



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**"ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ:  
Απαρτιωμένη φροντίδα σωματικής και ψυχικής υγείας"**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΩΙΜΟΥ ΨΥΧΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ  
ΚΑΙ ΤΩΝ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ  
ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ**

**Πηνελόπη Κ. Τσίμπρη  
Χαρίκλεια Κ. Κουμουνδούρου**

**Επιβλέπων  
Μέλος  
Μέλος**

**Ρωσσέτος Γουρνέλλης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής  
Χρήστος Χριστοδούλου, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής  
Ιωάννης Μιχόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής**

**ΑΘΗΝΑ**

**2019**

## **ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Διερεύνηση της επίδρασης του πρώιμου ψυχικού τραύματος και των γεγονότων ζωής στην εκδήλωση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς

**Πηνελόπη Κ. Τσίμπρη**

**A.M.: 20150605**

**Χαρίλεια Κ. Κουμουνδούρου**

**A.M.: 20150601**

**Επιβλέπων  
Μέλος  
Μέλος**

**Ρωσσέτος Γουρνέλλης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής  
Χρήστος Χριστοδούλου, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής  
Ιωάννης Μιχόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής**

Αθήνα 2019

Copyright © Πηνελόπη Τσίμπρη, Χαρίκλεια Κουμουνδούρου, 2019.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

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

*"Το μόνο μόνιμο τραύμα είναι αυτό που υποφέρουμε χωρίς θετική αλλαγή"*  
*Leo Buscaglia*

*Σε όλους*

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους εκείνους που με οποιονδήποτε τρόπο συνετέλεσαν και υποστήριξαν αυτό το επιμορφωτικό ταξίδι, που άρχισε με την εισαγωγή μας στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών της Διασυνδετικής Ψυχιατρικής και ολοκληρώνεται με την παρούσα διπλωματική εργασία.

Ευχαριστούμε θερμά τους επιβλέποντες καθηγητές, τον Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής κ. Χρήστο Χριστοδούλου, τον Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής κ. Ρωσσέτο Γουρνέλλη και τον Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής κ. Ιωάννη Μιχόπουλο, για τις καίριες επισημάνσεις και την εμπιστοσύνη τους στο σκοπό της διπλωματικής.

Ιδιαίτερα ευχαριστούμε την ψυχίατρο κα Αθανασία Παπαδοπούλου, Επιμελήτρια Α', Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, για την πολύπλευρη υποστήριξη, την έμπνευση, τις συμβουλές και για όσα διδαχτήκαμε από αυτήν στην κλινική πρακτική της Διασυνδετικής Ψυχιατρικής, καθώς και για την ζωτική συμβολή της στην ολοκλήρωση της εργασίας.

Επίσης, οφείλουμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στην κα Βασιλική Ευσταθίου και στην κα Μαρίνα Γεωργαλλή για τις συμβουλές και την πολύτιμη αρωγή τους στην εκτενή και επίπονη διαδικασία της στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων.

Και φυσικά, ευχαριστούμε ολόψυχα όλους τους αφανείς συμμετέχοντες της εργασίας, που χωρίς την ανεκτίμητη συνεισφορά τους δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί. Ευχαριστούμε θερμά για την εμπιστοσύνη που μας έδειξαν, για τον χρόνο που διέθεσαν και για τα προσωπικά βιώματα που δέχθηκαν να θυμηθούν και να μοιραστούν.

Τέλος, εκφράζουμε, η καθεμία ξεχωριστά, βαθιά ευγνωμοσύνη στις οικογένειές μας ...για όλα.

Πηνελόπη Τσίμπρη,  
Χαρίκλεια Κουμουνδούρου

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αυτοκτονία αποτελεί ένα εξαιρετικά σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση, σε ένα επιλεγμένο κλινικό δείγμα, της επίδρασης του πρώιμου ψυχικού τραύματος και των στρεσογόνων γεγονότων ζωής στην εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς κατά την ενήλικη ζωή. Συγκεκριμένα, η εργασία αποσκοπεί να μελετήσει εάν, με ποιον τρόπο και σε ποιο βαθμό κάθε από τις εν λόγω παραμέτρους σχετίζεται με την εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν συνολικά 122 ψυχιατρικοί ασθενείς (N=122) από τον κλινικό πληθυσμό του Π.Γ.Ν. "Αττικόν". Ειδικότερα, οι 61 ήταν ασθενείς με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας, εκ των οποίων οι 31 έχουν ιστορικό μίας προηγούμενης απόπειρας και οι 30 έχουν ιστορικό πολλαπλών προηγούμενων αποπειρών, και οι 61 είναι ασθενείς με ιστορικό καταθλιπτικής διαταραχής οι οποίοι δεν έχουν ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας (control group). Όλοι οι συμμετέχοντες απάντησαν σε 11 αυτο-συμπληρούμενες κλίμακες / ερωτηματολόγια, τα οποία συμπεριλάμβαναν μεταξύ άλλων κλίμακες μέτρησης του πρώιμου τραύματος (ETI-SR-SF), εκτίμησης των γεγονότων ζωής (SRRS), της κατάθλιψης (BDI-I), της απελπισίας (BHS), την κλίμακα συμπτωμάτων σχετιζόμενων με τραυματικές εμπειρίες (TSC-40), καθώς και την κλίμακα για την εκτίμηση των στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων (COPE- Brief). Εν συνεχεία, τα δεδομένα καταχωρήθηκαν ηλεκτρονικά και αναλύθηκαν μέσω του προγράμματος στατιστικής επεξεργασίας Statistical Package for the Social Sciences (SPSS-17).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Προέκυψε ότι: το συνολικό σκορ της κλίμακας για το πρώιμο τραύμα, οι τύποι της συναισθηματικής κακοποίησης και της σωματικής κακοποίησης, το σκορ της κλίμακας για την αρνητική εκτίμηση των πρόσφατων γεγονότων ζωής, το σκορ της κλίμακας για την κατάθλιψη, καθώς και το σκορ της κλίμακας για την απελπισία, σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τις απόπειρες αυτοκτονίας κατά την ενήλικη ζωή. Επιπλέον, οι στρατηγικές αντιμετώπισης: ενεργή αντιμετώπιση, σχεδιασμός, αποδοχή, χρήση συναισθηματικής υποστήριξης και οργανικής υποστήριξης, θετική αναδιτύπωση και συμπεριφορική αποστασιοποίηση, σχετίστηκαν αρνητικά με τις απόπειρες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Διαπιστώθηκε η ύπαρξη πολλαπλών συνολικά τραυματικών εμπειριών, συναισθηματικής κακοποίησης και σωματικής κακοποίησης σε υψηλότερα επίπεδα στους ασθενείς με πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας, συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς ιστορικό απόπειρας. Επίσης, βρέθηκε πως οι ασθενείς με ιστορικό απόπειρας είχαν σημαντικά υψηλότερο σκορ αρνητικής εκτίμησης των γεγονότων ζωής. Τα παραπάνω ευρήματα, αν και δεν μπορούν να γενικευτούν, υποστηρίζουν το ρόλο του πρώιμου τραύματος και των ψυχοπαιστικών γεγονότων ζωής ως παράγοντες κινδύνου για απόπειρα αυτοκτονίας στην ενήλικη ζωή τουλάχιστον σε άτομα με ψυχική διαταραχή, και υποδεικνύουν πως η ανίχνευσή τους στον συγκεκριμένο πληθυσμό μπορεί να συμβάλει σημαντικά στον έγκαιρο εντοπισμό των ατόμων υψηλού κινδύνου.

**ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ:** Αυτοκτονικότητα / Πρώιμο ψυχικό τραύμα / Γεγονότα ζωής

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:** ψυχικό τραύμα, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, αυτοκτονικότητα, ψυχοπαιστικά γεγονότα ζωής, παιδικό τραύμα

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** Suicide is a major public health concern. The aims of this study were to examine, in a selected clinical population, the effect of (a) early childhood trauma and (b) stressful life events on the occurrence of suicidal behavior during adulthood. Specifically, the present study focuses on whether, how and to what extent each of these under study parameters is related to self-destructive behavior.

**METHOD:** A total of 122 psychiatric patients were studied from the clinical population of University Hospital "Attikon" (N=122). In particular, the 61 were patients with history of suicide attempts, of which 31 patients have history of one previous attempt and 30 have history of multiple previous attempts, and the 61 were patients with history of depressive disorder without history of suicide attempt (control group). Participants completed 11 self-report questionnaires, including among others measures of early childhood trauma (ETI-SR-SF), lifetime events (SRRS), depression (BDI-I), hopelessness (BHS), symptoms relative to traumatic experiences (TSC-40) and coping of stressful life events (COPE-Brief). Thereafter, the data were recorded electronically and analyzed through the statistical processing program of the Statistical Social Science Package (SPSS-17).

**RESULTS:** The main findings indicated that: the total score for early childhood trauma, the types of trauma emotional abuse and physical abuse, the score for negative assessment of recent life events, the score for depression, as well as the score for hopelessness were significantly associated with suicide attempts during adulthood. Moreover, the coping strategies of: active coping, planning, acceptance, use of emotional support, use of instrumental support, positive reframing and behavioral disengagement were significantly negative correlated with adulthood suicide attempts.

**CONCLUSIONS:** Multiple childhood traumatic experiences, childhood emotional abuse and physical abuse, were found in higher levels in patients with recent suicide attempt compared to patients without history of attempted suicide. It was, also, found that patients with history of suicide attempts had a significantly higher score in negative assessment of their recent life events compared to patients without history of attempts. The above findings, although they cannot be generalized, support the role of early childhood trauma and stressful life events during adulthood as risk factors for suicide attempts at least in adult psychiatric patients; and suggest that their early detection in psychiatric patients may be beneficial for suicide prevention for high-risk individuals.

**SUBJECT AREA:** Suicidality / Early Childhood Trauma / Life events

**KEYWORDS:** early trauma, stressful life events, suicidality, psychological trauma

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελίδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	12
----------	----

### **A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

#### **ΠΡΩΙΜΟ ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ**

1. Ορισμοί και έννοιες του ψυχικού τραύματος.....	13
2. Το πρώιμο ψυχικό τραύμα.....	23
3. Επιδημιολογικά στοιχεία.....	30
4. Νευροβιολογία του ψυχικού τραύματος.....	31
5. Πρώιμο ψυχικό τραύμα και ψυχικές διαταραχές.....	38
6. Ψυχικό τραύμα και ψυχική ανθεκτικότητα.....	42
7. Επιπτώσεις του παιδικού ψυχικού τραύματος στην ενήλικη ζωή.....	47
8. Θεραπευτική αντιμετώπιση του ψυχικού τραύματος.....	50

#### **ΨΥΧΟΠΙΕΣΤΙΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ**

1. Ορισμοί των ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής.....	54
2. Επίδραση των ψυχοπιεστικών γεγονότων στην ψυχική και σωματική υγεία.....	55
3. Ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής και στρατηγικές αντιμετώπισης.....	58
4. Παράγοντες που σχετίζονται με τις στρατηγικές αντιμετώπισης.....	62
4.1. Κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες.....	62
4.2. Γνωστική εκτίμηση – Αντίληψη / Αίσθηση ελέγχου.....	63
4.3. Κοινωνική υποστήριξη – Κοινωνικά δίκτυα.....	65
4.4. Προσωπικότητα.....	66
4.4.1. Η έννοια της προσωπικότητας.....	66
4.4.2. Θεωρίες προσωπικότητας.....	67
4.4.3. Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια.....	72
4.4.4. Νευρωτισμός – Αστάθεια – Συναισθηματική Σταθερότητα.....	73
4.4.5. Ψυχωτισμός.....	73
4.4.6. Πλευρές της προσωπικότητας – Αισιοδοξία – Απαισιοδοξία.....	74
5. Λειτουργικότητα και αποτελεσματικότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης.....	75



## **ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ – ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ**

1. Ορισμοί της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς – αυτοκτονικότητας.....	78
2. Επιδημιολογικά στοιχεία.....	80
3. Νευροβιολογία της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς – αυτοκτονικότητας.....	82
4. Θεωρητικές προσεγγίσεις για την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.....	84
4.1. Κοινωνιολογικές θεωρίες για την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.....	84
4.2. Ψυχαναλυτικές θεωρίες για την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.....	85
4.3. Γνωσιακές θεωρίες για την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.....	87
4.4. Συστημική προσέγγιση για την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.....	88
5. Παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονικότητα.....	89
5.1. Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες.....	89
5.2. Παράγοντες σχετιζόμενοι με την ύπαρξη σωματικής νόσου.....	90
5.3. Παράγοντες σχετιζόμενοι με την ύπαρξη ψυχικής νόσου.....	91
5.4. Αυτοκτονικότητα και πρώιμο ψυχικό τραύμα.....	93
5.5. Αυτοκτονικότητα και ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής.....	97

## **B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	100
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.....	102
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	102
1. Κλινικό δείγμα.....	102
2. Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	103
3. Μέσα συλλογής δεδομένων.....	103
3.1. Γενικό ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων.....	104
3.2. Ερωτηματολόγι του πρώιμου τραύματος - σύντομη μορφή (ETI-SR-SF).....	104
3.3. Κλίμακα συμπτωμάτων σχετιζόμενων με τραυματικές εμπειρίες (TSC-40).....	106
3.4. Ερωτηματολόγιο του Beck για την κατάθλιψη (BDI-I).....	107
3.5. Κλίμακα του Beck για το αίσθημα απελπισίας (BHS).....	107
3.6. Κλίμακα του Beck για την εκτίμηση της πρόθεσης αυτοκτονίας (SIS).....	108
3.7. Ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck - μίνι τεστ (Eysenck Personality Minitest).....	109
3.8. Κλίμακα για την εκτίμηση των γεγονότων ζωής (SRRS).....	110
3.8.1. Κλίμακα για την εκτίμηση των γεγονότων ζωής – σημαντικότητα (SRRS - σημαντικότητα).....	111

3.9. Κλίμακα για την εκτίμηση των τρόπων αντιμετώπισης προβλημάτων (COPE- Brief).....	111
3.10. Τεστ προσανατολισμού για τη ζωή (LOT).....	112
3.11. Κλίμακα για την εκτίμηση του αισθήματος προσωπικού ελέγχου (Self Mastery Scale - SMS).....	113
4. Ψυχομετρικές ιδιότητες ερωτηματολογίων της παρούσας έρευνας – ανάλυση αξιοπιστίας.....	114
5. Στατιστική επεξεργασία δεδομένων.....	117
5.1. T-test & Chi square test.....	118
5.2. Analysis of Variance –ANOVA.....	118
5.3. Canonical Correlation analysis.....	119
5.4. Mediation analysis.....	119

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. Περιγραφική στατιστική .....	120
1.1. Δημογραφικά στοιχεία.....	120
1.1.1. Για όλο το δείγμα.....	120
1.1.2. Για την ομάδα αναφοράς (καμία απόπειρα αυτοκτονίας).....	120
1.1.3. Για την ομάδα ασθενών με μια απόπειρα αυτοκτονίας.....	121
1.1.4. Για την ομάδα ασθενών με δύο ή περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας.....	121
1.2. Οικογενειακό ιστορικό.....	121
1.3. Ψυχοπαθολογία.....	121
1.3.1. Ιστορικό ψυχιατρικής νόσου.....	121
1.3.2. Αίσθημα απελπισίας.....	122
1.3.3. Κατάθλιψη.....	123
1.3.4. Πρόθεση αυτοκτονίας (μόνο για τις ομάδες με μια ή περισσότερες απόπειρες).....	124
1.3.5. Διάγνωση που αφορά την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (ICD - Intentional Self Harm).....	124
1.3.6. Ιστορικό φαρμακευτικής αγωγής.....	125
2. Μονοπαραγοντική ανάλυση.....	126
2.1. Μονοπαραγοντική ανάλυση μεταβλητών που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία.....	126
2.2. Διερεύνηση σχέσης μεταξύ οικογενειακού ιστορικού και απόπειρας αυτοκτονίας.....	126
2.3. Συσχέτιση του αισθήματος απελπισίας με την εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.....	127

2.4. Συσχέτιση κατάθλιψης με την εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.....	127
2.5. Συσχέτιση του σκορ της κλίμακας SIS με την εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.....	127
2.6. Συσχέτιση της ICD διάγνωσης με τη συχνότητα εμφάνισης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (μια ή πολλαπλές απόπειρες).....	128
2.7. Συσχέτιση της μεθόδου της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς με την εμφάνιση απόπειρας αυτοκαταστροφής (μια ή πολλαπλές) .....	128
2.8. Συσχέτιση της βιαιότητας της μεθόδου απόπειρας αυτοκαταστροφής με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (μια ή πολλαπλές).....	128
2.9. Συσχέτιση του ιστορικού λήψης φαρμακευτικής αγωγής με την εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς .....	129
2.10. Πρώιμο τραύμα .....	129
2.11. Πρόσφατα στρεσογόνα γεγονότα ζωής .....	130
2.12. Μηχανισμοί αντιμετώπισης προβλημάτων.....	131
2.13. Διερεύνηση της επίδρασης των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.....	136
3. Ανάλυση συσχετίσεων.....	138
3.1. Διερεύνηση του τύπου τραύματος με την εμφάνιση διαταραχών όπως προκύπτουν από την κλίμακα TSC-40.....	138
3.2. Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του πρώιμου τραύματος και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας.....	140
3.3. Διερεύνηση μεταξύ της σχέσης μεταξύ του πρώιμου τραύματος και της ICD-10 διάγνωσης “Έκούσιος αυτοτραυματισμός”.....	141
3.4. Διερεύνηση της σχέσης του πρώιμου τραύματος με τους μηχανισμούς αντιμετώπισης προβλημάτων .....	142
4. Mediation logistic regression.....	144
4.1. Λογιστική παλινδρόμηση χρησιμοποιώντας όλες τις μεταβλητές.....	146
4.2. Λογιστική παλινδρόμηση μετά την αφαίρεση μεταβλητών.....	146
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	147
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	151
Περιορισμοί και πλεονεκτήματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας.....	155
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	156
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	175
Υποσημειώσεις.....	208

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αυτοκτονία αποτελεί ένα εξαιρετικά σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Πολυάριθμες μελέτες υποδεικνύουν ποικίλους παράγοντες κινδύνου που συμβάλουν στην εκδήλωση του φαινομένου. Οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονίας συχνά επισπεύδονται από έντονα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής, όπως αποδεικνύεται σε πολλές ψυχολογικές μελέτες, καθώς και από μελέτες ατόμων τα οποία έχουν επιζήσει από απόπειρες αυτοκτονίας (Heikkinen et al., 1997· Paykel, Prusoff & Myers, 1975).

Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια, εμφανίζονται αυξανόμενα στοιχεία σύνδεσης των στρεσογόνων καταστάσεων / γεγονότων και διαφόρων πτυχών ή εκδηλώσεων αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, όπως ο αυτοκτονικός ιδεασμός και ο αυτοτραυματισμός, τόσο σε ενήλικους όσο και σε ανήλικους πληθυσμούς (Zhang et al., 2010· van Leeuwen et al., 2010). Ο αντίκτυπος των γεγονότων της ζωής στην εκδήλωση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς εξαρτάται επίσης από την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής, καθώς και από την ύπαρξη ή όχι προηγούμενου ιστορικού αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Πολλές μελέτες επιβεβαιώνουν πως το 90% των ατόμων που αυτοκτονούν, έπασχαν από κάποια ψυχική διαταραχή κατά το χρόνο της αυτοκτονίας (DeRubeis et al., 2016· Buchman-Schmitt, 2017· O'Connor et al., 2018).

Το παιδικό ψυχικό τραύμα έχει επίσης συνδεθεί με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, καθώς και ψυχικών και σωματικών προβλημάτων κατά την ενήλικη ζωή (Beitchman et al., 1992· DeBellis, 2001· Meyers, 2010· Norman et al., 2012). Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν πως οι τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας παράγουν συναισθήματα και σκέψεις που καθιστούν μια μόνιμη ευαλωπότητα στην εκδήλωση αυτοκαταστροφικότητας (SMT; Rudd, 2006· IPTS· Joiner, 2005· Van Orden et al., 2010). Πληθώρα εμπειρικών ερευνών τεκμηριώνει αυτήν τη σχέση είτε μελετώντας τις μακροχρόνιες επιπτώσεις διαφόρων τύπων παιδικής κακοποίησης (Brown et al., 1999· Paolucci et al., 2001· Mironova et al., 2011· Brodsky & Stanley, 2012· Briere & Scott, 2014· Evans et al., 2015), είτε προτείνοντας πως ο πρώιμος ψυχοτραυματισμός έχει δραματικές βιολογικές, γνωστικές και ψυχολογικές επιδράσεις που με τη σειρά τους σχετίζονται με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (Bryan et al., 2013· Easton et al., 2013· Puzia et al., 2014· Roberts et al., 2016· Heller et al., 2017).

Ο σχεδιασμός της παρούσας μελέτης αποτελεί μια πρώτη προσπάθεια στην Ελλάδα, διερεύνησης, σε ένα επιλεγμένο κλινικό δείγμα, της επίδρασης των τραυματικών εμπειριών από την παιδική ηλικία στην εκδήλωση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στην ενήλικη ζωή, σε συνάρτηση με τα ποικίλα ψυχοπιεστικά γεγονότα της ενηλικίωσης.

## Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΠΡΩΙΜΟ ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ

#### 1. Ορισμοί και έννοιες του ψυχικού τραύματος

Η λέξη “τραύμα” προέρχεται από τη λέξη της Ιωνικής και Δωρικής διαλέκτου “τρώμα”<sup>i</sup>, που σημαίνει “πληγώνω, τραυματίζω”. Έχει χρησιμοποιηθεί από αρχαίους συγγραφείς όπως τον Αριστοτέλη<sup>ii</sup> και τον Θουκυδίδη<sup>iii</sup> και, μέχρι τη μετάθεση της έννοιας από το ιατροχειρουργικό στο ψυχιατρικό και ψυχολογικό πεδίο, σήμαινε την ρήξη της συνοχής των ιστών του δέρματος η οποία έχει ως αποτέλεσμα την καθολική και έντονη αντίδραση ολόκληρου του οργανισμού.

Πλέον, το τραύμα διαχωρίζεται σε *σωματικό* και *ψυχικό* ή *ψυχολογικό*. Στην εγκυκλοπαίδεια “Σύγχρονη Ψυχολογία” (2000), το ψυχικό τραύμα ορίζεται ως “η ασυνήθιστη κατάσταση κινδύνου για τη σωματική ακεραιότητα ή την ευημερία ενός ατόμου. Συνήθως εμφανίζεται απότομα και έχει μικρή διάρκεια, αν και μπορεί να καταστεί και χρόνιο. Οι επιπτώσεις του σε ψυχολογικό επίπεδο μπορεί να εμφανιστούν άμεσα (οξύ άγχος) ή να αργήσουν να εκδηλωθούν (μετατραυματική πίεση), και δυσκολεύουν τη μετέπειτα φυσιολογική ζωή του ατόμου”. Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία (APA), “ως ψυχικό τραύμα χαρακτηρίζεται η επίπτωση που ένα τραυματικό συμβάν έχει στον ψυχισμό και στην λειτουργικότητα του ατόμου που το βίωσε. Ως τραυματικό ορίζεται ένα συμβάν, το οποίο βιώνεται από το άτομο ως απειλητικό, και συνοδεύεται από αισθήματα φόβου ή και τρόμου απέναντι στο οποίο το άτομο αισθάνεται αβοήθητο” (APA, 2000).

Όπως περιγράφει στο βιβλίο της η Herman (1992), η σύγχρονη κατανόηση του ψυχικού τραύματος έχει διαμορφωθεί μέσα από μια σύνθεση τριών διαφορετικών σειρών ερευνών, όπου το τραύμα εμφανίστηκε στην αντίληψη της κοινής γνώμης και κατόπιν συνδέθηκε με κάποιο κοινωνικοπολιτικό κίνημα. Συνοπτικά, τρεις φορές κατά τη διάρκεια των δύο περασμένων αιώνων, συγκεκριμένοι τύποι / μορφές ψυχικού τραύματος εμφανίστηκαν στην αντίληψη της κοινής γνώμης: Ο πρώτος τύπος αναδύθηκε από τις μελέτες για την “υστερία” στο τέλος του 19<sup>ου</sup> αιώνα, οι οποίες προήλθαν μέσα από την επίδραση του δημοκρατικού και αντικληρικού κινήματος που αναπτυσσόταν τότε στην Γαλλία. Ο δεύτερος τύπος αφορούσε την αποκαλούμενη “νεύρωση του πολέμου”, της οποίας η μελέτη ξεκινά στην Αγγλία και στις ΗΠΑ με το τέλος του Α' Παγκόσμιου Πόλεμου, φτάνοντας στο απόγειό της μετά τον πόλεμο του Βιετνάμ όπου άνηξε η κατάρρευση της κουλτούρας του πολέμου και η ανάπτυξη των αντιπολεμικών κινημάτων. Τέλος, με την ανάπτυξη του φεμινιστικού κινήματος στη Δ. Ευρώπη και τη Β. Αμερική εμφανίζεται στην

αντίληψη της κοινής γνώμης η κρυφή μέχρι τότε διάσταση της σεξουαλικής και ενδοοικογενειακής βίας (Herman, 1992· Valent, 1998· Βεντουράτου, 2009).

Καίριο σημείο στην ψυχολογική προσέγγιση του τραύματος αποτέλεσε η θέσπιση, το 1980 στην Ψυχιατρική, της έννοιας της “Μετατραυματικής Διαταραχής Άγχους” (Post-traumatic stress disorder - PTSD) (Caruth, 1991). Ωστόσο, ήταν το γυναικείο κίνημα που αφύπνισε αρχικά τη συνείδηση της επιστήμης για τις συνέπειες της ενδοοικογενειακής βίας, της σεξουαλικής βίας και της εκμετάλλευσης εντός ή εκτός οικογένειας (Herman, 1992· Muzak, 2009· Βεντουράτου, 2009)· με τον εντοπισμό ενός μοντέλου ψυχολογικής αντίδρασης σε σεξουαλικά κακοποιημένες γυναίκες, το οποίο ονομάστηκε “*σύνδρομο τραύματος βιασμού*” (Burgess & Holmstrom, 1972). Έτσι, για πρώτη φορά χρησιμοποιήθηκε μια “νέα γλώσσα” για την κατανόηση των επιπτώσεων της βίας και της σεξουαλικής κακοποίησης (Herman, 1992), συμβάλλοντας καθοριστικά στην εισαγωγή της κλινικής διάγνωσης του μετατραυματικού συνδρόμου (PTSD) στο DSM-III (Valent, 1998).

Η σύνδεση του κοινωνικού, πολιτικού και ιστορικού πλαισίου με τον επιστημονικό λόγο γύρω από το τραύμα εκφράζεται, επίσης, με την εισαγωγή του όρου *διαγενεακά μεταβιβαζόμενο τραύμα* (Πομίνι, 2011). Τα *διαγενεακά, ιστορικά και πολιτισμικά μεταβιβαζόμενα τραύματα*, αν και παρουσιάζουν εννοιολογικές και ποιοτικές διαφορές μεταξύ τους, συνοπτικά, όλα συνίστανται σε συσσωρευτικά αρνητικά συναισθήματα κατά τη διάρκεια της ζωής που πηγάζουν από μαζικές εμπειρίες τραύματος (είτε οικογενειακές είτε συλλογικές, σύγχρονες, ιστορικές, πολιτισμικές) και τα οποία μεταβιβάζονται δια μέσω των γενεών (Braveheart, 2003· Smelser, 2004). Ήδη από το 1973, ο Boszomernyi-Nagy ανέφερε στο βιβλίο του “*Αθέατοι Δεσμοί*” τον όρο “*ιστορικό τραύμα*”, αναφερόμενος στο φαινόμενο της ταύτισης με συγγενικά του πρόσωπα από προηγούμενες γενιές, τα οποία είχαν υποστεί πολέμους, αιχμαλωσίες, βασανιστήρια, προσφυγή (Boszomernyi-Nagy & Spark, 1995).

Σύμφωνα με τον Wilhelm Reich (1950), “είναι τόσο μα τόσο εμφανές στον τρόπο που αναπαράγουμε το ψυχικό τραύμα στο μέγαλωμα των νέων γενεών που είναι φυσικό να έχει αντίκτυπο σε όλους μας” (φαινόμενο το οποίο ονόμαζε “*συγκινησιακή πανούκλα*”). Ο Reich (1950) υποστήριζε ότι, από την αρχή της γέννησής μας, όλοι έχουμε την έμφυτη ικανότητα της αυτορύθμισης, και πως μέσα σε αυτήν τη διαδικασία εκδηλώνεται και η ικανότητα της αίσθησης των ορίων μας, της επανόρθωσης όταν υπερβούμε τα όρια των άλλων, και η δυνατότητα να αισθανόμαστε όλη την γκάμα των συναισθημάτων, “χωρίς καθηλώσεις και θωρακίσεις στη φυσιολογία μας”. Αυτή η φυσική μας ικανότητα κατακερματίζεται από το τραύμα, με αποτέλεσμα να λειτουργούμε “σε επαναλαμβανόμενους βρόχους μαθημένης εμπειρίας”, χωρίς ιδιο-αντίληψη ή επαφή με τον ψυχοσωματικό μας εαυτό (Reich, 1950).

Η Root (1992) εφηύρε την έννοια του *ύπουλου τραύματος (insidious trauma)*, το οποίο δεν είναι απαραίτητα ξεκάθαρα βίαιο ή απειλητικό για την σωματική ακεραιότητα τη δεδομένη στιγμή, αλλά ασκεί βία “στην ψυχή και το πνεύμα”. Σύμφωνα με την Root (1992), η έννοια αυτή συνδέεται, πέρα από την ιστορία, και με την κοινωνική θέση ενός ατόμου, το οποίο μπορεί να υποτιμάται λόγω κάποιου ιδιοσυγκρασιακού χαρακτηριστικού της ταυτότητάς του (φύλο, φυλή)

ή να εκτιμάται ως διαφορετικό από το ευρύτερο περιβάλλον ή άτομα εξουσίας. Αντίθετα από το συμβατικά ορισμένο τραύμα, που συμβαίνει ως άμεσο πλήγμα, το “ύπουλο τραύμα” μπορεί να ξεκινήσει με τη γέννηση και να είναι παρόν σε όλη τη ζωή του ατόμου. Μπορεί επίσης να προέρχεται τόσο από μεμονωμένα άτομα όσο και από κοινωνικές ομάδες, και συνήθως προσβάλλει συγκεκριμένες ομάδες ατόμων. Επίσης, η Root υποστηρίζει πως, ενώ τα άμεσα τραύματα κλονίζουν τις υποθέσεις του ατόμου σε σχέση με τον κόσμο, το “ύπουλο τραύμα”, καθώς συσσωρεύεται, διαμορφώνει μια κοσμοθεωρία (Root, 1992).

Κοινή συνιστώσα όλων των παραπάνω, αλλά και γενικά όλων, των μορφών τραύματος είναι ότι συνοδεύονται από αρνητικά συναισθήματα (τρόμου, αγωνίας, φόβου, ντροπής, θυμού, ενοχής, αδυναμίας, κ.λπ) και κινητοποιούν παρόμοιους αμυντικούς μηχανισμούς (άρνηση, προβολή, διχοτόμηση, κ.λπ) (Smelser, 2004). Για παράδειγμα, ένα συλλογικό, πολιτισμικό τραύμα, όπως ο πόλεμος, μπορεί να επιφέρει δραματικές αλλαγές στις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές δομές μιας κοινωνίας ή μιας ομάδας, είναι όμως τα άτομα που δέχονται την επίδραση των αλλαγών αυτών. Έτσι, το τραύμα από τραύμα-ρήξη του κοινωνικού ιστού, μεταγράφεται σε προσωπικό, ψυχικό τραύμα.

Συνοψίζοντας αναφορικά με τη σχέση κοινωνικού πλαισίου και τραύματος, σύμφωνα με την Μάτσα (2007), “η συμβολική βία, η κοινωνική βία (..) λειτουργεί συμπληρωματικά προς την φυσική, την ωμή βία, πολλαπλασιάζοντας το μέγεθος του αποτελέσματός της. Γιατί η βία σε όλες τις μορφές της, προκαλεί τραύματα, σωματικά και ψυχικά. Με βάση την ετυμολογία της, η λέξη *τραύμα* (από το ρήμα τιτρώσκω) σημαίνει *λύση της συνέχειας*, ρήξη. Συνυφαίνεται λοιπόν με τη βία. Στην καρδιά κάθε ψυχικού τραυματισμού βρίσκεται το βίωμα της ψυχικής εκμηδένισης του υποκειμένου” (Μάτσα, 2007).

Σύμφωνα με τη θεώρηση του Freud, στην οποία βασίζονται και οι περισσότερες μεταγενέστερες προσεγγίσεις, *τραύμα* θεωρείται η ψυχική υπερφόρτωση λόγω κατακλυσμού του *Εγώ* από αρνητικά ερεθίσματα με συνεπαγόμενη τη μερική ή πλήρη αίσθηση *αβοηθησίας* (*helplessness*), και βιώνεται ως άγχος ή καλύπτεται από άλλα σωματικές και ψυχικές εκδηλώσεις. Όπως ο ίδιος είχε γράψει, “το τραύμα (..) είναι σαν μια ψυχο-ενεργειακή ανισσοροπία, αποτέλεσμα της ρήξης του προστατευτικού φραγμού του ψυχισμού από μία έντονη διέγερση” (Breuer & Freud, 1895).

Συνοπτικά, ο Freud (1921) αρχικά ονόμαζε *τραύματα* τα εξωτερικά εκείνα ερεθίσματα που είναι αρκετά ισχυρά για να διασπάσουν τον “φραγμό” του “*αλεξιερεθιστικού*” (τον οποίο παρομοίαζε με τη διαφοροποιημένη εξωτερική στιβάδα του πρωτοπλάσματος) που “περιβάλλει” το ψυχικό όργανο από τα συνεχή ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Κανένας ζωντανός οργανισμός δεν μπορεί να ζήσει χωρίς αυτήν την προστασία, αλλά συγχρόνως κάθε οργανισμός έχει και την ανάγκη να δέχεται από το περιβάλλον ορισμένες διεγέρσεις. Έτσι, ο “φραγμός” ελέγχει τα εξωτερικά ερεθίσματα, ωστόσο δεν μπορεί να ελέγξει τα αισθήματα *ευχαρίστησης* και *δυσαρέσκειας*, τα οποία προκαλούνται από εσωτερικές διεργασίες και είναι ανώτερα από τα εξωτερικά. Η οργάνωση αυτού του συστήματος, καθώς υπάγεται στις αρχές του νευροφυσιολογικού μοντέλου<sup>iv</sup>, δεν επιτρέπει την υπερβολική αύξηση της

διέγερσης, όπως ούτε τη συνακόλουθη εμφάνιση δυσφορίας. Εάν, όμως, ένα εξωτερικό τραυματικό ερέθισμα διασπάζει τον “φραγμό”, θα αναστατώσει την ενεργειακή οικονομία του οργανισμού και θα θέσει εκτός την *αρχή της ευχαρίστησης (pleasure principle)*, αφού πια θα είναι αδύνατον να εμποδισθεί η “κατακλυσμική κατάληψη ολόκληρου του ψυχικού οργάνου από μεγάλες ποσότητες διέγερσης. Μόνη άμυνα του οργανισμού, σε αυτήν την περίπτωση, είναι η συγκέντρωση αντίστοιχων μεγάλων φορτίων ενεργείας στα σημεία διάσπασης για να εξουδετερωθούν τα τραυματικά ερεθίσματα” (Freud, 1915).

Στην πορεία, επεκτείνοντας την έννοια του τραύματος, ο Freud τη συνέδεσε με τη βίωση του *Εγώ* ως ανήμπορου, *αβοήθητου (helpless Ego)*, χωρίς δυνατότητα ελέγχου πάνω στην πραγματικότητα ενώ αντιμετωπίζει ερεθίσματα που ασκούν υπερβολική πίεση πάνω του. Υπό αυτήν την έννοια, το ψυχικό τραύμα παραπέμπει σε συμβάν της ζωής το οποίο ορίζεται από την έντασή του, από την αδυναμία του υποκειμένου να το αντιμετωπίσει κατάλληλα και από την ανισορροπία που επιφέρει στην ψυχική του οικονομία.

Επίσης, σύμφωνα με τον Freud, το τραύμα συμπεριλαμβάνει τόσο φαντασιωτικά όσο και πραγματικά στοιχεία στους γενεσιουργούς του παράγοντες, διατηρώντας όμως στον πυρήνα του την αναβίωση των οιδιποδιακών φαντασιώσεων (Freud & Breuer, 1895). Με άλλα λόγια, εμπειρίες όπως οι *αποπλανήσεις*, οι απώλειες του αντικειμένου, της αγάπης, της προστασίας, της ανταπόκρισης και της φροντίδας των άλλων, κ.λπ, είναι εξίσου τραυματικές, είτε λαμβάνουν χώρα στην εξωτερική πραγματικότητα είτε στην εσωτερική, στη φαντασίωση.

Αξίζει να σημειωθεί πως, στην αρχή, ο Freud (1890-1897) πίστευε ότι όλες οι νευρώσεις ήταν αποτέλεσμα προηγούμενων τραυματικών εμπειριών, ειδικά με τη μορφή της *σεξουαλικής αποπλάνησης*. Διατύπωσε την πρωταρχική του θεωρία, σύμφωνα με την οποία η αιτιολογία της “υστερίας” ανάγεται σε τραυματικές *αποπλανήσεις* του παρελθόντος. Υπέθεσε αρχικά ότι σεξουαλικές αποπλανήσεις κατά την παιδική ηλικία προδιέθεταν τον ενήλικα στην “υστερία”, εφόσον δεχόταν την εμπειρία παθητικά, και στην “ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση”, εφόσον συμμετείχε ενεργά και αντλούσε από αυτήν ικανοποίηση. Ανασυνέθεσε, όμως, αυτήν τη θεωρία, αναζητώντας την αιτία του ψυχοτραυματισμού (εκτός) από την εξωτερική πραγματικότητα (και) στην εσωτερική, στις φαντασιώσεις (Freud, 1905-1917). Ως εκ τούτου, το διάστημα 1905-1917 περιγράφει την τραυματική εμπειρία ως λειτουργία μίας *ασυνείδητης φαντασίωσης* που αφορά στην *πρωταρχική σκηνή* ή στο *άγχος του ευνουχισμού* ή *άγχος του αποχωρισμού*, και συνδέει το ψυχικό τραύμα με τον *πρωτογενή ναρκισσισμό*, το *Ιδεώδες Εγώ*, και τους μηχανισμούς της *ενδοβολής*, της *ταύτισης* και της *προβολής* (Freud, 1915). Κατά την περίοδο 1917 ως 1926, σε μία περίοδο πρωτοφανών ευρωπαϊκών κοινωνικοπολιτικών αλλαγών, ο Freud συσχετίζει το ψυχικό τραύμα με το *ένστικτο του θανάτου*, και με άλλες έννοιες όπως το πένθος, τη μελαγχολία και την ενοχή. Ύστερα, επαναξιολογεί τον ρόλο των πρώιμων τραυματικών εμπειριών, οι οποίες πλήττουν τη βασική οργάνωση του *Εγώ*, και υποστηρίζει πως αυτές δημιουργούν τραύματα *ναρκισσικής τάξης*, αναδεικνύοντας τους αμυντικούς μηχανισμούς της *διάψευσης* και της *διχοτόμησης του Εγώ* (Freud, 1937).



Εξέχουσας σημασίας στην προσέγγιση του ψυχικού τραύματος, σύμφωνα με τη φροϋδική (ανα)θεώρηση, είναι οι δύο -διαφορετικοί- χρόνοι του τραύματος και η “εκ των υστέρων” ανάδευση και επεξεργασία του. Σύμφωνα με τον Freud, το τραύμα, και ιδιαίτερα τα τραύματα της πρώιμης παιδικής ηλικίας, αφενός είναι μια διάρρηξη του “αλεξιερθετιστικού συστήματος”, και αφετέρου είναι μια αναδρομική εμπειρία, η οποία αναδεικνύεται *εκ των υστέρων*. Στην ψυχαναλυτική βιβλιογραφία, η συνθήκη αυτή αναγράφεται ως *αναδρομικό τραύμα (trauma par excellence)* και ορίζεται ως “η αντίληψη μιας ειδικής κατάστασης προκαλούσα τη θύμηση μιας προηγούμενης εμπειρίας, η οποία σε τρέχοντα χρόνο γίνεται τραυματική” (Lapalme & Pontalis, 1986). Με άλλα λόγια, το “αναδρομικό τραύμα” αφορά μια κατάσταση που το άτομο αισθάνεται το τραύμα *εκ των υστέρων*, όταν οι συγκυρίες της ζωής του επιφέρουν την ανάδυση των αρνητικών συναισθημάτων που συνόδευσαν το εκάστοτε παρελθοντικό τραύμα, διαμορφώνοντας έκτοτε και την πορεία της επεξεργασίας του από τον ψυχισμό (Στεφανάτος, 2004).

Μία ακόμα σημαντική συνεισφορά της φροϋδικής σκέψης στην κατανόηση του ψυχικού τραύματος, είναι η διατύπωση της έννοιας του *αρνητικού του τραύματος*. “Το αρνητικό του τραύματος”, εξαιρετικά συνοπτικά, αναφέρεται σε εκείνες τις μορφές τραύματος, οι οποίες είτε λόγω του χρόνου που έλαβαν χώρα (π.χ. πρώιμη ηλικία) είτε λόγω τις σφοδρότητάς τους, δεν αφήνουν *αναπαραστατικά* μνημονικά ίχνη στο ασυνείδητο αλλά *αντιληπτικά* ίχνη. Αυτό σημαίνει πως η επαναβίωση / επανάληψη του τραύματος αυτής της τάξης δεν δίνει ψυχικά παράγωγα (σκέψεις, συναισθήματα, συνειρμούς, κ.λπ) που να μπορούν να τροποποιηθούν, αλλά παραμένουν οιονεί σαν “κράτος εν κράτει” (*fueros*), στον οργανισμό του τραυματισμένου ατόμου. Έτσι, καθώς το άτομο δεν μπορεί να αναπαραστήσει την τραυματική εμπειρία (νοητά, λεκτικά, κ.λπ), την επαναβιώνει με συντριπτικά συναισθήματα και κατακλυσμιαίο άγχος.

Από τον Freud και έπειτα, πληθώρα θεωρητικών και κλινικών ερευνητών έχουν διατυπώσει ποικίλους ορισμούς για την έννοια του ψυχικού τραύματος. Ωστόσο, σε κάθε θεώρηση του τραύματος, κεντρικός άξονας παραμένει η υποκειμενικότητα της εμπειρίας, η οποία καθορίζεται από το ασυνείδητο νόημά της και τη “μοίρα” της στις δομές της ψυχικής πραγματικότητας.

Σύμφωνα με τον Δημόπουλο (2018) “θα ορίζαμε το τραύμα ως το βίωμα εκείνο του ψυχικού οργάνου το οποίο είναι αποτέλεσμα της αδυναμίας του να διαχειριστεί τις υπερβολικές διεγέρσεις και να τους δώσει νόημα. Με άλλα λόγια, το τραύμα είναι η απώλεια του νοήματος, του ψυχικού νοήματος, όταν οι διεγέρσεις δεν μπορούν να μετασχηματιστούν σε *αναπαράσταση* και συναίσθημα, και θέτουν εκτός λειτουργίας την ταλάντωση μεταξύ ευχαρίστησης-δυσάρεσκείας” (Δημόπουλος, 2018). Στο ίδιο πνεύμα, η Οικονομίδου (2007) είχε αναφερθεί στο τραύμα ως ένα “βίωμα που διακινείται από εσωτερικούς ή εξωτερικούς παράγοντες, προκαλώντας διαταραχή της ισορροπίας του οργανισμού, λόγω της αδυναμίας του ψυχικού οργάνου να το εμπεριέξει καθώς και να απαντήσει οργανωμένα. Επομένως, οι συνέπειες του τραύματος είναι ένα είδος τομής και ρήξης και προσωρινής αποδιοργάνωσης μετά την οποία ο ψυχισμός του ατόμου δεν είναι όπως πριν. Έστω και αν η ισορροπία και η λειτουργικότητα αποκατασταθούν, το τραύμα εμπεριέχεται ως οντότητα στη συνολική δομή του ψυχισμού” (Οικονομίδου, 2007).

Από την άλλη, ο Levine (2005) ορίζει το τραύμα σε σχέση με τον αυτοέλεγχο του ατόμου, και αναφέρει ότι το ψυχολογικό τραύμα αποτελεί μια κατάσταση σφοδρού φόβου, ο οποίος βιώνεται την στιγμή που ερχόμαστε αντιμέτωποι με ένα ξαφνικό, αναπάντεχο και εν δυνάμει απειλητικό γεγονός, πάνω στο οποίο δεν έχουμε κανένα έλεγχο, και, ως εκ τούτου, είμαστε ανίκανοι να αντιδράσουμε αποτελεσματικά όσο και αν προσπαθήσουμε (Levine, 2005).

Από τους παραπάνω ορισμούς, φαίνεται πως οι εμπειρίες που βιώνονται ως τραυματικές, παρά την υποκειμενικότητά τους, έχουν κάποια “οικουμενικά”, κοινά χαρακτηριστικά. Το άτομο βρίσκεται μπροστά σε ένα απρόβλεπτο, σοβαρό, απειλητικό γεγονός, και είναι ή / και αισθάνεται αβοήθητο και ανίκανο να αμυνθεί ή να δραπετεύσει. Επίσης, δεν είναι σε θέση να επεξεργαστεί όσα του συμβαίνουν με τη βοήθεια προηγούμενων εμπειριών του (Βεντουράτου, 2009). Σύμφωνα με την Mache (2009), “το ψυχικό τραύμα παραβιάζει τη σχέση του ατόμου και το νόημά του αναφορικά με τον κόσμο και το ωθεί σε μια κατάσταση υπερβολικής σύγχυσης και ανασφάλειας” (Mache et al., 2009).

Η Bulman (1992) ανέπτυξε τη σχέση μεταξύ τραύματος και απώλειας νοήματος μέσα από τη γνωσιακή προσέγγιση. Ακολουθώντας τις γνωσιακές θεωρίες για την ύπαρξη μιας καθολικής, καθορισμένης δομής στην ανθρώπινη ψυχολογία, υποστήριξε ότι όλοι έχουμε στον “πυρήνα του εσωτερικού μας κόσμου” μια ομάδα βασικών υποθέσεων που καθοδηγούν ό, τι σκεφτόμαστε και ό, τι πράττουμε. Αυτές οι “θεμελιώδεις υποθέσεις”, όπως η ίδια τις αποκαλεί, αφορούν τη φύση του κόσμου γύρω μας και την αξία που αποδίδουμε στους εαυτούς μας. Σύμφωνα με την Bulman (1992), η άμεση συνέπεια των τραυματικών εμπειριών είναι η αντιπαράθεση του ανθρώπου με την τρωτότητά του. Όπως η ίδια χαρακτηριστικά γράφει, “η αντιπαράθεση με πραγματικό ή πιθανό τραυματισμό ή θάνατο σπάει το εμπόδιο της αντίστασης του υποθετικού κόσμου των ανθρώπων και προκαλεί μια ξεκάθαρη ψυχολογική κρίση που βιώνεται ως εσωτερική αναστάτωση. Ξαφνικά ο εαυτός και όλη η κοσμοθεωρία που πριν το τραύμα θεωρούνταν δεδομένα, αποσταθεροποιούνται. Τα άτομα δεν μπορούν πλέον να υποθέτουν ότι οι άλλοι άνθρωποι είναι καλοί και άξιοι εμπιστοσύνης, ότι ο κόσμος έχει νόημα ή πως ό,τι συμβαίνει έχει νόημα. Είναι σαν η φύση του κόσμου και του εαυτού φαίνεται να έχει αλλάξει” (Bulman, 1992). Η Bulman προτείνει, επίσης, ότι τα μετατραυματικά συμπτώματα μπορούν να κατανοηθούν ως παραγόμενα από τις εσωτερικές προσπάθειες του ατόμου να διαχειριστεί τα συναισθήματα τρόμου από την κατάρρευση αυτών των δεδομένων / ψευδαισθήσεων. Το επαναλαμβανόμενο μοτίβο, επομένως, των παρεισφρητικών και αποφευκτικών συμπτωμάτων του τραύματος αναπαριστά αυτήν την απεγνωσμένη αναζήτηση για νόημα και τάξη (Bulman, 1992).

Μολονότι η γνωσιακή προσέγγιση αναγνωρίζει, βέβαια, πως υπάρχουν κοινωνικές, πολιτιστικές και σωματικές παράμετροι σε σχέση με το τραύμα και την αντίδραση σε αυτό, η άνω διαδικασία νοείται ως ένα εσωτερικό φαινόμενο που τοποθετείται ολοκληρωτικά μέσα στα όρια του ατομικού εαυτού. Οι σύγχρονες γνωσιακές θεωρίες προσπαθούν πλέον να ερμηνεύσουν το τραύμα στη βάση των μνημονικών λειτουργιών και της επεξεργασίας των πληροφοριών, στις οποίες γίνεται εκτενής αναφορά σε επόμενο κεφάλαιο.

Από την άποψη της συστημικής / οικογενειακής προσέγγισης, *τραύματα* μπορούν να προκύψουν αρχικά, στην εξελικτική πορεία μιας οικογένειας, κατά τη μετάβαση από το κάθε στάδιο του κύκλου ζωής (*life cycle*) της οικογένειας στο επόμενο (Haley, 1973· Dallos & Draper, 2010). Η έννοια του “κύκλου ζωής της οικογένειας” περιγράφει τα βασικά σημεία αλλαγής, μετάβασης και προσαρμογής της οικογενειακής ζωής με το πέρασμα του χρόνου. Σε αυτήν την εξελικτική διαδικασία, υπάρχουν κάποιοι χαρακτηριστικά σημεία τα οποία μπορεί να αποτελούν στιγμές δυσκολίας ή “κρίσιμων σταθμών” στην οικογένεια, και που η -κάθε- οικογένεια καλείται να αντιμετωπίσει και να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις τους. Κατά τη διάρκεια αυτών των μεταβατικών φάσεων του οικογενειακού συστήματος, το στρες όλων των μελών είναι αυξημένο και η απαιτούμενη αλλαγή ή προσαρμογή μπορεί να δυσχεραίνεται λόγω μη επιτυχούς επεξεργασίας των προβλημάτων της προηγούμενης φάσης / σταδίων (Haley, 1973). Σύμφωνα με τον Haley (1973), ο οποίος εισήγαγε πρώτος την έννοια του κύκλου ζωής στην οικογενειακή θεωρία, “τα ψυχολογικά συμπτώματα μπορεί να αποτελούν δείγμα ή σήμα αδυναμίας της οικογένειας να μεταβεί στο επόμενο, αυξημένης πολυπλοκότητας, αναπτυξιακό στάδιο”. Με άλλα λόγια, ο “κύκλος ζωής της οικογένειας” συνιστά την αναπτυξιακή διαδικασία της οικογένειας στον χρόνο, η οποία είναι ανάλογη με τα αναπτυξιακά στάδια του ανθρώπου (Dallos & Draper, 2010).

Οι Carter και McGoldrick (1980, 1999) περιέγραψαν ως “κύκλο ζωής” τη διαδικασία επέκτασης του συστήματος σχέσεων της οικογένειας ώστε αυτό να υποστηρίξει την ανάπτυξη των μελών της. Σύμφωνα με τους ίδιους, η μετάβαση από το κάθε στάδιο του κύκλου ζωής στο επόμενο, απαιτεί *αλλαγή δεύτερης τάξης* (*second order change*) (Bateson, 1972), δηλαδή, αναπροσαρμογή στο σύστημα. Αναφορικά με τα προβλήματα ή τις καταστάσεις που εμφανίζονται εντός των σταδίων, θεωρούν ότι μπορούν να αντιμετωπιστούν με μικρές τροποποιήσεις των συμπεριφορών, δηλαδή, με *αλλαγή πρώτης τάξης* (Nichols & Schwartz, 1991). Σύμφωνα με τη McGoldrick (1995), τα στάδια “του κύκλου ζωής της οικογένειας” αφορούν: α) την αποχώρηση του νέου ενήλικα από το σπίτι και την αυτονόμησή του, β) την συνάντηση των οικογενειών μέσα από το γάμο και την αλλαγή των δύο συστημάτων ώστε να δημιουργηθεί ένα τρίτο, γ) τη δημιουργία της οικογένειας με μικρά παιδιά, δ) την εφηβική “μάχη” για αυτονομία και για άνοιγμα των οικογενειακών ορίων, ε) την αποχώρηση των παιδιών από το σπίτι και την επανοργάνωση της ζωής των γονέων χωρίς αυτά, και στ) τη συνταξιοδότηση, με τη συχνά αιφνίδια απώλεια στόχου, το μεγαλύτερο συγχρωτισμό του ζεύγους, την αναδιαπραγμάτευση της σχέσης ή / και τη διάλυσή της, αλλά και με την αντιμετώπιση επώδυνων θεμάτων, όπως η αρρώστια και ο θάνατος (Carter & McGoldrick 1980).

Αξίζει να σημειωθεί πως, ενώ κατά τη μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο η πολυπλοκότητα του συστήματος αυξάνεται και ταυτόχρονα απαιτούνται αλλαγές για την προσαρμογή στη νέα φάση (Haley, 1973· Minuchin, 1974), η μετάβαση προκαλεί στρες κυρίως όταν είναι απρόβλεπτη ή η προετοιμασία για αυτήν ανεπαρκής. Σύμφωνα με τον Τομαρά και τους συνεργάτες (2013), τότε ακριβώς αυξάνει και ο κίνδυνος η οικογένεια να βρεθεί σε κρίση και, συνακόλουθα, η πιθανότητα ένα μέλος της να εμφανίσει σύμπτωμα (Τομαράς και συν., 2013), καθώς η εμπειρία θα αποβεί τραυματική.

Τέλος, σύμφωνα με τον Minuchin (1974), υπάρχει διάκριση των “εσωτερικών πιέσεων” στις οποίες κάθε οικογένεια υπόκειται, από τις “εξωτερικές πιέσεις”. Οι εσωτερικές πιέσεις προέρχονται από τις αναπτυξιακές ή / και τις απρόβλεπτες αλλαγές που συμβαίνουν στα μέλη της, ενώ οι εξωτερικές προέρχονται από τις απαιτήσεις για προσαρμογή σε σοβαρές κοινωνικές συνθήκες και θεσμούς, που ασκούν πίεση στα μέλη της οικογένειας. Αυτή η σύνθετη διαδικασία αντοχής και προσαρμογής σε νέες καταστάσεις μπορεί να προκαλέσει έντονο στρες, καθώς κινητοποιεί τους αμυντικούς μηχανισμούς της οικογένειας και των μελών της (Walsh, 2003).

Με βάση τον Minuchin (1974), οι *εσωτερικές πηγές στρες* της οικογένειας αφορούν καταστάσεις όπως τα στάδια μετάβασης του κύκλου της ζωής, τις ξαφνικές αλλαγές στη σύνθεση της οικογένειας (όπως η απώλεια ενός μέλους λόγω θανάτου, ο αποχωρισμός λόγω διαζυγίου, κ.λπ), τις αλλαγές στην κατανομή των ρόλων μεταξύ των μελών και στην οργάνωση της οικογένειας (όπως προκύπτει από σοβαρή ασθένεια ή / και αναπηρία κάποιου βασικού μέλους / γονέα), τις χρόνιες συγκρούσεις μεταξύ των μελών μιας οικογένειας ή / και την ύπαρξη κακοποίησης (όπως άσκηση λεκτικής, ψυχολογικής, σωματικής βίας, παραμέλησης, συναισθηματικής εγκατάλειψης, έλλειψης φροντίδας των παιδιών εκ μέρους ενός ή και των δυο γονέων ή άλλων μελών, κ.λπ) (Minuchin, 1974· Gorell Barnes, 2004). Οι *εξωτερικές πιέσεις* μπορεί να αφορούν ένα μέλος της οικογένειας ή την κοινότητα στην οποία ανήκει και επιδρούν ταυτόχρονα και στα υπόλοιπα μέλη του οικογενειακού συστήματος. Αυτές, περιλαμβάνουν καταστάσεις όπως την απώλεια εργασίας ενός μέλους, κάποιο σοβαρό ατύχημα σε κάποιο/α από τα μέλη, οικονομικά προβλήματα, φυσικές, μαζικές καταστροφές, πόλεμο, μετανάστευση, κ.α (Μαδιανός, 2005). Τόσο οι *εσωτερικές* όσο και οι *εξωτερικές πιέσεις* απειλούν την ομαλή εξέλιξη της οικογένειας και των μελών της, απαιτούν επίλυση ή / και προσαρμογή, και διαταράσσουν την ισορροπία (ομοιόστασή) της (Haley, 1973· Minuchin, 1974· Gorell Barnes, 2004· Dallos & Draper 2010). Αν η οικογένεια δεν καταφέρει να αντιδράσει επιτυχώς σε αυτές τις ψυχοπιεστικές καταστάσεις και να αναπροσαρμοστεί στις νέες συνθήκες, ακόμα και σε περίπτωση που εντάξει την κρίση ή τη διαταραχή στο σύστημά της και συνεχίσει να λειτουργεί με αυτήν, θα έχει τραυματικό αντίκτυπο, τόσο στο σύνολο του οικογενειακού συστήματος όσο και στα μέλη του ξεχωριστά (Πομίνι, 2004, 2011).

Ολοκληρώνοντας την προσπάθεια ορισμού και εννοιολόγησης του ψυχικού τραύματος, θα ήταν απαραίτητη και μια συνοπτική αναφορά στον τρόπο προσέγγισής του υπό το πρίσμα της θεωρίας του υπαρξισμού και της φαινομενολογίας. Όπως άλλωστε είχε αναφέρει και ο Heidegger (1920-1963), “ένα μόνο υποκείμενο χωρίς έναν κόσμο δεν υπάρχει ποτέ”.

Η βασικότερη διαφορά αυτής της προσέγγισης από τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα που προαναφέρθηκαν, έγκειται στην κατανόηση του ψυχικού τραύματος μέσα από ένα κοινωνικό, πολιτισμικό και, κατά κύριο λόγο, οντολογικό πλαίσιο αναφοράς. Ώς εκ τούτου, στην οπτική της υπαρξιακής - φαινομενολογικής προσέγγισης, το βίωμα του νοήματος της ανθρωπίνης ύπαρξης και της απώλειάς του στον κόσμο, αποτελεί τον κεντρικό άξονα στην εννοιολογική απαρτίωση του ψυχικού τραύματος.

Πιο συγκεκριμένα, με βάση την οντολογική θεώρηση, το τραύμα αφορά μια κατάσταση όπου το νόημα της ίδιας της ζωής και η ύπαρξη μέσα σε αυτήν κλονίζονται (Bracken, 2002). Σύμφωνα με τον Heidegger (1927), “το νόημα του κόσμου και του εαυτού μας, ως μέρος αυτού του κόσμου, γεννιέται μέσα από τις καθημερινές, κοινές πεποιθήσεις, τα τελετουργικά, τα έθιμα και τις συνήθειες με τα οποία συνδεόμαστε με τον κόσμο. Αυτά τα στοιχεία επιτρέπουν στις οντότητες του κόσμου να παρουσιάζονται έχοντας νόημα” (Heidegger, 1927). Το ψυχικό τραύμα “κλονίζει” αυτά τα δεδομένα της καθημερινής ζωής, που καλύπτουν το πεπερασμένο και την αγωνία της, “εκθέτοντας την αναπόφευκτη αβεβαιότητα της ύπαρξης σε ένα σύμπαν που είναι τυχαίο και μη προβλέψιμο, και στο οποίο δεν μπορεί να εξασφαλιστεί καμιά ασφάλεια ή συνέχεια της ύπαρξης”. Έτσι, η έκθεση, μέσω της τραυματικής εμπειρίας, όσων ήταν επιμελώς κρυμμένα βυθίζει το άτομο, σύμφωνα με τους όρους του Heidegger, “σε μια μορφή αυθεντικής ύπαρξης μπροστά στον θάνατο και μέσα στην αγωνία της απώλειας νοήματος” .

Σύμφωνα με τον May (2010), ο θάνατος και αυτή η υπαρξιακή αγωνία που συνδέεται με αυτόν, δεν αφορά -προφανώς- μόνο τη φυσική απώλεια. Ο θάνατος συμβολίζει την απώλεια ψυχικών, πνευματικών και σωματικών ιδιοτήτων, που όλες προσδιορίζονται ως πλευρές του εαυτού (May, 2010). Υπό αυτήν την έννοια, το τραυματισμένο άτομο αποσύρεται από τις καθημερινές πλευρές της ύπαρξης, βιώνοντας μια βασανιστική αίσθηση μοναξιάς (Stolorow, 2007).

Με βάση τη θεώρηση του Sartre (1943), “ο εαυτός δεν συνιστά ένα αμετάβλητο, βασικό χαρακτηριστικό που εξασφαλίζει την προσωπική ταυτότητα κάθε στιγμή, αλλά είναι μία συνεχώς εξελισσόμενη *κατασκευή* που θεμελιώνεται στην ύπαρξή μας μέσα στον κόσμο και στις συγκεκριμένες σχέσεις μας με τους άλλους”. Δηλαδή, σύμφωνα με τον Sartre, κατασκευάζουμε τον εαυτό μας (μέσω λίγο ή πολύ *ελεύθερα επιλεγμένων δράσεων*), αυτόνομα, κατ’ επιλογήν, αλλά και παράλληλα με τον κόσμο γύρω μας. Αυτός ο μοναδικός, θεμελιώδης τρόπος που επιλέγουμε να υπάρχουμε μέσα στον κόσμο, αφενός, αποτελεί τον εαυτό μας (τον οποίον κατασκευάζουμε) και αφετέρου, παρέχει τη βάση με την οποία οργανώνουμε τον κόσμο και νοηματοδοτούμε τον εαυτό μας σε σχέση με αυτόν. Σε μια σοβαρή διατάραξη αυτής της κατασκευής, όπως συμβαίνει στο τραύμα, οι μηχανισμοί διαχείρισης του ατόμου συνθλίβονται σε τέτοιο βαθμό που βιώνει την κατάρρευση του εαυτού και ακραίο αποπροσανατολισμό. Ως εκ τούτου, αυτό που κάνει την τραυματική εμπειρία, μια εμπειρία αίσθησης θανάτου ή *αφανισμού του εαυτού*, είναι ο κλονισμός αυτής της θεμέλιας κατασκευής του ατόμου, που ανατρέπει τον βασικό προσανατολισμό του μέσα στον κόσμο (Sartre, 1943). Πράγματι, αν αντιστραφεί αυτός ο συλλογισμός πέρα από τον τραυματισμό, θα ήταν εύλογο να σκεφτεί κανείς πως, η ριζική ανατροπή των μέχρι πρότινος εδραιωμένων πεποιθήσεων για τον εαυτό και τον κόσμο, αναπόφευκτα μέχρι τη μετουσίωση και τον επαναπροσανατολισμό, εμπεριέχει και μια διάχυτη αίσθηση αποπροσανατολισμού και επερχόμενου αφανισμού.

Ιδιαίτερα σημαντική διάσταση στην εμπειρία του τραύματος, σύμφωνα και με την φαινομενολογική οπτική, είναι η έννοια της *χρονικότητας*, η οποία εδώ “επεκτείνεται” κάπως από την φροϋδική προσέγγιση. Ο Heidegger (1927)

στην ανάλυσή του για την καθολική δομή της χρονικότητας, υποστηρίζει πως “κάθε βιωμένη εμπειρία βρίσκεται πάντα και στις τρεις διαστάσεις του χρόνου. (...). Αυτό κάνει την ανθρώπινη ύπαρξη κατά βάση ιστορική και με αυτόν τον τρόπο έχει νόημα”. Σύμφωνα με τον Husserl, μια τωρινή εμπειρία είναι πάντα “*συμπυκνωμένη*”, καθώς περιέχει τόσο το παρελθόν όσο και το μέλλον. Έτσι, κάθε τωρινή στιγμή συντηρεί το παρελθόν και προβλέπει το μέλλον (Stolorow, 2007· Larrabee, 1995). Αναλόγως, από αυτήν την οπτική, η εμπειρία του τραύματος βιώνεται τόσο ως παρελθόν (σαν να έχει βιωθεί στην πραγματικότητα) και ως παρόν (σαν τώρα να αναβιώνεται) (Larrabee, 1995).

Ωστόσο, αυτή η σύνδεση του χρόνου διαταράσσεται συντριπτικά από την εμπειρία του τραύματος (μεταξύ άλλων). Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Heidegger (1927) “οι εμπειρίες τραύματος παγώνουν μέσα σε ένα αιώνιο παρόν στο οποίο κάποιος μένει για πάντα παγιδευμένος (...), καθώς το παρελθόν γίνεται παρόν και το μέλλον χάνει κάθε άλλο νόημα πέρα από μια αιώνια επανάληψη”. Λόγω του ότι το τραύμα αλλοιώνει τόσο καθαρά την αίσθηση του χρόνου, το τραυματισμένο άτομο βιώνει σχεδόν μια διαφορετική πραγματικότητα, δυσανάλογη με τον κόσμο των άλλων, με αποτέλεσμα να αποξενώνεται και να απομακρύνεται από αυτούς. Με άλλα λόγια, “έχοντας αποσχιστεί από την συνηθισμένη σύνδεση της ύπαρξης με τον χρόνο, το τραύμα παραμένει απομονωμένο από τον ανθρώπινο διάλογο” (Stolorow, 2007). Όπως σημειώνει και ο Σένεκας, “οι μικρές λύπες είναι φλύαρες, η μεγάλη οδύνη είναι σιωπηλή” (Σένεκας).

Συμπερασματικά, συνοψίζοντας τις παραπάνω περιγραφές, το ψυχικό τραύμα (ή ακριβέστερα ο ψυχοτραυματισμός) θα μπορούσε να σκιαγραφηθεί ως η αντίδραση του ψυχοσωματικού εαυτού σε κάποιο γεγονός, πραγματικό ή φαντασιωτικό, που από τη μία, εάν είναι *άμεσο*, έχει ως αποτέλεσμα τη συντριπτική απώλεια του μέχρι τώρα νοήματος και βιώματος της ύπαρξης μέσα στον κόσμο, και από την άλλη, εάν είναι *ύπουλο* ή *διαγενεακά μεταβιβαζόμενο*, τον σταδιακό κατακερματισμό των φυσικών μας ικανοτήτων και την εδραίωση μιας κατασκευασμένης και αλλοιωμένης κοσμοθεωρίας. Αναλύοντάς το περισσότερο, τα τραυματικά γεγονότα, είτε προϊστορικά, ιστορικά, κοινωνικά, οικογενειακά, είτε προσωπικά, εγγράφονται και αναπαράγονται στην κυτταρική και ψυχολογική μας μνήμη, ασυνείδητα και συνειδητά, συσχετίζονται, διαδραματίζονται και εκδραματίζονται στις ζωές μας, συλλογικά και ατομικά, καθημερινά, στις σκιές και στα φώτα, στη σιωπή και στον ήχο, με την οικουμενική γλώσσα της μεταβίβασης και των συναισθημάτων να γεφυρώνει όλες τους τις διαστάσεις και χρόνους..

Αξίζει, ωστόσο, να σημειωθεί πως οι τραυματικές εμπειρίες και τα ψυχοπιεστικά γεγονότα, όπως γράφει και ο Yalom (2008) για την συνάντηση με το θάνατο, “δεν καταλήγουν υποχρεωτικά σε απόγνωση που θα στερήσει από τη ζωή μας κάθε σκοπό. Αντίθετα, μπορεί να είναι μια εμπειρία που θα μας ξυπνήσει και θα μας οδηγήσει σε μια ζωή πιο πλήρη”. Βέβαια, κάθε δραστική αλλαγή συνεπάγεται αμοιβαία έναν εξίσου δραστικό μετασχηματισμό του εαυτού και του κόσμου, και το άτομο θα πρέπει να έχει τη θέληση (ή / και την κατάλληλη ηλικία) για κάτι τέτοιο. Σε κάθε περίπτωση όμως, “το μόνο τραύμα που παραμένει είναι αυτό που υποφέρουμε χωρίς θετική αλλαγή” (Buscaglia, 1982).

## 2. Το πρώιμο ψυχικό τραύμα

Ως *παιδικό ή πρώιμο τραύμα (early childhood trauma)* χαρακτηρίζεται το ψυχικό τραύμα που λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του ατόμου, από τη βρεφική ηλικία ως τη συμπλήρωση των 18 ετών, ηλικία που θεωρείται ως το ορόσημο της ενηλικίωσης, και μπορεί να ενταχθεί στο ευρύτερο φάσμα της αναπτυξιακής περιόδου (Bishop et al., 2014). Ένας ακόμα όρος που χρησιμοποιείται είναι το *σύνθετο τραύμα (complex trauma)*, το οποίο αναφέρεται στην έκθεση συγχρόνως ή σταδιακά σε πολλαπλά τραυματικά γεγονότα, συνήθως διαπροσωπικής φύσεως, που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης. Οι εμπειρίες αυτές περιλαμβάνουν τη σωματική, τη σεξουαλική και τη συναισθηματική κακοποίηση, την παραμέληση (child neglect) και την έκθεση σε ενδοοικογενειακή βία και ξεκινούν στην πρώιμη παιδική ηλικία (APA, 2013).

Το παιδικό τραύμα είναι διακριτή κατηγορία η οποία αναφέρεται στη χρονική περίοδο πριν το άτομο αναπτύξει πλήρως την αυτόεικόνα του (APA, 2013). Κατά την βρεφική και παιδική ηλικία, η ψυχολογική και ψυχονοητική ανάπτυξη του ατόμου βρίσκονται σε εξέλιξη, ενώ οι νοητικές, γνωστικές και συναισθηματικές λειτουργίες δεν έχουν πλήρως κατακτηθεί. Επιπλέον, δεν έχει ακόμα ολοκληρωθεί η ωρίμανση του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος, άρα ούτε η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη, κατά συνέπεια, ούτε οι αμυντικοί μηχανισμοί που χρειάζονται για την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων. Επιπρόσθετα, η σωματική εικόνα, τα όρια του εαυτού και η θέση του ατόμου στο περιβάλλον και την κοινωνία δεν είναι ακόμη σαφή ή πλήρως διαμορφωμένα, ενώ η αντίδραση σε κάποια απειλή ή η αντίσταση απέναντι στον κίνδυνο, καθώς και οι δυνατότητες αυτοπροστασίας και επιβίωσης είναι ακόμα εξαιρετικά περιορισμένες (Culbertson, 1995).

Σύμφωνα με την φροϋδική θεώρηση, όπως περιγράφηκε, “ψυχικό τραύμα είναι κάθε γεγονός που μπορεί, με την ένταση και την απροσδόκητη έλευση του, να προκαλέσει μια τέτοια διέγερση, ικανή να οδηγήσει σε αποτυχία τους συνήθως αποτελεσματικούς μηχανισμούς άμυνας, αφού η ένταση της διέγερσης υπερβαίνει τη δυνατότητα του ψυχικού οργάνου να τη δεσμεύσει” (Freud, 1920). Με βάση τον Freud, στην πρώιμη ηλικιακή φάση κάθε άτομο είναι ιδιαίτερα ευάλωτο, καθώς το *Εγώ* του είναι ασθενές, ανώριμο και ανίκανο να αντισταθεί. Επομένως, δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στην επεξεργασία ερεθισμάτων και διεργασιών που αργότερα, σε ένα πιο ώριμο *Εγώ*, αναμένεται να μπορούν γίνουν αντικείμενο επεξεργασίας. Ο ίδιος, ορίζει το τραύμα, μεταξύ άλλων, ως μία εμπειρία η οποία βιώθηκε σε πρώιμο στάδιο και κατόπιν λησμονήθηκε, χωρίς να μπορεί να αντιμετωπιστεί σωστά από τον ψυχισμό (Freud, 1939).

Στην οπτική του Freud (1915), το πρώτο, αρχετυπικό τραύμα είναι αυτό της γέννησης. “Πρόκειται για ένα γεγονός κατακλυσμαίο που το άτομο είναι ανήμπορο να αναπαραστήσει. Είναι η στιγμή κατά την οποία το προστατευτικό περιβάλλον της ενδομήτριας ζωής, απότομα και χωρίς

προειδοποιητικά σημάδια, δίνει τη θέση του σε ένα περιβάλλον που προσλαμβάνεται ως διαφορετικό, ως εχθρικό, και το οποίο προβάλλει απαιτήσεις αδιανόητες μέχρι πρότινος από τον οργανισμό του βρέφους, ενώ παράλληλα απαιτεί την ενεργό συμμετοχή και των πέντε αισθήσεών του”. Ο Freud, δεχόμενος την άποψη του Otto Rank (1929), υποστήριζε επίσης, ότι η ενδομητριακή ύπαρξη και η πρώιμη παιδική ηλικία αποτελούν μία συνέχεια, παρά το γεγονός ότι τις χωρίζει η διαδικασία της γέννησης (Freud, 1926).

Σύμφωνα με τον Otto Rank (1929), η εμπειρία της γέννησης είναι ένα είδος “προτύπου” για όλες τις αγωνίες που πρόκειται να βιώσει το άτομο στη ζωή του. Δηλαδή, η γέννηση, αφενός αποτελεί ένα πρωταρχικό τραύμα, αφετέρου συνιστά και την πρώτη εμπειρία άγχους (Freud, 1926). Ο ολοκληρωτικός κλονισμός που επιφέρει, δημιουργεί ένα *απόθεμα αγωνίας και άγχους*, που στη συνέχεια θα βρει διέξοδο σε πολλών ειδών νευρώσεις (Rank, 1929). Ενδεικτικό του άγχους με το οποίο περιβάλλεται η έννοια είναι, όπως αναφέρει ο Freud, η αντίδραση του παιδιού στη μοναξιά και στο σκοτάδι. “Αντί το παιδί να υποδεχθεί με ικανοποίηση αυτή την αναβίωση της ενδομητριακής ζωής, αυτό κατά κανόνα αντιδρά με άγχος. Το άγχος αυτό μπορεί να αναχθεί στην ανάμνηση της συγκλονιστικής εμπειρίας της γέννησης” (Freud, 1926).

Συνοπτικά, με βάση τον Freud τα τραύματα αρχικά τελούν σε *λανθάνουσα κατάσταση (latency)* και αναζωπυρώνονται εφόσον και όταν υπάρξουν οι κατάλληλες συνθήκες ή τα κατάλληλα αντιληπτικά ερεθίσματα, οπότε και απωθούνται, τείνοντας να επιστρέφουν με διάφορες μορφές, έως ότου αποκτήσουν ένα νόημα για το άτομο. Υπό αυτήν την έννοια, το ψυχικό τραύμα (και όχι απαραίτητα μόνο το πρώιμο) δεν προκύπτει αυτομάτως. Εμφανίζεται αρχικά σε έναν πρώτο χρόνο, όταν το τραυματικό γεγονός επισυμβαίνει, και σε μεταγενέστερο, σε έναν δεύτερο χρόνο, αναδύεται στην αντίληψη, όταν το άτομο έρθει αντιμέτωπο με καταστάσεις που ενεργοποιούν τα ασυνείδητα συναισθήματα που συνδέονται με το τραυματικό γεγονός. Επομένως, “είναι η ανάμνηση που καθιστά τραυματικό το γεγονός που έχει συμβεί στο παρελθόν” (Freud & Breuer, 1854).

Η μετέπειτα ψυχαναλυτική σκέψη επέκτεινε τις θεωρίες του Freud, δίνοντας περισσότερη έμφαση στο ρόλο της γονεϊκής προστασίας και των πρώτων δεσμών προσκόλλησης του παιδιού, στην ποιότητα της σχέσης με τη μητέρα, καθώς και στα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος ανατροφής, όπως η ασφάλεια, η εμπιστοσύνη, η εξάρτηση και η αυτονομία, ως τον πρώτο πυρήνα εμπειριών του ατόμου που, τραυματικές ή μη, θα διαμορφώσουν τη δομή της προσωπικότητάς του, τον τρόπο που θα σχετίζεται με τους άλλους, καθώς και το πως θα εκλαμβάνει ή θα αντιμετωπίζει μελλοντικά αγχογόνες καταστάσεις.

Σύμφωνα με τον Winnicott (1965) ένα βρέφος δεν μπορεί να υπάρξει χωρίς την μητρική φροντίδα. Όπως υποστηρίζει, “αρχικά το βρέφος και η μητρική φροντίδα αποτελούν μια μονάδα” και το βρέφος μαθαίνει να αντιλαμβάνεται, να ορίζει και να ελέγχει το περιβάλλον και τον εαυτό του μέσα από την μητέρα του. “Το αδύναμο *βρεφικό Εγώ* υποστηρίζεται από το *μητρικό Εγώ*, έτσι ώστε από μια φάση απόλυτης εξάρτησης και συγχώνευσης με την μητέρα, να οδηγηθεί σε μια φάση ανεξαρτησίας και *ψυχικής απαρτίωσης*”. Η ψυχική απαρτίωση συνίσταται στον διαχωρισμό του *Εγώ* και του *μη-Εγώ*,



χρησιμοποιώντας το δέρμα ως όριο και την “ενοίκηση” / εδραίωση της ψυχής στο σώμα, και επιτυγχάνεται μέσω της σταθερής μητρικής φροντίδας.

Η ικανοποιητική μητρική φροντίδα ξεκινά με την φάση του *κρατήματος* (*holding*) που σχετίζεται με την παροχή σταθερής φροντίδας, ασφάλειας και προστασίας, καθώς και την ικανοποίηση των αναγκών του βρέφους μέσω της ενσυναίσθησης και του *καθρεφτισματος* (μέσα από το βλέμμα της μητέρας το μωρό αναγνωρίζει σιγά σιγά τον εαυτό του και την ύπαρξή του, και μέσω της παρουσίας των αντικειμένων, τα οποία η μητέρα παρουσιάζει με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να ενισχύει την ψευδαίσθηση της παντοδυναμίας του μωρού, ικανοποιεί αποτελεσματικά τις ανάγκες του). Η μη αποτελεσματική μητρική φροντίδα και η αδυναμία της μητέρας να επεξεργαστεί και να κωδικοποιήσει τις αστοχίες της στις ανάγκες του βρέφους δημιουργούν ασυνέχειες και τραύματα στην εικόνα του σώματός του, τα οποία αντικατοπτρίζονται στη μελλοντική εξέλιξη του ατόμου, στο σύνολο των συγκινησιακών του εμπειριών και των διαπροσωπικών του σχέσεων (Winnicott, 1965).

Κατά την άποψη του Winnicott (1953-1971), η *αρκετά καλή μητέρα* (*good enough mother*) είναι ένα πρόσωπο ενεργητικά προσαρμοσμένο στις ανάγκες του παιδιού, με μια ενεργητικότητα όμως που βαθμιαία ελαττώνεται, ανάλογα με την αυξανόμενη ικανότητα του παιδιού να αντιλαμβάνεται τη σημασία της αποτυχίας στη δική του προσαρμογή και να αντέχει στα αποτελέσματα της ματαίωσης. Επίσης, στη θεωρία του Winnicott για τις (πολλαπλές) οργανώσεις του εαυτού περιλαμβάνεται η έννοια του “αληθινού εαυτού”. Ο “αληθινός εαυτός” αναπτύσσεται μέσα σε ένα καλά ανταποκρινόμενο συγκρατητικό περιβάλλον (διευκολυντικό περιβάλλον) το οποίο δημιουργείται από μια “αρκετά καλή μητέρα”. Όταν όμως το βρέφος ζήσει μια τραυματική διάσπαση στην πορεία της ομαλής ανάπτυξης της αίσθησης του εαυτού του, τότε αναφαίνεται ο πλαστός, “ψευδής εαυτός” (Winnicott, 1953 - 1971).

Επηρεασμένος από τον Winnicott, ο Kahn (1963) συζήτησε τον ρόλο της μητέρας ως προστατευτικής ασπίδας και περιέγραψε τυπικές περιπτώσεις αποτυχίας εκπλήρωσης αυτού του ρόλου: α) η απώλεια της μητέρας ή ο χωρισμός από αυτήν λειτουργεί ως μηχανισμός κατάρρευσης του ρόλου της ως προστατευτικής ασπίδας περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη απώλεια, β) προβλήματα μπορεί να προκύψουν και από την εκτεταμένη ψυχοπαθολογία της μητέρας, γ) όταν υπάρχει ιδιοσυγκρασιακή ευαισθησία ή φυσική αναπηρία της μητέρας, η απόκτηση παιδιού μπορεί να την επιβαρύνει με δυσβάσταχτα καθήκοντα και υποχρεώσεις, και δ) σοβαρή νόσος του παιδιού μπορεί να δημιουργήσει ανάγκες φροντίδας τις οποίες κανένας ενήλικας δεν μπορεί να ικανοποιήσει. Σύμφωνα με τον Kahn (1963), ένας τελευταίος τύπος μερικής κατάρρευσης της μητέρας ως προστατευτικής ασπίδας, ορατός μόνο αναδρομικά, είναι το *συσσωρευτικό τραύμα*. Αυτό αφορά σημαντικές τραυματικές εμπειρίες στην εξελισσόμενη σχέση μητέρας παιδιού, ακόμη και προλεκτικά ψυχοφυσικά γεγονότα στη μεταξύ τους σχέση, τα οποία γίνονται θεμέλιο του χαρακτήρα και της προσωπικότητας του ενήλικα και έχουν επίδραση στην εξέλιξη του *Εγώ* (Kahn, 1963).

Πολλές μελέτες επιβεβαιώνουν τις βλαπτικές επιπτώσεις της “κατάρρευσης της μητέρας”. Για παράδειγμα, έχει αποδειχθεί ότι παιδιά μητέρων που πάσχουν από συναισθηματικές διαταραχές παρουσιάζουν σε μεγάλο

ποσοστό κατάθλιψη, προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής, συμπεριφοράς και σχολικής επίδοσης, συγκρινόμενα με παιδιά υγιών μητέρων (Hammen et al., 1987· Roberts et al., 2015). Παρόμοια φαινόμενα παρουσιάζονται και σε παιδιά των οποίων οι μητέρες πάσχουν από σωματικές διαταραχές. Ωστόσο, έχει επίσης βρεθεί ότι, στις περιπτώσεις παιδιών που έχουν βιώσει ή βιώνουν εξαιρετικά τραυματικές και αντίξοες οικογενειακές συνθήκες, τα προγράμματα πρώιμης παρέμβασης που στηρίζουν τους γονείς στο γονικό τους ρόλο, ιδιαίτερα τη μητέρα, μπορούν να μετριάσουν ή να τροποποιήσουν προς μια θετική κατεύθυνση αυτές τις αρνητικές συνέπειες (Shonkoff & Meisels, 2000).

Σημαντική για την κατανόηση της σημασίας των πρώιμων εμπειριών είναι επίσης η Karen Horney (1945), η οποία είδε την προσωπικότητα του ενήλικα σαν σχηματισμένη από τις παιδικές εμπειρίες, αλλά, αντίθετα από τον Freud, έδωσε έμφαση στις κοινωνικές σχέσεις, κυρίως με τους γονείς, αντί στην επίλυση των αντιθέσεων του *Εκείνου*. Η Horney μίλησε για τα συναισθήματα *βασικού άγχους* (*basic anxiety*) και *βασικής εχθρότητας* (*basic hostility*). Όταν οι γονείς συμπεριφέρονται αδιάφορα, υποτιμητικά και με αστάθεια, το παιδί αισθάνεται ανασφαλές και ανήμπορο, βιώνοντας “βασικό άγχος”. Αυτά τα συναισθήματα, κατά τη Horney, συνοδεύονται και από ένα βαθύτερο συναίσθημα μνησικακίας απέναντι στους γονείς, τη “βασική εχθρότητα”. Επειδή αυτή η εχθρότητα δεν μπορεί να εκφραστεί άμεσα (γιατί το παιδί χρειάζεται αλλά και φοβάται τους γονείς του), απωθείται και οδηγεί σε συναισθήματα αναξιοσύνης και άγχους. Αυτή η ένταση ανάμεσα στη “βασική εχθρότητα” και το “βασικό άγχος” οδηγεί το παιδί, και αργότερα τον ενήλικα, να υιοθετήσει μία από τις τρεις ακόλουθες στάσεις κοινωνικών αλληλεπιδράσεων: α) μια κίνηση *προς* τους άλλους, β) μια κίνηση *έναντι* (αντίθετα) των άλλων, γ) μια κίνηση *μακριά* από τους άλλους. Όταν κινείται προς τους άλλους, το άτομο ενδίδει στις επιθυμίες των άλλων και είναι πάντα ανήσυχο να τους ευχαριστήσει, έτσι ώστε να κερδίσει την έγκριση και την αγάπη τους. Το άτομο που κινείται έναντι των άλλων προσπαθεί να βρει σιγουριά μέσω της κυριαρχίας και του ελέγχου, και τέλος, ο στόχος του ατόμου που κινείται μακριά από τους άλλους είναι να προστατευτεί και να βρει ασφάλεια στην απόσταση και στην απομάκρυνση (Horney, 1945).

Με βάση την ψυχοκοινωνική θεωρία του Erikson (1950), η αναπτυσσόμενη αίσθηση εαυτού ενός παιδιού εκφράζεται μέσα από την ικανότητα για εμπιστοσύνη, αυτονομία και εγγύτητα, καθώς και την ικανότητα να θέτει στόχους με νόημα και να αναλαμβάνει να τους εκπληρώσει. Η αίσθηση εαυτού (αντίληψη εαυτού) ενός ατόμου και η λειτουργία του εαυτού (έκφραση εαυτού) θα καθορίσουν την ικανότητά του να ζήσει μια παραγωγική και δημιουργική ζωή και να διαμορφώσει ουσιαστικές σχέσεις με τους άλλους (Janikowski & Glover, 1994). Όμως, το παιδί θύμα παιδικής κακοποίησης στερείται ενός περιβάλλοντος που θα διευκολύνει την ανάπτυξη μιας αίσθησης εαυτού με τη δική του αξία (Burgdorfetal, 2004), και το ψυχικό τραύμα της κακοποίησης διαταράσσει την επίτευξη ενός πρωταρχικού αναπτυξιακού στόχου, της ρύθμισης του συναισθήματος. Η ικανότητα ρύθμισης των εσωτερικών καταστάσεων επιτρέπει τη διαμόρφωση διαπροσωπικών σχέσεων και καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τον πυρήνα της αίσθησης εαυτού (Hienetal, 2005, 2009· Dayton, 2000). Μέσα σε ένα κακοποιητικό, τραυματικό περιβάλλον η διαδικασία ωρίμανσης σταματά και το

παιδί πιέζεται να συμμορφωθεί στην αλήθεια “κάποιου άλλου” (ανάγκες, προσδοκίες, αντιλήψεις), παρά να ασχοληθεί με την αναπτυξιακή διαδικασία του ορίζοντας “τη δική του αλήθεια” (αίσθηση εαυτού). Έτσι, το τραυματισμένο παιδί μαθαίνει τη συγχώνευση ως τρόπο σχετίζεσθαι με τον εαυτό του και τους άλλους, με αποτέλεσμα να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των άλλων χωρίς διαφοροποίηση, που σημαίνει εμπιστοσύνη στις δικές του αντιλήψεις, προσδοκίες και ανάγκες (Burgdorfetal, 2004). Με άλλα λόγια, το πρώιμο ψυχικό τραύμα είναι “αναπτυξιακά αντίξοο” (Gobin, 2012).

Σύμφωνα με την θεωρία του συναισθηματικού δεσμού του Bowlby (1979, 1980, 1982, 1988), η ασφάλεια που αντλεί το παιδί από τις πρώιμες σχέσεις συναισθηματικού δεσμού επηρεάζει καθοριστικά την ανάπτυξη εμπιστοσύνης προς τον εαυτό του και προς τους άλλους. Τα δυο αυτά στοιχεία βοηθούν το παιδί και μετέπειτα τον ενήλικα να αντιμετωπίζει το στρες και τις δυσκολίες της ζωής, και γενικότερα να πετυχαίνει την καλύτερη προσαρμογή στο περιβάλλον (Μπουλουγούρης, 1995).

