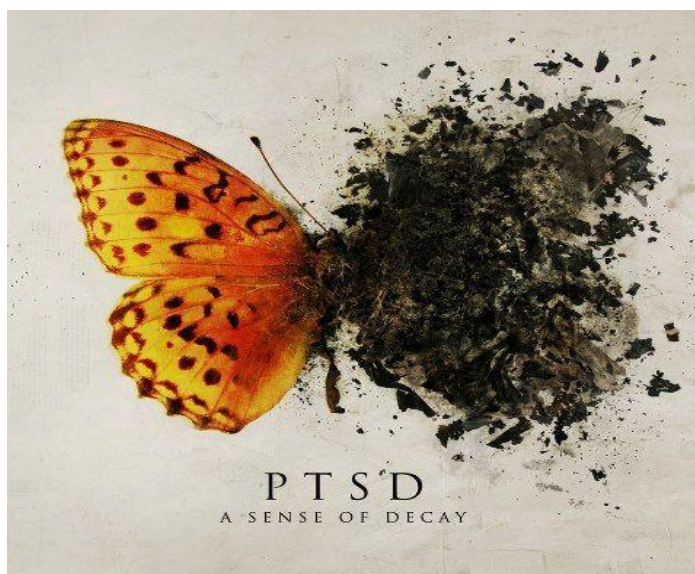


ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ, ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Διπλωματική εργασία : " Ψυχική Ανθεκτικότητα και Διαταραχή Μετατραυματικού
Στρες σε άτομα που έχουν υποστεί κακοποίηση: ο ρόλος κοινωνικών και ψυχολογικών
παραγόντων."

Αρετή Λιάρου (Α.Μ.:20161160)

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών « Προαγωγή Ψυχικής Υγείας –Πρόληψη
Ψυχιατρικών Διαταραχών» Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Ιατρική Σχολή
Αθηνών.



Σημείωμα του Συγγραφέα

Το δοκίμιο αυτό αποτελεί πτυχιακή εργασία που συντάχθηκε για το τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και υποβλήθηκε τον Μάιο του 2019. Η συγγραφέας βεβαιώνει ότι το περιεχόμενο του παρόντος έργου είναι αποτέλεσμα προσωπικής εργασίας και ότι έχει γίνει η κατάλληλη αναφορά στην εργασία τρίτων, όπου κάτι τέτοιο ήταν απαραίτητο σύμφωνα με τους κανόνες της ακαδημαϊκής δεοντολογίας.

Φύλλο Εξέτασης

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....

ΕΠΟΠΤΗΣ 1

ΕΠΟΠΤΗΣ2.....

ΕΠΟΠΤΗΣ3.....

ΒΑΘΜΟΣ.....

Περίληψη

Στην παρούσα έρευνα εξετάζεται ο ρόλος την ψυχικής ανθεκτικότητας και η εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής σε άτομα που έχουν υποστεί κακοποίηση επίσης εξετάζεται ποιες στρατηγικές αντιμετώπισης υιοθετούν τα άτομα αυτά. Στην έρευνα συμμετείχε δείγμα 457 ατόμων προερχόμενο από την Ελλάδα και το εξωτερικό. Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μεθοδολογία. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Resilience scale 25, το Davison Trauma Scale, το Brief Copre και ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο δημογραφικών πληροφοριών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως το φύλλο επιδρά σε στατιστικά σημαντικό βαθμό στην εμφάνιση Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες. Επίσης, στατιστικά σημαντική επίδραση φάνηκε να έχει και το αν το άτομο είχε υποστεί κακοποίηση στην παιδική ηλικία, στην ενήλικη ζωή ή και στα δύο. Ακόμα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική σχέση ανάμεσα στον αριθμό πράξεων βίας που το άτομο είχε υποστεί κατά την ενήλικη ζωή και το σκορ στην κλίμακα PTSD. Επιπλέον, βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και PTSD. Τέλος, σχετικά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης, φάνηκε ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική θετική σχέση μεταξύ της διαταραχής μετατραυματικού στρες και της άρνησης, της χρήσης ουσιών, της αποφυγής και της αυτομομφής. Αντίθετα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ του PTSD και της χρήσης της ενεργής αντιμετώπισης, της θετικής αναπλαισίωσης, και του σχεδιασμού.

Λέξεις κλειδιά: ψυχική ανθεκτικότητα, PTSD, κακοποίηση, στρατηγικές αντιμετώπισης.

Περιεχόμενα

Φύλλο Εξέτασης.....	2
Περίληψη.....	3
Περιεχόμενα.....	4
Πρόλογος.....	6
Ιστορική αναδρομή.....	7
<i>Τι είναι η βία / Κακοποίηση;.....</i>	<i>8</i>
<i>Μορφές Βίας/Κακοποίησης.....</i>	<i>9</i>
<i>Απόπειρες ερμηνείας του φαινομένου της βίας.....</i>	<i>11</i>
<i>Παράγοντες Κινδύνου /Προστατευτικοί Παράγοντες.....</i>	<i>14</i>
<i>Κακοποίηση - Σωματική Και Ψυχική Υγεία.....</i>	<i>18</i>
<i>Ψυχική ανθεκτικότητα.....</i>	<i>22</i>
<i>Στρατηγικές Αντιμετώπισης.....</i>	<i>31</i>
<i>Κοινωνική υποστήριξη.....</i>	<i>37</i>
<i>Επιδημιολογικά δεδομένα.....</i>	<i>38</i>
<i>Το φαινόμενο στην Ελλάδα.....</i>	<i>40</i>
<i>Σημασία έρευνας-Σκοπός.....</i>	<i>43</i>
<i>Ερευνητικοί Στόχοι και Ερευνητικές Υποθέσεις.....</i>	<i>44</i>
Μέθοδος.....	46
Συμμετέχοντες.....	47
Μέσα Συλλογής Δεδομένων.....	49
_Toc9548378Διαδικασία.....	52

ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ,
ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Αποτελέσματα	54
Συζήτηση.....	57
Βιβλιογραφία.....	72
Παράρτημα.....	76

Πρόλογος

Αφορμή για τη διεξαγωγή μιας έρευνας συνήθως αποτελεί ένας προβληματισμός, ένα ερευνητικό ερώτημα. Το πρώτο πράγμα που καλείται, έπειτα, ένας ερευνητής να σχεδιάσει είναι η μεθοδολογία που θα υιοθετήσει, πρώτον σε σχέση με τον προβληματισμό του και δεύτερον με το υπό εξέταση πεδίο. Η πορεία δηλαδή πάνω στην οποία θα βασιστεί για να εκπονήσει την έρευνά του και έπειτα να την παρουσιάσει ως γραπτό κείμενο. Αυτή η διαδικασία είναι εξαιρετικά απαιτητική. Είναι αρκετά δύσκολο να αποφασίσει κάποιος ποια μεθοδολογία θα επιλέξει, αλλά και από τη στιγμή που θα συγκεκριμενοποιήσει την ερευνητική του επιλογή θα αντιμετωπίσει άλλου είδους προβλήματα (Παρασκευόπουλου, 2008).

Η διεξαγωγή της έρευνας έγινε μέσα στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας όπως ορίζεται βάση του οδηγού σπουδών, απαραίτητη προϋπόθεση για την λήψη του μεταπτυχιακού μας. Η επιλογή του θέματος προέκυψε από το ενδιαφέρον μου για τον αντίκτυπο που μπορεί να έχει η κακοποίηση στην ψυχική υγεία του ατόμου αλλά και η μελέτη των προστατευτικών παραγόντων με στόχο την δημιουργία προγραμμάτων πρόληψη και αντιμετώπισης του φαινομένου.

Για την εκπόνησης της παρούσας εργασίας, θεωρώ σκόπιμο να ευχαριστήσω για την υποστήριξη της την καθηγήτρια μου και επόπτρια της διπλωματικής μου εργασίας, κ. Μαρίνα Οικονόμου καθώς και την συνάδελφο κ Αλεξάνδρα Παυλέτση-Στεφανή για την στήριξη και την ανεκτίμητη βοήθεια της.

" Ψυχική Ανθεκτικότητα και Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες σε άτομα που έχουν υποστεί κακοποίηση: ο ρόλος κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων."

Ιστορική αναδρομή

Στην Ελληνική μυθολογία, η Βία ήταν η θεότητα που στο πρόσωπό της συγκεντρώνονταν η υπέρτατη δύναμη. Η Βία μαζί με τα αδέρφια της, το Κράτος, τον Ζήλο και την Νίκη ως σκοπό είχε να βοηθάει τον Δία στον πόλεμο με τους Τιτάνες. Όπως παρουσιάζεται από τον Αισχύλο στον Προμηθέα Δεσμώτη το Κράτος και η Βία παρακολουθούν ως εκπρόσωποι του Δία το κάρφωμα του Προμηθέα στον Καύκασο. Το φαινόμενο της βίας παρουσιάζεται και στην εποχή των τριάκοντα τυράννων που κυβερνούσαν την Αθήνα, με αρχηγό τους τον Κριτία ο οποίος ήταν ο φιλοσοφικός απολογητής της αρχής της βίας ως υπέρτατου δίκαιο(Σιμόπουλος,1987).

Για τον Πλάτωνα η πράξη βίας (εγκληματική πράξη) είναι η άρνηση του δικαίου και θεωρείται ως ένδειξη και έκφραση κάποιας ασθένειας της ψυχής ή απόρροια ελλειπούς παιδείας. Κατά τον Αριστοτέλη, ο οποίος διακρίνει τις πράξεις βίας μεταξύ «αδικήματος», «αμαρτήματος», «ατυχήματος» και «κακουργήματος», πράξεις βίας είναι ένα κακό που προσβάλλει όλη την κοινωνία (Φαρσεδάκη,1990).

Το τι θεωρείται βία και τι όχι διαφέρει και διαφοροποιείται μέσα στην πάροδο των χρόνων και των διαφορετικών κοινωνιών. Επί παραδείγματι σε παλαιότερες εποχές η βία και η σωματική τιμωρία του παιδιού θεωρούνταν πως έχει «ανθρωπο-πλαστικό και παιδαγωγικό

χαρακτήρα», ενώ η θανάτωση των αιρετικών κατά των Μεσαίωνα θεωρούνταν πως είχε εξαγνιστικό χαρακτήρα (Καρρου,2019).

Ο Μαρξ θεωρεί την βία ως μια κοινωνική αναγκαιότητα και την αποκαλεί «μαία των νέων κοινωνικών συστημάτων». Φυσικά το φαινόμενο της ρωμαϊκή αρένας ,οι θανατώσεις της Ιεράς Εξέτασης και η εποχή του Χίτλερ και του Στάλιν αποδεικνύουν πως το φαινόμενο της βίας δεν είναι ένα σύγχρονο φαινόμενο. Κατά τα λεγόμενα του Jean-Jacques Rousseau «Ο πρώτος εγκληματίας είναι αυτός που πήρε πέντε παλούκια και είπε : «Αυτή η γη είναι δική μου» (Τσουραμάνης,2003).

Τι είναι η βία / Κακοποίηση;

Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό γνώρισμα της έννοιας της βίας είναι η αμφισημία της. Η βία από την μια εμφανίζεται ως αντίθεση στην κοινωνική ευταξία και ως σύγκρουση των δικαιωμάτων και από την άλλη θεωρείται ως κάτι άγνωστο και ξένο στην καθημερινότητα το οποίο εκφέρεται με απαγορεύσεις και καταδικάζεται από όλους (Δημητρίου,2003).

Κατά την πάροδο των χρόνων έγιναν πολλές απόπειρες να οριστεί η έννοια της βία ορισμένες από τις οποίες παρατίθενται στην συνέχεια.

Σύμφωνα με τον Riches (1992) «βία είναι η συμπεριφορά εναντίον άλλου προσώπου η οποία απειλεί, επιχειρεί ή προξενεί φυσική βλάβη με πρόθεση». Σε όλες τις πράξεις βίας διακρίνονται τρεις πόλοι. Ο δράστης που θεωρεί την πράξη δίκαιη, το θύμα που την θεωρεί άδικη και ο μάρτυρας ο λόγος του οποίου είναι βαρύνουσας σημασίας καθώς αυτός εκφέρει την κοινωνική κρίση και το αίσθημα του δικαίου. Ως κακοποίηση νοείται κάθε τύπου σωματική, λεκτική, ψυχολογική, ή συναισθηματική βία, ο εξαναγκασμός και η παραμέληση, ανεξαρτήτως του αν η χρήση βίας λαμβάνει χώρα μια φορά ή είναι επαναλαμβανόμενη .

Μία ακόμη προσπάθεια ορισμού της βίας συνοψίζεται στο ότι είναι η σκόπιμη χρήση φυσικής δύναμης, απειλής ή και δράσης εναντίον του εαυτού του ή εναντίον κάποιου άλλου ατόμου ή ομάδας ατόμων με σκοπό είτε να τραυματίσει, να προκαλέσει θάνατό είτε να προκαλέσει ψυχολογική βλάβη, διαταραγμένη ανάπτυξη ή αποστέρηση (Γατσας,2006)

Μορφές Βίας/Κακοποίησης

Οι μορφές που μπορεί να πάρει η βία είναι πάρα πολλές και διαμορφώνονται ανάλογα με το πρίσμα από το οποίο εξετάζεται το φαινόμενο. Στην συνέχεια συνοψίζονται οι κυρίες μορφές του φαινομένου. Η *σωματική βία* μπορεί να αφορά στο εύρος από ένα χτύπημα στο πρόσωπο μέχρι την σοβαρή σωματική βλάβη, η οποία μπορεί να καταλήγει ακόμα και σε εκ προθέσεως ανθρωποκτονία (Δημητρίου,2003).

Η *ψυχολογική βία* κυμαίνεται από τη ταπείνωση μέχρι την σοβαρή ψυχολογική βλάβη και την έκπτωση του θύματος ως προς την κοινωνική του λειτουργικότητα. Αφορά δε σε κάθε συμπεριφορά που μειώνει την αυτοεκτίμηση και το αίσθημα ασφάλειας ή αυτοελέγχου του ατόμου. Στη σφαίρα των ενηλίκων συχνά περιλαμβάνει την παθολογική ζήλεια ή την ανάγκη για πλήρη έλεγχο του συντρόφου. Η *λεκτική βία* εμπεριέχει ένα ευρύ φάσμα από τις φωνές και τις εξυβρίσεις έως τον λεκτικό εξευτελισμό, τις απειλές, και την λεκτική τρομοκράτηση του θύματος. Η *σεξουαλική βία* ή *εξαναγκασμός* αφορά στην υποχρέωση του θύματος να έρθει σε σεξουαλική πράξη με τον δράστη παρά τη θέλησή του (Δημητρίου,2003).

Τέλος, η *παραμέληση* αφορά στη στέρηση βασικών και θεμελιωδών δικαιωμάτων του θύματος, όπως είναι, για παράδειγμα, η έλλειψη φροντίδας των συναισθηματικών αναγκών, η στέρηση της εκπαίδευσης, η οικονομική στέρηση και εξάρτηση, η αποστέρηση της

ιατρικής φροντίδας της σωματικής και ψυχικής υγείας, η κοινωνική απομόνωση, ή ακόμα και η στέρηση της ελευθερίας (Αρτινοπούλου, 2003).

Ένα φαινόμενο στο οποίο μπορεί να ενυπάρξουν διάφορες μορφές βίας είναι η ενδο-οικογενειακή βία (*Domestic violence*) και συντροφική βία (*Intimate Partner Violence*). Η βία στην οικογένεια αποτελεί ένα μεγάλο θέμα στην βιβλιογραφία το οποίο έχει μελετηθεί αρκετά κυρίως ως προς την θυματοποίηση που υφίστανται οι γυναίκες μέσα στην οικογένεια παρόλα αυτά μπορεί να αφορά όλα τα μέλη. Μπορεί επίσης να είναι αμοιβαίας φύσεως. Στην ουσία η ενδοοικογενειακή βία είναι η χρήση ενός πλεονεκτήματος εξουσίας ή αυθεντίας με αποτέλεσμα την βλάβη ενός μέλους της οικογένειας (Tsirigotis & Luczak, 2018).

Ως ενδο-οικογενειακή βία νοούνται όλες οι πράξεις σωματικής, σεξουαλικής, ψυχολογικής ή οικονομικής βίας που συμβαίνουν εντός της οικογένειας, μεταξύ πρώην ή νυν συζύγων ή συντρόφων, ανεξαρτήτως εάν ο δράστης μοιράζεται ή όχι την ίδια κατοικία με το θύμα (Tsirigotis & Luczak, 2018).

Η ενδο-οικογενειακή βία μπορεί να οριστεί ως οποιαδήποτε πράξη ή παράλειψη πράξης που προκαλεί θάνατο, σωματική, σεξουαλική, ψυχολογική, ή ηθική βλάβη. Μπορεί να προκληθεί από άτομα που συνδέονται με συγγενικούς δεσμούς, με δεσμούς αγάπης, ή με ρητή βούληση, συμπεριλαμβανομένων και των σποραδικών σχέσεων (Tsirigotis & Luczak, 2018). Στην περίπτωση της ενδο-οικογενειακής σωματικής βίας, οι δράστες φαίνεται να είναι στην συντριπτική τους πλειονότητα άνδρες, νυν ή πρώην σύζυγοι/σύντροφοι (Humphreys, 2003; Tsirigotis & Luczak, 2018).

Η ενδο-οικογενειακή βία παλιότερα προσδιοριζόταν κυρίως ως η σωματική ή/και ψυχολογική βία του άνδρα συζύγου/συντρόφου εναντίον της γυναίκας συζύγου/συντρόφου, χωρίς να περιλαμβάνονται, όπως είναι εμφανές, όλες οι μορφές κακοποίησης. Η

Walker(1979)θεωρεί ότι η κακοποιημένη γυναίκα κατ' επανάληψη και συστηματικά

υφίσταται βίαιη συμπεριφορά από έναν άνδρα, τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο, με σκοπό τον εξαναγκασμό της σε πράξεις ακούσιες, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη τα δικαιώματά της.

Η Pagelow (όπ. αναφ. στο Αρτινοπούλου, 2003) προσδιορίζει την κακοποίηση ως τον εκ προθέσεως τραυματισμό της γυναίκας ή τον εξαναγκασμό της σε πράξεις ακούσιες, ή τον βίαιο περιορισμό της αναφορικά με εθελούσιες δραστηριότητες, από ενήλικα άνδρα με τον οποίο διατηρεί σεξουαλική σχέση, ανεξάρτητα με το αν η βία επισυμβαίνει στο πλαίσιο του έγγαμου βίου.

Στις περισσότερες χώρες, κυρίως της Ευρώπης, η βία κατά των γυναικών θεωρείται κοινωνικό πρόβλημα και συνδέεται με το ζήτημα της ανισότητας μεταξύ των δύο φύλων. Η ενδο-οικογενειακή βία, πλέον, θεωρείται καταστρατήγηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και αποτελεί φαινόμενο το οποίο έχει προεκτάσεις και επιπτώσεις σε επίπεδο ατομικό, πολιτικό, κοινωνικό, πολιτισμικό, και οικονομικό. Επηρεάζει, πλην του θύματος, και τα άλλα μέλη της οικογένειας, επιφέρει αρνητικές συνέπειες στην σωματική και ψυχική του υγεία, προκαλεί τον κοινωνικό αποκλεισμό του. Επίσης, ευνοεί την αναπαραγωγή διαστρεβλωμένων κοινωνικών ρόλων και μεταφράζεται σε τεράστιο κόστος στον κρατικό προϋπολογισμό καθώς ενεργοποιούνται στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου (Αρτινοπούλου, 2003).

Απόπειρες ερμηνείας του φαινομένου της βίας

Ένας διαχωρισμός που έχει πραγματοποιηθεί με σκοπό την απόπειρα ερμηνείας του φαινομένου είναι με βάση Βιολογικών παραγόντων, Κοινωνικών ερμηνειών και ερμηνειών της επιθετικότητας ως εκμαθημένης συμπεριφοράς (Κοκκινάκη, 2006).

Στις *Βιολογικές ερμηνείες* κατατάσσονται οι παρακάτω θεωρίες:

Η εθολογική προσέγγιση του φαινομένου όπου η επιθετικότητα και η βίαιη συμπεριφορά οφείλεται στην εγγενή τάση του ατόμου και εκδηλώνεται μόνο όταν είναι παρόντα συγκεκριμένα ερεθίσματα(οπ. αναφ Κοκκινάκη,2006).

Σε εξέλιξη της προ αναφερόμενης ερμηνείας έρχεται να προστεθεί η εξελικτική προσέγγιση όπου προσδιορίζει την επιθετικότητα ως ανάγκη του ανθρώπου για να μπορέσει να εξελιχθεί και να διασφαλίσει την επιβίωση του (Buss,1998). Τέλος στις βιολογικές ερμηνείες συγκαταλέγεται και η Φροϋδική θεωρία όπου σύμφωνα με αυτή η ανθρώπινη επιθετικότητα οφείλεται στον ένστικτο του Θανάτου (Freud,1930).

Στις κοινωνικές ερμηνείες συγκαταλέγονται η υπόθεση της ματαίωσης- επιθετικότητας όπου σύμφωνα με αυτή την θεώρηση η επιθετικότητα οφείλεται στην ματαίωση των στόχων και στην εκτόνωση της ψυχική ενέργειας σε βάρος κάποιου άλλου ατόμου το οποίο λειτούργει ως αποδιοπομπαίος τράγος. Σύμφωνα με άλλο μοντέλο η επιθετική συμπεριφορά εκδηλώνεται όταν το άτομο έχει διεγερθεί από κάποιο ερέθισμα και η επιθετική αντίδραση θεωρείται ως η πλέον κατάλληλη. Η διεγερση αυτή είναι δυνατόν να μετατοπιστεί και η επιθετική συμπεριφορά να στραφεί σε άλλο ερέθισμα από αυτό που την προκάλεσε. (Κοκκινάκη,2006).

Τέλος η ερμηνεία της επιθετικότητας ως εκμαθημένης συμπεριφοράς μπορεί να συνοψιστεί στην Θεωρία της κοινωνικής μάθησης όπου η επιθετική συμπεριφορά μαθαίνεται μέσω της εμπειρίας (Κοκκινάκη,2006).

Ακόμη μια προσπάθεια ερμηνείας του φαινομένου της βίας έγινε από το Κέντρο Ερευνών για θέματα Ισότητας (2003) όπου βασίστηκε σε συγκεκριμένες θεωρίες όπως περιγράφονται στην συνέχεια.

Οι *ψυχιατρικές θεωρίες* εντοπίζουν την αιτία της κακοποίησης στα παθολογικά χαρακτηριστικά της δομής της προσωπικότητας του δράστη ή/και του θύματος.

Οι *συμπεριφοριστικές θεωρίες* πρεσβεύουν πως η κακοποιητική συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα επιβράβευσης (π.χ. ενδοτικότητα στις επιθυμίες του ατόμου με βίαιη συμπεριφορά) ή τιμωρίας του δράστη σε περίπτωση άσκησης ή αποφυγής της αντίστοιχα.

Σύμφωνα με τις *γνωστικές θεωρίες* η κακοποίηση είναι απόρροια εκδραμάτισης φαντασιωτικών σκηνών σεξουαλικής επικυριαρχίας και σωματικής επιθετικότητας του δράστη ενώ από την *άλλη θεωρία της υποκουλτούρας της βίας* υποστηρίζει ότι σε κάποιες κοινωνικές ομάδες επικρατούν διαφορετικά επίπεδα βίας καθώς στους χώρους όπου κινούνται οι υπάρχουσες νόρμες και αξίες ενθαρρύνουν τη βίαιη συμπεριφορά. Για παράδειγμα, τα βίαια επεισόδια τείνουν να συμβαίνουν συχνότερα σε περιορισμένες γεωγραφικές περιοχές. Οι *φεμινιστικές προσεγγίσεις* υποστηρίζουν ότι η πατριαρχικές κοινωνίες ενθαρρύνουν τη βία από τους άνδρες προς τις γυναίκες, οι οποίες θεωρούνται υποδεέστερες. Μια ακόμη θεωρία είναι η *θεωρία της κοινωνικοποίησης των ρόλων των φύλων* όπου αναφέρει πως οι άνδρες ενθαρρύνονται να είναι περισσότερο επιθετικοί από τις γυναίκες, ενώ η αίσθηση αρρενωπότητας σχετίζεται με την σεξουαλική επιθετικότητα. Παράλληλα, οι άνδρες αποθαρρύνονται να μιλούν για τα συναισθήματά τους και έτσι όταν αντιμετωπίζουν δυσκολίες τείνουν να καταφεύγουν στη σεξουαλική κακοποίηση ή την επιθετικότητα (Diamantopoulou, 2000).

