

**ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**«Παιδικό Τραύμα και επιδράσεις στην ψυχοκοινωνική
προσαρμογή κατά την ενήλικη ζωή: Μελέτη σε δείγμα
φοιτητικού πληθυσμού»**

ΖΩΗ Γ. ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΥ

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:
Καθηγήτρια Κ. Συνοδινού**

**Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:
Καθηγήτρια Β. Αρτινοπούλου
Επίκουρη Καθηγήτρια Μ. Τζινιέρη - Κοκκώση**

**ΑΘΗΝΑ
2015**

Copyright © Ζωή Αντωνοπούλου, 2015.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διατριβής, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διατριβής για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση διδακτορικής διατριβής από το Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δε δηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

*Στη μητέρα μου
και στη μνήμη του πατέρα μου*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους εκείνους που με οποιονδήποτε τρόπο συνετέλεσαν στην ολοκλήρωση αυτής της διατριβής. Ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσά μου, Καθηγήτρια Ψυχοπαθολογίας και Ψυχανάλυσης του Παντείου Πανεπιστημίου κα Κλαίρη Συνοδινού, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε και για την αρωγή της σε όλα τα στάδια εκπόνησης του διδακτορικού. Θερμές ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στην Επίκουρη Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κα Μαρία Τζινιέρη - Κοκκώση, της οποίας το αμέριστο ενδιαφέρον, οι καίριες επισημάνσεις αλλά και η εν γένει παρουσία αποτελούν ζωτικά στοιχεία της διατριβής. Ευχαριστώ επίσης την Καθηγήτρια Εγκληματολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου κα Βασιλική Αρτινοπούλου που μου έκανε την τιμή να είναι στην τριμελή επιτροπή του διδακτορικού. Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στον ψυχίατρο κο Γιώργο Κωνσταντακόπουλο, Επιστημονικό Συνεργάτη της Α΄ Ψυχιατρική Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και του Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, Kings College, London, για την πολύτιμη βοήθεια που προσέφερε στην επίπονη διαδικασία της στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων. Επιπλέον, ειδική μνεία αξίζει στους «αφανείς ήρωες» της διατριβής, τους 605 φοιτητές που συμμετείχαν στην έρευνα. Τους ευχαριστώ πολύ για την εμπιστοσύνη τους στο σκοπό της διατριβής, το χρόνο που διέθεσαν και τα προσωπικά βιώματα που δέχθηκαν να μοιραστούν. Τέλος, δεν θα μπορούσα, και από αυτή τη θέση, να μην ευχαριστήσω τη μητέρα μου για τη διαρκή υποστήριξη που μου παρείχε σε κάθε βήμα αυτής της μακράς «διαδρομής».

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	10
ABSTRACT	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	14
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΠΑΙΔΙΚΟ ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ	15
1.1 Ορισμός και έννοια του ψυχικού τραύματος	15
1.2 Το ψυχικό τραύμα σε παιδική ηλικία	17
1.3 Θεωρητικές προσεγγίσεις του παιδικού τραύματος και των επιπτώσεων του στην ανάπτυξη της προσωπικότητας	20
1.4 Η «ιατρικοποίηση» του ψυχικού τραύματος.....	30
1.5 Γενετική προδιάθεση της μετατραυματικής διαταραχής άγχους	34
1.6 Θεραπευτική αντιμετώπιση του ψυχικού τραύματος	35
1.7 Ερευνητικά δεδομένα για τη συχνότητα εμφάνισης και τις επιπτώσεις του παιδικού τραύματος....	38
1.8 Ερευνητικά δεδομένα για τις επιπτώσεις τραυματικών γεγονότων κατά την ενήλικη ζωή	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	46
2.1 Η κοινωνική εγκαθίδρυση του όρου «ψυχικό τραύμα».....	46
2.2 Τραύμα και κοινωνία: μία αμφίδρομη σχέση	48
2.3 Η διαπολιτισμική διάσταση της μετατραυματικής διαταραχής	50
2.4 Το τραύμα και η αντίληψη για τη γυναικεία φύση.....	51
2.5 Το ψυχικό τραύμα και το πατριωτικό ιδεώδες.....	53
2.6 Ψυχικό τραύμα και ταξικο-οικονομικές σχέσεις.....	54
2.7 Το βεληνεκές του τραύματος: Διαγενεακό Τραύμα	55
2.8 Συνοπτική εννοιολογική προσέγγιση του ψυχικού τραύματος	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ	59
3.1 Το άγχος.....	59
3.1.1 Ορισμός και έννοια του άγχους	59
3.1.2 Η θεωρία του Selye για τα στάδια του άγχους	61
3.1.3 Ψυχοσωματικές εκδηλώσεις του άγχους.....	62

3.1.4 Οι συνέπειες του χρόνιου άγχους	65
3.1.5 Τύποι άγχους	65
3.1.6 Το άγχος και το κοινωνικό του πλαίσιο	67
3.1.7 Η διαπολιτισμική διαφορά στη μελέτη του άγχους	67
3.1.8 Ερευνητικά δεδομένα της σχέσεως του παιδικού ψυχικού τραύματος με το άγχος.....	69
3.2 Αλεξιθυμία	71
3.2.1 Ορισμός- Χαρακτηριστικά	71
3.2.2 Αιτιολογικοί παράγοντες- Πρωτογενής και δευτερογενής αλεξιθυμία	72
3.2.3 Τρόποι εκδήλωσης.....	73
3.2.4 Ερευνητικά δεδομένα της σχέσεως του παιδικού τραύματος με την αλεξιθυμία	75
3.3.1 Ορισμός της αναβλητικότητας	78
3.3.2 Κατηγορίες αναβλητικότητας.....	79
3.3.3 Αναβλητικότητα και μετα-γνωστικές ιδιότητες	81
3.3.4 Σχέση της αναβλητικότητας και της τελειομανίας	81
3.3.5 Αναβλητικότητα και κοινωνία.....	82
3.3.6 Ερευνητικά δεδομένα για την αναβλητικότητα σε φοιτητικό πληθυσμό	83
3.4 Η Ποιότητα Ζωής	86
3.4.1 Ορισμός της Ποιότητας Ζωής	86
3.4.2 Η ιστορία της έννοιας	87
3.4.3 Μοντέλα για την προσέγγιση της έννοιας.....	91
3.4.4 Η θεωρία του Frisch.....	92
3.4.5 Κοινωνικο-πολιτισμικά στοιχεία της έννοιας	93
3.4.6 Ερευνητικά δεδομένα της σχέσεως του παιδικού τραύματος με την ποιότητα ζωής.....	94
3.5 Ψυχολογική προσαρμογή κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο	95
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΣΚΟΠΟΙ, υποθέσεις και ερευνητικό ερωτήμα της παρούσας μελέτης	97
4.1 Η επιλογή των παραγόντων ψυχοκοινωνικής προσαρμογής	98
4.2 Σύνοψη μελετών για τη σχέση του παιδικού τραύματος με το άγχος, την αλεξιθυμία, τη ποιότητα ζωής καθώς και με συμπτωματολογία κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο, σε ενήλικους μη κλινικούς πληθυσμούς.....	99
4.3 Η επιλογή των μέσων συλλογής δεδομένων	101

4.4 Ερευνητικές υποθέσεις και ερευνητικό ερώτημα της παρούσας μελέτης	102
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	104
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	104
5.1 Δείγμα	104
5.2 Διαδικασία συλλογής δεδομένων	104
5.3 Μέσα συλλογής δεδομένων	105
5.3.1 Γενικό ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων	105
5.3.2 Το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς του Πρώιμου Τραύματος -σύντομη μορφή	106
5.3.3 Κλίμακα συμπτωμάτων σχετιζόμενων με τραυματικές εμπειρίες (TSC-40).....	108
5.3.4 Κλίμακα Αλεξιθυμίας 20-λημμάτων του Τορόντο (TAS-20).....	110
5.3.5 Η σύντομη μορφή της κλίμακας Αναβλητικότητας του Tuckman.....	111
5.3.6 Το Ερωτηματολόγιο Καταστασιακού-Δομικού Άγχους (STAI).....	111
5.3.7 Η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου Ποιότητας ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF)	113
5.4 Στατιστική επεξεργασία δεδομένων	115
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	116
6.1 Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος	116
6.2 Αξιοπιστία και δομή του ερωτηματολογίου του πρώιμου Τραύματος (ETI-SR-SF).....	118
6.3 Αξιοπιστία της Κλίμακας Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με Τραυματικές Εμπειρίες (TSC-40) και της Κλίμακας Αναβλητικότητας (TPS)	121
6.4 Συσχετίσεις του πρώιμου τραύματος με το άγχος, την αλεξιθυμία και την αναβλητικότητα	123
6.5 Πρόβλεψη της διακύμανσης του Καταστασιακού και του Δομικού Άγχους από το σύνολο των τραυματικών εμπειριών και τις επιμέρους κατηγορίες τους.....	124
6.6 Συσχετίσεις μεταξύ του ερωτηματολογίου του πρώιμου τραύματος ETI-SR-SF και της κλίμακας συμπτωμάτων σχετιζόμενων με τραυματικές εμπειρίες TSC-40.....	127
6.7 Συσχετίσεις μεταξύ του ερωτηματολογίου του πρώιμου τραύματος (ETI-SR-SF) και του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής (WHOQOL-BREF)	128
6.8 Σχέση του ερωτηματολογίου του πρώιμου τραύματος με κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές..	129
6.9 Σχέση της Κλίμακας Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με Τραυματικές Εμπειρίες (TSC-40) με κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές.	130
6.10 Συχνότητα αναφερόμενων τραυματικών εμπειριών στο δείγμα της μελέτης.....	131

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	132
7.1 Ψυχομετρικές ιδιότητες ερωτηματολογίων/Κλιμάκων.....	133
7.2 Κύριες ερευνητικές υποθέσεις και ευρήματα της παρούσας μελέτης	137
7.2.1 Η επίδραση του παιδικού τραύματος στο δομικό και το καταστασιακό άγχος	137
7.2.2 Η σχέση παιδικού τραύματος και αλεξιθυμίας.....	140
7.2.3 Η σχέση του παιδικού τραύματος με τρέχοντα συμπτώματα που σχετίζονται με το τραύμα.....	141
7.2.4 Σχέση ανάμεσα στο παιδικό τραύμα και στην ποιότητα ζωής.....	145
7.2.5 Διερευνητικό ερώτημα: η σχέση παιδικού τραύματος και αναβλητικότητας.....	148
7.2.6 Η σχέση του παιδικού τραύματος με κοινωνικό-δημογραφικές μεταβλητές.....	148
7.2.7 Σχέση μεταξύ συμπτωμάτων που σχετίζονται με τραύμα με κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές	150
7.2.8 Συχνότητα αναφερόμενων τραυματικών εμπειριών στο δείγμα της μελέτης	151
7.3 Περιορισμοί και πλεονεκτήματα της παρούσας έρευνας.....	153
7.4 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	155
ΠΗΓΕΣ- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	158
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	178

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	117
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Οι βαθμολογίες του δείγματος στις κλίμακες άγχους, αναβλητικότητας, αλεξιθυμίας και ποιότητα ζωής	118
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία χορήγησης- επαναχορήγησης του Ερωτηματολογίου Πρώιμου Τραύματος.....	119
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Παραγοντική ανάλυση των υποκλιμάκων του Ερωτηματολογίου Πρώιμου Τραύματος	120
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Αλληλοσυσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του Ερωτηματολογίου Πρώιμου Τραύματος	121
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία χορήγησης- επαναχορήγησης της Κλίμακας συμπτωμάτων σχετιζόμενων με τραυματικές εμπειρίες.....	122
ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Συσχετίσεις του πρώιμου τραύματος με το άγχος, την αλεξιθυμία και την αναβλητικότητα	123

ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Ανάλυση παλινδρόμησης μεταξύ καταστασιακού άγχους (βαθμολογία STAI-K) και συνόλου τραυματικών εμπειριών	124
ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Ανάλυση παλινδρόμησης μεταξύ δομικού άγχους (βαθμολογία STAI-Δ) και συνόλου τραυματικών εμπειριών.	124
ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης μεταξύ καταστασιακού άγχους (βαθμολογία STAI-K) και τύπων τραυματικών εμπειριών	125
ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης μεταξύ δομικού άγχους (βαθμολογία STAI-Δ) και τύπων τραυματικών εμπειριών	126
ΠΙΝΑΚΑΣ 12 Συσχετίσεις μεταξύ των βαθμολογιών στο Ερωτηματολόγιο Πρώιμου Τραύματος (ETI-SR-SF) και στην Κλίμακα Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με Τραυματικές Εμπειρίες (TSC-40)	128
ΠΙΝΑΚΑΣ 13 Συσχετίσεις του πρώιμου τραύματος με την ποιότητα ζωής	129
ΠΙΝΑΚΑΣ 14 Διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στη βαθμολογία του Ερωτηματολογίου Πρώιμου Τραύματος (ETI-SR-SF).....	129
ΠΙΝΑΚΑΣ 15 Διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στη βαθμολογία της Κλίμακας Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με Τραυματικές Εμπειρίες (TSC-40)	130
ΠΙΝΑΚΑΣ 16 Ποσοστά ατόμων που αναφέρουν τουλάχιστον μία τραυματική εμπειρία, ανεξαρτήτως τύπου, καθώς και ποσοστά για κάθε τύπο τραυματικών εμπειριών ξεχωριστά	131

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διατριβή έχει ως κύριο σκοπό τη διερεύνηση των σχέσεων του παιδικού ψυχικού τραύματος με ορισμένες μεταβλητές της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής κατά την ενήλικη ζωή. Ως παιδικό τραύμα ορίζεται μία αρνητική εμπειρία που λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του ατόμου, η οποία εκτείνεται από την βρεφική ηλικία έως το τέλος της εφηβείας. Ο αριθμός των εμπειριών που μπορεί, εν δυνάμει, να προκαλέσουν ψυχικό τραύμα είναι τόσο μεγάλος ώστε δεν είναι δυνατόν να διερευνηθούν όλες. Στην παρούσα μελέτη διερευνώνται οι ακόλουθοι τέσσερις τύποι παιδικού τραύματος, οι οποίοι, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, είναι οι συνηθέστεροι: α) λόγω σωματικής τιμωρίας, β) λόγω συναισθηματικής κακοποίησης, γ) λόγω σεξουαλικής κακοποίησης ή παρενόχλησης και δ) τραυματικές εμπειρίες που δεν εντάσσονται σε καμία από τις παραπάνω κατηγορίες και χαρακτηρίζονται ως τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας ή ως γενικό τραύμα. Οι μεταβλητές ψυχοκοινωνικής προσαρμογής, που διερευνούνται στη παρούσα μελέτη, αναφορικά πάντα με τη σχέση τους με το παιδικό τραύμα, είναι το άγχος, η αλεξιθυμία, η αναβλητικότητα, η ποιότητα ζωής, καθώς και ένα εύρος συμπτωμάτων που αναφέρουν τα άτομα κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο. Στη μελέτη συμμετείχαν 605 άτομα (402 γυναίκες) προπτυχιακοί και μεταπτυχιακοί φοιτητές του Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ) και του Παντείου Πανεπιστημίου με μέσο όρο ηλικίας 24,3 έτη. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε υπό καθεστώς αυστηρής ανωνυμίας.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χορήγηση ερωτηματολογίων/κλιμάκων μέτρησης του πρώιμου τραύματος (Early Trauma Inventory-Self-Report-Short-Form, ETI-SR-SF), του καταστασιακού και του δομικού άγχους (State-Trait Anxiety Inventory-STAI), της Αλεξιθυμίας (Toronto Alexithymia Scale-TAS-20), της Ποιότητας ζωής (World Health Organization Quality of Life Assessment-Short Version, WHOQOL-BREF), της αναβλητικότητας (Tuckman Procrastination scale, TPS), της κλίμακας συμπτωμάτων σχετιζόμενων με το τραύμα (Trauma Symptom Checklist – 40, TSC-40), καθώς και ενός ερωτηματολογίου για τη μέτρηση δημογραφικών μεταβλητών που σχεδιάστηκε από την ερευνήτρια. Για το ερωτηματολόγιο ETI-SR-SF και τις κλίμακες TPS και TSC-40 χρειάστηκε να

δημιουργηθούν ελληνικές εκδοχές και να ελεγχθούν οι βασικές ψυχομετρικές τους ιδιότητες, δεδομένου ότι μελετώνται για πρώτη φορά σε ελληνικό πληθυσμό.

Τα κύρια ευρήματα της παρούσας μελέτης εντοπίζονται: α) σε σημαντικές θετικές συσχετίσεις του παιδικού τραύματος με το καταστασιακό και κυρίως με το δομικό άγχος, καθώς και με και β) σε σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής «ψυχολογική υγεία» και «κοινωνικές σχέσεις». Σε ό,τι αφορά τους τύπους τραύματος, το τραύμα λόγω συναισθηματικής κακοποίησης εμφανίζει τις ισχυρότερες συσχετίσεις με τις παραπάνω μεταβλητές ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Σχετικά με τις διαφορές ανάμεσα στα φύλα, οι άνδρες αναφέρουν σημαντικά περισσότερες τραυματικές εμπειρίες λόγω σωματικής τιμωρίας, ενώ οι γυναίκες λόγω σεξουαλικής κακοποίησης ή παρενόχλησης. Επίσης, οι γυναίκες αναφέρουν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα αποσυνδεδετικού τύπου, άγχους και κατάθλιψης από τους άνδρες. Επιπλέον, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το παιδικό τραύμα και οι διάφορες μορφές του είναι ένα πολύ συχνό φαινόμενο στον ελληνικό φοιτητικό πληθυσμό, δεδομένου ότι το 98% των συμμετεχόντων ανέφερε τουλάχιστον μια τραυματική εμπειρία, ενώ πολύ υψηλά ποσοστά βρέθηκαν και στους διάφορους τύπους τραύματος.

Συνοπτικά τα ευρήματα της μελέτης, αν και δεν μπορούν να γενικευτούν, υποδεικνύουν ότι η κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία και κυρίως η συναισθηματική κακοποίηση έχει αρνητικές επιπτώσεις σε σημαντικούς τομείς της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής κατά την ενήλικη ζωή. Επιπλέον η μελέτη καταδεικνύει ότι το παιδικό τραύμα είναι ένα ανησυχητικά συχνό φαινόμενο στον ελληνικό φοιτητικό πληθυσμό, γεγονός το οποίο θα πρέπει να προβληματίσει τους ειδικούς και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

ABSTRACT

This thesis' primary aim is to investigate the relationship between childhood trauma and factors of psychosocial adaptation in adult life. Childhood trauma is a negative experience which takes place during a person's growth, from infancy to the end of adolescence. The experiences which can potentially cause a psychological trauma are too many to be examined. The present study investigates four types of childhood trauma which, according to literature, are the most common: a) trauma caused by corporal punishment, b) trauma caused by emotional abuse, c) trauma caused by sexual abuse or harassment, and d) traumatic experiences which do not belong to any of the above-mentioned types and are characterized as traumatic experiences of diverse aetiology, or as general trauma. Anxiety, alexithymia, procrastination, quality of life, as well as a range of symptoms mentioned by the individuals at the present time, were the factors of psychosocial adaptation, the relationship of which to childhood trauma is examined. Participants of the study were 605 people (402 women), undergraduate and postgraduate students of the University of Athens and Panteio University of Athens, with a mean age of 24, 3 years. Participation was voluntary and the collection of data was carried out under strict anonymity.

The data was collected with questionnaires / scales of childhood trauma measurement (Early Trauma Inventory-Self Report-Short-Form, ETI-SR-SF), of state and trait anxiety (State-Trait Anxiety Inventory-STAI), of alexythymia (Toronto Alexithymia Scale-TAS-20), of quality of life (World Health Organization Quality of Life Assessment-Short Version, WHOQOL-BREF), of procrastination (Tuckman Procrastination scale-TPS), of the scale of symptoms related to trauma (Trauma Symptom Checklist – 40, TSC-40), and of a questionnaire examining demographical factors, designed by the researcher. The questionnaire ETI-SR-SF and the scales TPS and TSC-40 required the creation of Greek versions and checking their basic psychometric properties, given the fact that this is the first time they are studied on Greek population.

The main findings of the present studies lay a) in important positive correlations of childhood trauma with state and mostly trait anxiety, as well as dissociative symptoms, depression, sleep disorders and sexual problems at the current time, and b) in significant negative correlations with the following dimensions of quality of life: 'psychological health' and 'social relationships'. With regards to the types of trauma, emotional abuse trauma shows the strongest correlations with the above factors of psychosocial adjustment. Concerning gender differences, men report significantly more traumatic experiences caused by corporal punishment, whereas women report more traumatic experiences caused by sexual abuse or harassment. Moreover, women report significantly more symptoms of dissociation, anxiety and depression than men. Results also show that childhood trauma and its various forms is a very common phenomenon in Greek student population, given the fact that 98% of participants report at least one traumatic experience, and various types of traumatic experiences also scored high.

In short, the findings of the study, even though they cannot be generalized, suggest that abuse during childhood, and, more specifically, emotional abuse has a negative impact on important aspects of psychosocial adjustment during adulthood. Moreover, the study demonstrates that childhood trauma is an alarmingly common phenomenon in Greek university population, a fact which should be further investigated.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα διατριβή πραγματεύεται την έννοια του παιδικού ψυχικού τραύματος και τις μακροχρόνιες επιδράσεις του σε μία σειρά από παράγοντες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Πιο συγκεκριμένα, διερευνάται η επίδραση του παιδικού ψυχικού τραύματος στο άγχος, στην αλεξιθυμία, στην αναβλητικότητα, στην ποιότητα ζωής, καθώς και στη ψυχολογική λειτουργικότητα κατά την ενήλικη ζωή.

Η εργασία περιλαμβάνει δύο μέρη. Το γενικό μέρος αποτελεί τη θεωρητική βάση της μελέτης και περιλαμβάνει τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφεται το θεωρητικό υπόβαθρο της έννοιας του ψυχικού τραύματος, ειδικότερα του παιδικού τραύματος, η ιστορική εξέλιξη της έννοιας, οι θεωρητικές προσεγγίσεις των επιπτώσεων του στην ανάπτυξη της προσωπικότητας, καθώς και τα ερευνητικά δεδομένα για τις επιπτώσεις του στην ενήλικη ζωή. Στο δεύτερο κεφάλαιο επιχειρείται η κοινωνιολογική προσέγγιση του παιδικού τραύματος. Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφονται οι έννοιες των παραγόντων κοινωνικής προσαρμογής που διερευνώνται στην παρούσα μελέτη, το θεωρητικό τους υπόβαθρο, καθώς και τα ερευνητικά δεδομένα για κάθε μία από αυτές. Στο κεφάλαιο τέσσερα διατυπώνονται οι σκοποί και οι υποθέσεις της παρούσας μελέτης.

Το ειδικό μέρος περιλαμβάνει τρία κεφάλαια, τη μεθοδολογία, τα αποτελέσματα και τη συζήτηση. Στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας περιγράφονται το δείγμα, η διαδικασία συλλογής δεδομένων και τα μέσα συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν. Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται επίσης οι διαδικασίες δημιουργίας των ελληνικών εκδοχών, αφενός του βασικού ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του παιδικού τραύματος και, αφετέρου, δύο κλιμάκων για τη μέτρηση δύο εκ των μεταβλητών της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής, της κλίμακας για την εκτίμηση της αναβλητικότητας και της κλίμακας για την εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης κατά τη τρέχουσα χρονική περίοδο. Τόσο το ερωτηματολόγιο του πρώιμου τραύματος όσο και οι δύο κλίμακες χρησιμοποιούνται για πρώτη φορά σε ελληνικό πληθυσμό. Παρουσιάζονται, επίσης, και οι μέθοδοι στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων. Στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων παρουσιάζονται τα ευρήματα των στατιστικών αναλύσεων των δεδομένων. Στο τελευταίο κεφάλαιο, τη συζήτηση, παρουσιάζονται η ερμηνεία των κύριων ευρημάτων, οι περιορισμοί και τα πλεονεκτήματα της μελέτης, καθώς και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΠΑΙΔΙΚΟ ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ

1.1 Ορισμός και έννοια του ψυχικού τραύματος

Ως ψυχικό τραύμα χαρακτηρίζεται η επίπτωση που ένα τραυματικό συμβάν έχει στον ψυχισμό του ατόμου που το βίωσε και στην λειτουργικότητα του. Ως τραυματικό ορίζεται ένα συμβάν, το οποίο βιώνεται από το άτομο ως απειλητικό, συνοδεύεται από αισθήματα φόβου ή και τρόμου και απέναντι στο οποίο το άτομο αισθάνεται αβοήθητο (APA, 2000). Πρόκειται για μία εξαιρετικά ευρεία έννοια, που μπορεί να αναφέρεται σε ποικίλες ανθρώπινες εμπειρίες, από τις συλλογικές και δημόσιες που έχουν μεγάλο εύρος επίδρασης, καθώς επηρεάζουν την κοινωνική ομάδα, όπως στη περίπτωση μίας μαζικής καταστροφής, έως κι ένα γεγονός που λαμβάνει χώρα πίσω από κλειστές πόρτες, όπως η σεξουαλική κακοποίηση. Το ψυχικό τραύμα μπορεί να νοηθεί τόσο ως αφηρημένη ψυχική κατάσταση όσο και ως ψυχομετρικά μετρήσιμη και προσδιορισμένη διαταραχή.

Το αρχαιοελληνικό ρήμα «τιτρώσκω», που σημαίνει «πληγώνω, τραυματίζω», αποτελεί τη ρίζα της λέξης «τραύμα». Η λέξη χρησιμοποιούνταν παραδοσιακά με την κυριολεκτική της σημασία, αυτή της ρήξης της συνοχής των ιστών του δέρματος, κάτι που έχει ως αποτέλεσμα την καθολική και έντονη αντίδραση ολόκληρου του οργανισμού. Η μετάθεση της έννοιας από το ιατροχειρουργικό στο ψυχιατρικό και ψυχολογικό πεδίο επήλθε σταδιακά, μέσα από διαδικασίες που παρουσιάζονται αναλυτικά στο κεφάλαιο με τίτλο «Τραύμα και Κοινωνία», με καίριο σημείο την θέσπιση, το 1980 στην Ψυχιατρική, της έννοιας της «μετατραυματικής διαταραχής άγχους» (Post-traumatic stress disorder- PTSD) (Caruth, 1991). Το ψυχικό τραύμα έχει οριστεί ως ετεροχρονισμένη αντίδραση σε ένα καταιγιστικό συμβάν ή σειρά συμβάντων, που παίρνει τη μορφή επαναλαμβανόμενων παραισθήσεων, ονείρων, σκέψεων και μορφών συμπεριφοράς που πηγάζουν από το συμβάν (Kaplan, 2005).

Σε έναν παραλληλισμό με το σωματικό τραύμα, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι το ψυχικό τραύμα είναι βίαιη ρήξη της συνοχής του ψυχισμού, ανατροπή των στοιχείων

μέσα από τα οποία το άτομο προσλαμβάνει τον κόσμο. και μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες σε όλες τις πλευρές της ζωής του ατόμου.

Πρόκειται για το ψυχολογικό αποτέλεσμα μίας κατάστασης, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει μία μεμονωμένη εμπειρία ή επαναλαμβανόμενες εμπειρίες, που κατακλύζει το άτομο και δρα συντριπτικά στην ικανότητα του να επεξεργάζεται και να αντιμετωπίζει τα δεδομένα που το συνοδεύουν, όπως σκέψεις και συναισθήματα. Ένα γεγονός μπορεί να δημιουργήσει ψυχικό τραύμα όταν ξεπερνάει την ικανότητα του ατόμου να το αντιμετωπίσει, του δημιουργεί έντονο φόβο, αίσθημα ότι είναι τελείως αβοήθητο και καταλύει όλους τους μηχανισμούς που το άτομο διαθέτει για να αντιμετωπίζει στρεσογόνες καταστάσεις. Ψυχικό τραύμα μπορεί να προκαλέσει πληθώρα εμπειριών, που βιώνεται τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο. Το τραύμα μπορεί να είναι αποτέλεσμα ατυχήματος, μιας σοβαρής ασθένειας που έχει συμβεί στο ίδιο το άτομο ή στον περίγυρό του, καθώς και αποτέλεσμα σεξουαλικής ή συναισθηματικής κακοποίησης. Ψυχικό τραύμα μπορούν επίσης να εμφανίσουν οι επιζώντες από πολεμικές συρράξεις, φυσικές καταστροφές και ακραίες καταστάσεις βίας.

Η φύση του τραύματος εμπεριέχει δύο συνιστώσες που αλληλεπιδρούν. Η πρώτη είναι το ίδιο το συμβάν και η δεύτερη η ψυχосύνθεση του ατόμου που το βιώνει. Το ίδιο ακριβώς γεγονός μπορεί να είναι συντριπτικό για κάποιον και όχι τόσο επιβλαβές για κάποιον άλλον. Συνεπώς, η τραυματική εμπειρία έχει και υποκειμενική διάσταση. Η θέση που θα πάρει η τραυματική εμπειρία στην ψυχική οικονομία του ατόμου βρίσκεται σε συνάρτηση με μία σειρά από παράγοντες που αναφέρονται στη γενικότερη ψυχική συγκρότησή του, το είδος και τη σοβαρότητα του συμβάντος, το είδος της εγγραφής του τραυματικού συμβάντος πάνω στην προσωπική ιστορία του, τη δυνατότητα πρόβλεψης ή ελέγχου του συμβάντος καθώς και το βαθμό στον οποίον έλαβε υποστήριξη και αντιστάθμιση της βλάβης που υπέστη. Μεγάλο ρόλο επίσης παίζει το αν ένα συμβάν έλαβε χώρα μόνο μία φορά ή είχε επαναλαμβανόμενο χαρακτήρα (Βεντουράτου, 2009; Brewin, Andrews & Valentine, 2000).

Ο πόνος του τραύματος μπορεί να γίνει αντικείμενο επεξεργασίας και έκφρασης, να ενσωματωθεί με τρόπο εποικοδομητικό στη συνολική δομή του ψυχισμού και να μην αποτελεί τροχοπέδη για την ομαλή συνέχιση της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου. Σε κάθε περίπτωση όμως, ακόμα και όταν επέλθει λειτουργική αφομοίωση μίας

τραυματικής εμπειρίας, το τραύμα έχει ως αποτέλεσμα την εν μέρει ή ολοκληρωτική τροποποίηση του ψυχισμού του ατόμου. Η τραυματική εμπειρία, με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους, δεν απαλείφεται ποτέ από τον ψυχισμό. Το ψυχικό τραύμα δεν μπορεί ποτέ να «επουλωθεί» με την έννοια της επιστροφής στην πρότερη κατάσταση, πριν τη βίωση ή τη θέαση του τραυματικού συμβάντος. Το τραυματικό γεγονός ενσωματώνεται στην προσωπική ιστορία και εμπεριέχεται ως οντότητα στη συνολική δομή του ψυχισμού (Οικονομίδου, 2007), παρά το ότι μπορεί να είναι εκτοπισμένο χωρικά και χρονικά (Meek, 2010).

Η αδυναμία του ατόμου να αντεπεξέλθει στις συχνά αντίξοες συνθήκες της ζωής, τις αιφνίδιες και ριζικές μεταβολές του κόσμου, μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία τραυματικής εμπειρίας. Η προσέγγιση σε αυτό το φαινόμενο μπορεί να είναι τόσο η ψυχαναλυτική έννοια του ψυχικού τραύματος, όσο και η ιατροκοιμημένη και μετρήσιμη έννοια της μετατραυματικής διαταραχής άγχους. Και οι δύο συνδέθηκαν με συγκεκριμένες εποχές, ιστορικές συνθήκες και προτάγματα, οι συνέπειες όμως της τραυματικής εμπειρίας δεν είναι πουθενά πιο εμφανείς από ότι στο πλέον ευάλωτο τμήμα του πληθυσμού, τα παιδιά.

Ένας σημαντικός μελετητής ο οποίος έχει συμβάλει στη κατανόηση της έννοιας του ψυχικού τραύματος, θεωρείται ο ψυχίατρος Bessel A. van der Kolk. Το εκτεταμένο ερευνητικό του έργο αποτελεί απαρτίωση των εξελικτικών, βιολογικών, ψυχοδυναμικών και κοινωνικών παραγόντων, που συμμετέχουν στις επιπτώσεις του ψυχικού τραύματος και στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών (van der Kolk, 1987).

1.2 Το ψυχικό τραύμα σε παιδική ηλικία

Ως παιδικό ή πρώιμο τραύμα χαρακτηρίζεται το ψυχικό τραύμα που λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του ατόμου, από τη βρεφική ηλικία ως τη συμπλήρωση των 18 ετών - ηλικία που θεωρείται ως το ορόσημο της ενηλικίωσης – και μπορεί να ενταχθεί στο ευρύτερο φάσμα της αναπτυξιακής περιόδου (Bishop, Rosenstein, Bakelaar & Seedat, 2014). Το παιδικό τραύμα είναι διακριτή κατηγορία, η οποία αναφέρεται στη χρονική περίοδο πριν το άτομο αναπτύξει πλήρως την αυτό-εικόνα του. Κατά την βρεφική και παιδική ηλικία, η ψυχολογική και ψυχο-διανοητική

ανάπτυξη του ατόμου βρίσκονται σε εξέλιξη, ενώ οι νοητικές, γνωστικές και συναισθηματικές λειτουργίες δεν έχουν πλήρως κατακτηθεί. Επιπλέον, δεν έχει ακόμα ολοκληρωθεί η ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος. Σε όλη τη διάρκεια της περιόδου πριν από τα δεκαοκτώ έτη, δεν έχει ολοκληρωθεί η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη και κατά συνέπεια ούτε και οι αμυντικοί μηχανισμοί που οι ενήλικες διαθέτουν για να αντιμετωπίζουν στρεσογόνες καταστάσεις. Επιπλέον, τα όρια του εαυτού και ο βαθμός στον οποίον έχει γίνει αντιληπτή η θέση του ατόμου στην κοινωνία, δεν είναι ακόμη σαφή, ενώ η αντίσταση απέναντι στη βία και οι δυνατότητες επιβίωσης είναι ακόμα περιορισμένες (Culbertson, 1995). Συνεπώς, το ψυχικό τραύμα που επέρχεται κατά την ευρύτερη αναπτυξιακή περίοδο πριν την ενηλικίωση μπορεί να έχει τις σοβαρότερες επιπτώσεις στη συνολική διαμόρφωση του ψυχισμού του ατόμου από ότι μία εμπειρία που λαμβάνει χώρα μετά την ολοκλήρωση της ανάπτυξης. Επιπροσθέτως, έχει μεγάλες και σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ατόμου.

Σε ότι επομένως αφορά τις επιπτώσεις του ψυχικού τραύματος καίριο ρόλο παίζει το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο συμβαίνει το τραυματικό γεγονός. Το ανήλικο άτομο, ζώντας στον κόσμο των ενηλίκων, αλλά χωρίς να είναι ακόμα πλήρες μέλος του, είναι εξαιρετικά ευάλωτο σε πάσης φύσεως απειλητικές καταστάσεις τόσο για τη σωματική όσο και για την ψυχική του ακεραιότητα. Η τραυματική εμπειρία κατά την παιδική ηλικία έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να μη γίνει αντικείμενο επεξεργασίας άμα τη γενέσει της, και να βρει διέξοδο σε μετέπειτα στάδια της ζωής με συχνά απροσδόκητους τρόπους (Aberbach, 1989). Επιπλέον, όταν το τραυματικό συμβάν έχει επαναληπτικό ή και σύνθετο χαρακτήρα, το παιδί έχει ακόμα μεγαλύτερες πιθανότητες να υποστεί μακροπρόθεσμες συνέπειες λόγω του τραύματος (van der Kolk, 2005, Curtois, 2004).

Ο όρος σύνθετο τραύμα (*complex trauma*) αναφέρεται στην έκθεση συγχρόνως ή σταδιακά σε πολλαπλά τραυματικά γεγονότα συνήθως διαπροσωπικής φύσεως που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης. Οι εμπειρίες αυτές περιλαμβάνουν σωματική, συναισθηματική κακοποίηση, παραμέληση και χρόνια οικογενειακή βία και ξεκινούν στην πρώιμη παιδική ηλικία. Ένα φαινόμενο που έχει αρχίσει σχετικά πρόσφατα να απασχολεί την επιστημονική κοινότητα είναι αυτό του «σχολικού εκφοβισμού» (*bullying*). Ο όρος αυτός σχετίζεται με την ενδοσχολική βία, η οποία

προσεγγίζεται ως «η επιβολή της βούλησης, η πρόκληση ζημίας ή βλάβης, η απειλή εκφοβισμού, κακομεταχείρισης ή κακοποίησης», (Αρτινοπούλου, 2001). Η ηλικία κατά την οποία το παιδί εκτίθεται για πρώτη φορά σε τραυματικές εμπειρίες, η συχνότητα και ο βαθμός συμμετοχής των ατόμων που έχουν τη φροντίδα του παίζουν αποφασιστικό ρόλο στον αντίκτυπο που θα έχουν στην ψυχολογική του εξέλιξη. Οι πιθανότητες μακροπρόθεσμων αρνητικών επιπτώσεων αυξάνονται όσο μικρότερη είναι η ηλικία του παιδιού που υφίσταται το τραύμα (van der Kolk, 2005, Curtois, 2004).

Ο van der Kolk (2005) πρότεινε μία νέα διαγνωστική κατηγορία, την οποία ονόμασε αναπτυξιακή τραυματική διαταραχή (*developmental trauma disorder*), διότι θεώρησε ότι η διάγνωση μετατραυματικής διαταραχής στρες περιλαμβάνει μόνο ένα μέρος των διαταραχών που συνδέονται με τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας. Εκτός από τις αρνητικές επιπτώσεις στη συναισθηματική και γνωστική σφαίρα, το παιδικό τραύμα επηρεάζει τη νευρολογική ανάπτυξη με αποτέλεσμα τα παιδιά αυτά να εμφανίζουν μειωμένο έλεγχο της επιθετικότητας, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, αδυναμία συγκέντρωσης και γενικότερα επιπτώσεις που θα τα ακολουθούν και στην ενήλικη ζωή (van der Kolk, 2005).

Το παιδικό τραύμα μπορεί να προέλθει από μία ποικιλία τραυματικών εμπειριών που μπορεί να βιώσει το αναπτυσσόμενο άτομο, οι κυριότερες από τις οποίες, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, είναι: α) η σωματική κακοποίηση που ορίζεται ως η εκ προθέσεως άσκηση σωματικής βίας στο παιδί, η οποία ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία, στην ανάπτυξη και στην αξιοπρέπειά του, β) η σεξουαλική κακοποίηση που ορίζεται ως η εμπλοκή του παιδιού σε σεξουαλική δραστηριότητα, την οποία δεν κατανοεί πλήρως, και με την οποία δεν είναι σε θέση να συγκατατεθεί, γ) η συναισθηματική και η ψυχολογική κακοποίηση, η οποία περιλαμβάνει απειλές, εκφοβισμό, μεροληπτική συμπεριφορά, απόρριψη, γελοιοποίηση και κακομεταχείριση και δ) η παραμέληση του παιδιού στους τομείς της υγείας, της μόρφωσης, της διατροφής και της ασφαλούς διαβίωσης (Martins, Tofoli, Von Werne Baes & Jurueña, 2011; Butchart, 2006).

Εκτός από τη σωματική, σεξουαλική και λεκτική κακοποίηση ως «εν δυνάμει» τραυματικό γεγονός θεωρείται οτιδήποτε κάνει το παιδί να αισθάνεται μειονεκτικά, να θεωρεί ότι δεν το αγαπούν, ότι βρίσκεται σε κίνδυνο, ότι δεν του επιτρέπεται να

εκφράσει τα συναισθήματά του και γενικά ότι δεν ικανοποιούνται οι βασικές και οι συναισθηματικές του ανάγκες.

Εμβληματική θέση στο φάσμα της παιδικής τραυματικής εμπειρίας κατέχει και η απώλεια γονέα ή άλλου σημαντικού για το παιδί ατόμου. Πέρα από τη συχνότητα και την ένταση της κάθε εμπειρίας, σημαντικό ρόλο παίζει επίσης και το αν υπήρξε έκθεση σε πολλά και διαφορετικά είδη κακοποίησης (Arnou, 2004).

Παρά το ότι τα απόλυτα χρονικά όρια μέσα από τα οποία αρθρώνονται οι έννοιες της παιδικότητας και της ενηλικίωσης είναι εν πολλοίς κοινωνικά προσδιορισμένα, η διακριτότητα και η ευαισθησία της παιδικής ηλικίας είναι αναντίρρητο γεγονός. Το τραύμα σε πρώιμη ηλικία συμβολοποιεί τη δύναμη που ασκούν τα εξωτερικά φαινόμενα στο αναπτυσσόμενο άτομο, ιδίως όταν αυτό δεν διαθέτει ακόμα το κατάλληλο ψυχολογικό και εννοιολογικό υπόβαθρο για να αναμετρηθεί με αυτά, να τα εξηγήσει και να τα μετασχηματίσει στον ψυχισμό του (Kidron, 2003).

Πρέπει τέλος να επισημανθεί ότι ο τρόπος που ο κάθε άνθρωπος αντιδρά σε ένα τραυματικό γεγονός είναι μοναδικός και επομένως ως «εν δυνάμει» τραυματικό γεγονός θα μπορούσε να θεωρηθεί ο υποκειμενικός για κάθε άτομο τρόπος, με τον οποίο βιώνει στρεσογόνα συμβάντα.

1.3 Θεωρητικές προσεγγίσεις του παιδικού τραύματος και των επιπτώσεων του στην ανάπτυξη της προσωπικότητας

Βασικές φροϋδικές απόψεις

Σύμφωνα με τη φροϋδική θεωρία, το «ψυχικό όργανο» (*mental apparatus*), απαρτίζεται από τρία συστήματα: το Εκείνο (*id*) που περιλαμβάνει τις βασικές βιολογικές ενορμήσεις και ανάγκες του ατόμου και δρα με βάση την αρχή της ηδονής, το Εγώ (*Ego*) που περιλαμβάνει όλες τις συνειδητές λειτουργίες αλλά και ασυνείδητες, όπως τους μηχανισμούς άμυνας αποτελώντας το εκτελεστικό και συντονιστικό όργανο της προσωπικότητας δρώντας με βάση την αρχή της πραγματικότητας, και το Υπερεγώ (*Superego*) που περιλαμβάνει τις ηθικές αξίες του ατόμου. Το Εγώ, που παίζει το ρόλο του ρυθμιστή ανάμεσα στις επιτακτικές πιέσεις του Εκείνο και τις αυστηρές απαγορεύσεις από το Υπερεγώ, συχνά έρχεται αντιμέτωπο με καταστάσεις στις οποίες δεν μπορεί να αντεπεξέλθει.

Κατά τον Sigmund Freud, στο έργο του “Introductory Lectures on Psycho-Analysis” (1916- 1917), μία εμπειρία προκαλεί ασυνήθιστη παθολογική αντίδραση όταν προβάλλει υπερβολικές απαιτήσεις στον ψυχισμό και τον εκθέτει σε μεγαλύτερα μεγέθη έντασης- διέγερσης από αυτά που μπορεί να απορροφήσει και να χειριστεί (Freud, 1920). Το τραύμα σκιαγραφείται ως μία εμπειρία που δίνει στον ψυχισμό ένα ερέθισμα υπερβολικά ισχυρό για να αντιμετωπιστεί με το συνηθισμένο τρόπο, και αυτό επιφέρει μόνιμη διαταραχή στον τρόπο ροής της ενέργειας (Freud, 1925- 1926).

Ο Freud αναφέρει ότι το «ψυχικό όργανο» έχει ως σκοπό να διατηρήσει το επίπεδο διέγερσης όσο το δυνατόν χαμηλότερο, ή έστω, συνεχές. Για το σκοπό αυτό, διαθέτει ένα είδος «προστατευτικής ασπίδας» έναντι πάσης φύσεως διατάραξης ή εισβολής. Η ασπίδα αυτή το προστατεύει από την υπερπληθώρα ερεθισμάτων που θα μπορούσε να οδηγήσει στην αποδιοργάνωσή του (Freud, 1925- 1926). Όταν το Εγώ αδυνατεί να ασκήσει έλεγχο πάνω στην πραγματικότητα, υποβάλλεται σε μεγάλη πίεση και τότε επέρχεται ένα είδος ρήξης αυτής της προστατευτικής ασπίδας. Το ψυχικό τραύμα μπορεί να θεωρηθεί ως ρήξη του προστατευτικού φραγμού του ψυχισμού από μία έντονη διέγερση, κάτι που δημιουργεί ένα είδος ψυχοενεργειακής ανισορροπίας. Ένα γεγονός ορίζεται ως τραυματικό όταν έχει τη δύναμη να διαπεράσει αυτή την ασπίδα, κάτι που συνιστά ρήξη της ομοιόστασης του οργανισμού. Εξίσου τραυματικό βέβαια είναι και το μετέπειτα, όταν ο οργανισμός αναδημιουργεί ένα στρώμα προστασίας γύρω από το τραύμα (Cvetkovich, 2003).

Αρχικά, ο Freud στο έργο του «Μελέτες για την υστερία» το 1895, διαχώρισε τη σφαίρα του τραυματικού σε δύο χρονικούς τομείς, απομακρυσμένους τον έναν από τον άλλον. Το πρώτο στάδιο είναι ένα αρχικό, αδιαμφισβήτητο γεγονός αποπλάνησης, που έλαβε χώρα κατά την παιδική ηλικία, και το δεύτερο συνίσταται σε μία αναβίωση της απωθημένης μνήμης στο παρόν. Η αναβίωση αυτή γίνεται μέσω συνειρμών, που ως αφετηρία έχουν μία σκηνή χωρίς σεξουαλικό περιεχόμενο. Είναι λοιπόν η ανάμνηση, που καθιστά τραυματικό το γεγονός που έχει συμβεί στο παρελθόν (Φρόυντ & Μπρόουερ, 1854). Στη συνέχεια, κατά τα έτη 1905 ως 1917, ο Freud σκιαγραφεί την τραυματική εμπειρία ως λειτουργία μίας ασυνείδητης φαντασίωσης, που αφορά στην «πρωταρχική σκηνή» ή στο «άγχος του ευνουχισμού» ή «άγχος του αποχωρισμού». Θα συνδέσει το ψυχικό τραύμα με τον πρωταρχικό ναρκισσισμό, το Ιδανικό Εγώ, το μηχανισμό ενδοβολής, την ταύτιση και την προβολή (Freud, 1915). Ο Freud ορίζει το

τραύμα ως μία εμπειρία η οποία βιώθηκε σε πρώιμο στάδιο και κατόπιν λησμονήθηκε, χωρίς να μπορεί να αντιμετωπιστεί σωστά από τον ψυχισμό και με τον τρόπο αυτό, πυροδοτήθηκε η δημιουργία νεύρωσης (Freud, 1939). Το αν και κατά πόσο το αρχικό συμβάν της παιδικής ηλικίας είχε χαρακτήρα σεξουαλικής αποπλάνησης, δεν μπορεί να εξακριβωθεί απόλυτα. Στην πραγματικότητα, βέβαια, το αν η σκηνή έχει συμβεί στη πραγματικότητα παίζει πολύ μικρό ρόλο. Αν ήταν έστω και στο ελάχιστο αληθοφανής, γίνεται «αληθινή» μέσα στο πλαίσιο μιας μελλοντικής ανάλυσης. Μπορεί να περιέχει μόνο ένα ψήγμα αλήθειας, το οποίο λειτουργεί σαν ένας κόκκος άμμου, γύρω από τον οποίο αναπτύσσονται, όπως ένα «μαργαριτάρι», οι φαντασιώσεις σχετικά με το συμβάν (Μπενβενίστε & Παραδέλλης, 1995).

Σύμφωνα με τη φροϋδική θεώρηση, τα τραυματικά γεγονότα μπορούν να απωθηθούν. Στην πρώιμη ηλικιακή φάση κάθε άτομο είναι ιδιαίτερα ευάλωτο, καθώς το Εγώ του είναι ασθενές, ανώριμο και ανίκανο να αντισταθεί. Επομένως, δεν μπορεί να αντεπεξέλθει στην επεξεργασία εσωτερικών ερεθισμάτων και διεργασιών που αργότερα, σε ένα πιο ώριμο Εγώ, αναμένεται να μπορούν γίνουν αντικείμενο επεξεργασίας. Για το λόγο αυτό, αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι οι νευρώσεις αποκτώνται μόνο σε πρώιμη παιδική ηλικία. Κατά την περίοδο 1917 ως 1926, σε μία περίοδο κατά την οποία μαίνονταν πρωτοφανείς συρράξεις στην Ευρώπη, ο Freud συσχέτισε το τραύμα με το ένστικτο του θανάτου, και με άλλες έννοιες όπως το πένθος, τη μελαγχολία και την ενοχή (Freud, 1925- 1926).

Σύμφωνα με τη φροϋδική θεώρηση, το αρχετυπικό τραύμα είναι αυτό της γέννησης. Πρόκειται για ένα γεγονός κατακλυσμιαίο που το υποκείμενο είναι ανήμπορο να το αναπαραστήσει. Είναι η στιγμή κατά την οποία το προστατευτικό περιβάλλον της ενδομήτριας ζωής, απότομα και χωρίς προειδοποιητικά σημάδια, δίνει τη θέση του σε ένα περιβάλλον που προσλαμβάνεται ως διαφορετικό, ως εχθρικό και το οποίο προβάλλει απαιτήσεις αδιανόητες μέχρι πρότινος από τον οργανισμό του βρέφους, ενώ παράλληλα απαιτεί ενεργό συμμετοχή και των πέντε αισθήσεών του. Έχει αναφερθεί ότι η ενδομητριακή ύπαρξη και η πρώιμη παιδική ηλικία αποτελούν μία συνέχεια, παρά το γεγονός ότι τις χωρίζει η διαδικασία της γέννησης (Freud, 1915).

Η γέννηση, εκτός από την άποψη ότι αποτελεί ένα πρωταρχικό τραύμα, έχει χαρακτηριστεί και ως η πρώτη εμπειρία άγχους. Σύμφωνα με τον Otto Rank (1929), η εμπειρία της γέννησης είναι ένα είδος «προτύπου» για όλες τις αγωνίες που πρόκειται

να βιώσει το άτομο στη ζωή του. Ο ολοκληρωτικός κλωνισμός που επιφέρει, δημιουργεί ένα «απόθεμα αγωνίας και άγχους», που στη συνέχεια θα βρει διέξοδο σε πολλών ειδών νευρώσεις (Rank, 1929). Ενδεικτικό του άγχους με το οποίο περιβάλλεται η έννοια είναι, όπως αναφέρει ο Freud, η αντίδραση του παιδιού στη μοναξιά και στο σκοτάδι. Αντί το παιδί να υποδεχθεί με ικανοποίηση αυτή την αναβίωση της ενδομητριακής ζωής, αυτό κατά κανόνα αντιδρά με άγχος. Το άγχος αυτό, σύμφωνα με τον Freud, όπως παρουσιάζεται στο έργο του “Inhibitions, Symptoms and Anxiety”, (1925- 1926), μπορεί να αναχθεί στην ανάμνηση της συγκλονιστικής εμπειρίας της γέννησης.

Ως πρώιμο τραύμα μπορεί να χαρακτηριστεί ο αρχέγονος φόβος του βρέφους ότι μπορεί να γίνει αντικείμενο εγκατάλειψης από αυτούς που χρειάζεται περισσότερο, τους τροφούς του, φόβος που αν δεν μετασχηματιστεί ικανοποιητικά μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε δυσκολίες στη μετέπειτα ζωή του. Πιο συγκεκριμένα, μπορεί να οδηγήσει σε μία ψυχωτική κατάσταση σοβαρής αποξένωσης από τους άλλους, σε μία σχεδόν αυτιστική απομόνωση, η οποία είναι το ίδιο ή και περισσότερο σοβαρή στα παιδιά από ότι στους ενήλικους (Συνοδινού, 2007a; Γαλανάκη & Ναυρίδη, 2006).

Σε ό,τι αφορά πάντως την ηλικία κατά την οποία το άτομο είναι περισσότερο ευεπίφορο στο τραύμα, γενικά θεωρείται ότι είναι αυτή μέχρι τα έξι έτη, με την πιο σημαντική υποπερίοδο να είναι ανάμεσα στα δύο και τα τέσσερα έτη. Ο Freud αδυνατεί όμως να διακριβώσει το σημείο από όπου ξεκινά αυτή η περίοδος της δεκτικότητας, και εμφανίζεται να μη δίνει ιδιαίτερο βάρος στους πρώτους μήνες της ζωής, σε αντίθεση με νεότερες ψυχαναλυτικές απόψεις που δίνουν ιδιαίτερη σημασία στην αρχική, πρώιμη περίοδο της ζωής του βρέφους (Bowlby, 1969). Επίσης, η Melanie Klein εντοπίζει τα ζωτικά αναπτυξιακά στάδια στους πρώτους έξι μήνες της ζωής, ο Fairbairn στους πρώτους δώδεκα μήνες και ο Balint γενικά στα πρώτα χρόνια της ζωής (Bowlby, 1969). Ο ορισμός του τραύματος προβάλλει έτσι ως ο «εκτοπισμός» του υποκειμένου πριν από το σχηματισμό οποιασδήποτε έννοιας ταυτότητας (Leys, 2000).

Μία από τις μεγαλύτερες εν δυνάμει τραυματικές εμπειρίες που μπορεί να συμβεί σε ένα παιδί είναι η ανάγκη να αντιμετωπίσει την απώλεια ενός «σημαντικού» προσώπου από το οποίο εξαρτάται η φροντίδα και η επιβίωση του. Η φυσιολογική διεργασία του πένθους δεν είναι δυνατόν να εξελιχθεί με τον τρόπο που θα συνέβαινε σε έναν ενήλικα λόγω της πρώιμης αναπτυξιακής φάσης στην οποία βρίσκεται το παιδί. Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα καθήλωσης στη φάση κατά την οποία συνέβη το

τραυματικό γεγονός, καθώς η δομή του ψυχισμού δεν έχει αποκτήσει τη συνθετότητα που απαιτείται για την επεξεργασία και τη διαχείριση ενός τόσο δύσκολου γεγονότος. Συγκεκριμένα, το παιδί και ο έφηβος δεν έχει τη δυνατότητα να προβεί σε βαθμιαία από επένδυση του απολεσθέντος αντικειμένου, όπως θα έκανε ένας ενήλικας, και έτσι μπορεί να κατακλυσθεί από αδέσμευτη, λιβιδινική και επιθετική ενορμητική ενέργεια.

Η καθήλωση συνίσταται στην ασυνείδητη τάση - προσπάθεια του υποκειμένου να «επανενεργοποιήσει» το τραύμα, όχι μόνο δηλαδή να το θυμηθεί, αλλά και να το επαναφέρει ως υπαρκτό κομμάτι στη ζωή του. Η καθήλωση στο τραύμα, σύμφωνα με τη φροϋδική και ευρύτερα με την ψυχαναλυτική άποψη, είναι η καταναγκαστική τάση προς την επανάληψη της τραυματικής εμπειρίας, που μπορεί να λάβει διαφορετικές μορφές ανάλογα με το είδος της (Καραμανωλάκη, 2011).

Ταυτόχρονα βέβαια έχει υποστηριχθεί ότι το παιδί είναι ιδιαίτερα ανθεκτικό και, κινούμενο προς τα πίσω κατά μήκος των αναπτυξιακών γραμμών, έχει τη δυνατότητα να χειριστεί ένα εν δυνάμει τραύμα και να επανέλθει στην πορεία της φυσιολογικής του ανάπτυξης. Η Melanie Klein τόνισε ότι η εγγύτητα συνειδητού και ασυνείδητου στο παιδί, καθώς και η αμεσότητα με την οποία εκφράζεται, μπορούν να δράσουν βοηθητικά στη διαδικασία επεξεργασίας του τραύματος. Από την άλλη πλευρά, η Anna Freud θεωρεί ότι η μικρή ηλικία των παιδιών δεν τους επιτρέπει να προβούν σε επεξεργασία των βιωμάτων τους με τον τρόπο που θα το έκανε ένας ενήλικας (Συνοδινού, 2007β).

Ο Pierre Janet, προς το τέλος του 19^{ου} αιώνα, υποστήριξε ότι το τραύμα μπορεί να προκαλέσει μία κατάσταση διάσπασης κατά την οποία οι τραυματικές μνήμες αποθηκεύονται ξεχωριστά από τις υπόλοιπες (Cowan & Hume, 1997). Η έννοια της αποσύνδεσης είχε περιγραφεί νωρίτερα, ο Janet όμως ήταν ο πρώτος που επεσήμανε ότι τα αποσυνδεδετικού τύπου φαινόμενα αποτελούν την πιο άμεση ψυχολογική άμυνα απέναντι σε τραυματικές εμπειρίες που κατακλύζουν το άτομο, τα συμπεριέλαβε στη διάγνωση της υστερίας και διατύπωσε τη θεωρία του για την αποσύνδεση (van der Hart & Horst, 1989; Janet, 1907).

Πέρα από τις φροϋδικές απόψεις, κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα, διατυπώθηκαν διάφοροι ορισμοί για την έννοια του τραύματος. Το 1946 ο Kelman περιέγραψε το τραύμα ως μία ασυνείδητη αίσθηση αποτυχίας του ατόμου να ανταποκριθεί σε μία εξιδανικευμένη εικόνα του εαυτού (Kelman, 1946). Το 1967 η

Greenacre συνέδεσε το ψυχικό τραύμα με το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου και τις σχετικές αναδυόμενες φαντασιώσεις (Greenacre, 1967).

Το τραύμα έχει ερμηνευθεί ως ναρκισσιστική διαταραχή του Εγώ, που έγκειται σε σύγκρουση των διαφορετικών αναπαραστάσεων του εαυτού (Οικονομίδου, 2007). Επίσης, οι Bergmann & Jucovy, επίσης ανέφεραν την ύπαρξη ενός ευάλωτου και ανώριμου Εγώ ως αφετηρία για την έκλυση του ψυχικού τραύματος (Bergmann & Jucovy, 1982).

Γενικά μιλώντας, η ψυχανάλυση τείνει να εστιάζει στη θέση που παίρνει το παιδικό τραύμα στην ψυχική οικονομία του ατόμου, την επίδραση που έχει στις σχέσεις του με τα σημαντικά πρόσωπα της ζωής του και στην ομαλή του ανάπτυξη.

Η θεωρία ψυχοκοινωνικής εξέλιξης του Erik Erikson

Οι απόψεις του Erikson έχουν ως αφετηρία την ψυχαναλυτική παράδοση, με τη διαφορά όμως ότι βασικό στοιχείο της θεωρίας του είναι η ανάπτυξη της ταυτότητας του Εγώ, η οποία μεταβάλλεται συνεχώς σε όλη τη διάρκεια της ζωής κάτω από την αλληλεπίδραση κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων. Σύμφωνα με τη θεωρία του ο κύκλος της ζωής του ανθρώπου χαρακτηρίζεται από οκτώ στάδια, κάθε ένα από τα οποία αποτελεί μία κρίση ή σύγκρουση που πρέπει να ξεπεραστεί επιτυχώς προκειμένου να συνεχιστεί ομαλά η ανάπτυξη της προσωπικότητας. Η επίλυση της σύγκρουσης κρίνεται κάθε φορά από το είδος της αλληλεπίδρασης του Εγώ με τον κοινωνικό περίγυρο. Εάν η κρίση ενός αναπτυξιακού σταδίου δεν ξεπεραστεί, ώστε να επέλθει η ισορροπία, αποτελεί εν δυνάμει τραυματικό συμβάν και θα συνεχίσει να κάνει την εμφάνισή της σε μετέπειτα στάδια της ζωής του ατόμου, δημιουργώντας προβλήματα στην ομαλή συνέχιση της ψυχολογικής ανάπτυξης, που συντελείται στο συγκεκριμένο στάδιο.