Ο Bowlby εστίασε την προσοχή του στην ποιότητα της σχέσης με το πρόσωπο που παρέχει φροντίδα (συχνότερα η μητέρα) κατά την διάρκεια των πρώτων μηνών της ζωής του παιδιού. Παρατήρησε ότι το βρέφος διαμαρτύρεται όταν οι γονείς απομακρύνονται, ειδικότερα μάλιστα η μητέρα, ή όταν βρίσκονται μόνα τους με ξένα πρόσωπα. Υπέθεσε ότι σε αυτές τις καταστάσεις *μητρικής αποστέρησης (maternal deprivation)*, οι οποίες γίνονται αντιληπτές ως κίνδυνος για το βρέφος, ενεργοποιείται ένα σύστημα συμπεριφορών που τείνει να εξασφαλίζει την σωματική και συναισθηματική του ασφάλεια. Περιέγραψε ότι το συγκεκριμένο σύστημα συμπεριφορών, το οποίο ονόμασε *σύστημα προσκόλλησης δεσμού (attachment system)*, είναι έμφυτο, όπως έμφυτη είναι η ανάγκη του παιδιού για δεσμό με ένα άτομο (ή άτομα) που του παρέχει ασφάλεια και προστασία, “η οποία ανάγκη παρουσιάζεται σε όλα τα είδη των θηλαστικών και στοχεύει στην *εξελικτική ικανότητα προσαρμογής (evolutionary adeptness)* στο περιβάλλον και στη διαιώνιση του είδους” (Καφέτσιος, 2005· Attili, 2007). Το σύστημα δεσμού προσκόλλησης μπορεί επίσης να νοηθεί ως ένα έμφυτο σύστημα κινήτρων για την επίτευξη της συναισθηματικής ασφάλειας, το οποίο ενεργοποιείται ταυτόχρονα στο βρέφος, με συμπεριφορές αναζήτησης της εγγύτητας, κλάμα, οπτική επαφή, κ.λπ., και στη μητέρα, η οποία καλείται να *ανταποκρίνεται (responsiveness)* και να απαντά με *ευαισθησία (sensitivity)* στα μηνύματα του παιδιού (Καφέτσιος, 2005).

Επομένως, διαφαίνεται από τις παραπάνω προσεγγίσεις πως το πρώιμο ψυχικό τραύμα, όπως και κάθε ψυχικό τραύμα, δημιουργείται σε ένα διυποκειμενικό πλαίσιο, στο οποίο ο έντονος ψυχικός πόνος δεν βρίσκει ένα καταφύγιο σχέσεων που να μπορεί να τον εμπεριέχει (Stolorow, 2007). Υπο αυτό το πρίσμα, “ως πρώιμο τραύμα μπορεί να χαρακτηριστεί ο αρχέγονος φόβος του βρέφους ότι μπορεί να γίνει αντικείμενο εγκατάλειψης από αυτούς που χρειάζεται περισσότερο, τους τροφούς του, φόβος που αν δεν μετασχηματιστεί ικανοποιητικά μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε δυσκολίες στη μετέπειτα ζωή του” (Συνοδινού, 2007α· Γαλανάκη & Ναυρίδη, 2006).

Ο Bowlby (1973) είχε γράψει επίσης πως “ο δεσμός είναι ζωτικό βιολογικό συστατικό της επιβίωσης. Τα βρέφη εξαρτώνται από έναν ισχυρό προστάτη,

το πρόσωπο που τα φροντίζει, για να αναπτύξουν μια ασφαλή βάση”. Ο ίδιος και οι περισσότεροι θεωρητικοί των αντικειμενότροπων σχέσεων θεωρούν πως οι αρχικές σχέσεις με τους γονείς βοηθούν τα παιδιά να ρυθμίζουν την εσωτερική, συναισθηματική τους εμπειρία. Όπως άλλωστε γράφει και από διαφορετική οπτική ο van der Kolk (1996), “υπάρχει μια αμοιβαιότητα μεταξύ του βρέφους και του ενήλικα, με το παιδί να εσωτερικεύει το συναίσθημα του ενήλικα για να ρυθμίζει καλύτερα τη συναισθηματική του κατάσταση”.

Η νευροφυσιολογική βάση της διυποκειμενικότητας έχει επιβεβαιωθεί από την ανακάλυψη των *νευρώνων καθρεπτών* (*mirror neurons*): Όταν παρατηρούμε σωματικές κινήσεις που ο άλλος κάνει με το στόμα, το χέρι ή το πόδι του, ενεργοποιούνται οι ίδιες μέτωπο-βρεγματικές περιοχές του κινητικού νευρικού συστήματος που κινητοποιούνται όταν κάνουμε κινήσεις όπως αυτές που παρατηρούμε (Gallese et al., 1996, 2007). Ο ίδιος μηχανισμός κινητοποιείται και όταν παρατηρούμε την έκφραση του προσώπου ενός άλλου και αυτή η αντίληψη μας οδηγεί να εντοπίσουμε στον άλλο τη συγκινησιακή κατάσταση του. Η συγκίνηση του επαναπροσδιορίζεται και βιώνεται, δηλαδή γίνεται άμεσα αντιληπτή στον παρατηρητή, διαμέσου του μηχανισμού της *ενσωματωμένης προσομοίωσης* (*embodied simulation*), που παράγει μια αντίστοιχη συγκινησιακή κατάσταση η οποία είναι άμεσα αισθητή στον παρατηρητή. Αυτή η κατάσταση συμπεριλαμβάνει την ενεργοποίηση των μυών του προσώπου που εμπλέκονται στην έκφραση της παρατηρούμενης συγκίνησης. Μέσα από τον έμφυτο μηχανισμό της ενσωματωμένης προσομοίωσης ενεργοποιείται η αυτόματη, μη συνειδητή και αντανακλαστική αναπαραγωγή της συγκινησιακής κατάστασης του άλλου. Αυτός ο μηχανισμός θεωρείται ένας έμφυτος μηχανισμός της διαπροσωπικής ικανότητας να μεταφέρουμε *νοήματα*, έχοντας το σώμα ως όχημα της μεταφοράς αυτής, ως έκφραση ενός νοήματος και ως ικανότητα αποκωδικοποίησής του, όταν είμαστε παρατηρητές (Gallese et al., 1996, 2007).

Παρεμφερής είναι η έννοια του *συναισθηματικού συντονισμού* (*affective attunement*), όπου η μητέρα και το βρέφος συντονίζονται σε αλληλουχίες γνωστικών και συναισθηματικών ερεθισμάτων που ενδυναμώνουν την επικοινωνία μεταξύ τους και ενεργοποιούν το σύστημα δεσμού (Stern, 1985). Οι μηχανισμοί της ενσωματωμένης προσομοίωσης και του *σκόπιμου συντονισμού* (*intentional attunement*), μέσω των οποίων κατανοούμε και αισθανόμαστε τις ίδιες τις συγκινήσεις του άλλου, αντιπροσωπεύουν τον βασικό τρόπο λειτουργίας του εγκεφάλου σε οποιαδήποτε διαπροσωπική σχέση. Σύμφωνα με τους Gallese και τους συνεργάτες (2006) οι μηχανισμοί αυτοί εξελίσσονται σε τη διάρκεια της ζωής, έτσι το σύστημα συμπεριφορών δεσμών αποτελεί μία διαχρονική διαδικασία αμοιβαίας προσαρμογής, μάθησης και αλληλοεπίδρασης, η οποία είναι ενεργή σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, γενετικά προγραμματισμένη αλλά και αναπτυσσόμενη σε διαπροσωπικό πλαίσιο κοινωνικής μάθησης (Holmes, 1993).

Αυτό το γεγονός γίνεται ιδιαίτερα κατανοητό στα πλαίσια της θεωρίας του συναισθηματικού δεσμού, η οποία εξηγεί πως το παιδί που έχει βιώσει τραυματικές εμπειρίες αναζητά έντονα την προστασία και την ασφάλεια, αλλά όταν ο γονέας / πρόσωπο φροντίδας είναι συγχρόνως και το άτομο που προκαλεί το τραύμα, τότε θα τεθεί σε λειτουργία μία “αρνητική σπείρα”, που

συνοδεύεται από συναισθήματα φόβου, απόγνωσης και ματαίωσης (Holmes, 1993· Attili, 2007). Οι καταστάσεις αυτές εμποδίζουν την ανάπτυξη της *ψυχοποίησης* ή *ψυχοποίησης (mentalization)* καθώς και της *αναστοχαστικής λειτουργίας (reflective functioning)*, δηλαδή της ικανότητας εσωτερικής αναγνώρισης και αναπαράστασης των ψυχικών καταστάσεων του εαυτού και των άλλων, ειδικότερα σε ότι αφορά τα συναισθήματα (Fonagy et al., 1991b). Η αναστοχαστική λειτουργία αναπτύσσεται και αυτή αναγκαστικά σε διαπροσωπικό πλαίσιο και από τις πρώτες φάσεις ζωής του ατόμου, συνεπώς επηρεάζεται άμεσα από τις πρώιμες εμπειρίες και συγχρόνως συμβάλλει στην ανάπτυξη του συστήματος δεσμού (Fonagy & Target, 2001).

Ένα ερμηνευτικό σύστημα που ταιριάζει στις οικογένειες με τραυματικές εμπειρίες είναι πως η οικογένεια προσπαθεί να κρατήσει την ομοιόστασή της και να συνεχίσει την εξέλιξή της. Διάφορες στιγμές κατά τη διάρκεια του *κύκλου ζωής της οικογένειας* (Dallos & Draper, 2010) υπάρχει ένας συνδυασμός ατομικής παθολογίας, αλλαγών ρόλων και εξωτερικών πιέσεων στα μέλη της οικογένειας. Η κάθε φάση αλλαγής μπορεί να είναι μια ευκαιρία για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της κρίσης και τη δημιουργική εξέλιξη του οικογενειακού συστήματος ή, αντίθετα, μπορεί να αποτελέσει ένα δύσκολο εμπόδιο, έως και αξεπέραστο (Τομαράς & Πομίни, 2008). Αυτό δημιουργεί εσωτερική πίεση ή να διαλυθεί η οικογένεια ή κάπως να προσαρμοστεί στις αλλαγές και κρίσεις μέσα στο οικογενειακό σύστημα.

Βέβαια, κάθε οικογένεια προσαρμόζεται σε αντιξοότητες και επιλύει προβλήματα ακολουθώντας τον δικό της τρόπο, δικά της “μονοπάτια”. Στη χάραξή τους πρωτοστατεί ένα σώμα πεπιοθήσεων και αξιών, προσδοκιών και φαντασιώσεων, *σεναρίων και μύθων (family scripts)*, που λίγο-πολύ συμμερίζονται τα μέλη της (Hall, 1988). Πρόκειται για κατασκευές μέσω των οποίων η οικογένεια επεξεργάζεται τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος και επιλέγει τη δράση της. Το πώς θα βιώσει επομένως ένα παιδί τον ψυχικό τραυματισμό του και πως το ίδιο και το περιβάλλον του θα αντιδράσει σε αυτόν εξαρτάται και από αυτούς τους οικογενειακούς παράγοντες. Αυτό πιθανόν να εξηγεί και τα αποτελέσματα μερικών ερευνών που δείχνουν πως σε πολλές περιπτώσεις, είτε η κακοποίηση και το παιδικό τραύμα παραγνωρίζονται ή υποτιμούνται από τους γονείς και το περιβάλλον του παιδιού, είτε τα παιδιά τα αποκρύπτουν (Ceballo et al., 2001).

Ωστόσο, έχει φανεί πως τα παιδιά που μεγαλώνουν μέσα σε κλίμα “άρνησης” και παραγνώρισης του ψυχικού τους πόνου, συχνά αναπτύσσουν, ως έναν παράδοξο τρόπο επιβίωσης, παθολογικούς δεσμούς με αυτούς που τα κακοποιούν και τα παραμελούν. Τους δεσμούς αυτούς θα παλέψουν να τους διατηρήσουν, ακόμη κι αν θυσιάσουν την πραγματικότητά τους, την αλήθεια τους και την ζωή τους (Herman, 1992). Αυτό που πρέπει να κάνει το παιδί είναι να προσαρμοστεί σε μια οικογένεια στην οποία η εκμετάλλευση, η παραβίαση και η προδοσία της εμπιστοσύνης είναι φυσιολογικά, και στην οποία η υπακοή, η μυστικότητα και η αυτοθυσία αποτελούν τον πυρήνα του συστήματος αξιών της οικογένειας. “Με μια έννοια η επιβίωση (...) εξαρτάται από την προσαρμογή σε ένα ψυχωτικό κόσμο όπου η κακοποιητική συμπεριφορά είναι αποδεκτή, αλλά το να πεις την αλήθεια για αυτό είναι έγκλημα” (Rieker & Carmen, 1986).

Έχει, όμως, αποδειχθεί πως οι επαναλαμβανόμενες εμπειρίες χαμηλής ανταπόκρισης των γονέων ή των φροντιστών στις ανάγκες του παιδιού, οδηγούν στην ανάπτυξη μιας ασυνείδητης πεποίθησης πως “όλα καταδεικνύουν μία έμφυτη εσώτερη κακία” (Storolow & Atwood, 2002), επηρεάζοντας με αυτόν τον τρόπο σημαντικά την ικανότητα του αναπτυσσόμενου παιδιού για δημιουργία στενών διαπροσωπικών σχέσεων που να χαρακτηρίζονται από εμπιστοσύνη (Kapeleris, Sandra & Paivio 2011). Έτσι, το τραύμα που προκαλείται σε πρώιμο στάδιο από τους “σημαντικούς άλλους” ενδέχεται να προκαλέσει επιπλέον βλάβη και στη δυνατότητα του άτομου να μπορεί να αποκρυπτογραφή την εμπιστοσύνη και να εντοπίζει αρνητικές καταστάσεις, όπως η προδοσία. Είναι χαρακτηριστικό ότι τα τραυματισμένα άτομα, πολλές φορές, έχουν χαμηλότερη ουδό αναγνώρισης της διάστασης του άλλου και της απιστίας, έχοντας μεγάλη πιθανότητα να παραμείνουν σε μία σχέση ύστερα από μία προδοσία, το οποίο με τη σειρά του οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο επαναθυματοποίησης (Nilsen et al., 2003).

Βέβαια, αξίζει να σημειωθεί πως ο πόνος του τραύματος μπορεί να γίνει αντικείμενο επεξεργασίας και έκφρασης, να ενσωματωθεί με τρόπο εποικοδομητικό στο σώμα και τον ψυχισμό, και να μην αποτελεί τροχοπέδη για την ομαλή συνέχιση της βιολογικής, ψυχικής και κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου. Σε κάθε περίπτωση όμως, ακόμα και όταν επέλθει λειτουργική αφομοίωση μίας τραυματικής εμπειρίας, το τραύμα έχει ως αποτέλεσμα την εν μέρει ή ολοκληρωτική τροποποίηση του ψυχισμού (Herman, 1992· Mereas et al., 2017), καθώς η τραυματική εμπειρία, με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους, δεν απαλείφεται ποτέ από τον οργανισμό. Δηλαδή, το ψυχικό τραύμα δεν μπορεί να επουλωθεί με την έννοια της επιστροφής στην πρότερη κατάσταση, πριν την βίωση ή τη θέαση του τραυματικού συμβάματος. Ενσωματώνεται στην προσωπική ιστορία του τραυματισμένου ατόμου και εμπεριέχεται ως οντότητα στη συνολική δομή του ψυχισμού (Οικονομίδου, 2007), παρά το ότι μπορεί να είναι εκτοπισμένο χωρικά και χρονικά (Meek, 2010).

### **3. Επιδημιολογικά στοιχεία**

Όπως προκύπτει από επιδημιολογικές μελέτες οι τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία είναι διεθνώς ένα αρκετά συχνό φαινόμενο. Σε μία εκτεταμένη μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), σε 5.945 ενήλικες, ηλικίας 18 ετών και άνω, που πραγματοποιήθηκε σε 21 χώρες και στην οποία διερευνήθηκε η συχνότητα αναφερόμενων τραυματικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας πριν από την ηλικία των 18 ετών, το 59.3-66.2% του δείγματος ανέφερε πολλαπλές τραυματικές εμπειρίες, κατά μέσο όρο δύο ή περισσότερες. Πιο συγκεκριμένα, το 38,4 % των συμμετεχόντων στις χώρες υψηλού εισοδήματος (Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ισραήλ, Ιαπωνία, Ολλανδία, Ισπανία και Ηνωμένες Πολιτείες), 38,9% στις χώρες μεσαίου / υψηλού εισοδήματος (Βραζιλία, Βουλγαρία, Μεξικό, Ρουμανία, Νότιος Αφρική), και 39,1% στις χώρες μέσου χαμηλού / χαμηλού εισοδήματος.

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

Σε μία ακόμα εκτεταμένη αναδρομική μελέτη, στις Ηνωμένες Πολιτείες, 17.000 ατόμων με μέση ηλικία τα 57 έτη, γνωστή ως μελέτη “αντίξων εμπειριών κατά την παιδική ηλικία” (Adverse Childhood Experiences -ACE- Study), στην οποία διερευνήθηκε η συχνότητα πρώιμων τραυματικών εμπειριών, βρέθηκε πως σχεδόν τα δύο τρίτα των ερωτηθέντων (64%) ανέφεραν μία ή περισσότερες τραυματικές εμπειρίες, ενώ μόνο το ένα τρίτο (36%) δεν ανέφερε καμία τραυματική εμπειρία. Η συχνότητα των διαφόρων τύπων τραυματικών εμπειριών ήταν: 28% σωματική τιμωρία, 22% σεξουαλική κακοποίηση και 14% συναισθηματική κακοποίηση (Felitti & Anda, 2010). Άλλες επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά ιστορικού σωματικής και σεξουαλικής παιδικής κακοποίησης, ειδικά στις γυναίκες (Epoch, 2006· Devries et al., 2013).

Ωστόσο, η πραγματική έκταση του παιδικού ψυχικού τραύματος, όπως και τα πραγματικά περιστατικά κακοποίησης στο γενικό πληθυσμό των παιδιών (ηλικίας έως 18 ετών), δεν δύνανται να καταγραφούν πλήρως (Read et al., 2001). Το γεγονός ότι, σε κάθε μελέτη το τι συνιστά “τραυματικό συμβάν” ορίζεται με ευρύ και διαφορετικό τρόπο, η έλλειψη ύπαρξης ενός διεθνούς ορισμού που να επιτρέπει συγκρίσεις μεταξύ των χωρών, η αδυναμία του εντοπισμού του παιδικού ψυχικού τραύματος, η διαφυγή της διάγνωσης των περιστατικών ή των αλληλοκαλύψεων των συμπτωμάτων (ειδικά στις περιπτώσεις μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής, σύνθετου ψυχικού τραύματος και ψυχοσωματικών και αυτοάνοσων παθήσεων), καθώς και η αποτυχία αναφοράς των περιπτώσεων παιδικής κακοποίησης στις κατάλληλες υπηρεσίες, αποτελούν κάποιους μόνο από τους λόγους υποκαταγραφής των σχετικών περιστατικών (Read et al., 2001).

#### **4. Νευροβιολογία του ψυχικού τραύματος**

Η συνηθισμένη απάντηση του ανθρώπινου οργανισμού μπροστά σε κάποιον απειλητικό κίνδυνο είναι ένα σύνθετο σύστημα αντιδράσεων που περικλείει τόσο το σώμα όσο και τον νου. Η απειλή διεγείρει το συμπαθητικό (αυτόνομο) νευρικό σύστημα, το οποίο προκαλεί στο άτομο που βρίσκεται σε κίνδυνο,

αύξηση αδρεναλίνης και την εμπειρία μιας κατάστασης συναγερμού / στρες (Horowitz, 1997). Το εξελικτικά παλαιότερο τμήμα του εγκεφάλου, ο ερπετοειδής εγκέφαλος (το εγκεφαλικό στέλεχος) προκαλεί αυτόματες και συνήθως ασυνείδητες αντανάκλαστικές αντιδράσεις. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται αντίδραση *πάλης ή φυγής (fight or flight)* και αφορά την ετοιμότητα του οργανισμού να αμυνθεί ή να δραπτετεύσει από τον κίνδυνο (Gallese et al., 1996· Horowitz, 1997). Αν ο οργανισμός αντιδράσει με πάλη ή φυγή εξαρτάται αφενός από τις συνθήκες και αφετέρου από την προσωπικότητα του ατόμου (Dahlitz & Hall, 2017). Όταν ούτε η αντίσταση, ούτε η διαφυγή είναι δυνατή, το ανθρώπινο σύστημα αυτοπροστασίας συντρίβεται και αποδιοργανώνεται (Herman, 2011).

Με άλλα λόγια, οι τραυματικές αντιδράσεις συμβαίνουν όταν η δράση είναι ανώφελη (Βεντουράτου, 2009). Δηλαδή, όταν καμιά αντίδραση δεν είναι δυνατή, όπως στην περίπτωση κακοποίησης ενός παιδιού, ο οργανισμός μπορεί να “αποτρέψει” τον απώτερο κίνδυνο (τον κατακερματισμό του *-Εγώ-*) με μια “εσωτερική φυγή” (van der Kolk, 1994) η οποία επιτυγχάνεται με το *πάγωμα (freeze)* και τον *κατακερματισμό (fragment)* της εμπειρίας (Huber, 2003). Από τη στιγμή αυτή, είναι σαφές ότι το γεγονός θα προκαλέσει στο άτομο ψυχικό τραυματισμό (Βεντουράτου, 2009).

Ταυτόχρονα, μια πλημμύρα από ενδορφίνες (οπιοειδείς ορμόνες του οργανισμού, οι οποίες προκαλούν αναλγησία) παράγονται με σκοπό να καταστείλουν τον φόβο και τον πόνο, και έχουν ως συνέπεια τη νοητική και ψυχική αποστασιοποίηση από τον κίνδυνο που εμφανίζεται (Herman, 1992· Liotti, 2004). Αυτές οι αντιδράσεις επιβίωσης που ενεργοποιούνται στην περίοδο του τραυματισμού, τείνουν να παραμένουν, έχοντας χάσει την ωφέλειά τους, με έναν μεταλλαγμένο και υπερβολικό τρόπο πολύ αργότερα αφού ο πραγματικός κίνδυνος έχει περάσει, καθώς οι τραυματικές εγγραφές τους παράγουν δομικές και μακροχρόνιες αλλαγές στη διέγερση του οργανισμού, το συναίσθημα, τη σκέψη και τη μνήμη (Dahlitz & Hall, 2017).

Η μνήμη και η μάθηση είναι αποτέλεσμα δράσης πολλών κυτταρικών και μοριακών μηχανισμών και μονοπατιών, και αποτελούν τις θεμελιώδεις εγκεφαλικές λειτουργίες που επιτρέπουν στο άτομο να προσαρμόζεται στο περιβάλλον του, να οικοδομεί την προσωπική του ιστορία ως μοναδικό ον, να διευρύνει το κοινωνικό και πολιτιστικό του γίνεσθαι και, συνεπώς, τον πολιτισμό του ευρύτερου κοινωνικού συστήματος. Αν και στα θηλαστικά ποικίλες εγκεφαλικές περιοχές συμμετέχουν σε διακριτές μορφές μνήμης, οι κυτταρικοί μηχανισμοί που συμμετέχουν, από τις πιο απλές ως τις πιο σύνθετες μορφές μάθησης και μνήμης, είναι εξελικτικά υψηλά συντηρημένες και συνίστανται σε συνεχείς, μικρής και μεγάλης διάρκειας αναδιατάξεις των νευρικών συνάψεων και κυκλωμάτων. Αυτή η εκπληκτική ικανότητα συνεχούς αναδιάταξης του νευρικού συστήματος και των λειτουργιών του, στις οποίες περιλαμβάνονται η μνήμη και η μάθηση, ονομάζεται *νευρωνική πλαστικότητα (neural plasticity)*, και αποτελεί το κύριο μέσο του οργανισμού να προσαρμόζεται στο περιβάλλον και να βελτιώνει την αποτελεσματικότητά του στο πεδίο της εμπειρίας, αλλά και να εδραιώνει ή να αναδιατάσσει τις λειτουργίες του με το πέρασμα του χρόνου. Καθώς, η ενδογενής ικανότητα της νευρωνικής πλαστικότητας επιτρέπει στις εμπειρίες του ατόμου να



σχηματοποιήσουν δομικά και λειτουργικά το νευρικό του σύστημα, οι αλλαγές αυτές είναι δυνατόν -και είθισται- να επιμείνουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα, σε πολλούς τομείς, ακόμη και για ολόκληρη τη ζωή του ατόμου (Schoore, 1994, 2003b· Liotti, 2004· Michopoulos, 2017).

Η πρώτη αναδιάταξη των νευρωνικών κυκλωμάτων καθοδηγείται από γενετικούς παράγοντες. Στη συνέχεια, τα νευρωνικά κυκλώματα αναπροσαρμόζονται συνεχώς και τροποποιούνται από τις εμπειρίες μέσω μιας διαδικασίας που ονομάζεται *επιγενετική ανάπτυξη*. Οι συναπτικές συνδέσεις που δεν χρησιμοποιούνται γίνονται ολοένα και ασθενέστερες και τελικά εξαφανίζονται, σε αντίθεση με τις συνάψεις που γίνονται ολοένα και ισχυρότερες αλλά και περισσότερες, εξ' αιτίας της συνεχούς χρήσης και λειτουργίας τους. Με τη σειρά της, η διαδικασία της μάθησης επάγει αλλαγές σε κυτταρικό και μοριακό επίπεδο που διευκολύνουν τη νευρωνική επικοινωνία και είναι βασικές για την αποθήκευση της μνήμης. Αν η μάθηση επιφέρει αλλαγές στην ισχυροποίηση των συνάψεων, η επιμονή αυτών των αλλαγών καταδεικνύει, στις περισσότερες περιπτώσεις, και τον τρόπο αποθήκευσης των πληροφοριών στη μνήμη (Dahlitz & Hall, 2017).

Υπό την επίδραση της τραυματικής εμπειρίας δημιουργούνται ισχυροί μνημονικοί κώδικες που δύσκολα αποσβένονται. Οι τραυματικές μήμες αποθηκεύονται στο νευρωνικό κύκλωμα στο οποίο η αμυγδαλή παίζει κεντρικό ρόλο. Το πρώιμο στρες οδηγεί, όταν είναι μέτριας έντασης, σε συγκεκριμένη νοητική λειτουργία που εξαρτάται από τον ιππόκαμπο ενώ, όταν είναι πολύ έντονο, μπορεί να καταστρέψει τη νευρωνική λειτουργία και την επιβίωση περιοχών του ιπποκάμπου, τόσο άμεσα όσο και μακροπρόθεσμα (Schoore, 2002). Επίσης, μέσω της σύγχρονης νευροαπεικονιστικής τεχνολογίας και της χρήσης της τομογραφίας PET<sup>Υ</sup>, βρέθηκε ότι η δράση του έσω μετωπιαίου φλοιού, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την αφομοίωση, επεξεργασία και ενσωμάτωση της πληροφορίας, μειώνεται ιδιαίτερα κατά την ανάκληση μιας τραυματικής ανάμνησης (van der Kolk, 2015), επιβεβαιώνοντας πια και νευροανατομικά τις θεωρίες πολλών μελετητών και ποικίλων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων.

Με βάση τον van der Kolk (2015), ο προμετωπιαίος φλοιός, ολόκληρη η έλικα του προσαγωγίου και το μεσολόβιο, δηλαδή, οι εγκεφαλικές περιοχές που αφορούν την αυτοεικόνα και την αυτοσυνείδηση, σε περιπτώσεις ψυχοτραυματισμού, μειώνουν σημαντικά τη δραστηριότητά τους. Κάποια χρόνια νωρίτερα, ο ίδιος είχε περιγράψει πως σε καταστάσεις αυξημένης διέγερσης του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, όπως συμβαίνει στα τραυματικά γεγονότα, η λεκτική κωδικοποίηση της μνήμης είναι απενεργοποιημένη, και το κεντρικό νευρικό σύστημα γυρίζει στις αισθητηριακές και εικονικές μορφές της μνήμης που κυριαρχούν στα πρώτα χρόνια της ζωής (van der Kolk, 1996, 2005). Σύμφωνα με τον Pierre Janet (1889), οι έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις εμποδίζουν την ομαλή ενσωμάτωση αυτών των εμπειριών στα υπάρχοντα σχήματα μνήμης. Συγκεκριμένα, η αμυγδαλή εγκλωβίζει αυτές τις ιδιαίτερα στρεσογόνες εμπειρίες, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να περάσουν στα γλωσσικά κέντρα του εγκεφάλου, επομένως, να είναι αδύνατη η γνωστική τους επεξεργασία (Dahlitz & Hall, 2017).

Οι σύγχρονες έρευνες της νευροφυσιολογίας ασχολούνται επίσης με το φαινόμενο των παρεισφρητικών συμπτωμάτων και της επαναβίωσης του τραύματος. Με βάση τον van der Kolk (2015) στις διαρκείς επαναβιώσεις μιας τραυματικής εμπειρίας, η συχνή έκκριση των ενδορφίνων δημιουργεί στη συνέχεια ένα είδος εξάρτησης από αυτήν. Κάθε φορά που το άτομο έρχεται σε επαφή με ερεθίσματα που παραπέμπουν στο τραυματικό επεισόδιο, οι ενδορφίνες και πάλι εκκρίνονται αυτόματα, με αποτέλεσμα να προκαλούν τελικά ένα είδος συναισθηματικής “κώφωσης” και εξάρτησης (Pert, 1997). Η σωματική εξάρτηση από τις ενδορφίνες πιθανόν να εξηγεί από μια βιολογική άποψη, αυτήν την ασυνείδητη ορμή για επανάληψη της τραυματικής εμπειρίας, η οποία πολλές φορές οδηγεί στην επαναθυματοποίηση του τραυματισμένου ατόμου (Nilsen et al., 2013).

Οι τραυματικές μνήμες έχουν κάποιες επιπλέον ασυνήθιστες ποιότητες: δεν είναι κωδικοποιημένες όπως οι συνηθισμένες αναμνήσεις των ενηλίκων σε λεκτική, γραμμική αφήγηση που αφομοιώνεται σε μια ιστορία ζωής με συνέχεια (van der Kolk, 1994, 2015). Η τραυματική μνήμη στερείται λεκτικής αφήγησης και γενικού πλαισίου (Herman, 1992). Οι αισθητηριακές εντυπώσεις από το τραυματικό γεγονός αποθηκεύονται αποσπασματικά ως εικόνες, ήχοι, οσμές, γεύσεις, σωματικές αισθήσεις, συναισθήματα και μοντέλα συμπεριφοράς (Scaer, 2005· Βεντουράτου, 2009· Sesar et al., 2012). Ο “κατακερματισμός” αυτών των εμπειριών κατά την εγγραφή τους εμποδίζει στη συνέχεια και την εκούσια ανάκλησή τους. Έτσι, το τραυματικό βίωμα λησμονείται, όμως τα συμπτώματα και τα συναισθήματα με τα οποία έχει συνδεθεί έχουν καταγραφεί στο σώμα (αμυγδαλή) και επανέρχονται με διάφορες αφορμές (van der Kolk, 1994· Schore, 2002). Όπως άλλωστε αναφέρει και ο Cozolino (2006) “ότι δε θυμάται το μυαλό, το θυμάται το σώμα με τη μορφή φόβου, πόνου ή φυσικής ασθένειας”.

Σύμφωνα με την φροϋδική θεωρία για την μνήμη, τα τραυματικά γεγονότα μπορούν να *λησμονηθούν*. Ο Freud, στο έργο του “Μελέτες για την υστερία” (1895), διαχώρισε τη σφαίρα του τραυματικού σε δύο χρονικούς τομείς<sup>vi</sup>, όπως περιγράφηκε νωρίτερα, απομακρυσμένους τον έναν από τον άλλον. Επίσης, βασιζόμενος σε νευροανατομικά δεδομένα, και ειδικότερα στο σύστημα των νευρώνων και των “*φραγμών επαφής*” (*contact barriers*), περιέγραψε σε ψυχικό επίπεδο το φράγμα που συνιστά τη μνήμη - ανάμνηση, η οποία εμποδίζει την αναβίωση συγχυτικών και επώδυνων συναισθημάτων. Υποστήριξε πως η αδυναμία ανάκλησης / ανάμνησης μπορεί να οφείλεται στην επικράτηση πρώιμων αμυντικών μηχανισμών, όπως για παράδειγμα η *διχοτόμηση*. Έτσι, “το τραυματισμένο άτομο θα νιώσει *την επιστροφή του διχοτομημένου* με έναν βίαιο τρόπο, αφού συνήθως συνοδεύεται από κατακλυστικό άγχος και η ανάμνηση δεν οδηγεί σε συνειρμούς παρά μόνο στον εαυτό της” (Δημόπουλος, 2013) (“αρνητικό του τραύματος”).

Σύμφωνα με τον Horowitz (1986), ο οποίος συνδύασε τις γνωσιακές και τις ψυχοδυναμικές θεωρίες, ένα τραυματικό γεγονός περιέχει πληροφορίες που συγκρούονται με ήδη υπάρχοντα γνωστικά του σχήματα. Έτσι, υπάρχει μια ασυμφωνία που αυξάνει την ψυχική ένταση. Αυτό προκαλεί μια *αντίδραση στο στρες* που περιλαμβάνει την *επανεξέταση του γεγονότος* και την *αναθεώρηση των αντιληπτικών / γνωστικών σχημάτων*. Επηρεασμένος από τη θεωρία του

“καταναγκασμού της επανάληψης” του Freud, ο Horowitz εισάγει την έννοια *αρχή της ολοκλήρωσης (completion principle)* η οποία συνοψίζεται ως τάση του νου “(..) να συνεχίζει να παράγει σημαντικές νέες πληροφορίες συνειδητά και ασυνείδητα, έως ότου η κατάσταση ή τα μοντέλα αλλάξουν και η πραγματικότητα και τα σχήματα αυτής της πραγματικότητας φθάσουν σε συμφωνία” (Horowitz, 1986). Έτσι, με βάση τον Horowitz (1997), η αντίδραση στο τραύμα περιέχει περιόδους ενεργητικής μνήμης που εναλλάσσονται με περιόδους αναστολής. Αυτή η διαδικασία αποτελεί την έμφυτη αντίδραση του νου στο στρες και εμφανίζεται σε όλα τα άτομα υπο στρες. Εάν το γεγονός είναι έντονα τραυματικό αυτή η διαδικασία είναι εκτεταμένη, και μέχρι να ολοκληρωθεί, το γεγονός παραμένει αποθηκευμένο στην ενεργό μνήμη. Όμως, λόγω του ότι οι αναπαραστάσεις του τραυματικού γεγονότος είναι αποθηκευμένες στην ενεργό μνήμη, αναπαράγονται ξανά και ξανά, προκαλώντας κάθε φορά ψυχική αναστάτωση στο άτομο. Για να αποφευχθεί η συναισθηματική εξάντληση, ενεργοποιούνται διαδικασίες που λειτουργούν ως σύστημα *ανατροφοδότησης (feedback)* ρυθμίζοντας τη ροή αυτών των πληροφοριών. Εάν αποτύχει η ανασταλτική διαδικασία εμφανίζονται παρεισφρητικά συμπτώματα, όπως εφιάλτες και *flashbacks*. Από την άλλη, εάν η αναστολή είναι πολύ ισχυρή, εμφανίζονται συμπτώματα απόσυρσης και αποφυγής (Horowitz, 1997).

Με παρόμοιους μηχανισμούς το τραύμα αναχαιτίζει και την ομαλή διαδικασία της αφήγησης σε νευροβιολογικό επίπεδο. Αυτό συμβαίνει καθώς, όταν ο οργανισμός νιώσει κάποια “απειλή”, εμποδίζεται ο συντονισμός μεταξύ των γνωστικών και των συναισθηματικών λειτουργιών, κάτι που είναι απαραίτητο κατά την αφηγηματική διαδικασία. Δεδομένου λοιπόν, ότι η νέα πληροφορία σχετικά με την τραυματική εμπειρία θεωρείται ιδιαίτερα απειλητική για τα υπάρχοντα γνωστικά σχήματα, δεν ενσωματώνεται σε αυτά, άρα δεν μπορεί στη συνέχεια και να γίνει αντικείμενο αφήγησης (Wigren, 1994). Η “μη ολοκλήρωση” των τραυματικών ιστοριών θεωρείται μια σημαντική πηγή μετατραυματικού στρες, καθώς η αφήγηση λειτουργεί σαν συνδετικός κρίκος μεταξύ λογικής σκέψης και συναισθήματος. Η παρεμπόδιση επομένως αυτής της λειτουργίας με οποιονδήποτε τρόπο (ασυνέχεια, αχρονικότητα, συνολική αδυναμία, κ.λπ) αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα ή δείκτη εκδήλωσης ψυχοπαθολογίας (van der Kolk, 2015).

Βέβαια, υπάρχουν σημαντικές διαφορές σε κάθε άτομο, σε σχέση με τους τρόπους που τα παρεισφρητικά και αποφευκτικά φαινόμενα αλληλεπιδρούν (Bracken, 2002). Σύμφωνα με τη γνωστική θεωρία της “διπλής αναπαράστασης” των Brewin, Dalgleish και Joseph (1996), η οποία αναφέρεται και στους διασχιστικούς μηχανισμούς που παρατηρούνται έπειτα από ένα τραυματικό γεγονός, υπάρχουν μνήμες *λεκτικά προσβάσιμες (verbally accessible memories, VAM)* και μνήμες *περιστασιακά προσβάσιμες (situational accessible memories, SAM)*. Οι πρώτες είναι συνήθως μνήμες λεκτικές ή / και “οπτικές”, και ανασύρονται εμπρόθετα από το άτομο. Αντίθετα, οι “περιστασιακά προσβάσιμες” μνήμες ανακαλούνται χωρίς το άτομο να αντιλαμβάνεται ότι και πως ανακαλούνται και, ως εκ τούτου, εκλαμβάνονται ως παρείσακτες ή βίαιες επαναβιώσεις. Σε αυτές τις μνήμες υπάγονται και οι τραυματικές μνήμες (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996).

Πιο συγκεκριμένα, με βάση την παραπάνω θεωρία, οι VAM εμπεριέχουν πληροφορίες που το άτομο συνέλεξε πριν, κατά τη διάρκεια ή μετά το τραυματικό γεγονός και μπορούν να επεξεργαστούν επαρκώς συνειδητά, ώστε να αποθηκευθούν στη μακροπρόθεσμη μνήμη σε μια εκούσια ανακτήσιμη μορφή. Είναι δεκτικές λεκτικής επικοινωνίας, ωστόσο περιέχουν περιορισμένο ποσό πληροφοριών, καθώς καταγράφουν μόνο ό,τι έχει τύχει προσοχής. Σε αυτές τις μνήμες εγγράφονται και οι συνειδητές αξιολογήσεις του τραύματος, τόσο αυτές που συντελούνται κατά τη διάρκεια αυτού, όσο και μεθύστερα, όταν το άτομο αναλογίζεται την εμπειρία του. Έτσι, τα συναισθήματα που συνοδεύουν τις VAM είναι “πρωτογενή” (των άμεσων στιγμών του τραύματος) και “δευτερογενή” (των μετέπειτα αναδρομικών αξιολογήσεων του τραύματος). Αντίθετα, οι SAM ενεργοποιούνται ακούσια, όπως συμβαίνει στις επαναβιώσεις και τις παραισφρητικές μνήμες, μόνο από διάφορα, εξωτερικής ή εσωτερικής προέλευσης, ερεθίσματα. Αυτές οι μνήμες περιέχουν λεπτομερείς πληροφορίες των τραυματικών σκηνών, όπως ήχους, εικόνες, σκέψεις, κατάσταση του σώματος, κ.λπ, που όμως τυγχάνουν μικρότερης αντιληπτικής επεξεργασίας, λόγω της ταχύτητας αντίληψής τους. Ως εκ τούτου, εγγράφονται μεν, αλλά δεν επεξεργάζονται επαρκώς συνειδητά ώστε να καταγραφούν στις “λεκτικά προσβάσιμες μνήμες”, αλλά αναδύονται ανεξέλεγκτα μέσα από τις εισβάλλουσες αναμνήσεις του τραύματος.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης το γεγονός πως, όπως ακριβώς οι τραυματικές μνήμες δεν είναι σαν τη συνηθισμένη μνήμη, το ίδιο συμβαίνει και με τα όνειρα (τραυματικά όνειρα), τα οποία συνήθως περιέχουν κομμάτια του τραυματικού γεγονότος στην ακριβή μορφή τους, με λίγη ή καθόλου φαντασιωσική επεξεργασία. Αυτά τα όνειρα συχνά συμβαίνουν επαναλαμβανόμενα και βιώνονται με τρομακτική αμεσότητα, σαν να συμβαίνουν στο παρόν (εφιαλτικά όνειρα) (Δημόπουλος, 2013).

Συνοψίζοντας, τα νευροβιολογικά ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι το ψυχικό τραύμα επηρεάζει αναπόφευκτα τη νευρωνική πλαστικότητα και την ομαλή ανάπτυξη του εγκεφάλου, και ειδικότερα το μεταιχμιακό σύστημα, τα συστήματα του μετωπιαίου φλοιού, του νεοφλοιού, του ιππόκαμπου και της αμυγδαλής· τα κέντρα της σκέψης, της μάθησης και της μνήμης, καθώς και τους νευροβιολογικούς μηχανισμούς που ενεργοποιούνται κατά την αντίδραση στο στρες (Marmar et al., 1995· Horowitz, 1997· Enoch, 2011· van der Kolk, 2015· Dahlitz & Hall, 2017).

Οι Taylor et al. (2010) υποστηρίζουν ότι είναι όλο και πιο εμφανές ότι οι αμφίδρομες αλληλεπιδράσεις μεταξύ του εγκεφάλου και των περιφερικών ιστών, συμπεριλαμβανομένου του καρδιαγγειακού και του ανοσοποιητικού συστήματος, τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία. Σύμφωνα με τον Heller (2017)<sup>vii</sup>, το (αναπτυξιακό) τραύμα δεν επηρεάζει μόνο το σώμα και το νευρικό σύστημα αλλά και την αίσθηση του εαυτού και την ταυτότητά μας. Ειδικά σε περιπτώσεις γονεϊκής παραμέλησης ή κακοποίησης, όπου το παιδί βιώνει “τοξικές ρωγμές” στη σχέση με τους γονείς του αποκτώντας έτσι διαταραγμένους δεσμούς προσκόλλησης επηρεάζεται σημαντικά η ομαλή ανάπτυξη του εγκεφάλου του· πιο συγκεκριμένα, του δεξιού ημισφαιρίου, το οποίο είναι κατεξοχήν υπόλογο για την ομαλή συναισθηματική λειτουργία (Siegel, 2003· Shore, 2008, 2014). Μάλιστα, αυτός ο πρώιμος τύπος

τραύματος, που ονομάζεται “τραύμα του δεσμού πρόσδεσης” (*attachment trauma*), αποτυπώνεται στο δεξί ημισφαίριο με τη μορφή ασυνείδητων εσωτερικών αναπαραστάσεων (Shore, 2008). Αυτές οι εσωτερικευμένες αναπαραστάσεις επηρεάζουν την προσωπικότητα και τη μελλοντική συμπεριφορά του ατόμου, ειδικά σε κοινωνικό, σχεσιακό και συναισθηματικό επίπεδο (Shore, 1994· Pearlman & Courtois, 2005).

Σε αυτό ακριβώς το σημείο, το πεδίο των νευροεπιστημών διασταυρώνεται και με αυτό της θεωρίας των αντικειμενοτρόπων σχέσεων (Klein, Bowlby, κ.λπ), η οποία, όπως αναφέρθηκε, υποστηρίζει πως ο τρόπος που ανταποκρίνονται οι γονείς στις ανάγκες των παιδιών καθορίζει το είδος των δεσμών που αυτά αναπτύσσουν, το οποίο με τη σειρά του επηρεάζει σημαντικά την σκέψη και τα συναισθήματα, τη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου (Fishbane, 2007). Σύμφωνα με τον Siegel (2003) “οι σχέσεις μας με τους άλλους ανθρώπους καθορίζουν τις σχέσεις (συνάψεις) που δημιουργούνται μεταξύ των νευρώνων μας”. Ως εκ τούτου, γίνεται εμφανές πως η γνώση της λειτουργίας του εγκεφάλου και των τρόπων ρύθμισης του σώματος, καθίσταται πολύ σημαντική στην κατανόηση και θεραπεία των τραυματικών συμπτωμάτων (van der Kolk, 2015· Χριστοδούλου, 2015· Heller et al., 2017). Όπως επισημαίνει άλλωστε και η Αλεξάνδρου (2009), “ψυχικό τραύμα δεν αποτελεί μόνο το ρήγμα στο προστατευτικό φράγμα του συστήματός μας, έναντι στην υπερδιέγερση ενός γεγονότος που οδηγεί σε συναισθήματα συντριβής, αλλά και, όπως αναφέρει η σύγχρονη επιστήμη, το χάσιμο της προσαρμοστικότητας και ανθεκτικότητας του νευρικού συστήματος, το οποίο καταρρέει και αποδιοργανώνεται” (Αλεξάνδρου, 2009).

Επομένως, υπό το πρίσμα των νευροεπιστημονικών ευρημάτων, στις περιπτώσεις όπου υπάρχει τραύμα, βασικό μέλημα της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας είναι η αποκατάσταση της λειτουργίας και ο συντονισμός των απορυθμισμένων συστημάτων, του νευρικού συστήματος και των κυκλωμάτων του εγκεφάλου, και ιδιαίτερα η επανενεργοποίηση του δεξιού ημισφαιρίου, που επηρεάζει καθοριστικά την ικανότητα του ατόμου για συναισθηματική ρύθμιση (Shore, 2014). Αυτό στη θεραπεία επιτυγχάνεται σε με τη “μη λεκτική” επικοινωνία θεραπευτή-θεραπευόμενου, η οποία προάγει το συντονισμό των συναισθημάτων (δεξιών ημισφαιρίων) και όπως έχει φανεί “όταν δύο άτομα συντονίζονται συναισθηματικά, συντονίζονται και σε επίπεδο φυσιολογίας” (Goleman, 2006). Άλλωστε, κατά τον Mereas (2017) “μια καλή θεραπευτική διαδικασία μπορεί να θεωρηθεί σαν μια δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ των δεξιών ημισφαιρίων του θεραπευτή και του θεραπευόμενου”. Επιπλέον, έχει φανεί ότι σε στιγμές υψηλής συναισθηματικής φόρτισης επανενεργοποιείται στο δεξί ημισφαίριο, στην άρρητη μνήμη, το εσωτερικευμένο ασυνείδητο μοντέλο δεσμού πρόσδεσης, το οποίο και αναπαρίσταται στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης, δίνοντας έτσι την ευκαιρία για επανορθωτική εμπειρία (Siegel, 2003· Shore, 2003, 2014). Αυτό ταιριάζει επίσης και με τη θεωρία της επαναπαγίωσης της μνήμης του Bruce Ecker<sup>viii</sup> (1990), σύμφωνα με την οποία η επεξεργασία του τραύματος μέσα σε ένα ασφαλές περιβάλλον, όπως αυτό της ψυχοθεραπείας, συμβάλει στην εκ νέου, συνειδητή και ελεγχόμενη καταγραφή του στη ρητή μας μνήμη, οδηγώντας σε βαθιά θεραπευτική αλλαγή (Herman, 2011).

## 5. Πρώιμο ψυχικό τραύμα και ψυχικές διαταραχές

Η πληθωρική ερευνητική δραστηριότητα και τα νευροψυχολογικά ευρήματα έχουν πλέον αποδείξει ότι οι τραυματικές εμπειρίες, ιδιαίτερα στα πρώτα χρόνια της ζωής, επηρεάζουν ή εμποδίζουν τόσο την κινητική και γνωστική ανάπτυξη του ατόμου, όσο και την ψυχική του υγεία· ενώ επιδρούν αποφασιστικά στην ομαλή ψυχοσυναισθηματική του εξέλιξη, σε όλη τη διάρκεια και τους τομείς της ζωής του (De Bellis, 2001· Norman et al., 2012).

Σε μία επιδημιολογική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες, η οποία είχε αντικείμενο τις μακροχρόνιες επιδράσεις τραυματικών συμβάντων κατά τη διάρκεια των 18 πρώτων χρόνων της ζωής, διαπιστώθηκε ότι οι πιο συνηθισμένες επιβαρυντικές εμπειρίες στην παιδική και εφηβική ηλικία είναι το διαζύγιο των γονέων με 17,5%, η βία στην οικογένεια 14%, οι οικονομικές δυσκολίες 11%, ο θάνατος γονέα 10% και η ψυχική διαταραχή ενός γονέα 10%. Στοιχεία που αφορούσαν άλλες μορφές επιβαρυντικών εμπειριών, όπως είναι η σωματική κακοποίηση (8,4%), η σεξουαλική κακοποίηση (6%), και η γονεϊκή παραμέληση (child neglect) (5,6%), δεν θεωρήθηκαν εξίσου αξιόπιστα, λόγω δυσκολίας στην αναφορά τους αλλά και στην αντικειμενική αξιολόγησή τους εκ μέρους του θύματος. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει, ακόμη και δεκαετίες αργότερα, μεγάλη συσχέτιση μεταξύ των τραυματικών εμπειριών κατά την παιδική ηλικία και ευαλωτότητας σε σωματικές και ψυχικές ασθένειες, εκδήλωσης επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς, αλκοολισμού, κατάθλιψης, κατάχρησης ουσιών, αυτοκτονικής συμπεριφοράς και πρόωρων θανάτων (Green et al., 2010).

Ωστόσο, ψυχικά τραύματα υφίστανται όλοι οι άνθρωποι, καθώς κανένας, στην πραγματικότητα, δεν βρίσκεται στο “απυρόβλητο” των στρεσογόνων γεγονότων της ζωής, δεν εξελίσσονται όμως για όλους σε ψυχικές διαταραχές.

Πολλοί παράγοντες φαίνεται πως εμπλέκονται στην παθογενετική διεργασία που εκτυλίσσεται ύστερα από μια τραυματική εμπειρία. Ο Freud, αλλά και πολλοί άλλοι μελετητές, προσπάθησαν ιδιαίτερα να εξηγήσουν αυτούς τους μηχανισμούς, και να διερευνήσουν γιατί και με ποιούς τρόπους ορισμένες εμπειρίες προδιαθέτουν στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας ενώ άλλες όχι. Συνοπτικά, συναίσθημα, άγχος και τραύμα αλληλοσυνδέονται εξ αρχής στην αναλυτική, φροϋδική σκέψη: στην περίπτωση ενός τραυματικού γεγονότος το συναίσθημα δεν εκφορτίζεται, μετατρέπεται σε άγχος (π.χ. αγχώδης υστερία). Είναι η περίοδος της πρώτης θεωρίας του άγχους και του τραύματος (1915), σύμφωνα με την οποία το συναίσθημα αποτελεί την ποιοτική έκφραση της ποσότητας της ενορμητικής ενέργειας, ενώ η αναπαράσταση είναι η ποιοτική της συνιστώσα. Κάθε μία από τις “συνιστώσες” μπορεί να έχει διαφορετικό πεπρωμένο ανάλογα με την ψυχοπαθολογία που εκδηλώνεται (Freud, 1915). Στη δεύτερη θεωρία του Freud για το άγχος (1926), τη θέση της απουσίας εκφόρτισης θα πάρει η μη ικανοποίηση της ενόρμησης: το άγχος είναι ένα σήμα κινδύνου προκειμένου το Εγώ να κινητοποιήσει μηχανισμούς άμυνας.

Αλλιώς, αν δεν αποτελέσει “σήμα” και εκδηλωθεί αυτόματα, “κατακλυσμικό” άγχος, είναι χαρακτηριστικό των τραυματικών καταστάσεων (Freud, 1926).

Οι παραπάνω θεωρίες έρχονται σε συμφωνία με τη νευροφυσιολογική αντίδραση του οργανισμού σε μια απειλητική συνθήκη, ο οποίος, όπως περιγράφηκε υπό το πρίσμα των νευροππιστημονικών μελετών, αντιδρά είτε με φυγή (flight), είτε με πάλη (fight), είτε με “πάγωμα” (freeze). Αμφότεροι οι τρόποι αυτοί είναι αδύνατοι για ένα παιδί του οποίου την προστασία έχουν κυρίως οι φροντιστές του. Ως εκ τούτου, η φυσική αντίδραση / τάση αναστέλλεται, ίσως και για δεκαετίες ολόκληρες κάποιες φορές, ώσπου να εκδηλωθεί, με τις κατάλληλες συνθήκες, με κάποιο σύμπτωμα (van der Kolk, 1994· Horowitz, 1997· Briere et al., 2014, 2015· Heller et al., 2018).

Σύμφωνα με τη Mache (2009), η τραυματική εμπειρία μπορεί να αλλάξει δραματικά την εξέλιξη της ζωής του παθόντα, δημιουργώντας σημαντικές βλάβες στην ψυχολογική του ανάπτυξη και την εγκεφαλική του λειτουργία. Πράγματι, πολυάριθμες μελέτες αποδεικνύουν ότι η σωματική και η σεξουαλική κακοποίηση, καθώς και άλλες τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία, συνδέονται με την εκδήλωση ποικίλων διαταραχών, όπως συναισθηματικών, αγχώδων και ψυχωσικών διαταραχών, καθώς και αυτοκτονικών συμπεριφορών (Liotti, 2004· Kring et al., 2010· Herman, 2011· Sesar et al., 2012· Easton et al., 2013· Briere et al., 2015· Nauert, 2016).

Η εκτίμηση της επίδρασης που μπορεί να έχουν ψυχοπιεστικά γεγονότα στην διάρκεια της παιδικής ηλικίας αναφορικά με την εκδήλωση ψυχιατρικών διαταραχών ποικίλει από 22% στο 32% για τις γυναίκες και από 20% στο 24% για τους άνδρες (Alvarez et al., 2011). Εμπειρίες παιδικής σωματικής κακοποίησης αναφέρονται συχνά από άτομα που παρουσιάζουν κρίσεις πανικού σε ποσοστά από 13-54% και άλλες αγχώδεις διαταραχές σε ποσοστά 5-45% (Friedman et al., 2002). Παιδική σεξουαλική κακοποίηση αναφέρεται σε ποσοστά 7-35% στα άτομα που παρουσιάζουν αγχώδεις διαταραχές και 35% στα άτομα που παρουσιάζουν διαταραχές της διάθεσης, ενώ το ποσοστό είναι πολύ υψηλότερο σε άτομα με διάγνωση σχιζοφρένειας (60%) (Friedman et al., 2002).

Η πιο συχνή διαταραχή σχετιζόμενη με τραυματικές εμπειρίες, τόσο για τα παιδιά όσο και για τους ενήλικες, είναι η Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους (PTSD), η οποία υπάγεται στις αγχώδεις διαταραχές και έχει ως κύρια χαρακτηριστικά τη (χρόνια) κοινωνική απόσυρση, το αίσθημα κενού, τη δύσπιστη στάση απέναντι σε κόσμο, το αίσθημα αποξένωσης και αποσύνδεσης, και την αίσθηση διαρκούς απειλής (APA, 2013). Μακροχρόνιες μελέτες επιβεβαιώνουν τη σχέση ανάμεσα στην κακοποίηση / παραμέληση στην πρώιμη παιδική ηλικία και την εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής, συνδέοντας μάλιστα την μικρότερη ηλικία εμφάνισης του ψυχικού τραυματισμού με την εκδήλωση σοβαρότερων συμπτωμάτων (van der Hart et al., 2005). Ωστόσο, σε άτομα που το διαπροσωπικό τραύμα ήταν χρόνιο κατά την παιδική τους ηλικία παρατηρήθηκαν κάποια συμπτώματα που δεν περιλαμβάνονταν στην κλασική διάγνωση της μετατραυματικής διαταραχής. Έτσι, η επιτροπή του APA δημιούργησε μια νέα κατηγορία με το όνομα “Σύνθετη Μετατραυματική Διαταραχή”, η οποία παρουσιάζει συνήθως πιο περίπλοκα συμπτώματα, όπως δυσκολία στη ρύθμιση συναισθήματος,

δυσκολίες στη μνήμη και τη συνειδητότητα, μεταβολή της αντίληψης εαυτού, αίσθηση αναποτελεσματικότητας, ντροπής, ενοχής, απομόνωσης, υποτίμησης εαυτού, μεταβολή αντίληψης στις διαπροσωπικές σχέσεις, σωματοποίηση και μεταβολή της αντίληψης για τη ζωή (van der Hart et al., 2005· van der Kolk et al., 2005· Herman, 2011· Briere & Scott, 2014 ).

Σύμφωνα με έρευνες η μετατραυματική διαταραχή μπορεί να θεωρηθεί και ως “μια εκδήλωση ενός διαρρηγμένου συστήματος πρόσδεσης” (Schore, 2002· Zulueta, 2006). Με βάση τη Liotti (2004), τα περισσότερα κακοποιημένα παιδιά φαίνεται να έχουν αποδιοργανωμένο μοτίβο σχέσης, που όπως δείχνουν οι έρευνες σχετίζεται άμεσα με τις διαταραχές που έχουν να κάνουν με τραύμα. Ο Zulueta (2004) αναφέρει πως αν παρατηρήσει κανείς τα ψυχολογικά και νευροβιολογικά συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής και του αποδιοργανωμένου δεσμού πρόσδεσης μπορεί να βρει πολλές ομοιότητες. Ένα άλλο βασικό γνώρισμα των ατόμων με τραυματικές εμπειρίες είναι μια βαθιά αίσθηση ντροπής. Τα άτομα που έχουν βιώσει κάποιο είδος κακοποίησης, έχουν νιώσει αδύναμα και αβοήθητα, με αποτέλεσμα να διακατέχονται από έντονα συναισθήματα ντροπής, ταπείνωσης και υποτίμησης. Αυτό έχει σοβαρό αντίκτυπο στην εικόνα εαυτού που τελικά σχηματίζουν, η οποία είναι “παραμορφωμένη” (Herman, 2011). Ειδικά οι εμπειρίες που εντάσσονται στο σύνδρομο του *σύνθετου τραύματος (complex trauma)* μπορεί να αλλοιώσουν σοβαρά την αντίληψη και τη διαμόρφωση της προσωπικότητας οδηγώντας στη συνέχεια σε ποικίλα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα (Courtois & Ford, 2012).

Έρευνες έχουν δείξει, επίσης, ότι παιδιά και έφηβοι ευπαθών κοινωνικών ομάδων που έχουν υπάρξει μάρτυρες ή θύματα βίας παρουσιάζουν συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής παρόμοια με αυτά των στρατιωτών που επιστρέφουν από το μέτωπο. Τα συμπτώματα αυτά, μεταξύ άλλων, είναι η αίσθηση του “μη ανήκειν”, η εισβολή αυτοκτονικών σκέψεων και φόβων, η διάσπαση της προσοχής και η αποσύνδεση / διάσχιση (Evans et al., 2005). Το ίδιο το τραύμα ενέχει από τη φύση του ένα είδος “διαίρεσης - διάσχισης”, καθώς ένα κομμάτι παρουσιάζει ομαλή ανάπτυξη και λειτουργικότητα, ενώ ένα άλλο κομμάτι μένει κολλημένο στο τραύμα και στις τραυματικές αναμνήσεις (van der Hart et al., 2005). Η συνύπαρξη αυτού του διπλού μοτίβου εναλλασσόμενων χρόνων του τραύματος, των φάσεων “αποφυγής” και “αναβίωσης”, είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα όλων των διαταραχών που έχουν σχέση με τραύμα (APA, 2013).

Συγκεκριμένοι παράγοντες και χαρακτηριστικά του παιδιού, όπως η ηλικία και το εξελικτικό του επίπεδο όταν το τραύμα συμβαίνει, ο τύπος του τραύματος (κακοποίηση σωματική / σεξουαλική / παραμέληση, τραυματικά κοινωνικά γεγονότα / μαζικές καταστροφές, κ.ο.κ.), η συχνότητα, η διάρκεια και η σφοδρότητα της τραυματικής συνθήκης, έχουν αποδειχθεί πως επηρεάζουν καταλυτικά τις συνέπειες του τραύματος (Molnar et al., 2001· Ogle et al., 2013). Για παράδειγμα, η σχέση ανάμεσα στο θύμα και τον δράστη, όταν πρόκειται για κακοποίηση, αλλά και η προσωπικότητα των γονέων, καθώς και η στάση τους ή η εμπλοκή τους στην τραυματική συνθήκη, είναι από τους πιο καθοριστικούς παράγοντες στην ψυχική πορεία του τραύματος.



Σύμφωνα μια πρόσφατη μελέτη, ο κίνδυνος αυτοκτονίας στην ενήλικη ζωή βρέθηκε πως σχετίζεται στενά με τη συχνότητα της κακοποίησης κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, καθώς και με την ταυτότητα του κακοποιητή / δράστη (Nauert, 2016). Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε πως όσο πιο στενή, άμεση σχέση (γονεϊκή, αδερφική) υπήρχε μεταξύ του κακοποιημένου παιδιού και του δράστη, τόσο μεγαλύτερος ήταν και ο κίνδυνος αυτοκτονίας, ενώ ο κίνδυνος ήταν μικρότερος όσο ο βαθμός συγγένειας απομακρυνόταν ή δεν υπήρχε καθόλου (Nauert, 2016).

Σε μια προοπτική μελέτη, η οποία σκόπευε στην αξιολόγηση των συνεπειών που μπορεί να έχουν οι τραυματικές εμπειρίες στην οικογένεια που προκαλούνται από τους γονείς (όπως η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής, η κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών) στην ανάπτυξη αντίστοιχων διαταραχών στα παιδιά τους, διαπιστώθηκε ότι οι τραυματικές εμπειρίες συνδέονται με την εκδήλωση κατάθλιψης στα κορίτσια και χρήσης ουσιών στα αγόρια, ειδικά στις περιπτώσεις που η γονεϊκή φροντίδα ήταν ελλιπής και η χρήση ουσιών ήταν συχνή στην ομάδα των συνομήλικων (Hoffmann & Su, 1998). Επίσης σε μια μελέτη διερεύνησης της αυτοκτονίας στην εφηβική ηλικία, η οποία συνέκρινε εφήβους με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας και εφήβους χωρίς αντίστοιχο ιστορικό, βρέθηκαν πολλαπλά τραυματικά γεγονότα στην οικογένειά τους, κατά το έτος που προηγήθηκε της απόπειρας και την τελευταία εβδομάδα πριν από αυτήν (Horesh et al., 2003). Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών επικεντρωμένων στη σύνδεση ανάμεσα στα στρεσογόνα γεγονότα και ψυχικών διαταραχών, αυτοκτονικότητας και χρήσης αλκοόλ, αναφέρονται παρόμοια συμπεράσματα για τις ομάδες των εφήβων (Mills et al., 2006).

Οι Ceballo και οι συνεργάτες (2001) πραγματοποίησαν έρευνα σε 96 παιδιά, 9-12 ετών, τα οποία έρχονταν σε επαφή με τη βία, σε χρόνια βάση. Τα παιδιά αυτά παρουσίαζαν συμπτωματολογία PTSD, όπως επαναβίωση του τραυματικού συμβάντος σε όνειρα και κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού, μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες που σε προηγούμενο στάδιο προσλαμβάνονταν ως ευχάριστες, καθώς επίσης και αποφευκτική συμπεριφορά.

Η έρευνα περιελάμβανε και τους γονείς των παιδιών. Με τον τρόπο αυτό ήρθε στην επιφάνεια η αναντιστοιχία ανάμεσα στο πώς προσλαμβάνουν την έκθεση των παιδιών στη βία οι γονείς και πώς τα ίδια τα παιδιά, καθώς έγινε σαφές ότι οι γονείς είχαν την τάση είτε να υποτιμούν την επαφή που είχαν τα παιδιά τους με βίαια περιστατικά, είτε να μη γνωρίζουν τίποτα σχετικά. Σε πολλές περιπτώσεις, αυτό θα μπορούσε να οφείλεται στον ψυχολογικό αμυντικό μηχανισμό της *άρνησης* (*denial*) του γεγονότος. Ταυτόχρονα, πολλές φορές τα ίδια τα παιδιά επιλέγουν να μην εμπλέξουν τους γονείς τους σε περιστατικά θυματοποίησης τους για διάφορους λόγους. Ανάμεσα σε αυτούς περιλαμβάνεται ο φόβος ότι θα περιοριστεί η ελευθερία κινήσεών τους, αλλά και η υπέρμετρη εξοικείωση με περιστατικά βίας, η οποία με τη σειρά της επιφέρει ένα είδος απάθειας (Ceballo et al., 2001). Έτσι, καθίσταται εμφανές πως οι τραυματικές εμπειρίες επηρεάζουν την κατασκευή της εικόνας του εαυτού (Schore, 1994, 2003), ειδικότερα στις περιπτώσεις όπου παρουσιάζονται πολλές ψυχολογικές δυσκολίες (Sutherland & Bryant, 2005).

Ωστόσο, κλείνοντας, θα ήταν χρήσιμο να σημειωθεί, πως ο ψυχικός τραυματισμός δεν ανάγεται μηχανιστικά στο σύνολο των διαταραχών ή / και των συμπτωμάτων που προκαλεί. Όπως γράφει και η Μάτσα (2007), “το τραύμα αφορά πρώτα από όλα ένα πρόσωπο, με τη δική του ιστορία, που καταδικάζεται να κουβαλά σε όλη του τη ζωή τα χνάρια της βίας που υπέστη, παραμένοντας φυλακισμένο μέσα στον ίδιο τον τραυματισμό του”. Επομένως, η ουσία του ψυχοτραυματισμού πρέπει να αναζητηθεί πέραν της φαινομενολογίας των συμπτωμάτων. Απαιτεί τη διαλεκτική προσέγγιση της θέσης του τραύματος στην ψυχική οικονομία του κάθε ατόμου, της δυναμικής σχέσης του τραυματικού γεγονότος με την προσωπική του ιστορία αλλά και τη συλλογική, καθώς και τον ιδιαίτερο τρόπο της εγγραφής του εκάστοτε τραύματος στο σώμα, τον ψυχισμό και την κουλτούρα του.

## **6. Επιπτώσεις του πρώιμου ψυχικού τραύματος στην ενήλικη ζωή**

Η πρώιμη έκθεση του παιδιού σε τραυματικά γεγονότα κατά την διάρκεια δόμησης του ψυχισμού, όπως είδαμε, διαρρηγνύει το προστατευτικό σύστημα του ψυχισμού, προκαλώντας μια ασυνέχεια τόσο στην ψυχή όσο και στο σώμα και επιφέροντας σημαντικές επιπτώσεις στην ενήλικη ζωή. Οι θεωρητικοί του τραύματος θα συμφωνήσουν πως το κακοποιημένο ή αλλιώς τραυματισμένο παιδί αναπτύσσει αμυντικές ψυχολογικές προσαρμογές που γίνονται θεμελιώδεις αρχές οργάνωσης της ενήλικης προσωπικότητάς του (Herman, 1992· Mereas et al., 2017).

Το ψυχικό τραύμα είναι, ουσιαστικά, το ίχνος που έμεινε στο νου, τον εγκέφαλο και το σώμα. (van der Kolk, 2015). Υπό αυτό το πρίσμα, τα τραυματικά συμπτώματα έχουν την τάση να αποσυνδέονται από την πηγή τους (το τραυματικό γεγονός) και να συνεχίζουν μια δική τους ζωή (Βεντουράτου, 2009). Σύμφωνα με την Alice Miller, “οι απωθημένες τραυματικές εμπειρίες της παιδικής μας ηλικίας αποθηκεύονται στο σώμα μας και, παρόλο που παραμένουν ασυνείδητες, εξακολουθούν να επιδρούν επάνω μας, ακόμα και όταν είμαστε ενήλικες” (Miller, 2013). Όμως, το τραύμα αγγίζει τον καθένα με πολύ προσωπικό τρόπο. Το πώς θα βιώσει ένα άτομο τον ψυχικό τραυματισμό και πώς θα αντιδράσει σε αυτόν εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Σύμφωνα με το μοντέλο του Maercker (1997), το αν ένα δύναμι τραυματικό γεγονός έχει μακροπρόθεσμες ψυχικές συνέπειες εξαρτάται όχι μόνο από τα χαρακτηριστικά του συμβάντος, αλλά και από προσωπικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Η σοβαρότητα του συμβάντος, η αδυναμία πρόβλεψής του ή ελέγχου του, σε συνδυασμό με έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου ή κατανόησης από το περιβάλλον, συχνά οδηγούν ένα άτομο με χαμηλή αυτοεκτίμηση, πιθανόν χαμηλού οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου, ενδεχομένως με προηγούμενο τραυματικό ιστορικό ή / και ήδη ψυχικά ευάλωτο, σε σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα στην ενήλικη ζωή. Όταν μάλιστα πρόκειται για ένα παιδί και τα τραυματικά βιώματα είναι σύνθετα, πολλαπλά ή / και επαναλαμβανόμενα, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να επηρεάσουν όλη την προσωπικότητά του με μακροπρόθεσμες και δύσκολα αναστρέψιμες συνέπειες (Schoore, 2002, 2003b, 2014).

Πληθώρα εμπειρικών ερευνών δείχνει πως, ανεξάρτητα από το αν η τραυματική εμπειρία του αναπτυσσόμενου παιδιού έχει οξύ ή παρατεταμένο χαρακτήρα και ανεξάρτητα από το αν ήταν τραυματική από την αρχή ή έγινε τέτοια αργότερα, προδιαθέτει τον άνθρωπο σε διαταραχές προσαρμογής όταν, αργότερα, υφίσταται την επίδραση στρεσογόνων παραγόντων (Liotti, 2004). Μάλιστα, μια πρόσφατη μελέτη, η οποία περιγράφεται παρακάτω, έδειξε πως το τραύμα της παιδικής ηλικίας δεν οδηγεί μόνο σε αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης στην ενηλικίωση, αλλά μπορεί να επηρεάσει και την ανταπόκριση της αντικαταθλιπτικής θεραπείας σε ενήλικες με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Williams et al., 2016).

Σύμφωνα με μία συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση άρθρων που δημοσιεύτηκαν από το 1990 έως και το 2010 στην αγγλική και πορτογαλική γλώσσα στο PubMed και στο SciELO, στο 94% των άρθρων βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ παιδικής κακοποίησης και ψυχιατρικών διαταραχών κατά την ενήλικη ζωή, όπως αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές της διάθεσης, αποσυνδεδετικού τύπου διαταραχές προσωπικότητας και με σχιζοφρένεια (Martins et al., 2011). Επιπλέον, σε άλλη συστηματική μελέτη, έχει βρεθεί πως η έκθεση σε περισσότερα από δυο ψυχοπαιστικά γεγονότα στην παιδική ηλικία αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα ανάπτυξης διαταραχής χρήσης αλκοόλ και άλλων, πιο παράνομων ουσιών (Epoch, 2006).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης η ανασκόπηση των Morgan & Fisher (2007) για τις επιπτώσεις της κακοποίησης σε ενήλικες με διάγνωση ψυχωσικής διαταραχής ανάλογα με το φύλο τους. Στη μελέτη βρέθηκαν μικρότερα ποσοστά σωματικής κακοποίησης μεταξύ των γυναικών (35%) και των ανδρών (38%), αλλά σχεδόν παρόμοια ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης (42% των γυναικών, 28% των ανδρών), δείχνοντας ότι η σωματική κακοποίηση σχετίζεται έντονα με την εμφάνιση ψυχωσικών διαταραχών στους άνδρες, ενώ για τις γυναίκες είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικές οι εμπειρίες σεξουαλικής κακοποίησης. Η έρευνα του Alvarez και των συνεργατών (2011) επιβεβαίωσε εκ νέου αυτήν την σύνδεση, μελετώντας μία ομάδα 102 ατόμων με ψυχωσικές διαταραχές. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως σχεδόν οι μισοί (47,5%) ανέφεραν κάποια μορφή παιδικής κακοποίησης και παρουσίαζαν σοβαρότερες μορφές ψύχωσης (με εμφάνιση σε νεότερη ηλικία) και διπλάσιο ποσοστό αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών.

Σε μια ακόμη μελέτη, οι Conus και οι συνεργάτες (2010) αναφέρουν ότι το 79,7% των ατόμων που παρουσίασαν πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο στα πλαίσια διπολικής διαταραχής, είχαν εκτεθεί στην παιδική τους ηλικία τουλάχιστον σε ένα ψυχοτραυματικό γεγονός, όπως διαζύγιο γονέων (39.8%), πρόωρο θάνατο ενός μέλους της οικογένειας ή στενού φίλου (19.5%), σωματική (16.1%) ή σεξουαλική (15.3%) κακοποίηση, και μετανάστευση (13.6%). Επίσης, στην ίδια μελέτη φάνηκε πως τα άτομα με πολλές τραυματικές παιδικές εμπειρίες παρουσίαζαν και την πιο επιβαρυνμένη κλινική εικόνα, με παράλληλη παρουσία και άλλων ψυχικών διαταραχών.

Ο Klomek και οι συνεργάτες (2015) μελέτησαν τις επιπτώσεις του εκφοβισμού (bullying) κατά την παιδική ηλικία, σε μια ανασκόπηση διαχρονικών μελετών παιδιών που είχαν εκφοβιστεί μέχρι την ηλικία των 18 ετών. Τα παιδιά που υποστεί εκφοβισμό εμφάνιζαν υψηλό κίνδυνο κατάθλιψης και διαταραχών

άγχους στην ενηλικίωση. Επίσης, είχαν συχνά υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονικών σκέψεων και σχεδίων από τα παιδιά που δεν είχαν εκφοβιστεί. Οι συνέπειες του εκφοβισμού από την παιδική ηλικία ήταν χειρότερες για τα κορίτσια παρά για τα αγόρια. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως συνολικά, όσο υψηλότερη ήταν η συχνότητα του εκφοβισμού στην παιδική ηλικία, τόσο μεγαλύτερες ήταν οι επιδράσεις στην ενηλικίωση. Αυτές οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του εκφοβισμού στην παιδική ηλικία, εντοπίστηκαν ακόμη και μετά τον έλεγχο / αποκλεισμό της προϋπάρχουσας ψυχοπαθολογίας (Klomek et al., 2015).

Σε μια εξαιρετικά ενδιαφέρουσα έρευνα, οι Williams και συνεργάτες (2016) αξιολόγησαν το ρόλο του πρώιμου τραύματος στην πρόβλεψη οξείας απόκρισης στην αντικαταθλιπτική αγωγή, μετρώντας με το Ερωτηματολόγιο Πρώιμου Άγχους (Early-Life Stress Questionnaire), την έκθεση σε 18 τύπους τραυματικών συμβάντων πριν από την ηλικία των 18 ετών. Η μελέτη περιελάμβανε 1008 ενήλικες με διάγνωση μείζονας καταθλιπτικής διαταραχής (ΜΚΔ) και 336 υγιείς μάρτυρες. Οι ασθενείς με κατάθλιψη τυχαιοποιήθηκαν σε εσिताλοπράμη, σετραλίνη ή βενλαφαξίνη για 8 εβδομάδες. Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (υγιείς μάρτυρες), οι ασθενείς με ΜΚΔ παρουσίασαν σημαντικά μεγαλύτερο σκορ τραυματισμού στην παιδική ηλικία: το 62,5% των συμμετεχόντων με ΜΚΔ ανέφεραν περισσότερα από 2 τραυματικά συμβάντα σε σύγκριση με 28,4% των υγιών μαρτύρων. Επίσης, τα ποσοστά σεξουαλικής, σωματικής και συναισθηματικής κακοποίησης, παραμέλησης, μαρτυριών ενδοοικογενειακής βίας και εκφοβισμού ή απόρριψης ήταν σημαντικά υψηλότερα μεταξύ των ασθενών με ΜΚΔ συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (Williams et al., 2016).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η συγκεκριμένη μελέτη έδειξε πως η συνολική έκθεση σε τραυματικά συμβάντα δεν προέβλεπε χαμηλότερο ποσοστό ανταπόκρισης στην αντικαταθλιπτική θεραπεία. Ήταν ιδιαίτερα η παιδική κακοποίηση που προέβλεπε αυτό το αποτέλεσμα. Πιο συγκεκριμένα, η σεξουαλική, σωματική και συναισθηματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία προέβλεπαν φτωχότερη ανταπόκριση και ύφεση στην αντικαταθλιπτική αγωγή, ειδικά εάν η κακοποίηση είχε συμβεί σε ηλικία 7 ετών ή νεότερη. Κλείνοντας, οι ερευνητές προτείνουν ότι η κλινική αντιμετώπιση της κατάθλιψης θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει την εξέταση για ψυχοτραυματισμό στην παιδική ηλικία, με σκοπό τον αποτελεσματικότερο εντοπισμό ατόμων που δεν ανταποκρίνονται στην αρχική αντικαταθλιπτική αγωγή και μπορεί να χρειαστούν εναλλακτική θεραπεία (Williams et al., 2016).

Το ψυχικό τραύμα από την παιδική κακοποίηση φαίνεται να σχετίζεται επίσης ιδιαίτερα στενά και με την εκδήλωση αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών στην ενήλικη ζωή. Σε μια πρόσφατη έρευνα, ο Fuller-Thomson και οι συνεργάτες (2016) εξέτασαν τη σχέση μεταξύ των τραυματικών εμπειριών στην παιδική ηλικία και της αυτοκτονικότητας στην ενηλικίωση. Τα στοιχεία ελήφθησαν από την Καναδική Κοινωνική Έρευνα Υγείας-Ψυχικής Υγείας και αφορούσαν 22.559 άτομα, άνδρες και γυναίκες, ηλικίας 18 ετών και άνω, οι οποίοι συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σχετικά με τραυματικά γεγονότα από την παιδική ηλικία και παροντικές απόπειρες αυτοκτονίας. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 47 έτη και το 51% ήταν γυναίκες. Οι τραυματικές εμπειρίες

που εξετάστηκαν περιελάμβαναν τη σεξουαλική κακοποίηση, τη σωματική κακοποίηση και τη γονική ενδοοικογενειακή βία. Από το συνολικό δείγμα, το 9,8% είχε βιώσει σωματική κακοποίηση, το 5,9% σεξουαλική κακοποίηση και το 4,2% είχε βιώσει τη γονική ενδοοικογενειακή βία. Το 3% του δείγματος ανέφερε ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας.

Ο επιπολασμός των προσπαθειών αυτοκτονίας ήταν σημαντικά υψηλότερος στους ενήλικες που είχαν υποστεί τραύμα ως παιδιά: σωματική κακοποίηση (12,4% έναντι 1,9% χωρίς κακοποίηση), σεξουαλική κακοποίηση (16,9% έναντι 2,1% χωρίς κακοποίηση), και μεταξύ εκείνων που είχαν παρακολουθήσει τη γονική ενδοοικογενειακή βία (7,3% έναντι 2,3% χωρίς οικογενειακή βία). Αξίζει να σημειωθεί πως το φύλο δεν βρέθηκε να μετριάξει τη σχέση ανάμεσα στο τραύμα της παιδικής ηλικίας και την αυτοκτονικότητα στην ενηλικίωση. Από την άλλη, η κατάθλιψη, το άγχος, η κατάχρηση ουσιών και ο χρόνιος πόνος αποτέλεσαν σημαντικό μέρος της σχέσης ανάμεσα στο τραύμα της παιδικής ηλικίας και την αυτοκτονία των ενηλίκων. Από αυτούς τους παράγοντες, η κατάθλιψη αντιπροσώπευε το 25% της συσχέτισης (Fuller-Thomson et al., 2016).

Επίσης, ο Roberts και οι συνεργάτες (2015) διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της κακοποίησης της μητέρας στην παιδική της ηλικία και των συμπτωμάτων κατάθλιψης σε έφηβους και ενήλικους απογόνους. Τα δεδομένα ελήφθησαν από 2 μεγάλες διαμήκεις μελέτες κοορτής γυναικών (N=8.882) και από τους απογόνους τους (N=11.402). Το μητρικό ιστορικό της κακοποίησης περιελάμβανε σωματική, συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση. Τα συμπτώματα κατάθλιψης στους απογόνους αξιολογήθηκαν με ποικίλες κλίμακες που μετρούν την κατάθλιψη. Οι ερευνητές έλαβαν επίσης πληροφορίες σχετικά με τους δυνητικούς μεσολαβητικούς παράγοντες στη σχέση μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών (παιδική κακοποίηση και κατάθλιψη). Οι παράγοντες που εξετάστηκαν περιελάμβαναν την ψυχική υγεία της μητέρας, τα οικογενειακά χαρακτηριστικά (εισόδημα, εκπαίδευση, οικογενειακή δομή) και την εμπειρία των παιδιών από την κακοποίηση. Τα ερευνητικά αποτελέσματα έδειξαν πως σχεδόν τα τρία τέταρτα (73,9%) των απογόνων που μελετήθηκαν είχαν μητέρες που και οι ίδιες ανέφεραν κάποια έκθεση σε σωματική, συναισθηματική ή σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία. Τα παιδιά αυτών των μητέρων, με ιστορικό παιδικής κακοποίησης, είχαν αυξημένο ποσοστό υψηλών καταθλιπτικών συμπτωμάτων από την ηλικία των 12 έως 31 ετών. Σε σύγκριση με τους απογόνους των μητέρων που δεν είχαν εκτεθεί σε κακοποίηση, οι απόγονοι των οποίων οι μητέρες είχαν εκτεθεί σε κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία, διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης συμπτωμάτων σοβαρής κατάθλιψης σε όλη την εφηβεία και τα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης. Επιπρόσθετα, οι απόγονοι των μητέρων που είχαν υποστεί σοβαρή κακοποίηση ήταν περισσότερο από 1,5 φορές πιο πιθανό να παρουσιάσουν σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης και είχαν περίπου 2,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης συνεχών καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σύγκριση με τους απογόνους μητέρων που δεν είχαν κακοποιηθεί.

Σύμφωνα με τους ερευνητές, οι οποίοι συστήνουν την εξέταση για παιδική κακοποίηση σε έγκυες γυναίκες και μητέρες με μικρά παιδιά, έτσι ώστε να

παρέχονται παρεμβάσεις για τη μείωση της πιθανότητας κατάθλιψης στους απογόνους τους, ο συνδυαστικός κρίκος στη σχέση μεταξύ της παιδικής κακοποίησης της μητέρας και του κινδύνου εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης στους απογόνους εντοπίζεται αρχικά στην έκθεση του απογόνου σε κακοποίηση (30,3%), στη μητρική ψυχική υγεία (20,9%) και στα χαρακτηριστικά της οικογένειας (0,3%) (Roberts et al., 2015).

Σχετικά με τις επιπτώσεις του παιδικού τραύματος στην ενήλικη ζωή στην ελληνική βιβλιογραφία εντοπίστηκαν δύο μελέτες. Στην πρώτη διερευνήθηκε σε δείγμα 375 φοιτητών με μέσο όρο ηλικίας τα 21,7 έτη ( γυναίκες 71%), η σχέση παιδικής κακοποίησης ή παραμέλησης στην πατρική οικογένεια με την αλεξιθυμία, με προβλήματα υγείας και με αυτοκτονικό ιδεασμό. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι φοιτητές με ιστορικό κακοποίησης ή παραμέλησης τείνουν να εμφανίζουν προβλήματα στην αναγνώριση και την έκφραση συναισθημάτων και να αναφέρουν σε μεγαλύτερο ποσοστό προβλήματα υγείας και αυτοκτονικού ιδεασμού (Βελίκης et al., 2009).

Στη δεύτερη μελέτη, σκοπός ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ πρώιμων τραυματικών εμπειριών και ύπαρξης άγχους και αναβλητικότητας σε δείγμα φοιτητικού πληθυσμού. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 605 άτομα (203 άνδρες και 402 γυναίκες), προπτυχιακοί και μεταπτυχιακοί φοιτητές του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και του Παντείου Πανεπιστημίου, στους οποίους χορηγήθηκαν, μεταξύ άλλων, η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου Πρώιμου Τραύματος (Early Trauma Inventory–Short Form) (Bremner, 2007), που περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας, όπως σωματικής, συναισθηματικής και σεξουαλικής κακοποίησης πριν από την ηλικία των 18 ετών, η κλίμακα μέτρησης δομικού-καταστασιακού άγχους (State-trait anxiety inventory) και η κλίμακα αναβλητικότητας του Tuckman (1991). Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν πως οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες γενικά, και ιδιαίτερα αυτές που προέρχονταν από σωματική, συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση, σχετίζονταν με αυξημένα επίπεδα άγχους κατά την ενήλικη ζωή. Επίσης, βρέθηκε πως οι τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία και από συναισθηματική κακοποίηση σχετίζονταν με την εμφάνιση τάσεων αναβλητικότητας, οι οποίες συνδέονται με επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή (Αντωνοπούλου, 2015).

Συνοψίζοντας, παλαιότερες αλλά και πρόσφατες μελέτες παρέχουν αδιαμφισβήτητα δεδομένα σχετικά με τις επιδράσεις του ψυχικού τραύματος κατά την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή, με τα αποτελέσματα να περιλαμβάνουν αλλαγές στην προσωπικότητα και την αυτοεκτίμηση, υψηλά ποσοστά εμφάνισης ψυχικών διαταραχών, όπως κατάθλιψης και αυτοκτονικότητας, χαμηλά ποσοστά ανταπόκρισης στην φαρμακευτική αγωγή (αντικαταθλιπτικά), καθώς και υψηλό κίνδυνο καταθλιπτικών συμπτωμάτων ακόμη και σε απογόνους μητέρων με ιστορικό παιδικού ψυχικού τραύματος, τεκμηριώνοντας και ερευνητικά τη διαγενεακή μεταβίβασή του (Alvarez, 2010, 2011· Roberts et al., 2015· Williams et al., 2016· Fuller-Thomson et al., 2016).

## 7. Ψυχικό τραύμα και ψυχική ανθεκτικότητα

Η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας αναπτύχθηκε πρώτα στον χώρο της παιδοψυχιατρικής, από την παρατήρηση ότι ένας σημαντικός αριθμός παιδιών, παρά το γεγονός ότι ζουν κάτω από αντίξοες και στρεσογόνες συνθήκες, λειτουργούν με επάρκεια και δεν εμφανίζουν ψυχικές διαταραχές (Garmezy, 1974· Anthony, 1974· Rutter, 1979). Καθώς θεωρήθηκε ότι μπορεί να διαφωτίσει την αναπτυξιακή πορεία διαφόρων μορφών ψυχοπαθολογίας (Masten & Coatsworth, 1998), κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, το ενδιαφέρον για την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας έχει επεκταθεί, και η σημασία της έχει μελετηθεί σε σχέση με όλο το φάσμα των ηλικιών (Fergusson & Lynskey, 1996). Επιπλέον, ενώ αρχικά διατυπώθηκε ως ατομική έννοια, αργότερα αναπτύχθηκε και σε σχέση με ευρύτερα συστήματα, όπως την οικογένεια, τις ομάδες και την κοινότητα (Walsh, 2003, 2007).

Με βάση τον ορισμό της Masten (2014), “ψυχική ανθεκτικότητα είναι η ικανότητα ενός δυναμικού συστήματος να αντέχει ή να αναρρώνει από σημαντικές απειλές στη σταθερότητα, τη βιωσιμότητα ή την ανάπτυξή του” (Masten, 2014). Οι προϋποθέσεις για την ύπαρξή της είναι: α) η έκθεση σε σοβαρό κίνδυνο ή αντιξοότητα που προβλέπει υψηλά ποσοστά δυσπροσαρμογής, και β) καλή προσαρμογή, η οποία αναφέρεται στην επίτευξη των εκάστοτε αναπτυξιακών στόχων (Masten, Burt & Coatsworth, 2006). Δηλαδή, για να θεωρηθεί ένα άτομο ψυχικά ανθεκτικό πρέπει να πληρούνται δύο βασικές προϋποθέσεις: α) να ζει κάτω από αντίξοες, τραυματικές συνθήκες, οι οποίες θέτουν σε κίνδυνο την ψυχική υγεία και προσαρμογή του και β) να είναι καλά προσαρμοσμένο και ψυχολογικά επαρκές, παρά το ότι αντιμετωπίζει αντίξοες συνθήκες (Rutter, 2000· Cicchetti & Cohen, 2006).

Αρκετοί άλλοι ορισμοί έχουν δοθεί στην έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας (Νικομάνη και συν., 2010):

- η ικανότητα να ανταπεξέρχεται κάποιος με επιτυχία σε μια εξαιρετικά δύσκολη κατάσταση,
- ένα σύνθετο ρεπερτόριο συμπεριφορών οι οποίες περιλαμβάνουν συγκεκριμένα μοντέλα σκέψης και αντίληψης, καθώς και συγκεκριμένες μεθόδους επίλυσης προβλημάτων σε δύσκολες καταστάσεις,
- το σύνολο των χαρακτηριστικών που καθιστούν το άτομο ικανό να προοδεύσει ακόμα και μέσα από αντίξοες συνθήκες,
- ένα σύνολο πολλών διαφορετικών ιδιοτήτων και ικανοτήτων προσαρμογής και υπέρβασης, που έχουν γενετικό, ατομικό και οικογενειακό χαρακτήρα.

