Έτσι, μπορεί στην πραγματικότητα να έχουν κάποια πλεονεκτήματα αναφορικά με την διατήρηση της καλής υγείας τους (Friedman, 2004).

Το σημείο που υπάρχει μια σχετική ομοφωνία αφορά στο ότι τα άτομα με υψηλό επίπεδο νευρωτισμού χαρακτηρίζονται από συναισθηματική αστάθεια και αναφέρουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα και ενοχλήματα, ενώ μπορεί και να υπερβάλλουν στην περιγραφή τους (Vollrath & Torgersen, 2002. Rosmalen & συν., 2007., Williams & Wiebe, 2000. Gucht, 2003. Costa,



1987). Συνήθη συμπτώματα για τα οποία παραπονούνται άτομα με υψηλό επίπεδο νευρωτισμού είναι ο πονοκέφαλος, ο πόνος στο στήθος, η ζαλάδα, η ναυτία, ο βήχας, το φτέρνισμα, η δυσπεψία και άλλα (Watson, 2004). Μερικές φορές, τα συμπτώματα αυτά δεν φαίνεται να έχουν οργανική βάση.

Ο Watson (2004) αναφέρει ότι ο νευρωτισμός δεν παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση με αντικειμενικές ενδείξεις υγείας, όπως συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, βιολογικούς δείκτες και αποτελέσματα που σχετίζονται με κακή υγεία. Οπότε, θα μπορούσε κανείς να πει ότι ο νευρωτισμός αποτελεί πολύ πιο σίγουρο προβλεπτικό παράγοντα υποκειμενικών παραπόνων για σωματικά συμπτώματα, παρά αντικειμενικό παράγοντα πρόβλεψης για την κατάσταση της υγείας.

Αν και ο νευρωτισμός μπορεί να οδηγήσει σε υποκειμενικές αντιλήψεις για τα συμπτώματα που παρουσιάζει κάποιος, δεν μπορούμε, όμως να υποστηρίξουμε ότι δεν σχετίζεται με θέματα που άπτονται της υγείας. Αυτό συμβαίνει καθώς οι αντιλήψεις και συμπεριφορές του ατόμου με υψηλά επίπεδα νευρωτισμού αλληλεπιδρούν με τα άτομα που εργάζονται στο σύστημα υγείας. Υπό αυτό το πρίσμα, η μελέτη και η μέτρηση του νευρωτισμού μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα χρήσιμη για τα άτομα που εργάζονται στο χώρο της υγείας, καθώς μπορεί να συνυπολογίζεται αυτό το χαρακτηριστικό προσωπικότητας με τις υποκειμενικές αναφορές για σωματικά συμπτώματα και να οδηγήσει σε μια καλύτερη εκτίμηση της υγείας του ατόμου. Φυσικά, αναφορικά με τα άτομα που έχουν υψηλά επίπεδα νευρωτισμού, θα πρέπει να δίνεται η δέουσα προσοχή, ώστε να μην παρερμηνευθούν και υποτιμηθούν πραγματικά σοβαρά συμπτώματα ασθενών ως λιγότερο σημαντικά με αποτέλεσμα να μην γίνουν οι απαραίτητες ενέργειες προς την βελτίωση της υγείας του ασθενούς (Costa, 1987).

Ένα συμπέρασμα που μπορεί να εξαχθεί αναφορικά με την έρευνα του νευρωτισμού και την σχέση της με την σωματική υγεία είναι ότι, παρόλο που παρατηρούνται συσχετίσεις ανάμεσα σε αυτές τις δύο μεταβλητές, δεν μπορούμε, παρόλα αυτά, να αποδείξουμε πια μεταβλητή επιδρά πάνω σε πια, ούτε να εξακριβώσουμε με ακρίβεια ποιες άλλες μεταβλητές επηρεάζουν αυτή τη σχέση (Καραδήμας, 2005).

## **Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας είναι να διερευνήσει τη σχέση ανάμεσα στον νευρωτισμό και το άγχος θανάτου. Επιπλέον να μελετήσει το ρόλο που διαδραματίζει το φύλο στα επίπεδα νευρωτισμού και άγχους θανάτου και αν υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αυτών.