Σύμφωνα με την *θεωρία των πόρων* οι θύτες κακοποίησης διαθέτουν περισσότερους πόρους και κοινωνικά, οικονομικά, ή/και ψυχολογικά μέσα ώστε να επιβάλλουν την θέλησή τους στα θύματά τους. Από την άλλη, και η έλλειψη πόρων μπορεί να οδηγήσει σε βίαιη συμπεριφορά με σκοπό την επιβολή και τη διατήρηση της εξουσίας. Η *θεωρία των οικογενειακών συστημάτων* εντοπίζει τα αίτια της κακοποίησης στην ανισορροπία των δυναμικών και των σχέσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας. Παράμετροι όπως τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των μελών αλλά και οι συγκρούσεις που προκύπτουν στους κόλπους της οικογένειας μπορούν να συμβάλλουν στα περιστατικά κακοποίησης εντός

της οικογένειας. Τέλος, σύμφωνα με την *θεωρία των συναισθηματικών δεσμών* η κακοποίηση οφείλεται σε ανεπαρκείς πρωταρχικές σχέσεις που δημιουργούν πρόσφορο έδαφος για δυσκολίες στις μετέπειτα στενές διαπροσωπικές σχέσεις κατά την ενήλικη ζωή (Αρτινοπούλου, 2003).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι καμία θεωρία δεν ερμηνεύει ολοκληρωτικά το φαινόμενο της βίας καθώς πρόκειται για συνθήκη πολυπαραγοντική στην οποία συνεισφέρουν ενδογενείς και εξωγενείς μεταβλητές όπως η προσωπικότητα του θύτη και του θύματος, τα ιδιαίτερα δομικά χαρακτηριστικά που διέπουν τον θεσμό του γάμου, οι ρόλοι που αναλαμβάνουν τα δύο φύλα, η μάθηση συμπεριφορών και ρόλων μέσα στην οικογένεια καταγωγής, οι σχέσεις εξουσίας που αναπτύσσονται και λειτουργούν σε οποιοδήποτε διατομικό ή διομαδικό επίπεδο αλληλεπίδρασης (Diamantopoulou, 2000).

Παράγοντες Κινδύνου /Προστατευτικοί Παράγοντες

Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφορα χαρακτηριστικά των κακοποιημένων γυναικών που δυνητικά αυξάνουν τον κίνδυνο θυματοποίησής του. Συχνά οι γυναίκες αυτές δεν διαθέτουν τα κατάλληλα εκπαιδευτικά, οικονομικά ή και ψυχολογικά εφόδια για να απομακρυνθούν από την κακοποιητική συνθήκη, ή έστω να εξωτερικεύσουν τα συναισθήματά τους και να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους. Τις περισσότερες φορές είναι πλήρως εξαρτημένες από τον σύζυγο/σύντροφο και υφίστανται οποιαδήποτε προσβολή ή βλάβη, ενώ όχι σπάνια πιστεύουν ότι θα αλλάξουν τον σύζυγο/σύντροφο τους προς το καλύτερο. Έχοντας εσωτερικεύσει τους στερεοτυπικούς ρόλους των φύλων, συχνά αισθάνονται ένοχες αν προσπαθήσουν να αμφισβητήσουν ή να απομακρυνθούν από την πατριαρχική δομή που τους υπαγορεύει να υπηρετούν τους άνδρες καλύπτοντας τις ανάγκες τους. Στις περιπτώσεις που δεν ανταποκρίνονται στα παραπάνω, οι ίδιες μπορεί να νιώθουν

ένοχες και υπεύθυνες για την πρόκληση των βίαιων αντιδράσεων του συζύγου/συντρόφου τους. Κάποιες φορές, επίσης, οι γυναίκες αυτές δυσκολεύονται να διαχωρίσουν μεταξύ σεξουαλικής πράξης και αγάπης, με αποτέλεσμα να θεωρούν ότι τα αισθήματα αγάπης μπορούν να εκδηλώνονται μέσω έντονων σεξουαλικών σχέσεων (Αρτινοπούλου, 2003).

Στην βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί διάφοροι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση ή την κλιμάκωση της κακοποιητικής συμπεριφοράς. Ένας παράγοντας που έχει εμφανιστεί να σχετίζεται είναι η ηλικία, η λεκτική και ψυχολογική βία φαίνεται να κλιμακώνεται με την πάροδο του χρόνου με τις μεγαλύτερες γυναίκες 55 έως 60 ετών να υπόκεινται σε τέτοια επεισόδια στον διπλάσιο σχεδόν βαθμό απ' ό, τι οι νεαρές γυναίκες 18 έως 24 ετών. Παρόμοια πορεία φαίνεται να σημειώνεται και για την σωματική βία, με μια όμως ύφεση για τις ηλικίες 25-44 ετών. Τέλος, η σεξουαλική βία φαίνεται να κλιμακώνεται με την πάροδο του χρόνου με τις γυναίκες 45-54 ετών να υπόκεινται σε τέτοια επεισόδια στον μεγαλύτερο βαθμό με μια μείωση για τις μεγαλύτερες γυναίκες 55-60 ετών (Gelles, 1997).

Όσον αφορά στην γεωγραφική περιοχή οι γυναίκες που διαμένουν σε ημι-αστικές περιοχές υφίσταντο βία (λεκτική, ψυχολογική, σωματική και σεξουαλική) συχνότερα σε σχέση με τις γυναίκες των αστικών κέντρων και των αγροτικών περιοχών. Οι γυναίκες των αστικών περιοχών, σε σύγκριση με τις γυναίκες των ημι-αστικών και αγροτικών περιοχών, πιο συχνά δηλώνουν ότι γνωρίζουν κάποια γυναίκα, συγγενή ή φίλη, που έχει υπάρξει θύμα βίας από τον σύζυγο/σύντροφό της, ενώ τείνουν να θεωρούν το σύνολο των συμπεριφορών ως βίαιες. Πιο συγκεκριμένα, συγκριτικά λιγότερες γυναίκες των αγροτικών περιοχών, σε σχέση με εκείνες των αστικών και ημι-αστικών περιοχών, θεωρούν βίαιη συμπεριφορά τον περιορισμό των κοινωνικών επαφών και την στέρηση της οικονομική ανεξαρτησίας που επιβάλλει ο σύζυγος/σύντροφος, αντανακλώντας όπως φαίνεται τον «παραδοσιακό» ρόλο της γυναίκας στην ελληνική ύπαιθρο. Από την άλλη, περίπου 3 στις 4 γυναίκες όλως των

περιοχών διαμονής θεωρούν την βία των ανδρών εναντίον των συζύγων/συντρόφων τους εγκληματική πράξη (Αρτινοπούλου, 2003).

Επίσης, συσχέτιση φαίνεται να υπάρχει μεταξύ εθνικότητας και ύπαρξης κακοποιητικής συμπεριφοράς (Schröttle & Glammeier, 2013). Σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο, οι γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να υφίστανται σοβαρότερες μορφές βίας σε σχέση με τις γυναίκες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Σχετικά με την οικονομική κατάσταση, οι γυναίκες σε δυσχερή οικονομική κατάσταση είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να υποστούν ενδο-οικογενειακή βία (Αρτινοπούλου, 2003).

Όσον αφορά στην εργασία, οι γυναίκες που εργάζονταν εκτός του σπιτιού είχαν μικρότερες πιθανότητες κακοποίησης από ότι οι γυναίκες που ασχολούνται με τα οικιακά. Παράγοντας κινδύνου φαίνεται να είναι γενικώς η μορφωτική ή/και επαγγελματική ανισότητα μεταξύ των συζύγων/συντρόφων που φαίνεται να δημιουργεί ανισορροπία ισχύος (Schröttle & Glammeier, 2013).

Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση, οι διαζευγμένες ή εν διαστάσει γυναίκες είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να υποστούν ενδο-οικογενειακή βία. Επίσης, οι γυναίκες που είχαν παιδιά είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να υποστούν ενδο-οικογενειακή βία. Μάλιστα, σχεδόν 1 στις 3 γυναίκες ανέφερε ότι τα παιδιά είχαν πλήρη επίγνωση των γεγονότων. Επίσης, τα παιδιά ήταν πιθανότερο να είναι αυτόπτες μάρτυρες της βίας, όταν η γυναίκα ήταν θύμα επαναλαμβανόμενης βίας (Αρτινοπούλου, 2003).

Ως παράγοντας κινδύνου έχει βρεθεί και η εγκυμοσύνη λόγω ανεπιθύμητης κυοφορίας ή ακόμα και επιθυμητής κυοφορίας, λόγω άγχους για την φροντίδα του παιδιού ή και ζήλειας λόγω επίτασης της προσοχής της γυναίκας στο βρέφος (Schröttle & Glammeier, 2013).

Σε σχέση με το ιστορικό σεξουαλικής, σωματικής ή συναισθηματικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία, η παιδική κακοποίηση έχει αναδυθεί συστηματικά ως παράγοντας ρίσκου για σεξουαλική κακοποίηση στην ενήλικη ζωή. Στην βιβλιογραφία αναφέρεται συχνά η συσχέτιση μεταξύ κακοποίησης στην παιδική ηλικία και μεταγενέστερης βίας. Η επαναθυματοποίηση μπορεί να πάρει τη μορφή σεξουαλικής επίθεσης, ψυχολογικής κακομεταχείρισης ή/και σωματικής κακοποίησης (Dodson & Beck, 2017).

Πιθανόν ο παράγοντας επικινδυνότητας της ευπάθειας στην επαναθυματοποίηση να είναι οι μαθημένες δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές, πεποιθήσεις και στάσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε ακατάλληλη σεξουαλική συμπεριφορά στην ενήλικη ζωή και στην αποδοχή των στερεοτυπικών ρόλων των δύο φύλων. Και από την αντίστροφη πλευρά, όμως, τα παιδιά που είναι μάρτυρες βίας μεταξύ των γονέων τους φαίνεται να έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν επιθετική συμπεριφορά σε σχέση με τα παιδιά που δεν ήταν παρόντα σε παρόμοια επεισόδια (Αρτινοπούλου, 2003).

Επίσης, έχει βρεθεί συσχέτιση μεταξύ του ιστορικού μαρτυρίας σε επεισόδια κακοποίησης γυναικών της οικογένειάς κατά την παιδική ηλικία και σε μεταγενέστερη κακοποίηση στην ενήλικη ζωή (Schröttle & Glammeier, 2013).

Σε σχέση με το ιστορικό κακοποίησης στην ενήλικη ζωή, το ποσοστό επαναθυματοποίησης από σύζυγο/συντρόφο είναι υψηλό μεταξύ των γυναικών που εκτίθενται σε ενδο-οικογενειακή/συντροφική βία. Για παράδειγμα, οι μελέτες που βασίζονται σε αυτό-αναφορές των θυμάτων έχουν βρει ποσοστά που κυμαίνονται από 22% έως 93%. Επιπλέον, οι γυναίκες που εκτίθενται σε ενδοοικογενειακή/συντροφική βία συχνά αναφέρουν ιστορικό έκθεσης σε βία από άτομα πέραν του συζύγου/συντρόφου, όπως π.χ. βιασμό από άγνωστο, ή επίθεση από συγγενικά ή φιλικά πρόσωπα (Krause, και συν., 2008)

Στρεσογόνοι παράγοντες που έχουν βρεθεί να σχετίζονται με την ύπαρξη ενδο-οικογενειακής βίας είναι τα χρόνια ιατρικά προβλήματα της γυναίκας ή των παιδιών (Αρτινοπούλου, 2003) και η κατάχρηση αλκοόλ (Schröttle & Glammeier, 2013).

Τέλος, έχουν ενοχοποιηθεί στοιχεία προσωπικότητας όπως η αυτο-εκτίμηση, η μειωμένη ικανότητα άσκησης ελέγχου στη ζωή, και το αυξημένο αίσθημα ντροπής που οδηγεί στην απόκρυψη των σωματικών και ψυχικών τραυμάτων και, περαιτέρω, στην συναισθηματική τους απόσυρση και την κοινωνική τους απομόνωση (Αρτινοπούλου, 2003).

Κακοποίηση - Σωματική Και Ψυχική Υγεία

Η βία κατά των γυναικών παράγει πολλά αρνητικά αποτελέσματα τόσο στη φυσική όσο και στην ψυχική υγεία. Η σωματική βία σχετίζεται με τραυματισμούς, όπως μώλωπες, πληγές με μαχαίρι, σπασμένα οστά, πονοκεφάλους, πόνους στην πλάτη ή τη λεκάνη, ή ακόμα και θάνατο στις πιο ακραίες περιπτώσεις. Η ψυχολογική κακοποίηση τυπικά συνοδεύει τη σωματική και οι συνέπειες περιλαμβάνουν φτωχή ποιότητα ζωής, ψυχολογική οδύνη, κατάθλιψη, άγχος, διαταραχή μετατραυματικού στρες, αυτοκτονικότητα. Η ενδοοικογενειακή βία έχει επίσης συνδεθεί με αυξημένες πιθανότητες αρνητικών συμπεριφορών όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση οινοπνεύματος, η χρήση ναρκωτικών ουσιών, και η σεξουαλική ζωή χωρίς προφυλάξεις (Beeble, 2009).

Η κακοποίηση πολύ συχνά προκαλεί αισθήματα φόβου, θυμού και απογοήτευσης. Στην βιβλιογραφία αναφέρεται ότι αμέσως μετά το περιστατικό κακοποίησης τα θύματα βιώνουν αίσθημα ανικανότητας, ενώ σε δεύτερο χρόνο άγχος και καταθλιπτικό συναίσθημα. Κάποιοι συγγραφείς κάνουν λόγο για την *επίκτητη αδυναμία* σε γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση, μια συνθήκη με αισθήματα απογοήτευσης, κατάθλιψης και αδυναμίας, άμβλυνση της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων της καθημερινότητας, και σταδιακή

μείωση επαρκούς αντίδρασης η οποία τελικά οδηγεί στην παθητικότητα (Αρτινοπούλου, 2003).

Η σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να οδηγήσει σε δυσκολίες στην διαπροσωπική εμπιστοσύνη, σε στιγματισμό και σε αίσθηση αναξιοτήτας. Επιπλέον, τα θύματα ενδέχεται να βρεθούν μέσα σε κοινωνικά δίκτυα που τους εκμεταλλεύονται και που προκαλούν περαιτέρω μείωση της ικανότητάς τους να εμπιστεύονται τους άλλους. Τέτοιες εμπειρίες μπορούν να οδηγήσουν σε ελλειμματικότητα όσον αφορά το πώς τα θύματα αντιλαμβάνονται και βιώνουν τις στενές σχέσεις (Schumm, Briggs-Phillips, & Hobfoll, 2006).

Έχει φανεί ότι οι τύποι στρατηγικών που χρησιμοποιούν οι γυναίκες για να χειριστούν τη βία επηρεάζουν την ψυχική τους υγεία (Kocot & Goodman, 2003). Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι οι στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα σχετίζονται με λιγότερα προβλήματα ψυχικής υγείας και πρέπει να ενθαρρύνονται. Ωστόσο, πρόσφατη έρευνα διαπίστωσε ότι αυτό το είδος αντιμετώπισης δεν είναι το ίδιο αποτελεσματικό για όλους. Τουλάχιστον μεταξύ των γυναικών χαμηλών εισοδημάτων και κυρίως αφροαμερικανικής καταγωγής, οι προσπάθειες για άμεση διαχείριση του προβλήματος είναι συναισθηματικά δαπανηρές, ιδιαίτερα για τις γυναίκες χωρίς υποστηρικτικά κοινωνικά δίκτυα. Πιθανόν για τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν την επίπονη διαδικασία δίωξης ενός νυν ή πρώην συζύγου/συντρόφου, οι τυχόν πρόσθετες προσπάθειες αντιμετώπισης εστιασμένες στο πρόβλημα να έχουν μεγάλες ψυχικές απαιτήσεις, οδηγώντας σε αυξημένες δυσκολίες στην ψυχική υγεία (Kocot&Goodman,2003).

Η συναισθηματική και υλική υποστήριξη μπορεί επίσης να μεσολαβεί στη σχέση ανάμεσα στις στρατηγικές αντιμετώπισης και την ψυχική υγεία, έτσι ώστε η κοινωνική απομόνωση να αποτελεί μια κατάσταση στην οποία η ενεργητική αντιμετώπιση είναι λιγότερο χρήσιμη ή ακόμη και επιβλαβής για την συναισθηματική κατάσταση. Στην περίπτωση χαμηλής κοινωνικής υποστήριξης, οι ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης

μπορεί να επιβαρύνουν την σωματική και συναισθηματική κατάσταση των γυναικών και μπορεί να διαταράξουν την αίσθησή τους ότι έχουν τον έλεγχο της κατάστασης (Kocot & Goodman, 2003).

Στην βιβλιογραφία εντοπίζονται τα ευεργετικά αποτελέσματα της κοινωνικής υποστήριξης στην ψυχολογική ευημερία σε μια ποικιλία πληθυσμών. Για τις γυναίκες με κακοποιητικούς συζύγους/συντρόφους, η έρευνα έχει δείξει ότι η κοινωνική στήριξη μπορεί να μετριάσει τις επιβλαβείς συνέπειες στην ψυχική υγεία που συνδέονται με την κακοποίηση και να συμβάλει στην ενίσχυση της ευημερίας των γυναικών (Beeble, και συν., 2009).

Έχει, μάλιστα, προταθεί ότι η συναισθηματική και υλική στήριξη που λαμβάνεται από την οικογένεια, τους φίλους και άλλους έχει θετικό αντίκτυπο στην ευημερία των γυναικών ανεξάρτητα από το μέγεθος ή τη σοβαρότητα της κακοποίησης. Επίσης στην έρευνα των Beeble, και συν.(2009). Βρέθηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται αρνητικά με την πιθανότητα απόπειρας αυτοκτονίας σε γυναίκες με ιστορικό κακοποίησης .

Σε ένα δείγμα γυναικών από την Αφρική που είχαν στρατολογηθεί από ιατρική κλινική, τα υψηλότερα ποσοστά κακοποίησης σχετίζονταν με χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής στήριξης, η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη συνδεόταν με υψηλότερες ψυχολογικές δυσκολίες και η άμεση συσχέτιση μεταξύ κακοποίησης και ψυχολογικής οδύνης δεν ήταν πλέον στατιστικά σημαντική όταν συνυπολογίστηκε η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης (Beebleet.all,2009).

Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι η ψυχική ανθεκτικότητα μετριάζει σε μεγάλο βαθμό τις αρνητικές συνέπειες της κατάθλιψης, του άγχους και του μετατραυματικού στρες, ιδιαίτερα μεταξύ των γυναικών που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία (Anderson, 2012).

Η ψυχική ανθεκτικότητα σχετίζεται αντιστρόφως με συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους σε ένα δείγμα γυναικών θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας που έκαναν ασφαλιστικά μέτρα. Επίσης, σε ένα δείγμα γυναικών που κατοικούσαν σε καταφύγιο κακοποιημένων

γυναικών, όσο αυξανόταν η ψυχική ανθεκτικότητα τόσο χαμηλότερα ήταν τα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και επαναλαμβανόμενων σκέψεων. Ένας ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας που είναι γνωστό ότι προάγει την ψυχική ανθεκτικότητα είναι η κοινωνική υποστήριξη, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών δικτύων (Fedina, και συν., 2017).

Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που εκτίθενται σε διαπροσωπική βία με υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης είναι λιγότερο πιθανό να παρουσιάσουν κατάθλιψη, μετατραυματικό στρες, άγχος και αυτοκτονικό ιδεασμό σε σύγκριση με τις γυναίκες με χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης (Mancini, 2009).

Η ψυχική ανθεκτικότητα έχει συσχετιστεί σημαντικά με τη μείωση της κατάθλιψης και του άγχους μεταξύ των θυμάτων διαπροσωπικής βίας, μετά τον έλεγχο της κοινωνικής υποστήριξης, συμπεριλαμβανομένου και του μεγέθους των κοινωνικών δικτύων. Η κοινωνική υποστήριξη δεν ήταν πλέον προβλεπτική των συμπτωμάτων διάθεσης όταν η ψυχική ανθεκτικότητα ελήφθη υπόψιν στο μοντέλο. Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν την ανάγκη για παρεμβάσεις επικεντρωμένες στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας των θυμάτων πέρα από την αποκλειστική προώθηση της κοινωνικής υποστήριξης και την αύξηση των κοινωνικών δικτύων (Fedina, και συν., 2017).

Οι γυναίκες που είχαν υψηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας ανέφεραν λιγότερα και λιγότερο έντονα συμπτώματα σωματικής και ψυχολογικής δυσφορίας, όπως λιγότερα συμπτώματα σωματικής δυσλειτουργίας, επαναλαμβανόμενες σκέψεις, παρορμήσεις, γνωστικές διαταραχές, αισθήματα ανεπάρκειας και κατωτερότητας, κατάθλιψη και άγχος σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας (Humphreys, 2003).

Οι γυναίκες που χρησιμοποίησαν περισσότερο στρατηγικές ενεργητικής αντιμετώπισης είχαν λιγότερες πιθανότητες να υποφέρουν από συμπτώματα Μετατραυματικού στρες όταν είχαν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής και υλικής

κοινωνικής υποστήριξης σε σύγκριση με εκείνες των οποίων τα επίπεδα κοινωνικής στήριξης ήταν χαμηλότερα (Kocot & Goodman, 2003).

Ψυχική Ανθεκτικότητα

Η έννοια εξελίχθηκε από την ιδέα της ευαλωτότητας σε μια κατανόηση των τρόπων με τους οποίους οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τις αλλαγές της ζωής και του πράττουν σε καταστάσεις στρες (Humphreys, 2003).

Η ψυχική ανθεκτικότητα αφορά στην ικανότητα του ατόμου σε καταστάσεις συντριπτικής αντιξοότητας να προσαρμόσει και να αποκαταστήσει την ισορροπία στη ζωή του και να αποφύγει τις ενδεχομένως επιβλαβείς συνέπειες του στρες (Humphreys, 2003). Η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας περιλαμβάνει την αντοχή των ατόμων απέναντι στην ασθένεια τόσο την σωματική όσο και την ψυχική (Fedina, και συν., 2017).

Πρόκειται για μια δυναμική διαδικασία, δεδομένου ότι τα άτομα μπορούν να είναι ανθεκτικά σε συγκεκριμένους περιβαλλοντικούς κινδύνους ή ανθεκτικά σε μια συγκεκριμένη στιγμή αλλά όχι σε άλλη (Tsirigotis & Luczak, 2018).

Είναι δυναμική διαδικασία καθώς επηρεάζεται από την αλληλεπίδραση ατόμου και περιβάλλοντος και από υποστηρικτικούς παράγοντες όπως οι οικογενειακοί δεσμοί, η κοινωνική υποστήριξη και οι κοινοτικοί πόροι. Επίσης, σχετίζεται με στοιχεία της προσωπικότητας, όπως η γνωστική λειτουργία, η αυτο-αποτελεσματικότητα, αλλά και με τις στρατηγικές αντιμετώπισης (Fedina, και συν., 2017).

Μπορεί να γίνει κατανοητή όχι μόνο ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, αλλά και ως ένα σύνολο δεξιοτήτων και ικανοτήτων που συμβάλλουν στην αντιμετώπιση του στρες, του τραύματος και των δυσκολιών της ζωής. Οι ψυχολογικοί, κοινωνικοί, περιβαλλοντικοί και βιολογικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν για να επιτρέψουν σε ένα άτομο

σε οποιοδήποτε στάδιο της ζωής να αναπτύξει, να διατηρήσει ή να επανακτήσει την ψυχική του υγεία παρά την έκθεση σε αντιξοότητες. Η ψυχική ανθεκτικότητα δεν είναι κάτι που έχει ένα άτομο, αλλά μια πολλαπλά καθορισμένη αναπτυξιακή διαδικασία, η οποία δεν είναι σταθερή ή αμετάβλητη (Tsirigotis & Luczak, 2018).

Η ψυχική ανθεκτικότητα αποτελείται από δύο διαστάσεις, την αντοχή στην καταστροφή που σχετίζεται με την ικανότητα προστασίας της ακεραιότητας υπό έντονη πίεση, και την ικανότητα να οικοδομήσουμε ή να δημιουργήσουμε μια ζωή που αξίζει να την ζήσουμε παρά τις αντίξοες συνθήκες. Περιγράφει τη διαδικασία της εσωτερικής κινητοποίησης, η οποία προκαλεί μια διάθεση ανοιχτής συνδιαλλαγής σε σχέση με τον άλλο, με σκοπό κανείς να βοηθήσει και να βοηθηθεί, να ξεπεράσει την αντιξοότητα και να βρει νέο νόημα ύπαρξης (Tsirigotis & Luczak, 2018).

Η ύπαρξη της ψυχικής ανθεκτικότητας έχει μελετηθεί και σε συνάρτηση με το φαινόμενο της κακοποίησης. Πολλές κακοποιημένες γυναίκες υφίστανται σημαντική δυσφορία εξαιτίας των επαναλαμβανόμενων επιθετικών και εξαναγκαστικών συμπεριφορών που ασκούνται εναντίον τους από τους συζύγους/συντρόφους τους. Άλλες, ωστόσο, είναι σε θέση να επιδείξουν αξιοσημείωτη προσαρμοστικότητα μετά από ένα τέτοιο τραύμα και να μην εμφανίσουν σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχολογική σφαίρα. Η ψυχική ανθεκτικότητα, ένα μοτίβο επιτυχημένων αποτελεσμάτων παρά τις προκλητικές ή απειλητικές περιστάσεις, έχει προταθεί για να εξηγήσει αυτό το φαινόμενο (Humphreys, 2003).

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που εκτίθενται σε διαπροσωπική βία έχουν συνήθως χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν έχουν εκτεθεί σε διαπροσωπική βία, εξαιτίας παραγόντων όπως οι επιζήμιες επιδράσεις της αυξημένης κορτιζόλης στον εγκέφαλο καθώς και ο απομονωτικός αντίκτυπος της βίας στα κοινωνικά δίκτυα υποστήριξης (Fedina, και συν., 2017). Από την άλλη, έχει διαπιστωθεί

υψηλή ψυχική ανθεκτικότητα στις γυναίκες που είχαν τερματίσει μια κακοποιητική σχέση (Tsirigotis & Łuczak, 2018).