Σε γενικές γραμμές, όλες οι αντίξοες, ψυχοπρεστικές και τραυματικές συνθήκες που θέτουν σε κίνδυνο την ομαλή εξέλιξη και την ψυχολογική επάρκεια ενός ατόμου ονομάζονται *παράγοντες επικινδυνότητας* (risk factors), ενώ οι *προστατευτικοί παράγοντες* (protective factors) αποτελούν τους ατομικούς και κοινωνικό-περιβαλλοντικούς παράγοντες, καθώς και ορισμένες διεργασίες, που ανακόπτουν ή τροποποιούν τις αρνητικές επιπτώσεις των πρώτων (Μόττη, Στεφανίδη, 2006).

Ο Rutter (1999) τονίζει τον ρόλο των *θετικών και αρνητικών αλυσιδωτών αντιδράσεων (positive and negative chain reactions)* που μπορούν να μειώνουν ή να αυξάνουν αντίστοιχα την επίδραση των ψυχοπαιστικών συνθηκών και εμπειριών στην ζωή ενός ατόμου ως προς την εξέλιξη του, καθώς και την παρουσία *εξουδετερωτικών εμπειριών (corrective experiences)* που μπορούν να αντισταθμίσουν θετικά τις τραυματικές εμπειρίες του παρελθόντος, αλλά και την ατομική ικανότητα συναισθηματικής και γνωστικής διεργασίας των εμπειριών αυτών (Rutter, 1999).

Ως εκ τούτου, διαφαίνεται πως η ψυχική ανθεκτικότητα παρουσιάζει τρεις βασικές διαστάσεις: α) την απειλή / αντιξοότητα, που λειτουργεί ως *παράγοντας κινδύνου (risk factor)* για τη σταθερότητα του ατόμου, β) την καλή προσαρμογή και ψυχολογική επάρκεια που παρουσιάζει το άτομο παρά το ότι βιώνει αντίξοες ή / και απειλητικές για τη σταθερότητά του συνθήκες, και γ) τους *προστατευτικούς παράγοντες (protective factors)*, που φαίνονται να διαμεσολαβούν και να προστατεύουν από τις επιπτώσεις των τραυματικών εμπειριών / παραγόντων κινδύνου (Masten, Burt & Coatsworth, 2006).

Αξίζει να σημειωθεί πως οι περισσότεροι από τους παράγοντες κινδύνου έχουν δυο πόλους (bipolar). Αυτό σημαίνει ότι τοποθετώντας τους νοητά σε μία γραμμή, προς τη μία κατεύθυνση θα αποτελούσαν *παράγοντα κινδύνου*, ενώ προς την αντίθετη κατεύθυνση, *προστατευτικό παράγοντα*. Χαρακτηριστικά παραδείγματα παραγόντων κινδύνου “διπλής κατεύθυνσης” συνιστούν η γονεϊκή φροντίδα, η οργάνωση και συνοχή της οικογένειας και του περιβάλλοντος, το μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο, οι εμπειρίες μέσα στην οικογένεια, κ.λπ (Masten, 2001· Luthar, 2006). Επιπλέον, συχνά οι παράγοντες επικινδυνότητας τείνουν να συνυπάρχουν και η δύναμη της επίδρασής τους είναι πολλαπλασιαστική, όταν δρουν σε συνέργεια, δημιουργώντας *συσσωρευτικό κίνδυνο (cumulative risk)*. Ο συσσωρευτικός κίνδυνος αφενός μπορεί να απαλύνεται σε κάποιο βαθμό από την επίδραση των προστατευτικών παραγόντων, αφετέρου όμως, αυξάνει εξαιρετικά την επικινδυνότητα για την προσαρμογή και την ψυχική ευημερία του αναπτυσσόμενου ατόμου (Μόττη-Στεφανίδη, 2006). Τέλος, ορισμένοι παράγοντες είναι πιθανό να εντείνουν τις αρνητικές επιπτώσεις των παραγόντων κινδύνου. Αυτοί οι παράγοντες ονομάζονται *παράγοντες ευπάθειας (vulnerability factors)* και σχετίζονται με γενετικά, ατομικά αλλά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά (Rutter, 1999· DuMont et al., 2007).

Αναφορικά με την *ψυχολογική επάρκεια (competence)*, σε πολλές μελέτες δείχνει να αποτελεί δομικό κριτήριο για την ψυχική ανθεκτικότητα. Σύμφωνα με την Masten και τους συνεργάτες της (2006), η ψυχολογική επάρκεια αναφέρεται στην αποτελεσματική προσαρμογή του ατόμου στο περιβάλλον του, η οποία συνάγεται από τον τρόπο που στο παρελθόν έχει αντιμετωπίσει, αλλά και που συνεχίζει να αντιμετωπίζει, τις απαιτήσεις των διαφόρων αναπτυξιακών σταδίων, όπως αυτές ορίζονται μέσα στο συγκεκριμένο πολιτισμικό και ιστορικό πλαίσιο στο οποίο ζει (Masten, Burt & Coatsworth, 2006). Βασικοί δείκτες της ψυχολογικής επάρκειας ενός παιδιού ή ενός εφήβου αποτελούν η ποιότητα των σχέσεών του με συνομηλίκους, η σχολική του επίδοση, η αυτοεκτίμησή του, η θετική συναισθηματική του διάθεση, και η απουσία προβλημάτων συμπεριφοράς (Masten & Coatsworth, 1995).



Είναι σκόπιμο να σημειωθεί πως ο ορισμός της ψυχολογικής επάρκειας δεν αναφέρεται σε συγκεκριμένες δεξιότητες ή ικανότητες, αλλά στην ικανότητα του ατόμου να συντονίζει τη συμπεριφορά του με τα συναισθήματά του και τις γνωστικές του λειτουργίες, καθώς και να αξιοποιεί τις προσωπικές του ικανότητες και τις δυνατότητες που του παρέχει το περιβάλλον, ώστε να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά ή ικανοποιητικά τις αναπτυξιακές προκλήσεις και να προσαρμόζεται στο περιβάλλον του (Waters & Sroufe, 1983).

Σύμφωνα με τον Kaplan (1999), σε περιπτώσεις όπου οι συνθήκες διαβίωσης ή οι εμπειρίες ζωής αυξάνουν τον κίνδυνο για εμφάνιση ψυχοπαθολογίας, βασικό κριτήριο της ψυχικής ανθεκτικότητας είναι η απουσία αυτής. Για παράδειγμα, ο Beardslee (2002) και ο Hammen (2003) αναφέρουν ότι για να θεωρηθεί ψυχικά ανθεκτικό ένα παιδί του οποίου ο γονέας πάσχει από κατάθλιψη, πρέπει το ίδιο να μην παρουσιάζει συμπτώματα. Ομοίως, για να θεωρηθεί ψυχικά ανθεκτικό ένα παιδί που μεγαλώνει σε μια ιδιαίτερα “υποβαθμισμένη κοινωνικά” γειτονιά, πρέπει να μην εκδηλώνει αντικοινωνική, παραπτωματική συμπεριφορά (Seidman & Pedersen, 2003).

Μια έννοια που χρειάζεται, σε αυτό το σημείο, να διαφοροποιηθεί από το φαινόμενο της ψυχικής ανθεκτικότητας είναι η έννοια της *προσαρμοστικότητας του εγώ* (Block & Block, 1980), η οποία αναφέρεται στα ατομικά, ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου. Η *προσαρμοστικότητα του εγώ* είναι μια διεργασία η οποία μπορεί να λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας στο μοντέλο της ψυχικής ανθεκτικότητας, ωστόσο δεν επαρκεί από μόνη της να εξηγήσει τη συμπεριφορά του ατόμου που ζει υπο αντίξοες συνθήκες ή έχει βιώσει τραυματικές καταστάσεις (Luthar, 2006).

Συνοψίζοντας, η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας τελικά εμπεριέχει ένα αρκετά ευρύ φάσμα σύνθετων διεργασιών και διαδικασιών που αφορούν διαφορετικούς μηχανισμούς, οι οποίοι λειτουργούν πριν, κατά την διάρκεια και μετά το τραυματικό συμβάν / εμπειρία, σε επίπεδο ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό. Η προοπτική της αποτελεί ένα πολύτιμο θεραπευτικό εργαλείο για την ενδυνάμωση και αξιοποίηση δυνατοτήτων ατόμων και οικογενειών, καθώς και για την ενίσχυση των θετικών σκέψεων και της ελπίδας για το μέλλον σε άτομα και οικογένειες που έχουν βιώσει ή αντιμετωπίζουν ψυχοπαιστικά γεγονότα και τις οδυνηρές συνέπειες τους. Για παράδειγμα, όπως υπογραμμίζει η Walsh (2003), μία προσέγγιση που υιοθετεί την προοπτική της ψυχικής ανθεκτικότητας της οικογένειας εστιάζει στα ψυχικά αποθέματα της οικογένειας, παρά στις αδυναμίες της, και αξιολογεί τις θετικές υποστηρικτικές επιδράσεις της, όπως και της κοινότητας και του ευρύτερου της περιβάλλοντος. Το σύνθετο σύνολο αυτών των διεργασιών και διαδικασιών αποτελεί την *οικογενειακή ψυχική ανθεκτικότητα (family resiliency)*, η οποία είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική αντιμετώπισης της κρίσης, είτε ενός ατόμου είτε μιας οικογένειας ή ομάδας (Walsh, 2003, 07).

Τα τελευταία χρόνια, έχει πραγματοποιηθεί σημαντικός αριθμός ερευνών με τη βοήθεια της απεικονιστικής τεχνολογίας. Στόχος είναι η ανάδειξη και η διερεύνηση των βιολογικών μηχανισμών και παραγόντων που πιθανόν να συμβάλλουν ή να εμπλέκονται στο φαινόμενο της ψυχικής ανθεκτικότητας. Συγκεκριμένα, οι Curtis και Cicchetti (2003) έκαναν μια ενδελεχή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που αναφέρεται στη συνεισφορά, μεταξύ άλλων, της

νευροενδοκρινολογίας, της ανοσολογίας, της γενετικής, της ικανότητας ρύθμισης των συναισθημάτων (emotion regulation) και της νευρωνικής πλαστικότητας στο φαινόμενο αυτό. Σύμφωνα με αυτήν την ανασκόπηση, επισημαίνεται πως οι βιολογικοί παράγοντες από μόνοι τους δεν αρκούν για να καθορίσουν ποια παιδιά θα παρουσιάσουν καλή προσαρμογή και ποια παιδιά τελικά θα εκδηλώσουν δυσκολίες προσαρμογής όταν έχουν να αντιμετωπίσουν αντιξοότητες ή τραύματα (Curtis & Cicchetti, 2003).

Ωστόσο, όπως έχει ήδη περιγραφεί, η σχέση βιολογίας και ψυχολογίας θεωρείται αμφίδρομη. Οι βιολογικοί παράγοντες επηρεάζουν τις ψυχολογικές διεργασίες, οι οποίες όμως με τη σειρά τους, αλληλεπιδρώντας με τις εμπειρίες του ατόμου, επηρεάζουν τη γονιδιακή έκφραση καθώς και τη δομή, τη λειτουργία και την οργάνωση του εγκεφάλου (Taylor et al., 2010· van der Kolk, 2015). Έτσι, φαίνεται πως τα στρεσογόνα ερεθίσματα προκαλούν ενεργοποίηση διαφορετικών περιοχών του εγκεφάλου μεταξύ των ψυχολογικά επαρκών και των μη επαρκών παιδιών, και πως τα ψυχικά ανθεκτικά παιδιά έχουν διαφορετικές μορφές εγκεφαλικής δομής και λειτουργίας σε σχέση με τα ψυχικά ευάλωτα παιδιά (Curtis & Cicchetti, 2003· Heller et al., 2017).

## **8. Θεραπευτική αντιμετώπιση του ψυχικού τραύματος**

Ιστορικά, τα στάδια της εργασίας με το τραύμα, όπως τα αναφέρει η Fisher (2000), περιλαμβάνουν την ανάκτηση των ελλειπόντων κομματιών της αφήγησης της κακοποίησης, όσο αμυδρά κι αν είναι, και ενθάρρυνση των θυμάτων να αντιμετωπίσουν τους δράστες με “την αλήθεια τους” ή την εστίαση στην πρόσβαση του θυμού του θύματος προς τον δράστη και όσους δεν βοήθησαν ενώ γνώριζαν (ενήμεροι μάρτυρες), κρατώντας τους υπόλογους μέσω της αντιπαράθεσης. Ίσως μια σύνοψη της θεραπευτικής διαδικασίας θα μπορούσε να εκφραστεί μέσα από το μοντέλο της Herman (1992) που περιγράφει τα στάδια ανάρρωσης από εμπειρία τραυματισμού: α) ασφάλεια, β) ανάμνηση και πένθος, γ) επανασύνδεση. Τα στάδια αυτά αποτελούν μια προσπάθεια σύλληψης μιας διαδικασίας, που από την φύση της είναι ταραχώδης και σύνθετη, με κάποια απλότητα και τάξη (Fisher, 2005).

Οι δύο αυτές αρχικές προσεγγίσεις είχαν συνήθως σαν αποτέλεσμα τον συνεχή επανατραυματισμό των ασθενών και τη μη ουσιαστική επούλωση (Fisher, 2005). Στη συνέχεια, η θεραπεία του τραύματος βασιζόταν στην καθυστέρηση της ανάκλησης των επίπονων τραυματικών αναμνήσεων μέχρι το άτομο να αισθανθεί ασφαλές και να ανακτήσει αρκετά την ικανότητά του για αυτορύθμιση, με βασική την ψυχο-εκπαίδευση του τραυματισμένου ατόμου για το τι ακριβώς του συμβαίνει και που οφείλεται η οδύνη του. Αυτή η σταθεροποίηση ήταν από μόνη της αποτελεσματική και ενδυνάμωνε το άτομο να ζήσει πιο ολοκληρωμένα τη ζωή του. Η προσέγγιση αυτή ενισχύθηκε ακόμη περισσότερο με τα νευροεπιστημονικά ευρήματα, η οποία απέρριψε την ιδέα ότι η τραυματική ανάμνηση είναι το πρωταρχικό, κεντρικό θέμα στη θεραπευτική αντιμετώπιση του τραύματος (Pearlman et al., 1995· Siegel, 2003· van der Kolk, 2015· Heller et al., 2017).

Σήμερα, εφαρμόζονται πολλές και διαφορετικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση του ψυχικού τραύματος και οι περισσότεροι θεραπευτές χρησιμοποιούν συνδυασμό προσεγγίσεων ανάλογα με το θεωρητικό υπόβαθρο και την εκπαίδευσή τους. Ωστόσο, η ύπαρξη προσπαθειών παρέμβασης και τροποποίησης της τραυματικής συνθήκης, καθώς και ο χρόνος έναρξης αυτών των προσπαθειών, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το πολιτισμικό και κοινωνικό πλαίσιο του ατόμου, καθώς και από τη δυνατότητα πρόσβασής του σε δίκτυα κοινωνικής στήριξης (Jones, 2003). Επομένως, προκειμένου ο θεραπευτής να επιλέξει ποιο είδος παρέμβασης θα εφαρμόσει, οφείλει να προσεγγίζει συνολικά τον θεραπευόμενο του και να λαμβάνει υπόψη του όλους τους παράγοντες (βιολογικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς), που πλαισιώνουν και, πιθανόν, επηρεάζουν τη διάγνωση, την εξέλιξη και την πορεία της θεραπείας.

Μια ακόμα παράμετρος που, ανεξάρτητα από το είδος της θεραπείας που θα επιλεγεί, θεωρείται ο ακρογωνιαίος λίθος κάθε θεραπευτικής προσέγγισης είναι η ικανότητα *ενσυναίσθησης* του θεραπευτή. Η *ενσυναίσθηση* (*empathy*) συνιστά την ικανότητα να μπορεί κανείς νοητικά και συναισθηματικά “να μπαίνει στη θέση του άλλου”, να κατανοεί και να μοιράζεται τα συναισθήματά του “σαν να ήταν ο άλλος”, χωρίς όμως συγχρόνως να χάνει την αίσθηση του “σαν να είμαι ο άλλος, ωστόσο δεν είμαι” (Rogers, 1951, 1989), ώστε να μπορεί να παίρνει απόσταση και να μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά θεραπευτικά. Ήδη από τον Freud η ενσυναίσθηση θεωρείται ο βασικός μηχανισμός διαπροσωπικής μεταφοράς νοήματος, ενώ θεωρείται πια δεδομένο πως μόνο μέσω της ενσυναίσθησης μπορούμε να καταλάβουμε ότι υπάρχει ψυχική ζωή διαφορετική από τη δική μας (Gallese, 1996) και να αλληλεπιδράσουμε θεραπευτικά με αυτήν (Fishbane, 2007).

Κεντρική παράμετρος κάθε θεραπευτικής σχέσης συνιστά επίσης και η μη λεκτική επικοινωνία, ειδικά σε περιπτώσεις θεραπείας τραύματος, στις οποίες η λεκτική επικοινωνία και ο διάλογος μπορεί να είναι εξαιρετικά περιορισμένοι (λόγω μνημονικών κενών, αδυναμίας ανάκλησης, αμυντικών μηχανισμών, εγκεφαλικών αντιδραστικών σχηματισμών, γνωστικής ακαμψίας, αδυναμίας αφήγησης, κ.λπ). Ο Shore (2014) μάλιστα υποστηρίζει ότι αυτοί οι “μη λεκτικοί διάλογοι” αποκαλύπτουν πολύ πιο ουσιαστικές, πληροφορίες συγκριτικά με τις λεκτικές πληροφορίες (που προέρχονται από το αριστερό ημισφαίριο). Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει “κάτω από τις λέξεις βρίσκονται ασύνειδες, σωματικά εστιασμένες πληροφορίες, εξαιρετικής σημασίας όσον αφορά τον εσωτερικό κόσμο του θεραπευόμενου” (Shore, 2014).

Οι βασικότερες προσεγγίσεις στη θεραπεία του τραύματος είναι η τραυματοθεραπεία, η ψυχανάλυση / ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, η βραχεία ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία, η συστημική-οικογενειακή θεραπεία και η σωματική ψυχοθεραπεία, ενώ συνεπικουρικά εφαρμόζονται και εναλλακτικά θεραπευτικά μοντέλα, όπως η δραματοθεραπεία, η εικαστική θεραπεία και η οικογενειακή χορογραφία (Wigren, 1994· Seikkula, 2005). Ενδεικτικά περιγράφονται:

α) Οι ψυχαναλυτικές ψυχοθεραπείες (ψυχανάλυση, βραχεία, ομαδική, κ.λπ), που στηρίζονται στις ψυχαναλυτικές θεωρίες και εστιάζουν στις ασυνείδητες, συναισθηματικές, ενδοψυχικές συγκρούσεις που οφείλονται σε τραυματικές

εμπειρίες -και όχι μόνο-, και, κυρίως, στο πώς αυτές οι εμπειρίες συνδέονται με τραυματικά γεγονότα της παιδικής ηλικίας και την προσωπική ιστορία. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας δίνεται η δυνατότητα στον θεραπευόμενο να αφηγηθεί τα τραυματικά γεγονότα σε έναν ήρεμο, γεμάτο κατανόηση και ενσυναίσθηση θεραπευτή, διαδικασία που στοχεύει στην ενδυνάμωση της αυτοεκτίμησής του και στην ανάπτυξη της ικανότητας να διαχειρίζεται με επιτυχία έντονα αντικρουόμενα ή αρνητικά συναισθήματα. Μέσα από αυτήν τη διαδικασία ο θεραπευτής διευκολύνει τον θεραπευόμενο να συνειδητοποιήσει τρέχουσες καταστάσεις που πυροδοτούν τραυματικές μνήμες και αυξάνουν τα μετατραυματικά συμπτώματα άγχους (Marmar et al., 1995).

β) Η οικογενειακή / συστημική θεραπεία, σύμφωνα με την οποία η ορθή κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς είναι ανέφικτη, εάν δεν εξεταστεί κάτω από το πρίσμα των συστημάτων σχέσεων, μέσα στα οποία διαβίει ο κάθε άνθρωπος. Σύστημα, σύμφωνα με τον Bowen, ο οποίος είναι και ο ιδρυτής της θεωρίας συστημάτων οικογένειας, είναι κάθε σχέση με ισορροπούσες αντίρροπες δυνάμεις που βρίσκονται σε συνεχή λειτουργία. Ο ίδιος θεωρεί ότι, ανά πάσα στιγμή, κάθε μέλος μιας ομάδας επηρεάζει με τη στάση του τη συμπεριφορά των άλλων με τους οποίους έρχεται σε επαφή και ότι, συνολικά, ο τρόπος λειτουργίας του ανθρώπου εξαρτάται από τις διαντιδράσεις του με τους άλλους (Bowen, 2009). Έτσι, στα πλαίσια της οικογενειακής / συστημικής θεραπευτικής προσέγγισης, το άτομο με τραυματικές εμπειρίες κατανοείται και αντιμετωπίζεται ως μέλος ενός συστήματος που βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση και “ανταλλαγή” πληροφοριών με τα υπόλοιπα μέλη του συστήματος ή των συστημάτων στα οποία είναι μέλος, όπως για παράδειγμα της οικογένειας, της σχολικής τάξης, της εργασίας, κ.λπ. Τα συστήματα αυτά, και πρωτίστως η οικογένεια, δέχονται τις επιδράσεις των τραυματικών γεγονότων και εμπειριών και, με τη σειρά τους, επιδρούν στη δυνατότητα κάθε μέλους -όπως και του εκάστοτε συστήματος- να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις δυσκολίες που προκύπτουν και να προσαρμοστεί επιτυχώς. Σε αυτήν την προσέγγιση, πρωταρχικός στόχος είναι να εντοπιστούν τα δυσλειτουργικά μοντέλα συναλλαγής μέσα στα συστήματα αυτά και να ενδυναμωθούν, προκειμένου να αντιμετωπιστεί η κρίση και να επιτευχθεί ξανά η ισορροπία (Walsh, 2003).

γ) Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (*Cognitive behavioral therapy - CBT*), η οποία συνδυάζει τις θεωρητικές αρχές της μάθησης με τις αρχές της γνωστικής ψυχολογίας. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία έχει ως στόχο την αναγνώριση προτύπων δυσλειτουργικής σκέψης και συμπεριφοράς και την τροποποίησή τους (Beck, 1995). Επίσης, συνδυάζει ένα μεγάλο αριθμό θεραπευτικών τεχνικών και στρατηγικών, επικεντρώνοντας την προσοχή της στην ανακάλυψη των αυτόματων αρνητικών σκέψεων, στην αναγνώριση των πιθανών συνεπειών και στην προσπάθεια αντικατάστασης αυτών των σκέψεων με άλλες, περισσότερο λειτουργικές σκέψεις (Χαρίλα, 1995). Οι τεχνικές εκμείωσης αυτόματων αρνητικών σκέψεων συμπεριλαμβάνουν τη διήγηση συγκεκριμένων επεισοδίων, αλλαγές συναισθήματος, ημερολόγια σκέψεων, κ.λπ. Κατά τη γνωσιακή θεραπεία τραύματος, μερικές τεχνικές είναι:

α) η έκθεση, όπου το άτομο ενθαρρύνεται να έρθει νοερά αντιμέτωπο με τις σκέψεις και τις μνήμες που συνδέονται με τραυματικά γεγονότα και του

προκαλούν άγχος, β) η συστηματική απευαισθητοποίηση (Wolpe, 1958), κατά την οποία τα τραυματικά γεγονότα προσεγγίζονται σταδιακά με τη βοήθεια ασκήσεων χαλάρωσης και γ) η εκμάθηση δεξιοτήτων διαχείρισης του άγχους. Η έκθεση μέσω της δημιουργίας μίας νοερής εικόνας σκηνών που σχετίζονται με το τραύμα μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των συμπτωμάτων (Keane et al., 1992), είναι όμως δύσκολη, καθώς προϋποθέτει έντονη τριβή και στενή επαφή με το τραυματικό γεγονός, κάτι που εξαρτάται από το βαθμό ετοιμότητας και την ψυχική συγκρότηση του ατόμου (Kring et al., 2010).

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

ε) Σωματική ψυχοθεραπεία, η οποία περιλαμβάνει μια μεγάλη γκάμα συνθετικών, θεραπευτικών κατευθύνσεων και τεχνικών, από ραϊχική, ψυχαναλυτική σωματική ψυχοθεραπεία, μη-κατευθυντικής παρεμβατικότητας σωματική ψυχοθεραπεία, μέχρι τη βιοσύνθεση και τον βιοσυντονισμό. Στη ψυχοσωματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις δίνεται έμφαση στην επίδραση του ψυχικού τραύματος στο σώμα, η οποία εκφράζεται με ένα εύρος ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, όπως άγχος, υπερδιέγερση, απάθεια, φοβίες, επιθετικότητα, αϋπνίες, δυσκολίες συγκέντρωσης, κ.λπ, και στις αυτορρυθμιστικές ικανότητες του οργανισμού (Αναγνωστοπούλου, 2015). Ως εκ τούτου, βασικό στοιχείο εδώ είναι η εστίαση στις σωματικές αισθήσεις και η σωματο-συναισθητική ολοκλήρωση, μέσω των οποίων επιτυγχάνεται η αφύπνιση της απωλεσθείσας τραυματικής μνήμης, δρώντας εξισορροπητικά και δημιουργώντας στον πυρήνα της τραυματικής εμπειρίας έναν άλλο πυρήνα της θεραπευτικής οδού (Χριστοδούλου, 2015). Σύμφωνα με τον Levine (2005) το “ψυχικό τραύμα ξεμπλοκάρει μέσα από το σώμα, μέσω της ενθάρρυνσης της έκφρασης των σωματικών και συναισθηματικών αντιδράσεων που έχουν μπλοκάρει στον οργανισμό”.

Καθώς οι σύγχρονες έρευνες των νευροεπιστημών καταδεικνύουν πλέον την άμεση σχέση σωματικών αισθήσεων, συναισθημάτων και νοητικών λειτουργιών (Shore, 2014), ο *βιοψυχοκοινωνικός άνθρωπος* απαιτεί ενοποιημένες προσεγγίσεις για την θεραπεία του. Επίσης, δεδομένου ότι το ψυχικό τραύμα επηρεάζει όλες τις πλευρές της λειτουργικότητας του ατόμου (σώμα – σκέψη – συναίσθημα – συμπεριφορά – περιβάλλον), οι ολιστικές θεραπευτικές προσεγγίσεις θεωρούνται οι πλέον ενδεδειγμένες για την αντιμετώπισή του. Βέβαια, η ενσωμάτωση της νευροεπιστήμης με την ψυχολογία, την ψυχοθεραπεία και την ιατρική, συμβαίνει ήδη και είναι αναπόφευκτη. Όπως γράφει και ο Dahlitz (2017) “η μεγαλύτερη κατανόηση τόσο της υποκειμενικής εμπειρίας του νου όσο και των αντικειμενικών δραστηριοτήτων του εγκεφάλου, (...), οδήγησε τις επιστήμες όχι μόνο να αλληλοενημερώνονται αλλά να ενσωματώνονται, έτσι ώστε να παρέχουν μια πιο ώριμη και ολιστική κατανόηση της ψυχικής ευημερίας (...)” (Dahlitz, 2017).

# ΨΥΧΟΠΙΕΣΤΙΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ

## 1. Ορισμοί των ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής

Τα *ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής (stressful life events)* έχουν μέχρι τώρα οριστεί ποικιλοτρόπως. Αναπόφευκτα με το πέρασμα του χρόνου, κατά τη διάρκεια του κύκλου ζωής, παρουσιάζονται γεγονότα και συνθήκες που προκαλούν ξαφνικές ή παρατεταμένες αλλαγές στον καθημερινό ρου του ατόμου και απαιτούν την ενεργοποίηση μηχανισμών προσαρμογής. Οι συνθήκες αυτές, ως επί των πλείστων, συνοδεύονται από διαφόρων μορφών στρες (*eu-stress / distress*), καθώς συνιστούν φάσεις περάσματος και προσαρμογής σε νέες λειτουργίες ή την προσπάθεια του οργανισμού να επανέλθει στην προηγούμενή του κατάσταση / ισορροπία (Walsh, 2006). Ωστόσο, από τη ανασκόπηση των μελετών, δεν είναι ακόμα σαφές αν ως *ψυχοπιεστικά γεγονότα* μπορούν να θεωρηθούν όλα τα γεγονότα που διακόπτουν τις συνήθεις δραστηριότητες του ατόμου ή μόνο όσα περιέχουν δυσάρεστη ή / και απειλητική διεργασία (τραυματικά γεγονότα).

Οι Holmes και Rahe (1967), η Barbara και ο Bruce Dohrenwend (1974) και ο Thoits (1983) αντιμετωπίζουν τα γεγονότα ζωής ως διακοπή ή απειλή διακοπής των συνήθων δραστηριοτήτων, χωρίς να απαιτείται απαραίτητα η εμπλοκή αρνητικής ή δυσάρεστης εμπειρίας. Σύμφωνα με τους Holmes και Rahe (1967), όλα τα γεγονότα δυνητικώς προκαλούν στρες, όταν η αλλαγή που επιφέρουν -ανεξάρτητα από το αν είναι επιθυμητή ή όχι- επιβάλλει σε ένα καλά προσαρμοσμένο άτομο την καταβολή επιπρόσθετης προσπάθειας με σκοπό να πετύχει μια νέα ή μια ακόμη μεγαλύτερη προσαρμογή. Έτσι, οι παραπάνω ερευνητές υποστηρίζουν πως ένα ευρύ φάσμα περιστατικών: α) καταστροφικών (θάνατος, διαζύγιο, κ.λπ), β) αλλαγής ή διακοπής της καθημερινής ρουτίνας (όπως μετακόμιση, αποχώρηση από την εργασία / τη γονεϊκή οικογένεια), γ) ακόμη και πολύ επιθυμητά γεγονότα (γάμος, γέννηση παιδιού, αποφοίτηση, έναρξη επαγγελματικής δραστηριότητας, κ.λπ), δεν μπορούν εύκολα να τεθούν κάτω από έναν ορισμό.

Βάσει αυτής της προσέγγισης, οι Hough, Fairbank, Garcia και το ζεύγος Dohrenwend (1974) προχώρησαν στο διαχωρισμό των γεγονότων σε *επιθυμητά, ουδέτερα* και *ανεπιθύμητα*. Στα ίδια πλαίσια κινήθηκε και ο διαχωρισμός των γεγονότων ζωής σε *εξαρτημένα* και *ανεξάρτητα*, που ουσιαστικά, σηματοδοτεί την προσωπική εμπλοκή του ατόμου στην εκδήλωση του γεγονότος. Ως *εξαρτημένα* θεωρούνται τα γεγονότα που έχει προκαλέσει το άτομο (γάμος, αλλαγή σπιτιού), ενώ ως *ανεξάρτητα* τα γεγονότα που είναι εκτός της επιρροής του, όπως μια φυσική καταστροφή.

Οι Paykel και οι συνεργάτες του (1974) περιέγραψαν: α) μια σειρά στρεσογόνων γεγονότων που ονόμασαν *εξόδους (exits)*, κατά τα οποία κάτι αποσπάται από το κοινωνικό τοπίο του ανθρώπου, όπως, για παράδειγμα, συμβαίνει με το θάνατο αγαπημένου προσώπου, την απομάκρυνση κάποιου

μέλους της οικογένειας, το χωρισμό ή το διαζύγιο· και β) μια σειρά στρεσογόνων γεγονότων *εισόδων* (*entrances*), όπως γέννηση παιδιού, έναρξη εργασίας, αγορά σπιτιού, κ.ο.κ. Ένας άλλος, συνήθης τρόπος διάκρισης των γεγονότων ζωής είναι: α) ως *κανονικά* (*regular*), όπου αναφέρονται στις κλασσικές μεταβολές που μπορεί να εμφανισθούν σε όλες τις κοινωνίες (γάμος, τοκετός, ασθένεια, θάνατος, έναρξη σχολικών δραστηριοτήτων, συνταξιοδότηση, κ.λπ), β) ως *μη κανονικά* (*irregular*), στα οποία ταξινομούνται οι λιγότερο κλασσικές μεταβολές (αλλαγή κατοικίας, εργασίας, κ.λπ), και γ) ως *αποδιοργανωτικά* (*disruptive*) γεγονότα ζωής, όπου περιλαμβάνονται γεγονότα που διακόπτουν την καθημερινή ρουτίνα, τα οποία δεν ενέχουν μόνο αλλαγή / διακοπή αυτής αλλά και κάποιον βαθμό απειλής για το άτομο (Walsh, 2007).

Οι περισσότεροι μελετητές υποστηρίζουν πως μόνο τα γεγονότα που βιώνονται ως *ανεπιθύμητα* έχουν σοβαρή επίδραση στη ζωή του ατόμου και μπορούν να θεωρηθούν *ψυχοπιεστικά*, διότι αυτά εμπεριέχουν την έννοια του τραύματος (Kessler, 1997· Hammen, 2005)· ενώ αρκετοί προσθέτουν στην ίδια κατηγορία και τα *ανεξάρτητα* γεγονότα. Ωστόσο, ο Selye (1956), χαρακτηρίζοντας αυθαίρετη την εξωτερική προσέγγιση των γεγονότων, είχε προειδοποιήσει πως τα αποτελέσματα των ψυχοπιεστικών παραγόντων δεν εξαρτώνται τόσο από τα χαρακτηριστικά του γεγονότος, όσο από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται το γεγονός.

Πράγματι, κάθε άνθρωπος αντιδρά με ιδιαίτερο τρόπο απέναντι σε κάθε κατάσταση, με ό,τι αυτή σημαίνει ή ανακινεί σε σχέση με το παρελθόν, το παρόν ή το μέλλον του. Για παράδειγμα, τα *κανονικά*, *επιθυμητά* και *εξαρτημένα* γεγονότα, όπως αναφέρθηκαν παραπάνω, δεν αποτελούν καθαυτά ψυχοπιεστικά γεγονότα, αλλά συνιστούν φυσιολογικούς σταθμούς στη ροή της ζωής (Neugarten, 1979). Μπορεί να προκαλούν αλλαγές στην αντίληψη που έχει το κάθε άτομο για τον εαυτό του, αλλά το αν προκαλούν κρίσεις ή όχι εξαρτάται, μεταξύ άλλων, από το ευρύτερο κοινωνικό και περιβαλλοντικό πλαίσιο (Brown & Harris, 1978), όπως και από τον χρόνο εμφάνισής τους. Επομένως, για να σκιαγραφηθούν οι ψυχοπιεστικοί / στρεσογόνοι παράγοντες ενός γεγονότος ή μιας κατάστασης, χρειάζεται να περιγραφούν τα βασικά στοιχεία του γεγονότος, η σημασία που αποκτά για το άτομο, τα προσωπικά χαρακτηριστικά του, η αξιολόγηση και προετοιμασία του, οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί, οι συνθήκες και το πλαίσιο εντός των οποίων πραγματοποιήθηκε το γεγονός, καθώς και οι συνέπειες που προέκυψαν (Dohrenwend, 2006).

## **2. Επίδραση των ψυχοπιεστικών γεγονότων στην ψυχική και σωματική υγεία**

Υπάρχουν αρκετές μελέτες που καταδεικνύουν πως τα γεγονότα ζωής παίζουν έναν σημαντικό και πιθανόν μείζονα ψυχοπαθολογικό ρόλο, τόσο σε σχέση με ψυχικά όσο και με σωματικά νοσήματα. Ειδικότερα για τις ψυχικές διαταραχές, από τη δεκαετία του 1960 και έπειτα, έχει διεξαχθεί συστηματική

έρευνα εστιασμένη για τη συμβολή των πρόσφατων γεγονότων ζωής, με τον εκτενέστερο όγκο της βιβλιογραφίας να αναφέρεται στη συσχέτισή τους με την κατάθλιψη (Brown & Harris, 1978· Harder, 1980· Johnson, 1995· Liu, 2013· Subramanian et al., 2017).

Οι ερμηνείες που έχουν δοθεί για τη σχέση μεταξύ στρεσογόνων γεγονότων και εκδήλωσης ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων ξεκινούν από τις θεωρίες του Selye και το *Γενικό Σύνδρομο Προσαρμογής (GAS)*, τα οποία περιγράφουν τις φυσιολογικές αντιδράσεις των ατόμων στα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής. Με βάση τη θεωρία αυτή, όλα τα γεγονότα που αποκτούν μεγάλη σημασία για το άτομο προκαλούν ψυχολογικές απαιτήσεις για απαντήσεις, οι οποίες συχνά συνδέονται με ψυχοφυσιολογικές αντιδράσεις. Ως εκ τούτου, προκειμένου να διαχειριστεί επιτυχώς ένα προηγούμενως καλά προσαρμοσμένο άτομο τις προκύπτουσες στρεσογόνες καταστάσεις, χρειάζεται να πετύχει “επιπρόσθετη ποσότητα προσαρμογής” (Dohrenwend, 1973).

Ωστόσο, από την ανασκόπηση, φαίνεται ακόμα δύσκολο να εξηγηθεί γιατί κάποια άτομα εμφανίζουν συμπτώματα ή νοσούν ύστερα από ένα ψυχοπιεστικό γεγονός, ενώ κάποια άλλα όχι. Σύμφωνα με τους Barbara και Bruce Dohrenwend, στις διεργασίες αυτές εμπλέκονται τρία κύρια συστατικά (που μπορούν να αποτελούν είτε εκλυτικούς παράγοντες, είτε προστατευτικούς, είτε παράγοντες κινδύνου): α) τα γεγονότα που προηγήθηκαν της κρίσιμης χρονικής περιόδου / κατάστασης, β) κάποιες κοινωνικές καταστάσεις που περιέχουν μεγάλης διάρκειας δυσκολίες, και γ) προσωπικές προδιαθέσεις και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, που επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται, αξιολογεί και απαντά στα γεγονότα ζωής.

Για τη διαφοροποίηση της επίδρασης των γεγονότων, οι Brown και Harris (1978) τόνισαν τη χρησιμότητα και τη σημασία του πλαισίου τους, και ασχολήθηκαν διεξοδικά με τον όρο *απειλή* που μπορεί να εκπορευείται από τα γεγονότα, διερευνώντας συγκεκριμένα χαρακτηριστικά αυτών. Σύμφωνα με τους ίδιους, η αξιολόγηση του πλαισίου των γεγονότων ζωής σχετίζεται άμεσα με τη σημασία που αποκτά το γεγονός για το άτομο, και η σημασία του γεγονότος συνδέεται στενά με τα σχέδια δράσης του, τη γνωστική και τη συναισθηματική του απάντηση. Έτσι, η *εξειδίκευση του γεγονότος*, δηλαδή η συναισθηματική σημασία του, φαίνεται να αποτελεί βασική παράμετρο στη σχέση -και το διαχωρισμό- ανάμεσα σε ειδικές κατηγορίες γεγονότων και ψυχικές ή σωματικές διαταραχές, καθώς και στη σοβαρότητα της απειλής που μπορεί να ασκήσει το γεγονός. Αυτό σημαίνει πως κατηγορίες γεγονότων με συγκεκριμένη συναισθηματική επένδυση (σημασία) τείνουν να σχετίζονται με συγκεκριμένες διαταραχές, λειτουργώντας ως εκλυτικοί παράγοντες (Brown & Harris, 1978· Subramanian et al., 2017).

Βέβαια, για να εκτιμηθεί η σημασία που αποκτά ένα γεγονός / μια κατάσταση για ένα άτομο, είναι αναγκαίο να αποσαφηνιστεί η διαδικασία μετάφρασης του γεγονότος σε εσωτερική αναπαράσταση, καθώς και τα συναισθήματα που συνοδεύουν αυτήν τη διαδικασία / μετάφραση. Ο Leventhal (1980), διεξάγοντας σχετικές μελέτες, υποστήριξε πως η συναισθηματική εμπειρία προηγείται της κοινωνικής εκδήλωσής της, και πως οι συναισθηματικές



εμπειρίες είναι ιδιαίτερα σημαντικές αν το άτομο διατηρεί επαφή με τα βαθύτερα συναισθήματά του και μπορεί να αντιλαμβάνεται τι του συμβαίνει, ακόμη κι αν το εξωτερικό περιβάλλον παραμορφώνει την ερμηνεία που δίνεται. Ο Leventhal (1980), εξετάζοντας τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται, τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αναφορά σε μνήμες παλαιών συναισθημάτων, καθώς και τις συνθήκες υπό τις οποίες οι μνήμες αυτές ζωντανεύουν, περιέγραψε πως η μετακίνηση του προσυνηδευτού υλικού στο συνειδητό γίνεται πρωτίστως μέσω του συναισθήματος και στη συνέχεια μέσω της ανάγκης να ερμηνεύσουμε τη σημασία του. Δηλαδή, τα συναισθήματα τείνουν να εμφανίζονται πρώτα και η σημασία δομείται μετέπειτα, όταν το άτομο αξιολογεί την εμπειρία του και στοχάζεται τη συναισθηματική του απάντηση (Leventhal, 1980).

Σχετικά με τις διαδικασίες αξιολόγησης του γεγονότος, όπως είχε υποστηρίξει ο Weber (1964), χρειάζεται να συνυπολογιστούν τόσο οι παρούσες συνθήκες όσο και το ευρύτερο πλαίσιο ζωής, οι αξίες, τα σχέδια και οι στόχοι του ατόμου, προκειμένου να σχετισθούν δύο έννοιες που μπορεί να ονομαστούν *γεγονός* και *σημασία*. Αυτού του είδους κατανόησης της *σημασίας του γεγονότος*, που ο Weber ονόμασε *επεξηγηματική κατανόηση*, ο Jaspers υποστηρίζει πως εξαρτάται κυρίως από τα απτά γεγονότα, μέσω των οποίων η σύνδεση γίνεται κατανοητή και παρέχεται η αντικειμενική πληροφορία· φαινόμενα που σχετίζονται στενά με τα χαρακτηριστικά του γεγονότος, τον χρόνο και τη μνημονική ανάκληση (Jaspers, 1963).

Ωστόσο, ακόμα κι αν η υποκειμενικότητα -και η μοναδικότητα- της εμπειρίας αποδεικνύεται μια εξαιρετικά σημαντική και ανεξάρτητη μεταβλητή, παραμένει αναπάντητο γιατί ψυχοπιεστικά γεγονότα άλλες φορές συνοδεύονται από κάποια ψυχική ή σωματική διαταραχή, ενώ άλλες όχι. Τα παραπάνω ευρήματα υποδεικνύουν τη συνεξέταση παραγόντων αρκετά απομακρυσμένων από το εκλυτικό γεγονός, όπως είναι οι εμπειρίες της παιδικής ηλικίας και τα ψυχικά τραύματα, ώστε να περιγραφεί επαρκώς η επίδραση ενός ψυχοπιεστικού γεγονότος στην υγεία του ατόμου.

Σύμφωνα με την Melanie Klein (1932), τόσο οι δυσάρεστες εμπειρίες όσο και η απώλεια ευχάριστων εμπειριών στα μικρά παιδιά, και ειδικά η απώλεια της στενής επαφής με αγαπημένα πρόσωπα, αυξάνουν την αμφιθυμία, μειώνουν την εμπιστοσύνη, και εγκαθιστούν *άγχη εσωτερικής εκμηδένισης* και *εξωτερικής καταδίωξης*, θέτοντας έτσι τις βάσεις της μελλοντικής ψυχοπαθολογίας του ατόμου, πάνω στην οποία θα δράσουν οι κοινωνικοί παράγοντες. Το μοντέλο των Brown και Harris, δίνει επίσης έμφαση σε πρωταρχικές έννοιες των ψυχοπιεστικών γεγονότων, στο ρόλο της αίσθησης *αδυναμίας*, στη σπουδαιότητα της σχέσης ανάμεσα σε συγκρουσιακές περιοχές στη ζωή ενός ατόμου και σε περιοχές που έχουν σημαδευτεί από γεγονότα, στη σημασία της αυτοεκτίμησης, της εμπιστοσύνης και της κοινωνικής υποστήριξης, και στην απαρτίωση όλων αυτών των υπό τον όρο *ευαλωτότητα* (Brown & Harris, 1978).

Ακόμα μία ενδιαφέρουσα προσέγγιση για τον τρόπο που τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής επιδρούν στη σωματική και ψυχική υγεία, αφορά την εξέταση της *αθροιστικότητας των γεγονότων* και των αλλαγών -ή μη- του ψυχοπιεστικού τους αποτελέσματος με την πάροδο του χρόνου. Αρκετοί

μελετητές (Brown & Harris, 1978· Ingham, 1985· Surtees et al., 1980-90) έχουν κατά καιρούς διερευνήσει αν και κατά πόσο η δυνητική επίδραση των στρεσογόνων καταστάσεων αλλάζει ή εξασθενεί ύστερα από κάποιο χρονικό διάστημα, καθώς φθείρονται τα αποτελέσματά τους και οι μνήμες ξεθωριάζουν· ή αν τα αποτελέσματα των γεγονότων συναθροίζονται έτσι ώστε, όταν αναπτύσσεται μία διαταραχή ως απάντηση σε κάποια γεγονότα και αυτά τα γεγονότα συνδέονται με κάποια άλλα που προηγήθηκαν, το αποτέλεσμα να αντανακλά κάποια συσσώρευση προηγούμενων συναισθημάτων.

Οι Brown και Harris θεωρούν πως ο χρόνος αυξημένου κινδύνου είναι αμέσως μετά το γεγονός. Πιστεύουν πως ιδιαίτερες κατηγορίες σοβαρών γεγονότων, αυτών που ασκούν μακροχρόνια απειλή, εμπιρίχουν στοιχεία που μπορούν να δράσουν αιτιολογικά (*αιτιολογικό αποτέλεσμα*), μέσα σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους (*αιτιολογικές περιόδους*). Έτσι, ισχυρίζονται πως η σημασία του αθροιστικού αποτελέσματος είναι πολύ μικρή αν δεν υπάρχει ευαλωτότητα, και ότι η επίδραση των ψυχοπιεστικών παραγόντων των γεγονότων εξασθενεί με κάποια κανονικότητα.

Σύμφωνα με το *μοντέλο απόσβεσης (decay model)* του Surtees και των συνεργατών του (1980), ισχύουν δύο βασικές αρχές: α) το ψυχοπιεστικό αποτέλεσμα ενός γεγονότος εξασθενεί με το πέρασμα του χρόνου, με σταθερό ρυθμό, ο οποίος παραμένει ίδιος για όλες τις κατηγορίες γεγονότων, και β) τα γεγονότα ζωής αθροίζουν το ψυχοπιεστικό αποτέλεσμά τους. Με βάση αυτό το μοντέλο, προκύπτει πως η πιθανότητα να προκαλέσει διαταραχή ένα γεγονός μειώνεται ύστερα από κάποιο χρονικό διάστημα, ενώ η πιθανότητα να προκαλέσουν προηγούμενα γεγονότα αυξάνεται, καθώς αυτά συναθροίζονται οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Έτσι, το συνολικό φάσμα γεγονότων στη ζωή ενός ατόμου, η ιστορία του και το ευρύτερο πλαίσιο, συμβάλλουν στην εκδήλωση ψυχικών και σωματικών διαταραχών, όσο η επίδρασή τους συσσωρεύεται (Surtees et al., 1980).

### **3. Ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής και στρατηγικές αντιμετώπισης**

Στη διεθνή βιβλιογραφία, οι στρατηγικές αντιμετώπισης των ψυχοπιεστικών γεγονότων / στρεσογόνων καταστάσεων αποδίδονται με τον αγγλόφωνο όρο “coping” και αντιπροσωπεύουν ένα σύνολο ποικίλων ενεργειών και συμπεριφορών. Πολλά μοντέλα έχουν χρησιμοποιηθεί για να αποσαφηνίσουν το εννοιολογικό πλαίσιο αναφορικά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν τα άτομα, καθώς, ήδη από το 1966, είχε διαπιστωθεί πως η επιτυχής αντιμετώπιση των ψυχοπιεστικών γεγονότων αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ύπαρξη και τη διατήρηση της ψυχικής υγείας (Lazarus & Folkman, 1966). Τα κυριότερα από αυτά τα μοντέλα είναι: α) το μοντέλο ερεθίσματος - αντίδρασης (Compas, 1987), β) το αλληλεπιδραστικό μοντέλο (Folkman, 1984) και γ) το διαξονικό μοντέλο (Hobfoll et al., 1994).

Συνοπτικά, κεντρικός άξονας των ορισμών που έχουν προταθεί για την αντιμετώπιση προβλημάτων είναι η “πάλη” με εξωτερικές και εσωτερικές

αντιξοότητες, συγκρούσεις και έντονα συναισθήματα. Σύμφωνα με τους Lazarus και Folkman (1984), η αντιμετώπιση των ψυχοπιεστικών γεγονότων είναι “η διαδικασία με την οποία το άτομο προσπαθεί να χειριστεί / ρυθμίσει απαιτήσεις (εσωτερικές ή εξωτερικές) που το ίδιο θεωρεί ότι το θέτουν σε δοκιμασία ή υπερβαίνουν τις διαθέσιμες δυνάμεις του”. Σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές, ο παραπάνω ορισμός παρουσιάζει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά: α) περιγράφει τον όρο *διαδικασία αντιμετώπισης* ως μια δυναμική επεξεργασία και όχι ως σταθερό χαρακτηριστικό ή στυλ συμπεριφοράς, β) αναφέρεται σε προσπάθειες του ατόμου να χειριστεί ή να ρυθμίσει (όχι να ελέγξει) αρνητικά ερεθίσματα· άρα, μπορεί να εμπεριέχει επανακαθορισμό, ανοχή ακόμη και αποδοχή ενός αρνητικού γεγονότος εάν αυτό πρόκειται να οδηγήσει σε αποτελεσματική προσαρμογή και γ) προσεγγίζει την αντιμετώπιση ως κινητοποίηση του οργανισμού και ως σκόπιμη προσπάθεια του ατόμου να αντιδράσει σε μια εσωτερική ή εξωτερική αντιξοότητα (Lazarus & Folkman, 1984).

Σύμφωνα με τη θεώρηση του Boekaerts (1996) η διαδικασία της αντιμετώπισης περιγράφεται ως μια διαδοχική σειρά αλληλεπιδρούντων στοιχείων, από τη στιγμή της εμφάνισης του στρεσογόνου ερεθίσματος μέχρι τη διαχείρισή του. Τα στοιχεία αυτά συνιστούν: α) το αρνητικό γεγονός, β) οι δεξιότητες αντιμετώπισης, γ) οι σκοποί της αντιμετώπισης, δ) η εκτίμηση της κατάστασης, ε) η πρόθεση για την αντιμετώπιση και στ) οι συγκεκριμένες στρατηγικές που υιοθετούνται. Πλέον προστίθενται δύο ακόμη παράμετροι, που όμως δεν περιλαμβάνονται στο παρόν μοντέλο και, ουσιαστικά, αποτελούν επακόλουθο των στρατηγικών αντιμετώπισης: ζ) η τροποποίηση των δεξιοτήτων αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και η) η αξιολόγηση των σκοπών / προθέσεων της αντιμετώπισης. Σημαντικό ρόλο σε αυτήν τη θεώρηση κατέχει η λειτουργία της μνήμης εργασίας, η οποία φαίνεται να συνδέεται και να αλληλεπιδρά με τα πρώτα τέσσερα στοιχεία (Boekaerts, 1996· Ungler et al., 1998· Votta & Manion, 2003).

Ο Berg και οι συνεργάτες (1998) του επέκτειναν τα προϋπάρχοντα θεωρητικά μοντέλα με σκοπό να συμπεριλάβουν και το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου (Berg et al., 1998). Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση, που βρίσκεται σε συμφωνία με τα σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα για το ρόλο των ομάδων και των κοινωνικών δικτύων, η αντιμετώπιση ενός αγχογόνου ερεθίσματος δεν αποτελεί μόνο ατομική υπόθεση, αλλά και υπόθεση της κοινωνικής ομάδας στην οποία ανήκει το άτομο. Τα περιβάλλοντα κοινωνικά δίκτυα δεν υποστηρίζουν ή απορρίπτουν απλώς τις αποφάσεις ή / και τις δραστηριότητες του ατόμου, αλλά εμπλέκονται, αλληλεπιδρούν και συνεργούν, είτε στην αντιμετώπιση είτε στην εμφάνιση μιας ψυχοπιεστικής κατάστασης (Berg, 1998· Roussi, 2001).

Βάσει των παραπάνω, ως “στρατηγικές αντιμετώπισης” ορίζονται οι προσπάθειες επίλυσης, ανοχής ή / και μείωσης των εξωτερικών και εσωτερικών πιέσεων που ασκεί ένα ψυχοπιεστικό, στρεσογόνο γεγονός. Αποτελούν μια δυναμική διεργασία κατά την οποία το άτομο προβαίνει σε ποικίλες γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες για τη διαχείριση του ψυχολογικού στρες. Καθώς η αντιμετώπιση των προβλημάτων, βάσει ορισμού, προϋποθέτει σκόπιμη προσπάθεια, δεν μπορεί να είναι συνώνυμη

με αντανακλαστικές ή αυτοματοποιημένες αντιδράσεις του ατόμου, διότι οι τελευταίες είναι έξω από την βούλησή του (Compas, 1987). Για παρεμφερείς λόγους, η σκόπιμη αντιμετώπιση δεν θα πρέπει να συγχέεται με τους μηχανισμούς άμυνας, οι οποίοι λειτουργούν ασυνείδητα για να πετύχει το άτομο το ίδιο αποτέλεσμα (μείωση άγχους). Επίσης, είναι σημαντικό να σημειωθεί πως η αντιμετώπιση διαφοροποιείται και από την έννοια της προσαρμογής, δεδομένου ότι η “προσαρμογή” αφορά γενικότερα και ευρύτερα γνωρίσματα / χαρακτηριστικά, και συμπεριλαμβάνει ποικίλους -και όχι μόνο σκόπιμους- τρόπους αντιμετώπισης μιας ψυχοπιεστικής κατάστασης (Lazarus & Folkman, 1984).

Οι Lazarus και Folkman, χρησιμοποιώντας ως κριτήριο ταξινόμησης την κατεύθυνση των ενεργειών του ατόμου, πρότειναν τη διάκριση των στρατηγικών αντιμετώπισης ανάμεσα σε στρατηγικές *εστιασμένες στο πρόβλημα* και σε στρατηγικές *εστιασμένες στο συναίσθημα*, κατευθυνόμενοι από τις δύο βασικές λειτουργίες της αντιμετώπισης: α) το χειρισμό και την επίλυση του προβλήματος / ψυχοπιεστικής κατάστασης και β) τη ρύθμιση των συναισθημάτων. Η αντιμετώπιση που εστιάζεται στην επίλυση του προβλήματος έχει σαν στόχο να βοηθήσει το άτομο να αντιμετωπίσει τη δυσλειτουργική κατάσταση μέσω των προσπαθειών του για τροποποίηση του περιβάλλοντος· παραδείγματος χάρη, μέσω λήψης αποφάσεων, δράσης, αναζήτηση βοήθειας, εφαρμογή δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, κ.λπ. Η αντιμετώπιση που είναι εστιασμένη στη ρύθμιση του συναισθήματος επιστρατεύεται με στόχο να ελέγξει τα συναισθήματα σχετικά με την κατάσταση, κάτι που επιτυγχάνεται είτε αλλάζοντας το νόημα που έχει το γεγονός για το άτομο, είτε θέτοντας νέους στόχους, εγκαταλείποντας τους παλιότερους. Σε αυτήν τη μορφή αντιμετώπισης, το άτομο δεν καταβάλλει ενεργητική προσπάθεια για να αλλάξει τις εξωτερικές, περιβαλλοντικές συνθήκες, ωστόσο μεταβάλλεται το συναίσθημα και η αντίληψή του (αποφυγή του ερεθίσματος, επαναξιολόγηση, απομόνωση, κ.λπ).

Παρόλο που οι παραπάνω λειτουργίες της αντιμετώπισης φαίνονται να είναι ποιοτικά διαφορετικές, και οι δύο κατευθύνονται τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στο περιβάλλον του (η ψυχο-συναισθηματική κατάσταση επηρεάζει την εκδηλωμένη συμπεριφορά, που με τη σειρά της επηρεάζει έμμεσα ή άμεσα το περιβάλλον). Έτσι, οι μελέτες του Scheier και των συνεργατών του (1986) έδειξαν πως τα άτομα χρησιμοποιούν και τους δύο τύπους αντιμετώπισης σε αναλογία που καθορίζεται από την εκτίμηση του γεγονότος και τη στήριξη του περιβάλλοντος. Κινούμενοι στο ίδιο πνεύμα, οι Westman και Shiron (1995) πρότειναν μια ταξινόμηση των στρατηγικών αντιμετώπισης με βάση: α) το περιεχόμενο της στρατηγικής και β) τον περίγυρο. Με βάση το περιεχόμενο γίνεται η διάκριση σε *άμεσες* και *ενεργητικές* στρατηγικές (σε αντίθεση με τις έμμεσες και παθητικές) και σε στρατηγικές που είναι *επαρκείς* και *αντίστοιχες* με τις επικρατούσες περιβαλλοντικές συνθήκες. Βάσει του κοινωνικού περιγύρου και των απαιτήσεων της κατάστασης, οι ίδιοι συγγραφείς θεωρούν σημαντική την ποικιλία των διαθέσιμων αποθεμάτων / στρατηγικών και την ευελιξία του ατόμου να τροποποιεί τις στρατηγικές του ανάλογα με το είδος του στρεσογόνου ερεθίσματος που αντιμετωπίζει.

Πολλοί ακόμα ερευνητές έχουν κατά καιρούς διακρίνει τις στρατηγικές αντιμετώπισης σε αντίστοιχες με τις προαναφερθείσες ομάδες, οι οποίες αναφέρονται σε παρόμοιες διαδικασίες, έχοντας ωστόσο διαφορετικά ονόματα.

Ενδεικτικά, οι Billings και Moos (1981) διαχωρίζουν τις στρατηγικές μεταξύ *ενεργητικών* και *στρατηγικών αποφυγής*, ενώ οι Herman και McHale (1993) αναφέρονται σε *στρατηγικές προσέγγισης* και σε *στρατηγικές αποφυγής*. Με κριτήριο τη στόχευση / πρόθεση του ατόμου, ο Weisz (1994) ταξινόμησε τις στρατηγικές σε *στρατηγικές πρωτογενούς ελέγχου* και σε *στρατηγικές δευτερογενούς ελέγχου*. Νωρίτερα, οι McCrae και Costa (1980 / 87), με βάση τη λειτουργία και την αποτελεσματικότητά τους, είχαν διαχωρίσει τις στρατηγικές σε *νευρωτικές* και *ώριμες*, και οι Ebata και Moos (1991), με κριτήριο τη μέθοδο αντιμετώπισης, τις διέκριναν σε *γνωστικές στρατηγικές* και σε *συμπεριφορικές στρατηγικές*. Ωστόσο, σε κάθε περίπτωση, οι βασικές ομάδες αναφέρονται σε στρατηγικές που στοχεύουν στον έλεγχο ή την τροποποίηση του ψυχοπιεστικού γεγονότος (αναζήτηση βοήθειας / πληροφοριών, εφαρμογή τεχνικών επίλυσης προβλημάτων, κ.λπ), ενώ η δεύτερη ομάδα αφορά στρατηγικές που ρυθμίζουν τα απορρέοντα συναισθήματα από την αγχογόνα κατάσταση (απεμπλοκή, αποφυγή του ερεθίσματος, παραίτηση, θετική επαναξιολόγηση, άρνηση, απομόνωση, κ.λπ).

Βέβαια, η διάκριση των στρατηγικών, ανάλογα με το αν εστιάζονται στο συναίσθημα ή στο πρόβλημα, είναι κυρίως σχηματική. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί πως η αποφυγή, ενώ ανήκει στις εστιασμένες στο συναίσθημα στρατηγικές, ισοδυναμεί με μια ενεργητική προσπάθεια απεμπλοκής από τη στρεσογόνο κατάσταση για κάποιο χρονικό διάστημα (Erping-Jordan et al., 1999· Berghuis & Stanton, 2002). Επιπλέον, οι στρατηγικές που αποσκοπούν στη ρύθμιση του συναισθήματος μπορούν να προάγουν την επίλυση ενός προβλήματος καθώς δημιουργούν κατάλληλες συνθήκες για μια ψύχραιμη αντιμετώπιση. Επίσης, είναι πιθανό στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα να χρησιμοποιούνται για τη ρύθμιση του συναισθήματος. Άλλωστε, οι περισσότερες μελέτες παρατηρούν πως ανεξάρτητα από το είδος του προβλήματος που το άτομο καλείται να διαχειριστεί, είθισται να αντλεί στρατηγικές ταυτόχρονα και από τις δύο μορφές αντιμετώπισης (Folkman, 1984· Pennebaker et al., 1999· Berghuis & Stanton, 2002).

Πολλοί παράγοντες συμμετέχουν στη διαδικασία στη διαδικασία επιλογής στρατηγικών με σκοπό την αντιμετώπιση μιας ψυχοπιεστικής κατάστασης. Ατομικές μεταβλητές (η προσωπικότητα του ατόμου, τα αποθέματα που διαθέτει, η ατομική του εκτίμηση, κ.λπ) και μεταβλητές της κατάστασης (το ίδιο το γεγονός, το πλαίσιο στο οποίο διαδραματίζεται, η ελεγχσιμότητα της κατάστασης, παρεμφερή γεγονότα) επηρεάζουν από κοινού τις προσπάθειες για αντιμετώπιση. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι πιο καθοριστικοί, ρυθμιστικοί παράγοντες είναι: α) τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία (όπως η ηλικία, το μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο), β) η ποσότητα και το είδος της κοινωνικής υποστήριξης που δέχεται το άτομο από το περιβάλλον του, γ) η αξιολόγηση του ατόμου για το γεγονός / κατάσταση (γνωστική εκτίμηση) και δ) τα στοιχεία της προσωπικότητας του ατόμου (νευρωτισμός, εξωστρέφεια, αισιοδοξία, κ.λπ).

## 4. Παράγοντες που σχετίζονται με τις στρατηγικές αντιμετώπισης

### 4.1. Κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται πως κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες, όπως το μορφωτικό και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, η ηλικία και το φύλο, μπορούν να επηρεάσουν την επιλογή ή / και τη χρήση των στρατηγικών αντιμετώπισης. Ο Haan (1977) παρατήρησε σε μια μελέτη του πως οι άνθρωποι υψηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου ήταν πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες στην επίλυση του προβλήματος και λιγότερο πιθανό να επιλέξουν δυσπροσαρμοστικές / ανώριμες στρατηγικές.

Αργότερα, οι Billings και Moos (1981) διαπίστωσαν εκ νέου το παραπάνω εύρημα, υποστηρίζοντας πως τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο είναι περισσότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα και λιγότερο πιθανό να υιοθετήσουν στρατηγικές απεμπλοκής, όπως την αποφυγή και την άρνηση.

Οι Taylor και Seeman (1999) παρατήρησαν ότι όσο πιο χαμηλό ήταν το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, τόσο πιο συχνή ήταν η χρήση μη αποτελεσματικών στρατηγικών, όπως η αποφυγή / διαφυγή· ενώ, ο Grossi (1999) κατέληξε στο ίδιο συμπέρασμα από την αντίθετη κατεύθυνση, διαπιστώνοντας πως η υιοθέτηση στρατηγικών εστιασμένων στην επίλυση του προβλήματος, εμφανιζόταν σπάνια σε ανθρώπους με χαμηλό μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο.

Τα παραπάνω ευρήματα είναι πιθανό να οφείλονται στο γεγονός πως τα άτομα με κοινωνικο-οικονομικές δυσκολίες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με άτομα πιο κοινωνικά ευκατάστατα (Kristenson, 2004).

Η πλειοψηφία των μελετών για την επίδραση του φύλου στην επιλογή και χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης καταλήγουν στο ότι οι άνδρες είθισται είτε να χρησιμοποιούν στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα είτε να υιοθετούν στρατηγικές απεμπλοκής, ενώ οι γυναίκες τείνουν να εφαρμόζουν περισσότερο στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα (Li et al., 2006· Wilhelm et al., 2007· Paster et al., 2009).

Όσον αφορά την επίδραση της ηλικίας, έχει βρεθεί πως οι μεγαλύτεροι σε ηλικία χρησιμοποιούν συχνότερα είτε στρατηγικές εστιασμένες στην επίλυση του προβλήματος είτε στρατηγικές που προσεγγίζουν θετικά την κατάσταση. Είναι πιθανό, η πρόοδος της ηλικίας να συμβαδίζει με την ωρίμανση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (Καραδήμας, 1998), ωστόσο θα ήταν αρκετά αφελές να αποδοθεί η παραπάνω συσχέτιση εξ' ολοκλήρου στις διαδικασίες ωρίμανσης.

## 4.2. Γνωστική εκτίμηση – Αντίληψη / Αίσθηση ελέγχου

Στη θεωρία των Lazarus και Folkman για την αντιμετώπιση τονίζεται, μεταξύ άλλων, πως η διαδικασία διαχείρισης ενός ψυχοπιεστικού γεγονότος αποτελεί μια δυναμική διεργασία κατά την οποία η αναθεώρηση της αξιολόγησης / εκτίμησης της κατάστασης οδηγεί σε αλλαγές των στρατηγικών αντιμετώπισης και αντίστροφα (Lazarus & Folkman, 1984). Σύμφωνα με την εν λόγω θέση, ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση έχουν οι διεργασίες που προηγούνται αυτής, καθώς φαίνεται πως είναι αυτές που καθορίζουν τη σημασία του γεγονότος για το άτομο, το οποίο με τη σειρά του επηρεάζει τη συμπεριφορά του ατόμου απέναντι σε αυτό. Με αυτόν τον τρόπο, η διαδικασία της αντιμετώπισης διακρίνεται σε δύο φάσεις / διεργασίες: α) στη γνωστική εκτίμηση και β) στις στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων (coping), όπως περιγράφηκαν.

Ως προς τη διεργασία της γνωστικής εκτίμησης, φαίνεται πως λαμβάνουν χώρα δύο τύποι: η *πρωτογενής* και η *δευτερογενής* γνωστική εκτίμηση. Η πρώτη αναφέρεται στην εκτίμηση της κατάστασης, όπου το άτομο αξιολογεί τη σημασία που έχει το στρεσογόνο ερέθισμα για την ευημερία του, αξιολογώντας αρχικά αν το γεγονός αφορά μια *απώλεια*, μια *απειλή* ή μια *πρόκληση*. Ένα ψυχοπιεστικό γεγονός χαρακτηρίζεται ως *απώλεια* όταν εκτιμάται ότι έχει προκαλέσει μια καταστροφή, ως *απειλή* όταν εκτιμάται πως υπάρχει κίνδυνος επικείμενης καταστροφής, και ως *πρόκληση* όταν εκτιμάται ότι υπάρχει πιθανότητα να ξεπεραστεί οριστικά το γεγονός και το άτομο να έχει κέρδος από αυτό (Folkman, 1984). Στη γνωστική διαδικασία της πρωτογενούς εκτίμησης, εξέχουσα θέση κατέχουν οι αντιλήψεις του ατόμου για το τι είναι σημαντικό για το ίδιο, η κρίση του ατόμου για τον έλεγχο της κατάστασης και τα χαρακτηριστικά του γεγονότος.

Η δευτερογενής γνωστική εκτίμηση αναφέρεται στην αξιολόγηση των αποθεμάτων του ατόμου, τις διαθέσιμες πηγές του, καθώς και στις διαθέσιμες επιλογές και τους εναλλακτικούς τρόπους για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Συνοπτικά, τα *αποθέματα αντιμετώπισης* περιγράφονται ως η μεσολαβητική μεταβλητή που μπορεί να μειώσει τις επιπτώσεις των στρεσογόνων γεγονότων ή να διευκολύνει την αντιμετώπιση τους, και αξιολογούνται πάντα με βάση τις απαιτήσεις του ατόμου. Σε γενικές γραμμές, διακρίνονται σε *κοινωνικά αποθέματα*, όπως τα κοινωνικά δίκτυα / κοινωνικά συστήματα υποστήριξης και τα υλικά εργαλεία, όπου το άτομο λαμβάνει για την αντιμετώπιση πληροφορίες, υλική βοήθεια και συναισθηματική υποστήριξη (διαπροσωπικές σχέσεις, θετικά καθημερινά γεγονότα, αλληλεπίδραση με το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον, χρήματα, εργαλεία, κ.λπ)· και σε *ψυχολογικά αποθέματα*, στα οποία περιλαμβάνονται χαρακτηριστικά προσωπικότητας και ατομικά γνωρίσματα, και παράγοντες όπως η αισιοδοξία, η θρησκευτική πίστη, οι δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, η αυτο-εκτίμηση, η αυτο-αποτελεσματικότητα, προϋπάρχουσα υγεία, αξίες και ειδικές δεξιότητες (Glass, 1977· Kobasa, 1986· Brodzinsky, 1992· Fabes et al., 1992· Shatte et al., 1999). Σημαντικό κομμάτι της δευτερογενούς εκτίμησης αποτελούν οι προηγηθείσες αξιολογήσεις του ατόμου για τον έλεγχο της κατάστασης και η αίσθηση ελέγχου που αποκομίζει από αυτές (Folkman, 1984· Carver et al., 1989).

Η σχέση μεταξύ της αντίληψη του ελέγχου και της ψυχολογικής υγείας φαίνεται ότι ασκείται κυρίως μέσω της επίδρασής της στον τρόπο της γνωστικής αντίληψης και αντιμετώπισης των ψυχοπιεστικών γεγονότων (Gourounti, 2011). Η Folkman (1984) προτείνει πως πρέπει να γίνει διαχωρισμός μεταξύ της έννοιας του ελέγχου ως γνωστική διεργασία και της έννοιας του ελέγχου ως στρατηγικής αντιμετώπισης προβλήματος. Ο έλεγχος ως στρατηγική αντιμετώπισης αναφέρεται στις προσπάθειες του ατόμου (αλλαγή συμπεριφοράς, συλλογή πληροφοριών, κ.λπ) για να μειώσει την συναισθηματική ένταση και το άγχος που προκαλείται από τη στρεσογόνο κατάσταση, ενώ ο έλεγχος ως γνωστική διεργασία αναφέρεται στην αξιολόγηση των προσωπικών ικανοτήτων και διαθέσιμων αποθεμάτων του ατόμου που χρειάζεται να επιστρατεύσει με σκοπό την αντιμετώπιση του προβλήματος. Σε αρκετές μελέτες έχει παρατηρηθεί πως υπάρχει θετική και στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της υψηλής αντίληψης ελεγκσιμότητας των γεγονότων και της χρησιμοποίησης στρατηγικών αντιμετώπισης εστιασμένων στην επίλυση του προβλήματος (Folkman, 1984· Peacock & Wong, 1996). Στα ευρήματα των μελετών αυτών φαίνεται πως τα άτομα με υψηλό βαθμό αντίληψης ελέγχου είναι λιγότερο ευάλωτα στο στρες, αφενός γιατί πιθανόν βιώνουν περισσότερο θετικά συναισθήματα και αφετέρου διότι υιοθετούν ώριμες και αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Ανεξάρτητα από το είδος του ελέγχου που τα άτομα πιστεύουν ότι ασκούν, αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι όσο αυξάνει η αντίληψη του ελέγχου ή η πεποίθηση του ατόμου ότι ασκεί έλεγχο στο περιβάλλον του, τόσο μειώνεται το στρες (Mirowsky & Ross, 1990). Σύμφωνα με την Folkman (1984) ακόμη και η ψευδαίσθηση του ελέγχου έχει τα ίδια πλεονεκτήματα. Ωστόσο, νεότερες μελέτες δείχνουν πως η υψηλή αίσθηση ελέγχου κατά τη δευτερογενής εκτίμηση μπορεί να αποβεί προβληματική και δυσλειτουργική για το άτομο όταν αγνοούνται οι κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες που το πλαισιώνουν (Roussi, 2001).

Τέλος, σύμφωνα με τους Smucker και Niederee (1995), για όσα άτομα έχουν εκτεθεί σε χρόνιο τραυματισμό, ειδικά στην παιδική ηλικία, η γνωστική εκτίμηση εκδηλώνεται με τη δημιουργία σχημάτων βασισμένων στο τραύμα. Από τη στιγμή του τραύματος και έπειτα, τα σχήματα αυτά λειτουργούν ως φίλτρα και οργανωτές των γνωστικών διεργασιών, καθορίζοντας το πως τα επόμενα γεγονότα θα γίνουν αντιληπτά, πως θα ερμηνευτούν, κωδικοποιηθούν και ανακληθούν από τη μνήμη του τραυματισμένου ατόμου. Η συνεχής παρουσία και ενεργοποίηση “τραυματογενών” σχημάτων, όπως για παράδειγμα, σχήματα αδυναμίας, αναξιοτήτας, εγκατάλειψης, κ.ο.κ., εγκλωβίζουν το άτομο σε μια διαρκή στάση θυματοποίησης, ενώ θέτουν και τα θεμέλια για την ανάπτυξη χρόνιων μετατραυματικών συμπτωμάτων και διαταραχών. Ιδιαίτερα για άτομα-θύματα χρόνιων τραυμάτων, το σχήμα της “αδυναμίας” φαίνεται να αποτελεί τον πυρήνα της γνωστικής τους αξιολόγησης, καθώς το τραύμα αφήνει το άτομο σε μια κατάσταση “λειτουργικής παράλυσης”, η οποία καθιστά αδύνατη την αντιμετώπιση και των πιο μικρών καθημερινών προβλημάτων, τα οποία βιώνονται εξίσου όπως μια σημαντική συναισθηματική κρίση (Smucker & Niederee, 1995).



### 4.3. Κοινωνική υποστήριξη – Κοινωνικά δίκτυα

Η κοινωνική υποστήριξη και τα κοινωνικά δίκτυα, προσεγγίζονται όλο και περισσότερο ως απαραίτητες μεταβλητές στην επιτυχή αντιμετώπιση μιας ψυχοπιεστικής κατάστασης. Μολονότι δεν είναι ακόμα σαφείς όλες οι μεταβλητές που εμπλέκονται, ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης στη διαδικασία αντιμετώπισης μπορεί να είναι είτε άμεσος (κοινωνική υποστήριξη ως στρατηγική) είτε έμμεσος (μέσω του ρόλου της στην επιλογή στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων / προβλημάτων).

Δύο βασικές θεωρήσεις έχουν προταθεί σχετικά με τους μηχανισμούς που εμπλέκονται. Σύμφωνα με την πρώτη θεώρηση, η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί θεμελιώδη και εγγενή ανάγκη του οργανισμού (Baumeister & Leary, 1995) και ασκεί ευεργετικά αποτελέσματα, ανεξάρτητα από την κατάσταση του ατόμου (αν βρίσκεται ή όχι κάτω από στρεσογόνες συνθήκες): κατ' επέκταση, η απουσία κοινωνικής υποστήριξης είναι καθ' αυτή στρεσογόνα (the direct effect hypothesis) (Thoits, 1982). Με βάση τη δεύτερη θεώρηση, η κοινωνική υποστήριξη ασκεί προστατευτική δράση, είτε διότι ενισχύει το άτομο να αντιμετωπίσει την κατάσταση μέσω της επιρροής της στη διαδικασία της γνωστικής εκτίμησης / αξιολόγησης, είτε επειδή λειτουργεί η ίδια ως προστατευτικός παράγοντας (the stress - buffering hypothesis) (Cohen & Wills, 1985). Για παράδειγμα, η κοινωνική υποστήριξη που μπορεί να έχει κάποιο άτομο από τους συγγενείς του, αποτελεί έναν σημαντικό, κατευναστικό παράγοντα προστασίας απέναντι στο στρες που βιώνει (Kahn, 2003).

Από την ανασκόπηση των ερευνών φαίνεται πως τα άτομα που λαμβάνουν κοινωνική υποστήριξη έχουν αυξημένες πιθανότητες να προβούν σε λογικές αξιολογήσεις της κατάστασης, όπως και να επιλέξουν ώριμες και προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης (Valentiner et al., 1994· Lusting, 2002· Kahn, 2003· Armstrong et al., 2005· Taylor, 2007). Αντίθετα, η απουσία κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να οδηγήσει το άτομο στο να αξιολογήσει το στρεσογόνο γεγονός περισσότερο ως *απειλητικό* και λιγότερο ως *πρόκληση*, ή πιο απειλητικό από όσο είναι στην πραγματικότητα, και αυτό να οδηγήσει σε αυξημένο άγχος και λιγότερο αποτελεσματικούς τρόπους διαχείρισης.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως η κοινωνική υποστήριξη διαφοροποιείται από την έννοια των κοινωνικών δικτύων, καθώς τα κοινωνικά δίκτυα αναφέρονται κυρίως στην ποσότητα και τη συχνότητα των διαπροσωπικών επαφών μεταξύ των ατόμων (οι κοινωνικές ομάδες και τα πρόσωπα με τα οποία το άτομο σχετίζεται), ενώ η κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται στην ποιότητα αυτών των επαφών (Bott, 1971· Wellman, 1981· Καραδήμας, 2005). Ωστόσο, όπως γίνεται εμφανές, η ύπαρξη κοινωνικών δικτύων σχετίζεται άμεσα με την κοινωνική υποστήριξη. Καθοριστικοί παράγοντες στη διαθεσιμότητα και την ύπαρξη κοινωνικών δικτύων συνιστούν οι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες (οικογενειακό και ευρύτερο σύστημα, πρόσβαση σε φορείς / δομές / υπηρεσίες, ύπαρξη γειτονιάς, κ.λπ), τα ατομικά χαρακτηριστικά και γνωρίσματα (προσωπικότητα, προσανατολισμός του ατόμου στην αξιοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης), καθώς και η μεταξύ τους αλληλεπίδραση και δυναμική (Britner, 2003· Perry, 2004· Morrison et al., 2006).

## 4.4. Προσωπικότητα

### 4.4.1. Η έννοια της προσωπικότητας

Η έννοια της προσωπικότητας είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη και σύνθετη, και έχει αποτελέσει πεδίο έρευνας σχεδόν σε όλες τις ανθρώπινες επιστήμες. Παρά την εκτεταμένη μελέτη όμως, δεν είναι τόσο σίγουρο ότι μπορούμε ακόμα να προσδιορίσουμε την προσωπικότητα στη μοναδικότητα της. Στην αρχαιότητα η προσωπικότητα ήταν η μάσκα του θεάτρου (*persona*) σε τραγωδίες, φάρσες, κωμωδίες. Ετυμολογικά, η λέξη “πρόσωπο” (άτομο) προέρχεται από τη λατινική λέξη “*persona*” που σημαίνει “μάσκα του θεάτρου”. Αργότερα έγινε “πρόσωπο θεάτρου”, “ρόλος” και τελικά “άτομο”, και επικράτησε με αυτήν την ετυμολογία σε όλες της λατινογενείς γλώσσες (αγγλικά: *person, personality*, γαλλικά: *personne, personnalité*, γερμανικά: *person, personlichkeit*, κ.ο.κ.). Η ετυμολογία της λέξης είναι σημαντική, καθώς ουσιαστικά υποδηλώνει *αυτό που φαίνεται αλλά και αυτό που κρύβεται*. Αυτή η διαλεκτική της παρουσίας - απουσίας βρίσκεται στο κέντρο της έννοιας της προσωπικότητας και θεμελιώνει την ύπαρξή της.

Στην καθημερινή γλώσσα, η λέξη *προσωπικότητα* εμφανίζεται ιδιαίτερα συχνά, κυρίως με δύο έννοιες ή κατηγορίες εννοιών: αφενός, για να τονίσει την ολοκλήρωση, τη συνοχή / συνέπεια και τη μοναδικότητα της ύπαρξης ενός συγκεκριμένου ατόμου· αφετέρου, για να αναδείξει διαστάσεις ομοιότητας και διαφοράς μεταξύ των ανθρώπων (Thomas, 1995).

Ποικίλοι ορισμοί για την προσωπικότητα έχουν προταθεί επίσης από πολλούς ψυχολόγους:

- Watson J. (1913): “Η προσωπικότητα είναι το τελικό προϊόν του συστήματος των συνηθειών της”.
- Allport G. (1958) -μεταξύ άλλων ορισμών-: “Η προσωπικότητα είναι η δυναμική οργάνωση, που κάνει το άτομο, των ψυχοφυσικών συστημάτων που προκαθορίζουν την προσαρμογή του στο περιβάλλον”.
- Filloux J. C. (1957): “Προσωπικότητα είναι η μοναδική διαμόρφωση – που γίνεται κατά τη διάρκεια της ιστορίας της ατόμου – του συνόλου των συστημάτων υπευθύνων για τη συμπεριφορά του: α) μοναδική γιατί κάθε άτομο είναι ξεχωριστό, ακόμη κι αν υπάρχουν κοινά χαρακτηριστικά με άλλα άτομα, β) δεν είναι μόνο ένα σύνολο λειτουργιών αλλά μία διαμόρφωση, μία οργάνωση, μία δομή, γ) είναι χρονική γιατί ανήκει πάντα σε κάποιον που ζει μέσα στην ιστορία, τον χρόνο, δ) δεν είναι ούτε ερέθισμα, ούτε απάντηση, είναι μία ενδιάμεση μεταβλητή”.
- Vexliard A. (1967): “Η προσωπικότητα είναι μια δομή δυναμική, ολοκληρωτική και ολοκληρωτική, που εγγυάται μια σχετική ενότητα, καθώς και τη χρονική συνέχεια του συνόλου των συστημάτων που εκθέτουν της ιδιαίτερες ιδιότητες της ατόμου, τον τρόπο του να αισθάνεται, να σκέφτεται, να δρα και να αντιδρά σε συγκεκριμένες καταστάσεις”.

Επίσης, ο ορισμός του Piaget (1970) για τη δομή<sup>ix</sup> δίνει τα κυριότερα στοιχεία για την κατανόηση της προσωπικότητας ως δομή:

α. Ως προς τη λειτουργία της (σύστημα μετασχηματισμών που αυτορυθμίζεται με νόμους).

β. Ως προς την ανάπτυξή της (συντηρείται και εμπλουτίζεται...).

Πράγματι, είναι ανέφικτη η αποσαφήνιση της λειτουργίας ενός τόσο πολύπλοκου συστήματος, αν δεν είναι γνωστό το πως συγκροτήθηκε, δηλαδή, αν δεν μελετηθεί ως προς την ιστορία του. Η κατανόηση της έννοιας της προσωπικότητας και της ανάπτυξής της, σημαίνει ουσιαστικά την περιγραφή της ιστορίας των δομών που σε διαδοχικές στιγμές όρισαν τη λειτουργία του ατόμου. Υπό αυτό το πρίσμα, η προσωπικότητα υπονοεί κυρίως μια αντίληψη ή μια “κοσμοθεωρία” του ατόμου, η οποία είναι προϊόν της ανάπτυξής του και έχει ως αποτέλεσμα μια δυναμική εξέλιξη, ιδανικά, μια ολοκλήρωση, μια αποπεράτωση ή τη σύνθεση μιας νέας δομής, μέσα από την οποία το άτομο αποκτά το μέσον για να εφαρμόσει και να πραγματοποιήσει αυτά που επιθυμεί. Τοιουτοτρόπως, όπως πλέον διαφαίνεται και σε πολλές μελέτες, τόσο η προσωπικότητα του ατόμου ως σύνολο, όσο και επιμέρους χαρακτηριστικά της, επηρεάζουν την καθημερινή συμπεριφορά του ατόμου, αλλά και το είδος της στρατηγικής που θα επιλέξει να χρησιμοποιήσει για την αντιμετώπιση μιας ψυχοπαιστικής, στρεσογόνου κατάστασης.

Η σχέση μεταξύ προσωπικότητας και στρατηγικών αντιμετώπισης φαίνεται πως ασκείται κυρίως μέσω τριών μηχανισμών: α) μέσω της επίδρασης της προσωπικότητας σε συμπεριφορές υγείας (*μοντέλο συμπεριφοράς υγείας / health behavior model*), β) μέσω της άμεσης επίδρασης των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (όπως π.χ. ο νευρωτισμός, η εξωστρέφεια και η δεκτικότητα σε εμπειρίες) στη συναισθηματική αντίδραση στο στρες και στην εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων και γ) μέσω της επίδρασης της προσωπικότητας στον τρόπο αντίληψης (γνωστικής εκτίμησης) και αντιμετώπισης των ψυχοπαιστικών γεγονότων (*μοντέλο αλληλεπίδρασης / interactional model*) (Smith & Gallo, 2001· Morrison & Bennett, 2006).

#### 4.4.2. Θεωρίες της προσωπικότητας

Οι θεωρίες για την προσωπικότητα διακρίνονται μεταξύ τους ανάλογα με τη θέση που παίρνουν οι θεωρητικοί απέναντι σε μερικά βασικά προβλήματα – ερωτήματα, με τα οποία αναπόφευκτα έρχονται αντιμέτωποι καθώς επιχειρούν να δώσουν ερμηνεία σε όσα συμβαίνουν στον άνθρωπο. Βέβαια, καθώς η εννοιολογική θεώρηση της προσωπικότητας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από αυτό που αντιπροσωπεύει το άτομο σε μια κοινωνία και το νόημα που έχει για τον κοινωνικό ιστό, οι θεωρίες για την προσωπικότητα δεν θα μπορούσαν να παραβλέψουν την ιστορία της έννοιας του ατόμου. Έχει αποδειχθεί άλλωστε, πως μέσα από μεγάλες κοινωνικές αλλαγές και μεταδομήσεις που υφίστανται οι πολιτισμοί, επανοικοδομείται η έννοια του ατόμου, κατ’ επέκταση και της προσωπικότητας που το άτομο αναπτύσσει.

Ως εκ τούτου, καθεμία από τις θεωρίες για την προσωπικότητα οφείλουμε να την εξετάσουμε λαμβάνοντας υπόψη και το ευρύτερο πλαίσιο, το φιλοσοφικό της φόντο, την ιστορικότητά της, τις σχέσεις της με τις υπόλοιπες αντιλήψεις και τη θέση της στο κοινωνικο-πολιτικό περιβάλλον της εποχής της.

Σε σχέση με τις θεωρίες της προσωπικότητας, η ψυχανάλυση έδωσε μια πρωτότυπη ερμηνεία υπό τη μορφή μιας δυναμικής θεωρίας που επικεντρώνεται σε έννοιες -αν όχι καινούριες, τουλάχιστον επεξεργασμένες διαφορετικά-, όπως το ένστικτο και το ασυνείδητο. Ο Freud έδωσε έμφαση στη μελέτη της προσωπικότητας, επικεντρώνοντάς την στο υποκείμενο και την ιστορία του, δίνοντας αξία στις εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, προτείνοντας τη χρήση άγνωστων ή παραμελημένων ως τότε ψυχολογικών διαδικασιών, όπως την ανάλυση των ονείρων, τους ελεύθερους συνειρμούς, τις παραδρομές της γλώσσας, και εξάγοντας υποθέσεις για την ερμηνεία τους: παιδική σεξουαλικότητα, οιδιπόδειο σύμπλεγμα, ταύτιση με τους γονείς, άγχος του ευνουχισμού, αρχή της πραγματικότητας, αρχή της ευχαρίστησης, κ.ο.κ. Επίσης, συνεξέτασε την ψυχο-βιολογική πλευρά της προσωπικότητας, περιλαμβάνοντας το μοντέλο της φυσιολογίας και εισάγοντας την έννοια των *ενορμήσεων* (1905), μια έννοια-όριο μεταξύ του βιολογικού και του ψυχικού, προσφέροντας με αυτόν τον τρόπο μια εξαιρετικά ολοκληρωμένη πρόταση ως προς τη μελέτη και την ερμηνεία της.