## **Υποθέσεις**

Οι κυριότερες υποθέσεις που αναμένεται να μελετηθούν σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας είναι οι εξής:

- 1)Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα σε νευρωτισμό και άγχος θανάτου.
- 2)Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα άγχους θανάτου ως προς το φύλο.
- 3)Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα νευρωτισμού ως προς το φύλο.

## **Δείγμα**

Στην έρευνα συμμετείχαν 121 άτομα εκ των οποίων τα 38 ήταν άντρες (31,4%) και τα 83 ήταν γυναίκες (68,6%).

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων οι 68 (56,2%) ήταν άγαμοι και οι 41 έγγαμοι (33,9%) ενώ 13 άτομα είτε ήταν διαζευγμένα,χήρα είτε συγκατοικούσαν (9,9%).

Στο μορφωτικό επίπεδο το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων απάντησαν πως έχουν φοιτήσει σε κάποιο πανεπιστήμιο ή σχολή σε επίπεδο 62% (75 άτομα) , σε μεταπτυχιακό επίπεδο 6,6% (8 άτομα),στην δευτεροβάθμια κ τριτοβάθμια εκπαίδευση συμμετείχαν 28,1% (34 άτομα),ενώ 5,8% (7 άτομα) δήλωσαν πως ολοκλήρωσαν μόνο την πρωτοβάθμια εκπαίδευση.

Η ηλικία των συμμετεχόντων, με μικρότερη ηλικία τα 18 χρόνια κ ανώτερη τα 70, είχε Μ.Ο τα 31,9 χρόνια (Τ.Α 12,9).

### **Εργαλεία**

Ο νευρωτισμός μετρήθηκε με τη βοήθεια του Ερωτηματολογίου για την Προσωπικότητα του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire), το οποίο ήταν σταθμισμένο για την ελληνική γλώσσα από τον Δημητρίου (1986). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 22 ερωτήσεις (items) (π.χ. Αλλάζει εύκολα το κέφι σας? Νιώθετε συχνά τύψεις?) Οι συμμετέχοντες στην έρευνα κλήθηκαν να απαντήσουν με τη μορφή ενός ΝΑΙ ή ΟΧΙ στις ερωτήσεις (Cronbach's  $\alpha = .623$ ). Υψηλότερα σκορ, ασφαλώς, υποδηλώνουν κ πιο υψηλά επίπεδα νευρωτισμού.

Να επεξηγηθεί σε αυτό το σημείο η σημαντικότητα του δείκτη Alpha Cronbach. Ο δείκτης αυτός δείχνει σε τι ποσοστό εξηγείται το φαινόμενο που μελετούμε από το ψυχομετρικό εργαλείο μας. Όσο πιο υψηλός είναι, τόσο μεγαλύτερη αξιοπιστία υπάρχει στις μετρήσεις μας, με ανώτερη τιμή που αυτός μπορεί να πάρει να είναι το 1,00.

Το άγχος θανάτου υπολογίστηκε με την κλίμακα Άγχους Θανάτου (Death Anxiety Scale) (Templer, 1970). Αποτελείται από 15 προτάσεις (items) που αφορούν το φόβο των ανθρώπων για τον θάνατο σε ένα μεγάλο εύρος καθημερινών καταστάσεων (π.χ Φοβάμαι πολύ μήπως πεθάνω. Το θέαμα ενός νεκρού σώματος με τρομοκρατεί.). Οι συμμετέχοντες απάντησαν με ΝΑΙ ή ΟΧΙ στις προτάσεις που τους έγιναν (Cronbach's  $\alpha = .757$ ).

Υψηλότερα σκορ υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου.

## **Διαδικασία-Μέθοδος**

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη βοήθεια ερωτηματολογίων τα οποία συμπληρώθηκαν ατομικά από φοιτητές Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης αλλά και από κατοίκους της περιοχής του Ρεθύμνου γενικότερα. Οι συμμετέχοντες αφού ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας και έδωσαν την συγκατάθεσή τους, βεβαιώθηκαν από τους επιστήμονες ότι τα στοιχεία τους αλλά και τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν επρόκειτο να χρησιμοποιηθούν για αυστηρά επιστημονικούς σκοπούς και ότι θα παρέμεναν απόρρητα.