Κατά την βρεφική ηλικία από τη γέννηση έως το τέλος του πρώτου έτους της ζωής η σύγκρουση, σύμφωνα με τον Erikson, είναι ανάμεσα στην *βασική εμπιστοσύνη* και τη *βασική δυσπιστία*. Η απόκτηση του αισθήματος της εμπιστοσύνης εξαρτάται από την ποιότητα της φροντίδας που παρέχει η μητέρα ή το πρόσωπο που φροντίζει το παιδί για την ικανοποίηση των αναγκών του, η οποία και θα καθορίσει εάν θα επικρατήσει το αίσθημα της εμπιστοσύνης προς το περιβάλλον και τον εαυτό ή το αίσθημα της δυσπιστίας και της ανασφάλειας. Η δεύτερη κρίση που αντιμετωπίζει ο άνθρωπος κατά

τον 2^ο και 3^ο χρόνο της ζωής του είναι ανάμεσα στην *αυτονομία* και στη *ντροπή-αμφιβολία*. Σε αυτή την αναπτυξιακή περίοδο το παιδί προσπαθεί να ασκήσει έλεγχο στο σώμα του και να δράσει ανεξάρτητα. Εάν τα καταφέρει θα επικρατήσει το αίσθημα της αυτονομίας. Εάν αντίθετα, η τάση του παιδιού για αυτενέργεια εμποδιστεί από τους ανθρώπους που το φροντίζουν θα επικρατήσει το αίσθημα της ντροπής και αμφιβολίας και μίας αίσθησης μεταμέλειας και λύπης για την «ανάρμοστη» χρήση του αυτοελέγχου. Κατά το 4^ο και 5^ο έτος της ηλικίας, η σύγκρουση εντοπίζεται μεταξύ της *πρωτοβουλίας* και της *ενοχής*. Το παιδί έχει αποκτήσει νέες σωματικές και νοητικές ικανότητες που του δίνουν τη δυνατότητα να παίρνει ορισμένες πρωτοβουλίες. Εάν κατά την περίοδο αυτή επιτευχθεί η ισορροπία ανάμεσα στην πρωτοβουλία και στα αισθήματα ενοχής η κρίση έχει ξεπεραστεί επιτυχώς. Εάν η ισορροπία δεν επιτευχθεί, το παιδί δεν θα μπορεί να υπακούσει σε κανόνες προς όφελος του ή θα αναπτύξει σε υπερβολικό βαθμό αισθήματα ενοχής που θα το αναστέλλουν στη μετέπειτα εξέλιξή του. Ακολούθως, στην επόμενη αναπτυξιακή περίοδο, που διαρκεί από τα έξι μέχρι τα δώδεκα έτη η σύγκρουση είναι ανάμεσα στη *φιλοπονία* ή την *παραγωγικότητα* και την *κατωτερότητα*. Στο στάδιο αυτό το παιδί έχει αποκτήσει πολλές δεξιότητες και θέλει να είναι παραγωγικό. Εάν, μέσα από τις αλληλεπιδράσεις με το περιβάλλον, δεν επέλθει ισορροπία μεταξύ των δύο αυτών τάσεων θα επικρατήσει το αίσθημα της κατωτερότητας ή το αίσθημα της παραγωγικότητας με αποτέλεσμα το παιδί να θεωρεί την εργασία ως τη μοναδική αξία της ζωής.

Στην επόμενη φάση, η οποία συμπίπτει με την εφηβεία, η σύγκρουση που αντιμετωπίζει ο άνθρωπος είναι μεταξύ *ταυτότητας* και *σύγχυσης ρόλων*. Ο έφηβος αναπτύσσει μια αίσθηση εαυτού σε σχέση με τους άλλους και με τις δικές του εσωτερικές σκέψεις και επιθυμίες. Εάν δεν επιτύχει να αποκτήσει την προσωπική του ταυτότητα καταλαμβάνεται από κρίση ταυτότητας και σύγχυση ρόλων. Τα υπόλοιπα τρία στάδια της ψυχοκοινωνικής εξέλιξης αφορούν τις κρίσεις που αντιμετωπίζουν οι ενήλικες και είναι: α) η κρίση της αρχικής ενήλικης περιόδου από περίπου το εικοστό έως το 40^ο έτος, κατά την οποία πρέπει να επιλυθεί η σύγκρουση ανάμεσα στην *οικειότητα* και την *απομόνωση*. Εάν κατά την περίοδο αυτή το άτομο καταφέρει να αναπτύξει σχέσεις στοργής και αγάπης, μέσα από τις οποίες θα μοιράζεται συναισθήματα και καταστάσεις χωρίς να φοβάται ότι θα χάσει την αυτονομία του Εγώ θα κατακτήσει τη συντροφικότητα ενώ στην αντίθετη περίπτωση θα επικρατήσει το

αίσθημα της απομόνωσης. β) η κρίση της μέσης ενήλικης περιόδου, 40° έως 65° έτος, κατά την οποία το άτομο έχει να επιλύσει τη σύγκρουση ανάμεσα στη *γενεσιουργικότητα* και την *αυτοαπορρόφηση*. Το άτομο πρέπει να στρέψει το ενδιαφέρον του πέρα από τις προσωπικές του επιδιώξεις προς την καθοδήγηση της νέας γενιάς. Εάν δεν επιτύχει τη διεύρυνση αυτή κινδυνεύει να αυτοαπορροφηθεί και να ενδιαφέρεται μόνο για τις προσωπικές του ανάγκες και επιθυμίες. Τέλος, στην ηλικία μετά τα εξήντα πέντε έτη, ο άνθρωπος αντιμετωπίζει την τελευταία σύγκρουση, η οποία είναι ανάμεσα στην *ακεραιότητα του Εγώ* και στην *απόγνωση* (Erikson, 1950). Εάν το άτομο καταφέρει να αναπτύξει μια αίσθηση αποδοχής του τρόπου που έζησε τη ζωή του με τις επιτυχίες, αλλά και τις απογοητεύσεις που είναι συνυφασμένες με την ανθρώπινη ύπαρξη, κατακτά την ακεραιότητα του Εγώ. Στην αντίθετη περίπτωση περιέρχεται σε απόγνωση και διακατέχεται από το φόβο του θανάτου (Erikson, 1950; Baron, 1992)

Η θεωρία του δεσμού του Bowlby

Μία από τις πιο σημαντικές θεωρίες για την ανάπτυξη, διατυπώθηκε από τον Bowlby (1969) αναφερόμενη στο *δεσμό* ή στην *προσκόλληση* (attachment) του βρέφους στο πρόσωπο που το φροντίζει. Ο Bowlby υποστηρίζει ότι η λειτουργία της μητρικής παρουσίας απέναντι στο βρέφος δεν είναι μόνο αυτή της απλής παροχής τροφής, αλλά και της παροχής φροντίδας και προστασίας. Ανάμεσα στη μητέρα και στο βρέφος δημιουργούνται κώδικες αλληλεπίδρασης, που λειτουργούν μέσα από μία σειρά λεκτικών και μη-λεκτικών μορφών επικοινωνίας και είναι απόλυτα αναγκαίες για την ομαλή εξέλιξη του παιδιού (Συνοδινού, 2012). Ο Bowlby τοποθέτησε χρονικά την ανάπτυξη του δεσμού με τη μητέρα στα πρώτα δύο χρόνια της ζωής, περίοδος κατά την οποία η μητέρα καλείται να γίνει η «ασφαλής βάση» από την οποία το παιδί εξερευνά τον κόσμο. Αυτή η στενή σχέση δεσμού με το πρόσωπο- τροφό θα πάρει τη θέση ενός εσωτερικευμένου προτύπου εργασίας, βάσει του οποίου θα δομηθεί το σύστημα διαπροσωπικών σχέσεων στη ζωή του παιδιού (Cole & Cole, 2002).

Αν η φροντίδα που λαμβάνει το βρέφος-νήπιο είναι διαρκής και παρέχεται ως κάτι δεδομένο, τότε αυτό θα αναπτύξει θετικά συναισθήματα για το εξωτερικό περιβάλλον. Μετέπειτα, οι σχέσεις του με τους άλλους θα δομούνται πάνω σε μία ασφαλής βάση, που δε θα χαρακτηρίζεται από αίσθημα κατωτερότητας ή από αναίτιο

φόβο μήπως το άτομο εγκαταλειφθεί ή γίνει αντικείμενο απόρριψης. Αν, αντίθετα, το άτομο δεν λάβει ένα ασφαλές βίωμα φροντίδας και κάλυψης των αναγκών του, τότε στην ενήλικη ζωή θα διακατέχεται από ένα διαρκές αίσθημα αγωνίας και ανασφάλειας. Αυτό με τη σειρά του ενδέχεται να οδηγήσει σε τάσεις υπερβολικής προσκόλλησης ή αποφυγής των στενών σχέσεων, συμπεριφορές που είναι ακραίες και βλαπτικές για την ομαλή λειτουργία του ατόμου στην κοινωνία (Kennerley, 2008).

Έχει βρεθεί ότι παιδιά που έχουν αναπτύξει έναν ασφαλή δεσμό με το πρόσωπο που τα φροντίζει, είναι περισσότερα συνεργάσιμα από ότι τα παιδιά με ανασφαλή ή αποφευκτικού τύπου δεσμό. Επιπλέον, είναι περισσότερο κοινωνικά, τόσο με τους συνομηλίκους όσο και με τους δασκάλους τους, συμπεριφορά η οποία διατηρείται και στα επόμενα χρόνια (Cole & Cole, 2002).

Όταν το βρέφος αισθάνεται ότι οι ανάγκες του γίνονται αντιληπτές και καλύπτονται, τότε είναι ελεύθερο να αναπτύξει και άλλες, λιγότερο καίριες για την επιβίωσή του δεξιότητες. Αντίθετα, όταν δεν υπάρχουν οι συνθήκες για την ανάπτυξη εμπιστοσύνης προς τους «σημαντικούς άλλους» της ζωής του, και ακόμα πιο συγκεκριμένα προς το πρόσωπο - τροφό, δημιουργείται ατελής προσκόλληση. Όταν η «ασφαλής βάση» του παιδιού, γίνεται απρόβλεπτη ή επικίνδυνη, τότε το παιδί μαθαίνει να προσδοκά όμοια συμπεριφορά σε μελλοντικές σχέσεις.

Η σχέση λοιπόν με το πρόσωπο που το φροντίζει και ο βαθμός στον οποίον αυτό ανταποκρίνεται στις ανάγκες του βρέφους, είναι η ακρογωνιαίος λίθος της διαδικασίας σχηματισμού ταυτότητας και της ψυχοσωματικής ανάπτυξης του. Όταν η μητέρα για οποιονδήποτε λόγο σταματήσει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του βρέφους, το εκείνο σχηματίζει την εντύπωση ότι δεν αξίζει την προσοχή της. Το παιδί που στερείται την ευκαιρία να δημιουργήσει έναν ασφαλή συναισθηματικό δεσμό, παρουσιάζει στη συνέχεια μια σειρά από κοινωνικά και σωματικά ελλείμματα (O'Connor & Rutter, 2000).

Νεότερες απόψεις υποστηρίζουν ότι ο αναπτυσσόμενος εγκέφαλος που έρχεται αντιμέτωπος με αυτή την εμπειρία στρέφει την ενέργειά του προς την κατεύθυνση της επιβίωσης και όχι της εξερεύνησης του κόσμου. Η απουσία ενός ασφαλούς δεσμού επηρεάζει σε βάθος τον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο. Στη διχοτομική αντίστιξη *εμπιστοσύνη – δυσπιστία* που αναφέρει ο Erikson, γίνεται σαφές ότι το άτομο

αναπτύσσει περισσότερο τη διάσταση της δυσπιστίας. Επιπλέον, έχει υψηλότερη ουδό αναγνώρισης του ρίσκου (Gobin, 2012).

Πιο συγκεκριμένα, το συμπαθητικό νευρικό σύστημα επικεντρώνει τη λειτουργία του στον εντοπισμό και την προετοιμασία για την αντιμετώπιση της απειλής, ενώ το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα αναστέλλει τη λειτουργία του προκειμένου να εξασφαλίσει ενέργεια. Αυτή η ιδιότυπη κατάσταση λειτουργίας του νευρικού συστήματος έχει άμεσο αντίκτυπο σε άλλες πτυχές της λειτουργίας του εγκεφάλου, σχετιζόμενες κυρίως με γνωστικές και συναισθηματικές δεξιότητες. Προκειμένου να διασφαλιστεί η επιβίωση, που είναι άμεσα συνδεδεμένη με το πρόσωπο- τροφό, το βρέφος αναπτύσσει αντισταθμιστικούς μηχανισμούς επιβίωσης.

Το παιδί που βίωσε μία εμπειρία αυτού του τύπου, έχει διαστρεβλωμένη εικόνα για την αυταξία του και προσδοκά ανάλογη μεταχείριση από μελλοντικές του σχέσεις. Με άλλα λόγια, ή χάνει την ικανότητά του να πιστεύει στην καλή προαίρεση των άλλων, ή αντίθετα επιδεικνύει μεγάλη εμπιστοσύνη άκριτα. Στην προσπάθειά του να ικανοποιήσει ανάγκες που δεν καλύφθηκαν, έχει αυξημένες πιθανότητες να θυματοποιηθεί για άλλη μία φορά. Το τραύμα που προκαλείται σε πρώιμο στάδιο από «σημαντικούς άλλους» ενδέχεται να προκαλέσει βλάβη στη δυνατότητα του άτομου να μπορεί να αποκρυπτογραφεί την εμπιστοσύνη και να εντοπίζει αρνητικές καταστάσεις όπως είναι η προδοσία.

Είναι χαρακτηριστικό ότι τα τραυματισμένα άτομα έχουν χαμηλότερη ουδό αναγνώρισης της διάστασης του άλλου και της απιστίας, έχοντας μεγάλη πιθανότητα να παραμείνουν σε μία σχέση μετά από μία προδοσία. Κάτι τέτοιο μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο επανα-θυματοποίησης. Με άλλα λόγια, το ψυχικό τραύμα κατά την παιδική ηλικία είναι «αναπτυξιακά αντίξοο» (Gobin, 2012). Επαναλαμβανόμενες εμπειρίες χαμηλής δεκτικότητας του γονέα στις ανάγκες του παιδιού, οδηγούν στην ανάπτυξη μιας ασυνείδητης πεποίθησης ότι όλα καταδεικνύουν μία έμφυτη εσωτερη κακία (Storolow & Atwood, 2002). Με τον τρόπο αυτό, επηρεάζεται αρνητικά η ικανότητα του ατόμου να δημιουργήσει στενές διαπροσωπικές σχέσεις, οι οποίες να μην χαρακτηρίζονται από φόβο και έλλειψη εμπιστοσύνης στους άλλους (Kapeleris, Sandra & Paivio 2011).

1.4 Η «ιατρικοποίηση» του ψυχικού τραύματος

Μέχρι την αρχή της δεκαετίας του 1980 το ψυχικό τραύμα προσλαμβάνονταν με ψυχαναλυτικούς κυρίως όρους που αναφέρονταν στην ενδοψυχική συγκρότηση του ατόμου ή στα ενδοψυχικά ελλείμματα που έχουν προκύψει από το τραύμα. Από κοινωνιολογικής άποψης το ψυχικό τραύμα είχε συσχετιστεί στενά με έννοιες όπως η δειλία, η φυγοπονία, η γυναικεία υστερία, και έγινε συνώνυμο της εκ του πονηρού απαίτησης για αποζημίωση ενώ στιγματίστηκε ως ο αρνητικός πόλος του πατριωτικού και στρατιωτικού ιδεώδους. Το 1980 σηματοδότησε μια νέα εποχή, με την εισαγωγή της έννοιας του τραύματος στην τρίτη έκδοση του ταξινομικού συστήματος ψυχικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-III*, 1980). Η εισαγωγή της έννοιας της *μετατραυματικής διαταραχής άγχους (Post-traumatic stress disorder-PTSD)* στάθηκε ορόσημο για την αλλαγή των κοινωνικών συνδηλώσεων του ψυχικού τραύματος. Με αυτόν τον τρόπο, το ψυχικό τραύμα περιήλθε στον χώρο της ιατρικής επιστήμης, η οποία έχαιρε σεβασμού ακόμα και από όσους είχαν την τάση να απαξιώνουν έννοιες που αναφέρονται στην ψυχική συγκρότηση.

Με την εισαγωγή της έννοιας αυτής επήλθε ένα είδος μετατόπισης της σημασίας του τραύματος από τη ψυχοφυσιολογία του κλονισμού στην ψυχολογία του κλονισμένου ατόμου. Μέχρι τότε η ψυχολογική δυσλειτουργία δεν νοούνταν χωρίς να συνυπάρχει κάποια εμφανής σωματική βλάβη (Wenzel, Friedrich, Jing Zhu, Diaconu & Hardi, 2011). Χαρακτηριστικό είναι το ότι στον αμερικανικό Εμφύλιο, συμπτώματα παρόμοια με αυτά της μετατραυματικής διαταραχής άγχους αποδίδονταν σε διαταραχές του περιφερικού νευρικού συστήματος ή της σπονδυλικής στήλης. Η είσοδος της έννοιας του τραύματος στο πεδίο της ψυχιατρικής επιστήμης σηματοδότησε μία μεγάλη αλλαγή στον τρόπο πρόσληψης, ερμηνείας και έρευνάς του.

Το ταξινομικό σύστημα *DSM- III* ακολουθούσε μία περιγραφική προσέγγιση η οποία ενέτασσε τη μετατραυματική διαταραχή άγχους στις αγχώδεις διαταραχές. Από μη προσδιορισμένη και υποκειμενική αίσθηση, το ψυχικό τραύμα έγινε μία καταχωρημένη και ταξινομημένη διαταραχή, με συγκεκριμένη κλινική συμπτωματολογία. Συγκεκριμένα, η μετατραυματική διαταραχή άγχους αποδόθηκε σε

ένα συμβάν οριζόμενο ως τραυματικό, το οποίο θα ήταν ικανό να επιφέρει συμπτώματα αγωνίας στην πλειονότητα των ανθρώπων.

Στο ίδιο ταξινομικό σύστημα ορίστηκαν επίσης τα χρονικά όρια μέσα στα οποία θα πρέπει να κάνει την εμφάνισή της η διαταραχή. Ο χρόνος έναρξης της διαταραχής θα μπορούσε να είναι αμέσως μετά το τραυματικό γεγονός ή και μετά από κάποιο μικρό διάστημα. Δεν αποκλείεται όμως και η πιθανότητα ύπαρξης μίας περιόδου «επώασης» πριν την εμφάνιση της διαταραχής, που μπορεί να είναι μήνες ή ακόμη και χρόνια μετά την παρέλευσή του. Επιπλέον, έγινε παραδεκτό ότι υπάρχουν εσωτερικές διαβαθμίσεις της μετατραυματικής διαταραχής άγχους.

Πιο συγκεκριμένα, όταν τα συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής άγχους ξεκινήσουν μέσα σε διάστημα έξι μηνών από το συμβάν, και δεν κρατήσουν περισσότερο από έξι μήνες, γίνεται η διάγνωση της οξείας διαταραχής, η οποία έχει ευνοϊκή πρόγνωση. Αντίθετα, σε περίπτωση που τα συμπτώματα είτε ξεκινήσουν περισσότερο από έξι μήνες αργότερα από το συμβάν, είτε διαρκέσουν περισσότερο από έξι μήνες, γίνεται η διάγνωση της χρόνιας μετατραυματικής διαταραχής άγχους (*DSM-III*, 1980). Επίσης, τα συμπτώματα προκειμένου να διαγνωστεί η διαταραχή πρέπει να έχουν επιμείνει για ένα μήνα τουλάχιστον.

Η ειδοποιός διαφορά της μετατραυματικής διαταραχής άγχους από το υπόλοιπο φάσμα των ψυχικών διαταραχών είναι η προϋπόθεση της έκθεσης του ατόμου σε ένα συγκεκριμένο γεγονός, το οποίο ορίζεται ως εν δυνάμει τραυματικό. Ο ορισμός ορίζει με σαφήνεια ότι η διαταραχή αναφέρεται σε ένα «σύνδρομο που αναπτύσσεται μετά από έκθεση του ατόμου σε γεγονότα ή περιστάσεις που εμπλέκουν θάνατο ή τραυματισμό ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του ίδιου ή άλλου προσώπου, και τα οποία προκάλεσαν απεριόριστο φόβο, αίσθημα απελπισίας, εγκατάλειψης, τρόμου» (Περβανίδου & Χρούσος, 2011).

Στη συνέχεια, η τέταρτη έκδοση του ταξινομικού συστήματος ψυχικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας *DSM-IV* έθεσε ως διαγνωστικό κριτήριο για τη μετατραυματική διαταραχή άγχους την προϋπόθεση το άτομο «να βιώσει ή να δει ένα ή περισσότερα συμβάντα που περιελάμβαναν πραγματικό ή απειλούμενο θάνατο, ή σοβαρό τραυματισμό, ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του ίδιου ή των άλλων» (*DSM-IV*, 1994, *DSM-IV-TR*). Ακόμα και αυτός ο ορισμός όμως έγινε αντικείμενο διαμάχης για το αν είναι πλήρης. Αναφέρθηκε ότι το κριτήριο αυτό

δεν είναι έγκυρο, καθώς έρευνες έδειξαν ότι άτομα που δεν είχαν βιώσει τέτοια εμπειρία ανέφεραν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους από όσους είχαν βιώσει την εμπειρία όπως περιγράφεται στον ορισμό. Το θέμα εξακολουθεί να βρίσκεται υπό συζήτηση (Frazier, Anders, Perera, Tomich, Tennen, Park & Tashiro, 2009).

Σήμερα, βάσει της τρέχουσας έκδοσης του ταξινομικού συστήματος ψυχικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας, *DSM –V* (2013), τα κριτήρια με τα οποία γίνεται η διάγνωση της μετατραυματικής διαταραχής άγχους είναι τριών ειδών. Το πρώτο είναι η τάση για ξαφνικές, επαναλαμβανόμενες και βίαιου χαρακτήρα αναβιώσεις του τραυματικού γεγονότος, με συχνές ανακλήσεις του στη μνήμη, εφιάλτες και ερεθίσματα που παραπέμπουν συνειρμικά στο συμβάν, καθώς και μία αίσθηση ότι αυτό είναι ακόμα σε εξέλιξη (*DSM –V*, 2013).

Το δεύτερο είναι το φαινόμενο της έντονης δυσφορίας και αποφευκτικότητας απέναντι σε όλα τα ερεθίσματα που παραπέμπουν στο συμβάν. Τα ψυχικά τραυματισμένα άτομα μπορεί να αποφεύγουν ακόμα και να το ανακαλούν στη μνήμη, καθώς συχνά έχουν μόνο συγκεχυμένες αναμνήσεις του γεγονότος. Το φαινόμενο αυτό είναι συνδεδεμένο και με ένα γενικότερο «μούδιασμα» των αντιδράσεων και των αισθήσεων του ατόμου, που συνυπάρχει με μία γενικότερη μείωση της απαντητικότητας του ατόμου, καθώς επίσης και μία αίσθηση αποξένωσης η οποία δεν επιτρέπει στο άτομο να βιώσει θετικά συναισθήματα.

Η τάση για επαναβίωση του συμβάντος και το «συναισθηματικό μούδιασμα» ή αίσθηση αποξένωσης από τον περίγυρο αποτελούν δύο άκρα ανάμεσα στα οποία ταλαντεύεται το άτομο που υποφέρει από μετατραυματική διαταραχή άγχους. Το τρίτο σύμπτωμα είναι αυτό της υπερδιέγερσης (*hyperarousal*), η οποία μπορεί να επιφέρει μεταξύ άλλων προβλήματα ύπνου, υπερεγρήγορση, υπερεπαγρύπνιση, υπερβολική αντίδραση συγκέντρωσης και υπερβολική αντίδραση ξαφνιάσματος (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

Και στην πέμπτη έκδοση του ταξινομικού συστήματος παραμένουν τα ίδια χρονικά όρια που αναφέρουν οι προηγούμενες εκδόσεις. Προκειμένου να γίνει η διάγνωση της μετατραυματικής διαταραχής άγχους θα πρέπει τα συμπτώματα να ξεκινήσουν τέσσερις εβδομάδες μετά από το τραυματικό γεγονός και να επιμένουν για έξι μήνες τουλάχιστον (Fassin & Rechtman, 2009; Περβανίδου & Χρούσσος, 2011).

Σε σχέση με την εμφάνιση συνοδών αρνητικών επιπτώσεων, αναφέρονται δύο τύποι καταστάσεων που σχετίζονται με τη μνήμη: τις μνήμες γεγονότων που παρεισφρύνουν στη συνειδητότητα, όταν αυτή δεν είναι απασχολημένη και τις ζωντανές αναδρομές στην τραυματική εμπειρία, με τρόπο έντονο και καταγιγιστικό (Kennerley, 2008). Τα άτομα που υποφέρουν από μετατραυματική διαταραχή άγχους έχουν επίσης την τάση να αποσπώνται από τον περίγυρό τους, φαινόμενο που αποκαλείται «αποστασιοποίηση» (*detachment*). Η σκέψη τους έχει την τάση να αποσυντονίζεται με μεγαλύτερη ευκολία και συχνότητα από ότι αυτή του μέσου ανθρώπου. Ταυτόχρονα, αναφέρεται και μία αυξημένη ευαισθησία σε θέματα που απηχούν την αρνητική εμπειρία (Kennerley, 2008). Μέσα στο φάσμα της μετατραυματικής διαταραχής άγχους περιλαμβάνεται το φαινόμενο του κατακερματισμού (*fragmentation*). Ο κατακερματισμός της εμπειρίας λαμβάνει χώρα στη διάρκεια βίωσης του τραυματικού συμβάντος, και ενώ αυτό είναι σε εξέλιξη, αλλά η αίσθηση αποξένωσης συνεχίζεται και αργότερα.

Επιπλέον, οι αντιδράσεις απέναντι στο τραύμα δε συμπίπτουν όλες χρονικά μεταξύ τους, αντίθετα μπορούν να εκδηλωθούν σε διαφορετικά στάδια διαχείρισης της τραυματικής εμπειρίας. Κάποιες από τις διαδικασίες διαχείρισης του τραύματος είναι το *μούδιασμα* (*numbing*), η αναδραματοποίηση (*reenactment*) και ο κατακερματισμός (*fragmentation*). Το μούδιασμα αναφέρεται στην ανικανότητα του ατόμου να θυμηθεί ή να αναδομήσει τραυματικά γεγονότα στην αφήγηση. Η αναδραματοποίηση είναι η συνεχής αναβίωση του τραυματικού γεγονότος που οδηγεί σε αποσταθεροποίηση. Η ψυχολογική λειτουργία του κατακερματισμού συνίσταται στη διαίρεση του ψυχισμού σε πολλά κομμάτια, που αντιστοιχούν σε διαφορετικές εμπειρίες, χωρίς να εμπίπτουν στην περιοχή της συνειδητότητας του ατόμου.

Τέλος, ο κατακερματισμός είναι μία μορφή άμυνας κατά την οποία το θύμα διαχωρίζεται από τμήματα του εαυτού του. Όταν ο ψυχισμός έρχεται αντιμέτωπος με μία κατάσταση που υπερβαίνει συντριπτικά τα όρια των ψυχικών δυνατοτήτων του, και είναι εμφανές ότι δεν μπορεί να αντιδράσει ούτε μέσω της πάλης ούτε μέσω της φυγής, τότε καταφεύγει σε ένα είδος «εσωτερικής φυγής». Μέσα από μία υπερέκκριση ενδορφινών, οπιοειδών ορμονών που εκκρίνονται σε επώδυνες καταστάσεις, ο οργανισμός καταστέλλει τις σωματικές αντιδράσεις του φόβου και του πόνου. Ταυτόχρονα, γίνεται μεγάλη έκκριση νοραδρεναλίνης, μίας ορμόνης των επινεφριδίων,

η οποία μειώνει την ικανότητα αντίληψης. Η έννοια της μετατραυματικής διαταραχής άγχους συνενώνει ψυχαναλυτές, νευροβιολόγους και γνωστικούς ψυχολόγους σε μία «αποστολή» ανεύρεσης του ρόλου που παίζει το περιβάλλον στην αιτιολογία του ψυχικού τραύματος (Leys, 2000).

1.5 Γενετική προδιάθεση της μετατραυματικής διαταραχής άγχους

Σχετικά με την ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης για την ανάπτυξη διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) οι απόψεις δίστανται (Gilbertson, Shenton, Cixewski, Kasai, Lasko & Otto, 2002). Απεικονιστικές μελέτες δείχνουν ότι ο ιππόκαμπος έχει μικρότερο όγκο στα άτομα με διαταραχή μετατραυματικού στρες (Bremner et al, 2003).

Ο ιππόκαμπος η περιοχή του εγκεφάλου γνωστή για το ρόλο της στη μνήμη συμπεριλαμβανομένων και των αναμνήσεων που συνδέονται με συναισθηματικά βιώματα, δρα καθοριστικά στην κατηγοριοποίηση και αρχειοθέτηση εμπειριών στη συσχέτισή τους με προηγούμενες εμπειρίες και στην ικανότητα ανάκλησής τους. Ο ιππόκαμπος συνδέεται νευροφυσιολογικά με τα κέντρα γλωσσικής επεξεργασίας του εγκεφάλου, με το θάλαμο και με τον εγκεφαλικό νεοφλοιό.

Το ερώτημα που ανακύπτει είναι εάν ο μικρότερος όγκος του ιππόκαμπου στα άτομα με διαταραχή μετατραυματικού στρες είναι αποτέλεσμα της τοξικής επίδρασης του τραύματος ή είναι μία προϋπάρχουσα κατάσταση, η οποία κάνει τον εγκέφαλο πιο ευάλωτο στην ανάπτυξη παθολογικής αντίδρασης στο στρες. Το ερώτημα αυτό ανακύπτει, δεδομένου ότι μόνο ορισμένα από τα άτομα που έχουν εκτεθεί σε τραύμα εμφανίζουν τη διαταραχή.

Σε μελέτη, στην οποία συγκρίθηκαν οι μαγνητικές τομογραφίες (*magnetic resonance imaging –MRI*), βετεράνων του πολέμου του Βιετνάμ που έπασχαν από PTSD με αυτές βετεράνων που δεν έπασχαν από PTSD και των μονοζυγωτικών διδύμων ανδρών και των δύο ομάδων που δεν είχαν λάβει ποτέ μέρος σε μάχη και δεν έπασχαν από διαταραχή μετατραυματικού στρες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το μέγεθος του ιππόκαμπου ήταν παρόμοιο στις ομάδες που δεν έπασχαν από τη διαταραχή. Αντίθετα, το μέγεθος του ιππόκαμπου ήταν μικρότερο και στις δύο ομάδες που έπασχαν από τη διαταραχή καθώς και στα δίδυμα αδέλφια τους. Τα αποτελέσματα της μελέτης

υποδεικνύουν ότι το μειωμένο μέγεθος του ιππόκαμπου προϋπήρχε, καθιστώντας τα άτομα αυτά ευάλωτα στο τραύμα από την έκθεσή τους στη μάχη και υποστηρίζουν την άποψη ότι τα άτομα με μικρότερο ιππόκαμπο μπορεί να είναι ευάλωτα στην εκδήλωση μετατραυματικής διαταραχής άγχους (Gilbertson et al., 2002).

Ως πιθανή αιτία για τη συρρίκνωση του ιπποκάμπου, που παρατηρείται σε άτομα που πάσχουν από μετατραυματική διαταραχή άγχους έχει αναφερθεί η αυξημένη έκκριση κορτιζόλης, της επονομαζόμενης ορμόνης του στρες (Glassman & Hadad, 2009, van der Kolk, 2003).

1.6 Θεραπευτική αντιμετώπιση του ψυχικού τραύματος

Μετά από τη βίωση μίας, κυρίως σοβαρής, τραυματικής εμπειρίας, επέρχεται ολοσχερής ανατροπή στον τρόπο πρόσληψης του κόσμου. Οι αντιδράσεις στο τραυματικό συμβάν περιλαμβάνουν σωματικές αντιδράσεις του αυτόνομου νευρικού συστήματος, όπως εφίδρωση, ταχυκαρδία, επιτάχυνση της αναπνοής και γενικά υπερδιέγερση, αποφευκτική συμπεριφορά, ανεξέλεγκτη αναβίωση ανεπιθύμητων αναμνήσεων, εφιάλτες, που συνήθως σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός, αποφευκτική συμπεριφορά, και αποσύνδεση (νοερή δραπέτευση από την πραγματικότητα). Οι αντιδράσεις αυτές στοχεύουν αρχικά στην προστασία της ψυχικής ισορροπίας και στους περισσότερους ανθρώπους αρχίζουν σταδιακά να ξεθωιάζουν με την πάροδο του χρόνου. Το άτομο προσπαθεί να αναδιοργανωθεί, να επεξεργαστεί, να αφομοιώσει το τραυματικό γεγονός και να το συνδέσει με προηγούμενα βιώματα. Η διαδικασία προσαρμογής είναι επίπονη και συχνά μακροχρόνια. Όταν όμως, παρά τις προσπάθειες του ατόμου οι αντιδράσεις συνεχίζονται για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της λειτουργικότητας και γενικότερα της ποιότητας της ζωής του.

Οι τρόποι με τους οποίους το άτομο προσπαθεί να επεξεργαστεί και να αντιμετωπίσει τραυματικές εμπειρίες ποικίλλουν, και σε αυτούς περιλαμβάνεται μεταξύ άλλων και η διαχείριση του τραύματος μέσω της ενασχόλησης με τη τέχνη (Kaplan, 2005). Η λογοτεχνία βρίθκει παραδειγμάτων στα οποία το τραύμα αναδύεται με συμβολικό, ελλειπτικό και συντομευμένο τρόπο (Aberbach, 1989). Χαρακτηριστικό

είναι το παράδειγμα του Καρόλου Ντίκενς οποίος μετουσίωσε τα προσωπικά παιδικά του τραύματα (απώλεια πατέρα και αποχωρισμός από τη μητέρα στα 12 έτη, ανάγκη για εργασία κάτω από σκληρές συνθήκες), στα έργα του (Acroyd, 2002).

Από ψυχαναλυτικής άποψης, η πρόωγη τραυματική εμπειρία δεν μπορεί να γίνει αντικείμενο αναστοχασμού ως μία ευθεία γραμμή, καθώς δεν βασίζεται σε απλές αφηγηματικές δομές. Η ανάμνηση της τραυματικής εμπειρίας διαμεσολαβείται και καθίσταται έτσι αδύνατο να ειπωθεί από μία αντικειμενική οπτική. Η μνήμη δεν είναι κάτι πάγιο στο χώρο και το χρόνο, ούτε κάτι αδιαμεσολάβητο. Πρόκειται για ένα συνεχές διακύβευμα διαφορετικών αναπαραστάσεων και ερμηνειών, που έχει απλά ως αφετηρία ένα υπαρκτό συμβάν. Κυρίαρχο ρόλο παίζει ο «παρατηρητής» του συμβάντος, με την απόσταση του χρόνου και της βιωμένης εμπειρίας που μεσολάβησε (Halbwachs, 2013).

Με άλλα λόγια, το παρελθόν βρίσκεται σε μία συνεχή διαδικασία μετασχηματισμού και αναδιαμόρφωσης από το παρόν. Το 1899 ο Freud, χαρακτήρισε τις παιδικές αναμνήσεις ως στοιχεία «κατασκευασμένα» ήδη από τη στιγμή της ανάδυσής τους. Αργότερα, το 1956, ο Kris τόνισε ότι στη θεραπεία είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη η επιλεκτική διαδικασία απώθησης και επεξεργασίας που ακολουθεί η μνήμη σε ό,τι αφορά τα γεγονότα, παρά τα γεγονότα αυτά καθ' αυτά (Σουμάκη, 2011; Kris, 1956).

Σε ότι αφορά την ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση του ψυχικού τραύματος εφαρμόζονται πολλές παρεμβάσεις και τεχνικές που εστιάζουν στη θεραπεία του τραύματος μερικές από τις οποίες, θα αναφερθούν εν συντομία στη συνέχεια : Α) η βραχεία ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, η οποία στηρίζεται στην ψυχαναλυτική θεωρία και εστιάζει στις συναισθηματικές ενδοψυχικές συγκρούσεις που οφείλονται σε τραυματικές εμπειρίες και κυρίως στο πώς οι εμπειρίες αυτές συνδέονται με τραυματικά γεγονότα της παιδικής ηλικίας (Horowitz, 1997). Κατά τη διάρκεια της θεραπείας δίνεται η δυνατότητα στον θεραπευόμενο να αφηγηθεί τα τραυματικά γεγονότα σε έναν ήρεμο, γεμάτο κατανόηση και ενσυναίσθηση (*empathy*) και όχι επικριτικό θεραπευτή, διαδικασία που στοχεύει στην ενδυνάμωση της αυτοεκτίμησής του και στην ανάπτυξη της ικανότητας να διαχειρίζεται με επιτυχία έντονα αρνητικά συναισθήματα (Marmar, Weiss, & Pynoos, 1995). Μέσα από αυτή την διαδικασία ο θεραπευτής διευκολύνει τον θεραπευόμενο να συνειδητοποιήσει τρέχουσες καταστάσεις που

πυροδοτούν τραυματικές μνήμες και αυξάνουν τα μετατραυματικά συμπτώματα άγχους. (Horowitz, 1997).

Β) Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (*Cognitive behavioral therapy-CBT*), η οποία συνδυάζει τις θεωρητικές αρχές της μάθησης με τις αρχές της γνωστικής ψυχολογίας. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία έχει ως στόχο την αναγνώριση προτύπων δυσλειτουργικής σκέψης και συμπεριφοράς και την τροποποίησή τους. Κατά την θεραπεία το άτομο «μαθαίνει», «διδάσκεται» ότι ορισμένες δυσλειτουργικές του σκέψεις και πεποιθήσεις και ο τρόπος, με τον οποίο ερμηνεύει τις καταστάσεις είναι η αιτία των δυσκολιών που αντιμετωπίζει και έχουν ως αποτέλεσμα να αισθάνεται άγχος, θυμό και κατάθλιψη (Beck, 1995). Μερικές από τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι: α) η έκθεση, κατά την οποία το άτομο ενθαρρύνεται να έρθει νοερά αντιμέτωπο με τις σκέψεις και τις μνήμες που συνδέονται με τραυματικά γεγονότα και του προκαλούν άγχος. Η θεραπεία που βασίζεται στην έκθεση μέσω της δημιουργίας μίας νοερής εικόνας σκηνών που σχετίζονται με το τραύμα μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των συμπτωμάτων της μετατραυματικής διαταραχής άγχους (Keane, Gerardi, Quinn & Litz, 1992). Από την άλλη πλευρά όμως είναι ιδιαίτερα δύσκολη, καθώς προϋποθέτει έντονη τριβή και στενή επαφή με το τραυματικό γεγονός, κάτι που εξαρτάται από το βαθμό ετοιμότητας και τη γενικότερη ψυχική συγκρότηση του ατόμου (Kring et al, 2010), β) η συστηματική απευαισθητοποίηση (Wolpe, 1958), κατά την οποία τα τραυματικά γεγονότα προσεγγίζονται σταδιακά με τη βοήθεια ασκήσεων χαλάρωσης και γ) η εκμάθηση δεξιοτήτων διαχείρισης του άγχους.

Γ) Η μέθοδος EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), (Shapiro, 1989; 1995), που αποδίδεται στα ελληνικά ως «Απευαισθητοποίηση και Επαναπροσαρμογή μέσω οφθαλμικών κινήσεων», είναι μία συνθετική μέθοδος που περιλαμβάνει κλασικές τεχνικές έκθεσης μέσω της δημιουργίας μίας νοερής εικόνας σε συνδυασμό με την τεχνική των οφθαλμικών κινήσεων. Σύμφωνα με την Shapiro (1995), η μέθοδος έχει περιγραφεί ως «μια διαδραστική, διαπροσωπική, ενδοψυχική, γνωσιακή, συμπεριφορική, σωματοκεντρική θεραπεία».

Πολλές διαφορετικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση του ψυχικού τραύματος. Οι περισσότεροι θεραπευτές χρησιμοποιούν συνδυασμό προσεγγίσεων ανάλογα με το θεωρητικό υπόβαθρο και την εκπαίδευσή τους. Δεδομένου ότι το ψυχικό τραύμα επηρεάζει όλες τις πλευρές της λειτουργικότητας

του ατόμου, οι ολιστικές, βιοψυχοκοινωνικές θεραπευτικές προσεγγίσεις θεωρούνται οι πλέον ενδεδειγμένες για την αντιμετώπισή του.

Αυτό όμως που θα πρέπει πρωτίστως να καθορίζει το είδος της θεραπείας που θα επιλεγεί είναι οι ανάγκες του ίδιου του θεραπευόμενου. Για τον λόγο αυτό προκειμένου ο θεραπευτής να επιλέξει ποιο είδος παρέμβασης θα εφαρμόσει, θα πρέπει να παίρνει υπόψη του το πολιτισμικό και κοινωνικό πλαίσιο του ατόμου, παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο και επηρεάζουν την εξέλιξη και την πορεία της θεραπείας. Ένας άλλος παράγοντας που, ανεξάρτητα από το είδος της θεραπείας, παίζει επίσης πολύ σημαντικό ρόλο, είναι η θέση αδυναμίας στην οποία βρίσκεται το άτομο που ζητάει βοήθεια, ενώ ο ειδικός, στον οποίο απευθύνεται έχει εξ' ορισμού θέση δύναμης και «εξουσίας». Για τον λόγο αυτό το σημαντικότερο ίσως στοιχείο κάθε παρέμβασης, είναι η ικανότητα «ενσυναίσθησης» του θεραπευτή. Η ενσυναίσθηση (*empathy*) (Rogers, 1951; 1989) είναι η ικανότητα να μπορεί κανείς νοητικά και συναισθηματικά «να μπαίνει στη θέση του άλλου», να κατανοεί και να μοιράζεται τα συναισθήματά του «σαν να ήταν ο άλλος», χωρίς όμως συγχρόνως να χάνει την αίσθηση του «σαν να είμαι ο άλλος», «αλλά δεν είμαι», ώστε να μπορεί να παίρνει απόσταση και να μπορεί να λειτουργήσει θεραπευτικά.

1.7 Ερευνητικά δεδομένα για τη συχνότητα εμφάνισης και τις επιπτώσεις του παιδικού τραύματος

Όπως προκύπτει από επιδημιολογικές μελέτες οι τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία είναι διεθνώς ένα αρκετά συχνό φαινόμενο. Σε μία εκτεταμένη μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), σε 51 945 ενήλικες, ηλικίας 18 ετών και άνω που πραγματοποιήθηκε σε 21 χώρες στην οποία διερευνήθηκε η συχνότητα αναφερόμενων τραυματικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας πριν από την ηλικία των 18 ετών, το 59.3–66.2% του δείγματος ανέφερε πολλαπλές τραυματικές εμπειρίες, κατά μέσο όρο δύο ή περισσότερες. Πιο συγκεκριμένα, το 38,4 % των συμμετεχόντων στις χώρες υψηλού εισοδήματος, (Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ισραήλ, Ιαπωνία, Ολλανδία, Ισπανία και Ηνωμένες Πολιτείες), 38,9% στις χώρες μέσου/ υψηλού εισοδήματος (Βραζιλία, Βουλγαρία, Μεξικό, Ρουμανία, Νότιος Αφρική) και 39,1% στις χώρες μέσου χαμηλού/χαμηλού εισοδήματος. Στην έρευνα μελετήθηκαν τα ακόλουθα τραυματικά

συμβάντα: α) απώλεια στον τομέα των διαπροσωπικών σχέσεων (θάνατος γονέα, διαζύγιο ή χωρισμός των γονέων β) 4 τύπους ανεπαρκούς προσαρμογής των γονέων ή κακοποίησης (ψυχική ασθένεια, εγκληματικότητα, κατάχρηση ουσιών, βίαιη συμπεριφορά, σωματική, σεξουαλική κακοποίηση και παραμέληση) και γ) δύο διαφορετικές τραυματικές εμπειρίες (ασθένεια απειλητική για τη ζωή και οικονομική δυσπραγία της οικογένειας). Ο θάνατος γονέα ήταν η πιο συχνά αναφερόμενη τραυματική εμπειρία (11.0–14.8%). Άλλες συχνά αναφερόμενες τραυματικές εμπειρίες ήταν η σωματική κακοποίηση (5.3–10.8%), η βία στην οικογένεια (4.2–7.8%), και η ψυχική νόσος γονέα (5.3–6.7%). Όλες οι αναφερόμενες τραυματικές εμπειρίες σε όλες τις χώρες συνδέονταν με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης διαταραχών, σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης DSM-IV/CIDI (Kessler, McLaughlin, Green, 2010).

Σύμφωνα με τα δεδομένα μίας αναδρομικής και προοπτικής επιδημιολογικής μελέτης σε 17000 άτομα στις Ηνωμένες Πολιτείες, με μέσο όρο ηλικίας 57 έτη, η οποία είχε αντικείμενο τις μακροχρόνιες επιδράσεις τραυματικών συμβάντων κατά τη διάρκεια των πρώτων 18 χρόνων της ζωής, τα δύο τρίτα του δείγματος ανέφεραν μία ή περισσότερες τραυματικές εμπειρίες. Διαπιστώθηκε επίσης ότι υπάρχει, ακόμη και δεκαετίες αργότερα, μεγάλη συσχέτιση μεταξύ τραυματικών εμπειριών κατά την παιδική ηλικία και εκδήλωσης επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς, ευαλωτότητας σε ασθένειες, αλκοολισμού, κατάθλιψης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, κατάχρησης ουσιών και πρόωρων θανάτων (Felitti & Anda, 2010).

Σε μελέτη στις Ηνωμένες Πολιτείες, στην οποία διερευνήθηκε σε δείγμα 935 ατόμων του γενικού πληθυσμού με μέση ηλικία 45 ετών, η συχνότητα της σωματικής και της σεξουαλικής παιδικής κακοποίησης, το 37% ανέφερε ότι ως παιδί είχε υποστεί σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση (Briere & Elliott, 2003).

Έρευνες σε φοιτητικό πληθυσμό εκτιμούν την συχνότητα παιδικών τραυματικών συμβάντων μεταξύ 67% και 84%. Οι διαφορές στα ποσοστά οφείλονται ενδεχομένως στο γεγονός ότι, σε κάθε μελέτη το τι συνιστά τραυματικό συμβάν ορίζεται με ευρύ τρόπο (Read, Ouimette, White, Colder, Read, Farrow, 2011). Σε μελέτη σχετικά με τη συχνότητα παιδικού τραύματος σε δείγμα 1999 φοιτητών βρέθηκε ότι 66% των συμμετεχόντων ανέφερε τουλάχιστον μία τραυματική εμπειρία (Read et al, 2001).

Σε μελέτη στις Ηνωμένες Πολιτείες σε δείγμα 1528 προπτυχιακών φοιτητών, το 85% ανέφερε τουλάχιστον ένα τραυματικό συμβάν. Στην ίδια μελέτη, έγινε η

προσπάθεια να συγκριθούν οι διάφορες εμπειρίες που εμπίπτουν στη σφαίρα του τραυματικού, προκειμένου να εντοπιστούν αυτές που προκαλούν τα περισσότερα αρνητικά συναισθήματα. Η έκθεση σε οικογενειακή βία και η σεξουαλική κακοποίηση αξιολογήθηκαν από τα άτομα ως οι πιο επώδυνες εμπειρίες. Ως κορυφαία τραυματική εμπειρία κατηγοριοποιήθηκε οτιδήποτε μπορούσε να προσληφθεί ως ευθεία απειλή για τη ζωή του ατόμου. Τέλος, ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το εύρημα ότι όσο περισσότερες τραυματικές εμπειρίες είχε βιώσει ένα άτομο, τόσο αυξάνονταν οι πιθανότητες να αναφέρει περισσότερα συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής άγχους (Frazier et al, 2009).

Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες του παιδικού τραύματος είναι ιδιαίτερα σοβαρές. Ενδεχόμενη τραυματική εμπειρία σε παιδική ηλικία μπορεί να οδηγήσει σε ψυχοπαθολογικές καταστάσεις στην ενήλικη ζωή (Van der Kolk, 1987). Η έρευνα τις τελευταίες δεκαετίες δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ ψυχολογικής δυσλειτουργίας κατά την ενήλικη ζωή και παιδικής κακοποίησης ή παραμέλησης. Αντιξοότητες που βιώνονται κατά την παιδική ηλικία αποτελούν παράγοντα υψηλού κινδύνου για εκδήλωση ψυχικών διαταραχών και η σχέση μεταξύ διαφόρων τύπων παιδικής κακοποίησης και αυξημένης συχνότητας εμφάνισης ψυχικών προβλημάτων κατά την ενήλικη ζωή είναι ερευνητικά τεκμηριωμένη (Afifi, Brownridge, Cox & Sareen, 2006; Levitan, Rector, Sheldon, & Goering, 2003; Molnar, Buka, & Kessler, 2001; Molnar, Berkman & Buka, 2001; Weiss, Longhurst, & Mazure, 1999; Kessler et al., 1997; Mullen, Martin, Anderson, Romans, Herbison, 1996).

Σύμφωνα με μία συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση άρθρων που δημοσιεύτηκαν από το 1990 έως και το 2010 στην αγγλική και πορτογαλική γλώσσα στο PubMed και στο SciELO, στο 94% των άρθρων βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ παιδικής κακοποίησης και ψυχιατρικών διαταραχών κατά την ενήλικη ζωή, όπως με αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές της διάθεσης, αποσυνδεδετικού τύπου διαταραχές προσωπικότητας και με σχιζοφρένεια. (Martins et al, 2011).

Πληθώρα ερευνών υποδεικνύει ότι σε περιπτώσεις πολλαπλών τύπων θυματοποίησης, οι συνέπειες για το άτομο είναι ακόμα πιο σοβαρές. Σε μελέτη σε δείγμα ενηλίκων γενικού πληθυσμού βρέθηκε ότι τα άτομα που ανέφεραν τρεις ως πέντε διαφορετικούς τύπους παιδικής κακοποίησης ανέφεραν και πιο σοβαρά

μετατραυματικά συμπτώματα καθώς επίσης και χαμηλότερη αυτοεκτίμηση σε σχέση με άτομα που ανέφεραν έναν ή δύο τύπους κακοποίησης (Higgins & McCabe, 2000).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε φοιτητικό πληθυσμό 1396 ατόμων αναφορικά με την παραμέληση και την συναισθηματική, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, άτομα που ανέφεραν πολλαπλούς τύπους κακοποίησης ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, αυτοκτονικές τάσεις, χαμηλή αυτοεκτίμηση, χρήση ουσιών, σεξουαλικές δυσκολίες και παραβατική συμπεριφορά (Clemmons, Walsh, Lillo & Messman – Moore, 2007),

Σημαντικό ρόλο στις μακροχρόνιες επιπτώσεις του παιδικού τραύματος παίζουν και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κακοποίησης. Για παράδειγμα, στην σεξουαλική κακοποίηση η ταυτότητα του δράστη είναι ενδεικτική της σοβαρότητας του συμβάντος. Άτομα που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση από μέλος της οικογένειάς τους εκδηλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό επιθετική παραβατική συμπεριφορά, σεξουαλικού τύπου εκδραμάτιση και γενικά αποκλίνουσα συμπεριφορά σε σύγκριση άτομα που έχουν υποστεί κακοποίηση από κάποιον ξένο (Clemmons et al., 2007).

Γενικότερα, η συχνότητα, η έκθεση σε πολλαπλούς τύπους κακοποίησης, η διάρκεια καθώς και η χρήση βίας στην παιδική κακοποίηση συνδέονται επίσης με μεγαλύτερες δυσκολίες στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή κατά την ενήλικη ζωή (Clemmons et al., 2007).

Το ψυχικό τραύμα σε παιδική ηλικία έχει συσχετιστεί με πλειάδα αρνητικών συνεπειών και σε άμεσο επίπεδο. Η έκθεση στο τραύμα, ιδιαίτερα στην ενδοοικογενειακή βία, επηρεάζει την ανάπτυξη της εμπιστοσύνης του παιδιού στο περιβάλλον του και τη μετέπειτα εξερευνητική συμπεριφορά του, παράγοντες που δρουν αποφασιστικά στην ανάπτυξη της αυτονομίας. Παιδιά που έχουν βιώσει τέτοιες εμπειρίες έχουν παρουσιάσει συμπτώματα που προσιδιάζουν σε αυτά της μετατραυματικής διαταραχής άγχους, όπως αποφυγή, κατάσταση υπερδιέγερσης, έλλειψη ανταποκρισιμότητας, και μνήμες από το τραυματικό γεγονός που μπορεί να εμφανίζονται τακτικά με τη μορφή αιφνίδιων παρεμβολών αναμνήσεων (flashbacks') όπως, 'και να «στοιχειώνουν» έτσι τη ζωή του ατόμου. Αυτό είναι ένα χαρακτηριστικό μετατραυματικό σύμπτωμα που απαντάται σε όλες τις ηλικίες, αλλά στο παιδικό τραύμα επιτείνεται από το ότι το τραύμα όταν συνέβη ενδέχεται να μην είχε καταχωρηθεί γνωστικά (Kaplan, 2005). Επιπλέον, παιδιά που έχουν βιώσει ενδοοικογενειακή βία

παρουσιάζουν, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, μεγαλύτερη συχνότητα εσωτερίκευσης της εμπειρίας μέσω της απόσυρσης και του άγχους, ή εξωτερίκευσης μέσω της επιθετικότητας (Osofsky, 1999).

Έρευνες έχουν δείξει επίσης, ότι παιδιά και έφηβοι ευπαθών κοινωνικών ομάδων που έχουν υπάρξει μάρτυρες ή θύματα βίας παρουσιάζουν συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής παρόμοια με αυτά των στρατιωτών που επιστρέφουν από το μέτωπο. Τα συμπτώματα μεταξύ άλλων είναι η αίσθηση ότι δεν ανήκουν πουθενά, η «εισβολή» ανεπιθύμητων σκέψεων και φόβων, και η συχνή διάσπαση της προσοχής. Είναι χαρακτηριστικό ότι αυτά τα συμπτώματα αυξάνουν όσο αυξάνεται και ο αριθμός των πράξεων βίας που έχουν βιώσει ως παιδιά. Ταυτόχρονα όμως, τα παιδιά που είχαν μία ασφαλή βάση, που τα φρόντιζαν οι γονείς ή στενοί συγγενείς τους και διατηρούσαν μία επίφαση τάξης στην καθημερινότητά τους παρουσίαζαν πολύ λιγότερα αρνητικά συμπτώματα (Osofsky, 1999).

Οι Ceballo, Dahl, Aretakis και Ramirez (2001), πραγματοποίησαν έρευνα σε 96 παιδιά, εννέα ως δώδεκα ετών, τα οποία έρχονταν σε επαφή με τη βία, σε χρόνια βάση, στο πολυπολιτισμικό περιβάλλον των σύγχρονων μεγαλουπόλεων. Τα παιδιά αυτά παρουσίαζαν συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής άγχους, όπως επαναβίωση του τραυματικού συμβάντος σε όνειρα και κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού, μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες που σε προηγούμενο στάδιο προσλαμβάνονταν ως ευχάριστες, καθώς επίσης και αποφευκτική συμπεριφορά.

Η έρευνα περιελάμβανε και τους γονείς των παιδιών. Με τον τρόπο αυτό ήρθε στην επιφάνεια η αναντιστοιχία ανάμεσα στο πώς προσλαμβάνουν την έκθεση των παιδιών στη βία οι γονείς και πώς τα ίδια τα παιδιά. Μέσα από την έρευνα στους γονείς έγινε σαφές ότι αυτοί είχαν την τάση είτε να υποτιμούν την επαφή που είχαν τα παιδιά τους με βίαια περιστατικά, είτε να μη γνωρίζουν τίποτα σχετικά με αυτά. Σε πολλές περιπτώσεις, αυτό θα μπορούσε να οφείλεται στον ψυχολογικό αμυντικό μηχανισμό της άρνησης (*denial*) του γεγονότος ότι τα παιδιά τους βρίσκονται εκτεθειμένα σε κίνδυνο, παρά τα μέτρα προστασίας που λαμβάνουν. Ταυτόχρονα, πολλές φορές τα ίδια τα παιδιά επιλέγουν να μην εμπλέξουν τους γονείς σε περιστατικά θυματοποίησης τους για διάφορους λόγους. Ανάμεσα σε αυτούς περιλαμβάνεται ο φόβος ότι θα περιοριστεί η ελευθερία κινήσεών τους, αλλά και η υπέρμετρη εξοικείωση με περιστατικά βίας, η οποία με τη σειρά της επιφέρει ένα είδος απάθειας (Ceballo et al., 2001).

Ερευνητικά δεδομένα στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης είναι επίσης συχνό. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, κάθε χρόνο καταγράφονται 1.000-2.000 νέες περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών, με μεγαλύτερη συχνότητα στις μικρές ηλικίες (Fereti & Stavrianaki, 1997). Οι έρευνες που εντοπίστηκαν στον ελληνικό πληθυσμό αφορούν κυρίως τραυματικές εμπειρίες λόγω σωματικής κακοποίησης (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011; Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2007; Fereti & Stavrianaki, 1997).

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποίησε το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού το 1997, σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 591 οικογενειών μαθητών δημοτικών σχολείων στη περιοχή της πρωτεύουσας σχετικά με τη σωματική τιμωρία ως μέσο διαπαιδαγώγησης, προέκυψε ότι το ποσοστό χρήσης της στην ελληνική οικογένεια αγγίζει το 65,5% . Μεγαλύτερη χρήση σωματικής τιμωρίας, γίνεται στα αγόρια, σε ποσοστό 71% και μικρότερη στα κορίτσια, σε ποσοστό 60% ενώ ανάλογα με την ηλικία τους, τα μικρότερα παιδιά, της Α΄ Δημοτικού, έχουν τριπλάσια πιθανότητα σωματικής τιμωρίας (78%) σε σχέση με τα μεγαλύτερα παιδιά της Στ΄ Δημοτικού (53%) (Fereti & Stavrianaki, 1997).

Σε έρευνα που είχε πραγματοποιηθεί το 1987 από τους Παρίτση και συνεργάτες, σε εφήβους ηλικίας 13-15 ετών, το 15% των εφήβων ανέφεραν ότι είχαν χτυπηθεί σοβαρά από τους γονείς τους στη διάρκεια του προηγούμενου μήνα (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2007). Επίσης, σε μεταγενέστερη έρευνα, το 1993, που πραγματοποιήθηκε σε 8.158 παιδιά ηλικίας 7 ετών φάνηκε ότι 1 στα 3 παιδιά αυτής της ηλικίας (37,7%) δέχονται ελαφρύ χτύπημα από τους γονείς τους τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα και 1 στα 6 παιδιά (18%) καθημερινά. Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από ερευνητές του Εθνικού Κέντρου Μελέτης της Σωματικής Τιμωρίας και Εναλλακτικών Μορφών Τιμωρίας, σε προπτυχιακούς φοιτητές της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, το 73% των φοιτητών ανέφεραν ότι ως παιδιά είχαν γίνει δέκτες σωματικής τιμωρίας στο σπίτι (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2007). Σε διερεύνηση του θέματος της παιδικής σεξουαλικής παραβίασης σε δείγμα φοιτητών 18-20 ετών η καταγραφείσα συχνότητα του φαινομένου πριν την ηλικία των 18 ετών ήταν 17% για τα κορίτσια και 7% για τα αγόρια (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011).

Σχετικά με τις επιπτώσεις του παιδικού τραύματος στην ενήλικη ζωή στην ελληνική βιβλιογραφία εντοπίστηκε μόνο μία μελέτη, στην οποία διερευνήθηκε σε δείγμα 375 φοιτητών με μέσο όρο ηλικίας 21,7 έτη (γυναίκες 71%). η σχέση παιδικής κακοποίησης ή παραμέλησης στην πατρική οικογένεια με την αλεξιθυμία, με προβλήματα υγείας και με αυτοκτονικό ιδεασμό. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι φοιτητές με ιστορικό κακοποίησης ή παραμέλησης τείνουν να εμφανίζουν προβλήματα στην αναγνώριση και την έκφραση συναισθημάτων και να αναφέρουν σε μεγαλύτερο ποσοστό προβλήματα υγείας και αυτοκτονικού ιδεασμού στην ενηλικίωση (Βελίκης, Αναγνωστοπούλου, Μαστοράκου, Τριλίβα, Γκούβα, 2009)

1.8 Ερευνητικά δεδομένα για τις επιπτώσεις τραυματικών γεγονότων κατά την ενήλικη ζωή

Είναι χαρακτηριστικό ότι τα συμπτώματα '*shell shock*', όπως αναφερόταν τα συμπτώματα του τραύματος κατά τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο, και του '*combat fatigue*', όπως αναφερόταν κατά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, δεν υποχωρούσαν, ακόμα και μετά την επιστροφή του πάσχοντα στρατιώτη στο περιβάλλον του. Το 1988, τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών διαπίστωσαν ότι το 15% των βετεράνων του πολέμου του Βιετνάμ εξακολουθούσε να έχει χρόνια συμπτώματα ακόμα και 20 χρόνια μετά την επιστροφή από τη μάχη. Αλλά και η ιδρύτρια της σύγχρονης νοσηλευτικής, η Florence Nightingale, δεν σταμάτησε ποτέ να έχει συμπτώματα χρόνιας κόπωσης, όταν επέστρεψε από τον πόλεμο της Κριμαίας στην Αγγλία, το 1856.