Συνοπτικά, για τον Freud και τους μαθητές του, η προσωπικότητα είναι ο εσωτερικός ψυχικός τόπος που συντάσσεται δυναμικά και ανάλογα με την ιστορία του υποκειμένου ασκώντας ορισμένες λειτουργίες που της είναι ουσιαστικές. Ο ίδιος έκανε την προσέγγισή του με τη μελέτη των διαταραχών της προσωπικότητας, όπως του τις αποκάλυπτε η κλινική πράξη. Έβλεπε πως εκτός από τη συνειδητή ζωή, υπήρχε στον άνθρωπο και μία άλλη, ασυνείδητη πλευρά: τα σκοτεινά, συναισθηματικά φορτισμένα, ασυνείδητα κίνητρα των ασθενών του. Παρομοίασε τον ψυχισμό του ανθρώπου με ένα παγόβουνο, του οποίου το μικρότερο μέρος, αυτό που βρίσκεται πάνω από την επιφάνεια του νερού, αντιπροσωπεύει το συνειδητό, ενώ το μεγαλύτερο μέρος του, που βρίσκεται κάτω από την επιφάνεια, το ασυνείδητο (παρορμήσεις, πάθη, απωθημένες ιδέες, συναισθήματα, κ.λπ.). Έτσι, η μελέτη της προσωπικότητας γίνεται με την συμβολή του Freud, μελέτη του ασυνείδητου.

Αρχικά, ο Freud συνέλαβε τη δομή του ψυχισμού με το σχήμα: συνειδητό, προσυνειδητό, ασυνείδητο (πρώτη τοπική). Ωστόσο, στο βιβλίο του "το Εγώ και το Εκείνο" (Freud, 1923) εγκατέλειψε αυτή την ταξινόμηση και συνέλαβε τον ψυχισμό σαν ένα σύστημα με τρία επί μέρους υποσυστήματα ή βαθμίδες: το *Εκείνο* (*Es*), το *Εγώ* (*Ich*) και το *Υπερεγώ* (*Uber-Ich*), βαθμίδες οι οποίες βρίσκονται σε σύγκρουση μεταξύ τους, ταυτόχρονα όμως, η καθεμία είναι διαφοροποιημένη από τις άλλες δύο (δεύτερη τοπική). Το *Εκείνο* είναι το ασυνείδητο, το άγνωστο και αρχέγονο στοιχείο του ψυχισμού, και περιέχει όλες τις "πληροφορίες" που φέρει κάθε άνθρωπος με τη γέννησή του. Είναι, ουσιαστικά, η πηγή της ψυχικής ενέργειας, ο τόπος των ενορμήσεων, των ενορμήσεων ζωής (*libido*) και θανάτου, και ο τόπος του απωθημένου. Αποτελεί, επίσης, τη μήτρα μέσα στην οποία διαφοροποιούνται και απ' όπου αναδύονται το *Εγώ* και το *Υπερεγώ*. Το *Εγώ* αντιπροσωπεύει τη συνειδητή

πλευρά του ψυχισμού, και εμφανίζεται όταν οι ανάγκες του οργανισμού απαιτούν για την ικανοποίησή τους κατάλληλη επαφή με την πραγματικότητα. Έτσι, αποτελεί τον μεσολαβητή ανάμεσα στο *Εκείνο* και την αντικειμενική πραγματικότητα, ελέγχει το εφικτό των επιθυμιών, και αναστέλλει προσωρινά την ικανοποίηση της επιθυμίας μέχρι να εντοπιστεί το κατάλληλο αντικείμενο για την ικανοποίηση της ανάγκης.

Οι μηχανισμοί που χρησιμοποιεί το *Εγώ* για να εκπληρώσει ικανοποιητικά τον σκοπό του είναι η ρεαλιστική σκέψη και οι ανώτερες νοητικές λειτουργίες. Με αυτόν τον τρόπο καταφέρνει να οργανώνει τις δραστηριότητες του ατόμου, έτσι ώστε να αναπτύσσει αρμονικά τις ικανότητες του και να καλύπτει σταδιακά τις ανάγκες του, επιτυγχάνοντας ένα υψηλό επίπεδο ψυχικής υγείας. Παρόλο που το *Εγώ* είναι η συνειδητή πλευρά του ψυχισμού, ένα μέρος του είναι ασυνείδητο. Αποτελεί, φυσικά, τον τόπο του συνειδητού αλλά παράλληλα και τον τόπο ασυνείδητων εκδηλώσεων, καθώς περιλαμβάνει τις εμπειρίες που ήταν κάποτε συνειδητές αλλά μη παραδεκτές στο *Εγώ* και οι οποίες απωθήθηκαν στο ασυνείδητο (*απωθημένο Εγώ*).

Το τρίτο στοιχείο του ψυχισμού, σύμφωνα με τον Freud, το *Υπερεγώ*, αναπτύσσεται τελευταίο. Εκπροσωπεί τις παραδοσιακές αξίες και τα ιδανικά της κοινωνίας που μεταδίδονται στο άτομο από τους γονείς και τα άλλα σημαντικά πρόσωπα της παιδικής του ηλικίας. Για να αποφεύγει π.χ. την τιμωρία και να κερδίζει την επιδοκimasία το παιδί μαθαίνει να κατευθύνει τη συμπεριφορά του σύμφωνα με τη γραμμή που του χαράσσουν οι γονείς του. Με το μηχανισμό της *ενδοβολής* τείνει να ενσωματώνει αυτές τις απαγορεύσεις στη συνείδηση του (ηθική συνείδηση) που είναι ένα μέρος του *Υπερεγώ*, ενώ στο *Ιδεώδες Εγώ*, που αποτελεί το άλλο μέρος του *Υπερεγώ*, ό,τι επιδοκimasάζεται και αμείβεται. Το *Υπερεγώ* δηλαδή είναι το ηθικό σκέλος της προσωπικότητας και προτεραιότητά του είναι να αποφασίζει τι είναι “καλό” και τι “κακό”, τι επιτρέπεται και τι δεν επιτρέπεται, ώστε να δρα σύμφωνα με τις απαιτήσεις και τις ηθικές επιταγές της κοινωνίας.

Εκτός από τον Freud, η ψυχαναλυτική σκέψη για την προσωπικότητα επηρεάστηκε από πολλούς μαθητές και συνεργάτες του, οι οποίοι ανέπτυξαν νέες τάσεις, προβάλλοντας διαφορετικές θεωρητικές κατευθύνσεις. Ο Jung και ο Adler, μολονότι βρίσκονταν ανάμεσα στους στενούς του συνεργάτες, ήταν οι πρώτοι που διαφοροποίησαν τις απόψεις τους. Ο Jung διαφώνησε σχετικά με τη φύση του ασυνείδητου, καθώς πίστευε πως το ασυνείδητο δεν είναι απλώς η αποθήκη με τις απαγορευμένες ορμές κι απωθημένες μνήμες, αλλά και η πηγή των προσπαθειών μας για ευχαρίστηση και δημιουργικότητα. Επίσης, ο Jung πίστευε ότι στον ψυχισμό του κάθε ατόμου υπάρχει μια πάλη αντίθετων δυνάμεων· δηλαδή, πως κάθε άνθρωπος έχει μια παθητική / θηλυκή φύση και μια δυναμική / ανδρική φύση, όπως και στοιχεία εσωστρέφειας και εξωστρέφειας. Θεωρούσε πως υπάρχει διαπάλη ανάμεσα στο πρόσωπο που παρουσιάζουμε στους άλλους (*persona*) και την ιδιωτική εικόνα του εαυτού μας (*anima/animus*), και πως βασικό έργο κάθε ατόμου είναι η προσπάθεια ενοποίησης αυτών των αντίθετων δυνάμεων.

Ο Adler (1956) διαφοροποιήθηκε με τον Freud γιατί πίστευε ότι η κύρια δύναμη κινητοποίησης στην ανθρώπινη ζωή δεν είναι η ικανοποίηση των σεξουαλικών ορμών, αλλά η προσπάθεια για ανωτερότητα. Με αυτό εννοούσε

το εσωτερικό ψάξιμο για τελειότητα. Ο Adler είπε ότι όλα τα παιδιά γεννιούνται με μια βαθιά αίσθηση κατωτερότητας λόγω του μικρού τους μεγέθους, των φυσικών αδυναμιών, και την έλλειψη γνώσης και δύναμης στον κόσμο των ενηλίκων. Ο Adler χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο *σύμπλεγμα κατωτερότητας (inferiority complex)*. Ο Adler πίστευε ότι ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς σχετίζονται με τα παιδιά τους έχει σημαντικό αποτέλεσμα στην ικανότητα του παιδιού να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα κατωτερότητας και να πετύχει στη μετέπειτα ζωή του. Έτσι, ο Adler είδε την προσωπικότητα σαν βαθιά επηρεασμένη από την ποιότητα των πρώτων κοινωνικών σχέσεων (Pervin & John, 2001).

Από τους Αναλυτές του Εγώ (Karen Horney, Anna Freud, Erik Erikson, κ.λπ.) δόθηκε μεγαλύτερη σημασία στο *Εγώ* και μικρότερη στο *Εκείνο*. Εδώ, το *Εκείνο* παύει να θεωρείται ως η υπερδύναμη της ψυχικής δομής, ενώ το *Εγώ* αντιμετωπίζεται σαν μια δύναμη που έχει την ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον και να επιλέγει τον χρόνο και τον τρόπο με τον οποίο θα ικανοποιήσει τις παρορμήσεις του *Εκείνο*. Το *Εγώ* θεωρείται ικανό για δημιουργικότητα και επίτευξη ικανοποιητικών στόχων που επιλέγει το άτομο. Έτσι ανάμεσα στις ενστικτώδεις ενορμήσεις, τις εξωτερικές συνθήκες και την πράξη παρεμβάλλεται η *σκέψη* που ελέγχει τόσο την εσωτερική ενέργεια όσο και τις αντιδράσεις του ατόμου στο εξωτερικό περιβάλλον.

Στη θεωρία της σχέσεως με το αντικείμενο ή *θεωρία των αντικειμενοτρόπων σχέσεων (Object Relations Theory)* (Melanie Klein, Heinz Kohut, και πολλών άλλων συνεχιστών), δίνεται έμφαση στη σημασία των κοινωνικών σχέσεων για την εξήγηση της διαμόρφωσης της προσωπικότητας. Έτσι, αντί να θεωρείται η ανθρώπινη φύση ως αποτέλεσμα συγκρούσεων γύρω από τις ορμές του *Εκείνου*, ερμηνεύεται πιο πολύ σαν το αποτέλεσμα των σχέσεων του παιδιού με σημαντικά πρόσωπα της ζωής του. Εμβαθύνοντας στη σχέση προσκόλλησης (attachment) του μωρού, κυρίως στη μητέρα, και στο ρόλο που διαδραματίζει η ποιότητα αυτών των πρώτων προσκολλήσεων για την ανάπτυξη του *Εγώ* του παιδιού, των συναισθημάτων σχετικά με τον εαυτό και την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων στη μετέπειτα ζωή του, στην παρούσα προσέγγιση είναι η σχέση με τους γονείς ο πιο καθοριστικός παράγοντας για την κατεύθυνση της ανάπτυξης της προσωπικότητας του ατόμου.

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση της προσωπικότητας διαφοροποιείται από τις υπόλοιπες θεωρίες, οι οποίες επικεντρώνονται περισσότερο σε χαρακτηριστικά προσωπικότητας, παράγοντες, τύπους ή μηχανισμούς μάθησης, δίνοντας μια ερμηνευτική περιγραφή των δομών της προσωπικότητας που θεωρείται εξ αρχής *δυναμική*. Από την άλλη, η αντίληψη της προσωπικότητας με βάση κάποια χαρακτηριστικά (trait conception of personality), μολονότι “στατική”, υπήρξε καθοριστική στην χρήση ψυχολογικών δοκιμασιών και μετρήσεων. Οι πιο γνωστές από αυτές τις θεωρίες είναι του Allport, του Cattell και του Eysenck, όπου αυτοί οι τρεις μπορεί να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικοί θεωρητικοί των χαρακτηριστικών λόγω της κοινής τους έμφασης στις ατομικές διαφορές (Pervin & John, 2001).

Κατά τον Allport, τα γνωρίσματα της προσωπικότητας αποτελούν τους δομικούς λίθους της θεωρίας του. Τα χαρακτηριστικά αντιπροσωπεύουν

γενικευμένες προδιαθέσεις της προσωπικότητας που εξηγούν τη σταθερότητα της λειτουργίας ενός ατόμου σε όλες τις περιστάσεις (Allport & Albert, 1936). Επίσης, σύμφωνα με τον Allport, τα γνωρίσματα είναι η πηγή της συνέπειας στην ανθρώπινη συμπεριφορά και ευθύνονται για τις διαφορές στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιδρούν στις ίδιες καταστάσεις (Pervin & John, 2001). Θεωρούσε πως τα γνωρίσματα αυτά μπορούν να εντοπιστούν έμμεσα μέσω της συχνότητας με την οποία ένα πρόσωπο εκδηλώνει μία συγκεκριμένη μορφή συμπεριφοράς, καθώς και μέσω της έντασης της εκάστοτε προτιμώμενης αντίδρασης. Ωστόσο, ισχυρίστηκε επίσης ότι οι ιδιομορφίες των περιστάσεων μπορούν να εξηγήσουν τη μεταβλητότητα της συμπεριφοράς και πως βάσει των περιστάσεων οι άνθρωποι τροποποιούν την συμπεριφορά τους. Τέλος, υποστήριξε πως τα γνωρίσματα της προσωπικότητας δεν είναι πλήρως παρόντα κατά τη γέννηση, αλλά αναπτύσσονται ως αποτέλεσμα μάθησης μέσα σε ένα περίπλοκο περιβάλλον (Allport, 1955).

Δομικό στοιχείο στη θεωρία του Cattell είναι το *χαρακτηριστικό (trait)*. Ο Cattell αντιλαμβάνεται την προσωπικότητα ως μια πολύπλοκη και διαφοροποιημένη δομή των χαρακτηριστικών που την αποτελούν. Προκειμένου να ανακαλύψει τα βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τον τρόπο οργάνωσής τους, βελτίωσε τη μέθοδο ανάλυσης παραγόντων (Κουλάκογλου, 2003). Αποτέλεσμα της παραγοντικής ανάλυσης του Cattell ήταν η απόσπαση 16 παραγόντων / πρωτογενών χαρακτηριστικών που έδειχναν να εξηγούν το μεγαλύτερο μέρος της προσωπικότητας. Αυτά τα 16 πρωτογενή χαρακτηριστικά συγχωνεύτηκαν ύστερα στο Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας των 16 Παραγόντων του Cattell (16 PF).

Στο πλαίσιο ανάλυσης των χαρακτηριστικών και γνωρισμάτων της προσωπικότητας, όπως αυτά συνάγονται ή διαφαίνονται από τη συμπεριφορά του ατόμου, κινείται και η θεωρία του Eysenck. Ο Eysenck διαφοροποίησε την έννοια του *χαρακτηριστικού* από την έννοια του *τύπου* (Pervin & John, 2001), υποστηρίζοντας πως το *χαρακτηριστικό* αναφέρεται σε μια ενότητα σχετικών συμπεριφορών οι οποίες εμφανίζονται μαζί, ενώ ο *τύπος* συνιστά μια πιο ευρεία έννοια που περιλαμβάνει συσχετιζόμενα χαρακτηριστικά. Έτσι, σύμφωνα με τον Eysenck, οι συμπεριφορές που είναι σχετικές μεταξύ τους συνιστούν ένα χαρακτηριστικό και ανήκουν στατιστικά στον ίδιο παράγοντα. Υπό αυτήν τη σκέψη, διατύπωσε τη θέση ότι στόχος της τυπολογίας είναι η ερμηνεία των αλληλοσυσχετίσεων που ενυπάρχουν μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (Eysenck, 1950). Λίγο νωρίτερα (1947), είχε ανακαλύψει δύο βασικές διαστάσεις της προσωπικότητας, τις οποίες ονόμασε *εσωστρέφεια - εξωστρέφεια (introversion - extraversion)* και *νευρωτισμός - συναισθηματικότητα / αστάθεια - σταθερότητα (neuroticism)*, απεικονίζοντάς τες με δύο τεμνόμενους άξονες. Στους δύο πόλους του κάθετου άξονα τοποθέτησε τη μέγιστη και την ελάχιστη τιμή της διάστασης της *αστάθειας-σταθερότητας*, ενώ στον οριζόντιο άξονα την άλλη διάσταση της προσωπικότητας, την *εσωστρέφεια-εξωστρέφεια*. Στην αρχή της δεκαετίας του 1970 διαπίστωσε την ύπαρξη μιας ακόμη διάστασης, στην οποία συμπεριέλαβε τα χαρακτηριστικά εκείνα που δεν μπορούσαν να περιληφθούν στις δύο προηγούμενες, και ονόμασε αυτή τη διάσταση *ψυχωτισμό (psychoticism)*.

Οι διαστάσεις της προσωπικότητας που προτείνει ο Eysenck, αποτελούν ξεχωριστούς τύπους ανθρώπων, καθένας από τους οποίους ενέχει μια ομάδα χαρακτηριστικών που ανιχνεύονται από τις συνήθειες και τις συγκεκριμένες, κατά περίπτωση αντιδράσεις του. Κομβικό σημείο στη θεωρία του Eysenck αποτελεί η βιολογική βάση της προσωπικότητας (Eysenck & Prell, 1951). Οι διαφορές στη γενετική δομή μεταξύ των ατόμων επηρεάζουν τη νευροφυσιολογική κατασκευή τους, η οποία καθορίζει τη θέση τους στις τρεις διαστάσεις της προσωπικότητας. Επεξηγηματικά, οι διαφορές στη δομή και λειτουργία του νευρικού συστήματος μεταξύ των ατόμων (οι οποίες κυρίως οφείλονται στη γενετική τους κληρονομιά) καθορίζουν και τις μεταξύ τους διαφορές τόσο σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όσο και σε γνωστικές λειτουργίες, όπως είναι η μνήμη και η αντίληψη. Ακολούθως, οι παραπάνω λειτουργίες επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη διαδρομή του ατόμου κατά τη διαδικασία της ψυχολογικής του ανάπτυξης, καθώς και την προσωπικότητα που θα διαμορφώσει κατά την ενηλικίωση.

Ο Eysenck, υποστηρίζοντας τη σημασία των γενετικών παραγόντων στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς, πρότεινε τρεις ξεχωριστές διαστάσεις της προσωπικότητας: α) εξωστρέφεια -εσωστρέφεια, β) νευρωτισμός - αστάθεια - συναισθηματική σταθερότητα, γ) ψυχωτισμός. Δημιουργώντας μια σειρά ερωτηματολογίων για να μετρήσει τις παραπάνω διαστάσεις, αρχικά, σχεδίασε το ερωτηματολόγιο Maudsley Personality Inventory (1959), το οποίο αναθεωρήθηκε το 1964 και μετονομάστηκε σε Eysenck Personality Inventory. Η νέα κλίμακα, παρουσιάστηκε από το ζεύγος Eysenck το 1975, ονομάστηκε Eysenck Personality Questionnaire (E.P.Q.) και συνοδεύτηκε από την πειραματικά αποδεδειγμένη θέση ότι οι τρεις διαστάσεις της προσωπικότητας είναι δυνατό να συνυπάρχουν χωρίς να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ τους.

#### **4.4.3. Εξωστρέφεια – εσωστρέφεια**

Οι εξωστρεφείς και οι εσωστρεφείς παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές στην συμπεριφορά και στις πεποιθήσεις τους. Οι εξωστρεφείς διακρίνονται από χαμηλή διέγερση και τείνουν να συμπεριφέρονται καθημερινά αναζητώντας ερεθίσματα και νέες εμπειρίες ώστε να αυξήσουν το επίπεδο διέγερσης τους. Αντιθέτως, οι εσωστρεφείς είναι χρονίως υπερδιεγερμένοι, σχεδόν εκ γενετής, και συμπεριφέρονται προσπαθώντας να αποφύγουν τα επιπλέον ερεθίσματα που προέρχονται από τον εξωτερικό κόσμο ώστε να μειώσουν το επίπεδο διέγερσης τους. Ο Thomas (1995) αναφέρει πως φαίνεται σαν να υπάρχει ένα εσωτερικό “κουμπί έντασης της φωνής” που, ενώ για τους εσωστρεφείς είναι μονίμως γυρισμένο πολύ ψηλά, για τους εξωστρεφείς είναι γυρισμένο πολύ χαμηλά, και η καθημερινή συμπεριφορά τους να πρέπει να παρέχει αντίστοιχα αντισταθμίσιμα. Για την αποσαφήνιση των μηχανισμών αυτών των διαφορών, ο Eysenck προτείνει ότι οι ατομικές αποκλίσεις στη διάσταση της εξωστρέφειας – εσωστρέφειας αντανακλούν διαφορές στη νευροφυσιολογική λειτουργία και στο επίπεδο της εγκεφαλικής διέγερσης (Eysenck, 1985).



#### 4.4.4. Νευρωτισμός – Αστάθεια – Συναισθηματική Σταθερότητα

Ο νευρωτισμός αναφέρεται στη γενική συναισθηματική αστάθεια του ατόμου, στη συναισθηματική του υπερ-αντιδραστικότητα και στην τάση του να αναπτύσσει νευρωτική συμπτωματολογία κάτω από συνθήκες στρες (Pervin & John, 2001). Τα άτομα με υψηλές τιμές νευρωτισμού τείνουν να είναι συναισθηματικά ευμετάβλητα, είναι αγχώδη, στενοχωρούνται εύκολα, εκδηλώνονται με χαρακτηριστικά κατάθλιψης και έντασης και συχνά παραπονούνται για ανησυχία και ψυχοσωματικές διαταραχές (Cohen et al., 1995· Evers et al., 2003). Παρουσιάζουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, οι οποίες εμποδίζουν τη φυσιολογική τους προσαρμογή. Τα ευρήματα πολλών μελετών υποδεικνύουν ότι τα άτομα με χαμηλό βαθμό νευρωτισμού τείνουν να έχουν καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία (Smith, 2006· Smith & McKenzie, 2006). Τα ευρήματα μιας προοπτικής μελέτης υποδεικνύουν ότι ο υψηλός βαθμός νευρωτισμού σχετίζεται με μειωμένο προσδόκιμο ζωής και εμφάνιση σωματικών νοσημάτων (Suls & Bunde, 2005). Κατά τον Eysenck τα άτομα με υψηλό νευρωτισμό αντιδρούν γρήγορα στο στρες, ενώ η αντίδραση τους στο στρες μειώνεται πιο αργά όταν ο κίνδυνος δεν υφίσταται πια, σε σχέση με τα πιο ευσταθή (χαμηλού νευρωτισμού) άτομα (Pervin & John, 2001).

Όταν ο νευρωτισμός συνοδεύεται από υψηλή εξωστρέφεια τότε το άτομο είναι ευερέθιστο, ανήσυχο, ακόμα και επιθετικό. Οι χαμηλές τιμές, αντίθετα, παραπέμπουν σε άτομο συναισθηματικά σταθερό, με ήπιες αντιδράσεις και γενικότερα σταθερό σύστημα αξιών, απόψεων και συμπεριφοράς. Ο Eysenck προτείνει ότι οι ατομικές αποκλίσεις στη διάσταση του νευρωτισμού-σταθερότητας αντανακλώνονται από την ύπαρξη ή την έλλειψη σταθερότητας στο αυτόνομο νευρικό σύστημα, που αποτελεί το μέρος του νευρικού συστήματος το οποίο ελέγχει τις ακούσιες λειτουργίες, όπως την αναπνοή, την πέψη και τον καρδιακό σφυγμό. Αυτοί που τοποθετούνται ψηλά στη διάσταση του νευρωτισμού εμφανίζουν ισχυρές συναισθηματικές αντιδράσεις στο στρες και υψηλά επίπεδα “ορμής” (Blackburn, 2001). Οι άνθρωποι με υψηλό νευρωτισμό εμφανίζουν συχνά συμπτωματολογία άγχους και κατάθλιψης και είναι πιο ευάλωτοι σε σωματικές ασθένειες (Smith, 2006), αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και απόπειρες αυτοκτονίας (Bowen et al., 2011).

#### 4.4.5. Ψυχωτισμός

Ο ψυχωτισμός αναφέρεται σε ένα υποκείμενο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, που υπάρχει σε διαφορετικό βαθμό σε όλα τα άτομα. Η ύπαρξή του σε μεγάλο βαθμό δηλώνει την προδιάθεση του ατόμου να αναπτύξει ψυχωτικές διαταραχές (Pervin & John, 2001). Τα άτομα με υψηλές τιμές ψυχωτισμού είναι μονήρη, ψυχρά, απρόσωπα, εχθρικά, δύσπιστα, αγενή, επιθετικά ακόμα και ως προς τα άτομα που αγαπούν. Δείχνουν δύσκολα συμπάθεια και δεν σχετίζονται εύκολα με άλλους. Επίσης, τείνουν να

αγαπούν τα παράξενα, ασυνήθη πράγματα και καταστάσεις και δεν λογαριάζουν κίνδυνο. Ο Eysenck προτείνει ότι οι ατομικές αποκλίσεις στη διάσταση του ψυχωτισμού συσχετίζονται με τα “κυκλοφορούντα ανδρογόνα”.

#### **4.4.6. Γνωστικές πλευρές της προσωπικότητας – Αισιοδοξία – Απαισιοδοξία**

Σύμφωνα με τους Scheier και Carver (1985) η αισιοδοξία αναφέρεται στην προσδοκία του ατόμου ότι θα συμβεί κάτι καλό παρά κακό και ότι τα πράγματα θα πάνε όπως επιθυμεί, ενώ η απαισιοδοξία αναφέρεται στην προσδοκία του ατόμου ότι θα συμβεί κάτι κακό παρά καλό και ότι τα πράγματα δεν θα πάνε όπως επιθυμεί. Βάσει των Reker και Wong (1984) η έννοια της αισιοδοξίας έχει δύο διαστάσεις: α) την εσωτερική, κατά την οποία το άτομο προσδοκά μια θετική έκβαση εξαιτίας της προσδοκίας του για επιτυχία λόγω των ικανοτήτων και της αποτελεσματικότητας του, και β) την εξωτερική, κατά την οποία το άτομο προσδοκά μία θετική έκβαση εξαιτίας της προσδοκίας του για καλή τύχη.

Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στις έννοιες της αισιοδοξίας, της αυτο-αποτελεσματικότητας του Bandura (1977) και του ενδοπροσωπικού - εξωπροσωπικού ελέγχου του Rotter (1966) καθώς και οι τρεις έννοιες αναφέρονται στην προσδοκία επιτυχούς εκβάσεως μιας κατάστασης (Scheier & Carver, 198· Chang, 1998). Παρά τις ομοιότητες, η αυτο-αποτελεσματικότητα αναφέρεται στην προσδοκία επιτυχούς έκβασης εξαιτίας της πεποίθησης του ατόμου για τις ικανότητες του (Bandura, 1977), ο ενδοπροσωπικός - εξωπροσωπικός έλεγχος αναφέρεται στην προσδοκία επιτυχούς έκβασης εξαιτίας της αντίληψης του ατόμου για την ικανότητα άσκησης αποτελεσματικού ελέγχου (Rotter, 1966), ενώ η αισιοδοξία αναφέρεται στην προσδοκία επιτυχούς έκβασης εξαιτίας διαφόρων παραγόντων, όπως είναι η καλή τύχη, η ευλογία, η ύπαρξη ταλέντου ή ικανοτήτων, οι ευνοϊκές συγκυρίες (Scheier & Carver, 1985 / 87).

Σύμφωνα με τους Peterson και Seligman (1987) η αισιοδοξία είναι η τάση του ατόμου να κατανοεί και να ερμηνεύει κυρίως τα ατυχή και δυσάρεστα γεγονότα κάνοντας αιτιολογικές αποδόσεις. Οι αιτιολογικές αποδόσεις είναι οι εξηγήσεις που δίνουν και οι λόγοι που επικαλούνται οι άνθρωποι για να αιτιολογήσουν τα γεγονότα και τις καταστάσεις που τους συνέβησαν και διακρίνονται σε: α) εσωτερικές (φταίω εγώ που δεν τα κατάφερα) ή εξωτερικές αποδόσεις (ήταν πολύ δύσκολα και για αυτό δεν τα κατάφερα), β) σε σταθερές (ποτέ δεν τα καταφέρνω) ή ασταθείς (δεν τα κατάφερα αυτή τη φορά), και γ) σε σφαιρικές (αυτή η αποτυχία θα καταστρέψει τα πάντα) ή συγκεκριμένες (αυτή η αποτυχία θα καταστρέψει το συγκεκριμένο τομέα της ζωής μου) (Di Matteo & Martin, 2006).

Τα αισιόδοξα άτομα έχουν την τάση να αποδίδουν σε εξωτερικές, ασταθείς και συγκεκριμένες αιτίες τα δυσάρεστα γεγονότα που τους συμβαίνουν (Peterson & Seligman, 1987). Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα που λειτουργούν βάσει ενός απαισιόδοξου ερμηνευτικού στυλ αξιολογούν ιδιαίτερα αρνητικά τις

καταστάσεις και πιστεύουν, αφενός πως είναι προσωπικά υπεύθυνα οπότε προσάπτουν μομφή στον εαυτό τους, και αφετέρου, ότι αυτά τα γεγονότα θα διαρκέσουν αρκετά και θα ασκήσουν αρνητική επίδραση σε πολλούς τομείς της ζωής τους. Έτσι, τα άτομα αυτά αισθάνονται περισσότερο αβοήθητα και λιγότερα ικανά να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που προκύπτουν (Di Matteo & Martin, 2006). Αντίθετα, η αισιοδοξία, αντιπροσωπεύοντας μια γενικευμένη τάση για αναμονή θετικών αποτελεσμάτων στη ζωή, παρακινεί σε περαιτέρω προσπάθεια, επιμονή και υπομονή, οδηγώντας τα αισιόδοξα άτομα σε μεγαλύτερη επίτευξη των στόχων τους και σε αποτελεσματικότερη διαχείριση των ψυχοπιεστικών καταστάσεων.

Συνοψίζοντας, βάσει των παραπάνω μελετών, η αισιοδοξία δείχνει να αποτελεί μια διάσταση της προσωπικότητας που δύναται να συμβάλλει θετικά στην αντιμετώπιση αγχογόνων γεγονότων. Επιπλέον, η επίκτητη αισιοδοξία (η συνειδητή, κατ' επιλογήν υιοθέτηση θετικής στάσης ζωής) παρέχει ελπίδες ότι αυτές οι πλευρές της προσωπικότητας είναι δυνατόν να τροποποιηθούν και, κατά συνέπεια, η αντιμετώπιση των προβλημάτων να γίνει μια πιο εύκολη διεργασία (Shatte et al., 1999).

## **5. Λειτουργικότητα και αποτελεσματικότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης**

Από την ανασκόπηση των σχετικών ερευνών, διαφαίνεται η σημαντικότητα του πλαισίου, των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του γεγονότος αλλά και της προσωπικότητας του ίδιου του ατόμου, προκειμένου να χαρακτηριστεί κάποια στρατηγική αντιμετώπισης ως λειτουργική και αποτελεσματική.

Σύμφωνα με την υπόθεση περί εναρμόνισης μεταξύ των προβλημάτων και των στρατηγικών αντιμετώπισης που επιλέγονται να χρησιμοποιηθούν (Folkman et al., 1979· Forsythe & Compas, 1987), η αποτελεσματικότητα μιας στρατηγικής εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ισορροπία μεταξύ της στρατηγικής που θα επιλεγεί και των χαρακτηριστικών του στρεσογόνου γεγονότος. Φαίνεται, δηλαδή, πως η επιτυχία των στρατηγικών που θα επιλέξει το κάθε άτομο καθορίζεται από μια ποικιλία αλληλεπιδρούντων παραγόντων, όπως από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου, του γεγονότος, τη γνωστική εκτίμηση / αξιολόγηση του γεγονότος, καθώς και από το βαθμό ελεγχιμότητας και διόρθωσης ή τροποποίησης του γεγονότος (Lazarus & Folkman, 1984).

Παλαιότερες μελέτες που εξέτασαν τη σχέση μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης και της ψυχολογικής δυσφορίας, συμπεριέλαβαν πολλά και διαφορετικά στρεσογόνα γεγονότα, με αποτέλεσμα να παραγνωρίζεται ή να μην λαμβάνεται καθόλου υπόψη η επίδραση του ευρύτερου πλαισίου στην αποτελεσματικότητα του τρόπου διαχείρισης της κατάστασης (Bombardier, D' Amigo & Jordan, 1990· Holahan & Moos, 1991). Αρκετές από αυτές τις μελέτες υποστηρίζουν πως οι στρατηγικές αντιμετώπισης που επικεντρώνονται στην επίλυση του προβλήματος (ενεργητική προσπάθεια αντιμετώπισης) συνιστούν αποτελεσματικούς τρόπους διαχείρισης και

εξάλειψης του άγχους, ενώ οι στρατηγικές που εστιάζονται στη ρύθμιση του συναισθήματος (είτε μέσω της μείωσης της έντασης των αρνητικών συναισθημάτων που εκλύονται από τη στρεσογόνα κατάσταση είτε μέσω της υιοθέτησης θετικής στάσης) εντάσσονται στους αναποτελεσματικούς τρόπους διαχείρισης προβλημάτων (Moos & Schaefer, 1993· Kohn, 1996).

Μελετώντας προσφάτως αποπειραθέντες ασθενείς, ο Unger και οι συνεργάτες (1998) διαπίστωσαν πως τα άτομα που χρησιμοποιούσαν στρατηγικές αντιμετώπισης περισσότερο εστιασμένες στο συναίσθημα εμφάνιζαν σε υψηλότερο βαθμό κατάθλιψη, φτωχή κατάσταση της υγείας και προβλήματα χρήσης ουσιών. Αντίθετα, στην ίδια μελέτη βρέθηκε πως όταν η αντιμετώπιση εστιζόταν στο πρόβλημα (στρατηγικές που αντιμετώπιζαν ευθέως το αγχογόνο ερέθισμα) αποδεικνύοταν προστατευτική σε όλους τους τομείς. Ομοίως, οι Votta και Manion (2003) διαπίστωσαν ότι όσο συχνότερη ήταν η χρήση μιας στρατηγικής απεμπλοκής (συναισθηματική αποφυγή, κοινωνική απόσυρση, κ.λπ), εμφανίζονταν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, καθώς και έντονα εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς. Νεότερες έρευνες, που διερευνούν τις συνέπειες και τα αποτελέσματα των στρατηγικών αντιμετώπισης, δείχνουν πως πράγματι οι στρατηγικές που επικεντρώνονται στην επίλυση του προβλήματος είναι αποτελεσματικές και λειτουργικές στις ελέγξιμες στρεσογόνες καταστάσεις (Roussi et al., 2000· Endler et al., 2002).

Αναφορικά με τις στρατηγικές που επικεντρώνονται στη ρύθμιση του συναισθήματος, τα ερευνητικά δεδομένα εμφανίζουν διφορούμενα ευρήματα. Πολλές έρευνες δείχνουν πως στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα συνδέονται θετικά με το άγχος ακόμα και σε ανεξέλεγκτα γεγονότα, ενώ ισάριθμες καταλήγουν σε αντίθετα ευρήματα. Τα ασυνεπή αποτελέσματα είναι πιθανόν να οφείλονται στις διαφορετικές μετρήσεις που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση των στρατηγικών αυτών, καθώς και των διαφορετικών κατηγοριών γεγονότων. Σύμφωνα με τον Stanton (1994), οι στρατηγικές εστιασμένες στη ρύθμιση του συναισθήματος συχνά συγχέονται με την άρνηση, την αποφυγή και την παραίτηση, και τείνουν εν τέλει να ταυτίζονται με την ψυχική δυσφορία, όταν χρησιμοποιούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα. Για παράδειγμα, η διάσπαση της προσοχής με άλλες δραστηριότητες, που εμπίπτει στις στρατηγικές αποφυγής, μπορεί να σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα ψυχικής δυσφορίας (Epping-Jordan et al., 1999· Berghuis & Stanton, 2002).

Στις πιο πρόσφατες μελέτες, ο ορισμός των εστιασμένων στο συναίσθημα στρατηγικών διευρύνεται και συγκεκριμενοποιείται, ενώ ταυτόχρονα αφαιρούνται οι δηλώσεις που μετρούν ψυχική δυσφορία, ώστε να μην αλληλοεπικαλύπτονται. Έτσι, μετρήσεις που περιλαμβάνουν τις πολύπτυχες πλευρές των εστιασμένων στο συναίσθημα στρατηγικών (αποδοχή, συναισθηματική έκφραση, κ.λπ), υποδεικνύουν πως οι στρατηγικές που επικεντρώνονται στο συναίσθημα μπορούν να αποδειχθούν προσαρμοσμένες σε ανεξέλεγκτα στρεσογόνα γεγονότα (Carver et al., 1993· Stanton et al., 2000), και πως σχετίζονται τόσο με τη μείωση της ψυχολογικής δυσφορίας, όσο και με καλύτερη κατάσταση σωματικής και ψυχικής υγείας (Pennebaker & Seagal, 1999· Taylor et al., 2000).

Φαίνεται, επομένως, πως οι στρατηγικές που αποσκοπούν στην ευθεία αντιμετώπιση είναι κατάλληλες και λειτουργικές όταν το άτομο εκτιμά το πρόβλημα ως *ελέγξιμο*, ενώ οι στρατηγικές που εστιάζουν στη ρύθμιση των συναισθημάτων είναι κατάλληλες και περισσότερο λειτουργικές και προσαρμοστικές όταν το πρόβλημα κρίνεται *λιγότερο ελέγξιμο* ή *ανεξέλεγκτο*. Ο Rothbaum και οι συνεργάτες του (1982) υποστήριξαν πως, όταν αντιμετωπίζει κανείς καταστάσεις που δεν επιδέχονται αλλαγή, τότε είναι πιο προσαρμοστικό να εναρμονιστεί με την κατάσταση και να αναζητήσει άλλες μορφές ελέγχου, όπως για παράδειγμα, έλεγχο μέσω μιας συμμαχίας ή μέσω μιας εκ νέου νοηματοδότησης της εμπειρίας (συναισθηματική ρύθμιση). Αντίθετα, η άμεση προσπάθεια να αλλάξει κάτι (επίλυση του προβλήματος) που δεν αλλάζει, πιθανόν επιφέρει ψυχική δυσφορία, οδηγώντας στη ματαίωση και στην απογοήτευση.

Σε γενικές γραμμές, η αποτελεσματικότητα της αντιμετώπισης δείχνει να εξαρτάται περισσότερο από την πληθώρα επιλογών παρά από το είδος της, καθώς δεν είναι δυνατόν να υπάρχουν εκ των προτέρων ακριβείς υποθέσεις για την επιτυχία των στρατηγικών. Παρόλο που οι λειτουργίες της αντιμετώπισης είναι ποιοτικά διαφορετικές όλες κατευθύνονται τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στο περιβάλλον του. Για παράδειγμα, ακόμη και όταν ρυθμίζουμε τα συναισθήματά μας, μπορούμε να αλλάξουμε τη συμπεριφορά μας και να επηρεάσουμε έμμεσα το περιβάλλον μας.

Συνοψίζοντας, τα ευρήματα των ερευνών δείχνουν πως ο διαχωρισμός μεταξύ των στρατηγικών δεν είναι απολύτως επαρκής για την κατανόηση της διαδικασίας της αντιμετώπισης των ψυχοπιεστικών γεγονότων και της αποτελεσματικότητάς τους, και προτείνουν να λαμβάνονται υπόψη περαιτέρω παράμετροι, όπως η διάσταση της *δεσμευτικής / μη δεσμευτικής αντιμετώπισης* και της *οικειοθελούς / αναγκαστικής διαχείρισης* ενός προβλήματος (Endler, Kocovski & Macrodimitris, 2001). Παράλληλα, τονίζουν πως δεν θα πρέπει να παραγνωρίζεται το ευρύτερο πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η αντιμετώπιση, διότι η αλληλεπίδραση ατόμου και περιβάλλοντος συνιστά μια δυναμική σχέση αλληλεπίδρασης που μεταβάλλεται στη διάρκεια του χρόνου (χρονοπλαίσιο) και, ως εκ τούτου, αποτελεί μια εξαιρετικά σημαντική μεταβλητή (Coyne & Smith, 1991).

Επιπλέον, νεότερες μελέτες εντοπίζουν μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ των τραυματικών εμπειριών στην παιδική ηλικία και της εξασθενημένης κοινωνικής γνωστικής λειτουργίας, κατ' επέκταση και της αντιμετώπισης προβλημάτων, ιδιαίτερα σε ενήλικες που έχουν διαγνωστεί με σοβαρής μορφής ψυχιατρικές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα, έπειτα από ενδελεχή ανασκόπηση 2,650 δημοσιευμένων ερευνών σε βάσεις δεδομένων (PubMed, PsycINFO, κ.ο.κ.) δημοσιεύθηκε στο περιοδικό *European Psychiatry* μία νέα μελέτη, η οποία δείχνει πως ένα τραυματικό κοινωνικό περιβάλλον σε νεαρή παιδική ηλικία συχνά οδηγεί σε προβλήματα κοινωνικών γνωστικών λειτουργιών, επιβαρύνοντας ιδιαίτερα ασθενείς με σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή, οριακή διαταραχή προσωπικότητας, κατάθλιψη, αυτοκτονικές συμπεριφορές και διαταραχή μετατραυματικού στρες (Karolina et al., 2018).

# ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ - ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ

## 1. Ορισμοί της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς – αυτοκτονικότητας

Η αυτοκτονία είναι ένα εξαιρετικά πολύπλοκο φαινόμενο, το οποίο, κάτω από κάθε εποχή και κάθε πρίσμα επιστημονικής θεώρησης ή ερμηνείας, παίρνει και μια διαφορετική διάσταση: αφενός παρουσιάζεται ως η πιο προσωπική πράξη του ατόμου και αφετέρου εμφανίζεται ως το αποτέλεσμα ψυχικών και σωματικών νόσων ή νοσηρών κοινωνικών δυνάμεων και επιταγών. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (American Psychiatric Association, APA) ο όρος *αυτοκτονία* περιγράφει τον προκαλούμενο θάνατο από το ίδιο το άτομο με σαφή ή συγκαλυμμένη πρόθεση να τερματίσει τη ζωή του. Ακολούθως, η *απόπειρα αυτοκτονίας* δηλώνει τη μη μοιραία για τη ζωή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ενός ατόμου με σαφή ή συγκαλυμμένη πρόθεση θανάτου (APA, 2013).

Από ιστορική πλευρά, η πρώτη καταγεγραμμένη περίπτωση αυτοκτονίας συναντάται σε αιγυπτιακό πάπυρο. Ωστόσο, δεν έχουν βρεθεί μέχρι σήμερα αρχαίες μαρτυρίες της εποχής που να φανερώνουν τυχόν κοινωνιολογικές και ψυχολογικές ερμηνείες του φαινομένου. Αναφορικά με την αρχαία Ελλάδα, μολονότι οι διάφορες φιλοσοφικές σχολές δεν παρουσιάζουν όλες την ίδια στάση απέναντι στην αυτοκτονία, σε πολλές κυριαρχεί το στοιχείο του “ηρωισμού”. Εξαιρετικά ενδιαφέρουσα είναι η άποψη που προβάλλει ο Αριστοτέλης όταν εύστοχα υπαινίσσεται το *ενδογενές στοιχείο της μελαγχολίας* αναφερόμενος σε “μια ανεξήγητη θλίψη που εισβάλλει στην ψυχή επιφέροντας απαγχονισμούς”.

Η “μελαγχολία” θεωρήθηκε επίσης και κατά τον 16<sup>ο</sup> και τον 17<sup>ο</sup> αιώνα, ως “η νοσογόνος αιτία που πυροδοτεί την αυτοκτονία”, όταν οι άνθρωποι για πρώτη φορά άρχισαν να προσπαθούν να εξηγήσουν με λογικές ερμηνείες αυτήν την αινιγματική πράξη. Νωρίτερα, κατά τον Μεσαίωνα, ο εκούσιος θάνατος θεωρούταν ως το αποτέλεσμα “διαβολικού αγγίγματος”, το οποίο έφερνε το άτομο σε μια μορφή απόγνωσης ή παραφροσύνης / τρέλας. Αξίζει να σημειωθεί πως, ενώ στην Παλαιά Διαθήκη αναφέρονται αυτοκτονίες σχετιζόμενες με πολεμική ήττα (αντίστοιχες με την ιαπωνική παράδοση του “χαρακίρι”) και στην Καινή Διαθήκη υπάρχει η γνωστή αναφορά της αυτοχειρίας του Ιούδα Ισκαριώτη χωρίς να απαγορεύονται ή να επικρίνονται αυτές οι πράξεις, τα μεσαιωνικά χρόνια η αυτοκτονία εκλαμβάνεται ως φόνος και αντιμετωπίζεται σαν έγκλημα.

Ερχόμενος σε φανερή αντίθεση με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, ο Γερμανός φιλόσοφος Schopenhauer (1768-1860) σημάδεψε τους αιώνες που ακολούθησαν (19<sup>ο</sup> και 20<sup>ο</sup> αι.) αλλάζοντας ριζικά την οπτική της αυτοκτονίας. Στο βιβλίο του “On the sufferings of the world”, αποκαλώντας “αδύναμους σοφισμούς τις θέσεις των μονοθεϊστικών θρησκείων και των φιλοσόφων που τις ενστερνίζονται”, υπερασπίζεται σθεναρά “το δικαίωμα το ατόμου στη ζωή

και το θάνατό του” αποκαλώντας την αυτοκτονία “υπέρβαση του τρόμου της ζωής”. Λίγο αργότερα, στις αρχές του 20<sup>ο</sup> αιώνα, ο Γαλλός κοινωνιολόγος Durkheim σηματοδοτεί τη μελέτη της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς προσεγγίζοντας την αυτοκτονία ως κοινωνικό φαινόμενο, θεωρώντας τις απόπειρες αυτοκτονίας και τις αυτοκτονίες ποσοτικές διαβαθμίσεις ενός “συνεχούς” που προσδιορίζεται από κοινωνικές και περιβαλλοντικές παραμέτρους.

Έκτοτε, έχουν χρησιμοποιηθεί πολλοί και διάφοροι ορισμοί από επιστήμονες και μελετητές, διαφορετικών προσεγγίσεων και θεωρητικών κατευθύνσεων, προκειμένου να αποδοθούν και να ερμηνευθούν συγκεκριμένες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και καταστάσεις. Από τους πιο ενδεικτικούς ορισμούς είναι οι εξής:

- Durkheim (1897): “Όλες οι περιπτώσεις θανάτου που είναι αποτέλεσμα άμεσης ή έμμεσης ενέργειας του ατόμου προς τον εαυτό του γνωρίζοντας ότι θα καταλήξει σε αυτό το αποτέλεσμα”.
- Baecher (1980): “Όλες οι συμπεριφορές που επιζητούν και βρίσκουν λύσεις σε υπαρκτά προβλήματα μέσω αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών».
- Shneidman (1985): “Μια συνειδητή ενέργεια αυτοπροκαλούμενου αφανισμού, αντιλαμβανόμενη ως διέξοδο από μια πολυεπίπεδη δυσπραγία σε ένα άτομο που αντιλαμβάνεται την αυτοκτονία ως την καλύτερη λύση των προβλημάτων του”.
- Ivanoff (1989): “Με προσωπική πρωτοβουλία εκ προθέσεως θάνατος του ατόμου”.
- Silverman (1995): “Η αυτοκτονία δεν είναι μια νόσος, αλλά ο θάνατος που προκύπτει από μια ενέργεια ή συμπεριφορά από -εκ προθέσεως- πρωτοβουλία του ατόμου”.
- O’Carroll (1996): “Σχετιζόμενες με την αυτοκτονία συμπεριφορές θεωρούνται τόσο οι συμπεριφορές στις οποίες η πρόθεση δεν είναι ρητώς ο θάνατος, όσο και όλες οι συμπεριφορές εκείνες που το άτομο εκδηλώνει σε κάποιο βαθμό πρόθεση να πεθάνει”.
- WHO (1998): “Αυτοκτονία είναι η πράξη αυτοκαταστροφής που πραγματοποιείται με πρωτοβουλία του ατόμου γνωρίζοντας ή προσδοκώντας τη θανατηφόρο της έκβαση”.

Το 2012, με πρωτοβουλία του Food & Drug Administration (FDA, USA), αναπτύχθηκε ένα κατηγορικό σύστημα ορισμού των αυτοκαταστροφικών τάσεων και συμπεριφορών, το Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA), όπου προτείνονται οι εξής ορισμοί:

- *Αυτοκτονικότητα (suicidality)*: η “φασματική” διάσταση που περιλαμβάνει όλες τις ιδέες και πράξεις της αυτοκαταστροφικότητας.
- *Αυτοκτονία (suicide)*: αυτοπροκαλούμενος θάνατος εκ προθέσεως.
- *Απόπειρα αυτοκτονίας (suicide attempt)*: αυτοπροκαλούμενη σωματική βλάβη χωρίς θανατηφόρο έκβαση, συνοδευόμενη από ενδείξεις αυτοκτονικής πρόθεσης.
- *Αυτοπροκαλούμενη βλάβη (deliberate self-harm)*: προμελετημένη αυτοπροκαλούμενη επώδυνη αυτοκαταστροφική ή τραυματική ενέργεια, χωρίς πρόθεση για θανατηφόρο έκβαση.

- *Εγκατελειμένη / εκτρωτική απόπειρα αυτοκτονίας (aborted suicide attempt)*: δυνητικά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά με ενδείξεις αυτοκτονικής πρόθεσης που όμως σταμάτησε πριν να προκληθεί σωματική βλάβη.
- *Αυτοκτονικές προπαρασκευαστικές ενέργειες (suicide preparatory acts)*: ενέργειες προετοιμασίας για αυτοκαταστροφική πράξη.
- *Αυτοκτονικός ιδεασμός (suicidal ideation)*: σκέψεις σχετικές με αυτοκτονία που όμως ποικίλουν όσον αφορά τον σχεδιασμό της αυτοκαταστροφικής πράξης ή / και τον βαθμό της αυτοκτονικής πρόθεσης.
- *Αυτοκτονική πρόθεση (suicidal intent)*: υποκειμενική προσδοκία και επιθυμία για μια αυτοκαταστροφική πράξη προκειμένου να καταλήξει σε θάνατο.
- *Θνησιμότητα της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (lethality of suicidal behavior)*: αντικειμενικός κίνδυνος για τη ζωή του ατόμου που σχετίζεται με μια αυτοκαταστροφική πράξη ή μέθοδο και που δεν συμπίπτει απαραίτητα με την προσδοκία του για την επικινδυνότητα της πράξης.

Συνοψίζοντας, η αυτοκτονικότητα ή η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, ως ευρύτερος όρος, περιλαμβάνει ένα φάσμα ιδεών και συμπεριφορών που εκτείνονται από τον αυτοκτονικό ιδεασμό έως την απόπειρα αυτοκτονίας και την τετελεσμένη αυτοκτονία. Η “φασματική” αυτή διάσταση της αυτοκτονικότητας δεν είναι απαραίτητο να εννοηθεί ως συνεχές: ένα άτομο μπορεί να οδηγηθεί στην αυτοκτονία χωρίς να έχει προηγηθεί κάποια άλλη απόπειρα, ή, αντίθετα, μπορεί να έχει πραγματοποιήσει πολλαπλές απόπειρες χωρίς ωστόσο να καταλήξει στον θάνατο.

## 2. Επιδημιολογικά στοιχεία

Η πρόληψη των αυτοκτονιών και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς αποτελεί μία από τις κύριες προκλήσεις για τη δημόσια υγεία διεθνώς. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, κάθε χρόνο αυτοκτονούν περίπου 1.000.000 άνθρωποι, ενώ 15.000.000 αποπειρώνονται, αριθμός που αντιστοιχεί σε μία αυτοκτονία κάθε 40 sec. Νεότερα στοιχεία καταδεικνύουν την αυτοκτονία ως αιτία στο 1,5% όλων των θανάτων, ως τη 10<sup>η</sup> αιτία θανάτου παγκοσμίως και την 3<sup>η</sup> αιτία θανάτου για τις ηλικίες 15 - 24. Δυστυχώς, οι αυτοκτονίες εκτιμάται ότι στην πραγματικότητα είναι πολύ περισσότερες αυτών που καταγράφονται, ενώ στοιχεία δείχνουν πως οι μη θανατηφόρες απόπειρες είναι 15 - 20 φορές περισσότερες των καταγεγραμμένων αυτοκτονιών.

Η υποκαταγραφή των αυτοκτονιών αποδίδεται είτε σε πολιτισμικές και κοινωνικές ιδιαιτερότητες, είτε στη δυσκολία να εξακριβωθεί ότι όντως υπήρχε αυτοκτονική πρόθεση (όπως στην περίπτωση ενός ατυχήματος ή συγκεκριμένων θρησκευτικών πεποιθήσεων, κ.λπ). Είναι σημαντικό επίσης να σημειωθεί, πως η χρήση του όρου *αυτοκτονική πρόθεση*, έχει χαρακτηριστεί από πολλούς μελετητές ως “ασαφής”, καθώς η “πρόθεση” συνιστά μια ποσοτική αλλά και μια ποιοτική παράμετρο που συχνά δεν αντιστοιχεί στη σωματική έκβαση της πράξης και, ως εκ τούτου, είναι ιδιαίτερα δύσκολο να εκτιμηθεί. Σε κάθε περίπτωση, ο περιορισμός της υποκαταγραφής και η



παραγωγή αξιόπιστων δεδομένων για τις αυτοκτονίες και τις απόπειρες, θα απέφερε πολλαπλά οφέλη τόσο σε επίπεδο πρόληψης όσο και παρέμβασης.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat το 2017, ο μέσος δείκτης θνησιμότητας λόγω αυτοκτονίας ήταν 14,5 αυτοκτονίες ανά 100.000 πληθυσμού (για τις 27 χώρες - μέλη), με υψηλότερο το δείκτη της Λιθουανίας (30,7 αυτοκτονίες ανά 100.000 πληθυσμού) και χαμηλότερο αυτόν της Ελλάδας (2,8 αυτοκτονίες ανά 100.000 πληθυσμού). Στις Η.Π.Α. 5% των ατόμων αναφέρουν πως έχουν αποπειραθεί κατά τη διάρκεια της ζωής τους, ενώ το ίδιο αναφέρουν 10-20 φορές πιο συχνά κάποιες μικρότερες ηλικιακές ομάδες (Nock, 2008).

Σε έρευνα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (2016) για την επιδημιολογία της αυτοκτονίας στην Ελλάδα, βρέθηκε πως τα έτη 2010 - 2015 σημειώθηκαν τουλάχιστον 2.989 αυτοκτονίες. Σε κάθε μία αυτοκτονία γυναίκας αντιστοιχούσαν 4 αυτοκτονίες αντρών. Πιο συγκεκριμένα, ο δείκτης αυτοκτονιών ήταν 8,1 ανά 100.000 για τους άντρες και 1,91 ανά 100.000 για τις γυναίκες. Η πιο συχνή μέθοδος αυτοκτονίας των αντρών ήταν ο απαγχονισμός, ενώ για τις γυναίκες η πτώση από ύψος. Το 61% του συνόλου των αυτοκτονιών έλαβαν χώρα εντός οικίας, ενώ τουλάχιστον το 15% έλαβαν χώρα σε εξωτερικούς, δημόσιους χώρους. Επίσης, τα στοιχεία από την Ελληνική Στατιστική Αρχή, όπως αυτά αναλύθηκαν από το Κέντρο Ημέρας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας, αναδεικνύουν μια μικρή μείωση των αυτοκτονιών για το έτος 2016 (6,4%) σε σύγκριση με το 2015. Όμως, σύμφωνα με τα επίκαιρα δεδομένα του Δικτύου Πληροφόρησης του Κέντρου για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας, οι αυτοκτονίες παρουσιάζουν αυξητική τάση τα έτη 2016-2017, συγκριτικά με τα προηγούμενα.

Σε γενικές γραμμές, οι άνδρες αυτοκτονούν σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τις γυναίκες, ενώ οι γυναίκες κάνουν περισσότερες απόπειρες. Περαιτέρω αναλύσεις δείχνουν πως η ηλικιακή ομάδα με τις περισσότερες αυτοκτονίες είναι οι υπερήλικες (άτομα άνω των 85 ετών) και ακολουθούν οι άντρες της παραγωγικής ηλικίας (55-59 ετών) (Γουρνέλλης, 2013). Στις γυναίκες, η ηλικιακή ομάδα με τις περισσότερες αυτοκτονίες είναι 60-64 ετών, ενώ ακολουθούν οι γυναίκες 85<sup>+</sup>, στοιχεία που όμως μπορεί να διαφοροποιούνται ανά τις περιοχές. Ποσοστό 5-6,5% του συνόλου των αυτοκτονιών λαμβάνουν χώρα σε νοσοκομεία: περίπου 5-15 αυτοκτονίες συμβαίνουν ανά 100.000 εισαγωγές σε γενικά νοσοκομεία και 250-400 ανά 100.000 σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, συχνότερες αμφότερες αρκετά υψηλότερες από ό,τι στον γενικό πληθυσμό (Martelli, 2010). Τέλος, η πλειοψηφία των ατόμων που αυτοκτονούν (43%) ανήκουν στον οικονομικά ανενεργό πληθυσμό (άνεργοι, συνταξιούχοι, φοιτητές, κ.λπ) (Ελ. Στατ. Αρχή, 2017).

Τελευταία, ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών τεκμηριώνουν τη σύνδεση της αυτοκτονικότητας με κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες όπως η ανεργία, το ύψος του εισοδήματος και η οικογενειακή κατάσταση (Nock et al., 2008· McMillan et al., 2010· Εconoμου et al., 2018). Ωστόσο, φαίνεται επίσης, πως τα ποσοστά αυτοκτονιών τείνουν να αυξάνονται και σε ευρωπαϊκές χώρες που δεν έχουν πληγεί από την οικονομική κρίση και τη λιτότητα, όπως η Γερμανία, η Ολλανδία, η Νορβηγία (Kondilis, 2013· Fountoulakis et al., 2014).

### 3. Νευροβιολογία της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς – αυτοκτονικότητας

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει ένα ταχέως αυξανόμενο σύνολο αποδεικτικών στοιχείων για τη νευροβιολογική βάση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Επίσης, υπάρχουν εκτενή στοιχεία που αναδεικνύουν μια αλληλεπικάλυψη μεταξύ των ευρημάτων της βιολογικής έρευνας και των ευρημάτων των ψυχολογικών μελετών, επιτρέποντας έτσι την περιγραφή ενός σύνθετου βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου για την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Σε αυτό το πολυπαραγοντικό μοντέλο, δύο θέματα αποκτούν ιδιαίτερη σημασία: α) η αλληλεπίδραση των ατομικών χαρακτηριστικών - προδιάθεσης (state-trait ή stress-diathesis) και β) ο διαχωρισμός της εξαρτώμενης από τα ατομικά χαρακτηριστικά προδιάθεσης σε επιμέρους στοιχεία, καθένα από τα οποία έχει υποκείμενα νευροψυχολογικά και νευροβιολογικά χαρακτηριστικά (trait-dependent) (Van Heeringen, 2014).

Το πολυδαίδαλο αυτό μοντέλο για την αυτοκαταστροφικότητα υποδηλώνει ότι η αυτοκτονία είναι το αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης μεταξύ εξαρτημένων περιβαλλοντικών παραγόντων άγχους και κάποιας υποβόσκουσας διαταραχής ή επιδεκτικότητας σε αυτοκτονική συμπεριφορά, ανεξάρτητα από τις ψυχιατρικές διαταραχές (Boldrini & Mann, 2015· Maris et al., 1992). Σύμφωνα με τους ερευνητές, οι παράγοντες αυτοί (περιβάλλοντος πλαισίου – επιδεκτικότητας) αφορούν τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του ατόμου και την προδιάθεσή του, όπως είναι η προσωπικότητά του και η παρουσία γενετικών, βιολογικών και ιατρικών παραγόντων (state-trait ή stress-diathesis), και τους ψυχοκοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως είναι τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής και τα δημογραφικά στοιχεία (state-dependent) (Mann, 1998).

Η δομή του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου αλληλεπίδρασης αντικατοπτρίζει αυτό που θεωρούταν δεδομένο: την αλληλεξάρτηση πολλών και ποικίλων αιτιωδών παραγόντων στην εκδήλωση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (Maris, 1981· Cavanagh, 2010). Για παράδειγμα, ατομικές ικανότητες, όπως η ρύθμιση της διάθεσης, η λήψη αποφάσεων και τα επιθετικά / παρορμητικά χαρακτηριστικά, μπορούν να συνδεθούν με τους βιολογικούς ενδιάμεσους φαινότυπους, οι οποίοι με τη σειρά τους σχετίζονται με αυτοκτονικές συμπεριφορές (Jiménez-Trevino, 2011· Van Heeringen, 2014). Ομοίως, τα συστατικά της διάθεσης μπορούν να επηρεαστούν από οικογενειακούς και γενετικούς παράγοντες (Bowen, 2011· Δουζένης, 2013), τα πρώιμα ψυχικά τραύματα και την ψυχική ανθεκτικότητα ενάντια στις δυσμενείς εμπειρίες της παιδικής ηλικίας (Ladd, 2000), τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής (Buchman-Schmitt, 2017) και άλλες βιολογικές βάσεις, που ευνοούν τον κίνδυνο αυτοκτονικότητας (Fitch, 2001· Murison, 2016· Pandey, 2013).

Οι νευροβιολογικές μελέτες για την αυτοκαταστροφικότητα έχουν ακολουθήσει μέχρι τώρα τέσσερις κυρίως μεγάλες περιοχές έρευνας (με μεταθανάτιες μελέτες και με μελέτες προσφάτως αποπειραθέντων) (Godfrin, 2011): τις διαταραχές της νευροδιαβίβασης, τις διαταραχές της νευροφυσιολογικής λειτουργίας, τις διαταραχές της νευροενδοκρινικής λειτουργίας και την in vivo

νευροαπεικόνιση της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου. Προοδευτικά, η υπόθεση των βιολογικών παραγόντων επεκτάθηκε με τη διερεύνηση και άλλων βιοχημικών δεικτών, κατεχολαμινών και αμινοξέων, που συμμετέχουν στη νευροδιαβίβαση (Paradourou, 2013).

Συνοπτικά, τα ως τώρα ευρήματα των μελετών δείχνουν διαταραχές στον (μεσοκοιλιακό) προμετωπιαίο φλοιό και στο σεροτονινεργικό σύστημα, χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης, υπερδραστηριότητα του άξονα Υποθαλάμου - Υπόφυσης - Επινεφριδίων (ΥΥΕ) και μεταβληθείσα νοραδρενεργική και ντοπαμινεργική λειτουργία (Desmyter, 2011· Van Heeringen, 2014). Αυτές οι βλάβες εκδηλώνονται με εξασθενημένο γνωστικό έλεγχο της διάθεσης, αισθήματα απαισιοδοξίας, επιθετικά χαρακτηριστικά, παραρμητικότητα, μειωμένη ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, υπερδραστηριότητα στα αρνητικά κοινωνικά ερεθίσματα και έντονο ψυχικό πόνο, οδηγώντας σε αυτοκτονικό ιδεασμό και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (Gvion et al., 2015).

Νεότερες μελέτες στρέφονται επιπλέον στη διερεύνηση του ρόλου της φλεγμονής στην εκδήλωση τόσο των ψυχικών διαταραχών (Attwells et al., 2017· Holmes, 2016· Notter, 2017), όσο και των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών (Holmes, Talbot et al., 2018). Σε πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη σε ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή με αυτοκτονικό ιδεασμό και ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή χωρίς αυτοκτονικό ιδεασμό, βρέθηκε πως η *μικρογλοιακή δραστηριότητα* (η οποία ενεργοποιείται ως μέρος της φλεγμονώδους αντίδρασης) ήταν περισσότερο έντονη σε εκείνους που είχαν σκέψεις αυτοκτονίας, συνδέοντας τον ρόλο της φλεγμονής περισσότερο με τις τάσεις αυτοκτονίας παρά με τη διάγνωση της διαταραχής (Holmes et al., 2018).

Πιο συγκεκριμένα, η ένδειξη της ενεργοποίησης του ανοσοποιητικού ήταν περισσότερο εμφανής στον πρόσθιο φλοιό προσαγωγίου, μια περιοχή του εγκεφάλου που συμμετέχει στη ρύθμιση της διάθεσης και, βάσει προηγούμενων μελετών, εμπλέκεται επίσης στη βιολογική προέλευση της κατάθλιψης (Setiawan, 2015). Αυτή η σύνδεση υποδηλώνει ότι μεταξύ ασθενών με συναισθηματικές διαταραχές, η νευροφλεγμονή μπορεί να είναι παράγοντας που συμβάλλει στην εκδήλωση αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών ή αυτοκτονικού ιδεασμού (Talbot, 2018): εύρημα που αναδεικνύει την αναγκαιότητα περαιτέρω σχετικών ερευνών.

Τα παραπάνω ευρήματα υποδεικνύουν μια βιολογική βάση της αυτοκαταστροφικότητας, αναδεικνύοντας έτι περαιτέρω την σημασία των νευροβιολογικών εξετάσεων και παρεμβάσεων στην πρόληψη της αυτοκτονίας. Από την άλλη πλευρά, οι ειδικοί τονίζουν ότι η αυτοκτονία είναι πολυπαραγοντικό φαινόμενο: οι παράγοντες που εμπλέκονται μπορεί να είναι βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί, πολιτισμικοί, περιβαλλοντικοί και οικονομικοί. Έτσι, οι βιοδείκτες που σχετίζονται με την προδιάθεση μπορούν να βοηθήσουν στην ενίσχυση των διαδικασιών αξιολόγησης και της επιλογής κατάλληλης θεραπείας στην πρόληψη της αυτοκτονίας. Επιπλέον, τα πρώιμα ψυχικά τραύματα και οι αλληλεπιδρώντες επιγενετικοί μηχανισμοί φαίνεται να μπορούν να διαφωτίσουν τη σχέση μεταξύ της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και του εγκεφαλικού κυκλώματος και των διαταραχών της νευροχημείας.

## 4. Θεωρητικές προσεγγίσεις για την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά

### 4.1. Κοινωνιολογικές θεωρίες για την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά

Οι κοινωνιολογικές μελέτες και αναλύσεις για την αυτοκτονικότητα υπογραμμίζουν και αναδεικνύουν τους κοινωνικούς παράγοντες που μπορεί να σχετίζονται στην εκδήλωσή της, στρέφοντας το επίκεντρο στην αλληλεπίδραση ατομικών και περιβαλλοντικών καταστάσεων.

Ο Durkheim (1897) ήταν από τους πρώτους κοινωνιολόγους που εξέτασε τις αιτίες της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και προσέγγισε την αυτοκτονία ως κοινωνικό φαινόμενο. Συγκρίνοντας τη συχνότητα αυτοκτονιών σε διαφορετικές κοινωνικές ομάδες, συμπέρανε ότι η αυτοκτονία αποτελεί το άκρο αντίθετο της κοινωνικής αλληλεγγύης, και πως ένας μεγάλος αριθμός αυτοκτονιών καταδεικνύει την αναποτελεσματικότητα των κοινωνικών δεσμών. Υποστήριξε, επίσης, πως ατομικοί λόγοι μπορεί να είναι ικανοί να εξηγήσουν μεμονωμένες περιπτώσεις, δεν μπορούν όμως να εξηγήσουν την σταθερότητα των ποσοστών των αυτοκτονιών για ένα ευρύτερο κοινωνικό σύνολο στο οποίο το άτομο αντικειμενικά και σταθερά ανήκει.

Συνοπτικά, σύμφωνα με τη θεωρία του Durkheim (1897) δρούν δύο σημαντικές διαστάσεις κοινωνικής επιρροής προς τα άτομα: α) *η κοινωνική ενσωμάτωση*, που αποτελεί τον βαθμό σύνδεσης μεταξύ του ατόμου και ενός (του) κοινωνικού δικτύου, και β) *η κοινωνική ρύθμιση*, που αποτελεί τον βαθμό επιρροής που ασκεί η κοινωνία επί του ατόμου. Ο Durkheim (1897), συνυπολογίζοντας το βαθμό κοινωνικής ενσωμάτωσης και την ένταση της κοινωνικής ρύθμισης, δηλαδή του ελέγχου των ενεργειών και των επιθυμιών των ατόμων από τις ηθικές αξίες μιας κοινωνίας και μιας εποχής, κατέληξε σε ταξινόμηση των αυτοκτονιών, με βάση τα κοινωνικά αίτια που τις προκαλούν: α) την *εγωιστική αυτοκτονία* (δηλαδή, εξαιτίας “ελλιπούς” ενσωμάτωσης, σε κοινωνίες όπως οι όψιμες δυτικές, στις οποίες οι κοινωνικοί δεσμοί είναι χαλαροί λόγω της έμφασης που δίνεται στα ατομικά δικαιώματα, στην ατομική ευημερία και στα ατομικά συμφέροντα, οι άνθρωποι αυτοκτονούν κυρίως για προσωπικούς λόγους), β) την *αλτρουιστική αυτοκτονία* (όπου εξαιτίας της “υπερβολικής” ενσωμάτωσης, σε κοινωνίες οι οποίες δίνουν ελάχιστη σημασία στις ανάγκες των ατόμων σε σχέση με τις συνολικές ανάγκες, το άτομο ενδέχεται να “θυσιαστεί” εθελουσίως, διαμαρτυρώντας αυτές τις ανάγκες), γ) την *ανομική αυτοκτονία* (η οποία επισυμβαίνει λόγω “ανεπαρκούς” κοινωνικής ρύθμισης, σε καταστάσεις γρήγορης μεταβολής, όπου ο “φυσικός εγωισμός” των ατόμων δεν επαρκεί προκειμένου να τους παράσχει την απαραίτητη σταθερότητα, με συνέπεια τον εθελούσιο τερματισμό της ζωής), και δ) την *φαταλιστική αυτοκτονία* (σε κοινωνίες όπου κυριαρχεί η “υπερβολική” ρύθμιση της ζωής των ατόμων από τους κοινωνικούς θεσμούς) (Durkheim, 1897).

Οι Gibbs και Martin (1964), ανέπτυξαν την έννοια της *κοινωνικής ενσωμάτωσης* του Durkheim στην *θεωρία της κοινωνικής ενσωμάτωσης* (*status integration*), την οποία όρισαν ως “μία κατάσταση όπου υφίστανται σταθερές και μακρόχρονες σχέσεις, οι οποίες τείνουν να υφίστανται όταν και

για το άτομο υφίσταται αυξημένη ενσωμάτωση και συμβατότητα σε σχέση με τα κοινωνικά του *status*". Επιχειρώντας να πραγματοποιήσουν γενικεύσεις αιτίου-αποτελέσματος, οι Gibbs και Martin υποστήριξαν πως τα ποσοστά αυτοκτονιών σε έναν πληθυσμό είναι αντιστρόφως ανάλογα με το ποσοστό ενσωμάτωσης σε αυτόν τον πληθυσμό· δηλαδή, σε κοινωνίες όπου εμφανίζεται χαμηλό ποσοστό κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων, τα ποσοστά αυτοκτονίας είναι υψηλότερα (Gibbs & Martin, 1964).

Η προσέγγιση του Durkheim και των συνεχιστών της δέχθηκε κριτική από αρκετά ρεύματα σκέψης, αλλά επόμενοι μελετητές πολλών και ποικίλων επιστημών επιχείρησαν να εμπλουτίσουν τα ευρήματά του. Σε κάθε περίπτωση, οι θέσεις του αποτέλεσαν τα θεμέλια για την οικοδόμηση ενός βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου στην προσέγγιση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Άλλωστε, είναι πλέον αποδεδειγμένο, και από την επιστήμη της *κοινωνιολογίας των συγκινήσεων (sociology of emotions)*, ότι τα συναισθήματα είναι κρίκοι που συνδέουν το συλλογικό με το ατομικό, τις κοινωνικές δομές με την ατομική συμπεριφορά (Barbalet, 1998).

#### **4.2. Ψυχαναλυτικές θεωρίες για την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά**

Η ψυχαναλυτική σκέψη, διερευνώντας τα βαθύτερα αίτια και τις ψυχικές δομές της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, προσέφερε ένα τεράστιο θεωρητικό και κλινικό έργο στην ερμηνεία και θεραπεία της αυτοκαταστροφικότητας.

Ο Freud (1915), αρχικά, θεώρησε την αυτοκτονία ως θέση όπου συμβαίνουν καθοριστικές διαδικασίες στο ασυνείδητο. Εστιάζοντας στην αμφιθυμική ταύτιση των ανθρώπων με το αντικείμενο αγάπης, κατά την άποψη που διατύπωσε το 1915, συμπέρανε πως οι ματαιώσεις που βιώνει το άτομο απελευθερώνουν επιθετικές αντιδράσεις οι οποίες κατευθύνονται ενάντια στο ενδοβλημένο αντικείμενο. Αργότερα, στη δεύτερη θεωρία του για τις ενορμήσεις, μίλησε για επικράτηση του ενστίκτου του θανάτου πάνω στο ένστικτο της ζωής, περιγράφοντας την αυτοκτονία ως το "λογικό συνακόλουθο της επικράτησης στον ψυχισμό του ανθρώπου των επιθετικών καταστρεπτικών ενορμήσεων, οι οποίες κατατείνουν να επαναφέρουν την ανθρώπινη ύπαρξη στην ανόργανη κατάσταση από την οποία εικάζεται ότι ξεπήδησε η ζωή" (Freud, 1920).

Επιγραμματικά, ο Freud αρχικά κατέταξε τις ενορμήσεις σε δύο μεγάλες κατηγορίες: στις σεξουαλικές ενορμήσεις και στις ενορμήσεις του Εγώ ή της αυτοσυντήρησης, που εξυπηρετούσαν και οι δύο τους σκοπούς της ζωής, δηλαδή την επιβίωση και τη διαιώνιση του είδους. Ωστόσο, τα γεγονότα του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου και η ολεθριότητα της καταστροφής, οδήγησαν τον Freud στην αναθεώρηση των απόψεών του, με τη διατύπωση της υπόθεσης πως σύμφυτη με την ουσία της ζωής δεν είναι μόνο η πάλη για τη ζωή, αλλά και η πάλη για το θάνατο. Έτσι, συγχώνευσε τις δύο προηγούμενες κατηγορίες σε μία, τις ενορμήσεις της ζωής, και τις αντιπαρέβαλε με τις αντίθετές τους, τις καταστροφικές ενορμήσεις του θανάτου. Παράγωγο των ενορμήσεων του θανάτου είναι η επιθετικότητα, η τάση για αυτοκαταστροφή

αρχικά, που στρέφεται αργότερα προς τα έξω σε υποκατάστατα αντικείμενα (Freud, 1920).

Κατά το γενικό σχήμα του Freud, η λειτουργία των ενορμήσεων θα μπορούσε να περιγραφεί σαν μια διαδικασία η οποία επαναλαμβάνεται με ένα κύκλο γεγονότων που αρχίζει από τη διέγερση του οργανισμού και τελειώνει με την κατασίγασή της· δηλαδή, την επαναφορά σε μια προγενέστερη μορφή ύπαρξης. Αυτή η τάση για επαναληψιμότητα, σύμφωνα με τον Freud ονομάζεται *παρόρμηση για επανάληψη* και είναι βασική αρχή της λειτουργίας των ενορμήσεων. Έτσι, οι ενορμήσεις του θανάτου, όπως τις συνέλαβε ο Freud, έχουν σκοπό να οδηγήσουν την οργανική ζωή στην προηγούμενη, ανόργανη κατάστασή της, και να αποκαταστήσουν μια συνθήκη που διαταράχθηκε με την ανάδυση της ζωής και η οποία μπορεί να επανέλθει μόνο με το κλείσιμο του κύκλου της. Με άλλα λόγια, οι ενορμήσεις του θανάτου αποσκοπούν στο να χαλαρώσουν την ένταση του οργανισμού και να τον επαναφέρουν στην προηγούμενη κατάσταση ισορροπίας του, ως συνέπεια της *αρχής της αδράνειας*, δηλαδή, της τάσης του οργανισμού, σε οικονομικό επίπεδο, να εκμηδενίζει τις διεγέρσεις (η “εντροπία” στην φυσική).

Οι παραπάνω θέσεις γίνονται περισσότερο κατανοητές όταν συνδυάζονται με δεδομένο πως η ενόρμηση, ως ψυχική ενέργεια, παίρνει τη μορφή της επιθυμίας με σκοπό την πλήρωση της ανάγκης του οργανισμού, κινητοποιώντας τον για το σκοπό της. Ως εκ τούτου, οι ενορμήσεις θεωρούνται κινητήριοι παράγοντες της προσωπικότητας, που ωστόσο δρουν όχι μόνο σαν απλά κίνητρα αλλά και σαν παράγοντες καθοριστικοί της συμπεριφοράς, αφού προσδιορίζουν και την κατεύθυνση της δραστηριότητας του ατόμου, ανάλογα με τις ανάγκες που ζητούν ικανοποίηση. Επομένως, όταν ο οργανισμός κρίνει πως πλέον δεν είναι προς το συμφέρον του η επιβίωση ή η αναπαραγωγή, θα επιλέξει τον “οικονομικό” δρόμο του θανάτου, επιλέγοντας την αυτοκτονία. Επίσης, η λειτουργία των ενορμήσεων -και η επαναληπτική της φύση- φαίνεται να μπορεί να εξηγήσει την τάση να οπισθοδρομεί κανείς σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξης ή να επαναλαμβάνει προγενέστερες εμπειρίες, ανεξάρτητα αν αυτές είναι ευχάριστες ή οδυνηρές.

Για τον Karl Menninger (1990) η πράξη της αυτοκτονίας συνιστά την ακραία εκδήλωση της επικυριαρχίας της ενόρμησης του θανάτου εφόσον αποτυγχάνει η ουδετεροποίηση, όταν διαπλέκονται οι λιβιδινικές και οι επιθετικές ενορμήσεις. Με άλλα λόγια, σύμφωνα με τον Menninger, η επιθετικότητα είναι το πρωταρχικό αίσθημα στην αυτοκτονική συμπεριφορά ενός ατόμου, καθώς σε κάθε αυτοκτονικό κίνητρο συνδυάζονται τρεις επιθυμίες / σταθερές, οι οποίες σχετίζονται με την επιθετικότητα: *η επιθυμία να σκοτώσουμε, η επιθυμία να σκοτωθούμε και η επιθυμία να πεθάνουμε* (Ronningstam et al., 2009).

Εξαιρετικά σημαντική στην κατανόηση της αυτοκτονίας υπήρξε και η συμβολή της Melanie Klein (1946), η οποία υιοθετεί επίσης την άποψη πως το ένστικτο της επιθετικότητας είναι πρωταρχικό και άμεσα συνδεδεμένο με το ένστικτο του θανάτου. Θεωρεί ότι η αυτοκτονία έχει άμεση σχέση με αισθήματα αμφιθυμίας προς το *αντικείμενο* και με διαφοροποιήσεις στην κατεύθυνση της επιθετικής ενέργειας. Σύμφωνα με την ίδια, η αυτοκτονία πιθανόν να είναι η προσπάθεια διάσωσης του *καλού αντικειμένου* που απειλείται από τις

ασυνείδητες καταστροφικές φαντασιώσεις, ως αποτέλεσμα των ακραίων ενοχικών αισθημάτων και του μίσους κατά του εαυτού, που χαρακτηρίζουν την *καταθλιπτική θέση*. Επίσης, η Klein υποστηρίζει πως η αυτοκτονία μπορεί να ειδωθεί σαν μία προσπάθεια αποκατάστασης της ακεραιότητας του εαυτού, όταν υπάρχουν ισχυρές εξαρτητικές επιθυμίες για ένα απολεσθέν αντικείμενο που θεωρείται απαραίτητο για τη συνοχή του Εγώ. Έτσι, επιχειρείται η αποκατάσταση μέσα από μία φαντασιωσική επανένωση με ένα αγαπημένο πρόσωπο (*εσωτερικό αντικείμενο*) που έχει χαθεί (Klein, 1946).

#### 4.3. Γνωσιακές θεωρίες για την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά

Σε γενικές γραμμές, οι γνωσιακές θεωρίες προσεγγίζουν την αυτοκτονία ως ένα είδος διαφυγής, ή το επισφράγισμα μιας περιόδου ζωής που χαρακτηρίζεται από αισθήματα απελπισίας, αβοηθητότητας και απόγνωσης. Σύμφωνα με το γνωσιακό – συμπεριφοριστικό θεωρητικό μοντέλο του Matthews (2012), ο οποίος μελέτησε τους γνωστικούς προβλεπτικούς παράγοντες επικινδυνότητας και το ρόλο τους, “ένα άτομο σκέφτεται την απόπειρα αυτοκτονίας όταν δεν μπορεί να εντοπίσει λύσεις στα προβλήματα που του προκαλούν έντονο ψυχικό πόνο και βιώνονται ως ανυπόφορα και αμετάκλητα, χωρίς να θεωρεί πως έχει τη δυνατότητα διαφυγής”.

Με βάση τον Shneidman (1989), η αυτοκτονία είναι η ενσυνείδητη πράξη καταστροφής του εαυτού σε ένα άτομο που βρίσκεται σε *πολλαπλή κακουχία (malaise)*, στο οποίο, ως συνέπεια μιας πολυδιάστατης αδυναμίας, η διακοπή της ζωής εκλαμβάνεται ως η καλύτερη και εφικτή λύση. Υπό αυτό το πρίσμα, η αυτοκτονία δεν είναι μια τυχαία ή χωρίς νόημα πράξη, αλλά ένας τρόπος απόδρασης από μια κατάσταση ή κρίση που βιώνεται με αβάσταχτο πόνο.

Ο Beck (1990), με τη μέθοδο μέθοδο της ψυχολογικής αυτοψίας σε αποπειραθέντα άτομα, έδειξε πως η απελπισία που συνοδεύει κάποια ή κάποιες ψυχοπιεστικές καταστάσεις είναι προβλεπτική για την αυτοκτονία, και πως συχνά η απελπισία συνιστά χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που συνδέεται με την κατάθλιψη, η οποία σχετίζεται με την αυτοκτονικότητα. Ο Beck υποστήριξε πως η *γνωσιακή δυσκαμψία* του αυτοκαταστροφικού ατόμου εμφανίζεται ως παράγωγο της αυτοκτονικής απελπισίας και εμμένει διότι υπάρχει ένα *σχήμα* που το άτομο αποκτά νωρίς στη ζωή του, εν μέρει ως απάντηση στις εμπειρίες της παιδικής ηλικίας. Η *γνωστική ακαμψία*, ή αλλιώς *διχότομος τρόπος σκέψης*, σύμφωνα με τον Beck, αναφέρεται στην αδυναμία του ατόμου να αλλάξει την απόφαση του ως απάντηση στην ανατροφοδότηση που έχει λάβει από το περιβάλλον του (Beck, 1975). Τα άτομα με γνωστική ακαμψία συχνά μηρυκάζουν λόγω αυτής αδυναμίας, να εστιάσουν σε κάτι διαφορετικό από τα δικά τους αρνητικά συναισθήματα, και έτσι αποτρέπουν την παραγωγή εναλλακτικών στρατηγικών αντιμετώπισης των προβλημάτων.

Πράγματι, ο μηρυκασμός (*ruminatio*n), η ανησυχία (*worry*), ο αντανεκλαστικός μηρυκασμός (*reflective ruminatio*n) και ο πρηγούμενος μηρυκασμός (*brooding ruminatio*n), τα οποία συχνά αναφέρονται ως μοτίβα *επαναλαμβανόμενης αρνητικής σκέψης (Repetitive Negative Thinking - RNT)*, βρίσκονται στον

πυρήνα των ψυχιατρικών διαταραχών που σχετίζονται με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, και έχουν παρατηρηθεί σε αυτοκτονίες ακόμη και μετά τον έλεγχο τυχόν συνυπάρχουσας διαταραχής. Μάλιστα, σε μια πρόσφατη μελέτη 1696 φοιτητών 18-29 ετών, βρέθηκε πως σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως σε άτομα με χαμηλή ποιότητα ύπνου, ο αντανακλαστικός μηρυκασμός ενισχύει τον κίνδυνο αυτοκτονίας και τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Holdaway et al., 2018).

#### 4.4. Συστημική προσέγγιση για την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά

Σύμφωνα με τις αρχές της γενικής θεωρίας συστημάτων, βασικό χαρακτηριστικό οποιουδήποτε συστήματος είναι η συντήρηση, η οποία επιτυγχάνεται με τη διατήρηση της ομοιόστασής τους, δηλαδή, με τη διατήρηση της λειτουργικής τους σταθερότητας και την επιτυχή προσαρμογή τους σε μεταβαλλόμενες συνθήκες. Προς την κατεύθυνση αυτή αναπτύσσονται δυο κύριες τάσεις: α) διεργασίες που αποσκοπούν στο να προστατεύσουν το σύστημα από εξωτερικές παρεμβάσεις / πιέσεις, και β) διεργασίες που στοχεύουν στη διατήρηση της σταθερότητας εντός του, μέσω της διατήρησης των δυναμικών των απαρτιωτικών του στοιχείων (Παπαδιώτη-Αθανασίου, 2000). Τοιουτοτρόπως, το οικογενειακό σύστημα είναι ένα ομοιοστατικό σύστημα που τείνει προς διάφορες μορφές ισορροπίας και συνέχειας μέσα στον χρόνο, με την βοήθεια μιας ατέρμονης δυναμικής σχέσεων, οι οποίες είναι απόρροια της συνεχούς αλληλεπίδρασης των μελών της, οι οποίοι λειτουργούν ως σταθεροποιητικοί μηχανισμοί (Ferreira, 1963).

Έτσι, με βάση τη συστημική-οικογενειακή προσέγγιση, η οικογένεια αποτελεί μια σύνθετη δομή, με δικούς της κανόνες και στόχους, στην οποία η ατομική συμπεριφορά καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τις σχέσεις και τις αλληλεπιδράσεις των υπόλοιπων μελών (Minuchin, 1974). Επικρατούσα άποψη στην παρούσα προσέγγιση είναι πως όταν ένα μέλος ενός συστήματος ή μιας οικογένειας “πάσχει” ή εμφανίζει κάποια δυσκολία, δεν συνιστά αποτέλεσμα μιας έμφυτης “παθολογίας”, αλλά συνέπεια μιας διασύνδεσης καταστάσεων (Carr, 2006). Αντίστοιχα, οι ψυχοπαιδικές εμπειρίες ή οι δυσκολίες ενός ατόμου, επιδρούν και επηρεάζουν ταυτόχρονα και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας ή των συστημάτων στα οποία ανήκει.

Σύμφωνα με τους Anderson και Goolishian (1988), “κανένα σύστημα δεν ενέχει το πρόβλημα ως χαρακτηριστικό της δομής του· αντίθετα, γύρω από μία συμπεριφορά αναπτύσσεται ένα κοινωνικό σύστημα που χαρακτηρίζεται από τις επικοινωνίες που σχετίζονται με το πρόβλημα”. Αποσκοπώντας στην αποσαφήνιση της βασικής ιδέας, οι Anderson και Goolishian (1988) εισήγαγαν τον όρο *σύστημα καθορισμένο από το πρόβλημα* και υποστήριξαν πως οι δυσκολίες ή η εμφάνιση συμπτωμάτων σε ένα άτομο είναι ένα μήνυμα προς τους σημαντικούς άλλους και αποτελεί ένα κρίκο στην επικοινωνιακή αλυσίδα του περιβάλλοντός του. Ως εκ τούτου, καθίσταται άσκοπη έως αδύνατη η κατανόηση της συμπεριφοράς ενός ατόμου, χωρίς να παρατηρηθεί η αλληλεπίδραση και των άλλων μελών της οικογένειας ή του συστήματος / των συστημάτων που δρα και διαβιβεί.



Εφαρμόζοντας τις παραπάνω θέσεις στην εκδήλωση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, η αυτοκτονικότητα ερμηνεύεται και αποκτά νόημα ως “σύμπτωμα” που αφορά τη λειτουργία όλης της οικογενειακής δομής -ή των δομών- του ατόμου που την εμφανίζει (Dallos & Draper, 2010). Υπό αυτό το πρίσμα, η δυσλειτουργική συμπεριφορά φαίνεται: α) να υπηρετεί μια λειτουργία ή ένα σκοπό για την οικογένεια, β) να είναι μια λειτουργία της αδυναμίας της οικογένειας να δρα παραγωγικά, ιδιαίτερα κατά την διάρκεια των αναπτυξιακών μεταβάσεων, ή γ) να είναι ένα σύμπτωμα δυσλειτουργικών μορφών που μεταβιβάζονται από γενιά σε γενιά (Πομίνι, 2011).