Επομένως, η αξιολόγηση του ρόλου της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ψυχική υγεία μεταξύ γυναικών που έχουν υποστεί διαπροσωπική βία είναι απαραίτητη για να κατανοηθούν καλύτερα οι ποικίλες αντιδράσεις των γυναικών στην θυματοποίηση, συμπεριλαμβανομένου του βαθμού στον οποίο η ψυχική ανθεκτικότητα μετριάζει τα αρνητικά αποτελέσματα της κακοποίησης στην ψυχική υγεία (Fedina, και συν., 2017).

Σε Πολωνές γυναίκες που είχαν απευθυνθεί σε ένα Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση, η ηλικία ήταν ένας σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της ψυχικής ανθεκτικότητας. Όσο η γυναίκα αποκτούσε εμπειρίες ζωής, συμπεριλαμβανομένης και της διαβίωσης με τον δράστη, η ψυχική ανθεκτικότητά της αυξανόταν. Επίσης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η βία που ασκείται από τον πατέρα φάνηκε να μειώνει σημαντικά την ψυχική ανθεκτικότητα στις γυναίκες, ενώ το αντίστοιχο δεν φάνηκε να συμβαίνει την περίπτωση βίας από τη μητέρα. Η ενδοοικογενειακή βία από τον πατέρα μπορεί να αποδυναμώσει σοβαρά την ψυχική ανθεκτικότητα αφού ο πατέρας είναι ένας από τους πολύ στενούς σημαντικούς άλλους και η προσκόλληση σε αυτόν και οι συναισθηματικοί δεσμοί μαζί του είναι ισχυροί. Επομένως, και οι προσδοκίες από αυτόν είναι υψηλές, δεδομένου αυτού παρουσιάζεται μεγάλη απογοήτευση και ψυχολογική ταλαιπωρία που προκαλείται από τη βία που διαπράττεται από αυτόν (Tsirigotis & Łuczak, 2018).

Από την άλλη, μεγαλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα βρέθηκε στις γυναίκες που βιώνουν βία από τον σύντροφο, και όχι τον σύζυγο. Πολύ πιθανόν, το γεγονός ότι η απομάκρυνση από τον σύντροφο είναι ευκολότερη σε σύγκριση με τον σύζυγο, η συνειδητοποίηση, δηλαδή, της αντιστρεψιμότητας της κατάστασης και ως εκ τούτου η διέξοδος από αυτήν, επιδρά λιγότερο αρνητικά στην ψυχική ανθεκτικότητα των γυναικών .

Σημαντικό ρόλο στην ύπαρξη ψυχικής ανθεκτικότητας διαδραματίζουν κοινωνικά, πολιτιστικά και θρησκευτικά ζητήματα (Tsirigotis & Luczak, 2018).

Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες και Κακοποίηση

Οι γυναίκες που έχουν υποστεί ενδο-οικογενειακή βία φαίνεται να παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να εκδηλώσουν προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως, Κατάθλιψη και Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες. Η αντίδραση του ατόμου στο στρεσογόνο γεγονός εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι στοιχεία της προσωπικότητας του θύματος, χαρακτηριστικά του γεγονότος, αλλά και το περιβάλλον εντός του οποίου το άτομο αναρρώνει (Krause, και συν., 2008).

Σε έρευνες έχει βρεθεί πως στις κακοποιημένες γυναίκες υπάρχει συχνή επικράτηση της μετατραυματικής διαταραχής στρες και της κατάθλιψης, ενώ συχνά οι δύο ψυχικές διαταραχές συνυπάρχουν. Η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD) διαγνώστηκε στο 33-83% των κακοποιημένων γυναικών και είναι η πιο συχνή ψυχική διαταραχή σε αυτόν τον πληθυσμό (Bargai, Ben-Shakhar, & Shalev, 2007).

Σύμφωνα με έρευνα του Humphreys (2003) σε γυναίκες που είχαν υποστεί κακοποίηση, η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD) βρέθηκε σε ποσοστό 33–60%. Σε Αμερικάνες διαφορετικής καταγωγής με μέση ηλικία 33,9 έτη, που είχαν καταφύγει σε ξενώνες για κακοποιημένες γυναίκες πάνω από τις μισές (56%) είχαν PTSD τη στιγμή της μελέτης (Humphreys, 2003).

Σε γυναίκες που στρατολογήθηκαν από δύο μαιευτικές-γυναικολογικές κλινικές που εξυπηρετούσαν γυναίκες με χαμηλό εισόδημα στις ΗΠΑ (γυναίκες, του γενικού πληθυσμού μεν αλλά υψηλού κινδύνου δε), με μέση ηλικία 21,7 έτη, στην πλειοψηφία τους Αφροαμερικανές αλλά και πολλές Ευρωπαϊές Αμερικανίδες ανάμεσα τους, οι βαθμολογίες

για το μετατραυματικό στρες έπεσαν στο χαμηλότερο του μετρίου εύρος. Ωστόσο 22% των γυναικών πληρούσαν τα κριτήρια για πιθανή διάγνωση PTSD, ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από την επικράτηση 6-8% που βρέθηκε στις επιδημιολογικές μελέτες (Schumm, Briggs-Phillips, & Hobfoll, 2006).

Σε κακοποιημένες γυναίκες, Αφροαμερικανές στην πλειονότητά τους, με μέσο όρο ηλικίας 30,7 έτη που είχαν εμπλακεί σε δικαστικές διαδικασίες εναντίον των συζύγων/συντρόφων, σε μια αστική κοινωνία χαμηλού εισοδήματος, περίπου οι μισές (41.4%) συμπλήρωναν τα κριτήρια για διάγνωση μετατραυματικού στρες (Kocot & Goodman, 2003)

Σε άλλη έρευνα φάνηκε πως οι γυναίκες που ανέφεραν παιδική κακοποίηση και βιασμό στην ενήλικη ζωή είχαν περισσότερα συμπτώματα PTSD από τις γυναίκες που δεν είχαν ιστορικό παιδικής κακοποίησης προ του βιασμού (Dodson & Beck, 2017). Τα θύματα παιδικής κακοποίησης πολύ συχνά αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικής και μετατραυματικής συμπτωματολογίας (Schumm, Briggs-Phillips, & Hobfoll, 2006).

Εμπειρικές μελέτες βρίσκουν σταθερά τη σοβαρότητα της διαπροσωπικής βίας να συσχετίζεται με μεγαλύτερα επίπεδα συμπτωμάτων PTSD. Επιπροσθέτως, πληθώρα επιδημιολογικών μελετών έχουν βρει σταθερά την έκθεση σε σεξουαλική επίθεση, συμπεριλαμβανομένης της παιδικής σεξουαλικής βίας, να έχει ως αποτέλεσμα υψηλότερο ποσοστό PTSD σε σύγκριση με άλλους τύπους τραυμάτων (Krause, και συν., 2008).

Σε έρευνα που έγινε σε Αμερικανίδες γυναίκες, διαφόρων καταγωγών, που είχαν καταφύγει σε ξενώνες οι συμμετέχουσες που είχαν PTSD, είχαν επίσης βιώσει σημαντικά πιο συχνή και σοβαρή κακοποίηση σε σύγκριση με εκείνες που δεν είχαν PTSD (Humphreys, 2003).

Όσον αφορά τις στρατηγικές αντιμετώπισης και την εμφάνιση PTSD η βιβλιογραφία υποδεικνύει την αρνητική επίδραση των στρατηγικών αποφυγής στη μετατραυματική συμπτωματολογία. Μεγαλύτερη καταφυγή σε στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες στο συναίσθημα (στις οποίες περιλαμβάνεται η αποφυγή) συσχετίστηκε με περισσότερα συμπτώματα PTSD μεταξύ των θυμάτων διαπροσωπικής βίας σε σύγκριση με την καταφυγή σε στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα. Παρομοίως, η αποφευκτική αντιμετώπιση έχει συσχετιστεί με τα συμπτώματα PTSD μεταξύ των θυμάτων σεξουαλικής και μη σεξουαλικής κακοποίησης (Krause, και συν., 2008).

Για να προσδιοριστεί η ανεξάρτητη επίδραση των παραγόντων κινδύνου, όπως η αποφυγή, στο μετατραυματικό στρες μεταξύ κακοποιημένων γυναικών, είναι ζωτικής σημασίας να λαμβάνεται υπόψη το ιστορικό προηγούμενης βίας, το ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης και η σοβαρότητα της διαπροσωπικής βίας (Krause, και συν., 2008).

Σε ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο πρόβλεψης για PTSD, το πρώτο βήμα έδειξε ότι η επίδραση των δημογραφικών μεταβλητών δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Το δεύτερο βήμα έδειξε μεγάλη επίδραση της τραυματικής εμπειρίας. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που ανέφεραν είτε παιδική κακοποίηση είτε βιασμό στην ενήλικη ζωή είχαν πέντε με έξι φορές περισσότερες πιθανότητες να πληρούν τα κριτήρια για διάγνωση PTSD από ό, τι οι γυναίκες που δεν ανέφεραν παιδική κακοποίηση ή βιασμό στην ενήλικη ζωή, ενώ εκείνες που ανέφεραν τόσο παιδική κακοποίηση όσο και βιασμό στην ενήλικη ζωή είχαν πάνω από 17 φορές περισσότερες πιθανότητες να πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν ανέφεραν παιδική κακοποίηση παιδιών ή βιασμό στην ενήλικη ζωή. Το τρίτο βήμα έδειξε ότι παρά τις ισχυρές προγνωστικές επιπτώσεις των τραυματικών εμπειριών, η υψηλή κοινωνική υποστήριξη προέβλεπε μικρότερο κίνδυνο για πιθανό PTSD. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με υψηλή κοινωνική υποστήριξη είχαν σχεδόν τρεις φορές

λιγότερες πιθανότητες να πληρούν τις διαγνωστικές απαιτήσεις PTSD σε σύγκριση με τις γυναίκες με χαμηλή κοινωνική υποστήριξη (Schumm, Briggs-Phillips, & Hobfoll, 2006).

Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα με συμπτώματα PTSD μπορεί να έχουν αρνητικές απόψεις και προσδοκίες σχετικά με τη χρήση κοινωνικής υποστήριξης, κάτι που θα μπορούσε επίσης να βοηθήσει στην εξήγηση της ισχυρής συσχέτισης μεταξύ συμπτωμάτων PTSD και μειωμένης υποστήριξης (Dodson & Beck, 2017).

Μία μεταβλητή που μπορεί να σχετίζεται με αυτή τη διαδικασία είναι η ντροπή που βιώνει το άτομο όταν ένας βασικός πυρήνας του εαυτού κρίνεται ως ελαττωματικός, κατώτερος ή ανεπαρκής. Οι άνθρωποι που αισθάνονται ντροπή μπορεί να περιγράφουν τους εαυτούς τους ως "κακούς" και να αποσύρονται από τους άλλους για να αποφύγουν πιθανή αρνητική κοινωνική κρίση (Dodson & Beck, 2017).

Ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι αρνητικές απόψεις και προσδοκίες σχετικά με την πρόσβαση στην κοινωνική υποστήριξη μπορεί να είναι σημαντικές για το εάν τελικά οι άνθρωποι θα αντλήσουν από τους διαθέσιμους κοινωνικούς πόρους μετά από ένα τραυματικό γεγονός την βοήθεια που θα χρειαστούν και αυτό μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη ερμηνεία της σχέσης μεταξύ των συμπτωμάτων PTSD και κοινωνικής υποστήριξης (Dodson & Beck, 2017).

Σύμφωνα με αυτή τη συλλογιστική, προηγούμενες μελέτες έχουν βρει μια συνεπή σχέση μεταξύ της ντροπής και της σοβαρότητας των συμπτωμάτων PTSD σε θύματα διαπροσωπικής βίας. Η ντροπή συνδέεται επίσης με τη μη αποκάλυψη της κακοποίησης, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μοναξιά, απώλεια κοινωνικών δεσμών και απώλεια εμπιστοσύνης στους άλλους (Dodson & Beck, 2017).

Είναι πιθανό ότι ένα ιστορικό παιδικής κακοποίησης και διαπροσωπικής βίας μπορεί να ενισχύσει τη σχέση μεταξύ των συμπτωμάτων PTSD και αρνητικού κοινωνικού δικτύου μέσω της ντροπής, σε σύγκριση με την εμπειρία της διαπροσωπικής βίας μόνο. Ειδικότερα,

είναι πιθανό ότι η εμπειρία τόσο της διαπροσωπικής βίας όσο και του ιστορικού παιδικής κακοποίησης μπορεί να μειώσει τις προσδοκίες ενός ατόμου σχετικά με τη χρησιμότητα της κοινωνικής υποστήριξης, καθώς έχουν ήδη βιώσει κακοποίηση από σημαντικούς άλλους που θεωρούνται αξιόπιστοι, όπως μέλη της οικογένειας. Το επαναλαμβανόμενο τραύμα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της ενήλικης ζωής μπορεί επίσης να ενισχύσει τα συναισθήματα της ντροπής. Έτσι, είναι πιθανό ότι η σχέση μεταξύ ντροπής και αρνητικής στάσης ή προσδοκιών σε σχέση με την κοινωνική υποστήριξη μπορεί να ενισχυθεί μεταξύ των ατόμων που έχουν βιώσει τόσο διαπροσωπική βία όσο και παιδική κακοποίηση (Dodson & Beck, 2017).

Συμπερασματικά, είναι πιθανό οι επιζώντες τόσο παιδικής κακοποίησης όσο και διαπροσωπικής βίας να έχουν ισχυρότερα εσωτερικευμένα αισθήματα ντροπής λόγω του μεγάλου ιστορικού διαπροσωπικής κακοποίησης. Αυτά τα ισχυρότερα συναισθήματα ντροπής μπορεί να σχετίζονται με πιο αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με τη χρησιμότητα της κοινωνικής υποστήριξης. Βραχυπρόθεσμα, αυτή η πεποίθηση μπορεί να βοηθήσει το άτομο να αποφύγει τυχόν αρνητικές αντιδράσεις από άλλους, αλλά μπορεί να διατηρήσει αρνητικά συναισθήματα και συμπτώματα PTSD, μειώνοντας την κοινωνική επαφή, συμπεριλαμβανομένης της αποκάλυψης εμπειριών διαπροσωπικής βίας και της λήψης υποστήριξης από άλλους. Επιπλέον, τα συναισθήματα ντροπής και οι αρνητικές στάσεις και προσδοκίες προς τη χρήση της κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να συμβάλλουν στην απομόνωση και την αποφυγή της συζήτησης της τραυματικής εμπειρίας, εμποδίζοντας έτσι την ενεργό επεξεργασία των αντιδράσεων μετά τον τραυματισμό (Dodson & Beck, 2017).

Φαίνεται ότι καθώς παρέρχεται ο χρόνος από την έκθεση σε τραύμα, τα συμπτώματα PTSD μπορεί να έχουν περισσότερο αρνητική επίδραση στην κοινωνική υποστήριξη. Είναι κατανοητό ότι αρνητικά συναισθήματα όπως η ντροπή ή οι αρνητικές προσδοκίες ή στάσεις

για την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης συμβάλλουν στη διαδικασία αυτή μετά την εμφάνιση συμπτωμάτων PTSD. Για παράδειγμα, μετά το τραύμα, τα συμπτώματα του PTSD μπορεί να αυξήσουν τα αρνητικά συναισθήματα, όπως η ντροπή, τα οποία ενδέχεται να επιδεινώσουν την κοινωνική υποστήριξη. Έχει ενδιαφέρον ότι οι τελευταίες αλλαγές DSM-5 περιλαμβάνουν ντροπή ως σύμπτωμα PTSD υποδηλώνοντας ότι τα συναισθήματα που δεν βασίζονται στο φόβο μπορούν να παίζουν σημαντικό ρόλο στη λειτουργικότητα μετά τον τραυματισμό. Πιθανόν μετά το τραύμα, η ντροπή να συνδέεται με μια αρνητική στάση απέναντι στη χρήση των κοινωνικών πόρων και αυτή η αρνητική στάση οδηγεί σε χαμηλότερη αξιοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης. Είναι επίσης πιθανό ότι συναισθήματα ντροπής και αρνητικών απόψεων ή προσδοκιών σχετικά με τη χρήση της κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να λειτουργήσουν ως παράγοντες κινδύνου για μελλοντική διαπροσωπική βία, καθώς αυτές οι διαδικασίες ενδέχεται να παρεμποδίσουν την αξιοποίηση των πιθανών πόρων από τα θύματα της διαπροσωπικής βίας και να συνεισφέρουν στη διατήρηση των συμπτωμάτων PTSD. Άλλωστε, τόσο η χαμηλότερη κοινωνική υποστήριξη όσο και τα υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων PTSD έχουν αποδειχθεί ως δυνητικοί παράγοντες κινδύνου για την διαπροσωπική βία (Dodson & Beck, 2017).

Μελέτες που διερευνούν την παιδική και ενήλικη επαναθυματοποίηση παρουσιάζουν ότι οι γυναίκες αυτές έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εκδηλώσουν συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής. Από την άλλη μεριά οι γυναίκες που δεν ανέφεραν ούτε παιδική κακοποίηση ούτε βιασμό στην ενήλικη ζωή είχαν χαμηλότερο PTSD από τις γυναίκες που ανέφεραν παιδική κακοποίηση αλλά όχι βιασμό στην ενήλικη ζωή ή βιασμό στην ενήλικη ζωή αλλά όχι παιδική κακοποίηση το ίδιο εύρημα παρουσιάστηκε και από γυναίκες που είχαν ιστορικό και παιδικής κακοποίησης και βιασμού στην ενήλικη ζωή. Επίσης, οι γυναίκες που ανέφεραν παιδική κακοποίηση και βιασμό στην ενήλικη ζωή είχαν σοβαρότερη συμπτωματολογία PTSD σε σύγκριση με γυναίκες που ανέφεραν είτε παιδική

κακοποίηση μόνο είτε βιασμό στην ενήλικη ζωή μόνο. Η μελέτη διαπίστωσε ανεξάρτητη επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης τέτοια που οι γυναίκες με υψηλή κοινωνική υποστήριξη είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες PTSD (Schumm, Briggs-Phillips, & Hobfoll, 2006).

Έρευνες έχουν δείξει ότι η καταφυγή σε στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα σε σχέση με στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα, μπορεί να σχετίζεται με περισσότερα συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες. Αυτές οι μελέτες δείχνουν ότι είναι καλό για την ψυχική υγεία των κακοποιημένων γυναικών να αναλάβουν ενεργό και άμεση δράση για να σταματήσουν τη βία στη ζωή τους. Αυτές οι μελέτες έχουν επίσης αναφερθεί ως βάση για να ενθαρρυνθούν τα θύματα της διαπροσωπικής βίας να εμπλέκονται περισσότερο σε στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα, όχι μόνο για να προωθήσουν την ασφάλειά τους αλλά και για να βελτιώσουν την ψυχική τους υγεία (Kocot & Goodman, 2003).

Από την άλλη οι στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα έχουν συσχετιστεί θετικά με την ύπαρξη συμπτωμάτων PTSD (Kocot & Goodman, 2003).

Η παρουσία συμπτωμάτων από το σύμπλεγμα αποφυγής των κριτηρίων PTSD μπορεί να οδηγήσει τις γυναίκες να καταφεύγουν σε συμπεριφορές αντιμετώπισης που θεωρούνται συνήθως ακατάλληλες στην κλινική και ερευνητική βιβλιογραφία. Η αντιμετώπιση με αποφυγή έχει συνδεθεί με μεγαλύτερο βαθμό συμπτωματολογίας PTSD σε κακοποιημένες γυναίκες (Waldrop & Resick, 2004).

Στρατηγικές Αντιμετώπισης

Ως στρατηγικές αντιμετώπισης θεωρούμε τις συνειδητές σκέψεις και συμπεριφορές που εκδηλώνονται με σκοπό την αντιμετώπιση εσωτερικών ή εξωτερικών παραγόντων οι

οποίοι υπερβαίνουν τις ικανότητες και τους πόρους του ατόμου να τα βγάλει πέρα (Krause, και συν., 2008).

Έχουν προταθεί κάποιες κατηγορίες στρατηγικών αντιμετώπισης. Η πρώτη είναι η διάκριση μεταξύ ενεργητικής αντιμετώπισης και αποφυγής (active versus avoidance coping), που όπως δηλώνεται και από το όνομα, αφορά στο κατά πόσο το άτομο κάνει προσπάθειες να αλλάξει την κατάσταση ή να απομακρυνθεί από τον παράγοντα άγχους στην απόπειρά του να μειώσει τις αρνητικές συνέπειες. Επίσης έχει αναφερθεί η διάκριση μεταξύ γνωστικών και συμπεριφορικών στρατηγικών (cognitive versus behavioral strategies). Οι γνωστικές στρατηγικές περιλαμβάνουν προσπάθειες αλλαγής του τρόπου σκέψης για μια κατάσταση, ενώ οι συμπεριφορικές στρατηγικές περιλαμβάνουν παρατηρήσιμες ενέργειες για τη μείωση των επιπτώσεων μιας κατάστασης (Waldrop & Resick, 2004).

Τέλος, οι στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα αφορούν στη διαχείριση συγκεκριμένων προβλημάτων, ενώ οι στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα αφορούν στη ρύθμιση των δύσκολων συναισθημάτων που προκύπτουν από τα προβλήματα. Όσον αφορά ειδικότερα την ενδοοικογενειακή βία, έχει προταθεί μια παρόμοια εννοιολογική διάκριση μεταξύ των στρατηγικών που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο της βίας και των στρατηγικών που χρησιμοποιούνται για τη διατήρηση της αίσθησης του εαυτού. Αν και αυτή η διχοτόμηση μπορεί να γίνεται πιο ασαφής με την πάροδο του χρόνου, είναι ωστόσο χρήσιμη ως ένας τρόπος να σκεφτούμε τις πολλαπλές στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι γυναίκες για να αντιμετωπίσουν τη βία στη ζωή τους (Kocot & Goodman, 2003).

Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του χρονικού διαστήματος που έχει εκδηλωθεί και εξελίσσεται η βία καθώς και της μορφής και της έντασης της αντίδρασης της κακοποιημένης γυναίκας απέναντι στον σύζυγο/σύντροφό της. Η αντίδραση αμέσως μετά από ένα βίαιο επεισόδιο τείνει να είναι παθητική με απόπειρες να ηρεμήσει τον

δράστη. Καθώς η βία εμμένει το θύμα τείνει να αναζητά τρόπους αντιμετώπισης, όπως οι απειλές για καταγγελία στις αρμόδιες αρχές, απειλές ότι θα το εκμυστηρευτεί σε κάποιον τρίτο, ή ακόμα και ότι θα τον εγκαταλείψει. Σε περιπτώσεις που το φαινόμενο εμφανίζεται συχνά οι γυναίκες φαίνεται να επιστρέφουν στην παθητική στάση, ένδειξη ότι η βία έχει παγιωθεί στη σχέση του ζευγαριού (Αρτινοπούλου, 2003)

Η στάση των γυναικών απέναντι στην ενδο-οικογενειακή βία φαίνεται να επηρεάζεται από την ύπαρξη βίας στην παρούσα σχέση τους και την εξοικείωσή τους με αυτή, με τις γυναίκες που δεν υπόκεινται σε κακοποίηση από τον σύζυγο/σύντροφό τους να εμφανίζονται λιγότερο ανεκτικές απέναντι στην ενδο-οικογενειακή βία, χαρακτηρίζοντάς την στην συντριπτική πλειονότητά τους ως εγκληματική πράξη. Οι γυναίκες που υπόκεινται σε ενδο-οικογενειακή βία φαίνεται να έχουν εσωτερικεύσει τα στερεότυπα για τους παραδοσιακούς ρόλους των φύλων στον γάμο ή την ερωτική σχέση, αναγνωρίζοντας στον άνδρα το «δικαίωμα» να γίνεται βίαιος όταν τον προκαλούν με την μη συμμόρφωσή τους στις απαιτήσεις του ρόλου τους. Οι γυναίκες αυτές τείνουν να ενεργοποιούν αμυντικούς μηχανισμούς υποβαθμίζοντας την σοβαρότητα της βίας και μειώνοντάς την σε μια «κακιά στιγμή» ή ως απλό αποτέλεσμα συζυγικών εντάσεων και διαφορών (Αρτινοπούλου, 2003).

Ύπαρξη συσχέτισης έχει βρεθεί ανάμεσα στην μορφή της βίαιης συμπεριφοράς και την αντίδραση των γυναικών, με τις γυναίκες που υφίσταντο λεκτική και ψυχολογική βία να τείνουν κυρίως να ηρεμήσουν τον σύζυγο/σύντροφό τους σε αντίθεση με τις γυναίκες που υφίσταντο απειλές, σωματική και σεξουαλική βία, οι οποίες δήλωσαν ότι αντιδρούν συνήθως με απειλές για χωρισμό προς τον δράστη (Αρτινοπούλου, 2003).