Πέρα από περιπτώσεις πολεμικών συρράξεων, συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής άγχους απαντώνται και μετά από γεγονότα όπως η 11^η Σεπτεμβρίου, και μάλιστα όχι αποκλειστικά σε άτομα που έχουν πληγεί άμεσα από αυτά. Σε διάστημα δύο μηνών μετά τις επιθέσεις στους Δίδυμους Πύργους, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε περίπου 1000 κατοίκους της Νέας Υόρκης, το 7,5% των ερωτηθέντων ανέφεραν πολλαπλά συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής άγχους, όπως εφιάλτες, «εισβολές» μνήμης, κατάσταση υπερδιέγερσης, νευρικήτητα και άλλα. Στις όμορες περιοχές με τους Δίδυμους Πύργους, το ποσοστό των ατόμων που αναφέρουν συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής άγχους αγγίζει το 20%.

Σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε άτομα με προβλήματα χρήσης αλκοόλ, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στην έκθεση σε τραυματικά γεγονότα που έχουν υποστεί, και στη πιθανότητα να εμπλέκονται σε κατάχρηση αλκοόλ (Stewart, 1996). Από ψυχαναλυτική σκοπιά, το 1971 πραγματοποιήθηκε μελέτη σε πρώην εγκλείστους των στρατοπέδων συγκέντρωσης. Η μελέτη αυτή διαχωρίζει το «σχεδόν τραύμα» από το «καταστροφικό τραύμα». Στο «σχεδόν τραύμα», που συνιστά την πρώτη εμφάνιση της τραυματικής εμπειρίας, η προσωπικότητα παραμένει ανέπαφη, παρά το γεγονός ότι εμφανίζονται στοιχεία ψυχοπαθολογίας. Αντίθετα, το «καταστροφικό τραύμα» συνίσταται σε μόνιμη βλάβη και ψυχική αποδιοργάνωση, μία ενεργή κατάσταση ψυχικής αγωνίας που κατακλύζει το άτομο (Οικονομίδου, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

2.1 Η κοινωνική εγκαθίδρυση του όρου «ψυχικό τραύμα»

Παρότι ο άνθρωπος ήταν πάντα ευάλωτος στις αντιξοότητες της ζωής και το ευμετάβλητο της ύπαρξης, το ψυχικό τραύμα ως διακριτή έννοια και ως κατάσταση που χρήζει ειδικής αντιμετώπισης εισήλθε στο δημόσιο λόγο τις τελευταίες δεκαετίες του 19^{ου} αιώνα. Η ανάδυση της έννοιας του ψυχικού τραύματος θα μπορούσε να ειπωθεί ότι συμπίπτει χρονικά με τη ραγδαία τεχνολογική πρόοδο, που μεταξύ άλλων επέφερε μείωση της αντίληψης των αποστάσεων και τη μετατροπή των μικρών αγροτικών κοινωνιών σε απρόσωπα αστικά κέντρα. Όλα αυτά τα πρωτόγνωρα φαινόμενα άλλαξαν εντελώς τον τρόπο θεώρησης του κόσμου, με άμεσο και από αντίκτυπο στις ζωές των ανθρώπων.

Κατά τον 20^ο αιώνα έγινε φανερό ότι η κοινωνία συνδέεται άρρηκτα και πολυεπίπεδα με την έννοια του τραύματος, και για αυτό διατυπώθηκε πληθώρα απόψεων. Στο πλαίσιο των κοινωνικών θεωριών, που αναζητούν τη σχέση ανάμεσα στο ατομικό και το συλλογικό, το τραύμα προσεγγίζεται ως σημείο ή σύμπτωμα ενός ευρύτερου προβλήματος του συστήματος. Σύμφωνα με τον Walter Benjamin, το τραύμα ταυτίζεται με την αστικοποίηση και τον «μοντέρνο» τρόπο ζωής, που αλλοτριώνει τον άνθρωπο από τις ρίζες του και τον καθιστά μία οικονομική μονάδα. Με τη λέξη *κλονισμός* περιγράφεται η σύγχρονη ζωή στο αστικό πλαίσιο. Ο κλονισμός είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την αστικοποίηση, όπως τα πλήθη που συναντά κανείς στις σύγχρονες πόλεις, ή την απασχόληση σε ένα εργοστάσιο. Ακόμα και η διαδικασία μοντάζ μίας ταινίας εμπεριέχει την έννοια του κατακερματισμού, έννοια στενά συνδεδεμένη με τη σύγχρονη ζωή. Με αυτό τον τρόπο, η σημασία του τραύματος δεν εντοπίζεται σε μία υπομονετική, σταδιακή ανασύσταση του παρελθόντος όπως πραγματικά ήταν, αλλά στο βίαιο αποτύπωμα που αυτό αφήνει στη μνήμη. Ένας άλλος αναλυτής του εικοστού αιώνα, ο Schivelbusch, επίσης ταυτίζει τον τραυματικό κλονισμό με τη ζωή στη βιομηχανοποιημένη κοινωνία, που ενδυναμώνει τη σύνδεση ανάμεσα στην τοπική και την παγκόσμια κοινωνία (Cvetkovich, 2003).

Με την έλευση του σιδηρόδρομου, η πρωτοφανής για την εποχή μείωση των αποστάσεων άλλαξε άρδην την ανθρωπογεωγραφία, καθιστώντας προσβάσιμα μέρη που

μέχρι πρότινος θεωρούνταν απροσπέλαστα ή φαντασιακά. Όμως, το νέο εκείνο μέσο μεταφοράς, ο σιδηρόδρομος, έμελε να γίνει το εφαλτήριο για την πρώτη προσέγγιση της έννοιας του τραυματικού. Η μεγάλη κλίμακα των εφευρέσεων, όμως, δημιουργούσε και ατυχήματα αντίστοιχα μεγάλης κλίμακας. Το 1860 ο John Eric Erichsen έκανε λόγο για το «τραυματικό σύνδρομο» σε μία μελέτη των θυμάτων σιδηροδρομικών ατυχημάτων που αντιμετώπιζαν ακραίους φόβους, υποστηρίζοντας ότι υπέφεραν από ψυχολογικό κλονισμό (σοκ). Ο ιατρικός ανθρωπολόγος Allan Young επίσης τοποθετεί την απαρχή του λόγου για το τραύμα στο φαινόμενο του «σιδηροδρομικού κλονισμού», κατά το οποίο επιζώντες από τα ατυχήματα ανέφεραν συμπτώματα νευρικής καταπόνησης που δεν είχαν ιατρική εξήγηση (Cvetkovich, 2003).

Η «τραυματική νεύρωση», όπως την προσέγγισε ο S. Freud, αναφέρεται σε φαινόμενα ανθρώπων που έχουν βιώσει πολύ σοβαρά ατυχήματα, και ενώ δεν έχουν υποστεί κάποια εμφανή σωματική βλάβη, μετά από ένα διάστημα αναπτύσσουν σωματικά και κινητικά συμπτώματα που μπορούν μόνο να αποδοθούν στο τραυματικό γεγονός. Η μετατραυματική περίοδος που έχει διανυθεί από το ατύχημα μέχρι την εμφάνιση της νεύρωσης ονομάζεται «χρόνος επώασης», σε έναν άμεσο παραλληλισμό με το σωματικό τραύμα (Freud, 1928). Κατά τη διάρκεια αυτής, το τραυματικό γεγονός γίνεται αντικείμενο επεξεργασίας χωρίς να υπάρχουν εμφανή σημάδια (Leys, 2000).

Αυτά τα μεγάλης κλίμακας ατυχήματα, και σε συνδυασμό με έναν κόσμο που άλλαζε ραγδαία, στάθηκαν η αφορμή να τεθεί το ερώτημα για το αν και κατά πόσο μπορεί να εμφανιστεί κάποια ψυχική δυσλειτουργία χωρίς να συνυπάρχει κάποια εμφανής σωματική βλάβη. Ήταν η απαρχή μίας περιόδου κατά την οποία το θέμα του ψυχικού τραυματισμού αντιμετωπίστηκε με μεγάλη καχυποψία και ενίοτε με απαξίωση, ιδιαίτερα σε σχέση με τις κυρίαρχες αντιλήψεις της εποχής. Ο ύστερος 19^{ος} και ο 20^{ος} αιώνας, εξάλλου, ήταν κατ' εξοχήν εποχές πολεμικών συρράξεων και πολιτικών ανακατατάξεων.

2.2 Τραύμα και κοινωνία: μία αμφίδρομη σχέση

Το τραυματικό γεγονός δεν μπορεί να ερμηνευθεί χωρίς να ληφθεί υπ' όψιν το πλαίσιο μέσα στο οποίο έλαβε χώρα (Cvetkovich, 2003). Η αιτία του τραύματος είναι εντοπισμένη χωρικά και χρονικά σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό και πολιτισμικό γίγνεσθαι. Ταυτόχρονα, τα ψυχικά τραυματισμένα άτομα είναι φορείς του πολιτισμικού κεφαλαίου του δεδομένου πλαισίου. Πέρα από το να αποτελούν δύο αμοιβαία αποκλειόμενες έννοιες, το ατομικό και το συλλογικό βρίσκονται σε σχέση αλληλεξάρτησης, είναι συγκοινωνούντα δοχεία και το ένα καθορίζει το άλλο.

Στην πραγματικότητα, είναι εξαιρετικά δύσκολο να οριστεί το σημείο στο οποίο τέμνεται το ατομικό με το συλλογικό πεδίο. Πρόκειται για δύο πεδία που βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση και δύσκολα νοείται το ένα χωρίς το άλλο. Ο ρόλος της κοινωνίας στη διαμόρφωση της μνήμης είναι εμφανής ακόμη και στη βιωμένη ατομική εμπειρία. Όταν η ατομική μικρο-ιστορία εμπλέκεται με το μεγάλο κοινωνικό αφήγημα, ακόμα και οι τραυματικές εμπειρίες «από πρώτο χέρι» γίνονται αντικείμενο κοινωνικής διαμεσολάβησης. Επίσης, το ίδιο γεγονός προσδιορίζεται διαφορετικά ανάλογα και με το χρονικό πλαίσιο. Η μνήμη θα μπορούσε να θεωρηθεί και μία κοινωνικά κατασκευασμένη έννοια (Culbertson, 1995), καθώς η κοινωνία, με ρητά αλλά και άρρητα μηνύματα, ορίζει την επίσημη μνήμη και την ενσωματώνει στο «μεγάλο αφήγημα». Η συλλογική μνήμη αποτελεί μία συμβολική λειτουργία, βασίζεται στην ατομική μνήμη ενός συνόλου ατόμων (Μαντόγλου, 2005) και σχετίζεται στενά με έννοιες όπως η κοινωνική αυθεντία, η εξουσία, και γενικότερα με το πολιτισμικό σύστημα που έχουν εσωτερικεύσει, λιγότερο ή περισσότερο, όλα τα μέλη μίας κοινωνίας (Μπενβενίστε & Παραδέλλης, 1995). Η μνήμη δεν είναι μία πάγια και αδιαμεσολάβητη αποτύπωση ενός συμβάντος, αλλά αποτελεί μία κοινωνικά αποδεκτή παραλλαγή του. Οι διαφόρων ειδών μνήμες και αφηγήσεις του τραύματος πολιτικοποιούνται μέσα σε τοπικά, εθνικά και διεθνικά συμφραζόμενα, οδηγώντας σε διάδραση ανάμεσα στην ιστορία, τη μνήμη, τα συναισθήματα και την πολιτική (Milton & Svasek, 2005). Η συλλογική μνήμη συνιστά μία «ορθοδοξία», ένα σύστημα κανόνων και συμπεριφορών που προτάσσεται ως αξιολογικά ανώτατο. Η ύπαρξη της μνήμης όμως, σύμφωνα με τον Foucault, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη της

«αντι-μνήμης» που συνιστά την προσπάθεια αντίστασης στην επίσημη εκδοχή (Foucault, 1977).

Η έννοια της μνήμης εμπεριέχει ένα ολόκληρο πλέγμα εξωτερικών προς το άτομο σχέσεων, μορφών και αντικειμένων που στηρίζουν, εξαντικειμενικεύουν και ενσαρκώνουν το παρελθόν. Ταυτόχρονα, είναι χαρακτηριστικό το φαινόμενο μαρτύρων που, ενώ παρακολούθησαν από κοντά το ίδιο ακριβώς γεγονός, όταν καλούνται να το αναπαραστήσουν δίνουν τελείως διαφορετικές εκδοχές. Η ψυχική πραγματικότητα επιτρέπει την ύπαρξη απεριόριστων διαφοροποιημένων μεταξύ τους αφηγήσεων, καθώς το κάθε άτομο προσλαμβάνει το περιβάλλον του από τη δική του οπτική (Μπενβενίστε & Παραδέλλης, 1995).

Η έννοια της μνήμης είναι κεντρική στις διεργασίες του τραύματος. Έχει υποστηριχθεί ότι το τραύμα είναι μία ιδιαίτερη μορφή μνήμης καθώς δεν εμπεριέχει νόημα αλλά μόνο συναισθηματικό αντίκτυπο. Αυτό υποστηρίζεται και από τα βιολογικά δεδομένα, καθώς κατά τη διάρκεια του τραυματικού συμβάντος, το μόνο μέρος του εγκεφάλου που είναι σε εγρήγορση είναι η αμυγδαλή, ο τομέας των αισθήσεων. Αντίθετα, ο εγκεφαλικός φλοιός, που εμπλέκεται σε γνωστικές διεργασίες, παραμένει ανενεργός, πιθανόν λόγω του ότι το συμβάν είναι πολύ καταγιστικό για να καταχωρηθεί γνωστικά (Kaplan, 2005). Προϊόν αλλά και γενεσιουργός αιτία πολλών και διαφορετικών μορφών βίας, από την πιο αληθινή ως την πιο συμβολική, το ψυχικό τραύμα παράγει νέα συλλογικά υποκείμενα αλλά και υποκειμενικότητες (Kaplan, 2005). Ο φορέας της βίας είναι ταυτόχρονα φορέας ρητών αλλά και άρρητων πολιτισμικών μηνυμάτων, επομένως το τραύμα, όσο προσωπικό και αν είναι, δε νοείται εκτός του κοινωνικού του πλαισίου (Culbertson, 1995).

Ακόμα όμως και αυτό που καλούμε «παιδικό τραύμα» βρίσκεται σε συνάρτηση με το κοινωνικό του πλαίσιο. Η βιολογική διάσταση της ηλικίας –του χρόνου δηλαδή που διανύθηκε από τη γέννηση του ανθρώπου μέχρι το παρόν- είναι ένα οικουμενικό δεδομένο. Η πολιτισμική όμως έννοια και σημασία του χρόνου αυτού διαφοροποιείται από κοινωνία σε κοινωνία, αλλά και διαχρονικά στην ίδια κοινωνία. Η αντίληψη της παιδικής ηλικίας ως μίας διακριτής περιόδου στη ζωή του ανθρώπου, κατά την οποία χρήζει φροντίδας και ειδικής μεταχείρισης, πρωτοεμφανίστηκε στην Ευρώπη του 15^{ου} αιώνα. Στα τέλη του 17^{ου} αιώνα παρατηρείται μία συγκεκριμενοποίηση της έννοιας αυτής, που συμπίπτει χρονικά με τη διάκριση της

δημόσιας από την ιδιωτική σφαίρα αλλά και την ανάδυση παιδαγωγικών θεωριών, αρχικά στην τάξη των ευγενών και σύντομα και στην ανώτερη αστική (Αριές, 1990). Η συμπλήρωση των δεκαοκτώ ετών λειτουργεί ως μία διαβατήρια τελετουργία, ένα ορόσημο με το οποίο το άτομο καθίσταται πλήρως ισότιμο μέλος της κοινωνίας (Μουσούρου, 2005).

2.3 Η διαπολιτισμική διάσταση της μετατραυματικής διαταραχής

Η ανάδυση και η επεξεργασία της έννοιας της μετατραυματικής διαταραχής άγχους ήταν καθοριστικές στο να εισέλθει το τραύμα στη δημόσια σφαίρα, και να σταματήσει να αντιμετωπίζεται με αρνητισμό και καχυποψία. Παρόλα αυτά, η διαταραχή εξακολουθεί να εστιάζει σε σχετικά μικρό πλήθος συμπτωμάτων, που σε κάποιο βαθμό είναι και απλουστευμένα (Wenzel et al, 2011). Σε ό,τι αφορά τη διαπολιτισμική διάσταση της μετατραυματικής διαταραχής άγχους, θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν το γεγονός ότι οι έννοιες διαφοροποιούνται ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο βρίσκονται.

Στις δυτικές κοινωνίες, το δρών υποκείμενο θεωρείται μεμονωμένο, ρασιοναλιστικό και αυτόνομο, η πηγή κάθε δράσης και σκέψης (Τσιτσιπής, 1995). Αυτό όμως δεν ισχύει απαραίτητα για όλους τους πολιτισμούς. Σε πολλές κοινωνίες, το άτομο δεν θεωρείται ότι έχει υπόσταση εκτός της ομάδας στην οποία ανήκει, και η οποία δρα ομογενοποιητικά σε περιπτώσεις εξωτερικής απειλής. Επιπλέον, περιστατικά με τα οποία συσχετίζεται η μετατραυματική διαταραχή άγχους, όπως ο θάνατος αγαπημένου προσώπου, η έκθεση στη βία, ο κίνδυνος για τη σωματική ακεραιότητα, οι φυσικές καταστροφές, εννοιολογούνται διαφορετικά ανάλογα με το πλαίσιο αξιών που επικρατεί, και βέβαια ανάλογα με τη συχνότητα που συμβαίνουν.

Ένα κοινό χαρακτηριστικό των χωρών στις οποίες αναπτύχθηκε η μετατραυματική διαταραχή άγχους ως διαγνωστική έννοια είναι ότι ανήκουν στις λεγόμενες «δυτικές κοινωνίες», σε άμεση αντίστιξη με τις «μη δυτικές κοινωνίες». Οι πρώτες παραδοσιακά τοποθετούν τον εαυτό τους σε ιεραρχικά ανώτερη θέση από τις υπόλοιπες. Σκιαγραφούνται ως φορείς ορθολογικότητας και προόδου, προσανατολισμένες σε ανάγκες πέρα και πάνω από αυτή της απλής επιβίωσης.

Ο διαχωρισμός ανάμεσα στην «ορθολογική» Δύση και την «πρωτόγονη» Ανατολή στάθηκε ακρογωνιαίος λίθος της θεώρησης του κόσμου, σε όλη τη διάρκεια του Διαφωτισμού και μετέπειτα. Παρ' όλα αυτά όμως δεν είναι απόλυτος, ούτε πάγιος και αναλλοίωτος μέσα στο χρόνο. Βασίζεται σε μία μονολιθική θεώρηση του κόσμου, ειδωμένου αποκλειστικά και μόνο μέσα από το πρίσμα των αξιών της Δύσης, και δε λαμβάνει υπ' όψιν το πλαίσιο αξιών των μη-δυτικών κοινωνιών, τις οποίες προσλαμβάνει ως «πρωτόγονες» και καθηλωμένες σε κάποιο πρώιμο στάδιο της ανθρώπινης εξέλιξης.

Αυτός ο τρόπος σκέψης όμως απηχεί τα στοιχεία της *πολιτισμικής μεροληπτικότητας* (cultural bias), της τάσης που έχει μία κοινωνία να έχει τις δικές της αξίες και τη δική της κοσμοθεωρία, και να θεωρεί υπό αυτό το πρίσμα ακόμα και τις διαγνωστικές ψυχιατρικές κατηγορίες. Αργότερα, η έννοια της πολιτισμικής μεροληπτικότητας μετασχηματίστηκε ως «μοντέλο κέντρου και περιφέρειας», αντανakλώντας την εγγενή ανισότητα που υπάρχει ανάμεσα στα κέντρα επιρροής και συσσώρευσης πλούτου αφενός, και στα περιθωριά τους αφετέρου (Smith, 2006).

2.4 Το τραύμα και η αντίληψη για τη γυναικεία φύση

Το φύλο είναι μία γενική κατηγορία η οποία συμμετέχει ενεργά στους τρόπους αντίληψης, αναπαράστασης, νομιμοποίησης αλλά και αμφισβήτησης των κοινωνικο-πολιτικών σχέσεων και ιεραρχιών. Πρόκειται για ισχυρή παράμετρο κοινωνικής και πολιτισμικής συγκρότησης, και για αφετηρία διχοτομήσεων όπως το ανδρικό και το γυναικείο, το δημόσιο και το ιδιωτικό, ο πολιτισμός και η φύση, η κοινωνία και η οικογένεια, το πολιτικό και το οικιακό. Το φύλο προσλαμβάνεται ως κάτι που απορρέει από τη φύση και τη λογική, απηχώντας θρησκευτικές αντιλήψεις, όπως αυτή του «φυσικού προορισμού». Η έμφυλη διάσταση του υποκειμένου δρα καθοριστικά στην ταυτότητά του και δομεί ιεραρχικά την έννοια της ταυτότητας. Στην πραγματικότητα, το φύλο είναι σε μεγάλο βαθμό μία πολιτισμική κατασκευή, που δομεί ετερότητες και αντινομίες στον κυρίαρχο λόγο, κάτι που συνέβαινε κατά κόρον στη διάρκεια του 19^{ου} αιώνα.

Στο πλαίσιο της συζήτησης για τη γυναικεία υστερία, ο Freud απέδωσε τα συμπτώματά της σε πρώιμες τραυματικές εμπειρίες σεξουαλικής φύσεως. Πιο συγκεκριμένα, ισχυρίστηκε ότι δεν ήταν η εμπειρία αυτή καθεαυτή που προκαλεί τραυματικά συμπτώματα, αλλά η ετεροχρονισμένη αναβίωσή της με τρόπο που να της αποδίδει τραυματικά συμπτώματα. Με τον όρο 'Nachträglichkeit' ή «ετεροχρονισμένη δράση», το τραύμα συνίσταται στη διαλεκτική σχέση ανάμεσα σε δύο συμβάντα ή εμπειρίες (Breuer & Freud, 1895). Καμία από αυτές τις δύο εμπειρίες ή συμβάντα δεν είναι εγγενώς τραυματικό, αλλά ερμηνεύεται ως τέτοιο εξαιτίας μίας περιόδου «επώασης» κατά την οποία η πάντα εύπλαστη ανθρώπινη μνήμη λειτουργεί ασυνείδητα και αποδίδει σεξουαλικές συνδηλώσεις σε συμβάντα που δεν ήταν σε αναπτυξιακό στάδιο ώστε να τα κατανοήσει (Leys, 2000).

Με τον τρόπο αυτό, η γυναικεία υστερία αποδόθηκε στη βίωση ενός τραυματικού συμβάντος, σεξουαλικής κατά κανόνα φύσης, το οποίο εν συνεχεία έγινε αντικείμενο απώθησης. Στην πραγματικότητα, το σύνολο των εννοιών της εποχής, που αφορά στη γυναικεία φυσιολογία, είναι δύσκολο να ειπωθεί εκτός του κοινωνικού πλαισίου που το δημιούργησε. Ο ψυχισμός της γυναίκας σκιαγραφείται ως ευάλωτος και με ροπή προς τον ανιμαλιστικό χαρακτήρα. Ο λόγος για τη γυναικεία υστερία βασίζεται στην υπαγωγή της γυναίκας σε μία κατώτερη κλίμακα, πλησιέστερη στη φύση, που δεν διέπεται από λογική στον ίδιο βαθμό που διέπεται ο άνδρας.

Η θεώρηση αυτή είναι στενά συνδεδεμένη με τις κυρίαρχες αξίες της εποχής, που συνύφαιναν τη γυναικεία φύση με την απουσία λογικής και συγκροτημένης σκέψης, σε διχοτομική αντίστιξη με την φύση του άντρα. Η έννοια 'Nachträglichkeit' αναφέρεται σε μία ασαφή μνήμη, που θεωρείται a priori σεξουαλικού χαρακτήρα και έχει την ιδιαιτερότητα να καταργεί τα αυστηρά όρια ανάμεσα στο παρελθόν και το παρόν, την εντύπωση και την καταγεγραμμένη πραγματικότητα. Στην «καρδιά» της ενυπάρχει το σύνολο των κυρίαρχων λόγων της μετα-βικτωριανής εποχής, το οποίο αποικούσε το γυναικείο σώμα με συνδηλώσεις κατωτερότητας, μιαιρότητας και ντροπής.

2.5 Το ψυχικό τραύμα και το πατριωτικό ιδεώδες

Κατά τον ρώσο-ιαπωνικό πόλεμο του 1904-05 γίνεται εκτενής αναφορά σε πολλές περιπτώσεις στρατιωτών που εγκατέλειπαν το μέτωπο λόγω ψυχολογικών διαταραχών. Καθώς οι ψυχιατρικές δομές που τους αναλάμβαναν ήταν εν πολλοίς υπόλογες στις στρατιωτικές αρχές, και το πατριωτικό ιδεώδες πανίσχυρο, η αντιμετώπιση που είχαν αυτοί οι στρατιώτες ήταν μάλλον επικριτική παρά υποστηρικτική. Η ψυχιατρική του πολέμου, εναρμονιζόμενη με τις κυρίαρχες αξίες της εποχής, τροποποίησε τις πρώιμες θεωρίες για το τραύμα και τις έκανε συμβατές με το κυρίαρχο ιδεολόγημα του εθνικισμού (Fassin & Rechtman, 2009).

Κατά τη διάρκεια του Α' Παγκοσμίου Πολέμου, στρατιώτες που επέστρεφαν από τη μάχη εμφάνιζαν συμπτώματα που τη σημερινή εποχή θα παρέπεμπαν κατευθείαν στην –αναγνωρισμένη σήμερα– μετατραυματική διαταραχή άγχους. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση πληγωμένων στρατιωτών που ανέφεραν παράλυση, χρόνια κούραση και άλλα συμπτώματα, και συχνά αντιμετωπιζόνταν με καχυποψία ως φυγόπονοι. Θεωρήθηκε ότι καταφεύγουν σε τεχνάσματα προκειμένου να μην επιστρέψουν στο μέτωπο, συμπεριφορά που αντιμετωπιζόταν με μεγάλη απαξία.

Στη ρητορική της εποχής, η στάση αυτή συνυφαινόταν με έννοιες όπως έλλειψη πατριωτισμού, ψυχική αδυναμία και ατίμωση. Αλλά και οι ίδιοι οι ψυχίατροι θεωρούσαν ότι η βιαιότητα του πεδίου της μάχης ήταν απλά η αφορμή, το έναυσμα για να εκδηλωθεί ένα προϋπάρχον πρόβλημα, συχνά με κάποιο απώτερο προσωπικό όφελος. Το βρετανικό ιατρικό περιοδικό ευρείας απήχησης 'Lancet', ανάμεσα στα έτη 1895 και 1915, δημοσίευσε μία σειρά από άρθρα που είναι ενδεικτικά των στάσεων απέναντι στα συμπτώματα των στρατιωτών αυτών. Οι θεωρίες αυτές υπαινίσσονταν ότι η κατάσταση των πληγωμένων στρατιωτών πρέπει να προσεγγιστεί με όρους που άπτονται της γυναικείας υστερίας, απηχώντας έτσι και μία σειρά από φαλλοκρατικές αντιλήψεις που συνέδεαν τη γυναικεία φύση με την έλλειψη λογικής. Οι Βρετανοί ψυχίατροι ήδη από το 1917 είχαν εκφράσει την αντίθεσή τους στο στιγματισμό των ψυχικά τραυματισμένων στρατιωτών, αλλά μόνο μετά τον πόλεμο έγινε ευρύτερα αποδεκτή η άποψή τους (Fassin & Rechtman, 2009).

Από την άλλη πλευρά όμως, η σκέψη του Freud επηρεάστηκε από την πρωτοφανή θηριωδία του Α' Παγκοσμίου Πολέμου, κάτι που τον οδήγησε στην παραδοχή ότι το τραύμα συνδέεται άρρηκτα με το πολιτικό του συμφραζόμενο. Ο ίδιος κάνει αναφορά στην τραυματική φύση της ιστορίας, και στο ότι τα γεγονότα είναι ιστορικά στο βαθμό που εμπλέκουν άλλους (Caruth, 1991). Στο έργο του «Πέρα από την αρχή της ηδονής», γραμμένο το 1920, υποβόσκει η συλλογική εμπειρία του πρόσφατου Α' Παγκοσμίου Πολέμου, του πολέμου των χαρακωμάτων, όπως και οι μορφές συλλογικού αποτροπιασμού που για πρώτη φορά αναδύθηκαν με την χωρίς προηγούμενο μαζική απώλεια ανθρώπινων ζώων. Ακόμα και σε αυτή την περίπτωση, όμως, ο λόγος για το τραύμα επικεντρωνόταν στους άνδρες – νέους και αξιόμαχους- που είχαν εμπλακεί σε αυτή την δημόσια συμφορά (Kaplan, 2005).

2.6 Ψυχικό τραύμα και ταξικο-οικονομικές σχέσεις

Πέρα από το ιδεολογικά και πολιτισμικά φορτισμένο πεδίο της μάχης, ένα άλλο πεδίο στο οποίο ανιχνεύεται η ίδια αντίληψη και απαξία απέναντι στα άτομα που ανέφεραν ψυχικό τραυματισμό είναι τα εργατικά ατυχήματα. Το περιοδικό Lancet κάνει αναφορά και σε έρευνες που είχαν διεξαχθεί για εργατικά ατυχήματα σε εργοστάσια και εργάτες που είχαν επίσης χαρακτηριστεί φυγόπονοι (Kaplan, 2005). Με την προβολή της κατά κανόνα «ταπεινής» καταγωγής των θυμάτων εργατικών ατυχημάτων, που ζητούσαν αποζημίωση, γινόταν προσπάθεια να σκιαγραφηθούν ως κακόβουλοι και ωφελιμιστές, με τρόπο που αγνοούσε επιδεικτικά την αληθινή βλάβη που είχαν υποστεί.

Η έννοια του ψυχικού τραύματος απέκτησε έτσι ταξική διάσταση και ενσωμάτωσε μία σειρά από στάσεις και προκαταλήψεις απέναντι στην εργατική τάξη, όπως ο ωφελιμισμός, η νωθρότητα, η τάση προς εξαπάτηση και η ροπή προς το εύκολο κέρδος. Ο κοινωνικό-οικονομικός χαρακτήρας που προσδόθηκε στο τραύμα αποτυπώνεται και στις δομές της κοινωνίας μέχρι πολύ πρόσφατα (Fassin & Rechtman, 2009).

2.7 Το βεληνεκές του τραύματος: Διαγενεακό Τραύμα

Καθώς το τραύμα διαχέεται στην κοινωνία γενικά, είναι εύλογο ότι η δυναμική του μπορεί να διαπεράσει το φράγμα του χρόνου. Ένα από τα κύρια κύτταρα της κοινωνίας, μέσα από το οποίο μεταβιβάζεται το σύνολο της γνώσης και της βιωμένης εμπειρίας, είναι η οικογένεια. Μέσω αυτής, το άτομο μπορεί να βιώνει ως τραυματική ακόμα και μία εμπειρία χρονικά εκτοπισμένη κατά δεκαετίες, αν όχι και αιώνες. Παρά το ότι το ίδιο δεν θα μπορούσε να την έχει ζήσει, το βεληνεκές της φτάνει μέχρι το σήμερα μέσω της διαγενεακής πορείας του τραύματος.

Πιο συγκεκριμένα, τραυματικές εμπειρίες σε προηγούμενη γενιά μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη δυσπροσαρμοστικών μοτίβων συμπεριφοράς και διαπροσωπικών σχέσεων σε επόμενες γενιές. Τα αποτελέσματα του τραύματος μεταδίδονται στην επόμενη γενιά μέσω ασυνείδητων μηχανισμών, οδηγώντας έτσι τα άτομα που εμπλέκονται σε αυτό σε ένα φαύλο κύκλο μη επίλυσης του τραύματος. Πρόκειται για το ιστορικό ή διαγενεακό τραύμα, ένα τραυματικό γεγονός που μεταδίδεται με ασυνείδητους μηχανισμούς, και κατά κάποιον τρόπο «στοιχειώνει» μία οικογένεια μέσω της ψυχοκοινωνικής επιρροής του.

Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση των Ισραηλιτών δεύτερης γενιάς, που οι ιστορίες απώλειας και πόνου των γονιών τους, αναφορικά με το Ολοκαύτωμα, γίνονται αναπόσπαστο κομμάτι της προσωπικής τους ιστορίας. Οι νέοι αυτοί τείνουν να αποκτούν το ρόλο του υποκατάστατου, ή του «κεριού» που καίει εις μνήμην των αγαπημένων νεκρών. Ταυτόχρονα, ζητείται από αυτούς να ενσωματώσουν τη χαμένη για πάντα νεότητα των γονιών τους, και εκδηλώνεται φόβος αποχωρισμού και υπέρμετρα εξαρτητική σχέση με τους γονείς. Ως πιθανοί λόγοι για τα φαινόμενα αυτά αναφέρονται οι τραυματικές εμπειρίες του Ολοκαυτώματος, που είχαν ως αποτέλεσμα δυσπροσαρμοστικές διαπροσωπικές σχέσεις και συμπεριφορές, που διαχύθηκαν και στις μετέπειτα γενεές της κάθε οικογένειας (Kidron, 2003).

Η ψυχαναλύτρια Marion Oliner, στην προσπάθειά της να περιγράψει θεωρητικά την παθολογία των απογόνων των θυμάτων του Ολοκαυτώματος, αντλεί το υλικό της από την αρχική φροϋδική έννοια της αποπλάνησης και τη σχέση που έχει με την τραυματική υστερία. Τονίζει ιδιαίτερα το ότι τα συμπτώματα των παιδιών των

επιζώντων του Ολοκαυτώματος θυμίζουν τα συμπτώματα των υστερικών. Παρουσιάζουν επίσης μία επίμονη ενασχόληση με τις κακουχίες που πέρασαν οι δικοί τους, ενώ οι σκέψεις τους είναι αντιφατικές.

Είναι χαρακτηριστικό ότι σε συνειδητό επίπεδο τα παιδιά συμφωνούν με τους γονείς τους ότι «αυτό το γεγονός δεν πρέπει να ξανασυμβεί ποτέ». Ασυνείδητα, όμως, θα ήθελαν να βρεθούν στη συγκεκριμένη ιστορική περίοδο, στην οποία συντελέστηκε το τραύμα των γονιών τους, και να ζήσουν τις ίδιες εμπειρίες. Με άλλα λόγια, τα παιδιά αυτά μετέρχονται μηχανισμούς από-προσωποποίησης και από-συνειδητοποίησης, αντίστοιχους με το στάδιο ύπνωσης των υστερικών. Τα συμπτώματα αυτά, μάλιστα, εμφανίζονται όταν τα παιδιά φτάνουν στην ηλικία που υπήρξε καθοριστική για τους γονείς τους (Μπενβενίστε & Παραδέλλης, 1995).

Σύμφωνα με τους Γάλλους ψυχαναλυτές Abraham και Torok , το ψυχικό τραύμα μεταδίδεται απευθείας από το ασυνείδητο της μητέρας σε αυτό του παιδιού, χωρίς να προηγείται κανένα είδος λεκτικής επικοινωνίας. Υπάρχει απλά ένα «κενό στο λόγο». Αυτό λειτουργεί ως τροχοπέδη στη διαδικασία της σταδιακής διαφοροποίησης μεταξύ τους, που είναι αναγκαία για την ομαλή ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού. Δίπλα στο ασυνείδητο των γονέων, υπάρχει ένα ψευδές ασυνείδητο, η λεγόμενη «κρύπτη», που κατοικείται από μυστικά περασμένων γενεών (Abraham & Torok, 1976/ 1986).

Το κατά πόσο μία εν δυνάμει τραυματική εμπειρία θα οδηγήσει στην εκδήλωση της μετατραυματικής διαταραχής άγχους, όπως αυτή έχει περιγραφεί εξαρτάται και από άλλους παράγοντες. Έχει αναφερθεί ότι παιδιά γονιών με μετατραυματική διαταραχή άγχους έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να την εμφανίσουν και αυτά, καθώς επίσης και ότι οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι την εμφανίζουν ταυτόχρονα. Επίσης, επιζήσαντες του Ολοκαυτώματος με μετατραυματική διαταραχή άγχους έχουν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης του φαινομένου στα παιδιά τους, από ότι επιζήσαντες χωρίς τη διαταραχή αυτή (Caracci, 2011). Όμως, πέρα της γονιδιακής διάστασης, η ονομαζόμενη «διαγενεακή» ή «διαγενεολογική» μετάδοση του τραύματος αποτελεί μια σημαντική προσέγγιση στην ψυχολογική κατανόηση της εμφάνισης ψυχικού τραύματος και των συνοδών αρνητικών επιπτώσεων σε επίπεδο οικογενειακών γενεών.

2.8 Συνοπτική εννοιολογική προσέγγιση του ψυχικού τραύματος

Όπως έχει αναλυθεί, στο πλαίσιο του 19^{ου} αιώνα, αλλά και των αρχών του 20^{ου}, άτομα που ανέφεραν ψυχικό τραύμα στιγματίζονταν ως φυγόπονα και αμφίβολης ψυχικής ισορροπίας. Το ψυχικό τραύμα σκιαγραφήθηκε ως προσποίηση υστερικής φύσεως, ως πρόσχημα για να επιτευχθεί κέρδος χωρίς να προσφέρεται εργασία σε αντάλλαγμα, και ως ένδειξη απόκλισης από την κοινώς αποδεκτή νόρμα. Αντίθετα, στις μέρες μας η ύπαρξη ψυχικού τραύματος είναι κάτι αναγνωρισμένο και σεβαστό, με ειδικό βάρος σε μία σειρά από κοινωνικά πλαίσια. Είναι συχνό το φαινόμενο ακόμα και να επιδικάζονται μεγάλα ποσά ως αποζημίωση για πρόκληση ψυχικού τραύματος.

Οι απαρχές της έννοιας του ψυχικού τραύματος, και η καχυποψία την οποία συνάντησε σε πολλές φάσεις της διαδρομής της, ανάγονται σε ηγεμονικές αντιλήψεις κατωτερότητας και ορθότητας, οι οποίες είχαν φυσικοποιηθεί μέσα στην κοινωνία. Επιπλέον, ο στιγματισμός των ατόμων που ανέφεραν ψυχικό τραυματισμό, και η κατηγοριοποίησή τους ως απλών αποκλίσεων από τη νόρμα, συμβολίζει τη βία που δεν κατέστη δυνατό να εκφραστεί με λόγια, που έγινε αντικείμενο αποσιώπησης και καταπίεσης. Στην πραγματικότητα, η έννοια του τραύματος δεν μπορεί να ειπωθεί έξω από τις κοινωνικές συνθήκες που την έφεραν στην επιφάνεια. Η πορεία της έννοιας από το περιθώριο στο επίκεντρο της δημόσιας σφαίρας θα μπορούσε να ειπωθεί ότι εγκολπώνει την κάθε ετερότητα και την κάθε αντινομική άποψη.

Με την εισαγωγή της έννοιας της μετατραυματικής διαταραχής άγχους, το ψυχικό τραύμα απέβαλε τον αρνητικά φορτισμένο χαρακτήρα που είχε. Η ανάδυση της μετρήσιμης, περιχαρακωμένης και ορθολογικής έννοιας της μετατραυματικής διαταραχής άγχους σηματοδότησε μία μεγάλη αλλαγή στον τρόπο πρόσληψης του τραύματος από την κοινωνία. Με την εξάλειψη του στίγματος που έφεραν τα ψυχικά τραυματισμένα άτομα, μία σειρά από φωνές παίρνουν την άδεια να μιλήσουν και να ακουστούν, νέες ταυτότητες αναδύονται και γίνεται σαφές ότι υπάρχουν πολλές πλευρές στην ίδια ιστορία.

Με τον τρόπο αυτό, το ψυχικό τραύμα μπορεί πλέον να νοηθεί ως αναλυτική κατηγορία, ως ένα πλαίσιο για την προσέγγιση πολλών και ετερόκλητων μεταξύ τους φαινομένων. Το Ολοκαύτωμα, ο πόλεμος του Βιετνάμ, ο φεμινισμός, τα δικαιώματα των μειονοτήτων, ο ακτιβισμός (Cvetkovich, 2003), οι μετααποικιακές σπουδές και η

λογοτεχνία είναι λίγα μόνο από τα πεδία τα οποία θα μπορούσαν να ειπωθούν υπό αυτό το πρίσμα. Αναλόγως την περίσταση, αξίζει να μελετηθεί ο τρόπος με τον οποίο η γυναικεία φύση συνδέθηκε με έννοιες όπως η υστερία και η έλλειψη συναισθηματικής σταθερότητας, οι μη Ευρωπαϊκοί πληθυσμοί με την έλλειψη ορθολογικής σκέψης, τα θύματα ατυχημάτων με την υστεροβουλία, τα λιγότερο εύπορα τμήματα του πληθυσμού με τη φυγοπονία. Η αποσιώπηση ή απαξίωση του ψυχικού τραύματος συντέλεσε στην υπαγωγή της κοινωνίας σε ένα σύστημα που απέρριπτε συλλήβδην οποιονδήποτε δεν ανήκε στη «νόρμα», παράγοντας με αυτό τον τρόπο ηγεμονικούς λόγους και ετερότητες.

Είναι σαφές ότι σε πολλές κρίσιμες καμπές της ιστορίας, η έννοια του τραύματος έχει προσδεθεί στο άρμα διαφορετικών μεταξύ τους σκοπών, έχει εξυμνηθεί ή δαιμονοποιηθεί, έχει θεωρηθεί δείκτης της ψυχικής συγκρότησης αλλά και προσποίηση υστερικής φύσεως. Αντανακλώντας τις ηθικές αξίες της κάθε εποχής, το ψυχικό τραύμα έχει συμβολίσει από το θάρρος, την τιμή και την αλήθεια, μέχρι τη δειλία, την απάτη και την αδικία (Fassin & Rechtman, 2009).

Φορείς της τραυματικής εμπειρίας δεν είναι μόνο όσοι την έχουν βιώσει προσωπικά, ούτε η χωρική εγγύτητα αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για τη βίωση μίας εμπειρίας ως τραυματικής. Σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, κοινωνοί της τραυματικής εμπειρίας είναι και ο οικογενειακός, επαγγελματικός και κοινωνικός περίγυρος αυτών των ατόμων. Επιπλέον, η σημερινή εποχή, με την πολλαπλότητα λόγων, μέσων και διάχυσης της πληροφορίας που τη διακρίνουν, μπορεί κατεξοχήν να ειπωθεί μέσα από το πρίσμα του ψυχικού τραύματος. Η κοινωνία της πληροφορίας διασφαλίζει ότι τα νέα μίας καταστροφής, μίας σύρραξης ή ενός ατυχήματος θα κάνουν το γύρο του κόσμου σε δευτερόλεπτα από την πραγματοποίησή τους, συχνά συνοδευόμενα από ζωντανές εικόνες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ

Οι παράγοντες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής που μελετήθηκαν στη συγκεκριμένη εργασία σε συνάρτηση με τις πρώιμες τραυματικές εμπειρίες σε φοιτητικό πληθυσμό είναι: το άγχος, η αλεξιθυμία, η αναβλητικότητα, η ποιότητα ζωής καθώς και ένα εύρος συμπτωμάτων που αναφέρουν τα άτομα κατά τη τρέχουσα χρονική περίοδο. Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται ο κάθε παράγοντας χωριστά. Αρχικά αναφέρονται οι ορισμοί και τα κύρια χαρακτηριστικά τους ενώ στο τέλος του κάθε κεφαλαίου παρουσιάζονται ερευνητικά δεδομένα που τους συνδέουν με το παιδικό ψυχικό τραύμα.

3.1 Το άγχος

3.1.1 Ορισμός και έννοια του άγχους

Το άγχος είναι μία σύνθετη και πολυεπίπεδη κατάσταση, που έχει αντίκτυπο τόσο στην ψυχή όσο και στις σωματικές λειτουργίες του ανθρώπου. Το άγχος ορίζεται αδρά ως μία συγκινησιακή κατάσταση ή συναίσθημα που περιλαμβάνει την εκτίμηση του ατόμου ότι αντιμετωπίζει μία αβέβαιη και ανεξέλεγκτη απειλή και συνοδεύεται από υποκειμενικό αίσθημα εναγώνιας αναμονής και φόβου για επικείμενο κακό ή κίνδυνο, και η οποία έχει ιδιαίτερες εκδηλώσεις στο σώμα και στη συμπεριφορά. (Spielberger, 1972).

Κάθε άτομο έχει ένα ορισμένο βαθμό άγχους, ο οποίος, κάτω από συγκεκριμένες περιστάσεις, θεωρείται φυσιολογικός. Οι διαβαθμίσεις του άγχους είναι πολλές, και κυμαίνονται από την απλή ανησυχία που είναι φυσιολογική και απαραίτητη για την επιβίωση, μέχρι παθολογικές καταστάσεις όπως η αγχώδης διαταραχή. Το άγχος μπορεί να λειτουργήσει τόσο ως κινητήρια δύναμη όσο και ως τροχοπέδη για το άτομο. Η ανισορροπία αυτή μπορεί να είναι παροδική ή να διαρκέσει για μεγαλύτερο διάστημα, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου (Glass & Jerome, 1972). Το ίδιο συμβάν μπορεί να κατακερματίσει ψυχικά ένα άτομο, ενώ ένα άλλο να το κινητοποιήσει. Συνεπώς, το «κατώφλι» του άγχους είναι το σημείο όπου η συσσωρευμένη δόση άγχους ξεπερνάει τα όρια προσαρμογής του ατόμου (Fleiszman & Mercy, 2007). Ο βαθμός

στον οποίο ένας συγκεκριμένος βαθμός άγχους θεωρείται φυσιολογικός βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με το ίδιο το άτομο, τα βιώματά του, το κοινωνικό και πολιτισμικό του πλαίσιο και τη θέση που καταλαμβάνει μέσα σε αυτό. Σε περιπτώσεις όμως έντονου και χρόνιου άγχους, το άτομο υπολειτουργεί και μπορεί να εκδηλώσει αγχώδη διαταραχή.

Το άγχος στην πραγματικότητα είναι αναγκαίο για την επιβίωση του ανθρώπου. καθώς το κινητοποιεί σε περίπτωση κινδύνου να αναλάβει δράση και να αλλάξει την δύναμει απειλητική κατάσταση. Ερευνώντας το από εξελικτική σκοπιά, το άγχος είναι μάλλον «σύμμαχος» παρά «εχθρός» του ατόμου. Το έχει βοηθήσει να επιβιώσει σε έναν κόσμο που είναι γεμάτος παγίδες και κινδύνους, από φυσικές καταστροφές και πολέμους μέχρι επικίνδυνα έντομα και εχθρικές περιοχές. Μέσα στο πλαίσιο της ψυχανάλυσης, έχει ειπωθεί ότι το άγχος είναι «μητέρα της εφεύρεσης στο θέατρο της ψυχής» (McDougall, 1982) καθώς χωρίς αυτό το άτομο θα παρέμενε αδρανές και παθητικό ενόψει μίας δυνητικά επικίνδυνης κατάστασης.

Παρόλο που μπορεί να βοηθήσει το άτομο να επιβιώσει, ταυτόχρονα μπορεί να το οδηγήσει σε δυσάρεστα αποτελέσματα αν υπάρχει σε υπερβολικό βαθμό. Είναι συχνό το φαινόμενο να είναι το άγχος τροχοπέδη στα σχέδια κάποιου, να τον οδηγήσει σε λάθη που δεν θα συνέβαιναν διαφορετικά, ή ακόμη και να τον κάνει να παραλύσει και να μην αντιδράσει καθόλου τη στιγμή του κινδύνου.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, το άγχος συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα. Το άγχος είναι ένα ανακλαστικό προσαρμογής και επιβίωσης που κινητοποιεί αμυντικούς μηχανισμούς και θέτει το άτομο μπροστά στην επιλογή της *πάλης ή της φυγής* ('fight or flight') (Fleiszman & Mercy, 2007). Η σωματική ανταπόκριση στο άγχος είναι πολλαπλή και στοχεύει στην απαλλαγή από δευτερεύουσες ασχολίες για να επικεντρωθεί ο οργανισμός σε αυτό που είναι πραγματικά σημαντικό, δηλαδή την επιβίωση.

Η υπερδιέγερση του νευρικού συστήματος που προκαλείται από το άγχος έχει συχνά απρόβλεπτα αποτελέσματα. Πρόκειται για μία κατάσταση που προσλαμβάνεται γενικά ως δυσάρεστη, καθώς χαρακτηρίζεται από μία διάχυτη αίσθηση επικείμενου κινδύνου και φόβου (Kring et al., 2010). Το άγχος, με άλλα λόγια, είναι το αποτέλεσμα της διάδρασης ανάμεσα σε ένα στρεσογόνο παράγοντα και της αντίδρασης του ατόμου σε αυτό τον παράγοντα (Holloway, 2003). Ως στρεσογόνο ορίζεται ένα συμβάν που έχει

τη δύναμη να διαταράζει την ομοιόσταση του οργανισμού και να προκαλέσει ανισορροπία. Για το λόγο αυτό, ένας άλλος ορισμός που έχει δοθεί για το άγχος είναι ότι πρόκειται για τη «μη-συγκεκριμένη ανταπόκριση του σώματος σε οποιαδήποτε απαίτηση πάνω σε αυτό» (Glassman, & Hadad, 2009).

3.1.2 Η θεωρία του Selye για τα στάδια του άγχους

Ο Selye έκανε αναφορά στο γενικό σύνδρομο προσαρμογής ή αντίδρασης στο άγχος, που περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο διατηρεί την εσωτερική του ισορροπία παρά τις όποιες εξωτερικές διακυμάνσεις. Σε ένα ερέθισμα βίαιου χαρακτήρα, η αντίδραση του οργανισμού διαρθρώνεται σε τρία στάδια. Η αρχική φάση είναι το στάδιο του συναγερμού, με το οποίο συνυπάρχουν σωματικές ή και συγκινησιακές αντιδράσεις, όπως επιτάχυνση στην καρδιακή λειτουργία, εκδηλώσεις φόβου και νευρικότητα. Είναι το σημείο στο οποίο ο κίνδυνος –όποιας μορφής και αν είναι- έχει γίνει αντιληπτός, και που ο οργανισμός, μέσα σε ελάχιστο χρόνο, καλείται να αποφασίσει για τη δράση του.

Το δεύτερο στάδιο είναι αυτό της αντίστασης, που επέρχεται όταν ο οργανισμός έχει συνηθίσει την έκτακτη κατάσταση. Αυτό το στάδιο αναφέρεται περισσότερο στη συμπεριφορά, καθώς παρατηρούνται διαταραχές όπως απομόνωση και άρνηση των συναισθημάτων. Κατά τη διάρκεια του σταδίου αυτού, τα εξωτερικά σημάδια της διέγερσης εξαφανίζονται, κάτι που έρχεται όμως σε αντίθεση με την έντονη παρουσία των ορμονών του άγχους μέσα στον οργανισμό (Glassman & Hadad, 2009).

Τέλος, στο τρίτο στάδιο, αυτό της εξάντλησης, το άτομο είναι ανίκανο να ελέγξει τις ψυχοσωματικές του αντιδράσεις, με αποτέλεσμα να παραδοθεί οριστικά στο άγχος (Fleiszman & Mercy, 2007). Στο στάδιο της εξάντλησης, παρατηρούνται διαταραχές προσαρμογής, καθώς όλα τα ψυχικά αποθέματα του ατόμου έχουν τελειώσει. Σε μελέτες σε πειραματόζωα, τα οποία είχαν περιέλθει σε αυτό το τελικό στάδιο του άγχους, φάνηκε ότι τα περισσότερα είχαν αρρωστήσει ή πεθάνει. Παρουσίαζαν χαρακτηριστικά όπως διογκωμένα επινεφρίδια, σοβαρά έλκη στομάχου,

καθώς επίσης και συρρίκνωση του θυρεοειδούς και των λεμφικών αδένων, που σχετίζονται με το ανοσοποιητικό σύστημα (Glassman & Hadad, 2009).

Μία αδυναμία της θεωρίας του Selye ήταν η μη διάκριση ανάμεσα σε διαφορετικούς στρεσογόνους παράγοντες. Επιπλέον, θεωρήθηκε ότι δεν έδινε μεγάλη βαρύτητα στο ρόλο του ψυχολογικού παράγοντα στην αντίδραση του οργανισμού σε ένα στρεσογόνο συμβάν. Στην πραγματικότητα, ο βαθμός στον οποίο το άτομο προσλαμβάνει ένα εν δυνάμει απειλητικό γεγονός ως απειλητικό είναι κεντρικό στοιχείο για την πυροδότηση των σωματικών αντιδράσεων.

3.1.3 Ψυχοσωματικές εκδηλώσεις του άγχους

Όταν απειλείται η ζωή ή η σωματική ακεραιότητα του ατόμου, το εγκεφαλικό στέλεχος ή ερπετοειδής εγκέφαλος, που είναι εξελικτικά το παλαιότερο τμήμα του εγκεφάλου, προκαλεί αυτόματες αντανεκλαστικές αντιδράσεις που συνήθως δε λαμβάνονται με τρόπο συνειδητό. Άλλωστε, δεν υπάρχει κανενός είδους συνεργασία ανάμεσα στον ερπετοειδή εγκέφαλο και τον εγκεφαλικό νεοφλοιό. ο οποίος διέπεται από τη λογική. Ταυτόχρονα, γίνεται ενεργοποίηση του άξονα υποθαλάμου, υπόφυσης και επινεφριδίων, κάτι που οδηγεί σε μία σειρά από ορμονικές αντιδράσεις (Schacter, Gilbert, Wegner, 2012).

Στην πολυπαράγοντική σωματική αντίδραση απέναντι στο άγχος, πρωταρχικό ρόλο παίζει το ενδοκρινολογικό σύστημα. Όταν το συμπαθητικό νευρικό σύστημα διεγείρεται, εκκρίνονται οι «ορμόνες του άγχους». Σε επίπεδο ορμονικών αντιδράσεων, αρχικά γίνεται απελευθέρωση κορτιζόλης από τα επινεφρίδια, κάτι που παρέχει προστασία από μία άμεση αλλεργική αντίδραση που ενδέχεται να προκύψει. Αυτό όμως μπορεί να έχει και αρνητικές συνέπειες, όπως είναι η εξασθένιση του ανοσολογικού συστήματος του οργανισμού.

Ταυτόχρονα, παρατηρείται έντονη αύξηση των επιπέδων της θυρεοειδικής ορμόνης στο αίμα. Αυτό επιταχύνει το μεταβολισμό κι έτσι το σώμα παράγει ενέργεια γρηγορότερα. Ο υποθάλαμος απελευθερώνει ενδορφίνη, την ορμόνη που βελτιώνει την ψυχική διάθεση και ελαττώνει την αίσθηση του πόνου, ενώ ταυτόχρονα μειώνεται η παραγωγή τεστοστερόνης στους άνδρες και προγεστερόνης στις γυναίκες. Εξελικτικά, η

μείωση αυτών των ορμονών έχει φανεί χρήσιμη στο ανθρώπινο γένος καθώς διασφάλιζε ότι δεν θα αυξάνονταν τα «στόματα για θρέψη» σε ταραγμένες εποχές.

Από τη σκοπιά της βιοχημείας, η Yehuda έκανε ιδιαίτερη αναφορά στην κατακόρυφη αύξηση της περιεκτικότητας γλυκόζης στο αίμα. Η γλυκόζη τροφοδοτεί τους μύες και άλλα σημαντικά όργανα με ενέργεια, η οποία είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση του επερχόμενου κινδύνου. Ταυτόχρονα με την απελευθέρωση της γλυκόζης στο αίμα, αυξάνονται τα επίπεδα ινσουλίνης που τη μεταβολίζουν, καθώς επίσης και η ροή της χοληστερόλης στο αίμα, κυρίως από το συκώτι, προκαλώντας έτσι γρήγορη μεταφορά ενέργειας. Οι κατεχολαμίνες, η επινεφρίνη (αδρεναλίνη) και η νορεπινεφρίνη (νοραδρεναλίνη) θέτουν τον οργανισμό σε μία κατάσταση έκτακτης ανάγκης, καθώς μεταξύ άλλων επιταχύνουν την καρδιοαναπνευστική λειτουργία και παρεμποδίζουν τις γαστρεντερικές δραστηριότητες. Πιο συγκεκριμένα, η επινεφρίνη είναι πολύ σημαντική για την προσαρμογή, καθώς διεγείρει τον οργανισμό και του επιτρέπει να ανταποκρίνεται καλύτερα σε ερεθίσματα που του προκαλούν φόβο ή θυμό (Yehuda, 2001).

Ταυτόχρονα, η υπόφυση των επινεφριδίων εκκρίνει την αδενοκορτικοτροπική ορμόνη (ACTH), η οποία διεγείρει το φλοιό των επινεφριδίων ούτως ώστε να παράγει κορτικοστεροειδή, και πιο συγκεκριμένα κορτιζόλη. Η κορτιζόλη έχει επίδραση στο μεταβολισμό των υδατανθράκων και είναι αντιφλεγμονώδης παράγοντας. Όταν όμως ένα άτομο παρουσιάζει *κρίσιμο επίπεδο άγχους*, διαταράσσεται η ομοιόσταση και η ισορροπία του οργανισμού, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε παρεμπόδιση της φυσιολογικής λειτουργίας (Parkinson & Colman, 1995). Ταυτόχρονα, υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη άγχους και στο ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού (Συνοδινού, 2012).

Η M. Frankenhauser έδειξε ότι η επινεφρίνη και η νορεπινεφρίνη εκκρίνονται αποκλειστικά και μόνο ως αποτέλεσμα ψυχολογικών λειτουργιών, και ότι έχουν αποφασιστική επίδραση στις συναισθηματικές και γνωστικές δεξιότητες. Ταυτόχρονα, ο Paskai τόνισε ότι αυξημένα επίπεδα επινεφρίνης και νορεπινεφρίνης σχετίζονται όχι μόνο με δυσάρεστα συμβάντα, αλλά και με περιστάσεις χαρμόσυνες που όμως προσλαμβάνονται ως ανεξέλεγκτες (Hanson, 1985).

Το άγχος είναι μία κατάσταση που επιδρά στο σύνολο του οργανισμού. Δεν έχει αντίκτυπο μόνο στην έκκριση των ορμονών, αλλά στον οργανισμό ως σύνολο. Το αίμα

και το αιμοδιάγραμμα πυκνώνουν, ο ρυθμός των χτύπων της καρδιάς δυναμώνει, μεταφέροντας έτσι μεγαλύτερη ποσότητα αίματος στους μύες και στους πνεύμονες, ενώ επιταχύνεται και ο ρυθμός της αναπνοής. Το αίμα τείνει να συγκεντρώνεται στην καρδιά και στους πνεύμονες, κάτι που πολλαπλασιάζει τη μυϊκή δύναμη του ατόμου. Είναι χαρακτηριστικά τα παραδείγματα ατόμων που, σε περιστάσεις έκτακτης ανάγκης, έχουν επιδείξει υπεράνθρωπη μυϊκή δύναμη. Το άγχος έχει επίσης ως αποτέλεσμα την ωχρότητα ή και την εφίδρωση του δέρματος, αλλά και τη διακοπή λειτουργίας του πεπτικού σωλήνα. Η διακοπή λειτουργίας του πεπτικού σωλήνα έχει ως αποτέλεσμα την ξηρότητα στο στόμα αλλά και την –συχνά ακούσια– κένωση του ορθού και της ουροδόχου κύστης. Παρατηρείται όξυνση και των πέντε αισθήσεων καθώς οι κόρες των ματιών διαστέλλονται, η ακοή οξύνεται, όπως και η αφή με την ανόρθωση των τριχών, ενώ η γεύση και η οσμή εντείνονται (Hanson, 1985).

Στις αρχές του 20ου αιώνα, ο Cannon τόνισε τόσο τη σωματική όσο και την ψυχολογική πλευρά του άγχους, αλλά και τη συμβολή στο άγχος μίας σειράς από παράγοντες, όπως ο πόνος, ο φόβος και η οργή (Cannon, 1929). Ένας άλλος ερευνητής, ο Mason, που ερεύνησε τη σημασία της υποκειμενικής αξιολόγησης ενός στρεσογόνου συμβάντος, τόνισε ότι το άγχος δεν είναι μία συνθήκη που επέρχεται από εξωτερικούς παράγοντες, αλλά κάτι που λαμβάνει χώρα μόνο όταν το επιτρέψει η ψυχική κατάσταση του ατόμου (Mason, 1971).