Θεωρώντας όλο το σύστημα υπεύθυνο και όχι μόνο το άτομο, η οικογενειακή / συστημική προσέγγιση δίνει τη δυνατότητα να διαφωτιστούν οι πλευρές που μπορεί να οδηγούν σε αυτοκτονικές συμπεριφορές και σχετίζονται με τους κοινωνικούς ρόλους και τη θέση του ατόμου, στην συγκεκριμένη φάση του. Το άτομο που εκδηλώνει την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά δεν θεωρείται από μόνο του δυσλειτουργικό, καθώς η προσωπική του πορεία συσχετίζεται άμεσα με τις συνθήκες των δομών και των συστημάτων που ζει και αναπτύσσεται, χωρίς ταυτόχρονα να θεωρείται ανεύθυνο ή υποχείριο της δυναμικής των ομάδων που ανήκει (Gorell Barnes, 2004). Με την εφαρμογή της συστημικής οπτικής στη θεραπεία της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, διευρύνεται επίσης και το πλαίσιο δράσης της θεραπείας. Επίσης, οι αυτοκτονικές κρίσεις στη ζωή του ατόμου απενεχοποιούνται και αναπλαισιώνονται, αφού αντιμετωπίζονται ως ευκαιρίες για ανανέωση και θετική αλλαγή (Dunst et al., 1994· DuMont et al., 2007).

## **5. Παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονικότητα**

### **5.1. Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες**

Ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών τα τελευταία χρόνια τεκμηριώνει τη σύνδεση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς με κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, όπως είναι η οικογενειακή και οικονομική κατάσταση, το φύλο, η ηλικία και η ανεργία (Nock et al., 2008· McMillan et al., 2010· Economidou et al., 2018). Από αυτές τις μελέτες φαίνεται πως, ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, οι παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς βρίσκονται σε έξαρση καθώς παρατηρείται αυξημένη επικράτηση ψυχιατρικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη (Wang, 2013). Παράλληλα, η αύξηση της ανεργίας, η μείωση του εισοδήματος και η μεγάλη οικονομική δυσχέρεια αναδεικνύονται σε σημαντικές ψυχοπαιστικές παραμέτρους που μπορούν να επιτείνουν τον κίνδυνο αυτοκτονικότητας (Economidou et al., 2018). Βέβαια, το πολύ υψηλό εισόδημα φαίνεται επίσης να σχετίζεται με την εκδήλωση αυτοκτονικών συμπεριφορών (Economidou, 2014).

Σε σχέση με την ηλικία και το φύλο, φαίνεται πως οι άνδρες προχωρημένης ηλικίας χρησιμοποιούν πιο θανατηφόρες και βίαιες μεθόδους, ενώ η σωματική

νοσηρότητα και η πτωχή κοινωνική υποστήριξη αυξάνουν σημαντικά την επικινδυνότητα για αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (Γουρνέλλης & Κονταξάκης, 2013). Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση των αυτοκτονιών στις νεαρές γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών, καθώς και στις εφηβικές ηλικίες και την πρώιμη ενήλικη ζωή (Klomek et al., 2007). Σε γενικές γραμμές, πλέον, στις αυτοκτονίες υπερτερούν οι άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας (>45 ετών), ενώ στις απόπειρες υπερτερούν οι νεαρές γυναίκες (15-24 ετών), σε αναλογία 4:1 σε σχέση με τους άντρες (Ελ. Στατ. Α., 2018).

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, η λήξη μιας σχέσης, το διαζύγιο, η χηρεία, η αγαμία και η ατεκνία, αποδεικνύεται πως αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο αυτοκτονίας· αντίθετα, ο γάμος και τα παιδιά φαίνεται πως τον μειώνουν (Fountoulakis, 2014· Mendez-Bustos, 2013· Pitman, 2014).

Επιπρόσθετοι κοινωνικοί παράγοντες που, σύμφωνα με τις μελέτες, δείχνουν να σχετίζονται με την αυτοκτονικότητα, αποτελούν η μετανάστευση, η κοινωνική μόνωση, η λευκή φυλή, η θρησκεία, η εποχιακότητα (συχνότερα άνοιξη και φθινόπωρο), οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες και τα αρνητικά γεγονότα ζωής (Sveticic & De Leo 2012· Buchman-Schmitt & Chu, 2017).

Τέλος, η ύπαρξη ψυχιατρικής νόσου και το ιστορικό προηγούμενης απόπειρας αποτελούν τους σημαντικότερους προβλεπτικούς δείκτες για μελλοντική απόπειρα αυτοκτονίας. Μάλιστα, ο κίνδυνος νέας απόπειρας ύστερα από μία απόπειρα αυτοκτονίας είναι ιδιαίτερα αυξημένος το πρώτο χρονικό διάστημα (τρεις μήνες) μετά την πρώτη απόπειρα και παραμένει υψηλός εφόρου ζωής. Επιπλέον, το οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας αυξάνει σχεδόν εξίσου τον κίνδυνο (Χαβάκη-Κονταξάκη et al., 2013).

## **5.2. Παράγοντες σχετιζόμενοι με την ύπαρξη σωματικής νόσου**

Αρκετές σωματικές νόσοι έχουν συσχετιστεί τόσο με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές όσο και με αυτοκτονίες. Πολλοί παράγοντες φαίνονται να επιδρούν σε αυτήν τη σύνδεση, όπως ο τρόπος που επηρεάζεται η εικόνα του εαυτού, το αίσθημα της ανημπόριας και της εξάρτησης από τους άλλους, η ύπαρξη άγχους και κατάθλιψης (Stenager & Stenager, 2009). Επίσης, κάποια χαρακτηριστικά της σωματικής νόσου (χρόνια, τελικού σταδίου, με μικρές ή χωρίς πιθανότητες θεραπείας, κ.λπ) και η ύπαρξη επώδυνων σωματικών ενοχλημάτων (δύσπνοια, καθήλωση, γνωσιακά ελλείματα, κ.λπ) αυξάνουν τον κίνδυνο. Ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους, η σοβαρή σωματική νόσος αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση αυτοκτονικότητας (Γουρνέλλης & Κονταξάκης, 2013).

Συνοπτικά, τα σωματικά νοσήματα που έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας είναι: καρκίνος, καρδιοαγγειακές παθήσεις, παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ), ενδοκρινικές παθήσεις, παθήσεις του ουρογεννητικού συστήματος, χρόνια αναπηρία, κινητικά προβλήματα, παραμόρφωση, και ο χρόνιος πόνος (Sakinofsky, 2014· Inoue et al., 2017).

### 5.3. Παράγοντες σχετιζόμενοι με την ύπαρξη ψυχικής νόσου

Ο ρόλος που διαδραματίζουν οι ψυχικές διαταραχές στην αυτοκτονικότητα έχει αποδειχθεί εξαιρετικά σημαντικός σε πλήθος ποικίλων μελετών (Κονταξάκης, 1995). Χαρακτηριστικά, έχει διαπιστωθεί ότι έως το 93% των ατόμων που αυτοκτονούν πληρούν τα κριτήρια για μία ψυχική διαταραχή, όπως διαταραχές της διάθεσης (συχνότερα κατάθλιψη), ψυχωτικές διαταραχές, κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, και διαταραχές προσωπικότητας (Henriksson et al., 1993). Τα επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν πως ο κίνδυνος αυτοκτονίας στους ψυχιατρικούς ασθενείς είναι τριπλάσιος έως και δωδεκαπλάσιος από ό,τι είναι στους μη ψυχιατρικούς, με το βαθμό κινδύνου να εξαρτάται από το φύλο, την ηλικία, τη διάγνωση και το ιστορικό προηγούμενης νοσηλείας (Karlan et al., 2000). Βάσει των παραπάνω στοιχείων, η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής θεωρείται πλέον από τους πιο σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες της αυτοκτονικότητας, σχεδόν στο ίδιο ποσοστό με το ιστορικό προηγούμενης απόπειρας αυτοκαταστροφής.

Η κατάθλιψη είναι η ψυχική διαταραχή που συχνότερα βρίσκεται στο γενικό πληθυσμό, ενώ η αυτοκτονία θεωρείται ως η σοβαρότερη επιπλοκή της κατάθλιψης και η συχνότερη αιτία θανάτου των καταθλιπτικών ασθενών (Nock, 2008· McMillan et al., 2010). Πιο συγκεκριμένα, σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν με ασθενείς που έπασχαν από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, παρατηρήθηκε ότι 1 στους 5 ή 6 καταθλιπτικούς ασθενείς, ποσοστό 15% με 19%, θα προβεί τελικά σε αυτοκτονία (Cavanagh et al., 2003). Επίσης, οι ερευνητικές μελέτες δείχνουν πως η σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή σχετίζεται με σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας, τόσο ως προς την σοβαρότητα των σωματικών βλαβών όσο και ως προς την σοβαρότητα της πρόθεσης. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνει στη διάρκεια της καταθλιπτικής φάσης και μάλιστα πιο πολύ στην αρχή, παρά στο τέλος του επεισοδίου. Για τους ασθενείς που νοσηλεύονται, οι πρώτοι μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, θεωρούνται υψηλού κινδύνου· με το 1/3 των ασθενών που νοσηλεύονται για κατάθλιψη αυτοκτονεί εντός του εξαμήνου μετά το εξιτήριο λόγω υποτροπής. Ακόμα, φαίνεται πως οι ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με ψυχωτική κατάθλιψη εμφανίζουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο (Sakinofsky, 2014· Inoue et al., 2017)

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία που σχετίζεται με την αυτοκτονικότητα, περιλαμβάνει κυρίως ιδέες αναξιοτήτας και απαισιοδοξίας, διαταραχές συγκέντρωσης της προσοχής, διαταραχές ύπνου, μείωση ενδιαφερόντων, παραμέληση του εαυτού, κοινωνική απομόνωση, απώλεια βάρους, ανησυχία, και αισθήματα εχθρικότητας. Το αίσθημα της απελπισίας -ή και αδιεξόδου- αποδεικνύεται πως έχει καθοριστικό ρόλο στην πραγματοποίηση αυτοκαταστροφικών πράξεων, και συνιστά ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονικότητα. Από πλευράς χαρακτηριστικών των καταθλιπτικών που αυτοκτονούν, φαίνεται πως είναι συχνότερα άντρες, μεγαλύτερης ηλικίας, άγαμοι ή διαζευγμένοι που ζουν μόνοι, που έχουν πραγματοποιήσει απόπειρες στο παρελθόν, που δεν έχουν καλή συμμόρφωση στη θεραπεία και που λαμβάνουν ανεπαρκείς δόσεις αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

(Cavanagh et al., 2010· Inoue et al., 2017). Επίσης, στη διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχει σταθερή συσχέτιση μεταξύ της διπολικής διαταραχής και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, αφού σε κλινικές μελέτες το 25-56% αυτών των ασθενών έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν τουλάχιστον μία φορά κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Δηλαδή, σε αυτήν τη διαγνωστική κατηγορία ασθενών, οι μισοί -και παραπάνω- εκδηλώνουν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, ενώ τελικά το 15-19% αυτοκτονούν (Abreu et al., 2009).

Σε σχέση με τις ψυχωτικές διαταραχές, έχει παρατηρηθεί πως οι σχιζοφρενικοί ασθενείς αυτοκτονούν σε ποσοστό περίπου 10%, ενώ τουλάχιστον οι μισοί έχουν ιστορικό προηγούμενης απόπειρας (Nock, 2008). Το 40-50% των σχιζοφρενών αναφέρουν αυτοκτονικό ιδεασμό, με το 4-13% αυτών να αυτοκτονεί τελικά, ενώ η πλειοψηφία των αυτοκτονιών φαίνεται να συμβαίνει τα πρώτα 10 χρόνια μετά την έναρξη της διαταραχής, με το 50% των αυτοκτονιών να λαμβάνει χώρα μέσα στα πρώτα 2 έτη (Montross et al., 2005). Οι παράγοντες κινδύνου για τις ψυχωτικές διαταραχές, φαίνεται να είναι η καταθλιπτική συμπτωματολογία, η νεαρή ηλικία, το άρρεν φύλο, οι προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας και η ύπαρξη πρόσφατης νοσηλείας σε ψυχιατρικό τμήμα. Μάλιστα το 25% από τις αυτοκτονίες των σχιζοφρενών πραγματοποιούνται σε εξόδους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους σε ψυχιατρικό τμήμα ή σε αποδράσεις από αυτό ενώ νοσηλεύονται. Τέλος, οι μελέτες δείχνουν πως οι άνδρες με διάγνωση ψυχωτικής διαταραχής συχνά χρησιμοποιούν βίαιους ή ασυνήθεις, παράδοξους τρόπους αυτοκτονίας (Gómez-Durán, 2012).

Σε πολλές μελέτες έχει, επίσης, βρεθεί πως η χρήση και η κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών συνοδεύονται από αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και απόπειρες αυτοκτονίας, με ποσοστό 15% των εξαρτημένων από αλκοόλ και 20% των εξαρτημένων ατόμων από ουσίες τελικά να αυτοκτονούν (Karlan et al., 2000). Το 80% περίπου των εξαρτημένων από αλκοόλ ατόμων που προβαίνουν σε απόπειρα είναι άνδρες, μέσης ηλικίας, άγαμοι, κοινωνικά απομονωμένοι, με σοβαρή χρήση -και εξάρτηση- αλκοόλ (Παπάντος, 2012). Ωστόσο, οι έρευνες δείχνουν ότι στις γυναίκες με αντίστοιχες διαταραχές ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι εφταπλάσιος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, ενώ για τους άνδρες είναι πενταπλάσιος (Wilcox et al., 2004).

Οι παράγοντες που ενισχύουν την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στα εξαρτημένα άτομα αποτελούν η επήρεια ουσιών ή μέθης, η συνυπάρχουσα κατάθλιψη ή άλλη ψυχική διαταραχή (συχνότερα -αντικοινωνική- διαταραχή προσωπικότητας), η ύπαρξη παθολογικών προβλημάτων, τα αισθήματα δυσφορίας και αυξημένα επίπεδα στρες, ο ασταθής τρόπος ζωής, οι διαταραγμένες σχέσεις, η παρορμητικότητα, η συναισθηματική αστάθεια, η υψηλή ευαισθησία σε απώλειες και η πτωχή προσαρμοστικότητα σε γεγονότα ζωής (Goldberg et al., 2001· Πομίни, 2004).

Σημαντική συσχέτιση με την αυτοκτονικότητα, στη διεθνή βιβλιογραφία, εμφανίζουν, επίσης, οι διαταραχές προσωπικότητας, με ποσοστά που κυμαίνονται για τις απόπειρες αυτοκτονίας από 30-70%, ενώ συχνά διαπιστώνεται συννοσηρότητα διαταραχών (ειδικότερα του άξονα I και του άξονα II) σε μελέτες για την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Μάλιστα, είναι χαρακτηριστικό πως οι ασθενείς με συννοσηρότητα τείνουν να έχουν

περισσότερο καταθλιπτικό συναίσθημα, με υψηλά επίπεδα απελπισίας, παρορμητικότητας, επιθετικότητας και να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και να κάνουν πτωχή διαχείριση των προβλημάτων τους. Επιπρόσθετα, αυτοί οι ασθενείς εμφανίζουν μεγάλη πιθανότητα να κάνουν χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών, και συχνά παρατηρούνται συμπτώματα κατάθλιψης εβδομάδες ή και μήνες πριν την αυτοκτονία (Stanley & Jones, 2009· Hawton, 2003).

Σε ό,τι αφορά τη σχέση των αγχώδων διαταραχών με την αυτοκτονικότητα, τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν πως τα άτομα αυτά εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας όταν συνυπάρχουν άλλες διαταραχές (όπως η διαταραχή πανικού), καταθλιπτικά συμπτώματα, χρήση ουσιών και συννοσηρότητα διαταραχές προσωπικότητας (Beaumont, 1992· Apter et al., 1993). Για παράδειγμα, τα άτομα με αγχώδεις διαταραχές και με οριακή διαταραχή προσωπικότητας ή διπολική διαταραχή, αποτελούν την πλειοψηφία των αποπειρώμενων αυτοκαταστροφής. Επιπλέον, το έντονο άγχος και η παρορμητικότητα έχει βρεθεί ότι σχετίζονται με τον κίνδυνο για αυτοκτονία, ενώ αυξάνουν τον κίνδυνο βίαιης συμπεριφοράς (Hawton et al., 2013).

Σχετικά με τη σύνδεση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής με τις αυτοκτονικές συμπεριφορές, παρότι έχει υποστηριχθεί ότι έχουν περιορισμένη συσχέτιση συγκριτικά με άλλες καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές, σε μία επιδημιολογική μελέτη ιδιαίτερα μεγάλου δείγματος, στην οποία η ομάδα ελέγχου ήταν ασθενείς με άλλες διαταραχές, βρέθηκε ότι ο επιπολασμός ζωής των αποπειρών αυτοκτονίας στους ιδεοψυχαναγκαστικούς ασθενείς ανερχόταν στο 26%, ποσό δεκαπλάσιο από αυτό των μαρτύρων, καταδεικνύοντας, όπως πλέον υποστηρίζεται, πως αυτοί οι ασθενείς αφορούν κατηγορία υψηλού αυτοκτονικού κινδύνου (Torres et al., 2006· Bowen, 2019).

#### **5.4. Αυτοκτονικότητα και πρώιμο ψυχικό τραύμα**

Το πρώιμο ψυχικό τραύμα έχει συνδεθεί στενά με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης ψυχικών και σωματικών προβλημάτων κατά την ενήλικη ζωή (Beitchman et al., 1992· DeBellis, 2001· McLaughlin, 2010· Norman et al., 2012)· ενώ, πλέον, τα ερευνητικά δεδομένα συσχετίζουν το παιδικό ψυχικό τραύμα με διαταραχές στη νευροφυσιολογική ανάπτυξη και τη μελλοντική εμφάνιση αυτοκτονικού ιδεασμού και συμπεριφορών αυτοκαταστροφής (DeRubeis et al., 2016· Buchman-Schmitt, 2017· O'Connor et al., 2018).

Μολονότι πολλοί υποκείμενοι μηχανισμοί παραμένουν ακόμα άγνωστοι, πληθώρα εμπειρικών ερευνών έχει τεκμηριώσει αυτήν τη σχέση, είτε μελετώντας τις μακροχρόνιες επιπτώσεις διαφόρων τύπων παιδικής κακοποίησης (Brown et al., 1999· Paolucci et al., 2001· Rogers, 2003· Mironova et al., 2011· Brodsky & Biggs, 2012· Norman et al., 2012· Briere et al., 2015), είτε προτείνοντας πως η πρώιμη έκθεση σε ψυχοτραυματισμό έχει δραματικές βιολογικές, γνωστικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιδράσεις που σχετίζονται ακολούθως με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (O'Brien, 2013· Ogle et al., 2013· Puzia et al., 2014· Murison, 2016· O'Connor et al., 2018).

Αξίζει να σημειωθεί πως σύμφωνα με τις δύο επίσημες θεωρίες για την αυτοκτονία, τη Θεωρία της Αυτοκτονικής Λειτουργίας (SMT) και τη Διαπροσωπική Ψυχολογική Θεωρία της Αυτοκτονίας (IPTA), η κακοποίηση στην παιδική ηλικία θεωρείται κεντρικός αιτιολογικός παράγοντας στη μετέπειτα εκδήλωση αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Με βάση τις θεωρίες αυτές, οι τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας παράγουν συναισθήματα και σκέψεις που καθιστούν μια μόνιμη ψυχική ευαλωτότητα (Rudd, 2006· Joiner, 2009· Van Orden et al., 2010).

Επιπρόσθετες εμπειρικές μελέτες υποστηρίζουν αυτές τις θεωρίες, με ευρήματα που δείχνουν πως η παιδική κακοποίηση μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχή των δεσμών προσκόλλησης του αναπτυσσόμενου παιδιού, σε αισθήματα αυτομομφής, στιγματισμού, χαμηλής αυτοεκτίμησης, θυμού, ενοχής, ντροπής και αναξιοπιστίας (Mironova et al., 2011· Puzia et al., 2014), καθώς και σε έλλειψη φόβου αυτοτραυματισμού, τα οποία με τη σειρά τους κινητοποιούν ή “πυροδοτούν” αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές στην ενηλικίωση (Easton et al., 2013· DeRubeis et al., 2016).

Αρκετές έρευνες υποδηλώνουν ακόμα και ότι η παιδική κακοποίηση μπορεί να σχετίζεται στενότερα με την αυτοκτονικότητα από ό,τι η κακοποίηση (διαπροσωπική βία) στην ενήλικη ζωή, και πως η επαναθυματοποίηση κατά την ενήλικη ζωή (τραυματισμός ενήλικων που σχετίζεται με παιδικό τραύμα) δεν μετριάζει συστηματικά τη σημαντική σχέση μεταξύ παιδικής κακοποίησης και αυτοκτονικότητας (Nilsen et al., 2003· Brodsky & Biggs, 2012).

Αξίζει να σημειωθεί πως ενήλικες με ιστορικό παιδικής κακοποίησης έχουν πάνω από 25 φορές περισσότερες πιθανότητες να προβούν σε απόπειρα αυτοκαταστροφής σε σύγκριση με ενήλικες χωρίς αντίστοιχο ιστορικό (Brown et al., 1999· Dube et al., 2001). Σε μία πρόσφατη μελέτη βρέθηκε πως τα άτομα που δεν είχαν ιστορικό παιδικής κακοποίησης είχαν χαμηλότερο ποσοστό εμφάνισης αποπειρών αυτοκτονίας σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους (6,0%) σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν κακοποιηθεί σωματικά (11,7%), και σε σύγκριση με εκείνα που είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά (14,8%), ή που είχαν υποστεί και τις δύο κατηγορίες κακοποίησης (32,2%) (Nauert, 2016).

Κεντρική θέση στη σχέση παιδικής κακοποίησης και αυτοκαταστροφικότητας φαίνεται πως κατέχουν -μεταξύ άλλων- τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κακοποίησης. Για παράδειγμα, στη μελέτη του Nauert (2016) φάνηκε πως στην σεξουαλική κακοποίηση η ταυτότητα του δράστη είναι ενδεικτική της επικινδυνότητας για αυτοκτονία, καθώς τα άτομα που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση από μέλος της οικογένειάς τους εκδηλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό επιθετική παραβατική συμπεριφορά, εκδραματίσεις σεξουαλικού τύπου και αυτοκαταστροφικές και παρα-αυτοκτονικές συμπεριφορές, συγκριτικά με άτομα που έχουν υποστεί κακοποίηση από μη-συγγενικό πρόσωπο. Επιπλέον, η συχνότητα της κακοποίησης, η διάρκειά της, η έκθεση σε πολλαπλούς τύπους, καθώς και η χρήση βίας, συνδέθηκαν επίσης με μεγαλύτερες δυσκολίες στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή και με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας (Nauert, 2016).

Πέρα από τις κύριες μορφές κακοποίησης, έχουν μελετηθεί κι άλλες αντιξοότητες της παιδικής ηλικίας σε σχέση με την αυτοκτονικότητα, αλλά οι

συσχετίσεις γενικά δεν είναι τόσο ισχυρές. Έχουν βρεθεί όμως σημαντικά ευρήματα από μεγάλες, πληθυσμιακές μελέτες για τη γονική ψυχοπαθολογία (κυρίως την κατάθλιψη), τις διαταραχές χρήσης αλκοόλ, τη γονική αυτοκτονία, και τις κοινωνικο-οικονομικές αντιξοότητες (Fergusson et al., 2000b· Molnar et al., 2001a). Περαιτέρω οικογενειακοί παράγοντες, όπως οι οικογενειακές και γονικές μεταβολές (διαζύγιο, θάνατος, νέος γάμος, συμφιλίωση, κ.ο.κ.) και το οικογενειακό ιστορικό εγκληματικών πράξεων, αν και συσχετίζονται επίσης σημαντικά με τις απόπειρες αυτοκτονίας (Dube et al., 2001), σε μια μελέτη μεγάλης κλίμακας βρέθηκε πως δεν συνιστούν από μόνοι τους ανεξάρτητους παράγοντες πρόβλεψης (Fergusson et al., 2000b). Ωστόσο, αυτοί οι τύποι οικογενειακών τραυμάτων φαίνεται να επιδρούν συσσωρευτικά στην εμφάνιση των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, ενώ συνδέονται ανεξάρτητα με ψυχοπαθολογία (Mills, 2006· McLaughlin et al., 2010· Wedig et al., 2012).

Ως εκ τούτων, πολλά και σύμπλοκα μονοπάτια φαίνεται πως οδηγούν από το παιδικό τραύμα στην ενήλικη αυτοκτονικότητα, και το καθένα από αυτά καθορίζεται ή διακόπτεται από πλήθος αρνητικών και προστατευτικών παραγόντων που δρουν πριν, κατά τη διάρκεια, ή μετά από την έκθεση στο τραύμα. Για παράδειγμα, τα άτομα με ιστορικό ψυχοτραυματισμού στην παιδική ηλικία, εκτός από την πιθανή ευαλωτότητα στην εκδήλωση ψυχικών και παθολογικών συμπτωμάτων, συχνά αναπτύσσουν δυσπροσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης ενάντια στα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής και εμφανίζουν δυσκολίες στη διαχείριση αρνητικών συναισθημάτων, όπως είναι το άγχος, η θλίψη και η απαισιοδοξία, τα οποία αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκαταστροφικότητας (Brodsky & Biggs, 2012· O'Brien, 2013· Ogle et al., 2013· McCullumsmith et al., 2014· Karolina et al., 2018). Επιπρόσθετα, τα ατομικά στοιχεία / γνωρίσματα της προσωπικότητας παρεμβάλλονται τόσο στην (επανα)νοηματοδότηση των τραυματικών γεγονότων, όσο και στην επιλογή στρατηγικών αντιμετώπισης των ψυχοπιεστικών καταστάσεων, προσθέτωντας έτσι, ακόμα περισσότερες παραμέτρους στην πολυποίκιλη αιτιοπαθογένεια της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (Puzia et al., 2014).

Αναφορικά με τα προσωπικά χαρακτηριστικά, η παρορμητικότητα αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου για όλους τους τύπους της απερίσκεπτης συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένης της αυτοκτονικής. Μάλιστα, σε μια έρευνα που δημοσιεύθηκε το 2014 εντοπίστηκαν υψηλότερα επίπεδα παρορμητικότητας μεταξύ των ασθενών με ιστορικό τουλάχιστον μιας απόπειρας αυτοκτονίας, σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς ιστορικό αποπειρών (McCullumsmith et al., 2014).

Ωστόσο, σε μια νεότερη μελέτη 113 ενήλικων ασθενών, η οποία παρουσιάστηκε στην ετήσια συνάντηση της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης (APA) του 2016 στην Ατλάντα της Γεωργίας, και στην οποία προσπάθησαν να προσδιορίσουν εάν η παρορμητικότητα διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ παιδικού τραύματος και αυτοκτονικότητας, βρέθηκε πως, μολονότι και το πρώιμο τραύμα και η παρορμητικότητα είχαν ανεξάρτητες επιπτώσεις στον αυτοκτονικό ιδεασμό, το τραύμα εμφάνιζε ανεξάρτητη σύνδεση και με τις απόπειρες αυτοκτονίας, ενώ η παρορμητικότητα όχι. Αν και αυτά τα ευρήματα έρχονται σύμφωνα με προηγούμενα δεδομένα σχετικά με τη συσχέτιση μεταξύ παιδικού τραύματος, παρορμητικότητας και αυτοκτονικού

ιδεασμού, όπως και μεταξύ παιδικού τραύματος και αποπειρών αυτοκτονίας, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα πως όταν ελέγχονταν τα τραύματα της παιδικής ηλικίας, η παρορμητικότητα δεν προέβλεπε πλέον τις απόπειρες (DeRubeis et al., 2016).

Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα, ο συνδετικός κρίκος μεταξύ του πρώιμου ψυχικού τραύματος και της αυτοκαταστροφικότητας κατά την ενήλικη ζωή εντοπίζεται στην απαντητικότητα του συστήματος στρες, και πιο συγκεκριμένα, στην (υπερ)δραστηριότητα του άξονα Υποθαλάμου - Υπόφυσης - Επινεφριδίων (ΥΥΕ). Με βάση τη μελέτη του O'Connor και των συνεργατών (2018), τα υψηλά επίπεδα ψυχικού τραύματος στην παιδική ηλικία και το σχετιζόμενο με αυτό άγχος μπορεί να οδηγήσουν σε υπερβολική φθορά του συστήματος απόκρισης του στρες, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο μελλοντικής αυτοκτονίας και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

Ειδικότερα, στην εν λόγω μελέτη διερευνήθηκαν 160 ενήλικα άτομα με ιστορικό τραυματικών εμπειριών στην παιδική ηλικία, ομαδοποιημένοι ανάλογα με την ύπαρξη ιστορικού απόπειρας, ιστορικού αυτοκτονικού ιδεασμού και ιστορικού ελεύθερου αυτοκτονικότητας (ομάδα ελέγχου / control group), ως προς την ποσότητα έκκρισης κορτιζόλης σε έναν εργαστηριακό στρεσογόνο παράγοντα.

Στα αποτελέσματα της μελέτης βρέθηκε πως τα άτομα με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας είχαν τα υψηλότερα ποσοστά παιδικού τραύματος, με το 78,7% των ατόμων που είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν να αναφέρουν τουλάχιστον έναν τύπο παιδικού τραύματος, ακολουθούμενοι από το 37,7% των ατόμων με αυτοκτονικό ιδεασμό και το 17,8% της ομάδας ελέγχου. Επιπρόσθετα, οι αναλύσεις παλινδρόμησης (regression analyses) έδειξαν ότι το τραύμα της παιδικής ηλικίας ήταν ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας τόσο της αμβλυμένης αντιδραστικότητας της κορτιζόλης στο στρες, όσο και των επιπέδων της κορτιζόλης κατά την ηρεμία.

Πιο αναλυτικά, όσα άτομα ανέφεραν περισσότερους από έναν, μέτριους ή σοβαρούς τύπους παιδικού τραύματος απελευθέρωναν τη χαμηλότερη ποσότητα κορτιζόλης και κατά τη διάρκεια του τεστ άγχους και κατά τη διάρκεια της ανάπαυσης, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Μάλιστα, τα χαμηλότερα επίπεδα κορτιζόλης μετρήθηκαν στα άτομα που είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν μέσα στο προηγούμενο έτος. Επιπλέον, όσα άτομα απελευθέρωσαν χαμηλότερη ποσότητα κορτιζόλης, ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα αυτοκτονικού ιδεασμού τέσσερις εβδομάδες αργότερα.

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως τα αποτελέσματα αυτά δεν εξηγούνταν από την παρουσία τρέχουσας κατάθλιψης, και πως η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού αυτοκτονίας δεν βρέθηκε να αλληλεπιδρά με τις επιπτώσεις του παιδικού τραύματος ως προς την πρόβλεψη πρόσθετης μεταβλητότητας των επιπέδων της κορτιζόλης, είτε σε ηρεμία είτε σε απόκριση σε άγχος. Έτσι, τα υψηλότερα επίπεδα τραύματος συνδέθηκαν με χαμηλότερα επίπεδα κορτιζόλης σε άτομα με ιστορικό αυτοκτονικότητας, επιβεβαιώνοντας την υπόθεση για αμβλύ δραστηριότητα του άξονα ΥΥΕ σε αυτούς τους ευάλωτους πληθυσμούς στην ενηλικίωση (O'Connor, 2018).



Επομένως, φαίνεται ολοένα και περισσότερο ότι οι τραυματικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ανάπτυξη των απαντητικών συστημάτων στο στρες, ακόμα και να προκαλέσουν μόνιμη, μακροχρόνια βλάβη. Οι βιολογικές επιδράσεις του τραύματος αποτυπώνονται στην αυξημένη δράση του άξονα Υποθάλαμος-Υπόφυση-Επινεφρίδια (ΥΥΕ), ο οποίος μπορεί να θεωρηθεί ως καθρέφτης της αντίδρασης του οργανισμού στο άγχος (Lester & Gunn, 2016).

Δεδομένου ότι ο άξονας ΥΥΕ δραστηριοποιείται ως αντίδραση σε κάθε στρες, στρεσογόνα συμβάματα στην πρώιμη ηλικία παίζουν σημαντικό ρόλο στις δυσλειτουργίες του άξονα ΥΥΕ που παρατηρούνται σε διάφορες ψυχικές καταστάσεις, όπως η κατάθλιψη, η αυτοκτονικότητα και οι αγχώδεις διαταραχές. Θα πρέπει, τέλος, να σημειωθεί ότι μία πρόσφατη επισκόπηση της βιβλιογραφίας εμπλέκει και γενετικούς παράγοντες, οι οποίοι ενδεχομένως να ρυθμίζουν την επίδραση των πρώιμων τραυματικών εμπειριών επί της μετέπειτα αυτοκαταστροφικότητας, στο πλαίσιο δομικών και φυσιολογικών αλλαγών του κεντρικού νευρικού συστήματος (Mirkonic et al., 2016).

## **5.5. Αυτοκτονικότητα και ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής**

Η σχέση μεταξύ ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς επιβεβαιώνεται από πολλαπλές και διαφορετικές ως προς τη μεθοδολογία τους μελέτες, τόσο στον ανήλικο όσο και στον ενήλικο πληθυσμό. Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια, εμφανίζονται αυξανόμενα στοιχεία σύνδεσης των στρεσογόνων καταστάσεων / γεγονότων και διαφόρων πτυχών ή εκδηλώσεων αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, όπως ο αυτοκτονικός ιδεασμός και ο αυτοτραυματισμός, σε ποικίλους πληθυσμούς (Zhang et al., 2010· van Leeuwen et al., 2010).

Πιο συγκεκριμένα, σε μια μετα-ανάλυση που εξέτασε τα ως τώρα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα ως προς την επίδραση των παραγόντων ζωής στις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, οι προηγηθείσες στρεσογόνες εμπειρίες ήταν ένα σταθερό εύρημα στις μελέτες ψυχολογικής αυτοψίας, αλλά και στην πλειονότητα των μελετών με αποπειραθέντες. Ωστόσο, όλες οι έρευνες που εξετάστηκαν παρείχαν στοιχεία για κάποιο βαθμό συσχέτισης των γεγονότων ζωής με την αυτοκαταστροφικότητα, με τις περισσότερες διαφοροποιήσεις να εντοπίζονται στην πλαισίωση και την εξήγηση των μηχανισμών που οδηγούν σε αυτήν τη σχέση (Liu & Miller, 2014).

Άλλες έρευνες έχουν αναφέρει μικτά ευρήματα, γεγονός το οποίο ενδεχομένως αποδίδεται στην εξέταση των διαφορετικών αποτελεσμάτων της αυτοκτονίας (όπως απόπειρες αυτοκτονίας, ολοκληρωμένες ενέργειες, αυτοτραυματισμούς, κ.ο.κ.) ή τη χρήση διαφορετικών ομάδων σύγκρισης (για παράδειγμα αυτοκτονικούς - μη αυτοκτονικούς νοσηλευόμενους ασθενείς), και άλλων μεθοδολογικών περιορισμών (χαμηλή εγκυρότητα ψυχομετρικών εργαλείων, κ.λπ). Επίσης, ο αντίκτυπος των γεγονότων της ζωής στην εκδήλωση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς εξαρτάται, όπως περιγράφηκε, από πολλούς παράγοντες (π.χ. την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής).

Από μια σχετική μελέτη, η οποία συνέκρινε αποπειραθέντες ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με διαταραχές της προσωπικότητας και υγιείς μάρτυρες, προέκυψε ότι το 70% των αποπειραθέντων ανέφεραν πολλαπλά ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής κατά τη διάρκεια των προηγούμενων εβδομάδων της απόπειρας αυτοκτονίας, καθώς και ένα υψηλό ποσοστό αρνητικών συμβάντων κατά την τελευταία εβδομάδα που προηγήθηκε της απόπειρας (Heikkinen et al., 1997). Ακόμα, σε μια ελεγχόμενη περιπτώσιολογική μελέτη βρέθηκε πως η εμπειρία ενός σημαντικού γεγονότος απώλειας (θάνατος, χωρισμός, κ.λπ) και συνυπάρχοντα καταθλιπτικά συμπτώματα ή / και αγχώδεις διαταραχές, αποτελούν ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες της αυτοκτονίας (Cheng et al., 2000)· ενώ, ο κίνδυνος αυτοκτονίας φαίνεται να αυξάνεται ιδιαίτερα σε περίοδο πένθους ύστερα από απώλεια προσώπου που αυτοκτόνησε (Pitman et al., 2014).

Αντίθετα όμως, σε μια έρευνα εξέτασης των χαρακτηριστικών ασθενών με ιστορικό απόπειρας, οι οποίοι είχαν διαγνωστεί με καταθλιπτική διαταραχή και οριακή διαταραχή προσωπικότητας, φάνηκε πως ο βαθμός κοινωνικής προσαρμογής σχετιζόταν περισσότερο με την αυτοκτονικότητα συγκριτικά με τα πρόσφατα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, ανεξάρτητα από τη διάγνωση (Kelly et al., 2000).

Βέβαια, όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, στην πρόσφατη διεθνή βιβλιογραφία, υποστηρίζεται πλέον η πολυπαραγοντική αλληλεπίδραση ποικίλων βιοψυχοκοινωνικών παραμέτρων στην εκδήλωση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, ανεξάρτητα από την ύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών (Cavanagh, 2010· Boldrini & Mann, 2015). Για παράδειγμα, σε μελέτη 249 ασθενών με αυτοκτονικό ιδεασμό, διαπιστώθηκε πως σε αυτούς χωρίς ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας και σε αυτούς με ιστορικό μίας προηγούμενης απόπειρας, τα αρνητικά γεγονότα ζωής σχετιζόνταν στενά με την ένταση και τη διάρκεια του αυτοκτονικού ιδεασμού (Joiner & Rudd, 2000).

Παρομοίως, σε συγκριτικές μελέτες για τα γεγονότα της ζωής που συμβαίνουν πριν το θάνατο, τόσο ανάμεσα σε θύματα αυτοκτονίας όσο και συγκριτικά με επιζώντες απόπειρας αυτοκτονίας, βρέθηκε πως στα περισσότερα θύματα αυτοκτονίας, στα οποία δεν είχε τεθεί διάγνωση ψυχικής διαταραχής, υπήρχαν πολλά ψυχοπιεστικά γεγονότα πριν από το θάνατό τους, αλλά και ποικίλες τραυματικές εμπειρίες στην παιδική τους ηλικία (Cooper, 2002· Fjeldsted et al., 2017· Buchman-Schmitt, 2017).

Ειδικότερα, στην πιο πρόσφατη από αυτές τις μελέτες, του Buchman-Schmitt και των συνεργατών (2017), διερευνήθηκε η ένταση, ο αριθμός και η συσσώρευση των ψυχοπιεστικών γεγονότων που προηγήθηκαν του θανάτου με αυτοκτονία, μεταξύ αποθανόντων με διαφορετικό ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας. Οι απόπειρες αυτοκτονίας, τα ψυχοπιεστικά γεγονότα και οι μέθοδοι αυτοκτονίας εξετάστηκαν σε δύο δείγματα θυμάτων αυτοκτονίας: 62 κρατούμενα στη φυλακή άτομα και 117 άτομα κοινοτικού πληθυσμού. Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές στατιστικής παλινδρόμησης για τη σύγκριση του επιπέδου του στρες, που οδηγεί σε θάνατο από αυτοκτονία, ανάμεσα σε αυτούς που πέθαναν στην πρώτη απόπειρα αυτοκτονίας που έκαναν και σε αυτούς που είχαν ιστορικό πολλαπλών προηγούμενων προσπαθειών αυτοκαταστροφής μέχρι τον θάνατό τους. Στα αποτελέσματα της έρευνας

βρέθηκαν και στα δύο δείγματα ψυχοπαιστικά γεγονότα ζωής· ωστόσο, στη σύγκριση μεταξύ των δύο δειγμάτων, παρατηρήθηκε πως όσοι πέθαναν στην πρώτη τους απόπειρα αυτοκτονίας, είχαν αντιμετωπίσει έναν στρεσογόνο παράγοντα χαμηλότερης έντασης και μεγέθους, σε σύγκριση με τους αποθανόντες που είχαν στο ιστορικό τους πολλαπλές απόπειρες αυτοκτονίας. Το παραπάνω εύρημα συζητήθηκε σε σχέση με το μοντέλο “στρες-διάθεσης” (stress-diathesis) για την αυτοκτονικότητα (Buchman-Schmitt et al., 2017) .

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως, αν και οι πλειονότητα των μελετών δείχνει πως οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονίας συχνά επισπεύδονται από στρεσογόνες και δυσμενείς καταστάσεις, σε δύο μελέτες μεγάλης κλίμακας βρέθηκε πως τα ψυχοπαιστικά γεγονότα, ενώ αυξάνουν τον κίνδυνο για αυτοκτονία και απόπειρα αυτοκτονίας, δεν ενισχύουν τη μετάβαση από τον αυτοκτονικό ιδεασμό σε αυτοκτονικό σχεδιασμό ή σε απόπειρα αυτοκτονίας (Borges et al., 2008· Stein et al., 2010).

Από τα μέχρι τώρα ευρήματα των μελετών, διαφαίνεται ότι η ισχύς (strength) και η σταθερότητα (consistency) της συσχέτισης μεταξύ των ψυχοπαιστικών, στρεσογόνων γεγονότων (στρες) και της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς διαφοροποιείται ανάλογα με: α) τα χαρακτηριστικά της στρεσογόνου εμπειρίας, όπως είναι η έκθεση σε βία, η χρονιότητα και η σοβαρότητά της, β) το αναπτυξιακό στάδιο / την ηλικία του ατόμου κατά τη βίωση της στρεσογόνου εμπειρίας, γ) τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά και την ευαλωτότητα / ψυχική ανθεκτικότητα του ατόμου, δ) το πολιτισμικό πλαίσιο και τις συνθήκες του περιβάλλοντος, και ε) την ποιότητα των υποστηρικτικών σχέσεων στη ζωή του ατόμου (Γιαννοπούλου, Μπούρας, 2013).

Επίσης, ευρήματα από το επιστημονικό πεδίο της νευροβιολογίας έρχονται να ενισχύσουν περαιτέρω την υπόθεση των νευρωνικών-ορμονικών εγγραφών της στρεσογόνου εμπειρίας. Θεωρείται πια δεδομένο ότι η ευαισθητοποίηση νευρωνικών συστημάτων που αποκρίνονται στο άγχος ως συνέπεια πρώιμων αντίξων εμπειριών, εμπλέκεται στην παθοφυσιολογία πολλών διαταραχών, όπως της διάθεσης και των αγχωδών διαταραχών. Ειδικότερα, η σύγχρονη ερευνητική δραστηριότητα αναδεικνύει ότι το ιστορικό παιδικής κακοποίησης συνδέεται με αυξημένη δραστηριότητα νευροενδοκρινολογικού στρες, η οποία ενισχύεται περισσότερο στην περίπτωση επιπρόσθετων τραυματικών εμπειριών και στρεσογόνων γεγονότων κατά την ενήλικη ζωή και συσχετίζεται επίσης με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (Polanco-Roman et al., 2016).

Όλα τα παραπάνω ευρήματα είναι αινιγματικά, ιδίως υπό το πρίσμα του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, στο οποίο φαίνεται πως αν υπάρχει μια ισχυρή προδιάθεση, καθημερινά ενοχλητικά γεγονότα ή αρνητικά συμβάματα, που αν και δεν πληρούν τις προϋποθέσεις ως τραυματικά, είναι επαρκή προκειμένου να καταβυθίσουν ένα άτομο σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Ωστόσο, παραμένει ασαφές σε ποιο βαθμό τα ψυχοπαιστικά γεγονότα της ενήλικης ζωής και δη οι τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας αποτελούν προγνωστικές παραμέτρους της αυτοκαταστροφικότητας, και με ποιους μηχανισμούς επιδρούν στις διαφορετικές πτυχές της.

## **B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση, σε ένα επιλεγμένο κλινικό δείγμα, της επίδρασης του πρώιμου ψυχικού τραύματος και των πρόσφατων στρεσογόνων γεγονότων ζωής στην εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς κατά την ενήλικη ζωή. Στη βάση αυτή, στη μελέτη θα επιχειρηθεί να αξιολογηθεί αν, με ποιο τρόπο και σε ποιο βαθμό, κάθε από τις εν λόγω παραμέτρους σχετίζεται με την εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Επίσης, στην περίπτωση που οι αναμενόμενες συσχετίσεις διαπιστωθούν, θα επιχειρηθεί με τη χρήση στατιστικών εργαλείων, ο υπολογισμός των παραγόντων που αυξάνουν την πιθανότητα κινδύνου αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Πιο συγκεκριμένα, η παρούσα έρευνα επικεντρώνεται στη σύγκριση μεταξύ ενήλικων ψυχιατρικών ασθενών με πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας και ψυχιατρικών ασθενών χωρίς ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας, ως προς τις εμπειρίες πρώιμου ψυχικού τραύματος και πρόσφατων ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής.

Οι ενδεχόμενες διαφορές των αποτελεσμάτων, με την ολοκλήρωση της επεξεργασίας και ανάλυσης των στοιχείων της έρευνας, μπορούν αφενός να αποδοθούν στα δημογραφικά στοιχεία και κατόπιν στα ιδιαίτερα τραυματικά γεγονότα της ζωής των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας (νοσηλεύομενων ασθενών για απόπειρα αυτοκτονίας). Έτσι, με αυτόν τον τρόπο, θα μπορεί να θεωρηθεί βέβαια, ότι ήταν αυτές οι εμπειρίες οι οποίες λειτούργησαν ως εκλυτικοί παράγοντες (triggers) στην εκδήλωση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

Στόχος δηλαδή της έρευνας, είναι να ελέγξουμε αν υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις ομάδες, ως προς τη συχνότητα έκθεσης σε τραυματικά γεγονότα ζωής, την ποιότητα και τα χαρακτηριστικά αυτών, σε σχέση με την εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Περιμένουμε, δηλαδή, οι παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (πρώιμο ψυχικό τραύμα και πρόσφατα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής) να εμφανίζονται στατιστικά πιο συχνά στην ομάδα με ιστορικό απόπειρών από ό,τι στην ομάδα χωρίς ιστορικό. Βέβαια, η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης και η συσχέτιση μεταξύ των βασικών μεταβλητών της έρευνας (πρώιμο τραύμα, στρεσογόνα γεγονότα και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά) δεν συνεπάγεται αυτόματα και σχέση αιτιότητας μεταξύ τους. Γιατί, ενώ η συσχέτιση αποτελεί πράγματι ένα δεδομένο, η αιτιότητα εμπεριέχει το στοιχείο της αξιολόγησης και ξεπερνά την έννοια της πιθανότητας, η οποία είναι στατιστική. Συνεπώς, το επόμενο στάδιο της έρευνας είναι να καθορίσουμε τα κριτήρια εκείνα μέσω των οποίων θα ελέγξουμε, αν οι στατιστικές σχέσεις, αποτελούν πράγματι και σχέσεις αιτιότητας μεταξύ των μεταβλητών, δηλαδή, του πρώιμου τραύματος, των πρόσφατων ψυχοπιεστικών γεγονότων και της απόπειρας αυτοκτονίας.

Για τον έλεγχο αυτό, χρησιμοποιούνται συγκεκριμένα κριτήρια μέσω των οποίων ελέγχεται και εξασφαλίζεται ότι οι στατιστικές συσχετίσεις αποτελούν ταυτόχρονα και σχέσεις αιτιότητας. Τα κριτήρια αυτά τα ομαδοποίησε ο Bradford-Hill (1968) και εφαρμοζόμενα στην υπό εκπόνηση έρευνα έχουν ως ακολούθως:

α) Χρονική αλληλουχία. Η αιτία, δηλαδή η έκθεση στον παράγοντα κινδύνου (γεγονότα ζωής) θα πρέπει να προηγείται του αποτελέσματος (απόπειρα αυτοκτονίας, ή αυτοκτονικός ιδεασμός). Εν προκειμένω θα ελέγξουμε παράλληλα και τη διάρκεια της χρονικής καθυστέρησης ανάμεσα στην αιτία και το αποτέλεσμα, προκειμένου να δούμε αν η χρονική απομάκρυνση από τον παράγοντα κινδύνου, μειώνει την πιθανότητα του αποτελέσματος. Πρόσφατη μελέτη των Tang et. al (2015) κατέδειξε ότι σε σύνολο 5972 μαθητών, ένα ποσοστό της τάξης του 7,64% ανέφεραν την ύπαρξη αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών (απόπειρα αυτοκτονίας, αυτοκτονικός ιδεασμός) σε διάρκεια ενός έτους από την ύπαρξη στρεσογόνων γεγονότων, όπως για παράδειγμα η σχέση με τους συμμαθητές ή η αποτυχία στις εξετάσεις.

β) Αναγκαία συνθήκη. Θα ελέγξουμε αν η ύπαρξη γεγονότων ζωής είναι αναγκαία για το αποτέλεσμα και παράλληλα αν είναι ικανή, δηλαδή αν απαιτούνται κι άλλοι παράγοντες ή όχι.

γ) Δοσοεξαρτώμενη σχέση. Θα ελέγξουμε αν ισχύει η υπόθεση ότι όσο πιο δυνατά τα γεγονότα ζωής τόσο πιθανότερη η εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Υπάρχει ένας ελάχιστος βαθμός έντασης του φαινομένου κάτω από τον οποίο δεν έχουμε την εκδήλωση τέτοιων συμπεριφορών; Υπάρχει ένας απώτατος βαθμός πάνω από τον οποίο μια ενδεχόμενη περαιτέρω ένταση του φαινομένου δεν οδηγεί στην εκδήλωση τέτοιων συμπεριφορών;

δ) Χρονικός προσδιορισμός εμφάνισης αιτίων. Θα ελέγξουμε αν η ύπαρξη στρεσογόνων γεγονότων, σε συγκεκριμένη περίοδο της ζωής αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την πρόκληση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στα άτομα που θα αποτελέσουν τον πληθυσμό του δείγματος της μελέτης. Έρευνες έχουν δείξει ότι κάποια γεγονότα ζωής που συνέβησαν στα άτομα κατά την παιδική τους ηλικία, παρουσιάζονται συχνότερα ως παράγοντες πρόκλησης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, με επικρατέστερα ανάμεσά τους τη σωματική κακοποίηση, τη σεξουαλική κακοποίηση και τη συναισθηματική κακοποίηση (Briere & Brodsky et al., 2011). Είναι, επίσης, σημαντικό να εξεταστεί ο συσχετισμός του φύλου, με τη συχνότητα εμφάνισης αυτοκτονικών συμπεριφορών σε συνάρτηση με την ύπαρξη τραυματικών γεγονότων ζωής (Knox, 2008). Περαιτέρω, θα επιχειρηθεί να εξεταστεί η σχέση ανάμεσα στον τύπο της τραυματικής εμπειρίας με την κλινική διάγνωση του ICD-10 της απόπειρας αυτοκαταστροφής. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι ο τύπος του τραυματικού γεγονότος σχετίζεται με τον τύπο της επακόλουθης αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Δηλαδή, κάποια γεγονότα, όπως η σεξουαλική κακοποίηση, έχουν μεγαλύτερη στατιστική συσχέτιση στην πρόγνωση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Sorsdahl, 2011).

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Σύμφωνα με το θεωρητικό πλαίσιο και την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, διαμορφώθηκαν οι εξής υποθέσεις:

- α) Θετική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού δείκτη τραύματος και των διαφόρων τύπων πρώιμου τραύματος με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά κατά την ενήλικη ζωή.
- β) Θετική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού δείκτη πρόσφατων ψυχοπιεστικών γεγονότων στην ενήλικη ζωή με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
- γ) Αρνητική συσχέτιση μεταξύ της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς με τους μηχανισμούς αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων.

### Ερευνητικά ερωτήματα:

- α) Διερεύνηση της σχέσης του πρώιμου ψυχικού τραύματος με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στην ενήλικη ζωή.
- β) Διερεύνηση της σχέσης των πρόσφατων ψυχοπιεστικών γεγονότων με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στην ενήλικη ζωή.

### Επιμέρους ερευνητικοί στόχοι:

- γ) Διερεύνηση της σχέσης του πρώιμου ψυχικού τραύματος με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.
- δ) Διερεύνηση της σχέσης των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
- ε) Διερεύνηση της σχέσης του πρώιμου ψυχικού τραύματος με τις στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων.
- στ) Διερεύνηση της σχέσης των στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
- ζ) Διερεύνηση της πολυπαραγοντικής σχέσης πρώιμου ψυχικού τραύματος, προσωπικότητας, στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### 1. Κλινικό δείγμα

Συλλέχθηκε δείγμα 122 ψυχιατρικών ασθενών από τον κλινικό πληθυσμό του Π.Γ.Ν. "Αττικόν". Ειδικότερα, οι 61 είναι ασθενείς με ιστορικό απόπειρας

αυτοκτονίας, εκ των οποίων οι 31 έχουν ιστορικό μίας προηγούμενης απόπειρας και οι 30 έχουν ιστορικό πολλαπλών προηγούμενων αποπειρών, και οι 61 είναι ασθενείς με ιστορικό καταθλιπτικής διαταραχής οι οποίοι δεν έχουν διαπράξει καμία απόπειρα αυτοκτονίας στο παρελθόν (control group).

## **2. Διαδικασία συλλογής δεδομένων**

Η συλλογή των ερευνητικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια των ακαδημαϊκών ετών 2017-2018. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και ανώνυμη. Οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν για το σκοπό και τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας, και έδιναν την συναίνεσή τους βασισμένοι στη γνώση αυτή (*informed consent*). Τα ερωτηματολόγια χορηγούνταν κατά τη νοσηλεία ή κατά την επίσκεψη στα τακτικά, εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου, αφού είχε προηγηθεί η ανάλογη συνεννόηση με τους υπεύθυνους και τους θεράποντες ιατρούς. Παράλληλα με τις οδηγίες που αναγράφονται στα ερωτηματολόγια, δίνονταν προφορικές οδηγίες και διευκρινίσεις. Τα κριτήρια αποκλεισμού από το δείγμα ήταν άλλη μητρική γλώσσα εκτός της ελληνικής και ηλικία κάτω των 18 ετών. Οι συμμετέχοντες κατανόησαν το στόχο και τη διαδικασία συλλογής δεδομένων. Η διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων είχε διάρκεια κατά μέσο όρο 45 λεπτά, διεξήχθη ομαλά και δεν αναφέρθηκε κάποιο πρόβλημα κατανόησης των ερωτήσεων. Η συνολική διαδικασία χορήγησης και συλλογής των ερωτηματολογίων διήρκεσε περίπου 15 μήνες. Μετά τη συλλογή τους, τα ερωτηματολόγια φυλάσσονταν σε ασφαλή χώρο (κλειδωμένο ερμάριο), στον οποίο είχαν πρόσβαση μόνο οι ερευνήτριες. Εν συνεχεία, τα ερωτηματολόγια καταχωρήθηκαν σε ηλεκτρονική μορφή μέσω του προγράμματος στατιστικής επεξεργασίας Statistical Package for the Social Sciences (SPSS-17).

## **3. Μέσα συλλογής δεδομένων**

Τα μέσα συλλογής δεδομένων ήταν τα εξής έντεκα (11):

- 1) Γενικό ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων,
- 2) Ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς του πρώιμου τραύματος - σύντομη μορφή (ETI-SR-SF),
- 3) Κλίμακα συμπτωμάτων σχετιζόμενων με τραυματικές εμπειρίες (TSC-40),
- 4) Ερωτηματολόγιο του Beck για την κατάθλιψη (BDI-I),
- 5) Κλίμακα του Beck για το αίσθημα απελπισίας (BHS),
- 6) Κλίμακα του Beck για την εκτίμηση της πρόθεσης αυτοκτονίας (SIS),
- 7) Ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck – μικρή μορφή (Eysenck Personality Minitest),

- 8) Κλίμακα για την εκτίμηση των γεγονότων ζωής (SRRS),
- 9) Κλίμακα για την εκτίμηση των γεγονότων ζωής – σοβαρότητα (SRRS - σοβαρότητα),
- 9) Κλίμακα για την εκτίμηση των τρόπων αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων (COPE- Brief),
- 10) Τεστ προσανατολισμού για τη ζωή (LOT), και
- 11) Κλίμακα για την εκτίμηση του αισθήματος προσωπικού ελέγχου (Pearlin Mastery Scale).

### **3.1. Γενικό ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων**

Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης. Προκειμένου να αξιοποιηθούν τα δεδομένα της έρευνας με το βέλτιστο τρόπο, κρίθηκε αναγκαίο να υπάρχει γνώση ορισμένων δημογραφικών στοιχείων των εξεταζόμενων ατόμων. Επίσης, το ερωτηματολόγιο δομήθηκε με τρόπο που να διασφαλίζει την ανωνυμία των συμμετεχόντων. Το γενικό ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων αποτελείται από δώδεκα (15) κλειστού τύπου ερωτήσεις, πολλαπλής επιλογής, οι οποίες αναφέρονται σε προσωπικά στοιχεία και χαρακτηριστικά.

Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δώσουν πληροφορίες για το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή τους κατάσταση, καθώς και πληροφορίες για το εάν διέμεναν μόνοι, με τους γονείς ή με τον/την σύντροφό τους. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο αντλούσε πληροφορίες για το επίπεδο εκπαίδευσης (απόφοιτος Λυκείου, ΤΕΙ, ΑΕΙ, μεταπτυχιακοί τίτλοι), καθώς και για την επαγγελματική κατάσταση (ανεργία, ιδιωτική / δημόσια εργασία, κ.λπ). Τα άτομα καλούνταν να αναφέρουν επίσης την ύπαρξη ψυχιατρικού οικογενειακού ιστορικού, προσωπική υπάρχουσα κλινική διάγνωση, και τυχόν λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

Τέλος, ζητήθηκαν κάποιες πληροφορίες για τις συνθήκες της απόπειρας, την παρούσα ψυχική και σωματική κατάσταση, καθώς επίσης και για προσωπικές συνήθειες, όπως το κάπνισμα και η κατανάλωση ουσιών ή αλκοόλ.

### **3.2. Ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς του πρώιμου τραύματος-σύντομη μορφή (ETI-SR-SF)**

#### Σύντομο ιστορικό της δημιουργίας του ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο του Πρώιμου Τραύματος (Early Trauma Inventory-ETI) είχε αρχικά τη μορφή ημι-δομημένης συνέντευξης, περιελάμβανε 56 λήμματα, και χορηγούνταν από κλινικούς (Bremner et al., 2000). Η εκδοχή της αυτοαναφοράς (Early Trauma Inventory-Self Report, ETI-SR) δημιουργήθηκε



το 2007 (Bremner et al., 2007) βασίστηκε στο αρχικό ερωτηματολόγιο και περιλαμβάνει 62 ερωτήσεις οι οποίες καλύπτουν τέσσερις τομείς πρώιμων τραυματικών γεγονότων ή εμπειριών. Ο πρώτος τύπος αναφέρεται σε τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας - γενικό τραύμα (*general trauma*), ο δεύτερος τύπος αναφέρεται σε τραυματικές εμπειρίες *σωματικής κακοποίησης* (*physical abuse*), ο τρίτος αναφέρεται σε εμπειρίες *συναισθηματικής κακοποίησης* (*emotional abuse*) και ο τέταρτος σε εμπειρίες *σεξουαλικής κακοποίησης ή παρενόχλησης* (*sexual abuse*).

### Η δημιουργία της σύντομης μορφής

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

Η τελική σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου αποτελείται από 27 λήμματα, τα οποία κατανέμονται στις ακόλουθες τέσσερις υποκλίμακες που σχετίζονται με τέσσερις διαφορετικούς τύπους τραυματικών εμπειριών: α) έντεκα (11) στην υποκλίμακα “τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας ή γενικό τραύμα”, όπως για παράδειγμα “Έχετε ποτέ εκτεθεί σε μια φυσική καταστροφή απειλητική για τη ζωή σας;” ή “Είχατε ποτέ την εμπειρία θανάτου ή σοβαρής ασθένειας ενός γονέα ή του προσώπου που είχε τη φροντίδα σας όταν ήσαστε παιδί;”, β) πέντε (5) λήμματα στην υποκλίμακα “τραυματικές εμπειρίες λόγω σωματικής τιμωρίας”, γ) πέντε (5) στην υποκλίμακα “τραυματικές εμπειρίες λόγω συναισθηματικής κακοποίησης”, όπως “Σας ταπεινώσαν συχνά ή σας γελοιοποιούσαν”, “Σας έχουν ποτέ χαστουκίσει” και έξι (6) στην υποκλίμακα “τραυματικές εμπειρίες λόγω σεξουαλικής παρενόχλησης ή κακοποίησης”, όπως, “Σας έτυχε ποτέ να τρίψει κάποιος τα γεννητικά του όργανα επάνω σας” ή “Σας εξανάγκασαν ποτέ να αγγίξετε ένα άλλο άτομο σε απόκρυφα μέρη του σώματός του”, κ.λπ. Οι επιλογές απάντησης είναι η κατάφαση και η άρνηση (ΝΑΙ και ΟΧΙ). Στο τέλος του ερωτηματολογίου υπάρχει μία πρόσθετη ερώτηση, στην οποία ζητείται από το άτομο να επιλέξει από τις τραυματικές εμπειρίες που έχει βιώσει μία που θεωρεί ότι είχε τον μεγαλύτερο αντίκτυπο στη ζωή του και να απαντήσει σε δύο ερωτήματα μόνο σχετικά με αυτήν (βλ. Παράρτημα).

### Ψυχομετρικές ιδιότητες της σύντομης μορφής

Οι συσχετίσεις ανάμεσα στη σύντομη και στην αρχική μορφή αυτοαναφοράς ήταν  $r = 0,91$  για τις τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας,  $r = 0,94$  για τις εμπειρίες από σωματική τιμωρία και  $r = 0,97$  για τις εμπειρίες από συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση.

Στην παρούσα μελέτη, ο συντελεστής Cronbach's alpha για την κλίμακα ETI-SR-SF προκύπτει ίσος με 0,84 το οποίο υποδηλώνει ότι η κλίμακα έχει έναν

πολύ ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας. Η διαγραφή ερωτημάτων θα οδηγούσε είτε σε μείωση του συντελεστή είτε δεν θα είχε σημαντική επίδραση στην τιμή του.

### Βαθμολόγηση

Υπολογίζεται δείκτης για κάθε τομέα, ο οποίος προκύπτει από το άθροισμα των τραυματικών συμβάντων, στα οποία το άτομο έχει απαντήσει ΝΑΙ, καθώς και ένας συνολικός δείκτης τραύματος, ο οποίος προκύπτει από το άθροισμα των τεσσάρων δεικτών. Σύμφωνα με τους συγγραφείς εναλλακτικοί τρόποι βαθμολόγησης, όπως ο συνυπολογισμός της σοβαρότητας και της συχνότητας του τραυματικού συμβάντος ή ο συναισθηματικός αντίκτυπος τη στιγμή του συμβάντος δεν προσθέτουν στην εγκυρότητα του εργαλείου (Bremner et al., 2007). Παρ' όλα αυτά, στην παρούσα μελέτη κρίθηκε σκόπιμο να ενσωματωθεί και η συχνότητα της τραυματικής εμπειρίας και στην περίπτωση που το άτομο απαντάει ότι είχε τη συγκεκριμένη εμπειρία να συμπληρώνει σε μία τρίβαθμη κλίμακα τη συχνότητα της: μία ή δύο φορές=1, μερικές φορές=2, συχνά=3.

### **3.3. Κλίμακα συμπτωμάτων σχετιζόμενων με τραυματικές εμπειρίες (TSC-40)**

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

Η κλίμακα έχει σχεδιαστεί για την εκτίμηση των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων της παιδικής κακοποίησης (Briere & Runtz, 1989) και έχει χρησιμοποιηθεί επίσης για τη διερεύνηση της ψυχολογικής προσαρμογής σε άτομα που έχουν υποστεί παιδικό τραύμα (Sesar et al., 2012).

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

Από την TSC-40, εκτός της συνολικής τιμής, η οποία κυμαίνεται από 0 έως 120, προκύπτουν και έξι (6) υποκλίμακες, οι οποίες είναι: άγχος, κατάθλιψη, αποσύνδεση, δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης, σεξουαλικά προβλήματα και διαταραχές ύπνου.

Η TSC-40 είναι η αναθεωρημένη μορφή της αρχικής TSC-33 (Briere & Runtz, 1989), η οποία δεν περιελάμβανε τις υποκλίμακες "σεξουαλικά προβλήματα" και "διαταραχές ύπνου". Σύμφωνα με τους συγγραφείς η κλίμακα χρησιμοποιείται αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

Η κλίμακα έχει ικανοποιητική αξιοπιστία Cronbach's  $\alpha$  από .66- .77 για τις υποκλίμακες και από .89 - .91 για τη συνολική κλίμακα (Briere, 1996) καθώς επίσης και ικανοποιητική διακριτική ικανότητα μεταξύ ατόμων που έχουν βιώσει και ατόμων που δεν έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες (Whiffen et al., 1997· Zlotnic et al., 1996).

Στην παρούσα μελέτη, ο συντελεστής Cronbach's  $\alpha$  για την κλίμακα TSC-40 προκύπτει ίσος με 0,89 το οποίο υποδηλώνει ότι η κλίμακα έχει έναν πολύ ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας. Η διαγραφή ερωτημάτων θα οδηγούσε είτε σε μείωση του συντελεστή είτε δεν θα είχε σημαντική επίδραση στην τιμή του.

### **3.4. Ερωτηματολόγιο του Beck για την κατάθλιψη (BDI-I)**

Το ερωτηματολόγιο του Beck-I (1961) για τη μέτρηση της έντασης της κατάθλιψης (BDI-I) είναι μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 21 λήμματα. Κάθε λήμμα αναφέρεται και σε ένα σύμπτωμα / εκδήλωση της κατάθλιψης και περιέχει 4-5 προτάσεις. Οι προτάσεις αυτές έχουν τοποθετηθεί σε μια σειρά, η οποία δείχνει την έκταση της βαρύτητας του αντίστοιχου συμπτώματος από το “καθόλου” μέχρι το “μέγιστο”. Κάθε πρόταση βαθμολογείται με 0, 1, 2 ή 3 ανάλογα με τη βαρύτητα που δηλώνει. Σε μερικά λήμματα, δύο ή και τρεις προτάσεις που θεωρήθηκε ότι δηλώνουν την ίδια βαρύτητα, βαθμολογήθηκαν με τον ίδιο αριθμό, αλλά διαχωρίστηκαν με τα γράμματα  $\alpha$ ,  $\beta$  ή  $\gamma$  (π.χ. 2 $\alpha$ , 2 $\beta$ , 2 $\gamma$ ). Η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου γίνεται με την άθροιση των βαθμών που αντιστοιχούν σε κάθε μία από τις σημειωμένες προτάσεις. Το άθροισμα αυτό εκφράζει την συνολική βαθμολογία του εξεταζόμενου στο BDI-I την στιγμή της χορήγησης. Η βαθμολογία αυτή μπορεί να διακυμανθεί από 0 μέχρι 62 και δηλώνει την ένταση / βαρύτητα της κατάθλιψης την στιγμή της εξέτασης.

Το ερωτηματολόγιο BDI-I έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα (Ντώνια, Δεμερτζή) και έχει σταθμιστεί (Τζέμο, Κιοσεόγλου και Αναγνωστοπούλου). Παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, με υψηλή θετική συνάφεια με το άγχος και με αρνητική συνάφεια με την κλίμακα εσωτερικής συγκρότησης. Παρουσιάζει ικανοποιητική αξιοπιστία και ο δείκτης Cronbach's  $\alpha$  είναι ίσος με 0,84 (Fountoulakis et al., 2003· Σταλίκας και συν., 2012).

Στην παρούσα μελέτη, ο συντελεστής Cronbach's  $\alpha$  για της κλιμάκα BDI-I προκύπτει ίσος με 0,86 το οποίο υποδηλώνει πως η κλίμακα έχει έναν πολύ ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας. Δεν παρατηρείται αλλαγή στον συντελεστή με τη διαγραφή υποερωτημάτων, οπότε κρίνεται ότι πρέπει να διατηρηθούν.

### **3.5. Κλίμακα του Beck για το αίσθημα απελπισίας (BHS)**

Η κλίμακα του Beck για το αίσθημα απελπισίας (BHS) αποτελεί μια κλίμακα αυτοαναφοράς και έχει σχεδιαστεί προκειμένου να μετρά τρεις σημαντικές

παραμέτρους του αισθήματος της απελπισίας: τις σκέψεις για το μέλλον, την απώλεια κινήτρων και τις προσδοκίες του εξεταζόμενου ατόμου για το μέλλον (Beck, 1988).

Σύμφωνα τον Beck (1990) η έννοια της *απελπισίας*, όπως εκτιμάται από την BHS, αφορά ένα σύνολο γνωστικών σχημάτων (δηλαδή, συγκροτημένων στάσεων και πεποιθήσεων) τα οποία έχουν ως κοινό, βασικό παρονομαστή την αρνητική προσμονή του άμεσου και μακροπρόθεσμου μέλλοντος. Στον πυρήνα της αίσθησης απελπισίας, όπως ανιχνεύεται από την κλίμακα, βρίσκονται τρεις βασικές πεποιθήσεις: α) ότι τίποτα δεν θα πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τις προσδοκίες του ατόμου, β) ότι οι σημαντικοί του στόχοι δεν θα επιτευχθούν και γ) ότι τα πιο σοβαρά προβλήματα δεν θα επιλυθούν.

Η BHS περιλαμβάνει 20 λήμματα. Η βαθμολογία της κλίμακας κυμαίνεται από 0 έως 20 και η ερμηνεία των αποτελεσμάτων ως προς το βαθμό απελπισίας προτείνεται ως εξής: α) *ελάχιστη* (από 0 έως 3), β) *ελαφρά* (από 4 έως 8), γ) *μέτρια* (από 9 έως 14) και δ) *οξεία* (πάνω από 14). Τιμές 9 και άνω υπαινίσσονται παρουσία σημαντικού βαθμού απελπισίας και, πιθανά, κίνδυνο εκδήλωσης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (Beck, 1990). Επίσης, η ένταση του αισθήματος απελπισίας, όπως μετριέται από την παρούσα κλίμακα, παρουσιάζει μια σχετική ενδο-ατομική σταθερότητα που έχει θετική συνάφεια με την *κατάθλιψη* (Durham, 1982). Η BHS έχει χρησιμοποιηθεί στην ελληνική βιβλιογραφία και έχει σταθμιστεί σταθμιστεί από τους Χ. Χριστοδούλου και Λιόση Α. και παρουσιάζει ικανοποιητικούς βαθμούς εγκυρότητας και αξιοπιστίας (Christodoulou et al., 1999, 2017).

Ο συντελεστής A Cronbach's alpha για την κλίμακα BHS, στην παρούσα μελέτη, προκύπτει ίσος με 0.83 το οποίο υποδηλώνει ότι η κλίμακα έχει έναν πολύ ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας. Για σχεδόν όλα τα υποερωτήματα της κλίμακας προκύπτει ότι ο συντελεστής μειώνεται σε περίπτωση διαγραφής τους. Εξαίρεση αποτελεί το υποερώτημα 18 ("*Το μέλλον μου φαίνεται ασαφές και αβέβαιο*") το οποίο, αν διαγραφεί οδηγεί με μικρή αύξηση του συντελεστή στο 0.85. Δεν κρίνεται ότι πρέπει να διαγραφεί.

### **3.6. Κλίμακα του Beck για την εκτίμηση της πρόθεσης αυτοκτονίας (SIS)**

Η κλίμακα εκτίμησης της πρόθεσης για αυτοκτονία του Beck και των συνεργατών (1986) (SIS), είναι μια κλίμακα που έχει σχεδιαστεί για να καταγράψει δεδομένα σχετικά με την ένταση της επιθυμίας να πεθάνει το άτομο που κάνει την απόπειρα, κατά την χρονική στιγμή της απόπειρας.

Συγκεκριμένα, η κλίμακα αποτελείται από τρία μέρη και περιέχει συνολικά 20 θέματα-λήμματα, από τα οποία βαθμολογούνται τα 15. Κάθε θέμα αποτελείται από τρεις καταστάσεις και η βαθμολογία είναι από 0 έως 2 (0, 1, 2). Μετά τις πληροφορίες που παίρνει ο εξεταστής, τα θέματα βαθμολογούνται από 0 έως 2 και το τελικό αποτέλεσμα αποτελείται από τις αθροιζόμενες βαθμολογίες, όπως προκύπτουν για κάθε θέμα (Beck, 1986).

Το πρώτο μέρος της κλίμακας “Συνθήκες σχετιζόμενες με πρόθεση” (Θέματα 1-9) ασχολείται με τις πραγματικές πλευρές της απόπειρας και τα γεγονότα που την περιβάλλουν. Τις πληροφορίες τις δίνει ο ασθενής και / ή άλλος παρατηρητής καθώς επίσης η επιβεβαίωση από άλλες πηγές είναι επιθυμητή. Στο δεύτερο μέρος “Αυτοαναφορά” (Θέματα 10-15), καταγράφονται οι σκέψεις και τα συναισθήματα του εξεταζόμενου την χρονική στιγμή της απόπειρας. Το τρίτο μέρος (Θέματα 15-20) δεν βαθμολογείται, εφόσον η βαρύτητα των θεμάτων είναι αβέβαιη. Τα θέματα του τρίτου μέρους έχουν πληροφορίες για άλλες πλευρές της αυτοκτονίας, όπως παράγοντες κινδύνου, τα τρέχοντα συναισθήματα του ασθενή για την απόπειρα, τις αντιλήψεις του για τον θάνατο, και τον αριθμό προηγούμενων αποπειρών αυτοκτονίας (Beck, 1986).

Στην παρούσα έρευνα, ο συντελεστής A Cronbach’s alpha για την κλίμακα SIS προκύπτει ίσος με 0,86 το οποίο υποδηλώνει ότι η κλίμακα έχει έναν πολύ ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας. Η διαγραφή των περισσότερων ερωτημάτων θα οδηγούσε σε μείωση του συντελεστή. Εξαιρέση αποτελούν τα ερωτήματα 3 (“*Προφυλάξεις για να μην ανακαλυφθεί ή να εμποδιστεί η απόπειρά*”,  $\alpha=0,89$ ), 7 (*Απόπειρα*,  $\alpha=0,9$ ), 14 (“*Σκέψεις γύρω από το αναστρέψιμο των βλαβών*”,  $\alpha= 0,88$ ) και 18 (“*Προηγούμενες απόπειρες*”,  $\alpha=0,87$ ). Ωστόσο, δεν κρίθηκε ότι πρέπει να διαγραφεί κάποιο, διότι αυτά τα ερωτήματα αντικατοπτρίζουν ακριβώς τις προβληματικές της μελέτης.

### **3.7. Ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck - μίνι τεστ (Eysenck Personality Minitest)**

Το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ) από τον Eysenck (1985), με σκοπό του τη διερεύνηση των τεσσάρων διαστάσεων της προσωπικότητας του ατόμου: νευρωτισμός (N), εξωστρέφεια-εσωστρέφεια (E), ψυχωτισμός (P), και ψεύδος (L). Το αρχικό ερωτηματολόγιο αποτελείται από 90 ερωτήσεις. Ωστόσο, η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου αποτελείται από 84 ερωτήσεις. Από αυτές, οι 24 προσδιορίζουν την κλίμακα ψυχωτισμού (P), οι 22 την κλίμακα νευρωτισμού (N), οι 19 την κλίμακα εξωστρέφειας-εσωστρέφειας (E) και οι 19 την κλίμακα ψεύδους (L). Οι ερωτώμενοι εκφράζουν την συμφωνία ή τη διαφωνία τους απαντώντας σε κάθε ερώτηση με “ναι” ή “όχι”. Οι θετικές απαντήσεις βαθμολογούνται με 1 μονάδα, ενώ οι αρνητικές δεν παίρνουν βαθμό. Το έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στα ελληνικά από τον Δημητρίου (1986) και οι ψυχομετρικές ιδιότητες του εργαλείου έχουν αξιολογηθεί και από τον Παπαπέτρου (1998).

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου, το Ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck - μίνι τεστ (Eysenck Personality Minitest). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 15 λήμματα, τα οποία προσδιορίζουν τις διαστάσεις της προσωπικότητας, όπως περιγράφηκαν στο θεωρητικό μέρος, της εξωστρέφειας-εσωστρέφειας (E), του νευρωτισμού (N) και του ψυχωτισμού (P).

Οι ερωτώμενοι απαντούν στην ερώτηση που τους εκφράζει περισσότερο με: α) καθόλου, β) λίγο, γ) μέτρια, δ) πολύ, ε) υπερβολικά. Αντίστοιχα, η κάθε απάντηση βαθμολογείται με: α) καθόλου = 1, β) λίγο = 2, γ) μέτρια = 3, δ) πολύ = 4, ε) υπερβολικά = 5. Οι τιμές της εσωστρέφειας κυμαίνονται από 5 έως 10, της εξωστρέφειας από 20 έως 25, του νευρωτισμού από 15 έως 25 και του ψυχωτισμού από 5 έως 15. Όσο πιο υψηλό είναι το σκορ στην κάθε υποκλίμακα τόσο εντονότερο υπαινίσσεται πως είναι το αντίστοιχο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας στο άτομο. Ωστόσο, όπως είναι φυσικό μπορούν να προκύπτουν περισσότερα από ένα ατομικά χαρακτηριστικά.

Ο συντελεστής Cronbach's alpha για την κλίμακα Eysenc Personality Minitest, στην παρούσα μελέτη, προκύπτει ίσος με 0.74 το οποίο υποδηλώνει ότι η κλίμακα έχει έναν πολύ ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας. Η διαγραφή των περισσότερων ερωτημάτων θα οδηγούσε σε μείωση του συντελεστή. Εξαίρεση αποτελεί το ερώτημα 6 (*"Συχνά χωρίς λόγο, νιώθετε να μην έχετε κέφι;"*  $\alpha=0,76$ ), το οποίο όμως δεν κρίθηκε ότι πρέπει να διαγραφεί.

### 3.8. Κλίμακα για την εκτίμηση των γεγονότων ζωής (SRRS)

Ο Holmes T. και ο Rahe R. (1967) ανέπτυξαν την κλίμακα την εκτίμηση των γεγονότων ζωής, βασιζόμενοι στην παρατήρηση ότι όλες σημαντικές αλλαγές στη ζωή, είτε είναι θετικές, όπως ο γάμος, είτε αρνητικές, όπως μία απώλεια, προκαλούν άγχος (Holmes & Rahe, 1967). Αν και η κλίμακα ήταν αρχικά δημιουργήθηκε χρησιμοποιώντας μόνο αρσενικό πληθυσμό, παρέχει χρήσιμα αποτελέσματα και για τα δύο φύλα και έχει πλέον επικυρωθεί διεθνώς.

Η κλίμακα υπολογίζει ένα συνολικό σκορ των γεγονότων που έλαβαν χώρα μέσα στο τελευταίο έτος της ζωής των ερωτώμενων μέχρι τη στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, το οποίο προσδιορίζει πιθανολογικά την παρουσία σημαντικού βαθμού άγχους από τα γεγονότα της ζωής, και την εκδήλωση ψυχικής διαταραχής, κυρίως άγχους και κατάθλιψης.

Πιο συγκεκριμένα, συνολικό σκορ 150 υποδηλώνει χαμηλό επίπεδο άγχους και χαμηλή πιθανότητα εμφάνισης διαταραχής σχετιζόμενης με άγχος. Συνολικό σκορ 300 ή υψηλότερο, η πιθανότητα εκδήλωσης συμπτωμάτων άγχους, στατιστικά, ανέρχεται στο σχεδόν 80% . Εάν το συνολικό σκορ είναι 150 έως 299, οι πιθανότητες είναι περίπου 50%. Και, στο χαμηλότερο από 150 συνολικό σκορ, περίπου 30%. Η SRRS φαίνεται να υποδηλώνει ότι η αλλαγή απαιτεί από το άτομο περαιτέρω προσπάθειες προσαρμογής ώστε να ανακτήσει τη σταθερότητα (Holmes & Rahe, 1967).

Στην παρούσα μελέτη, ο συντελεστής Cronbach's alpha για την κλίμακα SRSS προκύπτει ίσος με 0,69 το οποίο υποδηλώνει ότι η κλίμακα έχει έναν αποδεκτό βαθμό αξιοπιστίας. Η διαγραφή ερωτημάτων θα οδηγούσε σε μείωση του συντελεστή.

### **3.8.1. Κλίμακα για την εκτίμηση των γεγονότων ζωής – σημαντικότητα (SRRS-Σημαντικότητα)**

Στην παρούσα εργασία, προσπαθήσαμε επιπλέον να ερευνήσουμε τον προσωπικό αντίκτυπο του κάθε ατόμου στο κάθε γεγονός. Ως εκ τούτου, χορηγήθηκε μία τροποποιημένη κλίμακα, κατόπιν της κλίμακας για την εκτίμηση των γεγονότων ζωής (SRRS) των Holmes και Rahe (1967), με σκοπό οι ερωτώμενοι να απαντήσουν, στα γεγονότα που τους συνέβησαν, αν τους επηρέασαν “θετικά” ή “αρνητικά”, με βαθμό σημαντικότητας από το 1 έως το 10 [Κλίμακα για την εκτίμηση των γεγονότων ζωής – σημαντικότητα (SRRS-σημαντικότητα)] (βλ. Παράρτημα).

Συγκεκριμένα, στην SRRS-σημαντικότητα, περιλαμβάνονται τα ίδια γεγονότα με την SRRS και οι ερωτώμενοι βαθμολογούν την σημαντικότητα του γεγονότος για τους ίδιους, με βάση μια κλίμακα από το 1 έως το 10, όπου 1 αντιστοιχεί με το “ελάχιστο σημαντικό” και το 10 με το “πάρα πολύ σημαντικό”. Από τα ερωτηματολόγια προκύπτουν τρεις τιμές: η πρώτη προκύπτει από την βαθμολογία, όπως δίδεται από τους Holmes και Rahe (1967) για την SRRS, και η δεύτερη και τρίτη τιμή δείχνουν την προσωπική, υποκειμενική εκτίμηση του κάθε ερωτώμενου για το κάθε γεγονός που του συνέβη μέσα στο προηγούμενο έτος από τη συμπλήρωση της κλίμακας. Με αυτόν τον τρόπο λαμβάνεται υπόψη η τιμή του γεγονότος, όπως δίδεται αρχικά από την SRRS, αλλά και η τιμή του υποκειμενικού, θετικού ή αρνητικού, αντίκτυπου του συμβάντος σε κάθε ερωτώμενο ξεχωριστά.

Στην παρούσα έρευνα ο συντελεστής Cronbach's alpha για την κλίμακα SRRS-σημαντικότητα προκύπτει ίσος με 0,65 το οποίο υποδηλώνει ότι η κλίμακα έχει έναν αποδεκτό βαθμό αξιοπιστίας. Η διαγραφή ερωτημάτων θα οδηγούσε σε μείωση του συντελεστή.

### **3.9. Κλίμακα για την εκτίμηση των τρόπων αντιμετώπισης προβλημάτων (COPE-Brief)**

Η κλίμακα μέτρησης των τρόπων / στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων (Coping Orientation to Problems Experienced, COPE) αναπτύχθηκε από τον Carver και τους συνεργάτες (1989), οι οποίοι βασίστηκαν στη σχετική έρευνα και στη θεωρία των Lazarus και Folkman (1984). Κατέληξαν σε 15 στρατηγικές που καλύπτουν τους βασικούς τρόπους αντιμετώπισης του στρες (Ρούσση, 2001). Η πλήρης COPE περιλαμβάνει 60 προτάσεις για 15 διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων. Οι πέντε από αυτές τις στρατηγικές (σχεδιασμός, λήψη μέτρων, αναβολή άλλων δραστηριοτήτων, αυτοσυγκράτηση, κοινωνική υποστήριξη-αναζήτηση πληροφοριών) αποσκοπούν στην επίλυση του προβλήματος και οι άλλες δέκα (συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη, θετική επανεκτίμηση, αποδοχή του προβλήματος, στροφή προς τη θρησκεία, άρνηση, παραίτηση, συναισθηματική εκτόνωση, νοητική αποδέσμευση, χιούμορ, χρήση χημικών ουσιών) στην ρύθμιση των συναισθημάτων.

Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε η σύντομη μορφή της κλίμακας COPE (Carver, 1997). Η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 28 προτάσεις που αφορούν 14 διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων: λήψη μέτρων, σχεδιασμός, θετική επανεκτίμηση, αναζήτηση συναισθηματικής κοινωνικής υποστήριξης, αναζήτηση πληροφοριών - κοινωνική υποστήριξη, εκτόνωση συναισθημάτων, αποφυγή, αποδοχή, άρνηση, αυτομομφή, στροφή προς τη θρησκεία, χρήση ουσιών και χιούμορ. Οι ερωτώμενοι απαντούν βάσει μιας κλίμακας τεσσάρων διαβαθμίσεων, από το “1- δεν ενεργώ καθόλου” έως το “4- ενεργώ πάρα πολύ”. Η βαθμολόγηση γίνεται με την άθροιση των ερωτημάτων. Το σκορ της κάθε υποκλίμακας κυμαίνεται από 2 έως 8. Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία, τόσο πιο συχνά χρησιμοποιείται η συγκεκριμένη στρατηγική.

Σύμφωνα με τις Ρούσση και Βασιλάκη (2001), η αξιοπιστία εσωτερικής εγκυρότητας των υποκλιμακών κυμαίνεται από 0.50-0.96. Σύμφωνα με την θεωρητική προσέγγιση των Terry και Hynes (1998) οι υποκλίμακες του ερωτηματολογίου COPE ταξινομούνται σε τέσσερις ομάδες: 1) στρατηγικές εστιασμένες στην επίλυση του προβλήματος (problem-management coping), 2) στρατηγικές εστιασμένες στην αξιολόγηση του προβλήματος (problem appraisal coping), 3) στρατηγικές εστιασμένες στην αναζήτηση συναισθηματικής στήριξης (seeking emotional support) και 4) στρατηγικές αποφυγής ή άρνησης (avoidance of escapism coping).

Κάτοπιν διερευνητικής πολυπαραγοντικής ανάλυσης και παράλληλης ανάλυσης (parallel analysis) του ερωτηματολογίου COPE, παρατηρήθηκε ότι προκύπτουν τέσσερις ομάδες παραγόντων (α) επίλυση του προβλήματος: λήψη μέτρων, σχεδιασμός, αναζήτηση πληροφοριών από κοινωνικό δίκτυο, β) αξιολόγηση του προβλήματος: θετική επανεκτίμηση, χιούμορ και αποδοχή, γ) αναζήτηση συναισθηματικής στήριξης: στροφή προς τη θρησκεία/ευχολογία, συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη, εκτόνωση συναισθημάτων, δ) αποφυγή ή άρνηση: άρνηση, νοητική αποδέσμευση, αποφυγή, αυτομομφή και χρήση ουσιών), και τελικά η κατηγοριοποίηση των στρατηγικών αντιμετώπισης έγινε ομοίως με αυτή που προτάθηκε από τους Terry και Hynes, όπως σε προηγούμενες μελέτες (Lancastle & Boivin, 2005· Verhaak et al., 2005).

Στην παρούσα μελέτη, ο συντελεστής Cronbach's alpha για την κλίμακα COPE-Brief προκύπτει ίσος με 0,75 το οποίο υποδηλώνει ότι η κλίμακα έχει έναν πολύ ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας. Η διαγραφή ερωτημάτων θα οδηγούσε είτε σε μείωση του συντελεστή είτε δεν θα είχε σημαντική επίδραση στην τιμή του.

### **3.10. Τεστ προσανατολισμού για τη ζωή (LOT-R)**

Το Τεστ Προσανατολισμού για τη Ζωή (Life Orientation Test, LOT-R) ή, διαφορετικά, Κλίμακα Αισιοδοξίας των Scheier & Carver (1985) αναπτύχθηκε για τη μέτρηση του βαθμού αισιοδοξίας ενός ατόμου ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς του.



Συγκεκριμένα, στην παρούσα μελέτη, χρησιμοποιήθηκε η αναθεωρημένη μορφή της κλίμακας των Scheier και συνεργατών (1994). Η διαφορά της με την αρχική κλίμακα, είναι ότι η αναθεωρημένη της μορφή συμπεριλαμβάνει προτάσεις που αφορούν μόνο σε γενικευμένες προσδοκίες για το μέλλον, ενώ η αρχική περιείχε και προτάσεις αναφορικά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης. Η αναθεωρημένη κλίμακα προσανατολισμού για τη ζωή (LOT-R) έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στα ελληνικά από τους Τριλίβα και Μαμαλάκη (2001), και Λυράκου και συνεργάτες (2009).