Οι γυναίκες που έχουν καταφύγει σε ξενώνες έχουν αξιοσημείωτες ικανότητες να ξεπεράσουν τα τραυματικά συμβάντα της ζωής, όχι μόνο έχουν κατορθώσει να επιβιώσουν από την σωματική και ψυχολογική βία, αλλά έχουν επιτεύξει ένα ακόμη βήμα στην επικίνδυνη πορεία αντίστασης στην κακοποίηση (Humphreys, 2003).

Ενδιαφέρουσες θέσεις έχουν προταθεί σε σχέση με τις στρατηγικές αντιμετώπισης των γυναικών που έχουν υποστεί κακοποίηση. Οι κακοποιημένες γυναίκες συχνά αναγκάζονται να αντεπεξέλθουν στα πλαίσια περιορισμένων προσωπικών και περιβαλλοντικών πόρων και οι προσπάθειες αντιμετώπισης τους πρέπει να συμμορφώνονται με αυτούς τους περιορισμούς, πολλοί από τους οποίους μπορεί να προέρχονται από την κακοποίηση. Για παράδειγμα, ένα θύμα μπορεί να στερείται τους οικονομικούς πόρους που θα του επέτρεπαν να εγκαταλείψει τον βίαιο σύζυγο/σύντροφο του ή μπορεί να χρησιμοποιήσει στρατηγικές εξευγενισμού και όχι ενεργητικές στρατηγικές μόνο και μόνο επειδή ο περιορισμός της επικινδυνότητας της κακοποίησης είναι το καλύτερο που μπορεί να κάνει σε ένα κοινωνικό πλαίσιο που ενδεχομένως στερείται υποστήριξης για να αντισταθεί (Kocot & Goodman, 2003).

Έχει υποστηριχθεί ακόμη ότι η ανάληψη ελέγχου μέσω στρατηγικών εστιασμένων στο πρόβλημα μπορεί να είναι μια αναποτελεσματική στρατηγική και ίσως μάλιστα να αντιστρατεύεται την συναισθηματική ευημερία για όσες γυναίκες έχουν περιορισμένους πόρους και σχετικά μειωμένη κοινωνική δύναμη. Για αυτές τις γυναίκες, οι στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα συχνά έχουν ως αποτέλεσμα την αποτυχία αλλαγής της κατάστασης, οδηγώντας σε μια αίσθηση ματαιότητας και απελπισίας (Kocot & Goodman, 2003).

Υπάρχει μια τάση να παραβλέπεται το πλαίσιο κατά την αξιολόγηση της προσαρμοστικής ή δυσπροσαρμοστικής φύσης των στρατηγικών αντιμετώπισης των θυμάτων. Οι στρατηγικές των κακοποιημένων γυναικών που χρησιμοποιούν για την επιβίωση έχουν μερικές φορές συγκριθεί με τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται από τον γενικό πληθυσμό ως απάντηση στους συνήθεις στρεσογόνους παράγοντες της ζωής. Το συμπέρασμα που εξάγεται είναι ότι οι κακοποιημένες γυναίκες υστερούν στην επίλυση προβλημάτων. Η κακοποιητική σχέση δημιουργεί ειδικές

περιστάσεις κάτω από τις οποίες μια γυναίκα αποφασίζει πώς να αντιδράσει και αυτές οι περιστάσεις δεν μπορούν να αγνοηθούν στην προσπάθεια κατανόησης των τρόπων αντιμετώπισης της βίας (Waldrop & Resick, 2004).

Η αίσθηση του απρόβλεπτου και του ανεξέλεγκτου στο πλαίσιο της σεξουαλικής κακοποίησης μπορεί να οδηγήσουν σε γενικευμένες αντιδράσεις φόβου και τα θύματα μπορούν στη συνέχεια να εστιάσουν τους πόρους τους στη συναισθηματική ρύθμιση χρησιμοποιώντας στρατηγικές που επικεντρώνονται κυρίως στην αποφυγή (Schumm, Briggs-Phillips, & Hobfoll, 2006).

Σε ορισμένες έρευνες υποστηρίζεται η σχέση μεταξύ της συχνότητας της βίας και της επιλογής των γυναικών όσον αφορά τις στρατηγικές αντιμετώπισης. Οι γνωστικές στρατηγικές, όπως η εστίαση στις θετικές πτυχές της σχέσης και οι προσωπικές αιτιάσεις εμφανίζονται μεταξύ των γυναικών που είχαν εγκαταλείψει τις κακοποιητικές σχέσεις (Waldrop & Resick, 2004).

Η συχνότητα κακοποίησης έχει επίσης εξεταστεί σε συνδυασμό με την ενεργητική αντιμετώπιση. Σε μια μελέτη που συνέκρινε γυναίκες που είχαν καταφύγει σε ξενώνες και γυναίκες που δεν είχαν καταφύγει, οι γυναίκες που αποφάσισαν να απευθυνθούν σε καταφύγιο είχαν υποστεί συχνότερη κακοποίηση από τις γυναίκες που δεν απευθύνθηκαν. Αυτό υποδηλώνει ότι ορισμένες δραστικές μορφές αντιμετώπισης είναι πιο πιθανές όταν αυξάνεται η συχνότητα της κακοποίησης. Σε άλλη μελέτη, ωστόσο, οι γυναίκες χρησιμοποιούσαν στρατηγικές αποφυγής καθώς η συχνότητα της σωματικής βίας αυξανόταν. Τα αποτελέσματα αυτά φαίνεται να έρχονται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της προαναφερθείσας μελέτης (Hebert, 1991).

Εντούτοις, είναι πιθανό οι ενεργητικές στρατηγικές απομάκρυνσης (π.χ. χρήση καταφυγίων, αποχώρηση, δίωξη) να σχετίζονται με διαφορετικά περιβάλλοντα και προγνωστικούς παράγοντες από ό, τι οι ενεργητικές στρατηγικές που χρησιμοποιούνται ενώ

οι γυναίκες βρίσκονται ακόμη σε σχέση (π.χ. διαπληκτισμός με τον δράστη, κλήση στην αστυνομία, συνομιλία με φίλο). Ίσως η συχνότητα της κακοποίησης έχει τη μεγαλύτερη επίδραση στις στρατηγικές αντιμετώπισης όταν διακυβεύεται η εγκατάλειψη της κακοποιητικής κατάστασης (Hebert,1991).

Τα υψηλότερα επίπεδα βίας έχουν συσχετιστεί με περισσότερες πιθανότητες αποφυγής. Οι γυναίκες που βιώνουν πιο σοβαρή κακοποίηση ήταν, επίσης, λιγότερο πιθανό να λάβουν κοινωνική υποστήριξη από τους φίλους όταν προσπάθησαν να μιλήσουν για την κακοποίηση (Waldrop & Resick, 2004).

Οι γυναίκες χωρίς ιστορικό βίας στην οικογένεια καταγωγής τους ήταν πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν στρατηγικές ενεργητικής αντιμετώπισης όσο η βία αυξανόταν σε σοβαρότητα και επικινδυνότητα. Στον αντίποδα βρίσκονται οι γυναίκες με ιστορικό βίας στις οικογένειές τους, οι οποίες χρησιμοποιούσαν περισσότερο την αποφυγή και λιγότερο στρατηγικές ενεργητικής αντιμετώπισης σε απάντηση της όλο ένα αυξανόμενης σοβαρότητας της σωματικής βίας (Waldrop & Resick, 2004).

Μια άλλη μελέτη έδειξε ότι όταν η σοβαρότητα της κακοποίησης αυξανόταν, οι γυναίκες ήταν λιγότερο πιθανό να επιστρέψουν στους κακοποιητικούς συζύγους/συντρόφους τους. Η στροφή προς τη χρήση ενεργητικών συμπεριφοριστικών στρατηγικών φαίνεται ότι συνέβη όταν οι γυναίκες συνειδητοποίησαν ξαφνικά τη δυνητική θνησιμότητα που ενέχει η κακοποίηση (Hebert,1991).

Ίσως μια αύξηση της σοβαρότητας συνδέεται με πιο δραστικές συμπεριφοριστικές στρατηγικές, και συγκεκριμένα με εκείνες που φαίνεται να καταλήγουν πιθανότατα στην παύση της κακοποίησης, όπως η αποχώρηση ή η χρήση του συστήματος δικαιοσύνης. Άλλες δραστικές στρατηγικές, όπως η συζήτηση με φίλους ή η αναζήτηση συμβουλευτικών υπηρεσιών, μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι λιγότερο πιθανό να βοηθήσουν σε ολόένα και πιο επικίνδυνες κακοποιητικές καταστάσεις. Η αύξηση της βίας μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα

να αποθαρρύνει τις γυναίκες να χρησιμοποιούν στρατηγικές ενεργητικής αντιμετώπισης που τους βοηθούν να παραμείνουν και να αντιμετωπίζουν τη βία αντί να απομακρυνθούν οι ίδιες ή να απομακρύνουν τους κακοποιητικούς συζύγους/συντρόφους (Masoud Bahram,2016).

Η οικονομική εξάρτηση των γυναικών από τους κακοποιητικούς συζύγους/συντρόφους, όπως τεκμαίρεται από το καθεστώς εργασίας, σχετίζεται με την απόφασή τους να εγκαταλείψουν τη σχέση ή όχι (Waldrop & Resick, 2004).

Τέλος, όσο λιγότερες αποφευκτικές απαντήσεις λάμβαναν οι γυναίκες από τους φίλους, τόσο πιο πιθανό ήταν να προβούν σε στρατηγικές ενεργητικής, γνωστικής και συμπεριφοριστικής αντιμετώπισης. Φαίνεται ότι οι γυναίκες που είχαν αποφευκτικές τάσεις δεν επέλεξαν να μιλήσουν με φίλους για την κακοποίηση (Waldrop & Resick, 2004).

Κοινωνική Υποστήριξη

Η αίσθηση κοινωνικής υποστήριξης (perceived social support) αναφέρεται στην αντίληψη ότι η βοήθεια θα είναι διαθέσιμη όταν χρειαστεί και είναι μια πρακτικά και θεωρητικά ξεχωριστή έννοια από την έμπρακτη κοινωνική υποστήριξη, η οποία ορίζεται από την βοήθεια που έχει ήδη παρασχεθεί σε κατάσταση ανάγκης. Έτσι, για τις γυναίκες θύματα κακοποίησης, η υποστήριξη που παρέχεται σε αυτές μετά την αποκάλυψη της κακοποίησης είναι διαφορετική από την αίσθησή τους ότι η υποστήριξη είναι διαθέσιμη τώρα ή θα είναι στο μέλλον (Schumm, Briggs-Phillips, & Hobfoll, 2006).

Το κοινωνικό κεφάλαιο αφορά στην διαθεσιμότητα συναισθηματικής υποστήριξης και υλικής υποστήριξης και σχετίζεται με την χρήση στρατηγικών ενεργητικής αντιμετώπισης. Οι γυναίκες μπορεί να είναι καλύτερα εξοπλισμένες για να χρησιμοποιήσουν στρατηγικές ενεργητικής αντιμετώπισης εάν αισθάνονται ότι υποστηρίζονται από άλλους (Kocot & Goodman, 2003).

Σοβαρότερη κακοποίηση σχετίζεται με κοινωνική απομόνωση των γυναικών. Η βαρύτητα της βίας σχετίζεται αρνητικά τόσο με τον αριθμό των μελών του δικτύου κοινωνικής στήριξης όσο και με τον αριθμό των κοινωνικών επαφών που πραγματοποιήθηκαν (Waldrop & Resick, 2004).

Η κακοποίηση μπορεί να επηρεάσει άμεσα και αρνητικά τα δίκτυα κοινωνικής στήριξης με διάφορους τρόπους. Σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν αναφέρουν κακοποίηση στην παιδική ηλικία ή βιασμό στην ενήλικη ζωή, οι γυναίκες που βιώνουν αποκλειστικά παιδική κακοποίηση ή βιασμό στην ενήλικη ζωή ήταν πολύ πιθανότερο να έχουν κοινωνική στήριξη χαμηλότερη από τον μέσο όρο ενώ τα πράγματα ήταν ακόμα χειρότερα για τις γυναίκες που ανέφεραν κακοποίηση στην παιδική ηλικία και βιασμό στην ενήλικη ζωή. Η έρευνα αυτή δείχνει πως τέτοιες εμπειρίες επηρεάζουν αρνητικά την αίσθηση κοινωνικής υποστήριξης (Schumm, Briggs-Phillips, & Hobfoll, 2006).

Επιδημιολογικά δεδομένα

Επιδημιολογικές μελέτες μεγάλης κλίμακας των τελευταίων δύο δεκαετιών διαπίστωσαν ποσοστά της τάξης του 13-53% για την ενδο-οικογενειακή σωματική ή/και σεξουαλική βία κατά των γυναικών σε πολλές χώρες της Ευρώπης, στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, τον Καναδά, και την Αυστραλία. Οι διεθνείς έρευνες βρήκαν ακόμη υψηλότερα ποσοστά στις χώρες της Αφρικής, της Νότιας Ασίας και της Λατινικής Αμερικής (Schröttle & Glammeyer, 2013).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, σχεδόν μία στις πέντε γυναίκες έχει βιασθεί στη διάρκεια της ζωής της και πάνω από το ένα τρίτο των γυναικών έχουν βιώσει σωματική βία, βιασμό ή/και καταδιώξεις από τον σύζυγο/σύντροφο, με δυσανάλογα υψηλότερα ποσοστά μεταξύ γυναικών φυλετικών και εθνοτικών μειονοτήτων (Fedina, και συν., 2017).

Μελέτη που διεξήχθη από το Ευρωπαϊκό Λόμπυ Γυναικών στα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και που δημοσιοποιήθηκε το 1999 έδειξε ότι η ενδοοικογενειακή κακοποίηση είναι παρούσα στις χώρες της Ευρώπης σε ποσοστά που παρουσιάζουν σημαντική διακύμανση. Στην Ολλανδία το 13% των γυναικών που συμμετείχαν δήλωσε ότι είχε υπάρξει θύμα σεξουαλικής ή/και σωματικής κακοποίησης. Στη Φινλανδία το 22% των γυναικών είχε δεχθεί βία ή απειλές από τον σύζυγο/σύντροφο, ενώ 9% είχαν υπάρξει θύματα κατά τον τελευταίο χρόνο. Στο Βέλγιο σε ποσοστό περίπου 50% αναφέρθηκε ότι ο πλέον συχνός και επικίνδυνος δράστης ήταν ο σύντροφος (European's Woman's Lobby,1999).

Σύμφωνα με δημοσίευση της UNICEF το 2000 με τίτλο «Βία κατά των γυναικών – Μια παγκόσμια επιδημία» στο Ηνωμένο Βασίλειο, 1 στις 4 γυναίκες έχει υποστεί σωματική κακοποίηση από τον νυν ή πρώην σύζυγο/σύντροφο κάποια στιγμή της ζωής τους (UNICEF,2000).

Όσον αφορά την ανδρική κακοποίηση δεν έχουν διεξαχθεί πάρα πολλές έρευνες. Ωστόσο σε μια έρευνα από τον οργανισμό Domestic Violence in Europe βρέθηκε πως στην Ελλάδα, την Ουγγαρία, το Βέλγιο και την Ισπανία, εντοπίστηκαν τα συχνότερα κρούσματα ψυχολογικής βίας στον άνδρα, ενώ όσον αφορά τη σωματική βία η Ελλάδα έρχεται πρώτη με το 31,7% και ακολουθεί η Αγγλία με 15,1% και το Βέλγιο με 14,2%. Τα στοιχεία της μελέτης ουσιαστικά σταματούν το 2010, ωστόσο οι εκτιμήσεις των ειδικών, είναι ότι αυτά τα ποσοστά έχουν αυξηθεί. Επίσης αναφέρεται πως σε ποσοστό 72% επικρατεί η ψυχολογική βία εναντίον των ανδρών, κυρίως σε θέματα που αφορούν την ανεργία και το μισθό που λαμβάνουν οι άντρες, ενώ αύξηση παρουσιάζουν τα κρούσματα διωγμού από την οικογενειακή εστία, για λόγους ανεργίας. Όσον αφορά τη σωματική βία, το 31,7% που δήλωσε ότι έπεσε θύμα σωματικής βίας, δεν αφορούσε ξυλοδαρμό, αλλά σπρωξίματα και χαστούκια. Το αξιοσημείωτο είναι ότι μόνο το 25% των αντρών απάντησε στη βία (Domestic Violence in Europe,2010).

Το φαινόμενο στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα το φαινόμενο της ενδο-οικογενειακής βίας δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Αυτό οφείλεται στη δυσχέρεια συλλογής στοιχείων από τις σχετικές δομές στις οποίες οι γυναίκες απευθύνονται, αλλά και στο ότι τα περιστατικά στο μεγαλύτερό τους ποσοστό δεν καταγγέλλονται, λόγω του ότι η βία μέσα στην οικογένεια δεν αποκηρύσσεται στην ελληνική κοινωνία όπου κυριαρχούν παραδοσιακές, πατριαρχικές αξίες σχετικά με την διαφοροποίηση των φύλων και τον καταμερισμό της εξουσίας. Επιπλέον, οι κοινωνικές και νομικές υπηρεσίες αποφεύγουν να εμπλακούν σε ένα ζήτημα που θεωρείται ιδιωτικό, στο όνομα της προστασίας του θεσμού της οικογένειας. Η έλλειψη επαρκών μελετών δυσχεραίνει τη γνώση μας σε σχέση με το φαινόμενο και το μέγεθός του (Αρτινοπούλου, 2003).

Παρόλα αυτά το τελευταίο χρονικό διάστημα γίνονται πολλές προσπάθειες για ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των Ελλήνων γύρω από το φαινόμενο αυτό με στόχο την αναγνώριση και αποτελεσματική αντιμετώπιση του, παρόλα αυτά οι ελάχιστες έρευνες που έχουν διενεργηθεί φαίνεται ότι το φαινόμενο έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις στις Ελληνικές οικογένειες (Σταμου, 2005)

Στην Ελλάδα η πρώτη επιδημιολογική έρευνα σχετικά με τη βία κατά των γυναικών στην οικογένεια έγινε το 2002-2003 από το Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας (Κ.Ε.Θ.Ι.) με στόχο την καταγραφή περιστατικών ενδο-οικογενειακής βίας (λεκτικής, ψυχολογικής, σωματικής και σεξουαλικής) με θύμα τη γυναίκα και δράστη τον σύζυγο/σύντροφό της. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, πάνω από τις μισές γυναίκες δήλωσαν ότι έχουν βιώσει λεκτική ή/και ψυχολογική βία ενώ μόνο σε ελάχιστες περιπτώσεις (περίπου 3.5%) αναφέρθηκε σωματική ή σεξουαλική βία.

Στην υποθετική περίπτωση που οι ίδιες ήταν το θύμα κακοποίησης, δύο στις τρεις γυναίκες θα χώριζαν ή θα έφευγαν από το σπίτι, περίπου μια στις τέσσερις θα προσπαθούσε να συζητήσει με τον δράστη, λιγότερες από μία στις πέντε θα απευθυνόταν σε κάποιον κοινωνικό φορέα ή συμβουλευτικό κέντρο, περίπου μία στις επτά θα μιλούσε σε κάποιο πρόσωπο της εμπιστοσύνης της (μέλος της οικογένειας, φίλοι, λοιποί συγγενείς, ψυχολόγοι, δικηγόρος, αστυνομία, συμβουλευτικό κέντρο, κοινωνική υπηρεσία), ενώ μόνο περίπου μια στις 13 θα κρατούσε παθητική στάση.

Στην πραγματικότητα, περίπου μια στις τέσσερις γυναίκες απείλησαν ότι θα χωρίσουν, προσπάθησαν να ξεφύγουν, ή αντέδρασαν το ίδιο βίαια, ενώ μια στις τρεις προσπάθησε να ηρεμήσει τον σύζυγο/συντρόφο της. Οι γυναίκες που εκμυστηρεύονταν το περιστατικό σε κάποιον ήταν περίπου έξι στις δέκα (μέλη της οικογένειας, φίλοι, συγγενείς).

Σε σχέση με την αντίληψη των γυναικών όσον αφορά στο ποιες συμπεριφορές θεωρούν βίαιες, φαίνεται να αναγνωρίζουν κυρίως τις πιο φανερές και σοβαρές μορφές της, όπως είναι η σωματική και η σεξουαλική βία και σε μικρότερο βαθμό συμπεριφορές που συνδέονται με την λεκτική και την ψυχολογική βία, ενώ ο περιορισμός της ελευθερίας θεωρήθηκε βία από πολύ λιγότερες γυναίκες. Μόνον τρεις στις τέσσερις γυναίκες θεώρησαν την άσκηση βίας σοβαρή εγκληματική πράξη, ενώ οι υπόλοιπες την θεώρησαν ως λάθος ή ως κάτι που απλά συμβαίνει. Αντίστοιχα, περίπου δυο στις τρεις γυναίκες δεν αισθάνονταν τον εαυτό τους υπεύθυνο για την βίαιη συμπεριφορά του συζύγου/συντρόφου τους, ενώ μια στις τρεις θεωρούσε τον εαυτό της συνυπεύθυνο μερικές φορές (Αρτινοπούλου, 2003).

Σύμφωνα με στοιχεία του Κέντρου Κοινωνικής Υποστήριξης Γυναικών από το Νοέμβριο του 1998 μέχρι και τον Οκτώβριο του 2010 μόνο 1061 γυναίκες ζήτησαν την βοήθεια του Κέντρου όπου το 66,9% των οποίων ήταν έγγαμες με μέσο όρο ηλικία 40,3 έτη.

Σε πιο πρόσφατα δεδομένα, σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του «Καταφυγίου Γυναίκας», το 2013 ο αριθμός των ατόμων που ήρθε σε επαφή με το «Καταφύγιο» ανέρχονταν μόλις στα 278, το 2014 ήρθαν σε επαφή 597 άτομα, το 2015 ο αριθμός αυτός ανήλθε στα 568, ενώ το 2016 απευθύνθηκαν σε αυτό περισσότερα από 643 άτομα (Καταφύγιο γυναίκας, 2013).

Όσον αφορά τον ανδρικό πληθυσμό υπάρχει έλλειψη καταγραφής του φαινομένου στον Ελληνικό χώρο. Μια απόπειρα καταγραφής του φαινομένου έγινε το διάστημα 2006-2008 από τον επίκουρο Καθηγητή Κοινωνιολογίας του Πανεπιστημίου Αιγαίου σε μία πιλοτική έρευνα που διεξήγαγε. Στην έρευνα βρέθηκε πως τα ποσοστά των ανδρών που εξετάστηκαν ανέφεραν ότι είχαν πέσει θύματα φυσικής βίας χωρίς οι ίδιοι να έχουν πρώτοι επιτεθεί από τις γυναίκες ήταν: Παντρεμένοι 34,7%, σε συμβίωση 25,2%, διαζευγμένοι 37,6%, σε διάσταση 48,1%, αρραβωνιασμένοι 8% και σε απλή σχέση 23,5%. Τα ποσοστά των γυναικών που εξετάστηκαν ξεχωριστά και ανέφεραν ότι άσκησαν φυσική βία, ενώ δεν βρίσκονταν σε άμυνα ήταν: Παντρεμένες 32%, σε συμβίωση 29,8%, διαζευγμένες 26,8%, σε διάσταση 36%, αρραβωνιασμένες 3% και σε απλή σχέση 26,4%. Στα έγγαμα ζευγάρια οι άνδρες ανέφεραν ότι δέχτηκαν επίθεση σε ποσοστό 31,5%, ενώ οι γυναίκες δήλωσαν ότι επιτέθηκαν σε ποσοστό 38,4%. Στην έρευνα το 12,7% των ανδρών που εξετάστηκε ξεχωριστά ανέφερε ότι αναγκάστηκε να καταφύγει σε νοσοκομείο, ενώ το 23% των γυναικών ανέφερε ότι σκοπός της επίθεσης που έκανε ήταν ο σοβαρός τραυματισμός ή η βλάβη του άντρα. Τα αντίστοιχα ποσοστά ψυχολογικής βίας, όπως δηλώθηκαν από τους άνδρες που εξετάστηκαν ξεχωριστά, ήταν: Παντρεμένοι 89,3%, σε συμβίωση 65,7%, διαζευγμένοι 93%, σε διάσταση 98%, αρραβωνιασμένοι 27,7% και σε απλή σχέση 54%. Οι γυναίκες φαίνεται να αναγνωρίζουν καλύτερα την φυσική παρά την ψυχολογική βία, όταν την ασκούν. Τέλος στα έγγαμα ζευγάρια που εξετάστηκαν μαζί, το ποσοστό ψυχολογικής βίας που αναφέρθηκε ήταν 78% εκ

μέρους των ανδρών και 52,6% εκ μέρους των γυναικών. Ένα πολύ σημαντικό εύρημα είναι ότι η ψυχολογική κακοποίηση του άνδρα πολλές φορές δεν ασκείται αποκλειστικά από τη σύζυγο αλλά και από άλλα μέλη της οικογένειας καταγωγής της. Έτσι από τους παντρεμένους άνδρες που εξετάστηκαν χωριστά το 76,8% δηλώνει ότι ψυχολογική βία δέχτηκε και από τη μητέρα, τον πατέρα ή άλλο μέλος της οικογένειας της συζύγου, ενώ συμφωνεί με αυτό το 57% των γυναικών (Παπάνης,2008).