Το ψυχικό άλγος κινητοποιεί την ορμονική αντίδραση της υπόφυσης των επινεφριδίων, και είναι συνεπώς αποφασιστικό για το αν ένας εν δυνάμει στρεσογόνος παράγοντας θα προκαλέσει στην πραγματικότητα άγχος. Ο Mason έκανε αναφορά σε μελέτη δύο ομάδων ασθενών κοντά στο θάνατο. Η μία ομάδα αποτελούνταν από άτομα που βρίσκονταν σε κώμα και η άλλη από άτομα που είχαν συνείδηση μέχρι και τη στιγμή του θανάτου τους. Η νεκροψία έδειξε ότι όσοι διατηρούσαν τη συνείδησή τους παρουσίαζαν σημάδια άγχους, όπως πρησμένα επινεφρίδια, ενώ όσοι ήταν σε κώμα δεν παρουσίαζαν κάτι ανάλογο (Mason, 1971).

Σε άλλες έρευνες, όπως αυτές του Lazarus και του Zimbardo, γίνεται επίσης αναφορά στο πλαίσιο μέσα στο οποίο λαμβάνει χώρα ένα εν δυνάμει στρεσογόνο συμβάν. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι αυτό που κάνει ένα συμβάν στρεσογόνο είναι η αξιολόγησή του ως απειλητικού, κάτι που προκύπτει μέσα από μία σύνθετη γνωστική διαδικασία που διαμεσολαβεί την αντίδραση του υποκειμένου. Η διαδικασία αυτή

βρίσκεται σε συνάρτηση τόσο με τον ψυχισμό του ατόμου όσο και με τα γνωστικά χαρακτηριστικά της κατάστασης που αποτελεί ερέθισμα. Ο ψυχισμός του ατόμου αναφέρεται στις γνώσεις και στα κίνητρά του, ενώ τα γνωστικά χαρακτηριστικά του ερεθίσματος είναι ο βαθμός ελέγχου του ατόμου πάνω σε αυτό, η προβλεψιμότητά του και το αν είναι επικείμενο να συμβεί. Επίσης, έχει αποδειχθεί ότι όταν το συμβάν έχει επαναληπτικό χαρακτήρα, η αγχώδης αντίδραση του οργανισμού σταδιακά μειώνεται (Glass & Jerome, 1972).

Είναι σαφές λοιπόν ότι το βιολογικό συμβάν της έκκρισης επινεφρίνης και νορεπινεφρίνης δε λαμβάνει χώρα εν κενώ. Είναι αποτέλεσμα μίας σύνθετης ψυχοσωματικής διεργασίας που εμπεριέχει συναισθηματικές και γνωστικές παραμέτρους (Parkinson & Colman, 1995). Όπως και άλλες έννοιες οι οποίες συνδέονται με το τραύμα, είναι εν τέλει το ίδιο το υποκείμενο που «καθορίζει» το βαθμό στον οποίο θα επηρεαστεί από ένα συμβάν, όσο δραματικό και αν είναι αυτό για την επιβίωσή

3.1.4 Οι συνέπειες του χρόνιου άγχους

Όταν αυτές οι αντιδράσεις επαναλαμβάνονται πολύ συχνά, ή όταν οφείλονται σε ένα διαρκές πρόβλημα, ο οργανισμός βρίσκεται σε κίνδυνο μη αναστρέψιμης σωματικής βλάβης. Έχει παρατηρηθεί ότι μακροχρόνια έκθεση του οργανισμού σε φλεγμονοειδή κορτικοστεροειδή μπορεί να οδηγήσει σε εμφάνιση αρθρίτιδας, καθώς και σε γενικότερη εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος (Parkinson & Colman, 1995). Οι αντιδράσεις απέναντι στο άγχος επηρεάζουν το σύνολο των συστημάτων του οργανισμού, με αποτέλεσμα να πυροδοτούνται καρδιακά προβλήματα, άσθμα και ρευματοειδής αρθρίτιδα (Glassman & Hadad, 2009).

3.1.5 Τύποι άγχους

Έχουν περιγραφεί διάφοροι τύποι άγχους, ανάλογα με την ένταση, τη συχνότητά του, τις περιστάσεις υπό τις οποίες εμφανίστηκε, και το αν οδηγεί σε παραγωγικότητα ή σε τέλμα. Ένας βασικός διαχωρισμός του άγχους είναι αυτός

ανάμεσα στο καταστασιακό (*state*) και το δομικό (*trait*) άγχος, οι οποίοι εξετάζονται και στην παρούσα μελέτη. Ως καταστασιακό ορίζεται το άγχος που προκαλείται από μία συγκεκριμένη περίσταση, την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται ως απειλητική, και που υποχωρεί όταν αυτή παρέλθει. Το δομικό άγχος αποτελεί, όπως και το καταστασιακό μία αντίδραση απέναντι σε μία απειλητική για το άτομο κατάσταση, διαφέρει όμως από αυτό στην ένταση, στη διάρκεια και στην έκταση των καταστάσεων που το προκαλούν. Το δομικό άγχος υποδηλώνει διαφορές ανάμεσα στους ανθρώπους σε ότι αφορά την προδιάθεσή τους για εκδήλωση άγχους, δηλαδή την τάση να αντιλαμβάνονται ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων ως επικίνδυνες και απειλητικές και να αντιδρούν με άγχος. Άτομα με υψηλό επίπεδο δομικού άγχους βιώνουν πολύ πιο έντονου βαθμού άγχος σε μεγάλο φάσμα καταστάσεων, δραστηριοτήτων ή συμβάντων της καθημερινής ζωής από ότι οι περισσότεροι άνθρωποι. Με αυτή την έννοια το δομικό άγχος μπορεί να θεωρηθεί ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Fountoulakis, Papadopoulou, Kleanthous, Papadopoulou, Bizeli, Nimatoudis, Iacovides, Kaprinis, 2006).

Έχουν αναφερθεί και άλλα είδη άγχους, όπως το οξύ ή μεμονωμένο άγχος, το χρόνιο ή επαναλαμβανόμενο άγχος, το δημιουργικό άγχος ή αλλιώς *eustress*, και το παθολογικό άγχος. Το οξύ ή μεμονωμένο άγχος είναι η αντίδραση σε μία αιφνίδια και ίσως βίαιη αλλαγή στη ζωή μας. Η αντίδραση αυτή συνήθως συνίσταται σε ψυχοσωματικές διαταραχές, που και πάλι βρίσκονται σε συνάρτηση με τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε οργανισμού. Το χρόνιο ή επαναλαμβανόμενο άγχος δρα συσσωρευτικά και αυτό έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να εξαντλείται ψυχικά και σωματικά.

Το δημιουργικό άγχος, από την άλλη, κινητοποιεί τις αισθήσεις καθώς αναφέρεται κατά κύριο λόγο σε δραστηριότητες που προκαλούν ευφορία. Διεγείρει το άτομο, αλλά ταυτόχρονα τείνει προς την αποκατάσταση της ισορροπίας, οργανικής και ψυχολογικής. Τέλος, το παθολογικό άγχος αποτελεί πηγή πληθώρας ψυχοσωματικών παθήσεων και διαταραχών προσαρμογής. Επέρχεται όταν το άτομο νιώθει ανήμπορο να αντιδράσει και να ελέγξει ζητήματα που το αφορούν άμεσα, και με τον τρόπο αυτό υπερβαίνει τα όριά του. Είναι σαφές ότι το δημιουργικό και το παθολογικό άγχος βρίσκονται σε διχοτομική αντίστιξη μεταξύ τους (Fleiszman & Mercy, 2007).

3.1.6 Το άγχος και το κοινωνικό του πλαίσιο

Ένα από τα παράδοξα στη σύγχρονη κοινωνία είναι το ότι είναι πλέον πιο σύνηθες να απειλείται το άτομο από ψυχολογικού τύπου κινδύνους, και όχι από σωματικού τύπου. Στη σημερινή εποχή, ο δυτικός άνθρωπος βρίσκεται πολύ πιο συχνά αντιμέτωπος με την περίπτωση να χάσει κάποια πτήση ή κάποια προθεσμία, παρά να κινδυνεύσει η ζωή του. Όμως, οι εγγενείς μηχανισμοί που παρέχουν προστασία απέναντι στους κινδύνους είναι πολύ περισσότερο προσανατολισμένοι στον κίνδυνο για τη σωματική ακεραιότητα του ατόμου. Οι σωματικές αντιδράσεις που λαμβάνουν χώρα στον οργανισμό όταν βρεθεί σε μία στρεσογόνα κατάσταση στοχεύουν στο να καλύψουν τον βιολογικό κίνδυνο, αλλά δεν έχουν καθόλου θετική επίδραση στην προσπάθεια άμυνας απέναντι σε άλλες, λιγότερο σωματοποιημένες απειλές, σαν αυτές που απαντώνται κατά κόρον στις μέρες μας (Glassman & Hadad, 2009).

Παρόλο που το άγχος απαντάται ως ένα βαθμό σε όλες τις ανθρώπινες κοινωνίες, το είδος και η υφή του συνυφαίνονται στενά με το σύστημα αξιών, τα πρότυπα και τα μοντέλα συμπεριφοράς του εκάστοτε πολιτισμικού πλαισίου. Ανάλογα με το πλαίσιο αξιών, το άγχος μπορεί να επενδυθεί με μία σειρά από σημασίες, που μπορεί να έχουν θετικό ή και αρνητικό πρόσημο. Το έντονο άγχος μπορεί να προσληφθεί ως σημάδι ευσυνειδησίας αλλά και ευαλωτότητας, ενώ η έλλειψή του μπορεί να θεωρηθεί από απάθεια μέχρι αποτελεσματικότητα. Το κοινωνικό πλαίσιο είναι πολύ συχνά μία πηγή άγχους *per se*, καθώς συνιστά ένα πρότυπο, οι αποκλίσεις από το οποίο δεν γίνονται εύκολα ανεκτές.

3.1.7 Η διαπολιτισμική διαφορά στη μελέτη του άγχους

Η θετική αξιολόγηση απέναντι στα διάφορα ειδών επιτεύγματα, η έμφαση που δίνεται στον ατομικισμό έναντι της κοινής προσπάθειας, και η ηλικία από την οποία ξεκινά η προσπάθεια για τη συσσώρευση συμβολικού κεφαλαίου, είναι όλα στοιχεία που αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης άγχους ανάμεσα στα μέλη μίας κοινωνίας (Glassman & Hadad, 2009). Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η Βόρεια Αμερική, στο σύστημα αξιών της οποίας κατέχει προεξάρχουσα θέση η έννοια της

ανταγωνιστικότητας. Σε αυτή την κοινωνία, το άτομο ωθείται από πολύ μικρή ηλικία να αναπτύξει δεξιότητες που θα το κάνουν να ξεχωρίσει από το πλήθος, και που εν ευθέτω χρόνο θα του αποφέρουν ισχύ, αναγνώριση και οικονομική επιφάνεια. Άτομα-φορείς αυτού του συστήματος αξιών έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν διαταραχές που σχετίζονται με το άγχος αν δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε αυτή την επιτυχημένη εικόνα. Από την άλλη, στην Ιαπωνία αναφέρεται το σύνδρομο «*ταϊτζίν κυοφούσο*», το οποίο αναφέρεται στο φόβο που έχει το άτομο μήπως δυσανεστήσει ή προκαλέσει αμηχανία στους άλλους. Το σύνδρομο αυτό αντανακλά την ευρέως διαδεδομένη στην ιαπωνική κουλτούρα αντίληψη, που καλλιεργεί το έντονο ενδιαφέρον προς τα συναισθήματα των άλλων, ενώ αποθαρρύνει την προσωπική προβολή.

Το φύλο είναι ένας ακόμη παράγοντας που έχει σημασία στη μελέτη των αγχωδών διαταραχών. Οι γυναίκες εμφανίζονται περισσότερο επιρρεπείς στο άγχος από ότι είναι οι άνδρες, αλλά αυτό μπορεί να οφείλεται σε εξωγενείς παράγοντες όπως ο τρόπος ανατροφής, ο ρόλος που γίνεται αντιληπτός σε σχέση με το φύλο, και τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά που αποδίδονται σε αυτό. Ταυτόχρονα, οι γυναίκες δεν γίνονται αποδέκτες τόσο μεγάλης κοινωνικής πίεσης να φαίνονται «δυνατές», κάτι που μπορεί να τις οδηγήσει να παραδεχθούν ότι υποφέρουν από άγχος με μεγαλύτερη συχνότητα και ευκολία από ότι οι άνδρες.

Πέρα από το φύλο, υπάρχουν και άλλα στοιχεία της κοινωνικοπολιτισμικής ταυτότητας που επηρεάζουν το βαθμό άγχους που έχει το άτομο. Σε φοιτητικό πληθυσμό, παροιμιώδες είναι το άγχος των εξετάσεων. Καθώς το ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα είναι βαθιά εξετασιοκεντρικό, άτομα που υποφέρουν από υπέρμετρο άγχος έχουν ένα ακόμη εμπόδιο να ξεπεράσουν. Συχνά αναφέρονται περιπτώσεις στις οποίες πολύ καλά προετοιμασμένος φοιτητής απέτυχε σε εξέταση επειδή είχε υπερβολικό άγχος. Σε προφορικές εξετάσεις, επίσης, που απαντώνται ιδιαίτερα συχνά στα ελληνικά ΑΕΙ, η ύπαρξη ή έλλειψη άγχους παίζει ζωτικό ρόλο στο αποτέλεσμα της εξέτασης.

3.1.8 Ερευνητικά δεδομένα της σχέσεως του παιδικού ψυχικού τραύματος με το άγχος

Το άγχος συνδέεται στενά με το παιδικό τραύμα. Τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία έχουν ως αποτέλεσμα τη νευροβιολογική επιρρέπεια στο στρες και συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης αγχωδών διαταραχών κατά την ενήλικη ζωή (Heim & Nemeroff, 1999).

Πολλές μελέτες συνδέουν τις παιδικές τραυματικές εμπειρίες με τη μετέπειτα εκδήλωση αυξημένου αριθμού αγχωδών συμπτωμάτων καθώς και με αγχώδεις διαταραχές, όπως η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η διαταραχή μετατραυματικού στρες και η διαταραχή κοινωνικού άγχους (Chu, Williams, Anthony, Richard, Bryant & Gatt 2013; Martins, Tofoli, Von Werne Baes, & Juruen,a 2011; Kuo, Goldin, Werner, Heimberg, & Gross, 2011). Άτομα που έχουν υποστεί παιδικό τραύμα έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν διαταραχές άγχους, αλλά και άλλα προβλήματα, όπως το σύνδρομο χρόνιου πόνου και νοσήματα της καρδιάς (Heim, 2009).

Τα ευρήματα μίας μελέτης σε μη κλινικό πληθυσμό 1209 ατόμων ηλικίας 18-70 ετών, στην οποία διερευνήθηκε η επίδραση των παιδικών τραυματικών εμπειριών και των τραυματικών εμπειριών κατά την ενήλικη ζωή στην εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους, έδειξαν ότι η ομάδα που ανέφερε τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία, ανέφερε και σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης σε σύγκριση, όχι μόνο με την ομάδα που δεν ανέφερε παιδικό τραύμα, αλλά και με την ομάδα που ανέφερε τραύμα, αλλά κατά την ενήλικη ζωή (Chu, et al., 2013).

Η εμπειρία τραυματικών συμβάντων κατά τη παιδική ηλικία είναι ένα φαινόμενο διαδεδομένο στους φοιτητικούς πληθυσμούς και συνδέεται συχνά με την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους στην ενήλικη ζωή. Σε μία μελέτη σε 915 προπτυχιακούς φοιτητές βρέθηκε ότι οι παιδικές τραυματικές εμπειρίες συνδέονται με την εμφάνιση υποκλινικών συμπτωμάτων άγχους (Foster, 2014). Ειδικότερα παιδικές τραυματικές εμπειρίες λόγω συναισθηματικής κακοποίησης ή παραμέλησης σε φοιτητικό πληθυσμό συνδέονται με αναφερόμενα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και με συμπτώματα αποσυνδεδετικού τύπου κατά την ενήλικη ζωή (O'Dougherty-Wright, Crawford, Del Castillo, 2009).

Σε μελέτη σε ψυχιατρικό πληθυσμό με μέσο όρο ηλικίας 38,7 έτη, βρέθηκε, μεταξύ άλλων, θετική συσχέτιση μεταξύ σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία και αναφερόμενων συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης (Kooiman, van Rees Vellinga, Spinhoven, Draijer, Trijsburg, Rooijmans, 2004).

Συμπερασματικά, υπάρχει πλούσια βιβλιογραφία που υποστηρίζει τη σημαντικότητα του παιδικού τραύματος για τη μετέπειτα ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας εν γένει, αλλά και αγχωδών διαταραχών ειδικότερα. Μάλιστα, μια πρόσφατη μελέτη παρέχει δεδομένα που υποδεικνύουν πιθανές σχέσεις μεταξύ τραυματικών εμπειριών των γονέων και την εμφάνιση άγχους στους απογόνους (Yehuda, Halligan, & Bierer, 2001).

3.2 Αλεξιθυμία

3.2.1 Ορισμός- Χαρακτηριστικά

Η αλεξιθυμία είναι μία έννοια που προσεγγίστηκε για πρώτη φορά από τον ψυχίατρο Πέτρο Σιφναίο το 1975 (Sifneos, 1975; Sifneos, 1972). Ετυμολογικά, η λέξη είναι σύνθετη, αποτελούμενη από το στερητικό *α-*, τη λέξη και το *θυμό*, που εδώ έχει την έννοια «συναίσθημα» (Μπαμπινιώτης, 2002). Αναφέρεται στην αδυναμία του ατόμου να κατανοήσει και να καθορίσει τα συναισθήματά του, καθώς και την έλλειψη ικανότητας προσδιορισμού των λέξεων που απαιτούνται για την περιγραφή αυτή. Το άτομο που χαρακτηρίζεται από αλεξιθυμία εμφανίζει έλλειμμα στην ικανότητα του να αναγνωρίζει, να περιγράφει και να εκφράζει τα συναισθήματά του. Το αλεξιθυμικό άτομο υποφέρει από αδυναμία να εκφράσει τη συναισθηματική του κατάσταση είτε επειδή δεν τη γνωρίζει είτε επειδή αδυνατεί να διαχωρίσει το ένα συναίσθημα από το άλλο (Mc Dougall, 1982).

Με άλλα λόγια, τα αλεξιθυμικά άτομα εμφανίζουν δυσκολία ή και αδυναμία να προσεγγίσουν και να εκφράσουν οτιδήποτε δεν άπτεται του πεδίου των σωματικών τους λειτουργιών. Είναι χαρακτηριστικό ότι αναφέρονται διαρκώς σε σωματικές ενοχλήσεις, οι οποίες λειτουργούν κατά κάποιο τρόπο ως αποθετήριο συναισθημάτων (Παναγόπουλος, Τσιόδρας, Γουργούλης, Μουσσάς, Χριστοδούλου, Τουρνικιώτη, Κορκολιάκου, Λύκουρας & Πετρίκκος, 2011). Και σε ό,τι αφορά τη σχέση με το σώμα τους, πάντως, τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν δυσκολίες. Πιο συγκεκριμένα, δυσκολεύονται να εντοπίσουν το όριο ανάμεσα σε σωματικές εκδηλώσεις ενός προβλήματος και σε μία ασθένεια, και έχουν γενικότερα ελλιπή αντίληψη της σωματικότητας τους (Τσέλιου, 2008).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό της σκέψης των αλεξιθυμικών ατόμων είναι ότι έχουν ένα ιδιαίτερα περιορισμένο φαντασιακό πεδίο. Πιο συγκεκριμένα, ενδέχεται να έχουν κάποια από τα χαρακτηριστικά της νοητικής αυτής κατάστασης, και να υστερούν πλήρως σε κάποια άλλα. Η φαντασία βιώνεται από τους ανθρώπους με ελεγχόμενο αλλά και με μη ελεγχόμενο τρόπο. Στον ελεγχόμενο τρόπο φαντασίας, το μυαλό προβαίνει σε προσπάθεια να χειριστεί τις εικόνες-δημιουργήματά του, ούτως ώστε να αντιμετωπίσει διάφορους σκοπούς και ανάγκες. Σε άλλη περίπτωση, το μυαλό δημιουργεί εικόνες

χωρίς καμία λογική και περιορισμό, με τρόπο που συχνά είναι ασυναίσθητος και ανεξέλεγκτος. Πολλοί αλεξιθυμικοί άνθρωποι φαίνεται ότι διατηρούν ακόμα την ελεγχόμενη φαντασία, ενώ το σκέλος που κατά βάση υστερεί είναι το αυθόρμητο (Taylor, 1997).

3.2.2 Αιτιολογικοί παράγοντες- Πρωτογενής και δευτερογενής αλεξιθυμία

Ως έννοια βασίζεται στην παραδοχή ότι τα συναισθήματα δεν είναι εγγενή, αλλά δημιουργούνται παράλληλα με την ερμηνεία που αποδίδει το άτομο σε βιολογικά φαινόμενα. Αναπτύσσονται ταυτόχρονα με τις γνωστικές λειτουργίες και με τη βοήθεια του περιβάλλοντος του αναπτυσσόμενου ατόμου, που ταυτοποιεί και νοηματοδοτεί τις βιολογικές λειτουργίες. Με τον τρόπο αυτό, το αναπτυσσόμενο άτομο αρχίζει να βιώνει τα συναισθήματα όλο και περισσότερο σε λεκτικό και νοητικό επίπεδο. Όταν αυτό δεν επέλθει με το φυσιολογικό τρόπο, ενδέχεται να δημιουργηθούν προβλήματα στην ικανότητα ελέγχου και ρύθμισης των συναισθημάτων (Kooiman, van Rees Vellinga, Spinhoven, Draijer, Trijsburg, Rooijmans, 2004).

Η αλεξιθυμία σχετίζεται στενά με το βαθμό ουσιαστικής αλληλεπίδρασης που έχει το άτομο, στα πρώτα χρόνια της ζωής του, με τους «σημαντικούς άλλους». Αν οι «σημαντικοί άλλοι» στη ζωή του παιδιού δεν είναι σε θέση να ανταποκριθούν ικανοποιητικά στην ανάγκη του να αποδώσει νόημα στις μη διαφοροποιημένες φυσικές του λειτουργίες, υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να δημιουργηθούν προβλήματα στη μετέπειτα ρύθμιση και έκφραση των συναισθημάτων (Kooiman, et al., 2004). Επιπλέον, η αλεξιθυμία στην ενήλικη ζωή συνδέεται με ιστορικό παιδικής κακοποίησης ή παραμέλησης, και γενικότερα με δυσλειτουργικές οικογένειες (Kapeleeris et al, 2011). Η αλεξιθυμία μπορεί να σκιαγραφηθεί ως ο συνδυασμός κρίκος ανάμεσα στην κακή γονική φροντίδα και τις ψυχιατρικές διαταραχές.

Ειδικότερα κατά την περίοδο της συναισθηματικής ανάπτυξης, εμπειρίες κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού δρουν αρνητικά στην ικανότητά του να αυτορρυθμίζει τα συναισθήματά του και τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Ένα τέτοιο περιβάλλον δεν δίνει την ικανότητα στο άτομο αρχικά να μάθει για τα συναισθήματα, και εν συνεχεία να τα εκφράσει. Παρέχει επιπλέον μικρότερη, ή και καθόλου,

συναισθηματική υποστήριξη σε επώδυνες καταστάσεις. Από την άλλη πλευρά, άτομο που χαρακτηρίζεται από αποτελεσματικό έλεγχο των συναισθημάτων του έχει την ικανότητα να βιώσει τα ανθρώπινα συναισθήματα σε όλο το εύρος τους, χωρίς να συντριβεί από την έντασή τους. Ταυτόχρονα, είναι σε θέση να εκφράζει το πώς αισθάνεται, κάτι που οδηγεί σε αυξημένη συναισθηματική υποστήριξη από το περιβάλλον του.

Σχετικά με το καθορισμό των πιθανών αιτίων της αλεξιθυμίας έχει προταθεί η διάκριση της σε δύο κατηγορίες: πρωτογενής και δευτερογενής αλεξιθυμία. Η **πρωτογενής αλεξιθυμία**, σύμφωνα με το Σιφναίο, έχει καθαρά νευρολογική βάση και οφείλεται σε οργανική αιτία, όπως είναι η γενετική ανωμαλία, η ελλιπής βιολογική ανάπτυξη ή κάποια εγκεφαλική κάκωση. Η πρωτογενής αλεξιθυμία αποδίδεται σε νευροανατομικά προβλήματα, όπως δυσλειτουργία στον άξονα υποθαλάμου, υπόφυσης και επινεφριδίων, αλλά και σε ενδεχόμενη αποσύνδεση των δύο εγκεφαλικών ημισφαιρίων. Σχετίζεται επίσης με διαταραχή στην έκκριση κορτικοειδών, που αποτελούν το βιοχημικό όχημα έκφρασης της αλεξιθυμίας (Kooiman, et al., 2004). Η **δευτερογενής αλεξιθυμία** είναι αποτέλεσμα ψυχολογικών διεργασιών μετά από κάποιο ψυχοτραυματικό γεγονός (Sifneos, 1975).

Γίνεται επομένως σαφές ότι η οργανική βάση της αλεξιθυμίας είναι απλά η αφετηρία, και ότι πρόκειται για μία σύνθετη κατάσταση που εμπλέκει πολλές πλευρές του ψυχισμού και έχει βαθύτερες προεκτάσεις.

3.2.3 Τρόποι εκδήλωσης

Η αλεξιθυμία αυτή καθ' εαυτή δεν είναι πάθηση, παρά μάλλον μία υποκλινική κατάσταση. Είναι μία ιδιαιτερότητα της προσωπικότητας, η οποία μπορεί να δημιουργεί λιγότερα ή περισσότερα προβλήματα. Πρόκειται για ένα πολυδιάστατο στοιχείο της προσωπικότητας που έχει αντίκτυπο στην ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει και να περιγράφει τα συναισθήματα του. Παρότι δεν είναι πάθηση, θεωρείται ότι μπορεί συχνά να οδηγήσει σε νοσηρές καταστάσεις, μεταξύ των οποίων διαταραχές προσωπικότητας, αλλά και χρόνιες παθήσεις όπως η νόσος του Crohn, η

αρτηριακή υπέρταση και η ελκώδης κολίτιδα (Taylor, 1997). Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι η αλεξιθυμία, μαζί με το άγχος και την κατάθλιψη, σχετίζεται με διαταραχές του θυρεοειδούς. Τα προβλήματα αυτά φαίνεται πως είναι επακόλουθα σοβαρού άγχους ειδικότερα κατά την παιδική ηλικία (Σινανίδου, 2006).

Έχει επίσης διαπιστωθεί ότι η αλεξιθυμία συνδέεται στενά με προβλήματα όπως η οριακή διαταραχή προσωπικότητας (New, Rot, Ripoll, Mercedes Perez-Rodriguez, Lazarus, Zipursky, Weinstein, Koenigsberg, Hazlett, Goodman & Siever, 2012) οι διατροφικές διαταραχές (Taylor, Ryan, Bagby & Bourke, 1996) και το μετατραυματικό άγχος (Zlotnick, Mattia, Zimmerman, 2001). Σε γενικές γραμμές, η αλεξιθυμία επιφέρει δυσκολίες στη συναισθηματική ζωή. Τα αλεξιθυμικά άτομα έχουν τη τάση για εμμονή στην κυριολεξία και τη λεπτομέρεια, με ελάχιστη ως μηδαμινή ικανότητα αφαιρετικής σκέψης. Το αλεξιθυμικό άτομο λειτουργεί με συγκεκριμένη σκέψη και συχνά έχει την τάση να προτιμά δραστηριότητες που τελούνται με τρόπο μηχανιστικό. Πέρα από τη δυσκολία διάκρισης ανάμεσα σε σωματικές αισθήσεις και αισθήματα, υπάρχει και η δυσκολία κατηγοριοποίησης και έκφρασης συναισθηματικών εμπειριών. Η σκέψη των ατόμων που πάσχουν από αλεξιθυμία είναι εξωτερικά προσανατολισμένη (Paivio & McCulloch, 2004). Η δράση τους καθορίζεται μέσα από ένα κανονιστικό πλαίσιο, με αυστηρούς κανόνες, που προσλαμβάνει τον κόσμο στη βάση μίας υλιστικής αντίληψης και χωρίς συναισθηματικές διαστάσεις. Ως στόχο έχουν πάντα την εναρμόνιση με το σύνολο, η οποία τους παρέχει ένα είδος «υπαρξιακής σιγουριάς». Αυτό καλλιεργεί έναν χρησιμοθηρικό τρόπο σκέψης και οδηγεί σε συναισθηματική ατροφία (Τσέλιου, 2008).

Έχει αναφερθεί ότι η αλεξιθυμία αποτελεί αμυντική στρατηγική ενάντια στον ψυχωτικής φύσεως φόβο απώλειας της ταυτότητας ή απώλειας της συνοχής του νου (McDougall, 1982). Όταν το ψυχικό όργανο λαμβάνει το μήνυμα ότι το μόνο που μπορεί να διασφαλίσει την επιβίωση είναι η απόλυτη απόσυρση του ενδιαφέροντος από όλους τους συναισθηματικούς δεσμούς, τότε δημιουργείται η ανάγκη της αποστασιοποίησης από τους άλλους, ακόμα και από τη ναρκισσιστική επένδυση στον εαυτό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ψυχοσωματικής ευαλωτότητας (McDougall, 1982).

3.2.4 Ερευνητικά δεδομένα της σχέσεως του παιδικού τραύματος με την αλεξιθυμία

Η αλεξιθυμία κατά την ανήλικη ζωή έχει συνδεθεί με ιστορικό παιδικού τραύματος (Kapelaris et al., 2011), όπου μοναδική προστασία απέναντι σε μία τραυματική κατάσταση που δεν μπορεί να εκφραστεί με λέξεις είναι ένα είδος συναισθηματικής ακινησίας. Άτομα που έχουν υποστεί παιδικό τραύμα τείνουν να παρουσιάζουν γενικά περισσότερα συμπτώματα αλεξιθυμίας. Επιπλέον, τα άτομα με αλεξιθυμία έχουν μειωμένη ικανότητα ανίχνευσης κινδύνου, κάτι που πηγάζει από την αδυναμία τους να εντοπίσουν τη συναισθηματική κατάσταση των ατόμων στο περιβάλλον τους, όπως άλλωστε και τη δική τους (Goblin, 2012).

Έχουν βρεθεί συσχετίσεις ανάμεσα στο παιδικό τραύμα, την αλεξιθυμία, τη διαταραχή προσωπικότητας καθώς και τη διαταραχή μετατραυματικού στρες. Άτομα που επιβίωσαν από σοβαρό παιδικό τραύμα, χωρίς να έχουν την ικανότητα να αυτορρυθμίζουν τα συναισθήματά τους, έχουν αυξημένες πιθανότητες να αποδιοργανωθούν ψυχικά αν έρθουν αντιμέτωποι με το άγχος στην ενήλικη ζωή τους (Paivio & McCulloch, 2004). Μελέτες αναφέρουν επίσης ότι τόσο η σωματική όσο και η σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να θεωρηθούν ως παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση αλεξιθυμίας και άλλων συναισθηματικών δυσλειτουργιών κατά την ενήλικη ζωή (Paivio & McCulloch., 2004; Kooiman et al., 2004).

Μελέτη σε ψυχιατρικό πληθυσμό διερεύνησε τη σχέση μεταξύ παιδικού τραύματος, ως παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη αλεξιθυμίας, του τύπου γονεϊκής φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα, διερευνήθηκαν οι τραυματικές εμπειρίες που προέρχονταν από καθέναν από τους δύο γονείς, σε σχέση με τον τύπο της γονεϊκής φροντίδας που παρείχαν (*parenting style*). Η αλεξιθυμία εμφανίστηκε σε μεγαλύτερο βαθμό σε άτομα των οποίων οι γονείς γίνονταν αντιληπτοί είτε ως υπερπροστατευτικοί είτε ως λιγότερο προστατευτικοί από όσο θα έπρεπε. Όταν ένας από τους δύο γονείς είχε «άριστο τύπο γονεϊκής φροντίδας», αυτό δρούσε αντισταθμιστικά στην αρνητική επιρροή του άλλου γονέα (Kooiman, et al., 2004).

Η αλεξιθυμία σχετίζεται επίσης στενά με τον αλκοολισμό. Άτομα που παρουσιάζουν συμπτώματα αλκοολισμού, άτομα που μόλις έχουν διακόψει την κατανάλωση αλκοόλ, αλλά και άτομα με οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού εμφανίζουν συμπτώματα αλεξιθυμίας. Έχει υποστηριχθεί όμως ότι η αλεξιθυμία που

εμφανίζουν τα άτομα αυτά, δεν είναι συνέπεια του αλκοολισμού, αλλά αντίθετα ότι είναι παράγοντας που ευνοεί την εμφάνισή του (Stewart, 1996).

Σε ακραίες περιπτώσεις πολεμικής σύρραξης και συλλογικού τραύματος, η αλεξιθυμία μπορεί να κάνει την εμφάνισή της ως αντίδραση στα ακραία συναισθήματα που δημιουργούνται. Άνθρωποι που επιβίωσαν από στρατόπεδα συγκέντρωσης, αλλά και βετεράνοι του πολέμου, ενδέχεται να εμφανίσουν αλεξιθυμία στην προσπάθειά τους να χειριστούν τον ακραίο ψυχικό τραυματισμό που βίωναν. Οι Mc Nally, Lits, Prassas, Sin και Weathers (1994), πραγματοποίησαν έρευνα σε βετεράνους του πολέμου του Βιετνάμ οι οποίοι εμφάνιζαν συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής άγχους. Στους βετεράνους δόθηκαν κάποιες συναισθηματικά φορτισμένες λέξεις και η απόκρισή τους σε αυτές έγινε αντικείμενο μελέτης.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι μνήμες των βετεράνων μπορούν να χαρακτηριστούν ως υπερβολικά γενικές, χωρίς αναφορά σε λεπτομέρειες. Αυτό ερμηνεύεται ως μία τάση για αποφυγή του συναισθηματικού αντίκτυπου που μπορούν να προκαλέσουν τέτοιου είδους συγκεκριμένες εκφράσεις. Η τάση αποφυγής του πόνου, και η συρρίκνωση του συναισθηματικού τομέα γενικότερα, είναι συμπεριφορές που μπορεί να βοηθήσουν στην προσαρμογή σε δύσκολες καταστάσεις, όπως είναι αυτή της μάχης (Stewart, 1996). Ταυτόχρονα, τα ίδια χαρακτηριστικά μπορούν να παραπέμπουν σε αλεξιθυμία.

Από την άλλη μεριά, έρευνες δείχνουν ότι η αλεξιθυμία μπορεί να έχει και κάποιες θετικές συνέπειες. Η ύπαρξη αλεξιθυμίας σε γυναίκες έχει συσχετιστεί με επιτυχή έκβαση εξωσωματικής γονιμοποίησης, μίας διαδικασίας ψυχικά και σωματικά επώδυνης που απαιτεί ιδιαίτερη πειθαρχία και υπομονή. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στην ευκολία με την οποία τα άτομα με αλεξιθυμία προσαρμόζονται στα πλαίσια μίας μηχανιστικής διαδικασίας, με αλληλουχία σαφώς καθορισμένων βημάτων και ενεργειών (Κακατσάκη, Χατζηανδρέου, Βασιλαματζής, Δαφνή, Λουτράδης & Χριστοδούλου, 2004).

Το φαινόμενο της αλεξιθυμίας, παρά το ότι έχει μία στερεή βιολογική βάση, δεν μπορεί να ειπωθεί ξεχωριστά από τον ψυχισμό του ανθρώπου. Είναι μία άμυνα του οργανισμού, που στόχο έχει την επιβίωση με τις λιγότερες δυνατές απώλειες σε έναν κόσμο γεμάτο αντιξοότητες. Η «νέκρωση» του συναισθηματικού κόσμου, που χαρακτηρίζει την αλεξιθυμία, είναι ενδεικτική του εύρους των αμυντικών μηχανισμών

που μετέρχεται ο άνθρωπος, συνειδητά ή ασυνείδητα, προκειμένου να αποφύγει τον ψυχικό κατακερματισμό. Η αλεξιθυμία χρήζει έρευνας τόσο σε επίπεδο ψυχοπαθολογίας όσο και σε ψυχαναλυτικό επίπεδο, καθώς εμπλέκει πολλές και διαφορετικές πλευρές του ψυχισμού.

3.3 Η Αναβλητικότητα

3.3.1 Ορισμός της αναβλητικότητας

Ως αναβλητικότητα χαρακτηρίζεται η έλλειψη αυτορρυθμιζόμενης εκτελεστικής ικανότητας και η συμπεριφοριστική τάση να αναβάλει κανείς τις πράξεις που είναι απαραίτητες για να επιτευχθεί ένας στόχος. Δεν πρόκειται απλά για ένα πρόβλημα διαχείρισης χρόνου, αλλά μία σύνθετη διαδικασία που περιλαμβάνει το γνωστικό, το συναισθηματικό και το συμπεριφορικό πεδίο του ατόμου (Hsin Chun Chu, & Jim Nam Choi, 2005). Ως αναβλητικότητα ορίζεται η τάση ή η συνήθεια της μετάθεσης του χρόνου εκτέλεσης κάποιων συγκεκριμένων ενεργειών, αλλά και η διστακτικότητα στη λήψη αποφάσεων (Μπαμπινιώτης, 2002). Η έννοια της αναβλητικότητας αναφέρεται στην αναβολή των υποχρεώσεων, μέχρις ότου αυτές καταστούν επείγουσες. Ο ορισμός της αναβλητικότητας, σύμφωνα με τη θεωρία της συμπεριφοράς, είναι ότι πρόκειται για μία εκμαθημένη συνήθεια που έχει τις ρίζες της στην ανθρώπινη τάση για βραχυπρόθεσμη ανταμοιβή (Holloway, 2003).

Ταυτόχρονα, η αναβλητικότητα σχετίζεται με μια σειρά από παράγοντες όπως το άγχος, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, αλλά και η τελειομανία. Τα αναβλητικά άτομα γνωρίζουν ότι η καθυστέρηση θα τους δημιουργήσει προβλήματα, αλλά αυτό δεν είναι αρκετό για να τους αλλάξει συμπεριφορά (Thakkar, 2009). Η αναβλητική συμπεριφορά παρουσιάζεται κατά κύριο λόγο σε εργασίες που προσλαμβάνονται ως δυσάρεστες, δύσκολες και έξωθεν επιβεβλημένες (Milgram, Mey-Tal & Levison, 1998). Είναι σαφές ότι τα αναβλητικά άτομα στην πραγματικότητα σκοπεύουν να ολοκληρώσουν αυτό που πρέπει να κάνουν, αλλά αυτό δεν τα εμποδίζει να αναβάλουν την πράξη αυτή μέχρι του σημείου να αισθανθούν συναισθηματική δυσφορία.

Η συχνότατα αρνητική φόρτιση που αποδίδεται στην έννοια της αναβλητικότητας, και η χαμηλή αξιολόγηση της κοινωνίας σε άτομα που προσλαμβάνονται ως αναβλητικά, έχουν αποτελέσει τροχοπέδη στην κατανόηση του πολυσύνθετου αυτού φαινομένου. Η αναβλητικότητα τείνει να γίνεται αντιληπτή ως «τεμπελιά», κάτι που στιγματίζει τα αναβλητικά άτομα και καθιστά δυσχερέστερη την αναζήτηση των αιτιών αυτού του φαινομένου. Επιπλέον η αναβλητικότητα αντιμετωπίζεται με απαξία καθώς θεωρείται ότι οδηγεί σε αντιπαραγωγική συμπεριφορά.

Συνεπώς, τα αναβλητικά άτομα σκιαγραφούνται αρνητικά ως φυγόπονα, με υψηλά επίπεδα άγχους και γενικά χαμηλές επιδόσεις σε όποιον τομέα και αν δραστηριοποιούνται. Θεωρείται ότι η αναβλητικότητα έχει ιδιαίτερα αρνητικές επιπτώσεις στην ακαδημαϊκή, στην επαγγελματική, στην κοινωνική ζωή και γενικά στην ευζωία του ατόμου. Αντίθετα, στα μη αναβλητικά άτομα αποδίδονται θετικές ιδιότητες όπως η παραγωγικότητα, η αποτελεσματικότητα και η καλή οργάνωση, καθώς και η αίσθηση κινήτρου (Hsin Chun Chu & Jim Nam Choi, 2005). Ταυτόχρονα, τα άτομα με αναβλητικότητα αντιπαραβάλλονται με τους μη αναβλητικούς σαν να επρόκειτο για δύο αντίθετους πόλους.

3.3.2 Κατηγορίες αναβλητικότητας

Η αναβλητικότητα ως έννοια έχει γίνει αντικείμενο πολλών ειδών κατηγοριοποιήσεων. Η μία μορφή κατηγοριοποίησης διακρίνει ανάμεσα σε πέντε διαφορετικά είδη αναβλητικότητας. Η ακαδημαϊκή αναβλητικότητα (*academic procrastination*) αναφέρεται στην τάση για αναβολή της εργασίας για το σπίτι και της μελέτης για τις εξετάσεις, ενώ η γενική αναβλητικότητα ή αναβλητικότητα στην καθημερινότητα (*general or life routine procrastination*) αναφέρεται σε δυσκολία τήρησης ενός προγράμματος για τις καθημερινές ανάγκες της ζωής.

Η αναβλητικότητα στη λήψη αποφάσεων (*decisional procrastination*) είναι η ανικανότητα να λάβει κανείς τις σωστές αποφάσεις στο σωστό χρόνο, ενώ η νευρωτική αναβλητικότητα (*neurotic procrastination*) συνίσταται στην αναβολή λήψης μεγάλων και σημαντικών αποφάσεων για τη ζωή του ατόμου. Τέλος, η παρορμητική ή δυσλειτουργική αναβλητικότητα αναφέρεται στη συνύπαρξη στο ίδιο άτομο της αναβλητικότητας και της αναβλητικότητας στη λήψη αποφάσεων. Όλα τα είδη αναβλητικότητας προσλαμβάνονται ως αρνητική επιρροή στην ατομική και διαπροσωπική λειτουργία του ατόμου (Milgram et al., 1998).

Επιπλέον, έχει προταθεί ο διαχωρισμός της έννοιας της αναβλητικότητας σε ενεργητική αναβλητικότητα (*active procrastination*) και παθητική αναβλητικότητα (*passive procrastination*). Η παθητική αναβλητικότητα αναφέρεται στην παραδοσιακή έννοια της αναβλητικότητας, με όλες τις αρνητικές συνδηλώσεις της. Σε γνωστικό επίπεδο, τα άτομα που χαρακτηρίζονται από παθητική αναβλητικότητα δεν έχουν σκοπό

να αναβάλλουν τις δραστηριότητές τους. Αντίθετα, τα άτομα που διακατέχονται από ενεργητική αναβλητικότητα αναβάλλουν συνειδητά τη δράση τους, προκειμένου να επικεντρωθούν σε κάτι περισσότερο επείγον, καθώς η χρονική πίεση που μοιραία κάποια στιγμή θα επέλθει λειτουργεί για αυτά ως πρόκληση και κίνητρο. Το συναίσθημα αυτό τους θωρακίζει απέναντι στη δυσφορία που αισθάνονται όσοι έχουν παθητική αναβλητικότητα (Hsin Chun Chu & Jim Nam Choi, 2005).

Ταυτόχρονα, έχουν αναφερθεί δύο τύποι αναβλητικών ατόμων. Η πρώτη κατηγορία αναφέρεται σε άτομα που έχουν ορισμένους και συγκεκριμένους στόχους, που όταν δεν τους πετυχαίνουν βιώνουν δυσάρεστα συναισθήματα. Η δεύτερη αναφέρεται σε άτομα που δεν υποφέρουν από άγχος επειδή, στο δικό τους αξιακό σύστημα, δεν τοποθετούν ψηλά τις πιθανές αρνητικές συνέπειες της συμπεριφοράς τους (Milgram et al., 1998).

Άλλες κατηγοριοποιήσεις της έννοιας της αναβλητικότητας είναι η αναβλητικότητα της συμπεριφοράς (*behavioral procrastination*) και η αναβλητικότητα στη λήψη αποφάσεων (*decisional procrastination*). Η αναβλητικότητα της συμπεριφοράς αναφέρεται στην καθυστέρηση ολοκλήρωσης μεγάλων ή μικρών υποχρεώσεων. Από την άλλη μεριά, η αναβλητικότητα στη λήψη αποφάσεων περιγράφεται ως η σκόπιμη καθυστέρηση στη λήψη αποφάσεων μέσα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό περιθώριο (Fernie, Spada, Nikčević, Georgiou & Moneta, 2009).

Τέλος, έχει προταθεί ο διαχωρισμός ανάμεσα στη διεγερτική αναβλητικότητα, την αποφευκτική αναβλητικότητα και την αναβλητικότητα στη λήψη αποφάσεων. Τα άτομα που διακρίνονται από διεγερτική αναβλητικότητα έχουν ένα είδος εξάρτησης από τη συναισθηματική φόρτιση που αναπόφευκτα δημιουργεί το να δουλεύουν την τελευταία στιγμή για να ολοκληρώσουν μία εργασία. Αποφευκτική αναβλητικότητα παρουσιάζουν συνήθως όσοι διακατέχονται από φόβο τόσο για την επιτυχία όσο και για την αποτυχία. Η αναβλητικότητα στη λήψη αποφάσεων ανακουφίζει το άτομο από την αίσθηση ευθύνης, που το βαρύνει στην προοπτική του αποτελέσματος (Holloway, 2003)

3.3.3 Αναβλητικότητα και μετα-γνωστικές ιδιότητες

Σημαντικό ρόλο στο χαρακτηρισμό της αναβλητικότητας φαίνεται να έχουν οι μετα-γνωστικές δεξιότητες, οι πεποιθήσεις δηλαδή που έχει το άτομο για το γνωστικό του σύστημα, και ο βαθμός στον οποίον γνωρίζει τους παράγοντες που έχουν επίδραση στη λειτουργία του συστήματος αυτού. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, έχει αποδειχθεί ότι άτομα που χαρακτηρίζονται από αναβλητικότητα στη λήψη αποφάσεων έχουν θετικές μετα-γνωστικές πεποιθήσεις για την αναβλητικότητα, ενώ η αναβλητικότητα της συμπεριφοράς σχετίζεται με αρνητικές μετα-γνωστικές πεποιθήσεις για το αν θα καταφέρουν να ολοκληρώσουν μία εργασία στην ώρα της.

Έχει υποστηριχθεί ότι μία ψυχολογική δυσλειτουργία διατηρείται στο χρόνο μέσα από ένα συνδυασμό επίμονων τρόπων σκέψης, δυσπροσαρμοστικές ρουτίνες προσοχής και δυσλειτουργικές συμπεριφορές. Όλα αυτά συναποτελούν ένα σύνδρομο που αναφέρεται στην προσοχή και στο γνωστικό κομμάτι του ατόμου (Fernie et al., 2009). Σύμφωνα με τη γνωστική συμπεριφορική θεωρία, το άτομο καθυστερεί ή αναβάλλει την πραγματοποίηση μίας πράξης επειδή αμφιβάλλει για την ικανότητά του να ολοκληρώσει ένα έργο και φοβάται για τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις που θα προκύψουν. Παρότι καθ' εαυτή η αναβλητικότητα δεν αποτελεί διάγνωση, έχει συσχετιστεί και με το άγχος και με την κατάθλιψη (Fernie et al., 2009).

3.3.4 Σχέση της αναβλητικότητας και της τελειομανίας

Έχει υποστηριχθεί ότι τα αναβλητικά άτομα εμφανίζουν κάποιας μορφής τελειομανία. Η τελειομανία έχει τρεις διαφορετικές μορφές, που είναι η τελειομανία προσανατολισμένη στον εαυτό (*self-oriented perfectionism*), η τελειομανία προσανατολισμένη στους άλλους (*other-oriented perfectionism*) και η κοινωνικά ορισμένη τελειομανία (*socially-prescribed perfectionism*). Στην τελειομανία που είναι προσδιορισμένη στον εαυτό, το άτομο θέτει πολύ υψηλή στάθμη για τον εαυτό του. Αντίθετα, όταν οι άλλοι θέτουν υψηλή στάθμη για το άτομο εμφανίζεται η τελειομανία που είναι προσανατολισμένη στους άλλους. Τέλος, η κοινωνικά ορισμένη τελειομανία ορίζεται ως η κατάσταση στην οποία τα άτομα επιτρέπουν στην κοινωνία να τους

επιβάλλει υψηλή στάθμη απαιτήσεων. Στην κοινωνικά ορισμένη τελειομανία οφείλεται, σε σημαντικό βαθμό, η ακαδημαϊκή αναβλητικότητα, και ελάχιστα στην τελειομανία που είναι προσανατολισμένη στον εαυτό (Thakkar, 2009).

3.3.5 Αναβλητικότητα και κοινωνία

Η έννοια της αναβλητικότητας έχει τις ρίζες της στη ρωμαϊκή εποχή, αλλά τότε δεν εμπεριείχε αρνητική σημασιολογική φόρτιση (Holloway, 2003). Οι απαρχές της παρατήρησης αυτού του φαινομένου ανιχνεύονται κατά το δέκατο όγδοο και δέκατο ένατο αιώνα. Η βιομηχανική επανάσταση και η συνακόλουθη μεταβολή στις μεθόδους παραγωγής οδήγησε στην ανάγκη ύπαρξης περισσότερο απαιτητικών και δομημένων προγραμμάτων εργασίας, ενώ η έννοια της καθυστέρησης απέκτησε περισσότερες αρνητικές συνδηλώσεις (Thakkar, 2009). Η αναγνώριση της αναβλητικότητας συμπίπτει χρονικά με την έναρξη της μαζικότητας της παραγωγής και τον ολοένα αυξανόμενο καταμερισμό της εργασίας.

Στο πλαίσιο της βιομηχανικής επανάστασης, και της συνακόλουθης αστικοποίησης, η ανοδική κοινωνική κινητικότητα κατέστη δυνατή, για πρώτη φορά, ακόμα και για άτομα που δεν είχαν γεννηθεί σε προνομιούχα τάξη. Θεωρήθηκε ότι, για πρώτη φορά στην ανθρώπινη ιστορία, το άτομο, μέσω της ατομικής του προσπάθειας και εργασίας, είναι ικανό να υπερβεί μέχρι ένα βαθμό τα όρια της τάξης και του τόπου όπου γεννήθηκε. Καίριας σημασίας, λοιπόν, θεωρήθηκε η παραγωγικότητα και εργατικότητα που το διέπνεε.

Μέσα στο πλαίσιο του σύγχρονου δυτικού κόσμου, οι αξίες που σημασιοδοτούνται θετικά είναι αυτές της σκληρής δουλειάς και των μακροπρόθεσμων στόχων, σε αντιδιαστολή με αυτές που οδηγούν σε πρόσκαιρη ικανοποίηση. Ταυτόχρονα, δίδεται έμφαση στις ακαδημαϊκές δραστηριότητες και στην ατομική άνοδο μέσα στο πλαίσιο της εργασίας. Ταυτόχρονα όμως, άλλα στοιχεία, όπως η επικράτηση της τεχνολογίας, και οι δυνατότητες που προσφέρει, μπορούν συχνά να δράσουν ως τροχοπέδη στη συγκέντρωση του ατόμου σε έναν ορισμένο σκοπό. Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, η άμεση ανταλλαγή μηνυμάτων καθώς επίσης και το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο, μπορούν να αποβούν σημαντικοί αντιπερισπασμοί και να συντελέσουν στην αναίτια καθυστέρηση μίας εργασίας.

3.3.6 Ερευνητικά δεδομένα για την αναβλητικότητα σε φοιτητικό πληθυσμό

Η φοιτητική ζωή γενικά είναι εποχή ραγδαίων αλλαγών και προκλήσεων, και αυτό αντανακλά σε όλες τις έρευνες που έχουν αναφερθεί, καθώς και στην έρευνα της παρούσας διατριβής. Προκειμένου να αντεπεξέλθει στις ακαδημαϊκές απαιτήσεις, ο φοιτητής πρέπει να αναπτύξει ικανότητα αυτορρύθμισης, διαχείρισης χρόνου και δημιουργίας προτεραιοτήτων. Επιπλέον, κοινωνικοί δεσμοί που εκλαμβάνονταν ως δεδομένοι αλλάζουν ή και εξαφανίζονται, ενώ νέοι δημιουργούνται (Eggens, 2008).

Η αναβλητικότητα είναι ένα πολύ συχνό φαινόμενο σε φοιτητικούς πληθυσμούς (Uzun -Özer, Demir, Ferrari, 2009). Στο περιβάλλον του Πανεπιστημίου, ο νεαρός ενήλικας οφείλει να τηρήσει μια σειρά από προθεσμίες και να καλύψει την ύλη του εκάστοτε γνωστικού αντικειμένου μέσα σε σαφή χρονικά όρια, ενώ ταυτόχρονα καλείται να συμμετάσχει σε μια ιδιαίτερα πλούσια κοινωνική και πολιτιστική ζωή. Όταν δεν υπάρχει αρκετός χρόνος και για τις ακαδημαϊκές αλλά και για τις κοινωνικές δραστηριότητες, δημιουργείται σύγκρουση κινήτρων στο άτομο, η έκβαση της οποίας εξαρτάται από τα ατομικά του χαρακτηριστικά. Η αναβλητικότητα στους φοιτητές μπορεί να εμφανίζεται σε χρόνια αλλά και σε σποραδική βάση, ειδικότερα σε κρίσιμα σημεία της ακαδημαϊκής πορείας. Αναβλητική συμπεριφορά εκ μέρους του φοιτητή μπορεί να οδηγήσει σε χαμένο χρόνο, αυξημένο άγχος, χαμηλούς βαθμούς, μειωμένη ικανότητα μακροπρόθεσμης μάθησης και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Thakkar, 2009).

Η εσωτερικευμένη δομή αξιών παίζει καθοριστικό ρόλο στην καθημερινότητα του ατόμου, και ειδικά του φοιτητή. Έρευνα έχει δείξει ότι οι φοιτητές που τείνουν να κάνουν σχέδια για το μέλλον και να διαρθρώνουν την καθημερινότητά τους γύρω από τους στόχους τους έχουν μειωμένες πιθανότητες να εμφανίσουν συμπτώματα αναβλητικότητας. Αντίθετα, φοιτητές που επιδιώκουν να αποφασίζουν αυθόρμητα τις δραστηριότητες της ημέρας τους, τείνουν να υποκαθιστούν τις ακαδημαϊκές δραστηριότητες με την άμεση ικανοποίηση. Γίνεται σαφές ότι η αναβλητικότητα σχετίζεται με την επικράτηση πολιτισμικών αξιών όπως η ανεκτικότητα, ο σεβασμός του ιδιωτικού χώρου, αλλά και ο προσανατολισμός στο άμεσο μέλλον και τις κοινωνικές συναναστροφές. Με άλλα λόγια, η ακαδημαϊκή αναβλητικότητα σχετίζεται στενά με το σύστημα αξιών και τη γενικότερη συγκρότηση του ατόμου (Thakkar, 2009).

Η πιθανότητα να εμφανιστεί αναβλητικότητα αυξάνεται όσο το έτος σπουδών μεγαλώνει. Επιπλέον, οι φοιτητές που εμφανίζουν αναβλητικότητα καθυστερούν να ολοκληρώσουν εργασίες που απαιτούν προσπάθεια και προκαλούν άγχος, έχουν την τάση να υποτιμούν το χρόνο που χρειάζεται η ολοκλήρωση μίας εργασίας, και πιστεύουν ότι η δουλειά «την τελευταία στιγμή» θα τους κάνει περισσότερο δημιουργικούς (Holloway, 2003).

Σε μελέτη που έγινε το 1984 σε φοιτητικό πληθυσμό (Thakkar, 2009), βρέθηκε ότι ο κυριότερος λόγος για τον οποίο οι φοιτητές παρουσιάζουν αναβλητικότητα είναι ο φόβος της αποτυχίας και η αποφευκτικότητα ολοκλήρωσης της εργασίας. Ο φόβος της αποτυχίας γίνεται συχνά έκδηλος ως άγχος, έλλειψη αυτοπεποίθησης και τελειομανία. Επίσης, έχει αναφερθεί ότι φοιτητές με υψηλά επίπεδα αναβλητικότητας όχι μόνο λάμβαναν χαμηλότερους βαθμούς, αλλά ανέφεραν υψηλό επίπεδο άγχους και αξιολογούσαν αρνητικά την υγεία τους (Hsin Chun Chu & Jim Nam Choi, 2005).

Συχνά, μέσα στο σύγχρονο πλαίσιο αξιών που προτάσσει την παραγωγικότητα και την επίτευξη μετρήσιμων στόχων, τείνει να θεωρείται δεδομένο ότι η αναβλητικότητα δεν μπορεί παρά να αποβεί καταστροφική για το άτομο. Παρόλα αυτά, έρευνες δείχνουν ότι τα αποτελέσματά της δεν είναι απαραίτητα τόσο καταστροφικά (Eggens, 2008). Έχει υποστηριχθεί ότι, για όσο διάστημα οι προθεσμίες είναι μακρινές, τα αναβλητικά άτομα βιώνουν λιγότερο άγχος και βρίσκονται σε καλύτερη φυσική κατάσταση. Με αυτή την έννοια, η αναβλητικότητα είναι μία στρατηγική που τους επιτρέπει να έχουν υπό έλεγχο τα αρνητικά συναισθήματά τους, χωρίς αυτό αναγκαστικά να επηρεάζει σε κάτι την τελική ποιότητα της δουλειάς. Υπάρχουν άτομα τα οποία ωφελούνται από τη χρονική πίεση, ή καθυστερούν επειδή συγκεντρώνουν υλικό που τους είναι απαραίτητο προκειμένου να ξεκινήσουν (Hsin Chun Chu & Jim Nam Choi, 2005).

Σε έρευνα σχετικά με την αναβλητικότητα σε φοιτητικό πληθυσμό, μελετήθηκε η ύπαρξη του φαινομένου σε φοιτητές που ήταν *προσανατολισμένοι στη επιτυχία* ('mastery goal') και σε άλλους φοιτητές που ήταν *προσανατολισμένοι στην αποφυγή* ('avoidance goal'). Οι πρώτοι είχαν την τάση να συγκρίνουν την τωρινή τους επίδοση με τη δική τους προηγούμενη επίδοση. Επίσης, θεωρούσαν την εργασία που είχαν να ολοκληρώσουν ως πρόκληση, κάτι που τους προκαλούσε πνευματική διέγερση,

ανάπτυξη δεξιοτήτων και αυτοβελτίωση. Η συνακόλουθη αφοσίωση στο αντικείμενο οδηγούσε, όπως ήταν φυσικό, σε θετικά αποτελέσματα.

Αντίθετα, φοιτητές που ήταν προσανατολισμένοι στην αποφυγή είχαν την τάση να συγκρίνουν τη δική τους επίδοση με αυτή των άλλων. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία δυσπροσαρμοστικής ακαδημαϊκής συμπεριφοράς, και μη ικανοποιητική επίδοση στο έργο τους. Η έρευνα καταλήγει ότι οι φοιτητές που ήταν προσανατολισμένοι στην επιτυχία ανέφεραν οι ίδιοι μειωμένο βαθμό αναβλητικότητας (Hee Seo Eun, 2009).

Με την εμμονή του ατόμου να μην ολοκληρώνει μία εργασία, παρά μόνο όταν βεβαιωθεί ότι είναι σε άριστη κατάσταση, μπορεί να επέλθει αναβλητικότητα. Σε μία μελέτη σε φοιτητικό πληθυσμό βρέθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην αναβλητικότητα και στην τελειομανία, κυρίως στις περιπτώσεις που η τελειομανία σχετιζόταν με την ανησυχία των ατόμων για ενδεχόμενα λάθη. Από τη μελέτη αυτή προέκυψε επίσης ότι η ανησυχία σχετιζόταν με την κριτική και τις προσδοκίες των γονέων. Γίνεται σαφές λοιπόν ότι η αναβλητικότητα σχετίζεται στενά με το άγχος, την πίστη στην αποτελεσματικότητα του ατόμου αλλά και την τελειομανία. Πέρα όμως από το φοιτητικό πληθυσμό, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η αναβλητικότητα είναι ιδιαίτερα συνδεδεμένη με το σύγχρονο τρόπο ζωής και την πολλαπλότητα των ερεθισμάτων που τον χαρακτηρίζουν.