Η LOT-R αποτελείται από 10 προτάσεις, οι 4 από τις οποίες δεν αξιολογούνται (filler items) και δεν συμπεριλαμβάνονται στο συνολικό σκορ της βαθμολογίας. Οι συμμετέχοντες απαντούν βάσει μιας κλίμακας πέντε διαβαθμίσεων, από το 0 (=διαφωνώ απόλυτα) έως το 4 (=συμφωνώ απόλυτα). Από τις έξι ερωτήσεις που αξιολογούνται οι τρεις είναι διατυπωμένες θετικά και οι τρεις είναι διατυπωμένες αρνητικά. Οι αρνητικές φράσεις αντιστρέφονται κατά τον υπολογισμό της τελικής βαθμολογίας. Η βαθμολόγηση γίνεται με την άθροιση των βαθμών των έξι ερωτήσεων και το σκορ κυμαίνεται από 0 έως 24. Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία, τόσο πιο υψηλό είναι το επίπεδο της αισιοδοξίας του ατόμου.

Στην παρούσα μελέτη, ο συντελεστής Cronbach's alpha για την κλίμακα LOT-R προκύπτει ίσος με 0,80 το οποίο υποδηλώνει ότι η κλίμακα έχει έναν πολύ ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας. Η διαγραφή περισσότερων ερωτημάτων θα οδηγούσε σε μείωση του συντελεστή. Εξαιρέση αποτελούν τα ερωτήματα 6 (*“Είναι σημαντικό για μένα να είμαι συνέχεια απασχολημένος”*,  $\alpha=0,81$ ) και 8 (*“Δεν χαλάω τη ζαχαρένια μου για ψύλλου πήδημα - δεν τaráσσομαι πάρα πολύ εύκολα”*,  $\alpha=0,81$ ). Δεν κρίθηκε πως πρέπει να διαγραφούν.

### **3.11. Κλίμακα για την εκτίμηση του αισθήματος προσωπικού ελέγχου (Self Mastery Scale - SMS)**

Η κλίμακα για την εκτίμηση του αισθήματος προσωπικού ελέγχου (Self Mastery Scale - SMS) αναπτύχθηκε από τον Pearlin και τους συνεργάτες με σκοπό τον προσδιορισμό της αίσθησης του ατόμου για τον έλεγχο που νιώθει ότι έχει στη ζωή του (Pearlin & Schooler, 1978). Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής του ερωτηματολογίου έχει υποστηριχτεί από τους Marshall και Lang (1990) μέσα από διερευνητικές και επιβεβαιωτικές παραγοντικές αναλύσεις. Παράλληλα, στις έρευνες των Scheier, Carver & Bridges (1994) και Marshall & Lang (1990) οι ψυχομετρικές αναλύσεις που παρουσιάζονται υποστηρίζουν πλήρως την αποκλίνουσα εγκυρότητα της Κλίμακας Προσωπικού Ελέγχου με το Ερωτηματολόγιο Προσανατολισμού Ζωής, που αξιολογεί τη διάσταση της αισιοδοξίας – απαισιοδοξίας.

Η SMS αποτελείται από επτά (7) ερωτήσεις-λήμματα που αξιολογούν το βαθμό στον οποίο το άτομο αισθάνεται ότι ασκεί έλεγχο πάνω σε όσα συμβαίνουν στη ζωή του. Από τις ερωτήσεις αυτές, οι πέντε (5) είναι αρνητικά διατυπωμένες και αφορούν στον προσωπικό έλεγχο πάνω σε παροντικές συνθήκες ζωής, και στην ικανότητα για επίλυση προβλημάτων μέσα από την

προσωπική προσπάθεια. Οι υπόλοιπες δύο (2) ερωτήσεις είναι θετικά διατυπωμένες και αναφέρονται στην ικανότητα ελέγχου των μελλοντικών γεγονότων. Η απάντηση των ερωτήσεων γίνεται σε μια τετράβαθμη διαβαθμιστική κλίμακα από το 1 (=διαφωνώ / συμφωνώ απόλυτα) έως το 4 (= διαφωνώ / συμφωνώ απόλυτα). Υψηλή βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο δείχνει και αίσθηση υψηλού προσωπικού ελέγχου στο άτομο.

Ο συντελεστής Cronbach's alpha, στην παρούσα έρευνα, για την κλίμακα SMS προκύπτει ίσος με 0.61, το οποίο υποδηλώνει ότι η κλίμακα έχει έναν αποδεκτό βαθμό αξιοπιστίας. Η διαγραφή των περισσότερων ερωτημάτων θα οδηγούσε σε μείωση του συντελεστή. Εξαίρεση αποτελεί το ερώτημα 1 (*“Κάποιες φορές αισθάνομαι ότι με κάνουν οι άλλοι ότι θέλουν στη ζωή”*,  $\alpha=0,81$ ). Θα μπορούσε να διαγραφεί, αλλά είναι ήδη μικρός ο αριθμός των ερωτημάτων και το επίπεδο αξιοπιστίας είναι αποδεκτό.

#### **4. Ψυχομετρικές ιδιότητες των ερωτηματολογίων στην παρούσα έρευνα – ανάλυση αξιοπιστίας**

##### Μεθοδολογικά

Με τον όρο *αξιοπιστία* αναφερόμαστε στην ικανότητα του ερωτηματολογίου να δίνει τα ίδια αποτελέσματα κάτω από τις ίδιες πειραματικές συνθήκες. Μια από τις ευρέως χρησιμοποιούμενες μεθόδους για την εκτίμηση της αξιοπιστίας ενός ερωτηματολογίου είναι ο υπολογισμός του συντελεστή Cronbach's alpha. Ο συντελεστής λαμβάνει τιμές στο διάστημα [0, 1], με το 0 να ερμηνεύεται ως έλλειψη αξιοπιστίας και το 1 ως ισχυρή αξιοπιστία. Γενικά τιμές του συντελεστή μεγαλύτερες του 0.7 θεωρούνται ικανοποιητικές, όμως η τιμή αυτή επηρεάζεται από τον αριθμό υποερωτήσεων της κλίμακας και τη σοβαρότητα της μελέτης (στην παρούσα μελέτη, τίθεται αυστηρότερο κριτήριο στο 0.9).

##### Ανάλυση αξιοπιστίας με τη χρήση του συντελεστή Cronbach Alpha

##### Κλίμακα ETI-SR-SF

Υποκλίμακα A (ερωτήματα 1-11, Γενικό τραύμα): Ο συντελεστής Cronbach's alpha για την υποκλίμακα A της κλίμακας ETI\_SR\_SF προκύπτει ίσος με 0.60, το οποίο υποδηλώνει ότι η υποκλίμακα έχει έναν αποδεκτό βαθμό αξιοπιστίας. Διαγραφή ερωτημάτων, θα οδηγούσε σε μεγάλη μείωση του συντελεστή.

Υποκλίμακα B (ερωτήματα 12-16, Συναισθηματική κακοποίηση): Ο συντελεστής Cronbach's alpha για την υποκλίμακα B της κλίμακας ETI\_SR\_SF προκύπτει ίσος με 0,69, το οποίο υποδηλώνει ότι η υποκλίμακα έχει έναν ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας. Διαγραφή περισσότερων ερωτημάτων, θα οδηγούσε σε μείωση του συντελεστή.

Υποκλίμακα C (ερωτήματα 17-21, Σωματική κακοποίηση): Ο συντελεστής Cronbach's alpha για την υποκλίμακα C της κλίμακας ETI\_SR\_SF προκύπτει ίσος με 0,86, το οποίο υποδηλώνει ότι η υποκλίμακα έχει έναν πολύ ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας. Διαγραφή ερωτημάτων, θα οδηγούσε σε μεγάλη μείωση του συντελεστή.

Υποκλίμακα D (ερωτήματα 22-27, Σεξουαλική κακοποίηση): Ο συντελεστής Cronbach's alpha για την υποκλίμακα D της κλίμακας ETI\_SR\_SF προκύπτει ίσος με 0,79, το οποίο υποδηλώνει ότι η υποκλίμακα έχει έναν πολύ ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας. Διαγραφή των ερωτημάτων οδηγεί σε μείωση του συντελεστή.

### Κλίμακα TSC-40

Στον πίνακα 2 φαίνονται οι τιμές του συντελεστή Cronbach's alpha για τις υποκλίμακες της TSC-40:

Subscale	Cronbach's alpha
Dissociation	0,80
Anxiety	0,64
SATI	0,64
Sleeping Disorders	0,81
Sexual problems	0,76
Depression	0,73

Πίνακας 2: Τιμές του συντελεστή Cronbach's alpha για τις υποκλίμακες της κλίμακας TSC\_40

Οι τιμές για όλες τις υποκλίμακες υποδηλώνουν ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας και διαγραφή ερωτημάτων οδηγεί σε μείωση του συντελεστή.

### Κλίμακα SIS

Υποκλίμακα A (ερωτήματα 1-9): Ο συντελεστής Cronbach's alpha για την υποκλίμακα A της κλίμακας SIS προκύπτει ίσος με 0,71, το οποίο υποδηλώνει ότι η υποκλίμακα έχει έναν πολύ ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας. Διαγραφή ερωτημάτων οδηγεί σε μείωση του συντελεστή.

Υποκλίμακα B (ερωτήματα 10-20): Ο συντελεστής Cronbach's alpha για την υποκλίμακα B της κλίμακας SIS προκύπτει ίσος με 0,72, το οποίο υποδηλώνει ότι η υποκλίμακα έχει έναν πολύ ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας. Διαγραφή των περισσότερων ερωτημάτων οδηγεί σε μείωση του συντελεστή, ενώ η αύξηση που παρατηρείται με τη διαγραφή των ερωτημάτων 15 (“*Σκέψεις γύρω από το αναστρέψιμο των βλαβών*”,  $\alpha=0,79$ ) 19 (“*Προηγούμενες απόπειρες*”  $\alpha=0,77$ ) και 20 (“*Κατανάλωση αλκοόλ κατά την απόπειρα*”,  $\alpha=0,77$ ) δεν δικαιολογεί τη διαγραφή τους.

### Κλίμακα Eysenc Personality Mini

Υποκλίμακα Εξωστρέφεια/Εσωστρέφεια: Ο συντελεστής Cronbach's alpha για την υποκλίμακα Εξωστρέφεια/Εσωστρέφεια προκύπτει ίσος με 0,86, το οποίο υποδηλώνει ότι η υποκλίμακα έχει έναν πολύ ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας. Διαγραφή των ερωτημάτων οδηγεί σε μείωση του συντελεστή.

Υποκλίμακα Νευρωτισμός/Σταθερότητα: Ο συντελεστής Cronbach's alpha για την υποκλίμακα Νευρωτισμός/Σταθερότητα προκύπτει ίσος με 0,61, το οποίο υποδηλώνει ότι η υποκλίμακα έχει έναν αποδεκτό βαθμό αξιοπιστίας. Διαγραφή των ερωτημάτων οδηγεί σε μείωση του συντελεστή.

Υποκλίμακα Ψυχωτισμός/Κοινωνικοποίηση: Ο συντελεστής Cronbach's alpha για την υποκλίμακα Νευρωτισμός/Σταθερότητα προκύπτει ίσος με 0,76, το οποίο υποδηλώνει ότι η υποκλίμακα έχει έναν ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας. Διαγραφή των ερωτημάτων οδηγεί σε μείωση του συντελεστή.

### Κλίμακα COPE Brief

Στον πίνακα 1 φαίνονται οι τιμές του συντελεστή Cronbach's alpha καθώς και οι τιμές του συντελεστή συσχέτισης r.

Πίνακας 1: Τιμές του συντελεστή Cronbach's alpha και του συντελεστή συσχέτισης r για τις υποκλίμακες της κλίμακας COPE Brief

Subscale	Cronbach's alpha	r correlation coefficient
Self distraction (1,19)	0,62	0,44
Active coping (2,7)	0,81	0,67
Denial (3,8)	0,79	0,65
Substance use (4,11)	<b>0,97</b>	<b>0,94</b>
Use of emotional support (5, 15)	0,83	0,71
Use of instrumental support (10,23)	0,84	0,72
Behavioral disengagement	0,84	0,73

Subscale	Cronbach's alpha	r correlation coefficient
(6,16)		
Venting (9,21)	0,79	0,66
Positive reframing (12,17)	0,83	0,72
Planning (14,25)	0,75	0,61
Humor (18, 28)	0,41	0,26
Acceptance (20, 24)	0,67	0,51
Religion	0,77	0,63
Self blame (13, 26)	0,81	0,69

Με κόκκινο είναι τα σημεία ενδιαφέροντος. Αναλυτικά:

α. Υποκλίμακα substance use: Το Cronbach's alpha είναι πολύ μεγάλο. Η διαπίστωση αυτή σε συνδυασμό με τον επίσης πολύ μεγάλο συντελεστή συσχέτισης σημαίνει ότι τα items είναι πλεονασματικά (η διατύπωση είναι σχεδόν ίδια). Αυτό σημαίνει ότι μπορεί κανείς να αφαιρέσει το ένα από τα δύο χωρίς να αλλάξει το αποτέλεσμα.

β. Υποκλίμακα Humor: Το Cronbach's alpha είναι πολύ μικρό και τα δύο ερωτήματα προκύπτουν ότι είναι ασθενώς συσχετισμένα. Μπορεί να αφαιρεθούν χωρίς να αλλάξει τίποτα στην ανάλυση.

Για τις υπόλοιπες υποκλίμακες τα αποτελέσματα προκύπτουν ικανοποιητικά.

### Κλίμακα SMS

Υποκλίμακα A (ερωτήματα 1-5): Ο συντελεστής Cronbach's alpha για την υποκλίμακα A της κλίμακας SMS προκύπτει ίσος με 0,78, το οποίο υποδηλώνει ότι η υποκλίμακα έχει έναν πολύ ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας. Διαγραφή ερωτημάτων οδηγεί σε μείωση του συντελεστή.

Υποκλίμακα B (ερωτήματα 6-7): Ο συντελεστής Cronbach's alpha για την υποκλίμακα A της κλίμακας SMS προκύπτει ίσος με 0,65, το οποίο υποδηλώνει ότι η υποκλίμακα έχει έναν αποδεκτό βαθμό αξιοπιστίας.

Δεν τίθεται θέμα διαγραφής ερωτημάτων, επειδή η υποκλίμακα αποτελείται από μόνο δύο ερωτήματα.

## 5. Στατιστική επεξεργασία δεδομένων

## 5.1. T-test & Chi square test

Ο στατιστικός έλεγχος t-test χρησιμοποιείται για τη σύγκριση των μέσων τιμών δύο συνόλων τιμών, τα οποία διαφέρουν ως προς ένα χαρακτηριστικό. Ο έλεγχος υπόθεσης διαμορφώνεται ως εξής:

$$H_0: m_1 = m_2$$

$$H_1: m_1 \neq m_2,$$

όπου  $m_1, m_2$  οι δειγματικοί μέσοι των δύο πληθυσμών

Για την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου t-test πρέπει να πληρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις:

α. Ομοσκεδαστικότητα: τα δύο δείγματα πρέπει να προέρχονται από πληθυσμούς με ίση διακύμανση. Η προϋπόθεση αυτή ελέγχεται με τον στατιστικό έλεγχο Lavené's.

β. Οι τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής για το κάθε σύνολο θα πρέπει να προέρχονται από πληθυσμό με κανονική κατανομή. Ο έλεγχος αυτής της προϋπόθεσης γίνεται γραφικά με τη βοήθεια ιστογραμμάτων και διαγραμμάτων QQ.

γ. Δεν υπάρχουν ακραίες τιμές (outliers)

Ο στατιστικός έλεγχος  $\chi^2$  (Chi square test) χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει εάν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις παρατηρούμενες και αναμενόμενες συχνότητες μέσα σε μια ή περισσότερες κατηγορίες. Ο έλεγχος υπόθεσης διαμορφώνεται ως εξής:

$$H_0 = \text{Δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των μεταβλητών}$$

$$H_1 = \text{Υπάρχει σχέση μεταξύ των μεταβλητών}$$

Υπάρχουν δύο βασικές προϋποθέσεις για την εφαρμογή του ελέγχου:

α. Το μέγεθος του δείγματος. Όταν το μέγεθος του δείγματος είναι μικρό, όπως αυτό υποδεικνύεται από τον πίνακα συνάφειας όταν η αναμενόμενη τιμή σε περισσότερα από 20% των κελιών είναι μικρότερη από 5, προτείνεται η χρήση του Fisher's exact test.

β. Δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε σχετιζόμενα δεδομένα (correlated data)

## 5.2. Ανάλυση Διακύμανσης (Analysis of Variance – ANOVA)

Η μέθοδος της ανάλυσης διακύμανσης χρησιμοποιείται για την ανίχνευση διαφορών στη μέση τιμή μιας συνεχούς μεταβλητής (εξαρτημένη μεταβλητή) ανάμεσα σε τρεις ή περισσότερες ομάδες. Για να επιτευχθεί αυτό κατασκευάζεται έλεγχος υπόθεσης με  $H_0$  μηδενική υπόθεση  $H_0$  ότι όλα τα

δείγματα προέρχονται από πληθυσμούς με την ίδια μέση τιμή και εναλλακτική ότι τουλάχιστον μια διαφέρει.

$$H_0: m_1 = m_2 = \dots = m_n$$
$$H_1: m_i \neq m_j,$$

για τουλάχιστον ένα ζεύγος

Στην περίπτωση που η μηδενική υπόθεση απορριφθεί εφαρμόζουμε post hoc ελέγχους για να διαπιστωθεί ποιο/α ζεύγος/η διαφέρουν.

### 5.3. Ανάλυση Κανονικών Συσχετίσεων (Canonical Correlation Analysis)

Η Canonical Correlation analysis ως στατιστική μέθοδος, χρησιμοποιείται για τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ δύο ομάδων μεταβλητών οι οποίες αναφέρονται στο ίδιο άτομο, και μας επιτρέπει να μειώνουμε τις διαστάσεις του προβλήματος χωρίς να χάνονται οι κύριες όψεις της συσχέτισης. Θα παρουσίαζε ενδιαφέρον να διερευνηθεί το πώς ο κάθε τύπος τραύματος, όπως μετράται με την κλίμακα Early Trauma Inventory Self Report Short Form, σχετίζεται -πέρα από την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά- με:

- την εμφάνιση διαταραχών όπως αυτές προκύπτουν από τις υποκλίμακες της κλίμακας TSC-40
- τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως προκύπτουν από την Eysenck Personality Minitest, και
- τους μηχανισμούς αντιμετώπισης προβλημάτων (coping).

### 5.4. Mediation logistic regression

Οι δύο βασικοί παράγοντες κινδύνου την εμφάνιση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, οι οποίοι αποτελούν αντικείμενο διερεύνησης της παρούσας μελέτης είναι α. το πρώιμο τραύμα και β. τα πρόσφατα στρεσογόνα γεγονότα ζωής. Ωστε να διαπιστωθεί εάν συσχετίζονται με την αυτοκαταστροφικότητα, αλλά και εάν η επίδρασή τους ενισχύεται ή ελαττώνεται από την ταυτόχρονη παρουσία άλλων παραγόντων, θα γίνει χρήση της στατιστικής τεχνικής "mediation logistic regression", όπου κατασκευάζεται ένα μαθηματικό μοντέλο σε διαδοχικά βήματα, το οποίο μας επιτρέπει να καθορίσουμε συσχετίσεις και αλληλεπιδράσεις για όλες τις μεταβλητές για τις οποίες συλλέξαμε δεδομένα από τις προαναφερθείσες κλίμακες. Δεδομένου ότι η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και το επάγγελμα αποτελούν συγχυτικούς παράγοντες (confounders), το μοντέλο θα πρέπει να διορθωθεί για αυτές τις μεταβλητές. Η ανάλυση αυτή μας επιτρέπει επίσης τον έλεγχο για την ύπαρξη ενός παράγοντα (mediator), ο οποίος επηρεάζει την ανεξάρτητη μεταβλητή με τέτοιο τρόπο ώστε αυτή να επηρεάζεται ακολούθως την εξαρτημένη μεταβλητή.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 1. Περιγραφική στατιστική

#### 1.1. Δημογραφικά στοιχεία

##### 1.1.1. Για όλο το δείγμα

Το δείγμα αποτελείται από 40 άνδρες (32,8%) και 82 γυναίκες (67,2%). Η πλειοψηφία ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 35-44 (30,3%), ακολουθούν οι ηλικιακές ομάδες 18-24 και 25-34 με ποσοστό 21,3% και 20,5% αντίστοιχα και οι ομάδες 45-54 και 55-65 με ποσοστό 19,7% και 8,2%. Το δείγμα αποτελείται κυρίως από απόφοιτους δευτεροβάθμιας (50%) και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (41,4%), ενώ μόλις το 8,6% δηλώνουν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση 46,8% δηλώνει ότι έχει σύντροφο (σε σχέση ή έγγαμοι), το 37,7% είναι ελεύθεροι, το 13,1% διαζευγμένοι και το 13,1% σε χηρεία. Το 63,1% δεν έχει παιδιά. Το 45% εργάζεται με το 25% να είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 16,7% είναι άνεργοι, το 13,3% φοιτητές, το 13,3% δηλώνουν οικιακά και το 9,2% είναι συνταξιούχοι.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι ένα μικρό ποσοστό (2,5%) δήλωσε ότι εξασκεί δύο επαγγέλματα. Η πλειοψηφία (54,1%) διαμένει με κάποιο μέλος της οικογένειας ή τον/την σύντροφο. Όσον αφορά την οικονομική κατάσταση του δείγματος, το 46,7% δηλώνει ότι βρίσκεται σε μέτρια οικονομική κατάσταση, το 26,2% σε καλή, το 24,6% σε κακή και μόλις το 2,5% σε πολύ καλή κατάσταση.

##### 1.1.2. Για την ομάδα αναφοράς (καμία απόπειρα αυτοκτονίας)

Η ομάδα αναφοράς αποτελείται από 17 άνδρες (27,9%) και 44 γυναίκες (72,1%). Η πλειοψηφία ανήκει στις ηλικιακές ομάδες 25-34 και 35-44 με 27,9% σε κάθε ομάδα. Το επίπεδο εκπαίδευσης είναι υψηλό με 60,7% να είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Το 59% βρίσκεται σε συντροφική σχέση (σε σχέση ή έγγαμοι). Η πλειοψηφία αυτών κατοικούν μόνοι (23%), είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι (28,8%), δεν έχουν παιδιά με 62,3% και έχουν μέτρια οικονομική κατάσταση (54,1%).



### **1.1.3. Για την ομάδα ασθενών με μία απόπειρα αυτοκτονίας**

Η ομάδα ασθενών με μια απόπειρα αυτοκτονίας αποτελείται από 13 άνδρες (43,3%) και 17 γυναίκες (56,7%) και από πιο νεαρά άτομα σε σχέση με την ομάδα αναφοράς, εφόσον η πλειοψηφία ανήκει στην ηλικιακή κατηγορία 18-24. Το επίπεδο εκπαίδευσης είναι χαμηλότερο με 75% να είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και επιπλέον 10,7% είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Το 43,3% βρίσκεται σε συντροφική σχέση (σε σχέση ή έγγαμοι). Και σε αυτήν την ομάδα, η πλειοψηφία δεν έχει παιδιά (56,7%). Σε αυτήν την ομάδα παρατηρείται ακόμη ότι η πλειοψηφία είναι άνεργοι (33,3%) και έχει κακή οικονομική κατάσταση (36,7%).

### **1.1.4. Για την ομάδα ασθενών με δύο ή περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας**

Η ομάδα ασθενών με δύο ή περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας αποτελείται από 10 άνδρες (32,3%) και 21 γυναίκες (67,7%). Η πλειοψηφία (45,2%) ανήκει στην ηλικιακή κατηγορία 35-44, είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με ποσοστό 48,1%, είναι ελεύθεροι με 54,8%, δεν έχουν παιδιά με 71% και μένουν μόνοι με 32,3%. Παρατηρείται και σε αυτήν την ομάδα μεγάλο ποσοστό ανεργίας (25,8%) και κακής οικονομικής κατάστασης (32,3%).

## **1.2. Οικογενειακό ιστορικό**

Το οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικής νόσου αποτελεί παράγοντα κινδύνου αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και εξετάζεται ως ξεχωριστή μεταβλητή. Από το συνολικό δείγμα προκύπτει ότι 61,7% δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικής νόσου. Τα ποσοστά εντός των τριών ομάδων προκύπτουν ως εξής: 66% της ομάδας αναφοράς δεν έχει οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικής νόσου, όμοια το 70% των ασθενών με μια απόπειρα αυτοκτονίας, ενώ στους ασθενείς με δύο ή περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας το ποσοστό αυτό μειώνεται στο 44,8%.

## **1.3. Ψυχοπαθολογία**

### **1.3.1. Ιστορικό ψυχιατρικής νόσου**

Για όλο το δείγμα συνολικά, προκύπτει ότι 86,1% των ασθενών είχαν ιστορικό ψυχιατρικής νόσου, το 13,9% δεν είχαν ιστορικό και έλαβαν διάγνωση κατά τη

νοσηλεία τους. Για τις επιμέρους ομάδες προκύπτει ότι όλοι οι ασθενείς αναφοράς (100%) έχουν ψυχιατρικό ιστορικό, για τους ασθενείς με μία απόπειρα αυτοκαταστροφής το ποσοστό ανέρχεται στο 50%, ενώ για τους ασθενείς με δύο ή περισσότερες απόπειρες αυτοκαταστροφής σε 93,5%.

Όσον αφορά τον τύπο της διάγνωσης, οι ασθενείς που ανήκουν στην ομάδα αναφοράς έχουν διάγνωση συναισθηματικών διαταραχών με ποσοστό 100%. Για την ομάδα των ασθενών με μία απόπειρα προκύπτει ότι η πλειοψηφία έχει επίσης διάγνωση συναισθηματικών διαταραχών με ποσοστό 30,4%, όπως και οι ασθενείς στην ομάδα με δύο ή περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας (ποσοστό 34,5%).

### 1.3.2. Αίσθημα απελπισίας

Το αίσθημα απελπισίας ποσοτικοποιείται με την βοήθεια της κλίμακας BHS (Beck's Hopelessness Scale). Η ομάδα αναφοράς έχει το μικρότερο σκορ (M=8.79, sd=±4.22), ακολουθεί η ομάδα με τη μία απόπειρα (M=10.03, sd=5.41) και το μεγαλύτερο σκορ παρατηρείται στην ομάδα με τις δύο ή περισσότερες απόπειρες (M=12.55, sd=5.37). Τα αποτελέσματα για τις τρεις ομάδες ασθενών φαίνονται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 1).

Πίνακας 1: Περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς για την κλίμακα BHS

	N	Μέση Τιμή	Τυπική απόκλιση	Τυπικό σφάλμα	Ελάχιστο	Μέγιστο
Ομάδα αναφοράς	61	8,79			1	17
Μία απόπειρα	30	10,03	5,41	0,99	1	19
Πολλαπλές απόπειρες	31	12,55	5,37		1	20
Σύνολο	122	10,05		0,46	1	20

Ανάλογα με το score που προκύπτει διακρίνονται 4 βαθμοί αισθήματος απελπισίας «Ελάχιστο» (0-3), «Ελαφρύ» (4-8), «Μέτριο» (9-14) και «Σοβαρό» (15-20). Βάσει αυτής της κατηγοριοποίησης δημιουργήθηκαν επίσης πίνακες (πίνακας 2) συχνοτήτων.

Πίνακας 2: Πίνακας συχνοτήτων για το αίσθημα απελπισίας, όπως προκύπτει από την BHS κλίμακα για τις τρεις ομάδες ασθενών

Αίσθημα απελπισίας	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα
<b>Ομάδα ελέγχου</b>		
Ελάχιστο	9	14,8
Ελαφρύ	20	32,8
Μέτριο	26	42,6
Σοβαρό	6	9,8
Σύνολο	61	100,0

<b>Μία απόπειρα</b>		
Ελάχιστο	2	6,7
Ελαφρύ	12	40,0
Μέτριο	8	26,7
Σοβαρό	8	26,7
Σύνολο	30	100,0
<b>Πολλαπλές απόπειρες</b>		
Ελάχιστο	2	6,5
Ελαφρύ	5	16,1
Μέτριο	10	32,3
Σοβαρό	14	45,2
Σύνολο	31	100,0

### 1.3.3. Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη ποσοτικοποιείται με την βοήθεια της κλίμακας BDI (Beck's Depression Inventory). Η ομάδα αναφοράς έχει το μικρότερο σκορ ( $M=21,31$ ,  $sd=\pm 9,69$ ), ακολουθεί η ομάδα με τη μία απόπειρα ( $M=23,13$ ,  $sd=11,26$ ) και το μεγαλύτερο σκορ παρατηρείται στην ομάδα με τις δύο ή περισσότερες απόπειρες ( $M=30,45$ ,  $sd=8,08$ ). Τα αποτελέσματα για τις τρεις ομάδες ασθενών φαίνονται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 3).

Πίνακας 3: Περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς για το σκορ της BDI για τις τρεις ομάδες πληθυσμού

	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Τυπικό σφάλμα	Ελάχιστο	Μέγιστο
Όχι	61	21,31	9,69	1,24	2	45
Ναι (1η Φορά)	30	23,13	11,25	2,05	0	41
Ναι (τουλάχιστον 2η φορά)	31	30,48	8,08	1,45	17	44
Σύνολο	122	24,09	10,38	0,94	0	45

Ανάλογα με το score που προκύπτει διακρίνονται 4 διαγνώσεις κατάθλιψης «Ελάχιστη Κατάθλιψη» (0-9), «Ελαφριά Κατάθλιψη» (10-18), «Μέτρια Κατάθλιψη» (19-29) και «Σοβαρή Κατάθλιψη» (30-63). Οι συχνότητες εμφάνισης τους στην κάθε ομάδα φαίνονται παρακάτω (πίνακας 4).

Πίνακας 4: Πίνακας συχνοτήτων για την κατάθλιψη, όπως προκύπτει από την BDI κλίμακα για τις τρεις ομάδες ασθενών

Κατάθλιψη	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα
<b>Ομάδα αναφοράς</b>		
Ελάχιστη Κατάθλιψη	5	8,2

Ελαφριά Κατάθλιψη	21	34,4
Μέτρια Κατάθλιψη	24	39,3
Σοβαρή Κατάθλιψη	11	18,0
Σύνολο	61	100,0
<b>Μία απόπειρα</b>		
Ελάχιστη Κατάθλιψη	3	10,0
Ελαφριά Κατάθλιψη	8	26,7
Μέτρια Κατάθλιψη	9	30,0
Σοβαρή Κατάθλιψη	10	33,3
Σύνολο	30	100,0
<b>Πολλαπλές απόπειρες</b>		
Ελαφριά Κατάθλιψη	1	3,2
Μέτρια Κατάθλιψη	12	38,7
Σοβαρή Κατάθλιψη	18	58,1
Σύνολο	31	100,0

### 1.3.4. Πρόθεση αυτοκτονίας (μόνο για τις ομάδες με μία ή περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας)

Η πρόθεση αυτοκτονίας ποσοτικοποιείται από την κλίμακα SIS (Suicide Intent Scale) και απευθύνεται μόνο στα άτομα που έχουν ήδη εμφανίσει αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα 5.

Πίνακας 5: Μέτρα θέσης και διασποράς για το σκορ της κλίμακας SIS

Απόπειρα	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Τυπικό σφάλμα	Διάμεσος	Ελάχιστο	Μέγιστο
Μια απόπειρα	30	13,90	6,40	1,17	14,50	1	25
Πολλαπλές απόπειρες	31	13,61	6,21	1,12	11,00	5	26

### 1.3.5. Διάγνωση που αφορά την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (ICD-Intentional Self Harm)

Από την ανάλυση συχνοτήτων προκύπτει ότι οι ασθενείς της ομάδας με μία απόπειρα κατατάσσονται κυρίως σε 4 τύπους διαγνώσεων X60 (30%), X61 (30%), X84 (13,3%) και X64 (10%), με τις υπόλοιπες διαγνώσεις να εμφανίζουν μικρό ποσοστό (X69, X70, X80 <10%). Αντίθετα στην ομάδα με τις πολλαπλές απόπειρες η διάγνωση X61 δόθηκε στο 77,4% των ασθενών, ενώ οι υπόλοιπες διαγνώσεις προκύπτουν με ποσοστό μικρότερο του 10%.

Τα αποτελέσματα δίνονται στον πίνακα 6.

**Πίνακας 6:** Πίνακας συχνοτήτων για τη διάγνωση που αφορά την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ανάμεσα στους ασθενείς με απόπειρα αυτοκαταστροφής

<b>Μια απόπειρα</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Σχετική Συχνότητα</b>
X60	9	30,0
X61	9	30,0
X64	3	10,0
X69	1	3,3
X70	1	3,3
X79	1	3,3
X80	2	6,7
X84	4	13,3
Total	30	100,0
<b>Πολλαπλές απόπειρες</b>		
X60	1	3,2
X61	24	77,4
X64	1	3,2
X79	1	3,2
X80	2	6,5
X84	2	6,5
Total	31	100,0

### **1.3.6. Ιστορικό φαρμακευτικής αγωγής**

Το 71,3% του συνολικού δείγματος λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή (έναντι του 28,7% που δεν λαμβάνει αγωγή). Το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 72,1% στην ομάδα των καταθλιπτικών ασθενών (ομάδα αναφοράς) (έναντι 27,9% που δεν λαμβάνει αγωγή), σε 53,3% στην ομάδα ασθενών με μία απόπειρα (έναντι 46,7% που δεν λαμβάνει αγωγή) και σε 87,1% στην ομάδα ασθενών με πολλαπλές απόπειρες (έναντι 12,9% που δεν λαμβάνει αγωγή). Από αυτούς που λαμβάνουν αγωγή τα αποτελέσματα διαμορφώνονται ως εξής:

α. για την ομάδα αναφοράς: 2,3% αγχολυτικά, 36,4% αντικαταθλιπτικά, 2,3% ψυχοδιεγερτικά, 59,1% συνδυαστική θεραπεία,

β. για την ομάδα με μια απόπειρα αυτοκαταστροφής: 6,3% αντιεπιληπτικά, 6,3% αντικαταθλιπτικά, 18,8% ψυχοδιεγερτικά, 68,8% συνδυαστική θεραπεία,

γ. για την ομάδα με πολλαπλές απόπειρες: 14,8% αντικαταθλιπτικά, 85,2% συνδυαστική θεραπεία.

## 2. Μονοπαραγοντική ανάλυση

### 2.1. Μονοπαραγοντική ανάλυση μεταβλητών που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία

Σκοπός αυτής της ενότητας είναι να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές που αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ανάμεσα στις τρεις ομάδες ασθενών. Η ανάλυση που θα πραγματοποιηθεί θα είναι μονοπαραγοντική, δηλαδή θα εξετασθεί μόνο η επίδραση μιας ανεξάρτητης μεταβλητής. Επειδή πρόκειται για κατηγορικές μεταβλητές, θα εφαρμοστεί ο έλεγχος  $\chi^2$  ή ο Fisher's exact test, όπου πάνω από 25% των κελιών του πίνακα συνάφειας έχει λιγότερες από 5 παρατηρήσεις. Αναλυτικότερα:

> Ο έλεγχος  $\chi^2$  εφαρμόστηκε για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του φύλου και της εμφάνισης μεταξύ του φύλου και της εμφάνισης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Η σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών προέκυψε μη στατιστικά σημαντική,  $\chi^2(2)=2,19$ ,  $p=0,33$ .

> Όμοια προέκυψε ότι τα παιδιά δεν σχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με την εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς,  $\chi^2(2)=1,37$ ,  $p=0,50$ .

> Ο έλεγχος Fisher's exact test εφαρμόστηκε για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του τόπου διαμονής και της εμφάνισης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Η σχέση προέκυψε μη στατιστικά σημαντική με  $p=0,58$ .

> Όμοια προέκυψε ότι ούτε η οικονομική κατάσταση ούτε η ηλικία σχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με την εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς με  $p=0,13$  και  $p=0,07$ .

> Ο έλεγχος Fisher's exact test εφαρμόστηκε για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ οικογενειακής κατάστασης, επίπεδο εκπαίδευσης και επαγγέλματος στην εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Προέκυψε ότι και οι τρεις παράγοντες είναι στατιστικά σημαντικοί με  $p=0,04$ ,  $p<0,001$  και  $p<0,001$ .

### 2.2. Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ οικογενειακού ιστορικού και απόπειρας αυτοκτονίας

Ο έλεγχος  $\chi^2$  χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του οικογενειακού ιστορικού και της εμφάνισης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Η σχέση προέκυψε οριακά στατιστικά μη σημαντική,  $\chi^2(2)=4,75$ ,  $p=0,09$ .

### **2.3. Συσχέτιση του αισθήματος απελπισίας με την εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς**

Σε αυτήν την ενότητα εξετάζουμε εάν ο μέσος όρος του σκορ που υπολογίστηκε διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ανάμεσα στις 3 ομάδες. Η ανάλυση που χρησιμοποιήθηκε είναι η ανάλυση διακύμανσης και ο post hoc έλεγχος Tukey's. Η ανάλυση διακύμανσης έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του σκορ της κλίμακας BHS ανάμεσα στις 3 ομάδες ασθενών σε επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha=0,05$  ( $F(2,119)=6,218$ ,  $p=0,003$ ).

Πιο συγκεκριμένα, ο post hoc έλεγχος Tukey's έδειξε ότι στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίζεται ανάμεσα στην ομάδα αναφοράς και στην ομάδα με 2 ή περισσότερες απόπειρες με κατά μέσο όρο  $M=3,76$  ( $se=1,067$ ,  $CI=1,23-6,29$ ,  $p=0,002$ ) υψηλότερο σκορ για την ομάδα με 2 απόπειρες αυτοκτονίας.

### **2.4. Συσχέτιση της κατάθλιψης με την εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς**

Σε αυτήν την ενότητα εξετάζουμε εάν ο μέσος όρος του σκορ όπως προκύπτει από την BDI κλίμακα διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ανάμεσα στις 3 ομάδες.

Η ανάλυση που χρησιμοποιήθηκε είναι και εδώ η ανάλυση διακύμανσης και ο post hoc έλεγχος Tukey's. Η ανάλυση διακύμανσης έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του σκορ της κλίμακας BDI ανάμεσα στις 3 ομάδες ασθενών σε επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha=0,05$  ( $F(2,119)=9,320$ ,  $p<0.001$ ).

Πιο συγκεκριμένα ο post hoc έλεγχος Tukey's έδειξε ότι στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίζεται ανάμεσα στην ομάδα με 2 ή περισσότερες απόπειρες και στην ομάδα αναφοράς με κατά μέσο όρο  $=9,172$  ( $se=2,147$ ,  $CI=4,08-14,27$ ,  $p<0.001$ ) υψηλότερο σκορ για την ομάδα με 2 απόπειρες αυτοκτονίας, και ανάμεσα στην ομάδα με 2 απόπειρες αυτοκτονίας και στην ομάδα με μια απόπειρα με κατά μέσο όρο  $=7,351$  ( $se=2,493$ ,  $CI=1,43-13,27$ ,  $p=0.011$ ) υψηλότερο σκορ για την ομάδα με 2 ή περισσότερες απόπειρες.

### **2.5. Συσχέτιση του σκορ της κλίμακας SIS με την εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς**

Για να εξακριβωθεί ένα το μέσο σκορ διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ανάμεσα στις δύο ομάδες εφαρμόζουμε τον στατιστικό έλεγχο t-test. Από τα αποτελέσματα του ελέγχου προέκυψε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο σκορ της κλίμακας SIS ανάμεσα σε αυτούς που έχουν κάνει μια

απόπειρα ( $M=13,90$ ,  $sd=6,397$ ) και σε αυτούς που έχουν κάνει δύο ή περισσότερες απόπειρες ( $M=13,61$ ,  $sd=6,206$ ),  $t(59)=0,178$ ,  $p=0.859$ ).

## **2.6. Συσχέτιση της της ICD-10 διάγνωσης “Εκούσιος αυτοτραυματισμός” με τη συχνότητα εμφάνισης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (μία ή πολλαπλές απόπειρες αυτοκαταστροφής)**

Για τη διερεύνηση αυτής της σχέσης κατασκευάστηκαν πίνακες συνάφειας και εφαρμόστηκε ο στατιστικός έλεγχος Fisher's exact, ο οποίος επιβεβαίωσε ότι ο τύπος της διάγνωσης διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ( $p=0,002$ ,  $\alpha=0,05$ ) ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Προκειμένου να εντοπίσουμε που ακριβώς έγκειται η διαφορά χρησιμοποιήσαμε τα adjusted residuals όπως προκύπτουν από τον πίνακα συνάφειας για να υπολογίσουμε την τιμή της κατανομής  $\chi^2$  και το αντίστοιχο adjusted p-value, το οποίο θα ελεγχθεί στο διορθωμένο επίπεδο σημαντικότητας ( $\alpha=0,003125$ ).

Από τους 8 ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν, μόνο ένας προέκυψε στατιστικά σημαντικός. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς που έχουν ιστορικό πολλαπλών περιστατικών αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς είναι πιο πιθανό (77,4%) να διαγνωστούν με Χ61 (Εκούσια αυτοδηλητηρίαση από και έκθεση σε αντιεπιληπτικά, κατασταλτικά - υπνωτικά, αντιπαρκινσονικά και ψυχοτρόπα φάρμακα που δεν ταξινομούνται αλλού) από ότι οι ασθενείς με μία απόπειρα αυτοκαταστροφής (30%)  $\chi^2(1)=13,69$ ,  $p\text{-value adj}<0.001$ .

## **2.7. Μέθοδος αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς**

Οι μέθοδοι αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στο παρόν δείγμα διακρίνονται στις ακόλουθες: φαρμακευτική δηλητηρίαση, πτώση από ύψος, απαγχονισμός και διατομή φλεβών. Η πλειοψηφία των ασθενών επιλέγει την φαρμακευτική δηλητηρίαση με ποσοστό που ανέρχεται στο 86,7% για τους ασθενείς με μια απόπειρα και 90,3% για τους ασθενείς με πολλαπλές απόπειρες. Η μέθοδος της αυτοκαταστροφής είναι ανεξάρτητη από την ύπαρξη ιστορικού προηγούμενης απόπειρας (Fisher's exact test,  $p\text{-value}=0,90$ ,  $\alpha=0,05$ ).

## **2.8. Συσχέτιση της βιαιότητας της μεθόδου απόπειρας αυτοκαταστροφής με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (μία ή πολλαπλές απόπειρες)**

Ως προς τη βιαιότητα, οι μέθοδοι της απόπειρας αυτοκαταστροφής διαχωρίζονται σε βίαιες και μη βίαιες απόπειρες. Τόσο οι ασθενείς με ιστορικό



πολλαπλών περιστατικών αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς όσο και οι ασθενείς με μία απόπειρα, στο παρόν δείγμα, είχαν επιλέξει μη βίαιους τρόπους (90,3% και 86,7% αντίστοιχα). Το ποσοστό των ατόμων που έχουν αποπειραθεί με βίαιο τρόπο και ανήκουν στους ασθενείς με μία απόπειρα αυτοκαταστροφής είναι 13,3% ενώ σε αυτούς που έχουν πολλαπλές απόπειρες αυτοκαταστροφής είναι 9,7%. Η διαφορά αυτή προκύπτει μη στατιστικά σημαντική (Fisher's exact test,  $p$ -value=0.707,  $\alpha$ =0,05).

## 2.9. Συσχέτιση του ιστορικού λήψης φαρμακευτικής αγωγής με την εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς

Πραγματοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος  $\chi^2$  για να διερευνηθεί εάν υπάρχει σχέση μεταξύ της λήψης φαρμακευτικής αγωγής και την εμφάνιση περιστατικού αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

Προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha$ =0,05 (overall  $\chi^2(2)$ =8,53,  $p$ =0,014). Από τους επιμέρους ελέγχους προκύπτει ότι η διαφορά έγκειται στους ασθενείς με μία απόπειρα και στους ασθενείς με πολλαπλές απόπειρες.

Πιο συγκεκριμένα, ανάμεσα στους ασθενείς με μία και πολλαπλές απόπειρες, οι ασθενείς που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή είναι πιο πιθανό να έχουν ιστορικό με πολλαπλές απόπειρες (87,1%) έναντι αυτών που δεν λαμβάνουν (12,9%),  $\chi^2(1)$ = 8,355,  $p$ -value=0,005,  $\alpha^{adj}$ =0,008.

## 2.10. Πρώιμο τραύμα

Το πρώιμο τραύμα ποσοτικοποιείται με τη βοήθεια της κλίμακας ETI-SF. Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 4 υπο κλίμακες οι οποίες αντιστοιχούν στο γενικό τραύμα, τη συναισθηματική κακοποίηση, την σωματική κακοποίηση και τη σεξουαλική κακοποίηση. Προκειμένου να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην μέση τιμή του κάθε σκορ ανάμεσα στις 3 ομάδες ασθενών εφαρμόστηκε ανάλυση διακύμανσης (one way ANOVA). Περιγραφικά δεδομένα (μέση τιμή και τυπική απόκλιση) καθώς και τα αποτελέσματα της ανάλυσης διακύμανσης για το σκορ της κάθε υποκλίμακας καθώς και για το συνολικό σκορ φαίνονται στον πίνακα 7.

Πιο συγκεκριμένα, προέκυψε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις 3 ομάδες ασθενών όσον αφορά το σκορ για καμία από τις υποκλίμακες (α. γενικό τραύμα:  $F(2,122)$ =2,310  $p$ =0,104, β. σωματική κακοποίηση  $F(2,122)$ =0,974  $p$ =0,381, γ. συναισθηματική κακοποίηση  $F(2,122)$ =2,945  $p$ =0,056, δ. σεξουαλική κακοποίηση  $F(2,122)$ =  $p$ =0,134). Αντίθετα, ο μέσος συνολικός δείκτης τραύματος διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ανάμεσα στις 3 ομάδες  $F(2,122)$ =3,311  $p$ =0,040.

**Πίνακας 7: Πίνακας ανάλυσης διακύμανσης για την επίδραση του κάθε τύπου τραύματος στην εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς**

Υποκλίμακα	Ομάδα αναφοράς (N=61)	Ομάδα με μια απόπειρα αυτοκαταστροφής (N=30)	Ομάδα με πολλαπλές απόπειρες αυτοκαταστροφής (N=31)	F-statistic	p-value
Γενικό τραύμα	5,21 (4,06)	5,57 (4,15)	7,13 (4,10)	2,310	0,104
Σωματική κακοποίηση	4,89 (4,63)	5,07 (4,06)	6,16 (3,48)	0,974	0,381
Συναισθηματική κακοποίηση	6,80 (4,82)	8,13 (5,01)	9,29 (4,31)	2,945	0,056
Σεξουαλική κακοποίηση	0,36 (0,88)	0,97 (2,27)	0,90 (1,81)	2,046	0,134
Συνολικό σκορ	17,26(10,65)	19,73 (12,21)	23,48 (11,19)	3,311	0,040

Πραγματοποιήθηκε ο post hoc έλεγχος Tukey's για να διερευνηθεί ανάμεσα σε ποιες ομάδες εντοπίζεται η διαφορά ώστε να την ποσοτικοποιήσουμε. Από τα αποτελέσματα του ελέγχου προκύπτει ότι το μέσο σκορ για τον συνολικό δείκτη τραύματος είναι κατά 6,22 μονάδες μεγαλύτερο για τους ασθενείς με πολλαπλές απόπειρες από ό,τι για τους ασθενείς της ομάδα ελέγχου και αυτή η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική σε  $\alpha=0,05$ ,  $p=0,031$ , CI (0,47-11,97).

## 2.11. Πρόσφατα στρεσογόνα γεγονότα ζωής

Για την αξιολόγηση της επίδρασης των πρόσφατων γεγονότων ζωής χρησιμοποιήθηκαν δύο κλίμακες:

α) η SRRS η οποία δίνει μια γενική εκτίμηση δίνοντας ένα γενικό σκορ στην κάθε απάντηση, χωρίς να λαμβάνει υπόψη τη προσωπική εκτίμηση του ασθενούς.

β) η SRRS-Σημαντικότητα περιλαμβάνει τις ερωτήσεις της πρώτης αλλά απαιτεί από τον ασθενή να αξιολογήσει θετικά ή αρνητικά το συμβάν και να αποδώσει ο ίδιος μια βαθμολογία από το 1-10. Από αυτήν την κλίμακα προκύπτουν δύο σκορ, το ένα όσα γεγονότα αξιολογήθηκαν θετικά και το άλλο για όσα γεγονότα αξιολογήθηκαν αρνητικά από τον ασθενή.

Ανάλυση διακύμανσης (one way ANOVA) πραγματοποιήθηκε ώστε να διαπιστωθεί εάν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση τιμή των σκορ ανάμεσα στις 3 ομάδες ασθενών (χωρίς καμία απόπειρα, μία απόπειρα, δύο ή περισσότερες απόπειρες).

Περιγραφικά δεδομένα (μέση τιμή και τυπική απόκλιση) καθώς και τα αποτελέσματα της ανάλυσης διακύμανσης παριστάνονται στον πίνακα 8.

**Πίνακας 8: Πίνακας ανάλυσης διακύμανσης για την επίδραση των πρόσφατων στρεσογόνων γεγονότων ζωής και του αντίκτυπου που έχουν στον ασθενή στην εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς**

Υποκλίμακα	Ομάδα αναφοράς (N=61)	Ομάδα με μια απόπειρα αυτοκαταστροφής (N=30)	Ομάδα με πολλαπλές απόπειρες αυτοκαταστροφής (N=31)	F-statistic	p-value
SRRS_Total	179,52 (111,58)	207,17 (108,04)	206,36 (130,25)	0,841	0,434
SRRS_Negative	29,43 (23,24)	57,00 (29,58)	54,13 (34,24)	13,414	<0,001
SRRS_Positive	21,41 (20,04)	8,40 (10,51)	8,23 (17,81)	8,455	<0,001

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης διακύμανσης έδειξαν ότι το σκορ της κλίμακας SRRS\_Total δεν διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ανάμεσα στις 3 ομάδες  $F(2,122)=0,84$ ,  $p=0,434$ . Αντίθετα το σκορ για την αρνητική εκτίμηση των γεγονότων διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό  $F(2,122)=13,41$ ,  $p<0,001$  ανάμεσα στις ομάδες.

Από τον post hoc έλεγχο Tukey's προέκυψε ότι η ομάδα με μια απόπειρα αυτοκαταστροφής εμφανίζει μεγαλύτερο σκορ κατά 27,61(6,23) μονάδες από την ομάδα ελέγχου, διαφορά η οποία είναι στατιστικά σημαντική με  $p<0,001$ , 95% CI (-42,40, -12,82), και ότι η ομάδα με πολλαπλές απόπειρες αυτοκαταστροφής έχει μεγαλύτερο σκορ κατά 24,70 (6,16) μονάδες από την ομάδα ελέγχου, διαφορά που είναι επίσης σημαντική με  $p<0,001$ , 95% CI (-39,33, -10,07).

Το σκορ για τη θετική εκτίμηση των γεγονότων διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ανάμεσα στις 3 ομάδες  $F(2,122)=8,23$ ,  $p<0,001$ .

Από τα αποτελέσματα του post hoc Tukey's προκύπτει ότι η ομάδα ελέγχου έχει υψηλότερο σκορ θετικής εκτίμησης από την ομάδα με μια απόπειρα κατά 13,01 (3,92) μονάδες, διαφορά η οποία προκύπτει στατιστικά σημαντική με  $p=0,003$ , 95% CI (3,70, 22,32). Επιπλέον, παρουσιάζει υψηλότερο σκορ και από την ομάδα ασθενών με πολλαπλές απόπειρες κατά 13,18 (3,88) μονάδες, το οποίο προκύπτει επίσης στατιστικά σημαντικό με  $p=0,003$ , 95% CI (3,97, 22,39).

## 2.12. Μηχανισμοί αντιμετώπισης προβλημάτων

Για τους μηχανισμούς αντιμετώπισης προβλημάτων χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα COPE Brief, η οποία διαιρείται στους εξής 14 πιθανούς μηχανισμούς αντιμετώπισης προβλημάτων: αυτό-αποστασιοποίηση, ενεργή αντιμετώπιση, άρνηση, χρήση ουσιών, χρήση συναισθηματικής υποστήριξης, χρήση

οργανικής υποστήριξης, συμπεριφορική αποσύνδεση, εκτόνωση, θετική αναδιאτύπωση, σχεδιασμός, χιούμορ, αποδοχή, θρησκεία, και αυτοκατηγορία.

Ανάλυση διακύμανσης (πίνακας 9) εφαρμόστηκε για κάθε μία από αυτές τις μεταβλητές για να διαπιστωθεί εάν οι τρεις ομάδες παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά για στο μέσο όρο των σκορ για αυτούς καθέναν από αυτούς τους μηχανισμούς αντιμετώπισης προβλημάτων. Post hoc ανάλυση Tukey's εφαρμόστηκε επίσης για τις επιμέρους διαφορές.

Συνοπτικά για τις παραμέτρους που πρόεκυψαν στατιστικά σημαντικές έχουμε:

- Ο μέσος όρος της παραμέτρου “ενεργή αντιμετώπιση (ενεργό coping)” για την ομάδα αναφοράς είναι  $M=5,39$ ,  $sd=\pm 1,59$ , για την ομάδα με μια απόπειρα  $M=5,27$ ,  $sd=\pm 1,34$ , για την ομάδα με πολλαπλές απόπειρες  $M=3,65$ ,  $sd=\pm 1,89$ . Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι το μέσο σκορ διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ανάμεσα στις τρεις ομάδες  $F(2,119)=12,92$ ,  $p<0,001$ .
- Ο μέσος όρος της παραμέτρου “χρήση συναισθηματικής υποστήριξη” για την ομάδα αναφοράς είναι  $M=5,80$ ,  $sd=\pm 1,65$ , για την ομάδα με μια απόπειρα  $M=5,83$ ,  $sd=\pm 1,72$ , για την ομάδα με πολλαπλές απόπειρες  $M=3,42$ ,  $sd=\pm 1,69$ . Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι το μέσο σκορ διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ανάμεσα στις τρεις ομάδες  $F(2,119)=23,51$ ,  $p<0,001$ .
- Ο μέσος όρος της παραμέτρου “χρήση οργανικής υποστήριξης” για την ομάδα αναφοράς είναι  $M=5,74$ ,  $sd=\pm 1,62$ , για την ομάδα με μια απόπειρα  $M=6,37$ ,  $sd=\pm 1,52$ , για την ομάδα με πολλαπλές απόπειρες  $M=3,68$ ,  $sd=\pm 1,94$ . Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι το μέσο σκορ διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ανάμεσα στις τρεις ομάδες  $F(2,119)=22,36$ ,  $p<0,001$ .
- Ο μέσος όρος της παραμέτρου “συμπεριφορική αποσύνδεση” για την ομάδα αναφοράς είναι  $M=3,82$ ,  $sd=\pm 1,94$ , για την ομάδα με μια απόπειρα  $M=4,63$ ,  $sd=\pm 1,47$ , για την ομάδα με πολλαπλές απόπειρες  $M=5,65$ ,  $sd=\pm 2,18$ . Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι το μέσο σκορ διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ανάμεσα στις τρεις ομάδες  $F(2,119)=9,58$ ,  $p<0,001$ .
- Ο μέσος όρος της παραμέτρου “θετική αναδιאτύπωση” για την ομάδα αναφοράς είναι  $M=4,92$ ,  $sd=\pm 1,50$ , για την ομάδα με μια απόπειρα  $M=4,50$ ,  $sd=\pm 1,57$ , για την ομάδα με πολλαπλές απόπειρες  $M=3,06$ ,  $sd=\pm 1,69$ . Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι το μέσο σκορ διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ανάμεσα στις τρεις ομάδες  $F(2,119)=14,59$ ,  $p<0,001$ .
- Ο μέσος όρος της παραμέτρου “σχεδιασμός” για την ομάδα αναφοράς είναι  $M=5,61$ ,  $sd=\pm 1,63$ , για την ομάδα με μια απόπειρα  $M=5,47$ ,  $sd=1,57$ , για την ομάδα με πολλαπλές απόπειρες  $M=4,32$ ,  $sd=\pm 1,69$ . Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι το μέσο σκορ διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ανάμεσα στις τρεις ομάδες  $F(2,119)=5,75$ ,  $p=0,004$ .

- Ο μέσος όρος της παραμέτρου “αποδοχή” για την ομάδα αναφοράς είναι  $M=5,82$ ,  $sd=\pm 1,55$ , για την ομάδα με μια απόπειρα  $M=5,97$ ,  $sd=\pm 1,65$ , για την ομάδα με πολλαπλές απόπειρες  $M=4,32$ ,  $sd=\pm 1,70$ . Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι το μέσο σκορ διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ανάμεσα στις τρεις ομάδες  $F(2,119)=1066$ ,  $p<0,001$ .
- Ο post hoc έλεγχος Tukey’s έδειξε ότι εν γένει στατιστικά σημαντικές διαφορές προκύπτουν ανάμεσα στην ομάδα αναφοράς και στην ομάδα με πολλαπλές απόπειρες και ανάμεσα στην ομάδα με μια απόπειρα και στην ομάδα με πολλαπλές απόπειρες.

Οτι διαφορές παρατηρούνται ανάμεσα στην ομάδα αναφοράς και στην ομάδα με μία απόπειρα δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές (πίνακας 10).

**Πίνακας 9: Πίνακας ανάλυσης διακύμανσης για την επίδραση του κάθε μηχανισμού αντιμετώπισης προβλημάτων στην εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς**

		SS	df	MS	F	Sig.
<b>Πηγή μεταβλητότητας</b>						
<b>Αυτό-απόστασιοποίηση</b>	Between Groups	1,100	2	0,550	0,170	0,844
	Within Groups	385,269	119	3,238		
	Total	386,369	121			
<b>Ενεργή αντιμετώπιση</b>	Between Groups	67,660	2	33,830	12,923	,000
	Within Groups	311,521	119	2,618		
	Total	379,180	121			
<b>Άρνηση</b>	Between Groups	11,247	2	5,623	1,628	0,201
	Within Groups	410,958	119	3,453		
	Total	422,205	121			
<b>Χρήση ουσιών</b>	Between Groups	0,923	2	0,462	0,075	0,928
	Within Groups	733,044	119	6,160		
	Total	733,967	121			
<b>Χρήση συναισθηματικής Υποστήριξης</b>	Between Groups	132,523	2	66,261	23,513	,000
	Within Groups	335,354	119	2,818		
	Total	467,877	121			
<b>Χρήση οργανικής</b>	Between Groups	126,858	2	63,429	22,362	,000
	Within Groups					

<b>Υποστήριξης</b>	Within Groups	337,544	119	2,837		
	Total	464,402	121			
<b>Συμπεριφορική αποσύνδεση</b>	Between Groups	69,387	2	34,694	9,577	,000
	Within Groups	431,080	119	3,623		
	Total	500,467	121			
	<b>Εκτόνωση</b>	Between Groups	0,010	2	0,005	0,001
	Within Groups	443,769	119	3,729		
	Total	443,779	121			
<b>Θετική αναδιατύπωση</b>	Between Groups	71,580	2	35,790	14,588	,000
	Within Groups	291,961	119	2,453		
	Total	363,541	121			
	<b>Σχεδιασμός</b>	Between Groups	35,825	2	17,912	5,749
	Within Groups	370,798	119	3,116		
	Total	406,623	121			
<b>Χιούμορ</b>	Between Groups	11,651	2	5,826	2,399	0,095
	Within Groups	288,972	119	2,428		
	Total	300,623	121			
	<b>Αποδοχή</b>	Between Groups	55,669	2	27,834	10,659
	Within Groups	310,757	119	2,611		
	Total	366,426	121			
<b>Θρησκεία</b>	Between Groups	17,723	2	8,862	2,829	0,063
	Within Groups	372,801	119	3,133		
	Total	390,525	121			
	<b>Αυτό-κατηγορία</b>	Between Groups	9,540	2	4,770	1,176
	Within Groups	482,665	119	4,056		
	Total	492,205	121			

Πίνακας 10: Post hoc έλεγχος Tukey's για τους μηχανισμούς αντιμετώπισης προβλημάτων

Εξαρτημένη μεταβλητή	Απόπειρα (I)	Απόπειρα (J)	Μέση διαφορά (I)-(J)	Τυπικό σφάλμα	p-value	95% ΔΕ
<b>Ενεργή αντιμετώπιση</b>	Ομάδα αναφοράς	Μια απόπειρα	0,13	0,36	0,934	(-0,73, 0,98)
		Πολλαπλές απόπειρες	1,75	0,36	<0,001	(0,90, 2,60)
		Μια απόπειρα	1,62	0,41	<0,001	(0,064, 2,60)
<b>Χρήση συναισθηματικής υποστήριξης</b>	Ομάδα αναφοράς	Μια απόπειρα	-0,03	0,37	0,996	(-0,92, 0,86)
		Πολλαπλές απόπειρες	2,38	0,37	<0,001	(1,51, 3,26)
		Μια απόπειρα	2,41	0,43	<0,001	(1,39, 3,43)
<b>Χρήση οργανικής υποστήριξης</b>	Ομάδα αναφοράς	Μια απόπειρα	0,63	0,38	0,219	(-1,52, ,26)
		Πολλαπλές απόπειρες	2,06	0,37	<0,001	(1,18, 2,94)
		Μια απόπειρα	2,69	0,43	<0,001	(1,67, 3,71)
<b>Συμπεριφορική αποσύνδεση</b>	Ομάδα αναφοράς	Μια απόπειρα	-0,81	0,42	0,138	(-1,82, ,019)
		Πολλαπλές απόπειρες	-1,83	0,42	<0,001	(-2,82, -0,83)
		Μια απόπειρα	-1,01	0,49	0,099	(-2,17, -0,15)
<b>Θετική αναδιτύπωση</b>	Ομάδα αναφοράς	Μια απόπειρα	0,42	0,35	0,457	(-0,41, 1,25)
		Πολλαπλές απόπειρες	1,85	0,35	<0,001	(1,03, 2,67)
		Μια απόπειρα	1,44	0,40	0,001	(0,48, 2,39)
<b>Σχεδιασμός</b>	Ομάδα αναφοράς	Μια απόπειρα	0,14	0,39	0,933	(-0,79, 1,07)
		Πολλαπλές απόπειρες	1,28	0,39	0,004	(0,36, 2,21)
		Μια απόπειρα	1,14	0,45	0,034	(0,07, 2,22)

		Πολλαπλές απόπειρες				
<b>Αποδοχή</b>		Μια απόπειρα	-0,15	0,36	0,912	(-1,00, 0,71 )
	Ομάδα αναφοράς	Πολλαπλές απόπειρες	1,50	0,36	<0,001	(0,65, 2,34)
		Μια απόπειρα	1,64	0,41	<0,001	(0,66, 2,63)
		Πολλαπλές απόπειρες				

### 2.13. Διερεύνηση της επίδρασης των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς

Για να μελετηθεί η επίδραση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας χρησιμοποιήθηκαν 3 κλίμακες η Eysenck Personality Minitest, η Life Orientation Test και η Pearlin Mastery Scale. Ανάλυση διακύμανσης (πίνακας 11) εφαρμόστηκε για να διαπιστωθεί εάν ο μέσος όρος της κάθε μεταβλητής όπως προκύπτει από τις 3 κλίμακες (3 μεταβλητές για τον τύπο της προσωπικότητας, 1 για το σκορ της LOT και μια για το σκορ της SMP) διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ανάμεσα στις 3 ομάδες ασθενών. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα 11.

Πίνακας 11: Ανάλυση διακύμανσης για τη διερεύνηση της επίδρασης χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς

Πηγή μεταβλητότητας		SS	Df	MS	F	Sig.
EXTRA_INTRO	Between Groups	154,743	2	77,371	3,863	0,024
	Within Groups	2383,626	119	20,030		
	Total	2538,369	121			
NEURO_STAT	Between Groups	5,340	2	2,670	0,297	0,744
	Within Groups	1071,315	119	9,003		
	Total	1076,656	121			
PSYCH_SOC	Between Groups	324,622	2	162,311	10,094	,000
	Within Groups	1913,476	119	16,080		
	Total	2238,098	121			
LOTR_Score	Between Groups	732,875	2	366,438	14,619	,000
	Within Groups	2982,903	119	25,066		



	Total	3715,779	121			
SMS_Score	Between Groups	5,754	2	2,877	0,123	0,884
	Within Groups	2786,148	119	23,413		
	Total	2791,902	121			

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι:

- Η επίδραση του χαρακτηριστικού εξωστρέφεια έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στην εμφάνιση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς  $F(2,119)=3,86$ ,  $p=0,024$ .
- Η επίδραση του χαρακτηριστικού ψυχωτισμός έχει στατιστικά σημαντική επίδραση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς  $F(2,119)=10,09$ ,  $p<0,001$ .
- Η επίδραση του βαθμού αισιοδοξίας έχει στατιστικά σημαντική επίδραση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς  $F(2,119)=14,62$ ,  $p<0,001$ .

Μετά την εφαρμογή του post hoc έλεγχου Tukey's (πίνακας 12) προέκυψε ότι:

- Το μέσο σκορ εξωστρέφειας για την ομάδα με μια απόπειρα ( $M_1=15,70 (\pm 4,12)$ ) διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό από το μέσο σκορ για την ομάδα με πολλαπλές απόπειρες ( $M_2=12,65 (\pm 5,06)$ ).
- Το μέσο σκορ ψυχωτισμού για την ομάδα αναφοράς ( $M_0=17,08 (\pm 3,23)$ ) διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό από το μέσο σκορ για την ομάδα με μια απόπειρα ( $M_1=14,87 (\pm 4,30)$ ). Επίσης, διαφέρει και από το σκορ για την ομάδα με πολλαπλές απόπειρες ( $M_2=6,94 (\pm 5,14)$ ).
- Το μέσο σκορ αισιοδοξίας για την ομάδα αναφοράς ( $M_0=12,64 (\pm 4,80)$ ) διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό από το μέσο σκορ για την ομάδα με μια απόπειρα ( $M_1=9,03 (\pm 5,29)$ ). Επίσης, διαφέρει και από το σκορ για την ομάδα με πολλαπλές απόπειρες ( $M_2=6,94 (\pm 5,14)$ ).

Πίνακας 12: Post hoc έλεγχος Tukey's για τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας

Εξαρτημένη μεταβλητή	Απόπειρα (I)	Απόπειρα (J)	Μέση διαφορά (I)- (J)	Τυπικό σφάλμα	p-value	95% ΔΕ
<b>Εξωστρέφεια/ Εσωστρέφεια</b>	Ομάδα αναφοράς	Μια απόπειρα	-0,91	0,99	0,63	(-3,28, 1,46)
		Πολλαπλές απόπειρες	2,14	0,99	0,08	(-0,20, 4,48)
	Μια απόπειρα	Πολλαπλές απόπειρες	3,05	1,15	0,02	(0,33, 5,78)
		Μια απόπειρα	3,05	1,15	0,02	(0,33, 5,78)

<b>Ψυχωτισμός/ Κοινωνικοποίηση</b>	Ομάδα αναφοράς	Μια απόπειρα	2,21	0,89	0,04	(0,96, 6,26)
		Πολλαπλές απόπειρες	3,86	0,88	<0,001	(3,08, 8,32)
<b>LOT_Score</b>	Ομάδα αναφοράς	Μια απόπειρα	1,64	1,03	0,25	(-0,80, 4,08)
		Πολλαπλές απόπειρες	3,61	1,12	0,005	(0,96, 6,26)
	Ομάδα αναφοράς	Μια απόπειρα	5,70	1,10	<0,001	(3,08, 8,32)
		Πολλαπλές απόπειρες	2,10	1,28	0,23	(-0,95, 5,14)
		Πολλαπλές απόπειρες				

### 3. Ανάλυση συσχετίσεων

#### 3.1 Διερεύνηση του τύπου τραύματος με την εμφάνιση διαταραχών όπως προκύπτουν από την TSC-40.

Ανάλυση συσχετίσεων πραγματοποιήθηκε για να διερευνηθεί η σχέση του πρώιμου τραύματος με την εμφάνιση διαταραχών οι οποίες οφείλονται σε προγενέστερο τραύμα, καθώς και με την εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Το φύλο χρησιμοποιήθηκε ως επιπλέον επεξηγηματική μεταβλητή. Οι δισδιάστατες συσχετίσεις φαίνονται στον πίνακα 13.

Πίνακας 13: Δισδιάστατες συσχετίσεις ανάμεσα στις δύο ομάδες μεταβλητών

	Γενικό τραύμα	Σωματική κακοποίηση	Συναισθηματική κακοποίηση	Σεξουαλική κακοποίηση	Φύλο
<b>Απόπειρα</b>	0,20*	0,13	0,22*	0,16	-0,05
<b>Αποσύνδεση</b>	0,44**	0,24*	0,31**	0,14	-0,26*
<b>Άγχος</b>	0,41**	0,32**	0,44**	0,22*	-0,05
<b>Κατάθλιψη</b>	0,35**	0,26*	0,50**	0,10	-0,03
<b>Δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης</b>	0,38**	0,23*	0,30*	0,27*	-0,08
<b>Διαταραχές ύπνου</b>	0,26*	0,06	0,17	0,07	-0,04

<b>Σεξουαλικά προβλήματα</b>	0,06	0,06	0,11	0,17	-0,01
------------------------------	------	------	------	------	-------

\* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,001$

Οι κανονικές συσχετίσεις είχαν εύρος τιμών από 0,65 έως 0,14. Η πρώτη ισούται με 0,65 (42,6% overlapping variance), η δεύτερη με 0,43 (18,7%), η τρίτη με 0,35 (12,3%), η τέταρτη με 0,16 (2,4%) και η πέμπτη με 0,14 (2%).

Στην περίπτωση που εξετάζουμε υπάρχουν 5 κανονικές διαστάσεις από τις οποίες μόνο οι δύο προέκυψαν στατιστικά σημαντικές. Η πρώτη από τις διαστάσεις εξετάζει εάν όλες οι διαστάσεις συνδυασμένες είναι στατιστικά σημαντικές (προκύπτει σημαντικότητα  $\chi^2(35)=0,39$ ,  $p < 0,001$ ). Η δεύτερη εξετάζει εάν οι διαστάσεις 2,3,4,5 συνδυασμένες είναι στατιστικά σημαντικές (προκύπτει σημαντικότητα  $\chi^2(24)=1,87$ ,  $p=0,009$ ). Η τρίτη διάσταση εξετάζει εάν οι διαστάσεις 3,4,5 συνδυασμένες είναι στατιστικά σημαντικές, η τέταρτη εάν η 4,5 συνδυασμένες είναι στατιστικά σημαντικές, και η πέμπτη εάν μόνο η 5 είναι στατιστικά σημαντική (σε καμία από αυτές τις περιπτώσεις δεν προέκυψε σημαντικότητα, πίνακας 14)

**Πίνακας 14: Αποτελέσματα για τις 5 κανονικές συσχετίσεις για τα δύο σετ μεταβλητών**

	Wilks Statistic	DF	Sig.
1	0,39	35	,000
2	0,68	24	0,009
3	0,84	15	0,17
4	0,96	8	0,75
5	0,98	3	0,51

Οι τυποποιημένοι κανονικοί συντελεστές χρησιμοποιήθηκαν για να αξιολογηθεί η σχετική σημασία της συμβολής των ανεξάρτητων μεταβλητών σε κάθε μια κανονική συσχέτιση. Χρησιμοποιώντας ένα cutoff correlation (loading) ίσο με 0,30 προέκυψε ότι οι όλες οι μεταβλητές του πρώτου σετ και του δεύτερου σετ είναι συσχετισμένες με την πρώτη κανονική μεταβλητή (canonical variate).

Αυτό σημαίνει ότι αυτοί που έχουν μικρότερο σκορ στους δείκτες γενικό τραύμα, σωματική κακοποίηση, σεξουαλική κακοποίηση και είναι άνδρες σχετίζονται με μικρότερο σκορ για άγχος, κατάθλιψη, αποσύνδεση, δείκτη σεξουαλικής κακοποίησης, σεξουαλικά προβλήματα, διαταραχές ύπνου και λιγότερες απόπειρες αυτοκαταστροφής (πίνακας 15).

Οι μεταβλητές του πρώτου σετ που συσχετίζονται με τη 2<sup>η</sup> κανονική μεταβλητή είναι το γενικό τραύμα, η συναισθηματική κακοποίηση και το φύλο, ενώ του 2<sup>ου</sup> είναι το σκορ για την αποσύνδεση και ο δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης. Αυτό σημαίνει ότι αυτοί που έχουν μεγαλύτερο σκορ στο γενικό τραύμα, μικρότερο στη συναισθηματική κακοποίηση και μεγαλύτερο στη σεξουαλική κακοποίηση σχετίζονται με μεγαλύτερο σκορ αποσύνδεσης και μεγαλύτερο σκορ δείκτη σεξουαλικής κακοποίησης (πίνακας 15).

**Πίνακας 15: Κανονικές Συσχετίσεις και τυποποιημένοι συντελεστές συσχέτισης**

	1	1	2	2
<b>Set 1</b>	<b>Loadings</b>	<b>Coefficients</b>	<b>Loadings</b>	<b>Coefficients</b>
Γενικό τραύμα	-0,753	-0,412	0,391	0,751
Σωματική κακοποίηση	-0,614	0,044	0,002	0,230
Συναισθηματική κακοποίηση	-0,910	-0,716	-0,397	-0,965
Σεξουαλική κακοποίηση	-0,292	-0,224	0,551	0,587
<b>Set 2</b>				
Αποσύνδεση	-0,654	-0,168	0,438	-0,078
Άγχος	-0,799	-0,445	0,207	0,277
Κατάθλιψη	-0,789	-0,711	-0,270	-1,266
Δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης	-0,652	-0,320	0,535	1,020
Διαταραχές ύπνου	-0,374	0,444	0,215	-0,138
Σεξουαλικά προβλήματα	-0,210	0,335	0,150	
Ιδιοτιμές	0,741		0,175	

### 3.2. Διερεύνηση της σχέσης του πρώιμου τραύματος με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας

Οι 4 κανονικές συσχετίσεις είχαν εύρος από 0,45 έως 0,06. Η 1<sup>η</sup> ισούται με 0,45 (20,25% overlapping variance), η 2<sup>η</sup> με 0,26 (6,76%), η 3<sup>η</sup> με 0,22 (4,84%) και η 4<sup>η</sup> με 0,06 (0,36%). Μόνο η πρώτη κανονική συσχέτιση προέκυψε στατιστικά σημαντική ( $\chi^2(20)=0,70$ ,  $p<0,001$ ), πίνακας 16.

Χρησιμοποιώντας ως cutoff correlation το 0,30 προέκυψε ότι οι μεταβλητές του πρώτου σετ μεταβλητών που σχετίζονται με την 1<sup>η</sup> κανονική μεταβλητή είναι το γενικό τραύμα, η σωματική κακοποίηση, η συναισθηματική κακοποίηση και η σεξουαλική κακοποίηση.

Οι μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> σετ που σχετίζονται με την 1<sup>η</sup> κανονική μεταβλητή είναι η απόπειρα αυτοκαταστροφής και το σκορ για τον νευρωτισμό / σταθερότητα.

Προκύπτει ότι όσο πιο μικρό σκορ έχει κάποιος για τις μεταβλητές γενικό τραύμα, σωματική κακοποίηση, συναισθηματική κακοποίηση και σεξουαλική κακοποίηση, τόσο λιγότερες απόπειρες αυτοκαταστροφής θα κάνει και τόσο πιο μικρό σκορ νευρωτισμού θα έχει (πίνακας 17).

**Πίνακας 16: Αποτελέσματα για τις 4 κανονικές συσχετίσεις για τα δύο σετ μεταβλητών**

	Wilks Statistic	Df	Sig.
1	0,70	20	,00
2	0,88	12	0,27
3	0,95	6	0,41
4	1,00	.	.

**Πίνακας 17: Κανονικές συσχετίσεις και τυποποιημένοι συντελεστές συσχέτισης**

Set 1	Loadings	Coefficients
Γενικό τραύμα	-0,61	-0,22
Σωματική κακοποίηση	-0,76	-0,42
Συναισθηματική κακοποίηση	-0,83	-0,48
Σεξουαλική κακοποίηση	-0,42	-0,28
Φύλο	-0,11	-0,31
<b>Set 2</b>		
Απόπειρα	-0,48	-0,35
Εξωστρέφεια	0,01	0,13
Νευρωτισμός	-0,89	-0,92
Ψυχωτισμός	0,04	0,14
Ιδιοτιμές	0,44	

### **3.3. Διερεύνηση μεταξύ της σχέσης μεταξύ του πρώιμου τραύματος και της ICD-10 διάγνωσης “Έκούσιος αυτοτραυματισμός” (X60-X84)**

Ο τύπος της διάγνωσης (X61) σχετίζεται μόνο με τη σωματική κακοποίηση ( $r=0,30$ ,  $p=0,03$ ).

### 3.4. Διερεύνηση της σχέσης του πρώιμου τραύματος με τους μηχανισμούς αντιμετώπισης προβλημάτων

Οι δισδιάστατες συσχετίσεις φαίνονται στον πίνακα 18.

Πίνακας 18: Δισδιάστατες συσχετίσεις για τις μεταβλητές των 2 σετ

	Γενικό Τραύμα	Σωματική κακοποίηση	Συναισθηματική κακοποίηση	Σεξουαλική κακοποίηση	Φύλο
Αυτό-απόσπασση	0,24*	0,04	0,16	0,03	-0,16
Ενεργό coping	-0,20*	-0,17	-0,21*	0,02	0,07
Χρήση ουσιών	0,42**	0,34**	0,21*	-0,02	-0,23*
Χρήση συναισθηματικής Υποστήριξης	-0,09	-0,15	-0,07	-0,10	0,09
Χρήση οργανικής υποστήριξης	-0,08	-0,12	-0,02	0,00	0,04
Συμπεριφορική αποστασιοποίηση	0,21*	0,30**	0,33**	0,04	-0,19*
Εκτόνωση	0,21*	0,26**	0,21*	-0,08	-0,07
Θετική αναδιατύπωση	-0,26**	-0,31**	-0,28**	-0,02	0,00
Σχεδιασμός	-0,15	-0,15	-0,22*	0,06	0,04
Χιούμορ	-0,02	-0,16	-0,10	-0,06	-0,13
Αποδοχή	0,02	-0,08	-0,04	0,02	-0,11
Θρησκεία	0,01	-0,19*	-0,08	0,03	-0,08
Αυτό κατηγορία	0,09	0,16	0,30**	0,01	-0,17
Απόπειρα	0,18*	0,12	0,22*	0,16	-0,06

\* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,001$

Οι 5 κανονικές συσχετίσεις είχαν εύρος από 0,67 έως 0,25. Η 1<sup>η</sup> ισούται με 0,67 (44,89%), η 2<sup>η</sup> με 0,51 (26,01%), η 3<sup>η</sup> με 0,41 (16,81%), η 4<sup>η</sup> με 0,33 (10,89%) και η 5<sup>η</sup> με 0,25 (6,25%).

Μόνο η 1<sup>η</sup> προέκυψε στατιστικά σημαντική ( $\chi^2(75)= 0,29, p<0,001$ ) (πίνακας 19). Επίσης, χρησιμοποιώντας ως cutoff correlation το 0.30, προέκυψε ότι οι μεταβλητές του πρώτου σετ μεταβλητών που σχετίζονται με την 1<sup>η</sup> κανονική μεταβλητή είναι: το γενικό τραύμα, η σωματική κακοποίηση και η συναισθηματική κακοποίηση.

Από το δεύτερο σετ, οι μεταβλητές που σχετίζονται με την πρώτη κανονική μεταβλητή είναι: η ενεργητική αντιμετώπιση (ενεργό coping), η χρήση ουσιών, η συμπεριφορική αποστασιοποίηση, η εκτόνωση και η θετική αναδιατύπωση.

**Πίνακας 19: Αποτελέσματα για τις 5 κανονικές συσχετίσεις για τα δύο σετ μεταβλητών**

	Wilks Statistic	D.F	Sig.
1	0,28	75	,000
2	0,51	56	0,06
3	0,70	39	0,46
4	0,84	24	0,72
5	0,94	11	0,79

Πιο συγκεκριμένα, όσοι εμφανίζουν χαμηλό σκορ για γενικό τραύμα, σωματική κακοποίηση και συναισθηματική κακοποίηση συσχετίζονται με υψηλότερο σκορ για την ενεργή αντιμετώπιση (ενεργό coping), με χαμηλότερο για τη χρήση ουσιών, με χαμηλότερο για τη συμπεριφορική αποστασιοποίηση, με χαμηλότερο για την εκτόνωση και με υψηλότερο για τη θετική αναδιατύπωση (πίνακας 20).

**Πίνακας 20: Κανονικές συσχετίσεις και τυποποιημένοι κανονικοί συντελεστές**

<b>Set 1</b>	<b>Loadings</b>	<b>Coefficients</b>
Γενικό τραύμα	-0,75	-0,42
Σωματική κακοποίηση	-0,89	-0,71
Συναισθηματική κακοποίηση	-0,71	-0,08
Σεξουαλική κακοποίηση	0,05	0,17
Φύλο	0,21	-0,11
<b>Set 2</b>		
Αυτό-απόσπασση	-0,18	0,03
Ενεργή αντιμετώπιση (ενεργό coping)	0,33	-0,04
Άρνηση	-0,09	0,01
Χρήση ουσιών	-0,62	-0,61
Χρήση συναισθηματικής υποστήριξης	0,18	0,04
Χρήση οργανικής υποστήριξης	0,18	-0,04
Συμπεριφορική αποστασιοποίηση	-0,45	-0,03
Εκτόνωση	-0,44	-0,50
Θετική αναδιατύπωση	0,52	0,43
Σχεδιασμός	0,29	0,17
Χιούμορ	0,20	0,46
Αποδοχή	0,10	-0,03
Θρησκεία	0,22	0,05
Αυτοκατηγορία	-0,23	-0,17
Απόπειρα	-0,22	0,07
Ιδιοτιμές	0,80	

#### **4. Mediation logistic regression**

Από την μονοπαραγοντική ανάλυση προέκυψε ότι οι μεταβλητές: φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα, επίπεδο εκπαίδευσης, σκορ της BHS κλίμακας, σκορ της BDI κλίμακας, ιστορικό λήψης αγωγής, τύπος αγωγής, ενεργό coping, σχεδιασμός, αποδοχή (acceptance), χρήση συναισθηματικής (emotional support), χρήση οργανικής υποστήριξης (instrumental support), συμπεριφορική αποστασιοποίηση, θετική αναδιατύπωση (positive reframing), καθώς και το σκορ της κλίμακας LOT σχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με την εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.



Όμως, όπως προέκυψε από την ανάλυση συσχετίσεων, κάποιοι από αυτούς τους παράγοντες σχετίζονται και με τις μεταβλητές που συνιστούν το πρώιμο τραύμα.

Εφαρμόζουμε λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη τη νέα μεταβλητή Attempt\_new (απόπειρες αυτοκτονίας - συνυπολογίζοντας και τις δύο ομάδες αποπειραθέντων) και ανεξάρτητες: το γενικό τραύμα, την συναισθηματική κακοποίηση, την σωματική κακοποίηση και την σεξουαλική κακοποίηση, ώστε να διαπιστωθεί ποιες από αυτές είναι στατιστικά σημαντικές. Όπου προκύψει στατιστική σημαντικότητα θα εφαρμοσθεί το Sobel test για να διαπιστωθεί εάν υπάρχει διαμεσολάβηση (mediation effect).

Από τα αποτελέσματα της λογιστικής παλινδρόμησης προέκυψε στατιστική σημαντικότητα για την Συναισθηματική κακοπ. (Emotional abuse) ( $\chi^2(1)=4,75$ ,  $p=0,03$ ).

Δισδιάστατες συσχετίσεις πραγματοποιήθηκαν μεταξύ των μεταβλητών Emotional abuse (Συναισθηματική κακοποίηση) και όλων των μεταβλητών που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Τα αποτελέσματα ενδιαφέροντος φαίνονται στον πίνακα 21.

**Πίνακας 21: Δισδιάστατες συσχετίσεις ενδιαφέροντος για την εύρεση mediators**

Μεταβλητή	SRRS_Positive	SRRS_Negative	Emotional abuse
BDI score	-0,21*	0,45**	0,39**
BHS score	-0,27**	0,22**	0,26**
LOT score	-0,34**	-0,36**	-0,39**
Ενεργό coping	-0,30**	Not significant	-0,21**
Χρήση οργανικής υποστήριξης	0,23**	Not significant	Not significant
Συμπεριφορική αποστασιοποίηση	0,27**	0,37**	0,33**
Θετική αναδιατύπωση	-0,40**	-0,18*	0,28**
Σχεδιασμός	0,26**	Not significant	-0,22*
SRRS_Positive score	1		-0,32**
SRRS_Negative score	-0,20**	1	0,26**

\* $p<0,05$ , \*\* $p<0,001$

Από τα αποτελέσματα του ελέγχου Sobel προκύπτει ότι η κατάθλιψη ( $p<0.001$ ), το αίσθημα αισιοδοξίας ( $p=0.002$ ), η συμπεριφορική αποστασιοποίηση ( $p=0.025$ ), η θετική αναδιατύπωση ( $p=0.026$ ) και το SRRS\_Negative score ( $p=0.016$ ) είναι διαμεσολαβητικοί παράγοντες (mediators) για την συναισθηματική κακοποίηση.

#### 4.1. Λογιστική παλινδρόμηση χρησιμοποιώντας όλες τις μεταβλητές (saturated model)

Από την προηγούμενη ανάλυση που πραγματοποιήθηκε γνωρίζουμε ότι υπάρχουν ισχυρά συσχετισμένοι επεξηγηματικές μεταβλητές (predictor variables), καθώς και διαμεσολαβητικοί παράγοντες (mediators). Αυτό επηρεάζει άμεσα τα αποτελέσματα της λογιστικής παλινδρόμησης (multicollinearity problem).

Μετά την εφαρμογή λογιστικής παλινδρόμησης για όλες τις μεταβλητές το SPSS εμφανίζει μήνυμα προειδοποίησης - Warnings: Due to redundancies, degrees of freedom have been reduced for one or more variables, το οποίο συνεπάγεται ότι υπάρχει συγγραμμικότητα, όπως και αναμέναμε. Καμία μεταβλητή δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική με τιμές των p-values οι οποίες κινούνται κοντά στη μονάδα.

Ελέγχεται ο πίνακας συσχέτισεων για μεταβλητές με  $r > |0,6|$ . Κλίμακες που ουσιαστικά μετράνε την ίδια παράμετρο (BHS-SMS) ή εκ διαμέτρου αντίθετη (π.χ. LOT - BHS), κλίμακες που είναι λογικό να συσχετίζονται (π.χ. SRRS Positive - Neurotism & LOT-R Extraversion) παρουσιάζουν υψηλή πολυσυγγραμμικότητα.

#### 4.2. Λογιστική παλινδρόμηση μετά την αφαίρεση μεταβλητών

Για τους λόγους που αναφέρθηκαν παραπάνω εφαρμόζουμε λογιστική παλινδρόμηση με επεξηγηματικές μεταβλητές το φύλο, την ηλικία, τις κλίμακες BDI, BHS & TSC\_40, το γενικό τραύμα, την συναισθηματική κακοποίηση, την σωματική κακοποίηση και την σεξουαλική κακοποίηση, καθώς και τις κλίμακες SRRS Positive & SRRS Negative, προκειμένου να διαπιστωθεί η επίδρασή τους στην απόπειρα / εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Το μοντέλο στατιστικής παλινδρόμησης προέκυψε στατιστικά σημαντικό με  $\chi^2(11) = 45,428$ ,  $p < 0.0001$ .

Το μοντέλο ερμηνεύει το 41,5% (Nagelkerke R<sup>2</sup>) της μεταβλητότητας στην απόπειρα αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και κάνει ορθή ταξινόμηση του 76,2% των περιπτώσεων. Δείχνει ότι αυξανόμενο σκορ στην κλίμακα SRRS Positive (θετική εκτίμηση γεγ.) συσχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, ενώ αυξανόμενο σκορ στην κλίμακα SRRS Negative (αρνητική εκτίμηση γεγ.) συσχετίζεται με αυξανόμενο κίνδυνο εμφάνισης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

Οι υπόλοιπες μεταβλητές δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι τραυματικές εμπειρίες στην πρώιμη παιδική ηλικία αυξάνουν δραματικά τον κίνδυνο εμφάνισης αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Υποστηρίζεται πως σχεδόν τα 2/3 (64%) των αποπειρών αυτοκτονίας στους ενήλικους και το 80% των αποπειρών αυτοκτονίας κατά την παιδική και εφηβική ηλικία μπορούν να αποδοθούν στις πρώιμες τραυματικές εμπειρίες (DeRubeis et al., 2016).