Σημασία Έρευνας-Σκοπός

Σε αυτό το σημείο είναι απαραίτητο να αναφερθούμε στο σκοπό της παρούσας εργασίας, ο οποίος είναι να συμβάλει αρχικά στην μελέτη του φαινομένου της κακοποίησης και στο ποια είναι η αλληλεπίδραση του στην ψυχική ανθεκτικότητα, την εμφάνιση Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες και στις στρατηγικές αντιμετώπισης σε Ελληνικό Πληθυσμό. Η διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας επιλέχτηκε καθώς πληθώρα επιδημιολογικών μελετών έχουν αποδείξει πως η κακοποίηση είναι ένα παγκόσμιο και εδραιωμένο φαινόμενο.

Οι έρευνες που έχουν διενεργηθεί στην Ελλάδα δυστυχώς είναι λίγες στον αριθμό και οι περισσότερες εστιάζουν μόνο στην καταγραφή του φαινομένου και στην σύνδεσή του με δημογραφικούς παράγοντες. Παρόλα αυτά υπάρχει τεράστιο κόστος στον κρατικό προϋπολογισμό καθώς ενεργοποιούνται στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου και η μελέτη αυτή ίσως μπορεί να βοηθήσει στον σχεδιασμό κατάλληλων παρεμβάσεων πρόληψης και αντιμετώπισης.

Ερευνητικοί Στόχοι και Ερευνητικές Υποθέσεις

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δημογραφικών στοιχείων (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, τόπος κατοικίας, εργασιακή κατάσταση, κοινωνικο-οικονομική κατάσταση), χαρακτηριστικών σχετικών με την κακοποίηση (αριθμός συμπεριφορών που θεωρούνται πράξεις βίας, ιστορικό βίας κατά την παιδική ηλικία, την ενήλικη ζωή ή και τα δύο, αριθμός πράξεων βίας κατά την παιδική ηλικία, αριθμός πράξεων βίας κατά την ενήλικη ζωή, αριθμός ατόμων από τα οποία έχει υποστεί βία, χρόνος που έχει παρέλθει από την τελευταία κακοποιητική πράξη, αναφορά στο περιστατικό βίας σε τρίτο πρόσωπο), στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες, ψυχικής ανθεκτικότητας και διαταραχής μετατραυματικού στρες σε άτομα στον γενικό πληθυσμό που έχουν αναφέρει ιστορικό βίας.

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που τέθηκαν είναι οι εξής:

- Αναμένεται ότι χαμηλά ποσοστά μετατραυματικής διαταραχής στρες (PTSD) θα σχετίζονται θετικά με υψηλά ποσοστά ψυχικής ανθεκτικότητας και το αντίστροφο.
- Αναμένεται ότι το PTSD θα σχετίζεται θετικά με τους εξής δημογραφικούς και ιατρικούς παράγοντες: νεαρή ηλικία, χαμηλό οικονομικό, μορφωτικό επίπεδο, καθώς και σοβαρότητα της κακοποίησης.
- Αναμένεται η ύπαρξη θετικής σχέσης μεταξύ του PTSD και τον αριθμό συμπεριφορών που θεωρούνται πράξεις βίας.
- Αναμένεται η ύπαρξη θετικής σχέσης μεταξύ του χρόνου κακοποίησης και του χρόνου που έχει παρέλθει από την τελευταία κακοποιητική συμπεριφορά. (παιδική ηλικία, ενήλικη ζωή, και τα δύο) και διαταραχής μετατραυματικού στρες.

- Αναμένεται ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός πράξεων βίας κατά την παιδική ηλικία/ενήλικη ζωή και τόσο υψηλότερα θα είναι τα ποσοστά της διαταραχής μετατραυματικού στρες.
- Αναμένεται η ύπαρξη θετικής συσχέτισης ανάμεσα στον αριθμό των ατόμων από τα οποία έχει υποστεί βία το άτομο και του PTSD.
- Αναμένεται ότι η υιοθέτηση στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων εστιασμένες στο πρόβλημα θα σχετίζονται θετικά με χαμηλά ποσοστά PTSD.
- Αναμένεται ότι η υιοθέτηση στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων εστιασμένες στο συναίσθημα θα σχετίζονται θετικά με υψηλά ποσοστά PTSD.

Μέθοδος

Η μεθοδολογία που εφαρμόστηκε στην συλλογή και ανάλυση των δεδομένων είναι η ποσοτική μεθοδολογία και η έρευνα ακολούθησε επιδημιολογικό σχεδιασμό συγχρονικής μελέτης. Η μεθοδολογία αυτή επιλέχτηκε καθώς ο στόχος ήταν η καταγραφή του φαινομένου και η σχέση που μπορεί να έχει με τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες με την εμφάνιση Μετατραυματική Διαταραχής και ψυχικής ανθεκτικότητας καθώς και με τις στρατηγικές αντιμετώπισης που υιοθετούν τα άτομα αυτά.

Σκοπός της ποσοτικής ανάλυσης είναι να ανακαλύψει τις αιτίες της αλλαγής των κοινωνικών φαινομένων μέσω αντικειμενικής μέτρησης και αριθμητικής ανάλυση και ως απώτερος στόχος είναι η γενίκευση (γενικές αρχές). Η ποσοτική ανάλυση καταλήγει σε γενικεύσεις και σε εμπειρικά θεμελιωμένες θεωρίες, μέσω ερευνητικών υποθέσεων (Babbie,2011).

Δεδομένου πως η έρευνα διενεργήθηκε μέσω διαδικτύου είναι σημαντικό αναφερθούμε στα θετικά αλλά και στους περιορισμούς που ενέχει η επιλογή αυτού του τύπου έρευνας. Αρχικά είναι σημαντικό ο ερευνητής να έχει γνώση των αντικειμενικών δυσκολιών που παρουσιάζει μία τέτοιου τύπου έρευνα και να χρησιμοποιείται μόνο έπειτα από μελέτη των ειδικών συνθηκών της εκάστοτε έρευνας. Το βασικότερο που πρέπει να κατανοηθεί είναι ότι η έρευνα θα πρέπει να απευθύνεται σε πληθυσμούς οι οποίοι έχουν πρόσβαση στο διαδίκτυο και το χρησιμοποιούν σε καθημερινή βάση ή πολλές φορές την εβδομάδα. Από την άλλη τα πλεονεκτήματα αυτού του τύπου της έρευνας σε σχέση με τη συμβατική έρευνα είναι η εξοικονόμηση πόρων (χρημάτων, ανθρώπινου δυναμικού, αναλώσιμων κ.ά.) ,η εξάλειψη σφαλμάτων κατά την εισαγωγή των δεδομένων (data

entry), αφού η εισαγωγή γίνεται από τους ίδιους τους ερωτώμενους, η ελκυστικότητα υπολογιστών σε νέες ηλικιακές ομάδες, η απουσία μεροληπτικότητας από τον συνεντευκτή, η επιλογή του χρόνου και τόπου συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων από τους ερωτώμενους, η εύκολη προσέγγιση ατόμων από διαφορετικές χώρες, η πρόσβαση σε γεωγραφικά κατανομημένους, η συμμετοχή ατόμων με αποκλίνουσες συμπεριφορές λόγω της ανωνυμότητας που επικρατεί στο διαδίκτυο (Van Selm, 2006).

Στον αντίποδα βέβαια υπάρχουν και κάποια μειονεκτήματα στις διαδικτυακές έρευνες έναντι των συμβατικών πλην του βασικού μειονεκτήματος που αφορά τα πιθανά σφάλματα κάλυψης του πληθυσμού. Τα μειονεκτήματα αυτού του τύπου της έρευνας σε σχέση με την συμβατική έρευνα μπορούν να συνοψιστούν στη αναζήτηση, και τον έλεγχο εγκυρότητας καθώς και η πιθανή αντικατάσταση των ηλεκτρονικών διευθύνσεων των ερωτώμενων, τα τεχνικά προβλήματα που μπορεί να δημιουργηθούν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, η δυσκολία επίτευξης ενός τυχαίου δείγματος μέσω των ηλεκτρονικών διευθύνσεων καθώς και ο καθορισμός και η αντιπροσωπευτικότητά του. Ένα ακόμη πρόβλημα θεωρείται η απουσία προσωπικής επαφής με τον ερωτώμενο, καθώς επίσης τίθενται και ζητήματα ασφαλούς χρήσης του διαδικτύου (Brenan, 1999).

Συμμετέχοντες

Για την συλλογή του δείγματος χρησιμοποιήθηκε η δειγματοληψία ευκολίας. Αυτός ο τρόπος δειγματοληψίας αποτελεί έναν από τους πιο ευρέως χρησιμοποιούμενους τρόπους συλλογής δείγματος. Γενικότερα, στα δείγματα ευκολίας δεν είναι εφικτό να εξαχθούν αποτελέσματα τα οποία στη συνέχεια θα γενικευτούν για τον πληθυσμό, γιατί το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό. Η ίδια αυτή παρατήρηση ισχύει για

όλα τα δείγματα μη-πιθανότητας συνολικά. (Παρασκευόπουλος,2008). Δυνατότητα συμμετοχής στην έρευνα είχαν και άνδρες και γυναίκες ηλικίας από 18 έως 65 χρονών. Το δείγμα συμπεριλάμβανε άτομα που κατοικούν εντός και εκτός Ελλάδας. Όσον αφορά τα κριτήρια αποκλεισμού, στην έρευνα δεν συμμετείχαν άτομα που δεν δέχθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα καθώς και όσα άτομα δεν μιλούσαν ελληνικά.

Το έγκυρο δείγμα της μελέτης αποτελείτο από συνολικά 457 συμμετέχοντες, η πλειοψηφία των οποίων ήταν γυναίκες (79.2%), ενώ περισσότεροι από τους μισούς ήταν από 25 έως 34 ετών (56.2%). Στο δείγμα εκπροσωπούνταν σε κοντινό βαθμό έγγαμοι (32.2%), ελεύθεροι (24.9%) και δεσμευμένοι (29.3), ενώ ελάχιστοι ήταν διαζευγμένοι ή χήροι. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες, πάντως, δεν είχαν παιδιά (65.2%). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες κατοικούσαν εντός Αθηνών (60.8%), είχαν ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση (51.9%), και εργάζονταν (69.8%). Η συντριπτική πλειονότητα διατηρούσε από μεσαίο προς χαμηλό έως μεσαίο προς υψηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο (88.4%).

Σε σχέση με το ιστορικό κακοποίησης, μόνο ένας περίπου στους τρεις συμμετέχοντες δεν είχε υποστεί βία ούτε στην παιδική ούτε στην ενήλικη ζωή (31.7%). Βέβαια, οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν ως πράξεις βίας μόνο περίπου 20 κατά μέσο όρο ($MO=19.97$, $TA=8.34$) από τις 30 που αναφέρονταν στον ερωτηματολόγιο. Από όσους είχαν υποστεί βία η πλειονότητα το είχε εκμυστηρευτεί σε κάποιον (64.5%).

Τέλος, σχετικά με τους ψυχολογικούς παράγοντες, οι συμμετέχοντες φάνηκε να χρησιμοποιούν περισσότερο στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες που επικεντρώνονται στην επίλυση του προβλήματος (όπως για παράδειγμα ο σχεδιασμός, $MO=6.62$, $TA=1.39$, και η ενεργή αντιμετώπιση, $MO=6.24$, $TA=1.44$), παρά να αποφεύγουν, $MO=3.24$, $TA=1.40$, ή να αρνούνται, $MO=4.18$, $TA=1.75$, την αγχογόνο κατάσταση. Επίσης, φάνηκε ότι οι

συμμετέχοντες σκόραραν σχετικά υψηλά στην κλίμακα ψυχικής ανθεκτικότητας, σύμφωνα και με έρευνα του Wagnild(2009) όπου, οι βαθμολογίες μεταξύ 125 και 145 δείχνουν σχετικά μέτρια ψυχική ανθεκτικότητα και βαθμολογίες 146 και άνω δείχνουν υψηλή ανθεκτικότητα $MO= 125.95, TA= 15.56$

Τέλος, φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες σκόραραν σχετικά χαμηλά στην κλίμακα Μετατραυματικού Στρες, $MO= 77.90, TA= 33.59$. Στην παλαιότερη μελέτη του Davidson (Davidson et al., 1997) βρέθηκε κατώτατο όριο 40 (από τα 136) να είναι καλός προγνωστικός παράγοντας (διαγνωστική αποτελεσματικότητα 83%) διάγνωσης PTSD. Αργότερα διαγνωστικές μελέτες αποτελεσματικότητας διαπίστωσαν διαφορετικά όρια που προσφέρουν μια αποδεκτή 80-85% διαγνωστική αποτελεσματικότητα όπως η έρευνα των Chen et al. (2001) υποστηρίζει ως κατώτατο όριο 44(Kevan,2016). Αναλυτικά περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος υπάρχουν στους πίνακες που βρίσκονται στο Παράρτημα.

Μέσα Συλλογής Δεδομένων

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν συνολικά τέσσερα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια. Τα τρία από τα τέσσερα ερωτηματολόγια ήταν σταθμισμένα ψυχομετρικά μέσα ενώ για την συλλογή των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων και των στοιχείων που θεωρούνται πράξεις βίας δημιουργήθηκε ένα αυτοσχέδιο μέσο συλλογής.

Το αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο καταγραφής στοιχείων περιελάμβανε δημογραφικά στοιχεία (όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η οικονομική κατάσταση, ο αριθμός παιδιών, η εργασιακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, ο τόπος κατοικίας) και παράγοντες σχετικούς με την κακοποίηση (συμπεριφορές που το άτομο θεωρεί ως πράξεις

βίας, ιστορικό βίας στην παιδική ηλικία, ιστορικό βίας στην ενήλικη ζωή, είδος κακοποίησης, χρόνος που έχει μεσολαβήσει από την κακοποιητική εμπειρία, αποκάλυψη σε τρίτο πρόσωπο). Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ήταν 45 στον αριθμό.

Ψυχική Ανθεκτικότητα. Για τη μέτρηση της Ψυχικής Ανθεκτικότητας χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Resilience scale 25 σημείων (RS-25; Wagnild & Young, 1993), η οποία μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα. Πρόκειται για μια κλίμακα αυτοαναφοράς, η οποία αποτελείται από 25 δηλώσεις, όπως για παράδειγμα «Όταν κάνω σχέδια, τα πετυχαίνω», «Μπορώ να μείνω μόνος/η αν χρειαστεί». Για κάθε μία από τις δηλώσεις οι ερωτηθέντες καλούνται να εκφράσουν τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας τους σε μια κλίμακα τύπου Likert από το 1 (Διαφωνώ πολύ) έως το 7 (Συμφωνώ πολύ). Το συνολικό σκορ μπορεί να έχει εύρος τιμών από 25 μέχρι 175 βαθμούς. Μεγαλύτερο σκορ αναπαριστά μεγαλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα. Έχει αποδεδειχθεί ισχυρή εσωτερική συνοχή στις προηγούμενες μελέτες που εξετάστηκαν με σκοπό την επιλογή του ερωτηματολογίου από το Cronbach α κυμαίνονταν από 0,72-0,94 (Wagnild,2009). Στην συγκεκριμένη μελέτη η κλίμακα ψυχικής ανθεκτικότητας είχε Cronbach α 0.86. Σε έρευνα που είχε γίνει σχετικά με την επίδραση της οικονομικής κρίσης σε εκπαιδευτικούς της χώρας μας από το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας το Cronbach α ήταν 0,871.

Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες. Για την μέτρηση του PTSD χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Davison Trauma Scale (Davison,1997). Η μετάφραση και στάθμιση της κλίμακας έχει γίνει από τον κ. Παπαγεωργίου και συν. Η κλίμακα αποτελείται από 17 προτάσεις σχετικές με τα συμπτώματα του Μετατραυματικού Στρες όπως περιγράφονται στο DSM. Για κάθε πρόταση οι συμμετέχοντες καλούνται να δηλώσουν την συχνότητα από το 0 (ποτέ) μέχρι το 4 (συνεχώς) και την διάρκεια από το 1 (λίγα δευτερόλεπτα) μέχρι το 6 (περισσότερο από μια εβδομάδα). Μεγαλύτερο σκορ αναπαριστά μεγαλύτερο μετατραυματικό στρες. Οι

ερωτήσεις χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες, τα ενοχλητικά φαινόμενα, όπως είναι οι εφιάλτες και τα αποσυνδεδετικά επεισόδια (ερωτ. 1-4,17), η αποφυγή, όπως ανάκληση γεγονότων ή μνήμες από το τραυματικό γεγονός (ερωτ. 5-11) και η υπερδιέγερση, όπως είναι η αϋπνία (ερωτ.12-16). Η κάθε ερώτηση αφορά ένα συγκεκριμένο σύμπτωμα. Για κάθε ερώτηση ο ασθενής ρωτάται πόσο συχνά κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας το σύμπτωμα τον ταλαιπώρησε και πόσο σοβαρό ήταν. Η κάθε μια ερώτηση εστιάζεται στη συχνότητα όπου 0 = καθόλου και 4 = κάθε μέρα, καθώς επίσης και στην ένταση όπου 0 = καθόλου οδυνηρό μέχρι το 4 που είναι το εξαιρετικά οδυνηρό. Οι υποκλίμακες μπορεί να υπολογιστούν ξεχωριστά για την ένταση και την συχνότητα και η κλίμακα συνολικά μπορεί να βαθμολογηθεί με 136 βαθμούς η υψηλότερη βαθμολογία. Επιλέχτηκε η συγκεκριμένη έρευνα καθώς ο συντελεστής αξιοπιστίας ήταν αρκετά υψηλός σε προηγούμενη έρευνα που έχει διενεργηθεί σε ασθενείς με HIV (Παπαγεωργίου,2017) κυμαίνονταν από 0,88 έως 0,93 και σε έρευνα που έγινε από το τεχνολογικό ίδρυμα Αθηνών σε ασθενείς που έχουν επιβιώσει από την μονάδα εντατική θεραπείας το Cronbach α βρέθηκε 0,99. Στην συγκεκριμένη μελέτη η κλίμακα PTSD είχε Cronbach α 0.88.

Στρατηγικές αντιμετώπισης. Για να ερευνηθούν οι στρατηγικές αντιμετώπισης επιλέχθηκε η σύντομη έκδοσή του Brief-COPE Inventory, Carver, (1997) το ερωτηματολόγιο έχει προσαρμοστεί για τον ελληνικό πληθυσμό από τους Βασιλάκου και Ρούση (2001) και Κάψου Μ, Δημητρίου και συν. (2010). Ένα πλεονέκτημα του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, έναντι άλλων παρεμφερών, είναι ότι παρέχει τη δυνατότητα να εξετάζονται, τόσο οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται γενικά και αντανακλούν σταθερές στάσεις αντιμετώπισης ως χαρακτηριστικού της προσωπικότητας, όσο και οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται σε συγκεκριμένες καταστάσεις ή χρονικές στιγμές. Η κλίμακα περιλαμβάνει 28 προτάσεις στις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνται να

απαντήσουν ως προς το σε τι βαθμό ενεργούν όπως αναφέρει η κάθε πρόταση, χρησιμοποιώντας μια κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων από το 1 (δεν το κάνω καθόλου) μέχρι το 4 (το κάνω πολύ). Η κλίμακα χωρίζεται στις εξής 14 υποκλίμακες :

αυτοκαταστροφικότητα, ενεργή αντιμετώπιση, άρνηση, χρήση ουσιών, αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης, αναζήτηση συμβουλών, αποφυγή, εκτόνωση, θετική αναπλαισίωση, σχεδιασμός, χιούμορ, αποδοχή, πνευματικότητα/θρησκευτικότητα, και αυτομομφή. Το σκορ για κάθε στρατηγική υπολογίζεται προσθέτοντας τους βαθμούς των δύο προτάσεων που της αναλογούν και κυμαίνεται από 2 έως 8 βαθμούς. Όσο μεγαλύτερος ο βαθμός, τόσο περισσότερο ενεργεί το άτομο με τη συγκεκριμένη στρατηγική. Σύμφωνα με τη Ρούσση (2001), το Cronbach α των κλιμάκων κυμαίνεται από 0.50 έως 0.96, ενώ σύμφωνα με την Karsou et al., κυμαίνεται από 0.55 έως 0.93. Στην συγκεκριμένη μελέτη η κλίμακα στρατηγικών αντιμετώπισης είχε Cronbach α 0.93.

Διαδικασία

Η αρχική σκέψη για την διεξαγωγή της έρευνας ήταν να απευθυνθούμε σε δομές φιλοξενίας κακοποιημένων γυναικών ώστε να συλλέξουμε το δείγμα. Έχοντας λοιπόν, προβεί σε όλες τις απαιτούμενες ενέργειες, όπως την λήψη έγκρισης από την συντονιστική επιτροπή του Μεταπτυχιακού, προσεγγίσαμε τον υπεύθυνο των δομών, ο οποίος και μας απάντησε θετικά στο αίτημά μας, αναφέροντας μας πως υπάρχει η δυνατότητα πρόσβασης στις δομές. Ωστόσο στο μεσοδιάστημα που υπήρξε από την επικοινωνία μας μέχρι και την έναρξη της διαδικασίας συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, η διεύθυνση δόμων άλλαξε και πλέον δεν ήταν δυνατή η πρόσβαση στον πληθυσμό που σχεδιάζαμε αρχικά.

Αποφασίσαμε λοιπόν να διενεργήσουμε την έρευνα σε γενικό πληθυσμό και με την χρήση του διαδικτύου να μπορέσουμε να συλλέξουμε το δείγμα. Στην συνέχεια χρησιμοποιώντας το

διαδικτυακό εργαλείο Survey Monkey στην πλατφόρμα του οποίου καταχωρήσαμε όλα τα ερωτηματολόγια της ερευνάς και στην συνέχεια τα προωθήσαμε προς συμπλήρωση μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης και μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας. Η έρευνα ήταν ενεργή για διάστημα 4 μηνών, η μέση διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ήταν δεκατέσσερα λεπτά και μπορούσε να λάβει μέρος όποιος επιθυμούσε. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως στους συμμετέχοντες δόθηκε ένα έντυπο συγκατάθεσης για την συμμετοχή τους στην έρευνα στο οποίο αναφέρονταν ο σκοπός της , η προστασία των προσωπικών στοιχείων , η εχεμύθεια και η ανωνυμία των ερωτηματολογίων καθώς και ο εθελοντικός χαρακτήρας της συμμετοχής στην έρευνα. Μετά το τέλος της συλλογής δεδομένων συλλέξαμε και κωδικοποιήσαμε τα δεδομένα και έπειτα τα καταχωρήσαμε στο Στατιστικό Πρόγραμμα για τις Κοινωνικές Επιστήμες SPSS 22.

Αποτελέσματα

Τα δεδομένα από τα ερωτηματολόγια μεταφέρθηκαν στο Στατιστικό Πρόγραμμα για τις Κοινωνικές Επιστήμες SPSS 22, κωδικοποιήθηκαν και στη συνέχεια διεξήχθησαν οι περιγραφικές και επαγωγικές αναλύσεις για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα.

Έλεγχος Κανονικότητας των Διασπορών

Από την ανάλυση Kolmogorov- Smirnov για τον έλεγχο κανονικότητας των συνεχών μεταβλητών φάνηκε ότι οι μεταβλητές ακολουθούσαν κανονική κατανομή και επομένως για την επαγωγική στατιστική επιλέχθηκαν τα παραμετρικά κριτήρια *t-test*, ANOVA, και ο δείκτης συσχέτισης Pearson's *r*.

Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες

Οι αναλύσεις έδειξαν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ διαταραχής μετατραυματικού στρες και ηλικίας, οικογενειακής κατάστασης, ύπαρξης ή όχι παιδιών, εκπαιδευτικού επιπέδου, εργασιακής κατάστασης, τόπου κατοικίας, και κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης.

Επίσης, στατιστικά σημαντική σχέση δεν βρέθηκε μεταξύ διαταραχής μετατραυματικού στρες και αριθμού συμπεριφορών που το άτομο θεωρούσε πράξεις βίας, του αριθμού πράξεων βίας κατά την παιδική ηλικία, του χρόνου που έχει παρέλθει από την τελευταία κακοποιητική πράξη, του αριθμού ατόμων από τα οποία το άτομο έχει υποστεί βία, και του αν το άτομο έχει αναφέρει το ιστορικό βίας σε τρίτο πρόσωπο. Τέλος, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική

σχέση μεταξύ διαταραχής μετατραυματικού στρες και των στρατηγικών αντιμετώπισης της αυτοκαταστροφικότητας, της αναζήτησης συναισθηματικής υποστήριξης, της αναζήτησης συμβουλών, της εκτόνωσης, του χιούμορ, της αποδοχής, και της πνευματικότητας/ θρησκευτικότητας.

Αντίθετα, φάνηκε ότι το φύλο επιδρά σε στατιστικά σημαντικό βαθμό στο σκορ που οι συμμετέχοντες σημείωσαν στην κλίμακα διαταραχής μετατραυματικού στρες, $t(237) = -2.15$, $p = .033$ και συγκεκριμένα, οι γυναίκες σημείωσαν υψηλότερο σκορ.