3.4 Η Ποιότητα Ζωής

3.4.1 Ορισμός της Ποιότητας Ζωής

Η ποιότητα ζωής αναφέρεται στις συνθήκες ζωής που, μαζί με τους αναγκαίους υλικούς όρους, συνθέτουν την καθημερινή ευημερία των ανθρώπων στην ευρύτερη δυνατή έκφρασή της. Ως ποιότητα ζωής θα μπορούσε να οριστεί ο βαθμός στον οποίο το άτομο απολαμβάνει τη ζωή, εμπλέκεται στις διάφορες πλευρές της και μπορεί να εκπληρώσει το δυναμικό του. Με άλλα λόγια, η ποιότητα ζωής σχετίζεται με τη διασφάλιση της ψυχικής και κοινωνικής ευμάρειας. Είναι σαφές ότι, πέρα από την ύπαρξη των αναγκαίων υλικών όρων της υγείας και της ασφάλειας, ο όρος εμπεριέχει και την ικανοποίηση κάποιων υποκειμενικών προϋποθέσεων, στην ηθική και διανοητική σφαίρα του ατόμου (Τζινιέρη – Κοκκώση, 2011; Frisch, 2006).

Η έννοια της ποιότητας ζωής είναι εξαιρετικά ρευστή, καθώς δεν διέπεται από καρτεσιανή λογική αλλά επιχειρεί να προσεγγίσει την ουσία της ανθρώπινης εμπειρίας. Ο ορισμός της, συνεπώς, είναι εξαιρετικά δύσκολος. Δεν πρόκειται κάτι πάγιο και αναλλοίωτο στο χρόνο και στο χώρο. Τα μόνα σταθερά της σημεία είναι τα σχετιζόμενα με τη φυσικότητα και την κοινωνικότητα του ατόμου (Βακαλιός, 1984). Η ποιότητα ζωής βρίσκεται σε αντιδιαστολή με έννοιες που προσδιορίζουν τη χρονική διάρκεια της ζωής, καθώς δεν αναφέρεται σε ποσότητα αλλά σε μη μετρήσιμες ιδιότητες. Ένα άλλο χαρακτηριστικό της είναι ότι τοποθετεί το δρών υποκείμενο στο επίκεντρό της, καθώς βάση της ποιότητας ζωής είναι η υποκειμενική εμπειρία. Το υποκείμενο είναι ο δημιουργός της σημασίας, παραγωγός νοήματος, και αυτό ταυτόχρονα συνεπάγεται ότι φέρει ευθύνη για τις επιλογές του.

Καθώς δεν μπορεί να προσεγγιστεί επιστημονικά ο βαθμός στον οποίο κάθε άτομο αντλεί ικανοποίηση από κάθε τομέα της ζωής του, λαμβάνεται κάποιο συγκεκριμένο ή αφηρημένο μέτρο, όπως αυτό της πλειοψηφίας των ανθρώπων σε μία συγκεκριμένη κοινωνία. Συνιστά μεταβλητή, καθώς αναφέρεται στην έννοια του τρόπου ζωής, που ορίζεται από τον Tylor ως «η σύνθετη ολότητα που περιλαμβάνει τη γνώση, την πίστη, την τέχνη, τα ήθη, το νόμο, τις συνήθειες, και όλες τις άλλες ιδιότητες που μπορεί να αποκτήσει ο άνθρωπος ως μέλος μίας κοινωνίας» (Mukherjee, 1989). Στη βάση αυτού του συλλογισμού βρίσκεται η πεποίθηση ότι οι άνθρωποι τείνουν να

επιθυμούν τα ίδια περίπου πράγματα, ότι υπάρχει ένας πεπερασμένος αριθμός παραγόντων που συντελούν στην ανθρώπινη φιλοδοξία και ολοκλήρωση. Η έννοια συνδέεται στενά με την ιδέα του θετικού ανθρωπισμού, δηλαδή της ενεργού εμπλοκής του ατόμου στα κοινωνικά προβλήματα της εποχής του. Ταυτόχρονα αντανακλά και τα ιδιαίτερα γνωρίσματα του ατόμου, καθώς έρευνες δείχνουν ότι άνθρωποι που είναι προσανατολισμένοι σε εξωτερικούς στόχους έχουν αυξημένες πιθανότητες να έχουν χαμηλή ποιότητα προσωπικής ευεξίας και ψυχικής υγείας από αυτούς που είναι προσανατολισμένοι σε εσωτερικούς στόχους (Diener & Rahtz, 2000).

Έχει προταθεί ο διαχωρισμός της έννοιας σε βασικούς τομείς, οι οποίοι είναι ο *ψυχολογικός*, ο *κοινωνικός*, ο *επαγγελματικός* και ο *σωματικός* (Fallowfield, 1990). Καθένας από αυτούς τους τομείς συνιστά βασικό μέρος της καθολικής ευεξίας του ατόμου. Παραδείγματος χάριν, η εργασία μπορεί να είναι εξαιρετικά σημαντική για ένα άτομο και για ένα άλλο να μην είναι κεντρική στη συνολική ικανοποίησή του με τη ζωή. Σύμφωνα με τη θεωρία για την ποιότητα ζωής, η ικανοποίηση από τη ζωή ισούται με την ποιότητα ζωής και αναφέρεται στην υποκειμενική αξιολόγηση του βαθμού στον οποίο το άτομο ικανοποιεί τις σημαντικότερες ανάγκες του, τους σημαντικότερους στόχους και τις σημαντικότερες επιθυμίες του (Frisch, 2006). Η έννοια κατά κύριο λόγο χρησιμοποιείται για καταγραφή της πραγματικότητας, επισήμανση προβλημάτων και ώθηση στην αντιμετώπισή τους. Η διερεύνηση των γενεσιουργών αιτιών των προβλημάτων, και ο τρόπος αντιμετώπισής τους, δεν έχει ακόμα επιτευχθεί. Μέσα στο πλαίσιο μίας συνολικής αντίληψης για τον άνθρωπο και την κοινωνία όμως, η έννοια μπορεί να προσλάβει και ερμηνευτικές διαστάσεις (Βακαλιός, 1984).

3.4.2 Η ιστορία της έννοιας

Παρόλο που ως όρος στη δημόσια σφαίρα άρχισε να χρησιμοποιείται από τα μέσα του 20^{ου} αιώνα, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η ποιότητα ζωής αποτελούσε βασική σταθερά σε όλη τη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας. Η ανθρωπότητα ανέκαθεν πειραματιζόταν με τον εαυτό της για να βελτιστοποιήσει τις πιθανότητες επιβίωσης του είδους, την ασφάλεια των ατόμων, τις υλικές ανέσεις και την ανάλογη νοητική πρόοδο (Mukherjee, 1989). Άνθρωπος που δεν ενδιαφέρεται για την ευζωία του είναι

καταδικασμένος να μην επιζήσει, ούτε να εξασφαλίσει τα αναγκαία για τη διαιώνιση του είδους του.

Η αρχαία ελληνική φιλοσοφία προέτασσε το «ευ ζην» ως φυσική επιδίωξη του ανθρώπου. Ο Αριστοτέλης (384 – 323 π.Χ.) έκανε αναφορά στην «ευδαιμονία» ως το υψηλότερο αγαθό που μπορεί κανείς να αποκτήσει, αλλά και ως ειδοποιό διαφορά του ανθρώπινου είδους από τα άλλα πλάσματα. Ευδαίμων, κατά το Σταγειρίτη φιλόσοφο, είναι ο άνθρωπος που καταφέρνει να γίνει κοινωνός και φορέας της λογικής, μίας ψυχικής ενέργειας που επιτρέπει την ενατένιση της αλήθειας και της ουσίας. Το χαρακτηριστικό που διακρίνει τον άνθρωπο από τα άλλα είδη απορρέει από το λόγο, τη λογική ως ψυχική και διανοητική ενέργεια, την οποία το άτομο μπορεί να επιλέξει συνειδητά να εξασκεί. Η ατομική βούληση, κατά τον Αριστοτέλη, είναι καίριας σημασίας στην επιτυχία του εγχειρήματος. Πέρα από την ανάγκη για συστηματική εξάσκηση των διανοητικών δυνάμεων, ο Αριστοτέλης θεωρεί αναγκαία και την άσκηση των ηθικών πράξεων. Σε αξιολογικό επίπεδο, όμως, κατατάσσει τη διανοητική ενέργεια ως ανώτερη.

Ο Αριστοτέλης κάνει σαφές ότι η ευδαιμονία σημαίνει διαφορετικά πράγματα για διαφορετικούς ανθρώπους, αλλά και ότι μεταβάλλεται ανάλογα με τις συνθήκες ζωής του ίδιου ατόμου. Σε κάθε περίπτωση, θεωρεί ότι κεντρικό ρόλο παίζει η βούληση του ατόμου και η ενσυνείδητη απόφασή του να επιδιώξει την ευδαιμονία. Στο έργο του Αριστοτέλη, η έμφαση στην υποκειμενικότητα της εμπειρίας, αλλά και στην ευθύνη που φέρει το άτομο και μόνο το άτομο για την επίτευξη της ευδαιμονίας μπορεί να μας παραπέμψει και στο σύγχρονο πλαίσιο αναφοράς της ποιότητας ζωής, όπως αναλύεται παρακάτω. Ο ευδαίμων άνθρωπος δεν οφείλει την ευδαιμονία του σε οποιοδήποτε εξωτερικό αγαθό, αλλά στην ατομική του διανόηση. Ταυτόχρονα όμως, το πολιτικό πλαίσιο αποτελεί προϋπόθεση για την αναζήτηση της ευδαιμονίας, με την υπέρτατη πληρότητα να επιτυγχάνεται στο πλαίσιο της ανώτερης μορφής κοινωνίας, που είναι η Πόλη ή Πολιτεία.

Η επόμενη αναφορά σε έννοια που προσεγγίζει αυτή της ποιότητας ζωής πραγματοποιήθηκε πολλούς αιώνες αργότερα. Μετά το τέλος του Α' Παγκοσμίου Πολέμου, το ενδιαφέρον των δυτικών κοινωνιών στράφηκε στο *βιοτικό επίπεδο* ('standard of living') των πολιτών. Το βιοτικό επίπεδο ήταν μία έννοια που αφορούσε ιδιαίτερα τους οικονομολόγους, καθώς πραγματευόταν θέματα σχετιζόμενα με τις

συνθήκες ζωής των πολιτών - με ιδιαίτερη έμφαση στην ανεργία, ως απότοκο της ύφεσης του 1929- και πολύ λίγο την υποκειμενική εμπειρία (Τζινιέρη – Κοκκώση, 2011). Ταυτόχρονα, το 1929 έγινε η ίδρυση της πρώτης προεδρικής επιτροπής, που είχε ως αντικείμενο την καταγραφή των συνθηκών ζωής όλων των στρωμάτων της κοινωνίας, αλλά και των τάσεων διαφοροποίησής τους. Ωστόσο, κι αυτή η πρωτοβουλία ενέτασσε τις πληροφορίες αυτές στον οικονομικό και κοινωνικό προγραμματισμό (Βακαλιός, 1984).

Παρόλο που οι πρώτες αναφορές σε έννοιες που προσέγγιζαν αυτή της ποιότητας ζωής δεν είχαν μεγάλη σχέση με τη φιλοσοφική θεώρηση του όρου, ούτε και με υπαρξιακά ζητήματα, εντούτοις έφεραν στο προσκήνιο την ενασχόληση με το επίπεδο διαβίωσης των ανθρώπων. Αυτό οδήγησε στη διατύπωση σκέψεων που αφορούν περισσότερο την εσωτερική εμπειρία παρά τους μετρήσιμους δείκτες, κυρίως από ανθρώπους των γραμμάτων. Ο George Bernard Shaw σχολίασε ότι η χαρά θυσιάζεται εύκολα όταν πρόκειται για την ποιότητα ζωής (Fayers & Machin, 2006).

Η ποιότητα ζωής ως επιστημονικά καθιερωμένος όρος εμφανίζεται κατά τη δεκαετία του 1960, κυρίως στο χώρο των ιατρικών και κοινωνικών επιστημών. Ήταν μία έννοια ιδεολογικά φορτισμένη, καθώς αναφερόταν στην προάσπιση των δικαιωμάτων του πάσχοντος ατόμου. Πάντως, στο πλαίσιο της γίνεται αναφορά στη διασφάλιση της ευμάρειας, σε όλα τα επίπεδα και στο σύνολο των πολιτών. Η ποιότητα ζωής έγινε αντικείμενο μελέτης αρχικά από τις κοινωνικές επιστήμες και στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε από τις επιστήμες της υγείας. Οι τελευταίες έδωσαν μεγάλη σημασία στην ποιότητα ζωής των ατόμων που έπασχαν από κάποια ασθένεια.

Σε πρώτη φάση, κατά τη δεκαετία του 1960, έγινε αντικείμενο μελέτης η ποιότητα ζωής των ογκολογικών ασθενών. Είναι σαφές ότι, λόγω της νόσου αλλά και των επιπτώσεων της θεραπείας της, οι ανωτέρω ασθενείς έχουν ιδιαίτερα χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής. Στη συνέχεια, η προσοχή στράφηκε στους ψυχιατρικούς ασθενείς. Η ρευστότητα της έννοιας της ποιότητας ζωής αντανάκλα και στους ορισμούς που της δίνονται από επαγγελματίες διαφορετικών ειδικοτήτων. Ειδικότητες με κλινική βάση ορίζουν την ποιότητα ζωής περισσότερο με όρους φυσικών λειτουργιών. Την ίδια στιγμή, οι ψυχο-κοινωνικές επιστήμες τείνουν να δίνουν περισσότερη βαρύτητα στη διάδραση ανάμεσα στο σωματικό, συναισθηματικό και κοινωνικό τομέα (Fallowfield, 1990).

Η εδραίωση της ποιότητας ζωής στο δημόσιο λόγο ως διακριτού επιστημονικού πεδίου, με διεπιστημονικό όμως χαρακτήρα, σχετίζεται στενά με τη Διεθνή Διακήρυξη για την Υγεία. Η Διεθνής Διακήρυξη για την Υγεία διατυπώθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) στα μέσα του περασμένου αιώνα, το 1948. Η διακήρυξη αναφέρει ότι «η Υγεία δεν ορίζεται ως απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, αλλά ως κατάσταση που χαρακτηρίζεται από σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία». Σε συνδυασμό με τους εξωτερικούς παράγοντες, ή αλλιώς με το *περιβάλλον*, η *σωματική*, η *ψυχική* και η *κοινωνική ευεξία*, που αναφέρονται στη διακήρυξη, συνιστούν τους πυλώνες μέσα από τους οποίους προσεγγίζεται εννοιολογικά η ποιότητα ζωής σήμερα.

Από το 1984, ο Π.Ο.Υ. συσχέτισε έντονα την ποιότητα ζωής με την υγεία στο πλαίσιο προτάσεων και ενεργειών «Υγεία για όλους», που έθετε ως βασικούς στόχους την αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ζωής, και πέρα από αυτό την ισότητα στην υγεία, την καλύτερη υγεία και την καλύτερη ποιότητα ζωής. Καθοριστικής σημασίας για την καθιέρωση του όρου «ποιότητα ζωής» στο χώρο της Ιατρικής είναι η διαπολιτισμική μελέτη εκτίμησης της ποιότητας ζωής – WHOQOL, που πραγματοποιήθηκε τη δεκαετία του 1990 από τον Π.Ο.Υ. Η μελέτη αυτή αποτέλεσε τη βάση για τη δημιουργία των αξιόπιστων και διαπολιτισμικά έγκυρων συστημάτων εκτίμησης της, που επιπλέον τυγχάνουν ευρείας εφαρμογής. Τα εργαλεία αυτά είναι τα ερωτηματολόγια WHOQOL – 100 και WHOQOL – BREF (WHO, 1995)

Το 1991, επόμενη Διεθνής Διακήρυξη του Π.Ο.Υ. κάνει και πάλι λόγο για τη σχέση της ποιότητας ζωής με την υγεία, αναφέροντας ότι «όλοι οι άνθρωποι θα πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το σχετιζόμενο με την υγεία δυναμικό τους, έτσι ώστε να ζήσουν τη ζωή τους με τέτοιο τρόπο που να τους ικανοποιεί κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά» (Τζινιέρη – Κοκκώση, 2011). Λίγο αργότερα, το 1995, ο Π.Ο.Υ. σκιαγράφησε την ποιότητα ζωής ως την «υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο των αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια αξιολόγησης, τα ενδιαφέροντα και τις ανησυχίες του» (Fayers & Machin, 2006).

3.4.3 Μοντέλα για την προσέγγιση της έννοιας

Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφορα μοντέλα για την προσέγγιση της έννοιας της ποιότητας ζωής και πως αυτή διαφοροποιείται ανά άτομο και ανά κοινωνία. Η χρήση της έννοιας της ποιότητας ζωής στο χώρο της Υγείας στηρίζεται στις αρχές της ολιστικής προσέγγισης για την υγεία και στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του George Engel από το 1977. Έχοντας ως βάση τη διασφάλιση της υγείας, σωματικής και ψυχικής, περιλαμβάνει και παραμέτρους όπως «η οικονομική ευμάρεια, η κοινωνική αναγνώριση, η ερωτική ικανοποίηση, η δυνατότητα να απολαμβάνει κανείς τον ελεύθερο χρόνο, η πρόσβαση στη γνώση και σε δημιουργικές δραστηριότητες, η διασφάλιση ως προς τα πολιτικά και νομικά δικαιώματα του ατόμου» (Τζινιέρη – Κοκκώση, 2011).

Το *μοντέλο αναγκών* (needs model) συναρτά την ποιότητα ζωής με την ικανότητα κάλυψης των ανθρωπίνων αναγκών, όχι μόνο βιολογικών αλλά και ψυχοκοινωνικών. Η ποιότητα ζωής γίνεται καλύτερη, όσο αυξάνεται ο βαθμός ικανοποίησης των αναγκών του ατόμου, και χαμηλότερη όσο λιγότερες είναι οι ανάγκες που καλύπτονται. Το *μοντέλο προσδοκιών* (expectations model) που προσδιόρισε ο Calman το 1984 αναφέρεται στην απόσταση ανάμεσα στις προσδοκίες του ατόμου και στην κατάσταση που βιώνει μία δεδομένη στιγμή. Το *μοντέλο επανένταξης στη φυσιολογική ζωή* (reintegration to normal living model) αναφέρεται σε άτομα που πιθανόν να πέρασαν κάποια ασθένεια και έχουν είτε επανέλθει είτε σε κάποιο βαθμό ανακτήσει τις δυνάμεις τους. Η επανένταξη στη φυσιολογική ζωή δεν συνεπάγεται απαραίτητα ότι το άτομο δεν εμφανίζει συμπτώματα της νόσου, αλλά τονίζει ότι είναι σε θέση να κάνει αυτό που θέλει.

Άλλα μοντέλα προσέγγισης της ποιότητας ζωής είναι η *προσωπική ευεξία* (personal well-being) και η *ικανοποίηση από τη ζωή* (satisfaction with life). Για περιπτώσεις ασθενειών, η *επίδραση της ασθένειας στον κοινωνικό, συναισθηματικό, επαγγελματικό και οικογενειακό τομέα* (‘impact of illness on social, emotional, occupational and family domains’) δίνει έμφαση στην ύπαρξη του παράγοντα της νόσου. Επιπλέον, η αναφορά στις *προτιμήσεις του ασθενούς* (patient preference measures) τονίζει ότι κάθε άνθρωπος προσδίδει διαφορετική αξία σε διαφορετικές

πλευρές της ζωής του, και επομένως δεν ενδείκνυται να ακολουθείται μία πάγια προσέγγιση.

Τέλος, το *υπαρξιακό μοντέλο* (existential approach) περιλαμβάνει έννοιες όπως αυτή της απόλαυσης της ζωής, έννοιες που είναι και ρευστές και διαφοροποιούνται με τον καιρό. Η ιδέα που έχει ένας ασθενής για την ποιότητα της ζωής του μπορεί να γίνει περισσότερο θετική αν τροποποιηθούν οι υπαρξιακές του πεποιθήσεις, ή αν αποκτήσει μεγαλύτερη ικανότητα να «*τα βγάζει πέρα*» (coping). Αν με τον τρόπο αυτό επιτευχθεί ένα είδος «θετικής προσέγγισης της ζωής», η ποιότητα ζωής βελτιώνεται ραγδαία, ανεξάρτητα από τα όποια ιατρικά προβλήματα που μπορεί να συνυπάρχουν.

3.4.4 Η θεωρία του Frisch

Η ικανοποίηση του ατόμου με έναν συγκεκριμένο τομέα της ζωής του, σύμφωνα με τον Frisch, συνίσταται σε τέσσερις παράγοντες. Πρώτος παράγοντας είναι τα αντικειμενικά χαρακτηριστικά του τομέα αυτού. Στην περίπτωση της εργασίας, αντικειμενικά χαρακτηριστικά είναι οι συνθήκες στις οποίες λαμβάνει χώρα, ή η αμοιβή που κερδίζει το άτομο από αυτή. Δεύτερος παράγοντας είναι ο τρόπος με τον οποίον το άτομο προσλαμβάνει και ερμηνεύει αυτό τον τομέα της ζωής του, ο οποίος εξαρτάται από τα ατομικά χαρακτηριστικά του ατόμου αλλά και την ιδιότητά του ως φορέα ενός συγκεκριμένου κοινωνικού και πολιτισμικού-κεφαλαίου.

Τρίτος παράγοντας είναι η αξιολόγηση της αίσθησης εκπλήρωσης, που πραγματοποιεί το ίδιο το άτομο στον εαυτό του βασισμένο σε κάποιες σταθερές. Τέλος, ως τέταρτος παράγοντας σκιαγραφείται ο βαθμός στον οποίον το ίδιο το άτομο σηματοδοτεί το συγκεκριμένο τομέα της ζωής του ως βαρύνοντα για τη συνολική του ευτυχία και ευεξία (Frisch, 2006).

3.4.5 Κοινωνικο-πολιτισμικά στοιχεία της έννοιας

Η έννοια της ποιότητας ζωής αντανακλά τα πολιτισμικά πρότυπα της κάθε κοινωνίας. Είναι μία έννοια δυναμική, καθώς τείνει προς την υπέρβαση και τη βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης (Βακαλιός, 1984). Το κέντρο της, όπως αναφέρθηκε, είναι το δρών υποκείμενο, το οποίο όμως τελεί σε διαρκή αλληλεξάρτηση με εξωτερικούς παράγοντες. Η ποιότητα ζωής είναι λοιπόν μία ιστορική κατηγορία, καθώς το περιεχόμενό της αλλάζει σε συνάρτηση με τις οικονομικοκοινωνικές συνθήκες που επικρατούν, το πολιτικό μοντέλο, τις αξίες που σηματοδοτούνται ως θετικές στο δεδομένο πλαίσιο, και τα πολιτισμικά πρότυπα κάθε κοινωνίας.

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το ακόλουθο. Περί τα τέλη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, η έννοια της ποιότητας ζωής συνδέθηκε στενά με τη λεγόμενη «καλή ζωή» ή ευζωία, δηλαδή την πληθώρα υλικών αγαθών όπως σπίτια, αυτοκίνητα και οικιακές συσκευές. Σε αυτήν προστέθηκαν επίσης έννοιες όπως ο ελεύθερος χρόνος και οι διακοπές (Fallowfield, 1990). Κάποια σημεία ενδεικτικά της έννοιας της ποιότητας ζωής, όπως αυτή κυριάρχησε στο δημόσιο λόγο των Ηνωμένων Πολιτειών μετά τον πόλεμο, είναι το 'baby boom', η ραγδαία τάση για αύξηση του πληθυσμού. Η γεννητικότητα έγινε μία αναλυτική κατηγορία, που συνόψιζε ιδέες ζωτικότητας, πλούτου και οικιακότητας, σε διχοτομική αντίστιξη με τη βαρβαρότητα του πολέμου.

Ακόμη και μέσα στην ίδια κοινωνία μπορεί να διαφέρει, σε συνάρτηση με τις εσωτερικές έμφυλες, οικονομικές, πολιτισμικές και ηλικιακές διαφοροποιήσεις της. Τα κριτήρια αξιολόγησης της ποιότητας ζωής δεν είναι πάγια και αναλλοίωτα ακόμα και μέσα στην ίδια κοινωνία, και πόσο μάλλον ανάμεσα σε κοινωνίες με διαφορετικό πολιτικό σύστημα. Ταυτόχρονα, η ποιότητα ζωής βρίσκεται σε άμεση σχέση με τη θέση του ατόμου μέσα στην κοινωνία, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες του.

Η ποιότητα ζωής σχετίζεται επίσης στενά με θέση του ατόμου μέσα στο «σύστημα» (*system world*) και στο «βίοκοσμο» (*life world*). Το σύστημα είναι το σύνολο των αφηρημένων δομών του κράτους, της γραφειοκρατίας και της οικονομίας, ενώ ο βίοκοσμος είναι το δίκτυο αλληλεγγύης ανάμεσα στους ανθρώπους και τις αξίες τους (Smith, 2006). Με όρους αντλημένους από τη λακανική φιλοσοφία, η οποία δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη γλώσσα και την κουλτούρα, η ποιότητα ζωής συναρτάται με τις

θέσεις υποκειμένου. Οι «θέσεις υποκειμένου» είναι φαντασιακές αντιλήψεις για τον εαυτό που υιοθετούνται από τα άτομα σε διάφορες φάσεις της ζωής τους (Smith, 2006).

Πρόκειται για μία έννοια πολυδιάστατη, που συνέχει το σύνολο της ανθρώπινης ζωής, από την πιο προσωπική εμπειρία μέχρι τους νόμους που διασφαλίζουν τα ανθρώπινα δικαιώματα· από την οικολογία και τη φιλοσοφία μέχρι τον αγώνα ενάντια στις διακρίσεις. Ταυτόχρονα, όπως τόνισε ο Αριστοτέλης, είναι και η ειδοποιός διαφορά του ανθρώπου απέναντι στα άλλα έμβια όντα, καθώς είναι μία οικουμενική επιδίωξη που απορρέει από το Λόγο (Τζινιέρη – Κοκκώση, 2011)

3.4.6 Ερευνητικά δεδομένα της σχέσεως του παιδικού τραύματος με την ποιότητα ζωής

Η τρέχουσα βιβλιογραφία παρέχει γενικά λίγα δεδομένα για τη σχέση του παιδικού τραύματος με την ποιότητα ζωής στους ενήλικες.

Σε μελέτη σε άτομα, ηλικίας μεγαλύτερης των 18 ετών με διαταραχή κοινωνικού άγχους, διαπιστώθηκε ότι η συναισθηματική κακοποίηση εμφανίζει υψηλότερη αρνητική συσχέτιση με δείκτες ποιότητας ζωής, όπως η σωματική υγεία, η διάθεση, οι καθημερινές δραστηριότητες και η γενική ικανοποίηση από την ζωή (Simon, Herlands, Marks, Mancini, Letamendi, Li, Stein, 2009).

Το παιδικό τραύμα συντελεί στην περαιτέρω μείωση της λειτουργικότητας και στην χαμηλή ποιότητα ζωής γυναικών οροθετικών στον ιό του AIDS (Troeman, Spies, Cherner, Archibald, Fennema-Notestine, Theilmann, Spottiswoode, Stein & Seedat, 2011).

Σε μελέτη, στην οποία συγκρίθηκε μία ομάδα ατόμων που είχαν ως παιδιά βιώσει το ολοκαύτωμα του Β' Παγκοσμίου πολέμου, με μία ομάδα ατόμων που κατά τη διάρκεια των ετών 1940-45 ζούσαν σε μη εμπόλεμες χώρες., βρέθηκε, μεταξύ άλλων, ότι τα άτομα που είχαν βιώσει το ολοκαύτωμα ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής στις .διαστάσεις σωματική, ψυχολογική υγεία και κοινωνικές σχέσεις (Amir & Lev- Wiesel, 2003).

3.5 Ψυχολογική προσαρμογή κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο

Η ψυχολογική προσαρμογή ενός ατόμου εξαρτάται από την αλληλεπίδραση πλήθους παραγόντων, όπως, από σωματικούς, συναισθηματικούς, γνωστικούς, γενετικούς, περιβαλλοντικούς, αλλά και από ατομικούς παράγοντες.

Δείκτες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής μπορεί να είναι, για παράδειγμα, η απουσία συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης και γενικότερα ψυχικών διαταραχών, η καλή σωματική υγεία, η ικανότητα διαχείρισης του θυμού, η αυτοεκτίμηση, η ικανοποίηση από την εργασία ή τις σπουδές, οι κοινωνικές δεξιότητες, η προσαρμογή στον επαγγελματικό τομέα, η ικανότητα του ατόμου να αντλεί ικανοποίηση από τις διαπροσωπικές σχέσεις, η σεξουαλική ζωή και γενικά η ικανοποίηση από τη ζωή και η υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής.

Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει αρνητικά την εξέλιξη του ατόμου είναι οι παιδικές τραυματικές εμπειρίες. Όπως ήδη αναφέρθηκε, υπάρχει πλήθος μελετών, οι οποίες δείχνουν συστηματικά ότι το παιδικό τραύμα συνδέεται με την εκδήλωση ψυχοπαθολογίας κατά την ανήλικη ζωή. Ελάχιστες είναι όμως οι μελέτες για τις μακροχρόνιες επιπτώσεις του παιδικού τραύματος στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή γενικότερα.

Σε μελέτη σε ενήλικες με διαταραχή κοινωνικού άγχους, βρέθηκε ότι η συναισθηματική κακοποίηση συνδέεται με δείκτες της τρέχουσας ψυχολογικής λειτουργικότητας, όπως με τη σοβαρότητα της διαταραχής, με το δομικό άγχος και με χαμηλή αυτοεκτίμηση (Kuo, Goldin, Werner, Heimberg, & Gross, 2011).

Σε μία μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 219 φοιτητών διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ παιδικού τραύματος με την τρέχουσα ψυχολογική προσαρμογή. Η ψυχολογική προσαρμογή αξιολογήθηκε με τη χορήγηση ερωτηματολογίου, το οποίο εκτιμά συμπτώματα όπως, ψυχοφυσιολογική ετοιμότητα για άγχος, ευερεθιστότητα, κατάθλιψη, αποφευκτική συμπεριφορά, αποσυνδεδετικού τύπου συμπτώματα, δυσλειτουργική σεξουαλική συμπεριφορά κ.ά. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ παιδικού τραύματος με τις περισσότερες κατηγορίες των συμπτωμάτων που μελετήθηκαν (Browne & Winkelman, 2007).

Σε μία άλλη μελέτη σε δείγμα γυναικών γενικού πληθυσμού, βρέθηκε ότι η σωματική, η σεξουαλική και η συναισθηματική κακοποίηση συνδέονται με αυξημένη ψυχοπαθολογία, αλλά και με χαμηλή αυτοεκτίμηση, με δυσκολίες στον σεξουαλικό τομέα, καθώς και με προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις (Mullen et al, 1996).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΣΚΟΠΟΙ, ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΕΡΩΤΗΜΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ως παιδικό ή πρώιμο τραύμα ορίζεται κάθε τραυματική εμπειρία, η οποία έχει λάβει χώρα πριν από την ηλικία των 18 ετών (Bishop et al., 2014; Bernstein, Stein & Handelsman, 1998). Όπως προκύπτει από τις επιδημιολογικές μελέτες που αναφέρθηκαν στο κεφάλαιο για τη συχνότητα και τις επιπτώσεις του παιδικού τραύματος, οι τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία είναι διεθνώς ένα αρκετά συχνό φαινόμενο. Χαρακτηριστικότερη των μελετών, εξαιτίας του μεγάλου αριθμού του δείγματος (51.945 ενήλικες) αλλά και του διαπολιτισμικού της χαρακτήρα (περιελάμβανε 21 χώρες διαφορετικού εισοδήματος) είναι η έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην οποία εκτιμήθηκαν τα τραυματικά γεγονότα της παιδικής ηλικίας, βρέθηκε ότι (59.3–66.2% του συνολικού δείγματος ανέφεραν πολλαπλές τραυματικές εμπειρίες, κατά μέσο όρο δύο ή περισσότερες (Kessler, McLaughlin & Green, 2010). Σύμφωνα επίσης με τα δεδομένα μίας αναδρομικής και προοπτικής επιδημιολογικής μελέτης σε 17000 άτομα στις Ηνωμένες Πολιτείες, με μέσο όρο ηλικίας 57 έτη, η οποία είχε αντικείμενο τις μακροχρόνιες επιδράσεις τραυματικών συμβάντων κατά τη διάρκεια των πρώτων 18 χρόνων της ζωής, τα δύο τρίτα του δείγματος ανέφεραν μία ή περισσότερες τραυματικές εμπειρίες (Felliti & Anda, 2010).

Στην Ελλάδα το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης είναι επίσης συχνό. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, κάθε χρόνο καταγράφονται 1.000-2.000 νέες περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών, με μεγαλύτερη συχνότητα στις μικρές ηλικίες (Fereti & Stavrianaki, 1997). Οι έρευνες όμως που εντοπίστηκαν στον ελληνικό πληθυσμό αφορούν κυρίως τραυματικές εμπειρίες λόγω σωματικής κακοποίησης (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011; Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2007; Fereti & Stavrianaki, 1997).

Όπως ήδη αναφέρθηκε το παιδικό τραύμα συνδέεται με σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις κατά την ενήλικη ζωή, όπως επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά, ευαλωτότητα σε ασθένειες, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, κατάχρηση ουσιών και πρόωρων θανάτων καθώς και με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης ψυχικών διαταραχών (Martins et al, 2011; Felitti & Anda, 2010; Kessler, McLaughlin & Green, 2010; Molnar, Buka, & Kessler, 2001; Mullen, Martin, Anderson, Romans, Herbison, 1993).

Οι κυριότεροι τύποι τραυματικών εμπειριών που έχουν μελετηθεί, συνήθως μεμονωμένα, είναι αυτοί που οφείλονται σε σωματική τιμωρία, συναισθηματική κακοποίηση και σεξουαλική παρενόχληση ή κακοποίηση καθώς και τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας που δεν εντάσσονται σε καμία από τις παραπάνω κατηγορίες, και περιλαμβάνουν διάφορα συμβάντα, όπως έκθεση σε φυσική καταστροφή, θάνατος γονέα κ.ά.

Στην ελληνική βιβλιογραφία εντοπίστηκε μόνο μία μελέτη για τις επιπτώσεις του παιδικού τραύματος στην ενήλικη ζωή, στην οποία διερευνήθηκε σε δείγμα 375 φοιτητών η σχέση παιδικών τραυματικών εμπειριών με την αλεξιθυμία, με προβλήματα υγείας και με αυτοκτονικό ιδεασμό (Βελίκης, Αναγνωστοπούλου, Μαστοράκου, Τριλίβα, Γκούβα, 2009)

Συμπερασματικά, η συχνότητα, με την οποία αναφέρονται παιδικές τραυματικές εμπειρίες στη διεθνή βιβλιογραφία, σε συνδυασμό με τα περιορισμένα ελληνικά ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τις μακροχρόνιες επιπτώσεις τους, καθιστούν πολύ σημαντική τη διεξαγωγή μίας μελέτης στον ελληνικό πληθυσμό για τη σχέση του παιδικού τραύματος με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή κατά την ενήλικη ζωή.

Η παρούσα μελέτη επιδιώκει να καλύψει το κενό που υπάρχει στην ελληνική βιβλιογραφία σχετικά με το πολυδιάστατο φαινόμενο του παιδικού ψυχικού τραύματος και των μακροχρόνιων επιπτώσεων του και έχει ως κύριο σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ διαφόρων μορφών του και μεταβλητών της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής κατά την ενήλικη ζωή.

4.1 Η επιλογή των παραγόντων ψυχοκοινωνικής προσαρμογής

Με βάση τη σχετική βιβλιογραφία έγινε η επιλογή να διερευνηθεί η σχέση του παιδικού τραύματος με τους ακόλουθους παράγοντες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής: α) τα επίπεδα καταστασιακού και δομικού άγχους, β) την αλεξιθυμία, γ) την ποιότητα ζωής και δ) με συμπτώματα διαφόρων κατηγοριών που αναφέρουν τα άτομα κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο.

Επιπλέον, διερευνήθηκε η επίδραση του παιδικού τραύματος στον παράγοντα αναβλητικότητα. Η επιλογή του παράγοντα της αναβλητικότητας έγινε με το σκεπτικό

ότι η αναβλητικότητα αποτελεί μία μορφή συμπεριφοράς πολύ διαδεδομένη στους φοιτητικούς πληθυσμούς (Uzun- Özer, Demir & Ferrari, 2009) και κατά συνέπεια θα μπορούσε να θεωρηθεί ως παράγοντας ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Η υπόθεση αυτή ενισχύεται και από μελέτες που δείχνουν ότι η αναβλητικότητα συνδέεται με την επίδοση στις σπουδές (Tan, Ang, Klassen, Lay See, Wong & Huan, 2008; Akinsola, Tella, & Tella, 2007) αλλά και με άλλους ψυχολογικούς παράγοντες, όπως με την ικανοποίηση από τη ζωή (Uzun - Özer & Saçkes, 2011). Κρίθηκε επομένως ότι θα είχε ενδιαφέρον να διερευνηθεί η παραπάνω σχέση στο συγκεκριμένο δείγμα.

4.2 Σύνοψη μελετών για τη σχέση του παιδικού τραύματος με το άγχος, την αλεξιθυμία, τη ποιότητα ζωής καθώς και με συμπτωματολογία κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο, σε ενήλικους μη κλινικούς πληθυσμούς

Αρκετές μελέτες υποδεικνύουν ότι οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες σχετίζονται με την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους κατά την ενήλικη ζωή. Τα ευρήματα μίας μελέτης σε μη κλινικό πληθυσμό 1209 ατόμων ηλικίας 18-70 ετών, στην οποία διερευνήθηκε η επίδραση των παιδικών τραυματικών εμπειριών και των τραυματικών εμπειριών κατά την ενήλικη ζωή στην εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους, έδειξαν ότι η ομάδα που ανέφερε τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία, ανέφερε και σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης σε σύγκριση, όχι μόνο με την ομάδα που δεν ανέφερε παιδικό τραύμα, αλλά και με την ομάδα που ανέφερε τραύμα, αλλά κατά την ενήλικη ζωή (Chu et al., 2013).

Η εμπειρία τραυματικών συμβάντων κατά τη παιδική ηλικία είναι ένα φαινόμενο διαδεδομένο στους φοιτητικούς πληθυσμούς και συνδέεται συχνά με την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους στην ενήλικη ζωή. Σε μία μελέτη σε 915 προπτυχιακούς φοιτητές βρέθηκε ότι οι παιδικές τραυματικές εμπειρίες συνδέονται με την εμφάνιση υποκλινικών συμπτωμάτων άγχους (Foster, 2014). Ειδικότερα παιδικές τραυματικές εμπειρίες λόγω συναισθηματικής κακοποίησης ή παραμέλησης σε φοιτητικό πληθυσμό συνδέονται με αναφερόμενα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και με συμπτώματα αποσυνδετικού τύπου κατά την ενήλικη ζωή (O'Dougherty-Wright, Crawford, Del Castillo, 2009).

Σε μία μελέτη, στην οποία συγκρίθηκαν δύο ομάδες φυσιολογικού πληθυσμού με και χωρίς υψηλά επίπεδα αλεξιθυμίας βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ αλεξιθυμίας και παιδικού τραύματος λόγω συναισθηματικής παραμέλησης (Aust, Härtwig, Heuser & Bajbouj, 2013).

Σε μία μελέτη σε δείγμα ελληνικού φοιτητικού πληθυσμού βρέθηκε ότι φοιτητές με ιστορικό κακοποίησης ή παραμέλησης τείνουν να εμφανίζουν προβλήματα στην αναγνώριση και την έκφραση συναισθημάτων και να παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό προβλήματα υγείας και αυτοκτονικού ιδεασμού στην ενηλικίωση (Βελίκης και συν., 2009).

Το παιδικό τραύμα έχει αρνητικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής των ατόμων ακόμη και δεκαετίες αργότερα. Σε μία μελέτη συγκρίθηκε μία ομάδα ατόμων που είχαν ως παιδιά βιώσει το ολοκαύτωμα του Β' Παγκοσμίου πολέμου, με μία ομάδα ατόμων που κατά τη διάρκεια των ετών 1940-45 ζούσαν σε μη εμπόλεμες χώρες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πρώτη ομάδα ανέφερε, ακόμα και 55 χρόνια μετά, σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής στις τρεις διαστάσεις (σωματική, ψυχολογική υγεία και κοινωνικές σχέσεις) της σύντομης μορφής του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής WHOQOL-Bref (Amir & Lev- Wiesel, 2003).

Ο αντίκτυπος των τραυματικών εμπειριών στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα κατά την ενήλικη ζωή είναι σημαντικά μεγαλύτερος σε άτομα που έχουν βιώσει τραυματικά συμβάντα κατά την παιδική ηλικία. Σε μία αναδρομική μελέτη σε φυσιολογικό δείγμα 1.995. ατόμων με μέση ηλικία 60.83 έτη που είχαν φοιτήσει σε πανεπιστήμιο των Ηνωμένων Πολιτειών κατά τα έτη 1964-1966, συγκρίθηκαν οι αρνητικές επιπτώσεις της έκθεσης σε τραυματικά συμβάντα σε άτομα που είχαν βιώσει τραύμα σε διαφορετικές χρονικές περιόδους της ζωής τους από την παιδική ηλικία έως και την ηλικία άνω των 55 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι τα άτομα που ανέφεραν τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία είχαν πιο σοβαρά συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες καθώς και χαμηλότερη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, όπως ικανότητα αντιμετώπισης ψυχοπιεστικών καταστάσεων και , υποκειμενικό αίσθημα ευτυχίας από τα άτομα που είχαν βιώσει τραυματικές εμπειρίες μετά την ενηλικίωση (Ogle, Rubin & Siegler, 2013).

Το παιδικό τραύμα συντελεί στην περαιτέρω μείωση της λειτουργικότητας και στην χαμηλή ποιότητα ζωής γυναικών οροθετικών στον ιό του AIDS (Troeman, Spies,

Cherner, Archibald, Fennema-Notestine, Theilmann, Spottiswoode, Stein & Seedat, 2011).

4.3 Η επιλογή των μέσων συλλογής δεδομένων

Προϋπόθεση για την πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης ήταν η επιλογή των κατάλληλων ερωτηματολογίων για τη συλλογή των δεδομένων. Αρχικά έγινε η επιλογή του βασικού ερωτηματολογίου για τη μέτρηση του παιδικού τραύματος. Αν και στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετά ερωτηματολόγια αναφορικά με το παιδικό τραύμα (Roy & Perry, 2004), δεν υπάρχει, εξ' όσων γνωρίζουμε, αντίστοιχο εργαλείο προσαρμοσμένο στην ελληνική γλώσσα. Μετά από διερεύνηση της σχετικής βιβλιογραφίας επιλέχθηκε η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου του παιδικού Τραύματος των Bremner και συνεργατών (Early Trauma Inventory – Self Report – Short Form (ETI-SR-SF), Bremner, Bolus & Mayer, 2007). Στην επιλογή του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου καθοριστικό ρόλο έπαιξαν: α) το περιεχόμενό του που καλύπτει ένα ευρύτατο φάσμα τραυματικών εμπειριών, και β) η πολύ ικανοποιητική αξιοπιστία και εγκυρότητά του, η οποία μάλιστα έχει επιβεβαιωθεί και από διαπολιτισμικές μελέτες, τα αποτελέσματα των οποίων προμοδοτούν τη χρήση του σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια (Osório, Salum, Donadon, Forni-dos-Santos, Loureiro, Crippa, 2013; Jeon, Lee, Lee, Jeong & Kim, 2012; Plaza, Torres, Martin-Santos, Gelabert & Imaz, 2011; Wang, Du, Sun, Wu, Xiao & Zhao, 2010; Rademaker Vermetten, Geuze, Mulder, Kleber, 2008; Hyman, Garcia, Kemp, Mazure & Sinha, 2005).

Για τη διερεύνηση της σχέσης του παιδικού τραύματος με την αναβλητικότητα και με συμπτωματολογία σχετιζόμενη με τραυματικές εμπειρίες χρειάστηκε να δημιουργηθούν ελληνικές εκδοχές των ακόλουθων δύο κλιμάκων: α) της κλίμακας αναβλητικότητας Tuckman (Tuckman Procrastination Scale-TPS, Tuckman, 1991) και β) της κλίμακας συμπτωμάτων σχετιζόμενων με τραυματικές εμπειρίες (Trauma Symptom Checklist – 40, TSC-40), (Elliot & Briere, 1992).

Για τη διερεύνηση της σχέσης του παιδικού τραύματος με τις υπόλοιπες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές επιλέχθηκαν: α) για τη διερεύνηση του άγχους η ελληνική

εκδοχή (Fountoulakis et al., 2006), του ερωτηματολογίου Καταστασιακού-Δομικού Άγχους του Spielberger (Spielberger et al., 1983), β) για τη διερεύνηση της Αλεξιθυμίας η ελληνική εκδοχή (Tsaousis, Taylor, Quilty, Georgiades, Stavrogiannopoulos & Bagby, 2010) της Κλίμακας Αλεξιθυμίας 20 λημμάτων του Τορόντο (Toronto Alexithymia Scale, TAS-20) (Bagby, Parker & Taylor, 1994) και γ) για τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής η ελληνική εκδοχή (Ginieri-Coccossis, Triantafyllou, Tomaras, Soldatos, Mavreas, Christodoulou, 2012; Κοκκώση, Τριανταφύλλου, Αντωνοπούλου, Τομαράς, Χριστοδούλου, 2003) της σύντομης μορφής του ερωτηματολογίου Ποιότητας ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL- BREF, World Health Organization, 1995).

Για τη διερεύνηση της σχέσης του παιδικού τραύματος με δημογραφικές μεταβλητές σχεδιάστηκε ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση γονέων κ.ά.).

4.4 Ερευνητικές υποθέσεις και ερευνητικό ερώτημα της παρούσας μελέτης

Βασισμένοι στο θεωρητικό πλαίσιο και στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διατυπώσαμε τις εξής υποθέσεις:

- 1) Θετική συσχέτιση μεταξύ συνολικού δείκτη και των διαφόρων τύπων παιδικού τραύματος με τα επίπεδα καταστασιακού και δομικού άγχους.
- 2) Θετική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού δείκτη και των διαφόρων τύπων παιδικού τραύματος και αλεξιθυμίας.
- 3) Αρνητική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού δείκτη και των διαφόρων τύπων παιδικού τραύματος και ποιότητας ζωής.
- 4) Θετική συσχέτιση μεταξύ των διαφόρων τύπων και του συνολικού δείκτη παιδικού τραύματος και συμπτωμάτων κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο.
- 5) Ερευνητικό ερώτημα: σχέση του παιδικού τραύματος με την αναβλητικότητα.

Επιμέρους στόχοι της μελέτης

- 1) Η διερεύνηση της αξιοπιστίας της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου του παιδικού τραύματος (Early Trauma Inventory - Self-Report – Short Form (ETI-SR-SF, Bremner et al., 2007).
- 2) Η διερεύνηση της αξιοπιστίας της ελληνικής εκδοχής της κλίμακας συμπτωμάτων σχετιζόμενων με τραυματικές εμπειρίες (Trauma Symptom Checklist – 40, TSC-40).
- 3) Η διερεύνηση της αξιοπιστίας της ελληνικής εκδοχής της κλίμακας της αναβλητικότητας (Procrastination Scale, Tuckman, 1991).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Δείγμα

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 605 προπτυχιακοί και μεταπτυχιακοί φοιτητές της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, του Παντείου Πανεπιστημίου και του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Προαγωγή Υγείας-Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν 24,3 με τυπική απόκλιση 7,8 έτη. Η αναλογία γυναίκες προς άνδρες στο δείγμα ήταν 2:1 και πιο συγκεκριμένα στο δείγμα συμπεριλήφθησαν 203 άνδρες και 402 γυναίκες. Η μεγάλη πλειοψηφία των ατόμων ήταν άγαμοι (88,4%) και χωρίς παιδιά (92%). Επιπρόσθετα, η ακαδημαϊκή επίδοση του 61,3 %, όπως αυτή προκύπτει από τον μέσο όρο βαθμολογίας τους, κυμαινόταν μεταξύ 7,1 και 8,5 (μέση επίδοση). Οι οικογένειες καταγωγής χαρακτηρίζονταν από σχετικά υψηλό μορφωτικό επίπεδο γονέων, καθώς η πλειονότητα ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ή κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου.

5.2 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των ερευνητικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια του ακαδημαϊκού έτους 2012-13. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και ανώνυμη. Οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν για το σκοπό και τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας, και έδιναν την συναίνεσή τους βασισμένοι στη γνώση αυτή (*informed consent*). Τα ερωτηματολόγια χορηγούνταν πριν ή μετά από τα μαθήματα, στους χώρους διδασκαλίας, αφού είχε προηγηθεί η ανάλογη συνεννόηση και με τους διδάσκοντες. Παράλληλα με τις οδηγίες που αναγράφονται στα ερωτηματολόγια, δίνονταν προφορικές οδηγίες και διευκρινίσεις. Το κριτήριο αποκλεισμού από το δείγμα ήταν άλλη μητρική γλώσσα εκτός της ελληνικής. Οι συμμετέχοντες κατανόησαν το στόχο και τη διαδικασία συλλογής δεδομένων. Η διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων είχε διάρκεια κατά μέσο όρο 40 λεπτά, διεξήχθη ομαλά και δεν αναφέρθηκε κάποιο πρόβλημα κατανόησης των ερωτήσεων. Η συνολική διαδικασία

χορήγησης και συλλογής των ερωτηματολογίων διήρκεσε 8 μήνες. Μετά τη συλλογή τους, τα ερωτηματολόγια φυλάσσονταν σε ασφαλή χώρο (κλειδωμένο ερμάριο), στον οποίο είχε πρόσβαση μόνο η ερευνήτρια. Εν συνεχεία, τα ερωτηματολόγια καταχωρούνταν σε ηλεκτρονική μορφή μέσω του προγράμματος στατιστικής επεξεργασίας Statistical Package for the Social Sciences, 14 (SPSS- 14).

5.3 Μέσα συλλογής δεδομένων

Τα μέσα συλλογής δεδομένων ήταν επτά (7): 1) γενικό ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων, 2) ερωτηματολόγιο του πρώιμου τραύματος - σύντομη μορφή (Bremner, Bolus, & Mayer, 2007), 3) κλίμακα συμπτωμάτων σχετιζόμενων με τραυματικές εμπειρίες (Elliot & Briere, 1992), 4) κλίμακα αλεξιθυμίας 20-λημμάτων του Τορόντο (Bagby, Taylor και Parker) (1994), 5) σύντομη μορφή της κλίμακας αναβλητικότητας (Tuckman, 1991) 6) ερωτηματολόγιο καταστασιακού - δομικού άγχους (Spielbreger, 1983) και 7) σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 1996).

5.3.1 Γενικό ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων

Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης. Προκειμένου να αξιοποιηθούν τα δεδομένα της έρευνας με το βέλτιστο τρόπο, κρίθηκε αναγκαίο να υπάρχει γνώση ορισμένων δημογραφικών στοιχείων των εξεταζόμενων ατόμων. Είναι εύλογο ότι το ερωτηματολόγιο δομήθηκε με τρόπο που να διασφαλίζει την ανωνυμία των συμμετεχόντων. Το γενικό ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων αποτελείται από δώδεκα (12) κλειστού τύπου ερωτήσεις, πολλαπλής επιλογής, οι οποίες αναφέρονται σε προσωπικά στοιχεία.

Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δώσουν πληροφορίες για το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή τους κατάσταση, καθώς και για το εάν διέμεναν μόνοι, με τους γονείς ή με τον/την σύντροφό τους. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο αντλούσε πληροφορίες για το επίπεδο εκπαίδευσης (απόφοιτος Λυκείου, TEI, ΑΕΙ, μεταπτυχιακοί τίτλοι), καθώς επίσης και για το επάγγελμα. Τα άτομα καλούνταν να αναφέρουν τη

σχολή στην οποία φοιτούσαν, το τμήμα, το εξάμηνο φοίτησης και μέσο όρο επίδοσης σπουδών. Τέλος, ζητήθηκαν κάποιες πληροφορίες για την οικογένεια των ατόμων, αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο και το επάγγελμα πατέρα και μητέρας, καθώς επίσης και το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα.

5.3.2 Το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς του Πρώιμου Τραύματος -σύντομη μορφή

Σύντομο ιστορικό της δημιουργίας του ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο του Πρώιμου Τραύματος (Early Trauma Inventory-ETI) είχε αρχικά τη μορφή ημι-δομημένης συνέντευξης, περιελάμβανε 56 λήμματα, και χορηγούνταν από κλινικούς (Bremner, Vermetten & Mazure, 2000). Η εκδοχή της αυτοαναφοράς (Early Trauma Inventory - Self Report, ETI-SR) δημιουργήθηκε το 2007 (Bremner, Bolus, & Mayer, 2007), βασίστηκε στο αρχικό ερωτηματολόγιο και περιλαμβάνει 62 ερωτήσεις οι οποίες καλύπτουν τέσσερεις τομείς πρώιμων τραυματικών γεγονότων ή εμπειριών. Ο πρώτος τύπος αναφέρεται σε τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας- γενικό τραύμα (*general trauma*), ο δεύτερος τύπος αναφέρεται σε τραυματικές εμπειρίες *σωματικής κακοποίησης (physical abuse)*, ο τρίτος αναφέρεται σε εμπειρίες *συναισθηματικής κακοποίησης (emotional abuse)* και ο τέταρτος σε εμπειρίες *σεξουαλικής κακοποίησης ή παρενόχλησης (sexual abuse)*.

Η δημιουργία της σύντομης μορφής

Η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς του Πρώιμου Τραύματος (ETI-SR-SF), προέκυψε από την εκδοχή της αυτοαναφοράς (ETI-SR), (Bremner et al., 2007). Για τη δημιουργία της σύντομης μορφής του ερωτηματολογίου επελέγησαν λήμματα που είχαν υψηλές συσχετίσεις μεταξύ τους ή ομαδοποιούνταν στην ανάλυση παραγόντων κάτω από ένα παράγοντα υποδηλώνοντας με αυτό τον τρόπο ότι μετρούν την ίδια διάσταση ή παρόμοιες διαστάσεις.

Η τελική σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου αποτελείται από 27 λήμματα, τα οποία κατανέμονται στις ακόλουθες τέσσερις υποκλίμακες που σχετίζονται με τέσσερις διαφορετικούς τύπους τραυματικών εμπειριών: α) έντεκα (11) στην υποκλίμακα «τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας ή γενικό τραύμα», όπως για παράδειγμα «Έχετε ποτέ εκτεθεί σε μια φυσική καταστροφή απειλητική για τη ζωή σας;» ή «Είχατε ποτέ την εμπειρία θανάτου ή σοβαρής ασθένειας ενός γονέα ή του προσώπου που είχε τη φροντίδα σας όταν ήσαστε παιδί;», β) πέντε (5) λήμματα στην υποκλίμακα «τραυματικές εμπειρίες λόγω σωματικής τιμωρίας», γ) πέντε (5) στην υποκλίμακα «τραυματικές εμπειρίες λόγω συναισθηματικής κακοποίησης», όπως «Σας ταπεινώναν συχνά ή σας γελοιοποιούσαν» «Σας έχουν ποτέ χαστουκίσει» και έξι (6) στην υποκλίμακα «τραυματικές εμπειρίες λόγω σεξουαλικής παρενόχλησης ή κακοποίησης», όπως, «Σας έτυχε ποτέ να «τρίψει» κάποιος τα γεννητικά του όργανα επάνω σας» ή « Σας εξανάγκασαν ποτέ να αγγίξετε ένα άλλο άτομο σε απόκρυφα μέρη του σώματός του».

Οι επιλογές απάντησης είναι η κατάφαση και η άρνηση (ΝΑΙ και ΟΧΙ). Στο τέλος του ερωτηματολογίου υπάρχει μία πρόσθετη ερώτηση, στην οποία ζητείται από το άτομο να επιλέξει από τις τραυματικές εμπειρίες που έχει βιώσει μία που θεωρεί ότι είχε τον μεγαλύτερο αντίκτυπο στη ζωή του και να απαντήσει σε δύο ερωτήματα μόνο σχετικά με αυτήν.

Ψυχομετρικές ιδιότητες της σύντομης μορφής

Οι συσχετίσεις ανάμεσα στη σύντομη και στην αρχική μορφή αυτοαναφοράς ήταν $r = 0,91$ για τις τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας, $r = 0.94$ για τις εμπειρίες από σωματική τιμωρία και $r = 0.97$ για τις εμπειρίες από συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση.

Βαθμολόγηση

Υπολογίζεται δείκτης για κάθε τομέα, ο οποίος προκύπτει από το άθροισμα των τραυματικών συμβάντων, στα οποία το άτομο έχει απαντήσει ΝΑΙ, καθώς και ένας συνολικός δείκτης τραύματος, ο οποίος προκύπτει από το άθροισμα των τεσσάρων

δεικτών. Σύμφωνα με τους συγγραφείς εναλλακτικοί τρόποι βαθμολόγησης, όπως ο συνυπολογισμός της σοβαρότητας και της συχνότητας του τραυματικού συμβάντος ή ο συναισθηματικός αντίκτυπος τη στιγμή του συμβάντος δεν προσθέτουν στην εγκυρότητα του εργαλείου (Bremner et al., 2007). Παρ' όλα αυτά, στην παρούσα μελέτη κρίθηκε σκόπιμο να ενσωματωθεί και η συχνότητα της τραυματικής εμπειρίας και στην περίπτωση που το άτομο απαντάει ότι είχε τη συγκεκριμένη εμπειρία να συμπληρώνει σε μία τριβάθμη κλίμακα τη συχνότητα της: μία ή δύο φορές=1, μερικές φορές=2, συχνά=3.

Διαδικασία δημιουργίας της ελληνικής εκδοχής

Η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στην ελληνική γλώσσα με γραπτή άδεια του συγγραφέα J. D. Bremner. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της αντίστροφης μετάφρασης (Brislin, 1970). Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε αρχικά στα ελληνικά ανεξάρτητα από δύο ψυχολόγους, άριστους γνώστες της αγγλικής γλώσσας. Στη συνέχεια συγκρίθηκαν οι δύο μεταφράσεις και μετά από συζήτηση επελέγη αυτή που θεωρήθηκε ότι αποδίδει καλύτερα τις έννοιες του ερωτηματολογίου. Η εκδοχή αυτή μεταφράστηκε εκ νέου στην αγγλική γλώσσα (αντίστροφη μετάφραση) ανεξάρτητα από την υποψήφια, και εστάλη ηλεκτρονικά στον συγγραφέα, ο οποίος έκανε τη σύγκριση της αντίστροφης μετάφρασης με το πρωτότυπο και απάντησε ότι έμεινε απόλυτα ικανοποιημένος. Η αντίστροφη μετάφραση μεταφράστηκε εκ νέου στην ελληνική γλώσσα και διαμορφώθηκε η ελληνική εκδοχή.

5.3.3 Κλίμακα συμπτωμάτων σχετιζόμενων με τραυματικές εμπειρίες (TSC-40)

Η κλίμακα συμπτωμάτων σχετιζόμενων με τραυματικές εμπειρίες (Trauma Symptom Checklist, TSC-40) (Elliot & Briere, 1992) για ενήλικες είναι μία κλίμακα αυτοαναφοράς 40 λημμάτων, η οποία μετράει ορισμένες πλευρές μετατραυματικού στρες καθώς και διάφορες κατηγορίες συμπτωμάτων που σχετίζονται με ψυχικό τραύμα. Η κλίμακα έχει σχεδιαστεί για την εκτίμηση των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων της

παιδικής κακοποίησης ((Briere & Runtz, 1989) και έχει χρησιμοποιηθεί για την διερεύνηση της ψυχολογικής προσαρμογής σε άτομα που έχουν υποστεί παιδικό τραύμα (Sesar, Barišić, Pandža & Dodaj, 2012). Στη παρούσα μελέτη η κλίμακα χρησιμοποιήθηκε ως δείκτης ψυχολογικής προσαρμογής.

Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν πόσο συχνά είχαν κάθε σύμπτωμα τους τελευταίους δύο μήνες χρησιμοποιώντας μία τετράβαθμη κλίμακα από το 0 («ποτέ») έως το 3 («συχνά»). Ένα παραδείγματα ερώτησης είναι το ακόλουθο: «Πόσο συχνά είχατε τους τελευταίους δύο μήνες αίσθημα απομόνωσης από τους άλλους;».