## **Μέθοδοι Στατιστικής Ανάλυσης**

Οι στατιστικές αναλύσεις έγιναν με το υπολογιστικό πακέτο δεδομένων SPSS και ήταν οι παρακάτω:

A)Αξιοπιστία των ερωτηματολογίων για τον νευρωτισμό και το άγχος θανάτου απο όπου κ υπολογίστηκε ο δείκτης αξιοπιστίας Alpha Cronbach.

B)Δείκτες περιγραφικής στατιστικής: Μέσος όρος (Mean) και Τυπική απόκλιση (Standard Deviation).

Γ)Συσχετίσεις μεταξύ των ερωτηματολογίων του Άγχους Θανάτου κ του Νευρωτισμού:

Χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης συνάφειας Pearson r.

Δ)Υπολογισμός των διαφορών των Μ.Ο για το Άγχος Θανάτου και τον Νευρωτισμό ως προς το φύλο με τη βοήθεια του t-test (for Equality of Means).

## Σχέση νευρωτισμού και άγχους θανάτου

### Πίνακας 1

Δείκτες συσχέτισης ανάμεσα στις μεταβλητές της έρευνας (N=121), Δείκτες συσχέτισης ανάμεσα στις μεταβλητές της έρευνας ως προς το φύλο (Άνδρες)(N=38), (Γυναίκες)(N=80)

	Νευρωτισμός	Άγχος
Νευρωτισμός		-,383**
Άγχος Θανάτου	-,383**	
<b>Άνδρες</b>		-,387*
	-,387*	
<b>Γυναίκες</b>	-,365**	
		-,365**

Σημείωση: \*\* p<0.1, \*p<0.05

Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζεται ο δείκτης συσχέτισης Pearson r μεταξύ του νευρωτισμού και άγχους θανάτου. Όπως φαίνεται και από το αποτέλεσμα που βρίσκεται κυκλωμένο,  $r(121)=-,383, p=0,00$ , υπάρχει μέτρια αρνητική συσχέτιση μεταξύ άγχους θανάτου και νευρωτισμού για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ( $p=0.01$ ) και υπόθεση διπλής κατεύθυνσης. Έτσι φτάνουμε στο συμπέρασμα ότι υψηλά επίπεδα άγχους θανάτου οδηγούν σε χαμηλά επίπεδα νευρωτισμού αλλά και το αντίστροφο .

Στον Πίνακα 1 ακολουθεί η συσχέτιση νευρωτισμού και άγχους θανάτου ανά φύλο (gender), όπου σε αυτή τη περίπτωση είναι οι άνδρες .Ο δείκτης Pearson  $r(38)=-,387, p=0,016$  φανερώνει αρνητική συσχέτιση μεταξύ νευρωτισμού και άγχους θανάτου, για επίπεδο στατιστικής

σημαντικότητας ( $p=0.05$ ) και υπόθεση διπλής κατεύθυνσης. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι άνδρες με υψηλά επίπεδα νευρωτισμού φανερώνουν χαμηλά επίπεδα άγχους θανάτου και το αντίστροφο.

Στον Πίνακα 1 ακόμη απεικονίζεται η συσχέτιση νευρωτισμού και άγχους θανάτου ανά φύλο (gender) ,εν προκειμένω οι γυναίκες. Ο δείκτης Pearson  $r(80)=-,365,p=,001$  φανερώνει αρνητική συσχέτιση μεταξύ άγχους θανάτου και νευρωτισμού, για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ( $p=0,01$ ) και υπόθεση διπλής κατεύθυνσης. Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι γυναίκες με υψηλά επίπεδα άγχους θανάτου φανερώνουν χαμηλά επίπεδα νευρωτισμού και το αντίστροφο.

### **Διαφορές μέσων όρων του άγχους θανάτου και του νευρωτισμού ως προς το φύλο**

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι (M.O) και οι τυπικές αποκλίσεις (T.A) των κλιμάκων του άγχους θανάτου και του νευρωτισμού χωρισμένοι ως προς το φύλο (άνδρες και γυναίκες).Στον πίνακα ακόμη παρατίθενται οι διαφορές μεταξύ των μέσων όρων δυο φύλων ( $t$ ),καθώς και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ( $p$ ).

Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο άγχος θανάτου μεταξύ των δυο φύλων ( $t=-2,06,df=77,1p=0.43,$ ) . Δεδομένου ότι όσο ανεβαίνει το συνολικό σκορ ,το άγχος θανάτου μειώνεται και το αντίστροφο, συμπεραίνουμε ότι οι άντρες επέδειξαν στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου σε σχέση με τις γυναίκες.

Τα επίπεδα νευρωτισμού συγκρίνοντας τα δυο φύλα δεν εμφάνισαν κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά.

## Πίνακας 2

*Μέσοι όροι (Μ.Ο), Τυπικές Αποκλίσεις (Τ.Α), διαφορές (t-tests) και επίπεδο σημαντικότητας (p values) στις κλίμακες του νευρωτισμού και του άγχους θανάτου ανα φύλο.*

Μεταβλητές	Άνδρες (N=38)		Γυναίκες (N=82)		t	p
	Μ.Ο	Τ.Α	Μ.Ο	Τ.Α		
Άγχος Θανάτου	21,97	3,3	23,24	3,54	-2,062	0,43
Νευρωτισμός	33,68	4,57	32,69	4,38	1,13	,258

## Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν μια μέτρια αρνητική συσχέτιση μεταξύ νευρωτισμού και άγχους θανάτου. Παρόλα αυτά η γενίκευση ή η σύγκριση αυτών των αποτελεσμάτων με άλλες έρευνες είναι εξαιρετικά δύσκολη εξαιτίας της περιορισμένης βιβλιογραφίας. Γι αυτό το λόγο σκόπιμο θα ήταν η αξιολόγηση να κινηθεί περισσότερο στα πλαίσια της μεθοδολογίας της έρευνας και να αναδείξει τυχόν τάσεις ώστε να αποτελέσει εφαλτήριο για περαιτέρω έρευνα.

Αποτελεί έκπληξη σαφώς η αρνητική συσχέτιση μεταξύ νευρωτισμού και άγχους θανάτου. Καθότι η θεωρητική προσέγγιση μας έχει δείξει ότι υψηλά επίπεδα νευρωτισμού συνοδεύονται από αύξηση των συμπτωμάτων στην ψυχική και σωματική υγεία.(Friedman , 2004).Έτσι αν κάποιος επιχειρούσε μια εξήγηση αυτής της αρνητικής συσχέτισης πιθανότατα θα προσανατολιζόταν στα δημογραφικά και μεθοδολογικά χαρακτηριστικά της έρευνας .

Ίσως η ηλικία ,που ο μέσος όρος της δεν ξεπερνά τα τριάντα δυο χρόνια να παίζει κάποιο ρόλο στα επίπεδα άγχους θανάτου. Μία εξήγηση σε σχέση με την ηλικία είναι αυτή που δίνεται στα πλαίσια της θεωρίας των ατομικών νοητικών κατασκευών, που ισχυρίζεται ότι η απειλή του θανάτου είναι ιδιαίτερα ισχυρή όταν το άτομο δεν είναι σε θέση να ερμηνεύσει το θάνατο ως σχετικό με τον εαυτό του. Οι νέοι όντας περισσότερο υγιείς και αισθανόμενοι ότι ο θάνατος είναι γ'αυτούς μακριά ,τουλάχιστον σε σχέση με τους ηλικιωμένους, θεωρούν απειλητικότερο το ενδεχόμενο του θανάτου, καθώς είναι κάτι που για να το αποδεχτούν πρέπει να τροποποιήσουν σε μεγάλο βαθμό το σύστημα των ατομικών νοητικών τους κατασκευών.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, το φύλο φαίνεται να διαδραματίζει ιδιαίτερο ρόλο, καθώς οι γυναίκες ανησυχούν περισσότερο για το θάνατο σε σχέση με τους άντρες όσον αφορά στο άγχος θανάτου. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε κινέζους φοιτητές, οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου (Tang et al., 2002), ενώ το ίδιο αποτέλεσμα παρουσιάστηκε και σε μουσουλμάνες στο Πακιστάν (Suhail & Akram, 2002) και σε



έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Abdel- Khalek (2004) σε τρεις αραβικές χώρες (Αίγυπτος, Κουβέιτ, Συρία), καθώς και σε έρευνα μεταξύ Αυστραλών και Μαλαισιανών φοιτητών στην Αυστραλία (Schumaker, Barraclough, & Vagg, 1987). Οι διαφορές είναι μάλιστα ιδιαίτερα στατιστικά σημαντικές, εύρημα που συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία που θέλει τις γυναίκες να ανησυχούν περισσότερο για το θέμα (Abdel- Khalek, 2004. Tang et al., 2002. Schumaker et al., 1987). Πιθανότατα, τα κοινωνικά στερεότυπα που θέλουν τους άντρες πιο τολμηρούς και ατρόμητους να συντελούν στη διαμόρφωση της προαναφερθείσας τάσης. Αυτό που όμως είναι δύσκολο να αποδειχθεί, είναι αν οι γυναίκες όντως ανησυχούν περισσότερο για το θάνατο ή εκφράζουν ευκολότερα την ανησυχία τους για το θέμα. Οι Fuijita, Diener και Sandvic (1991) υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ευάλωτες στην ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων όταν αντιμετωπίζουν αρνητικά γεγονότα, αλλά βιώνουν και μεγαλύτερη χαρά όταν τα γεγονότα εξελίσσονται καλώς. Κατά συνέπεια, οι γυναίκες δηλώνουν περισσότερο τόσο αρνητικά όσο και θετικά συναισθήματα.

Φαίνεται επομένως μία σαφή υπεροχή της ανησυχίας θανάτου στις γυναίκες, αν και δεν επιβεβαιώνεται σε όλα τα πλαίσια και τις ηλικίες. Αν και δεν είναι ξεκάθαρο, αν οι γυναίκες ανησυχούν περισσότερο για το θάνατο ή απλώς έχουν την τάση να αναφέρουν ευκολότερα αρνητικά συναισθήματα και φόβους.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο ,που είναι αρκετά υψηλό στην έρευνα μας, ίσως αυτό να ασκεί μια τάση για τα μορφωμένα άτομα να πιστεύουν λιγότερο σε μεταφυσικές παραδοχές (παράδεισος κτλ) και με τη κριτική τους σκέψη να δημιουργούν μια πιο εκλογικευμένη νοητική κατασκευή. Αυτό όμως συνεπάγεται την έλλειψη ανακουφιστικής δράσης ως προς την ιδέα του θανάτου με αποτέλεσμα την αύξηση των επιπέδων άγχους θανάτου.

Γίνεται κατανοητό έτσι πόσο σημαντικό ρόλο παίζει το δείγμα στην έρευνα γύρω από το άγχος θανάτου και το νευρωτισμό καθώς και η ανάγκη για πιο στοχευόμενο δείγμα ως προς τα χαρακτηριστικά του (ηλικία, μορφωτικό επίπεδο κτλ). Προκειμένου να εξαχθούν γενικεύσιμα

αποτελέσματα σε μελλοντικές έρευνες, κρίνονται αναγκαία η ύπαρξη μεγαλύτερου και πιο ισορροπημένου ως προς το φύλο και την ηλικία δείγματος και ο καθορισμός των τυχόν υποκλιμάκων του άγχους θανάτου. Με αυτόν τον τρόπο η έρευνα θα καταφέρει να αποφέρει πραγματικά αποτελέσματα και να προσδιορίσει πραγματικές συναφειακές αλλά και αιτιώδεις σχέσεις.

### **Περιορισμοί**

Είναι λογικό σε μια μικρή σε κλίμακα έρευνα φυσικά να τίθενται κάποιοι περιορισμοί σχετικά με το μέγεθος του δείγματος. Οι 121 συμμετέχοντες παρόλο που είναι ένα ικανοποιητικό νούμερο δεν είναι δυνατόν να μας προσφέρουν αποτελέσματα που να είναι γενικεύσιμα στον ευρύτερο πληθυσμό. Ακόμη, το γεγονός ότι οι γυναίκες είναι υπερδιπλάσιες, στο δείγμα μας, των αντρών ίσως να αλλοιώνει τα αποτελέσματά μας ,δίνοντας μια εικόνα που μοιάζει περισσότερο στον γυναικείο πληθυσμό.