Επίσης, στατιστικά σημαντική επίδραση φάνηκε να έχει και το αν το άτομο είχε υποστεί κακοποίηση στην παιδική ηλικία, στην ενήλικη ζωή ή και τα δύο, $F(2,146) = 2.90$, $p = .05$. Οι post hoc αναλύσεις έδειξαν ότι τα άτομα που είχαν υποστεί κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία μόνο σκόραραν σημαντικά χαμηλότερα στην κλίμακα διαταραχής μετατραυματικού στρες σε σχέση με τα άτομα που είχαν υποστεί κακοποίηση και στην παιδική ηλικία και στην ενήλικη ζωή, ενώ η ίδια διαφορά δεν βρέθηκε στην σύγκριση κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία και κακοποίησης κατά την ενήλικη ζωή, ούτε στην σύγκριση κακοποίησης κατά την ενήλικη ζωή και κακοποίησης και στην παιδική ηλικία και στην ενήλικη ζωή.

Ακόμα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική σχέση ανάμεσα στον αριθμό πράξεων βίας που το άτομο είχε υποστεί κατά την ενήλικη ζωή και το σκορ στην κλίμακα διαταραχής μετατραυματικού στρες, $r = .22$, $p = .004$, έτσι ώστε όσο αυξανόταν ο αριθμός πράξεων βίας να αυξάνεται και το σκορ.

Επίσης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και PTSD, $r = .34$, $p < .001$, η σχέση ήταν τέτοια όπου όσο αυξανόταν το σκορ στην κλίμακα ψυχικής ανθεκτικότητας, τόσο μειωνόταν το σκορ στην κλίμακα της PTSD.

Τέλος, σε σχέση με τις στρατηγικές αντιμετώπισης, φάνηκε ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική θετική σχέση μεταξύ της διαταραχής μετατραυματικού στρες και της άρνησης ($r = .22, p < .001$), της χρήσης ουσιών ($r = .17, p < .05$), της αποφυγής ($r = .37, p < .001$), και της αυτομομφής ($r = .13, p < .05$), έτσι που όσο αυξανόταν η πιθανότητα υιοθέτησης αυτών των στρατηγικών τόσο αυξανόταν το σκορ του ατόμου στην κλίμακα της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Αντίθετα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ διαταραχής μετατραυματικού στρες και της χρήσης της ενεργής αντιμετώπισης ($r = -.22, p < .01$), της θετικής αναπλαισίωσης ($r = -.21, p < .01$), και του σχεδιασμού ($r = -.16, p < .05$), έτσι ώστε όσο αυξανόταν η χρήση αυτών των στρατηγικών τόσο έτεινε να μειώνεται το σκορ του ατόμου στην κλίμακα της διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Συζήτηση

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, στις Ηνωμένες Πολιτείες πάνω από το ένα τρίτο των γυναικών έχουν βιώσει σωματική βία, βιασμό ή/και καταδιώξεις από τον σύζυγο/σύντροφο, με δυσανάλογα υψηλότερα ποσοστά μεταξύ γυναικών φυλετικών και εθνοτικών μειονοτήτων (Fedina, και συν., 2017). Αντίστοιχα, Ηνωμένο Βασίλειο, 1 στις 4 γυναίκες έχει υποστεί σωματική κακοποίηση από τον νυν ή πρώην σύζυγο/σύντροφο κάποια στιγμή της ζωής τους (Αρτινοπούλου, 2003). Παρόμοια ποσοστά κακοποίησης βρέθηκαν και στην παρούσα μελέτη με περίπου 2 στους 3 συμμετέχοντες να αναφέρουν ότι έχουν υποστεί βία στην παιδική ή στην ενήλικη ζωή.

Σίγουρα οι διάφορες μορφές βίας απαντώνται σε διαφορετικά ποσοστά: για παράδειγμα στην έρευνα που έγινε στην Ελλάδα από το Αρτινοπούλου (2003) πάνω από τις μισές γυναίκες δήλωσαν ότι έχουν βιώσει λεκτική ή/και ψυχολογική βία ενώ μόνο σε ελάχιστες περιπτώσεις (περίπου 3.5%) αναφέρθηκε σωματική ή σεξουαλική βία. Παρόλα αυτά, τα γενικά ποσοστά θα μπορούσαν να είναι και μεγαλύτερα ανάλογα με το τι θεωρείται βία και τι όχι. Από την θεωρία μαθαίνουμε ότι η βία αφορά σε όλες οι πράξεις σωματικής, σεξουαλικής, ψυχολογικής ή οικονομικής βίας, μεταξύ πρώην ή νυν συζύγων ή συντρόφων, ή προερχόμενη από άλλα πρόσωπα συγγενικά, κοντινά, ή στο ευρύτερο περιβάλλον του θύματος. Πρόκειται για πράξη ή παράλειψη πράξης που προκαλεί θάνατο, σωματική, σεξουαλική, ψυχολογική, ή ηθική βλάβη (Tsirigotis & Luczak, 2018). Από την ανάλυση όμως των δεδομένων φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης θεώρησαν ως πράξεις βίας μόνο περίπου 20 στον αριθμό όπως για παράδειγμα το χαστούκι, ενώ στις υπόλοιπες 10 (π.χ. απειλή εγκατάλειψης) δεν αναγνώρισαν αυτό το καθεστώς. Η τάση αυτή

θυμίζει κάπως την αναφορά που έγινε στην βιβλιογραφική ανασκόπηση για τον ορισμό της βίας, σύμφωνα με την οποία η ενδο-οικογενειακή βία παλιότερα προσδιοριζόταν κυρίως ως η σωματική ή/και ψυχολογική βία, χωρίς να περιλαμβάνονται, όπως είναι εμφανές, όλες οι μορφές κακοποίησης. Δεν ήταν στους σκοπούς της παρούσας μελέτης μια διεξοδική ανάλυση αυτών των τάσεων αλλά σε επόμενη μελέτη σίγουρα θα αποτελούσε ένα ενδιαφέρον σημείο διερεύνησης. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση δείχνει πως οι γυναίκες τείνουν να αναγνωρίζουν ως βίαιες πράξεις κυρίως τις πιο φανερές και σοβαρές μορφές κακοποίησης, όπως είναι η σωματική και η σεξουαλική βία και σε μικρότερο βαθμό συμπεριφορές που συνδέονται με την λεκτική και την ψυχολογική βία. Παράλληλα, έχει αναφερθεί ότι οι γυναίκες δυσκολεύονται να διαχωρίσουν μεταξύ σεξουαλικής πράξης και αγάπης, με αποτέλεσμα να θεωρούν ότι τα αισθήματα αγάπης μπορούν να εκδηλώνονται μέσω έντονων σεξουαλικών σχέσεων (Αρτινοπούλου, 2003).

Σύμφωνα με την έρευνα του Κέντρου για Θέματα Ισότητας (2003) λιγότερες από μια στις οχτώ γυναίκες ανέφεραν ότι είχαν υποστεί βία στην οικογένεια που μεγάλωσαν, κυρίως από τον πατέρα, και σε περιπτώσεις ελαφριάς σωματικής κακοποίησης από την μητέρα. Όμως περισσότερες από μια στις τρεις, γυναίκες δήλωσαν ότι κάποιος πρώην σύζυγος/σύντροφος είχε εκδηλώσει βίαιη συμπεριφορά εναντίον τους.

Στην παρούσα μελέτη περίπου ένας στους πέντε συμμετέχοντες που απάντησαν ανέφερε ότι είχε υποστεί βία στην παιδική ηλικία και ακόμα λιγότεροι ανέφεραν βία στην ενήλικη ζωή. Όμως, σχεδόν ένας στους τρεις ανέφερε εμπειρίες βίας και στην παιδική ηλικία και στην ενήλικη ζωή, κάτι που υπογραμμίζει το γεγονός της επαναθυματοποίησης, που σύμφωνα με την βιβλιογραφία, μπορεί να πάρει τη μορφή σεξουαλικής επίθεσης, ψυχολογικής κακομεταχείρισης ή και σωματικής κακοποίησης (Dodson & Beck, 2017; Krause, και συν., 2008; Schröttle & Glammeier, 2013; Schumm, Briggs-Phillips, & Hobfoll, 2006).

Σχετικά με τα παραπάνω, στην βιβλιογραφική ανασκόπηση προέκυψε ότι οι γυναίκες που εκτίθενται σε ενδο-οικογενειακή/συντροφική βία συχνά αναφέρουν ιστορικό έκθεσης σε βία από άτομα πέραν του συζύγου/συντρόφου, όπως π.χ. βιασμό από άγνωστο, ή επίθεση από συγγενικά ή φιλικά πρόσωπα (Krause, και συν., 2008). Και στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι, ενώ παραπάνω από τους μισούς συμμετέχοντες είχαν υποστεί βία από έναν δράστη, σχεδόν τέσσερις στους δέκα ήταν θύματα δύο ή τριών δραστών πέραν του συντρόφου.

Σχετικά με το αν τα θύματα εκμυστηρεύονται τις εμπειρίες κακοποίησης, περίπου μία στις τέσσερις γυναίκες ήταν ενήμερη για περιστατικά ενδο-οικογενειακής βίας που υφίσταντο γυναίκες από τους συζύγους/συντρόφους τους στο συγγενικό ή/και φιλικό τους περιβάλλον. Αν κανείς αναλογιστεί ότι τα ποσοστά κακοποίησης θυματοποιούσαν περίπου μια στις τρεις γυναίκες, τα μεγέθη φαίνεται να αντιστοιχούν μεταξύ τους καθώς σίγουρα ένα μέρος των γυναικών θα μοιράζονταν την εμπειρία τους και με άλλα άτομα, πέραν των γυναικών στο συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον. Επίσης, στην ίδια έρευνα, όταν οι συμμετέχουσες ερωτήθηκαν αν θα μιλούσαν σε κάποιο πρόσωπο ή φορέα της εμπιστοσύνης τους (μέλος της οικογένειας, φίλοι, λοιποί συγγενείς, ψυχολόγοι, δικηγόρος, αστυνομία, συμβουλευτικό κέντρο, κοινωνική υπηρεσία) στην υποθετική περίπτωση που οι ίδιες θα ήταν το θύμα κακοποίησης, μόνο περίπου μία στις επτά ανέφερε ότι θα μιλούσε. Αντίθετα, όταν η ερώτηση τέθηκε σε σχέση με την πραγματικότητα έξι στις δέκα γυναίκες είπαν ότι εκμυστηρεύτηκαν το περιστατικό σε κάποιον. Πιο συγκεκριμένα, το 50% των θυμάτων ανέφεραν ότι είχαν μιλήσει σε κάποιον φίλο, γείτονα, ή συγγενή για την πρόσφατη επίθεση που δέχτηκαν, ενώ σε μικρότερο ποσοστό απευθύνονταν στην αστυνομία και ακόμα σπανιότερα στο ιατρικό προσωπικό ενός νοσοκομείου (Αρτινοπούλου, 2003).

Ανάλογα ποσοστά βρέθηκαν και στην παρούσα μελέτη με περισσότερους από έξι στους δέκα συμμετέχοντες να αναφέρουν ότι το είχαν εκμυστηρευτεί σε κάποιον, κάτι που φαίνεται

να συνάδει με τα παραπάνω ποσοστά. Τα αποτελέσματα φαίνεται να υποδεικνύουν ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών στο θέμα της αναφοράς της κακοποιητικής εμπειρίας, καθώς τα ποσοστά ταυτίζονταν αλλά η σύσταση των δύο δειγμάτων διέφερε, αφού στην έρευνα του ΚΕΘΙ συμμετείχαν μόνο γυναίκες ενώ στην παρούσα έρευνα εκπροσωπούνταν και τα δύο φύλα. Βεβαίως, ένα τέτοιο συμπέρασμα θα έπρεπε να λαμβάνει υπόψιν το πώς απάντησαν τα δύο φύλα ξεχωριστά. Επίσης, τα αποτελέσματα κάνουν ιδιαίτερος εμφανές το πόσο διαφορετικά το άτομο είναι δυνατόν να αποκρίνεται σε ένα υποθετικό σενάριο σε σύγκριση με την πραγματικότητα.

Όπως και να έχει, πάντως, παραμένει ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων που δεν μοιράζονται την εμπειρία τους πιθανόν και λόγω ενός αυξημένου αισθήματος ντροπής που τους οδηγεί στην απόκρυψη των σωματικών και ψυχικών τραυμάτων και, περαιτέρω, σε συναισθηματική απόσυρση και κοινωνική απομόνωση (Αρτινοπούλου, 2003).

Ψυχική ανθεκτικότητα

Όπως αναφέρθηκε και στην βιβλιογραφική ανασκόπηση, η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας έχει προταθεί για να εξηγήσει γιατί σε κάποια άτομα οι κακοποιητικές εμπειρίες επιδρούν στην ψυχική τους υγεία, ενώ κάποια άλλα φαίνεται να βγαίνουν σχεδόν αλώβητα.

Έρευνες δείχνουν την σχέση που υπάρχει μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και διαπροσωπικής βίας. Έχει βρεθεί πως οι γυναίκες που έχουν υποστεί βία έχουν συνήθως χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν έχουν υποστεί. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στις επίσημες επιδράσεις της αυξημένης κορτιζόλης στον εγκέφαλο καθώς και στον απομονωτικό αντίκτυπο της βίας στα κοινωνικά δίκτυα υποστήριξης (Fedina, και συν., 2017).

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες σκόραραν σχετικά υψηλά στην κλίμακα ψυχικής ανθεκτικότητας και αυτό έδειχνε να σχετίζεται και με τα χαμηλά επίπεδα PTSD. Η ύπαρξη ενός υψηλού σκορ μπορεί να οφείλεται και στο γεγονός πως για ένα μεγάλο μέρος του δείγματος είχαν παρέλθει αρκετά χρόνια από το κακοποιητικό γεγονός.

Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες

Σε αρκετές έρευνες έχει βρεθεί πως οι γυναίκες που έχουν υποστεί ενδο-οικογενειακή βία παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να εκδηλώσουν δυσκολίες ψυχικής υγείας, όπως, ανάμεσα σε άλλες και Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες. Το PTSD έχει βρεθεί στο 33-83% των κακοποιημένων γυναικών και είναι η πιο συχνή ψυχική διαταραχή σε αυτόν τον πληθυσμό. Συχνά, κατάθλιψη και PTSD συνυπάρχουν (Bargai, Ben-Shakhar, & Shalev, 2007; Humphreys, 2003).

Μάλιστα, τα άτομα που έχουν υπάρξει θύματα παιδικής κακοποίησης αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες (Schumm, Briggs-Phillips, & Hobfoll, 2006).

Στην μελέτη που διενεργήσαμε φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες σκόραραν σχετικά χαμηλά στην κλίμακα της PTSD γεγονός που μπορεί να οφείλεται στο ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες έχουν απαντήσει πως έχει παρέλθει αρκετός χρόνος από το κακοποιητικό γεγονός.

Σε ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο πρόβλεψης για PTSD, το πρώτο βήμα έδειξε ότι η επίδραση των δημογραφικών μεταβλητών δεν ήταν στατιστικά σημαντική (Schumm, Briggs-Phillips, & Hobfoll, 2006). Επίσης και στην μελέτη που διενεργήσαμε φάνηκε πως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη παιδιών, ο τόπος κατοικίας, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η εργασιακή κατάσταση, και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο δεν έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στο σκορ του PTSD. Μόνο το φύλο φάνηκε να επιδρά σημαντικά με τις

γυναίκες να σκοράρουν υψηλότερα από τους άνδρες. Δυστυχώς τα δεδομένα για την κακοποίηση των ανδρών είναι ακόμα ελλιπή για να μπορέσουμε να ερμηνεύσουμε το εύρημα. Ωστόσο υπάρχουν ενδείξεις ότι οι άνδρες που έχουν υποστεί κακοποίηση μπορούν να βιώσουν το γεγονός ως αρκετά τραυματικό (Cook, 2009). Σε μια από τις λίγες μελέτες σχετικά με το θέμα αυτό, οι Dansky, Byrne και Brady (1999) διαπίστωσαν ότι μεταξύ 58 αντρών που εξαρτώνται από την κοκαΐνη, οι άνδρες που υπέστησαν σωματική βία ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν PTSD από τους άνδρες που είχαν απλά υποστεί κακοποίηση. Σε μια ανάλυση των στοιχείων από την Εθνική Έρευνα για τη Βία κατά των Γυναικών (NVAWS), ο Coker και οι συνεργάτες της (2005) έδειξε ότι το 20% των 185 ανδρών που ανέφεραν ότι υπέστησαν κακοποίηση είχαν μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα PTSD.

Σε σχέση με χαρακτηριστικά σχετικά με την κακοποίηση στην βιβλιογραφία βρέθηκε ότι οι γυναίκες που ανέφεραν παιδική κακοποίηση επιπλέον του βιασμού στην ενήλικη ζωή είχαν περισσότερα συμπτώματα PTSD από τις γυναίκες που δεν είχαν ιστορικό παιδικής κακοποίησης προ του βιασμού (Dodson & Beck, 2017).

Επίσης, μελέτες που διερευνούν επαναθυματοποίηση δείχνουν πως οι γυναίκες που έχουν υποστεί βία στην παιδική ηλικία έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εκδηλώσουν συμπτώματα μετατραυματικού στρες. Οι γυναίκες που δεν ανέφεραν ούτε παιδική κακοποίηση ούτε βιασμό στην ενήλικη ζωή είχαν χαμηλότερο PTSD από τις γυναίκες που ανέφεραν παιδική κακοποίηση χωρίς βιασμό στην ενήλικη ζωή. Επίσης, οι γυναίκες που ανέφεραν παιδική κακοποίηση και βιασμό στην ενήλικη ζωή είχαν σοβαρότερη συμπτωματολογία PTSD σε σύγκριση με γυναίκες που ανέφεραν είτε παιδική κακοποίηση μόνο είτε μόνο βιασμό στην ενήλικη ζωή (Schumm, Briggs-Phillips, & Hobfoll, 2006).

Στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι τα άτομα που είχαν υποστεί κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία μόνο σκόραραν σημαντικά χαμηλότερα στην κλίμακα διαταραχής μετατραυματικού στρες σε σχέση με τα άτομα που είχαν υποστεί κακοποίηση και στην

παιδική ηλικία και στην ενήλικη ζωή. Επιπλέον, προέκυψε ότι ο αριθμός πράξεων βίας που είχε υποστεί το άτομο κατά την παιδική ηλικία δεν είχε στατιστικά σημαντική σχέση με το σκορ στην κλίμακα PTSD. Αντίθετα, όσες περισσότερες πράξεις βίας είχε υποστεί το άτομο κατά την ενήλικη ζωή, τόσο πιο υψηλά έτεινε να σκοράρει στην κλίμακα PTSD. Ο συνδυασμός των παραπάνω αποτελεσμάτων φαίνεται να υποδεικνύει, πρώτον, ότι η παιδική κακοποίηση σχετίζεται με PTSD στην ενήλικη ζωή ασχέτως του αριθμού των πράξεων βίας που έχει υποστεί το θύμα και δεύτερον, σε ό,τι αφορά στον αριθμό των θυματοποιήσεων, περισσότερο οι πιο πρόσφατες παρά οι παλαιότερες κακοποιήσεις επιδρούν στο μετατραυματικό στρες.

Σχετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα, έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες που είχαν υψηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας ανέφεραν λιγότερα στο αριθμό αλλά και στην ένταση συμπτώματα σωματικής και ψυχολογικής δυσφορίας, καθώς και λιγότερα συμπτώματα σωματικής δυσλειτουργίας, επαναλαμβανόμενες σκέψεις, αισθήματα ανεπάρκειας και κατωτερότητας, κατάθλιψη και άγχος σε σύγκριση με τις γυναίκες που είχαν χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας (Humphreys, 2003).

Επίσης, η ψυχική ανθεκτικότητα σχετίστηκε αντιστρόφως με συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους σε ένα δείγμα γυναικών θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας που έκαναν ασφαλιστικά μέτρα εναντίον των ατόμων που τις κακοποιούσαν. Ακόμα, σε δείγμα γυναικών που κατοικούσαν σε καταφύγιο κακοποιημένων γυναικών αυτό που βρέθηκε ήταν ότι όσο αυξανόταν η ψυχική ανθεκτικότητα τόσο χαμηλότερα ήταν τα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και επαναλαμβανόμενων σκέψεων (Fedina, και συν., 2017).

Στην παρούσα μελέτη τα αποτελέσματα φάνηκε να συμφωνούν με την βιβλιογραφική ανασκόπηση καθώς βρέθηκε ότι όσο αυξανόταν το σκορ στην κλίμακα ψυχικής ανθεκτικότητας, τόσο μειωνόταν το σκορ στην κλίμακα του PTSD.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει δείξει ότι οι τύποι στρατηγικών που χρησιμοποιούν οι γυναίκες για να χειριστούν τη βία επηρεάζουν την ψυχική τους υγεία. Κάποιες μελέτες έχουν δείξει ότι οι στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα σχετίζονται με λιγότερα προβλήματα ψυχικής υγείας και πρέπει να ενθαρρύνονται, αν και πιο πρόσφατη έρευνα διαπίστωσε ότι αυτό το είδος αντιμετώπισης δεν ενδυναμώνει όλους και θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν χαρακτηριστικά όπως το εισόδημα, η καταγωγή και τα διαθέσιμα υποστηρικτικά κοινωνικά δίκτυα. Για παράδειγμα, σε περιπτώσεις χαμηλής κοινωνικής υποστήριξης οι ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης μπορεί να επιβαρύνουν την σωματική και συναισθηματική κατάσταση των γυναικών (Kocot & Goodman, 2003).

Πιο συγκεκριμένα, σε ό,τι αφορά το PTSD, τα ευρήματα για την επίδραση των στρατηγικών αντιμετώπισης είναι αντικρουόμενα. Από τη μία, κάποιες έρευνες έχουν δείξει ότι η μεγαλύτερη καταφυγή σε στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα μπορεί να σχετίζεται με περισσότερα συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες σε σχέση με στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα. Αυτές οι μελέτες δείχνουν ότι είναι καλό για την ψυχική υγεία των κακοποιημένων γυναικών να αναλάβουν ενεργό και άμεση δράση όχι μόνο για να σταματήσουν τη βία στη ζωή τους αλλά και για να βελτιώσουν την ψυχική τους υγεία (Kocot & Goodman, 2003). Παράλληλα, η αντιμετώπιση με αποφυγή έχει συνδεθεί με μεγαλύτερο βαθμό συμπτωματολογίας PTSD σε κακοποιημένες γυναίκες (Waldrop & Resick, 2004).

Από την άλλη μεριά, οι στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα έχουν συσχετιστεί θετικά με την ύπαρξη συμπτωμάτων PTSD. Όμως, κάποιες έρευνες συνυπολογίζουν και άλλα σημαντικά χαρακτηριστικά. Για παράδειγμα, έχει φανεί ότι οι γυναίκες που χρησιμοποιούσαν περισσότερο στρατηγικές ενεργητικής αντιμετώπισης είχαν λιγότερες πιθανότητες να υποφέρουν από συμπτώματα μετατραυματικού στρες όταν είχαν υψηλότερα

επίπεδα συναισθηματικής και υλικής κοινωνικής υποστήριξης σε σύγκριση με εκείνες των οποίων τα επίπεδα κοινωνικής στήριξης ήταν χαμηλότερα (Kocot & Goodman, 2003).

Στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι η χρήση ενεργητικών στρατηγικών όπως η ενεργή αντιμετώπιση και ο σχεδιασμός σχετιζόταν με χαμηλότερο σκορ στην κλίμακα PTSD. Αντίθετα, πιο παθητικές και αποφευκτικές στρατηγικές όπως η άρνηση, η αποφυγή, και η χρήση ουσιών φάνηκε να επιδρούν αρνητικά στην εμφάνιση PTSD. Ακόμα, όμως, έχει διατυπωθεί η θέση ότι η παθητικότητα και η απροθυμία, για παράδειγμα εγκατάλειψης του δράστη, μπορούν να θεωρηθούν λειτουργικές επιλογές για λόγους όπως είναι ότι η ενεργή αντιμετώπιση μπορεί να αυξήσει δραστικά τον κίνδυνο για το άτομο, η οικονομική εξαρτητικότητα και η μη ύπαρξη καταλύματος θα δυσχεράνει την πορεία μετά την εγκατάλειψη της στέγης, αλλά και το ότι συχνά ευνοούνται οι συμπεριφορές που κρατούν την οικογένεια μαζί και αγωνίζονται για την επίλυση των προβλημάτων εντός του σπιτιού (Bargai, Ben-Shakhar, & Shalev, 2007).

Όπως και να έχει, πάντως, στην βιβλιογραφία προτείνεται ότι για να προσδιοριστεί η ανεξάρτητη επίδραση της χρήσης στρατηγικών, όπως η αποφυγή, στο μετατραυματικό άγχος μεταξύ κακοποιημένων γυναικών, είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψιν το ιστορικό κακοποίησης και πιο συγκεκριμένα η σοβαρότητα της διαπροσωπικής βίας και το ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης (Krause, και συν., 2008). Η σύσταση αυτή μας προτρέπει να λαμβάνουμε υπόψιν πολλαπλά χαρακτηριστικά σχετικά με το άτομο και την ιστορία του πριν ορίσουμε μια στρατηγική αντιμετώπισης περισσότερο ή λιγότερο κατάλληλη (Krause, και συν., 2008).