Από την TSC-40, εκτός της συνολικής τιμής, η οποία κυμαίνεται από 0 έως 120, προκύπτουν και έξι (6) υποκλίμακες, οι οποίες είναι: άγχος, κατάθλιψη, αποσύνδεση, δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης, σεξουαλικά προβλήματα και διαταραχές ύπνου. Η TSC-40 είναι η αναθεωρημένη μορφή της αρχικής TSC-33 (Briere & Runtz, 1989), η οποία δεν περιελάμβανε τις υποκλίμακες «σεξουαλικά προβλήματα» και «διαταραχές ύπνου». Σύμφωνα με τους συγγραφείς η κλίμακα χρησιμοποιείται αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Η κλίμακα έχει ικανοποιητική αξιοπιστία Cronbach's α από .66-.77 για τις υποκλίμακες και από .89 - .91 για τη συνολική κλίμακα (Briere, 1996) καθώς επίσης και ικανοποιητική διακριτική ικανότητα μεταξύ ατόμων που έχουν βιώσει και ατόμων που δεν έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες (Whiffen, Benazon & Bradshawet, 1997; Zlotnic, Tracie-Shea, Begin, Pearlstein, Simpson & Costello, 1996).

Η διαδικασία δημιουργίας της ελληνικής εκδοχής ήταν ίδια όπως και για το ερωτηματολόγιο του πρώιμου τραύματος. Ακολουθήθηκε η μέθοδος της αντίστροφης μετάφρασης, (Brislin,1970). Η αντίστροφη μετάφραση εστάλη στον συγγραφέα, ο οποίος απάντησε ότι θεωρεί ότι αποδίδει ικανοποιητικά το νόημα της πρωτότυπης εκδοχής.

5.3.4 Κλίμακα Αλεξιθυμίας 20-λήμμάτων του Τορόντο (TAS-20)

Η TAS – 20 σχεδιάστηκε από τους Bagby, Taylor και Parker (1994) και είναι η αναθεωρημένη εκδοχή της παλαιότερης κλίμακας της Αλεξιθυμίας, η οποία αποτελούνταν από είκοσι έξι (26) λήμματα (Taylor, Ryan, & Bagby, 1985). Η TAS – 20 έχει ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια και αξιοπιστία (Cronbach's $\alpha = 0.80$). Αποτελείται από 20 λήμματα, τα οποία βαθμολογούνται από 1 («Διαφωνώ απόλυτα») έως το 5 («Συμφωνώ απόλυτα»). Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 20 έως 100.

Η κλίμακα περιλαμβάνει τρεις παράγοντες. Ο πρώτος παράγοντας αναφέρεται σε δυσκολία προσδιορισμού των συναισθημάτων και διαχωρισμού τους από τις σωματικές αντιδράσεις που προκαλούνται από συναισθηματική διέγερση (*Difficulty Identifying Feelings-DIF*). Ο δεύτερος παράγοντας αναφέρεται σε δυσκολία περιγραφής των συναισθημάτων στους άλλους (*Difficulty Describing Feelings-DDF*). Ο τρίτος αναφέρεται στη σκέψη που είναι προσανατολισμένη προς το εξωτερικό περιβάλλον (*Externally Oriented Thinking - EOT*) και τείνει να εστιάζει σε εξωτερικές λεπτομέρειες της καθημερινής ζωής και όχι σε συναισθήματα, φαντασιώσεις και άλλες εσωτερικές εμπειρίες.

Η TAS – 20 έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε πολλές γλώσσες και έχει χρησιμοποιηθεί σε πλήθος ερευνητικών μελετών. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η ελληνική εκδοχή (Tsaousis et al., 2010). Από τον έλεγχο των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της κλίμακας προέκυψε ότι η ελληνική εκδοχή της TAS-20 είναι μία έγκυρη και αξιόπιστη μέτρηση της αλεξιθυμίας σε φοιτητές, αλλά και γενικότερα σε άλλα δείγματα ελληνικού πληθυσμού (Tsaousis et al., 2010).

5.3.5 Η σύντομη μορφή της κλίμακας Αναβλητικότητας του Tuckman

Η σύντομη μορφή της κλίμακας για τη μέτρηση της αναβλητικότητας αποτελείται από δεκαέξι (16) λήμματα και δημιουργήθηκε από τον Bruce W.Tuckman (1991). Η συγκεκριμένη κλίμακα μετρά την τάση του ατόμου να «χάνει τον καιρό του», να αργοπορεί και να αναβάλλει πράγματα που πρέπει να γίνουν, να καθυστερεί να αρχίσει ή να τελειώσει ένα έργο. Πέρα από αυτό, η κλίμακα αναφέρεται σε τάσεις αναποφασιστικότητας καθώς επίσης και σε δυσκολίες διαχείρισης του χρόνου. Κάποια χαρακτηριστικά παραδείγματα ερωτήσεων είναι τα ακόλουθα «Καθυστερώ άσκοπα να τελειώσω τις δουλειές μου ακόμη και όταν είναι σημαντικές» ή «Πιστεύω πως όταν κάτι είναι πολύ δύσκολο να αντιμετωπιστεί είναι καλύτερα να το αναβάλλω».

Κάθε λήμμα βαθμολογείται από το 1 (Συμφωνώ πολύ) έως το 5 (Διαφωνώ πολύ). Ορισμένες ερωτήσεις βαθμολογούνται αντίστροφα, όπως για παράδειγμα «όποτε κάνω ένα σχέδιο δράσης το ακολουθώ» ή «τελειώνω πάντα εγκαίρως σημαντικές δουλειές». Όσο υψηλότερη είναι η συνολική τιμή τόσο μεγαλύτερη θεωρείται η τάση αναβλητικότητας. Συνολική τιμή ανώτερη του 54 θεωρείται υψηλή. Η κλίμακα έχει ικανοποιητική εσωτερική συνοχή (δείκτης Cronbach's $\alpha = 0.86$) και υψηλή συσχέτιση με μετρήσεις αναβλητικής συμπεριφοράς (Howell, Watson, Powell & Buro, 2006; Tuckman, 1991).

Η κλίμακα μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στην ελληνική γλώσσα με άδεια του συγγραφέα Bruce W.Tuckman. Η διαδικασία δημιουργίας της ελληνικής εκδοχής ήταν η ίδια όπως για το ερωτηματολόγιο του πρώιμου τραύματος. Ακολουθήθηκε η μέθοδος της αντίστροφης μετάφρασης (Brislin, 1970). Η αντίστροφη μετάφραση εστάλη στον συγγραφέα ο οποίος απάντησε ότι θεωρεί πως αποδίδει ικανοποιητικά το νόημα της πρωτότυπης εκδοχής.

5.3.6 Το Ερωτηματολόγιο Καταστασιακού-Δομικού Άγχους (STAI)

Οι έννοιες καταστασιακό και δομικό άγχος εισήχθησαν από τον Cattell και αναπτύχθηκαν από τον Spielberger. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η ελληνική στάθμιση των Φουντουλάκη και συνεργατών (Fountoulakis et al., 2006). Το ερωτηματολόγιο καταστασιακού και δομικού άγχους περιλαμβάνει δύο χωριστές κλίμακες αυτοαναφοράς, την κλίμακα καταστασιακού άγχους και την κλίμακα δομικού

άγχους. Η πρώτη αποτελείται από 20 λήμματα τα οποία αξιολογούν το πώς αισθάνεται το άτομο *την παρούσα στιγμή*. Η δεύτερη αποτελείται επίσης από 20 λήμματα, τα οποία όμως αξιολογούν το πώς αισθάνεται το άτομο *γενικά*. Οι καταστάσεις άγχους χαρακτηρίζονται από υποκειμενικό αίσθημα έντασης, νευρικότητας και ανησυχίας. Σε επίπεδο σωματικών αντιδράσεων προκαλούν ενεργοποίηση ή ακόμη και διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, οδηγώντας σε καταστάσεις όπως η εφίδρωση, ο τρόμος και η ζαλάδα.

Το καταστασιακό άγχος αναφέρεται στην εμπειρία δυσάρεστων συναισθημάτων όταν το άτομο βρίσκεται αντιμέτωπο με ορισμένες ειδικές απαιτητικές καταστάσεις ή συμβάντα. Όταν το αγγόνο ερέθισμα, το οποίο το άτομο θεωρεί απειλητικό, παύει να υφίσταται, το άτομο δεν αισθάνεται πλέον άγχος. Επομένως το καταστασιακό άγχος είναι μία αντίδραση απέναντι σε μία προσωρινή κατάσταση, από την οποία το άτομο θεωρεί ότι απειλείται.

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα καταστασιακού άγχους είναι η νευρικότητα από την οποία διακατέχονται πολλοί άνθρωποι όταν πρόκειται να μιλήσουν σε κοινό. Τα συναισθήματα άγχους εμφανίζονται πριν αρχίσουν την ομιλία τους, συνεχίζονται κατά τη διάρκεια της ομιλίας και υποχωρούν όταν αυτή τελειώσει. Υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές στην ένταση του καταστασιακού άγχους. Ορισμένα άτομα βιώνουν ελαφρό άγχος και νευρικότητα ενώ άλλα, κάτω από τις ίδιες συνθήκες, αισθάνονται έντονη νευρικότητα, αδυναμία και ζαλάδα.

Το δομικό άγχος, όπως και το καταστασιακό, αποτελεί μία αντίδραση απέναντι σε μία απειλητική για το άτομο κατάσταση, διαφέρει όμως από αυτό στην ένταση, στη διάρκεια και στην έκταση των καταστάσεων που το προκαλούν. Άτομα με υψηλό επίπεδο δομικού άγχους βιώνουν πολύ πιο έντονου βαθμού άγχος σε μεγάλο φάσμα καταστάσεων ή συμβάντων από ότι οι περισσότεροι άνθρωποι. Με αυτή την έννοια το δομικό άγχος μπορεί να θεωρηθεί ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και όχι ως ένα προσωρινό συναίσθημα.

5.3.7 Η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου Ποιότητας ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF)

Πρόκειται για ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αυτές μετρούν την ποιότητα ζωής σε τέσσερις διαστάσεις, τη σωματική υγεία, την ψυχολογική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις και τη σχέση του ατόμου με το περιβάλλον του. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει επίσης δύο ερωτήσεις, οι οποίες προσφέρουν μια συνολική εκτίμηση της ποιότητας ζωής και της κατάστασης της υγείας. Υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη καλύτερης ποιότητας ζωής.

Χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοχή (Κοκκώση και συν. 2003), η οποία περιλαμβάνει τις 26 ερωτήσεις του πρωτοτύπου και 4 επιπλέον ερωτήσεις, οι οποίες προέκυψαν από την προσαρμογή του ερωτηματολογίου, με ομάδες εστιασμένης συζήτησης, στα ελληνικά πολιτισμικά δεδομένα. Με τη μέθοδο της παραγοντικής ανάλυσης, επιβεβαιώθηκε το μοντέλο των τεσσάρων θεματικών ενοτήτων της αγγλικής έκδοχής και αναδείχθηκε επίσης η αναγκαιότητα ένταξης τεσσάρων νέων ερωτήσεων κατάλληλων για την ελληνική έκδοχή του ερωτηματολογίου.

Πιο συγκεκριμένα, έγινε η προσθήκη δύο (2) ερωτήσεων, οι οποίες αναφέρονται στη διατροφή και στην εργασιακή ικανοποίηση και εντάσσονται στην ενότητα Σωματική Υγεία, και δύο (2) ερωτήσεων, οι οποίες αναφέρονται στην κοινωνική και στην οικογενειακή ζωή και ενσωματώνονται στην θεματική ενότητα Κοινωνικές σχέσεις. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου των ψυχομετρικών ιδιοτήτων, η ελληνική έκδοχή του ερωτηματολογίου, παρουσιάζει ικανοποιητικά επίπεδα αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's $\alpha = 0,67-0,81$).

Επιπλέον, η ελληνική έκδοχή παρουσιάζει ικανοποιητικά επίπεδα εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής, καθώς παρατηρούνται ικανοποιητικές συσχετίσεις μεταξύ των ερωτήσεων και των θεματικών ενοτήτων, καθώς και μεταξύ των ερωτήσεων σε κάθε θεματική ενότητα. Τα επίπεδα συγκλίνουσας εγκυρότητας κρίνονται ικανοποιητικά, καθώς υπάρχουν σημαντικές συσχετίσεις με το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ-28) και με την Κλίμακα Ικανοποίησης Ζωής (LSI), και τα επίπεδα διακριτικής εγκυρότητας, η ικανότητα του ερωτηματολογίου να ανιχνεύει διαφορές μεταξύ υγιών και ασθενών και μεταξύ ατόμων με σωματικές νόσους και ασθενών που

πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, είναι επίσης ικανοποιητικά. Ο έλεγχος αξιοπιστίας ελέγχου-επανελέγχου έδειξε ότι οι τιμές για όλες τις θεματικές ενότητες κυμαίνονται από 0,80 ως 0,87.

Η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου των ψυχομετρικών ιδιοτήτων, αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο εκτίμησης της ποιότητας ζωής, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί στον ευρύτερο χώρο της Υγείας για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής κλινικών ομάδων, αλλά και υγιών ατόμων.

5.4 Στατιστική επεξεργασία δεδομένων

Η εσωτερική συνοχή των κλιμάκων ETI-SR-SF, TSC-40 και TPS ελέγχθηκε μέσω υπολογισμού του συντελεστή (α) του Cronbach. Οι συντελεστές ενδοταξικής συσχέτισης (Intraclass Correlation Coefficients, ICCs) υπολογίστηκαν για τη διερεύνηση της αξιοπιστίας χορήγησης-επαναχορήγησης της κάθε κλίμακας. Επιπλέον ο συντελεστής συσχέτισης Pearson (r) χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση των (διορθωμένων) συσχετίσεων μεταξύ του κάθε λήμματος και της συνολικής βαθμολογίας κάθε κλίμακας μείον της βαθμολογίας στο εκάστοτε υπό εξέταση λήμμα.

Η κανονικότητα της κατανομής όλων των μεταβλητών στο συνολικό δείγμα ελέγχθηκε μέσω της δοκιμασίας Kolmogorov-Smirnov. Οι συγκρίσεις μεταξύ δύο ομάδων έγιναν μέσω της δοκιμασίας t-test και μεταξύ τριών ομάδων έγιναν μέσω της δοκιμασίας ανάλυσης μεταβλητότητας (one-way ANOVA). Οι κατά ζεύγη συγκρίσεις της ANOVA έγιναν μέσω των post hoc διορθώσεων Bonferroni. Για τις συγκρίσεις μη ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 . Οι συσχετίσεις μεταξύ μεταβλητών εκτιμήθηκαν με τον υπολογισμό των συντελεστών Pearson (r).

Η επίδραση των σχετιζόμενων με το τραύμα μεταβλητών επί των δύο συνιστωσών του άγχους (δομικό-καταστασιακό) διερευνήθηκε μέσω τεσσάρων παλινδρομικών μοντέλων.

Για όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό στατιστικής επεξεργασίας IBM SPSS Statistics 20. Το κριτήριο στατιστικής σημαντικότητας για όλες τις δοκιμασίες ορίστηκε στο επίπεδο $p = 0,05$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Λόγω της συμμετοχής προπτυχιακών και μεταπτυχιακών φοιτητών το ηλικιακό εύρος του δείγματος είναι σχετικά ευρύ και ένα σημαντικό ποσοστό συμμετεχόντων ήταν ήδη κάτοχοι πτυχίου ΑΕΙ ή μεταπτυχιακού τίτλου. Η αναλογία γυναίκες προς άνδρες στο δείγμα είναι 2:1. Η επίδοση στις σπουδές εμφανίζει κανονική κατανομή με την πλειονότητα των συμμετεχόντων να αναφέρει μέσου επιπέδου επίδοση (λίαν καλώς). Το μορφωτικό επίπεδο των γονέων χαρακτηρίζεται σχετικά υψηλό (η πλειονότητα απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ή κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου).

Στον Πίνακα 2 εμφανίζονται οι μέσοι όροι του συνόλου του δείγματος στις κλίμακες άγχους, αναβλητικότητας, αλεξιθυμίας και ποιότητας ζωής. Όλες οι μεταβλητές, τόσο οι κλινικές όσο και οι δημογραφικές, παρουσιάζουν κανονική κατανομή και κατά συνέπεια στη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιούνται αποκλειστικά παραμετρικές δοκιμασίες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (N= 605)

	N	%
Φύλο		
Άνδρες	203	33,6
Γυναίκες	402	66,4
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμοι	531	88,4
Έγγαμοι/Διαζευγμένοι	70	11,6
Παιδιά		
Ναι	50	8,4
Όχι	552	91,6
Διαμονή		
Μόνοι	215	36,4
Με γονείς/αδέλφια	286	48,4
Με σύντροφο	89	15,1
Επίπεδο σπουδών		
Απόφοιτοι λυκείου	399	66,2
Απόφοιτοι ΤΕΙ	36	6,0
Απόφοιτοι ΑΕΙ	134	22,2
Μεταπτυχιακό δίπλωμα	34	5,6
Μέση ακαδημαϊκή επίδοση		
5 – 7	87	20,5
7,1 – 8,5	260	61,3
8,6 – 10	77	18,2
Εκπαίδευση πατέρα		
Βασική	78	13,1
Δευτεροβάθμια	145	24,4
Τριτοβάθμια	334	56,1
Μεταπτυχιακή	38	6,4
Εκπαίδευση μητέρας		
Βασική	82	13,7
Δευτεροβάθμια	181	30,4
Τριτοβάθμια	307	51,5
Μεταπτυχιακή	26	4,4
	M.O. (T.A.)	Εύρος τιμών
Ηλικία	24,3 (7,8)	18-54
Οικογενειακό εισόδημα (€/μήνα)	2737 (1804)	150-15000

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Μέσοι όροι του δείγματος στις κλίμακες άγχους, αναβλητικότητας, αλεξιθυμίας και ποιότητας ζωής (N= 605)

	M.O. (T.A.)	Εύρος τιμών
STAI-S ^a	37,08 (11,29)	11-76
STAI-T ^β	41,36 (10,79)	15-72
TPS ^γ	40,73 (11,58)	16-79
TAS-20 ^δ	55,09 (8,22)	26-83
WHO-QOL-BREF ^ε		
I. Σωματική υγεία	15,33 (1,85)	9,78-19,56
II. Ψυχολογική υγεία	14,38 (2,31)	5,33-20
III. Κοινωνικές σχέσεις	14,61 (2,59)	6,40-20
IV. Περιβάλλον	13,85 (2,12)	5,50-19
Συνολικός δείκτης ποιότητας ζωής	4,01 (0,8)	4-5

^aΚλίμακα Καταστασιακού Άγχους

^βΚλίμακα Δομικού Άγχους

^γΚλίμακα Αναβλητικότητας

^δΚλίμακα Αλεξιθυμίας

^εΕρωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής

6.2 Αξιοπιστία και δομή του ερωτηματολογίου του πρώιμου Τραύματος (ETI-SR-SF)

Η ελληνική μετάφραση της σύντομης μορφής του Ερωτηματολογίου Πρώιμου Τραύματος (ETI-SR-SF) βαθμολογήθηκε με διχοτομικό τρόπο (NAI/OXI) καθώς και με διαβαθμισμένο τρόπο βάσει της συχνότητας της τραυματικής εμπειρίας, όπως προαναφέρθηκε. Ελέγχθηκε η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου με τον καθένα από τους τρόπους βαθμολόγησης.

Με τη διχοτομική βαθμολογία η εσωτερική συνοχή βρέθηκε να είναι χαμηλή σε μη-αποδεκτά επίπεδα. Συγκεκριμένα, η τιμή του συντελεστή Cronbach α για τη σχέση μεταξύ υποκλιμάκων και του συνόλου του ερωτηματολογίου ήταν 0,52 (ικανοποιητικά επίπεδα θεωρούνται οι τιμές $\geq 0,70$). Αντιστοίχως μικρού μέχρι μεσαίου μεγέθους βρέθηκαν οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των υποκλιμάκων και της συνολικής βαθμολογίας ($r = 0,22 - 0,38$). Οι τιμές του συντελεστή για την κάθε υποκλίμακα ξεχωριστά κυμάνθηκαν σε αποδεκτά επίπεδα (0,81- 0,88) για τις 3 υποκλίμακες, τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας, τραυματικές εμπειρίες λόγω συναισθηματικής

κακοποίησης, τραυματικές εμπειρίες λόγω σεξουαλικής παρενόχλησης ή κακοποίησης, αλλά όχι για την υποκλίμακα τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία (0,63).

Αντιθέτως, όλοι οι δείκτες εσωτερικής συνοχής του ερωτηματολογίου βρέθηκαν υψηλοί, όταν ελέγχθηκε η διαβαθμισμένη βαθμολόγησή του. Συγκεκριμένα, η τιμή του συντελεστή Cronbach α για τη σχέση μεταξύ υποκλιμάκων και του συνόλου του ερωτηματολογίου ήταν 0,91. Οι επιμέρους τιμές εσωτερικής συνοχής μεταξύ υποκλιμάκων και συνόλου ήταν υψηλές και οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ υποκλιμάκων και συνόλου ήταν μεγάλου μεγέθους, όπως φαίνεται αναλυτικά στον Πίνακα 3. Η αξιοπιστία χορήγησης – επαναχορήγησης του ETI-SR-SF ήταν πολύ υψηλή, όπως προκύπτει από τους αντίστοιχους συντελεστές ICC του Πίνακα 3, οι οποίοι είναι υψηλοί τόσο για τη συνολική βαθμολογία όσο και για κάθε υποκλίμακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία χορήγησης – επαναχορήγησης του Ερωτηματολογίου Πρώιμου Τραύματος (ETI-SR-SF)

ETI	Cronbach α αν το λήμμα εξαιρεθεί	Διορθωμένη συσχέτιση λήμματος – συνόλου	ICC χορήγησης – επαναχορήγησης (95% CI)
I. Τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας	0,85	0,89	0,89 (0,82-0,94)
II. Τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία	0,84	0,82	0,85 (0,74-0,91)
III. Τραυματικές εμπειρίες λόγω συναισθηματικής κακοποίησης	0,86	0,66	0,86 (0,76-0,92)
IV. Τραυματικές εμπειρίες λόγω σεξουαλικής παρενόχλησης ή κακοποίησης	0,78	0,89	0,91 (0,85-0,95)
Συνολική βαθμολογία	0,91	--	0,93 (0,89-0,96)

Επιπλέον ελέγχθηκε με παραγοντική ανάλυση η δομή κάθε υποκλίμακας, από την οποία βρέθηκε ότι τα λήμματα σε κάθε υποκλίμακα συμβάλλουν σε ένα μόνο παράγοντα, οποίος εξηγεί σημαντικά μεγάλο ποσοστό της διακύμανσης της βαθμολογίας (Πίνακας 4).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Παραγοντική ανάλυση των υποκλιμάκων του Ερωτηματολογίου
Πρώιμου Τραύματος (ETI-SR-SF)**

Λήμματα του ETI	Παράγοντας 1	Σύνολο	<i>Eigenvalues</i>
			% Διακύμανσης που εξηγείται
I. Τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας		7,16	65,09
1	0,80		
2	0,77		
3	0,84		
4	0,75		
5	0,86		
6	0,86		
7	0,75		
8	0,64		
9	0,76		
10	0,90		
11	0,89		
II. Τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία		2,77	55,31
1	0,57		
2	0,74		
3	0,83		
4	0,77		
5	0,79		
III. Τραυματικές εμπειρίες λόγω συναισθηματικής κακοποίησης		3,11	62,16
1	0,70		
2	0,87		
3	0,75		
4	0,84		
5	0,77		
IV. Τραυματικές εμπειρίες λόγω σεξουαλικής παρενόχλησης ή κακοποίησης		4,81	80,25
1	0,88		
2	0,79		
3	0,94		
4	0,92		
5	0,92		
6	0,92		

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των υποκλιμάκων του ET-SR-SF. Μόνο οι τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία και

συναισθηματική κακοποίηση βρέθηκαν να σχετίζονται σχετικά ισχυρά μεταξύ τους (συντελεστής μεσαίου μεγέθους). Οι τραυματικές εμπειρίες λόγω σεξουαλικής παρενόχλησης ή κακοποίησης σχετίζονταν πολύ ασθενώς με τη σωματική τιμωρία και τη συναισθηματική κακοποίηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Αλληλοσυσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του Ερωτηματολογίου Πρώιμου Τραύματος (ETI-SR-SF)

ETI-SR-SF	I	II	III	IV
I. Τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας	--			
II. Τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία	0,20***	--		
III. Τραυματικές εμπειρίες λόγω συναισθηματικής κακοποίησης	0,25***	0,39***	--	
IV. Τραυματικές εμπειρίες λόγω σεξουαλικής παρενόχλησης ή κακοποίησης	0,28***	0,07	0,10*	--

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

6.3 Αξιοπιστία της Κλίμακας Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με Τραυματικές Εμπειρίες (TSC-40) και της Κλίμακας Αναβλητικότητας (TPS)

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται όλοι οι δείκτες εσωτερικής συνοχής και αξιοπιστίας της κλίμακας TSC-40. Όπως φαίνεται στον πίνακα, ο δείκτης Cronbach α της κλίμακας ήταν υψηλός. Η εσωτερική συνοχή της TSC-40 παρέμεινε σε ικανοποιητικά επίπεδα και με την απάλειψη καθεμιάς από τις υποκλίμακες της. Οι συντελεστές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων και της συνολικής βαθμολογίας ήταν πολύ υψηλοί ($\geq 0,70$) με εξαίρεση τη συσχέτιση του Δείκτη σεξουαλικής κακοποίησης με τη συνολική βαθμολογία που ήταν μικρής ισχύος. Λόγω αυτού του ευρήματος ελέγχθηκε επιπλέον η εσωτερική συνοχή της κλίμακας βάσει μεμονωμένων λημμάτων του και όχι μόνο των υποκλιμάκων για να εντοπιστεί αν ορισμένα λήμματα που συμπεριλαμβάνονται στο δείκτη σεξουαλικής κακοποίησης δημιουργούν πρόβλημα συνοχής. Σε αυτή την ανάλυση ο συντελεστής Cronbach α του TSC-40 βρέθηκε υψηλός (0,87) και παρέμεινε υψηλός και με την απάλειψη καθενός από τα λήμματα ($\geq 0,86$). Ως εκ τούτου διατηρήθηκαν όλα τα λήμματα και όλες οι υποκλίμακες στην περαιτέρω ανάλυση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία χορήγησης – επαναχορήγησης της Κλίμακας Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με Τραυματικές Εμπειρίες (TSC-40)

TSC-40	Cronbach α αν το λήμμα εξαιρεθεί	Διορθωμένη συσχέτιση λήμματος – συνόλου	ICC χορήγησης – επαναχορήγησης (95% CI)
Αποσυνδεδετικού τύπου συμπτώματα	0,70	0,81	0,93 (0,87-0,96)
Άγχος	0,68	0,78	0,92 (0,86-0,95)
Διαταραχές ύπνου	0,69	0,76	0,83 (0,71-0,90)
Σεξουαλικά προβλήματα	0,70	0,70	0,86 (0,76-0,92)
Κατάθλιψη	0,67	0,84	0,90 (0,83-0,94)
Δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης	0,78	0,21	0,16 (-0,44-0,51)
Συνολική βαθμολογία	0,89	--	0,89 (0,81-0,94)

Η αξιοπιστία χορήγησης – επαναχορήγησης της TSC-40 ήταν πολύ υψηλή, όπως προκύπτει από τους αντίστοιχους συντελεστές ICC του Πίνακα 6, οι οποίοι είναι υψηλοί τόσο για τη συνολική βαθμολογία όσο και για όλες τις υποκλίμακες πλην του Δείκτη σεξουαλικής κακοποίησης. Ο συντελεστής ICC για τη συγκεκριμένη υποκλίμακα ήταν πολύ χαμηλός. Συνεπώς τα συμπτώματα που συνιστούν το δείκτη σεξουαλικής κακοποίησης δεν εμφανίζουν σταθερότητα σε επαναλαμβανόμενες χορηγήσεις της TSC-40.

Όσον αφορά τις ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας αναβλητικότητας (TPS), ο συντελεστής Cronbach α βρέθηκε υψηλός (0,90) και παρέμεινε υψηλός και με την απάλειψη καθενός από τα λήμματα ($\geq 0,89$), ενδεικτικός υψηλής εσωτερικής συνοχής. Επιπλέον οι διορθωμένες συσχετίσεις μεταξύ κάθε λήμματος και της συνολικής βαθμολογίας κυμάνθηκαν σε μεσαίο έως υψηλό επίπεδο ($r = 0,40-0,69$). Η αξιοπιστία χορήγησης – επαναχορήγησης της TPS ήταν πολύ υψηλή, εφόσον ο συντελεστής ICC μεταξύ των μετρήσεων ήταν 0,90 (95%CI = 0,81-0,95).

6.4 Συσχετίσεις του πρώιμου τραύματος με το άγχος, την αλεξιθυμία και την αναβλητικότητα

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ του ερωτηματολογίου του πρώιμου τραύματος (ETI-SR-SF) και του Ερωτηματολογίου καταστασιακού και δομικού άγχους (STAI) και των κλιμάκων αλεξιθυμίας (TAS-20) και αναβλητικότητας (TPS). Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας του ETI-SR-SF και των βαθμολογιών στο STAI και στην TPS. Αντιθέτως, η αλεξιθυμία δεν βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά ούτε με τη συνολική βαθμολογία ούτε με κάποια από τις υποκλίμακες του ETI-SR-SF. Συσχετίσεις μεσαίου επιπέδου ισχύος παρατηρούνται μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας του ETI-SR-SF και του καταστασιακού και δομικού άγχους καθώς και μεταξύ των τραυματικών εμπειριών λόγω συναισθηματικής κακοποίησης και του δομικού άγχους. Οι συσχετίσεις μεταξύ πρώιμου τραύματος και αναβλητικότητας ήταν μικρής ισχύος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Συσχετίσεις του πρώιμου τραύματος με το άγχος, την αλεξιθυμία και την αναβλητικότητα

Μεταβλητές	ETI				Συνολικό Τραύμα
	Τραύμα ποικίλης αιτιολογίας	Τραύμα σωματικής τιμωρίας	Τραύμα συναισθηματικής κακοποίησης	Τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης	
STAI-S ^α	0,13**	0,20***	0,27***	0,11**	0,29***
STAI-T ^β	0,13**	0,22***	0,36***	0,14**	0,34***
TAS-20 ^γ	0,02	0,04	-0,02	-0,02	0,01
TPS ^δ	-0,02	0,11**	0,18***	0,08	0,13**

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

^αΚλίμακα Καταστασιακού Άγχους

^βΚλίμακα Δομικού Άγχους

^γΚλίμακα Αλεξιθυμίας

^δΚλίμακα Αναβλητικότητας

6.5 Πρόβλεψη της διακύμανσης του Καταστασιακού και του Δομικού Άγχους από το σύνολο των τραυματικών εμπειριών και τις επιμέρους κατηγορίες τους

Ο Πίνακας 8 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της ανάλυσης παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην υποκλίμακα Καταστασιακού άγχους του ερωτηματολογίου STAI και ανεξάρτητη μεταβλητή (προβλεπτικό παράγοντα) τη συνολική βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο του τραύματος ETI-SR-SF.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Ανάλυση παλινδρόμησης μεταξύ καταστασιακού άγχους (βαθμολογία STAI-K) και συνόλου τραυματικών εμπειριών

	Σταθμισμένο R ²	F	β	t	p
ETI-SR-SF	0,096	55,06	0,31	7,42	<0,001

Από τον πίνακα αυτόν προκύπτει ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή, δηλαδή το σύνολο των τραυματικών εμπειριών, έχει στατιστικά σημαντική προβλεπτική αξία στην ερμηνεία της εξαρτημένης μεταβλητής. Ο σταθμισμένος συντελεστής προσδιορισμού ισούται με 0,096. Το εύρημα αυτό σημαίνει ότι περίπου το 10% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής «καταστασιακό άγχος» εξηγείται από τη διακύμανση της ανεξάρτητης μεταβλητής, δηλαδή το σύνολο των τραυματικών εμπειριών.

Ο Πίνακας 9 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της ανάλυσης παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην υποκλίμακα Δομικού άγχους του STAI και ανεξάρτητη μεταβλητή (προβλεπτικό παράγοντα) τη συνολική βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο του τραύματος ETI-SR-SF.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Ανάλυση παλινδρόμησης μεταξύ δομικού άγχους (βαθμολογία STAI-Δ) και συνόλου τραυματικών εμπειριών

	Σταθμισμένο R ²	F	β	t	p
ETI-SR-SF	0,125	73,76	0,35	8,59	<0,001

Από τον πίνακα αυτόν προκύπτει ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή, δηλαδή το σύνολο των τραυματικών εμπειριών, έχει στατιστικά σημαντική προβλεπτική αξία στην

ερμηνεία της εξαρτημένης μεταβλητής. Ο σταθμισμένος συντελεστής προσδιορισμού ισούται με 0,125. Το εύρημα αυτό σημαίνει ότι περίπου το 12,5% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής «δομικό άγχος» εξηγείται από τη διακύμανση της ανεξάρτητης μεταβλητής, δηλαδή το σύνολο των τραυματικών εμπειριών.

Ο Πίνακας 10 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην υποκλίμακα Καταστασιακού άγχους του STAI και ανεξάρτητες μεταβλητές (προβλεπτικούς παράγοντες) τις βαθμολογίες στις 4 υποκλίμακες του ETI-SR-SF.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης μεταξύ καταστασιακού άγχους (βαθμολογία STAI-K) και τύπων τραυματικών εμπειριών

	Σταθμισμένο R ²	F	β	t	p
I. Τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας	0,105	16,01	0,04	0,84	<0,001 0,398
II. Τραυματικές εμπειρίες λόγω σωματικής τιμωρίας			0,10	2,12	0,035
III. Τραυματικές εμπειρίες λόγω συναισθηματικής κακοποίησης			0,24	5,20	0,000
IV. Τραυματικές εμπειρίες λόγω σεξουαλικής κακοποίησης			0,10	2,34	0,019

Στο μοντέλο παλινδρόμησης του πίνακα 10, ο σταθμισμένος συντελεστής προσδιορισμού ισούται με 0,105. Το εύρημα αυτό σημαίνει ότι περίπου το 10,5% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής «καταστασιακό άγχος» εξηγείται από τη διακύμανση των ανεξάρτητων μεταβλητών, δηλαδή των τεσσάρων τύπων τραυματικών εμπειριών. Από την επισκόπηση του παραπάνω πίνακα, καθίσταται σαφές ότι σημαντική προβλεπτική αξία στην ερμηνεία της εξαρτημένης μεταβλητής έχουν οι εξής ανεξάρτητες μεταβλητές: τραυματικές εμπειρίες λόγω σωματικής τιμωρίας, τραυματικές εμπειρίες λόγω συναισθηματικής κακοποίησης και τραυματικές εμπειρίες λόγω σεξουαλικής κακοποίησης.

Ο Πίνακας 11 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην υποκλίμακα Δομικού άγχους του STAI και ανεξάρτητες μεταβλητές (προβλεπτικούς παράγοντες) τις βαθμολογίες στις 4 υποκλίμακες του ETI-SR-SF.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης μεταξύ δομικού άγχους (βαθμολογία STAI-Δ) και τύπων τραυματικών εμπειριών

	Σταθμισμένο R^2	F	β	t	p
	0,157	24,74			<0,001
I. Τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας			0,01	0,12	0,904
II. Τραυματικές εμπειρίες λόγω σωματικής τιμωρίας			0,09	2,00	0,046
III. Τραυματικές εμπειρίες λόγω συναισθηματικής κακοποίησης			0,33	7,29	0,000
IV. Τραυματικές εμπειρίες λόγω σεξουαλικής κακοποίησης			0,12	2,79	0,006

Στο μοντέλο παλινδρόμησης του πίνακα 11, ο σταθμισμένος συντελεστής προσδιορισμού ισούται με 0,157. Το εύρημα αυτό σημαίνει ότι περίπου το 15,7% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής «δομικό άγχος» εξηγείται από τη διακύμανση των ανεξάρτητων μεταβλητών, δηλαδή των τεσσάρων τύπων τραυματικών εμπειριών. Από την επισκόπηση του παραπάνω πίνακα, καθίσταται σαφές ότι σημαντική προβλεπτική αξία στην ερμηνεία της εξαρτημένης μεταβλητής έχουν οι εξής ανεξάρτητες μεταβλητές: τραυματικές εμπειρίες λόγω σωματικής τιμωρίας, τραυματικές εμπειρίες λόγω συναισθηματικής κακοποίησης και τραυματικές εμπειρίες λόγω σεξουαλικής κακοποίησης.

6.6 Συσχετίσεις μεταξύ του ερωτηματολογίου του πρώιμου τραύματος ETI-SR-SF και της κλίμακας συμπτωμάτων σχετιζόμενων με τραυματικές εμπειρίες TSC-40

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των βαθμολογιών – συνολικών και υποκλίμακων – στο ETI-SR-SF και στην TSC-40. Όπως φαίνεται στον πίνακα όλες οι συσχετίσεις βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο $p < 0,05$, με μία και μόνη, πολύ σημαντική και μη αναμενόμενη εξαίρεση: δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ τραυματικών εμπειριών λόγω σεξουαλικής παρενόχλησης ή κακοποίησης και του δείκτη σεξουαλικής κακοποίησης του TSC-40. Δεδομένου ότι οι συσχετίσεις μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων αποτελούν στην παρούσα μελέτη δείκτη συγκλίνουσας εγκυρότητας, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι για στο συγκεκριμένο πεδίο (σεξουαλική κακοποίηση) οι μετρήσεις ενός από τα ερωτηματολόγια είναι μη-έγκυρες. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η αντίστοιχη υποκλίμακα του ETI-SR-SF εμφάνισε ισχυρότερες συσχετίσεις με άλλες κατηγορίες συμπτωμάτων, ενώ ο δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης της TSC-40 εμφάνισε πολύ μικρές συσχετίσεις με άλλες τραυματικές εμπειρίες, θεωρούμε ότι πρόβλημα εγκυρότητας υφίσταται για τη δεύτερη υποκλίμακα. Σε αυτό συνηγορούν και τα αρνητικά ευρήματα σχετικά με την αξιοπιστία του συγκεκριμένου δείκτη, που αναφέρθηκαν παραπάνω. Οι συσχετίσεις μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας στο ETI-SR-SF και τις κατηγορίες συμπτωμάτων σχετιζόμενων με τραύμα (υποκλίμακες της TSC-40) ήταν μεσαίας ισχύος ($r \geq 0,3$) με εξαίρεση τη συσχέτιση με τις διαταραχές ύπνου, που ωστόσο προσέγγισε το 0,30 και με το δείκτη σεξουαλικής κακοποίησης, που ήταν μικρής ισχύος. Ο συντελεστής συσχέτισης μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών του ETI-SR-SF και της TSC-40 ήταν επίσης μεσαίας ισχύος. Συμπερασματικά, οι συσχετίσεις αυτές δείχνουν ικανοποιητική συγκλίνουσα εγκυρότητα του ETI-SR-SF.

Όλες οι υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ETI-SR-SF συσχετίζονται σημαντικά, με τις περισσότερες από τις κατηγορίες συμπτωμάτων της κλίμακας TSC-40, αλλά με μικρής ισχύος συσχετίσεις ($r = 0,1-0,3$). Μόνο οι τραυματικές εμπειρίες λόγω συναισθηματικής κακοποίησης συσχετίζονται με μεσαίου επιπέδου ισχύ ($r = 0,3-0,5$) με τη συνολική βαθμολογία της TSC-40 καθώς και με τις κατηγορίες αποσυνδεδετικού τύπου συμπτώματα, σεξουαλικά προβλήματα και κατάθλιψη.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 12 Συσχετίσεις μεταξύ των βαθμολογιών στο Ερωτηματολόγιο
Πρώιμου Τραύματος (ETI-SR-SF) και στην Κλίμακα Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων
με Τραυματικές Εμπειρίες (TSC-40)**

TSC-40	ETI				Συνολικό Τραύμα
	Τραύμα ποικίλης αιτιολογίας	Τραύμα σωματικής τιμωρίας	Τραύμα συναισθηματικής κακοποίησης	Τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης	
Αποσυνδεδετικού τύπου συμπτώματα	0,18***	0,26***	0,32***	0,18***	0,37***
Άγχος	0,23***	0,21***	0,28***	0,15***	0,34***
Διαταραχές ύπνου	0,18***	0,18***	0,25***	0,10*	0,29***
Σεξουαλικά προβλήματα	0,28***	0,24***	0,33***	0,24***	0,43***
Κατάθλιψη	0,23***	0,23***	0,43***	0,21***	0,43***
Δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης	0,12**	0,10*	0,14**	0,06	0,17***
Συνολική βαθμολογία	0,22***	0,27***	0,37***	0,20***	0,42***

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

6.7 Συσχετίσεις μεταξύ του ερωτηματολογίου του πρώιμου τραύματος (ETI-SR-SF) και του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής (WHOQOL-BREF)

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 13 στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις, μέτριας ισχύος, παρατηρούνται μεταξύ του συνολικού τραύματος και του τραύματος λόγω συναισθηματικής κακοποίησης και των διαστάσεων της ποιότητας ζωής «ψυχολογική υγεία» «κοινωνικές σχέσεις». Όλες οι άλλες σημαντικές συσχετίσεις είναι μικρής ισχύος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13 Συσχετίσεις του ερωτηματολογίου του πρώιμου τραύματος (ETI-SR-SF) με το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής (WHOQOL-BREF)

WHO-QOL- BREF	ETI-SR-SF				Συνολικό Τραύμα
	Τραύμα ποικίλης αιτιολογίας	Τραύμα σωματικής τιμωρίας	Τραύμα συναισθηματικής κακοποίησης	Τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης	
I. Σωματική υγεία	-0,12**	-0,19***	-0,23***	-0,06	-0,25***
II. Ψυχολογική υγεία	-0,14**	-0,18***	-0,31***	-0,08*	-0,29***
III. Κοινωνικές σχέσεις	-0,09*	-0,21***	-0,38***	-0,03	-0,30***
IV. Περιβάλλον	-0,18***	-0,13**	-0,21***	-0,13**	-0,26***
Συνολικός Δείκτης Ποιότητας Ζωής	-0,19**	-0,11**	-0,18**	-0,09*	-0,23**

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

6.8 Σχέση του ερωτηματολογίου του πρώιμου τραύματος με κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές

Διαφορές των φύλων

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 14, οι άνδρες ανέφεραν σημαντικά περισσότερες τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία σε σύγκριση με τις γυναίκες. Αντιθέτως οι γυναίκες ανέφεραν σημαντικά περισσότερες εμπειρίες σεξουαλικής παρενόχλησης ή κακοποίησης από τους άνδρες. Στο σύνολο των τραυματικών εμπειριών (συνολική βαθμολογία του ETI-SR-SF) δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14 Διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στη βαθμολογία του Ερωτηματολογίου Πρώιμου Τραύματος (ETI-SR-SF)

ETI	Άνδρες (n = 203)	Γυναίκες (n = 402)	t	p
	M.O. (T.A.)	M.O. (T.A.)		
I. Τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας	2,08 (1,54)	2,15 (1,69)	-0,51	0,608
II. Τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία	2,34 (1,24)	1,87 (1,19)	4,43	< 0,001
III. Τραυματικές εμπειρίες λόγω συναισθηματικής κακοποίησης	1,69 (1,63)	1,71 (1,63)	-0,13	0,895
IV. Τραυματικές εμπειρίες λόγω σεξουαλικής παρενόχλησης ή κακοποίησης	0,22 (0,64)	0,50 (0,91)	-4,41	< 0,001
Συνολική βαθμολογία	6,33 (3,29)	6,21 (3,66)	0,40	0,688

Η ηλικία εμφάνιζε σημαντικά αρνητική συσχέτιση με τις τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία ($r = -0,12$, $p = 0,004$). Οι απόφοιτοι λυκείου ανέφεραν σημαντικά περισσότερες τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία από τους αποφοίτους ΑΕΙ ($p = 0,029$). Καμία σημαντική συσχέτιση δεν εμφάνισαν η συνολική βαθμολογία και οι υποκλίμακες του ETI-SR-SF με το οικογενειακό εισόδημα, τον τόπο διαμονής, την ακαδημαϊκή επίδοση και την εκπαίδευση των γονέων.

6.9 Σχέση της Κλίμακας Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με Τραυματικές Εμπειρίες (TSC-40) με κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές.

Διαφορές των φύλων

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στις βαθμολογίες της Κλίμακας TSC-40. Όπως φαίνεται στον πίνακα αυτό, οι γυναίκες εμφάνισαν σημαντικά μεγαλύτερη συνολική βαθμολογία καθώς και μεγαλύτερη βαθμολογία σε αποσυνδεδετικά συμπτώματα, άγχος και κατάθλιψη σε σύγκριση με τους άνδρες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15 Διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στη βαθμολογία της Κλίμακας Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με Τραυματικές Εμπειρίες (TSC-40)

TSC-40	Άνδρες ($n = 203$) M.O. (T.A.)	Γυναίκες ($n = 402$) M.O. (T.A.)	t	p
Αποσυνδεδετικού τύπου συμπτώματα	2,89 (2,67)	3,38 (2,89)	-2,07	0,039
Άγχος	4,24 (3,32)	5,30 (3,85)	-3,49	0,001
Διαταραχές ύπνου	4,67 (3,27)	5,06 (3,51)	-1,35	0,178
Σεξουαλικά προβλήματα	3,32 (3,53)	3,17 (3,21)	0,50	0,614
Κατάθλιψη	4,09 (3,65)	5,33 (4,10)	-3,76	< 0,001
Δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης	5,05 (8,70)	5,10 (8,93)	-0,07	0,943
Συνολική βαθμολογία	18,76 (14,67)	21,72 (15,04)	-2,27	0,024

Άλλες δημογραφικές μεταβλητές που εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ή συσχετίσεις με το σύνολο ή με κατηγορίες συμπτωμάτων είναι οι εξής:

- Η ηλικία συσχετιζόταν σημαντικά με μικρότερη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα TSC-40 ($r = -0,14$, $p = 0,001$), λιγότερα αποσυνδεδετικού τύπου συμπτώματα ($r = -0,15$, $p < 0,001$) και μεγαλύτερο δείκτη σεξουαλικής κακοποίησης ($r = 0,16$, $p < 0,001$).
- Καμία σημαντική συσχέτιση δεν εμφάνισαν η συνολική βαθμολογία της κλίμακας TSC-40 και οι επιμέρους κατηγορίες συμπτωμάτων με το οικογενειακό εισόδημα, τον τόπο διαμονής και την εκπαίδευση του πατέρα ή της μητέρας.

6.10 Συχνότητα αναφερόμενων τραυματικών εμπειριών στο δείγμα της μελέτης

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζονται τα ποσοστά των ατόμων του δείγματος που αναφέρουν στο ερωτηματολόγιο του τραύματος ETI-SR-SF μία ή περισσότερες τραυματικές εμπειρίες ανεξαρτήτως τύπου, καθώς και τα ποσοστά των ατόμων που αναφέρουν τραυματικές εμπειρίες για κάθε ένα από τους τέσσερις τύπους ξεχωριστά. Όπως προκύπτει από τον πίνακα μία πολύ μικρή μειονότητα, μόλις 2%, δεν ανέφερε καμία τραυματική εμπειρία. Το μικρότερο ποσοστό βρέθηκε στις εμπειρίες σεξουαλικής παρενόχλησης ή κακοποίησης (27%), το οποίο ωστόσο δηλώνει εξαιρετικά μεγάλη και κοινωνικά σημαντική έκταση του φαινομένου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16 Ποσοστά ατόμων που αναφέρουν τουλάχιστον μία τραυματική εμπειρία, ανεξαρτήτως τύπου, καθώς και ποσοστά για κάθε τύπο τραυματικών εμπειριών ξεχωριστά

ETI-SR-SF	n	%
I. Τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας	491	82,1
II. Τραυματικές εμπειρίες λόγω σωματικής τιμωρίας	543	89,9
III. Τραυματικές εμπειρίες λόγω συναισθηματικής κακοποίησης	406	67,2
IV. Τραυματικές εμπειρίες λόγω σεξουαλικής παρενόχλησης ή κακοποίησης	163	27,0
Ποσοστό ατόμων που ανέφερε μία ή περισσότερες τραυματικές εμπειρίες	584	98,0

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο όρος παιδικό τραύμα περιλαμβάνει μία ποικιλία τραυματικών εμπειριών που μπορεί να έχει βιώσει το άτομο, μεταξύ των οποίων είναι η σωματική κακοποίηση ή σωματική τιμωρία, η σεξουαλική κακοποίηση, η συναισθηματική και ψυχολογική κακοποίηση και η παραμέληση του παιδιού στους τομείς της υγείας, της μόρφωσης, της διατροφής και της ασφαλούς διαβίωσης.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, αναδρομικές και προοπτικές επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι οι παιδικές τραυματικές εμπειρίες αποτελούν διεθνώς ένα αρκετά συχνό φαινόμενο, καθώς και ότι παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην μετέπειτα εξέλιξη του ατόμου. Η έρευνα τις τελευταίες δεκαετίες σχετικά με τις μακροχρόνιες επιδράσεις πρώιμων τραυματικών συμβάντων δείχνει ότι οι διάφορες μορφές τους συνδέονται με διάφορες μορφές ψυχολογικής δυσλειτουργίας, όπως εκδήλωση υψηλού κινδύνου σεξουαλικής συμπεριφοράς, άγχος, κατάθλιψη, επιθετικότητα, ευαλωτότητα σε ασθένειες, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, κατάχρηση ουσιών, αλλά και με την εκδήλωση ψυχιατρικών διαταραχών, όπως αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές της διάθεσης, κατάχρηση ουσιών, διαταραχές προσωπικότητας, διαταραχές λήψης τροφής, σχιζοφρένειας και γενικότερα ψυχωσικού τύπου διαταραχές (Kessler et al, 2010, Felitti & Anda 2010; Carr, Martins, Stingel, Lemgruber, & Jurueña, 2013)

Μελέτες σε φοιτητικούς πληθυσμούς δείχνουν ότι το παιδικό τραύμα είναι ένα συχνό φαινόμενο (67-85% αναφέρει ότι είχε βιώσει τουλάχιστον ένα τραυματικό συμβάν κατά την διάρκεια της ζωής), καθώς και ότι οι διάφοροι τύποι παιδικών τραυματικών εμπειριών συνδέονται με αυξημένο αριθμό συμπτωμάτων αποσυνδεδετικού τύπου, άγχους, κατάθλιψης, με προβλήματα υγείας και γενικότερα με μειωμένη ψυχολογική προσαρμογή κατά την ενήλικη ζωή (Foster, 2014; Read et al., 2011; O' Dougherty- Wright, 2009; Frazier et al 2009; Browne & Winkelman, 2007).

Στην Ελλάδα, αν και το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης είναι αρκετά συχνό και ιδιαίτερα στις πολύ μικρές ηλικίες οι μελέτες είναι περιορισμένες σε αριθμό και αναφέρονται κυρίως σε τραυματικές εμπειρίες λόγω σωματικής τιμωρίας (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011; Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2007; Fereti & Stavrianaki, 1997). Επιπλέον, με εξαίρεση μία μελέτη (Βελίκης και συν., 2009) δεν εντοπίστηκαν μελέτες για τις επιπτώσεις του παιδικού τραύματος κατά την ενήλικη ζωή

Βασικός σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να καλύψει μέρος του κενού αυτού διερευνώντας τις σχέσεις διαφόρων τύπων παιδικού τραύματος με παράγοντες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής κατά την ενήλικη ζωή. Για την υλοποίηση της μελέτης χρειάστηκε να επιλεγεί και να ελεγχθεί η αξιοπιστία ενός ερωτηματολογίου για την αξιολόγηση του παιδικού τραύματος δεδομένου ότι, όπως έχει ήδη αναφερθεί, δεν υπάρχει αντίστοιχο εργαλείο προσαρμοσμένο στην ελληνική γλώσσα. Για τη διερεύνηση της σχέσης του παιδικού τραύματος με δύο από τις 5 υπό εξέταση μεταβλητές της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής και συγκεκριμένα της αναβλητικότητας και της τρέχουσας συμπτωματολογίας, χρειάστηκε επίσης να δημιουργηθούν οι ελληνικές εκδοχές και να ελεγχθεί η αξιοπιστία δύο επιπλέον κλιμάκων δεδομένου ότι δεν υπήρχαν αντίστοιχες κλίμακες προσαρμοσμένες στην ελληνική γλώσσα.

Με την έρευνα αυτή ελπίζουμε ότι θα συμβάλουμε στην κατανόηση των πολύπλοκων σχέσεων μεταξύ διαφόρων μορφών του παιδικού τραύματος και των ενδεχόμενων μακροχρόνιων επιπτώσεών τους στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή. Η διερεύνηση των σχέσεων αυτών θα βοηθήσει στην ανίχνευση δυσκολιών στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή και ενδεχομένως στην ανάπτυξη μεθόδων και παρεμβάσεων για την αντιμετώπισή τους.

7.1 Ψυχομετρικές ιδιότητες ερωτηματολογίων/Κλιμάκων

Το Ερωτηματολόγιο του πρώιμου τραύματος (Early Trauma Inventory - Self-Report – Short Form (ETI-SR-SF), Bremner, 2007) , η Κλίμακα αναβλητικότητας του Tuckman (Tuckman Procrasination scale (TPS), Tuckman, 1991 και η Κλίμακα συμπτωμάτων σχετιζόμενων με τραυματικές εμπειρίες (Trauma Symptom Check-List – 40, TSC-40, Elliot & Briere, 1992) που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα δεν είχαν μεταφραστεί και σταθμιστεί στα Ελληνικά. Ως εκ τούτου, ένας από τους επιμέρους σκοπούς της διδακτορικής διατριβής ήταν η μετάφραση και ο έλεγχος της αξιοπιστίας των παραπάνω ερωτηματολογίων, ώστε να εξασφαλιστεί ότι τα εργαλεία που θα χρησιμοποιούνταν στην μελέτη θα είχαν ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες. Το πρώτο μέρος της παρούσας μελέτης που θα αναφερθεί στη συνέχεια αφορούσε επομένως στη διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων των παραπάνω εργαλείων.

α) Ερωτηματολόγιο Πρώιμου Τραύματος (ETI-SR-SF)

Αρχικά ελέγχθηκαν οι βασικές ψυχομετρικές ιδιότητες του ερωτηματολογίου. Η ψυχομετρική διερεύνηση του ETI-SR-SF έχει πραγματοποιηθεί σε διαφορετικές εθνικότητες (Ισπανία, Κίνα, Κορέα, Ολλανδία, Βραζιλία), αλλά και σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες (τοξικομανείς, βετεράνοι πολέμου, ασθενείς με κατάθλιψη) (Osório et al., 2013; Jeon et al., 2012; Plaza et al., 2011; Wang et al., 2010; Rademaker et al., 2008; Hyman et al., 2005). Οι συγγραφείς έχουν χρησιμοποιήσει διαφορετικές μεθόδους βαθμολόγησης στη διερεύνηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου καταλήγοντας εν πολλοίς σε παρόμοια αποδεκτά αποτελέσματα (Bremner et al., 2007). Στην παρούσα έρευνα επελέγη μία διαβαθμισμένη-τρίτιμη κλίμακα βαθμολόγησης, καθώς κρίθηκε ότι οι μετρικές ιδιότητες του ερωτηματολογίου θα πρέπει να εξυπηρετούν κατά το δυνατό τη συσχετιστική φύση της έρευνας. Ενώ η αξιολόγηση της εσωτερικής συνέπειας στη δίτιμη κλίμακα ήταν μη αποδεκτή, ο δείκτης αξιοπιστίας βρέθηκε υψηλός όταν μετρήθηκε επάνω στα δεδομένα που προέκυψαν βάσει της διαβαθμισμένης κλίμακας.

Το εύρημα αυτό αναδεικνύει τη μεγάλη σημασία του τρόπου με τον οποίον λαμβάνονται τα δεδομένα σε μεγάλης κλίμακας μελέτες πεδίου. Είναι κρίσιμο να λάβει ο ερευνητής όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες από κάθε συμμετέχοντα κατά την προσέγγιση μιας συγκεκριμένης εννοιολογικής κατασκευής με τη βοήθεια ερωτηματολογίων. Μετατρέποντας τις δίτιμες μεταβλητές σε μεταβλητές που είναι δυνατόν να λάβουν περισσότερες τιμές, επιτρέπουμε την ελεύθερη διακύμανσή τους. Έτσι, δεν περιορίζεται ο δειγματοχώρος και επιτυγχάνεται ακριβέστερη ανίχνευση δεικτών διασποράς, καθώς παράλληλα και μείωση της πιθανότητας για σφάλμα τύπου Ι. Έγινε έλεγχος της παραγοντικής δομής, της αξιοπιστίας εσωτερικής συνάφειας και της συγκλίνουσας εγκυρότητας του ερωτηματολογίου. Η παραγοντική ανάλυση των υποκλίμακων του ερωτηματολογίου απέδωσε έναν μόνο παράγοντα σε κάθε υποκλίμακα, ο οποίος εξηγεί μεγάλο ποσοστό της μεταβλητότητάς της, γεγονός που υποδεικνύει ότι υπάρχει ικανοποιητική διακριτική ικανότητα μεταξύ των ερωτημάτων που συνιστούν τις 4 υποκλίμακες. Ως εκ τούτου διατηρήθηκαν και οι 4 υποκλίμακες.

Η αξιοπιστία χορήγησης –επαναχορήγησης του ερωτηματολογίου ήταν πολύ υψηλή. Οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του ETI-SR-SF και της Κλίμακας TSC-List -40 δείχνουν ικανοποιητική συγκλίνουσα εγκυρότητα του ερωτηματολογίου.

Συμπερασματικά, το ερωτηματολόγιο του πρώιμου τραύματος βρέθηκε να έχει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες στο δείγμα της παρούσας μελέτης και έτσι κατέστη δυνατόν να αξιοποιηθεί στις περαιτέρω αναλύσεις με ασφάλεια.

β) Κλίμακα συμπτωμάτων σχετιζόμενων με τραυματικές εμπειρίες (TSC- 40)

Η κλίμακα TSC-40 (Elliot & Briere, 1992) για ενήλικες είναι μία κλίμακα αυτοαναφοράς, η οποία εκτιμάει συμπτωματολογία κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο που συνδέεται με τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας ή της ενήλικης ζωής. Σύμφωνα με τους συγγραφείς η κλίμακα έχει κυρίως ερευνητική και όχι διαγνωστική κλινική χρησιμότητα. Αυτό σημαίνει ότι ενώ η TSC-40 μπορεί να φανεί εξαιρετικά χρήσιμη στο πλαίσιο μελετών του ευρύτερου πεδίου των κοινωνικών και ανθρωπιστικών επιστημών, παρουσιάζει μικρή διαγνωστική αξία. Η κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί για τη διερεύνηση των μακροχρόνιων επιπτώσεων και της ψυχολογικής προσαρμογής διαφόρων μορφών πρώιμων τραυματικών εμπειριών σε κλινικούς, μη κλινικούς καθώς και σε φοιτητικούς πληθυσμούς (Neal & Nagle, 2013; Sesar, Barišić, Pandža, & Dodaj, 2012; Searcy & Lipps, 2012; O' Dogherty-Wright et al, 2009).

Στην παρούσα έρευνα, η κλίμακα είχε στο σύνολό της ικανοποιητική αξιοπιστία και κατά συνέπεια θεωρήθηκε ότι μπορούσε να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια στη μελέτη.

γ) Κλίμακα Αναβλητικότητας του Tuckman

Η σύντομη μορφή της κλίμακας αναβλητικότητας είναι ένα εύχρηστο ερευνητικό εργαλείο με καλές ψυχομετρικές ιδιότητες, που έχει μελετηθεί σε διάφορους πληθυσμούς και εθνικότητες (Van Wyk, 2004; Michinov, Brunot, Le Bohec, Juhel & Delava, 2011, Uzun – Özer & Saricaoglu, 2014). Έχει βρεθεί ότι η αναβλητικότητα, ειδικά στον φοιτητικό πληθυσμό, σχετίζεται με την επίδοση, τα κίνητρα και την ακαδημαϊκή επιτυχία εν γένει (Howell and Watson, 2007; Romano, Wallace, Helmick,

Carey & Adkins, 2005; Saddler and Buley, 1999). Στην παρούσα έρευνα μελετάται για πρώτη φορά στον ελληνικό πληθυσμό, και έδειξε υψηλή αξιοπιστία σε δείγμα ελλήνων φοιτητών.