Επίσης δεν μπορεί κάποιος να παραβλέψει το γεγονός ότι η έρευνα είναι απλά συσχετιστική ,δηλαδή δεν έχει σκοπό να φανερώσει αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών απλά να καθορίσει καλύτερα το πόσο αυτές οι δύο συσχετίζονται και συνδιακυμαίνονται. Ο χαρακτήρας της ερευνητικής προσπάθειας έτσι κρίνεται απλά διερευνητικός και στοχεύει απλά να αποτελέσει βάση για περαιτέρω έρευνα.

Οι μελλοντικές έρευνες που θα αφορούν τον νευρωτισμό και το άγχος θανάτου θα ήταν χρήσιμο να ασχοληθούν κυρίως με τα εν γένει χαρακτηριστικά των δυο μεταβλητών και να προσπαθήσουν σε εκείνο το σημείο, εάν είναι επιστημονικά δυνατό, να καθορίσουν μια προβλεπτική η ακόμα και αιτιώδη σχέση. Επίσης ενδιαφέρουσα θα ήταν η προσθήκη ακόμα μίας μεταβλητής (π.χ. αυτοαποτελεσματικότητα ή βιοϊατρικό επίπεδο) προκειμένου να διαπιστωθούν επιπλέον σχέσεις και τάσεις του πληθυσμού.

## Προβληματισμοί

Παρ ότι ο νευρωτισμός έχει μελετηθεί εκτενέστατα σε έρευνες, καθώς αποτελεί ένα από τα 5 βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, δεν συμβαίνει το ίδιο και με το άγχος θανάτου. Αυτό, μελετάται κυρίως σε σχέση με την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα κτλ., αλλά όχι ως προς τα χαρακτηριστικά του και τις υποκλίμακες που τυχόν το συνθέτουν. Καταλαβαίνει κάποιος εύκολα, πόσο διαφορετική μορφή παίρνει το άγχος θανάτου σε έναν άνθρωπο που πρόσφατα έχασε ένα σημαντικό του πρόσωπο ή σε ένα άτομο που πάσχει από μια χρόνια ασθένεια. Αυτές οι διαφορετικές μορφές που λαμβάνει το άγχος θανάτου θα πρέπει να εξεταστούν βαθύτερα και να αναλυθούν ως προς τις τυχόν υποκλίμακες που το συνθέτουν, έτσι μόνο θα μπορέσει το άγχος θανάτου να ερευνηθεί εκτενέστερα.

Η επιθυμία για ζωή, το επίπεδο βιωσιμότητας, το επίπεδο κατάθλιψης, η οικογενειακή κατάσταση και άλλες πολλές μεταβλητές είναι που καθορίζουν το πως ένα άτομο αντιλαμβάνεται και διαμορφώνει την αντίληψη του απέναντι στο θάνατο. Καταλαβαίνει κάποιος εύκολα πως το άγχος θανάτου επηρεάζεται και αποτελείται από αρκετά και διαφορετικά μεταξύ τους χαρακτηριστικά που χρήζουν επιστημονικής ανάλυσης.

Θα ήταν θεμιτό λοιπόν να αναλυθούν εκτενέστερα αυτά τα χαρακτηριστικά του άγχους θανάτου για να δημιουργηθεί μια πληρέστερη εικόνα που θα αποτελέσει τη βάση για τυχόν αιτιώδεις σχέσεις, συσχετίσεις και προβλέψεις σε σχέση και με άλλες μεταβλητές

## Διεθνή Βιβλιογραφία

Abdel-Khalek, A. M. (2002). Why do we fear death? The construction and validation of the reasons for death fear scale. *Death Studies*, 26, 669-680.

Abdel-Khalek, A. M. (2004). The Arabic Scale of Death Anxiety (ASDA): Its development, validation, and results in three Arab countries. *Death Studies*, 28, 435-457.

Aries P. (1999). *Ο άνθρωπος ενώπιον του θανάτου: Ο εξαγριωμένος θάνατος*. Αθήνα: Βιβλιοπωλείο της << Εστίας >>.

Cella, D. F. & Tross, S. (1987). Death anxiety in cancer survival : A preliminary crossvalidation study. *Journal of Personality Assessment*, 51 (3), 451-461.

Chung, M. C., & Chung, C., & Easthope Y. (2000). Traumatic stress and death anxiety among community residents exposed to an aircraft crash. *Death Studies*, 24, 689- 704.