Στην παρούσα έρευνα διερευνήθηκαν και τρία επιπλέον ερευνητικά ερωτήματα για τα οποία δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Έτσι, φάνηκε πως η ευρύτητα με την οποία το άτομο όριζε την κακοποίηση, το αν είχε υποστεί βία από έναν ή περισσότερους δράστες, και το αν το είχε μοιραστεί με τρίτο πρόσωπο δεν διαδραμάτιζε σημαντικό ρόλο

στις επιπτώσεις που είχε στην ψυχική του υγεία, τουλάχιστον σε ό,τι αφορούσε το PTSD. Πιθανόν, όμως, να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στοιχεία που δεν ελήφθησαν υπόψη στον συγκεκριμένο ερευνητικό σχεδιασμό, όπως το είδος και η σοβαρότητα της κακοποίησης. Οι γυναίκες που κακοποιούνται σωματικά γνωρίζουν ότι η βία εναντίον τους είχε ως στόχο να τις βλάψει ενώ τα θύματα ψυχολογικής βίας έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να την αναγνωρίσουν ως κακοποίηση και πιθανόν να είναι λιγότερο ικανά να αμυνθούν ή και να ανανήψουν από τις επιθέσεις ψυχολογικής κακοποίησης (Αρτινοπούλου, 2003).

Στρατηγικές αντιμετώπισης

Ο τρόπος αντίδρασης και αντιμετώπισης φαίνεται πως σχετίζεται και με το χρονικό διάστημα που έχει παρέλθει από την πράξη βίας. Στην βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η αντίδραση αμέσως μετά από ένα βίαιο επεισόδιο τείνει να είναι παθητική και το άτομο προσπαθεί να ηρεμήσει τον δράστη. Όταν η βία εξακολουθεί να υπάρχει τότε το θύμα τείνει να αναζητά τρόπους αντιμετώπισης, όπως οι απειλές για καταγγελία στις αρμόδιες αρχές, απειλές ότι θα το εκμυστηρευτεί σε κάποιον τρίτο, ή ακόμα και ότι θα τον εγκαταλείψει. Σε περιπτώσεις χρονισμού του φαινομένου οι γυναίκες φαίνεται να επιστρέφουν στην παθητική στάση, ένδειξη ότι η βία έχει παγιωθεί στη σχέση του ζευγαριού (Gelles, 1997). Στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες είχαν υποστεί βία πριν από αρκετά χρόνια και κυρίως κατά την παιδική ηλικία.

Στην βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι γυναίκες που υπόκεινται σε ενδο-οικογενειακή βία φαίνεται να έχουν εσωτερικεύσει τα στερεότυπα για τους παραδοσιακούς ρόλους των φύλων στον γάμο ή την ερωτική σχέση, αναγνωρίζοντας στον άνδρα το «δικαίωμα» να γίνεται βίαιος όταν τον προκαλούν με την μη συμμόρφωσή τους στις απαιτήσεις του ρόλου τους. Οι γυναίκες αυτές τείνουν να ενεργοποιούν αμυντικούς μηχανισμούς υποβαθμίζοντας

την σοβαρότητα της βίας και μειώνοντάς την σε μια «κακιά στιγμή» ή ως απλό αποτέλεσμα συζυγικών εντάσεων και διαφορών (Αρτινοπούλου, 2003).

Στην παρούσα μελέτη, βρέθηκε πως στρατηγικές αντιμετώπισης της αποφυγής και της άρνηση ήταν από τις στρατηγικές που χρησιμοποιούνται λιγότερό. Αυτό μπορεί να οφείλεται και στο γεγονός πως τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες ώστε να είναι σε θέση τα άτομα να γνωρίζουν και να αναγνωρίζουν κακοποιητικές συμπεριφορές και να μπορούν να τις καταγγέλλουν.

Από την άλλη μεριά, στην βιβλιογραφία έχει υποστηριχθεί ότι η ανάληψη ελέγχου μέσω στρατηγικών εστιασμένων στο πρόβλημα μπορεί να είναι μια αναποτελεσματική στρατηγική, ή ίσως και επικίνδυνη, για όσες γυναίκες έχουν περιορισμένους πόρους και σχετικά μειωμένη κοινωνική δύναμη (Kocot & Goodman, 2003).

Στην παρούσα έρευνα οι συμμετέχοντες φάνηκε να κάνουν κατά κόρον χρήση στρατηγικών όπως ο σχεδιασμός και η ενεργή αντιμετώπιση απέναντι σε πράξεις βίας. Βέβαια, επρόκειτο στην πλειονότητά τους για άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, μεσαίο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και εργαζόμενα γεγονός που μπορεί να οδηγεί και στην διαθεσιμότητα πόρων και μέσων που επιτρέπουν την χρήση αυτών των στρατηγικών.

Περιορισμοί Έρευνας

Οι περιορισμοί της έρευνας σχετίζονται με την μέθοδο δειγματοληψίας και με την κατανομή του δείγματος. Το γεγονός ότι εκπροσωπούνται περισσότερο οι γυναίκες συμβάλει στο γεγονός τα αποτελέσματα να πρέπει να προσεγγίζονται με προσοχή σε ό,τι αφορά τους άνδρες καθώς επίσης εκπροσωπούνται περισσότερο άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο

και μεσαίο-χαμηλό έως μεσαίο-υψηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο οπότε τα αποτελέσματα μπορεί να μην γενικεύονται σε άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο ή πολύ χαμηλό ή πολύ υψηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Ένας ακόμη περιορισμός είναι η χρήση αυτό-συμπληρούμενου ερωτηματολόγιο όπου πάντα υπάρχει το ζήτημα της αξιοπιστίας των αναφορών.

Επίσης στην παρούσα μελέτη η σχέση μεταξύ της ύπαρξης κακοποίησης (είτε στην παιδική ηλικία, είτε στην ενήλικη ζωή, είτε και στα δύο) ή όχι και του PTSD δεν μπορούσε να διερευνηθεί καθώς, λόγω της κατασκευής του ερωτηματολογίου, το δείγμα που ανέφερε ότι δεν έχει υποστεί κακοποίηση δεν συνέχισε στην συμπλήρωση της κλίμακας για PTSD.

Ένας ακόμη περιορισμός η ύπαρξη missing data, κάτι που πιθανόν να επηρεάζει την αξιοπιστία των δεδομένων και των αποτελεσμάτων επίσης τα αποτελέσματα προέκυψαν από αναλύσεις συσχετίσεων οπότε δεν μπορούν να θεωρηθούν ως αποτελέσματα αιτίου-αιτιατού.

Τέλος δεδομένου ότι το PTSD αλλά και η ψυχική ανθεκτικότητα δεν είναι στατικά αλλά δυναμικά φαινόμενα, χρειάζεται διεξαγωγή διαχρονικής έρευνας και το γεγονός πως η μελέτη ήταν ποσοτική δεν επέτρεψε να έχουμε πιο άμεση πρόσβαση στα λόγια των συμμετεχόντων σχετικά με τις εμπειρίες τους και την επίπτωσή τους στην σφαίρα της ψυχικής υγείας.

Προτάσεις Για Περαιτέρω Έρευνα

Σε μελλοντικές έρευνες θα ήταν χρήσιμο να γίνει περαιτέρω διερεύνηση του τι θεωρείται πράξη βίας και τι δεν αναγνωρίζεται ως τέτοιο καθώς και περαιτέρω διερεύνηση στο βαθμό στον οποίο το άτομο κατηγορεί και τον εαυτό του για την κακοποιητική εμπειρία.

Επίσης η βιβλιογραφία εφιστά την προσοχή μας στο ότι η ενδοοικογενειακή βία επηρεάζει, πλην του θύματος, και τα άλλα μέλη της οικογένειας, και μπορεί να επιφέρει αρνητικές συνέπειες στην σωματική και ψυχική τους υγεία. Θα είχε ενδιαφέρον λοιπόν, μια μελέτη που θα διερευνούσε τέτοια φαινόμενα. Ένας ακόμη ερευνητικός σχεδιασμός που θα είχε εξίσου μεγάλο ενδιαφέρον θα ήταν να συμπεριληφθεί και η μεταβλητή του σεξουαλικού προσανατολισμού.

Η παρούσα μελέτη ήταν συγχρονική (cross sectional) με αποτέλεσμα οι εμπειρίες σωματικής και ψυχολογικής βίας να μην είναι ικανές να προβλέψουν την πορεία της κατάθλιψης κατά την πάροδο του χρόνου. Φαίνεται ότι η κακοποίηση είναι πιο επιβλαβής για την ευημερία βραχυπρόθεσμα και ότι μπορεί να μην υπάρχουν πάντοτε σημαντικές μακροπρόθεσμες βλάβες, παρά τα προηγούμενα αρνητικά γεγονότα ζωής. Αυτό δείχνει και τη σημασία της χρήσης διαχρονικών δεδομένων για την κατανόηση των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων της κακοποίησης στη ζωή των γυναικών. Η γνώση της βαρύτητας της κακοποίησης σε ένα χρονικό σημείο είναι ανεπαρκής για να κατανοήσει τις αλλαγές στην ευημερία των γυναικών με την πάροδο του χρόνου. Οπότε, θα ήταν χρήσιμο να διεξαχθεί στο μέλλον μια διαχρονική μελέτη (longitudinal study), η οποία συλλέγει πληροφορίες πάνω στις ερευνητικές μονάδες για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Εφαρμογές σε υπηρεσίες πρόληψης και αντιμετώπισης

Οι πολιτικές πρόληψης και αντιμετώπισης της βίας θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψιν την πολυπλοκότητα του φαινομένου τόσο σε σχέση με τους παράγοντες εκδήλωσής του όσο και σε σχέση με τις επιπτώσεις του, την οπτική του φύλου και των θεμάτων ισότητας μεταξύ

των φύλων, και την επικινδυνότητα του φαινομένου. Έμφαση θα πρέπει να δίνεται στην δημιουργία συνθηκών ασφαλείας για την γυναίκα που είναι θύμα ενδο-οικογενειακής βίας και τα παιδιά της. Είναι ανάγκη να υπάρξει ανάπτυξη εξειδικευμένων υπηρεσιών αλλά και δικτύου παρεμφερών υπηρεσιών ιατρικού και νομικού περιεχομένου για την προστασία των ατόμων που έχουν υποστεί κακοποίηση.

Επιπρόσθετα βαρύνουσας σημασία είναι η συστηματικότερη καταγραφή των περιστατικών κακοποίησης και η ευαισθητοποίηση των προσώπων υποδοχής των ατόμων αυτών, όπως είναι οι αστυνομικοί, οι γιατροί, οι δικαστικοί. Έμφαση πρέπει να δοθεί και στην πρόληψη με προγράμματα ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του κοινού και των επαγγελματιών. Επιπλέον κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία φορέων στήριξης των κακοποιημένων ατόμων τόσο κατά την περίοδο της κρίσης αλλά και της αποκατάστασης όχι μόνο στις πόλεις αλλά και στην περιφέρεια, όπου απώτερο στόχο να έχουν επανένταξη στην κοινότητα. Είναι χρήσιμοι οι υπηρεσίες να στοχεύουν και στην εργασιακή αποκατάσταση των ατόμων αυτών καθώς και στην προσβασιμότητα στις κοινωνικές και νομικές υπηρεσίες.

Ένα ακόμη ζήτημα είναι η ύπαρξη εξειδικευμένων υπηρεσιών για τα παιδιά των κακοποιημένων γυναικών και η ανάγκη για συνεργασία με παιδικούς σταθμούς, κέντρα δημιουργικής απασχόλησης και ιατροπαιδαγωγικά κέντρα. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δίνεται στην υποστήριξη παιδιών που έχουν υποστεί κακοποίηση λόγω του φαινομένου της επαναθυματοποίησης.

Για να στοχεύουμε σε ολοκληρωμένα προγράμματα πρόληψης και αποκατάστασης σημαντική και αναγκαία είναι και η ύπαρξη υπηρεσιών συμβουλευτικής στους άνδρες θύτες, αλλά και ύπαρξη υπηρεσιών για τους άνδρες θύματα.

Τέλος ένας ακόμη παράγοντας τον οποίο δεν πρέπει να παραγνωρίζουμε είναι τόσο η αποκατάσταση των κοινωνικών δικτύων των θυμάτων όσο και η έμφαση στις δυνατότητες και στην υποστήριξη της ψυχικής ανθεκτικότητας. Η ψυχική ανθεκτικότητα και το μέγεθος

των κοινωνικών δικτύων έχει συσχετιστεί σημαντικά με τη μείωση της κατάθλιψης και του άγχους μεταξύ των θυμάτων διαπροσωπικής βίας. Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν την ανάγκη για παρεμβάσεις επικεντρωμένες στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας των θυμάτων πέρα από την αποκλειστική προώθηση της κοινωνικής υποστήριξης και την αύξηση των κοινωνικών δικτύων.

Βιβλιογραφία

- Anderson. K.M, Danis, F.S (2012) Resilience and growth in the aftermath of domestic violence. *Violence Against Women*, 18, 1279-1299.
- Αρτινοπούλου. Β., Φαρσεδάκη, Ι., (2003). Ενδο-οικογενειακή βία κατά των γυναικών: Πρώτη Πανελλαδική Επιδημιολογική Έρευνα.
- Babbie E. (2011) *Εισαγωγή στην Κοινωνική Έρευνα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Bargai, N., Ben-Shakhar, G, & Shalev, A. Y. (2007). Posttraumatic stress disorder and depression in battered women: The mediating role of learned helplessness. *Journal of Family Violence*, 22(5), 267–275.
- Beeble, M. L., Bybee D., Sullivan, C. M., & Adams, A. E. (2009). Main, mediating, and moderating effects of social support on the well-being of survivors of intimate partner violence across 2 years. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 718–729.
- Brenan. M., Paracal, M.(1999) Survey-based experimental research via the web:some observation.Marketin Bulletin 10:83-92.
- Buss, D.M, Kenrick, DT. T (1998)*Evaluationary socialpsychology*. Boston:McCraw-Hill.
- Βία&Εγκληματικότητα. Ανακτήθηκε http://www.mariakappou.gr/analiseis_ennoiwn/docs/triti_lykeiou/ (10/04/19).
- Gelles, R., (1997) *Intimate Violence in Families*. California.
- Γάτσας,Β.(2006) *Βία κατά των γυναικών*. Αθήνα:Καλοκάθηρ.
- Cook,PW.(2009.)*Abused men: The hidden side of domestic violence*. 2. Westport,CT: Praeger
- Cooper ML.(2002) Personality and close relationships: Embedding people in important social contexts. *Journal of Personality*. 70:757–782.

Gonçalve, M. (2018) Validation of the Wagnild and Young's Resilience Scale in adolescents in residential care.

Δημητρίου, Σ. (2003) *Μορφές βίας*. Αθήνα: Σαββαλας.

Diamantopoulou A., *Violence Against Women: Zero Tolerance*, Closing of the European Campaign, Lisbon, Centro de Congressos de Lisboa, 4-6 May 2000.

Dodson, T. S. & Beck, J. G. (2017). Posttraumatic stress disorder symptoms and attitudes about social support: Does shame matter? *Journal of Anxiety Disorders*, 47.

Dansky BS, Byrne CA, Brady KT.(1999) Intimate violence and post-traumatic stress disorder among individuals with cocaine dependence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 25:257–268.

European Woman's Lobby . (1999) *Unveiling the Hidden Data on Domestic in the EU*.

Fedina, L., Nam, B., Jun, H. J., Shah, R., Von Mach, T., Bright, C. L., & DeVlyder J. (2017). Moderating effects of resilience on depression, psychological distress, and suicidal ideation associated with interpersonal violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-24.

. Φαρσεδακη, ΙΑΚ.Ι. (1990) *Η Εγκληματολογική σκέψη απ την αρχαιότητα ως τις μέρες μας*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

Fountoulakis, K. N., Iacovides, A., Samolis, S., Kleanthous, S., Kaprinis, S. G., eorge Kaprinis, G. St., & Bech, P. (2001). *BMC Psychiatry*, 1(6).

Freud, S. (1930) *Civilisation and its Dscoments*. London :Hogart Press.

Herbert, T. B., Silver, R. C., and Ellard, J. H. (1991). Coping with an abusive relationship: I. How and why do women stay? *J. MarriageFam*. 53: 311–325.

Humph.reys, J. (2003). Resilience in sheltered battered women. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 137–152.

- Kevan, B. (2016) Consistency and factorial invariance of the Davidson trauma scale in heterogeneous populations: results from the 2010 Chilean earthquake, *International Journal of Methods in Psychiatric Research Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 2017;26:e1516.
- Kocot, T & Goodman, L. (2003). The roles of coping and social support in battered women's mental health, *Violence Against Women*, 9(3), 323-346.
- Κοκκινλακι, Φ. (2006) *Κοινωνική ψυχολογία*. Αθήνα :Τυπωθήτω.
- Krause, E. D., Kaltman, S., Goodman, L. A., & Dutton M. A. (2008). Avoidant coping and PTSD symptoms related to domestic violence exposure: A longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), 83-90.
- Miller, G. K., Piscopo, K. D., Batts, K., Han, B., Colpe, L., Forman-Hoffman, V. L., McKeon, R. T. (2015). Measurement of suicidal thoughts, behaviors, and related health outcomes in the United States: Comparison of NSDUH estimates with other data sources. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*
- Masoud B, Paymaneh S., Shahnaz K, Ghodrattollah M., Mozhgan R., (2016) *Reaction to and Coping With Domestic Violence by Iranian Women Victims: A Qualitative Approach*. *Global Journal of Health Science*; Vol. 8, No. 7; 2016
- Παπάνης, Ε., (2008) Η κακποίηση των ανδρών. Ανακτήθηκε από <http://my.aegean.gr/web/article2886.html>. 25/4/2019
- Παρασκευοπούλου-Κόλλια, Ε. (2008) Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες και συνεντεύξεις .*The Journal for Open and Distance Education and Educational Technology*
- Unicef (2000) *Βία κατά των γυναικών-Μια παγκοσμια επιδημία*. Αθήνα
- Riches, D. (1992) Aggression, war, violence: space/time and paradigm. *MAN* 26(2)
- Σιμόπουλος, Κ., (1987), «*Βασανιστήρια και εξουσία*», Αθήνα

- Schrötle, M. & Glammeier, S. (2013). Intimate Partner Violence Against Disabled Women as a Part of Widespread Victimization and Discrimination over the Lifetime: Evidence from a German Representative Study. *International Journal of Conflict and Violence*, 7(2), 232 – 248
- Schumm, J. A., Briggs-Phillips, M., & Hobfoll, S. E. (2006). Cumulative interpersonal traumas and social support as risk and resiliency factors in predicting PTSD and depression among inner-city women. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 825–836
- Τσουραμάνης, Χ., (2003), «Σύγχρονα Κοινωνικά Προβλήματα», Αθήνα, Παπαζήση.
- Tsirigotis, K. & Łuczak, J. (2018). Resilience in Women who Experience Domestic Violence. *Psychiatric Quarterly*, 89, 201–211
- Van Selm, M.,(2006) Conducting Online Surveys, *Quality&Quantity* 40:435-456
- Wagnild, G.M, & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178
- Wagnild, G.M (2008). Litteral Review. *Journal of Nursing Measurement* 17(2):105-13 · February 2009
- Waldrop, A. E. & Resick, P. A. (2004). Coping among adult female victims of domestic violence. *Journal of Family Violence*, 19(5), 291-302
- Walker, L.E, (1979) *The Battered Woman*, New York:Harper and Row
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of general psychiatry*, 12, 63–

Παράρτημα

Πίνακας 1

Φύλο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανδρας	95	18,6	20,8	20,8
	Γυναίκα	362	70,7	79,2	100,0
	Total	457	89,3	100,0	
Missing	System	55	10,7		
	Total	512	100,0		

Πίνακας 2

Ηλικία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 8-24	50	9,8	10,9	10,9
	2 5-34	257	50,2	56,2	67,2
	3 5-44	103	20,1	22,5	89,7
	4 5-54	38	7,4	8,3	98,0
	5 5-64	9	1,8	2,0	100,0
	Total	457	89,3	100,0	
Missing	System	55	10,7		
	Total	512	100,0		

Πίνακας 3
Οικογενειακή κατάσταση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		114	22,3	24,9	24,9
	Ελεύθερη				
	Παντρεμένη	147	28,7	32,2	57,1
	Σε σχέση	134	26,2	29,3	86,4
	Συζώ	35	6,8	7,7	94,1
	Διαζευγμένη	20	3,9	4,4	98,5
	Σε διάσταση	5	1,0	1,1	99,6
	Χήρα	2	,4	,4	100,0
	Total	457	89,3	100,0	
Missing	System	55	10,7		
	Total	512	100,0		

Πίνακας 4
Παιδιά

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	298	58,2	65,2	65,2
	Παιδιά				
	1	64	12,5	14,0	79,2
	Παιδί				
	2	80	15,6	17,5	96,7
	Παιδιά				
	3	12	2,3	2,6	99,3
	Παιδιά				
4	2	,4	,4	99,8	
Παιδιά					
5	1	,2	,2	100,0	
Παιδιά					
	Total	457	89,3	100,0	
Missing	System	55	10,7		
	Total	512	100,0		

Πίνακας 5

Τόπος κατοικίας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Αθήνα	278	54,3	60,8	60,8
	Επαρχία	148	28,9	32,4	93,2
	Εκτός Ελλάδος	31	6,1	6,8	100,0
	Total	457	89,3	100,0	
Missing	System	55	10,7		
Total		512	100,0		

Πίνακας 6

Εκπαιδευτικό επίπεδο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δημοτικό	1	,2	,2	,2
	Γυμνάσιο	9	1,8	2,0	2,2
	Λύκειο	67	13,1	14,7	16,8
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	237	46,3	51,9	68,7
	Μεταπτυχιακό	137	26,8	30,0	98,7
	Διδακτορικό	6	1,2	1,3	100,0
	Total	457	89,3	100,0	
Missing	System	55	10,7		
Total		512	100,0		

Πίνακας 7

Εργασιακή κατάσταση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Εργαζόμενος	319	62,3	69,8	69,8
	Άνεργος	62	12,1	13,6	83,4
	Οικιακά	22	4,3	4,8	88,2
	Φοιτητής	44	8,6	9,6	97,8
	Συνταξιούχος	5	1,0	1,1	98,9
	Άλλο	5	1,0	1,1	100,0
	Total	457	89,3	100,0	
Missing	System	55	10,7		
Total		512	100,0		

Πίνακας 8

Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ χαμηλό	6	1,2	1,3	1,3
	Χαμηλό	32	6,3	7,0	8,3
	Μεσαίο προς χαμηλό	100	19,5	21,9	30,2
	Μεσαίο	223	43,6	48,8	79,0
	Μεσαίο προς υψηλό	81	15,8	17,7	96,7
	Υψηλό	14	2,7	3,1	99,8
	Πολύ υψηλό	1	,2	,2	100,0
	Total	457	89,3	100,0	
Missing	System	55	10,7		
Total		512	100,0		

Πίνακας 9

Έχεις υποστεί βία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	93	18,2	31,7	31,7
	Παιδική ηλικία	59	11,5	20,1	51,9
	Ενήλικη ζωή	52	10,2	17,7	69,6
	Παιδική ηλικία/Ενήλικη ζωή	89	17,4	30,4	100,0
	Total	293	57,2	100,0	
Missing	System	219	42,8		
Total		512	100,0		

Πίνακας 10

Πότε ήταν η τελευταία φορά

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πριν 5 χρόνια	34	6,6	17,0	17,0
	Πριν 1 χρόνο	29	5,7	14,5	31,5
	Πριν 6 μήνες	11	2,1	5,5	37,0
	Πριν 1 μήνα	16	3,1	8,0	45,0
	Την τελευταία εβδομάδα	16	3,1	8,0	53,0
	Άλλο	94	18,4	47,0	100,0
	Total	200	39,1	100,0	
Missing	System	312	60,9		
Total		512	100,0		

Πίνακας 11

Το ανέφερες σε κάποιον final

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	91	17,8	35,5	35,5
	Ναι	165	32,2	64,5	100,0
	Total	256	50,0	100,0	
Missing	System	256	50,0		
Total		512	100,0		

Πίνακας 12

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Πράξεις Βίας Σύνολο	457	1	30	19,97	8,339
Ψυχ. Ανθεκτ. Σύνολο	342	75	163	125,95	15,564
Παιδική Ηλικία Σύνολο	199	1	29	9,29	6,328
Ενήλικη Ζωή Σύνολο	212	1	30	7,95	6,555
Ποιος Έχει Ασκήσει Σύνολο	256	1	7	1,77	1,066
CS_D1_Αυτοκαταστροφικότητα	293	2	8	5,75	1,625
CS_D2_Ενεργή Αντιμετώπιση	293	2	8	6,24	1,437
CS_D3_Άρνηση	293	2	8	4,18	1,746
CS_D4_Χρήση Ουσιών	293	2	8	2,66	1,385
CS_D5_Αναζήτηση Συναισθηματικής Υποστήριξης	293	2	8	5,75	1,737
CS_D6_Αναζήτηση Συμβουλών	293	1	8	5,57	1,813
CS_D7_Αποφυγή	293	2	8	3,24	1,398
CS_D8_Εκτόνωση	293	2	8	6,00	1,719
CS_D9_Θετική Αναπλαισίωση	293	2	8	5,52	1,829
CS_D10_Σχεδιασμός	293	2	8	6,62	1,394
CS_D11_Χιούμορ	293	2	8	4,58	1,824
CS_D12_Αποδοχή	293	2	8	5,55	1,488
CS_D13_Πνευματικότητα Θρησκευτικότητα	293	2	8	3,82	1,731
CS_D14_Αυτομομφή	293	2	8	5,51	1,593
PTSD_Total	239	8	170	77,90	33,586
Valid N (listwise)	100				