Η εγκυρότερη τεκμηρίωση της σχέσης μεταξύ του πρώιμου τραύματος και της αυτοκτονικότητας προκύπτει από τις μελέτες που διερευνούν τις επιπτώσεις βίωσης τραυματικών εμπειριών, όπως της σεξουαλικής, της σωματικής και της συναισθηματικής κακοποίησης στην πρώιμη παιδική ηλικία (Briere et al., 2015· Nauert, 2016), καθώς και από τα δεδομένα των νευροβιολογικών ερευνών, οι οποίες αναδεικνύουν τις βιολογικές επιδράσεις του παιδικού ψυχικού τραύματος, τόσο άμεσα όσο και μακροπρόθεσμα (Valderrama & Miranda, 2017· O'Connor et al., 2018).

Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έγινε επίσης φανερό ότι το παιδικό τραύμα σχετίζεται με την εκδήλωση πολλαπλών αποπειρών αυτοκτονίας στην ενήλικη ζωή και πλήθος άλλων προβλημάτων υγείας, όπως κατάθλιψη, αποσυνδεδετικά συμπτώματα, διαταραχές του ύπνου, σεξουαλικά προβλήματα, κ.α. Οι συσσωρευμένες τραυματικές εμπειρίες και η συναισθηματική κακοποίηση, με τους διαμεσολαβητικούς παράγοντες που προέκυψαν στην ανάλυση των αποτελεσμάτων, αποτελούν σταθερό εύρημα στη διεθνή βιβλιογραφία για την αυτοκτονικότητα (Spertus et al., 2003· Klomek et al., 2015· Williams et al., 2016). Μάλιστα, οι σχετικές έρευνες υποδεικνύουν πως αυτή η σχέση είναι σταθερή τόσο σε κλινικές ομάδες όσο και στο γενικό πληθυσμό (Fjeldsted, 2017).

Επιπρόσθετα, δεν είναι λίγες οι επιδημιολογικές μελέτες που δείχνουν ότι η συναισθηματική κακοποίηση εμφανίζει τη μεγαλύτερη συσχέτιση με την κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή, συγκριτικά με άλλες μορφές κακοποίησης (Charman et al., 2004). Σύμφωνα με μία ακόμη βιβλιογραφική ανασκόπηση, ενήλικες που έχουν εκτεθεί σε συναισθηματική κακοποίηση κατά την παιδική τους ηλικία έχουν τριπλάσιες πιθανότητες να εκδηλώσουν καταθλιπτική διαταραχή (Norman et al., 2012). Αναδρομικές μελέτες επιβεβαιώνουν επίσης αυτές τις αρνητικές επιπτώσεις, της πρώιμης συναισθηματικής κακοποίησης για την ενήλικη ζωή, και τις συνδέουν με κατάθλιψη, άγχος, αυτοκτονικές συμπεριφορές, διαταραχές χρήσης ουσιών, προσωπικότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση και άλλα προβλήματα υγείας (Conus et al., 2010). Ορισμένες μελέτες υποστηρίζουν ακόμα πως οι επιπτώσεις της συναισθηματικής κακοποίησης αποβαίνουν πιο σοβαρές από άλλες μορφές κακοποίησης της παιδικής ηλικίας (Yates, 2007· Brodsky & Biggs, 2012).

Δεδομένου ότι η κατάθλιψη σχετίζεται σε εξαιρετικά μεγάλο βαθμό και με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, καθώς είναι η διαταραχή που βρίσκεται συχνότερα ως διάγνωση σε αυτόν τον πληθυσμό (McMillan et al., 2010· Sakinofsky, 2014· Inoue et al., 2017), είναι σχεδόν φυσικό επακόλουθο το εύρημα της πλειοψηφίας των μελετών, μεταξύ και της παρούσης, που υποστηρίζει ότι τραυματικές εμπειρίες, όπως η συναισθηματική κακοποίηση, κατά την πρώιμη παιδική ηλικία αποτελούν παράγοντες υψηλού κινδύνου για τη μετέπειτα εκδήλωση αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών (Fuller-Thomson et al., 2016).

Σε σχέση με την επίδραση των πρόσφατων ψυχοπιεστικών γεγονότων στην εκδήλωση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον το εύρημα της παρούσας μελέτης σχετικά με την εκτίμηση / αξιολόγηση των γεγονότων, που βρέθηκε να σχετίζεται περισσότερο με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά συγκριτικά την ύπαρξη ή τη συσσώρευση των ψυχοπιεστικών γεγονότων, όπως μετρώνται από την

κλίμακα βαθμολόγησης της κοινωνικής επαναπροσαρμογής (SRRS). Δηλαδή, ανάμεσα στις ομάδες των ασθενών που μελετήθηκαν, δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά το συνολικό σκορ της κλίμακας για τα γεγονότα ζωής (SRRS), αλλά βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές αναφορικά με την υποκειμενική, θετική ή αρνητική, εκτίμηση των γεγονότων ζωής στην κλίμακα SRRS-Σημαντικότητα.

Ειδικότερα, στο στατιστικό μοντέλο της λογιστικής παλινδρόμησης, με ελεγχόμενες τις διαμεσολαβητικές μεταβλητές, η αυξανόμενη θετική πρόσληψη των γεγονότων ζωής συσχετίστηκε με μειωμένο κίνδυνο εκδήλωσης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, ενώ η αυξανόμενη αρνητική εκτίμηση των γεγονότων συσχετίστηκε με αυξανόμενο κίνδυνο εμφάνισης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Βρέθηκε, δηλαδή, πως όσοι ασθενείς είχαν στο ιστορικό τους έστω και μία απόπειρα αυτοκτονίας παρουσίαζαν και πιο υψηλό σκορ αρνητικής εκτίμησης των γεγονότων που τους είχαν συμβεί, σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς ιστορικό απόπειρας. Επιπλέον, οι ασθενείς με ιστορικό πολλαπλών αποπειρών εμφάνιζαν και το πιο μεγάλο σκορ αρνητικής εκτίμησης των γεγονότων. Αντίθετα, οι ασθενείς χωρίς ιστορικό απόπειρας, μολονότι όλοι είχαν διαγνωστεί με καταθλιπτική διαταραχή, εμφάνιζαν το πιο υψηλό σκορ στη θετική εκτίμηση των γεγονότων, μεγαλύτερο και από τους ασθενείς με ιστορικό μίας προηγούμενης απόπειρας και από τους ασθενείς με ιστορικό πολλαπλών προηγούμενων αποπειρών.

Αναδεικνύεται, επομένως, πως ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο αξιολογεί τα στρεσογόνα γεγονότα που λαμβάνουν χώρα στην ενήλικη ζωή του, είναι καθοριστικός παράγοντας για τη συμπεριφορά που εκδηλώνει, ακόμα και για καιρό μετά το αγχογόνο γεγονός. Στην προκειμένη, επιβεβαιώνεται από πλήθος μελετών πως τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με επακόλουθη αυτοκτονική συμπεριφορά (Fjeldsted, 2017), ωστόσο, το εύρημα της παρούσας εργασίας φαίνεται να συνδέεται άμεσα με τα ευρήματα σύγχρονων μελετών για την σχέση της επαναλαμβανόμενης αρνητικής σκέψης και της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, και άλλων εκδηλώσεων (Spinhoven, 2018· Gustavson et al., 2018· Law & Tucker, 2018· Bowen et al., 2019).

Πιο συγκεκριμένα, σε μία πρόσφατη ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας από τους Law και Tucker (2018), σχετικά με την επαναλαμβανόμενη αρνητική σκέψη (RNT) και την αυτοκτονία, προέκυψε πως, ύστερα από αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες, οι επαναλαμβανόμενες αρνητικές σκέψεις συχνά οδηγούν σε μια αίσθηση παγίδευσης και απελπισίας, που μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση αυτοκτονικού ιδεασμού και να διευκολύνει, στην συνέχεια, τη μετάβαση από τον αυτοκτονικό ιδεασμό στην απόπειρα αυτοκτονίας, μέσω της επαναλαμβανόμενης έκθεσης σε βίαιες σκέψεις, ιδέες και εικόνες που σχετίζονται με αυτοκτονία (Law & Tucker, 2018).

Επίσης, η εκτεταμένη έρευνα ως σήμερα έχει εντοπίσει μια σημαντική αλληλεπικάλυψη μεταξύ των ποικίλων μοτίβων της επαναλαμβανόμενης αρνητικής σκέψης σε διάφορες συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές, από την οποία συνεπάγεται ότι, πιθανότατα, η διαδικασία της επαναλαμβανόμενης αρνητικής σκέψης αποτελεί έναν δια-διαγνωστικό (McEvoy, 2013· Gustavson et al., 2018), καθώς και έναν πιθανό προγνωστικό παράγοντα (Spinhoven et al., 2018) για την κατάθλιψη και το άγχος. Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών υποδηλώνουν ότι η RNT, αφενός μπορεί να βρίσκεται στον πυρήνα της συννοσηρότητας μεταξύ της κατάθλιψης και του άγχους, αφετέρου συνιστά ένα ευρύτερο σχήμα / σκευή που μπορεί να είναι ανεξάρτητο από διαταραχές και που ενσωματώνει κι άλλες κατασκευές, όπως είναι η τάση κάποιου να βιώνει ενοχλητικές, παρεμβατικές σκέψεις ή να έχει χαμηλά επίπεδα προσοχής (Gustavson et al., 2018).

Στην παρούσα μελέτη, τόσο η αρνητική εκτίμηση των γεγονότων όσο και η κατάθλιψη και η απελπισία συσχετίστηκαν με τις απόπειρες αυτοκτονίας, και ιδιαίτερα με τις πολλαπλές απόπειρες· ευρήματα που ενδεχομένως συμβαδίζουν με την αναδυόμενη ερευνητική δραστηριότητα που καθιστά τα μοτίβα της επαναλαμβανόμενης αρνητικής

σκέψης, όπως τον μηρυκασμό, την ανησυχία, τα αντανάκλαστικά και τα πρηγούμενα ξεσπάσματα, κεντρικά στοιχεία στην εκδήλωση αλλά και την παγίωση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (Holdaway et al., 2018· Law & Tucker, 2018). Μάλιστα, σε μία νέα έρευνα βρέθηκε πως ο μηρυκασμός σχετίζεται σημαντικά με όλες τις πτυχές της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, και σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως σε άτομα με χαμηλή ποιότητα ύπνου, επιδεινώνει τον κίνδυνο για αυτοκτονία και τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Holdaway et al., 2018).

Αξίζει επίσης να σημειωθεί μια ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα μελέτη της Ysseldyk και των συνεργατών (2018), στην οποία προέκυψε ότι οι κοινωνικοί δεσμοί, όπως οι δεσμοί στην οικογένεια ή στις ομάδες, σχετίζονται με μειωμένες φλεγμονώδεις ανοσολογικές αντιδράσεις και λιγότερα προβλήματα ψυχικής υγείας, μέσω της μειωμένης αρνητικής σκέψης και του λιγότερου μηρυκασμού. Συγκεκριμένα, στην εν λόγω έρευνα διερευνήσαν εάν τα συστατικά της κοινωνικής ταυτότητας, δηλαδή οι δεσμοί στις ομάδες, επηρεάζουν και, κυρίως, εάν συνδέονται διαφορικά με την ψυχική υγεία και τις φλεγμονώδεις ανοσολογικές αντιδράσεις, καθώς και εάν ο μηρυκασμός (rumination) διαμεσολαβεί σε αυτές τις σχέσεις. Στα αποτελέσματα, αρχικά, βρέθηκε ότι ισχυρότεροι δεσμοί συσχετίζονται με λιγότερα συμπτώματα ψυχικής υγείας (καταθλιπτικό και μετατραυματικό άγχος) και πως αυτές οι σχέσεις διαμεσολαβούνταν από την τάση των ατόμων με ισχυρούς δεσμούς να στηρίζονται λιγότερο στην επαναλαμβανόμενη αρνητική σκέψη και το μηρυκασμό για να αντιμετωπίσουν ένα ψυχοπρεσβαστικό γεγονός. Επιπλέον, φάνηκε πως οι δεσμοί στην ομάδα συσχετίζονται αρνητικά, εκτός από τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τον διάσπαστο μηρυκασμό, και με τις φλεγμονώδεις αντιδράσεις που συνδέονται με το στρες σε φυσιολογικό επίπεδο· εύρημα που υποδηλώνει πως οι κοινωνικοί δεσμοί μπορεί να έχουν μοναδικά οφέλη για την υγεία (Ysseldyk et al., 2018).

Όλα τα παραπάνω φαίνεται να συνδέονται και με τα ευρήματα της παρούσας εργασίας, και πιο συγκεκριμένα, με τα αποτελέσματα για την ύπαρξη υψηλού ποσοστού ανεργίας, χαμηλού συνολικά επιπέδου εκπαίδευσης, απουσίας οικογενειακού περιβάλλοντος (απουσίας δηλαδή κοινωνικών δεσμών) και υψηλό σκορ αρνητικής εκτίμησης των γεγονότων στις ομάδες των ασθενών με ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, καθώς και με το εύρημα για την ύπαρξη διαμεσολαβητικών παραμέτρων στην σχέση της παιδικής κακοποίησης και της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, όπως το αίσθημα αισιοδοξίας, η θετική εκτίμηση των γεγονότων ζωής και οι στρατηγικές αντιμετώπισης (της συμπεριφορικής αποστασιοποίησης και της θετικής αναδιατύπωσης). Άλλωστε, είναι χαρακτηριστικό πως οι αυτοκαταστροφικοί ασθενείς τείνουν να έχουν περισσότερο καταθλιπτικό συναίσθημα, με υψηλά επίπεδα αισθήματος απελπισίας, απαισιοδοξίας, παρορμητικότητας και επιθετικότητας, να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και να κάνουν πτωχή διαχείριση της καθημερινότητας και των προβλημάτων τους.

Για παράδειγμα, σε σχέση με τις στρατηγικές αντιμετώπισης που αποτελούσαν επιμέρους ερωτήματα και της παρούσας εργασίας, σε μια μελέτη όπου διερευνήθηκαν, σε δείγμα 298 φοιτητών, το νόημα της ζωής και οι στρατηγικές αντιμετώπισης ως στατιστικοί προγνωστικοί δείκτες της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, βρέθηκε ότι η αλληλεπίδραση της αίσθησης της συνεκτικότητας / συνοχής και των στρατηγικών αντιμετώπισης (εστιασμένων στο συναίσθημα) είχε μια μοναδική, σημαντική συμβολή στην πρόβλεψη όλων των μεταβλητών της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, ειδικά για τις γυναίκες. Για τους άνδρες, προέκυψε πως η αλληλεπίδραση μεταξύ της αίσθησης της συνοχής και της αντιμετώπισης με στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα, συνέβαλε σημαντικά στην πρόγνωση του αυτοκτονικού ιδεασμού. Είναι σκόπιμο επίσης να σημειωθεί ότι όλες οι συσχετίσεις παρέμειναν σημαντικές ακόμα και όταν ελέγχονταν η μεταβλητή της απελπισίας, επιβεβαιώνοντας έτσι, ως ένα βαθμό, την υπόθεση πως το

νόημα της ζωής μπορεί να λειτουργεί ως ένα ρυθμιστικό στοιχείο ανάμεσα στις στρατηγικές αντιμετώπισης και τις αυτοκτονικές εκδηλώσεις (Edwards & Holden, 2001).

Στην παρούσα εργασία προέκυψαν επτά στρατηγικές αντιμετώπισης οι οποίες διέφεραν σημαντικά ανάμεσα στις ομάδες ασθενών που μελετήθηκαν: η ενεργή αντιμετώπιση (ενεργό coping), η χρήση συναισθηματικής υποστήριξης, η χρήση οργανικής υποστήριξης, η συμπεριφορική αποσύνδεση, η θετική αναδιατύπωση, ο σχεδιασμός και η αποδοχή. Μάλιστα, οι πολλαπλές τραυματικές εμπειρίες και η αυτοκαταστροφικότητα συσχετίστηκαν αρνητικά με τους αποτελεσματικούς τρόπους επίλυσης προβλημάτων, όπως η χρήση ενεργής στρατηγικής αντιμετώπισης, ο σχεδιασμός και η αντιμετώπιση με συναισθηματικό προσανατολισμό (συναισθηματική υποστήριξη, αποδοχή, κ.λπ.), και θετικά με τους λιγότερο αποτελεσματικούς, όπως η αποσύνδεση και η χρήση ουσιών.

Η παραπάνω κοινωνική δυσπροσαρμοστικότητα ίσως έχει και βιολογικό υπόστρωμα, δεδομένου ότι, όπως υποδεικνύεται από τη βιβλιογραφία, έχει ως αφετηρία την παιδική κακοποίηση (Smucker & Niederee, 1995). Πιο συγκεκριμένα, η ικανότητα σωστής αξιολόγησης των σωματικών εκφράσεων των άλλων είναι μία σημαντική πηγή πληροφοριών που χρησιμοποιείται στην κοινωνική επαφή. Η ανάπτυξη αυτής της γνωστικής ικανότητας επηρεάζεται από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων αναφέρεται και η παιδική κακοποίηση (Karolina et al., 2018). Για παράδειγμα, ενήλικες που έχουν εκτεθεί σε κακοποίηση κατά την παιδική τους ηλικία αξιολογούν λανθασμένα τις εκφράσεις προσώπων, με αποτέλεσμα το έλλειμμα αυτό να επιφέρει δυσκολίες στην κοινωνική επαφή (Edmiston & Blackford, 2013). Επίσης, όπως αναφέρθηκε στο θεωρητικό μέρος της εργασίας, όσα άτομα έχουν εκτεθεί σε χρόνιο τραυματισμό από την παιδική τους ηλικία, η γνωστική εκτίμηση εκδηλώνεται με τη δημιουργία σχημάτων βασισμένων στο τραύμα, καθορίζοντας το πως τα επόμενα γεγονότα θα γίνουν κατανοητά και αντιληπτά (Smucker & Niederee, 1995). Έτσι, το τραυματισμένο άτομο εγκλωβίζεται σε μια στάση παραίτησης και θυματοποίησης, που καθιστά ακατόρθωτη την αντιμετώπιση ακόμα και των πιο ασήμαντων προβλημάτων της καθημερινότητας. Υπό αυτήν την οπτική, το πρώιμο τραύμα φαίνεται να πλήττει σοβαρά και μόνιμα την αυτοεκτίμηση του ατόμου, με συνεπαγόμενες ετεροχρονισμένες επιδράσεις που καθίστανται εμφανείς στην ενήλικη ζωή, και που εκφράζονται είτε μέσω χρόνιων μετατραυματικών συμπτωμάτων και διαταραχών, είτε ως ελλιπείς κοινωνικές δεξιότητες, απουσία κοινωνικών δεσμών και διαπροσωπικών σχέσεων, καθώς και ανεπαρκείς ικανότητες επίλυσης προβλημάτων και προσαρμογής, μειωμένη κοινωνική και γνωστική αντίληψη, έλλειψη κινήτρων, στρατηγικών στόχων και θέλησης για τη ζωή.

Βέβαια, πρέπει να επισημανθεί πως, η μικρής διάρκειας έκθεση του παιδιού σε ήπιο ή μέτριο στρες, αφού το προετοιμάζει στην αντιμετώπιση των δύσκολων καταστάσεων, δεν φαίνεται να έχει αρνητικές επιπτώσεις αλλά αντίθετα, συμβάλλει στην ψυχική του ανθεκτικότητα και προάγει την ομαλή προσαρμοστικότητά του στο περιβάλλον· εάν η έκθεση αυτή πραγματοποιείται στα πλαίσια θετικών σχέσεων και αλληλεπιδράσεων μεταξύ του παιδιού και των γονέων ή των ατόμων που το φροντίζουν. Οι επιγενετικές αλλαγές στην απαντητικότητα σε ψυχοπρεστικά γεγονότα ζωής ή αντιξοότητες στην παιδική ηλικία, καθώς και ποικίλοι προστατευτικοί παράγοντες (ατομικά στοιχεία, κοινωνικό περιβάλλον, δεσμοί, κ.ο.κ) επιτρέπουν επίσης στο άτομο να προσαρμόσει αποτελεσματικά τη λειτουργία του στο περιβάλλον όπου μεγαλώνει (Heller et al., 2017).

Ωστόσο, όπως έχει πλέον διαπιστωθεί, οι συνεχείς πρώιμες τραυματικές εμπειρίες ενσωματώνονται στον οργανισμό του αναπτυσσόμενου ατόμου, αλλάζοντας την γονιδιακή έκφραση και τη δομή του εγκεφάλου, απορρυθμίζοντας την λειτουργία του συστήματος απάντησης στο στρες (ΚΝΣ, ενδοκρινείς αδένες, ανοσοποιητικό σύστημα), επιφέροντας με αυτόν τον τρόπο σημαντικές τροποποιήσεις στη νευροφυσιολογική ανάπτυξη και συμπεριφορά (Valderrama & Miranda, 2017· O'Connor et al., 2018).

Από την άλλη πλευρά, όπως προαναφέρθηκε, τουλάχιστον τρία νευροδιαβιβαστικά συστήματα έχει διαπιστωθεί πως συμμετέχουν στη νευροβιολογία της αυτοκτονικής συμπεριφοράς: η υπερδραστηριότητα του άξονα Υποθαλάμου - Υπόφυσης - Επινεφριδίων (ΥΥΕ), του νοραδρενεργικού συστήματος και των ενδοκρινών αδένων, που εμπλέκονται στην απαντητικότητα στο στρες, καθώς και η δυσλειτουργία του σεροτονινεργικού συστήματος, το οποίο συνδέεται με τα ατομικά, ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά, όπως η ρύθμιση του άγχους, η παρορμητικότητα και η επιθετικότητα (Paradourouli, 2013· Polanco-Roman et al., 2016). Επίσης, πρόσφατα δεδομένα δείχνουν πως τα μικρόγλοια -τα κύτταρα του ανοσοποιητικού στον εγκέφαλο-, μέσω των διαφόρων μηχανισμών που συμπεριλαμβάνουν, παίζουν καθοριστικούς ρόλους στην φλεγμονή του εγκεφάλου, και πλέον αποτελούν από τα πιο πιθανά συνεισφέροντα κύτταρα σε ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη και η σχιζοφρένεια, καθώς και σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (Talbot, 2018· Suzuki et al., 2019· Mezuk, 2019).

Όμως, όπως αναφέρθηκε, οι σύγχρονες μελέτες διαπιστώνουν συνδέσεις και μεταξύ της ποιότητας των κοινωνικών δεσμών, της σκέψης και των φλεγμονώδων αντιδράσεων (Ysseldyk et al., 2018), καθώς και το ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες δύνανται να επιφέρουν επιγενετικές αλλαγές στην εγκεφαλική δομή (Valderrama & Miranda, 2017). Τα παραπάνω, πέρα από το ότι επιβεβαιώνουν τις μέχρι τώρα γνωσιακές θεωρίες για την γνωστική ακαμψία και τη διχοτόμο σκέψη σε καταθλιπτικούς, αυτοκαταστροφικούς, αγχώδεις και άλλους ψυχιατρικούς ασθενείς, συνενώνουν τις θέσεις διαφορετικών κατευθύνσεων (ψυχαναλυτικών, γνωσιακών, συστημικών), και παρέχουν αποδείξεις για την άρρηκτη σχέση και αλληλεπίδραση βιολογικού, ψυχικού και κοινωνικού γίνεσθαι.

Στην πολυπαραγοντική αντίδραση απέναντι στο άγχος και σε στρεσογόνες καταστάσεις, είναι σαφές ότι πρωταρχικό ρόλο παίζει το σώμα και η ανοσολογική του απάντηση. Ωστόσο, φαίνεται ολοένα και περισσότερο πως κεντρικό στοιχείο στην πυροδότηση των σωματικών αντιδράσεων αποτελεί ο τρόπος που το άτομο επεξεργάζεται τα γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή του· και κυρίως, ο βαθμός στον οποίο προσλαμβάνει ένα εν δυνάμει απειλητικό γεγονός ως απειλητικό (εύρημα εν μέρει και της παρούσας εργασίας), το νόημα που του αποδίδει, καθώς και το πως αυτό το γεγονός συνδέεται με άλλα συμβάματα της προσωπικής του ιστορίας. Άλλωστε, η παρουσία του σώματος δεν μπορεί να γίνει παρά μόνο μέσα σε μια “ψυχική πραγματικότητα” (Freud, 1915), η οποία διακρίνεται από την εξωτερική πραγματικότητα. Έτσι, το σώμα αποτελεί μέρος της εξωτερικής πραγματικότητας αλλά, ταυτόχρονα, και πηγή της ψυχικής πραγματικότητας. Μέσω αυτού, η ψυχική δραστηριότητα προεκτείνεται στις εκφράσεις της εξωτερικής δραστηριότητας και συνάμα είναι προσιτή στην επίδραση των γεγονότων της ζωής. Ως εκ τούτου, το σώμα εγγράφεται σε όλα τα συστήματα που οικοδομούν τη ζωή και την ενότητα του ανθρώπινου οργανισμού και εμπλέκεται σε όλο το φάσμα της παθολογίας, και αυτή ακριβώς η πολλαπλότητα καθιστά έγκυρα όλα τα δυνατά ερμηνευτικά μοντέλα.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τη στατιστική ανάλυση των κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων, προέκυψε πως η οικογενειακή κατάσταση, η επαγγελματική κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην εμφάνιση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, με τις ομάδες των ασθενών με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας (και ιδιαίτερα η ομάδα με τις πολλαπλές απόπειρες) να εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό ανεργίας, απουσίας οικογενειακού περιβάλλοντος και χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης συγκριτικά με την ομάδα των ασθενών χωρίς ιστορικό απόπειρας (ομάδα αναφοράς).

Σε σχέση με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, προέκυψαν τρία γνωρίσματα που φαίνεται πως επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην εμφάνιση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς: η εξωστρέφεια, ο ψυχωτισμός και η αισιοδοξία. Πιο συγκεκριμένα, μετά την εφαρμογή του *post hoc* έλεγχου Tukey's, διαπιστώθηκε ότι το μέσο σκορ εξωστρέφειας για την ομάδα με μία απόπειρα διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό από το μέσο σκορ για την ομάδα με δύο ή περισσότερες απόπειρες, με την ομάδα των πολλαπλών αποπειρών να εμφανίζει τις πιο υψηλές τιμές. Όμοια και για το μέσο σκορ ψυχωτισμού, το οποίο βρέθηκε υψηλό στην ομάδα με ιστορικό πολλαπλών αποπειρών, και να διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό και από το μέσο σκορ της ομάδας χωρίς απόπειρα και από το μέσο σκορ της ομάδας με μία απόπειρα. Αντίθετα, το μέσο σκορ αισιοδοξίας ήταν πολύ πιο υψηλό στην ομάδα χωρίς ιστορικό απόπειρας, και διέφερε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό από τα μέση σκορ και των δύο μελετούμενων ομάδων αποπειρών, και της ομάδας με μία απόπειρα και της ομάδας με πολλαπλές απόπειρες.

Το αίσθημα απελπισίας και η κατάθλιψη βρέθηκαν, επίσης, να σχετίζονται στενά με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και να αποτελούν πιθανούς προγνωστικούς παράγοντες για την εκδήλωσή της, όπως άλλωστε έχει αποδειχθεί και από πλήθος άλλων μελετών. Πιο συγκεκριμένα, στην παρούσα έρευνα, όσον αφορά την απελπισία, σημαντική διαφορά εντοπίστηκε ανάμεσα στην ομάδα χωρίς ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας και στην ομάδα με ιστορικό πολλαπλών αποπειρών, με την τελευταία ομάδα να εμφανίζει σε σημαντικά υψηλότερο βαθμό το αίσθημα της απελπισίας.

Αντίθετα, σε σχέση με την κατάθλιψη, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε όλες τις ομάδες. Ειδικότερα, ο *post hoc* έλεγχος Tukey's έδειξε ότι στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίζεται ανάμεσα στην ομάδα με ιστορικό πολλαπλών αποπειρών και στην ομάδα ασθενών χωρίς ιστορικό απόπειρας, με υψηλότερο σκορ για την ομάδα με τις πολλαπλές απόπειρες αυτοκτονίας. Σημαντική διαφορά προέκυψε και ανάμεσα στην ομάδα με πολλαπλές απόπειρες και στην ομάδα με μία απόπειρα, επίσης, με υψηλότερο σκορ για την ομάδα με τις πολλαπλές προηγούμενες απόπειρες αυτοκαταστροφής (δύο ή περισσότερες απόπειρες). Με άλλα λόγια, παρατηρήθηκε ότι όσο πιο σοβαρός ήταν ο βαθμός της κατάθλιψης, τόσο πιο πιθανό ήταν ο ασθενής να έχει στο ιστορικό του δύο ή περισσότερες απόπειρες αυτοκαταστροφής.

Κατά τη διερεύνηση της σχέσης του πρώιμου τραύματος με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, προέκυψε πως ο συνολικός δείκτης τραύματος σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τις πολλαπλές απόπειρες. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε η ύπαρξη πολλαπλών συνολικά τραυματικών εμπειριών, όπως σωματικής, συναισθηματικής και σεξουαλικής κακοποίησης, σε υψηλότερα επίπεδα στους ασθενείς με ιστορικό δύο ή περισσότερων αποπειρών αυτοκτονίας συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς ιστορικό απόπειρας και συγκριτικά με τους ασθενείς με ιστορικό μίας απόπειρας αυτοκτονίας.

Στα αρχικά αποτελέσματα των τεχνικών λογιστικής παλινδρόμησης προέκυψε πως η συναισθηματική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία, σχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με την εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στην ενηλικίωση, και θα μπορούσε να είναι παράγοντας κινδύνου για απόπειρα αυτοκτονίας. Πιο συγκεκριμένα, αφού εφαρμόσαμε λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή όλες τις απόπειρες αυτοκαταστροφής (απόπειρες αυτοκτονίας - συνυπολογίζοντας και τις δύο ομάδες αποπειραθέντων) και ανεξάρτητες το γενικό τραύμα, την συναισθηματική κακοποίηση, την σωματική κακοποίηση και την σεξουαλική κακοποίηση, προέκυψε στατιστική σημαντικότητα για τη μεταβλητή της συναισθηματικής κακοποίησης ( $p=0,03$ ).

Επίσης, από τα αποτελέσματα του ελέγχου Sobel, προέκυψε ότι η κατάθλιψη, το αίσθημα αισιοδοξίας, οι στρατηγικές της συμπεριφορικής αποστασιοποίησης και της θετικής αναδιατύπωσης, όπως και η αρνητική εκτίμηση των πρόσφατων ψυχοπιεστικών γεγονότων είναι διαμεσολαβητικοί παράγοντες (mediators) για την συναισθηματική



κακοποίηση. Αυτό σημαίνει ότι η παιδική συναισθηματική κακοποίηση συσχετίζεται με την εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς κατά την ενήλικη ζωή, αλλά αυτή η σχέση εξαρτάται από την ύπαρξη και τον βαθμό αυτών των παραγόντων. Ειδικότερα, φάνηκε πως η παρουσία κατάθλιψης, η αρνητική εκτίμηση των γεγονότων ζωής, καθώς και η συμπεριφορική αποστασιοποίηση ως στρατηγική αντιμετώπισης προβλημάτων, όταν υπάρχει ιστορικό παιδικού συναισθηματικού τραύματος, ευνοούν ή αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης αυτοκαταστροφικότητας στην ενήλικη ζωή. Αντίθετα, το αίσθημα αισιοδοξίας και η στρατηγική της θετικής αναδιατύπωσης των στρεσογόνων γεγονότων φάνηκε πως μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης και μετριάζουν αυτήν την συσχέτιση.

Από τη διερεύνηση της επίδρασης των πρόσφατων ψυχοπιεστικών γεγονότων στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, δεν προέκυψαν διαφορές ανάμεσα στις ομάδες όσον αφορά την κλίμακα μέτρησης των γεγονότων ζωής (SRRS). Ωστόσο, διαπιστώθηκαν μεγάλες διαφορές και στις τρεις ομάδες αναφορικά με την SRRS-εκτίμηση / αξιολόγηση των γεγονότων. Συγκεκριμένα, βρέθηκε πως τόσο το σκορ για την αρνητική εκτίμηση των πρόσφατων γεγονότων ζωής, όσο και το σκορ για τη θετική εκτίμηση, διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ανάμεσα και στις τρεις ομάδες. Από τον post hoc έλεγχο Tukey's προέκυψε ότι η ομάδα με ιστορικό μίας απόπειρας αυτοκαταστροφής εμφανίζει μεγαλύτερο σκορ για την αρνητική εκτίμηση (κατά 27,61 μονάδες) από την ομάδα χωρίς ιστορικό απόπειρας, όπως και ότι η ομάδα με ιστορικό πολλαπλών αποπειρών αυτοκαταστροφής έχει μεγαλύτερο σκορ αρνητικής εκτίμησης των γεγονότων (κατά 24,70 μονάδες) από την ομάδα χωρίς ιστορικό. Στα αποτελέσματα για τη θετική εκτίμηση των γεγονότων ζωής, προέκυψε ότι η ομάδα αναφοράς (χωρίς καμία απόπειρα) έχει υψηλότερο σκορ θετικής εκτίμησης (κατά 13,01 μονάδες) συγκριτικά με την ομάδα με ιστορικό μίας απόπειρας, και παρουσιάζει, επίσης, υψηλότερο σκορ και από την ομάδα ασθενών με ιστορικό πολλαπλών αποπειρών, κατά 13,18 μονάδες.

Επιπλέον, στο μοντέλο της λογιστικής παλινδρόμησης με επεξηγηματικές μεταβλητές [το φύλο, την ηλικία, την κατάθλιψη, την απελπισία, τις διαταραχές σχετιζόμενες με τραύμα, το γενικό τραύμα, την συναισθηματική, την σωματική και την σεξουαλική κακοποίηση, καθώς και τα σκορ για τη θετική και την αρνητική εκτίμηση των πρόσφατων γεγονότων ζωής (SRRS Positive & SRRS Negative)], προέκυψε επίσης στατιστική σημαντικότητα. Ειδικότερα, το συγκεκριμένο μοντέλο ερμηνεύει το 41,5% (Nagelkerke R<sup>2</sup>) της μεταβλητότητας στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και κάνει ορθή ταξινόμηση του 76,2% των περιπτώσεων. Στα αποτελέσματα προέκυψε πως αυξανόμενο σκορ στην κλίμακα για τη θετική εκτίμηση (SRRS-Positive) των γεγονότων ζωής συσχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο εκδήλωσης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, ενώ αυξανόμενο σκορ στην κλίμακα για την αρνητική εκτίμηση (SRRS-Negative) συσχετίζεται με αυξανόμενο κίνδυνο εμφάνισης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Οι υπόλοιπες μεταβλητές που ελέχθηκαν δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές.

Από τη διερεύνηση αναφορικά με τους μηχανισμούς αντιμετώπισης, βρέθηκε πως όσο πιο πολλές οι τραυματικές εμπειρίες από την παιδική ηλικία (όσο πιο υψηλό το σκορ στο τραύμα), τόσο πιο πιθανή η χρήση λιγότερο αποτελεσματικών τρόπων / στρατηγικών αντιμετώπισης, όπως η χρήση ουσιών και η συμπεριφορική αποσύνδεση. Προέκυψαν 7 στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων οι οποίες διαφέρουν σημαντικά ανάμεσα στις τρεις ομάδες, και πιο συγκεκριμένα, ανάμεσα στην ομάδα αναφοράς και την ομάδα με πολλαπλές απόπειρες, και ανάμεσα στην ομάδα με μία απόπειρα και την ομάδα με πολλαπλές απόπειρες: η ενεργή αντιμετώπιση (ενεργό coping), η χρήση συναισθηματικής υποστήριξης, η χρήση οργανικής υποστήριξης, η συμπεριφορική αποσύνδεση, η θετική αναδιατύπωση, ο σχεδιασμός και η αποδοχή. Η ομάδα με τις πολλαπλές απόπειρες ήταν αυτή που εμφάνιζε τις πιο μεγάλες διαφοροποιήσεις, με τα πιο υψηλά σκορ στη χρήση ουσιών και την αποσύνδεση, και τα πιο χαμηλά σκορ στην ενεργή αντιμετώπιση, τον σχεδιασμό, τη θετική αναδιατύπωση και την αποδοχή.

Τέλος, η ανάλυση συσχετίσεων, που πραγματοποιήθηκε για να διερευνηθεί η σχέση του πρώιμου τραύματος με την εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, καθώς και με την εμφάνιση διαταραχών που οφείλονται σε προγενέστερο τραύμα, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τις στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων, έδειξε ότι το τραύμα, όπως αυτό παριστάνεται από τις μεταβλητές της κλίμακας ETI-SR-SF (γενικό τραύμα, σωματική κακοποίηση, συναισθηματική κακοποίηση, σεξουαλική κακοποίηση) σχετίζεται τόσο με την εμφάνιση αυτοκτονικών εκδηλώσεων, κατάθλιψη, αγχωδών διαταραχών, αποσυνδεδειγμένων και σεξουαλικών προβλημάτων, και ταυτόχρονα επηρεάζει την ανάπτυξη της προσωπικότητας και των μηχανισμών αντιμετώπισης προβλημάτων.

Πιο συγκεκριμένα, από την ανάλυση συσχετίσεων προέκυψε ότι η σωματική κακοποίηση σχετίζεται με την X61 (Εκούσια αυτοδηλητηρίαση από έκθεση σε αντιεπιληπτικά, κατασταλτικά - υπνωτικά, αντιπαρκινσονικά και ψυχοτρόπα φάρμακα που δεν ταξινομούνται αλλού) κλινική διάγνωση του ICD-10 για την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Μάλιστα, στην ανάλυση συχνότητας, η ίδια κλινική διάγνωση (X61) ήταν η συχνότερη διάγνωση στην ομάδα των ασθενών με ιστορικό πολλαπλών αποπειρών. Ακόμα, η ανάλυση συσχετίσεων έδειξε πως όσοι ασθενείς εμφανίζουν χαμηλό σκορ για γενικό τραύμα, σωματική κακοποίηση και συναισθηματική κακοποίηση, συσχετίζονται με υψηλότερο σκορ για την ενεργή αντιμετώπιση, με χαμηλότερο για τη χρήση ουσιών, με χαμηλότερο για την συμπεριφορική αποστασιοποίηση, με χαμηλότερο για την εκτόνωση και με υψηλότερο για τη θετική αναδιτύπωση.

Ειδικότερα, προέκυψε ότι όσο πιο μικρό σκορ έχει κάποιος για τις μεταβλητές γενικό τραύμα, σωματική κακοποίηση, συναισθηματική κακοποίηση και σεξουαλική κακοποίηση, τόσο λιγότερες απόπειρες αυτοκαταστροφής θα έχει κάνει και τόσο πιο μικρό σκορ νευρωτισμού θα έχει. Επιπρόσθετα, βρέθηκε πως αυτοί που έχουν μεγαλύτερο σκορ στο γενικό τραύμα, μικρότερο στη συναισθηματική κακοποίηση και μεγαλύτερο στη σεξουαλική κακοποίηση, σχετίζονται με μεγαλύτερο σκορ συμπτωμάτων αποσύνδεσης και μεγαλύτερο σκορ δείκτη σεξουαλικής κακοποίησης. Με επιπλέον επεξηγηματική μεταβλητή το φύλο, η ανάλυση συσχετίσεων έδειξε πως αυτοί που έχουν μικρότερο σκορ στους δείκτες γενικό τραύμα, σωματική κακοποίηση, σεξουαλική κακοποίηση και είναι άνδρες, σχετίζονται με μικρότερο σκορ για άγχος, κατάθλιψη, δείκτη σεξουαλικής κακοποίησης, συμπτώματα αποσύνδεσης, σεξουαλικά προβλήματα, διαταραχές του ύπνου, και λιγότερες απόπειρες αυτοκαταστροφής.

Συνοψίζοντας τα στατιστικά αποτελέσματα, προέκυψε ότι οι μεταβλητές: φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα, επίπεδο εκπαίδευσης, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (αισιοδοξία, εξωστρέφεια, ψυχωτισμός), το σκορ της κλίμακας για την απελπισία, το σκορ της κλίμακας για την κατάθλιψη, το σκορ της κλίμακας για την αισιοδοξία, το σκορ των κλιμάκων για τη θετική και την αρνητική εκτίμηση των πρόσφατων γεγονότων ζωής, το σκορ της κλίμακας για το τραύμα, η συναισθηματική κακοποίηση, η σωματική κακοποίηση, καθώς και οι στρατηγικές αντιμετώπισης: ενεργή αντιμετώπιση, σχεδιασμός, αποδοχή, χρήση συναισθηματικής υποστήριξης, χρήση οργανικής υποστήριξης, θετική αναδιτύπωση και συμπεριφορική αποστασιοποίηση, σχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με την εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στην ενήλικη ζωή. Όμως, όπως προέκυψε από την ανάλυση συσχετίσεων, ορισμένοι από αυτούς τους παράγοντες σχετίζονται και με τις μεταβλητές που συνιστούν το πρώιμο τραύμα, γεγονός που ενισχύει πιθανόν ακόμα περισσότερο τις σύγχρονες θέσεις για τη διαλεκτική, δυναμική και πολυπαραγοντική σχέση μεταξύ της αυτοκαταστροφικότητας και των γεγονότων της ζωής.

## Περιορισμοί και πλεονεκτήματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας

Ένας βασικός περιορισμός της παρούσας μελέτης είναι η συσχετιστική φύση της. Ο ερευνητικός μας σχεδιασμός μας έδωσε βέβαια τη δυνατότητα να διερευνήσουμε ένα πολυδιάστατο μοντέλο για τα γεγονότα ζωής και την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, ενσωματώνοντας μεταβλητές που δεν είχαν ως τώρα μελετηθεί στον ελληνικό πληθυσμό, όπως το πρώιμο ψυχικό τραύμα και οι στρατηγικές αντιμετώπισης. Ωστόσο, όπως προαναφέραμε, η βάση του σχεδιασμού και της ερμηνείας των αποτελεσμάτων είναι σε μεγάλο βαθμό συσχετιστική, με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολη η απόδοση αιτιακών σχέσεων. Με εξαίρεση, επομένως, μια σειρά προβλεπτικών παλινδρομικών μοντέλων, όπου επιχειρήθηκε η ερμηνεία της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στην ενήλικη ζωή σε συνάρτηση με τα πρόσφατα γεγονότα ζωής και τις δυσμενείς εμπειρίες από την παιδική ηλικία, καθώς και τις πιθανές επιπτώσεις που αυτές έχουν στην βιοψυχοκοινωνική ανάπτυξη, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης σκιαγραφούν περισσότερο μια τάση, ένα πιθανό “μονοπάτι”, και όχι σχέσεις αίτιου - αποτελέσματος.

Ένας δεύτερος περιορισμός σχετίζεται με το γεγονός ότι μεταβλητές όπως η σεξουαλική κακοποίηση, η σωματική κακοποίηση, η αυτόπτης μαρτυρία τραυματισμών ή βίαιων σκηνών, δεν είναι εύκολο να μετρηθούν αντικειμενικά και να ποσοτικοποιηθούν, μια δυσκολία που συναντάται συχνά κατά την απόπειρα παραμετροποίησης εξαιρετικά περίπλοκων ψυχολογικών διεργασιών στο πλαίσιο της αναπτυξιακής πορείας ενός ανθρώπου. Ακολούθως, περιοριστική για την παρούσα εργασία θα πρέπει να θεωρηθεί και η απουσία ομάδας μη κλινικού πληθυσμού, από την οποία θα μπορούσαν να προκύψουν ενδιαφέρουσες συγκρίσεις και πολύτιμες πληροφορίες για την επίπτωση του παιδικού τραύματος στην ενήλικη ζωή και τη σχέση του με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Επίσης, στους περιορισμούς της εργασίας θα μπορούσε να προστεθεί και η σύγκριση ανάμεσα σε τρεις ομάδες (ομάδα αναφοράς, ομάδα με μία απόπειρα, ομάδα με πολλαπλές απόπειρες) που πιθανόν επηρέασε αρνητικά το μέγεθος των συγκρίσεων, ωστόσο, για τους σκοπούς της έρευνας, θεωρήθηκε απαραίτητο να ελεγχθούν οι ήδη γνωστοί ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες για την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, όπως είναι το ιστορικό προηγούμενης απόπειρας αυτοκτονίας.

Παρά τους αναμφισβήτητα σημαντικούς περιορισμούς, η παρούσα μελέτη έχει ορισμένα πλεονεκτήματα, όπως είναι η πρωτοτυπία της, καθώς και το μεγάλο συνολικά μέγεθος του δείγματος, που επέτρεψαν την υλοποίηση των ερευνητικών μας σκοπών, οι οποίοι αφορούσαν συγκεκριμένα τη διερεύνηση της σχέσης του πρώιμου ψυχικού τραύματος και των ψυχοπαιστικών γεγονότων της ζωής στην εκδήλωση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Η μελέτη του τραύματος και εν γένει των γεγονότων ζωής στον ιδιαίτερα ευαίσθητο πληθυσμό ψυχιατρικών και αυτοκαταστροφικών ασθενών, αποκτά ακόμη μεγαλύτερο ειδικό βάρος και ιδιαίτερη ευθύνη.

Ελπίζουμε ότι με την παρούσα έρευνα θα συμβάλλουμε στην περαιτέρω κατανόηση των πολυπαραγοντικών, πολύπλοκων και δυναμικών σχέσεων μεταξύ των πρώιμων τραυματικών εμπειριών, των ψυχοπαιστικών γεγονότων και της αυτοκαταστροφικότητας στη ζωή του ενήλικα. Ειδικότερα, ελπίζουμε ότι τα ευρήματα της παρούσας μελέτης θα βοηθήσουν στον εντοπισμό παραγόντων κινδύνου στην εμφάνιση αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών σε ασθενείς, όπως και στην πληρέστερη κατανόηση της σχέσης του φαινομένου της αυτοκτονίας με το παιδικό τραύμα και τις στρεσογόνες εμπειρίες κατά την ενήλικη ζωή. Επίσης, ευελπιστούμε η μελέτη μας να χρησιμοποιηθεί στον τομέα της δημόσιας υγείας ώστε να δώσει χρήσιμες κατευθύνσεις σε προγράμματα πρόληψης και παρέμβασης, τόσο για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της αυτοκαταστροφικότητας, όσο και για τη μείωση των συνεπειών που επιφέρουν οι αντιξοότητες της παιδικής ηλικίας.

## Βιβλιογραφικές αναφορές

### Διεθνής Βιβλιογραφία

- Abreu L., Lafer B., Baca-Garcia E., Oquendo M. (2009) *Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician*, Rev Bras Psiquiatr 31, 271-280
- Adler A. (1956) *The Individual Psychology*, In: H.L. Ansbacher, R.R. Ansbacher (eds.) *The Individual Psychology of Alfred Adler: A Systematic Presentation in Selections from his Writings*, New York: Basic Book
- Aldwin C. (1994) *Stress, coping and development: An integrative perspective*, New York: Guilford Press
- Allebeck P., Allgulander C. (1990) *Psychiatric diagnoses as predictors of suicide: A comparison of diagnoses at conscription and in psychiatric care in a cohort of 50,465 young men*, Br J Psychiatry, Sep; 157:339-44
- Allport G. (1958) *Becoming: basic considerations for a psychology of personality*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 1995
- Allport G., Olibert H. (1936) *Trait names: a psycho-lexical study*, Psychological Monographs, 47 (211)
- Alvarez-Jimenez M., Gleeson J.F., Cotton S.M., Wade D., Crisp K., Yap M. B.H. & McGorry P.D. (2010) *Differential predictors of critical comments and emotional over-involvement in first-episode psychosis*, Psychological Medicine, 40: 63-72
- Alvarez M.J., Roura P., Oses A., Foguet Q., Sola J. & Arrufat F.X. (2011) *Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders*, Journal of Nervous and Mental Disorders, 199:156-161
- American Psychiatric Association (2013) *Overview of guideline development process*, Am J Psychiatry 2013, 160(Suppl):11
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition)*, Washington, D. C.: American Psychiatric Publishing
- Amirkhan J., Risinger R., Swickert R. (1995) *Extraversion: a hidden personality factor in coping?* Journal of Personality, 63(2): 189-212
- Androutsopoulou A., Bafiti T., Kalarritis G. (2014) *The enriched systemic perspective SANE- Systems Attachment Narrative Encephalon: Selected clinical guidelines for clinical practice*. Human Systems, The Journal of Therapy, Consultation and Training, 25, 161-176
- Apter A., Plutchik R., van Praag HM. (1993) *Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior*, Acta Psychiatr Scand, 1993; 87(1):1-5
- Armstrong M., Birnie-Lefcovitch S., Ungar M. (2005) *Pathways between social support, family well-being, quality of parenting and child resilience: What we know*, Journal of Child and Family Studies, 14(2), 269-281
- Anderson H., Goolishian H. (1988) *Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory*, Family Process, 27, 371-393
- Attwells S., Setiawan E., Wilson A., Rusjan P., Mizrahi R., Miler L., Xu C., Richter M., Kahn A., Kish S., Houle S., Ravindran L., Meyer J. (2017) *Inflammation in the Neurocircuitry of Obsessive-Compulsive Disorder*, JAMA Psychiatry, Aug 2017; 74(8):833-840
- Averil J. (1973) *Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress*, Psychological Bulletin, 80: 286-303
- Bandura A. (1977) *Self-efficacy toward a unifying theory of behavior change*, Psychological Review, 84: 191-215
- Barbalet J. (1998) *Emotion, Social Theory, and Social Structure, A Macro-sociological Approach*, Cambridge: Cambridge University Press
- Baumeister R., Leary M. (1995) *The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation*, Psychological Bulletin, 117: 497-529

- Beaumont G., Hetzel W. (1992) *Patients at risk of suicide and overdose*, Psychopharmacology (Berl), 1992; 106 Suppl: S123-6
- Beck AT, Steer RA (1988) *Manual for the Beck Hopelessness Scale*, San Antonio, Tex: Psychological Corp; 1988
- Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA (1990) *Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients*, Am J Psychiatry, 1990; 147: 190-195
- Beck AT (1999) *Cognitive approaches to suicide*, In: Goldsmith S (ed) *Suicide prevention and intervention*, Washington, DC, National Academy Press, 2001:10-12
- Beck AT, Schuyler D., Herman I. (1986) *Development of suicidal intent scales*, In: Beck AT, Resnic HLP, Lettieri DJ, eds. *The prediction of suicide*, Philadelphia, PA: The Charles Press Publishers, 1986: 45-56
- Beck J. S. (1995) *Cognitive therapy: Basics and beyond*, New York: Guilford. behaviour in childhood and adolescence. Acta Medica Academica, 41(2), 131-144
- Beitchman J. H., Zucker K. J., Hood J. E., DaCosta G. A., Akman D., & Cassavia, E. (1992) *A review of the long-term effects of child sexual abuse*, Child Abuse & Neglect, 16, 101-118
- Bellis M. (2017) *The History of the Antidepressant Prozac – The Making of a Miracle Cure?* (διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο εδώ)
- Berg B., Wilson J. (1991) *Psychological functioning across stages of treatment for infertility*, Journal of Behavioral Medicine, 14: 11-26
- Berg C., Meegan S., Deviney F. (1998) *A social-contextual model of coping with everyday problems across the lifespan*, International Journal of Behavioral Development, 22(2): 239-261
- Berghuis J., Stanton A. (2002) *Adjustment to a dyadic stressor: a longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70(2): 433-438
- Billings A., Moos R. (1981) *The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events*, Journal of Behavioral Medicine, 4: 157-189
- Bishop M., Rosenstein D., Bakelaar S. & Seedat, S. (2014) *An analysis of early developmental trauma in social anxiety disorder and posttraumatic stress disorder*, Annals of General Psychiatry, 13:16
- Blackburn R. (2001) *The psychology of criminal conduct*, Chic ester: Wiley
- Boekaerts M. (1996) *Coping with stress in childhood and adolescence*, In M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.) *Handbook of coping: Theory, research and applications*, New York: Wiley
- Bokanowski T. (2005) *Variations on the concept of traumatism*, International Journal of Psycho-Analysis, 86: 251-265
- Boldrini M., Mann J. (2015) *Pathophysiological Model of Suicide*, In: *Depression and Suicide*, Neurobiology of Brain Disorders
- Bostwick J., Pankratz S. (2000) *Affective disorders and suicide risk: a re-examination*, Am J Psychiatry, 157:1925–1932
- Bott E. (1971) *Family and social network: Norms and external relationships in ordinary urban families* (Rev. Ed.), London: Tavistock Publishing
- Bowen R., Baetz M., Leuschen C., Kalynchuk L. (2011) *Predictors of suicidal thoughts: Mood instability versus neuroticism*, In: Personality and Individual Differences, Volume 51, Issue 8, December 2011; 1034-1038
- Bowen R., Rahman H., Dong LY., Khalaj S., Baetz M., Peters E., Balbuena L. (2019) *Suicidality in People With Obsessive-Compulsive Symptoms or Personality Traits*, *Front Psychiatry*. 2019 Jan 14;9:747, doi: 10.3389/fpsy.2018.00747
- Bowlby J. (1969) *Attachment and loss*, Attachment, Vol. 1, New York: Basic Books
- Brauser D. (2014) *Child Sexual Abuse Linked to Suicidal Behavior*, Pediatrics, Published Online April '14
- Bremner J. D, Vermetten E., Mazure C. M. (2000) *Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: The Early Trauma Inventory*, Depress Anxiety, 12, 1–12

- Bremner J. D., Vythilingam M., Vernmetten E., Southwick S. M., McGlashan T. & Nazeer A. (2003) *MRI and PET study on deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and post-traumatic stress disorder*, *American Journal of Psychiatry*, 160, 924- 932
- Bremner J.D., Bolus R., Mayer E.A. (2007) *Psychometric properties of the Early Trauma Inventory-self report*, *J Nerv Ment Dis* 2007: 195:211–218
- Brewin C. R., Andrews B. & Valentine J. D. (2000) *Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults*, *Consult Clin Psychol.*, 68(5), 748-66
- Briere J. & Elliott, D. M. (2003) *Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women*, *Child Abuse & Neglect* 27, 1205–1222
- Briere J., Scott C. (2014) *Principles of trauma therapy-A guide to symptoms, evaluation, and treatment* (2nd ed., DSM-5 update), Thousand Oaks, CA: Sage
- Briere J., Madni L. A., Godbout N. (2015) *Recent Suicidality in the General Population: Multivariate Association With Childhood Maltreatment and Adult Victimization*, *Journal of Interpersonal Violence* 1–17, DOI: 10.1177/0886260515584339
- Britner P., Pianta, R., Marvin R. (2003) *Stress and coping: A comparison self-report measures of functioning in families of young children with cerebral palsy or no medical diagnosis*, *Journal of Child and Family Studies*, 12(3): 335-348
- Brodsky B., & Biggs, E. (2012) *Adverse childhood experiences and suicidal behavior*, *Suicidology*, 16-21
- Brodzinsky D., Elias M., Steger C., Simon J., Hitt J. (1992) *Coping Scale for Children and Youth: Scale development and validation*, *Journal of Applied Developmental Psychology*, 13: 195-214
- Bronstein Klomek A., Morocco F., et al., (2007) *Bullying, Depression and Suicidality in Adolescents*, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, Jan 2007, 46:1
- Brown J., Cohen P., Johnson J. G., & Smailes E. M. (1999) *Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality*, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1490-1496
- Bronfenbrenner U. (2005) *The ecology of human development*, Cambridge, MA: Harvard University Press
- Butcher P., Wind T., Bouma A. (2008) *Parenting stress in mothers and fathers of a child with a hemiparesis sources of stress, intervening factors and long- term expressions of stress*, *Child: care, health and development*, 34(4): 530- 541
- Buchman-Schmitt J., Chu C. et al. (2017) *The role of stressful life events preceding death by suicide: Evidence from two samples of suicide decedents*, *Psychiatry Research*, Volume 256, October 2017; 345-352
- Carr A. (2006) *Family Therapy: Concepts, process and practice*, 2nd ed, Chic ester: Wiley & Sons
- Carver C., Pozo C., Harris S., Noriega V., Scheier M., Robinson D., Ketchum A., Moffat F., Jr., Clark K. (1993) *How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 65: 375-390
- Carver C. (1997) *You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE*, *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1): 92-100
- Carver C., Scheier M., Weintraub J. (1989) *Assessing coping strategies: a theoretically based approach*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 56: 267-283
- Cattell R. (1950) *Personality: A systematic, theoretical and practical study*, New York: McGraw and Hill
- Cavanagh J., Carson A., Sharpe M., Lawrie M. (2003) *Psychological autopsy studies in suicide: a systematic review*, *Psychol Med* 2003, 33:395-405
- Cavanagh J., Smyth R. (2010) *Models of suicide risk: Suicide and self-harm*, *Psychiatric Studies* (Eighth Edition)
- Ceballo R., Trayci A. D., Aretakis M. T. & Ramirez C. (2001) *Inner-City exposure to Community Violence: How much do parents know?* *Journal of marriage and family* (63), 927-940
- Chapman D. P., Whitfield C. L., Felitti V. J., Dube S. R., Edwards V. J., Anda R. F (2004) *Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood*, *Journal of Affective Disorders* 82, 217–225

- Cheng ATA, Chen THH, Chen CC, Jenkins R. (2000) *Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case-control psychological autopsy study*, British Journal of Psychiatry, 2000; 177:360–365.
- Cheng I., Hu FC, Tseng M. (2009) *Inpatient suicide in a general hospital*, Gen Hosp Psychiatry, 31:110-115
- Christodoulou C., Efstathiou V., Michopoulos I., Ferentinos P., Korkoliakou P., Gkerekou M., Bouras G., Papadopoulou A., Papageorgiou C., Douzenis A. (2017) *A case-control study of hopelessness and suicidal behavior in the city of Athens, Greece. The role of the financial crisis*, Psychol Health Med. 2017 Aug;22(7):772-777
- Christodoulou C., Liosi A. (1999) *Hopelessness Scale in suicide attempters and normal population*, 20th Congress of the International Association for Suicide Prevention; 1999
- Cohen S., Wills T. (1985) *Stress, social support of the buffering hypothesis*, Psychological Bulletin, 98: 310-357
- Cohen M. S. (1999) *Families coping with childhood chronic illness: a research review*, Family System & Health, 17: 149-164
- Compas B. (1987) *Interaction of cognitive appraisals events and coping: testing the goodness of fit hypothesis*, Cognitive Therapy and Research, 11: 473-485
- Compas B. (1987) *Stress and life events during childhood and adolescence*, Clinical Psychology Review, 7: 275-302
- Conus P., Cotton S., Schimmelmann B.G., Berk M., Daglas R., McGorry P.D., Lambert M. (2010) *Pretreatment and outcome correlates of past sexual and physical trauma in 118 bipolar I disorder patients with a first episode of psychotic mania*, Bipolar Disorders, 12: 244-252
- Costa P., McCrae R. (1980) *Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people*, Journal of Personality and Social Psychology, 38(4): 668-678
- Costa P., McCrae R. (1987) *Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite?* Journal of Personality, 55: 299-311
- Coyne J., Smith D. (1991) *Couples coping with a myocardial infarction: A contextual perspective of wives distress*, Journal of Personality and Social Psychology, 61: 404-412
- Croyle K. L. & Waltz J. (2007) *Subclinical self-harm: Range of behaviors, extent, and associated characteristics*, American Journal of Orthopsychiatry, 77, 332-342
- Courtois C. A. & Ford J. D. (2012) *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-Based approach*, New York, NY: Guilford Press
- Cozolino L.J. (2006) *The neuroscience of relationships: Attachment and the developing social brain*, New York: Norton.
- Culbertson R. (1995) *Embodied memory, transcendence, and telling: recounting trauma, re-establishing the self*, New Literary History, 26 (1), 169-195
- Dahlitz M. & Hall, G. (ed.) (2017) *The Psychotherapist's Essential Guide to the Brain*, Dahlitz Media
- Dallos R., Draper R. (2010) *An introduction to family therapy: Systemic practice and therapy*, 3rd ed., New York: Open University Press
- De Bellis M.D. (2001) *Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy*. Development and Psychopathology, 13(3): 539-564. [PubMed]
- DeRubeis L., Kim K.H.S., Ardan F., Tanis T., Galyner I., Cohen L. (2016) *The relationship between childhood trauma, impulsivity, and suicidality in an inpatient sample*, Poster presentation at: 2016 Annual Meeting of the American Psychiatric Association; May 14-18, 2016; Atlanta, GA. Young Investigators' New Research 1–017
- Desmyter S., Van Heeringen C., Audenaert K. (2011) *Structural and functional neuroimaging studies of the suicidal brain*, Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, Volume 35, Issue 4, 1 June 2011, 796-808
- Devries K. M., Mak J. Y. T., Garcia-Moreno C., Petzold M., Child J. C., Falder G., Watts C. H. (2013) *The global prevalence of intimate partner violence against women*, Science, 340, 1527-1528
- Di Matteo R., Martin L. (2006) *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

- Dimitriou E. (1986) *The Eysenck Personality Questionnaire (EPQ): The validity of the Greek, adult and junior version*, *Εγκέφαλος*, 23: 41-54
- Dohrenwend B. (2006) *Inventorying stressful life events as risk factors for psychopathology: Toward resolution of the problem of intra-category variability*, *Psychological Bulletin*, 132: 477-495
- Dolto F. (2011) *Η ασυνείδητη εικόνα σώματος*, Αθήνα: Εστία
- Dube S. R., Anda R. F., Felitti V. J., Chapman D. P., Williamson D. F. & Giles W. H. (2001) *Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the adverse childhood experiences study*, *Journal of the American Medical Association*, 286, 3089-3096
- DuMont K. A., Spatz Widom C. & Czaja S. J. (2007) *Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics*, *Child Abuse & Neglect*, 31: 255-274
- Dunst C. (2000) *Revisiting "rethinking early intervention"*, *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2): 95-104
- Dunst C., Trivette C., Deal A. (1994) *Supporting & Strengthening Families: Methods, Strategies and Practices*, Cambridge, MA: Brookline Books
- Durham N. (1982) *Reliability and Item Analysis of the Hopelessness Scale in a General Psychiatric, Forensic Psychiatric, and College Populations*, *Journal of Clinical Psychology*, 38: (1982): 497-600
- Easton S. D., Renner L. M. & O'Leary P. (2013) *Suicide attempts among men with histories of child sexual abuse: Examining abuse severity, mental health, and masculine norms*, *Child Abuse & Neglect*, 37, 380-387
- Ebata A., Moos R. (1991) *Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents*, *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12: 33-54
- Economou M., Madianos M., Peppou L., Souliotis K., Patelakis A., Stefanis C. (2014) *Cognitive social capital and mental illness during economic crisis: a nationwide population-based study in Greece*, *Soc Sci Med*, 2014;100:141-147
- Economou M., Madianos M., Peppou L., Theleritis C., Stefanis C. (2013) *Suicidality and the economic crisis in Greece*, *The Lancet*. 2012; 380(9839):337
- Economou M., Papaslanis Th., Xaritsi M., Dieti E., Souliotis K. (2018) *Αυτοκτονικότητα και οικονομική ύφεση: Διεθνή και Ελληνικά δεδομένα*, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2018, 35 (Συμπλ 1): 27-35
- Edmiston E. K., Blackford J. U. (2013) *Childhood maltreatment and response to novel face stimuli presented during functional magnetic resonance imaging in adults*, *Psychiatry Research - Neuroimaging*, 212(1), 36-42
- Edwards M. J., Holden R. R. (2001) *Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: Examining gender differences*, *J Clin Psychol*, 57: 1517–1534, <https://doi.org/10.1002/jclp.1114>
- Endler N., Kocovski N., Macrodimitris S. (2001) *Coping, efficacy, and perceived control in acute vs. chronic illnesses*, *Personality and Individual Differences* 30(4): 617-625
- Endler N., Flett G., Macrodimitris S., Corace K., Kocovski N. (2002) *Separation, self-disclosure, and social evaluation anxiety as facets of trait social anxiety*, *European Journal of Personality*, 16(4): 239-269
- Enoch M.A. (2006) *Genetic and environmental influences on the development of alcoholism: Resilience vs. risk*, *New York Academy of Sciences*, 1094: 193-201
- Epping-Jordan P., Compas B., Osowiecki D., Oppedisano G., Gerhardt C., Primo K., Krag D. (1999) *Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress*, *Health Psychology*, 18: 315-326
- Erikson E. H. (1950) *Childhood and society*, New York: Norton
- Evans E., Hawton K. & Rodham K. (2005) *Suicidal phenomena and abuse in adolescents: A review of epidemiological studies*, *Child Abuse & Neglect*, 29, 45-58
- Evers A., Kraaimaat F., Geenen R., Jacobs J., Bijlsma J. (2003) *Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis*, *Behavior Research and Therapy*, 41: 1295-1310
- Eysenck H. (1947) *Dimensions of Personality*, London: Routledge & Kegan Paul
- Eysenck H. (1967) *The Biological Basis of Personality*, Thomas: Springfield, Ill



- Eysenck H. (1950) *Criterion analysis – an application of the hypothetic – deductive method in factor analysis*, *Psychological Review*, 57: 38-53
- Eysenck H., Eysenck M. (1985) *Personality and Individual Differences: A Natural Science Approach*, New York: Plenum Press
- Eysenck H., Eysenck S. (1975) *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*, London: Hodder & Stoughton
- Eysenck H., Eysenck S. (1969) *Personality Structure and Measurement*, London: Routledge
- Eysenck H., Prell D. (1951) *The Inheritance of Neuroticism: An Experimental Study*, *The Journal of Mental Health*, XCVII: 402
- Fabes R., Eisenberg N. (1992) *Young children coping with interpersonal anger*, *Child Development*, 63: 116-128
- Felitti V. J. & Anda R. F. (2010) *The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function and Healthcare: Lanus / Vermetten / Pain*, Cambridge University Press 2010
- Ferreira A.J. (1963) *Family myth and homeostasis*, *Archives of General Psychiatry*, 9, 457-463
- Ferguson E., Matthews G., Cox T. (1999) *The appraisal of life events (ALE) scale: Reliability and validity*, *British Journal of Health Psychology*, 4: 97-116
- Fergusson D. M., Horwood L. J. & Woodward L. J. (2000a) *The stability of child abuse reports: a longitudinal study of young adults*, *Psychological Medicine* 30, 529–544
- Fergusson D. M., Woodward L. J. & Horwood L. J. (2000b) *Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood*, *Psychological Medicine* 30, 23–39
- Filloux J. C., Cattell R. (1950) *Personality*, McGraw-Hill Book, In: *Perspectives in Personality theory*, Basic Books, 1957
- Fishbane M. (2007) *Wired to connect: Neuroscience, relationships and therapy*, *Family Process*, 46, 395-412
- Fisher J. (2000) *Addictions and trauma recovery*, Paper presented at the international society for the study of Dissociation, San Antonio, Texas
- Fisher G. (2005) *Existential psychotherapy with adult survivors of sexual abuse*, *Journal of Humanistic Psychology* Vol.45, 10-4046)
- Fitch D., Lesage A., Seguin M., Trousignant M., Bankelfat C., Rouleau G. et al. (2001) *Suicide and the serotonin transporter gene*, *Mol Psychiatry*, 6: 127-128
- Fjeldsted R., Teasdale TW., Jensen M., Erlangsen A (2017) *Suicide in Relation to the Experience of Stressful Life Events: A Population-Based Study*, *Arch Suicide Res.* 2017 Oct-Dec;21(4):544-555, doi: 10.1080/13811118.2016.1259596
- Folkman S. (1984) *Personal control and stress and coping process: a theoretical analysis*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4): 839-852
- Folkman S., Lazarus R. (1980) *An analysis of coping in middle-aged community sample*, *Journal of Health and Social Behavior*, 21: 219-239
- Folkman S., Lazarus R., Dunkel-Schetter C., DeLongis A., Gruen R. (1986) *Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 50: 992-1003
- Folkman S., Moskowitz T. (2000) *Positive affect and the other side of coping*, *American Psychologist*, 55(6): 647-654
- Folkman S., Schaefer C., Lazarus R. (1979) *Cognitive processes and mediators of stress and coping*, In: Hamilton V., Warburton D., (ed.) *Human stress and cognition*, Chic ester, UK: Wiley
- Forstythe C., Compas B. (1987) *Interaction of cognitive appraisals events and coping: testing the goodness of fit hypothesis*, *Cognitive Therapy and Research*, 11: 473-485
- Fountoulakis K., Theodorakis P. N. (2014) *Austerity and health in Greece*, *The Lancet Psychiatry*, 2014; 383(9928):1543
- Freud S. & Breuer J. (1895) *Studies on hysteria*, New York: Basic Books

- Freud S. (1915) *Mourning and Melancholia*, In: St. E. Hogarth Press, Vol. XIV (1914-1916)
- Freud S. (1915) *Repression*, *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Volume XIV: 141-158
- Freud S. (1915) *The Unconscious*, *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Volume XIV: 159-215
- Freud S. (1920) *Beyond the Pleasure Principle*, *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Volume XVIII: 1-64
- Freud S. (1926) *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*, *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Volume XX (1925-1926): 75-176
- Freud S. (1938) *Splitting of the Ego in the Process of Defence*, *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Volume XXIII: 271-278
- Freud S. (1960) *The Ego and the Id*, (trans.) J. Riviere, (ed.) J. Strachey (1963), NY: Norton
- Freud S. (1986 [1939]) *Moses and Monotheism: Three Essays*, στο *The Origins of Religion*, The Pelican Freud's Library, vol. 13, London: Penguin Books
- Freud S. (1977) *Ψυχολογία των Μαζών και Ανάλυση του Εγώ*, Αθήνα: Επίκουρος
- Freud S. (1897) *Die infantile Cerebrallahmung*, In: Nothnagel H (Ed.) *Specielle Pathologie und Therapie*, 9(3), Vienna: Alfred Holder
- Frydenberg E (2018) *Adolescent Coping: Promoting Resilience and Well-Being*, (Eds) Adolescence and Society Series
- Fuller-Thomson E., Baird S.L., Dhrodia R., Brennenstuhl S. (2016) *The association between adverse childhood experiences (ACEs) and suicide attempts in a population-based study*, *Child Care Health Dev*, 2016; 42:725-734
- Gallagher D. (1990) *Extraversion, neuroticism, and appraisal of stressful academic events*, *Personality and Individual Differences*, 11: 1053-1057
- Gallese V., Fadiga L., Fogassi L. & Rizzolatti G. (1996) *Action recognition in the premotor cortex*, *Brain*: 119; 593-609 (διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο εδώ)
- Glass D. (1977) *Behavior patterns, stress and coronary disease*, Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Godfrin K., Van Heeringen C., Bijttebier S. (2011) *Suicidal brains: A review of functional and structural brain studies in association with suicidal behavior*, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, Volume 35, Issue 3, January 2011, 688-698
- Goldberg J., Singer T., Garno J. (2001) *Suicidality and substance abuse in affective disorders*, *J Clin Psychiatry (Suppl)* 25, 35-43
- Goleman D. (2006) *Social intelligence: The new science of human relationships*, New York: Norton
- Gómez-Durán L., Martín-Fumadó C., Hurtado-Ruiz G. (2012) *Clinical and epidemiological aspects of suicide in patients with schizophrenia*, *Actas Esp Psiquiatr*, 40, 333-345
- Gorell Barnes G. (2004) *Family therapy in changing times*, 2nd ed., New York: Palgrave Macmillan
- Gourounti K., Lykeridou K., Taskou C., Kafetsios K., Sandall J. (2011) *A survey of worries on pregnant women: Reliability and validity of the Greek version of the Cambridge Worry Scale*, *Midwifery*
- Green A. (2009 [1990]) *La Folie privée: psychanalyse des cas-limites*, Paris: Gallimard, Στο: *Ιδιωτική τρέλα* (μτφ. Λογαρίδη Θ.), Αθήνα: Καστανιώτης
- Green J., McLaughlin K.A., Berglund P.A., Gruber M.J., Sampson N.A., Zaslavsky A.M. & Kessler R.C. (2010) *Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication I: Associations with first onset of DSM-IV disorders*, *Archives of General Psychiatry*, 67(2):113-123
- Green J., Stanley C., Smith V. & Goldwin R. (2000) *A new method in evaluating attachment representations in young school-age children: The Manchester Child Attachment Story Task*, *Attachment and Human Development*, 2: 48-70
- Green S. (1985) *Levels of Measured Hopelessness in the General Population*, *British Journal of Clinical Psychology*, τχ. 20, 1985, 11-14 & J. Johnson & S. McCutcheon, *Correlations of Adolescent Pessimism: A Study of the Beck Hopelessness Scale*, *Journal of Youth and Adolescence*, τχ. 10, 1990, 169-172

- Grossi G. (1999) *Coping and emotional distress in a sample of Swedish unemployed*, Scandinavian Journal of Psychology, 40: 157-165
- Gustavson DE, du Pont A., Whisman MA, Miyake A. (2018) *Evidence for Transdiagnostic Repetitive Negative Thinking and Its Association with Rumination, Worry, and Depression and Anxiety Symptoms: A Commonality Analysis*, *Collabra Psychol.* 2018;4(1). pii: 13. doi: 10.1525/collabra.128
- Gvion Y., Horesh N., Levi-Belz Y., Apter A. (2015) *A proposed model of the development of suicidal ideations*, Comprehensive Psychiatry, Volume 56, January 2015; 93-102
- Haan N. (1977) *Coping and defending: Processes of self-environment organization*, New York: Academic Press
- Halbwachs M. (2013) *Η Συλλογική Μνήμη*, Αθήνα: Παπαζήση
- Hawton K., Casañas I., Comabella C., Haw C., Saunders K. (2013) *Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review*, J Affect Disord 147, 17-28
- Hawton K., Houston K., Haw C., Townsend E., Harriss L. (2003) *Co-morbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide*, Am J Psychiatry 160, 1494-1500
- Heidegger M., Jaspers K. (1920-1963) *The Heidegger – Jaspers Correspondence (1920-1963)*, Humanity Books, 2003
- Heidegger M. (1927) *Being and time* ( J. Macquarrie & E. Robinson, Trans). Harper & Row (1962), New York στο Stolorrow R. D. (2007) *Trauma and Human Existence: Autobiographical, Psychoanalytic, and Philosophical Reflections*, The Analytic Press, Taylor and Francis Group, New York, London
- Heikkinen M.E., Henrikson M.M., Isometsa E.T., Marttunen M.J., Aro HM, Lonnqvist J. K. (1997) *Recent life events and suicide in personality disorders*, Journal of Nervous and Mental Disease, 1997; 185:373-381
- Heller L. & Lapierre, A. (2017) *Θεραπεύοντας το αναπτυξιακό τραύμα: Πως το Πρώιμο Παιδικό Ψυχικό Τραύμα Επηρεάζει την Αυτορρύθμιση του Οργανισμού, την Αυτο-Εικόνα και την Ικανότητα για Δημιουργία Υγιών Σχέσεων*, Εκδόσεις: Ασημάκης
- Henriksson M., Aro H., Marttunen M., Heikkinen M., Isometsä E., Kuoppasalmi K. et al (1993) *Mental disorders and co-morbidity in suicide*, Am J Psychiatry 150, 935-940
- Herman M., McHale S. (1993) *Coping with parental negativity: Links with parental warmth and child adjustment*, Journal of Applied Developmental Psychology, 14: 1-14
- Herman J. L. (1992) *Trauma and Recovery*, Basic Books, A Division of Harper Collins Publishers, New York, 64
- Herman J. (1981) *Father-daughter incest*, Cambridge, MA: Harvard University Press, In Miller, B.A., Downs, W.R., Gondoli D. M., Kail A. (1987) *The Role of Childhood Sexual Abuse in the Development of Alcoholism in Women, Violence and Victims*, Vol 2 (3), 157-172
- Herman J. L. (2011) *Posttraumatic stress disorder as a shame disorder*, In J. Yellin & K. White (Eds), *Shattered States: Disorganized attachment and its repair*, London, England (2011)
- Hobfoll S., Dunahoo C., Beporath Y., Monner J. (1994) *Gender and coping: The Dual-Axis Model of coping*, American Journal of Community psychology, 22: 49-82
- Hoffmann J.P. & Su S.S. (1998) *Stressful life events and adolescent substance use and depression: Conditional and gender differentiated effects*, Substance Use & Misuse, 33(11):2219-2262
- Holahan C., Moos R. (1985) *Life stress and health: personality, coping and family support in stress resistance*, Journal Personality Social Psychology, 49: 739-747
- Holahan C., Moos R. (1987) *Personal and contextual determinants of coping strategies*, Journal of Personality and Social Psychology, 52: 946-955
- Holdaway AS, Luebbe AM, Becker SP (2018) *Rumination in relation to suicide risk, ideation and attempts: Exacerbation by poor sleep quality?* *J Affect Disord.* 2018 Aug 15;236:6-13, doi: 10.1016/j.jad.2018.04.087
- Holmes T., Rahe R. (1967) *The social readjustment rating scale*, Journal of Psychosomatic Research, 11: 213-218

- Holmes S., Hinz R., Conen S., Gregory C., Matthews J., Anton-Rodriguez J., Gerhard A., Talbot P. (2018) *Elevated Translocator Protein in Anterior Cingulate in Major Depression and a Role for Inflammation in Suicidal Thinking: A Positron Emission Tomography Study*, *Biol Psychiatry*, 83(1): 61-69
- Holmes S., Hinz R., Drake R., Gregory C., Conen S., Matthews J., Anton-Rodriguez J., Gerhard A., Talbot P. (2016) *In vivo imaging of brain microglial activity in antipsychotic-free and medicated schizophrenia: a [<sup>11</sup>C](R)-PK11195 positron emission tomography study*, *Mol Psychiatry*, Dec 2016; 21(12):1672-1679
- Horesh N., Sever J., Apter A. (2003) *A comparison of life events between suicidal adolescents with major depression and borderline personality disorder*, *Comprehensive Psychiatry*, 2003; 44:277–283
- Horney K. (1945) *Our inner conflicts*, Norton, 1945, ISBN 0-393-00133-4
- Horowitz M. J. (1997) *Stress response syndromes* (3rd ed.), Northvale, NJ: Jason Aronson
- Ingham J., Kreitman N., Miller P. McC., Sashidharan S., Surtees P. (1986) *Self-esteem, vulnerability and psychiatric disorder in the community*, *British Journal of Psychiatry*, 148: 375-385
- Ingham J., Miller P. McC., (1985) *Are life events which cause each other additive in their effects?* *Social Psychiatry*, 20: 31-41
- Inoue K., Kawanishi C., Otsuka K., Cho Y., Shiraismi M., Ishi T., et al (2017) *A large-scale survey of inpatient suicides: Comparison between medical and psychiatric settings*, *Psychiatry Res* 2017, 250:155–158
- Jackson G. E. (2005) *Rethinking Psychiatric Drugs: A Guide for Informed Consent*, AuthorHouse
- Jaspers K. (1997) *General Psychopathology – Volumes 1 & 2*, trans. J. Hoeing & M. W. Hamilton, Baltimore and London: Johns Hopkins University Press
- Jiménez-Trevino L., Blasko-Fontecilla H., Braquehais M., Ceverini-Dominguez A., Baca-Garcia E. (2011) *Endophenotypes and suicide behavior*, *Actas Esp Psiquiatr*, 39: 61-69
- Jones P. (2003) *Δραματοθεραπεία, το θέατρο ως τρόπο ζωής και θεραπείας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Joiner T. E. (2005) *Why people die by suicide*, Cambridge, MA: Harvard University Press
- Joiner T. E. (2009) *The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Current empirical status*, *Psychological Science Agenda*, 23, Retrieved from <http://www.apa.org/science/about/psa/2009/06/sci-brief.aspx>
- Joiner T.E., Jr Rudd M.D. (2006) *Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous suicide attempts and negative life events*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68:909–916
- Kahn J., Hessling R., Russell D. (2003) *Social support, health and well-being among the elderly: what is the role of negative affectivity?* *Personality and Individual Differences*, 35: 5-17
- Kaplan H., Sadock B., Grebb J. (2000) *Kaplan and Shaddock's Ψυχιατρική*, Τόμος Β, Κεφ. 31.1, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα, VII έκδοση
- Kaplan A. E. (2005) *Trauma Culture: The politics of terror and loss in media and literature*, New Jersey, London: Rutgers University Press
- Karolina I., Rokita, Maria R., Dauvermann, Gary Donohoe (2018) *Early life experiences and social cognition in major psychiatric disorders: A systematic review*, *European Psychiatry*, 2018
- Keane T. M., Gerardi R. J., Quinn S. J. & Litz B. T. (1992) *Behavioral treatment of post- traumatic stress disorder*, In S. M. Turner, K. S. Calhoun & H. E. Adams (Eds.) *Handbook of clinical behavior therapy* (2nd ed.). New York: John Willey & Sons, p. 87- 97
- Kelly T. M., Soloff P. H., Lynch K. G., Haas G. L., Mann J. J. (2000) *Recent life events, social adjustment, and suicide attempts in patients with major depression and borderline personality disorder*, *Journal of Personality Disorders*, 2000; 14:316–326
- Kessler R., Borges G., Walter E. (1999) *Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Co-morbidity Survey*, *Arch Gen Psychiatry* 1999, 56:617–626
- Klein M. (1932) *The Psycho-analysis of Children*, London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1932, Demy 8vo. Pp. 395
- Klein M. (1946) *Notes on some schizoid mechanisms*, *International Journal of Psycho-Analysis*, 27: 99-110

- Klein M. (1952) *Some Theoretical Conclusions Regarding the Emotional Life of the Infant*, In: *Envy and gratitude*, London: Tavistock, 1957
- Klomek AB, Sourander A., Elonheimo H. (2015) *Bullying by peers in childhood and effects on psychopathology, suicidality, and criminality in adulthood*, *Lancet Psychiatry*, 2015; 31:930-941
- Kobasa S. (1986) *How much stress can you survive?* In M.G. Walraven & H.E. Fitzgerald (Eds), *Annual Editions: Human Development*, 86-87, Guilford, CT: Dushkin
- Kondilis E., Ierodiakonou I., Gavana M., Giannakopoulos S., Benos A. (2013) *Suicide mortality and economic crisis in Greece: men's Achilles' heel*, *J Epidemiology Community Health*, 2013;67(6):e1
- Kristenson M., Eriksen H., Sluiter J., Starke D., Ursine H. (2004) *Psychobiological mechanisms of socioeconomic differences in health*, *Social Sciences and Medicine*, 58: 1511-1522
- Kring A. M., Davison G., Neale J. and Johnson S. (2010) *Ψυχοπαθολογία*, Αθήνα : Gutenberg
- Kübler-Ross E. (1969) *On death and dying*, New York, NY: Scribner Classics
- Ladd C., Plotsky P. (2000) *Adverse early experience as a vulnerability factor in depression-like syndrome*, In: *The Biological Basis for Mind Body Interactions*, *Progress in Brain Research*
- Lazarus R. (1966) *Psychological stress and the coping process*, New York: McGraw-Hill
- Lazarus R. (1999) *Stress and emotion*, In: Lazarus R. (ed.) *Stress and Emotion: A new synthesis*, New York: Springer
- Lazarus R., DeLongis A., Folkman S., Gruen R. (1985) *Stress and adaption outcomes, the problem of confounded measures*, *American Psychologist*, 40: 770-779
- Lazarus R., Folkman S. (1984) *Stress, appraisal and coping*, New York: Springer
- Lazarus R., Folkman S. (1984) *Coping and adaptation*, In: Gentry W. (ed.) *Handbook of behavioral medicine*, New York: Guilford
- Lazarus R., Launier R. (1978) *Stress related transactions between person and environment*, In: Pervin L. and Lewis M. (eds.) *Perspectives in International Psychology*, New York: Plenum
- Law KC, Tucker RP (2018) *Repetitive negative thinking and suicide: a burgeoning literature with need for further exploration*, *Curr Opin Psychol*, 2018 Aug; 22:68-72, doi: 10.1016/j.copsyc.2017.08.027, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28888174>
- Lester D., Gunn J.F. (2016) *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior, Chapter 32 - Psychology of Suicide*, *Handbook of Stress Series, Volume 1*, 2016, Pages 267-272, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00032-7>
- Levine P. (1994) *Impressions of Karen Horney's final lectures*, *Australian Psychologist*, 29 (1), 153-157
- Lewis B. P. (1984) *"The Somatic Countertransference: The Inner Pas deDeux"*, In Lewis Bernstein P. (Ed.) *Theoretical Approaches in Dance Movement Therapy*, Vol. II, Kendall/Hunt Publications
- Li, Di Giuseppe & Froh (2006) *Developmental Psychopathology, Risk, Resilience, and Intervention*, In: *Adolescence*, 41: 409-415
- Liotti M. D. (2004) *Trauma, dissociation and disorganized attachment: Three strands of a single braid*, *Psychotherapy*, 42, 472-486
- Liu R. T., Miller I. (2014) *Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review*, *Department of Psychiatry and Human Behavior, Alpert Medical School of Brown University, United States*, *Clinical Psychology Review* 34 (2014) 181–192
- Lusting D. (2002) *Family coping in families with a child with a disability*, *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 37(1): 14-22
- Maercker A. (1997) *Therapieder posttraumatischen Belastungsstorungen*, Berlin: Springer, στο Βεντούράτου Δ. (2009) *Εισαγωγή στην ψυχοτραυματολογία και στην τραυματοθεραπεία: Η μέθοδος EMDR*, Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα
- Madianos M., Economou M., Alexiou T., Stefanis CN. (2011) *Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide*, *Soc Psychiatry, Psychiatr Epidemiol*, 46:943-952
- Mann J. (1998) *The neurobiology of suicide*, *Nat Med*, 4: 25-30

- Maris R. (1981) *Pathways to suicide: a survey of self-destructive behaviors*, Baltimore: Johns Hopkins University Press
- Maris R., Berman A., Maltsberger T., Maris A. et al. (1992) *Assessment and prediction of suicide*, New York: Guilford Press; *Summary and conclusions: what have we learned about suicide assessment and prediction?* pp. 640–668
- Marmar C. R., Weiss D. S., & Pynoos R. S. (1995) *Dynamic psychotherapy of posttraumatic stress disorder*, In M. J. Friedman, D. S. Charney & A. Y. Deutch (Eds.) *Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to post traumatic stress disorder* (pp. 495–506), Philadelphia: LippincottRaven
- Martelli C., Awad H., Hardy P. (2010) *In-patients suicide: Epidemiology and prevention*, *Encephale*, 36(Suppl 2):D83-D91
- Martins C. M., Tofoli, S. M., Von Werne Baes C. & Jurueña, M. (2011) *Analysis of the occurrence in early life stress in adult psychiatric patients, a systematic review*, *Psychology & Neuroscience*, 4, (2), 219- 227
- Mezuk B., Bergmans R.S., Kelly K.M. (2019) *Inflammation as a unique marker of suicide ideation distinct from depression syndrome among U.S. adults*, *J Affect Disord*, 2019 Feb 15; 245: 1052–1060
- McCrae R. (1984) *Situational determinants of coping responses: loss, threat, and challenge*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4): 919-928
- McCrae R., Costa P. (1986) *Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample*, *Journal of Personality*, 54: 385-405
- McCullumsmith C.B., Williamson D.J., May R.S., Bruer E.H., et al. (2014) *Simple measures of hopelessness and impulsivity are associated with acute suicidal ideation and attempts in patients in psychiatric crisis*, *Innov Clin Neurosci*. 2014;11(9-10): 47-53
- McEvoy PM, Watson H., Watkins ER, Nathan P. (2013) *The relationship between worry, rumination and comorbidity: evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct*, *J Affect Disord.*, Oct;151(1):313-20, doi: 10.1016/j.jad.2013.06.014
- McLaughlin K.A., Greif Green J., Gruber M.J., Sampson N.A., Zaslavsky A.M. & Kessler R.C. (2010) *Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication II, Associations with persistence of DSMIV disorders*, *Archives of General Psychiatry*, 67(2):124-132
- McMillan K., Enns M., Asmundson G., Sareen J. (2010) *The association between income and distress, mental disorders, and suicide ideation and attempts: findings from the Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys*, *J Clin Psychology*, 71:1168–1175
- Mereas K, Wilkinson S., Dodgson G. (2017) *Predictive Processing and the Varieties of Psychological Trauma*, Conceptual Analysis ARTICLE, *Front. Psychol.*, 17 October 2017, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01840>
- Michopoulos I., Tournikioti K., Gournellis R., Douzenis A. (2017) *Neuropsychological differences between bipolar and borderline personality disorder patients*, *European Psychiatry* 41:S208, DOI:10.1016/j.eurpsy.2017.01.2170, Conference: EPA 2017, Florence, Italy
- Miller P. Mc C., Dean C., Ingham. J., Kreitman N., Sashidharan S., Surtees P. (1986) *The epidemiology of life events and long-term difficulties - with some reflections on the concept of independence*, *British Journal of Psychiatry*, 148: 686-696
- Miller A. (2013) *Δρόμοι της ζωής, Πώς οι εμπειρίες της παιδικής ηλικίας επηρεάζουν τη μετέπειτα ζωή μας: Έξι ιστορίες*, μετάφραση: Πελαγία Τσινάρη, Ροές, 2013
- Mills K.L., Teesson M., Ross J. & Peters L. (2006) *Trauma, PTSD and substance use disorders: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being*, *American Journal of Psychiatry*, 163:651-658
- Minuchin S. (2000) *Οικογένειες και οικογενειακή θεραπεία*, Φ. Αναγνωστόπουλος (Επιμ) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Minuchin S., Baker L., Rosman B., Liebman R., Milman L. Todd T.C. (1975) *A conceptual model of psychosomatic illness in children*, *Archives of General Psychiatry*, 32:1031-1038
- Minuchin S., Fishman H.C. (1981) *Family therapy techniques*, Cambridge: Harvard University Press. Ελλ. εκδ.: Minuchin S., Fishman H.C. (2007). *Τεχνικές οικογενειακής θεραπείας*. Αθήνα: Ερευνητές - ΚΕΘΕΑ