Claridge, G. & Davis, C. (2001). What's the role of neuroticism? *Personality and Individual Differences*, 31, 383 – 400

Costa, P. T. (1987). Influence of the normal personality dimension of neuroticism on chest pain symptoms and coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 60, 20J – 26J.

Costa, P. T., Jr. & McGrae, R. R. (1992). *NEO – PI- R: Professional Manual*. Odessa, Fla: Psychological Assessment Resources.

De Gucht, V. (2003). Stability of neuroticism and alexithymia in somatization. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 6, 466 – 471.

Depaola, S. J., Griffin, M., Young, J.R., & Neimeyer, R.A. (2003). Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The role of gender and ethnicity. *Death Studies*, 27, 335-354.

- Dougherty, K., Templer, D. I., & Brown, R. (1986). Psychological states in terminal cancer patients as measured over time. *Journal of Consulting Psychology, 33*, 357–359.
- Duff R. W., & Hong L. K. (1995). Age density, religiosity and death anxiety in retirement communities. *Review of Religious Research, 37*, 19-32.
- Ebersole, P. & Persi, R. (1992). The short index of self- actualization and death anxiety. *The Journal of Psychology, 127* (3), 359-360.
- Elkins G. R., & Frank Fee A. (1980). Relationship of physical anxiety to death anxiety and age. *The Journal of Genetic Psychology, 137*, 147-148.
- Engelhard, I. M, van den Hout, M. A. & Kindt, M. (2003). The relationship neuroticism, pre – traumatic stress and post – traumatic stress: a prospective study. *Personality and Individual Differences, 35*, 381 – 388.
- Falkenhain M., & Handal P. J. (2003). Religion, death attitudes, and belief in afterlife in the elderly: Untangling the relationships. *Journal of Religion and Health, 42*, 67-75.
- Fortner B.V., & Neimeyer R.A. (1999). Death anxiety in older adults: a quantitative review. *Death Studies, 23*, 387-411.
- Friedman, H. S. (2004). *Personality and Health. International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences.*
- Friedman, M. & Rosenman, R. H. (1974). *Type – A behavior and your health.* New York: Knopf.
- Gibbs, H. W., & Achterberg-Lawlis, J. ( 1978) . Spiritual values and death anxiety : Implications for counseling with terminal cancer patients. *Journal of Counseling Psychology, 25*, 563–569.
- Hoelter, J.W. (1979). Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of Counseling*

*Psychology*, 47, 996–999.

Hyams, N.B., Domino, G., & Spencer, R. (1882). Differential aspects of locus of control and attitudes death. *Social Behavior and Personality*, 10 (2) 177-182.

Kaplan, H.I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (2000). *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Λίτσα.

Kaufmann, W. (1976). *Death without dread. In Existentialism, religion, and death 13 essays* (pp.225-248). New York: Macmillan.

Kastenbaum, R., & Aistenbery, R. (1972). *The psychology of death*. New York: Springer.

Kraft, W.A., Litwin, W.J., & Barber, S.E. (1987). Religious orientation and assertiveness: Relationship to death anxiety. *The Journal of Social Psychology*, 127, 93-95.

Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.

Lysaker, P. H., Lancaster, R. S., Nees, M. A. & Davis, L. W. (2003). Neuroticism and visual memory impairments as predictors of the severity of delusions in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 119, 287 – 292.

Mineka, S., Watson, D. & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377 – 412.

Moore, M.K. & Neimeyer, R.A. (1991). A confirmatory factor analysis of the threat index. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 122-129.

Morgan, J.D. (1995). *Living our dying and our grieving: Historical and cultural attitudes*.

Morris, P. (2006). Unique and interactive affects of neuroticism and effortful control on psychopathological symptoms in non – clinical adolescents. *Personality and Individual Differences*,

40, 1409 – 1419.

Neimeyer, R.A., & Moore, M.K. (1994). Validity and reliability of the Multidimensional fear of death Scale. In R.A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: research instrumentation, and application* (pp 103-117). Washington, DC: Taylor & Francis.

Noyes, R. (1980). Attitude change following near-death experiences. *Psychiatry*, 43,234– 242.

Patton, J. F.,& Freitag, C. B. (1977). Correlational study of death anxiety, general anxiety and locus of control. *Psychological Reports*, 40, 51-54.