Πίνακας 13

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ψυχ. Ανθεκτ. Σύνολο	342	88	75	163	125,95	15,564
Valid N (listwise)	342					

Πίνακας 14

Φύλο-ΔΜΣ Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances			t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	f	Sig. (2- tailed)	Mean Differenc e	Std. Error Differenc e	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
PTSD_T otal	Equal variances assumed	3,922	,059	2,148	37	,033	- 12,535	5,835	- 24,030	- 1,040
	Equal variances not assumed			2,480	3,083	016	- 12,535	5,054	- 22,633	- 2,436

Πίνακας 15

Ηλικία-ΔΜΣ ANOVA

PTSD_Total					
	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4199,515	4	1049,879	, 930	, 447
Within Groups	264272,075	2 34	1129,368		
Total	268471,590	2 38			

ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ
ΣΤΡΕΣ, ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Πίνακας 16

Οικογενειακή κατάσταση-ΔΜΣ ANOVA

PTSD_Total					
	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2061,540	6	343,590	, 299	, 937
Within Groups	266410,050	232	1148,319		
Total	268471,590	238			

Πίνακας 17

Παιδιά-ΔΜΣ ANOVA

PTSD_Total					
	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2526,345	4	631,586	, 556	, 695
Within Groups	265945,245	234	1136,518		
Total	268471,590	238			

Πίνακας 18

Τόπος κατοικίας-ΔΜΣ ANOVA

PTSD_Total					
	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3110,128	2	1555,064	1,383	, 253
Within Groups	265361,462	236	1124,413		
Total	268471,590	238			

Τρέχων τίτλος: ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ, ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Πίνακας 19

Εκπαιδευτικό επίπεδο-ΔΜΣ ANOVA

<i>PTSD_Total</i>					
	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2097,179	4	524,295	,461	,765
Within Groups	266374,411	234	1138,352		
Total	268471,590	238			

Πίνακας 20

Εργασιακή κατάσταση-ΔΜΣ ANOVA

<i>PTSD_Total</i>					
	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	13581,464	5	2716,293	2,483	,072
Within Groups	254890,126	233	1093,949		
Total	268471,590	238			

Τρέχων τίτλος: ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ, ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Πίνακας 21

Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο-ΔΜΣ ANOVA

PTSD_Total

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	7766,812	5	1553,362	1,388	,229
Within Groups	260704,778	33	1118,905		
Total	268471,590	38			

Πίνακας 22

Αριθμός πράξεων που θεωρούνται πράξεις βίας-ΔΜΣ Correlations

		PTSD_Total	Πράξεις ΒίαςΣύνολο
PTSD_Total	Pearson Correlation	1	,074
	Sig. (2-tailed)		,255
	N	239	239
ΠράξειςΒίαςΣύνολο	Pearson Correlation	,074	1
	Sig. (2-tailed)	,255	
	N	239	457

Πίνακας 23

Παιδική ηλικία/Ενήλικη ζωή-ΔΜΣ ANOVA

PTSD_Total

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	5523,189	2	2761,594	2,902	,050
Within Groups	138930,959	46	951,582		
Total	144454,148	48			

Πίνακας 24

Αριθμός πράξεων βίας κατά την παιδική ηλικία-ΔΜΣ Correlations

		PTSD_Total	Παιδική Ηλικία Σύνολο
PTSD_Total	Pearson Correlation	1	,143
	Sig. (2-tailed)		,078
	N	239	153
Παιδική Ηλικία Σύνολο	Pearson Correlation	,143	1
	Sig. (2-tailed)	,078	
	N	153	199

Πίνακας 25

Αριθμός πράξεων βίας κατά την ενήλικη ζωή-ΔΜΣ Correlations

		PTSD_Total	Ενήλικη Ζωή Σύνολο
PTSD_Total	Pearson Correlation	1	,223**
	Sig. (2-tailed)		,004
	N	239	166
Ενήλικη Ζωή Σύνολο	Pearson Correlation	,223**	1
	Sig. (2-tailed)	,004	
	N	166	212

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

Πίνακας 26

Χρόνος που έχει παρέλθει από την τελευταία πράξη βίας-ΔΜΣ ANOVA

PTSD_Total					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	13916,073	5	2783,215	3,091	,091
Within Groups	130580,642	45	900,556		
Total	144496,715	50			

Πίνακας 27

Αριθμός απόμων που έχουν ασκήσει βία-ΔΜΣ Correlations

		PTSD_Total	Ποιος Έχει Ασκήσει Σύνολο
PTSD_Total	Pearson Correlation	1	,071
	Sig. (2-tailed)		,319
	N	239	198
Ποιος Έχει Ασκήσει Σύνολο	Pearson Correlation	,071	1
	Sig. (2-tailed)	,319	
	N	198	256

Πίνακας 28

Ψυχική ανθεκτικότητα-ΔΜΣ Correlations

		PTSD_Total	ΨυχΑνθεκτΣύνολο
PTSD_Total	Pearson Correlation	1	-,339**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	239	197
ΨυχΑνθεκτΣύνολο	Pearson Correlation	-,339**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	197	342

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

Πίνακας29

Αναφορά σε τρίτο πρόσωπο-ΔΜΣ Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	f	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
PTSD_Total	Equal variances assumed	603	,438	140	,96	889	685	4,904	-8,986	10,355
	Equal variances not assumed			136	,24163	892	685	5,031	-9,274	10,643

Τρέχων τίτλος: ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ, ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Πίνακας 30

Στρατηγικές αντιμετώπισης-PTSD

Correlations

	PTSD To	Αυτοκατ.	Εν.Αντ.	Άρνηση Χρήση	Υποστη.	Συμβ	Αποφυγή	Εκτόνωση	Θετ.Αναπ.	Σχεδιασμό	Χιούμορ	Αποδοχή	Θρησ	Αυτομομφ		
Pearson		,	-	,	,	-	-	,	,	-	-	,	,	,		
Correlation 1		081	,219**	221**	165*	,013	,042	373**	046	,205**	,156*	112	047	071	129*	
Sig.		,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	
(2tailed)		214	001	001	011	836	518	000	482	001	016	085	468	277	047	
PTSDTotal																
	N	239	239	239	239	239	239	239	239	239	239	239	239	239	239	
Αυτοκατα	Pearson		,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	
στροφικότ	Correlation	081	1	106	159**	121*	142*	091	077	122*	100	139*	097	073	165**	207**
ητα	Sig. (2-		,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,
	tailed)	214	070	006	038	015	119	188	036	088	017	096	214	005	000	
Ενεργή Αντι	Pearson	-	,	-	-	,	,	-	,	,	,	,	,	,	-	
μετώπιση	Correlation	,219**	106	1	,329**	,093	133*	132*	,486**	095	262**	550**	125*	146*	078	,084
	Sig. (2-		,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,
	tailed)	001	070	000	111	022	023	000	106	000	000	032	013	184	150	
Άρνηση	Pearson	,	,	-	,	-	-	,	,	-	-	-	-	,	,	
	Correlation	221**	159**	,329**	1	076	,050	,078	430**	147*	,157**	,206**	,052	,153**	007	206**
	Sig. (2-		,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,
	tailed)	001	006	000	195	391	185	000	012	007	000	375	009	911	000	
Χρήση Ου	Pearson	,	,	-	,	-	,	,	-	-	,	,	-	-	,	
σιών	Correlation	165*	121*	,093	076	1	,050	073	238**	,018	,058	001	051	,002	,082	045
	Sig. (2-		,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,
	tailed)	011	038	111	195	393	212	000	762	322	991	385	974	163	447	

Αναζήτηση	Pearson	-	,	,	-	-	,	-	,	,	,	,	-	,	,	
Συναισθημ	Correlation	,013	142*	133*	,050	,050	1	642**	,048	448**	022	159**	186**	,015	100	026
απικήςΥπο	Sig. (2-	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,
στήριξης	tailed)	836	015	022	391	393		000	416	000	705	007	001	793	088	652
Αναζήτησ	Pearson	-	,	,	-	,	,	-	,	,	,	,	,	,	,	,
ηΣυμβουλ	Correlation	,042	091	132*	,078	073	642**	1	,036	402**	135*	149*	209**	031	086	053
ών	Sig. (2-	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,
	tailed)	518	119	023	185	212	000		544	000	021	011	000	593	140	368
Αποφυγή	Pearson	,	,	-	,	,	-	-	-	-	-	-	-	-	,	,
	Correlation	373**	077	,486**	430**	238**	,048	,036	1	,014	,330**	,340**	,074	,012	011	193**
	Sig. (2-	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,
	tailed)	000	188	000	000	000	416	544		813	000	000	207	841	857	001
Εκτόνωση	Pearson	,	,	,	,	-	,	,	-	-	,	,	-	,	,	,
	Correlation	046	122*	095	147*	,018	448**	402**	,014	1	,026	157**	147*	,005	108	053
	Sig. (2-	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,
	tailed)	482	036	106	012	762	000	000	813		663	007	012	937	065	365
ΘετικήΑνα	Pearson	-	,	,	-	-	,	,	-	-	,	,	,	,	,	,
πλαίσιοσ	Correlation	,205**	100	262**	,157**	,058	022	135*	,330**	,026	1	337**	215**	246**	071	010
η	Sig. (2-	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,
	tailed)	001	088	000	007	322	705	021	000	663		000	000	000	228	862
Σχεδιασμό	Pearson	-	,	,	-	,	,	,	-	,	,	,	,	,	,	,
	Correlation	,156*	139*	550**	,206**	001	159**	149*	,340**	157**	337**	1	205**	170**	048	118*
	Sig. (2-	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,
	tailed)	016	017	000	000	991	007	011	000	007	000		000	004	414	044

	Pearson	,	,	,	-	,	,	,	-	,	,	,	,	-	,	
	Correlation	112	097	125*	,052	051	186**	209**	,074	147*	215**	205**	1	192**	,096	237**
Χιούμορ	Sig. (2-tailed)	085	096	032	375	385	001	000	207	012	000	000		001	102	000
	Pearson	,	,	,	-	-	-	,	-	-	,	,	,	,	,	,
	Correlation	047	073	146*	,153**	,002	,015	031	,012	,005	246**	170**	192**	1	183**	072
Αποδοχή	Sig. (2-tailed)	468	214	013	009	974	793	593	841	937	000	004	001		002	217
	Pearson	,	,	,	,	-	,	,	,	,	,	,	-	,	,	,
	Correlation	071	165**	078	007	,082	100	086	011	108	071	048	,096	183**	1	091
Θρησκευτική	Sig. (2-tailed)	277	005	184	911	163	088	140	857	065	228	414	102	002		121
	Pearson	,	,	-	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,
	Correlation	129*	207**	,084	206**	045	026	053	193**	053	010	118*	237**	072	091	1
Αυτομομφ	Sig. (2-tailed)	047	000	150	000	447	652	368	001	365	862	044	000	217	121	

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

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

ΈΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ιατρική Σχολή Αθηνών

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα :Προαγωγή Ψυχικής Υγείας Και Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών

Επιστημονικός Υπεύθυνη : Οικονόμου Μαρίνα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Ψυχιατρικής – Κοινωνικής Ψυχιατρικής

Συντονιστικός Φορέας:

Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

Σκοπός της μελέτης: Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιείται στο πλαίσιο της διπλωματικής μας εργασίας. Ο κύριος σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη της έντονης επιθετικότητας στα πλαίσια των ανθρωπίνων σχέσεων.

Ονοματεπώνυμο ερευνητών:

Αλεξάνδρα Παυλέτση-Στεφανή email: alexandra_pavletsis@hotmail.com

Αρετή Λιάρου, email : areti.liarou@gmail.com

Συγκατάθεση:

Με την παρούσα δηλώνω ότι συμφωνώ και δίνω τη σχετική συγκατάθεση, έτσι ώστε οι ερευνητές της παρούσας μελέτης:

- Να καταγράψουν και να αρχειοθετήσουν τα αποτελέσματα της ερευνητικής διαδικασίας.
- Να αξιοποιήσουν επιστημονικά τα στατιστικά δεδομένα που θα προκύψουν από την έρευνα.
- Σε όλα τα στάδια της έρευνας θα τηρηθεί αυστηρά η προστασία των προσωπικών σας δεδομένων, καθώς τα στοιχεία που θα συλλεχθούν, θα διερευνηθούν συνολικά χωρίς να γίνει αναφορά στο όνομα συγκεκριμένων συμμετεχόντων. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και τα στοιχεία θα είναι απόρρητα και θα χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς σκοπούς και μόνο. Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική.

Σας ευχαριστούμε πολύ για την συμμετοχή σας στην έρευνα.

Είμαστε στην διάθεσή σας για οποιαδήποτε πληροφορία χρειαστείτε.*

1. Συμφωνώ να συμμετέχω στην έρευνα

Συμφωνώ

Διαφωνώ

Δημογραφικά Στοιχεία
Είσαι
<input type="checkbox"/> Άνδρας
<input type="checkbox"/> Γυναίκα
Ταυτότητα Φύλου
<input type="checkbox"/> Άρσενικό
<input type="checkbox"/> Θηλυκό
<input type="checkbox"/> Ουδέτερο
Ηλικία
<input type="checkbox"/> 18-24
<input type="checkbox"/> 25-34
<input type="checkbox"/> 35-44
<input type="checkbox"/> 45-54
<input type="checkbox"/> 55-64
<input type="checkbox"/> 65+
Οικογενειακή Κατάσταση
<input type="radio"/> Ελεύθερος/η
<input type="radio"/> Σε σχέση
<input type="radio"/> Παντρεμένος/η
<input type="radio"/> Συζώ
<input type="radio"/> Διαζευγμένος/η
<input type="radio"/> Σε διάσταση
<input type="radio"/> Χήρος/α
Τόπος κατοικίας
<input type="radio"/> Αθήνα
<input type="radio"/> Επαρχία
<input type="radio"/> Εκτός Ελλάδος
Εκπαιδευτικό Επίπεδο
<input type="radio"/> Δημοτικό
<input type="radio"/> Γυμνάσιο
<input type="radio"/> Λύκειο
<input type="radio"/> ΑΕΙ/ΤΕΙ
<input type="radio"/> Μεταπτυχιακό
<input type="radio"/> Διδακτορικό

Εργασιακή κατάσταση
<input type="radio"/> Εργαζόμενος/η
<input type="radio"/> 'Ανεργος/η
<input type="radio"/> Οικιακά
<input type="radio"/> Φοιτητής/τρια
<input type="radio"/> Συνταξιούχος/α
<input type="radio"/> Άλλο
Κοινωνικοοικονομικό Επίπεδο
<input type="checkbox"/> Πολύ χαμηλό
<input type="checkbox"/> Χαμηλό
<input type="checkbox"/> Μεσαίο προς χαμηλό
<input type="checkbox"/> Μεσαίο
<input type="checkbox"/> Μεσαίο προς υψηλό
<input type="checkbox"/> Υψηλό
<input type="checkbox"/> Πολύ υψηλό
Πόσα παιδιά έχεις;
<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6+
Ποιες από τις παρακάτω συμπεριφορές θα θεωρούσες ως πράξεις έντονης επιθετικότητας (μπορείς να επιλέξεις περισσότερες από μια απάντηση);
<input type="checkbox"/> Σπρώξιμο
<input type="checkbox"/> Τράνταγμα
<input type="checkbox"/> Τράβηγμα μαλλιών
<input type="checkbox"/> Κόψιμο με μαχαίρι
<input type="checkbox"/> Εκφοβισμός με φωνές
<input type="checkbox"/> Προσβολή μπροστά σε τρίτους
<input type="checkbox"/> Απομόνωση σε κλειστό χώρο
<input type="checkbox"/> Απειλή ότι θα με εγκαταλείψει
<input type="checkbox"/> Οικονομικό έλεγχο/Οικονομική αποστέρηση
<input type="checkbox"/> Χτύπημα στο σώμα ή στο πρόσωπο
<input type="checkbox"/> Απαγόρευση εξόδων με φίλες / φίλους

<input type="checkbox"/> Εκφοβισμό κατά της ζωής μου
<input type="checkbox"/> Παρεμπόδιση κάλυψης αναγκών (π.χ. ύπνος, ιατρική περίθαλψη, φάρμακα)
<input type="checkbox"/> Εκφοβισμό ότι θα αυτοτραυματιστεί
<input type="checkbox"/> Ρίξιμο αντικειμένων
<input type="checkbox"/> Γροθιά/ Κλοτσιά
<input type="checkbox"/> Χαστούκι
<input type="checkbox"/> Κάψιμο με τσιγάρο
<input type="checkbox"/> Βρισιές
<input type="checkbox"/> Χρήση άσχημων επιθέτων
<input type="checkbox"/> Απειλή ότι θα με σκοτώσει
<input type="checkbox"/> Απαγόρευση να μιλάω σε τρίτους
<input type="checkbox"/> Εξαναγκασμό να μην εργάζομαι
<input type="checkbox"/> Απειλή ότι θα με χτυπήσει
<input type="checkbox"/> Απαγόρευση επικοινωνίας με φίλους / φίλες
<input type="checkbox"/> Εξαναγκασμό σε σεξουαλική επαφή
<input type="checkbox"/> Έλεγχο αλληλογραφίας, κινητού, τσάντας
<input type="checkbox"/> Παραμέληση συναισθηματικών αναγκών
<input type="checkbox"/> Αποφυγή επικοινωνίας (Δεν μου μιλά)
<input type="checkbox"/> Εκφοβισμό ότι θα τραυματίσει τα παιδιά
Έχεις υποστεί κάποια στιγμή στην ζωή σου έντονη επιθετικότητα από άτομα του στενού οικογενειακού η διαπροσωπικού σου περιβάλλοντος ;
<input type="checkbox"/> Παιδική ηλικία
<input type="checkbox"/> Ενήλικη ζωή
<input type="checkbox"/> Παιδική ηλικία / Ενήλικη ζωή
<input type="checkbox"/> Όχι
Αν έχεις υποστεί έντονη επιθετικότητα στην <u>παιδική ηλικία</u> ποιες από τις παρακάτω πράξεις έχουν εκδηλωθεί σε βάρος σου: Μπορείς να επιλέξεις περισσότερες από μια απαντήσεις . (Αν δεν έχεις υποστεί έντονη επιθετικότητα στην παιδική ηλικία μπορείς να προσπεράσεις αυτή την ερώτηση)
<input type="checkbox"/> Σπρώξιμο
<input type="checkbox"/> Τράνταγμα
<input type="checkbox"/> Τράβηγμα μαλλίων
<input type="checkbox"/> Κόψιμο με μαχαίρι
<input type="checkbox"/> Χτύπημα στο σώμα ή στο πρόσωπο
<input type="checkbox"/> Κάψιμο με ζεστό νερό

<input type="checkbox"/> Γροθιά/Κλοτσιά
<input type="checkbox"/> Χαστούκι
<input type="checkbox"/> Κάψιμο με τσιγάρο
<input type="checkbox"/> Ρίξιμο αντικειμένων
<input type="checkbox"/> Εκφοβισμός με φωνές
<input type="checkbox"/> Προσβολή μπροστά σε τρίτους
<input type="checkbox"/> Απειλή ότι θα με εγκαταλείψει
<input type="checkbox"/> Βρισιές
<input type="checkbox"/> Χρήση άσχημων επιθέτων
<input type="checkbox"/> Απειλή ότι θα με σκοτώσει
<input type="checkbox"/> Απειλή ότι θα με χτυπήσει
<input type="checkbox"/> Απειλητικά βλέμματα
<input type="checkbox"/> Εκφοβισμός κατά της ζωής μου
<input type="checkbox"/> Εκφοβισμός κατά της σωματικής μου ακεραιότητας
<input type="checkbox"/> Εκφοβισμός ότι θα με τραυματίσει τα παιδιά
<input type="checkbox"/> Εκφοβισμός ότι θα αυτοτραυματιστεί
<input type="checkbox"/> Αποφυγή επικοινωνίας (Δεν μου μιλά)
<input type="checkbox"/> Έλεγχος αλληλογραφίας, κινητού, τσάντας
<input type="checkbox"/> Απαγόρευση να μιλάω σε τρίτους
<input type="checkbox"/> Εξαναγκασμός σε σεξουαλική επαφή
<input type="checkbox"/> Απομόνωση σε κλειστό χώρο
<input type="checkbox"/> Εξαναγκασμός να μην εργάζομαι
<input type="checkbox"/> Απαγόρευση να μιλάω σε τρίτους
<input type="checkbox"/> Απαγόρευση εξόδων με φίλες/φίλους
<input type="checkbox"/> Απαγόρευση επικοινωνίας με φίλους/ φίλες
<input type="checkbox"/> Οικονομικός έλεγχος/Οικονομική στέρηση
<input type="checkbox"/> Παραμέληση συναισθηματικών αναγκών
<input type="checkbox"/> Παρεμπόδιση κάλυψης συναισθηματικών αναγκών (π.χ. ύπνος, ιατρική περίθαλψη)
<p><i>Αν έχεις υποστεί έντονη επιθετικότητα στην <u>ενήλικη ζωή</u> ποιες από τις παρακάτω πράξεις έχουν εκδηλωθεί σε βάρος σου; Μπορείς να επιλέξεις περισσότερες από μια απαντήσεις. (Αν δεν έχεις υποστεί έντονη επιθετικότητα στην ενήλικη ζωή μπορείς να προσπεράσεις αυτή την ερώτηση)</i></p>
<input type="checkbox"/> Σπρώξιμο
<input type="checkbox"/> Τράνταγμα
<input type="checkbox"/> Τράβηγμα μαλλίων
<input type="checkbox"/> Κόψιμο με μαχαίρι

<input type="checkbox"/> Χτύπημα στο σώμα ή στο πρόσωπο
<input type="checkbox"/> Κάψιμο με ζεστό νερό
<input type="checkbox"/> Γροθιά/Κλοτσιά
<input type="checkbox"/> Χαστούκι
<input type="checkbox"/> Κάψιμο με τσιγάρο
<input type="checkbox"/> Ρίξιμο αντικειμένων
<input type="checkbox"/> Εκφοβισμός με φωνές
<input type="checkbox"/> Προσβολή μπροστά σε τρίτους
<input type="checkbox"/> Απειλή ότι θα με εγκαταλείψει
<input type="checkbox"/> Βρισιές
<input type="checkbox"/> Χρήση άσχημων επιθέτων
<input type="checkbox"/> Απειλή ότι θα με σκοτώσει
<input type="checkbox"/> Απειλή ότι θα με χτυπήσει
<input type="checkbox"/> Απειλητικά βλέμματα
<input type="checkbox"/> Εκφοβισμός κατά της ζωής μου
<input type="checkbox"/> Εκφοβισμός κατά της σωματικής μου ακεραιότητας
<input type="checkbox"/> Εκφοβισμός ότι θα με τραυματίσει τα παιδιά
<input type="checkbox"/> Εκφοβισμός ότι θα αυτοτραυματιστεί
<input type="checkbox"/> Αποφυγή επικοινωνίας (Δεν μου μιλά)
<input type="checkbox"/> Έλεγχος αλληλογραφίας, κινητού, τσάντας
<input type="checkbox"/> Απαγόρευση να μιλάω σε τρίτους
<input type="checkbox"/> Εξαναγκασμός σε σεξουαλική επαφή
<input type="checkbox"/> Απομόνωση σε κλειστό χώρο
<input type="checkbox"/> Εξαναγκασμός να μην εργάζομαι
<input type="checkbox"/> Απαγόρευση να μιλάω σε τρίτους
<input type="checkbox"/> Απαγόρευση εξόδων με φίλες/φίλους
<input type="checkbox"/> Απαγόρευση επικοινωνίας με φίλους/ φίλες
<input type="checkbox"/> Οικονομικός έλεγχος/Οικονομική στέρηση
<input type="checkbox"/> Παραμέληση συναισθηματικών αναγκών
<input type="checkbox"/> Παρεμπόδιση κάλυψης συναισθηματικών αναγκών (π.χ. ύπνος, ιατρική περίθαλψη)
<i>Πότε ήταν η τελευταία φορά που ασκήθηκε έντονη επιθετικότητα εναντίον σου;</i>
<input type="checkbox"/> Την τελευταία εβδομάδα
<input type="checkbox"/> Πριν 1 μήνα
<input type="checkbox"/> Πριν 6 μήνες
<input type="checkbox"/> Πριν 1 χρόνο
<input type="checkbox"/> Πριν 5 χρόνια
<input type="checkbox"/> Άλλο

Ποιος έχει ασκήσει πράξεις έντονης επιθετικότητας εναντίον σου;
<input type="checkbox"/> Πατέρας
<input type="checkbox"/> Μητέρα
<input type="checkbox"/> Αδελφός/η
<input type="checkbox"/> Ευρύτερο περιβάλλον(θείος, θεία,κα)
<input type="checkbox"/> Φίλος
<input type="checkbox"/> Ερωτικός σύντροφος
<input type="checkbox"/> Άλλος
<i>Εάν έχει ασκηθεί έντονη επιθετικότητα εναντίον σου το ανέφερές σε κάποιον;</i>
<input type="radio"/> Ναι
<input type="radio"/> Όχι