- Mirkovic B., Laurent C., Podlipski M-A., Frebourg T., Cohen D., Gerardin P. (2016) *Genetic Association Studies of Suicidal Behavior: A Review of the Past 10 Years, Progress, Limitations, and Future Directions*, Front Psychiatry 2016; 7: 158, doi: [10.3389/fpsyt.2016.00158](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00158)
- Mironova P., Rhodes A.E., Bethell J.M., Tonmyr L, Boyle M.H., Wekerle C., Goodman D., Leslie B. (2011) *Child physical abuse and suicide-related behavior: A systematic review*, Vulnerable Children & Youth Studies, Volume 6, Issue 1, pp. 1–7
- Mirowsky J., Ross C. (1990) *Control or defense? Depression and the sense of defense over good and bad outcomes*, Journal of Health and Social Behavior, 31: 71-86
- Mitchell R., Trickett E. (1980) *Social networks as mediators of social support: An analysis of the effects and determinants of social networks*, Community Mental Health Journal, 16: 27-44
- Molnar B.E., Berkman L.F., Buka S.L. (2001a) *Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: Relative links to subsequent suicidal behaviour in the US*, Psychological Medicine, 31(6): 965-977 [[PubMed](#)]
- Molnar B.E., Buka S.L., Kessler R.C. (2001b) *Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey*, American Journal of Public Health, 91(5): 753-760 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
- Montross L.P., Zisook S., Kasckow J. (2005) *Suicide among patients with schizophrenia: a consideration of risk and protective factors*, Ann Clin Psychiatry 17, 173-182
- Morgan C. & Fisher H. (2007) *Environmental factors in schizophrenia: Childhood trauma - a critical review*, Schizophrenia Bulletin, 33:3–10
- Morrison V., Bennett P. (2006) *An introduction to Health Psychology*, England: Pearson Education Limited
- Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K.J., Horne R., Cameron L.D., Buick D. (2002) *The revised illness perception questionnaire (IPQ-R)*, Psychology and Health, 17: 1-16
- Murison R. (2016) *The Neurobiology of Stress*, In: *The Stress Response and Affective Disorders*, Neuroscience of Pain, Stress & Emotion, 2016
- Nauert N. (2016) *Suicide Risk Among Abused children*, British Journal of Psychiatry, 9
- Nilsen W. & Conner K. R. (2003) *The association between suicidal ideation and childhood and adult victimization*. *Journal of Child Sexual Abuse*, 11(3), 49-62
- Nock M., Borges G., Brommet E., Alonso J, Angermeyer M., Beautrais A., et al. (2008) *Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts in the WHO World Mental Health Surveys*, Br J Psychiatry 2008, 192:98–105
- Nock M., Borges G., Brommet E., et al. (2008) *Suicide and suicidal behavior*, Epidemiology Rev, 30:133–154
- Norman R. E., Byambaa M. De R., Butchart A., Scott J. & Vos T. (2012) *The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis*, PLoS Medicine, 9(11), e1001349
- Notter T., Meyer U. (2017) *Microglia and schizophrenia: where next?* Mol Psychiatry, 2017; (6):788-789
- O'Brien B.S., Sher L. (2013) *Child sexual abuse and the pathophysiology of suicide in adolescents and adults*, Int J Adolesc Med Health, 2013; 25(3):201-205
- O'Carroll P., Berman A., Maris R., Moscicki E., Taney B., Silvermann M. (1996) *Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for Suicidology*, Suicide Life Threat Behav, 26:237–252
- O'Connor D. B., Green J. A., Ferguson E., O'Carroll R. E., O'Connor R. C. (2018) *Effects of childhood trauma on cortisol levels in suicide attempters and ideators*, Psychoneuroendocrinology, Vol. 88, February 2018, Pages 9-16, <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.11.004>
- Ogle C. M., Rubin, D. C., & Siegler, I. C. (2013) *The impact of the developmental timing of trauma exposure on PTSD symptoms and psychosocial functioning among older adults*, Developmental Psychology, 49, 2191-2200
- Pandey G. (2013) *Biological basis of suicide and suicidal behavior*, Bipolar Disord, 15: 524-541
- Paolucci E.O., Genuis M.L., Violato C. (2001) *A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse*, J Psychol. 2001; 135(1):17-36. doi:10.1080/00223980109603677

- Papadopoulou A., Markianos M., Christodoulou C., Lykouras L. (2013) *Plasma total cholesterol in psychiatric patients after a suicide attempt and in follow-up*, J Affect Disord, 148: 440-443
- Parker J., Endler N. (1996) *Coping and defense: a historical overview*, In: Zeidner M. and Endler N. (eds.) *Handbook of coping: Theory, research and applications*, New York: Wiley
- Parkes K. (1986) *Coping in stressful episodes: the role of individual differences, environmental factors and situational characteristics*, Journal of Personality and Social Psychology, 51: 1277-1292
- Paster A., Brandwein D., Walsh J. (2009) *A comparison of coping strategies used by parents of children with disabilities and parents of children without disabilities*, Research in Developmental Disabilities, 30: 1337-1342
- Paykel E.S., Prusoff B.A., Myers J.K. (1975) *Suicide attempts and recent life events: A controlled comparison*, Archives of General Psychiatry, 1975; 32:327–333
- Peacock E., Wong P. (1996) *Anticipatory stress: the relation of locus of control, optimism and control appraisals to coping*, Journal of Research in Personality, 30: 204-222
- Peacock E., Wong P. (1990) *The Stress Appraisal Measure (SAM): A multidimensional approach to cognitive appraisal*, Stress Medicine, 6: 227-236
- Pearlman L. A., & Saakvitne K. W. (1995) *Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors*, New York: W.W. Norton
- Pearlman L. A. & Courtois C. A. (2005) *Clinical Applications of the Attachment Framework: Relational Treatment of Complex Trauma*, Journal of Traumatic Stress, 18, 449-459
- Pert C. B. (1997) *Molecules of Emotions: The Science Behind Mind-Body Medicine*, Touchstone: New York.
- Penley J., Tomaka J., Wibe J. (2002) *The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review*, Journal of Behavioral Medicine, 25(6): 551-603
- Pennebaker J., Seagal J. (1999) *Forming a story: The health benefits of narrative*, Journal of Clinical Psychology, 55: 1243-1254
- Pervin L., John O. (2001) *Personality: Theory and Research*, in: *Θεωρίες προσωπικότητας: Έρευνα & εφαρμογές*, Αθήνα: εκδ. Gutenberg, 2013
- Peterson C., Seligman M.E.P. (1984) *Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence*, Psychological Review, 91: 347-374
- Peterson C., Seligman M.E.P. (1987) *Explanatory style and illness*, Journal of Personality, 55: 237-265
- Phillips S. B (2004) *Group Interventions for Treatment of Psychological Trauma Module 7: Counter transference: Effects on the Group Therapist Working with Trauma*, ©2004 American Group Psychotherapy Association (Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο εδώ)
- Pitman A., Osborn D., King M, Erlangsen A. (2014) *Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk*, The Lancet Psychiatry, Volume 1, Issue 1, June 2014; 86-94
- Polanco-Roman L., Gomez J., Miranda R., Jeglic E. (2016) *Stress-Related Symptoms and Suicidal Ideation: The Roles of Rumination and Depressive Symptoms Vary by Gender*, Cognit Ther Res. 2016 Oct; 40(5): 606–616, . doi: [10.1007/s10608-016-9782-0](https://doi.org/10.1007/s10608-016-9782-0)
- Proulx F., Lesage A., Grunberg F. (1997) *One hundred in-patient suicides*, Br J Psychiatry, 171:247-250
- Puzia M. E., Kraines M. A., Liu R. T., Kleiman E. (2014) *Early life stressors and suicidal ideation: Mediation by interpersonal risk factors*. *Personality and Individual Differences*, 56, 68-72
- Reker G. (1988) *Coping with anticipatory stress: differential strategies of optimists and pessimists*, Paper presented at the annual meeting of the Canadian Psychological Association, Montreal
- Reker G., Wong P. (1984) *Personal optimism and physical well-being in the elderly: The perceived well-being scale (PWB)*, Canadian Journal of Aging, 3: 23-32
- Roberts A.L., Chen Y., Slopen N. et al. (2015) *Maternal experience of abuse in childhood and depressive symptoms in adolescent and adult offspring: a 21-year longitudinal study*, *Depress Anxiety*, 2015;32:709-719
- Rogers J. (2003) *Sexual abuse and suicide: Why we may not know what we think we know*, Archives of Suicide Research, 7, 83-91



- Rogers C. R. (1951) *Client- centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin
- Rogers C. R. (1989) *The Carl Rogers reader*, H. Kirschenbaum & V. L. Land (eds).New York: Houghton Mifflin, procrastination, achievement, and academic motivation in web-based and blended distance learning. *The Internet and Higher Education*, 8(4), 299-305
- Rudd M. D. (2006) *Fluid vulnerability theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk*, In T. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 355-368), Washington, DC: American Psychological Association
- Ronningstam E., Weinberg I., Maltzberger T. (2009) *Psychoanalytic theories of suicide Historical overview and empirical evidence*, In: Wasserman D and Wasserman C (eds) *Oxford Textbook of Suicidality and Suicide Prevention*, pp. 149-158, Oxford University Press, Oxford
- Rothbaum F., Weisz J., Snyder S. (1982) *Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 42: 5-37
- Rotter J. (1966) *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*, *Psychological Monographs*, 80, (1, Whole No 609)
- Roussi P., Vassilaki E. (2001) *The applicability of the multiracial model of coping to a Greek population*, *Anxiety, Stress Coping*, 14: 125-247
- Sakinofsky I. (2014) *Preventing suicide among inpatients*, *Can J Psychiatry*, 59:131-140
- Sandler J. (1967) *Trauma, Strain and Development*, In S. Fürst (επιμ.), *Psychic Trauma*, New York: Basic Books
- Sarason I., Johnson J., Siegel J. (1987) *Assessing the impact of life changes: Development of the life experience survey*, *Journal of Consultation in Clinical Psychology*, 46(5): 932-946
- Sarason I., Sarason B, Shearin E., Pierce G. (1987) *A brief measure of social support: practical and theoretical implications*, *Journal of Social and Personal Relationships*, 4: 497-510
- Scaer R. (2005) *The trauma spectrum: Hidden wounds and human resiliency*, New York, NY, US: W W Norton & Co
- Scheier M., Carver C. (1992) *Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update*, *Cognitive Therapy and Research*, 16: 201-228
- Scheier M., Carver C., Bridges M. (1994) *Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery and self- esteem): a re-evaluation of the life orientation test*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6): 1063-1078
- Scheier M., Carver C. (1987) *Dispositional Optimism and Physical Well-Being: The Influence of Generalized Outcome Expectancies on Health*, *Journal of Personality*, 55: 169-210
- Scheier M., Carver C. (1985) *Optimism, Coping, and Health: Assessment and Implications of Generalized Outcome Expectancies*, *Health Psychology*, 4(3): 219-247
- Scheier M., Carver C., Bridges M. (1994) *Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery and self- esteem): a reevaluation of the life orientation test*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6): 1063-1078
- Scheier M., Matthews K., Owens J., Schulz R., Bridges M., Magovern G., Carve C. (1999) *Optimism and re-hospitalization after coronary artery bypass graft surgery*, *Archives of Internal Medicine*, 159: 829–835
- Scheier M., Wemtraub J., Carver C. (1986) *Coping with stress Divergent strategies of optimists and pessimists*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 51: 1257-1264
- Schore A. N. (1994) *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Schore A. N. (2002) *Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychogenesis of post-traumatic stress disorder*, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 9-30
- Schore A. N. (2003b) *Affect regulation and the repair of the self*, New York: Norton
- Schore A. N. (2008) *Paradigm shift: the right brain and the relational unconscious*, *Psychologist-Psychoanalyst 2008, Spring Meeting Summaries*
- Schore A. N. (2014) *The right brain is dominant in psychotherapy*, *Psychotherapy*, 51, 388-397

- Seikkula J. & Trimble D. (2005) *Healing Elements of Therapeutic Conversation: Dialogue as an Embodiment of Love*, *Family Process*, 44, 461-475
- Seligman M., Darling R. (1997) *Ordinary Families, Special Children: A Systems Approach to Childhood Disability* (2nd Ed.) New York, NY: Guilford Press
- Selye H. (1956) *The stress of life*, New York: McGraw-Hill
- Setiawan E., Wilson A., Mizrahi R., Rusjan P., Miler L., Rajkowska G., Suridjan I., et al. (2015) *Role of translocator protein density, a marker of neuroinflammation, in the brain during major depressive episodes*, *JAMA Psychiatry*, 72(3):268-75
- Sesar K., Barišić M., Pandža M. & Dodaj A. (2012) *The relationship between difficulties in psychological adjustment in young adulthood and exposure to bullying*, *Acta Medica Academica* 41(2), 131-144
- Shapiro F. (1989) *Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder*, *Journal of Behavioral Experimental Psychiatry*, 20, 211–217
- Shapiro F. (1995) *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*, New York: Guilford Pre
- Shatte A., Reivich K., Gillham J., Seligman M. (1999) *Learned optimism in children*, In C.R. Snyder (Ed.) *Coping: The psychology of what works*, New York: oxford University Press
- Shneidman S. (1989) *Approaches and commonalities of suicide*, In: Diekstra RFW, Maris RW (eds) *Suicide and its prevention*, World Health Organization, 1989:14-36
- Siegel D.J. (2003) *An interpersonal neurobiology of psychotherapy: The developing mind and the resolution of trauma*. In M.F. Solomon & D.J. Siegel (Eds.), *Healing trauma: Attachment, mind, body and brain* (pp. 1-56), New York: Norton
- Silverman M., Berman A., Sandall N., O'Carroll P., Joiner T. (2007) *Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors, Part 1: Background, rationale, and methodology*, *Suicide Life Threat Behav*, 37:248–263
- Silverman M., Berman A., Sandall N., O'Carroll P., Joiner T. (2007) *Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors, Part 2: Suicide related ideations, communications, and behaviors*, *Suicide Life Threat Behav*, 37:264–277
- Smelser N. (2004) *Psychological Trauma and Cultural Trauma*, In J. Alexander et al. *Cultural Trauma and Collective Identity*, Berkeley: University of California Press
- Smith T., Gallo L. (2001) *Personality traits as risk factors for physical illness*, In: Baum A., Revenson T., Singer J. (ed), *Handbook of health psychology* (pp. 139–172), Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Smith T. (2006) *Personality as Risk and Resilience in Physical Health*, *Current Directions in Psychological Science*, 15(5): 227-231
- Smith T., Mackenzie J. (2006) *Personality and risk of physical illness*, *Annual Review of Clinical Psychology*, 2: 435-467
- Smucker MR, Niederee JL (1995) *Treating incest-related PTSD and pathogenic schemas through imaginal exposure and rescripting*, *Cognitive and Behavioral Practice*, 2:63-93
- Spertus I. L., Yehuda R., Wong C. M., Halligan S., Seremetis S. V. (2003) *Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice*, *J Child abuse & neglect*, 27(11), 1247-1258
- Spielberger C. (1966) *Anxiety and behavior*, New York: Academic Press
- Spinhoven P., van Hemert AM, Penninx BW (2018) *Repetitive negative thinking as a predictor of depression and anxiety: A longitudinal cohort study*, *J Affect Disord*. 2018 Dec 1;241:216-225, doi: 10.1016/j.jad.2018.08.037
- Stanley B., Molcho A., Stanley M., Winchel R., Gameroff MJ., Parsons B. (2000) *Association of aggressive behavior with altered serotonergic function in patients who are not suicidal*, *American Journal of Psychiatry* 157, 609–614
- Stanton A. (1991) *Cognitive appraisals, coping processes and adjustment*, In: Stanton A.L. and Dunkel-Schetter C. (eds.) *Infertility: Perspectives from stress and coping research* (pp. 87-108), New York: Plenum Press

- Stanton A., Tennen H., Affleck G., Mendola R. (1992) *Coping and adjustment to infertility*, Journal of Social and Clinical Psychology, 11: 1-13
- Stanton A., Dunkel-Schetter C. (1991) *Perspectives from Stress and Coping Research*, New York: Plenum
- Stenager E., Stenager E. (2009) *Somatic diseases and suicidal behavior*, In: Wasserman D and Wasserman C (eds) *Oxford Textbook of Suicidality and Suicide Prevention*, pp. 293-299, Oxford University Press, Oxford
- Stone A., Greenberg M., Kennedy-Moore E., Newman M. (1991) *Self-report, situation specific coping questionnaires: What are they measuring?* Journal of Personality and Social Psychology, 61: 648-658
- Stone A., Schwartz J., Neale J., Shiffman S., Marco C., Hickcox M., Patty J., Porter L., Cruise L. (1998), *A comparison of coping assessed by ecological momentary assessment and retrospective recall*, Journal of Personality and Social Psychology, 74: 1670-1680
- Suls J., Bunde J. (2005) *Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dimensions*, Psychological Bulletin, 131: 260-300
- Surtees P., Dean C., Ingham. J., Kreitman N., Miller, P. McC., Sashidharan S. (1983) *Psychiatric disorder in women from an Edinburgh community: associations with demographic factors*, British Journal of Psychiatry, 142: 238-46
- Surtees P., Ingham. J. (1980) *Life stress and depressive outcome: Application of a dissipation model to life events*, Social Psychiatry, 150: 828-835
- Surtees P., Kiff J., Rennie D. (1981) *Adversity and mental health: An empirical investigation of their relationship*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 64: 177-192
- Surtees P., Miller P. McC. (1990) *The Interval General Health Questionnaire (I-GHQ)*, British Journal of Psychiatry, 157: 679-686
- Surtees P., Rennie D. (1983) *Adversity and the onset psychiatric disorder in women*, Social Psychiatry, 18: 37-44
- Sutherland K. & Bryant R.A. (2005) *Self-defining memories in post-traumatic stress disorder*, British Journal of Clinical Psychology, 44:591-598
- Sveticic J., De Leo D. (2012) *The hypothesis of a continuum in suicidality: a discussion on its validity and practical implications*, Ment Illn, Aug 2012; 26; 4(2): e15
- Talbot P., Holmes S., Hinz R., Conen S., Gregory C., Matthews J., et al. (2018) *Elevated Translocator Protein in Anterior Cingulate in Major Depression and a Role for Inflammation in Suicidal Thinking: A Positron Emission Tomography Study*, Biol Psychiatry, 2018; 83(1): 61-69
- Taylor A. G., Goehler L. E., Galper D. I., Innes K. E., Bourguignon C. (2010) *Top-Down and Bottom-Up Mechanisms in Mind-Body Medicine: Development of an Integrative Framework for Psychophysiological Research*, In Explore (NY) January, Vol. 6, Issue 1, pp. 29-41, [doi:10.1016/j.explore.2009.10.004](https://doi.org/10.1016/j.explore.2009.10.004)
- Taylor S. (2007) *Social support*, In H. S. Friedman & R. C. Silver (Eds.), *Foundations of health psychology*, New York: Oxford University Press
- Taylor S., Seeman T. (1999) *Psychosocial resources and the SES-health relationship*, In: Adler N., Marmot M., McEwen B., Stewart J. (eds.) *Socioeconomic Status and Health in Industrialized Nations* (pp. 210-225), New York, USA: New York Academy of Sciences
- Tennen H., Affleck G., Armeli S., Carney M. (2000) *A daily process approach to coping: Linking theory, research and practice*, American Psychologist, 55: 626-636
- Terry D., Hynes, G. (1998) *Adjustment to a low control situation: Reexamining the role of coping responses*, Journal of Personality and social Psychology, 74: 1078-1092
- Thoits P. (1982) *Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress*, Journal of Health in Social Behavior, 23: 145-159
- Thoits P. (1986) *Social support as coping assistance*, Journal of Consulting and Clinical Psychology
- Thomas K. (1995) *Dimensions of Personality*, In: Roth I. (ed.) *Introduction to Psychology*, Milton Keynes: The Open University
- Thompson S. (1981) *Will it hurt if I cannot control it? A complex answer to a simple Question*, Psychological Bulletin, 90: 89-101

- Torres A., Prince M., Bebbington P., Bhugra D., Brugha TS., Farrell M., et al (2006) *Obsessive-compulsive disorder: prevalence, co-morbidity, impact, and help-seeking*, British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000, *Am J Psychiatry* 163, 1978-1985
- Tseng M., Cheng I., Hu F. (2011) *Standardized mortality ratio of inpatient suicide in a general hospital*, *J Formos Med Assoc*, 110:267-269
- Valderrama J., Miranda R. (2017) *Early life stress predicts negative urgency through brooding, depending on 5-HTTLPR genotype: A pilot study with 6-month follow-up examining suicide ideation*, *Psychiatry Res*, 2017 Dec; 258: 481–487, doi: [10.1016/j.psychres.2017.08.092](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.092)
- Valent P. (1998) *From survival to fulfillment: A framework for the life trauma dialectic*, Brunner / Mazel, Philadelphia
- Valentiner D., Holahan C., Moos R. (1994) *Social support, appraisals of event controllability and coping: an integrative model*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 66: 1094-1102
- Van der Hart O., Nijenhuis E. R. S., Steele K. (2005) *Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder*, *Journal of Traumatic stress*, 18, 413-423
- Van Heeringen C., Mann J. (2014) *The neurobiology of suicide*, *The Lancet Psychiatry*, Vol. 1, Issue 1, June 2014; 63-72
- Van der Kolk B. (1994) *The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress*, *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-265
- Van der Kolk B., Roth S. Pelcovitz D., Sunday S. (2005) *Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma*, *Journal of Traumatic stress*, 18, 389-399
- Van Leeuwen, N., Rodgers, R., Régner, I., & Chabrol, H. (2010) *The role of acculturation in suicidal ideation among second-generation immigrant adolescents in France*, *Transcultural Psychiatry*, 47, 812–832. <http://dx.doi.org/10.1177/1363461510382154>
- Van Orden K. A., O'Riley A. A., Simning A., Podgorski C., Richardson T.M. & Conwell Y. (2014) *Passive suicide ideation: An indicator of risk among older adults seeking aging services?* *Gerontologist*, Advance online publication, doi:10.1093/geront/gnu026
- Van Orden K. A., Witte T. K., Cukrowicz K. C., Braithwaite S. R., Selby E. A., Joiner T. E., Jr. (2010) *The interpersonal theory of suicide*, *Psychological Review*, 117, 575-600
- Vaux A. (1988) *Specific models of social support*, In: Vaux A. (ed.) *Social support: Theory, research and interventions* (pp. 133-157), New York: Praeger
- Vexliard A. (1967) *La pédagogie comparée; Méthodes et problèmes*, Paris, P.U.F.
- Vitaliano P., Russo J., Maiuro R. (1987) *Locus of control, type of stressor and appraisal within a cognitive - phenomenological model of stress*, *Journal of Research in Personality*, 21: 224-237
- Vitaliano P., Maiuro R., Russo J. & Becker J. (1987) *Raw versus relative scores in the assessment of coping strategies*, *Journal of Behavioral Medicine*, 10: 1-18
- Walsh F. (2003) *Family Resilience: A framework for clinical practice*, *Family Process*, 42: 1-18
- Walsh F. (2006) *Strengthening family resilience*, 2<sup>nd</sup> Ed New York: The Guilford Press
- Walsh F. (2007) *Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience*, *Family Process*, 46: 207-227
- Wang L., Smalls E., Sareen J., Fick G., Schmitz N., Patten S. (2010) *The prevalence of mental disorders in the working population over the period of global economic crisis*, *Can J Psychiatry*, 55:598–605
- Watson J. (1913) *Psychology as the behaviorist views it*, *Psychological Review*, 20: 158–177
- Wedig M.M., Silverman M.H., Frankenburg F.R., Reich D.B., Fitzmaurice G., Zanarini M.C. (2012) *Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up*, *Psychol Med*, 2012;42(11):2395-2404.
- Weisz J., McCabe M., Denning M. (1994) *Primary and secondary control among children undergoing medical procedures: Adjustment as a notion of coping style*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62: 324-332
- Wellman B. (1981) *Applying network analysis to the study of support*, In B. Gotlied (Ed.), *Social networks and social support*, Beverly Hills: Sage

- Westman M., Shiron A. (1995) *Dimensions of coping behavior: A proposed conceptual framework*, Anxiety, Stress and Coping, 8: 87-100
- Whiffen V. E., Benazon N. R. & Bradshaw C. (1997) *Discriminant validity of the TSC- 40 in an outpatient setting*, Child Abuse & Neglect, 21 (1), 107-115
- Widlöcher D. (1992) *De l'émotion primaire à l'affect différencié*, In: P. Mazet, S. Lebovici (Eds.) *Émotions et Affects chez le bébé et ses partenaires* (pp. 45–55), Paris: Eshel
- Wigren J. (1994) *Narrative completion in the treatment of trauma*, Psychotherapy, 31, 415-423
- Wilcox C., Conner R., Caine D. (2004) *Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies*, Drug Alcohol Depend 76(Suppl),11-19
- Wilhelm K., Siegel J., Finch A., Hadzi-Pavlovic D., Mitchell P., Parker G. et al. (2007) *The long and the short of it: Associations between 5-HTT genotypes and coping with stress*, Psychosomatic Medicine 2007
- Wilhelm R. (1950) *Τα παιδιά του μέλλοντος*, Εκδόσεις: Αποσπερίτης
- Williams L.M., Debattista C., Duchemin A.M. et al. (2016) *Childhood trauma predicts antidepressant response in adults with major depression: data from the randomized International Study to Predict Optimized Treatment for Depression*, Transl Psychiatry, 2016; 6:e799
- Winnicott D. (1958) *Through Paediatrics to Psychoanalysis*, London: Tavistock
- Winnicott D. (1965) *Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*, London: Hogarth Press
- Wolpe J. (1958) *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, CA: Stanford University Press
- Yates T. M. (2007) *The developmental consequences of child emotional abuse: a neuro-developmental perspective*, Journal of Emotional Abuse, 7 (2), 9- 34
- Ysseldyk R., Robyn J., McInnis O.A., Anisman H., Matheson K. (2018) *The ties that bind: Ingroup ties are linked with diminished inflammatory immune responses and fewer mental health symptoms through less rumination*, PLoS One, 2018; 13(4): e0195237, doi: [10.1371/journal.pone.0195237](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195237)
- Zlotnick C., Mattia J. I. & Zimmerman M. (2001) *The relationship between posttraumatic stress disorder, childhood trauma and alexithymia in an outpatient sample*, Journal of Traumatic Stress, 14(1), 177-188
- Zlotnick C., Tracie-Shea M., Begin A., Pearlstein T., Simpson E. & Costello E. (1996) *The validation of the trauma symptom checklist- 40*
- Zhang J., Xiao S., & Zhou L. (2010) *Mental disorders and suicide among young rural Chinese: A case-control psychological autopsy study*, American Journal of Psychiatry, 167, 773–781, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09101476>
- Zulueta F. (2006) *The treatment of psychological trauma from the perspective of attachment research*, Journal of Family Therapy, 28, 334-351

## Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αναγνωστοπούλου Λ. (2015) *Το Σώμα στον Κόσμο και ο Εαυτός στο Σώμα*, Επετειακή έκδοση, επιμέλεια: Λ. Αναγνωστοπούλου
- Αντωνοπούλου Ζ. Γ. (2015) *Παιδικό Τραύμα και επιδράσεις στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή κατά την ενήλικη ζωή: Μελέτη σε δείγμα φοιτητικού πληθυσμού*, Διδακτορική διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Ψυχολογίας
- Βεντουράτου Δ. (2009) *Εισαγωγή στην ψυχοτραυματολογία και στην τραυματοθεραπεία, Η μέθοδος EMDR*, Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα
- Βελίκης, Ι., Αναγνωστοπούλου, Τ., Μαστοράκου, Α., Τριλίβα, Σ., Γκούβα Μ. (2009) *Σχέση Παιδικής Κακοποίησης και Παραμέλησης με Αλεξιθυμία και Προβλήματα Υγείας σε Φοιτητές Πανεπιστημίου*, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 48(3), 325–331
- Γαλανάκη Ε., Ναυρίδη Α. (2006) *Η μοναξιά των παιδιών με παιδικό ψυχικό τραύμα: Τι μαθαίνουμε από τις παρατηρήσεις της Anna Freud*, Παιδί και Έφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία, 8 (1), 49- 66

- Γουρνέλλης Ρ., Κονταξάκης Β. (2013) *Ηλικιωμένοι και Αυτοκτονικότητα, στο: Αυτοκαταστροφική Συμπεριφορά* (επ. έκδ.) Κονταξάκης Β., Λύκουρας Λ., Χαβάκη- Κονταξάκη Μ., Χριστοδούλου Χ., σ: 236-249, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα
- Δημόπουλος Β. (2013) *Το σώμα και οι ψυχικές αναπαραστάσεις του*, Γραφές της ψυχανάλυσης, εκδ. Γαβριηλίδης, Αθήνα
- Δημόπουλος Β. (2018) *Στοιχεία για την ψυχική μορφοποίηση: Η δυναμική του τραύματος*, Γραφές της ψυχανάλυσης, εκδ. Γαβριηλίδης, Αθήνα
- Δουζένης Α., Χαβάκη-Κονταξάκη Μ., Λύκουρας Λ. (2013) *Αυτοκτονικότητα: ΨυχοΒιολογική προσέγγιση στο Αυτοκαταστροφική Συμπεριφορά* (επ. έκδ.) Κονταξάκης Β, Λύκουρας Λ, Χαβάκη- Κονταξάκη Μ, Χριστοδούλου Χ, σ: 63-71. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2016) *Δελτίο Τύπου: Αιτίες θανάτων έτους 2015*, Πειραιάς
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2017) *Δελτίο Τύπου: Αιτίες θανάτων έτους 2016*, Πειραιάς
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2018) *Δελτίο Τύπου: Αιτίες θανάτων έτους 2017*, Πειραιάς
- Καραδήμας Ε. (2005) *Ψυχολογία της υγείας: θεωρία και κλινική πράξη*, Αθήνα: Τυπωθήτω
- Καραδήμας Ε. (1999) *Ο ρόλος των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας ως ρυθμιστικού παράγοντα στη σχέση μεταξύ στρες και ψυχοσωματικής υγείας*, Αθήνα: Διδακτορική διατριβή, ΕΚΠΑ
- Καραμανωλάκη Χ. (2011) *Η επανάληψη του παιδικού ψυχικού τραύματος στην αναλυτική διαδικασία: Κλινικές σημειώσεις*, Στο Τιμητικός τόμος Γεώργιος Ν. Χριστοδούλου (σσ. 451) Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα
- Κονταξάκης Β. (1995) *Αυτοκτονία και ψυχικές διαταραχές*, Ψυχιατρική 1995, 6: 233-241
- Κουλάκογλου Κ. (2002) *Ψυχομετρία και ψυχολογική αξιολόγηση*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης
- Μαδιανός Μ. (2005) *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική* (2η έκδοση), Αθήνα: Καστανιώτη
- Μόττη-Στεφανίδη Φ. (2006) *Το φαινόμενο της ψυχικής ανθεκτικότητας κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του παιδιού και του έφηβου: Σύνομη ανασκόπηση*, Παιδί και Έφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία, 8:9-22
- Παπαδιώτη-Αθανασίου Β. (2000) *Οικογένεια και όρια, συστημική προσέγγιση*, Ελληνικά Γράμματα
- Παπάντος Δ. (2012) *Βιοψυχοκοινωνικοί παράγοντες σχετιζόμενοι με την ουσιοεξάρτηση*, Διπλωματική εργασία: Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνων, Προαγωγή ψυχικής υγείας - πρόληψη ψυχιατρικών διαταραχών.
- Πομίνι Β. (2004) *Οικογένεια και Χρήση Ουσιών: Μοντέλα Αλληλοεπίδρασης και Θεραπευτικές Προσεγγίσεις*, στο: Λιάππας, Ι.Α., Πομίνι, Β. (Επιμ.Έκδ.), Ουσιοεξάρτηση: Σύγχρονα Θέματα, Αθήνα: ΙΤΑΚΑ - Ελληνικό Τμήμα, σελ. 119-141
- Πομίνι Β. (2011) *Διαγενεακή μετάβαση του τραύματος: Ψυχοδυναμικές έννοιες σε συστημικό πλαίσιο*, Μετάλογος, 19:48-62
- Σουμάκη Ε. (2011) *Η ανάδυση της ανάμνησης του τραύματος και η επαναβίωση του μέσα από τη μεταβίβαση*, Στο Τιμητικός Τόμος Γεωργίου Ν. Χριστοδούλου (σσ. 446), Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα
- Συνοδινού Κ. (2012) *Ψυχοπαθολογία του βρέφους, του παιδιού και του εφήβου*, φάκελος σημειώσεων, Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο
- Συνοδινού Κ. (2007) *Εισαγωγή στις θεραπευτικές τεχνικές: Κλινική συνέντευξη*, φάκελος σημειώσεων, Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο
- Στεφανάτος Γ. (2004) *Από την επαναεγγραφή του παιδικού βιώματος στην παγίωση της λιβιδινικής ιστορίας: το ψυχικό τραύμα στην εφηβεία*, *Εκ των Υστέρων*, 12:71-89
- Χαβάκη-Κονταξάκη ΜΠ., Δουζένης Α., Κονταξάκης Β. (2013) *Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά*, Στο: ΓΝ Παπαδημητρίου, ΙΑ Λιάππας, Ε Λύκουρας (επιμ.) Σύγχρονη Ψυχιατρική, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2013:458–466
- Χαρίλα Ν. (1995) *Γνωσιακή Θεραπεία της Συμπεριφοράς*, Στο Γ. Μπουλουγούρης, *Θέματα Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας*, Τόμος Β', Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Χριστοδούλου Β. (2015) *Θεραπεία του Τραύματος στο Αιώνιο Παρόν του Τώρα*, Στο: Levine Peter (1999) *Το Ξύπνημα της Τίγρης*, Ελληνικά Γράμματα

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**



## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Διεξάγουμε για τη διπλωματική μας εργασία στο ΠΜΣ «Διασυνδεδετική Ψυχιατρική: Απαρτιωμένη Φροντίδα Σωματικής και Ψυχικής Υγείας», μια μελέτη με τίτλο: «ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΩΙΜΟΥ ΨΥΧΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΨΥΧΟΠΙΕΣΤΙΚΩΝ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ». Η μελέτη αυτή προσπαθεί να αξιολογήσει την εμφάνιση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς σε σχέση με τα διάφορα χαρακτηριστικά και τις διάφορες πτυχές των βιωμάτων ενός ατόμου, από την παιδική του ηλικία ως την ενήλικη ζωή.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ανώνυμη. Τα προσωπικά σας στοιχεία είναι απόρρητα και οι απαντήσεις σας στα ερωτηματολόγια είναι εμπιστευτικές. Δεν θα δημοσιοποιηθούν, αλλά θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

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

Έχω διαβάσει το έντυπο συγκατάθεσης, έχω ενημερωθεί επαρκώς για το σκοπό της έρευνας και δέχομαι να συμμετάσχω σε αυτή.

Ο / Η συμμετέχων / ούσα στην έρευνα

.....

Έχουμε εξηγήσει για τη μελέτη και το έντυπο συγκατάθεσης στο συμμετέχοντα.

Υπεύθυνες μελέτης:

Τσίμπρη Πηνελόπη , Κουμουνδούρου Χαρίκλεια

Ημερομηνία χορήγησης: ..... / ..... / 2017



## Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων

- Ημερ/νία: .....
- Ονοματεπώνυμο:..... Τηλέφωνο.....
- Φύλο: Άντρας  Γυναίκα
- Ηλικία: ..... έτη • Έτη σπουδών : .....
- Οικογενειακή κατάσταση: .....
- Μένω με: Γονείς  Σύζυγο  Σύζυγο και παιδιά  Σύντροφο   
Μόνος  Άλλο.....
- Παιδιά: ΝΑΙ  , Αν ναι, πόσα;.....  
ΟΧΙ
- Επάγγελμα: .....
- Οικονομική κατάσταση: Κακή  Μέτρια  Καλή  Πολύ καλή
- Ιστορικό Ψυχικής νόσου: ΝΑΙ  , Αν ναι, τι διάγνωση;.....  
ΟΧΙ
- Λαμβάνετε ψυχιατρική αγωγή αυτό το διάστημα; ΝΑΙ  ΟΧΙ
- Αν ναι αναλυτικά: .....
- .....
- Οικογενειακό ιστορικό ψυχικής νόσου: ΝΑΙ  ΟΧΙ
- Κάπνισμα: ΝΑΙ  Αν ναι, τι πόσα τσιγάρα την ημέρα;..... Ηλικία Έναρξης: .....
- ΟΧΙ
- Αλκοόλ: ΝΑΙ  Αν ναι, πόσα ποτά την ημέρα: ..... την εβδομάδα:..... τον μήνα.....  
ΟΧΙ

## EYSENCK PERSONALITY MINITEST

Κυκλώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
1.	Εκτός από το επάγγελμά σας έχετε και άλλα ενδιαφέροντα (χόμπι);	1	2	3	4	5
2.	Πριν κάνετε οτιδήποτε το ξανασκέφτεστε σοβαρά;	1	2	3	4	5
3.	Η διάθεσή σας αλλάζει συνέχεια;	1	2	3	4	5
4.	Θεωρείτε τον εαυτό σας πολύ ομιλητικό άτομο;	1	2	3	4	5
5.	Όταν χρωστάτε κάτι σας στενοχωρεί παρά πολύ;	1	2	3	4	5
6.	Συχνά, χωρίς ιδιαίτερο λόγο, νιώθετε να μην έχετε κέφι;	1	2	3	4	5
7.	Κλειδώνετε το σπίτι σας προσεκτικά το βράδυ;	1	2	3	4	5
8.	Πιστεύετε ότι είστε ζωντανό – δραστήριο άτομο;	1	2	3	4	5
9.	Στενοχωριέστε πολύ όταν βλέπετε ανθρώπους ή ζώα να υποφέρουν;	1	2	3	4	5
10.	Στενοχωριέστε για κάτι που δεν έπρεπε να πείτε ή να κάνετε;	1	2	3	4	5
11.	Αφήνεστε εύκολα και διασκεδάζετε αν βρεθείτε σε πάρτι;	1	2	3	4	5
12.	Είστε ευέξαπτο άτομο (θυμώνετε εύκολα);	1	2	3	4	5
13.	Σας αρέσει να γνωρίζετε νέα πρόσωπα και να κάνετε καινούργιους φίλους;	1	2	3	4	5
14.	Πιστεύετε ότι τα ασφαλιστικά προγράμματα είναι μια καλή ιδέα;	1	2	3	4	5
15.	Πληγώνεστε πολύ εύκολα;	1	2	3	4	5

## Κλίμακα Μέτρησης Αισιοδοξίας Revised Life Orientation Test (LOT-R)

Μετάφραση-Προσαρμογή: Τριλίβα & Μαμαλάκη (2001), Λυράκου και συν. (2009)

Παρακαλώ απαντήστε στις ερωτήσεις που ακολουθούν. Σε κάθε μια από τις ερωτήσεις σημειώστε κατά πόσο συμφωνείτε / διαφωνείτε χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα:

**{0}= Διαφωνώ Απόλυτα      {1}= Διαφανώ ως ένα βαθμό      {2}= Ουδέτερος/η**  
**{3}= Συμφωνώ ως ένα βαθμό      {4}= Συμφωνώ Απόλυτα**

Παρακαλώ, να είστε όσο πιο ειλικρινείς γίνεται, και να μην επιτρέψετε οι απαντήσεις σας σε κάποια ερώτηση, να επηρεάσουν τις απαντήσεις σας σε άλλες ερωτήσεις. Δεν υπάρχουν σωστές ή εσφαλμένες απαντήσεις.

- \_\_\_\_\_ 1. Σε στιγμές αβεβαιότητας, συνήθως αναμένω να συμβεί το καλύτερο.
- \_\_\_\_\_ 2. Είναι εύκολο για μένα να χαλαρώνω.
- \_\_\_\_\_ 3. Εάν υπάρχει η πιθανότητα κάτι να πάει στραβά, στα σίγουρα έτσι θα μου πάει (στραβά, δηλαδή).
- \_\_\_\_\_ 4. Πάντα είμαι αισιόδοξος/η για το μέλλον μου.
- \_\_\_\_\_ 5. Τα περνάω πολύ καλά με τους φίλους μου/ μ' αρέσουν οι φίλοι μου.
- \_\_\_\_\_ 6. Είναι σημαντικό για μένα να είμαι συνεχώς απασχολημένος/η.
- \_\_\_\_\_ 7. Σπάνια περιμένω τα πράγματα να μου πάνε ευνοϊκά ή όπως θέλω.
- \_\_\_\_\_ 8. Δεν χαλάω την ζαχαρένια μου για ψύλλου πήδημα (δεν ταρασσομαι πάρα πολύ εύκολα).
- \_\_\_\_\_ 9. Σπάνια περιμένω ότι θα μου συμβούν καλά πράγματα.
- \_\_\_\_\_ 10. Γενικά, περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά παρά κακά πράγματα.

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ (ΕΠΕ)

### Self-Mastery Scale [Pearlin Mastery Scale (SMS / PMS)]

Παρακαλώ απαντήστε στις ερωτήσεις που ακολουθούν. Σε κάθε μια από τις ερωτήσεις σημειώστε κατά πόσο συμφωνείτε / διαφωνείτε χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα:

{1}= Διαφωνώ Απόλυτα

{2}= Μάλλον Διαφωνώ

{3}= Μάλλον Συμφωνώ

{4}= Συμφωνώ Απόλυτα

Παρακαλώ, να είστε όσο πιο ειλικρινείς γίνεται, και να μην επιτρέψετε οι απαντήσεις σας σε κάποια ερώτηση, να επηρεάσουν τις απαντήσεις σας σε άλλες ερωτήσεις. Δεν υπάρχουν σωστές ή εσφαλμένες απαντήσεις.

\_\_\_\_\_ 1. Έχω λίγο έλεγχο πάνω στα πράγματα που μου συμβαίνουν.

\_\_\_\_\_ 2. Δεν υπάρχει πραγματικά κανένας τρόπος να λύσω μερικά από τα προβλήματά μου.

\_\_\_\_\_ 3. Λίγα μπορώ να κάνω για να αλλάξω τα περισσότερα από τα σημαντικά πράγματα της ζωής μου.

\_\_\_\_\_ 4. Συχνά αισθάνομαι ανήμπορος/η να διαπραγματευτώ τα προβλήματα της ζωής μου.

\_\_\_\_\_ 5. Κάποιες φορές αισθάνομαι ότι με κάνουν οι άλλοι ό,τι θέλουν στη ζωή.

\_\_\_\_\_ 6. Ό,τι θα μου συμβεί στο μέλλον εξαρτάται κυρίως από εμένα.

\_\_\_\_\_ 7. Μπορώ να πραγματοποιήσω σχεδόν οτιδήποτε βάλω στο μυαλό μου.

## Κλίμακα Εκτίμησης των Στρατηγικών Αντιμετώπισης Προβλημάτων

### Coping Orientation to Problems Experienced, COPE - Brief

Οι επόμενες προτάσεις περιγράφουν διάφορους τρόπους με τους οποίους ενεργούν οι άνθρωποι όταν αντιμετωπίζουν δύσκολες καταστάσεις στη ζωή τους.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να διαχειριστεί κανείς τα προβλήματα που αντιμετωπίζει.

Εμείς θέλουμε να μάθουμε πως εσείς συνήθως αντιδράτε όταν αντιμετωπίζετε στρεσογόνες καταστάσεις στη ζωή σας.

Απαντήστε με βάση το κατά πόσο κάνετε αυτό που αναφέρεται στη δήλωση, πόσο πολύ ή πόσο συχνά, όχι με βάση το κατά πόσο ο τρόπος αυτός δουλεύει για σας ή όχι.

Για κάθε ερώτηση βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί στην επιλογή σας.

**1 = Δεν το κάνω καθόλου**

**2 = Το κάνω λίγο**

**3 = Το κάνω σε μέτριο βαθμό**

**4 = Το κάνω πολύ**

		Δεν το κάνω καθόλου	Το κάνω λίγο	Το κάνω σε μέτριο βαθμό	Το κάνω πολύ
1	Στρέφομαι προς τη δουλειά ή άλλες ασχολίες για να παίρνω το μυαλό μου από τα προβλήματα	1	2	3	4
2	Επικεντρώνομαι στο να κάνω κάτι για να αλλάξω την κατάσταση στην οποία βρίσκομαι	1	2	3	4
3	Λέω στον εαυτό μου «αυτό δεν μπορεί να συμβαίνει»	1	2	3	4
4	Χρησιμοποιώ αλκοολούχα ποτά ή ναρκωτικά για να αισθάνομαι καλύτερα	1	2	3	4
5	Παίρνω συναισθηματική υποστήριξη από άλλους	1	2	3	4
6	Παραιτούμαι από την προσπάθεια να το αντιμετωπίσω	1	2	3	4
7	Λαμβάνω μέτρα για να βελτιώσω την κατάσταση στην οποία βρίσκομαι	1	2	3	4

8	Αρνούμαι να πιστέψω ότι συμβαίνει	1	2	3	4
9	Λέω πράγματα για να εκτονωθούν τα αρνητικά μου συναισθήματα	1	2	3	4
10	Παίρνω βοήθεια και συμβουλές από άλλους	1	2	3	4
11	Χρησιμοποιώ αλκοολούχα ποτά ή ναρκωτικά για να μπορέσω να το ξεπεράσω	1	2	3	4
12	Προσπαθώ να δω την κατάσταση με διαφορετικό τρόπο, πιο θετικά	1	2	3	4
13	Εξασκώ κριτική προς τον εαυτό μου	1	2	3	4
14	Προσπαθώ να σκεφτώ κάποια στρατηγική για το τι θα κάνω	1	2	3	4
15	Παίρνω παρηγοριά και κατανόηση από κάποιον	1	2	3	4
16	Παραιτούμαι από την προσπάθεια να αντεπεξέλθω	1	2	3	4
17	Ψάχνω για κάτι θετικό σε αυτό που συμβαίνει	1	2	3	4
18	Κάνω αστεία για αυτό που συμβαίνει	1	2	3	4
19	Κάνω κάτι για να μην το σκέφτομαι, όπως πηγαίνω στο σινεμά, βλέπω τηλεόραση, διαβάζω, ονειροπολώ, κοιμούμαι, πάω για ψώνια	1	2	3	4
20	Αποδέχομαι την πραγματικότητα για αυτό που έγινε	1	2	3	4
21	Εκφράζω τα αρνητικά μου συναισθήματα	1	2	3	4
22	Προσπαθώ να βρω παρηγοριά στην θρησκεία ή άλλες πνευματικές ενασχολήσεις	1	2	3	4
23	Προσπαθώ να πάρω συμβουλές και βοήθεια από άλλους για το τι να κάνω	1	2	3	4
24	Μαθαίνω να ζω με το πρόβλημα	1	2	3	4
25	Σκέφτομαι σοβαρά για το τι βήματα πρέπει να ακολουθήσω	1	2	3	4
26	Ρίχνω το φταίξιμο στον εαυτό μου για αυτό που έγινε	1	2	3	4
27	Προσεύχομαι ή αυτοσυγκεντρώνομαι	1	2	3	4
28	Ειρωνεύομαι την κατάσταση	1	2	3	4

Kapsou, M., Panayiotou, G., Kokkinos, C. M., & Demetriou, A. G. (2010). Dimensionality of coping: An empirical contribution to the construct validation of the Brief COPE with a Greek-speaking sample. *Journal of Health Psychology, 15*, 215-229.

# Το ερωτηματολόγιο του Beck για την κατάθλιψη (Beck Depression Inventory - BDI)

Μετάφραση-Προσαρμογή: Τζέμος (1987)

Παρακαλώ διαβάστε με προσοχή τις παρακάτω προτάσεις και διαλέξτε από την κάθε ομάδα την πρόταση η οποία περιγράφει με τον πιο αντιπροσωπευτικό τρόπο το πώς νιώθατε τις προηγούμενες εβδομάδες που πέρασαν συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

## 1. Ερωτηματολόγιο B.D.I. τύπου A, ανδρική μορφή

### A. Συναίσθημα

0. Δεν αισθάνομαι λυπημένος
1. αισθάνομαι λυπημένος ή μελαγχολικός
2. είμαι λυπημένος ή μελαγχολικός συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό
3. είμαι τόσο μελαγχολικός ή δυστυχισμένος ώστε αυτο μου προξενεί πόνο
4. είμαι τόσο μελαγχολικός ή δυστυχισμένος ώστε δεν μπορώ να το αντέξω

### B. Απαισιοδοξία

0. Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος ή αποθαρρυσμένος για το μέλλον
1. Αισθάνομαι χωρίς θάρρος για το μέλλον
2. Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω απο το μέλλον
3. Μου φαίνεται ότι δεν θα ξεπεράσω τις δυσκολίες μου
4. Μου φαίνεται ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορεί να φτιάξουν

### Γ. Αίσθημα αποτυχίας

0. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος
1. Μου φαίνεται ότι είμαι αποτυχημένος περισσότερο απο τους άλλους ανθρώπους
2. Αισθάνομαι ότι έχω πετύχει στη ζωή μου πολύ λίγα πράγματα αξία λόγου
3. Καθώς σκέπτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες
4. Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος σαν άτομο (σύζυγος – πατέρας)

### Δ. Απώλεια ικανοποίησης

0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα δυσαρεστημένος
1. Αισθάνομαι βαρυστημένος σχεδόν όλη την ώρα
2. Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα
3. Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα
4. Αισθάνομαι δυσαρεστημένος με το κάθε τι

### Ε. Αίσθημα ενοχής

0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχο τον εαυτο μου
1. Πολλές φορές αισθάνομαι κακός ή χωρίς αξία
2. Αισθάνομαι πολύ ένοχος
3. Τον τελευταίο καιρό αισθάνομαι κακός ή χωρίς αξία σχεδόν όλη την ώρα
4. Αισθάνομαι ότι είμαι πολύ κακός ή ανάξιος

### Ζ. Αίσθημα τιμωρίας

0. Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι
1. Αισθάνομαι ότι κάτι κακό μπορεί να μου συμβεί
2. Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι ή ότι θα τιμωρηθώ
3. Αισθάνομαι ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ
4. Θέλω να τιμωρηθώ

### Η. Μίσος για τον εαυτό

0. Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου
1. Αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου
2. Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου
3. Σιχαίνομαι τον εαυτό μου
4. Μισώ τον εαυτό μου

### Θ. Αυτομομφή

0. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος από τους άλλους
1. Είμαι αυστηρός με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες μου
2. Κατηγορώ τον εαυτό μου για τα λάθη μου
3. Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που μου συμβαίνει

### Ι. Ευχές αυτοτιμωρίας

0. Δεν μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου
1. Μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά ποτέ δεν θα έκανα κάτι τέτοιο
2. Μου φαίνεται ότι θα ήταν καλύτερα να πέθαινα
3. Μου φαίνεται ότι η οικογένεια μου θα ήταν καλύτερα αν πέθαινα
4. Έχω συγκεκριμένα σχέδια αυτοκτονίας
5. Θα αυτοκτονούσα αν μπορούσα

### Κ. Κλάμα

0. Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο
1. Κλαίω τώρα περισσότερο απ' ότι συνήθως
2. Κλαίω συνεχώς, δεν μπορώ να το σταματήσω
3. Άλλοτε μπορούσα να κλάψω αλλά τώρα μου είναι αδύνατο να κλάψω αν και το θέλω

### Λ. Ευερεθιστότητα

0. Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένος τώρα απ' ότι συνήθως
1. Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ότι συνήθως
2. Αισθάνομαι διαρκώς εκνευρισμένος
3. Δεν εκνευρίζομαι τώρα για πράγματα που με νευρίαζαν συνήθως

### Μ. Κοινωνική απόσυρση

0. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους
1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους απ' ότι παλαιότερα
2. Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και τα αισθήματά μου για αυτούς έχουν λιγοστεύσει
3. Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και δεν νοιάζομαι καθόλου για αυτούς

### Ν. Αναποφασιστικότητα

0. Είμαι το ίδιο αποφασιστικός όπως πάντα
1. Τελευταία αναβάλω το να παίρνω αποφάσεις
2. Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις
3. Δεν μπορώ να πάρω πια καμία απόφαση



### Ξ. Σωματικό εγώ

- 0. Δεν μου φαίνεται ότι η εμφάνιση μου είναι χειρότερη από ποτέ
- 1. Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένος και αντιπαθητικός
- 2. Αισθάνομαι ότι έγινε τέτοια αλλαγή επάνω μου, ώστε να φαίνομαι αντιπαθητικός
- 3. Μου φαίνεται ότι είμαι άσχημος και αποκρουστικός

### Ο. Μείωση της παραγωγικότητας

- 0. Τα καταφέρνω στην δουλειά μου όπως και πρώτα
- 1. Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για να αρχίσω κάποια δουλειά
- 2. Δεν τα καταφέρνω στην δουλειά μου όπως πρώτα
- 3. Χρειάζεται να πιέσω τον εαυτό μου για να κάνω κάτι
- 4. Μου είναι αδύνατο να εργαστώ

### Π. Διαταραχές του ύπνου

- 0. Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως
- 1. Ξυπνώ το πρωί πιο κουρασμένος από άλλοτε
- 2. Ξυπνώ το πρωί 2-3 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ
- 3. Ξυπνώ νωρίς κάθε μέρα και δεν μπορώ να κοιμηθώ πάνω από 5 ώρες το 24ωρο

### Ρ. Εύκολη κόπωση

- 0. Δεν κουράζομαι ευκολότερα απ' ό,τι συνήθως
- 1. Κουράζομαι τώρα ευκολότερα από πρώτα
- 2. Κουράζομαι με το παραμικρό που κάνω
- 3. Κουράζομαι τόσο εύκολα ώστε δεν μπορώ να κάνω τίποτα

### Σ. Απώλεια όρεξης

- 0. Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη από άλλοτε
- 1. Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο άλλοτε
- 2. Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα
- 3. Δεν έχω πια καθόλου όρεξη

### Τ. Απώλεια βάρους

- 0. Δεν έχω χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό
- 1. Έχω χάσει περισσότερο από 2 κιλά
- 2. Έχω χάσει περισσότερο από 4 κιλά
- 3. Έχω χάσει περισσότερο από 7 κιλά

### Υ. Υποχονδριακές ενασχολήσεις

- 0. Δεν με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο από άλλοτε
- 1. Με απασχολούν πόνοι ή βαρυστομαχία ή δυσκοιλιότητα
- 2. Με απασχολεί τόσο πολύ το πως αισθάνομαι ή το τι αισθάνομαι ώστε μου είναι δύσκολο να σκεφτώ τίποτα άλλο
- 3. Είμαι εντελώς απορροφημένος με το τι αισθάνομαι

### Φ. Απώλεια της Libido

- 0. Δεν έχω προσέξει τελευταία καμιά αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ (για τις γυναίκες)
- 1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ (για τις γυναίκες) απ' ό,τι συνήθως
- 2. Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο τώρα για το σεξ (για τις γυναίκες)
- 3. Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ (για τις γυναίκες)

## 2. Ερωτηματολόγιο B.D.I. τύπου B, γυναικεία μορφή

Παρακαλώ διαβάστε με προσοχή τις παρακάτω προτάσεις και διαλέξτε από την κάθε ομάδα την πρόταση η οποία περιγράφει με τον πιο αντιπροσωπευτικό τρόπο το πώς νιώθατε τις προηγούμενες εβδομάδες που πέρασαν συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

### A. Συναίσθημα

0. Δεν αισθάνομαι λυπημένη
1. Αισθάνομαι λυπημένη ή μελαγχολική
2. Είμαι λυπημένη ή μελαγχολική συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό
3. Είμαι τόσο μελαγχολική ή δυστυχισμένη ώστε αυτο μου προξενεί πόνο
4. Είμαι τόσο μελαγχολική ή δυστυχισμένη ώστε δεν μπορώ να το αντέξω

### B. Απαισιοδοξία

0. Δεν είμαι ιδιαίτερα απισιόδοξη ή αποθαρρυσμένη για το μέλλον
1. Αισθάνομαι χωρίς θάρρος για το μέλλον
2. Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω απο το μέλλον
3. Μου φαίνεται ότι δεν θα ξεπεράσω τις δυσκολίες μου
4. Μου φαίνεται ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορεί να φτιάξουν

### Γ. Αίσθημα αποτυχίας

0. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένη
1. Μου φαίνεται ότι είμαι αποτυχημένος περισσότερο απο τους άλλους ανθρώπους
2. Αισθάνομαι ότι έχω πετύχει στη ζωή μου πολύ λίγα πράγματα αξια λόγου
3. Καθώς σκέπτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες
4. Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος σαν άτομο (σύζυγος – μητέρα)

### Δ. Απώλεια ικανοποίησης

0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα δυσαρεστημένη
1. Αισθάνομαι βαρυστημένη σχεδόν όλη την ώρα
2. Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα
3. Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα
4. Αισθάνομαι δυσαρεστημένη με το κάθε τι

### Ε. Αίσθημα ενοχής

0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχο τον εαυτο μου
1. Πολλές φορές αισθάνομαι κακή ή χωρίς αξία
2. Αισθάνομαι πολύ ένοχη
3. Τον τελευταίο καιρό αισθάνομαι κακή ή χωρίς αξία σχεδόν όλη την ώρα
4. Αισθάνομαι ότι είμαι πολύ κακή ή ανάξια

### Ζ. Αίσθημα τιμωρίας

0. Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι
1. Αισθάνομαι ότι κάτι κακό μπορεί να μου συμβεί
2. Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι ή ότι θα τιμωρηθώ
3. Αισθάνομαι ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ
4. Θέλω να τιμωρηθώ

#### Η. Μίσος για τον εαυτό

- 0. Δεν αισθάνομαι απογοητευμένη/απο τον εαυτό μου
- 1. Αισθάνομαι απογοητευμένη απο τον εαυτό μου
- 2. Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου
- 3. Σιχαίνομαι τον εαυτό μου
- 4. Μισώ τον εαυτό μου

#### Θ. Αυτομομφή

- 0. Δεν αισθάνομαι οτι είμαι χειρότερη από τους άλλους
- 1. Είμαι αστηρή με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες μου
- 2. Κατηγορώ τον εαυτό μου για τα λάθη μου
- 3. Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που μου συμβαίνει

#### Ι. Ευχές αυτοτιμωρίας

- 0. Δεν μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου
- 1. Μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά ποτέ δεν θα έκανα κάτι τέτοιο
- 2. Μου φαίνεται οτι θα ήταν καλύτερα να πέθαινα
- 3. Μου φαίνεται οτι η οικογενια μου θα ήταν καλύτερα αν πέθαινα
- 4. Έχω συγκεκριμένα σχέδια αυτοκτονίας
- 5. Θα αυτοκτονούσα αν μπορούσα

#### Κ. Κλάμα

- 0. Δεν κλαίω περισσότερο απο το συνηθισμένο
- 1. Κλαίω τώρα περισσότερο απ' οτι συνηθως
- 2. Κλαίω συνεχώς, δεν μπορώ να το σταματήσω
- 3. Άλλοτε μπορούσα να κλάψω αλλά τώρα μου είναι αδύνατο να κλάψω αν και το θέλω

#### Λ. Ευερεθιστότητα

- 0. Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένη τώρα απ' οτι συνηθως
- 1. Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι περισσότερο απ' οτι συνηθως
- 2. Αισθάνομαι διαρκώς εκνευρισμένη
- 3. Δεν εκνευρίζομαι τώρα για πράγματα που με νευρίαζαν συνηθως

#### Μ. Κοινωνική απόσυρση

- 0. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους
- 1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους απ' οτι παλαιότερα
- 2. Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και τα αισθήματα μου για αυτούς έχουν λιγοστέψει
- 3. Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και δεν νοιάζομαι καθόλου για αυτούς

#### Ν. Αναποφασιστικότητα

- 0. Είμαι το ίδιο αποφασιστική όπως πάντα
- 1. Τελευταία αναβάλω το να παίρνω αποφάσεις
- 2. Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις
- 3. Δεν μπορώ να πάρω πια καμία απόφαση

#### Ξ. Σωματικό εγώ

- 0. Δεν μου φαίνεται οτι η εμφάνιση μου είναι χειρότερη απο ποτέ
- 1. Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένη και αντιπαθητική
- 2. Αισθάνομαι οτι έγινε τέτοια αλλαγή επάνω μου, ώστε να φαίνομαι αντιπαθητική
- 3. Μου φαίνεται οτι είμαι άσχημη και αποκρουστική

#### Ο. Μείωση της παραγωγικότητας

- 0. Τα καταφέρνω στην δουλειά μου όπως και πρώτα
- 1. Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για ν' αρχίσω κάποια δουλειά
- 2. Δεν τα καταφέρνω στην δουλειά μου όπως πρώτα
- 3. Χρειάζεται να πιέσω τον εαυτό μου για να κάνω κάτι
- 4. Μου είναι αδύνατο να εργαστώ

#### Π. Διαταραχές του ύπνου

- 0. Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως
- 1. Ξυπνώ το πρωί πιο κουρασμένη από άλλοτε
- 2. Ξυπνώ το πρωί 2-3 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ
- 3. Ξυπνώ νωρίς κάθε μέρα και δεν μπορώ να κοιμηθώ πάνω από 5 ώρες το 24ωρο

#### Ρ. Εύκολη κόπωση

- 0. Δεν κουράζομαι ευκολότερα απ' ότι συνήθως
- 1. Κουράζομαι τώρα ευκολότερα από πρώτα
- 2. Κουράζομαι με το παραμικρό που κάνω
- 3. Κουράζομαι τόσο εύκολα ώστε δεν μπορώ να κάνω τίποτα

#### Σ. Απώλεια όρεξης

- 0. Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη από άλλοτε
- 1. Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο άλλοτε
- 2. Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα
- 3. Δεν έχω πια καθόλου όρεξη

#### Τ. Απώλεια βάρους

- 0. Δεν έχω χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό
- 1. Έχω χάσει περισσότερο από 2 κιλά
- 2. Έχω χάσει περισσότερο από 4 κιλά
- 3. Έχω χάσει περισσότερο από 7 κιλά

#### Υ. Υποχονδριακές ενασχολήσεις

- 0. Δεν με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο από άλλοτε
- 1. Με απασχολούν πόνοι ή βαρυστομαχία ή δυσκοιλιότητα
- 2. Με απασχολεί τόσο πολύ το πως αισθάνομαι ή το τι αισθάνομαι ώστε μου είναι δύσκολο να σκεφθώ τίποτα άλλο
- 3. Είμαι εντελώς απορροφημένη με το τι αισθάνομαι

#### Φ. Απώλεια της Libido

- 0. Δεν έχω προσέξει τελευταία καμιά αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ (για τους άνδρες)
- 1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ (για τους άνδρες) απ' ότι συνήθως
- 2. Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο τώρα για το σεξ (για τους άνδρες)
- 3. Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ (για τους άνδρες)

## Κλίμακα του Beck για την απελπισία (Beck Hopelessness Scale)

Μετάφραση-Προσαρμογή: Χ. Χριστοδούλου και συν. (1999, 2017)

Παρακαλώ διαβάστε την καθεμία από τις παρακάτω δηλώσεις ξεχωριστά και μετά βάλτε ένα σταυρό στην στήλη που σας αντιπροσωπεύει, δηλαδή στην στήλη με το «ΝΑΙ» αν συμφωνείτε ή με το «ΟΧΙ» αν διαφωνείτε με τις αντίστοιχες δηλώσεις. Δεν υπάρχει καμία σωστή ή λανθασμένη απάντηση. Μην ξοδέψετε πάρα πολύ χρόνο σε οποιαδήποτε δήλωση.

		<b>ΝΑΙ</b> συμφωνώ	<b>ΟΧΙ</b> Διαφωνώ
1.	Προσμένω το μέλλον με ελπίδα και αισιοδοξία		
2.	Θα μπορούσα και να εγκαταλείψω τις προσπάθειες αφού δεν μπορώ να κάνω τα πράγματα καλύτερα για μένα		
3.	Όταν τα πράγματα πάνε άσχημα με βοηθά το να ξέρω πως δεν μπορεί να παραμείνουν έτσι για πάντα		
4.	Δεν μπορώ να φανταστώ πως θα ήταν η ζωή μου σε δέκα χρόνια		
5.	Έχω αρκετό χρόνο για να ολοκληρώσω τα πράγματα που θέλω πάρα πολύ		
6.	Στο μέλλον περιμένω να επιτύχω σε ό,τι με ενδιαφέρει περισσότερο		
7.	Το μέλλον μου, μου φαίνεται σκοτεινό		
8.	Περιμένω να αποκτήσω περισσότερα από τα καλά πράγματα της ζωής από ό,τι ο μέσος άνθρωπος		
9.	Δεν πιάνω τις ευκαιρίες και δεν υπάρχει λόγος να πιστεύω ότι θα το επιτύχω στο μέλλον		
10.	Οι προηγούμενες εμπειρίες μου με έχουν προετοιμάσει καλά για το μέλλον		
11.	Μπροστά μου βλέπω μάλλον στεναχώριες παρά ευχάριστα πράγματα		
12.	Δεν περιμένω να αποκτήσω ό,τι πραγματικά επιθυμώ		
13.	Όταν σκέφτομαι το μέλλον πειρμένω ότι θα είμαι πιο ευτυχής από ό,τι είμαι		

14.	Τα πράγματα δεν πρόκειται να εξελιχθούν όπως θέλω		
15.	Έχω μεγάλη πίστη στο μέλλον		
16.	Ποτέ δεν παίρνω αυτό που θέλω και έτσι είναι ανόητο να επιθυμώ οτιδήποτε		
17.	Είναι πολύ απίθανο να πάρω οποιαδήποτε πραγματική ικανοποίηση στο μέλλον		
18.	Το μέλλον μου φαίνεται ασαφές και αβέβαιο		
19.	Περιμένω περισσότερες καλές παρά κακές στιγμές		
20.	Δεν ωφελεί να προσπαθώ πραγματικά να αποκτήσω κάτι που θέλω, γιατί μάλλον δεν θα το κατορθώσω		

## **Κλίμακα Αυτοκτονικής πρόθεσης Beck (SIS) (1974)**

Μετάφραση-Προσαρμογή: Μ. Χαβάκη-Κονταξάκη, Β.Κονταξάκης

### **I. Αντικειμενικές καταστάσεις συνδεδεμένες με την απόπειρα αυτοκτονίας**

#### **1. Μόνωση**

- Κάποιος ήταν παρών = 0
- Κάποιος ήταν κοντά ή σε οπτική ή ακουστική επαφή = 1
- Κανένας δεν ήταν κοντά ή σε επαφή ή σε οπτική ή ακουστική επαφή = 2

#### **2. Χρονική στιγμή της απόπειρας**

- Παρέμβαση πιθανή = 0
- Παρέμβαση απίθανη = 1
- Παρέμβαση εντελώς απίθανη = 2

#### **3. Μέτρα προφύλαξης ενάντια σε αποκάλυψη- παρέμβαση**

- Καμία προφύλαξη = 0
- Παθητικά μέτρα προφύλαξης (π.χ. να αποφεύγει τους άλλους αλλά χωρίς να κάνει τίποτα για να προλάβει παρέμβασή τους, μόνος στο δωμάτιο με ακλείδωτη πόρτα) = 1
- Ενεργητικά μέτρα προφύλαξης (π.χ. κλειδωμένη πόρτα) = 2

#### **4. Ενέργειες για να ζητήσει βοήθεια στη διάρκεια της απόπειρας**

- Έχει ειδοποιήσει κάποιον σχετικά με την απόπειρα που μπορεί να έλθει σε βοήθεια = 0
- Έχει έλθει σε επικοινωνία αλλά δεν έχει ειδοποιήσει ειδικά σχετικά με την απόπειρα κάποιον που να μπορεί να έλθει σε βοήθεια = 1
- Δεν έχει επικοινωνήσει ή δεν έχει ειδοποιήσει κανέναν να έλθει σε βοήθεια = 2

#### **5. Τελικές ενέργειες σε σχέση με προβλεπόμενο θάνατο(διαθήκη, δωρεές, ασφάλιση)**

- Καμία = 0
- Το σκέφτηκε ή έκανε κάποιες προετοιμασίες = 1
- Έκανε τελικά σχέδια ή ρυθμίσεις = 2

#### **6. Ενεργός προετοιμασία για την απόπειρα**

- Καμία = 0
- Μικρή ή μεσαίου βαθμού προετοιμασία = 1
- Εκτεταμένη προετοιμασία = 2

#### **7. Σημείωμα αυτοκτονίας**

- Απουσία σημειώματος = 0
- Το Σημείωμα που γράφτηκε αλλά σχίστηκε, ή σκέψη γι' αυτό = 1
- Παρουσία σημειώματος = 2

#### **8. Ανοιχτή ανακοίνωση της πρόθεσης πριν την απόπειρα**

- Καμία = 0
- Ασαφής (διφορούμενη) ανακοίνωση = 1
- Σαφής (ξεκάθαρη) ανακοίνωση = 2

## II. Αυτό-αναφορά

### 9. Προβαλλόμενος σκοπός της απόπειρας

- Για χειρισμό του περιβάλλοντος, για να προκαλέσει την προσοχή, για εκδίκηση = 0
- Συνδυασμός του πρώτου και του τρίτου = 1
- Για «φυγή» από την πραγματικότητα, για να λυθούν τα προβλήματά του = 2

### 10. Προσδοκίες για θανατηφόρο έκβαση

- Σκέψη ότι ο θάνατος θα ήταν απίθανο να συμβεί = 0
- Σκέψη ότι ο θάνατος θα ήταν δυνατό να συμβεί αλλά όχι πιθανό = 1
- Σκέψη ότι ο θάνατος θα ήταν πιθανό ή σίγουρο να συμβεί = 2

### 11. Αντίληψη του θανατηφόρου της μεθόδου

- Δεν έφθασε μέχρι του σημείου όπου πίστευε ότι θα ήταν θανατηφόρο το αποτέλεσμα = 0
- Δεν ήταν ότι η πράξη θα ήταν θανατηφόρος = 1
- Έφθασε ή ξεπέρασε το σημείο όπου πίστευε ότι θα ήταν θανατηφόρο το αποτέλεσμα = 2

### 12. Σοβαρότητα της απόπειρας

- Δεν αποπειράθηκε σοβαρά να θέσει τέρμα στη ζωή του = 0
- Δεν ήταν σίγουρος σχετικά με την σοβαρότητα της απόπειρας για τερματισμό της ζωής του = 1
- Σοβαρά αποπειράθηκε να τερματίσει τη ζωή του = 2

### 13. Στάση απέναντι στη ζωή - θάνατο

- Δεν επιθυμούσε να πεθάνει = 0
- Συνδυασμός του πρώτου και του τρίτου = 1
- Επιθυμούσε να πεθάνει = 2

### 14. Αντιλήψεις για την ιατρική ικανότητα διάσωσης

- Σκέψη ότι ο θάνατος θα ήταν απίθανος με την παροχή ιατρικής φροντίδας = 0
- Δεν ήταν σίγουρος αν ο θάνατος θα αποφεύγονταν με την παροχή ιατρικής φροντίδας = 1
- Ήταν σίγουρος για τον επακόλουθο θάνατο ακόμη και μετά από παροχή ιατρικής φροντίδας = 2

### 15. Βαθμός προμελέτης

- Κανένας, παρορμητικά = 0
- Σχεδίαζε (μελετούσε) την απόπειρα 3 ώρες ή λιγότερο πριν να την πραγματοποιήσει = 1
- Σχεδίαζε (μελετούσε) την απόπειρα περισσότερο από τρεις ώρες πριν να την πραγματοποιήσει = 2



## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ

### ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ

Αριθμ. Μητρώου .....

Ημερομηνία εξέτασης .....

Επώνυμο .....

Όνομα .....

**Οδηγίες:** Παρακάτω αναγράφονται γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή μας. Για κάθε γεγονός που πράγματι συνέβη ή σας απασχόλησε κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου (από πέρυσι τέτοιο καιρό μέχρι σήμερα), βάλτε σταυρό X στην απάντηση που αντιστοιχεί σε σας.

	ΟΧΙ δεν μου συνέβη	ΝΑΙ συνέβη και με επηρέασε θετικά	ΝΑΙ συνέβη και με επηρέασε αρνητικά
1. Παντρευτήκατε τον τελευταίο χρόνο;			
2. Αρχίσατε εφέτος να έχετε προστριβές με τους προϊσταμένους σας ή με την υπηρεσία σας;			
3. Μήπως φυλακιστήκατε ή σας τιμώρησαν με κράτηση;			
4. Έγινε κάποια σημαντική αλλαγή στον ύπνο σας π.χ. περισσότερος ή λιγότερος ύπνος ή αλλαγή στις ώρες που κοιμόσαστε;			
5. Πέθανε ο σύζυγος ή η σύζυγός σας;			
6. Πέθανε κάποιο μέλος της οικογένειάς σας;			
7. Έγινε κάποια σημαντική αλλαγή στις συνήθειες του φαγητού σας; Π.χ. περισσότερο ή λιγότερο φαγητό ή αλλαγή στις ώρες του φαγητού			
8. Βάλατε υποθήκη ή δάνειο;			
9. Έγινε αλλαγή στις προσωπικές συνήθειες, δηλαδή στο ντύσιμο, στους τρόπους σας, στις συναναστροφές κ.λ.π.;			
10. Πέθανε κάποιος στενός σας φίλος;			
11. Τιμωρηθήκατε για κάποιο πταίσμα; Π.χ. κλήση από την τροχαία, διατάραξη της κοινής ησυχίας κ.λ.π.			
12. Είχατε κάποια σημαντική προσωπική επιτυχία; (προαγωγή, βράβευση, επιτυχία σε εξετάσεις κ.λ.π.)			
13. Είσατε ή είστε έγκυος;			
14. Έγινε κάποια σημαντική αλλαγή στην υγεία ή στη συμπεριφορά ενός μέλους της οικογένειάς σας;			
15. Αρχίσατε να έχετε σεξουαλικές δυσκολίες;			
16. Έχετε φασαρίες, προβλήματα με συγγενείς κ.λ.π.;			
17. Έγινε κάποια σημαντική αλλαγή στις οικογενειακές επισκέψεις, γιορτές κ.λ.π. (δηλ. πιο συχνά ή πιο αραιές)			
18. Έγινε σημαντική αλλαγή στην οικονομική σας κατάσταση; (πολύ χειρότερη ή πολύ καλύτερη από το συνηθισμένο)			





**Οδηγίες:** Παρακάτω αναγράφονται τα γεγονότα που ήδη έχετε διαβάσει στο προηγούμενο ερωτηματολόγιο. Για γεγονότα που ήδη έχετε σημειώσει, γράψτε το βαθμό σημαντικότητας που έχουν για σας προσωπικά, στο αντίστοιχο τετραγωνάκι, σύμφωνα με την κλίμακα βαθμολόγησης σημαντικότητας που σας προτείνουμε.

Ελάχιστα σημαντικό 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 πάρα πολύ σημαντικό

1. Παντρευτήκατε τον τελευταίο χρόνο;
2. Αρχίσατε εφέτος να έχετε προστριβές με τους προϊσταμένους σας ή με την υπηρεσία σας;
3. Μήπως φυλακιστήκατε ή σας τιμώρησαν με κράτηση;
4. Έγινε κάποια σημαντική αλλαγή στον ύπνο σας π.χ. περισσότερος ή λιγότερος ύπνος ή αλλαγή στις ώρες που κοιμόσαστε;
5. Πέθανε ο σύζυγός σας ή η σύζυγός σας;
6. Πέθανε κάποιο μέλος της οικογένειά σας;
7. Έγινε κάποια σημαντική αλλαγή στις συνήθειες του φαγητού σας; Π.χ. περισσότερο ή λιγότερο φαγητό αλλαγή στις ώρες του φαγητού
8. Βάλατε υποθήκη ή δάνειο;
9. Έγινε αλλαγή στις προσωπικές συνήθειες, δηλαδή στο ντύσιμο, στους τρόπους σας, στις συναναστροφές κ.λ.π.;
10. Πέθανε κάποιος στενός σας φίλος;
11. Τιμωρηθήκατε για κάποιο πταίσμα, π.χ. κλήση από την τροχαία, διατάραξη της κοινής ησυχίας κ.λ.π.
12. Είχατε κάποια σημαντική προσωπική επιτυχία; (προαγωγή, βράβευση, επιτυχία σε εξετάσεις κ.λ.π.)
13. Είσασαν ή είστε έγκυος;
14. Έγινε κάποια σημαντική αλλαγή στην υγεία ή στη συμπεριφορά ενός μέλους της οικογένειά σας;
15. Αρχίσατε να έχετε σεξουαλικές δυσκολίες;
16. Έχετε φασαρίες, προβλήματα με συγγενείς κ.λ.π.;
17. Έγινε κάποια σημαντική αλλαγή στις οικογενειακές επισκέψεις, γιορτές κ.λ.π. (δηλ. πιο συχνά ή πιο αραιές);
18. Έγινε σημαντική αλλαγή στην οικονομική σας κατάσταση; (πολύ χειρότερη ή πολύ καλύτερη από το συνηθισμένο)
19. Αυξήθηκαν τα μέλη της οικογένειας; (με γέννηση παιδιού, υιοθεσία, γάμο ή οτιδήποτε άλλο)
20. Αλλάξατε σπίτι φέτος;
21. Έφυγε κάποιος από το σπίτι; (λόγω γάμου, σπουδών,

μετανάστευσης κ.λ.π.)

22. Ήρθατε σε διάσταση με τη σύζυγο ή το σύζυγό σας;
23. Αρχίσατε να πηγαίνεται πιο συχνά ή πιο αραιά στην εκκλησία;
24. Συμφιλιωθήκατε με το σύζυγο ή τη σύζυγο;
25. Σας απέλυσαν από την δουλειά σας;
26. Πήρατε διαζύγιο;
27. Αλλάξατε δουλειά;
28. Αυξήθηκαν ή λιγόστεψαν οι καυγάδες με το σύζυγο ή τη σύζυγο;
29. Έγινε σημαντική αλλαγή στη δουλειά σας; (Προαγωγή, υποβιβασμός, μετάθεση)
30. Άρχισε να δουλεύει ή σταμάτησε να δουλεύει η σύζυγος ή ο σύζυγος;
31. Έγινε κάποια σημαντική αλλαγή στο ωράριο ή στις συνθήκες της δουλειά σας;
32. Διασκεδάζετε φέτος πιο λίγο ή πιο πολύ ή άλλαξε το είδος της διασκέδασής σας;
33. Πήρατε δάνειο με υποθήκη μικρότερο από 4.000.000;
34. Πήρατε μεγάλο δάνειο με υποθήκη; (πάνω από 4.000.000 δρχ.) για αγορά σπιτιού, αυτοκινήτου κ.λ.π.
35. Σας συνέβη σοβαρός τραυματισμός ή σοβαρή αρρώστια;
36. Έγινε μεγάλη αλλαγή στη δουλειά ή στο μαγαζί σας; Π.χ. αλλαγή στις καλλιέργειες, ανακαίνιση του μαγαζιού, πτώχευση κ.λ.π.
37. Έγινε σημαντική αλλαγή στις κοινωνικές σας δραστηριότητες; Π.χ. στις επισκέψεις, στις ταβέρνες, στα κέντρα διασκέδασεως, στο κινηματογράφο κ.λ.π.
38. Έγινε σημαντική αλλαγή στη κατοικία σας; Π.χ. επίσκεψη του σπιτιού, χτίσιμο νέου σπιτιού, ζημιές στο σπίτι κ.λ.π.
39. Πήρατε φέτος σύνταξη;
40. Κάνατε διακοπές φέτος;
41. Ήταν το τελευταίο Πάσχα διαφορετικό από άλλοτε;
42. Άλλαξαν σχολείο τα παιδιά σας;
43. Πρωτοπήγε ή τέλειωσε φέτος το Σχολείο το παιδί σας;
- Παρακάτω μπορείτε να περιγράψτε γεγονότα που σας συνέβησαν και δεν συμπεριλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο (με μια-δυο φράσεις)**
44.
45.

## **Ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς του πρώιμου τραύματος-σύντομη μορφή**

### **[Early Trauma Inventory - Self-Report – Short Form (ETI-SR-SF)]**

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

Μερικές φορές οι άνθρωποι έχουν εμπειρίες που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως στρεσογόνες. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει σχεδιαστεί για την εκτίμηση αρνητικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας που μπορεί να έχουν αντίκτυπο στη ζωή σας ως ενήλικες πλέον.

Παρακαλούμε να απαντήσετε, εάν είχατε ποτέ πριν από την ηλικία των 18 ετών μία ή περισσότερες από τις εμπειρίες που αναφέρονται παρακάτω, βάζοντας για κάθε ερώτηση σε κύκλο το ΝΑΙ ή το ΟΧΙ.

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

Μία ή	Μερικές	Συχνά: 3
δύο φορές: 1	φορές: 2	

#### **Μέρος 1:**

##### **Τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας (πριν από την ηλικία των 18 ετών)**

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

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή	Μερικές	Συχνά
δύο φορές	φορές	

2. Έχετε ποτέ εμπλακεί σε σοβαρό ατύχημα; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

3. Έχετε ποτέ υποστεί σοβαρό τραυματισμό ή ασθένεια; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

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

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

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

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

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

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

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

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

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

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

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

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

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

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

11. Έχετε ποτέ δει κάποιον να δολοφονείται; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

## Μέρος 2:

**Τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία (πριν από την ηλικία των 18 ετών)**

12. Σας έχουν ποτέ χαστουκίσει; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

13. Σας έχουν ποτέ κάψει με καυτό νερό, με τσιγάρο ή με κάτι άλλο; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

14. Σας έχουν ποτέ γρονθοκοπήσει ή κλωτσήσει; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;



1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

15. Σας έχουν ποτέ χτυπήσει εκσφενδονίζοντας κατά πάνω σας ένα αντικείμενο; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

16. Σας έχουν ποτέ σπρώξει ή παραμερίσει επίτηδες ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

### **Μέρος 3: Τραυματικές εμπειρίες από συναισθηματική κακοποίηση**

**(πριν από την ηλικία των 18 ετών)**

17. Σας ταπείνωναν συχνά ή σας γελοιοποιούσαν; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

18. Σας αγνοούσαν συχνά ή σας έκαναν να αισθανθείτε ότι δεν αξίζετε; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

19. Σας έλεγαν συχνά ότι δεν είσαστε καλός|η σε κάτι; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

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

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

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

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

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

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

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

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

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

24. Σας εξανάγκασαν ποτέ να αγγίξετε ένα άλλο άτομο σε απόκρυφα μέρη του σώματός του; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

25. Σας έτυχε ποτέ να συνουσιαστείτε με κάποιον παρά τη θέλησή σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

26. Εξαναγκαστήκατε ποτέ να κάνετε στοματικό σεξ σε κάποιον  
παρά τη θέλησή σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

27. Εξαναγκαστήκατε ποτέ να φιλήσετε κάποιον με τρόπο περισσότερο  
σεξουαλικό παρά στοργικό; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

Εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ σε ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω συμβάντα, παρακαλούμε να υπογραμμίσετε αυτό που θεωρείτε ότι είχε το μεγαλύτερο αντίκτυπο στη ζωή σας, και στη συνέχεια να απαντήσετε τις παρακάτω ερωτήσεις σε σχέση μόνο με το συγκεκριμένο συμβάν.

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

1. Είχατε τότε βιώσει συναισθήματα έντονου φόβου, τρόμου ή είχατε αισθανθεί  
τελείως αβοήθητος|η; ΝΑΙ ΟΧΙ

2. Είχατε τότε αισθανθεί σαν να βρίσκεστε έξω από το σώμα σας ή σαν  
να ήσαστε σε όνειρο; ΝΑΙ ΟΧΙ

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

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

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

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

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

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

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

## Υποσημειώσεις

---

<sup>i</sup> Ετυμολογικό Λεξικό της Αρχαίας Ελληνικής, σελ.450

<sup>ii</sup> [ «... μυεί τρώμα», (αποσπ.159) ]

<sup>iii</sup> [ «τραυματισθεί πολλά...», (Θουκυδ.4,12) ]

<sup>iv</sup> Οι δύο αρχές του μοντέλου της νευροφυσιολογίας στις οποίες στηρίζεται η υπόθεση του Freud για το αλεξιερειστικό σύστημα, είναι η αρχή της αδράνειας (Inertia) και η αρχή της Νιρβάνα (Nirvana) και αφορούν: α) την τάση του συστήματος των νευρώνων να διατηρεί την έντασή τους στο χαμηλότερο δυνατό σημείο (αρχή της αδράνειας) και β) την τάση του συστήματος των νευρώνων να μηδενίζουν τις διεγέρσεις (αρχή της Νιρβάνα, 2<sup>η</sup> θεωρία των ενορμήσεων).

<sup>v</sup> Συντομογραφία για την εξέταση: Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων (Positron Emission Tomography – PET).

<sup>vi</sup> Το πρώτο στάδιο αφορά ένα αρχικό γεγονός *αποπλάνησης* που συνέβη κατά την παιδική ηλικία, και το δεύτερο συνίσταται σε μία αναβίωση της απωθημένης μνήμης στο παρόν. Η αναβίωση αυτή γίνεται μέσω συνειρμών, που έχουν ως αφετηρία μία σκηνή χωρίς σεξουαλικό περιεχόμενο.

<sup>vii</sup> Ο Laurence Heller με τους συνεργάτες του ανέπτυξαν το 2017 το *ΝευροΘυμικό Σχεσιακό Μοντέλο™* (NARM), το οποίο αποτελεί μια συγκεκριμένη μέθοδο θεραπείας για το αναπτυξιακό τραύμα.

<sup>viii</sup> Ο Bruce Ecker και ο Laurel Hulley στη δεκαετία του 1990 ανέπτυξαν τη *θεραπεία συνάφειας* (*coherence therapy*), η οποία αποτελεί ένα σύστημα ψυχοθεραπείας βασισμένο στη θεωρία ότι τα συμπτώματα της διάθεσης, της σκέψης και της συμπεριφοράς παράγονται με συνέπεια σύμφωνα με τα τρέχοντα διανοητικά μοντέλα της πραγματικότητας του ατόμου, τα περισσότερα από τα οποία είναι σιωπηρά και ασυνείδητα (Ecker & Hulley, 1990).

<sup>ix</sup> Piaget (1970) *Le structuralism*: “Η δομή είναι ένα σύστημα μετασχηματισμών που -ως σύστημα- περιλαμβάνει νόμους (εκτός από της ιδιότητες των στοιχείων που την αποτελούν) και που συντηρείται και εμπλουτίζεται από της της της μετασχηματισμούς, [...] μία δομή συμπεριλαμβάνει λοιπόν της τρεις ιδιότητες: ολότητα, μετασχηματισμό και αυτορρύθμιση”, PUF