Pervin L., & John O, (1999). *Θεωρίες Προσωπικότητας*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Rafienia, P., Azadfallah, P. Fathi – Ashtiani, A., Razoulsadeh – Tabatabaie, K. (2008). The role of extraversion, neuroticism and positive and negative mood in emotional information processing. *Personality and Individual Differences*, 44, 392 – 402.

Raphael, B. (1984). *The anatomy of bereavement: A handbook for the caring professions*. London: Routledge.

Rasmussen, C.A., & Brems C.(1996) . The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity. *The Journal of Psychology*, 130(2), 141-144.

Robinson, M. D., Ode, S., Moeller, S. K. & Goetz, P. W. (2007). Neuroticism and affecting priming: Evidence for a neuroticism – link negative schema. *Personality and Individual Differences*, 42, 1221 – 1231.

Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F. Arntz, A. (2008). *Personality and Individual Differences*, 44, 576 – 586.

Roff L.R., Butkeviciene R., & Klemmack D,L.(2002) . Death anxiety and religiosity among Lithuanian health and social service professionals. *Death Studies*, 26, 731- 742.

Rotter, J.B. (1982). *The development and application of social learning theory*. New York: Praeger.

- Rosmalen, J. G. M., Neeleman, J, Gans, R. O. B. & de Jonge, P. (2007). The association between neuroticism and self – reported common somatic symptoms in a population cohort. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 305 – 311.
- Safren, S.A, Gershuny B.S., & Hendriksen E. (2003). Symptoms of posttraumatic stress and death anxiety in persons with HIV and medication adherence difficulties. *AIDS PATIENT and STDs*, 17, 657-664.
- Sarafino, E.P. (1999). Health Psychology. *Biopsychosocial interactions*. New York: Wiley.
- Schumaker, J.F., Barraclough, R.A., & Vagg, L.M. (1987). Death anxiety in Malaysian and Australian university students. *The Journal of Social Psychology*, 128(1), 41- 47.
- Schumaker, J.F., Warren, W.G., & Groth-Marnat G. (1990). Death anxiety in Japan and Australia. *The Journal of Social Psychology*, 131(4), 511-518.
- Sinha, S. P., & Nigan, M. ( 1993) . Stress and death anxiety. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 20, 78–81.
- Smith, T. W. & Gallo, L. C. (2001). Personality traits as risk factors for physical illness. In A. Baum, T.A. Revenson & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology*. Hillsdal, NJ: Erlsbaum.
- Suhail, K., & Akram, S. (2002). Correlates of death anxiety in Pakistan, *Death Studies*, 26, 39-50.
- Tang, C., Wu, A., & Yan, E. (2002). Psychosocial correlates of death anxiety among Chinese college students. *Death Studies*, 26, 491-499.
- Vollrath, M. & Torgersen, S. (2002). Who takes health risks? A probe into eight personality types. *Personality and Individual Differences*, 32, 1185 – 1197.
- Wagner, K.D., & Lorion, R.P. (1987). Correlates of death anxiety in elderly persons. *Journal of Clinical Psychology*, 40 (5), 1235- 1241.



Wass & R.A. Niemeyer (Eds), *Dying: Facing the facts* (pp 25-45). Washington, DC: Taylor & Francis.

Watson, D. (2004). Neuroticism. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*.

Weinstock, L. M. & Whisman, M. A. (2006). Neuroticism as a common feature of the depressive and anxiety disorders: A test of the revised integrative hierarchical Model in a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 1, 68 – 74.

Williams, P. G. & Wiebe, D. J. (2000). Individual differences in self – assessed health: Gender, neuroticism and physical symptoms report. *Personality and Individual Differences*, 28, 823 – 835.

Yalom I.D. (2003). *Θρησκεία και Ψυχιατρική*. Αθήνα: Άγρα

Yang, H. J., Chiu, Y. J., Soong, W. T. & Chen, W. J. (2007). The roles of personality traits and negative life events on the episodes of depressive symptoms in nonreferred adolescents: A 1 – year follow – up study. *Journal of Adolescent Health*.

### **Ελληνική Βιβλιογραφία**

Καραδήμας,Ε. Χ. (2005). *Ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: Τυπωθύτω,