7.2 Κύριες ερευνητικές υποθέσεις και ευρήματα της παρούσας μελέτης

7.2.1 Η επίδραση του παιδικού τραύματος στο δομικό και το καταστασιακό άγχος

Η πρώτη ερευνητική υπόθεση ήταν ότι οι διάφορες μορφές του παιδικού τραύματος και ο συνολικός δείκτης τραύματος θα έχουν επίδραση στα επίπεδα καταστασιακού και δομικού άγχους. Συγκεκριμένα, τα άτομα που θα έχουν υψηλότερες τιμές στο Ερωτηματολόγιο Πρώιμου Τραύματος (ETI-SR-SF) θα έχουν και υψηλότερες τιμές στο Ερωτηματολόγιο Καταστασιακού και Δομικού άγχους.

Αρχικά, θα πρέπει να σχολιάσουμε ότι τα αποτελέσματά μας αποκαλύπτουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στο άγχος και το παιδικό τραύμα. Ειδικότερα, τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι το άγχος ως προσωρινή αντίδραση απέναντι σε μία κατάσταση, από την οποία το άτομο θεωρεί ότι απειλείται (καταστασιακό άγχος), αλλά και το άγχος ως σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς του (δομικό άγχος), έχουν χαμηλή προς μέτρια συσχέτιση με τους τύπους τραυματικών εμπειριών που ενδέχεται να έχει βιώσει στη ζωή του. Φυσικά, οι ευρεθείσες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μπορούν να αποτελέσουν απλώς ενδείξεις και όχι αποδείξεις για πιθανές αιτιακές σχέσεις μεταξύ παιδικού τραύματος και υψηλών δεικτών δομικού και καταστασιακού άγχους κατά την ενήλικη ζωή. Για τον λόγο αυτό κατασκευάστηκαν στην παρούσα μελέτη τέσσερα παλινδρομικά μοντέλα, ώστε να προσεγγίσουμε ενδεχόμενες σχέσεις αιτίας-αποτελέσματος μεταξύ των υπό διερεύνηση μεταβλητών.

Στα δύο πρώτα μοντέλα παλινδρόμησης εντοπίστηκε μία αιτιακή σχέση ανάμεσα στο συνολικό τραύμα και τους δύο τύπους άγχους, καταστασιακό και δομικό. Στη βιβλιογραφία μπορούμε να βρούμε μία σειρά αιτιολογικών μοντέλων που συνδέουν τις πρώιμες τραυματικές εμπειρίες με τη μετέπειτα εκδήλωση αυξημένου αριθμού αγχώδων συμπτωμάτων καθώς και με αγχώδεις διαταραχές, όπως η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η διαταραχή μετατραυματικού στρες και η διαταραχή κοινωνικού άγχους (Chu et al 2013; Martins et al 2011; Kuo, Goldin, Werner, Heimberg, & Gross, 2011).

Στην προσπάθειά μας να διερευνήσουμε περαιτέρω τις σχέσεις μεταξύ του άγχους και των ειδικών τύπων τραυματικών εμπειριών πραγματοποιήθηκαν άλλες δύο

αναλύσεις παλινδρόμησης. Αρχικά επιχειρήθηκε η ερμηνεία της διακύμανσης του καταστασιακού άγχους από τους τέσσερις τύπους πρώιμων τραυματικών εμπειριών. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η σωματική τιμωρία, αλλά και η συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση που έχει δεχτεί ένα άτομο στη ζωή του, μπορούν να «ενοχοποιηθούν» για αυξημένο καταστασιακό άγχος. Οι ίδιοι προβλεπτικοί παράγοντες βρέθηκαν σημαντικοί και στην αιτιολόγηση του δομικού άγχους.

Σε αρκετές μελέτες έχει βρεθεί συσχέτιση μεταξύ σεξουαλικής, σωματικής και συναισθηματικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία με εκδήλωση αγχώδους ψυχοπαθολογίας κατά την ενήλικη ζωή: Σε μία μελέτη, σε ενήλικες με γενικευμένη διαταραχή κοινωνικού άγχους, στην οποία διερευνήθηκε η σχέση διαφόρων τύπων παιδικού τραύματος με δείκτες της τρέχουσας ψυχολογικής λειτουργικότητας, βρέθηκε ότι η συναισθηματική κακοποίηση είχε την μεγαλύτερη συσχέτιση με δείκτες όπως η σοβαρότητα της διαταραχής και το δομικό άγχος, το οποίο εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο καταστασιακού και δομικού άγχους (STAI) (Kuo et al, 2011).

Οι Mullen et al. (1996) μελέτησαν τύπους παιδικής κακοποίησης, όπως σωματική τιμωρία, συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση σε ένα μεγάλο δείγμα γυναικών. Και για τις τρεις προαναφερθείσες μορφές κακοποίησης, αναλύσεις παλινδρόμησης έδειξαν σημαντικές αιτιακές σχέσεις με σοβαρά ψυχοπαθολογικά προβλήματα, διαπροσωπικά προβλήματα, αυξημένο άγχος και σεξουαλικές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε μία τάση σύνδεσης της σεξουαλικής κακοποίησης με σεξουαλική δυσλειτουργία κατά την ενήλικη ζωή, της συναισθηματικής κακοποίησης με χαμηλή αυτοεκτίμηση και της σωματικής βίας με προβλήματα διαπροσωπικών σχέσεων και ενδοσυζυγικών εντάσεων.

Θα πρέπει βέβαια να σημειωθεί ότι το παιδικό τραύμα δεν μπορεί να αποτελέσει απόλυτο προγνωστικό δείκτη για την ανάδυση συμπτωμάτων άγχους κατά την ενήλικη ζωή. Σε μία σχετικά πρόσφατη μεγάλης κλίμακας μελέτη, οι Friedman, Smith, Fogel, Paradis, Viswanathan, Ackerman & Trappler (2002), εξέτασαν τη σχέση τραυματικών εμπειριών στην παιδική ηλικία με την εμφάνιση διαταραχών πανικού σε ένα δείγμα 200 ενηλίκων, στο οποίο συμπεριλαμβάνονταν ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη, χρόνια σχιζοφρένεια, διαταραχή πανικού και άλλες αγχώδεις διαταραχές. Βάσει των αποτελεσμάτων της μελέτης, οι συγγραφείς κατέληξαν στο ότι οι παιδικές τραυματικές

εμπειρίες είναι δυνατόν να επηρεάζουν τη βαρύτητα της ψυχικής διαταραχής, αλλά δεν μπορεί κανείς να τις θεωρήσει ως μοναδικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνισή της.

Συμπερασματικά, υπάρχει πλούσια βιβλιογραφία που υποστηρίζει τη σημαντικότητα του παιδικού τραύματος για τη μετέπειτα ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας εν γένει, αλλά και αγχωδών διαταραχών ειδικότερα. Μάλιστα, μια πρόσφατη μελέτη παρέχει δεδομένα που υποδεικνύουν πιθανές σχέσεις μεταξύ τραυματικών εμπειριών των γονέων και την εμφάνιση άγχους στους απογόνους (Yehuda et al., 2001). Βέβαια η διατύπωση οιασδήποτε υπόθεσης σχετικής με τα αίτια εκδήλωσης ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς θα πρέπει να αναζητηθεί και στη βιολογική υπόσταση του ατόμου και ειδικότερα στη φυσιολογία του εγκεφάλου.

Είναι γεγονός ότι δυσμενή γεγονότα κατά την παιδική ηλικία μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ανάπτυξη των απαντητικών συστημάτων στο στρες, και σε μερικές περιπτώσεις να προκαλέσουν μακροχρόνια βλάβη. Οι επιδράσεις της κακοποίησης αποτυπώνονται στην αυξημένη δράση του άξονα Υποθάλαμος –Υπόφυση-Επινεφρίδια (YYE), ο οποίος μπορεί να θεωρηθεί ως καθρέφτης της αντίδρασης του οργανισμού στο άγχος. Δεδομένου ότι ο άξονας YYE δραστηριοποιείται ως αντίδραση στο στρες, στρεσογόνα συμβάντα κατά την πρώιμη ηλικία παίζουν πιθανόν σημαντικό ρόλο στις δυσλειτουργίες του άξονα YYE που παρατηρούνται σε διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές, μεταξύ των οποίων και στις αγχώδεις διαταραχές. Η επίδραση του παιδικού τραύματος στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας κατά τη ενήλικη ζωή μπορεί να αποδοθεί στον άξονα YYE, ο οποίος όταν δραστηριοποιείται συχνά κατά την διάρκεια της ανάπτυξης καθίσταται ασταθής, επιρρεπής και δυσλειτουργικός (Tofoli, Von Werne Baes, Martins, & Juruena, 2011).

Ευρήματα από το επιστημονικό πεδίο της νευροβιολογίας (Heim, Newport, Wagner, Wilcox, Miller, & Nemeroff, 2002; Pynoos, Steinberg & Piacentini, 1999) έρχονται να ενισχύσουν έτι περαιτέρω την υπόθεση των νευρωνικών-ορμονικών εγγραφών της στρεσογόνου εμπειρίας στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο. Φαίνεται ολοένα και περισσότερο ότι η ευαισθητοποίηση νευρωνικών συστημάτων που αποκρίνονται στο άγχος ως συνέπεια πρώιμων αντίξοων εμπειριών, εμπλέκεται στην παθοφυσιολογία διαταραχών της διάθεσης και των αγχωδών διαταραχών. Ειδικότερα, ερευνητική ομάδα ψυχιάτρων από το Πανεπιστήμιο Emory της Ατλάντα, (Heim et al, 2002), έδειξε ότι το ιστορικό παιδικής κακοποίησης συνδέεται με αυξημένη δραστηριότητα

νευροενδοκρινολογικού στρες, η οποία ενισχύεται περισσότερο στην περίπτωση επιπρόσθετων τραυματικών εμπειριών κατά την ενήλικη ζωή. Θα πρέπει τέλος να σημειωθεί ότι μία πρόσφατη επισκόπηση της βιβλιογραφίας εμπλέκει και γενετικούς παράγοντες, οι οποίοι ενδεχομένως να ρυθμίζουν την επίδραση των πρώιμων τραυματικών εμπειριών επί της μετέπειτα αγχώδους εκδήλωσης, στο πλαίσιο δομικών και φυσιολογικών αλλαγών του κεντρικού νευρικού συστήματος (Gross & Hen, 2004).

7.2.2 Η σχέση παιδικού τραύματος και αλεξιθυμίας

Η δεύτερη υπόθεση της παρούσας μελέτης ήταν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ παιδικού τραύματος και αλεξιθυμίας.

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ παιδικού τραύματος και ύπαρξης αλεξιθυμίας κατά την ενήλικη ζωή. Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι η αλεξιθυμία είναι ένα σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, αλλά η συζήτηση σχετικά με τους αιτιολογικούς παράγοντες ή τους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της είναι ακόμη σε εξέλιξη. Συγκεκριμένα, εκτός από τα βιολογικά μοντέλα που συνδέουν την ανάπτυξη αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών με δυσλειτουργία ορισμένων εγκεφαλικών περιοχών ή με γενετικούς παράγοντες, αρκετοί συγγραφείς θεωρούν ότι αναπτύσσεται ως αντίδραση σε πρώιμα τραυματικά γεγονότα (Aust et al, 2013). Η αλεξιθυμία ως έκφραση βιολογικών προδιαθέσεων ή περιβαλλοντικών επιδράσεων, αναμφισβήτητα θα μπορούσε να επιδρά στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ατόμου.

Από την επισκόπηση της βιβλιογραφίας, βρίσκουμε σημαντικές μελέτες που συνδέουν το παιδικό τραύμα με την αλεξιθυμία, αλλά κυρίως σε ψυχιατρικούς πληθυσμούς (Gulec, Altintas, Inanc, Bezgin, Koca, & Gulec, 2013; Spitzer, Vogel, Barnow, Freyberger, Grabe, 2007; Zlotnick, Mattia, & Zimmerman, 2001). Η πλειονότητα των μελετών αυτών αναφέρει σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ αλεξιθυμίας και παιδικού τραύματος λόγω σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης.

Στην παρούσα μελέτη δεν επιβεβαιώθηκε εμπειρικά η συσχέτιση του επιπέδου αλεξιθυμίας με καμία από τις μορφές του παιδικού τραύματος. Από τη διερεύνηση της σχετικής βιβλιογραφίας βρέθηκε μία μόνο πρόσφατη μελέτη για τη σχέση του παιδικού

τραύματος με την ύπαρξη αλεξιθυμίας σε μη κλινικό πληθυσμό. Συγκεκριμένα, στη μελέτη αυτή, στην οποία διερευνήθηκε η σχέση διαφόρων μορφών παιδικού τραύματος με την αλεξιθυμία σε δύο ομάδες φυσιολογικού πληθυσμού με υψηλά και χαμηλά επίπεδα αλεξιθυμίας δεν βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ αλεξιθυμίας και σωματικής, συναισθηματικής και σεξουαλικής κακοποίησης. Σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μόνο μεταξύ παιδικού τραύματος λόγω παραμέλησης, αλλά και πάλι σε ένα μικρό ποσοστό των ατόμων με υψηλά επίπεδα αλεξιθυμίας (Aust et al., 2013). Είναι επομένως πιθανό ότι στην παρούσα μελέτη η απουσία σημαντικών συσχετίσεων να οφείλεται στο γεγονός ότι το δείγμα συνίστατο σε μη ψυχιατρικό πληθυσμό.

7.2.3 Η σχέση του παιδικού τραύματος με τρέχοντα συμπτώματα που σχετίζονται με το τραύμα

Η τέταρτη ερευνητική υπόθεση ήταν ότι η ψυχολογική προσαρμογή κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο, όπως εκτιμάται από την Κλίμακα TSC- 40, θα συσχετίζεται θετικά με τις διάφορες μορφές και με το συνολικό δείκτη του παιδικού τραύματος. Τα αποτελέσματά μας έδειξαν ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των τεσσάρων μορφών του παιδικού τραύματος και όλων –εκτός μίας – των κατηγοριών της κλίμακας συμπτωμάτων κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι ο δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης της κλίμακας TSC-40 δεν παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση με την υποκλίμακα παιδικού τραύματος η οποία αντιστοιχεί στο τραύμα από σεξουαλική κακοποίηση. Δεν αποκλείεται το εύρημα αυτό να σχετίζεται με το περιεχόμενο των λημμάτων που απαρτίζουν την υποκλίμακα σεξουαλικής κακοποίησης της TSC-40, τα οποία αναφέρονται κυρίως στις επιπτώσεις και όχι στην ίδια την πράξη σεξουαλικής κακοποίησης, όπως στην αντίστοιχη υποκλίμακα του ερωτηματολογίου του παιδικού τραύματος.

Στη συνέχεια, θα παρουσιαστούν και θα ερμηνευτούν οι ευρεθείσες σχέσεις, οι οποίες χαρακτηρίζονται από ισχυρούς στατιστικούς δείκτες που αποκαλύπτουν μέτρια τουλάχιστον συσχέτιση.

Αρχικά θα πρέπει να σχολιαστεί η σημαντική σχέση που βρέθηκε ανάμεσα στο παιδικό τραύμα από συναισθηματική κακοποίηση και την κατάθλιψη, τα σεξουαλικά προβλήματα και τα συμπτώματα αποσυνδεδετικού τύπου.

A) Παιδικό τραύμα λόγω συναισθηματικής κακοποίησης και κατάθλιψη κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο

Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης οι τραυματικές εμπειρίες λόγω συναισθηματικής κακοποίησης συσχετίζονται σημαντικά με την κατάθλιψη.

Η σχετική βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι αυτή η σχέση είναι σταθερή τόσο σε κλινικές ομάδες, όσο και στο γενικό πληθυσμό. Αναδρομικές μελέτες επιβεβαιώνουν τις αρνητικές επιπτώσεις της πρώιμης συναισθηματικής κακοποίησης στην ενήλικη ζωή και τις συνδέουν με κατάθλιψη, άγχος, διαταραχές προσωπικότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση και προβλήματα υγείας. Ορισμένες μελέτες μάλιστα δείχνουν ότι οι επιπτώσεις της συναισθηματικής είναι πιο σοβαρές από άλλες μορφές κακοποίησης (Yates, 2007). Σε μία μελέτη σε 205 γυναίκες, βρέθηκε ότι η συναισθηματική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία συνδέεται με αυξημένο άγχος και κατάθλιψη καθώς και με επιρρέπεια σε τραυματικές εμπειρίες και στην ενήλικη ζωή (Spertus, Yehuda, Wong, Halligan & Seremetis, 2003).

Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι η συναισθηματική κακοποίηση εμφανίζει την μεγαλύτερη συσχέτιση με κατάθλιψη κατά την ενήλικη ζωή από άλλες μορφές κακοποίησης (Chapman, Whitfield, Felitti, Dube, Edwards, & Anda, 2004). Σύμφωνα επίσης με μία βιβλιογραφική ανασκόπηση, ενήλικες που έχουν εκτεθεί σε συναισθηματική κακοποίηση κατά την πρώιμη ηλικία έχουν τριπλάσιες πιθανότητες να εκδηλώσουν καταθλιπτική διαταραχή (Norman, Byambaa, De, Butchart, Scott, Vos, 2012).

B) Παιδικό τραύμα λόγω συναισθηματικής κακοποίησης και συμπτώματα αποσυνδεδετικού τύπου κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο

Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης οι τραυματικές εμπειρίες λόγω συναισθηματικής κακοποίησης συσχετίζονται σημαντικά με συμπτώματα αποσυνδεδετικού τύπου κατά τη τρέχουσα χρονική περίοδο.

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα των τελευταίων δεκαετιών τραυματικά συμβάντα μπορεί να προκαλέσουν όχι μόνο συναισθηματικές, βιολογικές και συμπεριφορικές αλλαγές, αλλά και αποσυνδεδετικού τύπου συμπτώματα, όπως, αίσθημα αποπροσωποποίησης, επεισόδια παροδικής αμνησίας για ορισμένες περιόδους, συμβάντα, ή και πρόσωπα, αίσθημα ότι τα πρόσωπα και τα πράγματα του περιβάλλοντος δεν είναι αληθινά, μεταβολή της ταυτότητας, της συνείδησης και του ελέγχου συμπεριφοράς, και αιφνίδιες φυγές από την πραγματικότητα.

Σε μία πρόσφατη μελέτη, στην οποία διερευνήθηκε η παρουσία αποσυνδεδετικού τύπου συμπτωμάτων ως αποτέλεσμα τραυματικών εμπειριών σε δείγμα ψυχιατρικών ασθενών, ηλικίας άνω των 18 ετών, βρέθηκε ότι οι τραυματικές εμπειρίες που συνδέονταν με αναφερόμενα συμπτώματα αποσυνδεδετικού τύπου ήταν λόγω σεξουαλικής και συναισθηματικής κακοποίησης, καθώς και ότι όσο πιο πρώιμες ήταν τόσο πιο μακροχρόνιες ήταν και οι επιδράσεις τους (Gaon, Kaplan, Dwolatzky, Perry & Witztum, 2013). Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 301 ατόμων φοιτητικού πληθυσμού, βρέθηκε ότι η συναισθηματικής κακοποίηση κατά τη παιδική ηλικία συνδέεται με αναφερόμενα συμπτώματα αποσυνδεδετικού τύπου κατά την ενήλικη ζωή (O'Dougherty-Wright, Crawford, Del Castillo, 2009).

Γ) Παιδικό τραύμα λόγω συναισθηματικής κακοποίησης και σεξουαλικά προβλήματα κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο

Η τρίτη σημαντική σχέση που βρέθηκε στην παρούσα μελέτη ήταν μεταξύ συναισθηματικής κακοποίησης και σεξουαλικών προβλημάτων.

Σύμφωνα με μία εκτεταμένη έρευνα σε δείγμα 1032 φοιτητών, στην οποία διερευνήθηκε η σχέση ανάμεσα σε παιδικές τραυματικές εμπειρίες λόγω σωματικής,

σεξουαλικής και συναισθηματικής κακοποίησης και διαφόρων μεταβλητών της σεξουαλικότητας στην ενήλικη ζωή βρέθηκε στις γυναίκες σημαντική συσχέτιση μεταξύ παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης και σεξουαλικής ορμής, σεξουαλικών εμπειριών και φαντασιώσεων, φιλελεύθερων απόψεων για τις σεξουαλικές σχέσεις, συχνότητας σεξουαλικών επαφών και αναντιστοιχίας, καθώς και πιθανότητας εκδήλωσης αποκλίνουσας σεξουαλικής συμπεριφοράς, και αρνητική συσχέτιση με τη διατήρηση της παρθενίας. Αντίθετα στους άνδρες η παιδική συναισθηματική κακοποίηση σχετιζόταν σημαντικά με σεξουαλικά προβλήματα, όπως χαμηλή εικόνα του σώματος και έλλειψη σεξουαλικής ικανοποίησης, ανεξάρτητα από τις άλλες μορφές κακοποίησης (Meston, Heiman, & Trapnell, 1999). Όπως φαίνεται και από τα αποτελέσματά μας, ενώ τα ποσοστά συναισθηματικής κακοποίησης δεν διαφέρουν ανάμεσα στα δύο φύλα, η σεξουαλική κακοποίηση αναφέρεται συχνότερα από γυναίκες.

Αξιοσημείωτο είναι το εύρημα ότι από όλους τους τύπους παιδικού τραύματος, η συναισθηματική κακοποίηση έχει την ισχυρότερη συσχέτιση με διάφορες κατηγορίες συμπτωμάτων κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο. Το εύρημα αυτό είναι χρήσιμο ως προκαταρκτική βάση για περαιτέρω διερεύνηση της προαναφερθείσας σχέσης. Η παρούσα μελέτη είναι συσχετιστική στο συγκεκριμένο ζήτημα που σημαίνει δεν είναι δυνατό να προσδιοριστούν με βεβαιότητα αιτιακές σχέσεις.

Είναι κρίσιμο να τονιστεί αυτό το εύρημα, καθώς, αντίθετα με την ίσως εύλογη πρόβλεψη, ότι η σωματική και η σεξουαλική βία, που εκ πρώτης όψεως κρίνονται πολύ εντονότερες ως εμπειρίες από τη σκοπιά του θύματος, εν τέλει φαίνεται να συμβάλλουν λιγότερο στην μετέπειτα ανάδυση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων. Η συναισθηματική κακοποίηση, η οποία με τη «πρώτη ματιά» είναι «πιο αθώα» φαίνεται βάσει της ερμηνείας των αποτελεσμάτων να αποτελεί ισχυρότερο πιθανό προβλεπτικό παράγοντα. Το εν λόγω εύρημα αναδεικνύει επίσης και τη σημασία μελέτης τέτοιων ψυχοκοινωνικών φαινομένων μέσω της παραμετροποίησης εξαιρετικά σύνθετων εννοιολογικών κατασκευών στο ευρύτερο πλαίσιο της κλινικής ψυχολογίας και της ψυχιατρικής.

Είναι σαφές ότι μη πειραματικές μέθοδοι, όπως είναι η συνέντευξη, αποτελούν χρήσιμα ερείσματα στον δαιδαλώδη χώρο της ψυχοπαθολογίας γενικότερα, αλλά και της ετεροχρονισμένης επίδρασης μιας τραυματικής εμπειρίας στη συμπεριφορά του ενηλίκου, δεδομένου ότι τόσο το παιδικό τραύμα όσο και η συμπεριφορά κατά την

ενήλικη ζωή είναι συνισταμένες πολλών παραγόντων, οι οποίοι καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από τις ατομικές διαφορές και τις τυχαίες περιβαλλοντικές επιδράσεις, Παρ' όλα αυτά, οι πειραματικές μέθοδοι, που επιχειρούν να καταστήσουν μετρήσιμο κάποιο χαρακτηριστικό με τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων έχουν εφαρμογή σε μεγάλα δείγματα, και μας δίνουν τη δυνατότητα να καταλήξουμε σε πιο στέρεα συμπεράσματα.

7.2.4 Σχέση ανάμεσα στο παιδικό τραύμα και στην ποιότητα ζωής

Σύμφωνα με την τέταρτη υπόθεση της παρούσας μελέτης αναμένεται ότι οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες, ως καθοριστικό μέρος της ιδιαίτερης προσωπικής ιστορίας ενός ατόμου, με ανεπανόρθωτες πολλές φορές συνέπειες για την αναπτυξιακή του πορεία, θα έχουν σημαντική αρνητική επίδραση στην γενικότερη ποιότητα ζωής.

Από την επισκόπηση των συναφειών που βρέθηκαν στην παρούσα μελέτη μεταξύ των διαφόρων μορφών τραυματικών εμπειριών και των διαστάσεων ποιότητας ζωής, προκύπτει ότι οι ισχυρότερες συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ συναισθηματικής κακοποίησης και των διαστάσεων της ποιότητας ζωής «ψυχολογική υγεία» και «κοινωνικές σχέσεις».

Η τρέχουσα βιβλιογραφία παρέχει λίγα δεδομένα για τη σχέση του παιδικού τραύματος με την ποιότητα ζωής. Οι μελέτες που εντοπίστηκαν αναφέρονται στις μακροχρόνιες επιπτώσεις της συναισθηματικής κακοποίησης σε ορισμένες συνιστώσες της ποιότητας ζωής. Σε μελέτη που έγινε σε άτομα με διαταραχή γενικευμένου κοινωνικού άγχους, διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ παιδικού τραύματος λόγω συναισθηματικής κακοποίησης και χαμηλής ποιότητας ζωής. Πιο συγκεκριμένα, βάσει των ευρημάτων τους, οι συγγραφείς κατέληξαν, μεταξύ άλλων, στο συμπέρασμα ότι η συναισθηματική κακοποίηση παίζει σημαίνοντα ρόλο, καθώς εμφανίζει υψηλότερη αρνητική συνάφεια με δείκτες ποιότητας ζωής, όπως η σωματική υγεία, η διάθεση, οι καθημερινές δραστηριότητες και η γενική ικανοποίηση από την ζωή (Simon, Herlands, Marks, Mancini, Letamendi, Li, Stein, 2009).

Όπως ήδη αναφέρθηκε στην παρούσα μελέτη βρέθηκε σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ πρώιμης συναισθηματικής κακοποίησης με τη διάσταση της ποιότητας ζωής «κοινωνικές σχέσεις». Η αρνητική τιμή του εν λόγω δείκτη υποδεικνύει ότι το παιδικό συναισθηματικό τραύμα επιδρά αρνητικά στην ποιότητα των κοινωνικών

αλληλεπιδράσεων ενός ατόμου. Άτομα με ιστορικό συναισθηματικής κακοποίησης είναι πιθανό να εμφανίσουν βίαιες συμπεριφορές εντός του πλαισίου στενών διαπροσωπικών σχέσεων (Reyome, 2010). Παρόμοια ευρήματα προέκυψαν και από μία εκτεταμένη μελέτη σε δείγμα 2169 φοιτητών, στην οποία διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ παιδικής συναισθηματικής κακοποίησης και εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς στις κοινωνικές σχέσεις κατά την ενήλικη ζωή. Στη μελέτη αυτή κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η συναισθηματική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία αποτελεί ισχυρότατο προβλεπτικό παράγοντα για την μετέπειτα εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς στις διαπροσωπικές σχέσεις (Berzenski & Yates, 2010).

Σε μία πρόσφατη και εξαιρετικά εκτενή βιβλιογραφική επισκόπηση, οι Naughton Maguire, Mann, Lumb, Tempest, Gracias, & Kemp, (2013), παρουσιάζουν δεδομένα από 164 μελέτες σχετικές με την παιδική κακοποίηση. Οι συγγραφείς αναφέρουν προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθηματικές διαταραχές, που περιλαμβάνουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, έλλειψη ενσυναίσθησης και φτωχές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Επίσης σημειώνουν μια μετάβαση από τον αμφιθυμικό στον αποφευκτικό τύπο δεσμού και παράλληλα από ένα πρότυπο παθητικής συμπεριφοράς σε εξαιρετικά έντονη επιθετικότητα συνδυαζόμενη με αρνητική αυτό-εικόνα. Το κύριο συμπέρασμα της επισκόπησης είναι ότι η συναισθηματική κακοποίηση ή παραμέληση επιφέρουν μία σειρά σοβαρότατων συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών και κατά συνέπεια δυσχεραίνουν τις σχέσεις εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος. Οι δυσκολίες αυτές, χωρίς την απαραίτητη παρέμβαση, είναι δυνατόν να γενικευθούν κατά την ανάπτυξη σε όλο το φάσμα των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων του ατόμου.

Πρόσφατα πειραματικά δεδομένα παρέχουν πλούσιες ενδείξεις για τη στήριξη της προαναφερθείσας σχέσης. Οι Stevens, Gerhart, Goldsmith, Heath, Chesney, & Hobfoll (2013), έδειξαν, βάσει ενός πολλαπλού μοντέλου ετεροκαθοριστικών συσχετίσεων εφαρμοσμένου σε δείγμα 139 κοινωνικο-οικονομικά ασθενών γυναικών, ότι η παιδική σωματική, σεξουαλική και συναισθηματική κακοποίηση οδηγούν σε άμεσες μετατραυματικές εκδηλώσεις, ενώ παράλληλα έχουν έμμεσα αρνητική επίδραση σε ρυθμιστικούς μηχανισμούς του συναισθήματος, αλλά και στις κοινωνικές δεξιότητες (Stevens et al., 2013).

Η συναισθηματική κακοποίηση, βέβαια, δεν συνεπάγεται την πλήρη αδυναμία κοινωνικών αλληλεπιδράσεων κατά την ενήλικη ζωή. Εναλλακτικά μπορεί κανείς να

υποστηρίζει ότι το παιδικό συναισθηματικό τραύμα είναι δυνατόν να προκαλέσει ετεροχρονισμένα προβλήματα κατά την ενήλικη ζωή, τα οποία δεν ταυτίζονται αναγκαστικά με την ισοπέδωση της κοινωνικότητας, αλλά ενδέχεται να συνίστανται στην εκδήλωση οιασδήποτε μορφής διατάραξης των διαπροσωπικών σχέσεων και αλλοίωσης της δομής των κοινωνικών δικτύων, στα οποία εμπλέκεται το κακοποιημένο άτομο. Σε αυτό το πλαίσιο, οι Green και συν. με την εφαρμογή της πολυωνυμικής λογαριθμικής παλινδρόμησης σε δείγμα 428 αστέγων γυναικών, έδειξαν ότι η εμπλοκή σε ριψοκίνδυνα κοινωνικά δίκτυα σχετίζεται με κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία. Πρέπει πάντως να σημειωθεί ότι, σύμφωνα τουλάχιστον με τα αποτελέσματα της εν λόγω μελέτης, ο σημαντικότερος προβλεπτικός παράγων ήταν η σωματική κακοποίηση (Green, Tucker, Wenzwl, Golinelli, Kennedy, Ryan & Zhou, 2012).

Η παραπάνω περιγραφείσα κοινωνική δυσπροσαρμοστικότητα, ίσως έχει και βιολογικό υπόστρωμα, δεδομένου ότι, όπως υποδεικνύεται από τη βιβλιογραφία, έχει ως αφετηρία την παιδική κακοποίηση. Συγκεκριμένα, η ικανότητα σωστής αξιολόγησης των εκφράσεων του προσώπου είναι μία σημαντική πηγή πληροφοριών που χρησιμοποιείται στην κοινωνική επαφή. Η ανάπτυξη αυτής της γνωστικής ικανότητας επηρεάζεται από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες μεταξύ των οποίων αναφέρεται και η παιδική κακοποίηση. Για παράδειγμα, ενήλικες που έχουν εκτεθεί σε κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία αξιολογούν λανθασμένα τις εκφράσεις προσώπων και το έλλειμμα αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα δυσκολίες στην κοινωνική επαφή (Edmiston & Blackford, 2013).

.Ενδείξεις για την υπόθεση ενδεχόμενου νευρωνικού υπόβαθρου της διαπροσωπικής δυσλειτουργίας κατά την αλληλεπίδραση εντός του κοινωνικού πλαισίου παρέχει μελέτη, στην οποία αναφέρεται ότι ο βαθμός της παιδικής κακοποίησης σχετίζεται σημαντικά με διαφοροποιημένο πρότυπο ενεργοποίησης συγκεκριμένων εγκεφαλικών περιοχών κατά τη θέαση αγνώστων προσώπων (Edmiston & Blackford, 2013).

7.2.5 Διερευνητικό ερώτημα: η σχέση παιδικού τραύματος και αναβλητικότητας

Στη παρούσα μελέτη βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές, αλλά χαμηλής ισχύος, συσχετίσεις ανάμεσα στην αναβλητικότητα και στις τραυματικές εμπειρίες από συναισθηματική κακοποίηση.

Ανάμεσα στα πολλά αίτια για την ανάπτυξη αναβλητικότητας έχει αναφερθεί και το παιδικό τραύμα. Συγκεκριμένα αναφέρεται ότι οι λανθασμένες πρακτικές γονέων που είναι υπερβολικά αυταρχικοί ή υπερβολικά ελαστικοί έχουν ως αποτέλεσμα να αναπτύσσουν τα παιδιά υπερευαίσθησία στην απόρριψη που τα οδηγεί σε αναβλητικότητα από φόβο μήπως αξιολογηθούν αρνητικά (Van der Kolk, 1987). Υπό αυτήν την οπτική, το παιδικό τραύμα ενδεχομένως να πλήττει σοβαρά και μόνιμα την αυτοεκτίμηση του παιδιού, με συνεπαγόμενες ετεροχρονισμένες επιδράσεις που καθίστανται εμφανείς στην ενήλικη ζωή και εκφράζονται εμμέσως ως ελλιπή κίνητρα και έλλειψη στόχων. Τα δύο τελευταία στοιχεία είναι δυνατόν να αντανakλώνται σε μία αναβλητική συμπεριφορά. Επομένως, το συγκεκριμένο θέμα αξίζει περαιτέρω διερεύνησης.

7.2.6 Η σχέση του παιδικού τραύματος με κοινωνικό-δημογραφικές μεταβλητές

Οι κυριότερες σημαντικές διαφορές ή συσχετίσεις που βρέθηκαν στην παρούσα μελέτη, οι οποίες και θα σχολιαστούν στη συνέχεια, είναι μεταξύ παιδικού τραύματος λόγω σωματικής τιμωρίας και φύλου και μεταξύ παιδικού τραύματος λόγω σωματικής τιμωρίας και μορφωτικού επιπέδου:

α) Διαφορές των φύλων

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι οι άνδρες ανέφεραν σημαντικά περισσότερες τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία ενώ οι γυναίκες από σεξουαλική κακοποίηση. Τα ευρήματα αυτά είναι συμβατά με ευρήματα προηγούμενων μελετών. Συγκεκριμένα, σε μία εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση, η οποία

συμπεριελάμβανε άρθρα για τις διαφορές των φύλων στους τύπους τραυματικών εμπειριών και στην εκδήλωση διαταραχής μετατραυματικού στρες, διαπιστώθηκε, μεταξύ άλλων, ότι η συχνότητα παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στις γυναίκες (Tolin & Foa, 2006). Σε άλλη μελέτη σε δείγμα φοιτητικού πληθυσμού (N= 1,528) βρέθηκε επίσης ότι οι γυναίκες ανέφεραν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες σεξουαλική κακοποίηση ή παρενόχληση κατά την παιδική ηλικία (Frazier et al, 2009).

Μελέτη σε δείγμα 8000 ανδρών και 8000 γυναικών γενικού πληθυσμού, ηλικίας μεγαλύτερη των 18 ετών, στην οποία διερευνήθηκαν οι διαφορές των φύλων στις μακροχρόνιες επιπτώσεις της παιδικής σωματικής κακοποίησης, έδειξε ότι οι άνδρες ανέφεραν σημαντικά περισσότερες τραυματικές εμπειρίες από τις γυναίκες (Thompson, Kingree & Desai, 2004).

Το εύρημα της παρούσας μελέτης σχετικά με τις διαφορές των φύλων στη συχνότητα σωματικής κακοποίησης είναι συμβατό και με ελληνικά ερευνητικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία μεγαλύτερη χρήση σωματικής τιμωρίας, γίνεται στα αγόρια, σε ποσοστό 71% και μικρότερη στα κορίτσια, ποσοστό 60% (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2007)

β) Συσχέτιση παιδικού τραύματος λόγω σωματικής τιμωρίας με το μορφωτικό επίπεδο

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ πρώιμων τραυματικών εμπειριών από σωματική τιμωρία και μορφωτικού επιπέδου. Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ανέφεραν σημαντικά περισσότερες τραυματικές εμπειρίες λόγω σωματικής τιμωρίας από τους αποφοίτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Το εύρημα αυτό πιθανόν συνδέεται έμμεσα με ευρήματα μίας προοπτικής μελέτης 574 παιδιών, τα οποία παρακολούθηθηκαν από την ηλικία των 5 έως την ηλικία των 21 ετών. Στη συγκεκριμένη μελέτη, στην οποία διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ παιδικού τραύματος λόγω σωματικής τιμωρίας και διαφόρων μεταβλητών της κοινωνικής προσαρμογής, βρέθηκε μεταξύ άλλων, ότι τα παιδιά που είχαν υποστεί σωματική κακοποίηση τα πρώτα 5 χρόνια της ζωής τους είχαν μικρότερες πιθανότητες να αποφοιτήσουν από το Λύκειο και κατά συνέπεια να συνεχίσουν σε ανώτατη εκπαίδευση (Lansford, Miller- Johnson, Berlin, Dodge, Bates, & Pettit, 2007).

7.2.7 Σχέση μεταξύ συμπτωμάτων που σχετίζονται με τραύμα με κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές

Διαφορές ανάμεσα στα φύλα

Στην παρούσα μελέτη οι γυναίκες ανέφεραν κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο σημαντικά περισσότερα συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και αποσυνδεδετικού τύπου από τους άνδρες. Το εύρημα αυτό είναι συμβατό με ευρήματα πρόσφατης μελέτης, σε δείγμα 1041 φοιτητών, στην οποία διερευνήθηκε η σχέση τραυματικών εμπειριών με μετατραυματικά συμπτώματα, σύμφωνα με την κλίμακα TSC-40. Στη μελέτη αυτή βρέθηκε, μεταξύ άλλων, ότι οι γυναίκες ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα αποσυνδεδετικού τύπου, κυρίως επαναβίωσης, άγχους και κατάθλιψης (Tang & Freyd, 2011).

Συσχέτιση ηλικίας με αποσυνδεδετικού τύπου συμπτώματα κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και αποσυνδεδετικού τύπου συμπτωμάτων κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο. Το εύρημα αυτό είναι συμβατό με προηγούμενα ευρήματα, σύμφωνα με τα οποία η συχνότητα αποσυνδεδετικού τύπου συμπτωμάτων μειώνεται από την παιδική ηλικία στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή (Zona, 2014).

7.2.8 Συχνότητα αναφερόμενων τραυματικών εμπειριών στο δείγμα της μελέτης

Στην παρούσα μελέτη το 98% των συμμετεχόντων ανέφερε τουλάχιστον μία παιδική τραυματική εμπειρία. Το ποσοστό αυτό είναι σημαντικά υψηλότερο από μελέτες σε δείγματα φοιτητών άλλων χωρών. Συγκεκριμένα, μελέτη σε δείγμα 440 φοιτητών στις Ηνωμένες Πολιτείες, στην οποία διερευνήθηκε η επικράτηση του παιδικού τραύματος, το 84% των συμμετεχόντων ανέφερε τουλάχιστον μία τραυματική εμπειρία (Vrana & Lauterbach, 1994). Σε μία άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Ισραήλ σε δείγμα 983 φοιτητών, στην οποία διερευνήθηκε η συχνότητα έκθεσης σε τραυματικές εμπειρίες, βρέθηκε ότι το 67% ανέφερε τουλάχιστον μία τραυματική εμπειρία (Amir & Sol, 1999).

Ο πιο συχνά αναφερόμενος τύπος παιδικού τραύματος στη παρούσα μελέτη είναι η σωματική τιμωρία σε ποσοστό 89,9% και ακολουθούν η συναισθηματική κακοποίηση (67,2%) και η σεξουαλική κακοποίηση (27%). Σε μία εξαιρετικά εκτεταμένη αναδρομική μελέτη 17000 ατόμων με μέση ηλικία 57 ετών, γνωστή ως μελέτη «αντίξων εμπειριών κατά την παιδική ηλικία (Adverse Childhood Experiences (ACE) Study) που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες και στην οποία διερευνήθηκε η συχνότητα πρώιμων τραυματικών εμπειριών βρέθηκε ότι ένα ποσοστό 36% των ερωτηθέντων δεν ανέφερε καμία τραυματική εμπειρία. Η συχνότητα των διαφόρων μορφών τραυματικών εμπειριών ήταν 28% λόγω σωματικής τιμωρίας 11% λόγω συναισθηματικής κακοποίησης και 22% λόγω σεξουαλικής κακοποίησης (Felitti & Anda, 2010).

Το πολύ υψηλό ποσοστό του παιδικού τραύματος λόγω σωματικής τιμωρίας είναι συμβατό με ερευνητικά δεδομένα στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα οποία η σωματική τιμωρία, όπως ήδη αναφέρθηκε, αποτελεί μία συχνή μέθοδο πειθαρχίας. Συγκεκριμένα, σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Εθνικό Κέντρο Μελέτης της Σωματικής Τιμωρίας και Εναλλακτικών Μορφών Τιμωρίας, σε προπτυχιακούς φοιτητές της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, το 73% των φοιτητών ανέφεραν ότι ως παιδιά είχαν γίνει δέκτες σωματικής τιμωρίας στο σπίτι (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2007).

Αξίζει επίσης να σχολιαστεί το πολύ υψηλό ποσοστό (27%) της αναφερόμενης σεξουαλικής κακοποίησης. Σε μία μελέτη στις Ηνωμένες Πολιτείες την δεκαετία του '90, στην οποία διερευνήθηκε η επικράτηση του παιδικού τραύματος λόγω σεξουαλικής

κακοποίησης σε δείγμα 81,241 εφήβων διαφόρων εθνικοτήτων βρέθηκε ότι το 10% ανέφερε τουλάχιστον ένα επεισόδιο σεξουαλικής κακοποίησης. Δεν βρέθηκαν επίσης σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων εθνικοτήτων (Saewyc, Pettingell, & Magee 2003).

Το ποσοστό της παρούσας μελέτης είναι πιο συμβατό με μία μελέτη σε δείγμα ελλήνων φοιτητών 18-20 ετών σχετικά με τη διερεύνηση της συχνότητας σεξουαλικής κακοποίησης, η οποία έδειξε ότι η αναφερόμενη συχνότητα του φαινομένου ήταν 24% (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011).

7.3 Περιορισμοί και πλεονεκτήματα της παρούσας έρευνας

Ένας βασικός περιορισμός της παρούσας μελέτης είναι η συσχετιστική φύση της. Ο ερευνητικός μας σχεδιασμός μας έδωσε βέβαια τη δυνατότητα να διερευνήσουμε ένα πολυδιάστατο μοντέλο για το παιδικό τραύμα, ενσωματώνοντας μεταβλητές που δεν είχαν ως τώρα μελετηθεί στον ελληνικό πληθυσμό. Παρ' όλα αυτά όμως, όπως προαναφέραμε, η βάση του σχεδιασμού και της ερμηνείας των αποτελεσμάτων είναι συσχετιστική, με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολη η απόδοση αιτιακών σχέσεων. Με εξαίρεση λοιπόν μια σειρά προβλεπτικών παλινδρομικών μοντέλων, όπου επιχειρήθηκε η ερμηνεία της διακύμανσης του δομικού και καταστασιακού άγχους από την ανεξάρτητη μεταβλητή παιδικό τραύμα, δεν μπορούμε να μιλάμε για αιτιώδεις σχέσεις. Αλλά ακόμα και στα μοντέλα αυτά, αν και ήταν στατιστικώς σημαντικά, η ερμηνεία της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής δεν ξεπέρασε κατά πολύ το όριο του 15%. Ένας δεύτερος περιορισμός είναι ότι οι συμμετέχοντες δεν επιλέχθηκαν τυχαία αλλά με δειγματοληψία ευκολίας, οπότε δεν μπορεί να τεκμηριωθεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και κατά συνέπεια δεν είναι ασφαλής και η γενίκευση των συμπερασμάτων.

Ο τρίτος περιορισμός σχετίζεται με το γεγονός ότι μεταβλητές, όπως η σεξουαλική κακοποίηση, η σωματική τιμωρία ή ακόμη και η αυτόπτης μαρτυρία τραυματισμών ή σκηνών θανάτου δεν είναι εύκολο να μετρηθούν αντικειμενικά και να ποσοτικοποιηθούν, μια δυσκολία που συναντάται συχνά κατά την απόπειρα παραμετροποίησης εξαιρετικά περίπλοκων ψυχολογικών διεργασιών στο πλαίσιο της αναπτυξιακής πορείας ενός ανθρώπου. Ακολούθως, περιοριστική για την παρούσα διδακτορική διατριβή θα πρέπει να θεωρηθεί και η απουσία ομάδας ελέγχου, κυρίως κλινικού πληθυσμού, από την οποία θα μπορούσαν να προκύψουν ενδιαφέρουσες συγκρίσεις και πολύτιμες πληροφορίες για την επίπτωση του παιδικού τραύματος σε ελληνικούς κλινικούς πληθυσμούς.

Παρά τους αναμφισβήτητα σημαντικούς περιορισμούς, η μελέτη έχει ορισμένα πλεονεκτήματα όπως είναι το μεγάλο μέγεθος και η ομοιογένειά του δείγματος που επέτρεψαν την υλοποίηση των ερευνητικών μας σκοπών και συγκεκριμένα τη διερεύνηση της σχέσης του παιδικού ψυχικού τραύματος και των διαφόρων τύπων του με την προσαρμογή κατά την ενήλικη ζωή, που πραγματοποιείται πρώτη φορά σε

ελληνικό πληθυσμό. Ως πλεονέκτημα θα μπορούσε επίσης να θεωρηθεί η δημιουργία των ελληνικών εκδοχών και ο έλεγχος των βασικών ψυχομετρικών ιδιοτήτων ενός ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του παιδικού τραύματος, μίας κλίμακας για την εκτίμηση της αναβλητικότητας και μίας κλίμακας για την εκτίμηση συμπτωμάτων κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο, που συνδέονται με τραυματικές εμπειρίες. Ειδικότερα η δημιουργία της ελληνικής εκδοχής ενός ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του παιδικού τραύματος είναι σημαντική, δεδομένου ότι δίνει τη δυνατότητα για περαιτέρω διερεύνηση του φαινομένου στον ελληνικό πληθυσμό.

Ως πλεονέκτημα μπορεί να θεωρηθεί επίσης και η μέθοδος συλλογής των δεδομένων με τη χορήγηση ανώνυμων ερωτηματολογίων και όχι με συνέντευξη. Είναι εύλογο ότι η μέτρηση και η αξιολόγηση των μεταβλητών του τραύματος είναι εξαιρετικά δύσκολο έργο, δεδομένου ότι η απόδοση πληροφοριών για ιδιαίτερα λεπτά ζητήματα, όπως είναι, παραδείγματος χάριν, η σεξουαλική κακοποίηση, ενέχει σε μεγάλο βαθμό τη συμμόρφωση προς το κοινωνικά επιθυμητό από την πλευρά του συμμετέχοντος. Έτσι είναι δυνατόν να παρατηρούνται, κυρίως στις περιπτώσεις συνεντεύξεων πρόσωπο με πρόσωπο, φαινόμενα κανονικοποίησης με την έννοια ότι τα άτομα έχουν την τάση να προσεγγίζουν την κοινωνική νόρμα (Ajzen & Fishbein, 1977). Κατά συνέπεια πιστεύουμε ότι η μέθοδος συλλογής δεδομένων υπό καθεστώς διασφαλισμένης ανωνυμίας αποτελεί πλεονέκτημα της παρούσας μελέτης. Τέλος ως πλεονέκτημα μπορεί να αναφερθεί και το γεγονός ότι όλα τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη είναι σταθμισμένα στην ελληνική γλώσσα και έχουν ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες.

7.4 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης σε μεγάλο δείγμα ελληνικού φοιτητικού πληθυσμού έγινε φανερό ότι το παιδικό τραύμα και οι διάφοροι τύποι του είναι ένα ανησυχητικά συχνό φαινόμενο, το οποίο χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Θα ήταν επομένως σκόπιμο να σχεδιαστούν τυχαιοποιημένες μελέτες πανελλαδικά και σε μεγάλο εύρος ηλικιακών ομάδων, οι οποίες θα επιτρέψουν αφενός τη μείωση του «θορύβου» από τυχόν μεροληπτικές δειγματοληπτικές επιδράσεις και αφετέρου θα δώσουν μεγαλύτερη δύναμη στην ερμηνεία των συσχετίσεων που βρέθηκαν στην παρούσα μελέτη και θα επιτρέψουν την ασφαλέστερη γενίκευση των ευρημάτων της παρούσας έρευνας.

Επιπρόσθετα σε μελλοντικές μελέτες θα είχε ενδιαφέρον να διερευνηθούν οι επιπτώσεις του παιδικού τραύματος σε διάφορες ομάδες φυσιολογικού και ψυχιατρικού ελληνικού πληθυσμού. Ειδικότερα θα ήταν σκόπιμο να μελετηθεί σε ψυχιατρικούς ελληνικούς πληθυσμούς ο ρόλος των διαφόρων τύπων παιδικού τραύματος στην εκδήλωση ψυχικών διαταραχών, οι οποίες σύμφωνα με διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα, σχετίζονται κυρίως με την έκθεση σε παιδικό τραύμα, όπως οι αγχώδεις διαταραχές (αγοραφοβία, διαταραχή πανικού, διαταραχή μετατραυματικού στρες, κοινωνική φοβία), οι καταθλιπτικές διαταραχές, η εξάρτηση από ουσίες καθώς και οι διαταραχές προσωπικότητας, κυρίως μεθοριακού τύπου (Martins et al., 2011).

Είναι γεγονός ότι τόσο το παιδικό τραύμα όσο και η ενήλικη συμπεριφορά εξαρτώνται από την αλληλεπίδραση βιολογικών, γενετικών περιβαλλοντικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων καθώς και ατομικών χαρακτηριστικών. Για τον λόγο αυτό θα ήταν σημαντικό να μελετηθούν, εκτός των ψυχοκοινωνικών και βιολογικοί παράγοντες, όπως, για παράδειγμα, ο ρόλος των ορμονών που έχουν ενοχοποιηθεί για την πυροδότηση και διατήρηση νευροχημικών αλλαγών στον εγκέφαλο μετά από παιδικές τραυματικές εμπειρίες.

Θα ήταν επίσης σκόπιμο να μελετηθούν και άλλες μεταβλητές της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής κατά την ενήλικη ζωή, οι οποίες συνδέονται με παιδικές τραυματικές εμπειρίες, όπως η αυτοεκτίμηση, η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, η κοινωνική απομόνωση, η αρνητική εικόνα του εαυτού και οι δυσκολίες στις

διαπροσωπικές σχέσεις (Middlebrooks & Audage, 2008; Kendall-Tackett, 2001; Mullen et al., 1996). Σημαντικό θα ήταν επίσης να διερευνηθεί η επίδραση ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων σε ομάδες ατόμων που έχουν υποστεί πρώιμες τραυματικές εμπειρίες.

Παράλληλα η ελληνική εκδοχή μίας κλίμακας για την εκτίμηση της αναβλητικότητας δίνει τη δυνατότητα διερεύνησης, **ανεξάρτητα από το παιδικό τραύμα**, ενός φαινομένου που παρατηρείται με μεγάλη συχνότητα στο φοιτητικό πληθυσμό και η μελέτη του οποίου μπορεί να οδηγήσει στη διαμόρφωση στρατηγικών αντιμετώπισής του και κατά συνέπεια στην αποτροπή άσκοπης επιμήκυνσης της διάρκειάς των σπουδών.

Κατά τη διάρκεια της ζωής του ο άνθρωπος θα εκτεθεί σε διάφορα ψυχοπιεστικά γεγονότα και θα βιώσει ποικίλες εν δυνάμει τραυματικές εμπειρίες, όπως είναι για παράδειγμα, η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, μία σοβαρή ασθένεια κ.ά., οι οποίες είναι πιθανόν να επηρεάσουν αρνητικά τη σωματική και ψυχική του υγεία. Ειδικότερα όταν οι τραυματικές εμπειρίες συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης, έχουν ακόμα σοβαρότερες συνέπειες δεδομένου ότι επηρεάζουν τη συνολική **διαμόρφωση** του ψυχισμού του ατόμου. Το ανήλικο άτομο, είναι εξαιρετικά ευάλωτο σε πάσης φύσεως απειλές, τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής του ακεραιότητας. Κατά συνέπεια, η πρώιμη τραυματική εμπειρία έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να μη γίνει αντικείμενο επεξεργασίας άμα τη γενέσει της, και να βρει διέξοδο σε μετέπειτα στάδια της ζωής με ποικίλους δυσπροσαρμοστικούς τρόπους. Σε όλη τη διάρκεια της περιόδου αυτής, δεν έχει ολοκληρωθεί η ανάπτυξη και κατά συνέπεια ούτε και οι αμυντικοί μηχανισμοί που οι ενήλικες διαθέτουν για να αντιμετωπίζουν στρεσογόνες καταστάσεις. Επιπλέον, τα όρια του εαυτού και ο βαθμός στον οποίον έχει γίνει αντιληπτή η θέση του ατόμου στην κοινωνία, δεν είναι ακόμη σαφή και οι αντιστάσεις του απέναντι σε τραυματικά γεγονότα είναι μειωμένες.

Ελπίζουμε ότι με την παρούσα έρευνα θα συμβάλλουμε στη κατανόηση των πολυπαραγοντικών, πολύπλοκων και δυναμικών σχέσεων μεταξύ πρώιμων τραυματικών εμπειριών και των επιπτώσεων τους στη ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ενήλικα. Ειδικότερα, ελπίζουμε ότι τα ευρήματα της μελέτης που υποδεικνύουν ότι ορισμένες από τις εξετασθείσες μεταβλητές ψυχοκοινωνικής προσαρμογής, εμφανίζουν τις ισχυρότερες συσχετίσεις με το παιδικό τραύμα θα βοηθήσουν στον εντοπισμό

παραγόντων κινδύνου και κατά συνέπεια στην πληρέστερη κατανόηση του φαινομένου και των δυσμενών επιπτώσεών του κατά την ενήλικη ζωή.

Η μελέτη του ψυχικού τραύματος στο ιδιαίτερα ζωτικό και ευαίσθητο αυτό κομμάτι της κοινωνίας, το φοιτητικό πληθυσμό, έχει ακόμη μεγαλύτερο ειδικό βάρος. Η ανίχνευση του τραύματος και των ποικίλων αρνητικών επιπτώσεών του στο συγκεκριμένο πληθυσμό μπορεί να συμβάλλει στον έγκαιρο εντοπισμό ατόμων υψηλού κινδύνου, στην εφαρμογή ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων και κατά συνέπεια στη πρόληψη, μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο του Πανεπιστημίου.

ΠΗΓΕΣ- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αριές, Φ. (1990). *Αιώνες παιδικής ηλικίας*. Αθήνα: Γλάρος.
- Αρτινοπούλου Β., (2001), *Βία στο σχολείο. Έρευνες και πολιτικές στην Ευρώπη*. Αθήνα, Μεταίχμιο.
- Βακαλιός, Α. (1984). *Ποιότητα Ζωής: Προβληματισμοί – κατευθύνσεις*. Αθήνα, Κέντρο Προγραμματισμού και οικονομικών ερευνών.
- Βελίκης, Ι., Αναγνωστοπούλου, Τ., Μαστοράκου, Α., Τριλίβα, Σ., Γκούβα Μ. (2009). Σχέση Παιδικής Κακοποίησης και Παραμέλησης με Αλεξιθυμία και Προβλήματα Υγείας σε Φοιτητές Πανεπιστημίου. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 48(3), 325–331.
- Βεντουράτου, Δ. (2009). *Εισαγωγή στην ψυχοτραυματολογία και στην τραυματοθεραπεία. Η μέθοδος EDMR*. Αθήνα: Πεδίο.
- Γαλανάκη, Ε., Ναυρίδη, Α. (2006). Η μοναξιά των παιδιών με παιδικό ψυχικό τραύμα: Τι μαθαίνουμε από τις παρατηρήσεις της Anna Freud. *Παιδί και Έφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*, 8 (1), 49- 66.
- Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (2007). *Η εξάλειψη της σωματικής τιμωρίας στα παιδιά*. Αθήνα: Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας- Κέντρο Για την Μελέτη και τη Πρόληψη της Κακοποίησης- Παραμέλησης του Παιδιού.
- Κακατσάκη, Δ., Χατζηανδρέου, Μ., Βασιλαματζής, Γρ., Δαφνή, Ο. Λουτράδης, Δ. Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2004). Άγχος, Κατάθλιψη, Αλεξιθυμία και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας: Παίζουν ρόλο στην έκβαση της εξωσωματικής γονιμοποίησης; *Ψυχιατρική*, 15(1), 27- 33.
- Καραμανωλάκη, Χ. (2011). Η επανάληψη του παιδικού ψυχικού τραύματος στην αναλυτική διαδικασία: Κλινικές σημειώσεις. Στο Τιμητικός τόμος Γεώργιος Ν. Χριστοδούλου (σσ. 451) Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Kennerley, H. (2008). *Πώς να ξεπεράσετε το παιδικό τραύμα*. Αθήνα: Ατραπός.
- Μαντόγλου, Α. (2005). *Μνήμες. Ατομικές- Κοινωνικές- Ιστορικές*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Μουσούρου, Λ. (2005). *Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία των ηλικιών και των γενεών*. Gutenberg.

- Μπαλούρδος, Δ. & Φρονίμου, Ε. (2011). Πρόληψη κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών: καλές πρακτικές. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών Ινστιτούτο Κοινωνικής Πολιτικής.
- Μπαμπινιώτης, Γ. (2002). *Λεξικό της Νέας Ελληνικής γλώσσας*. Αθήνα: εκδ. Κέντρο Λεξικολογίας.
- Μπενβενίστε, Ρ. & Παραδέλλης, Θ. (1995). *Διαδρομές και Τόποι της μνήμης*. Πανεπιστήμιο Αιγαίου: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια.
- Οικονομίδου, Ι. (2007). *Ψυχικό Τραύμα και σωματική αποδιοργάνωση*. Διδακτορική διατριβή στο τμήμα Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου.
- Παναγόπουλος, Π., Τσιόδρας, Σ., Γουργούλης, Γ. Μ., Μουσσάς, Γ., Χριστοδούλου, Χ., Τουρνικιώτη, Κ., Κορκολιάκου, Π. Λύκουρας, Α. και Πετρίκος, Γ. Αλεξιθυμία, Υποχονδρίαση και Ιδεοψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά σε ασθενείς με χρόνια προστατίτιδα (2011). Στο *Τιμητικός τόμος Γεώργιος Ν. Χριστοδούλου* (σσ. 551-554). Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Περβανίδου, Π., Χρούσος Π. (2011). Νευροβιολογία της Μετατραυματικής Διαταραχής Στρες. Στο *Τιμητικός Τόμος: Καθηγητής Γεώργιος Ν. Χριστοδούλου* (σσ. 789). Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Σινανίδου, Μ. Δ. (2006). Μελέτη συσχέτισης άγχους, κατάθλιψης, αλεξιθυμίας στις διαταραχές του θυρεοειδούς. *Ιατρική*, 89 (2).
- Smith, Ρ. (2006). *Πολιτισμική θεωρία: Μία εισαγωγή*. Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική.
- Σουμάκη, Ε. (2011). Η ανάδυση της ανάμνησης του τραύματος και η επαναβίωση του μέσα απ' τη μεταβίβαση. Στο *Τιμητικός Τόμος Γεωργίου Ν. Χριστοδούλου* (σσ. 446). Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Συνοδινού, Κ. (2012). Ψυχοπαθολογία του βρέφους, του παιδιού και του εφήβου, Φάκελος σημειώσεων. Αθήνα : Πάντειο Πανεπιστήμιο.
- Συνοδινού, Κ. (2007). Εισαγωγή στις θεραπευτικές τεχνικές: Κλινική συνέντευξη, φάκελος σημειώσεων. Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο.
- Συνοδινού, Κ. (2007). *Ο παιδικός αυτισμός. Θεραπευτική αντιμετώπιση*. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Τζινιέρη – Κοκκώση Μ. (2011). Ποιότητα Ζωής: Προσέγγιση στη σημασία. Στο *Τιμητικός τόμος Γεωργίου Ν. Χριστοδούλου* (σσ. 862-865). Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

- Τζινιέρη-Κοκκώση, Μ, Τριανταφύλλου Ε, Αντωνοπούλου Β, Τομαράς Β, Χριστοδούλου ΓΝ. (2003). *Εγχειρίδιο ποιότητα ζωής με άξονα το ερωτηματολόγιο WHOQOL-100*. Αθήνα, Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Τσέλιου, Ε. (2008). Αλεξιθυμία: Ποια η σχέση της με το βρογχικό άσθμα; *Info Respiratory*, 51, 44-46.
- Τσιτσιπής, Λ. (1995). *Εισαγωγή στην Ανθρωπολογία της Γλώσσας: Γλώσσα, Ιδεολογία, διαλογικότητα και επιτέλεση*. Αθήνα: Gutenberg.
- Φρόντ, Σ. και Μπρόνερ, Γ. (1854). *Μελέτες για την υστερία*. Αθήνα (2001), Επίκουρος.
- Halbwachs, M. (2013). *Η Συλλογική Μνήμη*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Aberbach, D. (1989). *Surviving Trauma: Loss, Literature and Psychoanalysis*. New Haven and London: Yale University Press.
- Abraham, N. & Torok, M. (1986) [1976]. *The Wolf man's magic word: a cryptonymy*. Minneapolis: University of Minneapolis Press.
- Acroyd, P. (2002). *Dickens*. London: Vintage Books.
- Afifi, T. O., Brownridge, D. A., Cox, B. J., & Sareen, J. (2006). Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child abuse & neglect*, 30(10), 1093-1103.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84(5), 888-918.
- Akinsola, M. K., Tella, A. & Tella, A. (2007). Correlates of Academic Procrastination and Mathematics Achievement of University Undergraduate Students. *Eurasia Journal of Mathematics, Science & Technology Education*, 3(4), 363-370.
- Amir, M. & Lev-Wiesel, R. (2003). Time Does Not Heal All Wounds: Quality of Life and Psychological Distress of People Who Survived the Holocaust as Children 55 Years Later. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (3), 295–299.
- Amir, M. & Sol, O. (1999). Prevalence of Traumatic Events in a Student Sample in Israel; The Effect of Multiple Traumatic Events and Physical Injury. *Journal of Traumatic Stress*, 12 (1), 139-154.
- Arnold, B. (2004). Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *J Clin Psychiatry*, 65(12), 10-15.

- Aust S., Härtwig, E. A., Heuser I. & Bajbouj, M. (2013). The Role of Early Emotional Neglect in Alexithymia. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 5 (3), 225–232.
- Bagby, R. M., Parker J. D. A., Taylor G. J. (1994). The twenty- item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*, 38, 23-31.
- Baron, R. A. (1992). *Psychology*, second edition. United States of America: Allyn and Bakon
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford.
- behaviour in childhood and adolescence. *Acta Medica Academica*, 41(2), 131-144.
- Bergmann M. & Jucovy, M. (1982). *Generations of the Holocaust*. New York: Columbia University Press.
- Bernstein, D. P, Stein, J. A., Handelsman, L. (1998). Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders: effects of childhood maltreatment. *Addict Behav* 23, 855-868.
- Berzenski, S. R. & Yates, T. M. (2010). A Developmental Process Analysis of the Contribution of Childhood Emotional Abuse to Relationship Violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19, 180–203.
- Bishop, M., Rosenstein, D., Bakelaar, S. and Seedat, S. (2014). An analysis of early developmental trauma in social anxiety disorder and posttraumatic stress disorder. *Annals of General Psychiatry*, 13:16
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss- Volume 1: Attachment*. London: Pimlico Editions.
- Bremner, J. D, Vermetten, E., Mazure, C. M. (2000). Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: The Early Trauma Inventory. *Depress Anxiety*, 12, 1–12.
- Bremner, J. D., Bolus, R., & Mayer, E. A. (2007). Psychometric properties of the early trauma inventory–self report. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(3), 211- 218.
- Bremner, J. D.,Vythilingam, M., Vernmetten, E., Southwick, S. M., McGlashan, T. & Nazeer, A. (2003). MRI and PET study on deficits in hippocampal structure and

- function in women with childhood sexual abuse and post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 924- 932.
- Breuer, J. & Freud, S. (1895). *Studies on hysteria*. New York: Basic Books.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Consult Clin Psychol.*, 68(5), 748-66.
- Briere, J. & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect* 27, 1205–1222.
- Briere, J. (1996), Psychometric review of the Trauma Symptom Checklist-40, in B.H. Stamm (Ed.). *Measurement of stress, trauma, and adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Briere, J. N., & Runtz, M. G. (1989). The Trauma Symptom Checklist (TSC-33): early data on a new scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 151-163.
- Brislin R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *J Cross Cultural Psychol.*, 1, 185-216.
- Browne, C. & Winkelman, C. (2007). The effect of childhood trauma on later psychological adjustment. *Journal of Interpersonal Violence*, 22 (6), 689- 697.
- Butchard, A. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Word Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.
- Cannon, W. B. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Caracci, G. (2011). Genetics of Post-Traumatic Stress disorder: a review. Στο *Τιμητικός Τόμος: Καθηγητής Γεώργιος Ν. Χριστοδούλου*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Carr, C. P., Martins, C. M. S. Stingel, A .M., Lemgruber, V. B & Juruena, M. F. (2013). The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorders: A Systematic Review According to Childhood Trauma Subtypes. *J Nerv Ment Dis*, 201, 1007- 1020.
- Caruth, C. (1991). Unclaimed Experience: Trauma and the Possibility of history. In Yale French Studies (No. 79), *Literature and the Ethical Question*.

- Ceballo, R., Trayci, A. D., Aretakis, M. T. and Ramirez, C. (2001). Inner-City exposure to Community Violence: How much do parents know? *Journal of marriage and family* (63), 927-940.
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J. Dube, S. R., Edwards, V. J & Anda, R. F (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood . *Journal of Affective Disorders* 82, 217–225.
- Chu, D. A ., Williams, L. M., Anthony, W. F., Richard, A., Bryant, J., Gatt, M. (2013). Early life trauma predicts self-reported levels of depressive and anxiety symptoms in nonclinical community adults: *Journal of Psychiatric Research* 47, 23-32.
- Clemmons, J. C., Walsh, K., Lillo, D. D. and Messman – Moore T L. (2007). Unique and Combined contributions of multiple child abuse type and abuse severity to adult trauma symptomatology. *Child maltreatment* 2 (12), 172- 181.
- Coccossis- Ginieri, M. (2014). *Trangenerational aspects of psychic trauma: Borderline patients and their families*. 2nd Interdisciplinary Congress “Psychiatry and RelatetSciences.<http://www.erasmus.gr/UsersFiles/microsite1011/Documents/ABSTRACTS.pdf>
- Cole, M., & Cole, S., R. (2002). *Η ανάπτυξη των παιδιών (Α' τόμος)*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 412 425.
- Cowan, N. & Hume, C. (1997). *The Development of memory in childhood*. Hove, UK: Psychology Press.
- Culbertson, R. (1995). Embodied memory, transcendence, and telling: recounting trauma, re-establishing the self. *New Literary History*, 26 (1), 169-195.
- Cvetkovich, A. (2003). *An Archive of Feelings: Trauma, sexuality, and lesbian public cultures*. Durham and London: Duke University press.
- Diener, E. & Don R. Rahtz (eds) (2000). *Advances in Quality of Life theory and Research*. Boston, London: Kluwer Academic Publishers.
- DSM- III: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition* (1980). American Psychiatric Association.

- DSM- IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (1994). American Psychiatric Association.
- DSM-IV-TR: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision*. (2000). American Psychiatric Association.
- DSM-V: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fifth edition (2013). American Psychiatric Association.
- Edmiston, E. K., & Blackford, J. U. (2013). Childhood maltreatment and response to novel face stimuli presented during functional magnetic resonance imaging in adults. *Psychiatry Research - Neuroimaging*, 212(1), 36-42.
- Eggens, L. (2008). The influence of personal networks and social support on study attainment of students in university education. *Higher Education*, 55 (5), 553-573.
- Elliott, D. M., & Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women: Validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40). *Child Abuse & Neglect*, 16, 391-398.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Fallowfield, L. (1990). *The quality of life: The missing measurement in health care*. London: Souvenir Press.
- Fassin, D. & Rechtman, R. (2009). *The Empire of Trauma: An Inquiry into the Condition*. Princeton: Princeton University Press.
- Fayers, P. & Machin, D. (2006). *Ποιότητα Ζωής: Αξιολόγηση, ανάλυση και ερμηνεία*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Felitti, V. J. & Anda, R. F. (2010). The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Healthcare: Lanius/Vermetten/Pain . Cambridge University Press.
- Fereti I. & Stavrianaki, M. (1997). The use of psysical punishment in the Greek family: Selected sociodemographic aspects. *Journal of Child and Family Welfare*, 2 (3), 206- 216.
- Fernie, B. A., Spada, M. M., Nikčević, A. V., Georgiou, G. A., Moneta, G. B. (2009). Metacognitive beliefs about procrastination: Development and Concurrent valididty of a self-report questionnaire. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23 (4), 283- 294.

- Fleiszman, N. & Mercy, M. (2007). *No stress: Αναπνεύστε βαθιά, διώξτε το άγχος!* Αθήνα: Κριτική.
- Foster, A. (2014). *Traumatic Life Events and Symptoms of Anxiety: Moderating Effects of Adaptive Versus Maladaptive Coping Strategies*. Thesis, Department of Psychology East Tennessee State University.
- Foucault, M. (1977). *Language, Counter-memory, Practice: Selected Essays and Interviews*. New York: Cornell University Press.
- Fountoulakis, K. N., Papadopoulou, M., Kleanthous, S., Papadopoulou, A., Bizeli, V., Nimatoudis, I. Iacovides, A., Kaprinis, G. S. (2006). Reliability and psychometric properties of the Greek translation of the State-Trait Anxiety Inventory form Y: Preliminary data. *Ann Gen Psychiatry*, 31; 5:2.
- Frazier, P., Anders, S., Perera, S., Tomich, P., Tennen, H., Park, C. Tashiro, T. (2009). Traumatic events among undergraduate students: Prevalence and associated symptoms. *Journal of Counseling Psychology*, 56 (3), 450-460.
- Freud, S. (1916-1917). *Introductory Lectures on Psychoanalysis*. S.E. 15,16.
- Freud, S. (1920). *Beyond the pleasure principle*. S. E. XVIII. London (1955), Hogarth Press.
- Freud, S. (1939). *Moses and monotheism*. S. E. 23:1-6. New York (1954), Vintage Books.
- Freud, S. (1915c). *Instincts and their vicissitudes*. In E. Jones (Ed.), *The collected papers of Sigmund Freud* (Vol. 4). S. E. New York (1959), Basic Books
- Freud, S. (1925- 1926). *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*. S.E. 17:75. (The Standard Edition Complete Psychological Works of Sigmund Freud,. 1990, New York: W. W. Norton & Company Inc)
- Freud, S. (1928). *A Religious Experience*. S.E. 21:167
- Friedman, S., Smith, L., Fogel, D., Paradis, C., Viswanathan, R., Ackerman, R. & Trappler, B. (2002). The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: A comparison with other psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 16 (3), 259- 272.
- Frisch, M. B. (2006). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Willey.

- Gaon, A., Kaplan, Z., Dwolatzky, T., Perry Z. & Witztum, E. (2013). Dissociative Symptoms as a Consequence of Traumatic Experiences: The Long-term Effects of Childhood Sexual Abuse. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 50 (1), 17- 23.
- Gilbertson, M. W., Shenton, M. E., Cixewski, A., Kasai, K., Lasko, N. B. & Orro, S. P. (2002). Smaller hippocampal volume predicts pathological vulnerability to psychological trauma. *Nature Neuroscience*, 5 (11), 1242-1247.
- Ginieri-Coccossis, M., Triantafillou, E., Tomaras, V., Soldatos, C., Mavreas, V., Christodoulou, G. (2012). Psychometric properties of WHOQOL-BREF in clinical and healthy Greek populations: Incorporating new culture-relevant item. *Psychiatriki* 23, 130–142.
- Glass, D., Jerome, E. S. (1972). *Urban Stress: experiments on noise and social stressors*. New York, Academic Press
- Glassman, W. E. & Hadad, M. (2009). *Approaches to Psychology*. Berkshire: McGraw Hill.
- Goblin, R., L. (2012). Trauma, Trust and Betrayal awareness. Doctoral Dissertation, University of Oregon. Eugene, Oregon, USA.
- Green Jr., H. D., Tucker, J. S., Wenzel, S. L., Golinelli, D., Kennedy, D. P., Ryan, G. W., & Zhou, A. J. (2012). Association of childhood abuse with homeless women's social networks. *Child Abuse and Neglect*, 36(1), 21-31.
- Greenacre, P. (1967). The influence of infantile trauma on genetic patterns. In S. S. Furst (ed), *Psychic Trauma*. New York: Basic Books, pp. 108- 153.
- Gross, C., & Hen, R. (2004). The developmental origins of anxiety. *Nature Reviews Neuroscience*, 5(7), 545-552.
- Gulec, M., Altintas, M, Inanc, L., Bezgin, C. H., Koca, E. K. & Gulec, H. (2013). Effects of childhood trauma on somatisation in major depressive disorder: The role of Alexithymia. *Journal of Affective Disorders*, 146, 137- 141.
- Hanson, P.G. (1985). *The joy of stress*. New York: Andrews & McMeel.
- Hee Seo, Eun (2009). The relationship of procrastination with a mastery goal versus an avoidance goal. *Social Behaviour and Personality*, 37(7), 911-920.
- Heim, C. (2009). Childhood trauma and adult responsiveness. In *Encyclopedia on early childhood development* R. Tremblay (ed), Montreal Centre of Excellence for early childhood development, pp. 1-7.

- Heim, C. & Nemeroff, C. B (1999). The impact of early adverse experiences on brain systems involved in the pathophysiology of anxiety and affective disorders *Biological Psychiatry*, 46 (11), 1509-1522.
- Heim, C., Newport, D. J., Wagner, D., Wilcox, M. M., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2002). The role of early adverse experience and adulthood stress in the prediction of neuroendocrine stress reactivity in women: a multiple regression analysis. *Depression and anxiety*, 15(3), 117-125.
- Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2000). Multi-type maltreatment and the long-term adjustment of adults. *Child Abuse Review*, 9, 6–18.
- Holloway, B. E. (2003). Does Procrastination and Stress Have an Affect on Your Health?. *National Undergraduate Research Clearinghouse*, 6. Available online at <http://www.webclearinghouse.net/volume/>. Retrieved October 19, 2014.
- Horowitz, M. J. (1997). *Stress response syndromes* (3rd ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Howell, A. J., & Watson, D. C. (2007). Procrastination: Associations with achievement goal orientation and learning strategies. *Personality and Individual Differences*, 43(1), 167-178.
- Howell, A. J., Watson, D. C., Powell, R. A., & Buro, K. (2006). Academic procrastination: the pattern and correlates of behavioural postponement. *Personality and Individual Differences*, 40, 1519–1530.
- Hsin Chun Chu, Angela, και Jim Nam Choi (2005). Rethinking Procrastination: Positive effects of “active” procrastination behaviour on attitudes and performance. *The Journal of Social Psychology*, 145 (3), 245-264.
- Hyman, S. M., Garcia, M., Kemp, K., Mazure, C. M., & Sinha, R. (2005). A gender specific psychometric analysis of the early trauma inventory short form in cocaine dependent adults. *Addictive behaviors*, 30(4), 847-852.
- Janet, P. (1907). *The Major Symptoms of Hysteria*, Macmillan, London/New York. Second edition with new matter: 1920. Reprint of 1920-edition: Hafner, New York, 1965. Janet, P. (1909a). *Les névroses*, Flammarion, Paris.
- Jeon, J. R., Lee, E. H., Lee, S. W., Jeong, E. G., Kim, J. H., Lee, D., & Jeon, H. J. (2012). The Early Trauma Inventory Self Report-Short Form: Psychometric Properties of the Korean Version. *Psychiatry investigation*, 9 (3), 229-235.

- Kapeleris, A., Sandra C. & Paivio S. (2011). Identity and emotional competence as mediators of the relationship between childhood psychological trauma and adult love relationships. *Journal of Agression, Maltreatment and Trauma*, 20(6), 617-635.
- Kaplan, A., E. (2005). *Trauma Culture: The politics of terror and loss in media and literature*. New Jersey, London: Rutgers University Press.
- Keane, T. M., Gerardi, R. J, Quinn, S. J. & Litz, B. T (1992). Behavioral treatment of post- traumatic stress disorder. In S. M. Turner, K. S. Calhoon & H. E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy* (2nd ed.). New York: John Willey & Sons, p.p 87- 97
- Kelman, H. (1946) The traumatic syndrome. *Am J Psychoanal.* 6, 12–19.
- Kendall-Tackett, K. (2001). The Long Shadow: Adult Survivors of Childhood Abuse. In: *The hidden feelings of motherhood: Coping with mothering stress, depression and burnout*. New Harbinger: Oakland, CA. pp.1- 19.
- Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27, 1101–1119.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 197, 378–385.
- Kidron, C. A. (2003). Surviving a distant past: A case study of the cultural construction of trauma descendant identity. *Ethos*, 31 (4), 513-544.
- Kooiman, C. G., van Rees Vellinga, S., Spinhoven, P., Draijer, N., Trijsburg, R. W., Rooijmans, H. G. (2004). Childhood adversities as risk factors for alexithymia and other aspects of affect dysregulation in adulthood. *Psychother Psychosom*, 73, 107-116.
- Kring, A. M., Davison, G., Neale, J and Johnson, S. (2010). *Ψυχοπαθολογία*, Αθήνα : Gutenberg.
- Kris, E. (1956). The recovery of childhood memories in psychoanalysis. *Psychoanal. Study Child*, 11, 54-88.

- Kuo, J. R., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2011). Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 25(4), 467-473.
- Lansford, J. E., Miller- Johnson, S. Berlin, L. J., Dodge, K. A., Bates, J. E. & Pettit, G. S. (2007). Early Physical Abuse and Later Violent Delinquency: A Prospective Longitudinal Study. *Child Maltreat*. 12(3), 233–245.
- Levitan, R. D., Rector, N. A., Sheldon, T., & Goering, P. (2003). Childhood adversities associated with major major depression and/or anxiety disorders in a community sample of Ontario: Issues of co-morbidity and specificity. *Major Depression and Anxiety*, 17, 34–43.
- Leys, R. (2000). *Trauma: A genealogy*. Chicago and London : The University of Chicago Press.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Pynoos, R. S. (1995). Dynamic psychotherapy of posttraumatic stress disorder. In M. J. Friedman, D. S. Charney, & A. Y. Deutch (Eds.), *Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to post traumatic stress disorder* (pp. 495–506). Philadelphia: LippincottRaven.
- Martins, C. M., Tofoli, S. M., Von Werne Baes, C & Juruena, M. (2011). Analysis of the occurrence in early life stress in adult psychiatric patients, a systematic review. *Psychology & Neuroscience*, 4, (2), 219- 227.
- Mason, J. W. (1971). A re-evaluation of the concept of “non-specificity” in stress theory. *Journal of Psychiatric Research*, 8, 323–333
- Mc Dougall, J. (1982) Alexythymia: A psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38, 81-90.
- McNally, R. J., Litz, B. T., Prassas, A., Shin, L. M., & Weathers, F. W. (1994). Emotional priming of autobiographical memory in posttraumatic stress disorder. *Cognition and Emotion*, 8, 351–367.
- Meek, A. (2010). *Trauma and Media: Theories, Histories and Images*. New York and London: Routledge.
- Meston, C. M., Heiman, J. R., & Trapnell, P. D. (1999). The relation between early abuse and adult sexuality. *Journal of Sex Research*, 36(4), 385-395.

- Michinov, N., Brunot, S., Le Bohec, O., Juhel, J & Delava, M. (2011). Procrastination, participation, and performance in online learning environments. *Computers & Education* 56, 243–252.
- Middlebrooks, J. S. & Audage, N. C. (2008). *The Effects of Childhood Stress on Health Across the Lifespan*. National Center for Injury Prevention and Control of the Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention National Center for Injury Prevention and Control of the Centers for Control and Prevention.
- Milgram, N., Mey-Tal, G., Levison, Y. (1998). Procrastination, generalized or specific, in college students and their parents. *Personality and individual differences* 25, 297-316.
- Milton, K. & Svasek, M. (eds.) (2005). *Mixed Emotions: Anthropological Studies of feeling*. Oxford: Berg.
- Molnar, B. E., Berkman, L. F., & Buka, S. L. (2001). Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: Relative links to subsequent suicidal behavior in the US. *Psychological Medicine*, 31, 965–977.
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91, 753–760.
- Mukherjee, R. (1989). *The Quality of life: Valuation in Social Research*. New Delhi/ Newbury Park / London: SAGE Publications.
- Mullen, P. E, Martin, J. L, Anderson, J. C, Romans, S. E, Herbison, G. P. (1996). The long- term impact of the psysical, emotional and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse Negl.*, 20(1), 7-21.
- Mullen, P. E, Martin, J. L, Anderson, J. C, Romans, S. E, Herbison, G. P. (1993). Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J Psychiatry* 163, 721-732.
- Naughton, A. M., Maguire, S. A., Mann, M. K., Lumb, R. C., Tempest, V., Gracias, S., & Kemp, A. M. (2013). Emotional, behavioral, and developmental features indicative of neglect or emotional abuse in preschool children a systematic review. *JAMA Pediatrics*, 167(8), 769-775.

- Neal, T. M., & Nagle, J. E. (2013). Measuring Abuse Sequelae: Validating and Extending the Trauma Symptom Checklist–40. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22(3), 231-247.
- New, A. S., Rot, M. Ripoll, L. H., Perez-Rodriguez, M., Lazarus, S., Zipursky, E., Weinstein, S. R., Koenigsberg, H. W., Hazlett, E. A., Goodman, M & Siever, L.J. (2012). Empathy and alexythymia in borderline personality disorder: Clinical and laboratory measures. *Journal of Personality Disorders*, 26, 1- 16.
- Norman R, Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med* 9: e100134
- O'Connor, T. G. & Rutter, M. (2000). Attachment disorder following early severe deprivation: Extention and longitudinal follow- up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 703- 712.
- O'Dougherty-Wright, M., Crawford, E., Del Castillo D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect* 33, 59–68.
- Ogle, C. M., Rubin, D. C., Siegler I. C. (2013). The Impact of the Developmental Timing of Trauma Exposure on PTSD Symptoms and Psychosocial Functioning Among Older Adults. *Dev Psychol.*49(11), 2191-21200.
- Osofsky, J D. (1999). The impact of violence on Children. The future of children. *Domestic Violence and children*, 9 (3), 33-49.
- Osório, F. L., Salum, G. A., Donadon, M. F., Forni-dos-Santos, L., Loureiro, S. R., Crippa, J. A. (2013). Psychometrics Properties of Early Trauma Inventory Self Report – Short Form (ETISR-SR) for the Brazilian Context. . *PLoS ONE* 8(10): e76337. doi:10.1371/journal.pone.0076337.
- Paivio, S. C. & McCulloch, C. (2004). Alexythymia as a mediator between trauma and self-injurius behaviours. *Child Abuse and Neglect* 28, 339-354.
- Parkinson, B. & Colman A. M. (1995). *Emotion and motivation*. London and New York: Longman.
- Plaza, A., Torres, A., Martin-Santos, R., Gelabert, E., Imaz, M. L., Navarro, P., & Garcia-Esteve, L. (2011). Validation and test-retest reliability of early trauma

- inventory in Spanish postpartum women. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(4), 280.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1542-1554.
- Rademaker, A. R., Vermetten, E., Geuze, E., Mulwijk, A., & Kleber, R. J. (2008). Self-reported early trauma as a predictor of adult personality: a study in a military sample. *Journal of clinical psychology*, 64(7), 863-875.
- Rank, O. (1929). *The Trauma of Birth*. S.E. Martino, (2010), Fine Books.
- Read, J.P., Ouimette, P., White, J., Colder, C., & Farrow- Read, S. (2011). Rates of DSM-IV-TR Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder Among Newly Matriculated College Students. *Psychological Trauma: Theory, Research Practice, and Policy*, 3(2), 148-156.
- Reyome, N. D. (2010). Childhood emotional maltreatment and later intimate relationships: themes from the empirical literatures. *Journal of Aggression Maltreatment and Trauma*, 19, 224- 242.
- Rogers, C. R. (1951). Client- centered therapy. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1989). The Carl Rogers reader. H. Kirschenbaum & V. L. Land (eds). New York: Houghton Mifflin.
- procrastination, achievement, and academic motivation in web-based and blended distance learning. *The Internet and Higher Education*, 8(4), 299-305.
- Roy, C. A. & Perry, J., C. (2004). Instruments for the Assessment of Childhood Trauma in Adults. *J Nerv Ment Dis*, 192, 343–351.
- Saddler, C. D., & Buley, J. (1999). Predictors of academic procrastination in college students. *Psychological Reports*, 84(2), 686-688.
- Saewyc, E .M., Pettingell, S. & Magee L. L. (2003). The Prevalence of Sexual Abuse Among Adolescents in School. *The Journal of school nursing*, 19 (5), 266- 272.
- Schacter, D., Gilbert, D., Wegner, M. D. (2012). *Ψυχολογία*. Αθήνα, Εκδόσεις Gutenberg.

- Searcy, V. & Lipps, A.(2012). The Effectiveness of Seeking Safety on Reducing PTSD Symptoms in Clients Receiving Substance Dependence Treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 30 (2), 239- 255.
- Sesar, K., Barišić, M., Pandža, M & Dodaj, A. (2012). The relationship between difficulties in psychological adjustment in young adulthood and exposure to bullying. *Acta Medica Academica* 41(2), 131-144.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavioral Experimental Psychiatry*, 20, 211–217.
- Shapiro, F. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. New York: Guilford Press.
- Sifneos, P. E. (1972). *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Sifneos, P. E. (1975). Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. *Psychotherapy and Psychosomatics* 26, 65–70.
- Simon, N. M., Herlands, N. N., Marks, E. H., Mancini, C., Letamendi, A., Li, Z., Stein, M. B. (2009). Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26(11), 1027-1032.
- Spertus, I. L., Yehuda, R., Wong, C. M., Halligan, S., & Seremetis, S. V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child abuse & neglect*, 27(11), 1247-1258.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the state–trait anxiety inventory (Form Y)* (“Self-evaluation questionnaire”). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger CD (1972). *Anxiety. Current Trends in Theory and Research: vol 1*. New York, NY, Academic Press, 1972
- Spitzer, C., Vogel, M., Barnow, S. Freyberger, H. J., Grabe, H. J. (2007). Psychopathology and alexithymia in severe mental illness: the impact of trauma

- and posttraumatic stress symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* , 257, 191–196.
- Stevens, N. R., Gerhart, J., Goldsmith, R. E., Heath, N. M., Chesney, S. A., & Hobfoll, S. E. (2013). Emotion regulation difficulties, low social support, and interpersonal violence mediate the link between childhood abuse and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy*, 44(1), 152-161.
- Stewart, S. H. (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: a critical review. *Psychological Bulletin*, 1(20), 83-112.
- Storolow, R. & Atwood, G. (2002). *Worlds of experience: Interweaving philosophical and clinical dimensions in psychoanalysis*. Basic Books.
- Tan, C. X., Ang, R. P., Klassen, R. M., Lay See, Y., Wong, I. Y. F. & Huan, V. S. (2008). Correlates of academic procrastination and students' grade goals. *Current Psychology*, 27(2), 135-144.
- Tang, S. S. S. & Freyd, J. J (2011). Betrayal Trauma and Gender Differences in Posttraumatic Stress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(5), 469–478.
- Taylor G. (1997). Affects and alexithymia in medical illness and disease. In: G. J. Taylor, R. M. Bagby, J. D. A. Parker (eds.) *Disorders of Affect Regulation. Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness* (pp. 216–247). Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1999). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. & Bourke, M. P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychometric Research*, 41 (6), 561–568.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. A. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale—IV: reliability and factorial validity in different languages and cultures. *J Psychosom Res*, 55, 277-83.
- Taylor, G. J., Ryan, D. & Bagby, R. M., (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and psychosomatics*, 44 (4), 191- 199.
- Thakkar, N. (2009). Why procrastinate: An Investigation of the Root causes behind procrastination. *Lethbridge Undergraduate Research Journal*, 4 (2),

- Thompson, M. P., Kingree, J.B. & Desai, S. (2004). Gender Differences in Long-Term Health Consequences of Physical Abuse of Children: Data From a Nationally Representative Survey. *American Journal of Public Health*, 94 (4), 599- 604.
- Tofoli, S. M., Von Werne Baes, C, Martins, C. M. & Juruena, M. (2011). Early life stress, HPA Axis and depression. *Psychology & Neuroscience*, 4 (2), 229- 234.
- Tolin, D. F. & Foa, E. B. (2006). Sex Differences in Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A Quantitative Review of 25 Years of Research. *Psychological Bulletin*, 132 (6), 959–992.
- Troeman, Z. C., Spies, G., Cherner, M., Archibald, S. L., Fennema-Notestine, C., Theilmann, R., Spottiswoode, B., Stein D. J and Seedat S. (2011). Impact of childhood trauma on functionality and quality of life in HIV-infected women. *Health and Quality of Life Outcomes* 30, 9-84.
- Tsaousis, I., Taylor, G., Quilty, L., Georgiades, S., Stavrogiannopoulos, Bagby, M. R. (2010). Validation of a Greek adaptation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Comprehensive Psychiatry* 51, 443 – 448.
- Tuckman, B.W. (1991). The development and concurrent validity of the Procrastination Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 51, 473-480.
- Uzun – Özer, B. & Saricaoglu, H. (2014). *International Journal of Psycho-Educational Sciences*, 5, (5), 1- 7.
- Uzun - Özer, B. U., Sackes, M. (2011). Effects of academic procrastination on college students' life satisfaction. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 12, 512-519.
- Uzun - Özer, B., SaçKes, M., & Tuckman, B. W. (2013). Psychometric properties of the Tuckman procrastination scale in a turkish sample 1. *Psychological reports*, 113(3), 874-884.
- Uzun -Özer, B., Demir, A., Ferrari, J. R (2009). Exploring Academic Procrastination Among Turkish Students: Possible Gender Differences in Prevalence and Reasons. *The Journal of Social Psychology*, 149(2), 241–257.
- Van der Hart, O. & Horst, R. (1989). The Dissociation Theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress*, 2 (4), 1-11.
- Van der Kolk, B. (1987). *Psychological Trauma*. Washington: American Psychiatric Press.

- Van der Kolk, (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child Adolesc Psychiatric Clin N. Am*, 12, 293-317.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. A new, rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Van Wyk, L. (2004). *The relationship between procrastination and stress in the life of the high school teacher*. University of Pretoria.
- Vrana, S. & Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *J Trauma Stress*, 7(2), 289-302.
- Wang, Z., Du, J., Sun, H., Wu, H., Xiao, Z., & Zhao, M. (2010). Patterns of childhood trauma and psychological distress among injecting heroin users in China. *PloS one*, 5(12), e15882.
- Weiss, E. L., Longhurst, J. G., & Mazure, C. M. (1999). Childhood sexual abuse as a risk factor for major depression in women: Psychosocial and neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 156, 816-828.
- Wenzel, Friedrich, F., Jing Zhu, L., Diaconu, G., Hardi, (2011). Post-traumatic Stress considerations after three decades of a concept. Στο *Τιμητικός Τόμος: Καθηγητής Γεώργιος Ν. Χριστοδούλου* (σσ. 805- 812) Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Whiffen, V. E., Benazon, N. R. & Bradshaw, C. (1997). Discriminant validity of the TSC- 40 in an outpatient setting. *Child Abuse & Neglect*, 21 (1), 107-115.
- Williams, R (1981). *The Sociology of Culture*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- World Health Organization (1995). *Quality of Life Assessment short version, WHOQOL-Bref*. Geneva, WHO.
- Yates, T. M. (2007). The developmental consequences of child emotional abuse: a neurodevelopmental perspective. *Journal of Emotional Abuse*, 7 (2), 9- 34.

- Yehuda, R. (2001). Biology of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 62 (17), 41-46.
- Yehuda, R., Halligan, S. L., & Bierer, L. M. (2001). Relationship of parental trauma exposure and PTSD to PTSD, depressive and anxiety disorders in offspring. *Journal of psychiatric research*, 35(5), 261-270.
- Zhu, X, Yi, J., Yao, S., Ryder, A. G., Taylor, G. J., Bagby, R. M. (2007). Cross-cultural validation of a Chinese translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Compre Psychiat*, 48, 489-96.
- Zlotnick, C., Mattia, J. I., & Zimmerman, M. (2001). The relationship between posttraumatic stress disorder, childhood trauma and alexithymia in an outpatient sample. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 177-188.
- Zlotnick, C., Tracie-Shea, M., Begin, A., Pearlstein, T., Simpson, E. & Costello, E. (1996). The validation of the trauma symptom checklist- 40 (TSC- 40) in a sample of inpatients. *ChildAbuse& Neglect*, 20 (6), 503-510.
- Zona, K. P. (2014). Dissociative Symptoms in adolescent girls: Contextual determinants and Behavioral outcomes. *Doctoral Dissertations*, 1- 145.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ημερομηνία:

Φύλο: ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα

Ημερομηνία γέννησης :|.....|.....

Ημέρα Μήνας | Έτος

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος-η ☐ Έγγαμος-η ☐
Σε διάσταση ☐ Διαζευγμένος-η ☐

Έχετε παιδιά; ☐ Ναι ☐ Όχι **Αν ναι, πόσα;** ☐

Ζείτε: ☐ Μόνος/η ☐ Με τους γονείς ☐ Με τον/την σύντροφό σας

Εκπαίδευση:

- ☐ ΛΥΚΕΙΟ
☐ ΤΕΙ
☐ ΑΕΙ
☐ Μεταπτυχιακές Σπουδές

Επάγγελμα:

Σχολή:

Τμήμα:

Έτος φοίτησης:

Μέσος όρος επίδοσης στις σπουδές:

(Κυκλώστε την επιλογή που ταιριάζει στην περίπτωση σας)

ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ
5-7	7,1-8,5	8,6-10

Εκπαίδευση πατέρα:

Επάγγελμα πατέρα:

Εκπαίδευση μητέρας:

Επάγγελμα μητέρας:

Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (περίπου):

Ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς του πρώιμου τραύματος-σύντομη μορφή (Early Trauma Inventory - Self-Report – Short Form (ETI-SR-SF))

Μερικές φορές οι άνθρωποι έχουν εμπειρίες που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως στρεσογόνες. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει σχεδιαστεί για την εκτίμηση αρνητικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας που μπορεί να έχουν αντίκτυπο στη ζωή σας ως ενήλικες τώρα. Παρακαλούμε να απαντήσετε, εάν είχατε ποτέ **πριν από την ηλικία των 18 ετών** μία ή περισσότερες από τις εμπειρίες που αναφέρονται παρακάτω, βάζοντας για κάθε ερώτηση σε κύκλο το ΝΑΙ ή το ΟΧΙ.

Στις περιπτώσεις που είχατε μία ή περισσότερες από τις εμπειρίες που αναφέρονται στη συνέχεια, σας παρακαλούμε, εκτός από το ΝΑΙ, να σημειώνετε και πόσο συχνά είχατε την ή τις συγκεκριμένες εμπειρίες κυκλώνοντας τον αντίστοιχο αριθμό σύμφωνα με την κλίμακα:

	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

Μέρος 1. Τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας (Πριν από την ηλικία των 18 ετών)

1. Έχετε ποτέ εκτεθεί σε μια φυσική καταστροφή απειλητική για τη ζωή σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

2. Έχετε ποτέ εμπλακεί σε σοβαρό ατύχημα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

3. Έχετε ποτέ υποστεί σοβαρό τραυματισμό ή ασθένεια;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές Φορές	Συχνά

4. Είχατε ποτέ την εμπειρία θανάτου ή σοβαρής ασθένειας ενός γονέα ή του προσώπου που είχε τη φροντίδα σας όταν ήσαστε παιδί;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

5. Είχατε ποτέ την εμπειρία διαζυγίου ή χωρισμού των γονέων σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

6. Είχατε ποτέ την εμπειρία θανάτου ή σοβαρού τραυματισμού ενός αδελφού ή αδελφής;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

7. Είχατε ποτέ την εμπειρία θανάτου ή σοβαρού τραυματισμού ενός φίλου σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

8. Υπήρξατε ποτέ μάρτυρας βίαιης συμπεριφοράς απέναντι σε άλλους συμπεριλαμβανομένων και των μελών της οικογενείας σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

9. Υπέφερε ποτέ κάποιο μέλος της οικογενείας σας από διανοητική ή ψυχιατρική ασθένεια ή είχε υποστεί νευρικό κλονισμό;

NAI OXI

Εάν NAI πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

10. Είχαν οι γονείς σας ή το άτομο που σας φρόντιζε όταν ήσαστε παιδί προβλήματα αλκοολισμού ή κατάχρησης ουσιών

NAI OXI

Εάν NAI πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

11. Έχετε ποτέ δει κάποιον να δολοφονείται;

NAI OXI

Εάν NAI πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

Μέρος 2. Τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία. (Πριν από την ηλικία των 18 ετών).

1. Σας έχουν ποτέ χαστουκίσει;

NAI OXI

Εάν NAI πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

2. Σας έχουν ποτέ κάψει με καυτό νερό, με τσιγάρο ή με κάτι άλλο;

NAI OXI

Εάν NAI πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

3. Σας έχουν ποτέ γρονθοκοπήσει ή κλωτσήσει;

NAI OXI

Εάν NAI πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

4. Σας έχουν ποτέ χτυπήσει εκσφενδονίζοντας κατά πάνω σας ένα αντικείμενο;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

5. Σας έχουν ποτέ σπρώξει ή παραμερίσει επίτηδες ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

Μέρος 3. Τραυματικές εμπειρίες από συναισθηματική κακοποίηση.

(Πριν από την ηλικία των 18 ετών)

1. Σας ταπείνωναν συχνά ή σας γελοιοποιούσαν;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

2. Σας αγνοούσαν συχνά ή σας έκαναν να αισθανθείτε ότι δεν αξίζετε;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

3. Σας έλεγαν συχνά ότι δεν είσαστε καλός|η σε κάτι;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

4. Σας μεταχειρίζονταν συνήθως με ψυχρό και αδιάφορο τρόπο ή σας έκαναν να αισθάνεστε ότι δεν σας αγαπούν;

NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

5. Οι γονείς σας ή τα άτομα που είχαν τη φροντίδα σας όταν ήσαστε παιδί δεν κατάφερναν συχνά να σας καταλάβουν ή να αντιληφθούν τις ανάγκες σας;

NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

**Μέρος 4. Τραυματικές εμπειρίες από σεξουαλική κακοποίηση ή παρενόχληση
(Πριν από την ηλικία των 18 ετών)**

1. Σας έτυχε ποτέ να σας αγγίζουν σε ένα απόκρυφο μέρος του σώματός σας (π.χ. στο στήθος, στους μηρούς, στα γεννητικά όργανα) με ένα τρόπο που σας ξάφνιασε ή που σας έκανε να αισθανθείτε άβολα;

NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

2. Σας έτυχε ποτέ να «τρίψει» κάποιος τα γεννητικά του όργανα επάνω σας;

NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

3. Σας εξανάγκασαν ποτέ να αγγίξετε ένα άλλο άτομο σε απόκρυφα μέρη του σώματός του;

NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

4. Σας έτυχε ποτέ να συνουσιαστείτε με κάποιον παρά τη θέλησή σας;

NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

5. Εξαναγκαστήκατε ποτέ να κάνετε στοματικό σεξ σε κάποιον

παρά τη θέλησή σας;

NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

6. Εξαναγκαστήκατε ποτέ να φιλήσετε κάποιον με τρόπο περισσότερο

σεξουαλικό παρά στοργικό;

NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

Εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ σε ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω συμβάντα, παρακαλούμε να

υπογραμμίσετε αυτό που θεωρείτε ότι είχε το μεγαλύτερο αντίκτυπο στη ζωή σας, και στη συνέχεια να

απαντήσετε τις παρακάτω ερωτήσεις σε σχέση μόνο με το συγκεκριμένο συμβάν.

Στην απάντησή σας προσπαθήστε να σκεφθείτε πώς αισθανθήκατε την ώρα του συγκεκριμένου

συμβάντος.

1. Είχατε τότε βιώσει συναισθήματα έντονου φόβου, τρόμου ή είχατε αισθανθεί

τελείως αβοήθητος|η;

NAI OXI

2. Είχατε τότε αισθανθεί σαν να βρίσκεστε έξω από το σώμα σας ή σαν

να ήσαστε σε όνειρο;

NAI OXI

Κλίμακα συμπτωμάτων σχετιζόμενων με τραυματικές εμπειρίες (Trauma Symptom Checklist – 40, TSC-40).

Σας παρακαλούμε να απαντήσετε πόσο συχνά είχατε τις ακόλουθες εμπειρίες τους τελευταίους δύο μήνες, βάζοντας σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό σύμφωνα με την κλίμακα:

0= ποτέ, 1=μερικές φορές, 2=αρκετές φορές, 3=συχνά

	Ποτέ	Μερικές φορές	Αρκετές φορές	Συχνά
1.Πονοκεφάλους.	0	1	2	3
2. Αϋπνίες (δυσκολία να σας πάρει ο ύπνος).	0	1	2	3
3. Απώλεια βάρους (χωρίς δίαιτα).	0	1	2	3
4. Στομαχικά ενοχλήματα.	0	1	2	3
5. Σεξουαλικά προβλήματα.	0	1	2	3
6. Αίσθημα απομόνωσης από τους άλλους.	0	1	2	3
7. Στιγματικές «παρεμβολές» αναμνήσεων (αιφνίδιες, ζωνχές, διασπαστικές μνήμες).	0	1	2	3
8. Ανήσυχος ύπνος.	0	1	2	3
9. Μειωμένη σεξουαλική επιθυμία.	0	1	2	3
10. Κρίσεις Άγχους.	0	1	2	3
11. Σεξουαλική υπερδραστηριότητα.	0	1	2	3
12. Αίσθημα μοναξιάς.	0	1	2	3
13. Εφιάλτες.	0	1	2	3
14. Νοερές «φυγές» (αποδράσεις) από την πραγματικότητα).	0	1	2	3
15. Θλίψη.	0	1	2	3

	Ποτέ	Μερικές φορές	Αρκετές φορές	Συχνά
16. Ζαλάδες.	0	1	2	3
17. Έλλειψη ικανοποίησης από τη σεξουαλική σας ζωή.	0	1	2	3
18. Δυσκολίες να ελέγξετε τα νεύρα σας.	0	1	2	3
19. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί και δεν σας ξαναπαίρνει ο ύπνος.	0	1	2	3
20. Κλάματα που δεν μπορείτε να ελέγξετε.	0	1	2	3
21. Φόβο απέναντι στους άντρες.	0	1	2	3
22. Πρωινό αίσθημα ότι δεν έχετε ξεκουραστεί αρκετά.	0	1	2	3
23. Σεξουαλική επαφή από την οποία δεν πήρατε ευχαρίστηση.	0	1	2	3
24. Δυσκολία να «τα πηγαίνετε καλά» με τους άλλους.	0	1	2	3
25. Προβλήματα μνήμης.	0	1	2	3
26. Επιθυμία να βλάψετε σωματικά τον εαυτό σας.	0	1	2	3
27. Φόβο απέναντι στις γυναίκες.	0	1	2	3
28. Ακούσιο ξύπνημα στη μέση της νύχτας.	0	1	2	3
29. Άσχημες σκέψεις ή συναισθήματα κατά τη διάρκεια του σεξ.	0	1	2	3
30. Λιποθυμίες	0	1	2	3
31. Αίσθημα ότι «τα πράγματα δεν είναι αληθινά».	0	1	2	3
32. Άσκοπο ή υπερβολικά συχνό πλύσιμο.(π.χ. χεριών, σώματος κλπ).	0	1	2	3
33. Αισθήματα κατωτερότητας.	0	1	2	3
34. Αίσθημα υπερέντασης όλη την ώρα.	0	1	2	3

35. Σύγχυση γύρω από τα σεξουαλικά σας αισθήματα.	0	1	2	3
36. Επιθυμία να βλάψετε σωματικά τους άλλους.	0	1	2	3
37. Ενοχές.	0	1	2	3
38. Αίσθημα ότι «δεν είσαστε πάντα μέσα στο σώμα σας».	0	1	2	3
39. Δυσκολία να πάρετε αναπνοή.	0	1	2	3
40. Σεξουαλικά συναισθήματα όταν δεν πρέπει να τα έχετε.	0	1	2	3

Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο.
Διευθυντής: Καθηγητής Γ.Ν.Παπαδημητρίου

Μετάφραση και προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα:
Αντωνοπούλου Ζ., Κοκκώση Μ., Τυπάλδου Μ. (2011)

Κλίμακα Αλεξιθυμίας 20 λημμάτων του Τορόντο (Toronto Alexithymia Scale, (TAS-20))

**Κλίμακα Αλεξιθυμίας του TORONTO 20
(TAS-20)**

Οδηγίες Συμπλήρωσης:

Χρησιμοποιώντας ως οδηγό τις διαβαθμίσεις που παρουσιάζονται παρακάτω, σημειώστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις προτάσεις που ακολουθούν μαυρίζοντας τον κατάλληλο αριθμό. Δώστε μόνο μια απάντηση για κάθε πρόταση. Οι επιλογές που έχετε ως απάντηση είναι οι παρακάτω:

①	②	③	④	⑤
Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα

1	Συχνά δεν ξέρω τι ακριβώς αισθάνομαι.	①	②	③	④	⑤
2	Μου είναι δύσκολο να βρω τις κατάλληλες λέξεις για να περιγράψω τα συναισθήματά μου.	①	②	③	④	⑤
3	Έχω σωματικά συμπτώματα που ούτε οι γιατροί δεν μπορούν να καταλάβουν.	①	②	③	④	⑤
4	Είμαι ικανός/ή να περιγράψω τα αισθήματά μου με ευκολία.	①	②	③	④	⑤
5	Προτιμώ να αναλύω προβλήματά από απλά να τα περιγράψω.	①	②	③	④	⑤
6	Όταν είμαι αναστατωμένος/ή δεν ξέρω εάν είμαι λυπημένος/η, φοβισμένος/η ή θυμωμένος/η.	①	②	③	④	⑤
7	Συχνά απορώ με συμπτώματα που συμβαίνουν στο σώμα μου.	①	②	③	④	⑤
8	Προτιμώ να αφήνω τα πράγματα να κυλούν από μόνα τους παρά να προσπαθώ να καταλάβω γιατί πήραν αυτή την πορεία.	①	②	③	④	⑤
9	Έχω συναισθήματα που δεν μπορώ να προσδιορίσω με ακρίβεια.	①	②	③	④	⑤
10	Είναι σημαντικό να μπορεί κάποιος να είναι σε επαφή με τα συναισθήματά του.	①	②	③	④	⑤
11	Το βρίσκω δύσκολο να περιγράψω πως αισθάνομαι για τους άλλους.	①	②	③	④	⑤
12	Οι άλλοι άνθρωποι μου λένε να περιγράψω περισσότερο τα συναισθήματά μου.	①	②	③	④	⑤
13	Δεν γνωρίζω τι συμβαίνει μέσα μου.	①	②	③	④	⑤
14	Συχνά δεν ξέρω γιατί είμαι θυμωμένος/η.	①	②	③	④	⑤
15	Προτιμώ να μιλώ στους ανθρώπους για τις καθημερινές τους δραστηριότητες παρά για τα συναισθήματά τους.	①	②	③	④	⑤
16	Προτιμώ να βλέπω «ελαφριά» ψυχαγωγικά προγράμματα παρά ψυχολογικά δράματα.	①	②	③	④	⑤
17	Μου είναι δύσκολο να αποκαλύψω τα πιο βαθιά μου συναισθήματα ακόμη και στους πιο κοντινούς μου φίλους.	①	②	③	④	⑤
18	Μπορώ να αισθάνομαι κοντά σε κάποιον ακόμη και σε στιγμές σιωπής.	①	②	③	④	⑤
19	Βρίσκω τη διερεύνηση των συναισθημάτων μου χρήσιμη για την επίλυση των προσωπικών μου προβλημάτων.	①	②	③	④	⑤
20	Όταν ψάχνει κανείς για κρυμμένα νοήματα σε ταινίες ή θεατρικά έργα, στο τέλος δεν μπορεί να τα απολαύσει.	①	②	③	④	⑤

©Προσαρμογή στην Ελληνική Γλώσσα: Τσαούσης, Ιωάννης, Σταυρογιαννόπουλος Μάριος, Γεωργιάδης Στέλιος

Η σύντομη μορφή της κλίμακας Αναβλητικότητας του Tuckman (Tuckman, 1991)

Σας παρακαλώ να μας απαντήσετε πόσο θεωρείτε ότι το περιεχόμενο κάθε μίας από τις παρακάτω προτάσεις σας χαρακτηρίζει, βάζοντας ένα Χ στο αντίστοιχο τετράγωνο σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

1 = Συμφωνώ πολύ

2= Συμφωνώ|

3= Είμαι ουδέτερος|η

4= Διαφωνώ

5= Διαφωνώ πολύ

1 2 3 4 5

1. Καθυστερώ άσκοπα να τελειώσω τις δουλειές μου ακόμη και όταν είναι σημαντικές					
2. Αναβάλλω να αρχίσω να κάνω πράγματα που δεν μου αρέσει να κάνω.					
3. Όταν έχω μία προθεσμία για κάτι περιμένω μέχρι την τελευταία στιγμή.					
4. Καθυστερώ να πάρω δύσκολες αποφάσεις.					
5. Αναβάλλω συνεχώς να ασχοληθώ με τη βελτίωση των συνηθειών που έχω όταν εργάζομαι.					
6. Καταφέρνω να βρίσκω δικαιολογίες για να μην κάνω κάτι.					
7 Αφιερώνω τον απαραίτητο χρόνο ακόμη και όταν όταν πρόκειται για βαρετές ασχολίες, όπως η μελέτη.					
8. Είμαι ένας αθεράπευτος χασομέρης.					
9. Είναι γεγονός ότι είμαι χασομέρης, αλλά δεν μου φαίνεται ότι κάνω κάτι για αυτό					
10. Πιστεύω πως όταν κάτι είναι πολύ δύσκολο να αντιμετωπιστεί είναι καλύτερα να το αναβάλλω					
11. Υπόσχομαι στον εαυτό μου ότι θα κάνω κάτι και μετά «σέρνομαι»					
12. Όταν κάνω ένα σχέδιο δράσης το ακολουθώ.					
13. Αν και μισώ τον εαυτό μου όταν δεν μπορώ να ξεκινήσω να κάνω κάτι αυτό δεν είναι αρκετό για να με κινητοποιήσει.					

14. Τελειώνω πάντα εγκαίρως σημαντικές δουλειές.					
15. «Κολλάω» και μένω άπρακτος/η ακόμη και όταν ξέρω πόσο σημαντικό είναι να ξεκινήσω.					
16. Δεν συνηθίζω να αναβάλλω κάτι για αύριο.					

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας

Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο.

Διευθυντής: Καθηγητής Γ.Ν.Παπαδημητρίου

Μετάφραση και προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα:

Αντωνοπούλου Ζ., Κοκκώση Μ., Τυπάλδου Μ. (2011)

STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY

STAI

C.D. Spielberger

μετάφραση-στάθμιση ΚΝ Φουντουλάκης και συν Ann Gen Psychiatry, 2006;5:2

STAI- Ελληνική Έκδοση, μορφή Y-1

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω υπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσεως για να δείξετε πώς αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μην ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε μια φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σ' αυτό που αισθάνεστε τώρα.

		καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ
1.	Αισθάνομαι ήρεμος	1	2	3	4
2.	Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
3.	Νιώθω μια εσωτερική ένταση	1	2	3	4
4.	Αισθάνομαι σφιγμένος	1	2	3	4
5.	Αισθάνομαι άνετα	1	2	3	4
6.	Αισθάνομαι αναστατωμένος	1	2	3	4
7.	Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες	1	2	3	4
8.	Αισθάνομαι ικανοποιημένος	1	2	3	4
9.	Αισθάνομαι φοβισμένος	1	2	3	4
10.	Αισθάνομαι βολικά	1	2	3	4
11.	Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
12.	Αισθάνομαι νευρικότητα	1	2	3	4
13.	Τρέμω από νευρικότητα	1	2	3	4
14.	Είμαι αναποφάσιτος	1	2	3	4
15.	Είμαι χαλαρωμένος	1	2	3	4
16.	Αισθάνομαι ευχαριστημένος	1	2	3	4
17.	Ανησυχώ	1	2	3	4
18.	Είμαι μπερδεμένος	1	2	3	4
19.	Αισθάνομαι σταθερότητα	1	2	3	4
20.	Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

Translation and validation performed by ΚΝ Fountoulakis et al in 2006. Translated and reproduced by special permission of the publisher MIND GARDEN Inc., Redwood City, CA 94061 www.mindgarden.com from State Trait Anxiety for Adults by Charles D. Spielberger. Copyright 1983 by Charles D. Spielberger. All rights reserved. Further reproduction is prohibited without the publisher's written consent

STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY

STAI

C.D. Spielberger

μετάφραση-στάθμιση ΚΝ Φουντουλάκης και συν Ann Gen Psychiatry, 2006;5:2

STAI- Ελληνική Έκδοση, μορφή Y-2

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω υπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσεως για να δείξετε πώς αισθάνεστε συνήθως. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μην ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε μια φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σ' αυτό που αισθάνεστε γενικά.

		καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ
21.	Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4
22.	Αισθάνομαι νευρικός και ανήσυχος	1	2	3	4
23.	Είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου	1	2	3	4
24.	Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος όσο οι άλλοι φαίνονται να είναι	1	2	3	4
25.	Αισθάνομαι αποτυχημένος	1	2	3	4
26.	Αισθάνομαι αναπαυμένος	1	2	3	4
27.	Είμαι ήρεμος, ψύχραιμος και συγκεντρωμένος	1	2	3	4
28.	Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μη μπορώ να τις ξεπεράσω	1	2	3	4
29.	Ανησυχώ υπερβολικά πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία	1	2	3	4
30.	Είμαι χαρούμενος	1	2	3	4
31.	Κάνω δυσάρεστες σκέψεις	1	2	3	4
32.	Μου λείπει η αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
33.	Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
34.	Παίρνω εύκολα αποφάσεις	1	2	3	4
35.	Αισθάνομαι ανεπαρκής	1	2	3	4
36.	Είμαι ικανοποιημένος	1	2	3	4
37.	Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί	1	2	3	4
38.	Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά ώστε δε μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου	1	2	3	4
39.	Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας	1	2	3	4
40.	Έρχομαι σε μια κατάσταση εντάσεως ή αναστατώσεως όταν σκέπτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντά μου.	1	2	3	4

Translation and validation performed by ΚΝ Fountoulakis et al in 2006. Translated and reproduced by special permission of the publisher MIND GARDEN Inc., Redwood City, CA 94061 www.mindgarden.com from State Trait Anxiety for Adults by Charles D. Spielberger. Copyright 1983 by Charles D. Spielberger. All rights reserved. Further reproduction is prohibited without the publisher's written consent

Η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου Ποιότητας ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO-QOL Bref, World Health Organization, 1995)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το ερωτηματολόγιο αυτό διερευνά το πώς **εσείς αξιολογείτε την ποιότητα της ζωής σας και την κατάσταση της υγείας σας**. Το περιεχόμενό του αναφέρεται σε σημαντικές διαστάσεις της ζωής, όπως π.χ. οι προσωπικές σχέσεις, η σωματική και ψυχική υγεία, η εργασία, το περιβάλλον κτλ., οι οποίες καθορίζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου.

Παρακαλούμε **να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις**. Εάν δεν είστε σίγουρος-η για την απάντησή σας σε κάποια ερώτηση, μπορείτε **να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι σας αντιπροσωπεύει καλύτερα**. Πολλές φορές, η καταλληλότερη απάντηση είναι η πρώτη που σκεφτήκατε να δώσετε.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα δικά σας κριτήρια και τις δικές σας προσδοκίες στη ζωή, καθώς και ό,τι σας δίνει χαρά, αλλά και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί, θα θέλαμε οι απαντήσεις που θα δώσετε σε κάθε ερώτηση να αναφέρονται στις **δύο τελευταίες εβδομάδες** της ζωής σας.

Παράδειγμα ερώτησης:

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
Έχετε από τους άλλους τη συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεστε;	1	2	3	4	5

Για να απαντήσετε στην ερώτηση αυτή, παρακαλούμε να σημειώσετε **σε κύκλο** τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στο βαθμό στον οποίο αισθάνεστε ότι έχετε υποστήριξη από τους άλλους **τις δύο τελευταίες εβδομάδες**. Για παράδειγμα, ας δούμε τα δύο άκρα της κλίμακας: Εάν κρίνετε ότι έχετε υποστήριξη σε **απόλυτα ικανοποιητικό βαθμό**, θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 5** που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **“Απόλυτα”**. Εάν εκτιμάτε ότι δεν έχετε σε **καθόλου ικανοποιητικό βαθμό** την υποστήριξη που χρειάζεστε από τους άλλους, τότε θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 1**, που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **“Καθόλου”**.

Παρακαλούμε να διαβάσετε τις δύο παρακάτω ερωτήσεις και να αξιολογήσετε το πώς νιώθετε για την **ποιότητα της ζωής** σας στο σύνολό σας και την **υγεία** σας, **τις δύο τελευταίες**

εβδομάδες. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της διαβαθμισμένης κλίμακας που αντιστοιχεί στην απάντησή σας και σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
1	Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	1	2	3	4	5
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υγεία σας;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό βιώνετε μια κατάσταση (π.χ. σωματικό πόνο). Παρακαλούμε οι απαντήσεις σας να αναφέρονται στο διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
3	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό χρειάζεστε οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή;(πχ. φάρμακα, αιμοκάθαρση, κλπ.)	1	2	3	4	5
5	Πόσο πολύ απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5

6	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	1	2	3	4	5
7	Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	1	2	3	4	5
8	Πόσο ασφαλής από κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
9	Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό έχετε την δυνατότητα ή ικανότητα να βιώνετε μια κατάσταση με το συγκεκριμένο τρόπο που περιγράφεται στην ερώτηση (π.χ. την δυνατότητα ή ικανότητα να βρείτε πληροφορίες σε ένα θέμα που σας ενδιαφέρει, όπως οι διακοπές, η εκπαίδευση, η υγεία, η εργασία κ.α.). Οι απαντήσεις σας χρειάζεται να αναφέρονται στις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
10	Σε ποιο βαθμό έχετε την απαιτούμενη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
11	Σε ποιο βαθμό αποδέχεστε τη σωματική σας εικόνα και την εμφάνισή σας γενικότερα;	1	2	3	4	5
12	Σε ποιο βαθμό έχετε τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5

13	Πόσο εύκολα μπορείτε να βρείτε πληροφορίες τις οποίες χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
14	Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5
15	Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε μέσα και έξω από το σπίτι;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με διάφορες πλευρές της ζωής σας τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Πολύ δυσ- ρεστημένος/ η	Δυσρε- στημένος/ η	Ούτε δυσρεστη- μένος/η ούτε ικανοποιη- μένος/η	Ικανοποι- ημένος/η	Πολύ ικανο- ποιημένος/η
16	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
17	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας να τα βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
18	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας για	1	2	3	4	5

	εργασία;					
19	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
20	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;	1	2	3	4	5

21	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την σεξουαλική σας ζωή;	1	2	3	4	5
22	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5
23	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις συνθήκες που υπάρχουν στον τόπο που κατοικείτε;	1	2	3	4	5
24	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την πρόσβαση που έχετε σε διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5

25	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει πόσο συχνά νιώθετε ορισμένα συναισθήματα τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
26	Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με συγκεκριμένες πλευρές της ζωής σας(π.χ, διατροφή, συναισθηματική ατμόσφαιρα στο σπίτι, κτλ) κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
N1	Πόσο καλή και σωστή θεωρείτε ότι είναι η διατροφή σας;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσαρεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
N2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τους κοινωνικούς ρόλους που έχετε	1	2	3	4	5

	αναλάβει και τις δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει στον κοινωνικό τομέα;					
N3	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;	1	2	3	4	5
N4	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανοποιημένος/η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε; (δηλ. κατά πόσο ανταποκρίνεται στις ανάγκες και προσδοκίες σας)	1	2	3	4	5

